

TEMPUS

MEDICORUM

hlavní téma měsíce

Naši lékaři v cizině

PREZIDENT SLK
MILAN DRAGULA
O SLOVENSKÝCH
ZKUŠENOSTECH

PLUS

**KONSENSUS POUŽÍVÁNÍ
ANTIBIOTIK III**

CHINOLONY





V uplynulých dnech se na mne obrátily desítky soukromých lékařů s úpěnlivou prosbou, aby jim komora zajistila zhodnocení jejich praxí a existenční jistotu trvalého smluvního vztahu. Ministr Julínek svojí, dle názoru komorových právníků neústavní vyhláškou zrušil právní normu, na jejímž základě jsem pro soukromé lékaře trvalý smluvní vztah vyjednal, a svým rozhodnutím tak poškodil tisíce z nás.

Komora bude pochopitelně i v tomto případě své členy hájit. V době, kdy píšete tyto řádky, probíhají jed-

nání s poslanci o možnosti podat na Julínkovu vyhlášku ústavní stížnost. Hodláme se obrátit též na Úřad pro ochranu hospodářské soutěže, který by neměl mlčet k flagrantly porušení pravidel hospodářské soutěže, kdy z tisíců žadatelů o trvalý smluvní vztah do konce roku pojišťovny vyhověly pouze stovkám z nich. Pochopitelně jednám i s ředitelem VZP o možnosti, aby pojišťovna pokračovala v podepisování trvalých smluvních vztahů, navzdory politickému tlaku, kterému je její vedení vystaveno.

Není a nebude to však jednoduché. S notnou dávkou hořkosti v této souvislosti vzpomínám na nadšený jásot tzv. Krizového štábu, kterým jeho členové oslavovali v červnu loňského roku rozhodnutí prezidenta Klause vetovat novelu zákona o zdravotní péči, známou jako parlamentní tisk číslo 1045, která mimo jiné zajišťovala všem soukromým lékařům existenční jistotu trvalého smluvního vztahu. Ten, kdo smlouvu nedostane, může „poděkovat“ těmto kolegům, kteří tlačili na prezidenta republiky.

Je zajímavé pozorovat slovní akrobacii těch funkcionářů lékařských sdružení, kteří se nás snaží přesvědčovat, že krátkodobé kontrakty jsou pro soukromé lékaře výhodnější než trvalý smluvní vztah, který výrazně zhodnocuje naše praxe. Vedle žárlivosti na to, že výhodnou smlouvu vyjednal někdo jiný, jejich jednání snad motivuje i víra, že pokud pojišťovny zlikvidují část soukromých lékařů, jejich konkurentů, budou právě oni více vydělávat. Poměrně otevřeně tento, pro mne zcela nepřijatelný sobecký postoj, vyjádřil bývalý člen představenstva a místopředseda SAS Dr. Jojko 11. 12. 2006 na serveru Zdravotnických novin: „Rathova vyhláška odebrala pojišťovnám jakoukoli možnost ovlivňovat síť zdravotnických zařízení, kterou vlastně zcela zařagovala bez toho, že by zároveň pro všechna zdravotnická zařízení zajistila práci a finanční prostředky.“ Ti kolegové, kterým pojišťovny smlouvy neprodlouží, budou asi jiného názoru, stejně jako ti, které budou pojišťovny držet pod krkem prodloužováním smluv o rok či o pololetí, což jim umožňuje text do Julínkovy vyhlášky opsaný z dohody některých sdružení poskytovatelů s určitými pojišťovnami: „Smlouvy se uzavírají na dobu 8 let, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak.“ O vůli pojišťoven diskutovat s jednotlivými soukromými lékaři víme svoje.

Stejně obtížně dokáže někdo třeba ambulantní specialisty přesvědčit o tom, že bez konzultace s těmi, koho se to týká, v čase dovolených zbrkle podepsaná dohoda limitující jejich příjmy na úrovni 103% loňského roku není politickou úliťbou, ale skutečně dosaženým maximem možného. Vzhledem k tomu, že v letošním roce vyberou zdravotní pojišťovny o 6 až 7% více a že jsme pod tlakem Rathových vyhlášek vloni ušetřili stovky milionů za léky, tak se podobným báhorkám věřit nedá. Nevím, jak vy, kolegové, ale já skutečně nemohu být spokojen s tříprocentním nárůstem příjmů, který ani nepokrývá míru inflace, v situaci, kdy mi majitel polikliniky zdražil elektřinu o 18%, úklid o 6,5% a teplo o 4% a o dalších 6% jsem navýšil své sestře mzdu.

Jedinou možností, jak zvýšit příjmy své ambulance, zůstává pro nás ambulantní specialisty hon na unikátní rodná čísla. Avšak ne každý má tu možnost přepsávat si s kolegy navzájem pacienty, kteří naše vyšetření a péči ani nepotřebují a tedy máme jistotu, že nás nenavštíví častěji než jedenkrát za pololetí. Ostatně ne každý doktor má na takto účelové chování žaludek a někdo se musí starat i o pacienty skutečně nemocné.

Vyhlídky pro rok 2007 zkrátka nejsou příliš růžové. O to více nás musí mrzet nevyužitá šance roku předcházejícího. Až si budeme oprávněně stěžovat na nejružnější nespravedlnosti, neměli bychom prostě zapomínat na to, kdo je zavinil.

MUDr. Milan Kubek, prezident ČLK

OBSAH

TÉMA MĚSÍCE

2 – 6

Český lékař v cizině

Anketa: Neprodáváme se pod cenou?

NÁZOR

7 – 9

Úhrady zdravotní péče v nesmluvním vztahu

NE falešnému zvyšování ceny naší práce

Malé zamyšlení nad smyslem licencí

Ad Bu-bu efekt Rathových vyhlášek

Čím se provinil zákoník práce?

ROZHOVOR

10 – 11

Prezident SLK Milan Dragula o situaci na Slovensku

STALO SE

12 – 13

Noví členové představenstva ČLK

Jak zmírnit vykořisťování lékařů v nemocnicích

Nemocnice Milosrdných sester je nejlepší

Dárek z ministerstva zdravotnictví

PŘÍLOHA FI

Konsensus používání antibiotik III – Chinolony

NAPSALI JSTE

15

PRÁVNÍ PORADNA

16 – 19

Uznání specializované způsobilosti a registrace

Regulační srážky za povinná očkování a

preventivní prohlídky

Dodatek k dohodě s pojišťovnou Kooperativa

Povinnost lékaře oznámit některé trestné činy

FÓRUM

20 – 21

Prolongační dodatky ke smluvnímu vztahu

ČLK znovu vyzývá ministra k jednání

SAS a Julínek připravili likvidační vyhlášku

Přišli jsme o rovnoprávnost a miliony

KAZUISTIKA

22 – 23

Opravdu musel zemřít?

SERVIS

24 – 28

Kurzy a vzdělávání

Řádková inzerce

Petice proti kouření

11. reprezentační ples lékařů českých

Reprezentační prostory paláce Žofín
Praha
3. března 2007 od 20,00 hodin

Měsíčník TEMPUS MEDICORUM

Vydává: Česká lékařská komora, Dolní nám. 38, 771 00 Olomouc

Registr. číslo MK ČR 6582 • ISSN 1214-7524 • IČO 43965024

Adresa redakce: Časopis ČLK, Lékařská 2, 150 00 Praha 5

Tel.: +420 257 217 226 • Fax: +420 257 220 618 • recepce@clkcr.cz

www.lkcr.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: recepce@clkcr.cz (viz adresa redakce)

Tisk: Moraviapress, a. s., Břeclav

Uzávěrka čísla 01: 29. 1. 2007 • Vyšlo: 7. 2. 2007

Podávání novinových zásilek povoleno: Česká pošta, s. p., odštěpný závod Praha, č. nov. 6139/96 ze dne 22. 11. 1996

Distribuce: Česká pošta, s. p., Postservis OZ Přeprava

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.



Neprodávají se čeští lékaři v zahraničí pod cenou? Zajímala by vás nabídka zaměstnání jinde v Evropě či v zámoří? Případně proč?

Jistě se prodávají pod cenou, hlavně mimo velká ekonomická centra. Příčina je v tom, že většina našich lékařů v terénní praxi jsou ženy, a už skoro důchodkyně. Jsou zvyklé na socialistický standard. Chtějí mít klid a po nich potopa. Starší kolegové si mohou auto zajistit jedním měsícem práce v zahraničí – pokud umějí jazyk. Mladší kolegové, kteří mají vazby na ČR nebo mají rádi medicínu, se snaží bojovat, ale je jich určitě skromná menšina. Kdybych ve svém předdůchodovém věku uměla jazyk, tak bych určitě odešla za prací. Letecky se člověk dostane domů velmi rychle nejen z Evropy a cena letenky pak už vůbec nehraje roli. Tady hrozí, že dluhy z provozu ordinace maloměstského lékaře budu splácet z velmi malého důchodu a pak ještě z hrobu. Aby lékař mohl mít nejen práci, ale i odpočinek, je u nás složité. Pokud si našetří na auto, neumoří ho z běžné práce pro pojišťovny – na to tam musí mít známé a individuální smlouvy. Žít životem štvance bez perspektivy se nedá víc jak 15 let – pak se doplatí vždy soukromým životem, a to nestojí nikomu za to.

MUDr. Zdeňka Rákosová, praktická lékařka pro dospělé, Železný Brod

Cenu práce v zahraničí neumím posoudit, myslím, že je to jejich věc a věc dohody. Vzhledem k pokročilému věku (padesát sedm let) již o ní neuvažuji.

MUDr. Robert Toscani, primář ORL, Nemocnice Jablonec n. N.

Znám několik kolegů, kteří pracují v zahraničí. Jejich názory se sice různí, ale jedno by se dalo asi zobecnit: většinou klidnější pracovní prostředí za (v porovnání s Českem) více

Český lékař v cizině

V současné době působí v zahraničí 1008 kvalifikovaných českých lékařů. Tedy téměř tolik, kolik studentů loni absolvovalo na zdejších lékařských fakultách – každoročně jich končí vysokoškolské vzdělání přibližně 1100. Naopak ze zahraničí se k nám vydalo na zkušenou či za lepším výdělkem asi šest set kolegů. Jak si žije český lékař v cizině? To jsme zjišťovali v soušedním Německu i za kanálem La Manche.



Nemocnice Raigmore v Inverness

Bylo to těžké, ale neutekla jsem

Po získání atestace v roce 2004 jsem se rozhodla pracovat v zahraničí. Byla to trnitá cesta, měla jsem možnost osobně se setkat se zástupci mnoha agentur slibujících, že najdou práci českým lékařům. Byla jsem překvapena jejich nekompetentností a neschopností. Přivedlo mne to k rozhodnutí, že si najdu práci sama. Všude požadovali zkušenost práce z NHS, což mne přivedlo k závěru, že cesta do světa vede přes Velkou Británii. Zatímco jsem si složité sháněla a dlouze vybavovala na českém ministerstvu zdravotnictví všechny dokumenty potřebné pro registraci BMC v Londýně, hledala jsem práci ve VB prostřednictvím inzerce v BMJ na webových stránkách: <http://www.bmjclassified.com/tpl/jobsCurrent.php> Až v dubnu 2005 jsem dostala odpověď od profesora neurologie z Pinderfields General Hospital a nabídku Locum Staff Grade na neurologickém oddělení, což byla od začátku toho roku první nabídka z mého oboru ve Velké Británii.

Po příjezdu do Pinderfields Hospital jsem byla v šoku, něco podobného bych čekala jenom v nemocnicích třetího světa... Smrad, nepořádek, špína, bludiště... Moje oddělení byla jedna velká hala s 25 lůžky, každé v případě potřeby oddělitelné závěsem, nikde pokoje s 2 až 4 lůžky a koupelnou, na což jsem byla zvyklá. Dostala jsem od nemocnice ubytování asi tak na úrovni horší české koleje pro studenty, což bylo také hodně depresivní. Další obrovské problémy nastaly vzápětí, žádná britská banka mi totiž nebyla ochotna

založit účet, protože jsem neměla více než ubytovnu od nemocnice, žádný byt, žádné účtenky za vodu, plyn, nebo elektriku... Nakonec se po dlouhém doprošování slitovala HSBC banka. Byt vám pronajmou na základě referencí, samozřejmě jedna z nich musí být z vaší banky... Byla jsem první Čech v nemocnici, takže na mne koukali asi jako my Češi na lékaře z Východu... Ale úplně největší bariérou byla angličtina, hlavně po telefonu. Yorkshirský dialekt je neuvěřitelná „patlanina“, snad horší než arabská nebo čínská angličtina. První dva týdny byly moc kruté, několikrát denně jsem to chtěla vzdát a vrátit se domů.

Český lékař má šanci uspět jenom v pozicích Staff Grade („poskok“ pro konzultanta), Associate Specialist (pozice pro zahraničního specialisty na úrovni druhé atestace), Consultant (nejvyšší možná pozice pro lékaře s CCST = specializovaná atestace, cca ve věku od 34 let). Můj konzultant neurolog, pro kterého jsem pracovala, byl profesor z Iráku, musím říci nejchytřejší neurolog, jakého jsem kdy potkala. První týden jsem byla jen přísedící v jeho ambulanci. Další týden jsem dostala důvěru vyšetřovat pacienty sama, ale každý případ s ním konzultovat, a na konci měsíce mi s plnou důvěrou přenechal své pacienty i vizity na oddělení. Vztahy mezi kolegy na oddělení byli velice přátelské, hlavně poté, co pochopili, že Česká republika není v Amazonském pralese a nebydlíme na stromě. Po třech měsících ve Wakefieldu mne profe-

sor přesvědčil jít do boje o post konzultanta ve skotském Inverness, které je považováno za britské Švýcarsko. Absolvovala jsem skvělý „interview skills course“, v Česku organizován agenturou Premier, pochopila jsem, že základním kamenem úspěchu je nutná dávka sebevědomí, v Čechách by se dalo říci až na úrovni lehké arogance. Navštívila jsem v rámci preinterview nemocnici v Inverness, která konečně splnila mé očekávání, dosahuje úrovně české okresní nemocnice.

Interview je pro naše lékaře něco neznámého, ale ve VB je to divadlo, kde se snažíte prodat sám sebe. Je to hlavní součást procesu náboru nových lékařů. To moje se odehrávalo u velkého kulatého stolu, za kterým sedělo osm neurologů ze Skotska i z celé VB a dva manažeri z nemocnice. Uspěla jsem.

Nyní pracuji již více než rok jako jediný neurolog pro Highlands a velice mne to baví.

Učím také studenty čtvrtého ročníku Lékařské fakulty univerzity v Aberdeenu. V porovnání se studenty druhého ročníku 1. LFUK v Praze, které jsem učila fyziologii, je to jenom slabý odvar, ze všeho mají pouze velice povrchní znalosti, naši absolventi se nemusí vůbec stydět.

V Británii jsem začala jako Locum Staff Grade s platem od 24 000 ročně a dostala jsem se během půl roku na úroveň konzultanta na

platovou úroveň začínající na 70 000 liber ročně bez služeb. Lékař v pozici seniora slouží služby na telefonu (on-call) a je k dispozici (do 30 minut autem od nemocnice), jen velice zřídka musí osobně do nemocnice.

Každý systém má své problémy, myslím, že jeden z největších v NHS systému je waiting list (čekací lhůty). Kupříkladu routine waiting list u mě je 5 až 6 měsíců, což je tragédie. Neznají téměř pojem urgentní, v NHS urgentní = do 14 dní.

Zdá se, že si jenom stěžuji, ale NHS má i svá pozitiva: vybavenost většiny nemocnic je lepší, NMR je v každé akutní nemocnici.

Zkušenosti, které jsem zde získala, daleko předčily mé očekávání. Mám na starost spádovou oblast o 246 000 lidech, viděla jsem tu snad všechny neurologické diagnózy, o kterých jsem si před lety jenom četla. Nebylo to jednoduché, ale jsem ráda, že jsem neutekla z boje. Život v Inverness, poblíž Lochneského jezera, uprostřed nádherné panenské přírody si užívá celá naše rodina.

MUDr. Jitka Valentová



Problémy jen s uznáním kvalifikace

V malé okresní nemocnici v Německu pracuji od prosince 2004 jako anesteziolog. Práci jsem sehnal poměrně rychle, déle trvalo vybrat vhodnou nemocnici, protože jsem chtěl pracovat v blízkosti českých hranic, abych mohl popřípadě denně dojíždět. Místo, kde pracuji, jsem nakonec sjednal přes zprostředkovatelskou německou agenturu. Bohužel mi zařídili jenom přijímací pohovor v nemocnici, ale pracovní povolení, zdravotní povolení k pobytu, ubytování, zdravotní pojištění, registraci u lékařské komory – to vše jsem si musel zařídit sám. Takže vstupní náklady byly poněkud vyšší, ale v Německu si větší část těchto investic můžete odpočítat z daní.

První pracovní povolení je na jeden rok a určité pracovní místo. Po prvním odpracovaném roce je možné si požádat o pracovní povolení na dobu neurčitou bez jakéhokoliv omezení. A toto povolení lékaři dostávají absolutně bez problémů. Jenom díky byrokracií zdejšími úřady všechno dost dlouho trvá.

Nemocnice je společností s ručením omezeným, stoprocentně vlastněna krajem. Až do závěru loňského roku bylo finanční ohodnocení v naší nemocnici nižší než v komunálních. Přesto je zhruba tří- až čtyřnásobně v porovnání s naší republikou.

Pacient dostane bez problémů i nejdražší a nejnovější preparáty a přístrojové vybavení je na

špičkové úrovni. Ale jen přístroje, které se skutečně užívají. Šéf každého oddělení ví, kolik může ze rok proinvestovat, takže většina přístrojů je na leasing nebo tzv. za spotřební materiál. Poslední dobou Němci hodně diskutují o reformě zdravotnictví. Zatím to vypadá tak, že zdravotní pojištění bude dražší a kvůli finanční stabilizaci systému musí malou část plateb nemocnice odvádět zpět státu.

V našem oboru jasně vidím nevýhody DRG. Oddělení je neustále v negativní bilanci, protože veškeré platby za diagnózu jdou za pacientem. Tedy oddělení, které propouští, dostává od pojišťoven zaplacené. JIP dostane peníze jen tehdy, když pacient zemře, je přeložen mimo nemocnici nebo jde přímo domů. Je jasné, že toto zdaleka nepokrývá náklady spojené s léčením. A navíc každá nemocnice dostává za stejnou diagnózu jinou částku. Takže jsou pomalu každý půlrok prováděny úpravy DRG, momentálně se připravuje pro oddělení JIP modifikace DRG pomocí TISS a SAPS skóre.

V Sasku, kde pracuji, tvoří velkou část cizinců-lékařů ruští Němci, kteří mají velké jazykové problémy a ani přístrojové a lékové možnosti neměli doma na evropské úrovni. To samé tu všichni očekávají od kohokoliv z jiné než západoevropské země. Chování německých kolegů bylo tedy zpočátku hodně nedůvěřivě-

peněz. Rozdíl v práci není příliš významný.

Jsou-li lékaři v zahraničí pod cenou, je asi velmi široký problém. V porovnání s domácími lékaři někde asi ano, v porovnání s námi zůstávajícími doma určitě ne. Jim samotným to asi příliš nevádí, protože znám i takové, kteří se na zahraniční místa vracejí.

Myslím si, že vzhledem k lepší jazykové vybavenosti mladších kolegů bude úbytek lékařů stále zřetelnější, až začnou skládat evropskou atestaci.

Asi to není jenom otázka platu zdravotníků, ale otázka peněz jdoucích do systému zdravotnictví a jejich rentability (mimo jiné touto otázkou se nikdo nezabývá). A dále otázka organizace zdravotnictví jako celku, kterou nemá ochotu nikdo změnit, a zřejmě tu odvahu dlouho žádní politici nenaleznou.

MUDr. Jitka Čulíková

Čeští lékaři jsou svéprávní a o své ceně rozhodují svobodně. Pokud nabídku neakceptují, mohou zůstat doma. Přistěhovalci to mají alespoň ze začátku všude těžší než domácí, ale na rozdíl od nich mají motivaci a elán větší než oni, protože jdou většínou z horšího. Pokud by tato možnost existovala i koncem osmdesátých let, tak bych o odchodu uvažoval poměrně vážně. Ale i v té době nešlo sedět na místě a čekat, že mi někdo zařídí práci a vše okolo, stěhoval jsem se za práci v oboru a taky kvůli bytu přes půl Čech do města, které jsem si musel najít na mapě.

MUDr. Karel Tejnora, chirurg, Česká Lípa

To, že čeští lékaři odcházejí za prací do ciziny, je odrazem skutečnosti, jak si společnost zdravotníků váží. Chce od nich maximální výkony, andělskou povahu a minimální finanční ohodnocení. Naši lékaři jsou v cizině placeni podstatně lépe než doma. Na druhou stranu zkušenosti ze zahraničí

ANKETA **Neprodávají se čeští lékaři v zahraničí pod cenou? Zajímala by vás nabídka zaměstnání jinde v Evropě či v zámoří? Případně proč?**

a dobrá znalost cizího jazyka jsou velmi cenné pro práci lékaře i v Čechách. Já ale o práci v zahraničí nemám zájem, neboť jsem pár let před důchodem.

MUDr. Alena Sellnerová, interní a alergologická ordinace, Děčín

Je zřejmé, že lékaři pracující v západní Evropě vydělávají obvykle méně než jejich místní kolegové. Přesto však vydělávají mnohem více než v ČR. Nepochybně se z tohoto pohledu v cizině prodávají pod cenou, neboť jejich kvalifikace je stejně dobrá. Je ale také pravda, že pokud vydrží, obvykle se časem platově srovnají. V tom se výrazně liší od kolegů přicházejících z ciziny do ČR. Ti naopak jsou v naprosté většině nekvalifikovaní. V každém případě lze ale předpokládat, že možnost nákupu zahraniční pracovní síly vede k celkové devaluaci příjmů. Naši zaměstnavatelé a společnost by nepochybně nemohla tak vykořisťovatelsky zacházet s lékařským personálem, kdyby tomu tak nebylo. Jako civilizovaná země musíme počítat s tím, že se u nás budou erudovat kolegové z jiných zemí, ale neměl by na nich stát celý systém zdravotnictví. Nejsem si zcela jist, jestli již tomu tak, alespoň částečně, není.

Sám s odchodem do zahraničí nepočítám. Provozují zavedenou urologickou ambulanci a ani rodině by asi taková změna neprospěla. Navíc bych musel do anglicky mluvící země, což je poněkud z ruky. Kdyby ale došlo k nějakému výrazně nedobrému vývoji, nebál bych se toho. O mou odbornost je skutečně enormní zájem, a to právě v anglicky mluvících zemích, jako je Irsko nebo Velká Británie.

MUDr. Ivo Vermousek, předseda OS ČLK Třebíč

vé, což pramení i z jejich hlubokého přesvědčení, že nejlepší medicína je ta německá a navíc ta, kterou produkují oni sami. Bohužel to



v mnoha případech není pravda. Zhruba po 14 dnech začali trochu chápat, že se lékař z Čech se sedmiletou praxí a z nemocnice se stotisícihlavou spádovou oblastí dokáže o pacienty také kvalitně postarat. Následující měsíc jsem už začal sloužit a od té doby nemám žádné problémy s „českou“ terapií apod. Český lékař je totiž mnohem samostatnější a rozhodnější než německý, který, přestože má specializaci, si neustále volá šéfa oddělení, aby s ním konzultoval další postup.

Práce v nemocnici je více zorganizovaná, po-

kud jde o rutinní záležitosti. Když ovšem přijde nějaká neočekávaná událost, mívají Němci problémy.

Lékař je skutečně velkou autoritou. Pacient je brán jako zdroj peněz, je velká konkurence mezi nemocnicemi, protože síť je velmi hustá. Vše se dělá proto, aby byl pobyt v nemocnici co nejkratší a pro nemocného co možná nej příjemnější. Pacienti jsou o všech postupech mnohem více informováni než u nás, musí svým podpisem stvrdit, že se vším souhlasí a jsou si vědomi všech rizik, která jim byla vysvětlena. Přesto se pacienti s lékaři často úspěšně soudí.

Největší problémy jsem měl a mám stále s uznáním mé kvalifikace, protože mám atestaci 1. stupně a licenci komory (před 17. 4. 2004). Po značných peripetiích jsem dostal postupně tři různá potvrzení o specializaci z oboru od českého ministerstva zdravotnictví. Ani jedno potvrzení mi však saská lékařská komora neuznala a požaduje neustále předložení dokladu o absolvování atestace 2. stupně nebo složení zkoušky v Německu. Je to typický příklad německého federalismu. V sousední zemi je český kolega zástupcem primáře, komora mu stejné vzdělání uznala! Měl jsem mylnou představu, že naše ministerstvo věc řeší, pak stejně naivní dojem, že mi pomůže poslanec evropského parlamentu a nakonec evropská komise. Nic. Hromadí se jen korespondence. Přesto všem mohu doporučit, aby doma zanechali marného boje a doufání v lepší zítřky a šli, byť jen na omezenou dobu. Stojí to opravdu za to.

MUDr. Radovan Novák

Začátek mi způsobil šok, ale doporučuji

Důvody odchodu do zahraničí? Kromě přirozené touhy poznat něco nového byl důvod asi všem jasný. Frustrace z čekání na zaslouženou změnu postavení českého lékaře ve společnosti. Šestnáct let od revoluce mi připadala dost dlouhá doba na to, aby se systém zkulturnoval, ale k tomu nedošlo. Dalším důvodem bylo, že jsem nechtěl dopadnout jako jiní moji starší kolegové, kteří mohli něco podniknout, ale z určitých obav to neudělali a potom toho litovali. Prostě jsem potřeboval tuto zkušenost, abych si něco jednou nevyčetl.

Mé první působiště bylo na jihozápadě Skotska v Dumfries. Jednalo se o DGH (District General Hospital) na způsob okresní nemocnice. Začátek mého působení byl docela šok, jiný systém s jinou organizací práce, postavení konzultanta, které nemá obdoby v Česku, a samozřejmě jazyk, bez kterého se jako internista neobejdou. K tomu skotský dialekt místních farmářů. Vše si časem sedlo. Po zhruba 10 měsících jsem si našel stále místo konzultanta internisty-kardiologa na ostrově

Man, kde působím doposud.

Konzultant je něco jako primář a lékař dohromady. Myslím tím, že kromě medicínských problémů řeší také organizační věci, kromě toho má na starosti výuku mladých lékařů či mediků a také má povinnost se sebevzdělávat. Na britském systému se mi líbí, že je tady velké zastoupení specializačních sester, které jsou jakýmsi mezičlánkem mezi lékařem a všeobecnou sestrou či obvodním lékařem. V britském systému je na první pohled cítit důvěra pacienta k lékaři. Ono se není čemu divit. Jeden příklad za všechny. Když Tony Blair, britský ministerský předseda, podstoupil katetrizační léčbu sinového flutteru, jeho první věta při odchodu z nemocnice byla: „Děkuji všem lékařům a sestřím za skvělou péči...“ To by se u nás stát nemohlo. Další věc, která se mi na britském systému líbí, je, že se uznávají ověřené postupy. Občas se sice ztrácí určitá míra improvizace, ale na druhé straně se neplýtvá prokazatelně neúčinnými postupy či léčbou. Je tady také zcela normální velmi otevřeně diskutovat s pacien-

tem o jeho prognóze a taky to, zda se má či nemá zahajovat u určitého pacienta kardiopulmonální resuscitace v případě kardiopulmonální zástavy. Opět věc, která ušetří nemalé prostředky za pobyty polymorbidních starých pacientů na odděleních intenzivní péče (ITU – obdoba ARO oddělení). Abych pouze „špatný, socialistický“ NHS (National Health System) nechválil, tak není pochyb o jeho notném zbyrokratizování. Nejrůznější pozice manažerů činí systém méně flexibilní. Úplně bych zapomněl na jeden velmi důležitý fakt, který činí práci konzultanta ve VB spokojenou a perspektivní: jeho plat. Nejen v přepočtu na naši měnu jsou to velice pěkné peníze, ale hlavně v korelaci s platy ve VB jste vyšší střední třída. Ani nemluvíme o odchodném při dovršení 60 let věku a penze, coby zaměstnanec NHS (něco, co je zcela automatické u jiných státních zaměstnanců v Česku, ale nikoliv u zdravotníků).

Velice důležitá zkušenost, kterou jsem nabyl tady v zahraničí, říká, že se v žádném případě za českou medicínu a její úroveň nemusíme stydět. Naopak, v mnohém jsme vpředu.

Práce je srovnatelná, ale klidnější

Na Evropském kongresu radiologie ve Vídni před třemi roky jsem navštívil stánek náborového oddělení britského státního NHS (National Health Service). Velká Británie před lety zavedla program vedoucí ke zlepšení dostupnosti kvalifikované lékařské péče pacientovi, jehož součástí byly nemalé finanční prostředky určené na platy erudovaných lékařů. Nakonec jsem tento program nevyužil a obrátil se na personální agenturu, která mi počátkem roku 2005 nabídla tři konzultantská místa – v Severním Irsku, Walesu a Skotsku. Po úvaze jsem zvolil jihoskotskou nemocnici s dobrou dostupností na čtyři různá mezinárodní letiště, kousek od Anglie a moře, uprostřed krajiny plné lesů, kopců, pastvin a golfových hřišť.

Načasování mého rozhodnutí bylo ideální, v té době vrcholil hlad po kvalifikovaných lékařích a Česká republika se stala členem EU. V Praze jsem absolvoval přijímací pohovor a za týden mi bylo nabídnuto místo na dobu určitou, které jsem přijal. Teprve pak jsem začal vyřizovat potřebnou dokumentaci nutnou pro registraci u GMC (General Medical Council) – obdoba ČLK. Bez registrace u GMC není možné na území Velké Británie beztržně provozovat lékařskou praxi. Všichni lékaři jsou jejími členy, platí roční poplatek 290 liber. Nikdo moc nediskutuje o účelovosti této instituce, členství je vnímáno jako povinnost, která mj. chrání lékaře i pacienty před méně kvalifikovanými lékaři ze zahraničí.

Po třech měsících práce na radiologickém

Diskrepanci mezi velmi slušnou úrovní české medicíny a prostředků, které se do ní dávají, považuji za něco, co se vymyká ekonomickým zákonitostem. Podle mého si české zdravotnictví zaslouží nějakou cenu, protože žádný jiný obor v naší společnosti po revoluci neměl takové výsledky. My všichni víme, že za tím jsou nejen moderní přístroje, ale zejména lékaři a ostatní zdravotníci, kteří byli v tak krátké době schopni se přizpůsobit a vše uvést do praxe. O to je smutnější sledovat postupující degradaci lidského potenciálu v české medicíně jako výsledku velmi mizerně ohodnocené práce. Nechci nikomu dávat rady, jak nastalý pat v Česku řešit. Jít do zahraničí, nebo zůstat doma a snažit se systém změnit? Obě varianty mají rub a líc a být mé vyprávění zní jako pohádka, bylo mi nespočetněkrát krušno a hodně se mi po jistých věcech a lidech stýskalo. Nicméně krátkodobý pracovní pobyt v zahraničí doporučuji, protože se člověku dostane širšího pohledu a vidí jisté věci ve větších souvislostech.

MUDr. Jan Tibitz



oddělení bylo podle slíbeného plánu na mé místo vypsáno řádné výběrové řízení inzerované na stránkách BMJ. Zájemci si mohou na adrese www.bmjcareers.com udělat přehled o nabízených volných lékařských místech v celé Velké Británii. Není bez zajímavosti, že počty inzerátů se dramaticky snižují, jednak asi úspěšností náborových akcí a přílivem lékařů z nových členských zemí, ale i například Německa, jednak však vlivem počínající reorganizace anglického NHS, kde bude v blízkých letech dle propočtu úředníků nadbytek asi 3200 kvalifikovaných lékařů-konzultantů. Nevím ale, kdo bude místním pacientům odbornou péči poskytovat. Už tak jsou tu neúměrně dlouhé čekací doby na vyšetření, ošetření, operace...

Po úspěšném absolvování výběrové řízení před devítičlennou komisí mi byl nabídnut nový kontrakt, stal jsem se konzultantem s pracovním poměrem na dobu neurčitou. Jsem jedním z pěti radiologických konzultan-

Nejspíš se prodávají, ale to je celosvětové pravidlo a otázka času. Práce v jiné zemi by mne zajímala, čím bližší lokalita, tím více. Proč? Pokud se jedná o blízké zahraničí, lze uvažovat o práci i s rodinami.

*As. MUDr. Daniel Driák, Ph.D.,
primář Gyn.-por. kliniky
FN Na Bulovce, Praha 8*

Čeští lékaři v cizině dostávají nesrovnatelně lepší mzdy než doma, čili se tam pod cenou rozhodně neprodávají, ale zde v ČR ano. Pokud bych byl mladší, rozhodně by mě nabídka ze zahraničí zajímala, a to nejen z ekonomických důvodů, nýbrž i pro lepší podmínky k práci.

*MUDr. Ladislav Peychl, alergologie a klinická imunologie,
pediatrie, Neratovice, Mělník*

Cena je výsledkem nabídky a poptávky, jistě ji lékaři považují za vyhovující, jinak by zůstali ve vlasti. V roce 1980 jsem poprvé vyjela na devizový příslib na Západ – do Rakouska, svobodná, po ukončení Karlovy univerzity s červeným diplomem, tehdy ve studijním pobytu v ústavu ČSAV a několik málo měsíců před první atestací z vnitřního lékařství, s žijící babičkou, prokazatelně rozenou ve Vídni (oba prarodiče s dlouho zachovaným rakouským občanstvím), s aktivní a dostatečnou znalostí německého jazyka kromě několika dalších jazyků. Jistě jsem tehdy měla dobré předpoklady pro shánění práce v zahraničí – znamenalo by to „jen“ emigraci (mohla jsem se snažit získat práci i v USA, nikdy jsem nebyla v KSČ). Odtržení od vlasti a rodiny bych nezvládla. Za to mě doma čekala jistě „hezká“ práce, bez omezení pracovní doby, za symbolickou mzdu, pod „vedením“ ideologicky neochvějně předsedkyně stranické buňky, za situace, kdy teprve mé podání výpovědi vedlo zaměstnavatele k povolení pro zařazení do druhé atestace z vnitřního lékařství... To nyní lékařům nehrozí, proto jim přeji ze srdce, aby zkusili



ANKETA **Neprodávají se čeští lékaři v zahraničí pod cenou? Zajímala by vás nabídka zaměstnání jinde v Evropě či v zámoří? Případně proč?**

šťěstí. Pro mě už je vzhledem k věku a opotřebování pozdě...

*MUDr. Jana Ťuíková,
internistka, Praha*

Na první otázku neumím odpovědět, nicméně záleží jistě, kde a v jaké funkci lékař v zahraničí pracuje, takže odpovědi určitě nebudete mít validní. Druhá otázka je pro mne jednoznačná: jakákoliv zahraniční zkušenost je pro lékaře cenná, nejlepší jsou pobyty výzkumné, na omezenou dobu (12-24 měsíců) s tím, že se lékař vrátí a zkušenosti uplatní doma. I kdyby se v cizině lékař naučil více než doma, získá jazykové vybavení, znalost vztahů, zvyků a nepřeborné další zkušenosti. Sama jsem před lety pracovala rok v Kanadě, kde jsem zjistila, že mnohé lze dosáhnout (zde za „totáče“ jsme byli hodně limitováni), že mohou být lidé k sobě slušní. Pro moji práci po návratu byly zahraniční zkušenosti neocenitelné. Mnohé lékařské fakulty požadují od mediků ve vyšším ročníku nejméně 6 měsíců praxe v zahraničí. Co vy na to?

*Doc. MUDr. Zdeňka Límanová,
endokrinolog, III. interní klinika
VFU a 1. LF UK, Praha*

Augenärztin für Berlin gesucht

Wir sind ein Team von z. Zt. drei Augenärztinnen in einer modern eingerichteten Praxis in sehr guter Lage in Berlin. Wir arbeiten mit YAG- und Argon-Laser und betreuen einen großen, internationalen Patientenstamm mit hohem Privatanteil.

Eine Partnerin in unserem Team reduziert Ihren Einsatz aus familiären Gründen, sodass wir eine vierte Kollegin in unserem „Time-Sharing-Programm“ suchen.

Hat Sie diese Kurzdarstellung neugierig gemacht?

**Sie erreichen uns unter
+49 (0) 163 881 1451.**

Inzerce

tů v regionální nemocnici vybavením srovnatelné s dobrými českými pracovišti. Pracovní náplň se neliší od náplně českého radiologa, s tím rozdílem, že vše probíhá ve větším klidu a pohodě. V mnohém je však česká medicína, dle mých zkušeností, pružnější, rychlejší, dostupnější a ve svém důsledku kvalitnější. Nemám pocit, že by na mě bylo pohlíženo jako na lékaře z Východu. Jsem nezávislý, nepodléhám žádnému nadřízenému medicínsky a de facto ani jinak.

Součástí náborového balíku byly nemalé finanční částky na cestovné, pořízení bydlení a vybavení domácnosti. Osm měsíců jsem bydlel v komfortním bytě placeném nemocnicí, poté jsem si pronajal dům ve vesnici za městem. Vzhledem k výši platu je taková praxe normální. Problém je nedostatek nemovitostí k pronájmu, většina lidí domy kupuje.

V nemocnici jsou další tři čeští konzultanti, takže tvoříme takovou malou českou buňku. Dokonce je nás tu víc Čechů než Poláků, a to je v Británii s podivem.

Konzultantské platy jsou dány tabulkou, zvyšují se po určitých odpracovaných letech obdobně jako v Česku. Britské konzultantské

platy jsou však srovnatelné s platy poslanců britského parlamentu! (Viz: www.bmjcareers.com/section.pl?sn=salary, srovnaj s www.parliament.uk/documents/upload/M05.pdf) – pozn.: částka je hrubý roční plat.

Daňová zátěž je vysoká, včetně místních daní cca 40 %. Náklady na živobytí jsou rovněž vyšší – v zemích eurozóny cena v eurech je přibližně stejná jako cena v Británii, ale v librách.

Až na drobnosti jsem pracovně, finančně a lidsky velmi spokojen, našel jsem v pozici britského konzultanta důstojnost a nezávislost. Jsem zcela odtržen od české malosti, bolševismu a korupce. Na druhé straně mi ale chybějí kamarádi, známí a všechny vztahy, které člověk v životě dlouho buduje.

Myslím si, že systém nezávislých konzultantů je lepší než systém primář – sekundář – podřízení, odpadá umělá a mnohdy násilná hierarchie, interpersonální vztahy nejsou tím pádem tak křiveny. Konzultant plně zodpovídá za svou práci, nese samozřejmě důsledky případných pochybení jen a jen sám.

MUDr. Petr Hrobař

Po 24 hodinách musím odejít domů

Budou tomu tři roky, co jsem opustil po téměř osmi letech karlovarskou nemocnici, protože jsem se rozhodl pracovat v Německu. V té době probíhala transformace ze státní příspěvkové organizace na soukromý subjekt. Řada mých bývalých kolegů odešla do zahraničí či soukromých ambulancí. Jen málokdo z nich se vrátil zpět. Naštěstí ještě řada kvalitních kolegů v mé domovské nemocnici nadále pracuje a já se ještě mohu obrátit na opravdu erudované odborníky. Jak dlouho ještě zůstanou?

Odchod do zahraničí nebyla procházka růžovým sadem. Počáteční stres z jazykové bariéry, kdy vám všichni rozumějí, ale vy rozumíte jen každé třetí slovo, snad neměli jen bilinguální jedinci. Odchodem do Německa se radikálně nezměnila pouze má výplatní páska, ale i celý můj život. Své přátele Romana, Roberta, Pavla a řadu dalších jsem vyměnil za Klause, Günthera, Konrada. Každodenní 15kilometrové dojíždění do práce na kole za 86 kilometrů dlouhou jízdu autem mezi kamiony směřujícími do Německa a zpět. Má větší dcerka mi stále říká, že je to škoda, že z práce jezdím tak pozdě a k tomu mám čtyři služby měsíčně, kdy se vracím až následující den ráno. Asi jen těžko uvěřím tomu, že kdybych pracoval v Čechách se svými sedmi službami na ARO a čtyřmi na RZP, po kterých jsem nemohl pokaždé přijet domů, by mne viděla ještě méně.

V Německu mám totiž jistotu, že po své

24hodinové službě musím jít domů a nesmím pracovat. Pokud je nedostatek personálu pro zajištění provozu na operačních sálech, můj Oberarzt počet sálů zredukuje. Nikdo se na mne nedívá jako na zrádce či lenocha, když odcházím domů. Je to mé nedotknutelné právo, které každý respektuje. Na druhou stranu v organizaci volna či dovolených je jasný řád a dlouhodobě plánování. Platný zákoník práce se dodržuje a neexistuje žádné falšování za drobnou úplatu od zaměstnavatele. Je to dané nejen německou mentalitou a smyslem pro pořádek, ale i tím, že lékař má dostatečně vysoký základní plat a služby jsou pro něj příjemným přílepkem. Ne finanční nutností, bez které by se neobešel rodinný rozpočet.

Při svém cestování do práce poslouchám až na parkoviště před klinikou ČRo1, kde slyším, jak současný ministr v demisi hodlá řešit nedostatek lékařů v Česku příchodem kolegů z Rumunska či z Bulharska. Bohužel panu Julínkovi asi jeho poradci neřekli, že pokud se již někdo rozhodne, opustí svou vlast a vydá se pracovat do zahraničí, chce mít tuto radikální změnu nějak kompenzovanou. Plat českého lékaře jistě nebude tím pravým lákadlem. Tito lékaři míří do jiných krajů, než je česká kotlina.

Uvidíme, čím nás nový ministr překvapí a kam hodlá nasměřovat naše zdravotnictví. Pro české lékaře pracující v zahraničí je to jen určitý signál naznačující, jak dlouho budeme platit daně z příjmů jinému státu.

MUDr. David Štěpánek



Úhrady zdravotní péče v nesmluvním vztahu

Úhrada zdravotní péče ve smluvním zařízení je dána celou řadou zákonných norem, doplněných o smluvní cenový dodatek, tč. vždy na jedno pololetí. U nesmluvních zařízení je situace složitější.

Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění uvádí o problematice poskytování péče nesmluvním zdravotnickým zařízením následující paragrafy:

1. § 11 odst. 1 písmeno b) – pojištěnec má právo na volbu lékaře, který je ve smluvním vztahu se zdravotní pojišťovnou (dále jen ZP). Lékař ale nemůže odmítnout pojištěnce v případě, kdy se jedná o neodkladnou péči.
2. § 17 odst. 1 – péče je poskytována na základě smlouvy o poskytování zdravotní péče. Smlouvy se nevyžadují při poskytování nutné a neodkladné zdravotní péče pojištěnci.
3. § 40 odst. 2 – pokud není mezi ZP a zdravotnickým zařízením (dále jen ZZ) smlouva sjednána, jsou ZP povinny poskytnout zdravotní péči hradit za stejných podmínek, jako ZZ, se kterými ZP uzavřela smlouvu podle § 17 odstavce 1.

Úhradu péče nesmluvnímu ZZ řeší

1. nařízení vlády č. 487/2000 Sb. § 6 písm. b), kde je hodnota bodu 0,82 Kč
2. vyhláška 550/2005 Sb., kde byla cena bodu v § 13 odst. 2 pro úhradu této zdravotní péče stanovena pro 1. pololetí 2001 stejně i pro 1. pololetí 2006.

Pro 2. pololetí 2006 nebyla přijata úhradová vyhláška, protože v 1. pololetí 2006 byl zákon 48/1997 Sb. změněn tak, že dohodovací řízení o hodnotě bodu a výši úhrad probíhá na celý následující kalendářní rok. Na 2. pololetí 2006 se zapomnělo.

V zákonných normách není nikde uveden taxativní výčet, co spadá do nutné a neodkladné zdravotní péče. Jistá definice je uvedena v informačním bulletinu VZP, kde se nutnou a neodkladnou péčí rozumí její poskytnutí při úrazu, akutním vzniku onemocnění, akutním zhoršení zdravotního stavu a v případě, že by odklad zdravotní péče mohl vést buď k ohrožení života, nebo závažnému zhoršení zdravotního stavu.

Hodnocení, co je či není nutnou a neodkladnou zdravotní péčí, je plně v rukou revizních lékařů pojišťovny. V praxi je však toto rozhodování velmi problematické a jak je dále uvedeno, ne vždy pojišťovna postupuje korektně.

Koncem roku 2005 ukončila Oborová zdravotní pojišťovna (OZP) smlouvu s mnoha velkými ordinacemi, jež v té době měly ve své péči množství jejich pojištěnců. Jelikož byla výpověď doručena zhruba 10 dní před koncem smluvního období a navíc v době Vánoc, mnoho nemocných nestihlo provést přeregistraci k jiné ZP (viz též Zdravotnické noviny, ročník 55/2006, číslo 3, strana 19). V následujícím období byla vykazována mým zařízením akutní a neodkladná péče dle výše uvedených kautel, přesto OZP tuto péči vždy zamítla s odůvodněním uvedeným na konci zúčtovací zprávy, kde je psáno: „Zamítnuté výkony poskytnuté ZZ, které nemá s OZP uzavřenou smlouvu, nelze považovat za neodkladnou lékařskou péči.“ Šlo mj. o cílené vyšetření při diagnóze epileptického záchvatu a následného amenního stavu či o stav akutního lumbaga, kdy nemocný byl schopen pohybu jen s velkým omezením a bolestí. Jak je zřejmé, tyto diagnózy i následná nutnost vyšetření a základního ošetření plně vyhovují definici nutné a neodkladné péče. Její odmítnutí a následné možné tragické důsledky by naplnily skutkovou podstatu trestného činu neposkytnutí pomoci s plnou odpovědností lékaře.

Tuto situaci jsem opakovaně reklamoval u revizních lékařů či zdravotní ředitelky OZP. Po reklamaci jsem sice odvedenou péči dostal proplacenu, zmíněný postup OZP je však hrubě nesystémový. Místo nápravy daného stavu jsem zpravidla obdržel dopis zdravotní ředitelky MUDr. Plškové, kde byl jen výčet problémů, se kterými se OZP potýká. Nemohu se zbavit dojmu, že pojišťovně tento postup vyhovuje, neboť částky, které nesmluvní ZZ účtuje za neodkladnou péči, ne-

jsou velké a zpravidla zřizovatelé ZZ nestojí za námahu reklamovat nezaplacené faktury. Někteří nesmluvní lékaři pojištěnce OZP raději odmítnou a riskují postih, někteří podle mých informací pracují zdarma a vyúčtování raději ve světle výše uvedených problémů ani nepošlou.

Z popsání stavu lze uvést následující závěry:

1. Odmítnutí pacienta nesmluvní ZP, který se dostaví do ordinace s požadavkem na vyšetření, je velmi riskantní, neboť pokud není vyšetřen, nelze stanovit závažnost jeho nemoci. Pro úplnou jistotu je nutné příchodícího vyšetřit vždy. Případné důsledky pro lékaře, jež by nemocného nevyšetřil a posléze se ukázalo, že šlo o závažné onemocnění, by byly velmi závažné.
2. V současném režimu platí zásada, že za práci je třeba zaplatit. Jak je uvedeno v § 40 odst. 2 zákona 48/97 Sb., má ZP povinnost uhradit zdravotní péči i v případě nesmluvního vztahu.
3. V případě, že se ZP zdráhá zaplatit nesmluvnímu ZZ za odvedenou práci, je potřebné využít všech právních možností domoci se spravedlnosti. Mnou uváděné problémy pojišťovny OZP, která místo urychlené nápravy daného stavu hledá jen výmluvy, jsou zřejmě cíleny na utlumení aktivity požadavků na proplacení odvedené péče. Je možné, že podobné zkušenosti jsou i u jiných zdravotních pojišťoven.
4. Ve 2. pololetí 2006 nebyla stanovena hodnota bodu pro nesmluvní zdravotnická zařízení. Za tuto péči je tedy možno požadovat cenu obvyklou, nejspíše takovou, jež přináší smluvnímu ZZ.

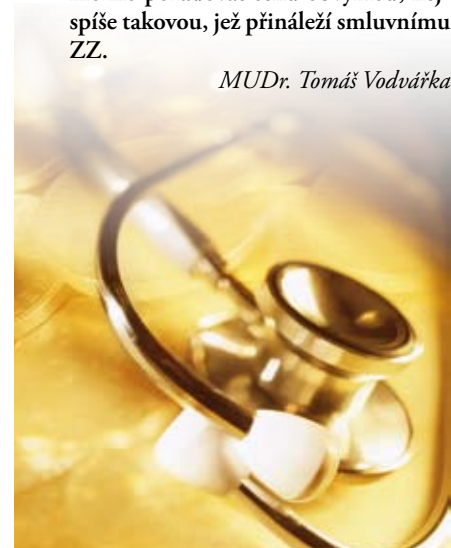
MUDr. Tomáš Vodvářka

Stanovisko právního oddělení ČLK

Stále platí smlouva uzavřená mezi Všeobecnou zdravotní pojišťovnou a Českou lékařskou komorou, podle které v případě sporu mezi zdravotnickým zařízením a VZP o tom, co je a co není neodkladnou péčí, rozhodne ČLK. S ostatními zdravotními pojišťovnami bohužel obdobná smlouva uzavřena není.

V případě sporu, co je a co není neodkladnou péčí, by u soudu byl patrně rozhodujícím důkazem znalecký posudek z příslušného oboru. Jeden renomovaný znalec k pojmu neodkladná péče napsal: „Neodkladná péče je péče lékaře o pacienta, který ho vyhledal, od okamžiku, kdy vstoupil do jeho ordinace, do okamžiku, než lékař zjistí, že jde o péči odkladnou.“ A aby to zjistil, musí lékař pacienta pochopitelně nejprve vyšetřit – dodávám já.

JUDr. Jan Mach, ředitel právního oddělení ČLK





Čeští lékaři řekli jasné NE falešnému zvyšování ceny své práce

Tak nám spatřila světlo světa nová úhradová vyhláška v segmentu ambulantní péče. Zdá se, že jsme byli svědky snad největší frašky od počátků takzvaných dohodovacích (nebo snad přesněji dohadovacích) řízení. Ministr zdravotnictví MUDr. Julínek neakceptoval vzniklou „nedohodu“ a při tvorbě úhradové vyhlášky vyšel z návrhu MUDr. Zorjana Jojka. Jeho hlasem se čeští lékaři dobrovolně zrekli tolik očekávaného navýšení hodnoty své práce, kterou obsahoval nový seznam výkonů platný od 1. 1. 2006. A tím se nepochybně zapsali do novodobých světových ekonomických dějin.

Při sledování Jojkovy slovní ekvilibristiky mne napadá působivý reklamní slogan: „Čeští lékaři řekli jasné NE falešnému zvyšování ceny své práce, řekli jasné NE umělému prozlátku lepších výdělků. Když NIC, tak pro všechny.“

V tomto kontextu ještě jedno přirovnání: v naší zemi působí několik operátorů telekomunikačních sítí, nad kterými bdí telekomunikační úřad, aby se jejich ceny neutrhly ze řetězu. Na druhou stranu moc dobře ví, co jsou to provozní náklady a v nich obsažený přiměřený zisk! Co myslíte, stalo by se, že jeden z operátorů „povstane“ a prohlásí, že nebude prodávat hovor za např. 2,50 Kč (když provozní náklady jsou 2,30 Kč), ale sníží cenu na 1,50 Kč?!? Vytrže tak všem ostatním „hamižným“ subjektům segmentu zrak, jak to v naší „České kapitalistické komunistické republice“ jde? Pokud jsem teď nahnal strádajícím operátorům husí kůži,

klid hoši, takový trouba mezi vámi určitě není. To jen MY jsme novátorským českým přístupem celému světu jasně ukázali, že hodina lékařské práce nestojí za víc, než za „krásných“ 9. A „dokonce“ si i vyděláme o celá 3 (slovy TŘI) procenta více, než v roce 2005. To ani soudruh v Německu nemá. Ale stále jsem ještě plný naděje. Máme přece Krizový štáb. Ten stál počátkem loňského roku v čele oprávněných požadavků jiné skupiny lékařů. A nyní jistě stejně neochvějně bude hájit požadavky nás „venkovských“ lékařů – ambulantních specialistů, pro které je příjem od pojišťovny bohužel jediným zdrojem krytí provozních nákladů. O svém přiměřeném a zaslouženém zisku si zatím necháváme jen zdát.

A 3% nahoru oproti roku 2005 – co na to říct? Zakonzervovat stav na principu pouhého navyšování historických limitů, které vycházejí ze starého seznamu výkonů s nereálnou cenou lékařské práce, o procenta neodpovídající nárůstu cen nákladů nelze donekonečna. Což takhle konečně nesmyslný systém-nesystém, který vyhovuje možná jen několika úzkým skupinkám, ale hlavně politikům a pojišťovnám, nahradit ekonomicky fungujícím systémem, kde plátce přesně ví, co kolik stojí (a on to možná dnes už ví...) a poskytovatel si jednoduše dokáže spočítat, kolik za svoji práci obdrží.

Proč já to jen čekal od pravice vlády? A pohádku, že v systému nejsou peníze, nechme, prosím, už konečně v šuplíku!

MUDr. Radomír Sviták, Uherské Hradiště

Malé zamyšlení nad smyslem vydávání licencí

Praktický význam vydávaných licencí je, zdá se, čím dál menší. Stát se možná domnívá – a doufá v to – že licence pomalu vymizí. Počet žádostí o vydání licence tomu ale nenavědčuje. Třebaže zpracování podkladů pro vydání licence vyžaduje práci náročnou na pozornost a čas, zájem o vydávání licencí mě těší.

Řada odborníků na zdravotnictví říká, že vydávání licencí je zbytečné, potvrzení o specializované způsobilosti je oprávněně vydávat stát a tím to končí, nic dalšího není potřeba. Já se domnívám, že právo státu vydávat osvědčení o specializované způsobilosti a zákonné právo komory vyjadřovat se k podmínkám výkonu praxe u svých členů není v žádné kolizi. Jsem přesvědčena, že schopnost lékaře samostatně pracovat, ať již v soukromé ordinaci nebo ve funkci vedoucího lékaře, není dána jen jeho specializovanou způsobilostí. Svou roli by měly hrát i další faktory – osobnostní, etické i odborné – a právě ty by měla garantovat profesní komora. Proto pokládám za nešťastné, že licence nepatří vedle dokladu o specializova-

né způsobilosti k dokladům nutným k vydání registrace zdravotnického zařízení. Ale i kdyby nebyl (i kdyby není?) k vydávání licencí žádný právní důvod, mohou mít licence význam. Dokonce jejich význam tím může ještě stoupnout. Pokud bude ČLK vydanou licenci garantovat, že majitel licence je kvalitní lékař, pokud budou lékaři hrdě dokládat, že je ČLK pokládá za odborníky kompetentní k výkonu samostatné praxe v příslušném oboru, budou mít vydané licence svůj smysl. Pacienti pak budou s větší důvěrou chodit k „licencovaným“ lékařům, i pojišťovny mohou tyto odborníky preferovat.

Stát ať si ponechá oprávnění k vydávání dokladu o specializované způsobilosti, měl by ale zároveň respektovat právo ČLK vyjadřovat se prostřednictvím vydávaných licencí k výkonu samostatné praxe svých členů. Protože právě licence by měla být, a jsem přesvědčena, že i je, dokladem o kvalitě.

*MUDr. Věra Rybová
členka představenstva ČLK*

ad Bu-bu efekt Rathových vyhlášek

Vážený pane prezidente, je asi zbytečné reagovat na Váš časopis – přesto si myslím, že pomínu-li sebestřednost (kolikrát v časopise zazní Vaše jméno s pochvalným nádechem), snad opravdu nevíte a netušíte, jaké polopravdy pronášíte. Postupujete přesně v intencích politbyra 80. let. Ne přímo lež, ne celou pravdu, ale něco mezi – tak se dalo vysvětlit národu cokoliv. Vzhledem k datu Vašeho narození, i Vy jste na fakultě minimálně rok strávil na přednáškách z dějin mezinárodního dělnického hnutí, a možná i politické ekonomie. Nyní se pokoušíte o exkurs do ekonomie kapitalistické. Na straně 14 (*TM 12/2006, pozn. red.*) je jeden z Vašich četných příspěvků: **Bu-Bu efekt Rathových vyhlášek**. Jste si jistě vědom polopravdivého vysvětlení – na jedné straně jste s MUDr. Rathem za své veliké vítězství proklamoval nárůst práce, tedy zvýšení bodové hodnoty jednotlivých výkonů. Vyhlášky ale stanovily něco jiného – zvýšily striktně možnost proplacení práce pouze na 103%, respektive 105% objemu úhrady ze strany pojišťoven, kdy za základ byl dán rok 2005. I můj synovec, který má necelé 3 roky pochopí, že pokud má uzavřený objem peněz a jeho oblíbené čokoládové rohlíčky se zdražily, tak jich bude mít méně. Takže pokud budu pracovat, a zdravotní pojišťovny mi na základě nových hodnot výkonů proplatí jen 103 nebo 105 procent objemu práce z roku 2005, zákonitě buď pracuji zadarmo, nebo naopak peníze vrátím.

Kmen pojištěnců registrovaných u praktických lékařů je stálý, dle seriózních statistik lidé chodí stále stejně pacientů k ošetření. Mimokapitační výkony mnohdy nahrazují péči specialistů (praktický lékař je také specialista), nebo hospitalizaci a ve svém efektu přinášejí úsporu. Ne tedy, že nás zdravotní pojišťovny zabezpečily bezúročnou půjčkou, ale naopak ve svém efektu jsme ošetřili méně pacientů, byli jsme nuceni pracovat buď zadarmo nebo jsme pacientům neposkytli adekvátní péči.

Proboha přestaňte už lhát, nebo podvádět nejen sám sebe, ale i druhé.

Váš strach o nemocniční lékaře je opodstatněný – pro ilustraci: s kolegy sloužím službu na ZZS, naše hodinová odměna nedosahuje 300 korun, které si odhlavoval sjezd delegátů jako náhradu času (a tím se zvedla částka ročního příspěvku).

*Bohumil Skala, M.D., Ph.D.
praktický lékař, Lanškroun*

Fenomén ÚPS. Čím se provinil zákoník práce?

Ústavní pohotovostní služby hýbou světem, nebo aspoň českou kotlinou. Rádobymanažeri v nemocnicích jsou zaskočeni, ministři zděšeni. Jejich reakce připomínají silničáře, každoročně překvapeně sněžením v zimě. Společně spílají novému zákoníku práce, který prý likviduje české zdravotnictví. Jsou zaskočeni evropskou normou, o které všichni ostatní vědí již několik let. Je však zřejmě nikdo neinformoval. Jaká zlomyslnost! Zákon je nutno okamžitě zrušit, nebo aspoň odložit. Katastrofa, snůška chyb, paskvil....

Čím se provinil zákoník práce? Co se v roce 2007 změnilo proti předchozím letům, že to vyvolává takovou bouři nevole? Zdánlivě všechno, v podstatě nic. Tedy nic zásadního. Zákoník pouze zvyšuje ochranu zaměstnanců a v případě lékařů i jejich pacientů. Omezuje množství přesčasové práce, stanoví, že každá přítomnost zaměstnance na pracovišti je buď prací, nebo prací přesčas. Přesčasovou práci pak omezuje na 32 hodin měsíčně.

Tady je podstata problému. České zdravotnictví, nemocnice zejména, je dosud ostrůvkem feudalismu v centru měnících se společenských řádů. Lékař-zaměstnanec běžně odpracuje 100 i více přesčasových hodin v měsíci, jeho měsíční „kvóta“ práce dosahuje 300 hodin. Nepřetržitá směna v délce 32 hodin je normou, výjimkou není ani 56 hodin práce v kuse. Osvícení manažeri, žijeme v manažerském kapitalismu, pak posílají s naprostou lehkostí lékaře po službě do další odpovědné práce. Lékař, který, jak víme, přísahal hned několika řeckým bohům, nemůže být přece stížen tak přizemním stavem, jako je únava!

Rozsah práce, konaný lékaři v nemocnicích, byl vždycky v rozporu s pracovními normami. Totalitní zákony umožňovaly lékařům naříditi prakticky neomezené množství přesčasů. Později byla doba nařízené práce omezena na 150 hod/rok, o dalších 266 hodin (do celkem 416 hod/rok) musel zaměstnavatel lékaře aspoň požádat. Jak nedůstojné manažera! K tomu navíc bylo k dispozici 400 hodin tzv. pohotovosti na pracovišti. Byla to práce, která však jako práce nemusela být placena. Kvalifikovaný lékař v nemocnici za 80 Kč/hodinu. Jak výhodné! Tuto ponižující kvótu práce „téměř zdarma“ nový zákoník také odstranil.

Při 100 hodinách přesčasů měsíčně, 1200 hodinách ročně, pokračovali lékaři v nemocnicích i starý zákoník práce (max. 816 hod/rok vč. pohotovosti). Nadbytečné hodiny se prostě „zafixovaly“ a byl klid. Nikdo z těch, kteří dnes bojují proti novému zákoníku, problém nevnímali. Pokud by byl zákoník odložen, neřešili by ho dál. V prosinci 2007 bychom vyslechli několik plamenných projevů o významu zdravotnictví pro blaho společnosti, jejich závěrem bylo konstatování, že lékaři prostě musí...

Štěstí přeje připraveným

Odborové organizace a LOK-SČL především upozorňovaly na nadcházející změnu legislativy již od počátku, tedy několik let. Marně. S naprostou jistotou jsme očekávali hysterii, která se po přijetí nového zákoníku rozpoutá. Nešli jsme se a byli jsme klidní. Sledovali jsme pak křečovitě snahy některých manažerů situaci zkratkovitě řešit. Ještě dnes jsou ředitelé, kteří reálně uvažují o zavedení směnného provozu v nemocnicích! Je to nesmysl. Směnný provoz při stávajícím počtu lékařů znamená na většině oddělení minimální provoz. Téměř vylučuje provádět plánované výkony a je jednoznačně nebezpečný pro pacienty. Tyto zkušenosti podporují jasná stanoviska většiny příčetných odborníků, včetně ČLK. Další lékaři k zajištění plného provozu ve směnách nejsou a nebudou. „Balkánské řešení“ ministra Julínka získává vážné trhliny. Logicky. Práce lékaře v Británii či Německu je lépe placená než v Česku a ani Bulhaři ani Rumuni česky prostě neumějí.

Je tedy současná situace vůbec řešitelná? Pochopitelně je, ačkoli nejde o řešení dobré.

Pro překlenutí současné situace existuje více variant, dále popíšeme dvě základní. Obě jsou ale jen obejitím smyslu ustanovení zákoníku. To nelze zastírat. Jsou provizoriem k odvrácení krize z dlouhodobě neřešených problémů českého zdravotnictví.

1. Nasmlouvání ÚPS formou tzv. dohod o pracovní činnosti

(DPČ) – v současnosti nejjednodušší a nejvíce rozšířená, často v kombinaci s přesčasovou prací. S jistou benevolencí je toto řešení právně možné. Rozsahem možných 960 hod/rok v kombinaci s 416 hodinami přesčasů obvykle dostačuje k zajištění provozu. Problémem je cena pracovní hodiny v DPČ. Aby nedošlo k poklesu příjmu vlivem klesající průměrné hodinové mzdy, tím průměru pro náhrady (dovolené atd.), musí být tato cena proti stávající přesčasové hodině navýšena o minimálně 25 %. Kombinace s přesčasovou prací umožňuje výběr náhradního volna po službě. S ohledem na výše řečené je toto velmi žádoucí. Lékař po 24 a více hodinách práce nemá co dělat na pracovišti. Takové řešení ale vyžaduje rozumnou organizaci práce, změnu stereotypů.

2. Založení právnických osob, např. družstev, a poskytování práce v ÚPS dodavatelskou formou. Je organizačně složitější. Více se ale blíží vztahu, kdy lékař jako OSVČ prodává své znalosti firmě, nemocnici. Tato varianta skýtá řadu výhod, mimo jiné např. odpisových. Vyžaduje dobré nastavení smluv, řešení hmotné odpovědnosti a další náležitosti.

Každopádně je v podmínkách nového zákoníku práce možno zajišťovat ÚPS i v r. 2007. Při uplatnění první varianty není řešení ani mimořádně náročné. Vyžaduje jen rozumnou dohodu včetně dohody o ceně práce z obou stran. O to více překvapuje skutečnost, že v řadě našich nemocnic nebylo dosud dohody dosaženo.

Provizorium ano, trvalé řešení ne

Rizikem nabízených řešení je stav, kdy ÚPS budou takto zajištěny, ale zásadní problém přetěžování lékařů přesčasovou prací zůstane neřešen.

Trvalé řešení situace vyžaduje dva základní předpoklady. Snížení nutnosti přesčasové práce lékařů na nezbytné minimum a odstranění jejich ekonomické závislosti právě na této přesčasové práci. Odměny za práci přesčas tvoří v současné době přes 50 % mzdy či platu lékaře zaměstnance. Výdělek lékaře-zaměstnance bez přesčasové práce se pohybuje kolem (spíše však pod hranicí) průměrné mzdy. Blíží se výdělkům středoškolsky vzdělaných pracovníků. Odměny za práci v nemocnici jsou tak nízké, že prakticky vylučují širší zapojení soukromých lékařů do ÚPS, jako jednu z cest k „rozložení“ zátěže přesčasovou prací. Ekonomická závislost na přesčasové práci pak motivuje zaměstnance k dalším a dalším přesčasovým hodinám. Jeden z bludných kruhů českého zdravotnictví se uzavírá.

Oklikou se tak dostáváme k základnímu problému nedostatečně definované, prakticky neexistující ceně práce lékaře ve všech segmentech poskytovatelů, soukromé nevyjímaje. Diktát zdravotních pojišťoven, jejich fakticky nereálné zdravotní plány, kdy za omezené zdroje nakupují neomezenou péči, jsou zásadním problémem, který je nutno řešit.

V segmentu zaměstnanců vidíme část řešení v přijetí samostatné tabulky pro odměňování lékařů (zdravotníků). Dále bude nutno zásadně změnit pohled na ÚPS, jejich smysl a rozsah zajištění. Dle našeho názoru by se měly na financování ÚPS v nemocnicích podílet veřejné rozpočty. Analogicky jako je tomu v případě LSPP, kterou nemocnice již prakticky zcela supluje.

LOK-SČL připravil pro rok 2007 propagační kampaň, která bude osvětlovat problémy a rizika spojená s přetěžováním lékařů přesčasovou prací. Budeme trvat na řešení těchto problémů tak, aby provizorium bylo jen provizoriem.

MUDr. Lukáš Velev, MUDr. Martin Engel
LOK-SČL



Nepovinné členství mě netěší

říká prezident Slovenské lékařské komory profesor Milan Dragula

Prezident Slovenské lékařské komory profesor Milan Dragula byl mezi hosty listopadového sjezdu ČLK, kde velice kriticky hovořil o slovenské reformě zdravotnictví. V Praze byl svědkem ostrého střetu dvou znesvářených táborů uvnitř ČLK.

V čem je rozdíl mezi českou a slovenskou komorou?

Možná hlavní rozdíl je v tom, že se mi daří bránit vtahování politiky do komory.

Znamená to, že lékaři na Slovensku jsou apolitičtí? ČLK je rozdělena na dva tábory: lékaře-zaměstnance a privátní lékaře. Zjednodušený pohled může říkat, že ti první jsou orientovaní víc doleva, ti druzí naopak.

Myslím si, že může být úplně jedno, zda jde o zaměstnance, nebo zaměstnavatele. Oba mají snahu, aby byl zdravotní výkon dobře zaplacen, a je úplně jedno, jestli v soukromé nebo státní sféře. Tam už záleží jen na organizaci řízení a systému práce. Proč by státní organizace musely být ztrátové, když soukromé umějí být ziskové? Otázka je, jestli soukromé organizace vykonávají tu činnost, kterou mají, jestli si nevybírají pouze lukrativní zrníčka a ty horší věci nenechávají státním zařízením. Na druhé straně – mají státní zařízení vzhledem k častým politickým nominacím zdravé manažery? To se ovšem dá vyřešit cenovými opatřeními. Ale je otázka, zda je potřebná cenová regulace, jestli to nemá být na základě, řekneme, kritérií kvality poskytované zdravotní péče. To jsou všechno otázky, o kterých je potřeba hovořit. Část slovenských lékařů je také politicky orientovaná, otázkou je vnášení politiky do komory.

Delegáti sjezdu ČLK odhlasovali, že komora zůstává jednotná. Jak je to na Slovensku?

I my máme takový problém. Ale někdy prostě musíte bouchnout pěstí do stolu, abyste ty, kteří křičí jenom proto, že se jim chce křičet, umlčeli. Jednou bič, podruhé cukr. Život je takový.

Jaké má Slovenská lékařská komora kompetence?

Podle zákona zastupuje zájmy lékařského stavu. Teď je otázka, kdo to jak bere. Zastupovat zájmy lze po ekonomické stránce, což druhý anebo třetí rok děláme. Přijali jsme zásadní filozofii, že všechny segmenty zdravotnictví se dají dohromady předtím, než se jde jednat s pojišťovnami, řeknou si podmínky, za kterých chtějí jednat s pojišťovnami, a už se před pojišťovnami nemohou hádat. A dohodli jsme se, že jeden segment nesmí podtrhnout druhý. My víme, že tento rok přijde do systému zhruba o 10 procent peněz více, tak je chceme do těch segmentů dostat. To neznamená, že každý má dostat stejně, ale nemůžeme preferovat jednoho na úkor druhého.

Proč je u vás členství v komoře dobrovolné?

Tentýž parlament, který v roce 2002 uzákonil povinné členství, ho o dva roky později zřejmě z politických důvodů změnil v nepovinné! Tehdejšímu ministru Zajacovi a jeho reformátorům velmi překážela silná organizace. Čhtěli ji zlikvidovat, ale naopak ji posílili. Je

Prof. MUDr. Milan Dragula, Ph.D.

Narozen 22. 10. 1948 v Žilíně. V roce 1972 promoval na LF UK v Martině, v roce 1978 ukončil atestaci z oboru chirurgie, roku 1983 atestaci z dětské chirurgie, v roce 1987 obhájil disertační práci, v roce 2000 byl habilitovaný z oboru chirurgie. Na základě konkurzního řízení byl roku 2004 jmenován mimořádným profesorem.

V současné době je přednostou kliniky dětské chirurgie Jesseniovy lékařské fakulty UK a FN v Martině. Přes tři roky je prezidentem Slovenské lékařské komory. Je členem Technického výboru pro akreditaci ve zdravotnictví při Slovenské národní akreditační službě, autor a spoluautor 152 publikací doma a v zahraničí, 237 přednášek doma a v zahraničí, práce citované 95krát. Je nositelem Národní ceny za kvalitu z roku 2006.

teď daleko silnější a jednotnější než předtím. **Myslím, že z nepovinného členství nejste nadšen.**

Není mi příjemné, dostalo nás to do ekonomických problémů, ale proč nad tím plakat? Jako demokraticky vychovávaný člověk říkám: ať je členství dobrovolné a ať komora dělá pro své členy tolik, aby byli v komoře rádi. Zřídili jsme bezplatnou linku s právním poradcem, jako má ČLK, doháníme vás v různých věcech, ale chceme nyní zařadit pro všechny členy komory platící pojištění právní ochranu. Členský příspěvek na rok 2007 jsme zvýšili o 500 korun, tyto finance půjdou na pojištění právní ochrany každého člena, abychom měli 200 tisíc korun ročně na právníka. Nemusím vysvětlovat proč.

Ale tím, že nemáte na všechny slovenské lékaře „páky“, mohou vznikat problémy například etického rázu.

Nemusejí vznikat, protože jsme předložili ministerstvu zdravotnictví a parlamentu novelu zákona 578, aby byla komora sice dobrovolná organizace, ale vykonávala dozor nad správným poskytováním zdravotní péče, etikou, morálkou, odborností. I když lékař nebude členem SLK, bude se muset řídit stavovskými předpisy, které komora přijímá na svých sněmech, a bude postihnutelný disciplinární komisí a sankčními pokutami. Doufám, že to v parlamentu projde.

Kolik lékařů je členy SLK?

Předtím, když bylo členství povinné, jsme měli 18 tisíc členů, z toho ale platily příspěvky dvě třetiny. Na co jsou členové, kteří neplatí příspěvky? Tedy zhruba asi ty dvě třetiny jsou dnes řádnými členy komory.

Jaké máte členské poplatky?

Teď jsme je zvýšili na 2500 korun pro starší

30 let, 1500 korun pro mladší, důchodci nad 62 let platí 200 korun, bez ohledu na to, zda pracují.

Nesplňuje to nepovinné členství odbory?

S odbory máme dobré vztahy, jak s lékařskými, tak odbory ostatních pracovníků, ale do vyjednávání o platech se komora nevměšuje. To je záležitost vysloveně odborářská. Komora rozhodně nesplňuje odbory. Ceny výkonů jsou naopak věci komory. Protože pokud jak státní tak soukromé zařízení dostane dobrou cenu za výkon a pokud má normální management, promítnete cenu výkonů do platů.

Považujete za potřebné a šťastné, aby byla činnost komory rozdělena do dvou sekcí, na privátní lékaře a zaměstnance?

Nepovažuji. My jsme to před lety měli. Když jsem nastoupil, tak jsem to zrušil, protože jedna sekce druhou překřičela. Ve volbách měla jedna víc lidí ve vedení komory a druhá méně. Dokonce jsme to měli určitou dobu tak, že sekce zaměstnanců a sekce zaměstnavatelů musely mít paritní funkcionářské zastoupení. Dnes ale velmi těžko najdete lidi, kteří by chtěli za náhradu ztráty času něco pro komoru dělat, tak proč nevízt ty, kteří chtějí, bez ohledu na to, jestli jsou zaměstnanci nebo zaměstnavatelé. Jsem státní zaměstnanec a máme ve vedení SLK řadu kolegů, kteří jsou soukromými lékaři. Názory jsem si sjednotil. **Existují u vás podobné problémy jako v České republice se smlouvami se zdravotními pojišťovnami?**

Samozřejmě existují. Část členů komory nám dokonce posílá zplnomocnění, abychom za ně podepisovali smlouvy. Existuje organizace na Slovensku, jmenuje se Zdravita, která má mandátní smlouvy a podepisuje za své členy smlouvy s pojišťovnami. Ale s tím jsem nesusouhlasil, ty mandátní smlouvy jsou v podstatě nevyhovitelné. Moje vize je vzdělaný a svobodný lékař, který by se uměl rozhodnout sám. Ale když nám dá někdo takové zplnomocnění, tak samozřejmě budeme za něj podepisovat smlouvy, ale jen na jeden rok. Protože kdyby si to náhodou rozmyslel, tak má možnost takovou plnou moc na další rok nepodepsat.

ČLK hájí názor uzavírat smlouvy s pojišťovnami na dobu neurčitou, tzn. doživotní. Co tomu říkáte?

Systém se vyvíjí a něco doživotně se mi moc nelíbí. U nás je to tak, že je v podstatě síť smluvních zdravotnických zařízení. Je otázka, zda je potřebná taková síť? Mají mít všichni smlouvy, nebo jen někteří? A kteří? My neustále říkáme, že kvalitní poskytovatel má mít smlouvu. Ale kdo je kvalitní poskytovatel? Budu posílat dopisy všem lékařským komorám v Evropě, abychom od dosud platných indikátorů kvality přešli na konkrétní indika-

tory. Máme 46 základních odborností medicíny, a u těch chceme nějak sjednotit indikátory kvality v Evropě, protože každý občan EU má nárok na stejně kvalitní péči. Jsou státy, které mají velké zkušenosti, třicetileté, jako Dánsko nebo Belgie. Není třeba vymýšlet už vymyšlené, ale možná naopak my přesvědčíme kolegy, že některé námi navrhované indikátory jsou lepší než jejich. Naším cílem je mít konkrétní indikátory kvality zdravotní péče pro konkrétní lékařský odbor, zajistit jejich sběr, financování sběru, validitu. A sjednotit je v rámci EU. Nemáme na Slovensku vyřešený prodej a dědění praxí, až to uděláme, potom možná půjdeme cestou ČLK.

Na rozdíl od Česka, kde se o tom stále jen mluví, na Slovensku reforma zdravotnictví proběhla. Ale myslím, že vy s ní moc spokojeni nejste. V čem spočívala?

V podstatě ve změně vlastnictví. Ze státního vlastnictví do soukromého, ale nebylo pře-



dem definované, kdo bude vlastníkem. A tak se jimi stali blízcí lidé ministra Zajace. Anebo potencionálními vlastníky. V podstatě si dělali co chtěli. Uvedu příklad. Byl jsem v jedné nemocnici, kde stát složil jako zřizovatel neziskové nemocnice 64 milionů korun, ale základní jmění nemocnice bylo 14,8 milionů. Ptal jsem se: „Co jste udělali s ostatním majetkem?“ To bylo nekontrolované rozkrádání majetku! Podobných příkladů je velmi mnoho. Velká nemocnice měla být akciová společnost, ředitel dokonce mluvil o šestimilionovém přebytku, ale když přišlo nové vedení, zjistilo „sekeru“ 280 milionů. To znamená, že kdyby byli akciovka, museli by se poslat do půl roku do konkurzu. V konkurzu se dá majetek koupit lacino, za 50 až 10 procent. Takže ta reforma byla vyslovená jen pro několik blízkých lidí, kteří měli majetek. S tím jsem se nemohl ztotožnit. Nejen proto, že jsem nebyl „blízký člověk“... Snahy o to, koupit si mě, byly, ale těžko mě někdo koupí.

Chtěli vás uplatit?

Neřekl bych, že uplatit, ale chtěli si mě koupit například tím, že dají na zavádění systémů kvality pro komoru poměrně vysoké částky.

Já jsem řekl: „Bavme se nejprve o systému, potom o penězích.“ Komora mohla vydělat peníze, ale za jakou cenu...

Jaký je dnes podíl státních a soukromých zdravotnických zařízení?

To lze těžko říci, ale možná je 60 procent lůžkových zařízení státních a 40 procent nestátních. Ambulantní sféra je převážně privátní. Ale vlastnictví nemůže být cílem reformy. To může být jen prostředek na dosažení cíle. Já jsem u Zajacovy reformy cíle neviděl. Byly sice nějak definované, zlepšit kvalitu a blablaba, ale nic se s tím nedělo. Něco jiného bylo na papíře a jiná byla skutečnost.

Udělaly se i dobré reformní kroky?

Ano, dobré věci je třeba zachovat. To je určitá socioekonomická spoluúčast občana. My jsme už měli spoluúčast občana na úrovni více než 20 procent, ale to by zdravotní péče nebyla dostupná všem a nebyla by ekonomicky únosná pro většinu obyvatel. Současná vláda

do materiálního vybavení, prostorového vybavení. Možná oba máme kvalitní personál, ale to ostatní my máme trochu horší a někdy o hodně horší. Já občas jezdím certifikovat i české nemocnice, takže jsem to poznal.

Odchází mnoho slovenských lékařů do zahraničí?

Určitě, tak kolem 500 až 550 lékařů ročně, většinou kvalifikovaných. Dříve to bylo do Česka a nyní do severovýchodních zemí, Velké Británie, Irsku. Dokonce někteří tam jezdí sloužit na víkendy, protože se jim to vyplatí! Vydělají si to, co tady nedostanou za tři měsíce. Musíme vytvořit odpovídající prostředí, protože jinak tady zůstanou jenom staří a hloupí doktoři. Až budu starý, a to už trochu jsem, tak mě nebude mít kdo léčit. To tedy opravdu není náš cíl. A z jiných států se doktoři na Slovensko rozhodně nehrnou.

Procházejí dál, že?

Zůstávají tu ti, kteří dostudovali, aby získali kvalifikaci, a protože kvalifikaci uznává EU, tak si ji udělají a mažou pryč. Ještě masivnější je odchod kvalifikovaných sester. Naprosto nesmyslně musejí mít naše sestry minimálně bakalářské anebo magisterské vzdělání. Já jsem se bývalého ministra Kováče ptal: „Všechny budou studované, a kdo bude utírat zadky? A z čeho je zaplatíš?“ To je totální nesmysl.

Jakou máte jako prezident SLK před sebou vizi, něco, čeho chcete za svého působení dosáhnout?

Měl jsem program, z něhož už se hodně uskutečnilo. Řekněme informovanost členů, je i webová stránka i časopis, komora podporuje zavádění internetu se slevou, členové komory mají mnoho ekonomických výhod při nákupu automobilů, výhodnější úvěry a jiné slevy. Komora má ISO certifikát na to, co nám zákon ukládá, tzn. vedení registru, vydávání licencí a další. Je tu zaveden určitý pořádek. Chceme to v průběhu roku 2007 rozšířit i na regionální komory, aby ten pořádek byl v komoře jako takové. Moje vize je velmi jednoduchá: kvalitní zdravotnictví, dostupné pro veřejnost, z veřejných zdrojů a za kontroly veřejnosti. Protože veřejnost dala peníze a má právo je kontrolovat. A znovu zavést humanitu do tak krásného poslání i ze strany poskytovatelů. Peníze nejsou všechno, i když jsou potřebné pro život.

Dá se něčeho významného dosáhnout úzkou spoluprací SLK a ČLK?

Určitě, s vašim panem prezidentem Kubkem jsme se domluvili, že budeme úzce spolupracovat při tvorbě seznamu bodového ohodnocení a cen výkonů, indikátorů kvality, určité i pracovních právních vztahů. Myslím, že ta spolupráce bude ve prospěch lékařských stavů v Čechách i na Slovensku. Ale totéž chceme udělat i se státy z V4 a nakonec v celé EU. Všichni máme stejné problémy, i když na jiných „poschodích“. Když bude vztah ČLK a SLK korektní a budeme spolupracovat, uvidí to ostatní a určitě je vtáhneme mezi sebe. Individuální počínání je velmi těžké.

(MIM)



Noví členové představenstva ČLK

Dne 15. 12. 2006 představenstvo ČLK v souladu s § 6, odst. 14, písm. a) SP ČLK č. 2 Volebního řádu v návaznosti na rezignaci člena představenstva MUDr. Jojka provedlo kooptaci náhradníka, a to MUDr. Ludmily Říhové. V návaznosti na rezignaci MUDr. Blažka kooptovalo náhradníka MUDr. Ladislava Knajfla. Náhradník MUDr. Horák, který získal ve volbách od delegátů sjezdu více hlasů než MUDr. Knajfl, se svojí kooptací projevil nesouhlas. Dne 18. 12. 2006 rovněž rezignoval MUDr. Tomáš Vodvářka a 19. 1. 2007 byl představenstvem kooptován MUDr. Tomáš Spousta.



MUDr. Ladislav Knajfl

Narozen 21. 3. 1939, ženatý, manželka oční lékařka, 3 dcery, lékařky a právnička.

VZDĚLÁNÍ

1957 maturita JŠŠ v N. Bydžově
1957–63 Fakulta všeobecného lékařství UK v Praze
1976 atestace II. st. z chirurgie

ZAMĚSTNÁNÍ

1963–69 odborný asistent Anatomického ústavu FVL
1969–94 sekundář, ordinář pro onkologii, odborný asistent primář III. chirurgické kliniky UK v Praze
od 1994 privátní ambulantní chirurg v Praze 3

ČLENSTVÍ V ORGANIZACÍCH

vždy nestraník
dosud člen výboru ČCHS JEP a předseda Sdružení privátních ambulantních chirurgů ČR
do roku 1993 předseda revizní komise OS ČLK Prahy 2
po dvě volební období člen předsednictva OS ČLK v Praze 3
dosud předseda OS ČLK v Praze 3

„Funkci jsem přijal, protože jsem podlehl tlaku mých kolegů, řadových členů ČLK, kterých si vážím, nechtěl jsem je zklamat. Nabídlí mně za to morální podporu a pomoc,“ říká dr. Knajfl. „Nikdy jsem nepřerušil profesionální a kolegiální vztahy s nemocničními kolegy, rozumíme si, a proto se budu zasazovat o potírání rivality, kterou někteří jedinci obou stran, vedeni nízkými pudy, kolem sebe šíří. Podobně chápu i vztahy velkých měst a venkova. Dále se budu snažit, aby po vzoru operačních oborů, které již začaly, i ostatní odbornosti vypracovaly korektně ceník svých úkonů. Jen exaktní údaje poslouží k argumentaci při jednáních s pojišťovny i s představiteli státu. Jedině tak snad pomine snaha některých skupin po separátních jednáních, pokud možno zadními vrátky. Nebojím se ani atmosféry, ani těch, kteří ji vyvolávají. Poslechněte si zvukové záznamy ze sjezdů a porovnejte sílu jejich proklamací se skutečným objemem práce, který pro komoru odvedli. Mohl by být opravdu větší.“



MUDr. Ludmila Říhová

Narozena 10. 7. 1959 v Popradu, rozvedená, matka dvou synů (22 a 11 let)

VZDĚLÁNÍ

1974–78 gymnázium v Olomouci
1978–84 LF UP v Olomouci
1989 atestace I. st. z oftalmologie
1999 atestace II. st. z oftalmologie

ZAMĚSTNÁNÍ

1984–85 nemocnice v Havlíčkově Brodě (oční odd.)
1987–94 OÚNZ Praha (1987–89 odborná praxe 1. oční klinika)
od 1994 soukromá oftalmologická ambulance v Praze

ČLENSTVÍ V ORGANIZACÍCH

5 let členka předsednictva výboru SPOL (Sdružení privátních oftalmologů)
3 roky členka předsednictva ČLK Praha 2

„Práci v představenstvu mě pověřili kolegové a kolegyně z okresního sdružení ČLK Prahy 2,“ říká dr. Říhová. „Chtěla bych přispět ke zklidnění atmosféry v představenstvu ČLK a pomoci prosadit úkoly, které XX. sjezd ČLK představenstvu uložil. Strach z konfrontační atmosféry nemám. Myslím, že jsem nekonfliktní člověk, i když možná někdy trochu impulzivní. Myslím, že je vždy možné najít rozumný kompromis a slušně kolegiálně spolupracovat. Čím mohu přispět? Vzhledem k tomu, že pracuji již několik let pro ambulantní oftalmolog v předsednictvu SPOL (Sdružení privátních ambulantních oftalmologů), mám relativně přehled o problémech ve sféře ambulantních specialistů. Ráda bych také pomohla k eliminaci snah některých občanských sdružení poskytovatelů, které staví své zájmy nad zájmy ostatních, a ráda bych, aby se snaha pana prezidenta Kubka a části představenstva, že ČLK bude spravedlivě pracovat a hlídat zájmy všech lékařů bez rozdílu, završila.“



MUDr. Tomáš Spousta

Narozen 25. 10. 1963 v Ostravě.

VZDĚLÁNÍ

1988 promoce na Lékařské fakultě UP Olomouc
1991 atestace v oboru interního lékařství I. stupně
1994 atestace v oboru diabetologie

ZAMĚSTNÁNÍ

od 1988 interní odd. MNOF v Ostravě
od 1994 privátní praxe na částečný úvazek
od 1998 privátní praxe v oboru interna a diabetologie na plný úvazek
2006 převedení soukromé praxe na s.r.o.

ČLENSTVÍ V ORGANIZACÍCH

nikdy nebyl v žádné politické straně
člen odborných společností – diabetologické, interní, kardiologické, angiologické
člen koordinačního výboru sdružení ambulantních soukromých diabetologů
2. volební období člen představenstva OS ČLK v Ostravě
do února 2006 jedno volební období člen představenstva ČLK

„Místo v představenstvu ČLK jsem přijal, protože chci hájit zájmy většiny lékařů, soukromých i zaměstnanců,“ říká dr. Spousta. „Většina soukromých lékařů chce smlouvy s pojišťovny na dobu neurčitou, chce mít možnost legálním způsobem praxi prodat a dědit, chce mít důstojné finanční ohodnocení za svou práci tak, aby si mohla vybavit ambulanci na úrovni 21. století. Nemocniční lékaři nechťejí být zaměstnanci nemocničních s.r.o., a.s. a jiných společností, ale chtějí pracovat v nonprofitních nemocnicích (státních, krajských, obecních, církevních, soukromých...). Nikdo jiný než ČLK jménem všech lékařů vystupovat nemůže. Narozdíl od svého předchůdce MUDr. Vodvářky považuji závěry sjezdu za projev demokratického většinového názoru, s kterým se ztotožňuji a který budu také prosazovat. Chci se podílet na budování vnitřně pluralitní, ale navenek jednotné komory. Atmosféry nevráživosti se neobávám. Nevráživost se týká pouze malé skupiny, spíše jednotlivců prosazujících menšinový názor za každou cenu. Naprostá většina členů se vzájemně respektuje. Je tedy na nás, zda se necháme minoritou otrávit. A já věřím, že ne.“

Šance, jak zmírnit vykořisťování lékařů v nemocnicích

Hysterie okolo nového zákoníku práce mne jen utvrzuje v přesvědčení, že se všechny polistopadové reprezentace nepoučily a rozhodly se pokračovat v komunistickém zneužívání lékařů. Komunisté se tím ani nikterak netajili, třídní boj proti inteligenci již dostali do vítku. Od demokratických vlád jsem spolu s jinými očekával narovnání vztahů mezi vzděláním, zodpovědností a náročností profese na straně jedné a oceněním těchto kritérií na straně druhé. Zatím se tak bohužel nestalo a jakákoliv náprava těchto prazvláštních poměrů drhne. Nevychází spontánně z programů politických reprezentací, nýbrž z vynucených kompromisů, které se obtížně rodí až při střetech se zdravotnickou veřejností. Navíc došlo k obrovskému rozvětvení nůžek mezi lékaři-zaměstnanci a lékaři soukromými. Ty rozdílly dnes našťástí nejsou už tak propastné jako před 10 lety, ale existují stále a mají mnoho podob. Nemám tím tedy na mysli pouze finanční ohodnocení.

I vy ze svého okolí jistě znáte několik případů, kdy český lékař v emigraci vůbec neměl na různých ustláno a pranic nepomohlo, že byl doma váženým odborníkem. Chtěl-li pracovat jako lékař, musel složit velmi tvrdé odborné zkoušky a prokázat jazykovou znalost. Jinak... směla! Místo toho, aby již dávno kompetentní orgány řešily pracovní podmínky lékařů (nejen zaměstnanců) jejich zlepšováním a nastolily zákonné standardní legislativní prostředí (zákon o zdravotním pojiště-

ní – standardy, nadstandardy atd.), vymýšlejí, jak s nimi, s prominutím, „vydrbat“.

Takže, když byl na obzoru nový zákoník práce, podle kterého již nadále nebude možné nutit lékaře do neúměrné přesčasové práce a není možné nařizovat jim „dobrovolné“ navýšení přesčasů, zkusíme tlačit na odklad této legislativy mimo jiné argumentem, že to položí zaběhaný systém organizace práce. No samozřejmě, že položí! Pánbůh zaplat! Proč my jsme si tak zvykli prožít léta života ve špitálech jako jedinou daň za to, abychom si přilepšili na platu? Copak to má být cíl našeho života – prožít ho na inspekčníku? Jistě, politikům chlubícím se výstavní skříní a úspěchy našeho zdravotnictví by se náramně hodilo mít loajální lékaře, avšak dělají to i oni? Jsou do roztrhání těla a mnohdy obětavě skoro anebo plně zadarmo na ministerstvech, ve sněmovně a jinde? Ani náhodou.

Nečekejme od nich, že prozíří a budou se nám snažit pomoci. Místo toho vymýšlejí, jak udělat kočkopsa, a zvou k nám kolegy, kteří nebudou schopni bez pomoci ani vyplnit přijímací dotazník, natož odebrat anamnézu. Nejsme vůbec xenofobní. Obávám se ale nekalé konkurence v podobě dumpingových cen. A obávám se i úrovně takovéto medicíny v našem prostředí.

Mám kamaráda, kolegu, který druhým rokem legálně pracuje v Británii. Neodpustili mu ani chlup. Prošel tvrdým konkurzem, a i když ho vyhrál, mu-

sel po roce složit tzv. interview, neboli prokázat znalosti ve svém oboru. Samozřejmě v angličtině. Po jeho zvládnutí pracuje jako samostatný konzultant s platem stejným jako Brit jeho úrovně. Tuhle roli u nás mohou zvládnout nanejvýš slovenští lékaři, ale ani ti nejsou na hlavu padlí, a tak již dnes pro ně jsme pouze přestupní stanicí.

Když se před 10 lety nemocniční lékaři pod vedením LOK poprvé ozvali, byli plísněni jako vyděrači a mafie v bílých pláštích. Již tehdy jsme nahlas ukazovali na to, že tenhle systém se vyčerpá a plodí zmetky. Dostalo se nám bohorovně odpovědi, že nechceme-li, máme jít. Na naše místa čekají zástupci lékařů za branami. Cha – cha! Ukažte mi je, vážení všichni ministři zdravotnictví a ředitelé nemocnic. Dnes se dočítám, že ani Rumuni a Bulhaři zájem nemají a šilhají po odchodech přes „velkou louži“ nebo alespoň přes La Manche.

Snažil jsem se ve své úvaze dát jasně najevo, že žádný ministr zdravotnictví ani partaj vlajku nezvedli, a nechci, aby to bylo interpretováno tak, že spílám pouze ministru Julínkovi, i když můj příspěvek je reakcí zejména na jeho výroky. Spílám jim všem, a zejména nám lékařům, kteří se v rozhodujících dobách místo koordinované taktiky spolehnou na boj proti sobě navzájem v naději, že tak některým šikovnějším z nás spadne něco víc do klína. Ano, spadne. A nechtějte, abych konkretizoval, co.

MUDr. Tomáš Šindler

Nemocnice Milosrdných sester nejlepší

Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze (dříve Pod Petřínem) zvítězila v prestižní soutěži o Nejlepší nemocnici ČR 2006 očima pacientů. Rozhodla o tom anketa společnosti Health Care Institute, která oslovila dvanáct tisíc občanů z celé republiky. Institut označil Nemocnici Milosrdných sester za zařízení, v němž se dotázaní cítili nejlépe a které jim nejvíce pomohlo.



Představená Kongregace Milosrdných sester sv. Karla Boromejského Bohuslava Kubačáková ve společnosti členů vedení nemocnice při slavnostním vyhlášení.

V období současného velkého stresu v českém zdravotnictví, který je způsoben kombinací kolísajících existenčních nejistot a mnohdy i nízkými platy, je jasné, že zdejší zdravotnický personál vykonává nejen zásluhou činnost odbornou, ale také se této práci mimořádně obětuje. Kompenzuje nízké finanční ohodnocení přesvědčením, že pomoc a péče, kterou nabízí, znamená mnohem více než všechny peníze. Lidé z nemocnic, léčebne, hospiců a dalších „domů péče a lasky“ tak trvale zůstávají kladnými vzory i v této době, kdy v naší společnosti kladné vzory téměř chybějí. Vlídne zacházení, laskavé slovo a lidský přístup jsou tím, co dodá pacientovi dobrý pocit, že není jen statistickým číslem. Harmonická atmosféra prokazatelně přispívá také k jeho fyzické-

mu, psychickému a duševnímu zdraví. Znalec zdravotnictví MUDr. Vepřek v MF Dnes poznamenal, že je to další krůček při zavádění hodnocení (a věřím, že časem i ohodnocování) kvality péče, jakási „známka za umělecký dojem“. Je dobře, že nezůstáváme jen u sice „měřitelných“, ale péče jen trochu uspěchaných a zkrácených žebříčků nemocnic, které způsobily nemálo spravedlivé nevole.

Ocenění je jen malým díkem pro dobrý zdravotnický personál Nemocnice Milosrdných sester. Díky současné správní radě, rostoucímu úsilí týmu odborníků a spolupracovníků se podařilo zavést v nemocnici taková opatření a takové metody, které mohou pomoci nejen našim nemocným, ale i zlepšit systém našeho zdravotnictví. Patří sem jediné dětské a dorostové detoxikační centrum v ČR, komplexní rehabilitační oddělení a také například následná ošetrovatelská péče. Nemocnice zahájila s podporou odborné společnosti projekt pro vytvoření zatím jediného oddělení paliativní péče v České republice. Dlouhodobě vynikající a vyhledávaná je péče zdejší gastroenterologie a endoskopie, dále chirurgie s komplexním kýlním programem a operacemi zaváděcího traktu.

MUDr. Jaroslav Štrof, CSc., MBA
ředitel nemocnice, emerit. viceprezident ČLK

Dárek z ministerstva zdravotnictví

Nařízením vlády č. 567/2006 Sb. o minimální mzdě aj., které bylo zveřejněno 28. 12. 2006, se od 1. 1. 2007 ruší příplatek za práci ve ztíženém pracovním prostředí (tzv. rizikový příplatek). Návrh tohoto nařízení nebyl ČLK vůbec zaslán k připomínkování! Ministerstvo zdravotnictví za našimi zády poškodilo zdravotníky.

Pro zachování stávajících příplatků doporučuji pokusit se domluvit v vedením zdravotnického zařízení. Byla by možnost situaci alespoň dočasně řešit formou mimořádného příplatku či navýšením osobního hodnocení.

Jen pro „pousmání“ doporučuji přečíst si seznam virů ve výčtu podmínek pro uznání ztížených podmínek pro výkon povolání, jimiž je příznávný příplatek dnes podmíněno (§ 6, písm.h). Raději bez dalšího komentáře....

MUDr. Jana Vedralová, patolog

„Sjezd žádá, aby ČLK–o.s. hájila zájmy těch členů ČLK, kteří o to požádají, při jednáních, kterých se nemůže zúčastnit ČLK.“
„Sjezd považuje ČLK–o.s. za legitimní nástroj České lékařské komory k ovlivňování těch jednání,
u kterých nemůže být ČLK ze zákona zastoupena.“

Vyzýváme ty lékaře, kteří dali v minulosti plnou moc ČLK–o.s. a v současnosti nesouhlasí s tím, aby je ČLK–o.s. zastupovala, aby nám své rozhodnutí oznámili písemně.

**Soukromí lékaři, kteří mají naopak zájem o to, aby je ČLK–o.s. v dohodovacích řízeních zastupovala, mohou využít přiloženého formuláře a svoji plnou moc zaslat na adresu:
Recepce ČLK, Lékařská 2, 150 00 Praha 5
Prosíme, aby totéž znovu učinili i ti lékaři, kteří ČLK–o.s. dali plnou moc dříve než v roce 2006.**

zde odstříhnete

PLNÁ MOC

Zmocnitel – smluvní zdravotnické zařízení

název: _____

sídlo: _____

IČ: _____ IČZ¹⁾: _____ IČP²⁾: _____

PPNV³⁾: _____ E-mail⁴⁾: _____ Telefon⁴⁾: _____

zastoupený: _____

tímto zmocňuje

Zmocněnce – profesní (zájmové) sdružení poskytovatelů zdravotní péče:

Českou lékařskou komoru–o.s.,
IČ: 70885117, se sídlem: Praha 5, Lékařská 2,

aby jej jako smluvní zdravotnické zařízení zastupoval

- v dohodovacím řízení o rámcové smlouvě ve smyslu ust. § 17 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb. v platném znění
- v dohodovacím řízení o seznamu výkonů s bodovými hodnotami dle ust. § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb. v platném znění
- v dohodovacím řízení o hodnotě bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulačních omezeních objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění dle ust. § 17 odst. 6 zákona č. 48/1997 Sb. v platném znění

a to za (zaškrtněte)

- skupinu poskytovatelů praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost;
- skupinu poskytovatelů ambulantní specializované péče a péče ženských lékařů (odbornost 603, 604) s výjimkou těch, kteří poskytují fyzioterapii (odbornost 902 a 918), ergoterapii a klinickou logopedii
- skupinu poskytovatelů diagnostické péče (odbornosti 222, 801-805, 807, 812-823, 809)
- skupinu poskytovatelů laboratorní a radiodiagnostické péče (příslušnou skupinu zmocnitel označuje křížkem)

Zmocněnec je oprávněn zastupovat zájmy zmocnitele v plném rozsahu úkonů stanoveném pro účastníky dohodovacího řízení zákonem číslo 48/1997 Sb.

Zmocněnec je oprávněn ustanovit si za sebe zástupce a pokud jich ustanoví více, souhlasí s tím, aby každý z nich jednal samostatně v plném rozsahu tohoto zmocnění.

Tato plná moc nabývá účinnosti dnem jejího podpisu zmocnitelem a je vyhotovena ve dvou stejnopisech, z nichž jeden si ponechá zmocněnec a druhý zmocnitel.

V _____ dne: _____

pozn: IČZ, IČP, PPNV jsou fakultativními údaji, na jejichž základě ČLK–o.s. získává komplexní představu o smluvních zdravotnických zařízeních, která v rámci dohodovacích řízení reprezentuje. Nevyplnění těchto údajů nezakládá neplatnost plné moci.

1) IČZ - identifikační číslo zařízení, nebo části zařízení: jednoznačný osmimístný číselný kód ve vztahu k Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR. Číslo přiděluje vždy místně příslušná okresní pojišťovna VZP ČR na základě žádosti té zdravotní pojišťovny, která první uzavře smlouvu na poskytování zdravotní péče s daným zařízením.

2) IČP - identifikační číslo pracoviště: jednoznačný osmimístný číselný kód ve vztahu k Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, který blíže identifikuje konkrétní zdravotnické pracoviště zařízení nebo části zařízení, případně samostatné lékaře, kteří mají s některou ze zdravotních pojišťoven uzavřenu smlouvu pouze na preskripci léčivých přípravků pro rodinné příslušníky. Potvrzuje jej vždy místně příslušná okresní pojišťovna VZP ČR.

3) PPNV - přepočtený počet nositele výkonu: zjistí se z počtu hodin odpracovaných jednotlivým nositelem výkonu ve zdravotnickém zařízení v daném čtvrtletí při poskytování zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění (podle ust. § 41 odst. 6 zákona č. 48/1997 Sb.) takto:

Odpracovaný čas nositele výkonu v období	Přepočtený počet nositele výkonu
do 10 hodin / čtvrtletí	0,00
do 100 hodin / čtvrtletí	0,25
do 200 hodin / čtvrtletí	0,50
do 300 hodin / čtvrtletí	0,75
nad 300 hodin / čtvrtletí	1,00

V případě, že je nositelem výkonů sestra ošetřujícího lékaře, je počet odpracovaných hodin vztažen pouze na dobu samostatně prováděných zdravotních výkonů.

4) Vyplnění údajů není povinné.

Zmocnitel (podpis a razítko)

Obsah

Konsensus používání antibiotik III - Chinolony dokončení..... 1	a močových cest v primární péči – 1. část..... 2
Antibiotická léčba komunitních infekcí ledvin	Poděkování..... 4

KONSENSUS POUŽÍVÁNÍ ANTIBIOTIK III

Chinolony

Dokončení z čísla 12/2006

levofloxacin

Spektrum účinku

Podobné jako ofloxacin, při použití maximálních dávek má však vyšší účinnost na pneumokoky, *Pseudomonas aeruginosa* a *Acinetobacter spp.* Ve srovnání s ostatními fluorochinolony má také vyšší účinnost na kmeny *Burkholderia cepacia* a *Stenotrophomonas maltophilia*.

Indikace volby:

Není lékem volby.

Indikace alternativní (při přecitlivělosti nebo rezistenci k lékům volby):

Alternativa doxycyklinu u negonokokové uretritidy nebo infekce pánevní oblasti (v kombinaci s metronidazolem).

Vzhledem k absenci pneumokoků vysoce rezistentních k penicilinu chybí v České republice důvod k alternativnímu podání levofloxacinu u bakteriálních respiračních infekcí způsobených pneumokoky. Použije-li se přesto levofloxacin v léčbě respirační infekce, doporučuje se podat maximální dávku (500 mg) pro zábranu selekce chinolonové rezistence subinhibičními koncentracemi levofloxacinu.

Dávkování

Obvyklá dávka: Perorálně 250 – 500 mg každých 24 hodin, nitrožilně 500 mg každých 24 hodin.

Způsob podání: Intravenózně nebo perorálně. Vysoká biologická dostupnost (>95 %) umožňuje výlučnou perorální aplikaci. Nitrožilní podání má oprávnění pouze při poruše vstřebávání z GIT nebo u pacienta v bezvědomí.

Interval: 24 hodin.

Délka podání: Viz příslušné indikace.

Dávky u jednotlivých infekcí a délka léčby

- Nagonokoková uretritida nebo smíšená gonokoková a negonokoková infekce uretry a čípku: 250 mg každých 12 hodin po dobu 7 dnů.
- Infekce pánve (v kombinaci s metronidazolem): 500 mg každých 24 hodin po dobu 14 dnů.
- Chronická prostatitida: 250 mg každých 24 hodin po dobu 14 a více dnů.

Lékové interakce

Plazmatické koncentrace levofloxacinu snižují antacida, síran železnatý a sukralfát.

Vzácně dochází k prodloužení QT intervalu.

Levofloxacin může v ojedinělých případech zvýšit antikoagulační účinek warfarinu.

Dávkování při snížené funkci ledvin

Při clearance endogenního kreatininu (CrCl) 20 – 49 ml/min počáteční dávka 500 mg a dále 250 mg každých 24 hodin.

Při CrCl 10-19 ml/min u hemodialyzovaných pacientů je počáteční dávka 500 mg, dále 250 mg každých 48 hodin.

moxifloxacin

Spektrum účinku

Podobné jako ciprofloxacin, navíc rozšířené o streptokoky (*Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*). Ve srovnání s ciprofloxacinem je méně účinný na *Pseudomonas aeruginosa* a jiné neferementující tyčky a má nízkou aktivitu na atypická mykobakteria.

Indikace volby:

Není lékem volby.

Indikace alternativní (při přecitlivělosti nebo rezistenci k lékům volby):

Respirační infekce způsobené multirezistentními kmeny *Streptococcus pneumoniae*, vysoce rezistentními k penicilinu (MIC > 1 mg/l).

Vzhledem k absenci pneumokoků vysoce rezistentních k penicilinu chybí v České republice důvod k alternativnímu podání moxifloxacinu u bakteriálních respiračních infekcí způsobených pneumokoky.

Dávkování

Obvyklá dávka: 400 mg každých 24 hodin.

Způsob podání: Perorálně. Biologická dostupnost je až 92 %.

Interval: 24 hodin.

Délka podání: Viz příslušné indikace.

Dávky u jednotlivých infekcí a délka léčby

- Akutní bakteriální exacerbace chronické bronchitidy, akutní maxilární sinusitida (při přecitlivělosti k betalaktamovým antibiotikům a multirezistenci kmene): 400 mg každých 24 hodin po 5 dnů.
- Komunitní pneumonie, akutní maxilární sinusitida (při přecitlivělosti k beta-laktamovým antibiotikům a multirezistenci kmene): 400 mg každých 24 hodin po 7 - 10 dnů.

Lékové interakce

Antacida, síran železnatý a sukralfát snižují plazmatické koncentrace moxifloxacinu.

Nejzávažnější lékovou interakcí moxifloxacinu je prodloužení QT intervalu, což může způsobit život ohrožující arytmií. Proto

jsou kombinace moxifloxacinu s antiarytmiky Ia a III třídy kontraindikované a při podávání moxifloxacinu s ostatními léky prodlužujícími QT interval je třeba zachovat značnou opatrnost. Jedná se zejména o následující léky: cisaprid, erythromycin, terfenadin, fenothiaziny (zejména thioridazin) a tricyklická antidepresiva.

Moxifloxacin zvyšuje účinnost warfarinu.

Základní literární zdroje:

1. Andriole VT. Quinolones. In: Finch RG, Greenwood D, Norrby SR, Whitley RJ (eds). Antibiotic and Chemotherapy. 8th ed. London : Churchill Livingstone, 2003, p. 349-373.
2. Bébrová E, Jindrák V, Kolář M, Marešová V, Urbášková P. Doporučený postup pro antibiotickou léčbu respiračních infekcí v primární péči. Praktický lékař, 2003, roč. 83, s. 502-515.
3. Betts RF, Chapman SW, Penn RL. A Practical Approach to Infectious Diseases. 5th ed. Philadelphia : Lippincott, Williams & Wilkins, 2003.
4. EARSS. European Antimicrobial Resistance Surveillance System [database online]. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu [updated 2005 Nov 14; cited 2006 Jul 12]. Available from WWW: http://www.rivm.nl/earss/result/Monitoring_reports/Annual_reports.jsp.
5. EUCAST clinical MIC breakpoints – fluoroquinolones [database online]. European Society of Clinical Microbio-

logy and Infectious Diseases, [updated 2006 Jan 31; cited 2006 Jul 12]. Available from WWW: <http://www.srga.org/eucastwt/MICTAB/MICquinolones.html>.

6. Hooper DC, Rubinstein E. Quinolone Antimicrobial Agents. 3rd ed. Washington DC: ASM Press, 2003.
7. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and Practice of Infectious Diseases. 5th ed. New York : Churchill Livingstone, 2000.
8. Micromedex (databáze léků, včetně výsledků studií I, II a III fáze klinického zkoušení, srovnávacích studií a zpráv o použití v klinické praxi). Vol. 114, 12/2002.
9. Nirmal J, Milfred D. The use and misuse of new antibiotics. Arch. Intern. Med., 1995, vol. 155, s. 569-577.
10. Reese RE, Betts RF, Gumustop B. Handbook of Antibiotics, 3rd ed. Boston : Lippincott, Williams & Wilkins, 2000.
11. Yu VL, Merigan TC, Barriere SL. Antimicrobial Therapy and Vaccines. 1st ed. Maryland : Williams & Wilkins, 1999.
12. Kompendium lékových interakcí INFOPHARM 2005, Praha : Infopharm 2004, ISBN 80-239-3324-8.
13. Bisognano C, Vaudaux P, Rohner P et al. Induction of fibronectin-binding proteins and increased adhesion of quinolone-resistant *Staphylococcus aureus* by subinhibitory levels of ciprofloxacin. Antimicrob. Agents Chemother., 2000, vol. 44, s. 1428-1437.

ANTIBIOTICKÁ LÉČBA KOMUNITNÍCH INFEKČÍ LEDVIN A MOČOVÝCH CEST V PRIMÁRNÍ PĚČI – 1. ČÁST

Doporučený postup

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP, Subkomise pro antibiotickou politiku ČLS JEP

Úvod

Infekce močových cest (IMC) jsou druhou nejčastější příčinou, pro kterou praktičtí lékaři zahajují antibiotickou léčbu. Na rozdíl od respiračních infekcí, které se antibiotiky léčí nejčastěji, ačkoli jsou převážně virového původu, jsou močové infekce způsobeny téměř výlučně bakteriemi. S výjimkou prvních měsíců života jsou IMC častější u žen.

IMC je charakterizována bakteriální kolonizací epitelu sliznice močových cest, jejich pomnožováním v jednom či více orgánech močového traktu a rizikem průniku do tkání močového traktu, okolí a do krve. Vznik závisí na interakci virulentních faktorů infekčních agens s obrannými mechanismy a rizikovými faktory na straně hostitele. IMC musí být podepřena přítomností signifikantní bakteriurie. Nález pyurie není atribut uroinfekce, neboť může být přítomna i z jiné příčiny. V našich zemích se běžně užívá pojem IMC, třebaže výstižnější by bylo užívat infekce uropoetického traktu, protože sem jistě patří i zánětlivé choroby ledvin (pyelonefritida).

Úkolem specialisty, většinou nefrologa nebo urologa, je podrobné vyšetření pacienta pátrající po morfoloických abnormalitách močového ústrojí (obstrukci močových cest, změnách velikosti prostaty, cystách ledvin, vezikorenálním refluxu a dalších), funkčních, metabolických nebo hormonálních onemocněních (diabetu mellitu, renální insuficienci apod.), nedostatečné imunologické reakci na infekční agens (imunoprimovaní nemocní, neutropenie, kongenitální nebo získaný syndrom imunodeficiency), které nemocného predisponují k infekčnímu onemocnění uropoetického traktu. Zvláštní pozornost zasluhují gravidní, neboť hormonálními vlivy pod-

míněné změny močového traktu mohou být rovněž predispozičním faktorem vzniku IMC. U imunoprimovaných a imunodeficitních pacientů mohou být příčinou infekce kvasinky a houby. Velmi vzácné onemocnění renální tuberkulózy, popř. s descendentním šířením, se objevuje spíše u pacientů s průměrným věkem nad 55 let. S poklesem výskytu tuberkulózy ubývá povědomí o této chorobě, což může mít za následek riziko pozdní diagnózy.

Klinické příznaky IMC nemusí být vždy jednoznačné a správné stanovení diagnózy může být obtížné.

Vedle diagnostických a léčebných postupů je nedílnou součástí péče o nemocné s IMC také prevence opakovaných infekcí, včetně poučení o hygienických návycích. To se týká zejména mladých dívek a žen.

Recidivující cystitidy sexuálně aktivních žen je vhodné vedle zajištění antibiotiky doplnit režimovými opatřeními. Mezi velmi účinné preventivní postupy patří vymočit se bezprostředně po koitu, preferovat hormonální antikoncepci před bariérovou, často měnit menstruační pomůcky a nepoužívat spermicidní krémy, gely nebo parfemované vložky. Naopak mezi zcela nevhodné a rizikové postupy patří přehnaná hygiena, nadužívání tzv. dezinfekčních gelů a mýdel, časté koupele v parfemovaných pěnách. U žen v menopauze, kde je předpokladem uplatnění močových infekcí a kolpity atrofická sliznice v důsledku deficitu estrogenů, je vhodná substituce estrogenů ve formě estriolu, zejména lokálními krémy. Je nutná spolupráce s gynekologem (vyšetření čípku a prsů) ke snížení rizika onkologických a gynekologických onemocnění.

Na léčbu účinnými antibiotiky reagují pacienti s močovými infekcemi velmi rychle. U většiny infekcí dolních močových

cest klinické příznaky odeznívají zpravidla do 24 hodin po zahájení léčby. Úplná eradikace bakterií nebo jejich signifikantní pokles v moči nastává obvykle za 48 hodin po zahájení léčby. Klinické příznaky infekce horních močových cest, jako např. febrilie, mohou přetrvávat 48 hodin. U pacientů s imunodeficiencí mohou přetrvávat febrilie i déle.

Močové infekce se léčí antibiotiky vždy. Cílem léčby je trvale eliminovat bakterie z močových cest. Neléčená nebo špatně léčená, perzistující močová infekce vede ke komplikacím a ke zhoršení funkce ledvin. Počáteční léčba antibiotiky je obvykle empirická, protože příznaky infekce dolních močových cest jsou naléhavé a u infekcí horních močových cest (pyelonefritida) může při prodlužení hrozit nebezpečí septických komplikací. Značná část pacientů s infekcí močových cest je antibiotiky léčena opakovaně nebo dlouhodobě. Proto je nutno věnovat pozornost bezpečnosti zvolených antibiotik, včetně výskytu rezistence jako jednoho z nežádoucích účinků.

Původce infekcí močových cest lze jednoduše, rychle a spolehlivě prokázat ve snadno dostupných vzorcích moči, odebraných vždy při první návštěvě pacienta s příznaky infekce močových cest před nasazením antibiotika. V průběhu a po ukončení léčby se bakteriologické vyšetření moči opakuje. Při příznacích bakteriemie (septické teploty, třesavka, zimnice) se odebírá hemokultura.

Výsledky bakteriologického vyšetření moči jsou nezbytné

- ke kontrole účinnosti léčby, neboť samotné odeznění klinických příznaků dostatečně neinformuje o vyléčení infekce;
- k případné úpravě léčby, pokud
 - účinek podávaných antibiotik není uspokojivý,
 - původce infekce je k podávanému antibiotiku rezistentní;
- k informaci o účinnosti antibiotik v dané lokalitě k budoucímu empirickému podávání u podobných případů;
- k odlišení infekcí sexuálně přenosných s podobnými klinickými příznaky jako mají infekce močových cest, které však vyžadují zcela jiné terapeutické přístupy (jako jsou např. uretritida u obou pohlaví, chlamydiová epididymitida nebo prostatitida).

Vysvětlivky některých pojmů, používaných v textu

Bakteriurie se podle počtu bakterií v 1 ml moči označuje jako signifikantní (významná) nebo nesignifikantní.

Stanovení signifikantní bakteriurie vyjadřuje kvantitativně významnou bakteriurii ve standardním přesně definovaném množství spontánně vymočené nebo jednorázově vycévkované moči. V klinické praxi se odebírá moč ze středního proudu. Před vlastním odběrem se řádně omyje zevní ústí uretry běžným způsobem, dezinfekční roztoky se dnes již neužívají. Vzorek musí být zpracován nejpozději do dvou hodin po odběru. Při nemožnosti rychlého transportu a laboratorního zpracování musí být vzorek skladován a transportován při 4°C (chladničková teplota). V těchto případech lze s výhodou použít transportní půdy (dip-slide).

Interpretace kvantity bakterií ve spontánně vymočené moči ze středního proudu se provádí podle všeobecně respektovaných kritérií Edwarda H. Kasse z roku 1956:

- signifikantní bakteriurie - výskyt patogena v kvantitě 10^5 a více v 1 ml moči (100.000 bakterií a více)
- přítomnost 10^4 bakterií v 1 ml moči je ještě fyziologické množství u žen, suspektní u mužů, malých dětí, v graviditě, při riziku pyelonefritidy a abscesu ledviny
- četná bakteriální flóra, tj. výskyt více než dvou druhů bakteriálních agens v kvantitě 10^5 a více v 1 ml moči není validním výsledkem.

Interpretace kvantity ve vzorku moči získané jednorázovou katetrizací:

- patogen v množství nižším než 10^3 v 1 ml moči není signifikantní bakteriurie.

Léčba antibiotikem je účinná, pokud do 48 hodin po jejím zahájení významně poklesne počet bakterií v 1 ml moči (např. z $>100\,000$ bakterií/ml na 10 bakterií/ml). Pokud se koncentrace bakterií v tomto termínu významně nesníží, terapie se pokládá za neúčinnou.

Vyléčení je definováno jako negativní kultivace moči po ukončení léčby a v následném období 1 - 2 týdnů. V pozdějším období se u řady pacientů může vyvinout reinfekce.

Perzistence označuje bakteriurii prokázanou ještě za 48 hodin po zahájení léčby. Signifikantní bakteriurie přetrvává, když je antibiotikem neúčinné pro rezistenci původce nebo když koncentrace antibiotika v moči je nižší než koncentrace potřebná k inhibici původce infekce. Nízké koncentrace in vitro účinného antibiotika v moči mohou být způsobeny nekázní pacienta (prodlužování intervalů mezi dávkami, vynechání několika dávek), při podání nedostatečných dávek nebo při poruchách absorpce antibiotik (poruchy vstřebávání z GIT, poruchy tkáňové perfuze). Bakterie mohou perzistovat ve tkáni (parenchym ledvin, prostata) i při sterilní moči. Zejména mohou perzistovat v jizevnatě změněné tkáni, na cizích tělesech v močových cestách, např. v močových konkrementech, sten-tech a téměř vždy na zevně otevřených drenážích močových cest. Přítomnost perzistence nesignifikantní bakteriurie ozřejmí rychlý vzestup počtu bakterií v moči po vysazení léčby.

Relaps je nové vzplanutí infekce způsobené stejným původcem za 1 - 2 týdny po vysazení antibiotika, s výjimkou chronické bakteriální prostatitidy, kde může nastat později. Příčinou relapsu je perzistence bakterií v močovém traktu v důsledku jeho funkčních nebo anatomických abnormalit nebo chronické prostatitidy.

Reinfekce je nová infekce močových cest způsobená jiným původcem. Reinfekce se může jevit jako zdánlivý relaps, je-li způsobena stejnými bakteriemi osidlujícími sliznici pochvy, střeva nebo ústí močové trubice. Na rozdíl od relapsu se reinfekce obvykle vyskytuje za měsíc po vysazení antibiotika.

Superinfekce je reinfekce rezistentním původcem vzniklá v průběhu antibiotické léčby.

Vysvětlivky zkratk používaných v textu

- ABU – asymptomatická bakteriurie
- ATB – antibiotika
- CRP – C-reaktivní protein
- DM – diabetes mellitus
- FW – sedimentace krve
- GIT – gastrointestinální trakt
- IMC – infekce močových cest
- Ckr – kreatinin v séru

Popis diagnózy

1. Asymptomatická bakteriurie

Asymptomatická bakteriurie je charakterizována

- absencí klinických symptomů
- leukocyturií, event. pyurií
- přítomností kultivačně prokázané signifikantní bakteriurie (10^5 a více bakterií v 1 ml) stejného kmene bakterie nejméně ve dvou vzorcích moči ze středního proudu spontánní mikce v odstupu 24 hodin.

ABU je obvyklá u dívek školního věku, u pacientů s močovými katétry nebo s urologickými abnormalitami. Její výskyt je častější u pacientů vyššího věku. U nespolupracujících pacientů nelze zpravidla odebrat střední proud moči a tudíž vyloučit kontaminaci vzorku. U těchto pacientů je metodou volby odběru moči suprapubická punkce, která se považuje za „zlatý standard“. V praxi se téměř neprovádí a je nesprávně nahrazována jednorázovým vycévkováním. Odběry moči u malých dětí vyžadují zkušenost. Cévkování a suprapubické punkce jsou přísně indikovány lékařem dostatečně klinicky zkušeným. Nejmenší děti s ABU vyžadují sledování. U těchto dětí je nutno pomýšlet i na možnost vrozené vývojové vady uropoetického systému.

ABU se pokládá za benigní událost, která v průběhu času spontánně vymizí. **ABU není indikací pro antibiotickou léčbu.** Výjimkou je ABU v graviditě, pozorovaná zhruba u 5 % žen, zejména v druhém trimestru. Neléčená ABU může u těhotných žen způsobit akutní pyelonefritidu, případně být příčinou předčasného porodu nebo nízké porodní hmotnosti dětí. Proto se doporučuje rutinní, opakovaná kultivace moči v průběhu těhotenství, nejlépe při první návštěvě a pak v období 28. týdne.

Nezbytnost léčby antibiotiky u dalších rizikových skupin s ABU je nutno posuzovat přísně individuálně, neboť toxicita opakovaně aplikovaných antibiotik může převážit jejich problematický léčebný výsledek. Aplikace antibiotik pacientům s močovými katétry a ABU nevede k eliminaci bakterií, ale k vzestupu rezistence a k selekci multirezistentních bakterií.

2. Akutní cystitida nekomplikovaná

Akutní cystitida nekomplikovaná se vyskytuje u osob bez predispozičních rizikových faktorů (není přítomna např. funkční a obstrukční uropatie, diabetes mellitus, sekundární imunodeficiencie). Onemocnění typicky postihuje děvčátka, dívky a ženy, čtvrtinu z nich opakovaně. Naléhavost symptomů podporuje neodkladné nasazení antibiotika podle stavu anti-

biotické rezistence ještě před zjištěním laboratorních výsledků. Výsledek kultivačního vyšetření moči je však potřebný k odlišení nespecifické uretritidy, ověření správnosti zvolené léčby a spolu s výsledky dalších podobných případů poskytuje informaci o stavu rezistence, a tudíž o účinnosti antibiotik vybraných k empirickému podávání. Původcem akutní cystitidy jsou téměř výlučně endogenní bakterie osidlující střevo a vaginální introit, zejména *Escherichia coli*, která je příčinou akutní cystitidy v 90 % případů. Enterokoky se uplatňují vzácně, jiné grampozitivní bakterie velmi vzácně (např. *Staphylococcus saprophyticus*). Akutní nekomplikovaná cystitida většinou postihuje pouze povrch sliznic, a proto lze ve většině případů použít s úspěchem terapeuticky příslušný preparát ze skupiny nitrofuránů, podávaný po dobu 5-7 dnů. Popřípadě zkrácená třídenní léčba jinými vhodnými antibiotiky rovněž postačuje k eradikaci bakterií u žen a dívek starších než 15 let. Zkrácení léčby není vhodné v těhotenství, v dětském věku, u diabetiček a u pacientek s rizikem komplikované infekce močových cest. Nesprávná léčba tohoto často podceňovaného onemocnění může vést k atakám subakutní pyelonefritidy a ireverzibilnímu poškození parenchymu ledvin dospělých i dětí. Vedle bakterií se velmi vzácně jako původci akutní cystitidy uplatňují viry, především adenoviry, které mohou být vyvolavatelem akutní hemoragické cystitidy.

V této kapitole je nutné diferenciatně diagnosticky odlišit u žen tzv. cystitis – like symptomatologii, pro kterou je typický negativní kultivační nálezný v moči a nepravdivá leukocyturie. Důvodem může být STD (sexuálně přenosná infekce) postihující vaginu a uretru, nejčastěji chlamydiové nebo mykoplasmové etiologie. Patogeneze a etiologie sexuálně přenosného onemocnění, dříve zařazeného jako akutní uretrální syndrom, nyní tzv. syndrom bolestivé pánve, jej odlišují od pravých IMC.

Dalším zdrojem obtíží mohou být intersticiální cystitida, kolpitydy různé etiologie a tbc (s typickou trias: sterilní leukocyturie, mikroskopická hematurie a kyselé pH moči – kolem 5,5).

Pokračování v příštím čísle FI

PODĚKOVÁNÍ

Děkujeme všem autorům, kteří pro náš bulletin připravovali články v roce 2006 jmenovitě:
Mgr. Daniela Fialová, doc. MUDr. Zbyněk Kalita, CSc., prof. MUDr. Pavel Klener, DrSc.,
doc. MUDr. Zdenka Límanová, CSc., MUDr. Hana Roháčková, Ph.D., prof. MUDr. Vladimír Teplan, DrSc.,
prof. MUDr. Eva Topinková, CSc.

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

Farmakoterapeutické informace jsou vydávány Státním ústavem pro kontrolu léčiv s podporou Nadace prof. Skarnitzla a distribuovány jako příloha Věstníku SÚKL a časopisu ČLK zdarma nebo na objednávku za uhrazení poštovního (100,- Kč).

Materiál publikovaný ve FI nemůže být používán pro žádnou formu reklamy, prodeje nebo publicity, ani nesmí být reprodukován bez svolení.

Šéfredaktor: MUDr. Marie Alušiková, CSc.

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

Výkonný redaktor: RNDr. Blanka Pospíšilová, CSc.

Redakční rada: Doc. MUDr. Š. Alušik, CSc., IPVZ; Doc. MUDr. J. Fanta, DrSc., FNKV; Prof. MUDr. Z. Fendrich, CSc., FaFUK; MUDr. J. Haber, CSc., VFN; RNDr. J. Kramlová, lékárna FN Motol; MUDr. J. Lye, Sante; MUDr. B. Seifert, praktický lékař; MUDr. H. Skalická, CSc., soukromý kardiolog; MUDr. M. Šmíd, CSc., SÚKL; Doc. MUDr. T. Vaněk, CSc., FNKV; MUDr. J. Zicha, DTC, Praha 4; 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



ad Histologicky nevyšetřený amputát

Reagujeme tímto jménem Pediatricko-onkologické sekce České onkologické společnosti (POS ČOS) na článek – kazuistiku, podepsanou MUDr. Jiřím Jedličkou. V jeho závěru se píše, že případ je zároveň podnětem pro Sekci dětské onkologie ČOS k vypracování návrhu postupu, jak nakládat s tkáněmi onkologicky nemocných dětí...

Na pracovištích, která jsou podle věstníku MZ ČR oprávněna poskytovat péči dětem se solidními nádory jsou zavedeny velmi přesné algoritmy zpracování biologických vzorků. V případě, že je operován dětský pacient se solidním nádorem na jiném pracovišti, protože pro nebezpečí z prodlení není možný překlad na příslušné pracoviště dětské onkologie, je nutné konzultovat pracoviště dětské onkologie. Bez předchozí konzultace s pracovištěm dětské onkologie by neměly být v žádném případě prováděny plánované operace dětí pro nádor.

prof. MUDr. Tomáš Eckschlager, CSc.
Doc. MUDr. Jaroslav Štěřba, Ph.D.

PF 2007

Štěstí v každém roce potřebujeme všichni. Nemocniční lékaři ho budou v tom novém potřebovat pravděpodobně víc, protože s novým zákoníkem práce lze očekávat velké problémy se zajišťováním pohotovostních služeb.

Nová pravidla připouštějí 8 hodin přesčasů lékaře za týden. To není ani jedna celá pohotovostní služba. V celku bude moci lékař pracovat nejdéle 12 hodin, výjimečně 16 hodin, soboty a neděle nebude možné sloužit v celku, po každé směně bude nutné jít domů a tak bude obtížné zajišťovat specializované poradny, operační týmy i výuku. Základní kámen lékařské péče, tj. ošetřující lékař, který se o nemocném stará po celou dobu hospitalizace, zmizí. Na vizitu přijde každý den někdo jiný a nebezpečí odborných chyb se zvýší.

Zmenšení počtu pohotovostních služeb povede samozřejmě ke snížení výdělku odhadem o 10 až 15 tisíc korun měsíčně. Poklesne počet prováděných výkonů a ošetření.

Aby mohly být pohotovostní služby zajišťovány v intencích zákoníku práce, předpokládám, že bude nutné přijmout asi o 20% lékařů více, nebo se budou muset na službách v nemocnicích podílet i privátní lékaři. Pokud sloužit nebudou chtít, nikdo jim to nemůže nařídit. Když bude někdo chtít sloužit jako dříve, bude jezdit do jiné nemocnice.

Pohotovostní službu v Perinatologických centrech s více než 2000 porody ročně mají podle metodických pokynů zajišťovat 4 lékaři. Mít 4 lékaře v třísměnném provozu, to není s dnešním počtem lékařů možné a těžko se podaří lékaře pro práci v nemocnici vůbec získat. O takovou práci mají zájem jen kolegové a kolegyně před atestací, kteří ani samostatně sloužit nemohou. Kriminalizace nemocničních lékařů, velká odpovědnost a plat neodpovídající vzdělání a odpovědnosti k zaměstnání v nemocnici nikoho neláká.

Obava ze ztráty výdělku vede mnoho kolegů k vymyšlení krkolomných opatření, jak

zákoník práce obejít a zachovat status quo. Je to velká chyba.

Požadavek na snížení pracovní doby je naprosto legitimní a správný. Využívání lékařů, kteří musí pracovat dvojnásobnou dobu k tomu, aby dostali plat srovnatelný s odborníky jiných profesí, je nemorální.

Teď máme možnost to napravit. Požadujeme současnou výši mezd za zákonnou pracovní dobu a přijetí dalších lékařů tak, aby nemuselo docházet k přesčasům a byla zachována kvalita zdravotnické péče.

S improvizacemi, které zákoník práce obchází, bychom měli souhlasit nejdéle na dobu 1 roku, v jehož průběhu je třeba upravit platové podmínky a počty lékařů tak, aby vše fungovalo jako dřív.

MUDr. Jindřich Tošner

I já mám trvalý smluvní vztah

I já již patřím mezi ty, kterým byla doručena smlouva na trvalý smluvní vztah. Jde o identický text „Kubek-Horák“. Troufám si tvrdit, že nejsem nikterak protekční osobou. Úplný přehled z celého okresu pochopitelně nemám.

Možná stačilo, abychom neshazovali předem její text a zůstali u toho, že je to asi to nejlepší, co bylo možné dojednat, abychom se mezi sebou neškorčili o to, jestli je lepší 8 let s tříletou výpovědní lhůtou (pokud nám pojišťovna nebude vnučovat krátkodobý kontrakt), nebo toto, a v klidu to ponechali na zvážení každému. Argument, že pojišťovny nemají o text zájem, brání se jeho podpisu, a proto je pošelil na něm trvat, byl velmi nešťastný. Jen a jen na podporu logiky chování některých úředníků pojišťoven. To by však neměl být postoj lékařské obce.

Ať už je to jakkoliv, naříkat nad tím asi nemá smysl. Jen je třeba vyvodit z toho pro sebe poučení, jestli bylo rozumné tak hlasitě brojit proti aktivitě prezidenta ČLK v této věci. Možná bychom měli smlouvy podepsané již daleko dříve. Naopak si myslím, že se sluší dr. Kubkovi poděkovat, že toto maximum pro lékaře vjednal. Osobně mu tímto děkuji. Jsem si vědom toho, že zejména lékaře komplementu tento můj argument neuspokojí. Jsem však přesvědčen, že kdyby místo razantních výstupů a hledání důkazů o prezidentově zlovůli a despotickejších manýrech táhli rozumně a takticky za jeden provaz a požadovali zahrnutí komplementu do trvalého smluvního vztahu také, mohli i oni být dnes jinde. To vůbec neznamená, že je mi jejich osud lhostejný. Ke své práci je denně potřebuji a přál bych těm, kteří o to stojí, docílit jistoty smluvního vztahu také.

MUDr. Tomáš Šindler

Vidíte to jinak?

Podle prezidenta ČLK zůstává komora po posledním sjezdu jednotná. Obsah „sjezdového“ čísla Tempusu však dokumentuje, že delegáty dělí názorově rozdíly nejen na priority úkolů, které má komora plnit, ale i jakými mechanismy a prostřednictvím koho. Jestliže delegáti reflektují názory svých voličů, je takto rozdělena i obec lékařská.

Lékaři se shodují s literou zákona, že ko-

mora má dbát na odborný výkon povolání, hájit profesní zájmy a čest svých členů. Bude-li toto nosným tématem práce komorové reprezentace, pak bude komora přirozeně respektovaná, silná a jednotná.

Usnesení XX. sjezdu však vidí priority jinak. Z 55 bodů pouhé čtyři, v bloku vzdělávání a specializovaná způsobilost lékařů, se nějak profesí zabývají. Zato dalších 29 bodů se snaží definovat, jak má komora vystupovat v oblasti organizace a financování zdravotnictví, jak se angažovat ve smluvní problematice soukromých lékařů, jak hájit lékaře zaměstnance v otázkách pracovněprávních, i v jejich odměňování. Konečně 13 bodů vytyčují kompetence mající udržet velkou nezávislost vystupování prezidenta komory, dokonce v bodu 28 ho neprodleně pověřuje něčím, co je a vždy bylo jeho základní povinností. Snad jedinou reflexí této diferenciacie jsou body 39 a 55, ukládající vypracování pravidel pro vytvoření dvou sekcí, které zastoupí lékaře zaměstnance a lékaře soukromé. To představuje jistě velký pokrok a šance. Má-li opravdu tato restrukturalizace řešit dané problémy obou skupin, vynutí si stejné změny stavovských předpisů, i posun právě deklarovaných kompetencí.

Nedomnívám se však, že delegáti jsou oprávněni usneseními úkolovat představenstvo k zasahování do pracovněprávních záležitostí lékařů zaměstnanců či smluvních záležitostí soukromých lékařů. Tato úporná snaha odborového typu jen obtížně hledá oporu v zákoně o komoře a je největším zdrojem vnitřních rozporů. Možná pro to najde právní oddělení podpůrný výklad, jako při obhajobě ostudného stavovského předpisu 21, který bez omluvy zmizel. Nemohu ani souhlasit, aby trapně účelová ČLK – o.s., opěvovaná dr. Kubkem, dostávala podporu i prostor v Tempusu, zatímco profesní organizace také povinných členů komory byla označována za pátou kolonu.

Komora není politickou stranou, kde program i formy práce v podstatě musíte respektovat, neboť tam vstupujete dobrovolně. Zákon komoře ukládá obhajobu společných profesních hodnot. Její výraznou odborovou aktivitu proto již jednou zákonodárci upravili novelou zákona 220/1991 Sb. o komorách, kdy byla ze zákona vypuštěna slova, že komory posuzují a hájí sociální a hospodářské zájmy svých členů. Proto § 2 odstavec 1 písmeno c) tohoto zákona byl přeformulován na znění: „c) posuzují a hájí profesní zájmy svých členů“. Bohužel, ani to nevedlo ke změně náplně činnosti. Tím si vysvětluji odpor mnoha lékařů k povinnému členství i nezájem akademických hodnostářů kandidovat do vedoucích funkcí.

Přál bych nám, aby se podařilo nabídnout životaschopný model dvou sekcí reprezentujících skupiny lékařů s odlišnými neprofesními zájmy vyplývajícími z pracovněprávních vztahů. Jinak by mohl zákonodárci uvažovat o přehodnocení povinného členství.

doc. MUDr. Miroslav Hanuš, CSc.
(redakčně kráceno)

Nadále platí vydané licence ČLK i registrace nestátních zdravotnických zařízení

Na Českou lékařskou komoru se obrací lékaři, kterým byla v minulosti „na výjimku“ udělena licence pro výkon soukromé lékařské praxe v oboru, ve kterém nesložili atestaci (například internistovi s atestací druhého stupně a dostatečnou praxí v gastroenterologii byla udělena licence pro výkon soukromé lékařské praxe v oboru gastroenterologie, aniž měl nástavbovou atestaci v tomto oboru, obdobně u kardiologie, apod.). Některé zdravotní pojišťovny namítají, že tito lékaři nemohou nadále vykazovat výkony v oboru, ve kterém nemají specializovanou způsobilost, byť mají uvedenou licenci. Není tomu tak.

Pokud lékař na základě tehdejší licence ČLK „na výjimku“ získal registraci nestátního zdravotnického zařízení pro příslušný obor (například druhoatestovaný internista pro kardiologii nebo gastroenterologii), tato registrace zůstává novými právními předpisy nedotčena a nadále platí. **Zdravotní pojišťovny nejsou oprávněny přezkoumávat obsah registrace nestátního zdravotnického zařízení – k tomu je oprávněn pouze orgán státní správy určený k registraci nestátních zdravotnických zařízení.** Zdravotní pojišťovny musí tedy akceptovat rozsah registrace nestátního zdravotnického zařízení tak, jak byla provedena příslušným orgánem, a pouze orgán státní správy může rozsah registrace změnit, a to jen z důvodů, které jsou taxativně uvedeny v zákoně. Tedy správná odpověď na požadavek „doložte specializovanou způsobilost“ zní: „Zde je má registrace nestátního zdravotnického zařízení, ve které je uvedeno, v jakých oborech mohou poskytovat zdravotní péči a z té je nutno vycházet.“

Může jít ovšem o případ, kdy lékař, který obdržel licenci ČLK „na výjimku“, není provozovatelem nestátního zdravotnického zařízení a nemůže tedy argumentovat obory zdravotní péče uvedené v registraci nestátního zdravotnického zařízení. Může jít třeba o zaměstnance nemocnice, který dosud vykazoval výkony určité specializace na základě licence ČLK. I v tomto případě však zůstává jeho způsobilost k samostatnému výkonu lékařské praxe v oboru, ve kterém obdržel licenci ČLK, nedotčena.

Jde o tzv. princip nabytých práv, který je jednou ze základních zásad každého demokratického právního řádu. Pokud bylo podle platných právních předpisů někomu uděleno osvědčení, které ho opravňuje vykonávat nějakou činnost, nelze na základě změny právních předpisů retroaktivně toto jednou nabyté právo ně-

komu odejmout. To platí například i v případě trvalého smluvního vztahu se zdravotními pojišťovnami. Zákonodárce také tento princip, jehož význam nedávno podtrhl i Ústavní soud ČR, plně akceptuje i pokud jde o kvalifikaci lékařů a licence ČLK, když v ustanovení článku III. zákona č. 121/2004 Sb. stanoví: „Platnost osvědčení k výkonu soukromé lékařské praxe vydaného přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona Komorou podle § 2 odstavec 2 písmeno c) a d) zákona č. 220/1991 Sb. o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, ve znění pozdějších předpisů, zůstává nedotčena.“

Zákon č. 121/2004 Sb. nabyl účinnosti dnem 18. dubna 2004. O platnosti licencí ČLK vydaných do tohoto dne, včetně licencí vydaných „na výjimku“, nelze tedy pochybovat.

O licencích vydaných po 18. 4. 2004 se vedou spory. Bývalé vedení ministerstva zdravotnictví je plně uznávalo, protože pravomoc ČLK vydávat osvědčení k výkonu soukromé lékařské praxe zůstala i po účinnosti zákona č. 95/2004 Sb. nedotčena. Současné vedení ministerstva zdravotnictví má na tuto věc jiný právní názor. Ani ono však nepochybně nikterak platnost článku III zákona č. 121/2004 Sb. Případný spor ohledně licencí vydaných komorou po 18. dubnu 2004 by musel řešit soud, jehož rozhodnutí nelze předem předjímat.

Skutečnost, že lékař, který je držitelem licence ČLK „na výjimku“ vydané do 18. 4. 2004, je oprávněn v tomto oboru nadále vykonávat soukromou lékařskou praxi a vykazovat příslušné zdravotní výkony, je tedy nesporná.

JUDr. Jan Mach
ředitel právního oddělení ČLK

Regulační srážky za povinná očkování a preventivní prohlídky provedené smluvními zdravotnickými zařízeními v prvním pololetí 2006

V posledních týdnech obdržela smluvní zdravotnická zařízení poskytující zdravotní péči v oboru praktické lékařství pro dospělé a praktické lékařství pro děti a dorost ze strany VZP ČR výpočet regulačních srážek za 1. a 2. čtvrtletí roku 2006. Regulace jsou vypočteny i za preventivní prohlídky a povinná očkování, tj. za výkony, které jsou zdravotnická zařízení povinna provádět ze zákona.

Jak došlo k situaci, kdy jsou smluvní zdravotnická zařízení ze strany zdravotních pojišťoven vyzývána k navrácení uhrazených finančních prostředků?

Od 1. ledna 2006 je v účinnosti nový seznam zdravotních výkonů, který významným způsobem navýšil bodové ohodnocení jednotlivých výkonů hrazených z veřejného zdravotního pojištění. Již při jeho přijetí však bylo zřejmé, že jeho bezprostřední neomezené uplatnění při úhradě zdravotní péče poskytnuté v roce 2006 nebude z finančních důvodů možné.

Úhradu zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění pro 1. pololetí 2006 stanovila vyhláška Ministerstva zdravotnictví

č. 550/2005 Sb., podle které jsou praktickým lékařům pro dospělé a praktickým lékařům pro děti a dorost hrazeny mimokapitační výkony podle seznamu zdravotních výkonů s hodnotou bodu platnou pro 2. pololetí 2005, tj. minimálně 0,97 Kč za bod. Tato úhrada však byla v původním znění vyhlášky platném do 31. 3. 2006 současně omezena stanovením celkové maximální úhrady, kterou může zdravotnické zařízení od zdravotní pojišťovny za tyto výkony obdržet. Výpočet celkové úhrady byl stanoven následovně:

Celková úhrada za výkony mimo kapitační platbu a výkony za neregistrované pojištěnce bude činit nejvýše 103 % celkové úhrady

za výkony mimo kapitační platbu a výkony za neregistrované pojištěnce v referenčním období, kterým je odpovídající kalendářní pololetí minulého roku.

To znamená, že **podle tohoto postupu budou zdravotnickému zařízení uhrazeny mimokapitační výkony maximálně ve výši celkové úhrady za tyto výkony za 1. pololetí 2005 navýšené o 3 %.** Tato tzv. objemová regulace v praxi znamená, že zdravotnické zařízení může díky novému seznamu zdravotních výkonů za méně práce obdržet stejný obnos finančních prostředků.

Problematická je však úhrada té části mimokapitačních výkonů, k jejichž provedení je zdravotnické zařízení povinno ze zákona, což jsou právě preventivní prohlídky dle vyhlášky č. 56/1997 Sb. a povinná očkování dle vyhlášky č. 439/2000 Sb. Zdravotnické zařízení tak, přestože je povinno tyto výkony provést a není schopno ovliv-

nit, kolik těchto výkonů v daném období provede, dostane tuto péči uhrazenu maximálně ve výši 103 % úhrady v referenčním období.

Česká lékařská komora proto iniciovala jednání na ministerstvu zdravotnictví s cílem projednat problematické části vyhlášky č. 550/2005 Sb. týkající se praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost. Toto jednání se za účasti zástupců zdravotních pojišťoven (mimo jiné i VZP ČR), poskytovatelů a ministerstva zdravotnictví uskutečnilo **3. 2. 2006. Bylo dohodnuto vyjmutí preventivních prohlídek a povinných očkování z omezení maximální úhradou, jak bylo stanoveno pro ostatní mimokapitační výkony. Plnění této dohody bohužel není právně vynutitelné.** Má pro zdravotní pojišťovny pouze formu doporučení. Vzhledem k personálním změnám ve vedení VZP i ministerstva je možné, že pojišťovny nebudou za nerespektování dohody nijak sankcionovány.

Česká lékařská komora vyjednala s bývalým ministrem Rathem a zdravotními pojišťovnami změnu nevyhovující úhradové vyhlášky. Zmírnění regulací a další zvýšení úhrad bylo umožněno díky zvýšení plateb pojistného za tzv. státní pojištění, které opět s podporou tehdejšího ministra zdravotnictví Dr. Ratha prosadila ČLK.

Přijetím **vyhlášky č. 101/2006 Sb.,** kterou se s účinností od **1. 4. 2006** mění vyhláška č. 550/2005 Sb., byl změněn i způsob úhrady preventivních prohlídek a povinných očkování provedených v 1. pololetí 2006, a to následovně:

Výkony, kterými se vykazují preventivní prohlídky podle vyhlášky o preventivních prohlídkách a očkování podle vyhlášky o očkování, nezahrnuté do kapitační platby, se hradí podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony s omezením maximální úhradou na unikátního ošetřeného pojištěnce. *Cena bodu sjednaná pro 2. pololetí 2005 a uveřejněná ve Věstníku Mi-*

nisterstva zdravotnictví zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006. Maximální úhrada na unikátního ošetřeného pojištěnce se pro konkrétní zdravotnické zařízení stanoví jako podíl celkové úhrady za tyto výkony v referenčním období, kterým je odpovídající pololetí minulého roku, a počtu unikátních ošetřeného pojištěnců, na které byly tyto výkony vykázány. Vypočtený podíl se vynásobí počtem unikátních ošetřeného pojištěnců a koeficientem 1,05. *Omezení maximální úhradou se nepoužije v případě, že v referenčním nebo hodnoceném období bylo ošetřeno 50 a méně unikátních ošetřeného pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny.*

Ani vyhláška č. 101/2006 Sb. tedy nepostavila úhradu preventivních prohlídek a povinných očkování zcela mimo regulace, nicméně došlo k tomu, že přísnější tzv. objemový způsob regulace preventivních prohlídek a povinných očkování byl nahrazen tzv. regulací na rodné číslo (obdobně jsou limitovány úhrady ambulantním specialistům) **s tím, že tato úhrada byla navýšena oproti referenčnímu období o 5 %** (původní navýšení bylo o 3 %).

Praktičtí lékaři jsou podle této vyhlášky tedy placeni za tyto výkony stejně jako ambulantní specialisté. Na rozdíl od většiny ambulantních specialistů však došlo u praktických lékařů k tomu, že v průběhu 1. pololetí 2006 dostávali uhrazeny mimokapitační výkony v reálně vykázané výši podle platného seznamu zdravotních výkonů (s vyšší cenou lékařské práce) s tím, že museli následně počítat s regulací takto uhrazené částky maximální úhradou, jak ji stanoví platná vyhláška. To znamená, že tato zdravotnická zařízení musela počítat s tím, že část uhrazených peněz budou muset zdravotní pojišťovně vrátit. **Stejný osud potkal i ambulantní specialisty, kteří nebyli placeni formou předběžné úhrady, ale za reálně vykázanou zdravotní péči podle seznamu zdravotních výkonů.** Na toto úskalí povinnosti přeplacené finanční prostředky

vrátit však bylo v souvislosti s přijetím nového seznamu zdravotních výkonů opakovaně poukazováno a pokud na to nebyla zdravotnická zařízení připravena, lze to považovat za chybu.

Jiná situace však nastává v případě, kdy se vypočtené regulace netýkají navrácení přeplacených finančních prostředků, ale regulací, které jsou uplatněny v rozporu s úhradovými vyhláškami. Proto doporučujeme, aby každé smluvní zdravotnické zařízení s ohledem na výše uvedené posoudilo doručení výpočet regulací a v případě pochybností o určení výše regulačních srážek ze strany zdravotní pojišťovny využilo všech možných postupů obrany.

Pokud zdravotnické zařízení obdrží od své smluvní zdravotní pojišťovny výpočet regulačních srážek, z něhož není zřejmý způsob výpočtu, má právo po zdravotní pojišťovně požadovat sdělení konkrétního postupu, jak při výpočtu postupovala. Jedině tak je možné se k vypočteným regulacím kvalifikovaně vyjádřit. K tomu je třeba doplnit, že výše uvedený závazný způsob výpočtu maximální úhrady mimokapitačních výkonů za 1. pololetí 2006 zohledňuje vždy celé pololetí roku 2005, nikoli jednotlivá čtvrtletí s tím, že maximální úhrada má být rovněž vypočtena pro celé pololetí roku 2006. I z tohoto důvodu je třeba požadovat po zdravotní pojišťovně vysvětlení způsobu výpočtu této úhrady, když ve svém vyúčtování stanoví tuto úhradu zvlášť pro 1. a zvlášť pro 2. čtvrtletí roku 2006.

Pokud zdravotní pojišťovna nedodržela závazný způsob výpočtu, je třeba podat proti vyúčtování písemnou námitku. V případě odmítnutí námitek ze strany zdravotní pojišťovny lze postupovat při řešení sporu cestou smířícího jednání se zdravotní pojišťovnou. V případě potřeby právní konzultace při výše uvedeném postupu je pro všechny členy ČLK k dispozici právní oddělení ČLK.

Mgr., MUDr. Dagmar Záleská

Udržovací pojištění po skončení soukromé praxe

Česká lékařská komora uzavírá dodatek číslo 1 k dohodě o podmínkách zvýhodněného pojištění profesní odpovědnosti pro členy České lékařské komory s pojišťovnou Kooperativa, na základě kterého si může soukromý lékař, který ukončí provozování nestátního zdravotnického zařízení, sjednat tzv. udržovací pojištění. **Jeho smyslem je, aby lékař byl i po ukončení soukromé praxe pojištěn kryt pro případ, že by na něho byla podána žaloba za profesní pochybení, ke kterému došlo v době, kdy provozoval soukromou lékařskou praxi.** Nejde sice o časté případy, ale při škodě na zdraví se poškozený může o škodě dozvědět třeba i několik let poté, co došlo k odbornému pochybení. V takovém případě počíná dvouletá promlčecí doba běžet až dnem, kdy se poškozený dozvěděl o škodě a o tom, kdo za ni odpovídá. Pak lze žalovat o náhradu škody i bývalého soukromého lékaře, přestože již praxi neprovozu-

je. Pro tento případ se nabízí uvedené udržovací pojištění. Zatímco profesní pojištění provozovatele nestátního zdravotnického zařízení je zákonnou povinností, toto udržovací pojištění lékař podle vlastní úvahy může, ale samozřejmě nemusí uzavřít. Rovněž doba jeho případného trvání záleží výlučně na úvaze lékaře.

Roční pojistné se za první a druhý rok udržovacího pojištění stanoví ve výši 80 % původního ročního pojistného, které lékař platil, když provozoval soukromou praxi. Za třetí a každý další rok udržovacího pojištění se roční pojistné stanoví ve výši 50 % původního ročního pojistného.

Celé znění dodatku číslo 1 k dohodě o podmínkách zvýhodněného pojištění profesní odpovědnosti pro členy ČLK bude po jeho podepsání zveřejněno na webových stránkách ČLK.

JUDr. Jan Mach

Povinnost lékaře oznámit některé trestné činy

V medicínském právu je řada věcí nejasných. V některých otázkách je však třeba, aby lékaři měli naprosto jasno a aby si právní zásady a pravidla dokonale osvojili a tím se vyhnuli případné trestní odpovědnosti.

Pokud jde o povinnou mlčenlivost na straně jedné a povinnost oznámit trestný čin nebo přezkazit trestný čin na straně druhé, je jasná znalost jasně stanovených pravidel nesmírně důležitá. Pokud by totiž lékař nesplnil svou zákonem stanovenou povinnost oznámit, popřípadě přezkazit v trestním zákoně taxativně uvedené trestné činy, mohl by být potrestán odnětím svobody až na tři léta. Na druhé straně, pokud by v jiném případě, kdy není zákonem stanovena oznamovací povinnost nebo povinnost přezkazit trestný čin, lékař sdělil, byť třeba i policii nebo státnímu zastupitelství skutečnosti, které podléhají povinné mlčenlivosti, mohl by být trestně stíhán pro neoprávněné nakládání s osobními údaji a potrestán odnětím svobody na jeden rok až pět let. Z toho vyplývá potřeba přesné znalosti daných pravidel.

Oznamovací povinnosti podléhají jen některé trestné činy

V České republice, podobně jako i v jiných demokratických právních státech, neplatí všeobecná oznamovací povinnost, tedy povinnost občana oznámit jakýkoliv trestný čin. Povinnost oznámit jakýkoliv trestný čin mají pouze státní orgány. Naproti tomu všichni občané mají povinnost oznámit trestné činy podléhající tzv. oznamovací povinnosti a přezkazit trestné činy, jejichž nepřekážení je samo trestným činem. Jde o nejzávažnější trestné činy, které jsou taxativně vyjmenovány v § 168 trestního zákona (trestný čin neoznámení trestného činu) a § 167 trestního zákona (trestný čin nepřekážení trestného činu).

U běžného občana je tedy věcí jeho svobodného rozhodnutí, zda trestný čin oznámí či nikoli, s výjimkou těch trestných činů, které podléhají oznamovací povinnosti nebo povinnosti přezkazit trestný čin. Oznamovací povinnost ani u vybraných nebezpečných trestných činů nemá advokát ani advokátní koncipient ani duchovní registrované církve a náboženské společnosti v souvislosti s výkonem zpovědního tajemství nebo s výkonem práva obdobného zpovědnímu tajemství. Lékařského tajemství se však výjimka, pokud jde o oznamovací povinnost a povinnost přezkazit trestný čin, netýká. Lékařské tajemství tedy ustupuje do pozadí v situaci, kdy lékař má oznamovací povinnost, respektive povinnost přezkazit trestný čin.

Nejde-li o vybrané trestné činy, uvedené v § 167 a § 168 trestního zákona, je lékař i jiný zdravotnický pracovník, povinen zachovat o nich mlčenlivost, i pokud se dozví, že k nim došlo, pokud se o nich dozvěděl v souvislosti

s výkonem zdravotnického povolání. Z toho vyplývá naléhavá potřeba vědět, které trestné činy podléhají oznamovací povinnosti a povinnosti přezkazit trestný čin.

Oznamovací povinnost dle § 168 trestního zákona

Podle § 168 trestního zákona, kdo se hodnověrným způsobem doví, že jiný spáchal trestný čin vlastizrady - § 91, rozvracení republiky - § 92, teroru - § 93, teroristického útoku - § 95, záškodnictví - § 96, sabotáže - § 97, vyzvědačství - § 105 odst. 2,3,4, ohrožení utajované informace - § 106 a § 107, porušování předpisů o nakládání s kontrolovaným zbožím a technologiemi - § 124a, § 124b, § 124c, porušování předpisů o zahraničním obchodu s vojenským materiálem - § 124d, § 124e, § 124f, padělání a pozměňování peněz - § 140, porušování mezinárodních sankcí - § 171d, neoprávněného nakládání s osobními údaji - § 178 odst. 3., účasti na zločinném spolčení - § 163a odst. 2 a 3, obecného ohrožení podle § 179, ohrožení bezpečnosti vzdušného dopravního prostředku a civilního plavidla podle § 180a, zavlečení vzdušného dopravního prostředku do ciziny podle § 180c odst. 2, **týrání svěřené osoby - § 215, vraždy - § 219**, genocidia - § 259 nebo používání zakázaného bojového prostředku a nedovoleného vedení boje - § 262 a takový trestný čin neoznámení bez odkladu státnímu zástupci nebo policejnímu orgánu nebo místo toho, jde-li o vojáka, velitele nebo náčelníku, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta. Stanoví-li trestný zákon na některý z těchto trestných činů trest mírnější, bude potrestán oním trestem mírnějším.

Kdo spáchá trestný čin neoznámení trestného činu, není trestný, nemohl-li oznámení učinit, aniž by sebe nebo osobu blízkou uvedl v nebezpečí smrti, ublížení na zdraví nebo jiné závažné újmy nebo trestního stíhání. Uvedení osoby blízké v nebezpečí trestního stíhání však nezabavuje pachatele trestnosti, týká-li se neoznámení trestného činu vlastizrady, rozvracení republiky, teroru, teroristického útoku, záškodnictví, sabotáže, vyzvědačství, ohrožení utajované informace, účasti na zločinném spolčení nebo genocidia.

Povinnost přezkazit trestný čin dle § 167 trestního zákona

Kdo se hodnověrným způsobem doví, že jiný připravuje nebo páchá trestný čin uvedený v předchozí kapitole a podléhající oznamovací povinnosti a dále nad rámec trestných činů podléhající oznamovací povinnosti trestný

čin nedovoleného překročení státní hranice podle § 171b odst. 2 a 3, obecného ohrožení podle § 179, ohrožení bezpečnosti vzdušného dopravního prostředku a civilního plavidla, nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek a jedů podle § 187 a § 188, loupeže - § 234, brání rukojmí - § 234a, **znásilnění - § 241, pohlavního zneužívání podle § 242**, krádeže podle § 247 odst. 4, zpronevěry podle § 248 odst. 4, podvodu podle § 250 odst. 4, pojistného podvodu podle § 250b odst. 5, podílícnictví podle § 251 odst. 3, legalizace výnosu z trestné činnosti podle § 252a odst. 3, válečné krutosti - § 263, plnění v prostoru válečných operací - § 264, neuposlechnutí rozkazu podle § 273 odst. 2 písm. a), zprotivení a donucení k porušení vojenské povinnosti podle § 275 odst. 2 písm. a), porušování práv a chráněných zájmů vojáků podle § 279a odst. 3 a § 279b odst. 3, zběhnutí - § 282, ohrožení morálního stavu jednotky podle § 288 odst. 2 a spáchání nebo dokončení takového trestného činu nepřekazí, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta. Stanoví-li trestní zákon na některý z těchto trestných činů trest mírnější, bude potrestán oním trestem mírnějším.

Kdo nepřekazí uvedené trestné činy, není trestný, nemohl-li trestný čin přezkazit bez značných nesnází, nebo aniž by sebe nebo osobu blízkou uvedl v nebezpečí smrti, ublížení na zdraví nebo jiné závažné újmy nebo trestního stíhání. Uvedení blízké osoby v nebezpečí trestního stíhání však nezabavuje pachatele trestnosti, týká-li se nepřekážení trestného činu vlastizrady, rozvracení republiky, teroru, teroristického útoku, záškodnictví, sabotáže, vyzvědačství, ohrožení utajované informace, účasti na zločinném spolčení nebo genocidia.

Přezkazit trestný čin lze i jeho včasným oznámením státnímu zástupci nebo policejnímu orgánu; voják může místo toho učinit oznámení veliteli nebo náčelníku.

Rozdíl mezi povinností oznámit trestný čin a přezkazit trestný čin

Z uvedeného vyčerpávajícího přehledu všech trestných činů, které podléhají povinnosti oznámit trestný čin, a širšího výčtu trestných činů, které podléhají povinnosti přezkazit trestný čin, je zřejmé, že s většinou z nich se lékař při výkonu svého povolání nesetká. Reálně se však může při výkonu lékařského povolání setkat s trestným činem týrání svěřené osoby, který je povinen nejen přezkazit, v případě, že jeho páčání trvá nebo hrozí do

budoucná, ale i oznámit, pokud již trestný čin neprobíhá, ale v minulosti k němu došlo. Totéž se týká trestného činu vraždy. Svěří-li se pacient lékaři, že v minulosti spáchal vraždu, je povinností lékaře tuto skutečnost oznámit policii nebo státnímu zastupitelství.

Z trestných činů, které podléhají povinnosti přezkazit je, ale nepodléhají současně povinnosti oznámit je, je pro výkon některých lékařských povolání typický trestný čin pohlavního zneužívání. Pokud se lékař dozvěděl, že osoba byla v minulosti pohlavně zneužívána, ale pohlavní zneužívání již neprobíhá ani nehrozí jeho pokračování v budoucnu, nemá oznamovací povinnost. Pokud však je nezletilá osoba ohrožována pohlavním zneužíváním i v přítomné či budoucí době, je lékař povinen nikoli oznámit, ale přezkazit trestný čin. Zpravidla však nedokáže trestný čin efektivně přezkazit jinak než tím, že jej oznámí policii nebo státnímu zastupitelství. To se týká i dalších trestných činů, které je každý, tedy i zdravotnický pracovník bez ohledu na mlčenlivost, povinen přezkazit, přičemž nemůže-li to učinit jinak, lze je přezkazit jejich oznámením. Nesplnění této povinnosti je trestným činem.

Jak konkrétně postupovat?

Především je třeba si uvědomit, že splnění oznamovací povinnosti nebo povinnosti přezkazit trestný čin musí být řádně písemně dokumentováno a rozhodně nestačí pouhé telefonické oznámení. Dále je třeba si uvědomit, že i když jde o případ týrání dítěte, o které se zajímá orgán sociálně-právní ochrany dětí, **oznamovací povinnost není splněna oznámením orgánu sociálně-právní ochrany dětí, ale týrání dítěte je nutno oznámit policii nebo státnímu zastupitelství. Ze zkušenosti lze doporučit spíše státní zastupitelství, přičemž trestný čin je třeba oznámit, je-li nebezpečí z prodlení, nejprve telefonicky (v noční době nebo ve dnech pracovního volna a pracovního klidu pochopitelně spíše policii), ale posléze doplnit písemnou formou a to buď do protokolu přímo na policii, nebo na státním zastupitelství, kde jsou povinni neprodleně protokol s oznamovatelem sepsat, nebo samostatným trestním oznámením, které je neprodleně podáno písemnou formou, přičemž kopie je písemně potvrzena podatelnou policií nebo státního zastupitelství.**

Ze zkušenosti víme, že nelze doporučit spolehnout se pouze na telefonické oznámení, které, byť lékař zaznamená do zdravotnické dokumentace, není pro něho řádným dokladem, že svou povinnost podle trestního zákona skutečně řádně splnil. Z praxe víme o případech, kdy lékařka oznámila týrání dítěte telefonicky policii, policista ji ujistil, že se tím budou zabývat, a posléze žádná opat-

ření provedena nebyla. Nezisková organizace zaměřená na ochranu dětí před týráním pak podala na lékařku trestní oznámení pro trestný čin neoznámení trestného činu a lékařka musela obtížně dokazovat (v daném případě svědectvím pozorné zdravotní sestry, která telefonický hovor vyslechla), že svou oznamovací povinnost skutečně splnila, byť pouze telefonicky a nikoli písemně. Tento příklad budiž varující!

Jak si tedy konkrétně počínat, má-li lékař nebo jiný zdravotník důvodné podezření, že mohl být spáchán nebo může být páchan trestný čin podléhající oznamovací povinnosti nebo povinnosti přezkazit trestný čin?

Sám, neprodleně po zjištění, že by mohlo jít o trestný čin podléhající oznamovací povinnosti nebo povinnosti přezkazit trestný čin, musí sepsat o této skutečnosti oznámení Policii ČR nebo státnímu zastupitelství, ve kterém uvede vše, co o věci ví. Toto oznámení neprodleně doručí na podatelnu státního zastupitelství nebo na podatelnu nejlépe okresního ředitelství Policie ČR příslušného okresu. Kopii tohoto oznámení si nechá na podatelně potvrdit razítkem a podpisem přijímajícího pracovníka. Současně přijímajícího pracovníka, zejména pokud by zde bylo nebezpečí z prodlení, upozorní na obsah oznámení. Je-li nebezpečí z prodlení, lze též využít linky 158 nebo linky 112, ale současně vypracovat rovněž písemné oznámení a předat shora uvedeným způsobem, třeba i dodatečně, policii nebo státnímu zastupitelství. Potvrzenou kopii oznámení má založit do zdravotnické dokumentace.

Dalším možným postupem je osobně se dostavit na Policii ČR nebo v pracovních dnech a v úředních hodinách na okresní nebo krajské státní zastupitelství s tím, že zde bude učiněno oznámení do protokolu. Lze doporučit, aby lékař vyhledal raději okresní ředitelství Policie ČR – Službu kriminální policie a vyšetřování, nikoli obvodní nebo místní oddělení Policie ČR. Vždy si vyžádá číslo jednací, pod kterým bude věc vedena, a současně buď kopii protokolu o podaném oznámení, nebo alespoň potvrzení, že oznámení bylo skutečně podáno.

Je tedy na volbě oznamovatele, zda sepiše oznámení sám a předá jej, nebo zda jej učiní do protokolu. V případě oznamovací povinnosti není lékař vázán mlčenlivostí a je povinen učinit o věci výpověď a podat vysvětlení i poté, kdy již oznámení podal a je vyzván k tomu, aby k věci podrobněji vypovídal vše, co o ní ví.

Nebude pak lékař sám žalován na ochranu osobnosti, ukáže-li se, že nešlo o trestný čin? Nebude! Je zcela jasné, že lékař ani jiný zdravotník není zpravidla přímým svědkem vraždy, týrání svěžené osoby, pohlavního zneužívání nebo jiného v úvahu připadajícího

trestného činu, podléhajícího oznamovací povinnosti nebo povinnosti přezkazit trestný čin. Lékař uvede pouze to, co o věci ví, a pouze pravdivé skutečnosti, které by mohly nasvědčovat tomu, že byl spáchán trestný čin, aniž však tvrdí, že k trestnému činu skutečně došlo. Pokud tedy například dětský lékař zjistí na těle dítěte takové známky ublížení, které by mohly svědčit pro týrání, uvede, co při prohlídce dítěte zjistil, z jakých důvodů se domnívá, že by mohlo jít o týrání svěžené osoby. Sdělí dále, jak rodiče či jiné osoby nebo samotné dítě vysvětlili vznik poranění a proč se případně jejich vysvětlení jeví jako málo věrohodné. Nemůže samozřejmě tvrdit, že osobně viděl, jak k týrání dochází, nebo že bezpečně ví, že k týrání došlo, pokud tomu tak není. Sdělí-li tedy pouze to, co skutečně o věci ví, případná stížnost nebo žaloba na ochranu osobnosti by nemohla mít úspěch. V těchto případech se tedy neřeba obávat, že dojde-li k oznámení podezření z trestného činu podléhajícího oznamovací povinnosti nebo povinnosti přezkazit trestný čin a vyšetřování neprokáže, že k takovému trestnému činu došlo, nebo prokáže, že k němu nedošlo, bude oznamovatel sám stíhán či žalován. Rozhodně nebude, protože pouze plnil svou oznamovací povinnost nebo povinnost přezkazit trestný čin a uvedl pouze pravdivé skutečnosti, které zjistil. Zda šlo či nešlo o trestný čin pak přísluší posoudit a rozhodnout orgánům činným v trestním řízení.

Závěr:

V případě jakýchkoli nejasností může kterýkoli lékař, člen ČLK, kontaktovat telefonicky, e-mailem či osobně právní oddělení České lékařské komory a získat radu, jak v konkrétní situaci postupovat, není-li si jist, zda jde o případ podléhající oznamovací povinnosti nebo povinnosti přezkazit trestný čin a jaký má být jeho další postup.

Samotná problematika povinné mlčenlivosti lékařů a dalších zdravotnických pracovníků stojí za samostatné zpracování v další kapitole právní rubriky.

*JUDr. Jan Mach,
ředitel právního oddělení ČLK*





Prolongační dodatky ke smluvnímu vztahu

VZP ČR v současné době rozeslala návrh dodatku, kterým se smluvní vztah prodlužuje o jeden rok. ČLK zásadně nesouhlasí, aby byly smlouvy prodlužovány na krátká období, a trvá na tom, že lékaři, kteří v době účinnosti vyhlášky č. 290/2006 Sb. požádali zdravotní pojišťovny o trvalý smluvní vztah, mají právo, aby s nimi byl trvalý smluvní vztah uzavřen, a v tomto smyslu jedná s vedením VZP ČR i dalších zdravotních pojišťoven. V případě lékařů, kteří o trvalý smluvní vztah zájem neprojeví, doporučujeme uzavřít smluvní vztah alespoň na osm let, nemá-li sám lékař důvod uzavírat smlouvu na dobu kratší. Nová vyhláška č. 618/2006 Sb. o rámcových smlouvách, jakkoli je z ústavně-právního hlediska sporná, uzavření trvalého smluvního vztahu umožňuje.

Jak tedy může soukromý lékař reagovat na současnou situaci?

Po důkladném zvážení a poradě s právníky doporučuji přece jen onen roční prolongační dodatek, kterým se prodlužuje vaše smlouva, uzavřít, aby pro zdravotní pojišťovnu nevznikl důvod neuhradit vám poskytnutou péči.

Současně však, máte-li zájem o trvalý smluvní vztah a za účinnosti vyhlášky č. 290/2006 Sb. jste o něj požádali, zašlete zdravotním pojišťovnám dopis následujícího znění:

Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR

ÚP VZP

.....

V dne

Věc: Vyjádření k návrhu dodatku č. ke smlouvě č.

K návrhu dodatku č. ke smlouvě č., který jsem obdržel(a) dne, sděluji, že i nadále trvám na uzavření trvalého smluvního vztahu, o němž jsem v souladu s vyhláškou č. 290/2006 Sb. písemně požádal(a) již dne S ohledem na skutečnost, že od 1. 1. 2007 je v účinnosti nová vyhláška č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy, akceptuji, že se obsah smlouvy bude řídit touto vyhláškou.

V této souvislosti dále sděluji, že z důvodu potřeby smluvně zajistit poskytování zdravotní péče do doby uzavření trvalého smluvního vztahu, podepisuji Vámi zasláný dodatek a současně žádám o předložení návrhu smlouvy se zakotvením trvalého smluvního vztahu, která bude v souladu s vyhláškou č. 618/2006 Sb. v co nejkratším možném termínu.

S pozdravem

Zdravotnické zařízení:

MUDr.

Přijměte, prosím, tento návrh dopisu jako doporučení, jak postupovat ve vzniklé situaci, a sledujte webové stránky ČLK (www.lkcr.cz), na kterých vás budeme operativně informovat o výsledcích jednání se zdravotními pojišťovnami a o dalších aktuálních otázkách.

MUDr. Milan Kubek

prezident ČLK

Inzerát na zadní straně

LOK-SČL zahájil v roce 2007 informační kampaň „Unavený a přepracovaný lékař je reálné riziko pro pacienta“. Hodiny v inzerátu jsou logem kampaně. Upozorňují na neúnosný objem přesčasové práce lékařů v nemocnicích, kteří i dnes mnohdy pracují nepřetržitě až 80 hodin. Takový stav považujeme na naprosto nepřijatelný, ne-

boť představuje reálné riziko lidské chyby. Stejně nepřijatelná je situace, kdy výdělek lékaře v nemocnici je podstatnou měrou na přesčasové práci závislý. LOK-SČL bude všemi prostředky usilovat o změnu této situace.

MUDr. Lukáš Velev

místopředseda LOK-SČL

ČLK znovu vyzývá ministra k jednání

Adresát:

MUDr. Tomáš Julínek, MBA

ministr zdravotnictví ČR

Vážený pane ministře, jménem České lékařské komory jsem Vás 10. 1. 2007 požádal o jednání, jehož tématem by měla být problematika aplikace vyhlášky č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy, a vyhlášky č. 619/2006 Sb., kterou se stanoví hodnoty bodu, výše úhrady zdravotní péče a regulační omezení. Na Vaši žádost upřesňuji témata, která bychom s Vámi chtěli projednat:

- 1) Normalizace vzájemných vztahů mezi Českou lékařskou komorou a ministrem zdravotnictví, domluva na systému vzájemných konzultací a konstruktivní spolupráci.
- 2) Trvalý smluvní vztah mezi soukromými lékaři, kteří o tento typ smlouvy mají zájem, a zdravotními pojišťovnami tak, aby to odpovídalo vyhlášce č. 618/2006 Sb. Možnost trvalého smluvního vztahu i pro soukromá zdravotnická zařízení poskytující diagnostickou péči. Stanovisko zástupců státu ve správní radě VZP ČR.
- 3) Ujasnění záměru a stanoviska ministra zdravotnictví v nejednoznačných ustanoveních vyhlášky č. 619/2006 Sb. a jejich výklad. Doplnění této vyhlášky o ustanovení, které umožní provozovatelům zdravotnických zařízení žádat o neuplatnění některých regulačních omezení, pokud prokáží, že při jejich uplatnění by nebylo možno v konkrétních případech postupovat lege artis. Možnost jiného způsobu úhrady zejména pro segment ambulantní specializované péče. Stanovisko zástupců státu ve správní radě VZP ČR k této problematice.

Jak jsem již uvedl v minulém dopise, tak vzhledem k závažnosti problému, který se bezprostředně týká tisíců lékařů – členů naší profesní organizace, si Vás dovoluji požádat nejenom o to, aby se jednání uskutečnilo v nejbližším možném termínu, ale abyste zároveň jednal nejenom se mnou, nýbrž s celým vyjednávacím týmem České lékařské komory.

S pozdravem

MUDr. Milan Kubek

prezident ČLK

V Praze 16. 1. 2007

SAS a Julínek pro nás připravili likvidační vyhlášku

Vážený pane prezidente, obracím se na Vás jako na zástupce své profesní organizace s žádostí o radu, jak za současné situace postupovat k rozporování v podstatě likvidačních podmínek úhradové vyhlášky pro privátní ambulantní specialisty na rok 2007. Ke svému zděšení jsem zjistila, že návrh zástupců SAS skutečně prošel. Velmi by mě zajímalo, koho SAS skutečně zastupuje – já

jako privátní lékařka pro obor interna a diabetologie to rozhodně nejsem, stejně tak mi není známo, že by to byli mí privátní obořovní kolegové a kolegyně v Brně.

Situace je jak pro diabetology, tak pro internisty zcela tristní. Já osobně svoji praxi provozuji 30 let, z toho od 1. 5. 1994 jako privátní ambulantní specialista ve výše uvedených odbornostech. Za tu dobu jsem zaži-

la již tři seznamy výkonů, přičemž důsledky toho prvního, nejhoršího, se ani v následujících letech nepodařilo odstranit vzhledem k tomu, že velmi striktní trvalé výkonové limity nedovolují využít nárůstu bodového hodnocení naší práce.

Současná situace je velmi špatná a v podstatě eliminovala efekt nového seznamu výkonů s vyšším bodovým ohodnocením lékař-

ské práce. Obzvláště pikantní je situace, kdy v případě, že se mladému kolegovi podaří získat smlouvu od ZP na moje odbornosti, bude jeho výdělek při absenci limitace v jeho případě dvojnásobný oproti mému, když provedeme a vykážeme stejný počet výkonů u stejného počtu pacientů.

Nevím, jak jsou na tom ještě další odbornosti. Je mi známo, že některým se již v minulosti podařilo při zavedení v pořadí druhého seznamu výkonů dosáhnout odstranění výkonové limitace (např. kardiologie) na dostatečně dlouhou dobu, tím následně mají výrazně lepší možnosti v úhradách za poskytnutou péči.

Uvažuji o tom, zda by bylo možné oslovit privátní ambulantní specialisty obdobně postižených odborností a vyzvat je k připojení se k petiční akci směřované na ministra Julínka. Nevím, zda je nutno znovu otevřít dohodovací řízení (pokud je to vůbec možné), či přímo oslovit ministra. Jako průchodné bych viděla takové řešení, že by byly dvě eventuality – jednou z nich by byla varianta navržená komorou, druhou pak verze Jojko. Ambulantní specialista by si mohl některou z nich zvolit. Obdobný systém byl již i v dřívějších letech, tak není důvod, proč by nemohl být použit i nyní.

Bylo by zajímavé zjistit, kolik ambulantních specialistů by si svobodně zvolilo verzi Jojko a kolik verzi ČLK. Tím by se také ukázalo, za jaký počet ambulantních specialistů SAS hovoří. Vždyť dnes nikdo z nás neví, kolik lékařů SAS skutečně zastupuje. Jsem si však jista, že to nebude nadpoloviční většina, která by opravňovala SAS k jednání a rozhodování za všechny ambulantní specialisty.

Byla bych ochotná výše uvedenou akci provést, ale bohužel nemám k dispozici soubor takto postižených specialistů a bylo by třeba z právního hlediska správným způsobem formulovat znění petice. Z hlediska petičního zákona by se ministr Julínek musel touto záležitostí zabývat a učinit příslušný závěr. Byla by případně možná iniciace této akce prostřednictvím ČLK nebo ČLK–o.s.?

Mimo tuto problematiku mám ještě jednu poznámku k dodatku o úhradách, které se týkají pouze VZP. Zde VZP opakovaně požaduje omezení fakturace, na které ale nemá zákonné právo a které je navíc v rozporu se zákonem o účetnictví. Již několik let tento odstavec z dodatku opakovaně vyškrtávám, takže omezení fakturace nemůže VZP použít. Výhodnější by ovšem bylo, kdyby VZP tento nesmysl z textu dodatku odstranila. Žádnou jinou ZP něco takového zatím nenašlo. Bylo by možné se v této věci obrátit na ředitele VZP?

*MUDr. Olga Šlapáková
interní a diabetologická ambulance Brno*

26. září 2006 požádal časopis Tempus Medicorum ministra Julínka o rozhovor. Do uzávěrky tohoto čísla jsme neodstali odpověď. Věříme, že se pan ministr vyjádří k aktuálním tématům v některém z dalších čísel Tempus Medicorum.

Přišli jsme o rovnoprávnost a miliony. PROČ MLČÍME?

Rok 2006 je pro značnou část lékařů spojen s úspornými opatřeními. Byla daní za několik předchozích let, kdy VZP končila každoročně s několikamiliardovým dluhem, který koncem roku 2005 hrozil narůst až do výše 15 miliard. V polovině roku 2006 měl být už 20 miliard, což by nezpůsobilo nic menšího než několikaměsíční zpoždění v platbách.

Všechna zdravotnická zařízení by si v takovém případě musela vzít překlenovací úvěry, aby vůbec přežila. Překlenovací úvěry nejsou sice „extrémně“ drahé, ale přesto by každého z nás připravily o několik procent z plateb od VZP. Za nárůst dluhu VZP přitom mohly především neúměrně rostoucí náklady na léky a také některé „šikovné“ nemocnice, které každoročně dokázaly z pojišťovny vytáhnout i více než 10 % navíc.

TÉMĚŘ SVĚTOVÁ RARITA

Rok 2006 tedy logicky dopadl především na výrobce a prodejce léků, pro které to byl ekonomicky nehubenější rok za posledních 17 let. Všechny nemocnice bez rozdílu dostaly 105 % loňských plateb a tedy řada těch „šikovných“ se po letech musela spokojit s tím, co zažívá většina ostatních zdravotnických zařízení. Soukromí lékaři–praktici i ambulantní specialisté dostali o 5 % více, tedy nejvyšší meziroční nárůst úhrad za řadu let, přesto jejich „mluvčí“ byli slyšet ze všech nejhlasitěji. Mělo to i své racionální jádro. Strach z regulací za překročení léků a indukovaných vyšetření byl oprávněný. Nikdo nečeká, že lékaři budou brát ohledy na politickou reprezentaci, která ostatně v obecné rovině nese významnou část zodpovědnosti za neúměrný růst nákladů na léky. Rok 2006 jsme přechkali, ze strachu z regulací jsme snížili náklady na léky několik procent pod 100 %, což je téměř celosvětová rarita. Díky sedmimiliardové injekci do VZP a díky úsporám se dluh VZP významně zmenšil, dokonce více, než bylo plánováno.

POŠKOZENÍ AMBULANTNÍ SPECIALISTÉ

Rok 2007 by tedy mohl být téměř bezproblémovým a zdravotnická zařízení by konečně mohla začít více profitovat ze skokového navýšení ceny lékařské práce na necelých 500 Kč za hodinu. K mému velkému překvapení tomu tak nebude. Je to dílem zásluha úhradové vyhlášky a údajných dohod některých organizací s pojišťovnami. Nepochopím, proč dr. Jojko a s ním i vedení SAS (Sdružení ambulantních specialistů) kývle pojišťovně na pouhý tříprocentní růst u ambulantních specialistů v situaci, kdy pojišťovny vyberou o 6 % více a současně jsou na tom ekonomicky nebyvale dobře. Navíc v této souvislosti zcela bez logiky dostávají praktičtí lékaři o 5 % více. Přeji jim 5 % navíc, jsou na ně v pojišťovných prostředky, také bych jim je na rok 2007 dal, ale stejných 5 % navíc bych dal i ambulantním specialistům a nemocnicím, které dostávají opět zcela nelogicky jen o 4 % více. Jedno pro-

cento u nemocnic činí zhruba 1 miliardu ročně. To nejsou zanedbatelné peníze, třeba pokud by šly na platy lékařů, tak by mohly skokem narůst o cca 20 %.

Jsem také soukromý ambulantní specialista a cítím se panem doktorem Jojkem, vedením SAS a ministrem Julínkem neoprávněně ekonomicky poškozen minimálně o několik desítek tisíc ročně. Navíc nechápu, proč dr. Jojko souhlasil se změnou kalkulačního vzorce, který způsobí to, že specialisté nedostanou zaplacený nárůst vykázaných bodů. Jojkova a Julínkova změna vzorce připravila obratem každého specialistu o několik desítek tisíc měsíčně, tedy o stovky tisíc ročně. Přesto nikdo na náměstích nedemonstruje a v tisku neprotestuje. Bylo by to na místě a možná i oprávněnější než loni v létě. Navíc ministr Julínek zcela nesmyslně a opět s ma-sochistickým souhlasem Jojka, Šmatláka, Jelínka, Neugebauera... zrušil od 1. ledna smlouvy s pojišťovnami na dobu neurčitou. Takto uzavřené smlouvy byly prakticky nevyvoditelné, s výjimkou případů, kdy by lékař ordinoval na mol opilý či opakovaně podváděl pojišťovnu vykazováním neexistujících pacientů.

PROČ NEJSOU PLNÁ NÁMĚSTÍ?

Uzavření takové smlouvy s právnickou osobou umožňovalo zcela legální prodej zařízení i s platnou smlouvou na neurčito a významně navýšovalo cenu lékařských ordinací možná i o násobky. Každá taková lékařská praxe si mohla vzít úvěr třeba až na 20 let. Julínek a jeho pomocníci z řad nás, lékařů, tak prakticky každého soukromého lékaře připravili minimálně o jeden či i více milionů korun, podle toho, kolik kapacitních čísel praxe má.

Chápu, že někteří lékaři šli na náměstí protestovat proti hrozbě, že za překročení limitů na léky by mohli dostat až desítek-tisícové pokuty. Nechápu ale, proč dnes nejsou na náměstí všichni, protože právě přišli o miliony, navíc přišli o to nejcen-nější, na co až do 31. 12. 2006 měli právo. Tím je rovnoprávné postavení ve zdravot-ních pojišťovnách, které bylo smlouvou na dobu neurčitou víceméně zajištěno. Se smlouvami na půl roku, rok či dva nejsou pro pojišťovny relevantním partnerem. Trochu šťastnější budou ti, co smlouvy dostanou na 8 let. Můžeme se začít vsázet, kolik takových praxí bude.

V této souvislosti mě napadá věta: „Kdo si svá práva nedokáže uhájit, ten si je nezaslouží.“ Přišli jsme o něco významného, co hned tak nemáme šanci získat nazpět.

*MUDr. David Rath
(mezititulky redakce TM)*



Opravdu musel zemřít?

Případ náhlé bolesti na hrudníku se smrtelným koncem

Otázka v titulku je vypůjčená z lokálního tisku, který případ zveřejnil. Stížnost formou dotazu k rukám předsedy OS ČLK podal tamější redaktor.

Novinář napsal: „Opravdu musel zemřít? To byla otázka, kterou si po náhlém skonu 55letého pana Antonína kladli místní občané. Zemřel několik minut po návratu z okresní nemocnice. Pana Antonína, bydlícího ve druhém poschodí domu, postihly stupňující se bolesti v hrudníku. Jelikož bydlel v bytě sám, požádal sousedku, aby zavolala první lékařskou pomoc. Posádka sanitního vozu záchranné služby mu poskytla první pomoc a odvezla jej po 16. hodině k hospitalizaci do okresní nemocnice. K velkému překvapení všech sousedů ho jiná sanitka přivezla dovezla asi za 3 hodiny zpět domů. Jeho stav se však rychle zhoršoval tak, že se posledními silami doplazil k sousednímu bytu a musela být znovu přivolána lékařská záchranná služba. Lékařka přijela během několika minut, snažila se souseda zachránit, ale bohužel bylo již pozdě. Pan Antonín zemřel. Všechny informované udivuje, proč pacienta s tak závažnou srdeční příhodou poslal lékař interního oddělení okresní nemocnice bez pomoci domů. Jak to, že nebyl hospitalizován nebo převezen na specializované pracoviště jiné nemocnice? Je v okresní nemocnici opravdu všechno v pořádku?“

Revizní komise OS ČLK přijala stížnost k šetření.

Rychlá lékařská pomoc o prvním výjezdu zaznamenala: „Čas výzvy 15.50, výjezd 15.52. Odjezd z místa přivolání v 16.35. Pacient se údajně s ničím neléčí, bez medicace, stav po amputaci distálního článku II. prstu pravé ruky staršího data, jinak operace a úrazy 0, alergie neudává. NO: asi ve 12.30 při řízení nákladního vozu zesílení tlakové bolesti, která trvala asi od 9 hodin, za sternem. Přešla z píchání na vystřelující mezi lopatky, do žaludku, jednou zvracel žaludeční šťávy. Ve 14.30 přišel z práce, ale bolest zesílila i v klidu, nemohl ležet. Bez dechových potíží. Objektivně dýchání alveolární, symetrické. P 110/min bez extrasystol. Zá-

věr: akutní ischemie myokardu, arteriální hypertenze v úvodu, po zklidnění hraniční hodnoty, břicho bez zn. NPB. TK 205/120 – 154/92, koronární bolest +, glasgow coma scale: otevření očí 4, slovní

odpověď 5, motorika 6, kůže normální barva, zvracení +, zajištění žíly +, monitorování EKG 12 svody +, kyslík +, oxymetricky 98%, transport vleže.

Pracovní diagnóza: algický syndrom hrudní nejasné etiologie – sinusová tachykardie, arteriální hypertenze, kuřák 20 cigaret denně. Léky: Nitromint spray 3x, Sufenta 2 ml i.v. Čas předání v nemocnici 17.05.“

Vyjádření lékaře centrálního příjmu okresní nemocnice: „Pan Antonín byl mnou vyšetřen na centrálním příjmu okresní nemocnice v ústavní pohotovosti pro bolesti na hrudi. Bylo provedeno fyzikální vyšetření, při kterém nalezena pouze bolest nad dolní částí sternu. Dvakrát EKG s odstupem 60 minut, laboratorní odběry, rentgenový snímek hrudníku. Vyšetření byla s následujícími výsledky:

TK 205/120, 154/92 měřeno na RLP, zde 145/90. EKG: sinus, fr. 95/min, PQ 0,16, QRS 0,06 isoel. bez T aVR, osa +60 p.z., V3, bez ES, zn.zatížení LKS. EKG po 60 min. sinus fr. 75/min, PQ 0,16, QRS 0,06, ST izoel. bez ES, bez ložiskových změn. Laboratorně: Bilir. 21,0, AST 0,21, ALT 0,29, AMS 0,65, MYO 22, Troponin 0,10 Na 138, K 4,5, Cl 101, Le 11,1, ery 4,37, Hb 144, HTK 0,437, TRC 279, D.dimer 0,69/norma 0,5/. Rtg plic: zmožená kresba, srdce se šíří doleva, hraniční velikosti.

Závěr: bolest dolního sternu – objektivně parietální bolesti (mečovitý výběžek), trauma? kontuze např. volant?, vzhledem k anamnéze kouření, zvracení, lehké leukocytoze nelze vyloučit i esofageální reflux. Hypertenzní reakce se známkami zatížení levé komory na EKG.

Dop. Renpress tbl 1/2-0-0, lokálně Veral gel, gastrokopie, ECHO cestou praktického lékaře, kontroly TK tamtéž pravidelně, režimová opatření, nekouřit, nesolit, vytrvalostní aktivity. Interní vyšetření dle stavu, odvoz domů sanitkou.“

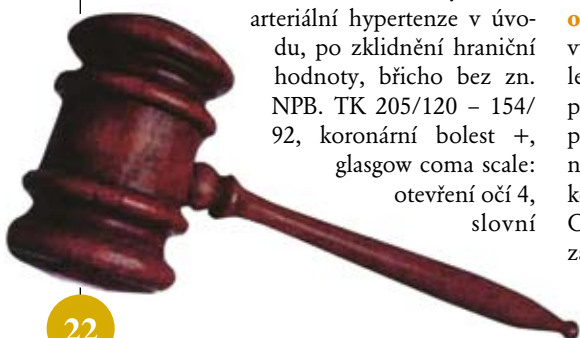
Zpráva z druhého výjezdu RLP, včetně ohledání mrtvého: „Ve 20.13 příjem tísňové výzvy sousedky pana Antonína. Při příjezdu ležel na zádech v chodbě bytu, oblečený pouze v trenýrkách. Při vědomí, jevil mírný psychomotorický neklid, schopen adekvátní, kusé odpovědi. Udával, že necítí dolní končetiny, má bolesti v zádech a v břiše. Objektivně kůže bledá, chladná, akrocyanotická. Zornice isokorické velikosti 5 mm, reaktivní. Orientační neurologické vyšetření

– symetrická, anestezie DKK a paraplegie. Dýchání alveolární symetrické, bez vedlejších fenoménů, zrychlené. Periferně oxemie vzhledem k centralizaci oběhu neměřitelná. TK neměřitelný. Puls na periférii končetin nehmátný, na EKG sinus rytmus 110 min. Břicho v nivau, měkké, prohmatné. Difuzně palpačně bolestivé s maximem v epigastriu, pulsaci nehmátám vzhledem k neklidu a bolestem pacienta. Zajištěn i.v. vstup flexilou, žíly nápadně kolabovány. Aplikován bolus dopaminu. Během cca 10 minut od příjezdu pacient upadl do bezvědomí, byla zahájena UPV, provedena orotracheální intubace, řízená ventilace s FiO2 1,0. Zahájena rozšířená KPCR. Aplikován adrenalin 2 mg i.v., poté dopamin, nepřímá srdeční masáž. Přes resuscitační péči progredovala maligní bradykardie deformovaných komorových komplexů do irreverzibilní asystolie. Kardiopulmonální resuscitace neúspěšná. Ve 21.15 konstatován exitus letalis. Provedena prohlídka zemřelého. Jako pravděpodobná příčina úmrtí stanovena ruptura aneuryzmatu aorty, seu disekce aorty. Hypertenzní nemoc ateroskleróza, chronická bronchitida, kuřák. Doporučena zdravotní pitva.“

Pitevni nález: „Bezprostřední příčina smrti zakrvácení hrudníku a dutiny břišní z prasklého aneuryzmatu aorty, ruptura aneuryzmatu aorty. Základní onemocnění: generalizovaná ateroskleróza.“

Revizní komise OS ČLK si vyžádala odborný posudek Vědecké rady ČLK. V něm byla zhodnocena všechna dostupná fakta o nemocném a průběhu jeho choroby.

Ve stanovisku oborové komise pro interní lékařství se uvádí: „Nemocný byl na interní ambulanci vyšetřen řádně, vyšetření bylo dobře dokumentováno. Vylučovalo s vysokou mírou spolehlivosti akutní ischemii myokardu, což byla diagnóza, pro kterou pacienta na ambulanci doporučila lékařka Rychlé lékařské pomoci. Šlo o déletrávající, atypickou bolest na hrudi, zavádějící byla povrchní citlivost dolního sternu při palpaci. Ze sekčního nálezu je jisté, že šlo o rupturu aneuryzmatu hrudní a břišní aorty. Z průběhu můžeme usuzovat na disekci typu B dle Stanfordské klasifikace. Na aortální katastrofy zemře v České republice asi 600 lidí ročně. Přesto, že mortalita na ischemickou chorobu srdeční klesá, úmrtnost na náhlé aortální příhody se celosvětově příliš nemění. To dokládá obtížnou



diagnostiku disekce aorty. Klinické příznaky hrozící ruptury jsou nespecifické, často zavádějící. K dispozici nejsou screeningové testy jako u ischemie myokardu. Z celosvětových statistik plyne, že diagnóza akutní aortální disekce není stanovena v 38% případů a ve 30% je čistě sekčním nálezem. Mortalita je vysoká, i když se diagnóza na oddělení akutního příjmu správně určí. Hlavním klinickým symptomem je bolest. Její charakter bývá variabilní, stejně tak jako její lokalizace. Nebolestivý interval, před novou smrtící atakou bolestí s definitivní rupturou může trvat hodiny a dokonce i dny. Nemocní nohou mít hypertenzní reakci, nebo naopak závažnou hypotenzi. EKG bývá u více jak třetiny nemocných zcela normální. Diagnóze pomůže podezření na patologické rozšíření mediastina, což bohužel nebyl případ tohoto pacienta. Specifické jsou jen čtyři zobrazovací metody výpočetní tomografie (CT), transeofageální echokardiografie, magnetická rezonance a aortografie, dostupné na specializovaných pracovištích. Důležité je na možnost akutní aortální katastrofy pomyslet. Atypická bolest na hrudi a v epigastriu by měla vést i k podezření na tuto diagnózu a k indikaci výše zmíněných speciálních vyšetření.

Avšak směřovat diferenciálně diagnostickou úvahu správným směrem při absenci jakýchkoliv specifických testů na akutní příjmové ambulanci je velmi obtížné. Vyšetření všech nemocných s netypickou bolestí na hrudi specifickými testy k vyloučení disekce aorty není prakticky možné, protože by byly vyšetřovací metody neúčelně zahlceny. Nelze se divit, že disekce aorty v tomto případě unikla diagnóze. Znovu bychom zdůraznili, že lékař má právo udělat i chybnou diagnózu, pokud nemá k dispozici jasné známky určitého onemocnění a těžko jim tedy mohl věnovat pozornost. Disekce typu B s rupturou aorty představovala navíc v tomto případě jistě smrtící komplikaci.

Postup vyšetřujícího lékaře na centrálním příjmu okresní nemocnice nelze považovat za postup non lege artis a není tedy ani v příčinné souvislosti s poškozením zdraví a úmrtím pacienta.

Revizní komise OS ČLK na základě zadaného posudku a závěru oborové komise Vědecké rady ČLK rozhodla o nezahájení disciplinárního řízení proti vyšetřujícímu lékaři centrálního příjmu z okresní nemocnice, protože bylo konstatováno, že se nedopustil postupu non lege artis.

Proti rozhodnutí RK OS ČLK podal stěžovatel námitku k Čestné radě ČLK. V ní se odvolával na získané informace. Jmenovitě, že krvácení se projevuje leukocytózou, že lékař pacientovi nedoporučil cévní ultrazvukové vyšetření, že při úvaze o možnosti aortálního krvácení, na kterou však lékař nepomyslel, mohl navrhnout i CT vyšetření, které v okresní nemocnici mají k dispozici, že v tomto urgentním případě mohl být pacient převezen letecky na vyšší pracoviště a možná mohl být chirurgicky léčen. Také vyslovil nesouhlas s jeho propuštěním domů.

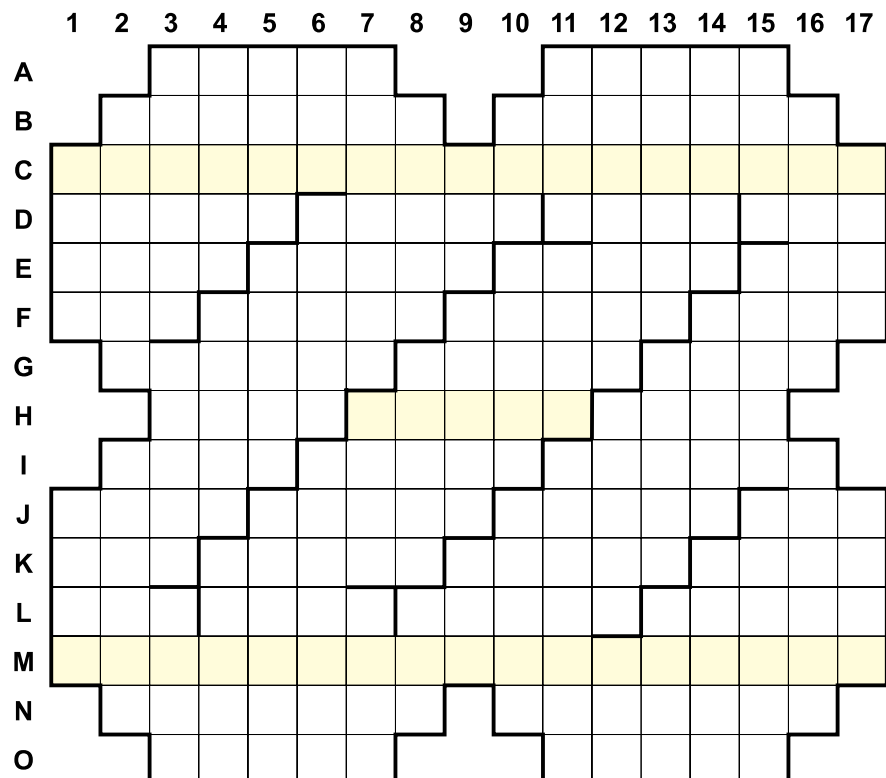
Čestná rada ČLK si pro své rozhodnutí vyžádala ještě odborný posudek oborové komise Vědecké rady ČLK pro kardiologii. Obě oborové komise VR ČLK se shodly, že postup ošetřujícího lékaře byl lege artis. Vyloučením akutního infarktu myokardu při stabilizovaném stavu nemocného při propuštění z nemocnice nebylo možné na další neblahý průběh nemoci pomýšlet. Čestná rada ČLK na základě tohoto posouzení oběma komisemi potvrdila nezahájení disciplinárního řízení proti lékaři.

MUDr. Jiří Jedlička
(zpracováno z pověření ČR ČLK)

Křížovka o ceny

V Tempus Medicorum 12/2006 jste hledali správné znění tajenky: **Medicína je veselé povídání o smutných věcech** (citát Jana Jánošíka). Zajímavé čtení o „věčném městě“ Římě posíláme deseti úspěšným luštitelům, které jsme vylosovali: **MUDr. Jan Betlach**, Havlíčkův Brod; **MUDr. Hana Hrubá**, Praha 10; **MUDr. Jarmila Hrušková**, Praha 5; **MUDr. Zdeňka Kostová**, Bruntál; **MUDr. Květoslav Kotas**, Vsetín; **MUDr. Jiří Málek**, Bechyně; **MUDr. Jiřina Mrkosová**, Znojmo; **MUDr. Marie Říhová**, Praha 3; **MUDr. Helena Starcová**, Prachatice; **MUDr. Jiří Zikmund**, Pardubice.

Na správné řešení tajenky z čísla 1/2007 čekáme na adrese recepce@clk.cz do 5. února 2007. Hodně štěstí!



VODOROVNĚ: **A.** Nepokřtěný člověk; otisk. – **B.** Přisvědčit; slovensky „proměna“. – **C. 2. díl tajenky.** – **D.** Palma; zbytky po hoření; žebrač v mariáši; zkratka Sjedenocené arabské republiky. – **E.** Rostliny dosny; domácí Josef; rudné žíly; určitá v pořadí. – **F.** Mužské jméno; echolot; fošny; domácí Oldřich. – **G.** Forma vlády v muslimských státech; sloužící k zraní; turistické přístřeší. – **H.** Korálový ostrov; **1. díl tajenky;** hudební nástroj. – **I.** Místo; ložiska uhlí; rámus. – **J.** Jílovitá usazená hornina; spěch; deska na zlomeninu; rusky „jak“. – **K.** Potom; pračka; ovoce; vlněná tkanina. – **L.** Čadské město; vida; oblaka; předmět sloužící k sevení. – **M. 3. díl tajenky.** – **N.** Strnutí šije; mentor. – **O.** Domácky Matěj; pípat.

SVISLE: **1.** Egyptská bavlna; starší český herec. – **2.** Rušiti švy; hradit penězi. – **3.** Kus palivového dřeva; nejmenší prst; latinsky „totéž“. – **4.** Edémy; čert; řecké písmeno. – **5.** Dvorana; podpora; padat. – **6.** Které (slovensky); pozdrav na psací potřeby; pokácený. – **7.** Nadolovat; citoslovec zvuku vznikajícího úderem tvrdých předmětů; esšálek. – **8.** Lichokopytník s pohyblivým rypákem; zespod; pochoutka. – **9.** Jihoevropan; náplň jitmic; kvůli. – **10.** Polovina; končiny; zpěvný pták. – **11.** Chata z klád; jednání; vyplachovat ústa. – **12.** Vrcholové; podlé skutky; Evropané (slovensky). – **13.** Vrstva malty pokrývající zdivo; srázy; švagr (zastarale). – **14.** Klenoty; patříci Otovi; ženské jméno. – **15.** Mohamedův druh; osolená; hra s koulemi a paličkami. – **16.** Dezinfekční prostředek; umělecký partner Hardyho. – **17.** Asijský stát; šalba.

Pomůcka: Ati, idem, imamát, kanky.



Vzdělávací kurzy České lékařské komory Přehled na I. pololetí 2007

Přihlášky zasílejte na adresu:

Oddělení vzdělávání ČLK

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

Podrobné informace, týkající se organizace a průběhu kurzu, obdrží přihlášení účastníci 10 dnů před zahájením kurzu.

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

Poplatky za účast na doškolovacích kurzech České lékařské komory

Cena doškolovacích kurzů ČLK určených pro lékaře příslušných specializací:

- při přihlášení a platbě **předem 650 Kč**
 - při přihlášení a platbě **na místě 720 Kč**
- Cena doškolovacích kurzů ČLK **pro nečleny České lékařské komory: 1190 Kč**
- Součástí poplatku za kurz je studené občerstvení, káva a minerální voda. Začátek víkendových kurzů je v 8,30 hod.
- Každý doškolovací kurz České lékařské komory je ohodnocen certifikátem v souladu se systémem kontinuálního vzdělávání lékařů. V případě jakýchkoli dotazů nás kontaktujte na číslech 257 217 226 (linka 22, 24) nebo 603 252 483.**
- Veškeré informace o doškolovacích akcích ČLK dále naleznete na internetových stránkách www.lkcr.cz**

03/07 Kurz – Odborný seminář o PNP v ČR (EU) pro lékaře

Datum konání: 27. 1. 2007

Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5

Koordinátor kurzu: MUDr. Zdeněk Schwarz, ředitel Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy

MUDr. Zdeněk Schwarz

- Systém zajištění PNP v ČR a v EU – RVS, RLP, RZP a LZSS (vč. 112 a 155)

MUDr. Milana Pokorná, MUDr. Ondřej Franěk

- Nejnovější postupy a doporučení v KPR + výsledky KPR na ZZS HMP

- Etiologie náhlé zástavy oběhu v PNP – nejčastější příčiny, neobvyklé příčiny, postupy, směřování pacientů a význam kapnometrie v průběhu KPR

MUDr. Jaroslav Valášek

- Polytrauma z pohledu ZZS

MUDr. Jan Oplít

- Akutní koronární syndrom z pohledu ZZS

MUDr. Josef Vosátka

- Neurologická problematika v PNP (nová doporučení v péči o CMP, křečové stavy)

MUDr. Ondřej Franěk

- Vyhodnocení klasifikace událostí operačním střediskem – senzitivita, specifita a další statistické parametry

Ing. Hokovská

- Krizová připravenost a zajištění návaznosti NNP na PNP

04/07 Kurz – Úrazová chirurgie pro PL

Datum konání: 10. 2. 2007

Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5

Koordinátor kurzu: doc. MUDr. Leopold Pleva, CSc., předseda České společnosti pro úrazovou chirurgii

Doc. MUDr. Leopold Pleva, CSc.

- Organizace úrazové péče v ČR – Traumacentra

- Nové trendy v operační léčbě polytraumat

MUDr. Tomáš Dědek, Ph.D.

- Polytrauma v přednemocniční péči

MUDr. Ladislav Lukáč, Ph.D.

- Ošetřování poranění orgánů dutiny hrudní

Doc. MUDr. František Vyhnanek, CSc.

- Ošetřování poranění orgánů dutiny břišní

MUDr. Petr Nestrojil, CSc.

- Léčení zlomenin – konzervativní léčba

MUDr. Richard Lukáš

- Operační léčení zlomenin

Prof. MUDr. Peter Wendsche, CSc.

- Poranění páteře – operační a konzervativní léčba

MUDr. Vratislav Procházka, CSc.

- Léčení komplikací v úrazové chirurgii

07/07 Kurz – Infekční nemoci

Datum konání: 10. 2. 2007

Místo konání: Praha, ÚPMD, Podolské nábř. 157, Praha 4 – Podolí

Koordinátor kurzu: doc. MUDr. Alena Lobovská, CSc., doc. MUDr. Michal Holub, Ph.D., III. klinika infekčních a tropických nemocí, 1. LF UK Praha, FN Bulovka

Doc. MUDr. Alena Lobovská, CSc.

- Výskyt infekčních nemocí – evoluce infektkologie

Doc. MUDr. Michal Holub, Ph.D.

- Antibiotika v primární péči

Prof. MUDr. Pavel Chalupa, CSc.

- Novinky v diagnostice a terapii virových hepatitid

MUDr. Hanuš Rozsypal, Ph.D.

- Diferenciální diagnostika neuroinfekcí

RNDr. Eva Nohýnková, Ph.D.

- Diagnostika laboratorní parazitárních infekcí

MUDr. Hanuš Rozsypal, Ph.D.

- Invazivní mykózy a nové možnosti antimykotické terapie

MUDr. Marcela Kořínková

- Novinky v antitiletické a antiribické profylaxi

Doc. MUDr. Michal Holub, Ph.D.

- Léčba recidivujících herpetických infekcí

9/07 Kurz – Aktuality v urgentních stavech v pediatrii – opakování

Datum konání: ZMĚNA TERMÍNU 24. 3. 2007

Místo konání: Praha, Ústav pro péči o matku a dítě, Podolské nábř. 157, Praha 4 – Podolí

Koordinátor kurzu: Doc. MUDr. Zbyněk Straňák, CSc., Ústav pro péči o matku a dítě, Praha 4-Podolí

MUDr. Jan Melichar

- Novinky 2006 v resuscitaci novorozenců

MUDr. Eva Dortová

- Domácí oxygenoterapie

MUDr. Eva Dortová

- Nové postupy dlouhodobého sledování nedonošených dětí

MUDr. Olina Černá

- Intoxikace kyslíčnickem uhelnatým

MUDr. Pavla Pokorná

- Klinická farmakologie v pediatrii

MUDr. Jan Radina

- Akutní stavy u dětí s chronickým plicním onemocněním

Doc. MUDr. Zbyněk Straňák, CSc., Prim. MUDr. Jan Pajerek

- Nejčastější urgentní stavy v pediatrii

06/07 Kurz – Klíčové psychiatrické problémy v ordinaci nepsychiatrie

Datum konání: 24. 2. 2007

Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5

Koordinátor kurzu: prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc., přednosta Dětské psychiatrické kliniky 2. LF UK v Praze

Prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc.

- Maniadepresivita – nové pohledy na klasické onemocnění

Prim. MUDr. Jiří Koutek

- Jak rozpoznat a řešit suicidální riziko?

Doc. PhDr. Jana Kocourková

- Traumatizované děti a jejich terapie

Prim. MUDr. Jiří Koutek

- Mentální anorexie a mentální bulimie

As. MUDr. I. Dudová

- Schizofrenie v éře atypických neuroleptik

As. MUDr. Michal Goetz

- ADHD u dětí a u dospělých

Prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc.

- Dětský autismus jako sociální porucha

As. MUDr. Michal Goetz

- Panická porucha v dospělosti a v dětství – stálý zdroj diagnostických omylů a poučení

10/07 Kurz – Dětská gastroenterologie

Datum konání: 3. 3. 2007

Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5

Koordinátor kurzu: MUDr. Marcela Černá, Ústav pro péči o matku a dítě, Praha 4-Podolí

Doc. MUDr. Sýkora, CSc.

- Infekce *Helicobacter pylori*. Léčit, neléčit?

MUDr. Radana Kotalová, CSc.

- Cholestaza v dětském věku

MUDr. Radana Kotalová, CSc.

- Akutní gastroenteritis

Prof. MUDr. Jiří Nevoral, CSc.

- Probiotika a prebiotika v pediatrické praxi

Prof. MUDr. Jiří Nevoral, CSc.

- Chronické bolesti břicha

MUDr. Pavel Frůhauf, CSc.

- Alternativní výživa

MUDr. Peter Szitanyi

- Dyslipidémie v ambulanci pediatrie

Doc. RNDr. Hana Krásničanová, CSc.

- Hodnocení stavu růstu a stavu výživy

14/07 Kurz – Novinky v neodkladné péči 2007

Datum konání: 10. 3. 2007

Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5

Koordinátor kurzu: Doc. MUDr. Jarmila Drábková, OCHRIP, FN Praha Motol

MUDr. Jana Šeblová

- Nové a nejnovější drogy, kdy na ně myslet, jak je identifikovat co nejdříve, zda přibýly tzv. přírodní drogy nebo designerské, jak výsledky analýz forenzní podpořit, jaké možnosti propuštění/detence... zvolit, komu indikovat CT hlavy, troponin, co se zajištěnými drogami, kdy jsou potravinové doplňky drogami atd.

MUDr. Evžen Beitl

- Jaké mechanismy úrazů lze očekávat od nových sportů, od dopravních nehod; jakým způsobem je přednemocničně ošetřit, čím se vybavit na asistenci při CzechTek, open-air koncertech atd., kdy ordinovat na Emergency TTE, CT, MRI při různých mechanismech včetně susp. kontuze kmene, C páteře atd., jak směřovat které úrazy a jakými prostředky – replantace, polytraumata; kdy lze očekávat repatriční lety po mozkolebečních poraněních, jak informovat rodiny včetně finančních nároků, kde lze hledat informace na internetu.

MUDr. Vladimír Bicek, MUDr. Vladimír Mixa

- Jak hledíme na nové pomůcky a přístroje – kombi-rourku, COPA, LM-Supreme, pistolové odsávačky vs. bateriové; chladič balíčky, ohřívací matrace, vestová masáž, dlahy pro děti nebo ortézy v PNP, indikace kardiopumpy i dnes?; jaké problémy přinese DUPV při komplikacích doma – PNO? dislokace?, tracheální stenty, progresse CHOPN versus kardiální nedostatečnost; šotové kauzistiky.

MUDr. Aleš Tomek

- Co je nového v akutní neurologii? Jsou nové léky; kam pokročila trombolýza, stenty extracerebrální, kdy myslet na jejich indikace a kam pacienti směřovat? Narůstají indikace kraniektomií – jsou indikace již podle mechanismu poranění?; časné autologní kmenové buňky – kde jsou indikace, jak se směřují? Změnily se přednemocniční terapie iCMP – odkazy na metodická doporučení na internetu. Stoupá počet encefalitid vč. maligních meningoencefalitid – jak zaměřím dg. přednemocničně a na emergency, abychom využili terapeutické okno? Platí stále SoluMedrol na úrazy míchy, zejm.

v C a Th oblasti?

MUDr. Jan Bělohlávek

- Akutní koronární syndromy – změnilo se něco v posledním roce? Jsou výsledky pozitivní v ČR? Jsou už problémy se stenty? Mají lidé ID pro kardiostimulátor, ICD, stent včetně pro zahraničí atd.? Dušný pacient a biochemická diagnostika na emergency – troponin, BNP, Ventolin-test? Lze dát praktické rady k raritním syndromům – LQTS, short QT sy, sy „zlomeného srdce“, susp. kardiomyopatie atletů na hřístích vs. arytmogenní zástavy; systolické a diastolické dysfunkce levého a pravého srdce – lze dát jednoduché schéma diagnostiky přednemocničně a pro emergency?

MUDr. Otakar Buda

- Kde vážnou problémy v neodkladné péči? V diagnostice, v nevhodných metodických směrnicích a pokynech? Ve znalostech nebo zkušenostech? V nedostatečné komunikaci? Jak řídit Emergency, aby bez časové mezery doplnila, co nelze v PNP. Lze kategorizovat lékaře v emergency podle oborů nebo jsou srovnatelní? V čem? Šotové kauzistiky.

MUDr. JUDr. Lubomír Vondráček, Mgr. Vondráček, Mgr. Jana Woleská

- Jaké kvalitativně nové problémy forenzního rázu přinesl rok 2006? Nebo jen zvýšení kvantity? Zlepšila se dokumentace pod tlakem forenzních hrzeb? Lze dát doporučení pregnantně podle bodů: Jaké zlaté desatero (event. více) mám mít v sebe-reflexi, že jsem splnil vše proforenzní potřeby – až alibistický? Informuji rodinu správně nebo pravdivě? Kdy říci pravdu, kdy a co říci osobám blízkým. Mohu být ozbrojen – spreji, taserem, zastrašující maketou – jako občan lékař? Šoty s kauzistikami.

Doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc.

- Která jsou nepodrobnitelná minima ve vybavení léky, pomůckami, podle jednotlivých metodických pokynů odborných společností (z jejich přehledů a znění, citace). Jaké jsou novinky v první pomoci poskytované lékaři bez vybavení, co očekávají, co event. učít; máme u nás medicínu divočiny a jak? Jsou novinky v traumaplánech a evakuačních plánech a jak z nich vzít to přínaležející. Bezpečnost zdravotníků a jaká jsou současná největší rizika poškození jejich zdraví. Je něco nového v medicíně těhotných, popř. kojících matek?

13/07 Infekční kurz - opakování

Datum konání: 17. 3. 2006

Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5

Koordinátor kurzu: MUDr. Jana Bíbová, Ph.D., Poliklinika Lovosická 440/40, Praha 9

Prim. MUDr. Hana Roháčková, Ph.D.

- Exantémy infekčního původu
- MUDr. Zuzana Blechová
- Lymfadenitidy infekčního původu
- MUDr. Dita Smíšková
- Horečky nejasného původu
- Doc. MUDr. Vilma Marešková, CSc.
- Chřipka – možnosti léčby, profylaxe a prevence
- Možnosti ATB léčby v těhotenství a laktaci
- RNDr. Pavla Urbášková, CSc.
- Doporučené postupy u močových infekcí v ordinaci PL
- MUDr. Dušan Pícha, CSc.
- Neuroinfekce komplikace a problémy laboratorní diagnostiky

11/07 Kurz – Závislost na tabáku

Datum konání: 31. 3. 2007

Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5

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

- MUDr. Eva Králíková, CSc. (1.LF UK a VFN, Praha)
- Epidemiologie a prevence, složení tabákového kouře
- Prof. MUDr. František Perlík, DrSc. (1.LF UK a VFN, Praha)
- Lékové interakce kouření
- Prof. MUDr. Luboslav Stárka, DrSc. (Endokrinologický ústav, Praha)

- Kouření a endokrinní systém
- MUDr. Aleš Herman, Ph.D. (FN Hradec Králové)
- Kouření a KVO
- MUDr. Eva Králíková, CSc. (1.LF UK a VFN, Praha)
- Princip závislosti na tabáku
- Léčba závislosti na tabáku: psychobehaviorální intervence a farmakoterap., současné možnosti v ČR
- MUDr. Lenka Štěpánková (1.LF UK a VFN, Praha)
- Psychoterapie závislosti na tabáku, psychiatrická komorbidita kuřáků
- MUDr. Eva Králíková, CSc., MUDr. Lenka Štěpánková (1.LF UK a VFN, Praha)
- Návlek skupinové terapie – nejčastější dotazy pacientů

05/07 Kurz – Bezpečná farmakoterapie

Datum konání: 14. 4. 2007

Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5

Koordinátor kurzu: MUDr. Ivana Koblíhová, Státní ústav pro kontrolu léčiv, vedoucí Sekce klinického hodnocení a farmakovigilance

MUDr. Eva Jirsová, Státní ústav pro kontrolu léčiv, farmakovigilanční hodnotitel

- Farmakoterapie v těhotenství a při kojení
- Prof. MUDr. Jiří Beran, Infekční klinika FN Hradec Králové, vedoucí Centra pro očkování a cestovní medicínu, vedoucí subkatedry tropické a cestovní medicíny IPVZ
- Současné trendy v očkování
- MUDr. Jana Mladá, Státní ústav pro kontrolu léčiv, vedoucí oddělení farmakovigilance
- Nežádoucí účinky po očkování
- MUDr. Jana Mladá, Státní ústav pro kontrolu léčiv, vedoucí oddělení farmakovigilance
- Proč hlásit nežádoucí účinky léčiv?
- MUDr. Jana Mladá, Státní ústav pro kontrolu léčiv, vedoucí oddělení farmakovigilance
- Farmakovigilance a bezpečné používání léčiv
- MUDr., Ing. Radek Běla, Státní ústav pro kontrolu léčiv, farmakovigilanční hodnotitel
- Jak snadno a rychle hlásit nežádoucí účinky léčiv?
- MUDr. Ivana Koblíhová, Státní ústav pro kontrolu léčiv, vedoucí Sekce klinického hodnocení a farmakovigilance
- Jak legálně používat neregistrované léčivé přípravky?
- MUDr. Alice Němcová, Státní ústav pro kontrolu léčiv, vedoucí oddělení klinického hodnocení
- Jak legálně provádět klinické hodnocení léčiv – úloha zkoušejícího lékaře

12/07 Kurz – Novinky ve vnitřním lékařství 2007

Datum konání: 21. 4. 2007

Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5

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

- prim. MUDr. Olga Švestková, Ph.D.
- Léčba a rehabilitace cévních mozkových příhod
- MUDr. Rudolf Feuereisl, CSc.
- Viabilní myokard
- prof. MUDr. Josef Kautzner, DrSc.
- Vybrané kapitoly z arytmiologie
- MUDr. Jan Bruthans, CSc.
- Léčba srdečního selhání
- doc. MUDr. Milan Lukáš, CSc.
- Jaterní cirhoza
- prof. MUDr. Michal Anděl, CSc.
- Novinky v patogenesi, klasifikaci, diagnostice a léčbě diabetu mellitus
- as. JUDr. Daniela Bruthansová
- Vztah pacient – lékař, právní odpovědnost
- prim. MUDr. Iva Holmerová
- Novinky v geriatrické péči

08/07 Kurz – Novinky v pneumofizeologii

Datum konání: 12. 5. 2007

Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5

Koordinátor kurzu: Prof. MUDr. Miloslav Marel, CSc. 1. Klinika TRN, VFN, Kateřinská 19, Praha 2

- Prof. MUDr. Jiří Homolka, DrSc.
- Nové možnosti léčby intersticiálních plicních procesů
- Prim. MUDr. Stanislav Kos, CSc.
- Tuberkulóza – trvalý problém
- Doc. MUDr. Jana Skříčková, CSc.
- Pneumonie
- Doc. MUDr. Jaromír Musil, Ph.D.
- CHOPN
- Prof. MUDr. Miloslav Marel, CSc.
- Pleurální výpotky
- Prim. MUDr. Viktor Kašák
- Astma bronchiální
- prim. MUDr. Miloš Pešek, CSc.
- Plicní nádory
- MUDr. Romana Davidová
- Transplantace plic

16/07 Kurz – Gynekologie

Datum konání: 12. 5. 2007

Místo konání: Praha, Ústav pro péči o matku a dítě, Podolské nábř. 157, Praha 4 – Podolí

Koordinátor kurzu: Doc. MUDr. Alena Měchurová, Ústav pro péči o matku a dítě, Praha 4-Podolí

- Doc. MUDr. Alena Měchurová, CSc.
- Postpartální krvácení – konzervativní přístup
- Doporučené postupy v perinatologii – změny
- MUDr. Ivana Kučerová
- Ultrazvuk v managementu těhotenství po císařském řezu
- Novinky v ultrazvukovém screeningu VVV
- PhDr. Hansmanová
- Sdělování nepříznivé diagnózy
- Psychologická opora pomáhajícím profesím
- MUDr. Jitka Řezáčová
- Těhotenské komplikace po asistované reprodukci
- Doc. MUDr. Alena Měchurová, CSc.
- Kardiokografie - kauzistiky

15/07 Kurz – Novinky v neodkladné péči 2007 – opakování

Datum konání: 19. 5. 2007

Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5

Koordinátor kurzu: Doc. MUDr. Jarmila Drábková, OCHRIP, FN Praha Motol

Podrobnější informace jsou uvedeny u kurzu č. 14/07

18/07 Kurz – Klinická imunologie – opakování

Datum konání: 26. 5. 2007

Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5

Koordinátor kurzu: MUDr. Jana Bíbová, Ph.D., Poliklinika Lovosická 440/40, Praha 9

- Prof. MUDr. Terezie Fučíková, DrSc.
- Klinická imunologie: první kontakt s pacientem
- As. MUDr. Helena Marešková, CSc.
- Laboratorní výsledky v imunologii a jejich interpretace
- As. MUDr. Jaroslav Svoboda
- Proč je interpretace klinických výsledků v imunologii tak složitá
- As. MUDr. Tomáš Poch, CSc.
- Imunologie a chirurgické obory
- As. MUDr. Eva Závadová, CSc.
- Onkologický pacient v rukách imunologa
- As. MUDr. Pavlína Hrdá
- Jsou endokrinní onemocnění také poruchou imunity
- As. MUDr. Zuzana Humlová, Ph.D.
- Alergie
- As. MUDr. Mgr. Jitka Petanová, CSc.
- Životní prostředí a imunita

17/07 Kurz – Novinky v neodkladné péči 2007 – opakování

Datum konání: 9. 6. 2007

Místo konání: Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5

Koordinátor kurzu: Doc. MUDr. Jarmila Drábková, OCHRIP, FN Praha Motol

Podrobnější informace jsou uvedeny u kurzu č. 14/07



INZERCE

Příjem řádkové inzerce: recepce@clkc.cz
Časopis ČLK, Lékařská 2, 150 00 Praha 5
Tel.: +420 257 217 226 • Fax: +420 257 220 618

Volná místa – zájem

Atestovaný psychiatr se specializací v psychoterapii hledá místo v Praze a okolí. Tel.: 721 089 090.

Hledám místo v lázních jako praktická lékařka, anesteziologie. Praxe 18 let anesteziologie jako zástupce přednosty, 16 let jako praktická lékařka a anestezioložka v praxích. Znalosti jazyku: němčina slovně i písemně, částečně angl. Atestace I. st. anesteziologie. Tel./fax: 0047 211 1790461.

Volná místa – nabídka

Přijmu lékaře/lékařku, i důchodce, pro chirurgickou ambulanci v Plzni a Nýřanech (12 km od Plzně). Tel.: 736 679 824.

Hledám lékaře-oftalmologa pro nově zřízenou oční ordinaci v Táboře. Tel.: 602 336 770.

OČNÍ LÉKAŘ. Hledá se pro oční ordinaci s optikou, tel.: 602 357 210.

Hledám praktického lékaře pro dospělé pro občasný zástup, Ostrava. Tel.: 737 138 740 (po 12. hodině).

Přijmu dermatologa na plný nebo částečný úvazek. Nástup dle dohody. Praha. Tel.: 608 886 941.

Nemocnice Kyjov přijme lékaře na oddělení TRN, interna, ORL, ARO, RHB – atestace není podmínkou, vedoucího lékaře porodního sálu a odd. šestinedělí - podmínkou atestace v oboru a licence ČLK, psychiatra pro ambulantní činnost. Kont. osoba: Michaela Patočková, e-mail: michaela.patockova@nemkyj.cz, tel.: 518 601 211, 606 777 136.

Hledáme očního lékaře s atestací I. stupně. do nestátního zdravotního zařízení. Nabízíme: zajímavé platové ohodnocení, práci v nově zařízené ordinaci, příspěvek na stravné, týden dovolené navíc, možnost ubytování. Nástup možný ihned, místo výkonu práce Brno-střed. Kontakt: Milena Čížková, Optická laborator, Nám. Svobody 18, 602 00 Brno. Tel: 604106739, email: opticka-laborator@quick.cz.

Arbeiten Sie als Arzt für den Allgemeinen Deutschen Automobil Club ADAC! Seit seiner Gründung im Jahr 1973 steht der ADAC Ambulance Service für Verlässlichkeit, Kompetenz und Leistung im Bereich der Medizinischen Assistance. Der ADAC Ambulance Service ist eines der bedeutendsten europäischen Unternehmen für weltweite Patientenrücktransporte sowie ein Kompetenzzentrum für alle gesundheitsspezifischen Aufgaben im Rahmen von Mobilität und Touristik. Das Netzwerk des ADAC unterstützen Vertragsärzte in ganz Europa, der Türkei und Thailand. Als unser Vertragsarzt für Tschechien treten Sie im Falle einer Krankenhausbehandlung eines unserer Mitglieder oder Versicherten mit den behandelnden Ärzten in Kontakt. In Ihrer Muttersprache (oder einer Ihrer Fremdsprachen) erfragen Sie Diagnosen, Verfassung, Versorgung und Prognose des Patienten und leiten diese Information in Form eines detaillierten, deutschsprachigen Medical Reports an uns weiter. Sie äußern sich zur Qualität des aktuellen Krankenhauses und zeigen nötigenfalls lokale Alternativen auf. Nach entsprechender Einarbeitung in unserer Zentrale in München unterbreiten Sie uns Vorschläge zu Zeitpunkt und Art eines nötigen Krankenrücktransportes und unterstützen uns auf Anfrage bei der Organisation. Für diese verantwortungsvolle Aufgabe verfügen Sie über einen Facharzt für Allgemeinmedizin in eigener Praxis, intensivmedizinische Erfahrung ist von Vorteil. Eine frühere Tätigkeit für eine Assistance oder im Krankenhaus sowie weitere Fremdsprachen (Russisch, Rumänisch, Bulgarisch) würden Sie für diese Funktion besonders qualifizieren. Sie arbeiten strukturiert, können sich durchsetzen und behalten auch in kritischen Situationen einen kühlen Kopf. Die deutsche Sprache beherrschen Sie sicher in Wort und Schrift. Von besonderer Wichtigkeit ist für uns, dass Sie uneingeschränkt kooperativ und von 7 bis 23 Uhr, sowie am Wochenende und feiertagen erreichbar sind. Ihre Vergütung erfolgt auf Basis einer Fallpauschale. Für Fragen stehen wir Ihnen auch gerne telefonisch unter 00 49 - 89 - 76 76 53 76 zur Verfügung.

Klinický psycholog. Nestátní poliklinika v Berouně přijme klinického psychologa na zkrácený úvazek. Nabízíme práci v příjemném kolektivu, výhodné platové podmínky a možnost dalšího vzdělávání. Dobré spojení do Prahy. Atestace podmínkou. Informace na tel.: 311 746 424 nebo 311 746 155.

Lázně Poděbrady, a.s., přední poskytovatel kardiorehabilitační léčby, zvláště se zaměřením na pooperační kardiologickou péči, přijmou, vzhledem k dalšímu rozšíření poskytovaných služeb, kardiologa se znalostí echokardie a klinické problematiky. Dobré finanční podmínky, velmi zajímavá práce. Nástup ihned nebo dle dohody. Možnost ubytování. Blíže informace prim. Dr. Karel, tel.: 602 878 122.

Hledám lékaře kardiologa ev. internistu do amb. provozu v Olomouci na plný pracovní úvazek. Slušné platové podmínky. Informace tel. 606 717 555.

Přijmu lékaře do zavedené kožní ordinace v Klatovech. Nástup a prac. doba po vzájemné dohodě, zajímavé plat. podmínky, i na částečný úvazek. Tel.: 737 441 365.

Pro moderně vybavenou soukromou oční ordinaci v Jihlavě hledám oftalmologa na plný (lze i částečný) pracovní úvazek. Tel: 606 736 888, 724 295 644.

Přijmu lékaře/lékařku i důchodce pro chirurgickou ambulanci v Plzni a Nýřanech (12 km od Plzně). Tel.: 736 679 824.

Dětská lázeňská léčebna Dr.L.Filipa v Poděbradech přijme dětského lékaře na hlavní pracovní poměr i externí spolupráci, dále zdravotní sestry nejlépe dětské. E-mail: detska@quick.cz, tel.: 777 295 355.

Zdravotnické zařízení v Praze 4 – Jižním Městě II přijme praktického lékaře pro dospělé na plný úvazek. Blíže informace na tel.č. 296 506 173.

FN v Motole přijme lékaře/ky pediatrii do nepřetržitého provozu pro Urgentní příjem dětí na dětskou pohotovost. Požadujeme: atestaci v oboru pediatrie nebo praktické lékařství pro děti a dorost. Nabízíme: velmi dobré platové podmínky, zajímavou práci ve směnném provozu umožňující další aktivity, cyklické vzdělávání v neodkladné péči, pro mimopražské ubytování. Písemné nabídky s CV zasílejte: Prim.Marie Mikulecká, CSc., Centrální příjmové odd. pro děti, FN Motol, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5 nebo mikuleckamarie@hotmail.com. Informace: 224 433 696, 7.

Přijmeme lékaře endokrinologa a diabetologa na celý i částečný úvazek. Výhodné platové podmínky. Nástup možný ihned. Praha. Kontakt – mobil: 602 318 025, telefon: 261 006 427, 234.

Hledám pediatra s licenci na zástup do ordinace PLDD ve Vyškově na r.2007. Tel.: 603 945 145.

FN v Motole pro 3.chirurgickou kliniku UK 1.LF interního konziliáře. Požadavek: specializovaná způsobilost v oboru interní lékařství (atestace II.st.), praxe u lůžka, plný částečný úvazek. Písemné nabídky s CV zasílejte: sekretariát přednosty 3.chirurgické klin. 1. LF, FN Motol, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5 nebo na e-mail: pavel.pafko@1lfmotol.cuni.cz. Info: 224 438 001.

Nestátní zdravotnické zařízení ETIC společnost s r.o. Broumov přijme praktického lékaře péče o dospělé na uvolněný obvod v Broumově. Atestace v oboru I. stupně vítána. Možnost i pro zájemce s atestací I.stupně v oboru chirurgie, vnitřního lékařství a ARO. Nástup dle dohody, nejpozději však 1.4.2007. Nabídky zasílejte na adresu: ETIC společnost s r.o. Masarykova 30, 550 01 Broumov, případně telefonicky na 491 523 607, 603 213 066, e-mail: etic@iol.cz.

Lékař přijme alergologa – imunologa do ambulantní praxe v Praze na plný i částečný úvazek. Nástup dle dohody nebo od ledna 2007. Vhodné i pro lékaře v důchodovém věku. Tel.: 602 275 113.

Dermatovenerolog. Nestátní poliklinika v Berouně přijme dermatovenerologa. Nabízíme péči v příjemném kolektivu, výhodné platové podmínky a možnost dalšího vzdělávání. Dobré spojení do Prahy. Atestace podmínkou. Informace na tel.čísle 311 746 424 nebo 311 746 155.

Nemocnice Velašské Meziříčí a.s. přijme lékaře na urologické oddělení. Požadavky: I.atestace v oboru

popř. bez atestace nebo absolvent, výpis z rejstříku trestů. Nabízíme: výhodné platové podmínky, zaměstnanec benefity, profesní růst, v případě potřeby možnost ubytování. Kontakt: Sekretariát ředitele Nemocnice Velašské Meziříčí a.s., tel.: 571 758 103, fax: 571 758 555, e-mail: sek@valmez.cz.

Praktického lékaře/ku do ordinace „Centra primární péče“ na Fakultní poliklinice v Praze 2 přijme VFN v Praze. Požadujeme atestaci z všeobecného lékařství. Nástup ihned. Kontakt: tel. 224966588, e-mail: zaman.petr@vfn.cz.

NZZ v Praze 4 přijme lékaře/-řku na kožní oddělení, I. atestace nutná. Výhodné platové i pracovní podmínky, lze i na kratší úvazek, nástup dle dohody. Informace na tel.č. 241 770 620 (i záznam. a fax) nebo 241 765 162 (i záznam.).

Klinické centrum Lighthouse vypisuje konkurz na místo primáře chirurgického oddělení. Požadovaná kvalifikace - atestace II. stupně v oboru chirurgie, zkušenosti s laparoskopickými výkony v horní i dolní části GIT. Uzávěrka přihlášek do 9.2.2007. Kontakt: iscare@iscare.cz; tel: 234 770 245 .

Centrum asistované reprodukce vypisuje konkurz na pozici gynekologa v oboru I.V.F. Požadovaná kvalifikace-atestace I. stupně v oboru gynekologie. Uzávěrka přihlášek do 9.2.2007. Kontakt: iscare@iscare.cz; tel: 234 770 245.

Hledám lékaře alespoň se základní sonografickou praxí / játra,žlučník, ledviny, štítnice/ na alespoň 2 - 4 dny v měsíci event. i více, do soukromé sono ordinace v Praze 5 - N. Butovice. Mohu i zaškolit. Možný absolvent nebo důchodce. Výhodné podmínky. E mail : novales.sono@seznam.cz, tel. 296 113 282, mobil 604 772 713. Ordinační doba dle dohody.

Hledám dermatologa s atestací a licenci ČLK do zavedené kožní ordinace v Blovičích /20km od Plzně/ na plný /možno i částečný/ úvazek, pozdější přenechání praxe pravděpodobně. Nástup. 2/2007 Tel. 607 609 191.

NZZ dlouhodobě úspěšně působící v oblasti preventivní a pracovní medicíny hledá pro své ordinace v lokalitách: Kolín, Nymburk, Poděbrady, Kutná Hora a Pardubice lékaře na HPP i VPP. Požadujeme: klientský přístup, atestace v oboru praktické či interní lékařství výhodou. Nabízíme: VELMI DOBRÉ PLATOVÉ OHODNOCENÍ, ZAJIŠTĚNÍ UBYTOVÁNÍ nebo úhradu cestovného, zaškolení interními odborníky, v případě ochoty cestovat služební automobil, flexibilní prac.dobu, pouze denní služby. Profesionální životopis pošlete na info@syllabus.cz nebo volejte: Klára Moravcová, tel.: 272 084 463.

Nemocnice Jablonec n. N., p.o., přijme neurologa na částečný nebo plný úvazek. Nabízíme: zaměst. poměr nebo dodávku služeb na fakturu, finanční ohodnocení dle dohody, zajištění bydlení, prac. doba dle dohody. Požadujeme: atestaci v oboru neurologie, dostatečnou praxi, občanskou bezúhonnost. Kontakt: nemecek@nemjbc.cz tel. +420 483 345 301.

Wir suchen Ärzte verschiedener Fachrichtungen mit guten Deutschkenntnissen für die Arbeit in Kliniken oder die Übernahme einer Arztpraxis in Deutschland. Wir unterstützen Sie aktiv bei allen Formalitäten und der Wohnungssuche. Täglich aktualisierte Vakanzen finden Sie auf unserer Webseite unter <http://www.permedex.com/vakanzen.htm>, in dieser Woche z.B.: Facharzt Anästhesiologie; Facharzt Gynäkologie; Facharzt Radiologie; Arzt in Weiterbildung Radiologie; Facharzt Chirurgie. Bitte senden Sie uns Ihre Kurzbewerbung in deutscher Sprache per Mail bzw. Fax oder rufen Sie an (Mo.-Fr. 8-20 Uhr, Sa.+So. 18-20 Uhr). Fon: +49 365 773 008-0, Fax: +49 365 773 008-29, UMS: +49 941 599219007, Mail: personal@permedex.com, Web: www.permedex.com..

Hledám urologa a sexuologa s licenci do soukr. praxe v okrese Praha-západ. Perspektivní region, doplnění komplexní péče v dané oblasti. Tel. 603 233 873.

Ředitel Nemocnice s polikl. v Novém Jičíně, p.o., přijme do prac. poměru lékaře na odd. neurologie s I.atestací nebo absolventa. Nástup ihned. Ubytování zajištěno. V případě zájmu se ihned telefonicky obraťte na primáře oddělení neurologie 556 773 221 nebo e-mailem: sekretariat@nspnj.cz.

Příjmu ortopéda pro ambulantní ordinaci, možnost ambul. operativy, Praha 9. Tel. 603502517.

Soukromé amb. zařízení v centru Prahy přijme z důvodu rozšiřování nabídky služeb lékaře těchto odborností: praktické a interní lékařství, oftalmologie, dermatovenerologie, stomatologie a lékaře pracovního lékařství - hygienika. Očekáváme: min. 5 let praxe v oboru, specializovanou způsobilost, znalost MS Office, klientsky orientovaný přístup; RP sk. B výhodou, znalost AJ výhodou. Další volné pozice naleznete na www.sante.cz. Nabízíme: odpovídající finanční ohodnocení, příjemné pracovní prostředí i kolektiv, týden dovolené navíc, další benefity. V případě zájmu, zašlete profesní životopis na nabory@sante.cz nebo volejte 221 970 734.

Úřad práce v Opavě nabízí pracovní místo: lékař Lékařské posudkové služby (LPS), pracovní náplň - vykonávání a organizace posudkové činnosti (§ 8. odst. 1, písm. m), n) zákona č. 435/2004 Sb.). Kvalifikační požadavky: složená atestační zkouška z posudkového lékařství anebo atestace zejména z oboru vnitřní lékařství, chirurgie, neurologie, praktické lékařství pro dospělé, praktické lékařství pro děti a dorost, a 5 let praxe. Zájemce bez atestace z posudkového lékařství se musí zavázat ke složení této atestace do 3 let. Nabízíme plný nebo i částečný pracovní úvazek, nástup po dohodě kdykoliv. Kontakt: Úřad práce v Opavě, Bochenkova 4, 746 01 Opava, Ing. Jarmila Mateřanková -553 608 101, jarmila.mateřankova@op.mpsv.cz, rudolf.chamrath@op.mpsv.cz.

Krajská nemocnice Liberec, p.o. přijme na transfúzní oddělení lékaře s praxí. Požadujeme: minim. roční praxi v interních oborech, event. pediatrii (atestace výhodou), zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2005 Sb., znalost práce na PC (Word). Nabízíme: perspektivu dlouhodobého uplatnění v oboru, možnost klinické praxe na oddělení hematologie, výhodné platové podmínky, možnost ubytování, zaměstnanecké výhody (např. příspěv. na stravování, příspěv. na penzijní pojištění, 5 týdnů dovolené). Kontakt: prim. MUDr. Renata Procházková, e-mail: renata.prochazkova@nemlib.cz, tel: 485 312 521. Nástup: možný ihned. Životopisy zasílejte na výše uvedenou e-mailovou adresu nebo poštovní adresu: Krajská nemocnice Liberec, p.o., Personální oddělení – p. Kaprasová, Husova 10, 460 63 Liberec.

Krajská nemocnice Liberec, p.o., přijme na oddělení klinické hematologie lékaře/lékařku s atestací. Požadujeme: atestaci v oboru hematologie nebo atestaci v oboru interního lékařství se zájmem o obor hematologie, zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2005 Sb., znalost práce na PC (Word, Excel). Nabízíme: možnost profesního růstu, práci v sympatickém kolektivu, výhodné platové podmínky, možnost ubytování, zaměstnanecké výhody (např. příspěv. na stravování, příspěv. na penzijní pojištění, 5 týdnů dovolené). Kontakt: prim. MUDr. Lenka Walterová, e-mail: lenka.walterova@nemlib.cz, tel: 48 531 2591. Nástup: dle dohody. Životopisy zasílejte na výše uvedenou e-mailovou adresu nebo poštovní adresu: Krajská nemocnice Liberec, p.o., Personální oddělení – p. Kaprasová, Husova 10, 460 63 Liberec.

Chirurg s licencií přijme chirurgickou ambulanci v Praze 5 na úvazek 0,5 od 01/2007. Tel.: 775 771 166.

Fakultní nemocnice v Motole přijme pro Dětské kardiocentrum sekundárního lékaře/ku na kardiochirurgické oddělení. Požadavky: praxe min. 24 měsíců chirurgie, znalost AJ, práce s PC. Písemně nabídky s CV zašlete na adresu: Doc. MUDr. Tomáš Tláškal, CSC., Děť. kardiocentrum, FN Motol, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5 nebo tomas.tlaskal@lfmotol.cuni.cz Informace na tel. čísle: 22443 2901.

Hledáme lékaře se zájmem o paliativní medicínu na plný či částečný úvazek. Mobilní hospicová služba (NZZ) v Benešově u Prahy přijme lékaře s atestací I. stupně ze základního oboru s ochotou se dále vzdělávat i atestovat v oboru paliativní medicína. Nástup: možný ihned. Svůj životopis zasílejte na adresu: o.s. TŘI, Václavská 507, 257 22 Čerčany. Bližší informace na tel: +420 317 725 831, e-mail: asistence@centrum-cercany.cz

Hledám asistenta do ordinace praktického lékaře na Kroměřížsku s perspektivou převzetí praxe. Tel.: 573 330 335.

Příjmu lékařku/lékaře (matka na MD, či důchodce) pro soukromou psychiatrickou ambulanci na částečný úvazek na období 1-2 let. Pěkné prostředí. Atestace II.st. či osvědčení o odborné způsobilosti. Kolín. tel.777 342 997.

Nemocnice Kyjov přijme lékaře/lékařku na infekční odd. Požadováno min. 2 roky praxe na lůžkovém odd., atestace není podmínkou, na plicní odd. Atestace není podmínkou, na dermatovenerologické odd. Atestace není podmínkou, psychiatra pro ambulantní činnost. Bližší informace na tel. čísle: 606 777 136 nebo na e-mailu michaela.patockova@nemkyj.cz

Ředitel Lužické nemocnice a polikliniky v Rumburku (1. Zdravotní Rumburk, a.s., Jiráskova 1378/4, 408 01 Rumburk), (www.nemrum.cz, e-mail: sekretariat@nemrum.cz) vyhlašuje výběrové řízení na funkční pozici náměstek ředitele pro léčebně preventivní péči. Nabízíme perspektivu účasti na rozvojových projektech městské Lužické nemocnice a polikliniky, souvisejících s centralizací péče a komplexní rekonstrukcí a obnovou zařízení. Dále nabízíme zajištění bydlení v Rumburku s nedalekým okolím Národního parku Českosaské Švýcarsko, závodní stravování, týden dovolené na zotavenou nad rámec zákonného nároku a další výhody. Kvalifikační požadavky: vysokoškolské vzdělání lékařského směru, řídicí, organizační a komunikační schopnosti, zkušenosti z řídicí práce. Zájemci zasílejte profesní životopis a doklady o vzdělání a odborné způsobilosti do 15.2.2007.

Zástup

Hledám na občasný zástup gastroenterologa-endoskopistu do privátní ambulance v Praze. Tel.: 602 805 497.

Gynekoložka s atestací II. stupně, licencií a 11letou praxí nabízí občasný zástup v ambulanci. Tel.: 604 621 828.

Hledám dlouhodobý, částečný zástup na 1-3 x týdně od února 2007 s výhledem na převzetí praxe praktického lékaře pro děti a dorost v oblasti Praha-západ. Tel.: 603 233 873, e-mail: praxe1@seznam.cz.

Hledám praktického lékaře pro dospělé pro občasný zástup, Ostrava. Tel.: 737 138 740 (po 12. hodině).

Hledám lékaře internistu nejlépe mladšího důchodce na občasný zástup eventuelně krátký pracovní úvazek v soukromé interní ordinaci v Praze 1. Tel.: 602 481 671, 224 142 414.

Hledám zástupce praktického lékaře v Brandýse nad Labem. Preferuji důchodce. Tel.: 326 902 528.

Zavedená privátní interní ordinace v Plzni hledá lékaře/ku pro zástup od března 2007 na dobu min. 1 roku s následnou možností částečného úvazku. Tel.: 602 937 429, 378 014 218.

Hledám dlouhodobý zástup v ordinaci PLPD v okrese Praha-západ, cca 2x týdně, s pozdějším odkoupením praxe. Tel.: 603 233 873.

Hledám na občasný zástup gastroenterologa-endoskopistu do privátní ambulance v Praze. Tel.: 602 805 497.

Hledám dlouhodobý zástup v gynekologické ambulanci 1-2x týdně (půl den) v okrese Praha-západ. Jen vážní zájemci, licence nutná. Tel.: 603 233 873.

Hledám praktického lékaře pro dospělé /atestace, licence/ pro občasně placené zástupy v ordinaci v blízkosti Teplic. Bezplatné ubytování k dispozici. Tel.: 605 298 604.

Prodej a koupě

Prodám automatický perimetr Humphrey-Zeiss. Model 620/611. Kontakt: 607 871 287.

Prodám funkční horkovzdušný sterilizátor HS 61A za 2000 Kč. Tel.: 469 630 301.

Prodám sterilizátor HS 61 A, otočnou lampu, gyn. zrcadla, lehátka, jezdicí stolečky. Praha, tel.: 604 173 042, 281 869 050.

Prodám stetoskop Littmann Classic II S.E., nový, nepoužívaný, v záruce. Kontakt: frhu@pb.cz nebo 728 760 773.

Koupím starší UZ přístroj s abdominální i vaginální sondou, spěchá. Tel.: 604 621 828

Prodám UZ Kretz Combison 310A vaginální a abd. sondu, funkční. Cena dohodou. Tel.: 608 828 582.

Prodám UZ přístroj Sono AC za 1.500,- s abdominální sondou 3,5 MHz, rok výroby 1995. Gynekologický vyšetřovací stůl, starší – levně. Tel.: 731 909 097.

Pro oční ordinaci prodám kulový perimetr, oftalmometr-Zeiss, refraktometr-Zeiss a tři podstavce pod přístroje. Tel.: 221 715 225, mob.: 776 346 507.

Prodám starší gynekologické křeslo. Cena 5.000,-. Tel.: 603 415 154, e-mail: statnam@sendme.cz.

Prodám oftalmoskop Zeiss + sadu zkušebních skel, vhodné pro začínajícího oftalmologa či optika. Telefon: 728 247 759.

Prodám ruční myčku flexibilních endoskopů, napojení kanálů je kompatibilní s přístroji firmy Olympus. Myčce chybí plastový kryt. Cena 10.990 Kč. Tel.: 371522616 nebo 737315268.

Prodám hydromasažní vanu BTL 3000 Kappa 20 v záruce, kompletní dokumentace s duralovými originální schůdky cena spolu: 150 000 Kč, - sleva 35 000 Kč, - oproti novému zboží. Mobil: 776 800 642.

Prodám dvojordinaci ve zdravotnickém středisku ve Frýdku-Místku, 70 m2, samostatná čekárna, šatna, WC, sprchy. Pro zubního případně jiného odborného lékaře. Cena 700.000,- Kč, možná sleva, foto poslu e-mailem. Mobil 606 713 922.

Velice zachovalý kolposkop KLP21 prodám velmi levně. Zn. Odchod do důchodu. Tel.: 721 882 570.

Pronájem

Pronajmu ordinaci na Praze 6, nedaleko Vítězného náměstí. Tel.: 233 331 230.

Pronajmu nově zrekonstruovanou a zkolaudovanou lékařskou ordinaci v Římské ul., v blízkosti Vínohradského divadla. Foto na www.vinohrady.wz.cz. Cena 8000 Kč měsíčně včetně zdravotní služeb za půlden. Tel: 603 319 309, drnec@volny.cz

Pronájem zařízení ordinace na Vítězném náměstí v Praze 6, možno i jednotlivé dny, či hodiny. Cena pronájmu 1 dne 2000,- měsíčně. Kontakt tel.: 603 106 564, nebo 602 859 031.

Poliklinika Čumpelíkova, s.r.o., Praha 8 /u metra Kobylisy/, pronajme zařízení zubní ordinaci s klientelou svědomitému zubnímu lékaři. Tel.: 286 589 170.

Pronajmu operační sál v poliklinice P-10, stacionář, včetně vybavení. Cena 500Kč/hod. Jen čistá chirurgie, ortopedie, plastická chirurgie. Tel.: 737 935 359.

Různé

Prodám zdravotní středisko i s ordinací praktického lékaře pro dospělé v okrese Tábor. Tel.: 723 744 426.

Odkoupím chirurgickou praxi v ČR, nyní i výhledově, další spolupráce s prodávajícím lékařem možná. Tel.: 777 030 656.

Přenechám ordinaci PL pro dospělé v blízkosti Prahy, směr Ruzyně, prodejem za rozumnou cenu lékaře s dětmi, která občas potřebuje zástup, který bych ji zajišťoval v penzi. Tel.: 602 970 280 večer.

Přenechám dobře zavedenou ordinaci PL pro dospělé v centru Pardubic. E-mail: strakova@tis-cali.cz.

Psychosomatická klinika s.r.o. má zájem o odkoupení zavedené praxe v oboru rehabilitace, psychiatrie a psychologie v Praze. Kontakt: klinika@psychosomatika.cz, tel.233 081 231, kontaktní osoba Hodačová V.

Přenechám - prodám či pronajmu - zavedenou praxi praktického lékaře pro dospělé v Písku. E-mail: anna.smidova@email.cz.

WWW.E-LOK.CZ



VÍTE, KOLIK HODIN MÁ PRACOVNÍ DEN VAŠEHO LÉKAŘE?

Zdraví pacientů závisí na dobré kondici lékařů.
Jak mohou trvale přetěžovaní lékaři podávat špičkový výkon?
Jejich mnohdy nekonečná pracovní doba leží na okraji zájmu.
Chraňte si své zdraví i zdraví lékařů!