

# TEMPUS

## MEDICORUM

**Hlavní téma měsíce**  
**Dvojitý pohled**  
**na přesčasovou práci**

**Rozhovor**  
**Jan Vorel,**  
**nositel Ceny za statečnost**

### **PLUS FI**

**ANTIBIOTICKÁ LÉČBA**  
**KOMUNITNÍCH INFEKČÍ LEDVIN**  
**A MOČOVÝCH CEST**  
**V PRIMÁRNÍ PÉČI (DOKONČENÍ)**

XI. ples lékařů českých



Setkání prezidentů  
profesních komor



Rozhovor s ministrem  
zdravotnictví  
Tomášem Julínkem





## Cui bono?

„Komunikace Sdružení praktických lékařů s ministrem Julínkem a dalšími pracovníky ministerstva funguje bezproblémově... Zástupce SPL byl jmenován do poradního sboru ministra za poskytovatele, máme zástupce v pracovní skupině pro změnu legislativy...“

MUDr. Václav Šmatlák, předseda Sdružení praktických lékařů

„Za celou dobu, co pracuji ve Sdružení ambulantních specialistů (SAS), si nevzpomínám, že by komunikace

s ministrem zdravotnictví ČR byla lepší. I bez prezidenta ČLK Kubka se nám v maximální možné míře daří řešit problémy s úhradami a smlouvami ve prospěch ambulantních specialistů.“

MUDr. Zorjan Jojko, místopředseda Sdružení ambulantních specialistů

*Evangelion – dobrá zpráva, alespoň s někým ministr Julínek komunikuje. Já se jme Aleluja a volejme Hosana, neboť budeme spaseni. Vše je na dobré cestě. Kolegové pro nás, soukromé lékaře, vyjednejí jistě mnohem více, než co se před rokem podařilo komoře.*

*Ostatně podle podobných vyhlášení si ani dnes nemáme na co stěžovat, nebo snad, nedej Bože, dokonce protestovat. Vše je v naprostém pořádku.*

*Pokud jste praktickými lékaři, jejichž 85 % příjmů pochází z kapitální platby, pak jste určitě s jejím zvýšením z 35,02 Kč na 36 Kč, tedy o 2,8 %, spokojeni. Vždyť se přece oproti loňskému roku nic nezdražilo. Stejný nájem, stejná cena elektřiny, tepla, úklidu... Ani ta zdravotní sestra nechce žádný plat...*

*Pokud jste ambulantními specialisty, pak letos konečně zbohatnete, neboť za každého „unikátního pojištěnce“ (strašně sousloví, nevím, jak u vás, ale ke mně do ordinace chodí pacienti) můžete dostat zaplacenou i o 3 % více než před rokem. Hodnota naší práce z pohledu pojištěn sice pořád odpovídá ceně stavebního dělníka, ale my jsme hrdě odmítli její zvýšení a klidně jsme se vzdali nového seznamu výkonů. Tu třetinu hodnoty odvedené práce a vykázaných výkonů, těch pár desítek či stovek tisíc rádi věnujeme v letošním roce na stabilizaci systému.*

*Pokud jste zkrátka soukromými lékaři, a místo trvalého smluvního vztahu, o který jste požádali a který s vámi byly pojišťovny povinny uzavřít, vám dnes vnucují krátkodobý kontrakt do konce roku anebo snad nemáte smlouvu vůbec žádnou – nevádí, nějak bylo, nějak bude... A vaše dluhy? Ty zaplatí rodina.*

*To, že na rozdíl od vás farmaceutickým firmám vzrostly za první dva měsíce letošního roku meziroční tržby o 14 %, je přece pouze „návrat k normálu“. Rádi jim přece ty tři miliardy, které jsme, s rizikem regulací za zády, vloni ušetřili, přenecháme. My jsme bohatí dost, my ano. A pokud nám snad pojišťovny kvůli nekontrolovanému nárůstu výdajů za léky budou zase koncem roku platit o měsíc, o dva později... Co na tom? Rádi jim poshovíme. Vždyť kdo si počká, ten se dočká...*

*Pokud jste zaměstnanci pracující v nemocnici, pak vám jistě nevádí porušování zákoníku práce. Český doktor přece něco vydrží. Spánek je ztráta času, odpočinek je přestupek a zábava, či dokonce rodinný život? Požadovat něco takového, to by mohlo být kvalifikováno jako zločin. Bylo to tak vždycky, tak proč chtít změnu? Nač kupovat žárovky, když plamen louče tak krásně svítí? A požadovat pro kvalifikovaného lékaře-zaměstnance tarifní plat vyšší, než je průměrná mzda? Jaká troufalost! Teprve až bude vaše nemocnice zprivatizovaná, tak vám konečně bude lépe.*

*Anebo že by to bylo ve skutečnosti jinak? Že by přece jenom nebylo vše tak úplně v pořádku, jak se nám někdo snaží namluvit? To by ovšem muselo znamenat, že pravdu nemají ti, kdo pomáhají ministru lakovat situaci zdravotníků narůžovo, ale naopak Česká lékařská komora, která své členy hájí. Komora, s níž ministr jednat odmítá. Ostatně, proč by vlastně politik placený z našich daní měl naslouchat našim problémům a zatěžovat svoji mysl našimi věcnými argumenty? Proč by nám měl odpovídat na nepříjemné otázky? Potřebuje přece klid na práci, klid na reformu. Je přece pohodlnější jednat jen s těmi, kdo ho chválí a stále ochotně opakují to, co chce on slyšet?*

*Cui bono? – Komu to posloužilo, kdo z toho má prospěch? Tuto otázku si kladou kriminalisté pátrající po pachatelích trestného činu. Obdobnou otázku si v současnosti kladu i já. A při nejlepší vůli se mi zatím nedaří uvěřit, že by tato hra, kterou někteří kolegové hrají, sloužila nám, lékařům.*

MUDr. Milan Kubek, prezident ČLK

## OBSAH

### TÉMA MĚSÍCE 2-5

Popletené statistiky ohledně přesčasové práce lékařů

Anketa: Co je z hlediska lékařů největším přínosem nového zákoníku práce?

### ROZHOVOR 6-7

MUDr. Jan Vorel a Cena za statečnost

### ZPRÁVA ČLK 8-9

Výdaje na léky nekontrolovaně rostou

### Z PŘEDSTAVENSTVA ČLK 9

Komora podporuje snahu lékařů o vyšší cenu práce Nesouhlasíme se vznikem detašovaných pracovišť nemocnic bez výběrového řízení

Jak bude upraveno právo pacienta na informace?

### PRAKTIČTÍ LÉKAŘI 10-11

Nečas: Protest praktických lékařů 28. března

Němeček: Proč jsou praktici nespokojení

Ekonomika ordinace praktického lékaře

### AMBULANTNÍ SPECIALISTÉ 12-13

A jak jste spokojeni vy, kolegové ambulantní specialisté?

Závěry z porady předsedů OS ČLK

### PŘÍLOHA FI

Antibiotická léčba komunitních infekcí ledvin a močových cest v primární péči (dokončení)

### ZE SPOLEČNOSTI 15

XI. ples lékařů českých

### POLEMIKA 16-18

V jednotě je síla, avšak musí existovat vůle spolupracovat

### NAPSALI JSTE 19

### Z MÉDIÍ 20-21

Rozhovor ministra Julínka pro Rádio Česko

### PŘÁVNÍ PORADNA 22-23

Povinná mlčenlivost lékaře

### KAZUISTIKA 24-25

Případ komplikace po miniinterrupci

### SERVIS 26-28

Kurzy a vzdělávání

Řádková inzerce

### KŘÍŽOVKA O CENY 28

## 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@clkc.cz

www.lkc.cz

Šéfredaktor: MUDr. Milan Kubek

Redakční zpracování: EV public relations, s. r. o., Praha

Odpočívající redaktorka: PhDr. Blanka Rokosová

Příjem příspěvků: blanka.rokosova@ev-pr.cz

Příjem řádkové inzerce: recepce@clkc.cz (viz adresa redakce)

Prepress: EUROVERLAG, s. r. o., Plzeň

Tisk: Moraviapress, a. s., Břeclav

Uzávěrka čísla 03: 9. 3. 2007 • Vyšlo: 26. 3. 2007

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

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

Předplatné pro nečleny ČLK 300 Kč/rok (přijímá redakce)

Příspěvky se nemusejí shodovat se stanoviskem redakce.

Ta si současně vyhrazuje právo na redakční úpravu textů.



## Co je z hlediska lékařů největší předností nového zákoníku práce?

Největším pozitivem je jednoznačně odstranění pojmu pohotovost na pracovišti i z našeho právního řádu.

*MUDr. Martin Engel, radiodiagnostická klinika FNKV*

Myslím si především, že zákoník práce není v současné době hlavním problémem lékařů a starost o něj patří spíše odborářům. Komora by se měla zabývat jinými závažnějšími tématy.

Je garantem kvality lékařské péče – proč třeba neříká prezident komory, že za současné finance a při současném „všem vše zadarmo“ není ČLK schopna tu kvalitu garantovat?

*MUDr. Alexander Štorek, psychiatr, Choceň*

Odpověď je jednoduchá: na zákoníku práce není nic pozitivního. Pouze upřednostňuje lenost před pracovitostí. To, že pracovitost není honorována, je jiná záležitost. Evropa zajde na lenost.

*Prim. MUDr. Jan Rejholec, chirurgické odd. Nemocnice Děčín*

Vyvolal jednání o přesčasové práci.

*Doc. MUDr. Jiří Vokurka, CSc., I. chirurgická klinika FN u sv. Anny, Brno*

Za největší přínos nového zákoníku považují každou hodinu na pracovišti jako práci přesčas.

*MUDr. Šárka Drinková, internista, angiolog, nemocnice Havlíčkův Brod*

1. Znížení celkového počtu hodin přesčasové práce – ubudlo 400 hodin „pohotovosti“/rok.

2. S tím súvisí i výhodnejšia pozícia lekárov pri vyjednávaní podmienok, za ktorých budú vykonávať prácu přesčas nad 150 hodin/rok.

3. Obmedzený počet možných hodín práce přesčas a väčšinou vyjednané ich lepšie finančné ohodnotenie TLAČÍ zamestnavateľa k tomu, aby lekári po službách chodili domov na NV. Jednoznačný benefit i pre pacientov!

*MUDr. Peter Sklienka, ARK FN Ostrava*

Samozřejmě to, že se mluví a konečně se začalo i řešit nehorázné přetěžování lékařů sloužících ÚPS (a s tím související limity přesčasové práce), že se díky LOKU a ČLK začala postupně informovat o tomto stavu veřejnost.

*MUDr. Josef Šorna, všeobecná chirurgie, Palas Athena, Praha*

Nový zákoník práce je zmetek, takže žádnou přednost nevidím. Jiné názory – populismus ve stylu Škromacha.

*MUDr. Luděk Gebauer, OPL Neplachovice*

Otevřel lékařům cesty k naprosto legální možnosti skoncovat s nedůstojnou finanční závislostí na pohotovostních službách.

*MUDr. Vratislav Škoda, RDO, NsP Česká Lípa*

# Popletená statistika

**Námět k tomuto článku mi nabídla diskuse na [www.unavenylekar.cz](http://www.unavenylekar.cz). Jeden z příspěvů mi vytkl, že záměrně používám nesprávná data. LOK-SČL totiž opakovaně poukazuje na neúměrné zatížení, ale taky na ekonomickou závislost lékařů na přesčasové práci. V tomto duchu jsme právě na uvedených internetových stránkách odstartovali mediální kampaň.**

Podle našich údajů, získaných velmi jednoduše z výplatních pásek, totiž tvoří platby za práci přesčas přibližně 50 % příjmu lékaře!

Onen diskutující však argumentuje statistikou Ministerstva zdravotnictví ČR za rok 2005, která uvádí, že příjmy z přesčasové práce tvoří u lékařů pouhých 17 %, a žádá, abychom používali seriózní data.

Uvědomil jsem si díky tomuto příspěvku, jak daleko vlastně dospěla situace ohledně vykazování přesčasové práce u lékařů v českých nemocnicích.

Chyba je v oficiálních statistikách. Nejde o chybu vyhodnocení, chybný je sběr dat.

V roce 2005 a analogicky i v roce 2006 byla totiž následující situace:

Podle platného zákoníku práce měli lékaři možnost odpracovat a tím i vykázt 416 hodin přesčasové práce a 400 hodin tzv. pohotovosti na pracovišti. Tato kvóta 816 h/rok ale nedostačuje. Lékař v nemocnici odpracuje ročně kolem 1000 až 1200 hodin nad běžný úvazek. Nadbytečné hodiny (tedy 200 až 400 za rok) se prostě zafixovaly nejčastěji do kategorie „pohotovost mimo pracoviště“, ta je pak placena jen malou částí (15% ve všední den a 25% o víkend) již tak nízkého tarifního platu. Lékař sice dále normálně pracoval na pracovišti, do výkazu však psal, že byl doma na telefonu. Vznikla tedy první statistická chyba.

Další problém činila tzv. pohotovost na pracovišti. Aby se vešli do hodin, byli lékaři nuceni vykazovat ve službě zhruba polovinu času jako práci přesčas a polovinu jako pohotovost na pracovišti. Pohotovost na pracovišti byla přitom definována jako doba, kdy zaměstnanec nepracuje, ale je připraven k výkonu práce. Přestože vytižení ve službě

je na řadě oddělení kolem 75 %, vykazovali lékaři opět jen asi 50 % přesčasové práce maximálně. Tak vznikla další chyba statistiky. Navíc hrazení „pohotovosti“ je opět výrazně nižší než u přesčasové práce.

Další velký problém je právě v oblasti plateb za přesčasovou práci. Aby bylo možno lékařům vůbec uhradit skutečně odvedenou práci, byla v řadě nemocnic zavedena praxe, kdy byla zaplácena přesčasová práce, pohotovost na pracovišti a pohotovost mimo pracoviště tak, jak byla dle uvedeného vykázána. Tato data pak tvoří základ oněch oficiálních statistik. Rozdíl mezi tím, co bylo možno vykázt a mezi skutečnou pracovní zátěží, byl pak doplacen odměnou, startovním či podobnými složkami platu. Ty však již nejsou statistikami evidovány jako platba za práci přesčas. Naopak falešně zvyšují podíl nadtarifních složek platu. Tomu odpovídá i trend, kdy v oficiálních

**LÉKAŘI NEJSOU pokusné myši!**

Zdraví pacientů závisí i 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 lékaře!**

LOK-SČL  
LEKÁŘSKÁ UNIVERZITA KARLOVA  
PRAHA ZÁKLADNÍ LÉKAŘSKÁ KLINIKA



ních statistikách klesá podíl přesčasové práce a stoupá podíl odměn, osobních příplatků a dalších nadtarifních složek platu.

**Systém fixování a švindlu s vykazováním pracovních hodin lékařů je tedy tak rozsáhlý, že vede ke zkreslení oficiálních statistik práce.**

Vstřícnost lékařů a jejich snaha umožnit chod systému na straně jedné, snaha udržet si určitý ekonomický standard na straně druhé tím, že budou obcházet zákony, se stala pastí, v níž sami uvízli. **V uplynulých letech došlo k faktické ilegalizaci naší práce a zkreslení statistik tak, že tyto pravdivě nevypovídají o naší práci ani o složkách našich příjmů.**

**Co můžeme očekávat v podmínkách nového zákoníku práce?**

Zásadní změnou v zákoníku práce je zrušení pohotovosti na pracovišti jako možné kategorie

přesčasové práce. Tím došlo k omezení maxima přesčasové práce na „jen“ 416 h/rok navíc, s omezením na 8 hodin týdně a maximálně 32 hodin v měsíci. Vlivem okolností, které jsme již opakovaně probírali, však k faktické změně práce, množství a způsobu přesčasů nedošlo.

S ohledem na situaci jsme se rozhodli umožnit pro rok 2007 nezměněný chod zdravotního systému tím, že budeme souhlasit s dohodami o pracovní činnosti, které letos pokryjí podstatnou část práce přesčas. Ačkoliv nejde o systémově správné řešení, mělo by alespoň zabránit další ilegalizaci naší práce. Závratný počet hodin přesčasové práce se tak pouze převede do kategorie práce konané mimo pracovní poměr. Bude ovšem opět vyjmut z oficiálních statistik přesčasů, které vykáží další „uspokojivý pokles“ zátěže lékařů přesčasovou prací. Zůstane ale prací, nebude dále veden jako virtuální pohotovost mimo pracoviště.

S tímto stavem se však nesmíme smířit. Je nutné vyvinout tlak jak na změnu organizace a rozsahu práce lékařů, tak jejího ohodnocení. Nároky a očekávání veřejnosti se musí přizpůsobit možnostem systému, počtu, fyzickým a lidským možnostem lékařů.

Nelze dále předstírat, že lékařů je dostatek, či dokonce nadbytek. Není tomu tak.

Příjmy lékaře pak nemohou být nadále zásadně závislé na přesčasech. Zda se podaří takového stavu dosáhnout, záleží především na nás. To je největším příslibem i rizikem nadcházejících měsíců.

Podpora aktivity LOK-SČL od odstranění nadměrné zátěže lékařů přesčasy a vymanění lékaře z ekonomické závislosti na přesčasech může být jedním z kroků vedoucích k cíli.

*MUDr. Lukáš Vělev  
místopředseda LOK-SČL*

## NÁZOR NA TÉMA MĚSÍCE

### Jednotní lékaři uspěli

V naší nemocnici jsme díky důkladné přípravě a seznámení kolegů s novým zákoníkem práce dosáhli ve vyjednávání o platech značného úspěchu. Opakované diskuze a zdůvodňování jednotného postupu přinesly ovoce. Naše jednání s ředitelstvím nemocnice mělo úspěch ani ne tak přímo díky novému zákoníku, ale hlavně neobvyklé jednotě lékařů, kdy jsme získali prakticky 90% podporu i v písemné podobě od kolegů včetně primářů. Jsem přesvědčen, že je třeba být až „agresivní“ v dalších jednáních, protože lékaře většina lidí považuje za vzdělané, kultivované a slušně vychované občany... pro naše politiky od krajských úřadů výše to ale spíše znamená, že se s námi slušně řečeno mohou vytířit zadek. A to, že je naše práce silně podhodnocena, vede k tomu, že jsme mnohem více korumpovatelnější proti sobě

navzájem, než je tomu v jiných vzděláních a náročností odpovídajících profesích. Dosud naše tarifní tabulka mezd lékařů pokulhávala tak o cca 4000 hrubého měsíčně proti platům ve spádové FN, po posledním zvýšení dosáhl rozdíl 6–7000 Kč hrubého měsíčně. I tak byly naše platy terčem ostré kritiky ze strany zodpovědných krajských úředníků ve stylu: „To snad nemysleli vážně, vřdýt berete nejvíc z celého kraje!!“ Při vyplnění souhrnného statistického výkazu pro MZ, kde je nesmyslně uvedena celková hrubá průměrná mzda lékaře, totiž naše mzdy dosahovaly hodnot 42 000 Kč měsíčně hrubého. Nikdo ale v daném výkazu neuvádí počet odsloužených hodin na jednoho lékaře. Konkrétně v mém případě při obvyklých 6 službách měsíčně (4 všední a 2 víkendové) to činí 110 hodin přes-

## ANKETA

### Co je z hlediska lékařů největší předností nového zákoníku práce?

Žádné, je to zmatečná a nedomyšlená norma. Chybí prováděcí předpisy, výklad a hlavně nikdo a nic nedohleduje, ani jeho dodržování. Je to naschvál sociálních demokratů ODS a nyní bude následovat naschvál ODS sociálním demokratům. Nejde o racionální a věcnou legislativní práci, ale o zákopovou válku dvou armád, ve které jsme se stali rukojímí.

*MUDr. J. Saitz,  
novorozenecké oddělení, FN Olomouc*

Rozhodně omezení povolených přesčasových hodin je přínosem nového ZP. Také zrušení pohotovosti na pracovišti. Chybí dodatek o společné platové tabulce pro zdravotníky, která by mohla vyřešit ekonomickou závislost lékařů na přesčasových hodinách a ÚPS. Mzdová tabulka by měla být pro všechny lékaře a další zdravotnické pracovníky stejná, ať jde o ziskovou, či neziskovou zdravotnickou organizaci.

*MUDr. Věra Mrázová, internista,  
Lázně Teplice nad Bečvou*

Dle mého názoru nový zákoník práce pro lékaře nic dobrého nepřináší, nevidím jako prospěšné snížení časového vytížení lékaře za cenu třísměnných provozů jako v továrně na pacienty. Mnohem spíše vidím úlohu lékaře jako superspecialisty – manažera s pohyblivou pracovní dobou nehledící na směny a přesčasy, zaplaceného tak dobře, že práce přesčas je pak samozřejmostí, kterou povolání vyžaduje. Narazit práci lékařů na zákoník práce vhodný pro dělníky je naprosto nevyhovující. Proč v zákoníku práce nedokážou vytvořit více variant pro různé skupiny pracovníků??

*MUDr. František Pazdera, chirurg, Děčín*

Jelikož po 11 letech praxe v neurointenzivní medicíně se moje hodinová mzda příliš neliší od mzdy ukrajinského kopáče, je pro mě nový zákoník práce spíše nepříjemnou komplikací. Nedokázal bych využít ze základního platu, služby jsou pro mě hlavním zdrojem příjmu, a to i za cenu několika dnů práce nonstop. Pokud by byla moje práce adekvátně zaplacená, tak bych nový ZP kvitoval s povděkem.

*MUDr. Martin Gabryš,  
Neurochirurgická klinika FN Olomouc*

Největší předností zákoníku práce by bylo, kdyby byl dodržován a ne obcházen. Obcházení mi přijde jako „rozbíjení strojí“ při průmyslové revoluci, neboť stroje braly dělníkům práci. Pokud bude dodržován, dojde k prodloužení doby na odpočinek u lékařů a zamezí se vzniku syndromu z vyhoření. Zavedením zákoníku práce může u některých lékařů dojít ke snížení příjmů, ale jen na přechodnou dobu. Lékař si zaslouží nadprůměrnou mzdu. Snadný přístup pacientů k lékaři (nemám na mysli vážně nemocné) vede k devalvaci jeho práce. Cenu své práce by si měl lékař stanovit sám.

*MUDr. Jan Kaufman, předseda OS ČLK  
Praha 9, internista, zaměstnanec*



## Co je z hlediska lékařů největší předností nového zákoníku práce?

Největší předností je zrušení pohotovosti na pracovišti.

*MUDr. Martin Čermák, ARO, Nemocnice MSKB, Praha 1*

Za největší pokrok v novém ZP považuji skutečnost, že skončilo matení pojmů kolem lékařských služeb a konečně se přesčas nazývá přesčasem.

*MUDr. Jaroslav Kutý, ARO, předseda MO LOK NMB, Brno*

Příznám se předem, že jsem celý zákoník práce nečetl. Hlavní přednost vidím v odstranění značného množství přesčasových hodin. Jsou případy, kdy lékař nastoupí v pátek ráno do služby a v pondělí odpoleďne odchází z práce. V exponovaných odbornostech, jako je chirurgie, je to značně vyčerpávající a únavou může docházet k závažným pochybením. Dalším smutným faktem však zůstává, že bez těchto hodin by plat lékaře byl hanebný a blížil se mzdě dobře placené středoškolsky vzdělané administrativní síly na okresním úřadě.

*MUDr. Vladimír Kolařík, chirurgická ambulance, Rumburk*

Největší předností nového zákoníku práce je fakt, že tato legislativní úprava konečně upozornila na zcela zastaralý a potřebám současné medicíny neodpovídající systém zabezpečení lékařských služeb. Lékař by měl trávit pracovní dobu odbornou péčí o nemocné a nikoli psaním zpráv a výkazů, což je práce úředníků. Tento problém však zákoník práce neřeší, pouze na něj upozorňuje.

*MUDr. Pavel Kubiček, předseda MO LOK-SČL FN v Motole*

Přednosti ZP by se v lékařském povolání týkaly zejména § 78, kde je každý pobyt na pracovišti, tedy výkon práce i příprava k výkonu práce pracovní dobou a pohotovost je jen jakási forma čekání mimo pracoviště... Dále § 13 a §110 o rovném zacházení a zásadě poskytování stejné mzdy za práci stejné hodnoty... Záměrně jsem uvedla, že by se týkaly, a to jen v případě, že by se tato ustanovení dodržovala. Leč situace je taková, že jen málokde (nevím zdali vůbec někde) v nemocnicích v ČR se ZP dodržuje – v českých podmínkách to v současné době prostě nejde! Stejně tak by bylo prima, kdyby směna trvala opravdu jen maximálně 12 hodin a kdyby lékaři mohli pracovat jen 32 přesčasových hodin za měsíc, ale to by si bohužel finančně pohoršili a tak jsme zase u toho, že se ZP vesele porušuje a na MPSV a MZ to prostě nikomu nevdá, nikdo si to tam asi neumí spočítat...

Tolik jen na dokreslenou, možná by bylo lepší podobný dotaz položit příští generaci, cca za 10 let, kdy se snad ledy pohnou. Uvidíme.

*MUDr. Mgr. Ivana Kohnová, předsedkyně LOK-SČL, FN Olomouc*

O něco víc volného času za stejně peněz, ale v hektičtějších prostředích, protože v méně lidech (chybí ti, co si vybírají náhradní volno) musíme zvládnout stejnou práci.

*MUDr. Jan Hovorka, chirurgie, předseda MO LOK Brandýs n. L.*

časů měsíčně, potažmo 1320 hodin ročně. V naší nemocnici jsme tak po pročetí zákoníku práce a po analýze situace v nemocnici postupovali ve vyjednávání o platech (samo-zřejmě v souladu s mandátem výroční schůzky MO LOK-SČL) tak, že jsme ve výsledku dosáhli navýšení v základních platech o 25 % stávajícího tarifu, k tomu menší navýšení i do služeb s tím, že všední službu vykazujeme jako 4 hodiny přesčasové práce a 11,5 hodiny na DPČ, víkendy a svátky pak celé vykazujeme na DPČ za dohodnutou sumu. 4 přesčasové hodiny se vybírají formou náhradního volna následující pracovní den. Tj. abychom neohrozili chod nemocnice a provozuschopnost, tak jsme za prakticky stejnou práci vyjednali vyšší platy a ony 4 hodiny jsou příjemným bonusem.

Pokud bychom se drželi striktně litery zákona, musel by zřízovatel přijmout cca 10 lékařů na stejný provoz a my bychom prokazatelně díky vysokému podílu mzdy za služby

v našich platech pocítili nepříjemný pokles měsíčního příjmu. Z našich informací od kolegů z FN vyplývá, že tam je situace poněkud jiná. Zde díky relativnímu přebytku lékařů došlo v praxi ke snížení pracovní zátěže lékařů bez poklesu, nebo dokonce s mírným vzestupem reálných mezd. Ambulance pracují na 12hodinový směnný režim.

Závěrem bych doporučil všem kolegům, aby se zamysleli, co sami udělali pro změny v hodnocení naší práce. Snad si kolegové uvědomí, že jsme poměrně vlivnou, a přitom malou skupinou obyvatel této země. V takových společenstvích platí to, že pokud jednotlivec dbá důsledně na profit celé skupiny, zcela jednoznačně to vede i k jeho osobnímu profitu, který je navíc podložen pevným, těžko zpochybnitelným základem silného a jednotného profesního společenství. Když to funguje u právníků či lékárníků, proč ne u lékařů?

*MUDr. Jakub Jandík, chirurgické odd. Oblastní nemocnice Rychnov nad Kněžnou*

## Prozatím neřešitelná situace

Velice těžko nacházím nějakou přednost nového zákoníku práce. Bohužel vede pouze k prohloubení právního nihilismu – jsou vydávány nové zákony, o kterých se již předem ví, že nebudou dodržovány, a strašně je, že se tak skutečně děje. U mladých lékařů to vede k pocitu marnosti a odevzdanosti. Zákoník práce nic nového většinou nepřinesl (na některých odděleních došlo k pozitivním změnám, nevím však, jestli ne za cenu nižšího příjmu), změnilo se jen švindlování s výkazy práce.

Neuvěřitelné je, že nejvyšší místa – obě ministerstva – mlčí a přehazují odpovědnost na bezmocné ředitele nemocnic. Jeden z novinářů mi položil otázku, co by nám v dané chvíli nejvíce pomohlo. Odpověděl jsem, že více peněz k přijetí dalších lékařů. Ale pak jsem si uvědomil, že na trhu práce žádní kvalifikovaní nejsou. Situace je v tuto chvíli neřešitelná, snad jedině uzavřením části nemocnic.

*MUDr. Štěpán Bejvančický, LOK FN Plzeň*

## Zviditelnění otrocké práce v nemocnicích

Předností managementy proklínáného ZP je především zviditelnění mnohdy otrocké práce v nemocnicích. V celé nahotě došlo k tomu, co se v posledních letech mistrně skrývalo, o čem se vedly diskuse za zavřenými dveřmi. Státem garantovaná péče, zejména v lůžkových zařízeních (v žádném případě to prosím neberte jako zvyrazňování důležitosti jednoho segmentu), je poskytována jen s mimořádným nasazením personálu. Myslel jsem si, že nejhůře bylo před rokem 1989 (to není rouhání), ale to, jak je zacházeno ve většině zařízení s vysokoškolskými titulem MUDr., připomíná období okolo roku 1970. Hra na demokracii a vyspělost hodné evropské zemi přinesla své ovoce. Pod hrozbou sankcí jsme byli nuceni přijmout zákonou normu s civilizovanými prvky.

A najednou se zjistilo, že: doktorů není zase tak mnoho, že jsou naprosto mizerně placeni, že k nám pracovat cizinci zase tolik nechtějí, že krajské samosprávy krom tvorby a.s. a holdingů žádnou koncepci nemají, že ředitelé nemocnic původem ze všech možných profesí (nejmenuji, abych třeba neurzil stavební inženýry) o zdravotnictví toho moc

nevedí, neboť poslední dobu trávili v honbě za účetní nulou, a že Ministerstvo zdravotnictví krom vydávání malinkých tiskových zpráv asi ani neexistuje.

Nemyslím si, že by někdo z lékařů očekával s přijetím ZP nějakou zázračnou změnu. Došlo však k rozrytí úctyhodně falšovaných statistik o přesčasové práci, o skutečném příjmu lékaře v nemocnici, o objemu práce a výkonů. Neobjevil se nový problém, pouze jej přestalo jít tak snadno zametat pod koberec. Je to ten stejný problém, o kterém (mnoho let) věděl každý ředitel, každý krajský úřad a každý ministr, který budovou na vltavském břehu prošel. Nový zákoník práce přinesl lékařům možnost veřejnosti ukázat, na kom systém stojí, jim samotným možnost ukončit otrokářský řád. Mám jen obavy, aby dle historie nenásledoval feudalismus. Jsem optimista, a proto spoléhám na lékařský zdravý rozum. V každém případě se s přijetím ZP čeští lékaři ještě občany demokratické Evropy nestali, mají ale možnost udělat jeden velký krok.

*MUDr. Martin Sedláček, Chirurgické odd. NsP Havířov*

## Evropský soud – částečné vítězství



### Soudní dvůr Evropských společenství – usnesení ze dne 11. 1. 2007 ve věci C-437/05 ve věci MUDr. Jan Vorel proti nemocnici Český Krumlov:

Směrnice Rady 93/104/ES ze dne 23. listopadu 1993 o některých aspektech úpravy pracovní doby, ve znění směrnice Evropského parlamentu a Rady 2000/34/ES ze dne 22. června 2000, jakož i směrnice Evropského parlamentu a Rady 2000/88/ES ze dne 4. listopadu 2003 o některých aspektech úpravy pracovní doby, musí být vykládány v tom smyslu, že:

- brání právní úpravě členského státu, podle níž pracovní pohotovost, kterou lékař vykonává v režimu fyzické přítomnosti na pracovišti, ale během které nevykonává žádnou skutečnou činnost, není považována v plném rozsahu za „pracovní dobu“ ve smyslu uvedených směrnic;
- nebrání tomu, aby členský stát uplatňoval právní úpravu, která, pro účely odměňování pracovníka a pokud jde o pracovní pohotovost vykonávanou tímto pracovníkem na jeho pracovišti, zohledňuje odlišně období, během nichž je skutečně vykonávána práce, a období, během nichž k výkonu skutečné práce nedojde, za předpokladu, že takový režim plně zaručuje užitečný účinek práv, která pracovníkům přiznávají uvedené směrnice za účelem užitečné ochrany jejich zdraví a bezpečnosti.

Jinými slovy, každá přítomnost lékaře na pracovišti musí být považována za výkon práce bez ohledu na to, zda v dané chvíli lékař pracuje, či na práci čeká. Neexistuje pracovní pohotovost na pracovišti, ale pouze a jen přesčasová práce.

Evropské směrnice však bohužel nebrání tomu, aby členský stát EU ve svých vlastních právních normách upravil rozdílně odměňování za aktivní a neaktivní část ústavní pohotovostní služby.



### ANKETA

#### Co je z hlediska lékařů největší předností nového zákoníku práce?

Nový zákoník práce jasně odhalil dosud přehlížené problémy ve zdravotnictví a rozpoutal následnou diskuzi, což je jediná možná cesta k řešení „jak z toho ven“. V tom vidím jeho největší přínos.

MUDr. Martin Hamar,  
interní odd. NsP Havířov

Za samozřejmost, nikoliv přednost, považuji zrušení pohotovosti na pracovišti a následnou nutnost odchodu po službě domů (zatím s našim tichým souhlasem často porušovanou). Proto jsou pro mne nepochopitelné úvahy nového vedení ministerstva i celé vlády o úpravě této části ZP s udělením výjimky pro lékařské povolání. Pravděpodobně jsou lékaři jiný živočišný druh, který není unavitelný, nemá nutnost odpočinku a jiných banalit... Argumenty typu „vždycky to tak přece bylo“, znějící často z úst lidí z vedení zdravotnických zařízení, považuji za iracionální, byť je mi jasné, jaké provozní problémy tato změna zákona generuje. Tíží lidé neváhají v takřka feudálních podmínkách zaměstnávat plně pracující absolventy vysokých škol za zlomkové úvazky, aniž by viděli jakýkoli rozpor s legislativou či morálkou...

MUDr. Petr Neugebauer,  
kardiolog, FN Brno

Největší předností nového ZP je jednoznačně zrušení pracovní pohotovosti na pracovišti, které zahýbalo stojatými vodami naší organizace práce a odměňování lékařské práce vůbec. Díky publicitě, které se problému s pohotovostmi a přesčasy dostalo, si konečně i většina lékařů uvědomila, že prostě není normální, aby lékař trávil v práci dobu odpovídající téměř dvěma pracovním úvazkům (práce + služby) a pobíral za to dva podprůměrné platy. Výrazná podpora lékařů nám jako LOKu následně umožnila vyjednat s vedením nemocnice lepší pracovní podmínky pro lékaře.

Snahy ministra zdravotnictví za ODS ve smyslu nařizování přesčasové práce lékařům zákonem považují za snahu o návrat hluboko do minulosti. Opustili jsme totalitu, abychom nastolili nevolnictví??

MUDr. Martin Sajdl,  
interna, Rychnov nad Kněžnou

Přednosti jsou zcela zřejmé. Je jen třeba konečně se zákonem také začít se řídit a trvat na právech zaměstnance stůj co stůj, trvat na odpovídajícím ohodnocení za základní pracovní dobu v poměru s jinými zaměstnáními, odmítnout sloužit nadále cca 1800 hodin přesčasů ročně a především se nesnažit hledat další protizákonné nebo pseudozákonné cestičky, jak tyto hodiny odsloužit a vydělat si alespoň 50 Kč/h, jakkoli je 50 Kč více než nic. Přece není cílem lékaře zemřít upracován, ale léčit a být k tomu připraven. Každý zedník by se lékařům vysmál a domnívám se, že se již dávno směje těm tajrlíkům v bílém plášti.

MUDr. Radomil Šulc, chirurg,  
Ebersbach (Německo), člen OS Děčín



# Nemusel jsem projevít žádnou statečnost

## Jen jsem podal důkaz, že se můžeme chovat trochu sebevědoměji

**Na 11. reprezentačním plese lékařů českých na Žofíně v Praze byl českokrumlovský chirurg MUDr. Jan Vorel vyznamenán Cenou za statečnost. Obdržel ji za to, že z původní skupiny lékařů zůstal sám, kdo podal trestní oznámení kvůli proplacení rozdílů mzdy mezi přesčasovou prací a tzv. čekání na práci.**



Foto: Václav Pergl

Tomáš Vorel (uprostřed) přebírá Cenu za statečnost od Martina Engela a Milana Kubka

### Jak velkou radost vám udělala Cena za statečnost?

Dlouho jsem váhal, zda ji mám přijmout, neboť název ceny neodpovídá situaci, v níž jsem se ocitl. Nemusel jsem projevít žádnou statečnost, maximálně jsem byl kapku důslednější než ostatní kolegové. Nicméně pořadatelé této akce mě nakonec přesvědčili, že by to mohl být určitý příklad pro kolegy, že se můžeme chovat trochu sebevědoměji a nic se nám nemůže stát. Nechci, aby to znělo jako odborářská agitka, ale tuto cenu by si určitě více zasloužil MUDr. Kubek, který je podle mého soudu jediný, jenž je schopen aspoň trochu do budoucna urovnat napětí mezi jednotlivými lékařskými skupinami. Samozřejmě neznám tak podrobně problematiku praktických lékařů a ambulantních specialistů, ale mám mezi nimi mnoho přátel a vím, že mají zase jiné problémy než my, ale nikdo z nich nevidí doktora Kubka tak negativně, jak je nám podsouváno v médiích. Dle mého tím, že MUDr. Kubek zná problematiku nemocničních lékařů a je zároveň již v soukromém sektoru, může hájit zájmy obou skupin lékařů. Takže snad svítání na lepší časy...

### V čem spočívá kauza, díky níž jste obdržel ocenění?

Po vstupu České republiky do Evropské unie bylo na poradě předsedů místních organizací LOK v Praze dohodnuto, že není možno tolerovat stav, kdy je nemocničním lékařům v době služeb vyplácena jen poloviční hodinová mzda za takzvané čekání na práci. Tento termín totiž v Evropské unii není znám. Původní idea byla, že lékaři z různých nemocnic si vypočítají rozdíl mzdy, který jim byl vyplacen za služby s „čekáním na práci“, a mzdou, která by jim příslušela, kdyby byli placeni plnou hodinovou přesčasovou mzdou. S žádostí o proplacení tohoto rozdílu – mimochodem u mě to dělalo kolem 30 tisíc korun – se pak měli lékaři obrátit na vedení své nemocnice. V případě, že toto nebude akceptováno, bylo s právníky LOK domluveno podání žaloby, která by měla precedentně řešit tuto skutečnost. Kolegové, kteří se původně hlásili k tomuto postupu, si to posléze rozmysleli a od svého záměru z různých důvodů ustoupili. Takže jsem výše popsany „kousek“ uskutečnil s právníky LOK osamoceně.

### Proč to ostatní vzdali?

Kolegy, kteří upustili od žaloby, osobně neznám, takže mi nejsou jasné ani jejich důvody.

### Nemyslíte si, že mohli mít obavy z následků v nemocnici, kde pracují?

To si nedovolím hodnotit. Obecně vidím jako největší problém nás, nemocničních lékařů, nedostatek sebevědomí a snad i určitý strach vydobýt si lepší pracovní a finanční podmínky. Přitom v současné době máme všechny trumfy v rukách. V celé historii LOK si konečně můžeme říci o důstojnou hodinovou mzdu. Víím, že to není tak jednoduché, ale 70 korun čistého za hodinu pro atestovaného lékaře za noční práci je dosti smutný výsledek v budování hrdého lékařského stavu.

### MUDr. Jan Vorel

Narozen 4. 9. 1960 v Praze. V roce 1985 vystudoval Lékařskou fakultu UK v Praze. I. atestaci získal v roce 1988, II. atestaci z chirurgie v roce 1998. Celý profesní život pracuje na chirurgickém oddělení nemocnice Český Krumlov.

Od vzniku LOK je předsedou MO LOK.

### Proč jste to nevzdal vy?

Šlo mi o precedentní záležitost, která nebyla vůbec namířena proti mé nemocnici v Českém Krumlově, kde jsem velice spokojen a kde mám téměř ideální podmínky pro práci. Bylo nutno tímto způsobem řešit finanční diskriminaci nemocničních lékařů. U jiných profesních skupin v celé České republice, například hasičů nebo policistů, totiž nic podobného neexistuje.

### Neměl jste obavy, že se na vás bude vedení českokrumlovské nemocnice v lepším případě mračit, v horším se vám třeba bude i mstít?

Jako předseda MO LOK v naší nemocnici přicházím do pracovního kontaktu s jejím vedením. Musím říci, že naše vztahy jsou velice korektní. Žalobu jsem oznámil řediteli s dostatečným předstihem včetně harmonogramu jednotlivých kroků s tím, že nejde o žádné vyhocené emotivní gesto, ale o vyřešení celorepublikového problému, pro který je třeba získat precedens. A je třeba uznat, že po určitém překvapení postupovalo vedení naší nemocnice solid-



ně, včetně vytvoření fundované právní odpovědi na moje žádosti o proplacení „čekání na práci“. Takže o nějaké mstě nemůže být řeč.

### Jak žaloba probíhala?

Krajský soud v Českých Budějovicích věc pozastavil a podal dotaz k Evropskému soudnímu dvoru. Ten po dvou letech rozhodl jako chytrá horákyň: „Každý pobyt zaměstnance na pracovišti je nutno považovat za pracovní výkon, ale jak bude finančně ohodnocen, to je věcí jednotlivých států Evropské unie.“ Nicméně případ ještě není uzavřen, čeká se na vyjádření soudu v Českých Budějovicích.

### Na čem vážně dokončení soudního řízení?

Vážné to na tom, že si musí nějaký soudce sednout a tento případ začít řešit.

### Ale „čekání na práci“ bylo mezitím novým zákoníkem práce zrušeno...

Ano, v současné době se tento spor může zdát už bezpředmětný. Nicméně výsledek soudního řízení je důležitý kvůli dalšímu problému, který vyvstal právě s novým zákoníkem práce. Jsou to přestávky v práci v době služeb. Jestliže český soud rozhodne, jak bylo doporučeno Evropským soudním dvorem, tak vedení nemocnic, pokud neumožní lékařům v době přestávky odejít z pracoviště, bude muset tyto přestávky proplácet. Může se to zdát malicherné, ale proplácení či neproplácení přestávek může dělat rozdíl i 10 tisíc korun za rok.

### Jak tváří kolegové na vaše ocenění?

Jak už jsem uvedl, z tohoto ocenění jsem poněkud rozpačitý, takže tuto skutečnost nikde neventiluji. Myslím, že pokud to kolegové zjistí, název ceny vyvolá jejich pobavený úsměv.

### Jaký ohlas to mělo v nemocnici, kde působíte?

Doufám, že tato skutečnost neovlivní další vztahy vedení nemocnice a MO LOK. Oni vědí, že nejsem žádný revolucionář na barikádě; ono to stejně nejde vzhledem k „aktivitě“ ostatních lékařů, s kterými se nelze dohodnout. Vždy se musí najít nějaký kompromis, aby „karavana táhla dál“.

### Jak vypadá současná situace ve vaší nemocnici?

V současné době panuje obava z dalšího vývoje nemocnice, neboť jsme se stali akciovou společností. Podle informací od kolegů, kde již tento stav nastal, se výrazně zhoršily mezilidské vztahy. Jsem přesvědčen, že právě

přátelské vztahy drží mnoho lékařů v naší nemocnici a brání jim v odchodu do zahraničí či do soukromé sféry.

### Jak často sloužíte a jak to zvládáte?

U nás sloužíme v průměru měsíčně jednu až dvě víkendové služby a pět všedních. S blížícím se důchodovým věkem člověk služby zvládá čím dál hůře, ale na druhou stranu poslední roky máme po službě den volna, což je úžasné. Samozřejmě, náhradní volno nemáme placené, a to trochu kalí tuto euforii.

### Odcházejí lékaři z vaší nemocnice jinam?

Občas nějaký lékař odejde tu do jiné nemocnice, tu do zahraničí, tu do soukromého sektoru, ale je to asi stejně jako v každé jiné okresní nemocnici.

### Mnoho českých lékařů touží pracovat v zahraničí. Neuvažujete o tom také?

Zatím jsem zde absolutně spokojen. O opouštění naší nemocnice, kde pracuji nepřetržitě 22 let, neuvažuji.

### Proč je podle vašeho názoru často tak vyostřená situace uvnitř ČLK?

Protože si lékaři navzájem závidí „suché z nosu“ – nemocniční lékaři soukromým, soukromí nemocničním atd. Přitom všichni mají svoje problémy, ale zřejmě tak odlišné, že to ta druhá skupina nechápe nebo nechce chápat. Tato situace nahrává naší politické reprezentaci, která tím, že nemá proti sobě jednotnou lobbistickou skupinu, nemusí v podstatě nic řešit. Vždyť zdravotnictví navenek funguje velice dobře a naši pacienti dostávají špičkovou evropskou péči. Kdybych byl politikem, tento stav by mi naprosto vyhovoval. Rozhádání lékařů – spokojení voliči.

### Jaké vidíte řešení, aby se lékaři mezi sebou stále nehádali?

Doufám, že pro rozumné lékaře to je osobnost MUDr. Kubka v čele ČLK.

### Jak se díváte na změny, které přinesl lékařům nový zákoník práce? Co je pozitivní přínos a co negativní?

Zatím v práci žádné převratné změny neregistruji. Bojím se toho, že v akciové společnosti nám nový zákoník moc nepomůže. Vlastník nemocnice, když na lékaře – a my jsme dostatečně poddajný materiál – zatlačí, tak si bude moci dělat, co chce.

(MIM)

## Kdo už získal Cenu za statečnost

Prvním oceněným byl v roce 1997

**prof. MUDr. Pavel Pařko, DrSc.**, za výrok o ceně operace prezidenta Havla, kterou označil ve srovnání s opravou prezidentského auta za nízkou. Šlo o první takový výrok v médiích, který pronesl významný český lékař a akademický hodnostář.

Druhým oceněným lékařem byl **MUDr. Petr Herman** z Opavy za statečnost během záplav na Moravě, kdy lodkou odvezl svoji těhotnou pacientku do nemocnice.

Třetí cenu dostal **MUDr. Rostislav Beneš** z Uherského Brodu, který se snažil přes značnou nepřízeň počasí dostat s posádkou sanity Rychlé lékařské pomoci k pacientce akutně ohrožené na životě.

Cenu LOK-SČL za rok 2000 obdrželi členové vedení LOK Zlín **MUDr. Marcela Henčlová** a **MUDr. Libor Richter** za statečný postoj při jednání s ředitelem nemocnice o platech.

Laureátem Ceny za statečnost 2001 se stal **primář MUDr. Lukáš Svoboda** z Hemodialyzačního centra Nemocnice Na Homolce, který se zúčastnil české expedice na druhý nejvyšší zemský vrchol K2, kde, ač sám nemocen a v těžkých podmínkách, poskytoval lékařskou péči dalším horolezcům.

**Předsednictvo LOK-SČL rozhodlo Cenu za statečnost za rok 2002 udělit prof. MUDr. Bohumilu Fišerovi, CSc.**, bývalému ministrovi zdravotnictví České republiky, který ve vládě statečně prosadil a na veřejnosti pak obhajoval navýšení finančních prostředků pro zdravotnictví a navýšení platů lékařů a sester v nemocnicích.

Za rok 2003 byl oceněn **MUDr. Zdeněk Šetna**, lékař záchranné služby, který byl napaden a zbit při ošetřování zraněného. Přes tuto událost dále pracoval u záchranné služby.

Cena LOK-SČL za statečnost za rok 2004 byla mimořádná. Nebyla to cena za jeden konkrétní statečný čin, ale za celý život a byla předána in memoriam. Předsednictvo LOK-SČL tímto krokem ocenilo vynikající lékařku a velmi statečnou ženu, **doc. MUDr. Květu Kvapilíkovou, CSc.**, která zemřela v říjnu 2004 po dlouhé nemoci.

(ms)





# Výdaje za léky v ČR znovu nekontrolovaně rostou

## Co proti tomu dělá ministerstvo zdravotnictví? Nic!

### VÝDAJE ZA LÉKY V ČR

(údaje SÚKL – distribuované léky s maximální marží)

|             | Výdaje za léky (mld. Kč) | Meziroční nárůst (%) | Inflace (%)  |
|-------------|--------------------------|----------------------|--------------|
| 1993        | 13,96                    |                      |              |
| <b>1994</b> | <b>21,19</b>             | <b>51,8%</b>         | <b>10,0%</b> |
| <b>1995</b> | <b>25,64</b>             | <b>21,0%</b>         | <b>9,1%</b>  |
| 1996        | 28,18                    | 9,9%                 | 8,8%         |
| 1997        | 30,06                    | 6,7%                 | 8,5%         |
| 1998        | 33,32                    | 10,8%                | 10,7%        |
| 1999        | 36,44                    | 9,4%                 | 2,1%         |
| 2000        | 38,39                    | 5,4%                 | 3,9%         |
| <b>2001</b> | <b>44,24</b>             | <b>15,2%</b>         | <b>4,7%</b>  |
| 2002        | 48,03                    | 8,6%                 | 1,8%         |
| 2003        | 52,22                    | 8,7%                 | 0,1%         |
| 2004        | 56,99                    | 9,1%                 | 2,8%         |
| <b>2005</b> | <b>64,57</b>             | <b>13,3%</b>         | <b>1,9%</b>  |

Od 1. 8. 2006 platí degresní marže namísto 29% v těchto sazbách:

|     |                                  |
|-----|----------------------------------|
| 33% | do základu 150 Kč                |
| 32% | ze základu přesahujícího 150 Kč  |
| 28% | ze základu přesahujícího 300 Kč  |
| 25% | ze základu přesahujícího 500 Kč  |
| 22% | ze základu přesahujícího 1000 Kč |
| 18% | ze základu přesahujícího 2500 Kč |
| 10% | ze základu přesahujícího 5000 Kč |

### VÝDAJE ZA LÉKY V ČR – 2006

(údaje SÚKL – distribuované léky s maximální marží)

|                  | Výdaje za léky (mld. Kč) | Meziroční nárůst (%) |
|------------------|--------------------------|----------------------|
| <b>1. Q 2006</b> | <b>14,02</b>             | <b>-17,6%</b>        |
| 2. Q 2006        | 16,20                    | -0,8%                |
| 3. Q 2006        | 14,75                    | -2,7%                |

Inflace v roce 2006 = 2,5 %

**Úspory, kterých bylo ve výdajích za léky dosaženo v loňském roce, se nijak nepříznivě neprojevily na zdravotním stavu populace.**

Zdá se, že ušetřené peníze nebudou použity na lepší ocenění práce zdravotníků, ale utraceny za léky dodatečně.

Sliby:

„Pokud se týče finanční stability systému, **pan ministr očekává, že meziroční nárůst nákladů na léčiva hrazená z veřejného zdravotního pojištění nepřesáhne 3 %.**“

(náměstek ministra zdravotnictví MUDr. Hroboň při zahájení činnosti kategorizační komise)

Realita:

**Aktuální meziroční nárůst výdajů za léky**

**leden 2007 / leden 2006 +19,0%**

**únor 2007 / únor 2006 +11,5%**

**leden + únor 2007 / leden + únor 2006 +14,2%**

**leden + únor 2006 / leden + únor 2005 -2,0%**

(IMS – International Medical Statistic)

**Zdravotně pojistný plán VZP počítá s nárůstem výdajů za léky pouze +4 %!**

Pokud ministerstvo zdravotnictví nezareaguje, dojde v roce 2007 k překročení zdravotně pojistného plánu VZP o 4 mld. Kč!

Pokud ministerstvo zdravotnictví konečně nezačne jednat, pak nekontrolovaný nárůst výdajů za léky způsobí opětovné zadlužení VZP, zpoždění plateb ze strany pojišťovny zdravotnických zařízení a bude zneužíváno jako argument, proč není možno lépe ocenit práci lékařů.

Otázky:

- Jak se na výdajích za léky a na ekonomické stabilitě VZP projeví dohoda o financování péče v onkologických centrech?
- Jak se na výdajích za léky projeví ministerstvem připravovaná léková vyhláška?

**Od 1. dubna má začít platit nový seznam léků s jejich úhradami a nikdo nic neví.**

„Faktorem vedle zajištění dostupnosti péče a finanční stability systému, který považujeme za velmi důležitý, je samotný proces kategorizace, jeho soulad s nařízeními EU a zejména jeho průhlednost.“

(náměstek ministra zdravotnictví MUDr. Hroboň při zahájení činnosti kategorizační komise)

„Stanovení konkrétní výše, do jaké bude léčivo hrazeno vyhláškou, fakticky vylučuje plnohodnotnou účast zainteresovaných subjektů na tomto procesu, oslabuje transparentnost jednotlivých kroků a tím i důvěryhodnost celého procesu.“

(nález Ústavního soudu České republiky ze dne 16. ledna 2007)

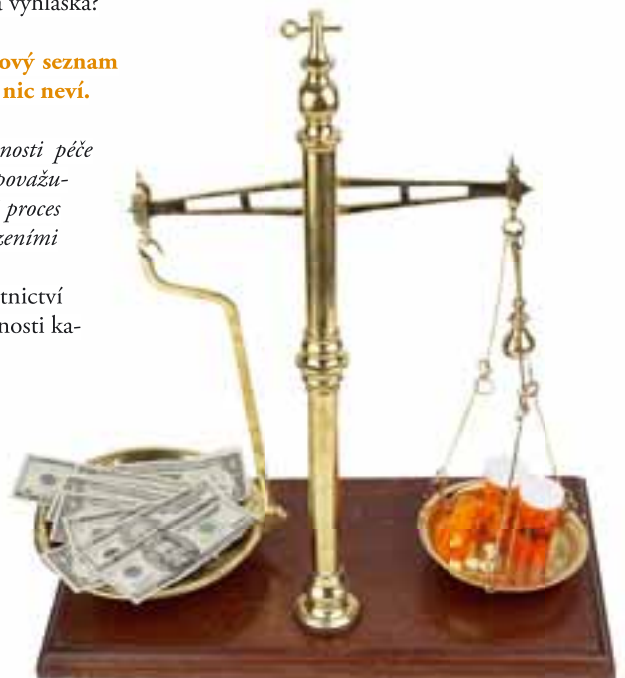
Nezbývá než souhlasit s Ústavním soudem, že proces stanovování úhrad léků z veřejného zdravotního pojištění není dostatečně transparentní.

**ČLK byla rozhodnutím ministra Julínka zbavena práva hlasovat o úhradách v rámci kategorizační komise. Komora tedy nese žádnou spoluodpovědnost za nekontrolovaný nárůst výdajů za léky, který očekáváme v důsledku nečinnosti ministerstva zdravotnictví, které nedělá nic proti nepřiznivým trendům z počátku roku.**

Dvouciferný meziroční nárůst výdajů za léky si nemůže dovolit ani česká ekonomika, ani jiné hospodářství na světě.

Od 1. 4. 2007 **má platit nový seznam léků s jejich úhradami a nikdo nic neví.** Lékařská veřejnost nemá žádné informace o jednání tzv. odvolací komise, o rozhodnutí ministra ani o textu vyhlášky. Je iluzorní, že by do 1. dubna lékaři měli k dispozici nový Číselník HVLV a věděli, jaké peníze budou muset za předepsané léky platit pacienti v lékárnách. Dosud nikdy neprobíhal proces kategorizace léčiv tak chaoticky a neměl takové zpoždění jako letos. Lze si jen obtížně představit, že takto fungující ministerstvo by mohlo být schopno vyhovět náležům Ústavního soudu a v duchu směrnice EU rozhodovat o úhradách léků v 8000 správních řízeních.

(Tiskové prohlášení z 8. 3. 2007)





## Ministr chce prohloubení principu solidarity

Ano, ale jen pokud z toho budou mít nemocní skutečně užitek

VÝDAJE ZA LÉKY NA PŘEDPIS  
A MÍRA SPOLUÚČASTI PACIENTŮ

|      | Výdaje na léky na předpis | Výdaje pojišťoven | Výdaje pacientů | Podíl spoluúčasti |
|------|---------------------------|-------------------|-----------------|-------------------|
| 2002 | 34,8                      | 31,5              | 3,3             | 9,5%              |
| 2003 | 37,7                      | 33,7              | 4,0             | 11,9%             |
| 2004 | 43,3                      | 38,3              | 5,0             | 13,0%             |
| 2005 | 47,4                      | 41,6              | 5,8             | 13,9%             |

ČLK podporuje zvyšování spoluúčasti pacientů na úhradě zdravotní péče jako opatření snižující zneužívání zdravotní péče.

Ministr Julínek navrhuje prohloubení principu solidarity. Tedy aby nebyli solidární pouze lidé zdraví s lidmi nemocnými, ale aby formou zvýšených doplatků na běžně používané léky byli s vážněji nemocnými solidární i lidé méně nemocní. Tento princip je obhajitelný pouze tehdy, pokud budou z veřejného zdravotního pojištění hrazeny jen takové léky, jejichž výrazně vyšší cena je kompenzována výrazně větší účinností. Hradit z pojištění desetkrát dražší léky, které mají třeba jen o 10% vyšší účinnost oproti klasické léčbě, to si nemůže dovolit žádné zdravotnictví. Ne všechny moderní léky jsou tak účinné, jak tvrdí jejich výrobci. Ne pro všechny existují studie prokazující vyšší účinnost oproti levnější klasické léčbě. Vyšší účinnost oproti neúčinnému placebo neodůvodňuje hrazení takového léku z veřejného pojištění.

ČLK podporuje rozvoj lékařské vědy, avšak respektuje nutnost šetrného nakládání s veřejnými prostředky. ČR si nemůže dovolit financovat z veřejných prostředků terapii, kterou například nehradí německé pojišťovny, kterou nedoporučuje britský NICE (National Institute of Clinical Excellence), a tedy ji nepoužívají lékaři britské Národní zdravotní služby.

Léky, u kterých nebyla prokázána vyšší účinnost oproti klasické léčbě, by neměly být hrazeny z veřejného zdravotního pojištění a měly by být v ČR podávány pacientům pouze v rámci studií, jejichž účelem je zhodnotit přínos oproti dosažité léčbě. Náklady na tyto studie musí nést farmaceutické firmy, nikoliv solidární systém veřejného zdravotního pojištění.

MUDr. Milan Kubek  
prezident ČLK

## Komora podporuje snahu lékařů dosáhnout vyšší ceny práce

Usnesení představenstva ČLK z 2. 3. 2007: Představenstvo ČLK v souladu s usnesením XX. sjezdu ČLK souhlasí se snahou části praktických lékařů o významné, nicméně oprávněné zvýšení ceny jejich práce. Představenstvo podporuje zvyšování ceny lékařské práce plošně pro všechny lékaře.

Požadavky PL na navýšení kapitace jsou legitimní. Cílem jejich protestů není snižování příjmů lékařů ostatních segmentů. Hodnota základní kapitační sazby nad 50 Kč byla zdůvodněna zástupci SPL již před několika lety.

Segment ambulantních specialistů je vyhláškou č. 619/2006 Sb. poškozen nej-

více. Současný úhradový vzorec rezignoval na nový Seznam výkonů.

ČLK-o.s., jejímž prostřednictvím ČLK hájí své členy v dohodovacích řízeních, nesouhlasila s faktickou rezignací na nový seznam výkonů s vyšší cenou lékařské práce a s přechodem na systém paušálních úhrad.

Na výzvu k jednání s vyjednávacím týmem ČLK, jehož cílem by mělo být odstranění nebo alespoň zmírnění negativních dopadů 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 lékaře, ministr Julínek dosud nereagoval.

## Nesouhlasíme se vznikem detašovaných pracovišť nemocnic bez výběrového řízení

Předseda OS ČLK Frýdek-Místek požádal představenstvo o stanovisko k praxi, kdy nemocnice Třinec otevírá bez výběrového řízení odborné ambulance detašované mimo sídlo nemocnice (chirurgie – Jablunkov, ortopedie – Orlová).

Skutečnost, že Nemocnice Třinec nepožádala o vypsání výběrového řízení na chirurgickou ambulanci v Jablunkově, potvrdil i Odbor zdravotnictví Krajského úřadu Moravskoslezského kraje. Je tedy možné, že uzavření smluv na úhradu péče v těchto ambulancích ze zdravotního pojištění skutečně nepředcházelo výběrové řízení.

Prezident MUDr. Kubek požádal ředitele zdravotních pojišťoven, aby věc přešetřili.

Před uzavřením nové smlouvy se musí uskutečnit výběrové řízení dle § 46 záko-

na č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Povinnost konat výběrové řízení platí i pro případy rozšiřování smlouvy stávající a je dána i tehdy, přesunuje-li se úvazek, který již zdravotnické zařízení má nasmlouvan, na jiné místo. Pokud by tomu tak nebylo, provozovatelé zdravotnických zařízení, kteří uzavřou smlouvy pro region s malou hustotou sítě smluvních zařízení, by pak bez dalšího mohli svoji činnost přenést do oblastí, kde je naopak tato síť již naplněna.

Představenstvo považuje podobné jednání za nekalou konkurenci vůči soukromým lékařům a bude se snažit prosazovat legislativní změny, které budou chránit soukromé lékaře.

Návrh byl jednomyslně přijat.

## Novela zákona o nahlížení do dokumentace zvýší administrativu i může škodit pacientům

Představenstvo ČLK je toho názoru, že úprava nahlížení do dokumentace a informování pacientů tak, jak je navrhována novelou zákona č. 20/1966 Sb., způsobí zdravotnickým zařízením, potažmo lékařům, zvýšení administrativní zátěže a bude klást zvýšené nároky na ošetřující lékaře.

Nahlížení pacientů do dokumentace a jejich možnost kopírovat si její části může bez znalosti souvislostí vést k dezinterpretaci těchto informací a pacient místo toho, aby byl informován, bude spíše dezorientován.

Navržená právní úprava týkající se bezvýjimečného nahlížení do dokumentace nejenže v mnoha případech nepovede k prospěchu pacientů, ale v některých případech je může přímo poškodit.

Představenstvo považuje za dostatečný a vhodnější způsob informování pacienta formou výpisu z dokumentace provedeného lékařem, tento výpis by byl v případě potřeby přezkoumatelný i soudním znalcem.

Návrh byl jednomyslně přijat.



# Proč protestují praktici 28. 3. 2007

**Protesty** vedeme od 14. 2. 2007 (první uzavření ordinací), akce **28. 3. 2007** je vlastně pokračováním protestů vůči VZP, protože nebyly splněny požadavky nespokojených lékařů.

**Segment praktických lékařů se finančně stále propadá** s příjmy od VZP (% z celkových výdajů na zdravotní péči). V zahraničí se pohybují příjmy do segmentu praktiků nad 10 %. Rok 2006 i 2007 tento trend v ČR nemění.

|                |      |   |
|----------------|------|---|
| Srovnání (ČR): | 2001 | 5,06  |
|                | 2002 | 4,95  |
|                | 2003 | 5,06  |
|                | 2004 | 4,78  |
|                | 2005 | 4,64  |
|                | 2006 | dosud číslo není, ale bude ještě menší než 2005 |

**Nesouhlasíme s dohodami, které učinila SPL s VZP ohledně úhrad na rok 2006 a 2007 (září až prosinec 2006).** Ty jen potvrzují dosavadní nepříznivý trend financování praktiků (zachovávají regulace) a nepřináší perspektivu zlepšení. K dohodám nemuselo dojít.

Opakované **protestní akce v loňském roce** byly hlavně **proti nesmyslným úhradovým vyhláškám** a špatnému financování praktiků. Očekávání z těchto protestů však nepřineslo kýžený výsledek. Úhradová vyhláška na rok 2007 je jen pokračováním vyhlášky č. 101/2006 Sb. se zmírněním dopadů regulací.

**Běžnou cestou těchto dohod nevidíme možnost výraznějšího zlepšení pro náš segment. Cítíme křivdu vůči praktikům, a proto vyjadřujeme svou občanskou nespokojenost. Chceme upozornit na tuto nespravedlnost jak zdravotní pojišťovny, ministerstvo zdravotnictví, poslance, tak i veřejnost. Protestujeme formou jednodenního uzavření ordinací.**

**Rok 2006** – nesouhlasíme s regulacemi, ani vratkami za tzv. prezálohování, neboť platí od 1. 1. 2006 **nový seznam výkonů**, dle kterého jsme i účtovali a VZP nám faktury hradila ne jako zálohové platby, ale dle zákonné předlohy (nový seznam výkonů). Pokud faktury ZP platily, tak je de facto uznaly.

Rok 2006 vychází u praktiků s nárůstem oproti roku 2005 o **3,3 %**. Ostatní segmenty měly garanci nárůstu vyšší (1. Q – 3 %, zbytek roku 5 %) při zachování počtu vyšetření. A u nemocnic stačilo vykázaní péče na 90 procent výkonů. To je jasná **diskriminace** segmentu praktiků.

Ambulantní lékaři v roce 2006 **ušetřili VZP za předepsané léky 3 miliardy Kč**. Převážné části těchto úspor dosáhli praktici.

Jako odměnu však nedostali nic. Ale ušetřené finance za léky nemocnic zůstaly v nemocnicích, protože nemocnice dostávají finance na léky v rámci nemocničního paušálu a ten jim ponížen nebyl.

Pro 2. pololetí 2006 již nebyla úhradová vyhláška a VZP mohla hradit péči praktiků dle nového sazebníku plus bonifikace, a i bez regulací.

**Rok 2007** – vyhláška č. 619/2006 Sb. o úhradách na rok 2007 nekopíruje zcela výsledky dohodovacího řízení, jak by měla. Tam byla dohodnuta hodnota kapitace **minimálně 36 Kč**, ale vyhláška vypustila slovo minimálně. Pojišťovny se v jednání odvolávají na vyhlášku.

Podle statistiky VZP tvoří 80 až 85 % příjmů praktiků pro dospělé kapitace. Kapitace se zvýšila v roce 2007 o 98 haléřů na 36 Kč, což je nárůst o **2,7 %** (pro srovnání: nárůst kapitace mezi léty 2005 a 2006 byl 1,05 Kč, tj. o 3 % vyšší... a my jsme proti tomu vloni protestovali).

Pokud bude nyní žádat lékař účtování jen formou výkonů (nechce kapitaci), bude mu VZP hradit výkony **hodnotou bodu 0,46 Kč**. Tím VZP jasně sděluje, jaká hodnota bodu je v rámci kapitační platby. S tím přece nemůžeme souhlasit.

To je jasná diskriminace.

Hodnota bodu pro mimokapitační výkony byla ve 2. pololetí 2006 0,97 Kč a pro rok 2007 je navrhována **0,92 Kč** (což je pokles). I když vyhláška pro rok 2007 hovoří o hodnotě bodu 1,07 Kč.

Znovu se objevují **regulace na léky a komplety** (i když ve zmírněné podobě) a složitým způsobem výpočtů nedovolují lékařům sledovat průběžně náklady. Lékař se dozví své regulace nejdříve až v březnu 2008. Výsledek regulací bude záviset na výsledku hospodaření celého segmentu. Výpočty hospodaření celého segmentu jsou neprůhledné. Nejistota v tom, jak bude lékař regulován, bude trvat více než rok.

Z těchto regulací mohou být ve svém důsledku poškozeni pacienti.

**Rok 2008** – **jsou pouze přísliby** (slibem však nezarmoutíš). Nakonec i předseda správní rady VZP a náměstek ministra zdravotnictví Bc. Šnajdr na setkání se zástupci SPL potvrdil, že cena naší práce v roce 2008 se bude odvíjet od dohodovacího řízení. SPL bude požadovat kapitaci 55 Kč a bod 1,10 Kč. To se však jedná o skokový růst. Ale vzhledem k tomu, že dohodovací řízení ještě nezačalo a už se vyjádřily i ostatní segmenty, že požadují stejné navýšení jako praktici, tak nemůžeme očekávat, že by došlo k dohodě. Dohodovací řízení skončí v září, pak musí

vydat vyhlášku ministr a teprve potom pojišťovny navrhnou ceny pro rok 2008. To se dozvíme tak v prosinci.

Tlaky z ministerstva jsou takové, abychom trpělivě vyčkali až na reformy ve zdravotnictví, které nám přinesou efekt. Na to se však nemůžeme spoléhat, neboť víme, jaké je rozložení sil v Parlamentu ČR a jak je tato vláda „křehká“. I tato vláda hledá, jak ušetřit na výdajích státu.

A šetření se jistě dotkne i zdravotnictví. Ty náznaky tu již jsou.

MUDr. Lubomír Nečas  
předseda Sdružení praktických lékařů  
Zlínského kraje  
lubomir.necas@zuzlin.cz

## Protestní akce ve středu 28. 3. 2007

Praktičtí lékaři uzavírají ordinace na celý den 28. 3. 2007. Ve Zlínském kraji je zajištěna lékařská služba (8.00–13.00 hod.) pro akutně nemocné pacienty v prostorách LSPP. Lékaře sami zajistíme na své náklady, prostory a sestru poskytují provozovatelé LSPP, výkony si tito vykáží na zdravotní pojišťovnu. Tak to bylo dohodnuto s Krajským úřadem Zlínského kraje. V ostatních krajích je organizace i jiná, např. 5 ordinací uzavřeno a 1 lékař zastupuje ty ostatní.

Protest uzavřením ordinací je přísliben praktickými lékaři pro dospělé ze Zlínského kraje (90 %), lékaři z Jihomoravského kraje, kraje Vysočina, okresu Plzeň-sever, lékaři z Olomouckého kraje. Další jednotlivci a okresy se hlásí. **Dejte nám, prosím, na níže uvedený mail vědět i vy, pokud se připojujete k protestu.**

**Protestní akci – uzavření ordinací 28. 3. 2007 – organizují také pediatři (SPLDD), a to celostátně.**



# Proč jsou praktici na Moravě nespokojeni

Aktivita moravských praktiků vznikla poměrně nečekaně a jsem přesvědčen, že překvapila a zaskočila i samotné vedení SPL. Najednou a bez politických podtextů se vynořila skupina nespokojených, kteří zcela jasně vyslovili své požadavky a vědomi si toho, že samotná slova by opět nikdo nebral vážně, rázně přikročili k činům. Zavřeli ordinace. Jsem přesvědčen, že k činům přikročili neradi. Takový čin rozhodně není lékařům vlastní a příjemný, a o to víc by si měli všichni uvědomovat, jak obrovská míra beznaděje je k tomu musela vést.

Média způsobem pro ně vlastním neomylně vyloupila z řady faktů, která uvedli praktičtí lékaři ve svém prohlášení, to nejprodejnější, tedy že praktici chtějí přidat.

Je pravda, že chtějí a není to nic, co by museli skrývat. V dalších bodech svého prohlášení uvedli jen důvody, které je k jejich krokům vedou, což už však nebylo pro média nikterak zajímavé, takže se tato fakta k laskavému čtenáři nedostala.

Praktičtí lékaři se rozhodli nespokojit s růstem kapitace o korunku ročně, jasně a rozhodně deklarovali, že chtějí za kapitaci minimálně 50 Kč. Rozhodli se riskovat nevoli ostatních poskytovatelů s tím, že jim bylo jasné, že od nich budou slyšet obvinění, že když se přidá praktikům, bude to na jejich úkor. Rozhodli se přes to všechno vyburcovat i své vedení SPL k tomu, aby si uvědomilo, že situace je kritičtější, než se mnohým zdá.

Zkusme trochu počítat. Je uznávaným faktem, že kapitace z peněz, které praktik dostane, dělá 80 % jeho příjmů od zdravotních pojišťoven. Vezměme si praxi praktika s PKČ = 1, tedy „s úvazkem“ 1,0. Takových praxí je drtivá většina. Zkusme si říct, že má tato praxe zaregistrováno 1900 jednicových pojištěnců, a podívejme se, kolik praktik od zdravotních pojišťoven dostal za tyto pojištěnce za měsíc peněz loni a kolik jich dostane letos. Počítejme loňskou kapitaci pro jednoduchost 35 Kč a letošní 36 Kč. Dojdeme k číslům 66 500 Kč a 68 400 Kč. Prostým odečtením dojdeme k tomu, že letos dostane praktický lékař za kapitaci (která, jak znovu připomínám, dělá 80 % jeho příjmů od zdravotních pojišťoven) za všechny své registrované pacienty od všech pojišťoven měsíčně o 1900 Kč více, což celoročně znamená závratný nárůst 22 800 korun.

Čtenáře tohoto časopisu (na rozdíl od médií neobjektivně informované veřejnosti) jistě nemusím přesvědčovat, že to není částka, kterou si lékař pošle měsíčně na svůj účet.

Praktický lékař povětšinou nedisponuje ve své ordinaci nákladnými přístroji, které by mu pomohly přijít si k více penězům. Jeho hlavním a často jediným výrobním nástrojem je hlava. A výkony hlavy se na rozdíl od CT a MR dneska neplatí.

Praktický lékař navíc musí ošetřit téměř každého, kdo u něj vezme za kliku. Nemůže chytračit a objednat si pacienta v pojišťovnou lépe hrazeném období a ani nebývá zvykem, že by příchozího občana poslal ke svému kolegovi, ať si také přivydělá.

Politici našeho státu bez ohledu na barvu své strany při každé příležitosti vehementně vyslovují podporu první linii a dávají prevenci absolutně prioritě. Ale skutek jaksi utek'. Za výkony prevence loni dokonce přišel od zdravotních pojišťoven tvrdý trest.

## OPRAVA

V minulém čísle TM na straně 11 omylem vypadl třetí řádek u podpisu autora článku „Praktici na Zlínsku protestovali proti špatnému financování“. Podpis správně zní: MUDr. Lubomír Nečas, předseda Sdružení praktických lékařů Zlínského kraje.

Opravdu ještě může vážně někoho překvapovat, že nejsou nástupci přestárlé generace praktiků a že obor vymírá?

Na nedávném kongresu primární péče jsem chvíli poslouchal europoslance MUDr. Cabrnocha. Kromě drobného faulu na ČLK (ČLK může za to, že nás z EU peskují za povinné příspěvky hostujících lékařů komoře) nás, co jsme ho poslouchali, ujišťoval o světlých zítřcích a nezastupitelnosti a perspektivách praktických lékařů v celé EU a o slibném dynamickém růstu HDP v ČR. Na mou otázku, proč tedy v naší republice procentuální podíl financí z celého koláče peněz tekoucích do zdravotnictví věnovaný primární péči v oboru PL na rozdíl od této deklarované podpory řadu let po sobě klesá, však jaksi odpověď nenašel. Dodal, že to v roce 2008 bude lepší. Neřekl však, jestli o korunku, nebo o dvě.

Prohlášení tiskové mluvčí VZP, zveřejněné na webu VZP, že praktici mají již v současné době kapitaci 52 Kč, je demagogie hrubého zrna.

MUDr. Petr Němeček  
člen představenstva ČLK

## Ekonomika praktického lékaře pro dospělé

### Průměrné příjmy ordinace za měsíc:

|  |                      |
|--|----------------------|
| Průměrná ordinace praktického lékaře v ČR (ZIP) 1600 registrovaných pacientů |                      |
| Průměrný příjem za kapitovaného pacienta (dle VZP)                           | 53,07 Kč             |
| Průměrný příjem za kapitované pacienty                                       | 84 912,00 Kč         |
| Průměrný příjem za mimokapitační platby (15 % dle VZP)                       | 12 736,00 Kč         |
| Průměrné platby mimo zdravotní pojištění                                     | 8000,00 Kč           |
| <b>Průměrný příjem ordinace praktického lékaře</b>                           | <b>105 648,00 Kč</b> |

### Průměrné nutné výdaje na ordinaci za měsíc:

|  |                     |
|--|---------------------|
| Mzdové náklady sestry (vč. odvodů) (hrubá mzda 18 000) | 24 300,00 Kč        |
| Odměna účetní  | 2000,00 Kč          |
| Pojištění pracovní neschopnosti                        | 1000,00 Kč          |
| Nájem ordinace   | 8000,00 Kč          |
| Energie + služby + úklid ordinace                      | 3000,00 Kč          |
| Zdravotnický materiál do ordinace                      | 4000,00 Kč          |
| Tiskopisy, formuláře                                   | 1000,00 Kč          |
| ČLK povinné členství                                   | 200,00 Kč           |
| Povinné odpovědnostní pojištění                        | 500,00 Kč           |
| Členství v profesních organizacích                     | 300,00 Kč           |
| Čisticí a desinfekční prostředky                       | 1000,00 Kč          |
| Praní prádla   | 500,00 Kč           |
| Odvoz biologického odpadu                              | 300,00 Kč           |
| Telefonní poplatky                                     | 1500,00 Kč          |
| Internet   | 500,00 Kč           |
| Poštovné   | 500,00 Kč           |
| Poplatek rozhlas                                       | 100,00 Kč           |
| Poplatky bance   | 300,00 Kč           |
| Provoz osobního auta                                   | 4000,00 Kč          |
| Leasing přístrojů a auta (sterilizátor, CRP, INR, EKG) | 18 000,00 Kč        |
| Sterilizace  | 500,00 Kč           |
| Údržba ordinace, drobné opravy, malování               | 2000,00 Kč          |
| Údržba software, číselníky                             | 1000,00 Kč          |
| Školení, semináře, konference                          | 1000,00 Kč          |
| Odborná literatura, časopisy, noviny                   | 400,00 Kč           |
| Investiční rezerva (hardware, kopírka, nábytek)        | 4000,00 Kč          |
| <b>Průměrné nutné výdaje ordinace za měsíc</b>         | <b>80 400,00 Kč</b> |

### Průměrný hrubý příjem ordinace

**25 248,00 Kč**

Odvody OSVČ

5500,00 Kč

MUDr. Lubomír Nečas



# A jak jste spokojeni vy, kolegové ambulantní specialisté?

Od 1. 1. 2007 platí vyhláška č. 619/2006 Sb., o úhradách zdravotní péče. Analýzu této vyhlášky se zdůrazněním rozdílů oproti roku 2006 i s náznakem doporučení, jak se ekonomicky chovat, jste si mohli přečíst v minulém čísle časopisu Tempus a v nezkrácené verzi tento materiál naleznete i na [www.lkcr.cz](http://www.lkcr.cz).

Nyní, tedy v polovině března, my, ambulantní specialisté, stále nevíme, za jaké peníze již třetí měsíc pracujeme, neboť dominantní VZP nám dosud ani nerozeslala úhradové dodatky ke smlouvám.

Úhradová vyhláška č. 619/2006 Sb. vychází z výsledků dohodovacího řízení zbrkle ukončeného v září 2006. Skutečnost, že v segmentu ambulantních specialistů nebylo dosaženo právoplatné dohody, ministr Julínek nerespektoval a přepsal do vyhlášky výsledek pro soukromé lékaře nevýhodného komplotu zdravotních pojišťoven a některých občanských sdružení (SAS, SSG, Aprimed...).

Na ekonomiku našich soukromých praxí budou mít devastující dopad zejména tyto dvě změny:

- 1) **Přechod z regulovaného výkonového systému na systém paušálních úhrad.**
- 2) **Návrat ke starému seznamu výkonů s nízkou cenou práce lékaře.**

## Ad 1) Přechod z regulovaného výkonového systému na systém paušálních úhrad

Původní vzorec pro výpočet maximální úhrady  
 $MÚ = RČ \times [PB \times CB + (ZUM + ZULP)] \times RI$

- MÚ – maximální úhrada
- RČ – počet unikátních RČ
- PB – body vykázané a uznané v referenčním období na RČ
- CB – cena bodu (1,05 Kč)
- RI – regulační index (1,05 pro 2.–4. čtvrtletí 2006)

Nový vzorec pro výpočet maximální úhrady  
 $MÚ = RČ \times PÚ \times Inu$

- MÚ – maximální úhrada
- RČ – počet unikátních RČ
- PÚ – průměrná úhrada za výkony včetně ZUM a ZULP na RČ v referenčním období roku 2006
- Inu – index nárůstu úhrad (1,03 pro rok 2007)

Pes je zakopán v tom, že zatímco až dosud se úhrada od pojišťovny odvíjela od počtu bodů, které jsme jí vloni vykázáni, tak letos bude úměrná tomu, co nám pojišťovna v loňském roce doopravdy zaplatila. Každý z nás ví, že mezi těmito dvěma veličinami je vyjádřeno v korunách zcela zásadní rozdíl!

Jediným způsobem, jak může soukromý lékař zvýšit své příjmy, je ošetřit více pacientů a vykázat pojišťovnám více unikátních rodných čísel (URČ). Chceme skurečně ošetřovat stále více pacientů jen proto, abychom zabránili poklesu své životní úrovně?

## Příklad jedné ambulance:

### Rok 2005:

Lékař ošetřil měsíčně 200 pacientů (unikátní rodná čísla – URČ) a dostal zaplacen 400 Kč za jednoho, tedy 80 000 Kč za měsíc. Toto se stává porovnávacím základem v referenčním období.

### Rok 2006:

Lékař ošetřil stejných 200 pacientů (URČ) a díky novému seznamu výkonů s výrazně vyšší cenou práce vykázal o 50 % bodů více (realnost tohoto předpokladu ukáže další modelace), tedy 600 Kč na jednoho pacienta. Vykázal body v hodnotě 120 000 Kč za měsíc. **Zaplaceno však dostal nikoliv 120 000 + 5 %, tedy 126 000 Kč, ale pouze 80 000 + 5 % = 84 000 Kč. Porovnávacím základem z referenčního období pro příští rok se však stalo 120 000 Kč.**

**Nový seznam výkonů při zachování výkonového systému nám mohl přinést v roce 2007 zásadní profit.**

### Rok 2007:

Varianta dle vyhlášky č. 619/2006 Sb. (prosazovaná ze strany SAS, SSG, Aprimed...):

Za 200 pacientů ( URČ ) dostane lékař zaplacen o 3 % více, než kolik dostal zaplacen v roce 2006, tedy 84 000 + 3 % = **86 520 Kč. Původní varianta** (prosazovaná ČLK):

Stejných 200 pacientů (URČ) znamená 120 000 Kč vykázaných pojišťovnám v bodech a při regulačním indexu 1,05 by lékař dostal vyplaceno 126 000 Kč.

**Výrazný profit bychom pocítili i při regulačním indexu nižším než 1,0, tedy například 0,9. V tomto případě by lékař inkasoval 108 000 Kč.**

## Ad 2) Návrat ke starému seznamu výkonů s nízkou cenou práce lékaře

### Srovnání starého a nového seznamu výkonů pro angiologickou praxi

(Odbornost 102 představuje kompromis mezi obory založenými čistě na práci lékaře a obory s převahou přístrojových vyšetření.)

| Kód výkonu | Název výkonu               | Body seznam 2005 | Body seznam 2006 | Nárůst počtu bodů | Procentní nárůst počtu bodů |
|------------|----------------------------|------------------|------------------|-------------------|-----------------------------|
| 120 21     | Komplexní vyš.             | 247              | 473              | + 226             | + 91,5 %                    |
| 120 22     | Cílené vyš.                | 128              | 241              | + 113             | + 88,3 %                    |
| 120 23     | Kontrolní vyš.             | 64               | 120              | + 56              | + 87,5 %                    |
| 122 20     | Doppler                    | 79               | 135              | + 56              | + 70,9 %                    |
| 122 32     | Pletysmografie             | 112              | 168              | + 56              | + 50,0 %                    |
| 89 515     | Duplexní SONO 1 céva       | 194              | 250              | + 56              | + 28,9 %                    |
| 89 517     | Duplexní SONO 2 a více cév | 533              | 702              | + 169             | + 31,7 %                    |

Takto by nám všem vzrostly příjmy, kdyby pojišťovny dokázaly realizovat nový seznam výkonů bez poklesu hodnoty bodu.

Vyhláška v souladu s dohodou, kterou s pojišťovnami uzavřela sdružení: SAS, SSG, Aprimed..., přiznává soukromým lékařům o 3% více, než kolik vykazali podle starého seznamu výkonů platného v roce 2005.

ČLK prosazovala aplikaci nového seznamu výkonů s dvojnásobnou hodnotou bodu, a to 0,85 Kč u klinických vyšetření a 1,0 Kč u ostatních výkonů, kde je podíl lékařské práce menší a tomu odpovídá i nižší nárůst bodové hodnoty v novém seznamu výkonů.

Z připojené tabulky vyplývá, že oproti nevýhodné dohodě opsané ministrem do vyhlášky by soukromí lékaři výrazně profitovali i z tzv. nouzové varianty, kterou měla ČLK–o.s. v záloze (hodnota bodu 0,75 Kč u klinických vyšetření a 0,9 Kč u ostatních výkonů).

Bohužel jsme byli zrazeni ještě dříve, než jsme mohli začít natvrdo vyjednávat.

|        | Seznam 2005<br>Ceny při<br>hodnotě bodu<br>1,05 Kč | Vyhláška 619<br>(seznam 2005<br>+ 3%) |        | Varianta ČLK<br>(hodnota bodu 0,85<br>a 1,0 Kč) |         | Nouzová varianta<br>ČLK<br>(hodnota bodu<br>0,75 a 0,9 Kč) |         |
|--------|--|---------------------------------------|--------|---|---------|--|---------|
|        |  | ceny                                  | nárůst | ceny  | nárůst  | ceny   | nárůst  |
| 120 21 | 237,3 Kč   | 244,4 Kč                              | + 3%   | 402,0 Kč  | + 69,4% | 354,8 Kč   | + 49,5% |
| 120 22 | 118,7 Kč   | 122,3 Kč                              | + 3%   | 204,9 Kč  | + 72,6% | 180,8 Kč   | + 52,3% |
| 120 23 | 67,2 Kč  | 69,2 Kč                               | + 3%   | 102,0 Kč  | + 51,8% | 90,0 Kč  | + 33,9% |
| 122 20 | 83,0 Kč  | 85,5 Kč                               | + 3%   | 135,0 Kč  | + 62,7% | 121,5 Kč   | + 46,4% |
| 122 32 | 117,6 Kč   | 121,1 Kč                              | + 3%   | 168,0 Kč  | + 42,9% | 151,2 Kč   | + 28,6% |
| 89 515 | 203,7 Kč   | 209,8 Kč                              | + 3%   | 250,0 Kč  | + 22,7% | 225,0 Kč   | + 10,5% |
| 89 517 | 559,7 Kč   | 576,5 Kč                              | + 3%   | 702,0 Kč  | + 25,4% | 631,8 Kč   | + 12,9% |

Pokud porovnáte starý a nový seznam výkonů, pak si, vážení kolegové, můžete obdobnou tabulku sestavit i pro svoji praxi s výkony, které vykazujete. Sami pak poznáte, o kolik procent mohly vzrůst vaše příjmy a o kolik vás připravila nevýhodná dohoda, kterou zástupci SAS, SSG, Aprimedu a některých dalších sdružení s pojišťovnami podepsali. **Pokud si své faktury pro pojišťovny vytváříte sami na svém PC, pak vám vodítkem může být i rozdíl mezi částkami, které na fakturu tiskne počítač, a tím, na jakou cifru je musíte opravovat při předávání dávek do VZP.**

Pokud pro vás těch několik desítek tisíc měsíčně a pár set tisíc korun ročně nehraje roli, pak vám můžeme pouze závidět. My ostatní, kteří horko těžko splácíme leasingy a platíme nájem a zaměstnance, my bychom se měli snažit, aby nás již příště nemohl nikdo takto okrádat.

**Pokud chcete, aby ČLK příští rok zabránila podobně nevýhodným dohodám, zplnomocněte ČLK–o.s. k tomu, aby také vás zastupovala v dohodovacích řízeních.**

MUDr. Milan Kubek

## Závěry z porady předsedů OS ČLK



- ČLK se bude snažit prosadit změnu vyhlášky č. 619/2006 Sb., o úhradách zdravotní péče a regulacích, k 1. 7. 2007.
- ČLK bude i nadále požadovat realizaci nového seznamu výkonů s vyšší cenou práce lékaře.
- ČLK bude prosazovat v segmentu ambulantních specialistů návrat k původnímu vzorci pro výpočet maximální úhrady.
- ČLK bude podporovat protesty praktických lékařů.
- ČLK podpoří ambulantní specialisty při případných protestních akcích.

Praha 9. 3. 2007



„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: \_\_\_\_\_ IČZ<sup>1)</sup>: \_\_\_\_\_ IČP<sup>2)</sup>: \_\_\_\_\_  
PPNV<sup>3)</sup>: \_\_\_\_\_ E-mail<sup>4)</sup>: \_\_\_\_\_ Telefon<sup>4)</sup>: \_\_\_\_\_  
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

Antibiotická léčba komunitních infekcí ledvin a močových cest v primární péči – dokončení ..... 1

## ANTIBIOTICKÁ LÉČBA KOMUNITNÍCH INFEKČÍ LEDVIN A MOČOVÝCH CEST V PRIMÁRNÍ PÉČI

Doporučený postup – pokračování z č. 2/2007

### 4. Akutní pyelonefritida

#### Diagnostické podklady

| mikrobiologické vyšetření (vzorky)  | indikace   | ostatní vyšetření   | interpretace   |
|---|--|---|--|
| moč ze středního proudu k základnímu kultivačnímu vyšetření se stanovením kvantitativní bakteriurie hemokultury | nezbytné kultivační vyšetření pro stanovení etiologie, signifikantní nebo suspektní bakteriurie a vyšetření citlivosti k ATB<br><b>hospitalizace</b> nutná v situacích, kdy je indikovaná parenterální terapie u dospělých, <b>u dětí a batolat vždy</b> | biochemické vyšetření moči<br>močový sediment<br>krevní obraz<br>FW, CRP, Scr<br>vyšetření<br><b>nefrologem nutné</b> | klinická symptomatologie s variabilním stupněm závažnosti, onemocnění potvrzená laboratorními vyšetřeními s významnou bakteriurií a pyurií, svědčící pro akutní pyelonefritidu, vyžaduje neodkladnou ATB terapii, ihned po odběru krve a moče na kultivaci<br>strategie dlouhodobě zajišťující terapie (dávkování, režim, doba) je řízená nefrologem<br>strategie chemoprolaxe u dětí je řízena dětským nefrologem |

#### Léčba antibiotiky

| Etiologie   | etiologický podíl    | indikace ATB              | ATB volby                                       | ATB alternativní (popis alternativní situace)                           |
|---|----------------------|---------------------------|---|---|
| <b>empirická (úvodní) terapie (na základě charakteristické klinické symptomatologie v neodkladné situaci)</b> |                      |                           |   |   |
| bakteriální   | dominantní           | vždy ihned po odběru moči | amoxicilin/klavulanát<br>cefalosporiny II. gen. | kotrimoxazol*<br>fluorochinolony** (od 18 let)                          |
| <b>cílená terapie (na základě průkazu původce infekce a vyšetření citlivosti k antibiotikům)</b>              |                      |                           |   |   |
| <i>Escherichia coli</i>   | převládající patogen | vždy                      | amoxicilin                                      | kotrimoxazol*<br>fluorochinolony** (od 18 let)                          |
| <i>Escherichia coli</i><br>s produkcí beta-laktamázy  |                      |                           | amoxicilin/klavulanát<br>cefalosporiny II. gen. | dtto  |
| <i>Klebsiella pneumoniae</i>  | méně obvyklý         | vždy                      | amoxicilin/klavulanát<br>cefalosporiny II. gen. | kotrimoxazol*<br>fluorochinolony** (od 18 let)                          |
| <i>Proteus mirabilis</i>  | méně obvyklý         | vždy                      | amoxicilin                                      | amoxicilin/klavulanát<br>kotrimoxazol*<br>fluorochinolony** (od 18 let) |
| <i>Proteus sp. (indol +)</i>  | vzácný               | vždy                      | fluorochinolony**<br>od 18 let                  | kotrimoxazol, ev. dle antibiogramu                                      |
| <i>Enterobacter sp.</i>   | vzácný               | vždy                      | fluorochinolony**<br>od 18 let                  | kotrimoxazol, ev. dle antibiogramu                                      |
| <i>jiné enterobakterie</i>  | vzácný               | vždy                      | dle antibiogramu                                | dle antibiogramu  |
| <i>enterokoky</i>   | méně obvyklý         | vždy                      | amoxicilin                                      |   |

#### Vysvětlivky

\* s výjimkou prvního trimestru a druhé poloviny třetího trimestru gravidity, není vhodný k léčbě akutní pyelonefritidy u dětí

\*\* kontraindikovány v graviditě a v pediatrické praxi

**Doporučená délka terapie: viz kapitola Popis dávkování a délky podávání antibiotik pro jednotlivé indikace.**

**Pořadí výběru alternativních antibiotik vychází z výsledku antibiogramu a snášenlivosti antibiotika volby.**



**Legenda k položce etiologický podíl:**

|              |           |            |             |
|--------------|-----------|------------|-------------|
| velmi vzácný | 0 – 3 %   | vzácný     | 3 – 10 %    |
| méně obvyklý | 10 – 20 % | běžný      | 20 – 50 %   |
| převládající | 50 – 90 % | dominantní | 90 a více % |

Klasifikaci uropatogenů uvádí následující tabulka (převzato ze Scandinavian Journal of Clinical and Laboratory Investigation: European Urinalysis Guidelines: Summary, 2000 a upraveno)

**Patogenita a frekvence výskytu mikroorganismů ve vzorku ze středního proudu spontánně vymočené moči**

| Patogenita v močových cestách          | Frekvence (izoláty v procentech) |   |  |  |
|--|----------------------------------|---|--|--|
|  | A. běžná (>10 %)                 | B. častá (1-10 %)   | C. neobvyklá (0,1-1 %)   | D. vzácná (<0,1%)  |
| I. Primární patogeny                   | <i>Escherichia coli</i>          | <i>Staphylococcus saprophyticus</i>   |  | <i>E. coli</i> CO <sub>2</sub> -dependentní<br><i>Salmonella spp.</i> <sup>/a</sup><br>( <i>Leptospira spp.</i><br><i>Mycobacterium spp.</i> ) <sup>/*</sup> |
| II. Sekundární patogeny                |                                  | <i>Enterobacter spp.</i><br><i>Enterococcus spp.</i><br><i>Klebsiella spp.</i><br><i>Proteus mirabilis</i><br><i>Pseudomonas aeruginosa</i> | <i>Citrobacter spp.</i><br><i>Morganella morganii</i><br><i>Proteus vulgaris</i><br><i>Serratia spp.</i><br><i>Staphylococcus aureus</i> | <i>Corynebacterium urealyticum</i><br><i>Haemophilus spp.</i> <sup>/b</sup><br><i>Streptococcus pneumoniae</i> <sup>/b</sup>                                 |
| III. Nejisté (pochybné) patogeny       |                                  | <i>Streptococcus agalactiae</i> <sup>/c</sup><br>koag. neg. stafylokoky <sup>/d</sup><br>kandida  | <i>Acinetobacter spp.</i><br><i>Pseudomonas spp.</i><br><i>Stenotrophomonas maltophilia</i>  |  |
| IV. Obvykle flora uretry nebo genitálu |                                  | viridující streptokoky<br><i>Gardnerella vaginalis</i><br><i>Lactobacillus spp.</i>   | <i>Bifidobacterium spp.</i>  |  |

<sup>/a</sup> nízká koncentrace v moči je suspektní fekální kontaminace vzorku během odběru

<sup>/b</sup> nejčastěji izolovány v dětské moči

<sup>/c</sup> beta hemolytické streptokoky skupiny B

<sup>/d</sup> koaguláza negativní stafylokoky, kmeny produkující ureázu nebo kmeny v moči pacientů s permanentním katetrem mohou být významné

<sup>/\*</sup> bakterie uplatňující se ve specifických situacích, vyžadujících intenzivní laboratorní a klinickou analýzu (např. leptospiry, salmonely, sexuálně přenosní původci a kandidy) nejsou v tomto textu detailně diskutovány

Klasifikace uropatogenů je nejužitečněji uvedena v European Urinalysis Guidelines: Summary, 2000. V této příručce jsou bakterie rozříděny do šestnácti kategorií z hlediska stupně patogenity (I. – IV.) a klinicky významné frekvence výskytu v procentech (A – D). Rozhraní mezi patogenitou a četností výskytu není striktní a neměnné.

Podle dlouhodobých zkušeností v klinické mikrobiologii lze uropatogeny podle stupně patogenity uspořádat do skupin, které obsahují:

**I. Primárně patogenní** bakterie, schopné vyvolat IMC u jedinců s normálním močovým traktem. Patří sem *Escherichia coli* a *Staphylococcus saprophyticus*.

**II. Sekundárně patogenní** bakterie, které zřídka vyvolávají IMC u jedinců s normálním močovým traktem, ale jsou častými vyvolavateli nozokomiálních IMC.

**III. Nejisté (pochybné) patogenní** bakterie tvoří často kolonizující kožní a slizniční mikrofloru a mohou někdy osidlovat hospitalizované jedince a vyvolávat nozokomiální IMC. Nález těchto kmenů v moči lze považovat za rele-

vantní pouze v případě, jsou-li prokázány ve vzorku moči získaném suprapubickou aspirací. I když koaguláza negativní stafylokoky mohou být občas vyvolavateli IMC, jejich přítomnost v moči je většinou známkou kontaminace s velmi nízkou vypovídací hodnotou.

**IV. Obvyklá flora uretry nebo genitálu** zahrnuje mikrofloru osidlující distální úsek uretry a vaginu. Představuje v moči prakticky vždy kontaminující příměs a stanovení testu citlivosti k antibiotikům se provádí pouze výjimečně.

**Popis dávkování a délky podávání antibiotik pro jednotlivé indikace****Úvodní poznámka:**

V seznamu antibiotik jsou uvedeny pouze další doplňující informace, které mají bezprostřední vztah k doporučené empirické (úvodní), popřípadě cílené terapii klinických jednotek uvedených v tabulkové části postupu, zejména týkající se dávkování pro jednotlivé indikace. Tato část směrnice nenahrazuje kompletní dokumentaci k jednotlivým lékům, při jejichž výběru musí být zohledněny i skutečnosti nad rámec tohoto popisu (např. kontraindikace, nežádoucí účinky, interakce apod.). Při vlastním výběru antibiotika doporučujeme vycházet z indikačních tabulek, kde jsou uvedeny doporučené léky pro jednotlivé diagnózy. Tato doporučení jsou zvolena na základě znalosti vyskytujících se mikroorganismů. Racionální volba antibiotika na jedné straně urychlí léčbu pacienta, na druhé straně sníží riziko nárůstu bakteriální rezistence na antibiotika.

## PENICILINY (AMINOPENICILINY)

## Amoxicilin

- **Asymptomatická bakteriurie u gravidních žen a jiných rizikových osob vyvolaných citlivými kmeny *E. coli* a enterokoků.** Dospělí: 500 mg každých 8 hodin po 5–7 dnů. Děti do hmotnosti 40 kg: 50 mg/kg/den rozděleně ve třech dílčích dávkách po 8 hodinách po 5–7 dnů.
- **Akutní cystitida nekomplikovaná, vyvolaná citlivými kmeny *E. coli* a enterokoků.** Dospělí: 500 mg každých 8 hodin po 5–7 dnů. Děti do hmotnosti 40 kg: 50 mg/kg/den rozděleně ve třech dílčích dávkách po 8 hodinách po 5–7 dnů.
- **Akutní cystitida komplikovaná (akutní cystitis mužů a recidivující cystitis žen a dětí), vyvolaná citlivými kmeny *E. coli*, *Proteus mirabilis* a enterokoků.** Dospělí: 500–750 mg každých 8 hodin po 7 dnů. Děti do hmotnosti 40 kg: 50 mg/kg/den rozděleně ve třech dílčích dávkách po 8 hodinách po 7 dnů.
- **Akutní pyelonefritida vyvolaná citlivými kmeny *E. coli* a enterokoků.** Dospělí: 1–1,5 g každých 8 hodin po 10–14 dnů. Děti do hmotnosti 40 kg: 90 mg/kg/den rozděleně ve třech dílčích dávkách po 8 hodinách po 10–14 dnů.

## Amoxicilin/klavulanová kyselina

- **Akutní cystitida nekomplikovaná, vyvolaná citlivými kmeny *E. coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella* spp. a dalších enterobakterií s produkcí beta-laktamázy.** Dospělí: 625 mg každých 8 hodin po 5–7 dnů. Děti do hmotnosti 40 kg: 50 mg/kg/den rozděleně ve třech dílčích dávkách po 8 hodinách po 5–7 dnů.
- **Akutní cystitida komplikovaná (akutní cystitida mužů a recidivující cystitida u žen a dětí), vyvolaná citlivými kmeny *E. coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella* spp. a dalších enterobakterií s produkcí beta-laktamázy.** Dospělí: 625–1000 mg každých 8 hodin po 7 dnů. Děti do hmotnosti 40 kg: 50 mg/kg/den rozděleně ve třech dílčích dávkách po 8 hodinách po 7 dnů.
- **Akutní pyelonefritida vyvolaná citlivými kmeny *Klebsiella* spp., *E. coli*, *Proteus mirabilis* s produkcí beta-laktamázy.** Dospělí: 1000 mg každých 8 hodin po 10–14 dnů. Děti do hmotnosti 40 kg: 90 mg/kg/den rozděleně ve třech dílčích dávkách po 8 hodinách po 10–14 dnů.

## CEFALOSPORINY II. GENERACE

## Cefuroxim a cefprozil

- **Asymptomatická bakteriurie u gravidních žen a jiných rizikových osob, vyvolaná citlivými kmeny *E. coli*, *Klebsiella* spp. a *Proteus mirabilis*.** Dospělí: 500 mg každých 12 hodin po 5–7 dnů. Děti do hmotnosti 40 kg: 30 mg/kg/den rozděleně ve dvou dílčích dávkách po 12 hodinách po 5–7 dnů.
- **Akutní cystitida nekomplikovaná, vyvolaná citlivými kmeny *E. coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella* spp. a *Staphylococcus saprophyticus*.** Dospělí: 500 mg každých 12 hodin po 5–7 dnů. Děti do hmotnosti 40 kg: 30 mg/kg/den rozděleně ve dvou dílčích dávkách po 12 hodinách po 5–7 dnů.
- **Akutní cystitida komplikovaná (akutní cystitida mužů a recidivující cystitida žen a dětí), vyvolaná citlivými kmeny *E. coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella* spp. a *Staphylococcus saprophyticus*.** Dospělí: 500 mg každých 12 hodin po 7 dnů. Děti do hmotnosti 40 kg: 30 mg/kg/den rozděleně ve dvou dílčích dávkách po 12 hodinách po 7 dnů.

- **Akutní pyelonefritida, vyvolaná enterobakteriemi s produkcí beta-laktamázy (*E. coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella* spp.).** Dospělí: 500 mg každých 12 hodin po 10–14 dnů. Děti do hmotnosti 40 kg: 30 mg/kg/den rozděleně ve dvou dílčích dávkách po 12 hodinách po minimálně 10–14 dnů.

## FLUOROCHINOLONY

## Ciprofloxacín

- **Akutní cystitida komplikovaná (akutní cystitida mužů a recidivující cystitida žen), vyvolaná citlivými kmeny enterobakterií nebo *Pseudomonas aeruginosa*.** Dospělí: 500–750 mg každých 12 hodin po 7–10 dnů.
- **Akutní pyelonefritida, vyvolaná citlivými kmeny enterobakterií nebo *Pseudomonas aeruginosa*.** Dospělí: 500–750 mg každých 12 hodin po nejméně 14 dnů.

## Ofloxacin

Používá se pro léčbu IMC vyvolaných stejnými původci jako ciprofloxacín s výjimkou *Pseudomonas aeruginosa*.

- **Akutní cystitida komplikovaná (akutní cystitida mužů a recidivující cystitida žen), vyvolaná citlivými kmeny enterobakterií.** Dospělí: 200–400 mg každých 12 hodin po 7–10 dnů.
- **Akutní pyelonefritida, vyvolaná citlivými kmeny enterobakterií.** Dospělí: 200–400 mg každých 12 hodin po nejméně 10–14 dnů.

## JINÁ CHEMOTERAPEUTIKA

## Trimetoprim

- **Dlouhodobá chemoprolaxe u pacientů ohrožených infekcemi horních močových cest.** Dospělí: 100 mg jednou denně. Děti do hmotnosti 40 kg: 2–3 mg/kg/den jednou denně, zpravidla večer.
- **Asymptomatická bakteriurie u gravidních žen (s výjimkou uvedenou v indikačních tabulkách) a jiných rizikových osob, vyvolaná citlivými kmeny *E. coli*, *Klebsiella* spp. a *Proteus mirabilis*.** Dospělí: 100–200 mg každých 12 hodin po 5–7 dnů.
- **Akutní cystitida nekomplikovaná, vyvolaná citlivými kmeny *E. coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella* spp.** Dospělí: 100–200 mg každých 12 hodin po 3 dny. Děti do hmotnosti 40 kg: 4–6 mg/kg/den rozděleně ve dvou dílčích dávkách po 12 hodinách po 5–7 dnů.
- **Akutní cystitida komplikovaná (akutní cystitida mužů a recidivující cystitida žen a dětí) vyvolaná citlivými kmeny *E. coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella* spp.** Dospělí: 100–200 mg každých 12 hodin po 7 dnů. Děti do hmotnosti 40 kg: 4–6 mg/kg/den rozděleně ve dvou dílčích dávkách po 12 hodinách po 7 dnů.

## Trimetoprim / sulfamethoxazol (kotrimoxazol)

- **Asymptomatická bakteriurie gravidních žen (s výjimkou uvedenou v indikačních tabulkách) a jiných rizikových osob, způsobená citlivými kmeny *E. coli*, *Klebsiella* spp., *Proteus mirabilis* a dalších enterobakterií.** Dospělí 960 mg každých 12 hodin po 5–7 dnů.
- **Akutní cystitida nekomplikovaná, vyvolaná citlivými kmeny *E. coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella* spp., *Staphylococcus saprophyticus*.** Dospělí: 960 mg každých 12 hodin po 3 dny, u infekcí vyvolaných *Staphylococcus saprophyticus* 7 dnů. Děti do hmotnosti 40 kg: 4–6 mg/kg/den rozděleně ve dvou dílčích dávkách po 12 hodinách po 5–7 dnů.

- **Akutní cystitida komplikovaná (akutní cystitida mužů a recidivující cystitida žen a dětí) vyvolaná citlivými kmeny *E. coli*, *Proteus mirabilis* *Klebsiella* spp.** Dospělí: 960 mg každých 12 hodin po 7 dnů. Děti do hmotnosti 40 kg: 4-6 mg/kg/den rozděleně ve dvou dílčích dávkách po 12 hodinách po 7 dnů.
- **Akutní pyelonefritida vyvolaná gram-negativními citlivými kmeny.** Dospělí: 960 mg každých 12 hodin po 14 dnů. Děti do hmotnosti 40 kg: 5-6 mg/kg/den rozděleně ve dvou dílčích dávkách po 12 hodinách po 14 dnů.

## NITROFURANY

### Nitrofurantoin

- **Dlouhodobá chemoprolaxe** u pacientů ohrožených infekcemi horních močových cest. Dospělí: 50-100 mg jednou denně. Děti: 2-3 mg/kg/den jednou denně, zpravidla večer.
- **Asymptomatická bakteriurie gravidních žen a jiných rizikových osob, vyvolaná citlivými kmeny *E. coli*, enterobakterií a enterokoků.** Dospělí: 100 mg každých 6 hodin po 5-7 dnů.
- **Akutní cystitida nekomplikovaná, vyvolaná citlivými kmeny *E. coli*, enterobakterií, enterokoků a *Staphylococcus saprophyticus*.** Dospělí: 100 mg každých 6 hodin po 5-7 dnů. Děti do hmotnosti 40 kg: 5-7 mg/kg/den rozděleně ve čtyřech dávkách po 6 hodinách po 5-7 dnů. Délka podávání u infekce způsobené *Staphylococcus saprophyticus* je 7 dnů.
- **Akutní cystitida komplikovaná (akutní cystitida mužů a recidivující cystitida žen a dětí) vyvolaná citlivými kmeny *E. coli*, enterobakterií, enterokoků a *Staphylococcus saprophyticus*.** Dospělí: 100 mg každých 6 hodin po 7 dnů. Děti do hmotnosti 40 kg: 5-6 mg/kg/den rozděleně ve čtyřech dávkách po 6 hodinách po 7 dnů.

### Nifuratel

**Přípravek je alternativou nitrofurantoinu pouze v případech jeho nedostupnosti, a to jen pro dospělé pacienty a děti starší 6 let.**

- **Akutní cystitida nekomplikovaná vyvolaná citlivými kmeny *E. coli*, enterobakterií, enterokoků a *Staphylococcus saprophyticus*.** Dospělí: 200 mg každých 8 hodin po 5-7 dnů. Děti od 6 let: 10-20 mg/kg každých 12 hodin po 5-7 dnů. Délka podávání u infekce způsobené *Staphylococcus saprophyticus* je 7 dnů.

### Literatura

1. Reese RE, Betts RF, et al. Handbook of Antibiotics, 3<sup>rd</sup> edition. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
2. Mandell GL, Bennet JE, Dolin R. Principles and Practice of Infectious Diseases, 5<sup>th</sup> edition, Philadelphia : Churchill Livingstone, 2000.
3. Behrman RE, et al. Nelson Textbook of Pediatrics, 16<sup>th</sup> edition, W.B. Saunders Co., 2000.
4. Lindsay EN. Urinary tract infection: Traditional pharmacologic therapies. Am J Med, 2002, vol. 11 (Suppl.), s. 35S-44S.
5. Hooton TM, et al. Acute uncomplicated cystitis in an era of increasing antibiotic resistance: A proposed approach to empirical therapy. Clin Infect Dis, 2004, vol. 39, s. 75-80.
6. Naber KG. Treatment options for acute uncomplicated cystitis in adult. J Antimicrob Chemother, 2000, vol. 46, (Suppl.1), s. 23-27.
7. Lawrenson RA, Logie JW. Antibiotic failure in the treatment of urinary tract infections in young women. J Antimicrob Chemother, 2001, vol. 48, s. 895-901.
8. Ward TT, Jones SR. Genitourinary tract infections. In: Betts RF, Chapman SW, Penn RL (eds). A Practical Approach to Infectious Diseases. 5th edition. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2003, p. 493-540.
9. European Association of Urology. Guidelines on urinary and male genital tract infections. 2000.
10. Warren JW, et al. Guidelines for antimicrobial treatment of uncomplicated acute bacterial cystitis and acute pyelonephritis in women. Clin Infect Dis, 1999, vol. 29, p. 745-748.
11. Andriole T. Urinary tract infection. Infect Dis Clin North Am, 1997, vol. 11, no. 3, s. 499-755.
12. Johnson JR. Pyelonephritis and abscesses of the kidney. In: Cohen J, Powderly WG (eds). Infectious Diseases. 2nd edition. Mosby, 2004, p. 753-762.
13. Norrby SR. Urinary tract infections. In: Finch RG, Greenwood D, Norrby SR, Whitley RJ (eds). Antibiotic and Chemotherapy. 8th edition, Philadelphia : Churchill Livingstone, 2003, p. 764-771.
14. Sobel JD, Kaye D. Urinary tract infection. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and Practice of Infectious Diseases. 5th edition. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2000, p. 773-805.
15. Teplan V, Horáková M, Běbrová E, Janda J a kol. Infekce ledvin a močových cest v dospělém a dětském věku. Praha: Grada, 2004.
16. European Urinalysis Guidelines: Summary. Scand J Clin Lab Investig, 2000, roč. 60, (Suppl. 231), č. 4.
17. Běbrová E. Infekce močových cest – mikrobiologická diagnostika. Doporučené postupy pro praktické lékaře. Česká lékařská společnost JEP [online], 2002, Reg. č. o/024/155, 1. vyd., [cit. 2006-07-11]. Dostupné na [www.cls.cz/dp](http://www.cls.cz/dp).
18. Kolektiv autorů. Doporučené standardní metody v mikrobiologii mykobakteriálních infekcí. 1. vyd., NRL pro mykobakterie, Praha: Trios, 1998.

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 Alušíková, CSc.

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

Výkonný redaktor: RNDr. Blanka Pospíšilová, CSc.

Redakční rada: Doc. MUDr. Š. Alušík, 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. Lyer, 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](http://www.sukl.cz)).



ISSN 1211 - 0647  
MK ČR E 7101



# Obnovená tradice?

## XI. reprezentační ples lékařů českých v pražském Žofíně



V loňském roce se po deseti letech poprvé díky vnitřním problémům v ČLK tradiční Reprezentační ples lékařů českých nekonal. Nyní se zdá, že přerušovaná tradice bude obnovena: 3. března totiž v prostorách pražského Žofína proběhl 11. reprezentační ples lékařů českých, který opět společně pořádaly Česká lékařská komora a Lékařský odborový klub – Svaz českých lékařů. Plesu se vedle stovek lékařek, lékařů a jejich partnerů zúčastnili i vzácní hosté, mezi nimiž byli například předseda zdravotního výboru Poslanecké sněmovny MUDr. David Rath (ČSSD), místopředseda výboru MUDr. Boris Štátný (ODS), členka výboru a poslankyně za Stranu zelených PhDr. Olga Zubová, ředitel VZP MUDr. Pavel Horák, náměstek ministra práce a sociálních věcí JUDr. Petr Šimerka. K tanci a poslechu hrál orchestr Karla Vlacha, jako hosté vystoupili mj. Daniela Šinkorová a Roman Vojtek. V průběhu plesu byla předána Cena LOK-SČL za statečnost, kterou obdržel MUDr. Jan Vorel z Českého Krumlova.

Podle počtu návštěvníků se dá usoudit, že o ples lékařů je velký zájem, a podle nálady v sálech Žofína a ohlasů je jasné, že se povedl. Doufáme, že příští rok se uskuteční další, tedy v pořadí dvanáctý...

(red)  
Foto: Jindřich Sojka





# V jednotě je síla, avšak vůle ke spolupráci musí být na obou stranách

**Nejenom usnesení listopadového sjezdu ČLK (bod 49 – sjezd ukládá představenstvu i nadále nabízet všem profesním sdružením lékařů otevřená jednání za účelem společných východisek pro sjednocování lékařského stavu), ale především zdravý rozum velí, aby lékaři hájili své zájmy vůči státu společně.**

Jednání každého politika je ovlivňováno obavou, aby byl v příštích volbách znovu zvolen. A tak, s ohledem na to, že pacientů je v této zemi třístakrát více než nás, lékařů, budou pragmaticky uvažující politici vždy zájmy této většiny upřednostňovat nad zájmy naše.

Výhodou lékařů je naše organizovanost a v jistém slova smyslu nenahraditelnost. Na hranice republiky totiž nebuší žádné davy lékařů z Balkánu, kteří by naši práci snad mohli nahradit.

Nejlepším nástrojem pro obhajobu našich zájmů je pochopitelně komora, která sdružuje všechny lékaře. Síla a účinnost profesní komory se samozřejmě zvyšuje, pokud může spolupracovat s ostatními lékařskými organizacemi.

Abyste byla spolupráce možná, musí být splněny následující tři podmínky:

1. **Žádná skupina lékařů se nesmí snažit prosazovat své zájmy na úkor ostatních kolegů.**
2. **Šéfové jednotlivých organizací musí dokázat překročit svůj stín a nesmí své osobní zájmy nadřazovat zájmům lékařů, které mají zastupovat.**
3. **Uzavřené dohody se musí dodržovat.**

## Dopis předsedům jednotlivých sdružení zastupujících soukromé lékaře

V Praze 19. 2. 2007

Vážená paní předsedkyně, vážený pane předsedo!

**Obracím se na Vás ve věci úhrad za zdravotní péči, které jsou upraveny vyhláškou č. 619/2006 Sb. způsobem, který většina soukromých lékařů považuje za nevýhodný.** Ostatně jedním z důvodů nedávného protestu praktických lékařů byla právě tato vyhláška.

**Stávající situace je v určitých aspektech analogií stavu z počátku loňského roku.**

- Úhradovou vyhlášku považuje většina poskytovatelů zdravotní péče za nevýhodnou.
- Změnit úhradovou vyhlášku může pouze ministr, a to cestou její novelizace, jak se stalo i před rokem.
- Ministr může zmírnit negativní dopady úhradové vyhlášky na zdravotnická zařízení jednak svým výkladem sporných pasáží, ale zejména využitím vlivu státu ve správních radách zdravotních pojišťoven. Dosud však činí pravý opak. Ačkoliv vyhláška č. 619/2006 Sb. připouští možnost jiného způsobu úhrady, zakázala správní rada VZP právě na návrh zástupců ministerstva řediteli VZP domlouvat se zdravotnickými zařízeními plošně jiný způsob úhrady než ten pro nás nevýhodný, který je popsán v textu vyhlášky.
- Tak jako loni i letos může ministr zdravotnictví požadovat zvýšení plateb za tzv. státní pojištěnce. Právě tímto způsobem získaly pojišťovny v loňském roce navíc 4 mld. Kč, které nám umožnily vyjednat změnu úhradové vyhlášky. Bohužel ministr financí Ing. Kalousek uvažuje spíše o snížení těchto plateb a ani koaliční partneři (ODS, SZ) nehodlají plnit sliby ze svých volebních programů, že budou platby státu zvyšovat.



Foto: Martin Sidorjak

**Ve srovnání s loňským rokem jsou zde však ale také zásadní rozdíly.**

- Náklady na léky v loňském roce nevykazovaly tradiční nárůst, ale naopak se meziročně mírně snížily. Uspořené peníze tedy mohou být použity na úhradu vyšší ceny naší práce.
- Ekonomická situace zdravotních pojišťoven je stabilizovaná a důvodem restrikcí výše úhrady za zdravotní péči nemůže být ani snaha zlepšit platební morálku pojišťoven.
- Úhradová vyhláška má platit celý rok 2007 a o to závažnější budou její dopady na ekonomiku zdravotnických zařízení.
- Rezignace na seznam zdravotních výkonů, který obsahuje vyšší cenu naší práce, a nahrazení výkonového systému systémem paušálních úhrad bude mít dalekosáhlé dopady zejména na ambulantní specialisty.

**Největší rozdíl je však v tom, že na rozdíl od svého předchůdce ministr Julínek s lékařskou komorou nekomunikuje.** Byla to přitom právě komora, kdo před rokem vyjednal novelu vyhlášky č. 550/2005 Sb., kdy nový text – vyhláška č. 101/2006 Sb. byl pro zdravotnická zařízení výhodnější. Představenstvo ČLK vytvořilo v lednu vyjednávací tým pro jednání s ministerstvem ve složení: Kubek, Herman, Knajfl, Němeček, právník ČLK a opakovaně jsme ministra žádali o jednání. Marně.

**Vzhledem k výše uvedeným skutečnostem si Vás dovoluji pozvat na společné jednání o dalším postupu. Jako termín navrhuji pondělí 26. 2. 2007, pokud by většině z Vás termín nevyhovoval, pokusíme se najít jiné vhodné datum.** Byl bych však rád, aby se setkání uskutečnilo před zasedáním představenstva ČLK, které se koná v pátek 2. 3. 2007.

Pokud se má v tomto roce v úhradách něco změnit, musí být novela vyhlášky vydána nejpozději k 1. 7. 2007. Jednání a příprava eventuální novely vyhlášky přitom zaberou několik týdnů.

Také bych Vás chtěl informovat, že **představenstvo vytvořilo v souladu s usnesením sjezdu ČLK komisi pro problematiku lékařů pracujících v přímém smluvním vztahu se ZP ve složení: Kubek, Herman, Knajfl, Stupavský, Ota Mach, Vejvarová, Šindler.** Členy komise můžete průběžně kontaktovat se svými připomínkami a náměty.

MUDr. Milan Kubek, prezident ČLK

**Následující odpovědi autoři publikovali v tisku, a tak jejich zveřejnění v Tempusu již nemůže lékaře ani ČLK více poškodit.**

### **S komorou jednat nebudeme**

Pane prezidente,

Rada SAS se zabývala Vaší nabídkou na jednání, avšak vzhledem k tomu, že

1. podle dostupných informací **neexistuje žádný reálný návrh ze strany vedení ČLK, který by současnou situaci řešil bez toho, že by byla významným způsobem poškozena velká část ambulantních specialistů**, přičemž Vaše pozvánka ani nenaznačuje, že by se Váš pohled na věc nějak změnil,

2. Rada SAS považuje nekomunikaci mezi MZ ČR a ČLK za výhradně bilaterální problém zaviněný Vaším osobním – ne věcným, ale spíše politickým – přístupem, přičemž odmítá i Váš výklad, že jste z osobní iniciativy vyjednal změnu vyhlášky 550/05 Sb. na 101/06 Sb., protože šlo jednoznačně o výsledek tlaku zástupců zdravotnických zařízení sdružených v Krizovém štábu,

3. **Vaše osobní aktivity i mediální vystupování nebudí nejmenší důvěru v to, že byste měl reálný zájem na jakékoli dohodě s ostatními sdruženími, kterou byste pak respektoval**, nepovažuje Rada SAS Vámi svolávanou schůzku v této chvíli za účelnou, a proto se žádný její zástupce na ní nezúčastní.

Ujišťujeme Vás, že se kontinuálně zabýváme všemi úkoly, které jsou dány stanovami našeho sdružení, že se neustále snažíme o maximální zlepšení stavu smluv a úhrad ambulantních specialistů. Budete-li Vy mít jakýkoli konkrétní návrh týkající se nejen zlepšení našich úhrad, jsme připraveni se jím zabývat, a pokud bude ve prospěch ambulantních specialistů, jej i podpořit.

Závěrem nám dovolte zopakovat to, co jsme Vám dali na vědomí již v prosinci 2006. Rada SAS je připravena spolupracovat na tvorbě nového uspořádání ČLK, ve kterém by bylo zajištěno rovnoprávné postavení soukromých lékařů vůči ostatním skupinám. Bereme na vědomí, že byla ustanovena komise, která má tento problém řešit. Věříme, že budou v krátké době dostupné výstupy z činnosti této komise takové, aby bylo možné tuto spolupráci, bude-li mít myšlenka reálnou možnost k realizaci, zahájit.

Za Radu SAS MUDr. Pavel Tautermann, předseda a MUDr. Zorjan Jojko, místopředseda

Vážený pane prezidente,

dovoluji si Vám oznámit, že zástupce SSG ČR se Vámi navrhovaného jednání dne 26. 2. 2007 ani v jiném termínu nezúčastní.

Odůvodnění:

- **věcná diskuse s Vámi se opakovaně ukázala jako nerealizovatelná, o spolupráci ani nehovořím**

- změny k horšímu pravidelně vydáváte za

vinu jiných subjektů než ČLK (či ČLK-o.s.), jakékoli zlepšení naopak přičítáte přímo své osobě či komoře. Zcela absurdní je to např. v textu, který právě rozesíláte. Byl jste to právě Vy, který v počátcích obhajoval 1. Rathovu vyhlášku (550/2005 Sb.) a ke zmírnění jejích dopadů vyhláškou č. 101/2006 Sb. došlo zejména díky iniciativám profesních organizací soukromých lékařů

- Vaše chování k představenstvu vedlo řadu členů, jichž si vážíme a mají naši důvěru, k rezignaci na členství v tomto orgánu ČLK. **Na činnost současného obměněného představenstva se rozhodně nedíváme s důvěrou, jakékoli komise jím jmenované budí skepsi.**

- to, že současný ministr zdravotnictví ČR má problémy s komunikací s ČLK pod Vaším vedením, považujete za svou „zásluhu“. **Komora působí pod Vaším vedením** (stejně jako za Vašeho předchůdce) **jako zpolitizovaný hybrid odborové a profesní organizace.** Mnohá čísla Tempusu by nezasevěný považoval za předvolební brožurku sociální demokracie. Nevadilo Vám, že legislativa podporovaná ČLK procházela jen díky těsné součinnosti soc. dem. a KSČM. Dokonce jste komunistickým poslancům děkoval - za této situace si nedovedeme představit jakýkoli smysluplný (a zejména přínosný pro naši členskou základnu) výstup z Vámi navrhovaného jednání. I nadále vynaložíme veškeré úsilí pro zlepšení situace (nejen) soukromých gynekologů. Jako důvěryhodné spojení si ale vybereme spíše organizace z Koalice soukromých lékařů a případně další subjekty.

Za výbor Sdružení soukromých gynekologů ČR  
Vladimír Dvořák, předseda

Vážený pane prezidente,

své stanovisko i náhled na dění v komoře jsem zveřejnil v posledním únorovém Tempusu Medicorum. Jak jistě nahlédnete, naše pohledy se značně rozcházejí a nedomnívám se, že účast na společných jednáních, která avizujete, by mohla jakkoliv vést k pozitivnímu posunu.

To platí pro jakékoliv vaše akce na podobné téma.

Doc. MUDr. M. Hanuš, CSc.,

předseda Sdružení ambulantních urologů

Vážený pane prezidente,

dovoluji si Vám sdělit, že se Vašeho setkání 26. 2. 2007 nezúčastní oficiálně žádný představitel SPL ČR, a to z prostého důvodu jasné účelovosti takového „aktivu“.

V době, kdy jsme protestovali proti úhradové vyhlášce vydané minulým ministrem, jste ji na podobném aktivu v únoru 2006 obhajoval slovy „tvrdá, ale spravedlivá“. Teprve protesty 24. 2. 2006 a jasné argumenty proti této hloupé a zlé vyhlášce 550/05 Vás vedly k onomu cimrmanovskému úkroku stranou

v podobě vyhl. 101/06, což ale také nebylo právě povedené.

Nyní se **chápete protestu některých praktických lékařů jako vítané záminky k posunu problému jiným směrem, a to vůči současnému ministru zdravotnictví, protože s Vámi nechce jednat. S námi jedná a máme příležitost se podílet na řešení nahromaděných problémů českého zdravotnictví. Vaše snaha zatáhnout ČLK do osobních animosit a politických půtek přímo ohrožuje smysluplnost této profesní organizace.** Kdysi jste prohlásil, že nechcete být hrobníkem komory, nyní se stáváte přímo jejím likvidátorem. Nyní mluvím o tom, že jako „libero“ ČLK si vybíráte usnesení sjezdu tak, jak Vám vyhovují. K tomuto závěru mě vede i skutečnost, že podle informací Dr. Kinšta jste na posledním představenstvu, na jeho výzvu k plnění usnesení č. 39 (dvoukomorový systém se zákazem majorizace), řekl, že toto usnesení naplňovat nebudete. Z toho je jasné, že se splnily obavy, že role představenstva ČLK je prakticky dekorativní a ve Vašem pojetí i zbytečná. Dokresluje to i složení Vámi jmenované komise pro problematiku lékařů v přímém smluvním vztahu se ZP. Většina z jejích členů totiž při různých příležitostech opakovaně vystupovala proti zájmům soukromých lékařů.

Dá se tedy říci, že soukromý sektor je ve svých názorech a postojích konzistentní a nerozdělí jej ani podobné akce, jakou plánujete na 26. 2. 2007.

MUDr. Václav Šmatlák, předseda SPL ČR

### **Několik poznámek na závěr**

(Z publikovaných nepravd uvedu na pravo míru alespoň tři.)

1) **Není pravda, že ČLK neměla žádný návrh na způsob úhrady v segmentu ambulantních specialistů.** ČLK-o.s. požadovala, aby 6–7procentní nárůst výběru pojistného byl celý použit na zvýšení příjmů zdravotnických zařízení. Trvali jsme na tom, aby úspory, kterých jsme dosáhli na lécích a zdravotnickém materiálu, byly použity na zvýšení úhrady naší práce. Pokud by ještě ODS a SZ plnily svůj předvolební slib, že nadále porostou platby pojistného za tzv. státní pojištěnce, bylo by peněz na zaplacení naší práce dostatek.

**Jako kompromisní řešení jsme navrhovali dvojí hodnotu bodu, kdy by pro klinická vyšetření, jejichž bodová hodnota se novým seznamem výkonů zvýšila nejvíce, platila hodnota bodu 0,85 Kč a pro všechny ostatní výkonu pak 1,00 Kč.** Tato konstrukce výpočtu maximální úhrady by zabránila ekonomickému poškození praxí závislých na přístrojových vyšetřeních, byla by ufinancovatelná pro zdravotní pojišťovny a lékaři z podfinancovaných odborností by si mohli více vydělat.

(pokračování na straně 22)



(dokončení ze strany 21)

**Opuštění výkonového systému a přechod na paušální systém úhrad s meziročním nárůstem příjmů za unikátního pojištěnce o pouhých 3 % – tento základ úhradové vyhlášky naopak prosazovaly SAS, SSG a Aprimed. Drtivou většinu z nás, ambulantních specialistů, bude tato „dohoda“ stát desítky až stovky tisíc korun ročně a šance na spravedlivější ohodnocení lékařské práce se nám díky rezignaci na nový Seznam zdravotních výkonů notně vzdálila.**

2) **Představenstvo se snaží plnit všechny úkoly uložené sjezdem.** Jednotlivé body usnesení jsou pro nás stejně závazné, a proto Dr. Kinštem navržený a prosazený bod číslo 39 („Sjezd ukládá vedení ČLK, aby do příštího Sjezdu ČLK připravilo změnu struktury tak, aby vznikly sekce zastupující na jedné straně lékaře zaměstnance a na straně druhé soukromé lékaře – ambulantní specialisty a praktické lékaře. Na koordinaci prosazování zájmů těchto sekcí by dbalo představenstvo ČLK tak, aby zabránilo riziku majorizace.“) je třeba chápat a realizovat s ohledem na bod číslo 29 („Sjezd podporuje jednotu ČLK a odmítá jakékoliv aktivity vedoucí k oslabování vlivu komory, omezující kompetence komory nebo směřující k jejímu rozštěpení. Sjezd ukládá prezidentovi a představenstvu, aby hájili kompetence ČLK a prosazovali jejich rozšiřování.“)

Volání zejména lékařů-zaměstnanců, že jejich hlas nezní v ČLK dostatečně hlasitě a že se komora o jejich problémy nezajímá, vnímám jako legitimní. Naším cílem však přece není komoru rozbít.

3) **Komisi pro problematiku soukromých lékařů nejmenoval prezident, ale zvolilo představenstvo** (zápis z 19. 1. 2007):

*Představenstvo vytvořilo komisi pro problematiku lékařů-zaměstnanců ve složení: Sedláček, Vraná, Tocháček, Velev, Monhart, Cmunt, Dostál*

*a komisi pro problematiku lékařů pracujících v přímém smluvním vztahu se ZP ve složení: Kubeck, Herman, Knajfl, Stupavský, Ota Mach, Vejvarová, Šindler. (Kinšt se svým členstvím v komisi nesouhlasil.)*

Hlasování: pro 11 (Kubeck, Herman, Knajfl, Němeček, Pětivlas, Řhová, Sedláček, Šindler, Tocháček, Vraná, Spousta), proti 5 (Krbušek, Klanica, Rybová, Kinšt, Moravec).

Co říci závěrem? Ke spolupráci není možno někoho nutit, avšak společný postup je naší jedinou šancí, jak prosadit vůči politikům, státní byrokracii a pojišťovnám své oprávněné požadavky. Na rozdíl od některých funkcionářů, kteří hájí pouze své výsadní postavení, to většina kolegů chápe. Důkazem je narůstající počet plných mocí pro ČLK–o.s. i reprezentativní účast zástupců soukromých lékařů na setkání 26. 2. 2007.

**Další kolo jednání České lékařské komory se zástupci lékařských sdružení se uskuteční 22. března. V jednotě je totiž opravdu síla.**

*MUDr. Milan Kubeck, prezident ČLK*

## Představitelé profesních komor vyzvali k jednání předsedu vlády



Milan Kubeck a Lubomír Chudoba

**Představitelé profesních komor zřízených ze zákona na svém jednání 27. února 2007 v pražském sídle ČLK zdůraznili nepolitickou roli komor a konstatovali, že je zájem společnosti zachovat povinné členství v těchto profesních komorách, neboť činnosti komor jsou především chráněny zájmy občanů, kteří využívají služeb jednotlivých profesí.**

**Představitelé profesních komor požádali premiéra o setkání a věcnou diskusi o postavení profesních komor v České republice.**

MUDr. Milan Kubeck – Česká lékařská komora

MUDr. Jiří Pekárek – Česká stomatologická komora

MUDr. Pavel Chrz – Česká stomatologická komora

PharmDr. Lubomír Chudoba – Česká lékárnická komora

Ing. arch. Dalibor Borák – Česká komora architektů

JUDr. PhDr. Jiří Plos – Česká komora architektů

JUDr. Jan Brož – Česká advokátní komora

Ing. Jiří Nekovář – Komora daňových poradců ČR

Ing. František Kania – Česká komora patentových zástupců

PhDr. František Čupr – Česká komora patentových zástupců

Doc. Ing. Vladimír Králíček, CSc. – Komora auditorů ČR

Eva Rokosová, MBA – Komora auditorů ČR

MVDr. Karel Daniel – Komora veterinárních lékařů ČR

MVDr. Jan Černý – Komora veterinárních lékařů ČR

JUDr. Juraj Podkonický, Ph.D. – Exekutorská komora ČR

JUDr. Jan Grosam – Exekutorská komora ČR

Ing. Bohumil Rusek – Česká komora autorizovaných inženýrů a techniků

Ing. Ladislav Zemánek – Komora certifikovaných účetních

(red)

Foto: Michal Sojka



Jiří Nekovář

Jan Černý a Karel Daniel



# Ad: Co pacienti chtějí?

## (Medical Tribune 5/2007)

Zdvihám hozenou rukavici kolegy Dr. Vepřeka ze sdružení Občan, který se snaží zdůvodnit smysluplnost připravovaných poplatků pacientů ve zdravotnictví. Nejsm si tolik jist, že touto cestou dosáhne kýženého výsledku, že dosud z možnosti ovlivnění systému zdravotnictví zcela vyloučený pacient bude opět postaven do středu pozornosti.

Myslím si, že jako pacienti si platíme na naše zdravotní zajištění dost vysokou zdravotní daň, která v námi zvolené zdravotní pojišťovně se zcela netransparentně přerozděluje podle pro pacienta zcela nepřehledné legislativy

Ministerstvo zdravotnictví a já jako pacient mohu jen zapínat svou vlastní fantazii o tunelování, pokud zjistím, že do primární péče se dostávají finance zcela v nedostatečné výši, že VZP nemá na proplácení preventivních prohlídek, očkování, a dokonce ani akutní péče, na což si nechá doplácet od praktických lékařů i ostatních specialistů. Tím se jako pacient vlastně stávám ekonomickým rizikem pro svého ošetřujícího lékaře. A to rozhodně nechci, protože vím, že bude-li limitována primární péče, bude vždy mým rizikem používat ji bez úplatků. Neboť můj ošetřující lékař je nucen rozhodovat o tom, kdo z nás pacientů ještě bude či již nebude vyšetřen a kdo z nás pacientů ještě bude či již nebude léčen. A to nechci.

Protože naši politici zatím během sedmnácti let po Listopadu nedokázali nastavit pravidla hry ve zdravotnictví bez limitací ambulantní péče, jsem přesvědčen, že pro mne jako pacienta je nejlepší nastavit jakýsi pokladenský systém financování ambulantní medicíny. Ambulantní lékař mne vyšetří a napíše léky a já mu za to zaplatím. Tím vložím do systému jisté garanční peníze, jejichž procentuální podíl si vyzdvihnou u své zdravotní pojišťovny, se kterou budu mít individuální smlouvu dle mnou vybraného pojišťovenského produktu, který mi nejvíce vyhovuje.

Tato změna toku peněz v ambulantním zdravotnictví přivede ošetřující lékaře ke kýžené vzájemné konkurenci a stejně tak i vzájemné konkurenci zdravotních pojišťoven. Tím se moje peníze dostanou jen ke schopným lékařům a nejlepším zdravotním pojišťovnám. A to chci také. A navíc se tím ušetří podstatně více než prostými poplatky za ošetření.

Pokladenský systém financování ambulantní medicíny je jediná cesta, jak si mohu alespoň částečně ohlídat své peníze vkládané do zdravotnictví. Vzhledem k tomu, že se pak v systému budou pohybovat viditelně moje vlastní peníze, budu si pečlivěji vybírat svého praktického lékaře, protože na jeho kvalitách bude záležet výše mnou vkládaných peněz do zdravotnictví. Pokladenský systém financování ambulantní péče představuje obnovu přirozených vztahů, které jsou nejefektivnější a nejekonomičtější, obnoví plodnou konkurenci a já jako pacient se dostanu na úroveň obchodního partnera svého lékaře. A to je to nejcennější, čeho chci ve zdravotnictví dosáhnout. Již žádná protekce nebo korupční peníze, ale peníze transparentně vkládané podle zákona. A lékaři se nebudou moci nadále ke mně chovat jako k materiálu, který je předmětem jejich kšeftu.

Jako pacient chci být svobodným pánem, který si sám vybírá nejlepší pojišťovenský produkt, který rozhoduje o svém vyšetřování a léčení podle nejnovějších medicínských poznatků bez zevních ekonomických limitací ošetřujících lékařů. A pokud si touto cestou něco efektivně připlatím, jsem k tomu svolný, protože vím, že budu vyšetřen dle mých potřeb a nikoliv dle limitací lékařů.

*MUDr. Bohumír Šimek, Křemže*





# Hledáme lepší formu zdravotních pojišťoven

## Rozhovor s ministrem zdravotnictví Tomášem Julínkem pro Rádio Česko

Vzhledem k tomu, že ministr zdravotnictví odmítl poskytnout rozhovor časopisu *Tempus Medicorum*, uveřejňujeme zásadní části rozhovoru pana ministra pro Rádio Česko, který se uskutečnil 7. 3. 2007. Je nám líto, že odpovědi pana ministra můžeme přinést čtenářům jen takto zprostředkovaně, ale domníváme se, že lékařská obec má právo, aby znala názory svého resortního ministra. Otázky ministrowi kladla redaktorka Hana Hikelová, od níž má *Tempus Medicorum* svolení k publikaci.



Foto: Michal Sojka

### K platbám státu za státní pojištěnce

Pane ministře, vláda začne projednávat reformu veřejných financí.

Jen upozorním, že tento rozhovor natáčíme před jednáním vlády. Ministr financí

Miroslav Kalousek před nedávnem v médiích

zmínil, že v rámci

úspor státního rozpočtu s vámi chce projednat možnost snížení plateb státu pojišťovněm za státní pojištěnce. Jak jste se dohodli?

Zatím jsme se nedohodli. Bude teprve první jednání, první kolo o těch jednotlivých krocích. Já chci tady zdůraznit, že jsem jako senátor ještě před nástupem na ministerstvo zdravotnictví zvýšil tuto sazbu za státní pojištěnce významným způsobem, takže přinesla deset miliard do zdravotnictví, a tím nedošlo k žádné kritické situaci na konci roku 2006, a ta hrozila právě díky opatřením, které prováděl bývalý ministr, a vytvořil se tím určitý polštář i pro transformační změny. Teď jde o to, abychom se dohodli na tom, že státní rozpočet zvládne svou roli a přípravu na snížení daní a zdravotnictví také zvládne svou roli a my tam máme určité parametry, pod které nemůžeme jít, a víme, a na kterých se dohodneme.

Vy jste říkal, že se vytvořil částečně polštář právě tím, že se dalo těch deset miliard korun. Slováci, když dělali reformu zdravotnictví, tak se mluví o tom, že ten polštář byli nuceni udělat podstatně vyšší, něco kolem dvaceti miliard slovenských korun. Vy si myslíte, že těch deset miliard bylo dostatečných jako polštář pro ty reformy?

No, ony se teprve rozbíhají, ale vzhledem k tomu, že jsme zatím v situaci, kdy nemusíme dělat dramatické změny z roku na rok tak, jak byly na Slovensku, a nemusíme řešit takový deficit, jako měli oni – my máme deficit menší relativně k tomu balíku peněz – tak i ty náklady nejsou takové, není taková poptávka na

náklady. My bychom to chtěli provést jaksi za provozu a poměrně měkce. Předpokládá to ale přijetí zákonů, které máme namyšleny, protože například poplatky opravdu jen okrajové, padesátikorunové nebo dvacetikorunové, mohou významně pomoci se stabilitou finanční v roce 2008, kdy to bude potřeba, a tím pádem nepotřebujeme procházet žádnými krizemi, prodlužováním splatnosti pro lékaře, zavíráním ordinací a stávkováním.

Já se vrátím ještě k jednání vlády. S jakým tam jdete stanoviskem? Protože požadavek snížit nebo zmrazit ty platby, co se týká právě státních pojištěnců, byl požadavek ministra financí.

Ta dohoda není zatím na číslovce, ale dohoda je na způsobu, a ten způsob je bavit se o tom procentuálním základu, ze kterého se to bude počítat, a že do toho vstupují některé parametry, kolik, prognóza, kolik bude jakých státních pojištěnců, to znamená, jaká bude nezaměstnanost, a potom výpočet toho samotného procenta.

Jestli se nepletu, v současné době platí stát pojištění přibližně za padesát sedm procent pojištěnců, především tedy za děti a důchodce. Ti ale čerpají ne vlastní vinou zhruba osmdesát procent zdravotní péče. Podle České lékařské komory by naopak stát měl ještě navýšit tyto prostředky. Jak byste chtěl v tom systému nahradit peníze, které by chyběly od státu? Myslíte si, že se to dá nahradit právě zavedením těch poplatků v příštím roce?

V celém systému je platba za státní pojištěnce z našeho pohledu určitým regulérním příspěvkem státu. Nelze ho měřit jednoduchým způsobem, kolik je podíl jakých pojištěnců. On prostě přispívá do toho systému ze státního rozpočtu, to znamená z těch smíšených daní, a zároveň vybírá pojistné. A my nepočítáme s tím, že by se tahle část významně snižovala nebo že by se to přeneslo pouze na ekonomicky výkonné občany. Počítáme s tím, že by spíše postupně přicházely do zdravotnictví další a další zdroje a mohli bychom snížit i procento pojistného, a to je ta správná cesta. A ze smíšených daní, kde se objevují i daně z cigaret, alkoholu a tak dále, by se měly potom spíš krýt nároky na stárnutí populace.

Na to naráží právě i Česká lékařská komora. Vy jste říkal: další zdroje do zdravotnictví. Stát zvyšuje spotřební daň na cigarety. Česká lékařská komora navrhovala, aby část výnosů spotřební daně na tabák a alkohol šlo formou jakési zdravotní daně přímo do systému zdravotnictví. Je to pro vás akceptovatelné?

To je naprosto nesystémové. Je to takový populistický návrh. Já chci upozornit, že prostě se platí, stát platí na své pojištěnce. My to chceme takto zachovat, a tím pádem ty peníze, které se objevují ve veřejném zdravotním pojištění, jsou peníze i z cigaret i z alkoholu, akorát prošly ministerstvem financí a tam se nějak zamíchaly. Takže ta adresnost a porušování našich daňových předpisů je asi nereálná. Je to takové trošku..., vypadá to líbivěji.

### Ke spoluúčasti

Dvacet korun za recept, padesát korun za návštěvu lékaře pohotovosti a za den v nemocnici, to jsou poplatky, které by se u nás měly podle vašeho návrhu platit od ledna příštího roku. Nyní se ročně v Česku předepíše přes devadesát tři milionů receptů a každý Čech jde ročně v průměru třináctkrát k lékaři. Jaký pokles po zavedení poplatků očekáváte?

U receptů se čeká významný pokles. Samozřejmě jsou to pouze prognózy a musí se odhadovat, protože se jedná o nějaké předpokládané chování na trhu, ale někdo hovoří, že by mohly klesnout až na polovinu.

Mluví o tom i zkušenosti ze Slovenska poté, co je Slováci zavedli?

Mluví o tom zkušenosti ze Slovenska samozřejmě. Pokud se to doprovodí ještě lékovou vyhláškou, to znamená, placením těch levných léčiv a nepředepisováním na recept, čímž je potřeba změnit zákon, tak tenhle efekt se dá dosáhnout.

Co průměrný počet návštěv u lékaře? Protože tam v Evropské unii patříme – a ne úplně v pozitivním slova smyslu – k naprosté špičce s průměrně třinácti návštěvami každého občana ročně u lékaře.

Tam je známo, že ten poplatek působí. Záleží, jak je postaven, takže se jenom dá hrubě hovořit – já nevím – o třiceti procentech, ale to opravdu střílíme. Je pravda, že je znám také návyk na tento poplatek, že se postupně potom ty návštěvy vrací, takže ve Francii každý rok nebo každé tři roky zvyšují tento poplatek, a zase ty návštěvy potom klesnou a stoupají... A záleží také, jak konstruovat spoluúčast. Musíme si uvědomit, že v některých státech je dvacet- až třicetiprocentní spoluúčast na základních službách ambulancí a tak dále. Takže to také hraje roli. Spoluúčast, jestli se nepletu, je plus minus kolem dvanácti procent, což je jedna z nejnižších v Evropě.

A to dělají pouze léky v podstatě, protože na služby je tam taková spoluúčast úplně minimální. Jak by měla stoupnout úroveň těch dvanácti procent?

My nepočítáme s významnějším stoupaním této spoluúčasti. Aspoň ne teď, v těch třech letech. Zatím chceme nastartovat to vědomí, že to něco stojí, i pouze poplatky, ale my připravujeme změnu struktury pojištění tak, aby si mohli dobrovolně občané přejít na zdravotní pojištění, které je založeno na vyšší spoluúčasti, protože to



pro ně bude z nějakých důvodů výhodnější. Takže chceme jít na tu dobrovolnou bázi, ne že to nařídíme a řekneme, vy budete mít dvacet procent spoluúčast.

**Poplatky zůstanou tomu, kdo je vybere, tak zní alespoň návrh, zároveň ale říkáte, že byste byl rád, kdyby se o tuto sumu snížily příjmy lékařů od zdravotních pojišťoven. Tím ale znovu zatížíte samotné lékaře, finančně jim to nic nepřinese a administrativní zátěž bude na nich. Myslíte si, že toto budou ochotni podporovat?**

To není úplně přesná interpretace. To se objevilo v tisku. Tam je důležité slovíčko, že budou zohledněny tyto příjmy. To znamená, že je nám jasné, že část těchto příjmů padne na administraci toho poplatku. Je nám jasné, že tam bude nějaký nedovůl, tudíž to bude jenom zohledněno fakticky při dohadování například o úhradách na další rok, kdy se bude hovořit, zda má být růst úhrady o pět procent, a do téhle rozvahy je třeba započítat příjem z těchto poplatků. Ale rozhodně se to nebudou primitivně odečítat.

### Ke zdravotním pojišťovnám

**V příštím roce chcete poslat do sněmovny dva důležité zákony. Zákon o zdravotních pojišťovnách, který by je měl měnit na akciové společnosti, a zákon, který založí nový úřad, který je má kontrolovat. Jaký smysl má převod pojišťoven na akciové společnosti?**

To není naším primárním cílem. My hledáme formu zdravotních pojišťoven, které budou lépe spravovat základní balík peněz určený na zdravotní péči, lépe tyto peníze distribuovat, budou mít daleko průhlednější hospodaření, budou lépe kontrolovatelné a budou schopny konkurence na příslušném trhu. A také bychom byli rádi, aby zaměstnanecké pojišťovny patřily zaměstnavatelům, když už se takto jmenují, aby to reálně takto i vypadalo a pak ta forma je adekvátní. To, aby prováděly vlastně pouze tuto specializovanou činnost, to znamená, zdravotní pojištění, a nedělaly nic jiného, zajistí zákon. To je naprosto logická podmínka, protože si nedovedeme samozřejmě představit, že by ty pojišťovny obchodovaly na burze nebo dělaly nějaké jiné záležitosti. Nejsme padlí na hlavu. To znamená, není to prvoplán, ale je to jen nástroj, jak zavést funkční pojišťovnu, která se nezadluhuje, která funguje ve prospěch svých klientů pojištěnců.

**Vy říkáte, že chcete docílit i toho, aby si pojišťovny konkurovaly v nabídce. Akcie VZP, Vojenské zdravotní pojišťovny a Pojišťovny ministerstva vnitra by vlastnil stát. Tyto pojišťovny přitom zastupují na trhu teď momentálně kolem osmdesát procent pojištěnců. K tomu by je kontroloval státní regulační úřad. Tím budou v podstatě pod přímou kontrolou státu. Jak chcete zajistit, aby si konkurovaly v momentě, kdy by akcie těchto tří pojišťoven, které v podstatě mají teď tu hlavní pozici na trhu, vlastnil stát?**

Problém na trhu jste popsala poměrně přesně, ale tím, že už jste jmenovala, že ty pojišťovny jsou tři, tak to nevylučuje, že si tyto tři pojišťovny konkurují jenom proto, že je vlastní momentálně stát, nebo že nějakým transformačním procesem by se tak stalo. Pořád to vytváří konkurenční prostředí. Teď máme spíš problém se

samotnou VZP, která má velký podíl na trhu, a tam je ten problém. Není to problém těch tří pojišťoven tak, jak jste je vyjmenovala. Tohle s tím už nemá vůbec nic společného, protože ten stát opravdu dozírá na provádění zdravotního pojištění; zda je realizován nárok občana, zda pojišťovny jsou finančně zdravé. Ale správně jste tipla, že to je ten úhelný bod dobrého provedení transformace zdravotních pojišťoven, aby bylo dobré rozmístění na trhu, a o tom přemýšlíme.

**Podle zástupců zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven je nutné co nejdříve stanovit standard, který by byl v základním pojištění, a vymezit nadstandardní služby. Tedy to, co by si lidé museli buď připlatit, nebo si nějak připojistit. Kdy navrhnete, co by mělo být součástí té standardní péče?**

Bude to v novém zákoně o veřejném zdravotním pojištění. Už jsme ho představili v legislativním plánu, tak by měl být přijat podle toho, jak bude dlouhý legislativní proces a jak by se poslanci dohodli v roce 2008, tudíž do té doby by se datoval obecně definovaný nárok z veřejného zdravotního pojištění včetně garance dostupnosti a čekacích dob, což je důležitý moment, který postaví pojišťovny do daleko odpovědnější role tohle občanům zajistit. A naopak to vyvádí z nevděčné role zdravotnická zařízení, která potom musí ad hoc na místě pacientovi sdělit někdy korektně, někdy nekorektně, na co má nárok a na co nemá nárok, a tudíž na nich zůstává ta tíže rozhodnutí: ekonomika versus kvalita nebo možnosti. Takhle se to přenáší na pojišťovny, kam to patří, a ten dohled nad zdravotním pojištěním, právě to provádění podle tohoto zákona bude kontrolováno.

### K lékařům a zákoníku práce

**V nejbližších letech chcete také novelizovat zákon o zdravotnickém zařízení. Tam chcete zakotvit takzvaný svobodný výkon povolání. Dnes musí mít lékař registraci a pevné místo k provozování. Co by lékařům ta změna přinesla?**

Lékařům by to přineslo větší možnosti se realizovat profesně. Znamená to například, že velmi kvalifikovaný odborník ať už s akademickým titulem, profesor, nebo specialista, může nabízet své služby, svoje know-how více zdravotnickým zařízením. Mohou to být často perfektní diagnostici s ultrazvukem nebo to mohou být anesteziologové nebo patologové. Dává to možnost i zdravotnickým zařízením tento kontrakt s takovými specialisty udělat. Zároveň to řeší i situaci v oblasti realizací některých služeb, pohotovostí, některých nárázových záležitostí, takže to zprůžňuje pracovní trh, zvláště při tomhle tak nepřátelském zákoníku práce.

**Právě zákoník práce je dalším tématem. Od ledna platí nový. Ten většina nemocnic, řekněme, obchází tak, že lékaři podepsali dohody o provedení práce, a pohotovostní službu tak vykonávají mimo rámec své pracovní smlouvy. Jak hodnotíte tento stav?**

Tak když se potom udělá prostý součet hodin, kolik odslouží na tu smlouvu řádnou a na tu smlouvu za hranou zákona, tak se zjistí, že odslouží přibližně ten počet hodin stejný, a tudíž propaganda v této oblasti o tom, že je to boj proti unavenému lékaři, splaskne okamžitě. Je to samozřejmě boj za sazby za tyto služby,

a o nic jiného nejde. Ne, že bych to lékařům nepřál, ale je potřeba také reálně vnímat situaci zdravotnických zařízení a v tomto případě ředitelé musí nasmlouvat pouze takové platby, které jsou schopni zvládnout.

**Kdyby se měl dodržovat zákoník práce, tak narazíme v České republice na nedostatek lékařů. Vy jste předem oznámil, že byste zahájil jakýsi nábor lékařů i třeba z nových členských států Evropské unie, z Bulharska a Rumunska. Jak pokročil tento váš, dejme tomu, úmysl?**

Nábor není asi úplně to správné slovo. Ministerstvo zdravotnictví nemůže za ředitele aktivně shánět pracovníky, ale mělo by jako stát umožnit, aby se dozvěděli v zemích Evropské unie, že jsou tady volná místa některých specialistů, a zprostředkovat jim cestu do České republiky, a tudíž i jazykové kurzy a možnost rekvalifikací. My jsme zjistili, že existují některé předpisy, které ztěžují tuto situaci, a momentálně jsme ve fázi, kdy se ta nabídka může realizovat směrem do příslušných států. Obava je, že vždycky, když ta nabídka přijde pro Českou republiku, tak nám to seberou země jako Anglie a ostatní, protože sáhnou po takovém pracovníkovi z Bulharska, Rumunska nebo z pobaltských států.

**Jaké to má pak řešení, pane ministře? Protože zároveň řada českých mladých lékařů vzhledem k situaci například k platům v nemocnicích se také ohlíží spíše do Německa, do Anglie.**

Není to žádný masový jev. Je to způsobeno spíš situací ve zdravotnických zařízeních. Všechna ta opatření spolu souvisí. Řeknu pár příkladů a samozřejmě mají každý svůj význam. Když zavedete regulační poplatek v ambulancích, klesne vám počet návštěv. Najednou se ukáže, že vám jich tolik nechybí. Když zajistíte poplatek za pobyt v nemocnici, tak se zkrátí ošetřovací doba a také tolik lidí nebudou chodit do nemocnic. Když stát se přestane rozmařile chovat, udělá reorganizaci, o které jsem hovořil, tak se také možná ukáže, že nějaký lékař je navíc. Já prostě to říkám přímo.

**Říkáte, že se může ukázat, že nějaký lékař je navíc. Já si vám dovoluji oponovat v jedné věci. Vy také tvrdíte, že součástí těch reformních kroků má být i to, že bude nárok, aby se člověk dostal na vyšetření ke specialistovi do tří týdnů, jestli se nepletu. Čekací lhůty jsou teď přece u mnohých specialistů výrazně delší.**

My se musíme opravdu ptát, jestli zdravotní pojišťovny mají nakontrahováno opravdu efektivně tu péči a zda ty kapacity třeba specialistů jsou vždycky přetíženy tak, jak mají být, a je to start nového pohledu, kdy pojišťovna musí odpovědně kontrahovat. Na druhou stranu já si nemyslím, že by mělo dojít k nějakému výpadku služeb, nebo že by mělo dojít k nějakému dramatickému přebytku lékařů na trhu. Ale možná ve struktuře, kde kdo máme působit, to znamená, že mnoho lékařů působí třeba v lůžkové péči a že by se mohli přesunout do ambulantní, o tom by se určitě mělo uvažovat. A že uvnitř té ambulantní péče je možná některých specialistů více díky třeba sazebníku a že chybí prakticky, to také víme. Takže spíš by se jednalo o strukturální změny, než by šlo vyloženě o přebytek lékařů na trhu.

(redakčně kráceno)



# Povinná mlčenlivost lékaře a výjimky z ní

## Lékař je ze zákona povinen zachovat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděl při výkonu své profese. Existují však výjimky. Které to jsou?

V článku o oznamovací povinnosti (*TM 1/2007*) jsme uvedli, že problematika povinné mlčenlivosti lékařů a dalších zdravotníků by měla být předmětem samostatného článku. I když se v časopisu České lékařské komory nezabýváme tímto tématem poprvé, bude asi vhodné připomenout si určitá pravidla a vypořádat se i s některými novými právními názory na toto téma. Konečně bude vhodné zmínit i určitou legislativní iniciativu ČLK, ke které došlo právě v těchto dnech v oblasti právní úpravy povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků.

### Kde a jak je upravena povinná mlčenlivost lékaře?

Podle § 55 odst. 2 písm. d) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění je každý zdravotnický pracovník povinen zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání, s výjimkou případů, kdy skutečnost sděluje se souhlasem ošetřované osoby nebo kdy byl této povinnosti zproštěn nadřízeným orgánem v důležitém státním zájmu; povinnost oznamovat určité skutečnosti, uložená zdravotnickým pracovníkům zvláštními právními předpisy, není tím dotčena.

Rozsah povinné mlčenlivosti zdravotnického pracovníka je tedy nesmírně široký, protože je povinen zachovat mlčenlivost o všem, o čem se dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání, kromě výjimek stanovených dále. Samozřejmě se povinná mlčenlivost vztahuje především k problematice zdravotního stavu ošetřovaných občanů. Podle zákona o ochraně osobních údajů je jakýkoliv údaj o zdravotním stavu člověka, byť třeba i velmi banální, tzv. citlivým, a tedy zvláště přísně právně chráněným údajem. Je tedy povinností zdravotnických pracovníků zachovávat o těchto údajích mlčenlivost a rovněž řádně chránit a zabezpečovat zdravotnickou dokumentaci pacientů.

### Sankce za porušení povinné mlčenlivosti

Pokud před patnácti a více léty bylo porušení lékařského tajemství etickým proviněním, v současné době je situace podstatně jiná. Podle § 178 odst. 2 trestního zákona, kdo osobní údaje o jiném získané v souvislosti s výkonem svého povolání, zaměstnání nebo funkce, byť i z nedbalosti sdělí nebo

zpřístupní a tím poruší právním předpisem stanovenou povinnost mlčenlivosti, bude potrestán odnětím svobody až na tři roky, nebo zákazem činnosti, nebo peněžitým trestem. Odnětím svobody na jeden rok až pět let, nebo zákazem činnosti, nebo peněžitým trestem bude pachatel (lékař či jiný zdravotník) potrestán, spáchá-li takový čin porušením povinností vyplývajících z jeho povolání, zaměstnání nebo funkce.

Kromě toho může samozřejmě pacient, jehož osobní údaje byly neoprávněně sděleny, podat nejen trestní oznámení, ale i žalobu na ochranu osobnosti a kromě omluvy požadovat i přiměřenou finanční satisfakci.

### Zproštění povinné mlčenlivosti pacientem

Nová vyhláška o zdravotnické dokumentaci zcela správně stanoví povinnost zdravotnického zařízení uvést ve zdravotnické dokumentaci pacienta, které osoby si pacient přeje informovat o svém zdravotním stavu. Pacient by si měl toto své rozhodnutí přímo ve zdravotnické dokumentaci rovněž podepsat. Lze tedy doporučit všem lékařům, kteří mají pacienty v péči, ať již jde o lékaře soukromé nebo péči poskytovanou v ústavních zařízeních, aby si do příslušných zdravotnických dokumentací tento údaj doplnili a aby tento údaj pacient podepsal. Kromě těchto osob, které pacient sám určí, a půjde většinou o jeho příbuzné či blízké nebo členy domácnosti, lze se souhlasem pacienta informovat i kohokoli dalšího, kdo o informace žádá, a pacient s poskytnutím informací souhlasí (zaměstnavatel pacienta, komerční pojišťovna, policie, úřady apod.). V těchto případech lze doporučit, aby souhlas pacienta s poskytnutím údajů a s uvedením, v jakém rozsahu a komu může lékař informace poskytnout, byly zaznamenány ve zdravotnické dokumentaci tak, aby pacient souhlas s podáním informací nemohl posléze popřít nebo zpochybnit.

**Lze tedy uzavřít: Poskytuje-li lékař informace s prokazatelným, nejlépe písemným souhlasem pacienta, neporušuje povinnou mlčenlivost.**

### Oznamovací povinnost

**Plní-li lékař nebo jiný zdravotník oznamovací povinnost, tedy oznamuje-li podle právního předpisu určité skutečnosti určeným orgánům, neporušuje povinnou ml-**

**čenlivost, byť oznamovací povinnost plní bez souhlasu pacienta.**

Případů, kdy lékař má oznamovací povinnost, je celá řada. Ty nejdůležitější, jejichž nesplnění by mohlo být důvodem k trestnímu stíhání lékaře, jsme již zmínili ve vzpomínaném článku o oznamovací povinnosti týkající se trestných činů (např. vražda nebo týrání svěřené osoby) a povinnosti překazit trestný čin (např. pohlavní zneužívání). Kromě toho existuje však celá řada případů oznamovací povinnosti lékaře či zdravotnického zařízení, například vůči zdravotním pojišťovnám (zejména případy, kdy poškození zdraví bylo způsobeno jednáním třetí osoby, která by měla zdravotní pojišťovně uhradit poskytnovanou zdravotní péči), orgánům ochrany veřejného zdraví, orgánům správy sociálního zabezpečení, orgánům sociálně-právní ochrany dětí (i zde spolupráce lékaře s tímto orgánem by patrně stála za samostatným článkem); vyjmenovat všechny případy oznamovací povinnosti lékaře by patrně bylo nad rámec možností tohoto článku. Plnění oznamovací povinnosti v rozsahu stanoveném zákonem a způsobem stanoveným zákonem, a to i bez souhlasu pacienta, nemůže být porušením povinné mlčenlivosti.

### Zproštění mlčenlivosti nadřízeným orgánem v důležitém státním zájmu?

**Již v roce 1998 v publikaci Právní odpovědnost v medicíně recenzované prof. JUDr. Jiřím Švestkou, DrSc., z Právnické fakulty Univerzity Karlovy v Praze dospěli autoři k závěru, že jde o překonané – v současnosti zcela nepoužitelné – ustanovení zákona o péči o zdraví lidu. V současné době není definován ani nadřízený orgán, který by byl oprávněn lékaře mlčenlivosti zprostit (kdo by byl nadřízeným orgánem soukromého lékaře?), ani důležitý státní zájem, kterému by mělo lékařské tajemství ustoupit.**

Bohužel se objevily i opačné právní názory, že nadřízeným orgánem lékaře-zaměstnavance je jeho zaměstnavatel a nadřízeným orgánem soukromého lékaře je orgán příslušný k jeho registraci. Pokud šlo o ojedinělé názory jednotlivců, nepřikládali jsme jim význam. V listopadu 2005 však vydal analytický a legislativní odbor Nejvyššího státního zastupitelství stanovisko, podle kterého pro potřeby policie, soudů, státního zastupitel-



ství (tedy orgánů činných v trestním řízení) lze ustanovení o nadřízeném orgánu a důležitém státním zájmu využít způsobem, jakým je uvedeno shora.

Tento právní názor však odmítlo nejen právní oddělení České lékařské komory, ale posléze i stanovisko trestního kolegia Nejvyššího soudu České republiky ze dne 28. 6. 2006 sp. zn.: Tpjn 303/2005.

Když jsem pak tento právní názor analytického a legislativního odboru Nejvyššího státního zastupitelství prezentoval na semináři Soudcovské unie za přítomnosti řady soudců včetně místopředsedkyně Ústavního soudu, kroutilí většinou nevěřícně hlavou.

**Lze tedy uzavřít, že v současné době nelze s odvoláním na nadřízený orgán a důležitý státní zájem žádné informace bez souhlasu pacienta komukoli, a to ani orgánům činným v trestním řízení, poskytovat.** Citované stanovisko analytického a legislativního odboru Nejvyššího státního zastupitelství bylo překonáno citovaným stanoviskem trestního kolegia Nejvyššího soudu ČR a není samozřejmě pro lékaře závazné.

### **Sdělování údajů orgánům činným v trestním řízení – policii, státnímu zastupitelství a soudům**

**V případě sdělování nezbytných údajů pro trestní řízení policii, státnímu zastupitelství a soudům (pouze soudům provádějícím trestní řízení) existuje však přece jen určité jiné pravidlo než to, které je uvedeno v ustanovení § 55 odst. 2 písm. d) zákona o péči o zdraví lidu. Podle § 8 odst. 5 trestního řádu, nestanoví-li zvláštní zákon podmínky, za nichž lze pro účely trestního řízení sdělovat informace, které jsou podle takového zákona utajovány, neboť na ně se vztahuje povinnost mlčenlivosti, lze tyto informace pro trestní řízení vyžadovat po předchozím souhlasu soudce. Tím není dotčena pouze povinnost mlčenlivosti u advokátů podle zákona o advokacii.**

Z toho vyplývá, že s ohledem na skutečnost, že zákon o péči o zdraví lidu nestanoví žádné konkrétní podmínky, podle nichž lze pro účely trestního řízení sdělovat informace, lze tyto informace i bez souhlasu pacienta podat policii, státnímu zastupitelství a soudu v trestním řízení po předchozím souhlasu soudce. **Orgány Policie ČR tedy nemají právo požadovat od lékařů jakékoliv údaje o pacientech bez jejich souhlasu, leda by doložily souhlas příslušného soudce.** Doporučujeme, aby tento souhlas byl vyžadován vždy v písemné formě a pečlivě založen do zdravotnické dokumentace pacienta, abychom měli patřičný doklad o tom, že jsme byli oprávněni a povinni příslušné údaje poskytnout.

Požaduje-li od nás tedy například policie jakékoliv údaje o pacientovi, může je obdržet jedině, když s tím souhlasí sám pacient, nebo

bez souhlasu pacienta, jde-li o údaje potřebné pro trestní řízení a souhlas pacienta je nahrazen souhlasem soudce.

### **Legislativní iniciativa České lékařské komory**

**V současné době je „otevřen“ zákon o péči o zdraví lidu v Poslanecké sněmovně a prezident České lékařské komory toho využil k legislativní iniciativě, která se mimo jiné týká i této oblasti – povinné mlčenlivosti. ČLK navrhla, aby slova o zproštění mlčenlivosti nadřízeným orgánem „v důležitém státním zájmu“ byla ze zákona vypuštěna a naopak bylo do zákona doplněno, že: „Povinností mlčenlivosti není zdravotnický pracovník vázán v rozsahu nezbytném pro obhajobu v trestním řízení a pro řízení před soudem nebo jiným orgánem, je-li předmětem řízení spor mezi ním, popřípadě jeho zaměstnavatelem a pacientem, nebo jinou osobou uplatňující práva na náhradu škody nebo na ochranu osobnosti v souvislosti s poskytováním zdravotní péče.“**

Zcela analogické ustanovení obsahuje i zákon o advokacii – tedy i advokát v případě sporu s klientem nebo v případě, že na něj klient podává trestní oznámení, je oprávněn i bez souhlasu klienta pro svou obhajobu nebo pro obranu v občanskoprávním soudním sporu použít nezbytné údaje o poskytování právní služby klientovi.

Stejně tak Česká lékařská komora navrhuje, aby v rámci své obhajoby nebo obrany proti žalobě o náhradu škody či ochranu osobnosti mohl lékař i bez souhlasu pacienta, v míře nezbytné pro svoji obhajobu nebo právní ochranu uvést údaje, které jsou mu známy o zdravotním stavu pacienta a jeho léčení. Jinak se již paradoxně v některých případech stalo, že pacient podal na lékaře žalobu a současně mu „zakázal se hájit“, protože mu nedal souhlas s tím, aby lékař sdělil údaje podléhající povinné mlčenlivosti. Tuto legislativní iniciativu prezidenta České lékařské komory již podpořil výbor pro zdravotnictví Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR.

### **Závěr:**

Přehledně lze tedy uzavřít, že lékař je povinen zachovat mlčenlivost o skutečnostech, o kterých se dozvěděl při výkonu svého povolání, s následujícími výjimkami:

1. je-li zproštěn mlčenlivostí pacientem,
2. má-li podle právního předpisu oznamovací povinnost,
3. pro potřeby orgánů činných v trestním řízení může sdělit potřebné údaje i bez souhlasu pacienta se souhlasem soudce, který doporučujeme požadovat vždy v písemné formě.

*JUDr. Jan Mach  
ředitel právního oddělení ČLK*





# Případ komplikace po miniinterrupci u těhotenství s nitroděložním tělískem

**Stížnost k ČLK na svého gynekologa podala paní Z. V odůvodnění stížnosti uvedla:**

V polovině ledna můj gynekolog zjistil počáteční stádium gravidity (3.-4. týden). Jelikož k otěhotnění došlo přes aplikaci nitroděložního tělíska, doporučil miniinterrupci. Hned následující den jsem byla přijata na gynekologické ambulanci nemocnice k uvedenému výkonu. Ultrazvukové vyšetření potvrdilo diagnózu a lékař mi vysvětlil, že je interrupce nutná kvůli možnosti poškození plodu nitroděložním tělískem. Zároveň označil za nutné provést extrakci nitroděložního tělíska. Když jsem se po celkové anestézii probudila na lůžku, měla jsem obrovské bolesti břicha a v podbřišku. Službu konající sestra mi sdělila, že při výkonu došlo k nějaké komplikaci, ale že bude vše v pořádku. Bolesti jsou údajně po tabletách na stažení dělohy. Bolesti se stupňovaly a pomalu jsem upadala do šoku. Z posledních sil jsem přivolala sestru. Pak si již mnoho nepamatuji. Víím, že jsem byla na UZ vyšetření, pak se dostavil primář a odvezli mě na operační sál. Tam mi primář řekl, že krvácím do dutiny břišní a možná mi budou muset odebrat dělohu. Jinak bych mohla zemřít. Po probuzení jsem se dozvěděla, že mi odebrali nejen dělohu, ale i jeden vaječník. Měla jsem prý v dutině břišní asi 2 litry krve, která se dostala až k ledvinám. Mám endoprotézu pravého kyčelního kloubu a křečové žíly, neměla jsem však zabandážované dolní končetiny.

Zdá se mi na pováženou, že při – podle tvrzení lékařů – banálním zákroku mohlo dojít k tak závažné komplikaci, která mne ohrozila na životě.

Dále je alarmující, že lékař, který výkon prováděl, mne nechal odvézt na pokoj, ačkoliv věděl, co se přihodilo. Domnívám se, že jsem měla být ihned operována bez prodlení a nemuselo dojít k tak katastrofálním následkům.

Podle těchto skutečností mám vážný důvod se domnívat, že došlo k závažnému lékařskému pochybení. Je mi 36, manželovi 34 let, mám dva syny v 1. a 4. třídě a chtěli jsme s manželem ještě holčičku. Lékaři po výkonu argumentovali: „Budte ráda, už nebudete potřebovat vložky a antikoncepci.“ To mne samozřejmě nemohlo uspokojit, ale spíše mě to urazilo a pobouřilo...

**Revizní komise příslušného OS ČLK stížnost po zaregistrování přijala k dalšímu šetření.**

## Gynekolog stěžovatelky řekl:

Při ultrazvukovém vyšetření jsem potvrdil graviditu při IUD a jmenovanou jsem s nálezem seznámil. Ihned požádala o sepsání žádosti na přerušení těhotenství. Podotýkám, že neměla žádné námitky ohledně operačního výkonu. Od toho dne jsem ji neviděl, ani nevyšetřoval. Dle udání lékařů z gynekologického oddělení přešla do jiného zařízení.

## Lékař, který prováděl miniinterrupci, řekl:

Výkon byl proveden v 6. týdnu gravidity a extrakci IUD jsem započal v 7.30 na malém sále. Po sondáži dutiny děložní a dilataci hrdla jsem se neúspěšně pokoušel o extrakci IUD (typ Dana Super lux) háčkem. Asi po 5 minutách jsem zavolal staršího lékaře, který výkon dokončil. Odsál dutinu děložní, extrahoval IUD a provedl kyretáž. Krvácení během výkonu vysvětlovalo jako komplikace extrakce IUD háčkem z isthmu uteri. Po opichu uterovaginální arterie ctg krvácení slabé, poranění dělohy při sondáži ani kyretáží nebylo patrné. Starší lékař nařídil sledování pacientky na oddělení konzervativní gynekologie, byla aplikována uterotonika, dle dokumentace krvácení středně silné. Já jsem v té době nadále prováděl výkony na malém sále. Pro hlášení bolestí v pravém podbřišku v 9.30 starší lékař provedl UZ vyšetření, kde byl hematom v pravých parametrických, volán primář oddělení a vzhledem k podezření na poranění dělohy indikována laparotomická revize po explikaci předpokládané komplikace pacientce. Před výkonem miniheparinizace, infekční zajištění a objednání erymasy. Následná hysterektomie s pravostrannou adnexotomií po prokázaném poranění pravé hrany děložní provedena primářem oddělení. Popsaná komplikace dle mého názoru byla odhalena včas, observace pacientky adekvátní a následný výkon nutný.

## K případu se vyjádřil primář oddělení:

Podle ultrazvukového vyšetření byl gestační váček 11 mm, IUD in situ, viz snímek. Výkon byl proveden jako miniUPT v 7.30 (viz vyjádření operujícího lékaře v operační knize v 7.45). Na doporučení dohlížejícího lékaře byla pacientka po výkonu sledována a v 9.30 pro silné bolesti provedeno UZ vyšetření. O stavu pacientky jsem byl informován asi v 9.45, na základě vyšetření indikoval explorativní laparotomii. Před operací jsem pacientku informoval o vážném stavu i o tom, že může být provedena radikální operace – hysterektomie. Krevní ztráta byla 1800 ml, hrazena transfuzí, pooperačně podána antibiotika, miniheparinizace, ferronat, analgetika, transfuze erytomasy a plasmu. Pooperační průběh byl až na subfebrilii bez větších komplikací, osmý den po operaci byla propuštěna.

K jednotlivým bodům stížnosti:

1. Žádost o UPT sepisoval gynekolog stěžovatelky v její přítomnosti a věřím, že byla poučena o tom, že zavedená IUD je zdravotní indikací k přerušení těhotenství a pouze na její žádost může být gravidita ponechána s tím, že si je vědoma možných následků. Také vědomě podepsala souhlas s provedením výkonu, při kterém může dojít ke zdravotním komplikacím, včetně hysterektomie.
2. UPT jsou prováděny v režimu denního stacionáře. Den před výkonem jsou provedeny krevní odběry, interní vyšetření a poučení pacientky o výkonu. Ráno před výkonem provedeno kontrolní sono, následuje výkon a odpoledne po kontrole lékařem jsou pacientky propuštěny z oddělení, jsou-li bez komplikací. Pokud dojde k jakékoliv komplikaci, je pacientka přijata k hospitalizaci, kompletace propouštěcí zprávy je dokončena po propuštění.
3. K jedinému pochybení, dle mého názoru, došlo při samotném výkonu, kdy byla provedena perforace dělohy v pravé hraně děložní s protřazením uterinní arterie, v. s. extrakčním háčkem, v délce 5–6 cm a nedošlo k rozpoznání této vážné události. Výkon prováděl lékař, na jehož žádost jej dokončoval a revidoval další gynekolog s II. atestací. Z tohoto pochybení rezultoval další postup – observace. Přesto si myslím, že ke stanovení správné diagnózy a rozhodnutí o radikálním řešení došlo relativně včas, kdy ještě nedošlo k hemorhagickému šoku, i když krevní ztráta byla odhadnuta na 1800 ml a operace byla komplikovanější pro velký retroperitoneální hematom.
4. Závěrečná stížnost je psána zřejmě ve stavu frustrace, což je pochopitelné. Nemohu se zbavit pocitu, že pacientka chce někoho za





ztrátu dělohy trestat. Myslím si, že těžko mohla donosit další graviditu – má dvě děti, je jí 36 let, je po těžkém úrazu pánevní s následnou totální náhradou kyčelního kloubu, je po konizaci děložního čípku, měla 3x UPT a nyní zavedeno IUD.

Revizní komise OS ČLK si vyžádala znalecký posudek v oboru porodnictví a gynekologie.

#### **Ve znaleckém posudku se uvádí:**

Vlastní provedení výkonu – 5 minut snahy o nalezení nitroděložního tělíška mi připadá jako velice dlouhá doba, nehledě k tomu, že extrakční háček, tedy tenký nástroj, může velice často dělohu poranit. Pokud by se nejdříve odsálo plodové vejce, následná kontrakce dělohy by mohla tělíško „přilepené k děložní stěně“ uvolnit a usnadnit jeho extrakci. Někdy je vhodné přesvědčit se o lokalizaci tělíška jiným nástrojem, než je extrakční háček, který byl vyvinut hlavně pro extrakci tělíška z netěhotné, méně zranitelné dělohy.

Další informace o průběhu výkonu jsou mlhavé – není popsáno, o jakou komplikaci výkonu se jedná. Řešení, kterým byl opích sestupné větve děložní arterie, a to, že není v záznamu uvedeno, že byla aplikována uterotonika, musí nutně vést k závěru, že komplikaci výkonu bylo poranění dělohy. Kdy a kým bylo způsobeno, není možné stanovit.

Při indikaci výkonu umělého přerušování těhotenství by měl lékař pacientce podat dostatečné vysvětlení o možných komplikacích výkonu provázejících – včetně možnosti poranění dělohy a jejího operativního odstranění. Pacientka, na jejíž žádost byl výkon prováděn, na zadní straně svým podpisem stvrzuje, že o tom byla poučena. Vzhledem k faktu, že na formuláři žádosti o přerušování těhotenství podpis je, musím mít za prokázáno, že tato podmínka byla splněna. Vlastní výkon prováděný oběma gynekology pak byl prováděn řadou nešťastných rozhodnutí, kdy při komplikaci opích ctg. jasně svědčil pro poranění dělohy a oni zvolili řešení, které bylo nevhodné. Míra odpovědnosti jednotlivých lékařů výkon provádějících by pak měla být posuzována na jejich pravomocemi v rámci pracoviště. Vyjádření gynekologa provádějícího výkon, že poranění při kyretáži ani sondáži nebylo prokázáno, nelze brát na zřetel vzhledem k opichu sestupné větve děložní arterie. Tento výkon poranění potvrzuje. Další postup od informování primáře oddělení už byl jediným možným pro vyřešení alterovaného zdravotního stavu pacientky.

**Revizní komise OS ČLK na základě znaleckého posudku navrhla zahájit smírcí řízení před senátem Čestné rady ČLK. Stěžovatelka podala k okresnímu zastupitelství trestní oznámení na gynekology v souvislosti s umělým přeru-**

**šením těhotenství. Revizní komise OS ČLK proto požádala o sdělení, zda již bylo meritorně rozhodnuto, a do doby rozhodnutí státního zastupitelství přerušila disciplinární řízení.**

#### **Okresní státní zastupitel rozhodl:**

Okresní státní zastupitelství ve svém usnesení s použitím jiného soudního znalce, než měla k dispozici OS ČLK, rozhodlo podle jeho závěrů. Podle tohoto znalce proběhl zákrok obvyklým způsobem, a interrupce a s ní spojené nutné odstranění nitroděložního tělíška bylo provedeno způsobem za použití obvyklých nástrojů, tedy zcela lege artis. K poranění dělohy došlo při postupu lege artis. Nelze zcela jednoznačně určit, který z lékařů perforaci způsobil a jakým nástrojem byla způsobena. Jako nejpravděpodobnější byl určen háček. Pacientka byla sledována lege artis, komplikace nebyla rozpoznána bezprostředně, avšak dostatečně včas, aby její život nebyl ohrožen. Pokud šlo o námitku poškozené stran nepřezkoumatelnosti posudku v části, kde znalec dospěl k závěru, že žádného ze zasahujících lékařů nelze označit za nezkušeného, toto znalec v posudku vysvětlil tak, že extrakce nitroděložního tělíška háčkem z těhotné dělohy je výkon velmi výjimečný. Málokterý lékař ho během svého života byl nucen provést, proto v tomto smyslu byli dle znalce oba lékaři „nezkušení“ a nelze jim to vytýkat. Tělíško je přítom při interrupci nutno odstranit jako prevenci pooperačních komplikací a snaha o jeho odstranění byla zcela lege artis. Nelze rovněž souhlasit s námitkou poškozené, že se znalec nevyjádřil k tomu, zda roztržení tepny považuje za běžnou komplikaci spojenou s posuzovaným případem a že v tomto směru je posudek neúplný. Znalec k tomu uvedl, že u poškozené došlo k poranění dělohy v její dolní části, v pravé děložní hraně v délce 5–6 cm a k protržení děložní tepny, která se v tomto místě nachází a že k takovému poranění může dojít. S nevysokou, ale stabilní frekvencí k němu dochází i při postupu lege artis. Pokud jde o otázku včasného nerozpoznání poranění dělohy během výkonu, jež ve stížnosti poškozená zpochybňuje, i na tuto znalec v posudku reagoval, když uvedl, že to může být obtížné, pokud nástroj (nejpravděpodobněji háček) neprotrhne daleko mimo dělohu, a je ztíženo tím, že po vyprázdnění obsahu se těhotná děloha stáhne a stěny trhliny přilehnou k sobě. Po interrupci byla pacientka sledována, komplikace včas rozpoznána a bez odkladu řešena lege artis. Odstranění dělohy, vejcovodu a vaječnicku bylo nutné k záchraně života.

Rozhodnutí o odložení věci však nezabývá oznamovatelku možností domáhat se případných nároků z titulu náhrady škody v občanskoprávním řízení.

**Na základě verdiktu státního zastupitelství, s výše uvedeným odůvodněním podle nového soudního znaleckého posudku, rozhodla Revizní komise OS ČLK o nezahájení disciplinárního řízení proti lékařům.**

*MUDr. Jiří Jedlička  
(z pověření ČR ČLK)*



# Vzdělávací kurzy České lékařské komory

## Přehled na I. pololetí 2007

Příhlášky zasílejte na adresu:

### Oddělení vzdělávání ČLK

Lékařská 2, 150 30 Praha 5, fax: 257 220 618, e-mail: vzdělavani@clkcr.cz, seminar@clkcr.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 telefonních 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**

### 11/07 Kurz – Závislost na tabáku

**Datum konání: 31. 3. 2007**

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

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

MUDr. Eva Králíková, CSc.

• Epidemiologie a prevence, složení tabákového kouře

Prof. MUDr. František Perlík, DrSc.

• Lékové interakce kouření

Prof. MUDr. Luboslav Stárka, DrSc.

• Kouření a endokrinní systém

MUDr. Aleš Herman, Ph.D.

• Kouření a KVO

MUDr. Eva Králíková, CSc.

• Princip závislosti na tabáku

Léčba závislosti na tabáku: psychobehaviorální intervence a farmakoterap., současné možnosti v ČR

MUDr. Lenka Štěpánková

• Psychoterapie závislosti na tabáku, psychiatrická komorbidita kuřáků

MUDr. Eva Králíková, CSc., MUDr. Lenka Štěpánková

• Nácvik 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 Kobliňová, SÚKL, vedoucí Sekce klinického hodnocení a farmakovigilance**

MUDr. Eva Jirsová, SÚKL, farmakovigilanci 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, SÚKL, vedoucí oddělení farmakovigilance

• Nežádoucí účinky po očkování

Proč hlásit nežádoucí účinky léčiv?

Farmakovigilance a bezpečné používání léčiv

MUDr., Ing. Radek Běla, SÚKL, farmakovigilanci hodnotitel

• Jak snadno a rychle hlásit nežádoucí účinky léčiv?

MUDr. Ivana Kobliňová, SÚKL, vedoucí Sekce klinického hodnocení a farmakovigilance

• Jak legálně používat neregistrované léčivé přípravky?

MUDr. Alice Němcová, SÚKL, vedoucí oddělení klinického hodnocení

• ak legálně provádět klinické hodnocení léčiv – úloha zkušejícího 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 Feureis, CSc.

• Viabilní myokard

Prof. MUDr. Josef Kautzner, DrSc.

• Výbrané kapitoly z arytologie

MUDr. Jan Bruthans, CSc.

• Léčba srdečního selhání

Doc. MUDr. Milan Lukáš, CSc.

• Jaterní cirhoza

Prof. MUDr. Michal Anděl, CSc.

• Novinky v patogenezi, klasifikaci, diagnostice

a léčbě diabetes mellitus

As. JUDr. Daniela Bruthansová

• Vztah pacient – lékař, právní odpovědnost

Prim. MUDr. Iva Holmerová

• Novinky v geriatrické péči

### 08/07 Kurz – Novinky v pneumoftizeologii

**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, Praha 4 - Podolí**

**Koordinátor kurzu: Doc. MUDr. Alena Měchurová, ÚPMD, Praha 4 - Podolí**

Doc. MUDr. Alena Měchurová, CSc.

• Postpartální krvácení – konzervativní přístup

Doporučené postupy v perinatologii – změny

Kardiotokografie - kazuistiky

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

MUDr. Jitka Řezáčová

• Těhotenské komplikace po asistované reprodukci

MUDr. Jitka Řezáčová

• Těhotenské komplikace po asistované reprodukci

MUDr. Jitka Řezáčová

• Těhotenské komplikace po asistované reprodukci

MUDr. Jitka Řezáčová

• Těhotenské komplikace po asistované reprodukci

MUDr. Jitka Řezáčová

• Těhotenské komplikace po asistované reprodukci

MUDr. Jitka Řezáčová

• Těhotenské komplikace po asistované reprodukci

MUDr. Jitka Řezáčová

• Těhotenské komplikace po asistované reprodukci

MUDr. Jitka Řezáčová

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

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

Doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc.

• Jaké novinky je třeba vědět v roce 2007 pro neodkladnou péči? Nové roztoky, nové léky a pomůcky, nové postupy, připravená metodická doporučení. Jak medikovat v těhotenství a v šestinedělí?

MUDr. Otakar Buda

• Hlavní problémy, pochybení, omyly v neodkladné péči po stránce medicínské - diferenciální diagnostiky, první opatření, oznámení apod. - kazuistiky a poučení z nich u dospělých pacientů po stránce medicínské a medicínsko-právní.

MUDr. Aleš Tomek a jeho hosté – minipanel

• Novinky v neurologii – jak se k nim aktivně a správně postavít v nečekané konfrontaci v terénu, v ordinaci, na urgentním příjmu.

MUDr. Jana Šeblová

• Které life-style drogy jsou dnes „in“? Zasahují i do dětského věku? Jak posuzujeme výpovědi a anamnézy nezletilých, popř. dětí pod vlivem alkoholu, drog, reaktivní anxiózy? Na co se soustředí při případném ohledání s podezřením na komplikovaný předcházející děj nebo dokonce trestný čin? Přibýly nové momenty v roce 2005/2006 v trestněprávní problematice v linii prvního styku, popř. konfliktu – a jaké?

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

• Významné případy a jejich řešení z poslední doby po stránce právní; možnosti psychologického řešení kolizních situací – konkrétní příklady podle kazuistik; změnila se již hranice viability plodu, rozhodování pro dobu budoucí. Napadení – pohled z obou stran a jeho následky a důsledky; jaké kompetence lze nelékařskému personálu svěřit na místě v terénu

a na urgentním příjmu při postupech zachraňujících život a jak za ně zodpovídají tito pracovníci, popř. dobrovolníci?

MUDr. Jarmila Drábková, CSc.

• Jsou nové raritní nozologické jednoty a syndromy a které bychom měli znát a čeho si všimnout podle doporučení zkušenějších ze zahraničí? Přicházejí nová rizika do první linie a která? Máme vhodné bezpečnostní pomůcky? Jsme připraveni na nezvyklé momenty – vína veder, vysoká voda, únik chemikálií, střet s jinou kulturou – souhrn z posledních názorů a příprav medicíny katastrof. Diskuse.

MUDr. Jarmila Drábková, CSc.

• Jsou nové raritní nozologické jednoty a syndromy a které bychom měli znát a čeho si všimnout podle doporučení zkušenějších ze zahraničí? Přicházejí nová rizika do první linie a která? Máme vhodné bezpečnostní pomůcky? Jsme připraveni na nezvyklé momenty – vína veder, vysoká voda, únik chemikálií, střet s jinou kulturou – souhrn z posledních názorů a příprav medicíny katastrof. Diskuse.

MUDr. Jarmila Drábková, CSc.

• Jsou nové raritní nozologické jednoty a syndromy a které bychom měli znát a čeho si všimnout podle doporučení zkušenějších ze zahraničí? Přicházejí nová rizika do první linie a která? Máme vhodné bezpečnostní pomůcky? Jsme připraveni na nezvyklé momenty – vína veder, vysoká voda, únik chemikálií, střet s jinou kulturou – souhrn z posledních názorů a příprav medicíny katastrof. Diskuse.

MUDr. Jarmila Drábková, CSc.

• Jsou nové raritní nozologické jednoty a syndromy a které bychom měli znát a čeho si všimnout podle doporučení zkušenějších ze zahraničí? Přicházejí nová rizika do první linie a která? Máme vhodné bezpečnostní pomůcky? Jsme připraveni na nezvyklé momenty – vína veder, vysoká voda, únik chemikálií, střet s jinou kulturou – souhrn z posledních názorů a příprav medicíny katastrof. Diskuse.

MUDr. Jarmila Drábková, CSc.

• Jsou nové raritní nozologické jednoty a syndromy a které bychom měli znát a čeho si všimnout podle doporučení zkušenějších ze zahraničí? Přicházejí nová rizika do první linie a která? Máme vhodné bezpečnostní pomůcky? Jsme připraveni na nezvyklé momenty – vína veder, vysoká voda, únik chemikálií, střet s jinou kulturou – souhrn z posledních názorů a příprav medicíny katastrof. Diskuse.

MUDr. Jarmila Drábková, CSc.

• Jsou nové raritní nozologické jednoty a syndromy a které bychom měli znát a čeho si všimnout podle doporučení zkušenějších ze zahraničí? Přicházejí nová rizika do první linie a která? Máme vhodné bezpečnostní pomůcky? Jsme připraveni na nezvyklé momenty – vína veder, vysoká voda, únik chemikálií, střet s jinou kulturou – souhrn z posledních názorů a příprav medicíny katastrof. Diskuse.

MUDr. Jarmila Drábková, CSc.

• Jsou nové raritní nozologické jednoty a syndromy a které bychom měli znát a čeho si všimnout podle doporučení zkušenějších ze zahraničí? Přicházejí nová rizika do první linie a která? Máme vhodné bezpečnostní pomůcky? Jsme připraveni na nezvyklé momenty – vína veder, vysoká voda, únik chemikálií, střet s jinou kulturou – souhrn z posledních názorů a příprav medicíny katastrof. Diskuse.

MUDr. Jarmila Drábková, CSc.

• Jsou nové raritní nozologické jednoty a syndromy a které bychom měli znát a čeho si všimnout podle doporučení zkušenějších ze zahraničí? Přicházejí nová rizika do první linie a která? Máme vhodné bezpečnostní pomůcky? Jsme připraveni na nezvyklé momenty – vína veder, vysoká voda, únik chemikálií, střet s jinou kulturou – souhrn z posledních názorů a příprav medicíny katastrof. Diskuse.

MUDr. Jarmila Drábková, CSc.

• Jsou nové raritní nozologické jednoty a syndromy a které bychom měli znát a čeho si všimnout podle doporučení zkušenějších ze zahraničí? Přicházejí nová rizika do první linie a která? Máme vhodné bezpečnostní pomůcky? Jsme připraveni na nezvyklé momenty – vína veder, vysoká voda, únik chemikálií, střet s jinou kulturou – souhrn z posledních názorů a příprav medicíny katastrof. Diskuse.

MUDr. Jarmila Drábková, CSc.

• Jsou nové raritní nozologické jednoty a syndromy a které bychom měli znát a čeho si všimnout podle doporučení zkušenějších ze zahraničí? Přicházejí nová rizika do první linie a která? Máme vhodné bezpečnostní pomůcky? Jsme připraveni na nezvyklé momenty – vína veder, vysoká voda, únik chemikálií, střet s jinou kulturou – souhrn z posledních názorů a příprav medicíny katastrof. Diskuse.

MUDr. Jarmila Drábková, CSc.

• Jsou nové raritní nozologické jednoty a syndromy a které bychom měli znát a čeho si všimnout podle doporučení zkušenějších ze zahraničí? Přicházejí nová rizika do první linie a která? Máme vhodné bezpečnostní pomůcky? Jsme připraveni na nezvyklé momenty – vína veder, vysoká voda, únik chemikálií, střet s jinou kulturou – souhrn z posledních názorů a příprav medicíny katastrof. Diskuse.

MUDr. Jarmila Drábková, CSc.

• Jsou nové raritní nozologické jednoty a syndromy a které bychom měli znát a čeho si všimnout podle doporučení zkušenějších ze zahraničí? Přicházejí nová rizika do první linie a která? Máme vhodné bezpečnostní pomůcky? Jsme připraveni na nezvyklé momenty – vína veder, vysoká voda, únik chemikálií, střet s jinou kulturou – souhrn z posledních názorů a příprav medicíny katastrof. Diskuse.

MUDr. Jarmila Drábková, CSc.

• Jsou nové raritní nozologické jednoty a syndromy a které bychom měli znát a čeho si všimnout podle doporučení zkušenějších ze zahraničí? Přicházejí nová rizika do první linie a která? Máme vhodné bezpečnostní pomůcky? Jsme připraveni na nezvyklé momenty – vína veder, vysoká voda, únik chemikálií, střet s jinou kulturou – souhrn z posledních názorů a příprav medicíny katastrof. Diskuse.

MUDr. Jarmila Drábková, CSc.

• Jsou nové raritní nozologické jednoty a syndromy a které bychom měli znát a čeho si všimnout podle doporučení zkušenějších ze zahraničí? Přicházejí nová rizika do první linie a která? Máme vhodné bezpečnostní pomůcky? Jsme připraveni na nezvyklé momenty – vína veder, vysoká voda, únik chemikálií, střet s jinou kulturou – souhrn z posledních názorů a příprav medicíny katastrof. Diskuse.

MUDr. Jarmila Drábková, CSc.

• Jsou nové raritní nozologické jednoty a syndromy a které bychom měli znát a čeho si všimnout podle doporučení zkušenějších ze zahraničí? Přicházejí nová rizika do první linie a která? Máme vhodné bezpečnostní pomůcky? Jsme připraveni na nezvyklé momenty – vína veder, vysoká voda, únik chemikálií, střet s jinou kulturou – souhrn z posledních názorů a příprav medicíny katastrof. Diskuse.

MUDr. Jarmila Drábková, CSc.

• Jsou nové raritní nozologické jednoty a syndromy a které bychom měli znát a čeho si všimnout podle doporučení zkušenějších ze zahraničí? Přicházejí nová rizika do první linie a která? Máme vhodné bezpečnostní pomůcky? Jsme připraveni na nezvyklé momenty – vína veder, vysoká voda, únik chemikálií, střet s jinou kulturou – souhrn z posledních názorů a příprav medicíny katastrof. Diskuse.

MUDr. Jarmila Drábková, CSc.

• Jsou nové raritní nozologické jednoty a syndromy a které bychom měli znát a čeho si všimnout podle doporučení zkušenějších ze zahraničí? Přicházejí nová rizika do první linie a která? Máme vhodné bezpečnostní pomůcky? Jsme připraveni na nezvyklé momenty – vína veder, vysoká voda, únik chemikálií, střet s jinou kulturou – souhrn z posledních názorů a příprav medicíny katastrof. Diskuse.



## INZERCE

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

### Volná místa – zájem

Praktický lékař pro dospělé 13 let praxe s atestací a licencií ČLK, hledá místo. Tel.: 737 887 452

Zkušený internista hledá práci s ubytováním kdekoliv v ČR. Tel.: 603 895 759

Internistka, obezitolog, dýchodce, dvě atestace, licence, hledá uplatnění na kratší úvazek. Tel.: 241 715 982

Lékař-dýchodce, dosud v pracovním poměru, atestace II. st. z vnitřního lékařství s licencií a atestací I. st. z prakt. lékařství s licencií, s dlouhodobou praxí u lůžka v ambulanci, znalost angličtiny, část. německy, rusky, hledá místo internisty nebo prakt. lékaře na plný nebo částečný úvazek. Praha a blízké okolí. Nabídky FAX: 286 853 438

Lékař dýchodce s atestací II. st. v oboru interna, licence pro klinickou imunologii-alergologii, hledá místo na 1-2 dny v týdnu, smlouvu s VZP mám. Jen Praha a okolí. Tel.: 602 312 943

Lékařka s 1. atestací RDG a licencií ČLK má zájem o pracovní místo, spíše charakteru výpomoc, pouze na částečný úvazek, 1-2 dny v týdnu. Pozor podmínka: v okolí města Poděbrady, včetně Poděbrad samozřejmě....!! Pracovní náplň: popisy snímků, rtg-konzultace, sonografická vyšetření - včetně měkkých tkání mimo prsu, štítná žláza, Dopplerovské vyšetření cévního systému - žilní (trombosa DK), arteriální (karotidy, tepny DK) i lymfatický systém. Volejte, prosím na mobil: 604 618 511, zanechte vzkaz ve schránce nebo pošlete sms, všem se OZVU!

Lékařka s I. atestací z pediatrie hledá místo asistenta (ev. zástup) v praxi PLDD. Nejlépe Středočeský kraj, Praha, Moravskoslezský kraj. Tel.: 732 420 112

### Volná místa – nabídka

Hledáme praktického lékaře na závodně preventivní péči do ordinace v centru Prahy. Nástup možný ihned, pracovní doba po-čt (25 hod/týden). Možno aktivní dýchodce. Tel.: 777 890 261, 224 946 219 (večer)

Hledáme praktického lékaře na závodně preventivní péči do terénu pro ordinaci v centru Prahy. Automobil k dispozici, nástup možný ihned, pracovní doba po-čt (25 hod/týden). Tel.: 777 890 261, 224 946 219 (večer)

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

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 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 zašlete na adresu: o.s. TŘÍ, Jana Nohy 1352, 256 01 Benešov. Blížší informace na Tel.: 317 722 046, e-mail: asistence@centrum-cercany.cz

Nemocnice Kyjov přijme lékaře/lékařku na infekční odd. Požadovány 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. Blížší informace na Tel.: 606 777 136 nebo na E-mail: michaela.patockova@nemkyj.cz

I. zdravotní Rumburk, a.s., Lužická nemocnice nabízí příležitosti lékařům na následujících odděleních: Gynekologie-porodnictví – lékař s atestací II. st. na funkčním místě, lékař s atestací I. st., Interní oddělení – lékař s atestací II. st. nebo s nástavbou z kardiologie, lékař s atestací I. st. nebo absolvent se zájmem o obor, ARO – lékař s atestací I. či II.

stupně (funkční místo), Chirurgie – lékař s atestací I. či II. st. či absolvent. Nabízíme dobré životní a pracovní podmínky, velmi dobré platové podmínky, týden dovolené navíc nad rámec zákonné, možnost dalšího profesního růstu, podíl na probíhajících rozvojových programech společnosti (kompletní rekonstrukce zařízení), služební byt, atraktivní okolí národního parku Českosaské Švýcarsko. Kontakt: MUDr. Tomáš Veselý, Nemocnice Rumburk, U Nemocnice 10, 408 01 Rumburk, vesel@nemrum.cz, Tel.: 412 332 551

Hledáme lékaře hematologa pro práci v ordinaci v Praze 4 nebo lékaře s interní atestací se zájmem o obor. Výhodné platové podmínky. Praxe v laboratoři vítána. Mobil: 602 318 025, Tel.: 261 006 427, 443

Psychiatrická léčebna Dobruška přijme lékaře/-ky do oboru psychiatrie (i bez atestace a absolventy), neurologa s atestací, internistu s atestací, pneumologa s atestací. Blížší informace na www.pld.cz. Kontakty pro nabídky: E-mail: personal@pld.cz, Tel.: 377 813 406, 377 813 409

Nemocnice Vsetín, p.o., přijme do pracovního poměru lékaře na neurologické oddělení. Požadavky: pečlivý a zodpovědný přístup k práci, profesionální přístup k pacientům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost. Informace na Tel.: 571 490 320, prim.MUDr. Bohdan Křupka, Ph.D., E-mail: krupka@nemocnice-vs.cz

Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s., vypisuje výběrové řízení na vedoucího zdravotního laboranta pro oddělení hematologie a krevní transfúze. Nástup dle dohody, ubytování zajištěno, práce v novém moderním prostředí. Příhlášky zasílejte do 31.3.2007. V případě zájmu se ihned telefonicky obraťte na personální oddělení nemocnice (384 376 321, paní Loskotová), případně písemně na adresu: Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s., U Nemocnice 380/III, 377 38 Jindřichův Hradec

Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s., přijme kvalifikovaného pediatra na dětské oddělení. Předpoklady: atestace z pediatrie, znalost AJ, schopnost týmové práce. Nabízíme výhodné platové podmínky, nástup možný ihned, ubytování zajištěno, možnost přidělení bytu, práce ve zkušeném kolektivu odborníků s předpokladem dalšího růstu. V případě zájmu se ihned telefonicky obraťte na personální oddělení nemocnice (384 376 321, paní Loskotová), případně písemně na adresu: Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s., U Nemocnice 380/III, 377 38 Jindřichův Hradec

Přijmeme lékaře diabetologa i na částečný úvazek. Výhodné platové podmínky. Nástup možný ihned. Praha 4. Mobil: 602 318 025, Tel.: 261 006 427, 443

Psychiatr. Nestátní poliklinika v Berouně přijme psychiatra. Nabízíme práci v příjemném kolektivu, výhodné platové podmínky a možnost dalšího vzdělávání. Dobré spojení do Prahy. Atestace podmínkou. Informace na Tel.: číslo 311 746 424 nebo 311 746 155

Rehabilitační klinika Malvazinky v Praze přijme na plný úvazek rehabilitačního lékaře nebo lékaře v přípravě na atestaci z FBLR. Kontakt Tel.: 606 322 630, E-mail: liscakova@malvazinky.cz

Vítkovická nemocnice v Ostravě, Interní oddělení, Centrum vaskulárních intervencí, akreditované pracoviště pro obor angiologie přijme sekundárního lékaře. Praxe v oboru není podmínkou, specializace na kardiologii a angiologii vítána, možnost přípravy k angiologické atestaci na akreditovaném pracovišti. Blížší informace u Judity Placzkové, E-mail: 595 633 202, E-mail: judita.placzкова@nemvitkovice.cz, www.nemvitkovice.cz

Hledám atestovaného lékaře do zavedené soukromé praxe PL pro dospělé v Ostravě. Možnost převzetí praxe. Tel.: 604 477 518

Městská nemocnice Turnov přijme lékaře/ku v oboru PEDIATRIE. Atestace nebo praxe v oboru vítána, není ale podmínkou. Kontaktní osoba: Eva Vávrová, pers. odd. Tel.: 481 446 133. Městská nemocnice, 28. října 1000, 511 16 Turnov, Tel.: 481 446 111, fax: 481 446 164, E-mail: nemocnice@mmturnov.cz

Nemocnice Most, p.o., přijme lékaře na psychiatrické odd. Nabízíme zajímavou práci, širokou klientelu, půjčku na bydlení. Kontaktujte L. Peškovou, personální oddělení. Tel.: 478 032 414, 724 160 850

NZZ v Praze 4 přijme lékaře/ku na chirurgickou ambulanci. Částečný úvazek + zástup v době dovolených či nemoci. Vhodné i pro dýchodce. Informace na Tel.: 241 770 620 (i záznam. a fax)

Úřad práce v Náchodě, Kladská 1092, 547 01 Náchod přijme pro lékařskou posudkovou službu lékaře na plný

úvazek. Atestace z posudkového lékařství není nutná, vyžadujeme ovšem předpoklad k získání této kvalifikace. Nutností je atestace I. stupně ze základních oborů. Zájemci se mohou obrátit na ředitel úřadu práce Ing. Michala Pejškara, Tel.: 491 449 200

Nemocnice Na Františku s poliklinikou pro Interní odd., akreditované pracoviště v oboru přijme: 1) sekundárního lékaře(ku) se zaměřením na kardiologii, gastroenterologii a endokrinologii. Podmínkou je atestace I. stupně z vnitřního lékařství nebo 2 roky práce na interním lůžkovém odd. 2) lékaře(ku) s atestací 1. resp. 2. stupně na pozici vedoucího odd. Pro lékaře či atestaci z vnitřního lékařství budou stanoveny individuální platové podmínky. Kontakt: primář doc. MUDr. Rudolf Špaček, CSc., Tel.: 222 801 263, E-mail: spacek@nfnp.cz. Nabízíme moderně vybavené pracoviště, zaměstnanecké výhody a možnost ubytování.

Nemocnice Sušice o.p.s. přijme: 1) sekundárního lékaře na interní oddělení – požadavky: atestace I. st. z interního lékařství, občanská a morální bezúhonnost. 2) sekundárního lékaře na oddělení LDN – požadavky: atestace I. st. z interního lékařství či atestace ze všeobecného lékařství (nástavba z geriatrie), občanská a morální bezúhonnost. 3) praktického lékaře pro děti a dorost na dětský obvod a observanční lůžka pro děti – požadavky: atestaci I. st. z dětského lékařství, osvědčení k výkonu lékařské praxe vydané ČLK. Nabízíme: práci v mladém kolektivu, nadstandardní pracovní a platové podmínky, pracovní růst, možnost ubytování na ubytovně nemocnice či přidělení služebního bytu. Nástup dle dohody. Žádosti se stručným životopisem a kopiemi dokladů o dosaženém vzdělání zasílejte v co nejblížejším možném termínu na adresu : Nemocnice Sušice o.p.s., sekretariát ředitele, Pod nemocnicí 116/III, 342 01 Sušice. Blížší informace na Tel.: 376 530 216 sekretariát, 376 530 220, 777 113 976 MUDr. Choc, nám. pro LP, E-mail: sekretariat@nemocnice-susice.cz nebo choc@nemocnice-susice.cz, www.nemocnice-susice.cz

OČNÍ LÉKAŘ – hledá se pro oční ordinaci s optikou. Tel.: 602 357 210

Přijmu lékařku/lékaře (matka na MD, či dýchodce) pro soukromou psychiatrickou ambulanci na částečný úvazek na období 1-2 let. Výchledově možnost i trvalého pracovního poměru. Dobré finanční podmínky. Pěkné prostředí. Atestace II. st. či osvědčení o odborné způsobilosti. Kolín, Tel.: 777 342 997

NZZ na Praze 5 hledá lékaře těchto odborností: internista, praktický lékař, gastroenterolog, rentgenolog. Nabízíme zajímavé finanční ohodnocení, příjemné prostředí a mladý kolektiv. Požadujeme příjemné vystupování, vstřícnost, znalost AJ. Mobil: 777 006 002, E-mail: jitka.vrsecka@prevence.cz

Ředitel Nemocnice Sušice o.p.s. vyhlašuje výběrové řízení na obsazení volného místa do funkce primáře oddělení LDN. Požadavky: atestace II. st. z interního lékařství nebo specializační způsobilost v oboru interní lékařství či v oboru geriatrie, funkční licence v oboru, minimálně 10 let praxe, řídicí, organizační a komunikační schopnosti, občanská a morální bezúhonnost. Nabízíme: nadstandardní pracovní a platové podmínky, možnost ubytování na ubytovně nemocnice či přidělení služebního bytu. Nástup k 1. 7. 2007. Příhlášky k výběrovému řízení se stručným životopisem, kopiemi dokladů o dosaženém vzdělání a výpisem z rejstříku trestů zasílejte do konce dubna 2007 na adresu: Nemocnice Sušice o.p.s., sekretariát ředitele, Pod nemocnicí 116/III, 342 01 Sušice. Blížší informace na Tel.: 376 530 216 sekretariát, 376 530 220, 777 113 976 MUDr. Choc, nám. pro LP, E-mail: sekretariat@nemocnice-susice.cz nebo choc@nemocnice-susice.cz, www.nemocnice-susice.cz

ALMEDA, a.s., provozovatel Městské nemocnice Neratovice přijme ihned lékaře na interní lůžkové oddělení. Kontakty: tel. 315 637 111 – ústředna, Tel.: 315 637 337 – personální oddělení, Lenka Zahurská, fax: 315 684 215, E-mail: nemocnice@almeda.cz

Zavedené psychiatrické NZZ se zaměřením na psychoterapii na Praze 7 hledá atestovaného psychiatra a psychoterapeuta s licencií na úvazek 0,5 s další možností navýšení. Tel.: 604 272 330

### Zástup

Hledám lékaře na zástup do privátní neurologické ambulance v Bruntále. Termín 4. čtvrtletí 2007 a občasné zástupy během roku 2007. Ubytování zajištěno. Tel.: 728 536 617

Zástup či prac. úvazek PL či internisty v ordinaci PL/školicí praxe, mezinárodní výzkumné projekty... Exkluzivní praxe na Ministerstvu dopravy, Praha 1. Dobré podmínky. SPÉCHA. Zdravotní důvody. Tel., fax: 222 314 725, e-mail: omanas@volny.cz





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

Hledám praktického lékaře pro zástup v ordinaci v Praze 9 v době dovolené. Termín: červenec 2007. Tel.: 286 923 142.

Hledám lékaře na zástup za mateřskou dovolenou do ordinace praktického lékaře pro dospělé na 4 dny v týdnu od 7/07. V blízkosti metra na Praze 8. Podmínkou znalost práce na PC. Tel.: 604 133 005

Hledám oftalmologa na občasný zástup, ev. na 1 den v týdnu pravidelně do oční ambulance v Mikušlově (JM kraj). Tel.: 737 781 461 nebo E-mail: hendrychovah@seznam.cz

Hledám kolegu, kolegyni s atestací v oboru praktické lékařství pro zástup a jako druhého do ordinace v okrese Praha západ. Tel.: 603 750 514

## Prodej a koupě

Prodám starší gynekologické křeslo. Cena 5000 Kč. Tel.: 603 415 154, e-mail: statnam@sendme.cz

Koupím starší kazety do horkovzdušného sterilizátoru. Tel.: 585 225 190, 777 013 548

Koupím starší funkční UZ přístroj pro kardiologii, nejlépe „Ultramark M“ – spěchá. Tel.: 605 591 913

Prodám fibrogastroskop Olympus E ve velice dobrém stavu – nevyužitý, nadbytečný. Tel.: 499 907 150 (8-13 hod) nebo mobil: 605 145 346, event. 775 578 889

Prodám starší funkční EKG zn. Chiracard, pravidelně servisovaný plus náhradní díly a papír na několik let. Vše za cenu 8000 Kč. Tel.: 606 490 504

Prodám sonograf Toshiba CAPASEE. Servis audi-oscan 1/2007, velmi dobrý stav. Abd.+vagin.sonda. Cena 98 000 CZK. Záruka 1/2 roku. Tel.: 604 254 245

Prodám UZ přenosný FUKUDA UF 4300R se zabudovanou tiskárnou, abdominální sondou (RV 2001), vaginální sondou RV 2004. Používán od r. 2002, pouze 1 den v týdnu. Tel.: 312 681 885, Mobil: 736 405 527

## Pronájem

Nabízím pronájem zařízení ordinace rehabilitace v Praze 5-Ujezd. Vlastní klientela i registrace nutná. Kontakt: 724 233 226

Pronajmu samostatný, patrový, pěkný, atypický nebytový objekt, celkem cca 60 m<sup>2</sup>, naproti nemocnici na Starém Brně, sociální zařízení, telefon, internet, EZS, nezařízený, dlouhodobě, vhodný pro lékařskou praxi (psychiatri, psycholog, neurolog, apod.) vstupní prostor bezbariérový, nájem dohodou. Mobil: 777 055 117

## Různé

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

Hledám asistenta PL pro dospělé s předpokladem převzetí venkovského obvodu v blízkosti Prahy, směr P-z, Kladno. Tel.: 608 244 383

Prodám dobře zavedenou praxi PL pro dospělé na Uherkobrodsku. Tel.: 572 632 756 po 20. hodině.

Prodám rehabilitační trakční stůl s příslušenstvím. Cena 6500 Kč. Tel.: 377 520 215

Prodám dobře zavedenou ordinaci praktického lékaře pro dospělé v centru Písku. Výpomoc z důchodu možná. anna.smidova@email.cz

Přenechám zavedenou ordinaci lékaře FBLR v Praze. V případě zájmu prosím o nabídky na E-mail: nova2007@volny.cz

Odkoupím alergol.-imunol. praxi v Praze, Středočes. kraji, spolupráce s prodávajícím možná. E-mail: alergosalve@seznam.cz, Mobil: 608 034 422

## Křížovka o ceny

V časopisu Tempus Medicorum 2/2007 se v tajence skrýval Hippokratův výrok **Medicina je nepochybně nejšlechtnější ze všech umění**. Deset úspěšných luštitelů, které jsme vylosovali, získává publikaci Pražská labužnická zastavení aneb tisíce chutí pod stovkou věží od Pavlína Filipovské a Lubomíra Trávníčka: **MUDr. Alena Bulínová**, Příbram; **MUDr. M. Čepelková**, Praha 6; **MUDr. Vlasta Doležalová, CSc.**, Mariánské Lázně; **MUDr. Jana Halasová**, Luleč; **MUDr. Jaromír Krška**, Bernartice; **MUDr. Marie Morávková**, Hradec Králové; **MUDr. Miroslava Sílová**, Košumberk; **MUDr. Vladimír Slavík**, Lysovice; **MUDr. Josef Tesař**, Suchdol nad Lužnicí; **MUDr. Petra Vázanová**, Vřesina.

Na správné řešení tajenky z čísla 3/2007 čekáme na adrese [recepte@clkr.cz](mailto:recepte@clkr.cz) do **6. dubna 2007**. Hodně štěstí!

|   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|
| A |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |
| B |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |
| C |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |
| D |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |
| E |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |
| F |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |
| G |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |
| H |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |
| I |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |
| J |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |
| K |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |
| L |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |
| M |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |
| N |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |
| O |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |

**VODOROVNĚ:** **A.** Napadení; člověk mající velkou potřebu spánku; situace. – **B. 5. díl tajenky.** – **C.** Judský král; nejdelší švýcarská řeka; druh květenství; americký keř; dotaz při sázce. – **D.** Trup (slovensky); nudita; tlumoky; omastek. – **E.** Či; vézti se; část nohy; pryskyřice. – **F. 6. díl tajenky;** krmít mateřským mlékem; **1. díl tajenky.** – **G.** Pražské družstvo vnitřního obchodu; křemíkovodík; značka vysavačů; starověký obyvatel Malé Asie. – **H.** Řecké písmeno; židovská sobota; **3. díl tajenky;** bývalý český fotbalista; pšt. – **I.** Velitel kozáků; biblická osoba; náplň jitrnic; stupeň vyspělosti v džudu. – **J. 2. díl tajenky;** polské město; **4. díl tajenky.** – **K.** Kanaánská bohyně plodnosti a války; pravidla z kmenů; havraní skřek; osoby určené k úřednímu jednání (zastarale). – **L.** Značka minima; hořké nápoje; polské město; jméno skladatele Bartoka. – **M.** Značka osmia; drobné; horký nápoj z rumu a vody; instinkty; český skokan do výšky. – **N. 7. díl tajenky.** – **O.** Evin druh v ráji; nadání; pohřební hostiny.

**SVISLE:** **1.** Údaje; evropský veletok; zuřivost. – **2.** Obsahující arsen; sportovec. – **3.** Slavnostní večerní ženský úbor; čert; včelí produkt. – **4.** Turecký úředník; ta i ona; hebká tkanina; juviové ořechy. – **5.** Jedovatá sloučenina; kadidlo; mužské jméno. – **6.** Část na obvodu; jméno herce Aldy; pokrytý něčím navezeným. – **7.** Velké množství; vzdychat; Ibsenovo drama; zkratka Ghanské tiskové agentury. – **8.** Skupina cyklistů; domácí zvířata; vladař. – **9.** Mongolští pastevcí; základní číslovka; lidové oděvy. – **10.** Roky; nápoj pro řidiče; rovnice určující poslušnost krystalizace. – **11.** Jméno pěvkyně Destinnové; obvazový materiál; Moravák; výzva k tichu. – **12.** Šplíchat; čínská jednotka hmotnosti; rohy. – **13.** Střofa; různým způsobem; projev zavázanosti. – **14.** Proud; vznášet se; tenisový úder; jméno zpěvačky Sumacové. – **15.** Staroarménské město; vzácný sudokopytník; starořecká bohyně orby a úrody. – **16.** Přivádět na mysl (řídce); menší samostatné budovy. – **17.** Stany; mající velké brvy (ženský rod); draci.

**Pomůcka:** Anat, Aza, GNA, Chien, paragen, UVA.

# Program vzdělávací konference České lékařské komory

**Ve dnech 27. a 28. dubna 2007 pořádá ČLK konferenci v hotelu Devět skal Sněžné – Milovy, Svratka**

začátek v pátek 27. 4. 2007 obědem od 12:00 hodin      závěr v sobotu 28. 4. 2007 ve 13:00 hodin

## Tématické okruhy a pozvání hosté:

zatím bez časového upřesnění

### Reforma zdravotnictví v ČR

ministr zdravotnictví MUDr. Tomáš Julínek a předseda zdravotního výboru PSP MUDr. David Rath

### Reforma zdravotnictví na Slovensku

prezident Slovenské lékařské komory prof. MUDr. Milan Dragula, PhD., a za Health Policy Institute Ing. Peter Pažitný a MUDr. Tomáš Szalay

### Smluvní a úhradová politika VZP

generální ředitel VZP ČR MUDr. Pavel Horák, CSc., MBA

### Co trápí a ohrožuje soukromé lékaře

komise ČLK pro problematiku lékařů pracujících v přímém smluvním vztahu se ZP a její hosté

### Co trápí a ohrožuje lékaře zaměstnance

komise ČLK pro problematiku lékařů zaměstnanců a její hosté

### Právní aktuality

JUDr. Mach a právní oddělení ČLK

### Nakládání s osobními údaji

Ing. Jaroslav Škeřík - MANA Consulting – poradenská firma zabývající se ochranou informací v oblasti státní správy a zdravotnictví

## Panelová diskuse o dalším směřování ČLK

Doba trvání přednášek: v pátek od 13:30 do 19:00 (5 hodin)  
v sobotu od 9:30 do 13:00 (3 hodiny)

**Účast na této vzdělávací akci bude ohodnocena 1 certifikátem. Odborná vzdělávací akce je pořádána v rámci celoživotního vzdělávání lékařů dle SP ČLK č. 16 a je v registru akcí ČLK zařazena pod číslem 12080.**

Potvrzení účasti mailem: [vzdelavani@clkcr.cz](mailto:vzdelavani@clkcr.cz), [seminar@clkcr.cz](mailto:seminar@clkcr.cz)  
Platbu proveďte na číslo účtu **000019-1083620217/0100 k. s. 0379, v. s. 1907**

Účastnický poplatek vč. stravování (dva obědy + večeře rautovým způsobem) a ubytování:

|                    |               |
|--------------------|---------------|
| Člen ČLK           | 500 Kč/osobu  |
| Ostatní            | 5000 Kč/osobu |
| Doprovod člena ČLK | 1000 Kč/osobu |

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

Hotel (<http://www.devetskal.cz>) nabízí účastníkům možnost pobytu na vlastní náklady po zbytek víkendu.

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

**Přípravný výbor:** Dr. Kubek, Dr. Herman, Dr. Knajfl, Dr. Němeček, Dr. Sedláček

Máte-li zájem o účast, odešlete Potvrzení o účasti na uvedené kontakty

## Potvrzení o účasti

faxem: +420 257 220 618, e-mailem: [vzdelavani@clkcr.cz](mailto:vzdelavani@clkcr.cz), [seminar@clkcr.cz](mailto:seminar@clkcr.cz)

Mám zájem o účast na Konferenci ČLK v Milovech

příslušnou částku uhradím na číslo účtu 19-1083620217/0100, k. s. 0379, v. s. 1907 do 26. 4. 2007  
potvrzení o platbě přinesu s sebou k registraci účastníků

Jméno, příjmení, titul.....

člen ČLK: ano  výše úhrady 500 Kč člen OS ČLK .....

žádám o rezervaci místa pro doprovod výše úhrady 1000 Kč ano  ne

člen ČLK: ne  výše úhrady 5000 Kč zástupce firmy .....

dne.....

podpis .....



# ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA

## Kancelář Praha

Adresa: Lékařská 2, 150 00 Praha 5  
Telefon: +420 257 211 329  
+420 257 217 226  
Fax: +420 257 220 618  
Email: [recepce@clkcr.cz](mailto:recepce@clkcr.cz)

## Kancelář Olomouc

Adresa: Dolní náměstí 38  
772 00 Olomouc  
Telefon: +420 585 222 218  
Fax: +420 585 222 218  
Email: [petra.studena@clkcr.cz](mailto:petra.studena@clkcr.cz)

[www.clkcr.cz](http://www.clkcr.cz)