



# TEMPUS MEDICORUM

06/2012  
ROČNÍK 21

ČASOPIS ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY



## CHYBĚJÍ PENÍZE I LÉKAŘI

Personální devastace českého  
zdravotnictví pokračuje

### DÁLE V TOMTO ČÍSLE:

Nedostatek  
praktických lékařů  
je kritický

Výdaje na zdravotní  
péči klesají

Reforma zdravotnictví  
- co bude dál?

Komora odstraňuje  
škody napáchané  
ministrem Hegerem

150 let Spolku  
lékařů českých

Naděje, že vláda  
splní Memorandum,  
je minimální

Právníci radí, jak se  
bránit pokutám

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



Kvalitní vzdělávání  
nemusí být drahé



MILADÁ FRONTA



## Vláda rozhodla, že zdravotnictví musí podpořit státní kasu ještě více

Zástupná platba státu za některé skupiny ekonomicky neaktivních obyvatel je velmi efektivním způsobem, jak zajistit bez zbytečných administrativních nákladů stoprocentní výběr tohoto pojistného. Podle zákona byla výše platby vázána na průměrnou mzdu a tvořila 13,5 % z vyměřovacího základu, který sice odpovídal pouhým 25 % průměrné mzdy za období před dvěma lety, avšak přesto tento mechanismus zajišťoval alespoň pomalý nárůst státního příspěvku odpovídající nárůstu příjmu státního rozpočtu z výnosu daní ze mzdy.

První ránu tomuto fungujícímu systému zasadila Topolánková vláda, když přijala zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, kvůli kterému v roce 2009 vůbec žádná valorizace plateb za státní pojištěnce neproběhla.

Fišerova „vláda odborníků“ poté jako součást tzv. Janotova úsporného balíčku schválila změnu zákona, která mechanismus automatické valorizace dokonce úplně zrušila a umožnila, aby o výši pojistného rozhodoval podle svého uvážení jeho plátce, tedy v daném případě vláda. To by se líbilo asi každému z nás, kdybychom mohli platit daně podle svého vlastního uvážení. Avšak „Quod licet Iovi, non licet bovi“. Co je dovoleno Bohovi, není dovoleno volovi. My občané jsme zde od toho, abychom daně platili a ne abychom snad politikům nedej bože radili, za co že mají naše peníze utrácet.

Podle v současnosti platného zákona rozhoduje o výši zástupné platby státu za ekonomicky neaktivní obyvatele, mezi něž patří děti, důchodci a nezaměstnaní, tedy 60 % populace, vláda, a to vždy do 30. června předcházejícího roku.

Ministr Heger, navzdory tlaku vyvíjenému Českou lékařskou komorou, až letos, tedy poprvé za své funkční období, navrhl zvýšení této platby alespoň o 6,7 %, tedy o 49 Kč na osobu za měsíc. Systém veřejného zdravotního pojištění měl tímto opatřením, které znovu veřejně podpořila i komora, získat v příštím roce přibližně 3,6 mld. Kč. Tím by byly alespoň zmírněny nepříznivé dopady zvyšování daně z přidané hodnoty na sys-

tém veřejného zdravotního pojištění a byly by vytvořeny předpoklady k nárůstu úhrad zdravotnickým zařízením. Netuším, co se na jednání vlády dělo, a nevím, jak vehementně pan ministr Heger hájil svěřený resort proti svému stranickému šéfovi Kalouskovi, ale výsledek jeho snažení je každopádně žalostný. Vláda se rozhodla pustit zdravotnictví ještě více žilou a náš ministr si netroufl ani veřejně zaprotéstovat.

### Stát bude i čtvrtým rokem platit za zdravotní péči o děti a důchodce pouhých 723 korun za měsíc.

Na svém jednání 23. května vláda rozhodla na jedné straně o zvýšení DPH na 15 %, respektive 21 %, které opět postihne i zdravotnictví, ale na straně druhé návrh na valorizaci plateb za 6,1 milionu tzv. státních pojištěnců odmítla. To znamená, že i v roce 2013 zůstane již čtvrtým rokem výše této platby pouhých 723 Kč/měsíc. Stát bude i nadále zůstat největším dlužníkem vůči systému veřejného zdravotního pojištění.

Ekonomické problémy zdravotnictví v příštích letech bude dále prohlubovat růst DPH a nespravedlnosti v platbách pojistného. Tyto zásadní problémy naše v ekonomických otázkách naprosto nekompetentní vláda nejenže neřeší, ona je svými chybnými rozhodnutími ještě prohlubuje. Nikdo z ministrů sice není schopen vysvětlit, jak se vláda tlumením růstu ekonomiky, oslabováním koupěschopnosti obyvatel a škrty ve veřejných výdajích hodlá proskudlit k prosperitě, ale to přece nevádí. Proč by se politici, které z míry nevyvede ani pokračující rozklad státní správy, policie, armády, dopravy či školství, měli znepokojoval právě rozkladem veřejného zdravotnictví. Papalášům se potřebné péče vždy dostane, a tak hlavně že zbudou peníze na církevní restituce a pro penzijní fondy. Mise vlády bude splněna. My zdravotníci jsme zvyklí se uskromňovat a pacienti musejí něco vydržet.

Milan Kubek

## OBSAH

<b>PERSONÁLNÍ KRIZE</b>	<b>3-7</b>
Personální devastace českého zdravotnictví pokračuje	
<b>FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ</b>	<b>8-11</b>
Dohodovací řízení pro rok 2013	
<b>REFORMA ZDRAVOTNICTVÍ</b>	<b>12-14</b>
MZ: Pracujeme na další fázi reformy zdravotnictví	
Tucet doporučení Zdravotní komise ČSSD	
<b>ZÁKON O ZDRAVOTNÍCH SLUŽBÁCH</b>	<b>15-16</b>
ČLK odstraňuje chyby napáchané ministrem Hegerem	
Ministerstvo se probouzí z letargie	
<b>PLATY LÉKAŘŮ</b>	<b>18-19</b>
Vláda odmítá splnit Memorandum	
<b>NEPOVINNÉ OČKOVÁNÍ</b>	<b>20-21</b>
Může být odmítnutí očkovat důvodem k vypovězení smlouvy ze strany zdravotní pojišťovny?	
<b>EVROPŠTÍ LÉKAŘI</b>	<b>22-23</b>
Kubek bude další tři roky viceprezidentem CPME	
<b>HISTORIE</b>	<b>24-26</b>
Spolek lékařů českých slaví 150 let	
<b>PRÁVNÍ PORADNA</b>	<b>27-30</b>
Zdravotnické zařízení se může bránit proti pokutám	
Jaký smysl má vnitřní řád zdravotnického zařízení?	
Informování policie lze jen se souhlasem soudu	
<b>ZAHRAŇAČI</b>	<b>31</b>
Financování zdravotnictví ve Francii	
<b>SERVIS</b>	<b>32-35</b>
Vzdělávací kurzy ČLK	
Inzerce	
Křížovka	

### MĚSÍČNÍK TEMPUS MEDICORUM

Vydává: Česká lékařská komora, Dolní nám. 38, 771 00 Olomouc  
 Registr. číslo MK ČR 6582 • ISSN 1214-7524 • IČO 43965024  
 Adresa redakce: Časopis ČLK, Lékařská 2, 150 00 Praha 5  
 tel. +420 257 217 226 • fax +420 257 220 618 •  
 recepce@clkc.cz • www.lkcrcz  
 Šéfredaktor: MUDr. Milan Kubek  
 Redakční zpracování: EV public relations, s. r. o., Praha  
 Odpovědná redaktorka: PhDr. Blanka Rokosová  
 Příjem příspěvků: blanka.rokosova@ev-prcz  
 Pro Českou lékařskou komoru připravuje: Mladá fronta a. s.  
 Ředitel divize Medical Services: MUDr. Martin Hofman,  
 www.medical-services.cz  
 Art Director: Petr Honzátko  
 Grafická úprava, sazba: Bc. Karolína Hejná  
 Inzerce: inzerce-tempus@clkc.cz  
 Vedoucí distribuce:  
 Soňa Štarhová, tel. 225 276 252, e-mail: starhova@mfc.cz  
 Tisk: EUROPRINT a. s.  
 Uzávěrka čísla 6: 4. 6. 2012 • Vyšlo: 11. 6. 2012  
 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.  
 Řádková inzerce je pro lékaře do pěti řádků (včetně) zdarma.  
 Větší rozsah a inzerát nelékaře je zpoplatněn. Při zadávání  
 inzerátů je proto potřeba zadat fakturační kontaktní adresu,  
 IČO, DIČ, telefon, e-mail.  
 Bez těchto informací nebude inzerát zveřejněn.



Ilustrační foto: shutterstock.com

# Personální devastace českého zdravotnictví

**H**lavními problémy českého zdravotnictví jsou nedostatek peněz a kvalifikovaných zdravotníků. Je příznačné, že změny vydávané vládnoucí politikou garniturou za reformu zdravotnic-

tví se řešení těchto problémů důsledně vyhýbají.

Hegerova vyhláška o minimálním personálním zajištění zdravotních služeb není ničím jiným než snahou legalizovat stávající

personální marasmus, do kterého propadá stále více našich nemocnic. A to je pořád ještě ta lepší možnost. Zvyšováním DPH, které tvrdě dopadá na zdravotnictví, a současným zmrazením plateb pojišťovnam za tzv. státní pojištění, které i v roce 2013 zůstanou již čtvrtým rokem na úrovni pouhých 723 Kč/měsíc, nekompetentní vláda problémy zdravotnictví dokonce aktivně prohlubuje.

Kvůli stárnutí populace a rozvoji medicíny rostou výdaje na zdravotnictví i potřeba kvalifikovaného personálu ve všech vyspělých státech světa. Zatímco v roce 2000 tvořily výdaje na zdravotnictví v rámci klubu třiceti nejvyspělejších států OECD v průměru 7,8 % HDP, tak v roce 2008 se tento podíl zvýšil na průměrných 9,0 %. Obdobně, i když mnohem pomaleji, rostly výdaje na zdravotnictví i v České republice, konkrétně z 6,6 % HDP na 7,2 % HDP. V uplynulé dekádě se počet lékařů v zemích OECD zvyšoval v průměru každoročně o 2,0 %. Počet lékařů rostl i v ČR, i když se tak dělo rovněž pomalejším tempem, konkrétně o 1,6 % každým rokem. Tato tvrdá statistická data usvědčují ze lži politiky, kteří se nám snaží namluvit, že české zdravotnictví je neefektivní, že živí nadbytek lékařů nebo že výdaje na zdravotní péči u nás rostou neudržitelným tempem.

Opak je pravdou. Při mezinárodním srovnání výsledků léčby, kvality a dostupnosti lékařské péče vypadá české zdravotnictví na první pohled jako zázrak efektivity. Příčinou této zdánlivě vysoké efektivity je však nízká cena lidské práce. V porovnání s vyspělými státy naprosto nedůstojná úroveň odměňování zaměstnanců ve zdravotnictví spolu s nedocenením práce lékařů i ostatních zdravotníků v úhradách od pojišťoven umožňují fungování zdravotnictví slušné kvality za malé peníze, a to navzdory skutečným, že léky, materiály i přístroje nakupujeme za světové ceny, navzdory rostoucím cenám potravin i energií, navzdory korupci a zlodějnám, které zdravotnictví pouští žilou prostřednictvím předražených staveb a nákupů.

Lékaři ale všech těch nepořádků již mají dost a nemají chuť nechat ze sebe nadále dělat hlupáky. Stále více jich tedy „hlasuje nohama“ a odchází tam, kde si jejich práce dokáže společnost lépe vážit.

## Počet členů ČLK

Počet členů lékařské komory (Tab. 1) sice mírně narůstá, avšak lékařů pracujících v českém zdravotnictví ve skutečnosti stále méně. Tento zdánlivý rozpor má velmi prosté vysvětlení. V rámci EU stačí lékaři být registrovaní u jed-

Tabulka 1: Počet členů ČLK

	2009			2010		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
Soukromí lékaři	5 420	7 493	12 913	5 466	7 549	13 015
Absolventi (0.-2.rok)	1 266	2 643	3 909	1 230	2 512	3 742
Ostatní zaměstnanci	9 727	10 642	20 369	9 548	10 518	20 066
Vedoucí lékaři	2 340	1 044	3 344	2 364	1 051	3 742
Zaměstnanci celkem	13 333	14 289	27 622	13 142	14 081	27 223
Důchodci nepracující	2 232	3 204	5 436	2 383	3 400	5 783
MD	4	2 580	2 584	5	2 543	2 548
Ostatní	472	420	892	476	450	926
Celkem	21 461	28 016	49 447	21 472	28 023	49 495

Zdroj: Registr ČLK

**Tabulka 2: Početně nejsilnější lékařské obory (stav k 31. 12. 2010)**

Obor	Počet lékařů	Do 40 let	Nad 60 let	Feminizace
PL	5 271	587	1 373	61,5 %
Interna	3 533	1 588	503	52,7 %
Gyn.-por.	2 475	771	500	44,9 %
Chirurgie	2 448	828	440	15,3 %
PLDD	2 098	95	601	86,8 %
ARO	1 834	916	123	48,0 %

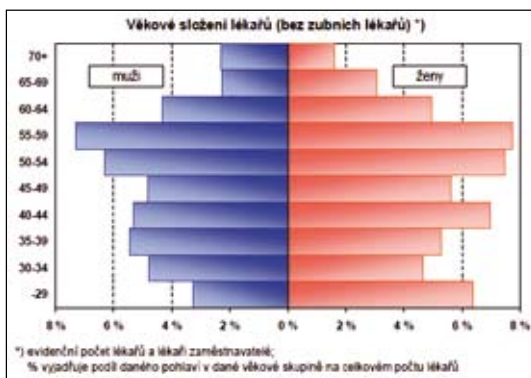
Zdroj: ÚZIS

né komory a může klidně s využitím statutu hostujícího lékaře pracovat v jiné zemi. Vzhledem k velmi nízkým členským příspěvkům, které od svých členů naše komora vyžaduje, je pro řadu lékařů výhodné zůstat členy ČLK i poté, co již pracují v zahraničí.

### Početně nejsilnější lékařské obory

Situace, kdy počet praktických lékařů starších šedesáti let je dvouapůlkrát vyšší než počet praktiků ve věku do čtyřiceti let, neznamená nic jiného, než že bez zásadních změn dojde do deseti let ke kolapsu tohoto klíčového oboru. A skutečnost, že v celé republice nepracuje ani celá jedna stovka praktických pediatri mladších čtyřiceti let, zatímco počet pracujících seniorů starších šedesáti let je šestkrát vyšší, nemůžeme nazvat jinak než personální katastrofou praktického dětského lékařství (Tab. 2).

### Věkové složení lékařů



### Stárnutí pracujících lékařů

České zdravotnictví se stává stále více závislým na práci lékařů důchodového věku, kteří zčásti díky nadšení pro medicínu a dílem bohužel též kvůli prostému strachu z dramatického propadu životní úrovně nadále ordinují namísto toho, aby si tak jako jejich kolegové ze Západu užívali zasloužilého odpočinku (Tab. 3). Mezi pracujícími lékaři tvořili kolegové a kolegyně starší šedesáti let v roce

**Tabulka 3: Pracující lékaři stárnou**

Podíl dané věkové skupiny mezi pracujícími lékaři

	Do 50 let	Nad 60 let
1995		10,5 %
2000	67,0 %	11,5 %
2005		14,1 %
2010	52,5 %	18,5 %

Zdroj: ÚZIS

1995 skupinu 10,5 % a v roce 2000 jich bylo 11,5 %. Demografická katastrofa však vypukla v uplynulé dekádě. V roce 2005 tvořili lékaři nad 60 let 14,1 % a v roce 2010 již neskutečných 18,5 % ze všech pracujících lékařů! Naproti tomu podíl lékařů mladších padesáti let se z 67 % v roce 2000 snížil za jedno desetiletí na pouhých 52,5 % v roce 2010.

### Průměrný věk pracujících lékařů podle oborů

Z tabulky vyplývá, že proces stárnutí se týká všech lékařských oborů, avšak průměrný věk praktických lékařů je již opravdu alarmující (Tab. 4).

### Pokračující feminizace medicíny

Příčinu, proč se medicína stává stále více ženským povoláním, je třeba hledat rovněž v oblasti ekonomické. Ve většině rodin je uplatňován tradiční model, kdy se muž svojí prací snaží

**Tabulka 4: Průměrný věk lékařů dle oborů**

	2004	2006	2008
PLDD	51,1	52,3	53,5
PL	51,5	52,2	53,0
Gyn.-por.	46,4	46,8	47,2
Chirurgie	44,4	45,3	46,1
Interna	41,6	42,3	43,2

Zdroj: ÚZIS

získat peníze pro rodinu, zatímco jeho manželka se vedle svého povolání navíc ještě stará o děti a domácnost. A mladí muži pochopili, že dříve a mnohem snáze vydělají větší peníze v jiných oborech, než je zdravotnictví, a jiným způsobem než prací lékaře. Pokud nedojde k zásadní změně v ohodnocení lékařské práce, čeká během jednoho, maximálně dvou desetiletí medicínu osud školství. Lékař muž bude takovou raritou, jakou dnes představuje učitel na základní škole.

Pokračující feminizaci medicíny můžeme nejlépe pozorovat na lékařských fakultách (Tab. 5). Zatímco v roce 2001 bylo mezi promujícími 47,6 % lékařek, v roce 2010 tvořily ženy již 69 % čerstvých absolventů magisterského studia v oboru všeobecné lékařství.

**Tabulka 5: Pokračující feminizace medicíny**

	Procento žen lékařek
1990	48,9 %
1995	51,0 %
2000	51,5 %
2005	52,3 %
2010	54,7 %

Zdroj: ÚZIS

### Počet absolventů lékařských fakult

Pokles počtu mediků se sice podařilo zastavit a počet absolventů se v posledních dvou letech opět přehoupl přes hranici tisícovky, avšak značnou část mladých lékařů produkují naše fakulty takřikajíc „na export“ (Tab. 6).

**Tabulka 6: Počet absolventů LF**

Absolventi magisterského studia v oboru všeobecné lékařství		
Rok promoce	Počet absolventů	Procento žen
2001	922	47,6 %
2003	843	
2005	831	61,4 %
2006	749	63,4 %
2007	795	65,2 %
2008	784	67,3 %
2009	1 037	69,4 %
2010	1 021	69,0 %

Zdroj: ÚZIS

### Emigrace lékařů měnící se v exodus

Naši vládu, která považuje lékaře za parazity, kteří svojí nekalou činností, tedy léčením pacientů, zbuhdarma odčerpávají prostředky z veřejného zdravotního pojištění, které pak

## PERSONÁLNÍ KRIZE

Tabulka 7: Kteří lékaři odchází z ČR - obor		
Obor	Počet lékařů v oboru	Počet certifikátů 2008 + 2009
PL	5 211	4
Interna	3 616	46
Chirurgie	2 485	49
Gyn.-por.	2 403	12
PLDD	2 121	1
Pediatric		14
ARO	1 779	34

Zdroj: ČLK - Analýza žadatelů o certifikát potvrzující jejich profesní bezúhonnost

chybějí na (z pohledu politiků) mnohem užitečnější projekty, které si my prostí občané ve své neznalosti často pleteme se zlodějnou, demografická bomba tikající mezi lékaři nezajímá. Proto Ministerstvo zdravotnictví ČR ani nevede statistiku, kolik lékařů a s jakou kvalifikací naši zemi z ekonomických důvodů opouští. Nejpřesnějším zdrojem informací o exodu lékařů jsou tedy údaje lékařské komory. Každý lékař, který chce odejít do zahraničí a pracovat v některé zemi EU, potřebuje od ČLK tzv. certifikát o profesní bezúhonnosti, tedy jakýsi výpis z rejstříku trestů. Lékařům odcházejícím hned po promoci, kteří u nás nikdy v oboru nepracovali, vystavuje komora tzv. certifikát o nečlenství. Počet vydaných certifikátů se však nerovná počtu odcházejících lékařů. Ve skutečnosti emigrují jen dvě třetiny z lékařů, kteří si nechají od ČLK příslušné dokumenty vystavit. Přibližně třetina žadatelů zůstává z nejrůznějších důvodů doma. I tak však těch zhruba 450 lékařů, kteří každoročně odcházejí, tvoří téměř polovinu počtu čerstvých absolventů.

Emigrace lékařů se dramaticky zvýšila a zatím kulminovala v roce 2010. Zvýšení platů, k němuž díky akci „Děkujeme, odcházíme“ došlo v loňském roce, dokázalo exodus lékařů přibrzdit, avšak nikoli zastavit. Jak stoupne počet emigrantů poté, co lékařům dojde, že je ministr Heger s premiérem Nečasem podvedli a žádné další zvyšování platů nebude, to se můžeme pouze dohadovat. Pokud si však lékaři další zlepšení pracovních a finančních podmínek nevybojují silou, pak nic dobrého české zdravotnictví a naše pacienty nečeká.



Illustrace: foto-shutterstock.com

Inzerce: A12006937

## SÍŤ PARFUMERÍ

# Marionnaud

NYNÍ PŘEDSTAVUJE  
NOVOU ŘADU LÉČIVÉ KOSMETIKY.

Péče o pokožku prochází stále novými a novými inovacemi, řídí se moderními trendy a využívá vývojové kroky přírody a biologických systémů.



### Dr. Kitzinger Meso Roller

nástroj pro domácí mezoterapii. Po měsíčním ošetřování pokožky dochází k aktivaci kmenových buněk, odstranění odumřelé pokožky a optimalizaci vzhledu pleti.

K dostání v síti parfumerií Marionnaud za cenu 1249 Kč.



### Dr. Kitzinger Hydro Saver

vysoce koncentrovaná péče pro hlubkovou hydrataci pokožky. Díky obsahu kyseliny hyaluronové pokožku dokonale vyhladí, zpevní a dodá chybějící hydrataci. Výsledkem je pevná, elastická pokožka a omlazený vzhled.

K dostání v síti parfumerií Marionnaud, balení 8 ampulek za cenu 1749 Kč.

DR. KITZINGER MÁ MNOHO DALŠÍCH PRODUKTŮ, ZE KTERÝCH SI URČITĚ VYBERETE.

**-25%**

**Dr. Kitzinger**  
**exkluzivně**  
**Marionnaud**

-25% SLEVA NA VEŠKERÉ PRODUKTY ZNAČKY DR. KITZINGERI



1 999900 010839

Nabídka platí od 1.6. do 31.8.2012 nebo do vyprodání zásob. Slevy nelze kombinovat s dalšími slevovými nabídkami, žetky či bonusy a nelze ji uplatnit v našem e-shopu.

**Tabulka 8: Kteří lékaři odchází z ČR – věk**

Věk	2008	2009	Celkem	
Do 30	22	37	59	11,0 %
30 – 40	135	135	270	50,5 %
40 – 50	67	70	137	25,6 %
50 – 60	31	24	55	10,3 %
Nad 60	8	6	14	2,6 %
Celkem	263	272	535	100,0 %

K tomuto počtu je třeba připočítat 114 absolventů LF, kteří v letech 2008 a 2009 odešli, aniž by začali v ČR jako lékaři pracovat. **Z ČR odchází zejména perspektivní plně kvalifikovaní lékaři ve věku 30-40 let, kteří mají před sebou dlouhou profesní kariéru.**

Zdroj: CLK - Analýza žadatelů o certifikát potvrzující jejich profesní bezúhonnost

Nikoho asi příliš nepřekvapí, že dvě třetiny z lékařů, kteří kvůli penězům odcházejí pracovat do zahraničí, jsou muži. Vedle převládajícího počtu mediček mezi studenty lékařských fakult je právě emigrace mužů další příčinou intenzivní feminizace medicíny.

Lékařská komora provedla v letech 2008 a 2009 podrobnou analýzu toho, jací lékaři vlastně od nás odcházejí. Výzkum potvrdil naše podezření, že nejvíce prchají anesteziologové, chirurgové a internisté, zatímco praktičtí lékaři pro dospělé i praktičtí pediatři se nikam do ciziny nehrnou (Tab. 7).

### Lékaři odcházející z ČR – podle věku

Nejenom kvůli nízkým platům, ale také kvůli rozpadu specializačního vzdělávání, jehož podmínky se po zásadách ministerstva zdravotnictví daří mladým lékařům plnit stále obtížněji, roste v posledních letech počet lékařů, kteří utíkají za hranice hned po promoci (Tab. 8). V roce 2008 komora těmto absolventům vystavila 50 potvrzení o nečlenství, zatímco v roce 2011 si o tento dokument zažádalo již 172 čerstvých lékařů. Přesto však polovinu všech emigrantů tvoří plně kvalifikovaní lékaři ve věku 30 až 40 let, tedy kolegové, kteří mají před sebou velmi dlouhou profesní kariéru a jejichž ztráta je tudíž pro české zdravotnictví nejbolestnější.

### Růst závislosti na práci cizinců

Tabulka 9: Roste závislost na práci cizinců	
	Počet lékařů cizinců
2003	829
2005	1 188
2007	1 849
2009	2 129
2011	2 631

Zdroj: MPSV

Nikoho asi příliš nepřekvapí, že kvůli faktické absenci jazykové bariéry představují tři čtvrtiny v Česku pracujících lékařů Slováci (Tab. 9). Zaplatit pámbůh za ně. Pokud by se zvýšily platy na Slovensku a tito kolegové a kolegyně by se vrátili domů, naše zdravotnictví by nejspíše zkolabovalo. Navzdory ochotě slovenských lékařů pracovat za české mzdy zůstávalo podle údajů úřadů práce koncem roku 2011 v nemocnicích dlouhodobě neobsazených 465 lékařských míst.

Personální devastace českého zdravotnictví se prohlubuje již řadu let a vzhledem k tomu, že studium na lékařské fakultě trvá šest let a další čtyři až pět let se mladý lékař připravuje na složení atestace, nemůžeme očekávat nějaké rychlé zlepšení ani v případě, kdyby zodpovědnost nesoucí politici náhle dostali rozum a zdravotnictví podpořili. Řešení musí zahrnovat celý soubor opatření a nebude rychlé a jistojistě nebude ani laciné.

Jak řešit nedostatek lékařů, pokud nechceme připustit pokles úrovně české medicíny?

- Zvýšení počtu studentů lékařských fakult, které je podmíněno růstem státní podpory univerzitám. Formální školné fakulty nevytrhne a vysoké školné by snížilo zájem o studium.
- Zásadní změny ve specializačním vzdělávání, aby mladí lékaři nebyli ve fakulturních nemocnicích zneužívanými nevolníky.

- Zvýšení ceny práce lékaře.
- Zvýšení příjmů lékařů za základní pracovní dobu. Inspirací by nám mohly být tarifní tabulky, podle nichž se řídí odměňování lékařů v německých nemocnicích, do kterých směřuje většina našich ekonomických emigrantů.
- Změny v organizaci práce, které lékaře osvobodí od zbytečné administrativy.
- Dodržování zákoníku práce i evropské směrnice o pracovní době sice zvýší počet lékařů, které potřebují naše nemocnice, ale zrušení nadměrné přesčasové práce při zachování příjmů bude lékaře motivovat k tomu, aby neodcházeli. Pracovní přetížení je vedle nízkého platu a špatného systému specializačního vzdělávání totiž třetím lékařem nejčastěji uváděným důvodem rozhodnutí emigrovat.
- Zrušení bariéry mezi nemocnicemi a soukromými lékaři. Stav, kdy se na zajišťování nepřetržité lékařské péče podílí pouhá třetina lékařů, je neudržitelný. Žádným jiným způsobem než ekonomickou atraktivitou však nelze v demokratické společnosti s tržní ekonomikou nutit soukromé ambulantní lékaře k tomu, aby se spolupodíleli na zajišťování ÚPS či LSPP.

Není pochyb o tom, že prohlubující se personální devastace českého zdravotnictví ohrožuje dostupnost, kvalitu a bezpečnost zdravotní péče. Smíříme se s tím? Nebo s tím dokážeme ve spolupráci s našimi pacienty něco udělat?

Milan Kubek



# Praktičtí lékaři – personální krize

**Předseda Sdružení praktických lékařů píše předsedovi vlády**



Vážený pane předsedo vlády, tímto dopisem reaguji na Vaše přání být podrobněji seznámen se situací v personálním zabezpečení primární péče. Na společném setkání se zástupci ambulantního sektoru dne 26. 3. 2012 jsem Vás informoval o personální situaci v odbornosti všeobecného praktického lékařství (VPL) a upozornil jsem Vás na nebezpečí, spočívající v omezení dostupnosti základní zdravotní péče, pokud nebude odpovídajícím způsobem a s plnou vážností řešeno průběžné doplňování odcházejících lékařů mladými kvalitními absolventy. Před 3 lety se podařilo ve spolupráci s tehdejším vedením ministerstva (ministr Julínek, nám. Hellerová) zavést systém rezidenčních míst s prioritou kladenou právě na doplnění stavu praktických lékařů a některých dalších vybraných oborů.

Na základě demografických ukazatelů byly alokovány zdroje umožňující zařadit do specializační přípravy v oboru VPL cca 150 mladých lékařů. Tedy počet odpovídající potřebám udržení potřebné sítě praktických lékařů v ČR k zajištění kvalitní a dostupné primární péče. Zásahem současného vedení MZ však došlo k opuštění priorit s potřebou zaměřit se na nedostatečně saturované odbornosti a zdroje byly rovnoměrně přiděleny všem specializacím. Jsou tak podporovány i ty specializace, které to nepotřebují. Tím došlo k razantnímu snížení finančních prostředků na výcvik nových praktických

lékařů, které se projevilo nejen snížením částky na výcvik jednoho VPL, ale i snížením počtu rezidenčních míst – z původních cca 150 míst na 75 v letošním roce. Snížení dotace na jedno rezidenční místo VPL z 28 666 Kč na 26 000 Kč mj. znamená, že měsíční příjem rezidenta VPL je o 7000 nižší oproti rezidentovi v nemocnici (z těchto financí jsou hrazeny nejen mzdové prostředky rezidenta, ale i platba za stáže v nemocnicích, která často činí 5000 Kč měsíčně).

Není divu, že za těchto podmínek hrozí na jedné straně razantní snížení zájmu absolventů o práci praktického lékaře, na druhé straně pak pokles zájmu akreditovaných pracovišť praktických lékařů-školicitelů absolventy přijímat, neboť krom náročné odborné a organizační složky celého procesu musejí takového školenice dotovat z vlastních soukromých zdrojů. Dle zahraničních zkušeností je kvalitní a kompetentní primární péče schopna obstarat naprostou většinu potřebných zdravotních služeb a stěžejním způsobem tak plnit hlavní roli v efektivním využití omezených zdrojů. Svým preventivním zaměřením pak zcela zásadním způsobem ovlivňuje i zdravotní stav celé populace.

Vážený pane předsedo vlády, domnívám se, že z výše uvedených důvodů se podpora primární péče stala jednou z priorit programového prohlášení Vaší vlády. Se znepokojením však musím konstatovat, že i přesto, že ministr byl podrobně informován, postoj současného vedení MZ k této problematice nejenže tento zájem nerespektuje, ale výhledově bude příčinou in-



Ilustrační foto: shutterstock.com

suficience dostupné, kvalitní a přitom relativně levné základní péče v České republice. Vzhledem k nutnosti urychleného řešení a nápravy současné situace si Vás, pane premiére, dovoluji požádat o Vaši angažovanost

alespoň při iniciaci potřebných jednání se zástupci státu.

Děkuji za Vaš zájem a čas.

Se srdečným pozdravem

**MUDr. Václav Šmatlák**, předseda

Sdružení praktických lékařů ČR,

v Praze 11. dubna 2012

AMIGAL GROUP s.r.o.

Jana Růžičky 2a, Praha 4  
 e-mail: info@amigal.cz

www.amigal.cz

Pronájem prostor pro  
**ZDRAVOTNICKÉ VYUŽITÍ**  
**KLINIKA, ORDINACE**  
**LÉKÁRNA**

**40 - 1.800 m<sup>2</sup>, Praha 4**

- Zmín nákupní centrum Chodov
- MHD u budovy
- bezbariérový přístup

☎ 602 590 930, 602 695 602



ilustrační foto: shutterstock.com

## Výdaje na zdravotní péči klesají

**N**edostatek peněz je jedním z základních problémů českého zdravotnictví. Pouze kvůli nízké ceně práce lékařů a ostatních zdravotníků dosahuje naše chronicky podfinancované zdravotnictví výsledky srovnatelné s vyspělými evropskými státy. Jak dlouho ještě? „Jak dlouho ještě budou politici zneužívat trpělivosti naší?“ Nabízí se parafráze slavné Ciceronovy řečnické otázky.

Výdaje na zdravotní péči v České republice v roce 2010 poprvé v novodobé historii meziročně klesly o téměř tři procenta na 284,1 miliardy korun. O 1,3 mld. Kč se oproti roku 2009 snížila rovněž výše spoluúčasti pa-

cientů a hotovostní platby tak vytáhly z našich kapes 41,9 miliardy. Více než v předchozím roce jsme zaplatili u zubaře a za volně prodějně léky.

Vládní škrty, zejména rozhodnutí nevalorizovat platby státu za děti, důchodce a nezaměstnané zdravotním pojišťovám, postihly ekonomicky celé zdravotnictví.

Z dlouhodobého hlediska se výdaje pochopitelně zvyšují, a to nejenom kvůli inflaci a růstu ceny práce, ale zejména díky moderním technologiím a vinou stále dražších léků. Spoluúčast pacientů je přitom nejrychleji rostoucí položkou. Zatímco za uplynulých deset let se celkové výdaje na zdravotní péči zvýšily o 94 %, spoluúčast vzrostla o 300 %.

Z celkových výdajů na zdravotní péči za-

platily pojišťovny 75 %, veřejné rozpočty 9 % a soukromé výdaje tvořily 16 %.

Podíl zdravotních pojišťoven na úhradě zdravotní péče zůstává již několik let stabilní okolo tří čtvrtin veškerých výdajů. Avšak zatímco za posledních deset let výdaje pojišťoven stouply o 85 %, loni oproti roku předchozímu naopak o 3 % klesly! Stagnaci úhrad a zpřísnění regulací pocítili jak soukromí lékaři, tak i nemocnice.

V roce 2010 bylo v Česku devět zdravotních pojišťoven, staraly se o téměř 10,4 miliónu klientů a vydaly téměř 214 miliard korun. Na péči daly v průměru na jednoho muže 19 505 korun a na jednu ženu 21 738 korun. Skutečnost, že péče o jednu ženu je v průměru dražší než o jednoho muže, má jednoduchá vysvětlení. Ženy prostě žijí déle.

Spoluúčast pacientů se přehoupla nad hranici 40 miliard v roce 2008, kdy byly zavedeny regulační poplatky. V porovnání s rokem 2009, kdy tyto výdaje vystoupaly na zatím nejvyšší hodnotu 43,1 miliardy korun, se o rok později snížily o tři procenta na 41,9 miliardy korun. Největší část, 62 procent, tvořily platby za léky a prostředky zdravotnické techniky, v roce 2010 dosáhly 26 miliard.

V roce 2010 se o více než o 12 % snížily výdaje domácností za ambulantní lékařskou péči. Z toho se dá usuzovat, že velká část domácností omezila svá vydání za nadstandardní materiály a nadstandardní služby. Za regulační poplatky pacienti v roce 2010 zaplatili 5,6 miliardy korun, je to o tři procenta méně než v roce předchozím. Přispělo k tomu zejména zrušení poplatků u lékaře pro děti od dubna 2009. Bohužel tuto úsporu domácnostem zaplatili ze svého lékaři, kteří se o dětské pacienty starají.

Podíváme-li se podrobněji na strukturu tzv. regulačních poplatků, zjistíme, že v roce 2010 pacienti zaplatili nejvíce (48 %) za poplatky za léky na recept, 27 % za vyšetření u lékaře a 22 % za hospitalizaci. Poplatky za pohotovost tvořily pouhá 3 %.

Přestože podíl výdajů za léky a prostředky zdravotnické techniky od roku 2005 v ČR mírně klesá, v roce 2009 tvořil 23 % celkových nákladů na zdravotní péči. Průměr zemí Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) je přitom pouhých 19 %. Tento rozdíl je vysvětlitelný tím, že zatímco za léky platíme světové ceny, cena práce zdravotníků zůstává značně „nesvětovou“.

S ohledem na náš životní styl a podíl civilizačních chorob na celkové morbiditě asi nikoho nepřekvapí, že nejnákladnější diagnózou pro zdravotní pojišťovny jsou nemoci oběhové



Vývoj platby za státní pojištěnce

Od	Měsíční platba státu v Kč	Od	Měsíční platba státu v Kč
1. 1. 1993	229	1. 1. 2005	481
1. 1. 1994	194	1. 1. 2006	513
1. 1. 1996	220	1. 2. 2006	560
1. 7. 1996	270	1. 4. 2006	636
1. 7. 1998	392	1. 1. 2007	680
1. 7. 2001	439	1. 1. 2008	677
1. 1. 2003	467	1. 1. 2010	723
1. 1. 2004	476		

soustavy. Výdaje na jejich léčení se za deset let (od roku 2000) zvýšily ze 7,5 na 26,8 miliardy korun, tedy na čtyřnásobek. Na léčení rakoviny bylo v roce 2010 vynaloženo 19,2 miliardy a na nemoci trávicí soustavy 13,2 miliardy korun.

*S využitím dat ČSÚ připravil*

Milan Kubek



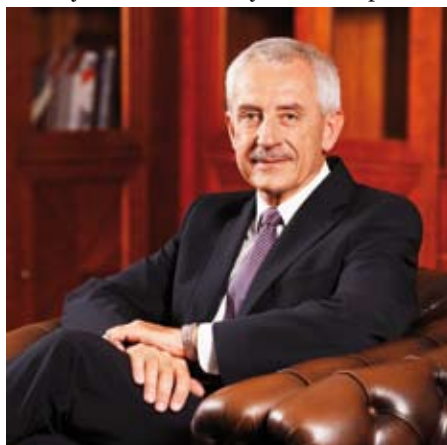
Ilustrační foto: Shutterstock.com

# Heger: Když stát za své pojištěnce nedá víc, musejí se peníze najít ve zdravotnictví

**Utlumení růstu platů i rozvoje medicíny a větší důraz na efektivitu znamená podle ministra Leoše Hegera (TOP 09) pro zdravotnictví rozhodnutí vlády z 23. 5. 2012, že příští rok nezvyšší platby pojistného za děti, důchodce či nezaměstnané. Zdravotnictví o peníze přijde tím, že stoupne DPH a skončí daňové úlevy pro zdravotnické prostředky. Chybět tak bude přinejmenším sedm miliard korun. Ročně spotřebuje zdravotnictví kolem 300 miliard.**

„Peníze jsou potřeba na zvyšování platů a na rozvoj medicíny. Když nebudou, bude se muset obojí tlumit. Co se neušetří útlumem mezd a rozvoje medicíny, musí se ušetřit vnitřní efektivitou,“ řekl ministr ČTK. Heger je přesvědčen, že ve zdravotnictví je pořád ještě hodně neefektivního, takže prostor pro úspory je. Příkladem jsou podle něj předražené

zakázky na nákupy přístrojů a vybavení pro nemocnice. Ministr jako jeden z prvních kroků po svém nástupu do funkce zveřejnil protikorupční strategii, kterou se musejí státní nemocnice řídit. Nynější sazby DPH 14 a 20 procent stoupnou od příštího roku na 15 a 21 procent, zdravotnictví se přitom muselo vypořádat s předchozím zvýšením dolní sazby z 10 na 14 procent.



Ilustrační foto: archiv ČTK

Platby státu na zdravotní pojištění takzvaných státních pojištěnců se naposledy zvyšovaly v roce 2010 na 723 korun, od té doby se neměnily a pro příští rok se ani měnit nebudou. Heger nepochodil na vládě s návrhem, aby měsíční platba státu za jednoho pojištěnce stoupla o 49 korun na 772 korun. Systému by to přineslo za rok 3,6 miliardy, zmínil by se tak dopad zvýšené DPH. Ministerstvo financí však označilo návrh za nereálný a vláda se k jeho názoru přiklonila. „Evidentně to znamená, že systém bude tlačit na vyšší efektivitu,“ potvrdil náměstek Petr Nosek. Zdravotnictví bude muset odvést v DPH letos navíc čtyři miliardy korun, příští rok další tři miliardy. Zhruba miliardu by mu naopak mohlo přinést zrušení daňových stropů.

ČTK

**Poznámka: Zdá se, že naše vláda a ministerstvo zdravotnictví zastávají názor, že zdravotnictví by dosáhlo největší efektivity po svém zrušení. České zdravotnictví přitom podle objektivních statistických dat představuje v mezinárodním srovnání zázrak efektivity. Ta je bohužel vykoupena nízkou cenou lidské práce a dosahovaná na úkor příjmů lékařů a ostatních zdravotníků. Naskytá se otázka, kam až bude muset česká medicína klesnout, aby byli naši reformátoři spokojeni.**

Milan Kubek



ilustrační foto: shutterstock.com

## Ambulantní specialisté požadují zvýšení úhrad



**Z**měna zákona prosazená ministrem Hegerem zkrátila lhůty pro jednání poskytovatelů zdravotní péče s pojišťovnami a výrazně tak zkomplikovala možnost dohody smluvních partnerů, kteří v době jednání nemohou disponovat aktuálními ekonomickými daty. Navzdory tomu, že se Ministerstvo zdravotnictví ČR tímto způsobem

snáží nahrazovat demokratické jednání smluvních partnerů svým vlastním autoritativně byrokratickým rozhodováním, přisuzuje ČLK dohodovacímu řízení velký význam.

Zejména v segmentu ambulantní specializované péče, kde si ČLK o. s. díky velkému počtu obdržených plných mocí drží pozici nejsilnějšího vyjednavče, neseme velký díl spoluzodpovědnosti za ekonomiku soukromých lékařských praxí. Tomu odpovídá pozornost, kterou komora dohodovacímu řízení věnuje.

Dne 24. 5. 2012 se na půdě ČLK konalo jednání zástupců segmentu ambulantní specializované péče, jehož účastníci se shodli na společném návrhu, který předloží zdravotním pojišťovnám. Návrh je platný pouze v případě, pokud nevstoupí v účinnost tzv. kultivace Seznamu zdravotních výkonů, která v dosud známé podobě nevalorizuje mzdové a režijní náklady zdravotnických zařízení. Pokud by byl takto neuspokojivým způsobem Seznam zdravotních výkonů změněn, požadujeme zásadní valorizaci hodnoty bodu a úpravu regulačních mechanismů.

### Základní teze návrhu:

- Posun referenčního období tak, aby jím pro rok 2013 bylo vždy příslušné pololetí roku 2012.
- Navýšení hodnoty bodu pro odbornosti zvláště ve vyhlášce nevyjmenované na hodnotu 1,15 Kč za bod, proporcionální navýšení hodnoty bodu i pro ostatní odbornosti.
- Zachování existence degresivní hodnoty bodu pro výkony nad limit plné úhrady, a to s navýšením její hodnoty na 0,50 Kč/bod.
- Limit na všechny regulace (předpis léků, zdravotnických prostředků, indukované péče, ZÚM a ZÚLP) na úrovni minimálně 115 % proti roku 2012.
- Aby jedním z kritérií pro uplatnění či neuplatnění regulačních srážek bylo i maximální procento zdravotnických zařízení, která by měla regulována. Navrhujeme, aby bylo regulováno maximálně 5 % všech zdravotnických zařízení, která limity překročí nejvíce.
- Limit pro vynětí z regulačních limitů pro PZT snížit z 15 000 Kč na 5000 Kč.
- Zohlednění změny struktury prováděných výkonů u některých odborností ve změně úhrad (např. u pneumologie zrušení BCG vakcinací...).
- Zavést povinnost zdravotních pojišťoven prokázat před uplatněním regulací, že zdravotnické zařízení nepostupovalo správně lege artis, nepostupovalo ekonomicky a racionálně. Tedy nahradit v současnosti ze strany pojišťoven uplatňovaný princip „presumpce viny“ zdravotnického zařízení principem „presumpce nevin“, kdy zdravotnické zařízení musí prokazovat, že postupovalo neefektivněji jak medicínsky, tak ekonomicky.
- Zvýšení hodnoty bodu za péči o cizince, jejíž poskytování je pro zdravotnická zařízení náročnější, na 2,00 Kč/bod.
- Zvýšení tzv. „malého“ počtu pojištěnců ve všech případech na 100.

Milan Kubek



Ilustrační foto: shutterstock.com

# I laboratoře musejí z něčeho žít

**Společný návrh Privalabu a ČLK o. s. pro dohodovací řízení k úhradám laboratorního komplementu pro rok 2013**

**C**LK o. s. a sdružení privátních laboratoří Privalab podaly společný návrh. Pro oblast radiodiagnostiky zpracovaly společný návrh Grémium ambulantní radiologie a Sdružení nestátních ambulantních radiodiagnostiků.

Některé základní teze „laboratorního“ návrhu včetně stručného komentáře:

**1. „Pro zdravotní péči poskytovanou v odbornostech 222, 801–805, 807, 812–819, 822–823 se do objemu vypočteného podle bodu 3 hodnota bodu stanoví ve výši 1,00 Kč. Tato hodnota bodu je vztahena k SZV platnému od 1. 1. 2013 na základě provedené „kultivace“ zdravotních výkonů.“**

Aby byl tento bod plně pochopen, je nutno zmínit aktivitu většiny odborných společností, které na základě výzvy Ministerstva zdravotnictví ČR zahájily již v loňském roce aktualizaci kalkulačních listů (pouze v položkách přístrojů a materiálů) pro jednotlivé zdravotnické výkony v elektronické („kultivované“) verzi Seznamu zdravotních výkonů (SZV). V zadání bylo deklarováno (zatím bohužel pouze ústně), že nově provedené kalkulace výkonů budou v novém SZV, platném do 1. 1. 2013, dány hodnotou bodu ve výši 1 Kč. To však pouze za předpokladu, že celý proces schvalování v ministerské komisi k SZV bude ukončen do poloviny roku.

**2. „V případě, že zdravotnické zařízení v od-**

*bornostech 222, 801–805, 807, 812–819, 822–823 prokáže zdravotní pojišťovně certifikát ISO ČSN 15189, respektive NASKL II, zvyšuje se hodnota bodu v bodu 3 o 0,10, respektive 0,05 Kč.“*

Uvedený návrh vychází ze skutečnosti, že neustále se zvyšující požadavky plátců na dokládání kvality laboratorní práce (akreditace, audit) vedou k výraznému nárůstu režijních nákladů (vzdělanost středního i vysokoškolského personálu, odborné garance pro jednotlivé laboratorní obory, extenze systému analytické kontroly všech klíčových procesů, obměna technologií apod.). Proto jsem přesvědčen, že forma určité finanční bonifikace pro tyto laboratoře je odpovídající motivační krok.

Další ustanovení jsou již spíše technického rázu, takže si je dovoluji uvést v celkovém přehledu. Jsem si vědom, že v době uveřejnění tohoto článku budou známy další podrobnosti prvního kola dohodovacího řízení. Především však protinávryhy zdravotních pojišťoven. Lze jen doufat, že v současné obtížné ekonomické situaci se najde takový kompromis, který bude moci zajistit minimálně udržení stávajícího kvalitativního stavu našeho zdravotnického systému i pro rok 2013. Bylo již naznačeno ze strany ministerstva zdravotnictví, že případná nedohoda mezi poskytovateli a plátcem bude mít velice pravděpodobně za následek zrušení tohoto institutu. Úhradové vyhlášky by pak byly plně v gesci ministerstva.

**3. „Zdravotní péče poskytovaná v hodnoceném období ve vyjmenovaných odbornostech se hradí s hodnotou bodu podle bodu 1 do objemu 100 % zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za referenční období; nad tento objem se zdravotní péče hradí s hodnotou bodu 0,80 Kč. Hodnoceným obdobím je příslušné pololetí roku 2013, referenčním obdobím příslušné pololetí roku 2012. Tento objem se vypočte takto:**

**POPho**

**PBro x -----**

**POPro**

**kde:**

- **PBro** je celkový počet zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za referenční období, přepočtených podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. 1. 2013. Referenčním obdobím se rozumí příslušné pololetí roku 2012.

- **POPho** je celkový počet unikátních pojištěnců ošetřených zdravotnickým zařízením v hodnoceném období. Unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec uvedený v příloze č. 1 části A) bodu 2 písm. b). Hodnoceným obdobím se rozumí příslušné pololetí roku 2013.

- **POPro** je celkový počet unikátních pojištěnců ošetřených zdravotnickým zařízením v referenčním období. Referenčním obdobím se rozumí příslušné pololetí roku 2012.“

**4. „U zdravotnického zařízení, které v referenčním období neexistovalo, popřípadě které neposkytovalo péči v dané odbornosti nebo u kterého nelze objem celkové úhrady stanovit z důvodu, že vzniklo v průběhu referenčního období, nebo pokud zdravotnické zařízení poskytl zdravotní péči 50 a méně unikátním pojištěncům, hradí zdravotní pojišťovna péči zdravotnickému zařízení výkonovým způsobem. Hodnota bodu je v tomto případě stanovena ve výši průměrné hodnoty bodu v daném segmentu z dat analytické komise.“**

**5. „Ustanovení bodu 6 se nepoužije v případě zdravotní péče poskytované zahraničním pojištěncům.“**

**6. „Zálohová platba je stanovena ve výši 1/6 úhrady referenčního období. Referenčním obdobím se rozumí dané pololetí roku 2012. Zdravotní pojišťovna může zálohovou platbu upravit podle aktuální výkonnosti zdravotnického zařízení.“**

**7. „Finanční vypořádání bude provedeno nejpozději do 90 dnů po ukončení hodnoceného období.“**

**František Musil, člen představenstva ČLK**

# MZ ČR pracuje na další fázi reformy zdravotnictví

Tisková zpráva Ministerstva zdravotnictví ČR

**M**inisterstvo zdravotnictví ČR intenzivně pracuje na další fázi reformy českého zdravotnictví. Ta přinese především spravedlivější přerozdělení pojistného na veřejné zdravotní pojištění, zjednodušení vzdělávání nelékařů, zpřísnění reklamy na léčivé přípravky, právo pacientů na náhradu nákladů na péči čerpanou v jiné zemi Evropské unie či větší ochranu pacientů v rámci jednotného sledování a vyhodnocování nežádoucích účinků léčiv a jejich padělků.

V rámci další fáze reformy českého zdravotnictví dojde k celkem osmi novelizacím a vydány budou čtyři nové zákony. Součástí těchto změn budou i transpozice směrnic Evropské unie do české legislativy. „Mezi klíčové kroky patří vytvoření právního rámce pro zdravotní pojišťovny, který vymezí pravidla pro jejich fungování, slučování či zánik, změny ve veřejném zdravotním pojištění a vznik zákona o univerzitních nemocnicích,“ uvedl Leoš Heger, ministr zdravotnictví, a doplnil: „Všechny připravované změny přinesou pozitivní výsledky pro české pacienty, lékaře i celý zdravotnický systém a přiblíží české zdravotnictví standardům obvyklým v Evropské unii. Zároveň přispějí k dalšímu zamezení plýtvání finančními prostředky.“

Marek Ženíšek, 1. náměstek ministra, další reformní kroky komentoval: „Jak je vidět z připravovaných návrhů, ministerstvo zdravotnictví rozhodně neusnulo na vavřínech a i přes současnou politickou situaci chce reformu zdravotnictví dokončit co nejdříve, aby všechny tyto změny ve zdravotnictví plně fungovaly a přinášely potřebný efekt co nejdříve.“

Novela zákona o regulaci reklamy zpřísnuje podmínky regulace reklamy léčivých přípravků a zavádí vyšší sankce za jejich porušení. Zákon o zdravotních pojišťovnách zajistí spravedlivější přerozdělování pojistného a nastaví nová pravidla

pro fungování zdravotních pojišťoven včetně složení správních rad. Transpozice směrnice Evropské unie o přeshraniční péči přinese pacientům právo obdržet náhradu nákladů na péči čerpanou v jiné zemi Evropské unie ve výši hrazené v jejich státě. Velká novela zákona o vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a novela zákona o nelékařských zdravotnických povoláních celkově zjednoduší tyto normy a zpřesní procesní pravidla. Obě novelizace budou předloženy do vlády v srpnu letošního roku.

Zákon o univerzitních nemocnicích přesně vymezí jejich počet, neziskový charakter a spolupráci s lékařskými fakultami. Novela zákona o léčivech bude rozdělena do dvou fází, přičemž finální podoba nabude účinnosti 1. 1. 2013. Pacientům přinese větší ochranu v případě zjištěných nežádoucích účinků či padělků léčiv, zavede jednotná pravidla pro všechny subjekty v dodavatelském řetězci a zamezí nežádoucímu reexportu léčiv. Zákon o zdravotních prostředcích vymezí komplexní úpravu jejich regulace, podmínky uvádění na trh, požadavky na distribuci apod. Novela transplantčního zákona upraví pravidla pro zajištění jakosti a bezpečnosti orgánů urče-

## Novinky připravované pro následující období

Novela zákona o regulaci reklamy
Zákon o zdravotních pojišťovnách
Transpozice směrnice Evropské unie o přeshraniční péči
Novela zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních
Zákon o univerzitních nemocnicích
Dvě novely zákona o léčivech (transpozice směrnice o farmakovigilanci a transpozice směrnice o padělcích léčiv)
Zákon o zdravotnických prostředcích
Novela zákona č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů (transplantační zákon)
Novela zákona č. 379/2005 Sb. (alkohol, tabák, návykové prostředky)
Zákon o hluku

ných pro transplantaci a přizpůsobí právní normu evropské legislativě. Zákon o hluku zavede nový systém kompetencí, odpovědnosti a dozoru nad ochranou proti hluku. Novela zákona o ochraně veřejného zdraví sladí tuto normu s evropskými směrnici a se správním řádem. Novela zákona č. 379/2005 Sb. pak posílí ochranu před účinky nepřímého tabákového kouře.

## Stanovený indikativní termín předložení vládě

### První čtvrtletí roku 2012

#### 1. Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů (farmakovigilance).

*Pozitiva pro občany:*

- Zajištění větší ochrany pacientů za pomoci jednotného sledování a vyhodnocování nežádoucích účinků v rámci EU,
- sjednocení právní úpravy změn registrace s evropskou legislativou,
- zavedení pravidel zamezujících nežádoucím reexportům léčiv,
- umožnění výměny léku se závadou v jakosti za jiný (ne pouze stažení),
- nutnost uhradit náklady za stažený lék (vč. pacienta i zdrav. pojišťovny),
- zavádí nové podkategorie výdeje léčivých přípravků na lékařský předpis s omezením,
- zavádí registr výdejů léčivých přípravků s omezením (množstevní omezení výdeje u zneužívaných léčiv).

#### 2. Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy a o změně a doplnění zákona č. 468/1991 Sb., o provozování rozhlasového a televizního vysílání, ve znění pozdějších předpisů.

*Pozitiva pro občany:*

- Regulace reklamy humánních léčivých přípravků zahrnuje průzkumy trhu i neintervenční poregistrační studie – nebude je možné provádět za úplaty,
- zakazují se soutěže, loterie nebo „hry“, kterými lze ovlivnit předepisování či výdej léků,
- zákaz návštěv zástupců farmaceutických firem v ordinaci době lékařů,
- lékař a farmaceut nesmí zaměnit a doporučit lék pacientovi, pokud by tak činil v důsledku reklamního lobbingu,
- upravuje se sponzoring kongresové turistiky (jen výdaje na ubytování, dopravu, stravu a registr. poplatky),
- vyšší sankce pro farmaceutické firmy.

### 3. Věcný záměr zákona o univerzitních nemocnicích.

*Pozitiva pro občany:*

- Vymezuje univerzitní nemocnici jako osobu sui generis,
- omezený počet univerzitních nemocnic, jejich taxativní výčet a přímá vazba na lékařskou fakultu,
- neziskový charakter – účelem univerzitních nemocnic nebude dosahování zisku, nýbrž naplnění hlavní činnosti,
- spolupráce ministerstva zdravotnictví, vysoké školy a kraje na řízení univerzitní nemocnice,
- zrušení univerzitní nemocnice pouze přijetím novely zákona.

### Druhé čtvrtletí roku 2012

#### 4. Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů (padělků).

*Pozitiva pro občany:*

- Transpozice směrnice EU k padělkům léčiv,
- zavedení jednotných ochranných prvků k identifikaci a ověření pravosti léčiv za účelem zabránění vstupu padělků do legální distribuční sítě,
- pravidla pro všechny subjekty v dodavatelském řetězci,
- úprava tzv. zprostředkování léčiv,
- zavedení požadavků na obsah a označení internetových stránek provozovaných lékárnou za účelem zásilkového výdeje léčiv.

#### 5. Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon), ve znění pozdějších předpisů.

*Pozitiva pro občany:*

- Upraví pravidla pro zajištění jakosti a bezpečnosti orgánů určených k transplantaci tak, aby komplexně, ve všech fázích zacházení s orgány, byla uplatněna opatření k dosažení nejvyšší možné míry jejich jakosti a bezpečnosti a minimalizovala se tak rizika spojená s odběrem a transplantací orgánů,
- povede k zamezení nepřípustných praktik při darování a transplantaci orgánů, včetně obchodování s lidmi,
- vymezí povinnosti a odpovědnost poskytovatelů zdravotních služeb, včetně povinnosti vytvořit a udržovat systém jakosti,
- plní záměr EU mezinárodně zajistit srovnatelný standard záruk jakosti a bezpečnosti lidských orgánů ve svých členských státech,

- řeší otázku odběrů orgánů od zemřelých dárců, kteří nejsou občany ČR,
- v souladu se směrnicí EU upravuje náhrady na pokrytí výdajů a ztrát příjmů pro žijící dárci a dále tzv. příspěvek na náklady pohřbu, který bude náležet osobě, která vypraví pohřeb zemřelému dárci orgánů.

#### 6. Věcný záměr zákona o ochraně veřejného zdraví před hlukem a řízení hluku v komunálním prostředí (Zákon o hluku).

*Pozitiva pro občany:*

- Stávající hygienické limity se nemění (odvozeny od stavu poznání vztahu mezi dávkou a účinkem expozice hluku podle WHO),
- nový systém kompetencí, odpovědnosti a dozoru nad ochranou proti hluku,
- hluk, který může negativně ovlivnit zdraví, dále pod státní zdravotní dozor (hluk z pozemní a letecké dopravy, hluk stacionárních zdrojů),
- hluk, který nemůže negativně ovlivnit zdraví a je otázkou akustického komfortu, převede pod pravomoc obcí (hlasy lidí, zvuky zvířat, hluk z koncertů, sportovních a společenských aktivit),
- hluk z dopravy zahrnout do územněplánovací dokumentace pomocí hlukových zón (zóny stanoveny na základě výpočtových hlukových map podle Směrnice 2002/49/EC).

#### 7. Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

*Pozitiva pro občany:*

- Dále posílí ochrany před účinky nepřímého tabákového kouře,
- zlepší vymahatelnost práva, a to zejména v souvislosti se zákazem prodeje alkoholických nápojů/tabákových výrobků osobám mladším 18 let,
- reviduje typy odborné péče pro osoby škodlivě užívající návykové látky atd.

### Třetí čtvrtletí roku 2012

#### 8. Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů.

*Pozitiva pro občany:*

- Zrušení odborného dohledu – k výkonu povolání není potřeba získat osvědčení k výkonu

povolání bez odborného dohledu – snížení administrativní zátěže,

- výkon povolání pod odborným vedením pouze ve specializační přípravě, u absolventů (v době na zapracování) nebo po přerušení výkonu povolání delším než 5 let,
- odstranění duplicitního vzdělávání na VOŠ a Bc. u oborů se stejnými výstupními činnostmi – reakce na demografický vývoj, navýšení kompetencí, požadavky praxe, soulad s právními předpisy,
- zjednodušení a zpřehlednění celého zákona,
- celoživotní vzdělávání – povinnost každého zdravotnického pracovníka, převedení odpovědnosti za jeho plnění na zaměstnance, zaměstnavatele a odborné společnosti, zrušení kreditní systém,
- úpravy akreditace a činnosti akreditační komise – více komisí, flexibilnější a přitom více individualizovaný systém,
- preference kombinovaných forem studia pro specializační vzdělávání v navazujících magisterských programech, nejdříve získat praxi v odbornosti,
- související úpravy navazující legislativy – vyhláška o činnostech, katalog práce, vyhláška o minimálních požadavcích na vzdělávací programy.

### Čtvrté čtvrtletí roku 2012

#### 9. Návrh zákona o zdravotních pojišťovnách.

*Pozitiva pro občany:*

- Zajištění spravedlivějšího, vícekritériálního přerozdělení pojistného na veřejné zdravotní pojištění,
- posílení principů transparentní veřejné obchodní soutěže při nákupu péče (služeb) ze strany zdravotních pojišťoven,
- lepší vymezení pravidel pro fungování, slučování i zánik pojišťoven,
- správní rady budou primárně složeny z odborníků – méně politických vlivů.

#### 10. Návrh zákona o zdravotnických prostředcích.

*Pozitiva pro občany:*

- Komplexní úprava regulace zdravotnických prostředků,
- kodifikuje podmínky uvádění zdravotnických prostředků na trh, distribuce, výdej/prodej, používání v nemocnicích apod.,
- zpřísní požadavky na distribuci a manipulaci se zdravotnickými prostředky,
- nově upraví regulace úhrad zdrav. prostředků ze zdravotního pojištění – úhrady na principu „za stejný efekt stejná úhrada“.

Vlastimil Sršeň, tiskový mluvčí MZ ČR  
tis@mzcr.cz



Ilustrační foto: archiv ČLK

## Tucet doporučení Zdravotní komise ČSSD

pro nápravu zdravotní politiky v ČR po vstupu ČSSD do vlády

1. Aktuálně je třeba **zabránit umělému ožebračování veřejných nemocnic** a jejich následným **privatizacím** či dlouhodobým pronájmům, **neúměrnému nařezávání sítě** a **snižování dostupnosti či kvality** zdravotní péče pro občany. Nedovolit organizační a vlastnické změny majetku veřejných zdravotnických zařízení včetně pronájmů.
2. Přejít na **model jedné zdravotní pojišťovny** pro úhradu potřebné péče z veřejného zdravotního pojištění, spravedlivě dořešit platby OSVČ a státních pojištěnců. Zajistit trvalé odstranění příjmových stropů pro platby zdravotního pojištění. S ohledem na dosavadní vývoj navrhnout **zvýšení zdravotního pojistného** o 0,8–1,0 %, třeba formou nového ošetrovatelského pojistného či přesměrováním spotřební daně za tabák a alkohol do zdravotnictví, které nese náklady toxikomanií. Aktuálně je třeba **odmítnout dvousložkové zdravotní pojištění**, neboť v našich podmínkách přináší riziko vyvážení potřebných prostředků mimo systém.
3. Provést neprodlenou **revizi přijatých reformních zdravotních zákonů** a **ná-**  
**vazných ustanovení** a po odborné i veřejné diskusi z nich **odstranit ustanovení asociální, chybná, zbytečná a nekonsumovatelná**.
4. Hrazeným **standardem musí být péče v daném případě potřebná a nejefektivnější**, nikoli účtařsky nejlevnější, jak je nyní chybně definována reformním zákonem, který nezohledňuje případné zdravotní, ekonomické a sociální ztráty a postrádá odborná hlediska.
5. **Redukovat počet i výši poplatků, příspěvků a doplatků** ve zdravotnictví na zdůvodnitelné a sociálně únosné minimum, přijatelné i pro seniory.
6. **Odstranit chyby v lékové politice, napravit disproporce v doplácení na léky**, v lékárnách zavést transparentnější výkonnový systém namísto systému marží.
7. **Propojit a sjednotit odborné a oborové řízení zdravotnictví** na celostátní úrovni s organizačním řízením v regionech, ustavení krajských a celostátních odborníků či koordinátorů v úzké spolupráci s ČSL JEP a ČLK.
8. **Reorganizovat Hygienickou službu**, zabránit omezování jejích kompetencí

a rozpadu, vypracovat reálnou **koncepci veřejné ochrany zdraví** jako nutný základ zdravotní politiky státu.

9. **Sjednotit systém odměňování** zdravotnických pracovníků nemocnic financovaných z veřejného zdravotního pojištění na základě jejich kvalifikace a funkčního postavení. **Zamezit porušování pracovního práva** při zaměstnávání a výchově zejména mladých zdravotníků.
10. **Přeprocovat, stabilizovat a sjednotit organizaci a financování specializačního vzdělávání zdravotníků**. Uvést do souladu regulace prováděné státem a profesními komorami. Kontinuita a kvalita specializačního vzdělávání je určující pro úroveň zdravotní péče. Současný stav působí nestabilitu, nespokojenost a odchody mladých zdravotníků.
11. Podpořit a sjednotit **účelný a státem zabezpečený rozvoj elektronizace zdravotnictví**, zavádění elektronických receptů a sdílení dat poskytovatelů zdravotnických služeb ku prospěchu pacienta. Striktně však odmítnout neefektivní a pochybné projekty, jako je třeba polosoukromý IZIP. Odlišit prospěšné **zdravotní registry** od zbytečných a potenciálně zneužitelných a tyto neprodleně rušit. Zlepšit ochranu osobních údajů a přístupových oprávnění.
12. **Vyřešit financování a organizaci zdravotně-sociální péče** v mezipříjemní spolupráci Ministerstva zdravotnictví ČR a Ministerstva práce a sociálních věcí ČR.  
Za ZK ČSSD

Prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc., předseda

### ZÁPIS Z JEDNÁNÍ ZDRAVOTNÍ KOMISE ČSSD

1. ZK ČSSD po podrobné diskusi nad hlavními problémy zdravotní politiky a se zohledněním aktuálního vývoje v ČR formulovala a přijala materiál s názvem „Tucet doporučení Zdravotní komise ČSSD pro nápravu zdravotní politiky v České republice po vstupu ČSSD do vlády“ a podle toho postupuje vedení ČSSD.
2. ZK ČSSD se shodla, že bude účelné uspořádat další jednání Zdravotní komise společně se Sociální komisí ČSSD pro diskusi nad průnikovými problémy.
3. ZK ČSSD předpokládá, že po souhlasu vedení s materiálem „Tucet doporučení“ bude jednotlivé body dále rozpracovávat ve specializovaných expertních skupinách.

Prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc., předseda ZK ČSSD

V Praze 28. 4. 2012



# Komora odstraňuje škody napáchané ministrem Hegerem

Rychlá novela zákona o zdravotních službách

**C**eská lékařská komora vyzvala ministra Hegera, aby připravil okamžitou novelizaci zákonů, které komplikují práci lékařům a narušují vztah mezi pacienty a lékaři. Komora zároveň deklarovala svoji připravenost ministerstvu zdravotnictví pomoci při tvorbě i prosazování těchto nezbytných novelizací.

Vzhledem k nečinnosti ministerstva, jehož šéf místo chlapského přiznání své chyby nabádal lékaře k porušování svého vlastního zákona, připravily společně ČLK a Svaz pacientů ČR vlastní návrh novely zákona o zdravotních službách, který předložily 17. 5. 2012 Senátu ČR. Návrh si osvojili místopředsedkyně Senátu PaedDr. Gajdůšková a senátor prof. MUDr. Žaloudík, již návrh představili novinářům na společné tiskové konferenci s prezidentem ČLK.

Novela by měla odstranit ta ustanovení zákona, která jsou naprosto nesmyslná a někdy i v praxi neproveditelná. Je nepřijatelné, aby zůstávala dlouhodobě v platnosti nesmyslná ustanovení, která se v rozporu s principy právního státu snaží ministr zdravotnictví bagatelizovat, když nabádá lékaře k porušování zákona, místo aby přiznal vlastní chyby a snažil

se o okamžité sjednání nápravy. Podobný postoj by v zemi, jejíž politická reprezentace ctí zákony a demokratická pravidla, patrně vedl k odvolání či demisi příslušného ministra.

**Hlavní principy navrhované právní úpravy:**

- **Nově formulovat podmínky poskytování zdravotních služeb nezletilému pacientovi a osobě zbavené způsobilosti k právním úkonům. Souhlas zákonného zástupce či soudem ustanoveného opatrovníka se bude vyžadovat k poskytování zdravotních služeb jen v případě toho nezletilého pacienta, který není s ohledem na svůj věk a stupeň rozumové vyspělosti způsobilý vyjádřit vlastní souhlas s poskytnutím zdravotních služeb.** Názor nezletilého bude zohledněn jako faktor, jehož závažnost narůstá úměrně s věkem a stupněm vyspělosti. Bude-li potřebné provést neodkladný zdravotní výkon nutný k záchraně života nebo zdraví nezletilého pacienta nebo pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům a zákonný zástupce nebo opatrovník odepré vyjádřit souhlas, bude poskytovatel oprávněn rozhodnout o poskytnutí neodkladné zdravotní péče. Nepůjde-li o neodkladný

zdravotní výkon, ale o zdravotní péči, kterou je třeba poskytnout v zájmu ochrany zdraví nezletilého pacienta nebo pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům, a zákonný zástupce nebo opatrovník s ní odmítne vyjádřit souhlas, bude poskytovatel povinen do tří pracovních dnů oznámit tuto skutečnost soudu za účelem ustanovení opatrovníka. Stejně se bude postupovat, pokud zákonný zástupce či opatrovník se zdravotní péčí souhlasí a nezletilý, který je starší patnácti let, nebo pacient zbavený způsobilosti k právním úkonům potřebnou zdravotní péči odmítá. Zákonný zástupce či opatrovník bude moci již vyjádřený souhlas se zdravotní péčí nezletilému pacientovi nebo pacientovi zbavenému způsobilosti k právním úkonům odvolat jen tehdy, bude-li to v zájmu tohoto pacienta, jinak bude toto odvolání neplatné.

- **Omezit povinnost v případě plánované péče opakovaně podávat informaci o zdravotním stavu po uplynutí doby delší než 30 dnů pouze na případy, kdy pacient o tuto informaci žádá;** současně se navrhuje zrušit povinnost pacienta v takové situaci potvrzovat svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, neboť pacient může svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb kdykoli odvolat (§ 34 odst. 5).
- **Vyřadit úchop pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými poskytovatelem z výčtu omezovacích prostředků,** které lze použít k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb, tzn. že úchop nebude považován za omezovací prostředek.
- **Stanovit, že dodatečné omezení pacienta, který byl hospitalizován na základě souhlasu, ve volném pohybu nebo styku s vnějším světem se soudu neoznamuje, pokud s ním pacient předem nebo dodatečně ve lhůtě do 24 hodin vyslovil prokazatelným způsobem souhlas, nebo pokud k němu došlo na dobu kratší než 8 hodin z terapeutických důvodů nebo pro zajištění bezpečnosti pacienta.**
- **Doplnit výčet osob, které jsou oprávněny v nezbytném rozsahu nahlížet bez souhlasu pacienta do jeho zdravotnické dokumentace, o pověřené členy profesních komor** v rámci plnění svých povinností stanovených zákonem č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, v platném znění.

Milan Kubek

## Ministerstvo se probouzí z letargie



**M**inisterstvo zdravotnictví ČR předalo 22. 5. 2012 lékařské komoře k připomínkám vlastní návrh novely zákona o zdravotních službách.

Tento návrh, jehož tvorby se spoluúčastnil také ředitel právního oddělení ČLK JUDr. Mach, je rovněž přínosem oproti současně platné právní úpravě, avšak na rozdíl od senátního návrhu zpracovaného ČLK řeší pouze poskytování péče nezletilým pacientům a ruší povinnost vyžadovat po třiceti dnech opakovaný souhlas pacienta s léčbou. Ostatní problémy řešené komorovým návrhem opomíjí.

### Porovnání návrhu senátorky Aleny Gajdůškové a poslance Leoše Hegera na novelizaci zákona č. 372/2011 Sb.

Návrh senátorky Gajdůškové je širší než návrh pana ministra a poslance Hegera. Návrh poslance Hegera mění jen ustanovení o nezletilých pacientech a vypouští povinnost poskytovatele získávat opakovaně po 30 dnech od pacienta informovaný souhlas. Tyto dvě otázky řeší, byť trochu jiným způsobem, rovněž návrh senátorky Gajdůškové. Tento návrh paní senátorky jde však dále a kromě uvedených dvou problémů řeší ještě problematiku omezovacích prostředků a znovu zařazuje ČLK mezi orgány, které jsou v rámci své kompetence oprávněny nahlížet do zdravotnické dokumentace a pořizovat si její kopii.

Z tohoto pohledu je návrh paní senátorky z hlediska profesních zájmů lékařů a kompetencí ČLK příznivější.

### Řešení zdravotních služeb u nezletilých - § 35 a ustanovení související

Oba návrhy se prakticky vracejí k právní úpravě, která zde byla již před přijetím zákona č. 372/2011 Sb. a s jejíž aplikací v praxi nebyly problémy.

Oba návrhy vycházejí z textu Úmluvy o lidských právech a biomedicině, občanského zákoníku a zákona o rodině.

Oba návrhy vypouštějí kritizované ustanovení, podle kterého musel mít poskytovatel souhlas obou rodičů k poskytnutí zdravotních služeb, které mohou podstatným způsobem negativně ovlivnit další zdravotní stav nezletilého pacienta nebo kvalitu jeho života.

Návrh poslance Hegera zcela vypouští povinnost poskytovatele učinit oznámení opatrovníckému soudu. Návrh senátorky Gajdůškové ponechává tuto povinnost ve lhůtě do tří pracovních dnů pro případ, že zákonní zástupci nezletilého nesouhlasí s poskytnutím zdravotních služeb, které nejsou neodkladné, ale jejich poskytnutí je v zájmu nezletilého pacienta, nebo pokud zákonní zástupci s poskytnutím potřebných zdravotních služeb souhlasí, ale nezletilý pacient starší 15 let s jejich poskytnutím nesouhlasí.

Oba návrhy samozřejmě ponechávají právo poskytovatele poskytnout zdravotní služby nezletilému i bez souhlasu zákonných zástupců, jde-li o zdravotní služby nezbytné k záchraně života nebo zamezení vážnému poškození zdraví.

### Opakovaný informovaný souhlas po 30 dnech

Návrh poslance Hegera tuto povinnost, dosud uvedenou v § 34 odstavci 3 zákona č. 372/2011 Sb., ze zákona bez dalšího vypouští.

Návrh senátorky Gajdůškové váže povinnost opakovat informace pacientovi po 30. dnech na skutečnost, že si pacient tuto informaci vyžádá a vypouští povinnost, že pacient musí znovu svůj informovaný souhlas potvrdit.

### Omezovací prostředky

Návrh senátorky Gajdůškové ruší úchop ve výčtu tzv. omezovacích prostředků, dále ruší povinnost poskytovatele hlásit soudu omezení ve volném pohybu nebo styku s vnějším světem, pokud s tímto omezením pacient předem nebo dodatečně ve lhůtě 24 hodin vysloví prokazatelným způsobem souhlas, došlo-li k tomuto omezení na dobu kratší než 8 hodin z terapeutických důvodů nebo pro zajištění bezpečnosti pacienta (noční pády z lůžka, vytrhávání infuze, potřeba kurtovat...).

Návrh poslance Hegera tuto problematiku neřeší.

### Nahlížení ČLK do dokumentace a pořizování kopií

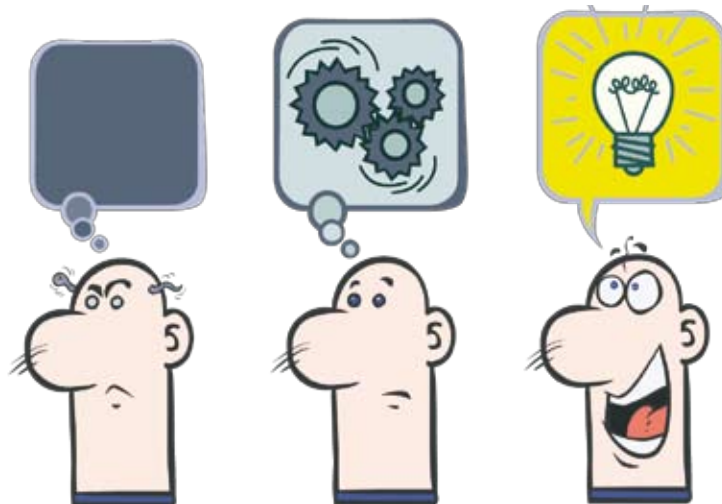
Návrh senátorky Gajdůškové obnovuje ve výčtu orgánů, které jsou oprávněny v rámci svých kompetencí nahlížet do zdravotnické dokumentace a pořizovat si její kopie, ČLK. Návrh poslance Hegera toto neřeší. Uvedené právo ČLK lze i podle stávajícího textu zákona dovést, ale protože ČLK není ve výčtu oprávněných orgánů, mohla by nastat situace, kdy poskytovatel odmítne komoře poskytnout možnost toto právo realizovat. Návrh senátorky Gajdůškové této situaci a možnosti rozdílného výkladu zákona předchází a vrací se jak k původní právní úpravě, tak i k původnímu textu vládního návrhu zákona, který byl změněn pozměňovacím návrhem poslance Marka Šnajdra.

### Závěr

Oba návrhy lze hodnotit pozitivně a lze s nimi souhlasit. Řešení u nezletilých a u plánované péče lze akceptovat v obou verzích. Návrh senátorky Gajdůškové řeší dva další problémy, které návrh poslance Hegera neřeší.

JUDr. Jan Mach

ředitel právní kanceláře ČLK







Ilustrační foto: archiv ČSSD

# Senát podpořil zrušení souhlasu obou rodičů s léčbou dítěte

**S**enát podpořil 24. 5. 2012 v prvním čtení předlohu, která by zrušila povinný souhlas obou rodičů s ošetřením dítěte. Nyní ji projednají v kratší měsíční lhůtě výbory. Podobnou úpravu slíbil předložit také ministr zdravotnictví Leoš Heger s tím, že platit by měla až od podzimu.

Senát podpořil v prvním čtení předlohu, která by zrušila povinný souhlas obou rodičů s ošetřením dítěte. Nyní ji projednají v kratší měsíční lhůtě výbory. Podobnou úpravu slíbil předložit také ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09) s tím, že platit by měla až od podzimu.

Souhlas obou rodičů zavedl nový reformní zákon o zdravotních službách. „Problémy vznikly rodinám s dětmi i zdravotnickým zařízením,“ uvedla jedna z předkladatelů, místopředsdkyně Senátu Alena Gajdůšková (ČSSD). Připomněla, že získat souhlas například v případech,

kdy rodiče nežijí pohromadě nebo když jsou děti na táborech, může být velmi složité.

Předlohu nyní projedná výbor pro zdravotnictví a sociální politiku a také ústavně-právní výbor. Aby mohla být novela schválena co nejdříve, Senát jim zkrátil lhůtu na polovinu. Gajdůšková uvedla, že bude navrhopvat, aby sněmovna o předloze rozhodla zrychleně už v prvním čtení.

Senátorská novela, kterou připravovaly Česká lékařská komora (ČLK) a Svaz pacientů, má prý odstranit nejzákladnější byrokratické překážky. Zrušila by také povinnost lékaře požadovat od pacienta po uplynutí 30 dnů nový informovaný souhlas s léčbou.

Stavovské organizace by znovu mohly nahlížet do zdravotnické dokumentace, když by řešily stížnost na lékaře, zubaře a lékárníky. Upřesnit by se měla i formulace o použití omezovacích prostředků vůči pacientovi.

ČTK

## ODBORY ZVAŽUJÍ JAKO NEJTVRDŠÍ VARIANTU VÝPOVĚDI VŠECH ZDRAVOTNÍKŮ

Výpovědi všech zdravotníků z nemocnic, vedle lékařů také sester, zvažují odbory jako nejtvrdší variantu protestů. Chtějí růst platů, který jim vláda slíbila v Memorandu. Příští rok by lékaři měli mít trojnásobek průměrného platu v zemi, sestřám by měl plat růst úměrně tomu. Ministr Leoš Heger (TOP 09) nyní zveřejnil, že trojnásobek se lékaři dočkají nejdřív za dva roky. V ČT řekl, že tři miliardy korun na splnění slibu nemá.

„Úhradová vyhláška vzhledem k ekonomické situaci asi už příjmy nemocnic tolik nenavýší, takže by se růst platů zmírnil a na trojnásobek by se dostaly postupně,“ řekl ČTK mluvčí ministerstva Vlastimil Sršeň.

„Je jasně podepsaná dohoda, že to bude k 1. lednu 2013. Pokud už neplatí ani podepsaná dohoda, tak nevím,“ řekl ČTK člen předsednictva LOK-SČL Miloš Voleman. Ministr s odbory podle něj sice jednal, ale pak jim přes média vzkázal, že dohodu nesplní. „Jednat s panem ministrem dál nemá smysl. Já osobně bych jakékoli jednání s ním počítával, že bych se asi umazal,“ řekl.

Voleman předpokládá, že by protesty mohly být ještě letos a mohly by být mnohem tvrdší. Zřejmě už by to nebyly jen happeningy, na kterých by odboráři ministroví připomínali platové sliby. O dalším postupu rozhodne 19. června porada předsedů LOK. Akce by se měly koordinovat se dvěma odborovými organizacemi, které jsou součástí takzvané Zdravotnické trojky.

Loni všechny nemocnice navýšily platy lékařům o 5000 až 8000 korun podle kvalifikace a délky praxe. Když letos stouply platy lékařům v nemocnicích místo o 10 % jen o 6,5 % a stalo se tak jen ve státních nemocnicích, vyjednávali odboráři dál o penězích i pro nemocnice krajů. Přitom zdůrazňovali, že hlavní je, aby příští rok stouply platy lékařů o 1,5- až trojnásobek podle kvalifikace a délky praxe. Připravují samostatný zákon o odměňování zdravotníků, vidí v něm záruku, že se peněz dočkají.

Ve státních nemocnicích stoupl v posledním roce průměrný plat lékaře o víc než 10 000 Kč. Zatímco v roce 2010 měl v průměru přes 50 000 Kč, loni 61 000 Kč. Odbory požadují, aby kvalifikovaný lékař měl plat 75 000 Kč měsíčně.

Mluvčí ministerstva Vlastimil Sršeň ČTK řekl, že v některých fakultních nemocnicích už lékaři tyto platy mají. Kde je nemají, možná je příští rok mít budou. Problém ale je v krajích, které tvrdí, že nemají od zdravotních pojišťoven dost peněz na růst platů.

**Naďa Myslivcová, ČTK**  
22. 5. 2012



Premiér Petr Nečas a ministr zdravotnictví Leoš Heger (vlevo) diskutují na jednání vlády.

Foto: ČTK

## Tak nám zabili Memorandum

**Z rubriky Smuteční oznámení:**

**Dne 21. května 2012 po dlouhém utrpení zemřelo Memorandum o úpravě poměrů ve zdravotnictví.**



**cím lékařům. A pak už platilo jen staré známé sliby chyby.**

Co se vlastně stalo v posledních dnech a jak vypadá „šterbka“ úmrtní list, kterou vláda Memorandu vyplnila? Pokusím se o přehledné shrnutí.

### Druhý krok Memoranda splněn nebyl

Druhý krok Memoranda – navýšení platů všem zdravotníkům o 10 % v roce 2012 – splněn nebyl. Po „nebolestivých“ protestech a planých jednáních s ministrem zdravotnictví se do

**P**otvrdilo se to, co jsme již delší dobu tušili. V únoru 2011 nešlo ze strany vlády České republiky o upřímné jednání, ale pouze o akutní „zaplácnutí huby“ protestujícím lékařům.

řešení zdánlivě zapojil i sám premiér.

Na schůzce dne 23. února 2012 premiér Nečas uznal, že v roce 2012 nedošlo k navýšení platů zdravotníků tak, jak bylo dohodnuto, a přislíbil kontrolu financování nemocnic v roce 2012. Pokud by kontrola potvrdila, že nemocnice nedostávají od zdravotních pojišťoven dostatek peněz na to, aby mohly navýšit platy podle dohody v Memorandu, bylo přislíbeno další jednání o změně úhradové vyhlášky v pololetí roku 2012. Odborové organizace dále na této schůzce navrhy, aby byl přijat zákon o odměňování zdravotníků, který by jasně ukotvil minimální plat lékaře v rozmezí 1,5- až trojnásobku průměrné mzdy v ČR od 1. 1. 2013 – jak bylo podepsáno v Memorandu. Premiér Nečas prohlásil, že tomuto řešení nakloněn není, ale nezavrhuje ho. Jednání bylo věcné a budilo dojem, že předseda vlády má zájem problém řešit.

Pak se stalo, co se stalo. Ministerstvo zdravotnictví kontrolu financování nemocnic za-

blokovalo – navrhlo kontrolovat vše možné, jenom ne to, zda nemocnice dostávají od pojišťoven více, či méně peněz než v roce 2011. Kontrola pak proběhla bez účasti ministerstva a zdravotních pojišťoven, pouze v gesci AČMN.

### Pojišťovny s nárůstem platů nepočítají

Mezitím bez větší publicity proběhlo schválení zdravotně pojistných plánů zdravotních pojišťoven. Parlament je schválil 3. května, ale vláda už 1. února. Pro ilustraci vybírám krátký odstavec:

*Z hlediska objemu plánovaných nákladů na ústavní péči celkem VZP ČR očekává meziročně snížení o 2,8 % a v přepočtu na 1 pojištěnce o 2,3 %. Z jednotlivých subsegmentů je snížení celkového objemu nákladů předpokládáno u nemocnic (o 2,6 %), u OLÚ (o 4,4 %) i u LDN (rovněž o 4,4 %).*

Navíc od nového roku stoupla DPH. Heger i Nečas tedy museli 23. února dobře vědět, že v nemocnicích peníze prostě nebudou. Slibované kontroly se zpětně jeví jen jako připravené divadélko pro veřejnost.

Na druhé schůzce s premiérem Nečasem 15. května (za účasti zástupců LOK, OSZSP, AČMN a MZd) již panovala zcela jiná atmosféra. Závěry kontroly provedené AČMN (potvrdila, že platby od zdravotních pojišťoven dosahují jen 98 % úrovně roku 2011) premiér odmítl. Plně podpořil ministra zdravotnictví s tím, že když to jde ve fakultních nemocnicích, tak to musí jít i v ostatních. Za vším je prý jen neschopnost hejtmanů, Memorandum je ze strany vlády dodrženo. Na úpravu úhradové vyhlášky nemůže být ani pomyšlení. Žádné věcné jednání nebylo, ze strany předsedy vlády zazněly jen ideologické fráze. A nadále se již pan premiér tímhle problémem údajně zabývat nebude.

### Lež a podvod – pracovní nástroje českého politika

Masky byly odhozeny, kouřové clony rozptýleny a následovala dosud nevídaná upřímnost. Dne 21. května vzkázal ministr Heger přes média lékařům, že dohodnuté a podepsané navýšení platů od 1. 1. 2013 se konat nebude. Kdyby měl aspoň tolik odvahy a řekl to 15. května zdravotníkům do očí... Ale upřímnost, to není jeho styl. V té době s největší pravděpodobností již musel vědět, co bude následovat. Zatímco 23. května shodila vláda ze stolu nesmělý (a jistě pouze z formálních důvodů předložený) Hegerův návrh na zvýšení platby

za státního pojištěnce, zároveň ministři schválili zvýšení DPH na 15 % a 21 %. Pan Kalousek si tak v letech 2012 a 2013 vylepší rozpočet odhadem o 8 miliard korun – na účet pacientů a zdravotníků.

Je asi nakonec dobře, že se tohle stalo. Už si nemůžeme dělat žádné iluze, že nám bude něco dáno shůry. Že v našem státě neplatí ani podepsaná dohoda – to je fakt, se kterým se již řada z nás potkala. Nové je to, že to platí i v případě, že smluvní stranou je sama Česká republika. Ryba vždycky smrdí od hlavy.

### Platy si budou muset zdravotníci vybojovat

Co to pro nás znamená dál? Jen jedno jediné. Pokud budeme chtít, aby vláda dodržela to, co podepsala, budeme jí k tomu muset donutit. Stojíme proti lidem, pro které je lež a podraz pracovním nástrojem a kteří slušnost považují za slabost. Nezbyvá nám než zvolit tvrdý postup. Samozřejmě, že budou pochybnosti o tom, zda se dokážou lékaři v relativně krátké době znovu sjednotit k tak dramatickému protestu. Ale nyní již víme, proti jakým lidem stojíme. A vědí to již i ostatní zdravotníci. Myslím,

že je konečně šance na společné vystoupení lékařů, sester a i ostatních profesí. Protože jinak už si z nás budou dělat kašpárky až do konce života.

Každý jistě viděl geniální film Limonádový Joe. Ke konci je scéna, kdy Limonádový Joe a Hogo Fogo hrají poker. Joe si před sebe na stůl položí dva smith & wessony a navíc ještě derringer. A když Hogo Fogo namítá, že takto nehraje gentleman, dostane se mu odpovědi: „Takhle hraje gentleman s darebákem.“ A my budeme muset hrát také tak.

**Miloš Voleman**, místopředseda LOK-SČL

# Vláda splnit Memorandum odmítá

## Zpráva předsedy LOK-SČL o průběhu jednání s předsedou vlády 15. května 2012

V úterý vpoledne proběhlo jednání mezi zástupci zdravotnické trojky (Z3), MZ ČR, AČMN za přítomnosti předsedy vlády ČR

RNDr. Petra Nečase. Jednání jsme iniciovali proto, že 23. 2. byla premiérem naznačena možnost změny úhradové vyhlášky v případě,

že nedojde k navýšení úhrad nemocnicím proti roku 2011 tak, aby mohly realizovat závazky vlády ČR dané v Memorandu. Ačkoli zástupci Z3 a AČMN jasně prokázali, že úhrady zdravotní péče v roce 2012 jsou v souladu se zdravotně pojistnými plány na úrovni pouhých 98 % loňských plateb, premiér nyní odmítl změnu úhradové vyhlášky. Jednání se ze strany představitelů vlády vedlo ve velmi „politické“ rovině. Předseda vlády osočil odbory, že jednají v zájmu hejtmanů krajů, že jde o naschvál organizovaný hejtmany a řešení máme hledat ne u vlády, ale v krajích. Konstatoval, že je přesvědčen, že ze strany vlády k naplnění Memoranda došlo. Přes naši snahu a opakovanou věcnou argumentaci nebylo možno jednání vrátit do věcné roviny.

Za daných okolností a přístupu předsedy vlády nebylo možno dosáhnout jakéhokoli náznaku dohody či postupu k dalšímu řešení situace. Nebylo možno ani dohodnout další postup řešení závazků plynoucích z Memoranda pro rok 2013.

Z uvedeného vyplývá, že naděje na řešení současné situace plnění závazků z Memoranda u jednacího stolu je minimální. Je zřejmé, že s politiky lze bohužel jednat a dojednat cokoli, jen pokud jsou pod tlakem. Jakmile necítí tlak a ohrožení svých politických pozic, rychle zapomínají na dříve dané sliby.

Apeluji proto na vás, abyste co nejintenzivněji pracovali s členskou základnou i ostatními lékaři tak, abychom mohli postupovat v souladu s usnesením LOK-SČL z dubnového sněmu.

**Martin Engel**  
předseda LOK-SČL



## Historie problému s očkováním v praxi PLDD



**V závěru roku 2009 rozhodla tehdejší vláda premiéra Fišera o plné úhradě vakcín proti pneumokokovým infekcím v rámci nepovinného plošného očkování kojenců a batolat. Zdánlivě pozitivní rozhodnutí s sebou přineslo do té doby nevídanou komplikaci. Vakcíny sice skutečně rodiče hradit nemuseli, ale jedinou možností, jak je získat, byl přímý nákup pediatrem od distributora.**

Cena vakcín s tímto novým rozhodnutím ze dne na den okamžitě poklesla v průměru o 25 %, ale i tak se pohybuje kolem 1000 Kč, resp. 1200 Kč/kus. Aby situace byla ještě komplikovanější, bylo vládou rozhodnuto a parlamentem pozhnáno, že bezplatné očkování se týká pouze kojenců, kde se očkovací schéma zahájí v 8. až 12. týdnu života. Toto schéma se skládá z celkem 4 vakcín, přičemž poslední je aplikována v rozmezí 12 až 24 měsíců života dítěte. Jedná se tedy o částku asi 4000 až 5000 Kč/dítě, kterou musí vynaložit pediatr ze svých prostředků.

V průměrném velkém obvodu se toto očkování týká asi 30 až 60 kojenců ročně, takže celkové náklady pro soukromé ZZ se pohybují někde kolem 150–250 tisíc Kč/rok. Z logiky věci vyplývá, že úhrada vakcín ze strany zdravotních pojišťoven reálně vždy kulhá v čase i v objemu za vynaloženými penězi lékaře. Nic na tom nemění fakt, že úvodní balíčky vakcín od distributora měly splatnost faktur 6 měsíců. Je jasné, že tato neplánovaná a do jisté míry populistická vládní direktiva vyděsila jistou část PLDD, kteří žádali a stále žádají alternativu získání vakcíny. Finanční riziko bylo pro ně příliš veliké a v mnohých případech reálně znamenalo otevření si drahých úvěrů či kontokorentů u bank.

V roce 2009 vzniklo petiční hnutí dětských praktiků, které zastupovalo asi 2000 PLDD (reálných 25 %) a žádalo ministryni Juráskovou o umožnění alternativní cesty získání vakcíny, tedy předpis na recept a plnou úhradu ze stran pojišťovny lékárně. Pro tento oprávněný požadavek shromáždil petiční výbor PLDD za podpory vedení ČLK relevantní argumenty, které jsou přílohou tohoto dopisu. Mimo jiné jasné stanovisko tehdejšího vedení České lékařnické

komory (prezidenta PharmDr. Havlíčka), ve kterém zcela jasně vyvrátil jakékoli spekulace na téma „distribuce vakcín přes lékárny není vhodná“. Přesto byla varianta přímého nákupu pediatrem od distributora protlačována tehdejšími vedeními ministerstva zdravotnictví. Premiér Fišer přijal delegaci petičního výboru PLDD osobně a nechal si problém vysvětlit. Uznal oprávněnost argumentů, avšak vyžádal si pro své rozhodnutí ještě stanovisko odborné. Toto mu po zhruba třech týdnech, dne 3. 3. 2010, vypracovala OSPDL (Odborná společnost praktických dětských lékařů) v čele s předsedkyní MUDr. Cabrnochovou. Stanovisko sice nikde nezmiňovalo nutnost přímého nákupu, ale argumentace o jediné možné a správné ochraně vakcíny (zejména chladový řetězec, manipulace s vakcínou apod.), kterou lze dodržet pouze přímým nákupem lékaře do ordinace, se zdála být rozhodující pro samotného premiéra, který tuto variantu jako jedinou možnou a správnou pozhnal. Tím zcela zmizela ze stolu k jednání původně navržená alternativní varianta výdeje vakcín lékárnami. Pediatrům nezbylo než se s tím se zaťatými zuby smířit.

Jak osudné rozhodnutí to bylo, se přesvědčujeme dnes, kdy s dvouletým odstupem bylo rozhodnuto nynější vládou o stejném principu získání a úhrady vakcín nepovinného očkování proti HPV infekcím pro dívky ve věku 13 až 14 let. Cena obou vakcín na trhu se pohybuje kolem 2000 Kč/ks a každá dívka musí být očkovaná třemi vakcínami, tedy zhruba 6000 Kč/dívku. Opět stejný model: nákup pediatrem a úhrada každé dávky od pojišťoven až po jejím skutečném naočkování a vykázaní pojišťovně. Ze své praxe vám mohu doložit, že jen v mém případě toto představuje kohortu asi 30 dívek, resp. 180 tisíc Kč mých neplánovaných provozních výdajů ročně. PLDD tedy nedobrovolně poskytují pojišťovněm překlenovací úvěry. V současné době se mnozí PLDD, zejména ze Zlínského kraje a Kraje Vysočina, brání tím, že odmítají tyto další náklady hradit a snaží se vysvětlovat rodičům dívek argumenty, proč se takto chovají. Dovedete si jistě představit, jak příjemné to je, navíc v situaci, kdy některé zdravotní pojišťovny používají hrubý nátlak a hrozí jim (svým smluvním partnerům) výpovědi smluv pro neplnění povinností. Podotýkám, že stejně jako v případě pneumokokových vakcín i zde se jedná o NEPOVINNÉ očkování.

Mezi dětskými praktiky existuje reálná obava, že toto je jen lakmusový papírek toho, co si nechají líbit, a příprava na nový způsob metodiky povinného očkování. V době, kdy mnohé pojišťovny argumentují nedostatkem financí na svých účtech a možným prodloužením lhůt splatnosti, v době, kdy naprosté většině soukromých zdravotnických zařízení vyprší platnost smluv do konce roku 2013, se nabízí i riziko vynucené finanční spoluúčasti PLDD na systému povinného očkování, které však již bojkotovat nebude možné. Druhou možností je pak odebrání veškerého očkování pediatrům zcela a jeho delegaci na tzv. očkovací centra.

Představenstvo ČLK se zavázalo vyjít významné části PLDD vstříc a obrátilo se formou dopisu prezidenta ČLK Milana Kubka na pana ministra Leoše Hegera s žádostí umožnit alternativní cestu získání vakcín formou úhrady lékárnám. Tlak části vedení SPLDD i regionálních sněmů dětských praktiků donutil OSPDL k „oprášení“ jejich starého stanoviska, ve kterém opět MUDr. Cabrnochová zdůrazňuje nutnost správného zacházení s vakcínou a jako nejvhodnější variantu opakuje argument o přímém nákupu lékařem od distributora, tedy s vyloučením lékáren. Samotné vedení SPLDD není jednotné a kromě několika jedinců nevyvíjí větší tlak na ministra ani na OSPDL. Proto si prezident Kubek opět vyžádal aktuální stanovisko k problematice vakcín od současného prezidenta České lékařnické komory PharmDr. Chudoby, které je v podstatě totožné s jeho předchůdcem.

Jako člen představenstva ČLK jsem se obrátil na Vědeckou radu ČLK s žádostí, aby záležitost z odborného hlediska posoudila a po zhodnocení všech relevantních argumentů podpořila snahu představenstva ČLK, prezidenta komory i části PLDD umožnit alternativní distribuci zmínovaných vakcín (pneumokokových i HPV) i přes lékárny pro ty lékaře, kteří si jejich úhradu nemohou nebo nechtějí dovolit. Pan ministr ve své odpovědi prezidentu Kubkovi ze dne 7. 5. 2012 sděluje, že argumentace této skupiny lékařů je spíše ekonomická, nikoli odborná, a proto nevidí důvod zavedení systému nijak aktuálně kultivovat. Domnívám se, že tomu tak není. Kromě skutečně výše zmíněných obav ekonomických dokládám argumentaci obou prezidentů ČLK, kterou považují za ryze kvalifikovaný odborný podklad.

Podle mého názoru, který sdílí i představenstvo komory, veškeré relevantní podklady připouštějí alternativní cestu výdeje vakcín lékárnami jako plnohodnotnou adekvátní lege artis variantu.

**Tomáš Šindler**, PLDD a člen představenstva ČLK



Ilustrační foto: shutterstock.com

## Může být odmítnutí očkovat důvodem k vypovězení smlouvy ze strany zdravotní pojišťovny?

**V** minulém čísle časopisu *Tempus medicorum* jsme přinesli informaci o aktivitě Ministerstva zdravotnictví ČR, které informuje občany v tom smyslu, že pokud zdravotnické zařízení odmítá nakupovat očkovací látky a provádět nepovinné očkování hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění, může být takové jednání pro zdravotní pojišťovny důvodem k vypovězení smlouvy.

Právní kancelář ČLK uvádí následující stanovisko k dotazu, zda se smluvní poskytovatel, který odmítne provádění nepovinného hrazeného očkování proti lidskému papilomaviru (HPV), vystavuje nebezpečí výpovědi smluv ze strany zdravotních pojišťoven.

Poskytovatel zdravotních služeb, který je ve smluvním vztahu se zdravotními pojišťovnami, se ve smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb (dříve smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče) zavazuje, že bude poskytovat hrazenou zdravotní péči v rozsahu dohodnutém a vymezeném ve smlouvě. Ve smlouvách se zdravotními pojišťovnami je dále sjednáno, že zdravotní pojišťovna je oprávněna ukončit smlouvu písemnou výpovědí s výpovědní lhůtou

pěti měsíců, pokud zdravotnické zařízení bez předchozí dohody s pojišťovnou bezdůvodně neposkytuje zdravotní péči ve sjednaném rozsahu a kvalitě.

Rozsah zdravotní péče (nově zdravotních služeb), který má smluvní partner s danou zdravotní pojišťovnou tzv. nasmlouván, je sjednáván formou přílohy ke smlouvě, ve které je uveden konkrétní výčet hrazených výkonů, které je smluvní partner oprávněn zdravotní pojišťovně účtovat. Příloha je součástí smlouvy, to znamená, že její změna je možná pouze se souhlasem obou smluvních partnerů – zdravotní pojišťovny i poskytovatele. Jednostranná změna obsahu přílohy není bez souhlasu druhého smluvního partnera možná.

**Pokud zdravotní pojišťovna požaduje, aby její smluvní partner začal poskytovat hrazené nepovinné očkování proti papilomaviru, je třeba, aby tuto službu se smluvním poskytovatelem sjednala ve smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb.** V praxi se tak děje doplněním přílohy, ve které je uveden výčet pojišťovnou hrazených výkonů, a to formou dodatku ke smlouvě, který podepíší obě smluvní strany, tj. zástupce zdravotní pojišťovny i zástupce smluvního poskytovatele. V daném případě bude dle seznamu zdravotních výkonů do smlouvy nejpravděpodobněji doplněn výkon 02151 – *Očkování včetně očkovací látky, která je hrazena z veřejného zdravotního pojištění – očkovací látka proti lidskému papilomaviru – nepovinné očkování.* Ze souhlasu poskytovatele s nasmlouváním výkonu je třeba dovozovat i souhlas se způsobem úhrady tohoto výkonu ze strany zdravotní pojišťovny, pokud je poskytovateli v době podpisu dodatku prokazatelně znám.

**Smluvní poskytovatel, který se zdravotní pojišťovnou sjednal poskytování nepovinného očkování proti lidskému papilomaviru, je povinen tuto péči pojištěncům poskytovat.** Odmítnutí provedení očkování, byť s odkazem na nesouhlas se způsobem úhrady, který však byl znám již v době nasmlouvání výkonu, by bylo skutečně možné posoudit jako bezdůvodné neposkytování zdravotní péče ve sjednaném rozsahu, které je výpovědním důvodem.

**Naopak smluvní poskytovatel, který nemá předmětný výkon ve smlouvě sjednán, není povinen, a ve svém důsledku ani oprávněn, tuto péči pojištěncům jako hrazenou poskytovat a následně ji zdravotní pojišťovně účtovat, jelikož přesahuje rozsah s pojišťovnou dohodnuté péče. V takovém případě logicky ani nemůže dojít k naplnění výpovědního důvodu, jak je shora popsán.**

Za právní kancelář ČLK

Dagmar Záleská

### SOUHLASNÉ STANOVISKO VĚDECKÉ RADY

Vědecká rada ČLK se problematikou distribuce očkovacích látek pro nepovinné očkování hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění zabývala na svém zasedání dne 17. 5. 2012 a přijala následující závěr:

**„Vědecká rada považuje možnost distribuce očkovacích**

**látek u nepovinného očkování hrazeného z veřejného zdravotního pojištění cestou lékárny a výdeje na lékařský předpis poučenému pacientovi, případně rodiči, za odborně správnou stejně jako přímou distribuci. Tento způsob distribuce je běžně užíván u nepovinného očkování**

**nehrazeného z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Obě tyto skupiny očkovacích látek se vzájemně nijak neliší v požadavcích na pravidla jejich uchování. Vědecká rada ČLK se v této věci ztotožňuje s názorem České lékařské komory vydaným dne 11. 4. 2012.“**



Foto: Macclanti

## Kubek bude další tři roky viceprezidentem evropských lékařů

**P**rezident České lékařské komory MUDr. Milan Kubek byl na plenárním zasedání Stálého výboru evropských lékařů (CPME) zvolen jeho viceprezidentem. Jednání, které se konalo počátkem května v Bruselu, se za ČLK spolu s ním zúčastnili MUDr. Stehlíková a vedoucí zahraničního oddělení ČLK Ivana Vašková.

Během jednání byla schválena následující stanoviska CPME:

- **Stanovisko k patentové ochraně ve zdravotnictví**
  - informace o lidském genomu nemohou být předmětem patentové ochrany
  - patentová ochrana nesmí být zneužívána k vytváření překážek v dostupnosti moderní léčby všem pacientům, kteří ji potřebují
- **Stanovisko k ochraně dětí před účinky alkoholu a alkoholismu**
  - maximální povolené množství alkoholu u řidičů nesmí v žádné zemi EU překročit 0,5 promile

- omezení reklamy na alkohol
- posílit kontrolu dodržování zákazu prodeje alkoholu osobám mladším 18 let
- speciální daně na všechny alkoholické nápoje v rámci všech zemí EU s přihlédnutím k národním specifikům
- podpora od komerčních vlivů oproštěných programů informujících děti a mladistvé



Ilustrační foto: shutterstock.com

### NOVĚ ZVOLENÝ VÝKONNÝ VÝBOR CPME PRO FUNKČNÍ OBDOBÍ 2013 AŽ 2015:

#### Prezident CPME:

Dr. Katrín Fjeldsted (Island)

#### Viceprezidenti CPME:

Dr. Heikki Pälve (Finsko)

Dr. Milan Kubek (ČR)

Dr. Jacques de Haller (Švýcarsko)

Dr. István Éger (Maďarsko)

#### Pokladník CPME:

Dr. Frank Ulrich Montgomery (Německo)

#### Revizor CPME:

Dr. Gordana Kalan Živčec (Slovinsko)

o škodlivosti alkoholu a o následcích alkoholismu

- **Stanovisko k zajištění bezpečnosti zdravotnických prostředků a materiálů**

Nejdůležitějším bodem programu však byly volby členů výkonného výboru CPME pro roky 2013 až 2015.

Prezident České lékařské komory Milan Kubek byl jedním ze tří kandidátů navržených na funkci prezidenta CPME po bývalém prezidentovi Polské lékařské komory, jehož funkční období v čele organizace hájící zájmy dvou milionů lékařů vůči orgánům Evropské unie končí 31. prosince letošního roku. V tajné volbě obdržel druhý nejvyšší počet hlasů a postoupil do druhého kola volby, v němž se vlastní kandidatury vzdal a v zájmu udržení jednoty CPME vyzval k podpoře představitelky Islandské lékařské komory, která v prvním kole získala největší podporu. Kubek byl poté s druhým nejvyšším počtem hlasů znovu zvolen jedním z viceprezidentů CPME. **(red)**



COMITÉ PERMANENT DES MÉDECINS EUROPÉENS  
STANDING COMMITTEE OF EUROPEAN DOCTORS

# Katrín Fjeldsted – nová prezidentka evropských lékařů

**K**atrín Fjeldsted promovala jako lékařka na Lékařské fakultě Islandské univerzity v roce 1973. Následně absolvovala specializační výcvik v oboru praktický/rodinný lékař v Londýně (Northwick Park Hospital, Edgware General Hospital a Chalkhill Health Centre), kde v letech 1972 až 1979 žila.

Po návratu do vlasti působila jako zástupce vedoucího administrativy pro medicínu v Reykjavíku v letech 1979 až 1980 a zároveň vykonávala praxi praktického lékaře, když



Foto: archiv CLK

pečovala o zhruba 1500 pacientů. Podílela se na školení rodinných lékařů i vzdělávání jejich lektorů a také vedla Balintovské skupiny zaměřené na vztahy mezi lékaři a pacienty.

V letech 1995 až 1999 působila MUDr. Katrín Fjeldsted jako prezidentka Icelandic College of Family Physicians. V letech 1996 až 1999 byla členkou představenstva Islandské lékařské asociace.

V CPME se K. Fjeldsted angažuje již déle než

deset let, a to nejenom jako členka islandské delegace. V CPME pracovala postupně jako interní auditor (2005 až 2006), viceprezident (2006 až 2009) a pokladník (2010 až 2012). Aktivně pracovala rovněž v podvýborech a pracovních skupinách CPME s důrazem na témata jako profesní autonomie lékařů, problematika přenášení kompetencí na nelékařské pracovníky nebo ochrana duševního zdraví. V této práci jí pomáhá perfektní jazyková vybavenost, kdy vedle mateřské islandštiny hovoří plynně anglicky a dánsky, přičemž je schopna dobře komunikovat též německy, norský, švédsky a francouzsky.

Katrín Fjeldsted se vždy angažovala i v politice a veřejném životě. Celkem dvanáct let působila jako radní pro Reykjavík (1982 až 1994), v letech 1985 až 1994 byla členkou zastupitelstva. Byla rovněž zvolena poslankyní islandského parlamentu (Alþingi), a to na čtyřleté volební období 1999 až 2003 za volební obvod Reykjavík, regionální zastupitelkou byla v letech 1995 až 1999 a 2003 až 2007. Jako lékařka se v politice přirozeně za-

bývala zejména problematikou zdravotnictví a také životního prostředí.

V roce 2011 patřila mezi 25 v národním hlasování zvolených členů ústavodárného shromáždění, kteří po dobu čtyř měsíců pracovali na revizi Ústavy Islandu (viz [www.stjornlagarad.is](http://www.stjornlagarad.is)).

Katrín Fjeldsted píše řadu let knižní recenze pro noviny Morgunblaðið a je autorkou mnohých kapitol knih, např. *Ženy v bílém* (Birgitta Evengård, ISBN: 91-631-5716-0). Pro Islanské národní divadlo přeložila společně se svým manželem hru Petera Shaffera *Amadeus*. Jako mladá hrála léta na housle. Dnes mezi její koníčky patří čtení, návštěvy koncertů a divadel a poslední 2 roky i bridž.

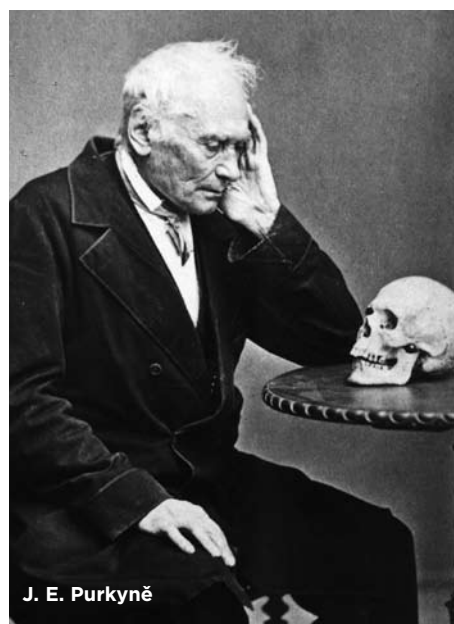
Katrín Fjeldsted se narodila v Reykjavíku jako prostřední dítě Laruse Fjeldsteda, výkonného ředitele (1918 až 1985), a Jórunn Vidar, skladatelky a klavíristky (1918). Provdala se za klinického profesora a spisovatele Dr. Valgarðura Egilssona (Valli), spolu mají čtyři děti a pět vnoučat. Během studií v Londýně v roce 1979 ztratili pětiletého syna.

Ilustrační foto: shutterstock.com

## Spolek lékařů českých slaví 150 let

**V**elmi významným mezníkem pro téměř celou českou společnost 19. století byl 22. srpen 1859. Toho dne byl totiž po deseti letech – pro mnohé Čechy nekonečných – propouštěcím dekretem císaře Františka Josefa I. fakticky zbaven funkce ministra vnitra Rakouského císařství tehdy šestačtyřicetiletý Alexander Freiherr (= svobodný pán) von Bach (1813–1893).

Příznivých společenských okolností se rozhodli využít mimo jiných také čeští lékaři v čele s dosud největší osobností naší medicíny Janem Evangelistou Purkyněm (1787–1869). Známy propagátor češtiny, profesor pražské lékařské fakulty, ředitel Královské české společnosti nauk i první české průmyslové školy přitom ani po pádu nenáviděného absolutismu nepřestával být středem zájmu rakouské tajné policie, která jej ve svých seznamech podezřelých osob charakterizovala jako nepolepšitelného starého muže. Přiznejme, že k tomu měla důvod, neboť jednasedmdesátiletý vědec se na zasloužený odpočinek rozhodně nechystal: do té doby angažovaný člen Přírodovědeckého sboru Musea Království českého a Jednoty pro povzbuzení průmyslu v Čechách, kurátor



J. E. Purkyně

Matice české, vydavatel časopisu Živa a místostarosta Umělecké besedy byl v témže roce zvolen navíc také poslancem Českého sněmu. V této souvislosti pak jistě nikoho nepřekvapí, že zmíněný spoluzakladatel Hlaholu i Sokola byl rovněž iniciátorem nápadu založit Spolek českých lékařů.

Žádost o jeho povolení (adresovaná Vele-slavnému c. k. náměstnickému prezidiu a podepsaná čtrnácti lékaři ve věkovém rozmezí od 28 do 80 let v čele s J. E. Purkyněm) nesla datum 4. 1. 1861, avšak Vídeň s vyřízením žádosti pochopitelně nijak nespíchala.

V Čechách přitom od nepaměti vše, co bylo dílem kolektivu (od upřímného vlastenectví přes vědu a kulturu až po politiku), vznikalo po hospodách, a nejinak tomu bylo s emancipací českého zdravotnictví. Právě v restauraci U Lajblů v Myslíkově ulici v Praze (kam svého času chodíval rád i prof. Purkyně), přišli totiž někdejší internista všeobecné nemocnice a později praktický lékař Josef Václav Podlipský (1816–1867) a o 15 let mladší (avšak už tehdy habilitovaný) Purkyněho žák docent vnitřního lékařství Bohumil Eiselt (1831–1908) s myšlenkou vydávat první český lékařský časopis – Časopis lékařů českých.

Osudy bez nadsázky bratrských institucí, tj. Spolku i Časopisu, byly od jejich počátků zcela neoddelitelně spjaty a podle původního předpokladu (jak bylo uvedeno výše) měl být starším „sourozencem“ již zmíněný Spolek, ale jeho povolení ze strany Vídně se koncem roku 1861 zdálo být v nedohlednu.

Josef Václav Podlipský



Bohumil Eiselt

Na dnešní dobu překvapivě v sobotu 14. prosince 1861 požádali proto Podlipský a Eiselt pražské místodržitelství o povolení vydávat výhradně vědecký čtrnáctideník pro lékaře, ranhojiče a lékárníky. Oba signatáři se chytře vyhnuli jakékoli zmínce o tom, že časopis by měl být listem dosud nepovolené organizace, a rovněž kontroverzní jméno Purkyně se na rozdíl od Spolku již v této žádosti z taktických důvodů nikde nevyskytovalo, ačkoli přednosta Fyziologického ústavu pražské lékařské fakulty její text zcela jistě dobře znal.

Za pouhých 11 dní (25. prosince 1861) – o čemž by si dnes mohli nechat jen zdát – měli oba budoucí redaktoři v ruce česky psané



Josef Löschner





Eduard Grégr

souhlasné stanovisko. Existuje domněnka, že nečekaně rychlý úřední postup byl výsledkem jisté protekce: jako nejpravděpodobnější se jeví přímluva c. k. místopředsedatele rady prof. **Josefa Löschnera**, o které byli žadatelé zřejmě předem důvěrně informováni, neboť historicky první dvanáctistránkové číslo *Časopisu lékařů českých* vyšlo již **15. ledna 1862**.

O šest měsíců později (**26. 7. 1862**) byl konečně oficiálně povolen i *Spolek českých lékařů*, jehož první schůze se konala v srpnu téhož roku. Předsedou byl podle očekávání zvolen **J. E. Purkyně**, místopředsedou osmapadesátiletý praktický lékař **MUDr. Václav Staněk (1804–1871)**. Dalšími zakladateli však byli i lékaři o více než jednu generaci mladší, např. již zmíněný internista **Bohumil Eiselt**, kterému tehdy bylo třicet let, devětadvacetiletý lékař a přírodovědec (pozdější ředitel *Národního muzea*) **Antonín Frič (1832–1913)**, o rok mladší sekundární lékař **František Fuka** a čtyřiatřicetiletý Purkyněho asistent docent lékařské fyziky a pozdější politik **Eduard Grégr (1827–1907)**.

Hlavní cíle si představitelé *Spolku* stanovili hned dva: zaprvé *vzájemné vzbuzování a ožívování vědecké činnosti a pěstování vědy lékařské vůbec* a zadruhé *zdokonalování a upotřebování jazyka českého v umění lékařském*.

Hned následující číslo *Časopisu* přineslo kromě této informace i vlastenecky zabarvený apel na české lékaře, aby se do *Spolku* aktivně přihlašovali. Již na první srpnové schůzi *Spolku* bylo především zásluhou jeho předsedy rozhodnuto, že od příštího roku bude *Časopis* vycházet nákladem *Spolku*. Ve výročním prosincovém čísle byla čtenářům oznámena pou-

ze *formální změna* (z hlediska společenských poměrů však velmi významná), že počínaje Novým rokem se periodikum stává oficiálním orgánem *Spolku českých lékařů* a v **říjnu 1863** vyšla v *Časopise* zpráva, že od následujícího roku bude vycházet každý týden. O necelých pět let později pak došlo k velmi podstatné změně struktury, když se hlavní náplní staly původní autorské práce.

Koncem šedesátých let 19. století se mezi českými lékaři začal stále častěji a hlasitěji ozývat požadavek na zřízení dalšího medicínského subjektu – samosprávné profesní organizace lékařů. Bezpochyby šlo o reakci na vznik obdobných stavovských institucí



Vítězslav Janovský

(= lékařských komor) v Německu, Švýcarsku a dalších evropských státech.

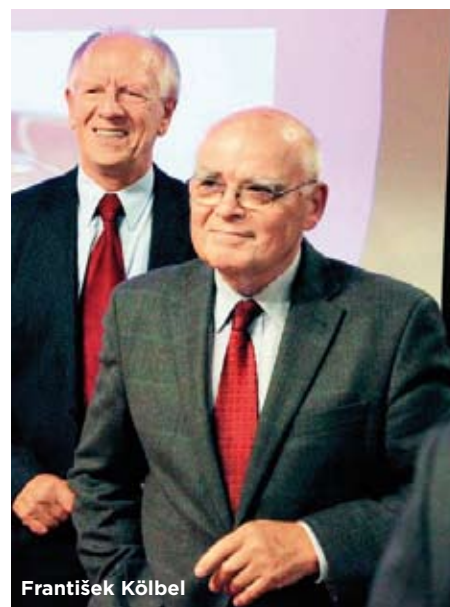
Podle informace zveřejněné v *Časopise lékařů českých* došlo k první oficiální formulaci požadavku založit lékařskou komoru v Čechách právě na půdě *Spolku českých lékařů* v Praze **15. května 1876** a jeho iniciátorem byl dermatolog, epidemiolog a lékařský historik **Vítězslav Janovský (1847–1925)**, který se nedlouho předtím (1872) jako první český lékař na pražské univerzitě habilitoval z dějin medicíny a o rok později zde začal česky i německy tento obor přednášet.

Roku **1880** začal *Časopis lékařů českých* vycházet v téměř dvojnásobném rozsahu než do té doby, což se dá považovat za určitý signál postupně se zlepšujícího postavení české medicíny. Tento trend byl pak fakticky potvrzen na podzim roku **1883** zahájením výuky na české lékařské fakultě, přičemž jedním z prvních profesorů této fakulty byl právě **doktor Janovský**.

Výrazným symbolem vzrůstajícího stavovského sebevědomí československých lékařů se stal *Lékařský dům*, postavený architektem **Františkem Vahalou (1881–1942)** v Sokolské ulici v Praze (čp. 490) v letech **1928 až 1930** a slavnostně otevřený rok později, v němž byly umístěny nejdůležitější stavovské i odborné medicínské instituce a který je dosud sídlem nejen *Ústřední lékařské knihovny*, ale především *Spolku českých lékařů*, který v jeho podzemní části dodnes pořádá pravidelné pondělní přednáškové večery (vždy 20 večerů v každém semestru), jejichž abstrakta i přednesené texty pak vycházejí v *Časopise lékařů českých*.

Po roce 1989 se *Spolek* soustředil na následující čtyři úkoly: naplňovat historické stanoviny podle potřeby současnosti, pořádat tematické večery s multidisciplinárním přístupem (viz výše), podílet se na popromoční výchově lékařů a vytvářet příležitosti k přednáškám pro mladé začínající lékaře ve srovnání a v konkurenci se zkušenými odborníky. Při plnění těchto cílů přitom *Spolek* – na rozdíl od všech ostatních školicích a doškolovacích institucí v České republice – důsledně úzce spolupracuje s *Univerzitou Karlovou*.

Podle **prof. MUDr. Františka Kölbela, DrSc.**, emeritního přednosty Interní kliniky FN v Motole, který byl po dvě funkční období (do roku 2007) předsedou *Spolku českých lékařů* (a je autorem textu o jeho historii, uvedeného na webových stránkách této instituce), měli na činnost *Spolku* významný vliv především tři jeho předsedové – **prof. MUDr. Dagmar Benešová, DrSc. (1906–1999)**, první přednostka patologicko-anatomického odd. FN v Motole, **prof. MUDr. Stanislav Popelka, DrSc. (1971–1983)**, v pořadí druhý



František Köbel

Dagmar Benešová



Pavel Pafko

přednosta Ortopedické kliniky *FN v Motole*, a významný český kardiolog **prof. MUDr. Zdeněk Fejfar, DrSc. (1916–2003)**.

Mezi dalšími důležitými členy *Spolku* (kteří mimochodem byli jeho členy přes 50 let!) **František Kölbel** dále jmenuje rytíře českého lékařského stavu **prof. MUDr. Jiřího Syllabu, DrSc. (1902–1997)**, od roku 1945 přednostu Interní kliniky *Vinohradské nemocnice*, přední českou pneumoložku **prof. MUDr. Jitku Petříkovou, DrSc. (1911–2000)**, **prof. MUDr. Milana Doskočila, DrSc. (1928–2002)**, přednostu *Anatomického ústavu 1. lékařské fakulty UK* v Praze, **prof. MUDr. Zdeňka Vahalu, DrSc. (1904–1999)**, primáře chirurgického oddělení *Nemocnice pod Petřínem*, **prof. MUDr. et MUDr. Jana Šulu, DrSc. (1904–1994)**, v letech 1959 až 1970 přednostu *Ústavu biochemie a experimentální onkologie* v Praze,

významného českého gastroenterologa **prof. MUDr. Karla Herforta, DrSc. (1906–2000)** a **prof. MUDr. Jaroslava Hořejšího, DrSc. (1905–1997)**, zakladatele *Ústřední biochemické laboratoře* v Praze (1945).

V současné době má *Spolek českých lékařů* v Praze téměř 600 členů. Jeho předsedou je **prof. MUDr. Jan Kvasnička, DrSc.**, primář *Centrálních hematologických laboratoří a trombotického centra Všeobecné fakultní nemocnice* v Praze, místopředsedou **prof. MUDr. Pavel Pafko, DrSc.**, emeritní přednosta III. chirurgické kliniky *1. LF UK* a *FN v Motole*, vědeckým sekretářem **prof. MUDr. Miloš Grim, DrSc.**, přednosta *Anatomického ústavu 1. LF UK* v Praze, a pokladníkem **prof. MUDr. Jan Hořejší, DrSc.**, přednosta Kliniky gynekologie dětí a dospívajících *2. LF UK* a *FN v Motole*.

**Pavel Kubíček**

Foto: archiv ČTK, ČLK, ZdN



Jan Kvasnička



Karel Herfort



Miloš Grim

# Proti pokutám se zdravotnické zařízení může bránit

**N**ové zdravotnické zákony, zejména zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, obsahují obrovský výčet možných deliktů, kterých se může dopustit poskytovatel zdravotních služeb, a poměrně citelných pokut, které mu mohou být za tyto delikty uloženy správním orgánem.

Zákon nepostihuje pouze poskytovatele zdravotních služeb, ale i fyzické osoby (zdravotníky a v některých případech též nezdravotníky), právnické nebo podnikající fyzické osoby, byť nejsou poskytovateli zdravotních služeb, univerzitní vysoké školy, osoby oprávněné provádět hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb a samotné poskytovatele zdravotních služeb, ať již podnikající fyzické osoby, nebo právnické osoby.

Udělení pokuty musí předcházet správní řízení, které vede příslušný správní orgán, v našem případě zpravidla krajský úřad příslušný k udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb, nebo krajský úřad, v jehož správním obvodu byl spáchán správní delikt. Výjimkou jsou pokuty ukládané univerzitním vysokým školám a osobám provádějícím hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, kde příslušným správním orgánem je ministerstvo zdravotnictví, a v případě zdravotnických zařízení zřízených ministerstvem vnitra, Úřadem pro zahraniční styky a informace nebo Bezpečnostní informační službou je příslušným správním orgánem ministerstvo vnitra, v případě zdravotních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních zřízených ministerstvem obrany nebo ministerstvem spravedlnosti je příslušným správním orgánem toto ministerstvo. Naprostá většina soukromých lékařů bude tedy spadat pod kompetenci příslušného krajského úřadu, ať již svou praxi vykonávají jako právnické osoby, nebo podnikající fyzické osoby.

Ve správním řízení, které předchází možnému uložení pokuty, má poskytovatel zdravotní služby nebo zdravotnický pracovník jako účastník řízení právo být seznámen s obsahem správního spisu a se všemi skutečnostmi, které jsou předmětem řízení a byly ve

spisu shromážděny, a má právo se v přiměřené lhůtě k těmto důkazům a k tomu, co je mu kladeno za vinu, vyjádřit. Za správní delikt neodpovídá, i pokud je prokázáno, že k němu došlo, pokud prokáže, že vynaložil veškeré úsilí, které bylo možno od něho požadovat, aby porušení právní povinnosti zabránil. Odpovědnost poskytovatele za správní delikt zaniká, jestliže správní orgán o něm nezahájil řízení do jednoho roku ode dne, kdy se o něm dozvěděl, nejpozději však do tří let ode dne, kdy byl spáchán.

Při určení výše pokuty se přihledne k závažnosti správního deliktu, zejména ke způsobu jeho spáchání, jeho následkům a okolnostem, za nichž byl spáchán. Zpravidla nikdy není důvod ukládat pokutu na samé horní hranici zákonné sazby, zejména pokud proti poskytovateli nebylo vedeno předtím správní řízení, které by skončilo udělením pokuty, a nejde



tedy o opakovaný správní delikt. V případě prvního správního deliktu, který není zásadně závažný, lze tedy očekávat spíše uložení pokuty v dolní polovině zákonné sazby.

**Lze doporučit, aby si poskytovatel zdravotní služby nebo zdravotnický pracovník, proti kterému je vedeno správní řízení, vyžádal, aby si mohl prostudovat celý správní spis poté, co bude kompletní, aby mohl zvážit, co je mu kladeno za vinu a jaké důkazy o jeho vině svědčí, a navrhnout eventuálně další nové důkazy svědčící v jeho prospěch, případně podat k věci vyjádření.** Nové důkazy je rozhodně vhodné navrhnout písemně, prokazatelným způsobem a doporučuje se mít k dispozici doklad o doručení správnímu orgánu (datovou schránkou nebo doporučenou poštou) a kopii

příslušného návrhu důkazů nebo vyjádření. Poté, kdy je účastník řízení ujištěn, že dokazování je skončeno a správní spis je kompletní, má právo si spis prostudovat a buď navrhnout další důkazy, nebo nemá-li takový návrh, vypracovat k věci své vyjádření, v němž sdělí správnímu orgánu svou obranu proti vedenému správnímu řízení a svůj názor na věcnou i právní stránku případu. Přitom může využít možnosti právní podpory v právní kanceláři České lékařské komory.

Pokud je poskytovateli zdravotní služby nebo zdravotnickému pracovníkovi uložena pokuta, musí mu být rozhodnutí doručeno písemně (jde-li však o právnickou osobu, může mu být doručeno i do datové schránky) a má právo se proti němu **do 15 dnů odvolat k nadřízenému správnímu orgánu, což bude u většiny poskytovatelů zdravotních služeb Ministerstvo zdravotnictví ČR. Odvolání má odkladný účinek, a uloženu pokutu tedy nebude poskytovatel platit, dokud o odvolání nebude rozhodnuto.** Totéž platí v případech, pokud by bylo rozhodnutím správního orgánu poskytovateli odejmuto, pozastaveno nebo změněno oprávnění k poskytování zdravotních služeb a poskytovatel by s tímto rozhodnutím nesouhlasil.

Rozhodnutí o uložení pokuty nebo o odnětí či pozastavení oprávnění k poskytování zdravotních služeb musí být poskytovateli doručeno písemně nebo do datové schránky a do 15 dnů od doručení má právo podat odvolání k ministerstvu zdravotnictví. **V odvolání je vhodné uvést jak skutkový stav, tak právní stav, tedy jak věcné argumenty, pro které nelze souhlasit s uložení pokuty nebo s odnětím či pozastavením oprávnění, tak argumenty právní. Při formulaci právních argumentů si lze rovněž vyžádat podporu právní kanceláře ČLK.**

Nadřízený správní orgán, zpravidla Ministerstvo zdravotnictví ČR, pak o odvolání rozhodne buď tak, že rozhodnutí potvrdí, nebo jej zruší bez dalšího, případně zruší a vrátí zpět k dalšímu řízení správnímu orgánu prvního stupně. Možné jsou i některé další, méně časté případy rozhodnutí odvolacího orgánu. Rozhodnutím odvolacího orgánu nabývá správní rozhodnutí právní moci a je vykonatelné. Uloženou pokutu v tomto případě bude třeba zaplatit. **Pokud by však poskytovatel zdravotní služby s rozhodnutím nadále nesouhlasil, může využít soudního přezkoumání tohoto správního řízení a podat žalobu u Městského soudu v Praze proti rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví ČR. V za-**

**lobě může rovněž navrhnout, aby soud odložil vykonatelnost rozhodnutí do doby, než sám o žalobě rozhodne.** Lze očekávat, že by soud mohl vyhovět takové žádosti v případě, kdy bylo rozhodnuto o odejmutí nebo pozastavení oprávnění k poskytování zdravotních služeb, méně pravděpodobné je, že by rozhodl o odložení vykonatelnosti rozhodnutí zaplatit uloženou pokutu. **Pokud by však soud posléze zrušil rozhodnutí správního orgánu o uložení pokuty, správní orgán by musel účastníkovi správního řízení – poskytovateli zdravotních služeb – zaplacenou pokutu vrátit a poskytovatel by byl rovněž oprávněn žádat o náhradu způsobené škody (veškeré výdaje spojené se správním řízením, včetně právního zastoupení apod.).**

Pokud by rozhodnutí soudu bylo pro poskytovatele zdravotní služby nepříznivé, lze proti tomuto rozhodnutí podat **kasační stížnost, o které by rozhodoval Nejvyšší správní soud.** Nejvyšší správní soud by mohl buď kasační stížnost zamítnout, nebo rozhodnutí Městského soudu v Praze zrušit a vrátit mu věc k dalšímu řízení se svým závazným právním názorem. Ve věci by pak rozhodoval znovu Městský soud v Praze, který by byl vázán právním názorem Nejvyššího správního soudu. Rozhodnutí Nejvyššího správního soudu o kasační stížnosti je sice „konečné“, nemusí tomu ale tak být v případě, kdy by šlo o zásah do práv zaručených ústavními právními předpisy nebo mezinárodními smlouvami, kterými je Česká republika vázána. V takovém případě, **pokud by rozhodnutí správních orgánů a soudů nebylo v souladu s ústav-**

**ními principy právního státu, se může poskytovatel zdravotní služby obrátit na Ústavní soud s ústavní stížností. Pokud by Ústavní soud ústavní stížnosti vyhověl, může zrušit všechna předcházející rozhodnutí a jeho právním názorem jsou všechny orgány dále vázány.**

**Poskytovatel zdravotních služeb nebo zdravotnický pracovník tak není vydán v libovůli úředníků správního orgánu a je oprávněn se bránit** proti uložení pokuty, odnětí oprávnění nebo jeho pozastavení, případně proti jiným rozhodnutím správního orgánu, která by považoval za nespravedlivá. Je-li poskytovatelem člen České lékařské komory, může samozřejmě očekávat právní podporu právní kanceláře ČLK.

JUDr. Jan Mach

ředitel právní kanceláře ČLK

## Jaký smysl má vnitřní řád zdravotnického zařízení?

**P**oskytovatelé lůžkových zdravotních služeb a jednodenní péče mají povinnost vydat vnitřní řád zdravotnického zařízení a pacienti lůžkových zařízení a jednodenní péče mají právo s tímto vnitřním řádem být seznámeni. **Poskytovatel ambulantních zdravotních služeb může vnitřní řád zdravotnického zařízení vydat, bude-li to považovat za vhodné a účelné. V takovém případě s ním musí rovněž pacienty seznámit.**

Jaký to má smysl? V současné situaci má vydání vnitřního řádu zdravotnického zařízení značný smysl, protože může konkretizovat, případně i přiměřeně upravit některá práva, která podle zákona o zdravotních službách pacienti mají, a stanovit podmínky, za kterých budou tato práva realizována. Nad rámec toho může samozřejmě stanovit další vnitřní pravidla poskytování zdravotních služeb ve svém zdravotnickém zařízení.

Zákon dává například právo na nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce, popř. osoby určené zákonným zástupcem, pěstouna nebo jiné osoby, do jejichž péče byl nezletilý pacient na základě rozhodnutí soudu nebo

jiného orgánu svěřen, při poskytování zdravotních služeb, a to v souladu s jinými právními předpisy a vnitřním řádem zdravotnického zařízení, a nenaruší-li přítomnost těchto osob poskytnutí zdravotních služeb. V případě nezletilého pacienta, byť třeba sedmnáctiletého, by tedy mohlo být požadováno, aby byl u něho neustále přítomen rodič nebo rodičem určená osoba, případně pěstoun a dospělý pacient by se mohl domáhat neustálé přítomnosti osoby blízké při poskytování veškerých zdravotních služeb, včetně chirurgických výkonů, invazivních vyšetření, noční doby apod. Zákon však dává možnost vnitřním řádem zdravotnického zařízení stanovit jistá pravidla pro realizaci těchto práv. Podobně pokud má pacient se smyslovým postižením, který využívá psa se speciálním výcvikem, právo na doprovod a přítomnost psa u sebe ve zdravotnickém zařízení, je možno vnitřním řádem stanovit podmínky, za kterých lze toto právo pacienta realizovat. Nebudou-li splněny, nelze toto právo s ohledem na provoz zdravotnického zařízení a ochranu práv ostatních pacientů realizovat. **Podle zákona lze rovněž předčasně ukončit poskytování zdravotních služeb pacientovi, pokud hrubým způsobem porušuje vnitřní řád zdravotnického**

**zařízení. Je proto vhodné uvést přiměřeně všechny povinnosti, které pacient má, do tohoto dokumentu, například povinnost chovat se slušně ke zdravotnickým pracovníkům a respektovat jejich pokyny, nepožívat alkoholické nápoje, nekouřit mimo vyhrazené prostory, chovat se ohleduplně ke spolupacientům apod.** Pokud tyto povinnosti zahrneme do vnitřního řádu zdravotnického zařízení a pacient je bude porušovat, lze v souladu se zákonem, jestliže nejde o neodkladnou péči, poskytování zdravotních služeb předčasně ukončit. Pokud bychom však tyto povinnosti pacienta do vnitřního řádu zdravotnického zařízení zahrnuty neměli, nebylo by možno konstatovat, že porušuje vnitřní řád zdravotnického zařízení a náš postup by tím byl komplikovanější. Proto je také vhodné, aby příslušný vnitřní dokument poskytovatele zdravotních služeb byl označován v souladu se zákonem jako „vnitřní řád“, nikoli jiným označením, a máme-li vydány vnitřní předpisy s jiným označením (provozní řád, domácí řád apod.), „přejmenovat“ tento dokument na vnitřní řád.

**Vnitřní řád zdravotnického zařízení není dokumentem „jednou provždy daným“ a lze jej měnit a doplňovat podle toho, jaké potřeby praxe ukáže** a jaké požadavky vnesou například primární jednotlivých oddělení, vrchní sestry nebo další zdravotničtí pracovníci, případně i pacienti. Pro poskytovatele zdravotních služeb přestává být formálním dokumentem a stává se významným právním nástrojem.

JUDr. Jan Mach

ředitel právní kanceláře ČLK



# Informace policii i nadále jen se souhlasem soudu

**V**elice častým dotazem určeným právní kanceláři ČLK je problematika sdělování informací o zdravotním stavu Policii ČR, kdy lékař je policií požádán s odkazem na § 8 odst. 1 trestního řádu o uvedení informací, které jsou jinak chráněny povinnou mlčenlivostí – s odůvodněním, že s ohledem na § 51 odst. 2 písm. a) zákona o zdravotních službách již s účinností od 1. 4. 2012 policie nepotřebuje souhlas soudce, neboť toto pravidlo ve smyslu § 8 odst. 5 trestního řádu mělo údajně platit pouze do 31. 3. 2012.

**Všem tázajícím se lékařům právní kancelář ČLK vytrvale tuto zavádějící informaci dementuje.** Navíc dne 28. 5. 2012 zveřejnilo Ministerstvo zdravotnictví ČR na svých webových stránkách stanovisko, které problém patřičně uvádí na pravou míru. Stanovisko níže citujeme a připojujeme k němu pro potřeby členů ČLK následující komentář.

Ustanovení § 51 odst. 2 písm. d) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, uvádí, že za porušení povinné mlčenlivosti se nepovažuje sdělování údajů nebo jiných skutečností pro potřeby trestního řízení **způsobem stanoveným právními předpisy upravujícími trestní řízení.** Tato formulace nezpochybnitelně znamená, že je potřeba

se i nadále řídit příslušnými ustanoveními trestního řádu. Citované ustanovení zákona o zdravotních službách neuvádí, že by za porušení mlčenlivosti nebylo považováno sdělení údajů kterémukoli orgánu činnému v trestním řízení vždy, na jakékoli požádání či bez ohledu na jiné obecně závazné právní předpisy.

Právním předpisem upravujícím trestní řízení je již zmíněný zákon č. 141/1961 Sb., trestní řád, v platném znění. Zákon o zdravotních službách příslušná ustanovení trestního řádu nikterak novelizoval ani nezměnil. Stále tedy platí, že jde-li o informace, které jsou za běžných okolností chráněny zákonem stanovenou povinnou mlčenlivostí, což jsou nepochybně i informace o zdravotním stavu, resp. léčbě pacienta, o které Policie ČR žádá lékaře, je třeba, aby si Policie ČR vyžádala buď souhlas samotného pacienta, anebo souhlas soudce podle § 8 odst. 5 trestního řádu, neboť přesně takto jsou podmínky pro sdělování takových informací upraveny v „právním předpisu upravujícím trestní řízení“, jak formuluje § 51 odst. 2 písm. d) zákona č. 372/2011 Sb. Rozhodně nelze konstatovat, že po 1. 4. 2012 nabytím účinnosti zákona o zdravotních službách již policie souhlas soudce nepotřebuje a smí žádat od lékaře informace toliko podle § 8 odst. 1 trestního řádu, který stanoví generální povinnost sdělovat informace bez splnění dalších podmínek. Jestliže je před-

mětné ustanovení zákona o zdravotních službách policií takto vykládáno, jedná se o dezinterpretaci, která nemá oporu ani ve smyslu právního předpisu, ani v samotném gramatickém textu dotčeného ustanovení.

Vzhledem k tomu, že jsme se s touto nejistotou lékařů ohledně výkladu § 51 odst. 2 písm. d) zákona č. 372/2011 Sb. setkali v podstatě ještě před nabytím účinnosti tohoto zákona, oslovili jsme s žádostí o právní názor na tuto problematiku náměstka ministra zdravotnictví ČR Ing. Petra Noska a vrchního ředitele sekce Legislativní rady vlády ČR JUDr. PhDr. Petra Mlsnu, Ph.D., tedy zástupce orgánů, které zákon o zdravotních službách připravovaly. Oba oslovení zástupci (a to i s vědomím, že šlo toliko o jejich osobní názor) naprosto potvrdili shora uvedený výklad ČLK. V povinnosti policie získat souhlas soudce podle § 8 odst. 5 trestního řádu pro možnost vyžadovat sdělení údajů o zdravotním stavu či léčbě pacienta se tedy po 1. 4. 2012 nic nezměnilo.

Stejná pravidla popsaná pro sdělování informací Policii ČR platí i pro případ, že tazatelem je státní zástupce a rovněž soud, avšak pod žádostí určenou lékaři je podepsán jakýkoli jiný zaměstnanec soudu než sám soudce (justiční čekatel, asistent soudce, vyšší soudní úředník, administrativní pracovník). Výjimkou z těchto pravidel jsou toliko tyto případy:

- Ustanovení § 68 odst. 3 písm. b) zákona č. 273/2008 Sb., o Policii ČR, v platném znění, kdy policie může pro účely zahájeného pátrání po konkrétní hledané nebo pohřešované osobě žádat od zdravotní pojišťovny nebo poskytovatele zdravotních služeb poskytnutí informací o době a místě poskytnutí zdravotních služeb této osobě (tedy skutečně jen informace o době a místě poskytnutí péče, nikoli informace o zdravotním stavu).
- Povinnost překaziti či oznámit trestný čin podle § 367 a § 368 trestního zákoníku u taxativně vyjmenovaných trestných činů, jestliže se lékař o přípravě či spáchání dozví.
- Povinnost poskytovatele způsobilého pro tento druh zdravotních služeb sdělit výsledky odběru biologického materiálu tomu, kdo tyto odběry nařídil za účelem zjištění přítomnosti alkoholu nebo jiných návykových látek podle § 16 odst. 7 zákona č. 379/2005 Sb., o ochraně před škodami způsobenými tabákem, alkoholem nebo návykovými látkami, v platném znění (neplatí u odběrů za účelem diferenciální diagnostiky!).

Česká lékařská komora se tedy ztotožňuje s níže citovaným stanoviskem Ministerstva zdravotnictví ČR ze dne 28. 5. 2012, které potvrdilo informace již dříve získané ČLK a patřičné poučení lékařům, rovněž již dříve prezentované právníky ČLK na komorou pořádaných právních seminářích i na všech přednáškách pořádaných jinými subjekty, kterých se právníci ČLK účastní jako referující.

Zbývá snad dodat, že Česká lékařská komora v připomínkovém řízení opakovaně upozornila ministerstvo zdravotnictví, že formulace návrhu zákona o zdravotních službách o povinné mlčenlivosti je v tomto směru vágní, nejasná a různé orgány si ji mohou různě vysvětlovat. Současně navrhl, aby zákon výslovně stanovil, že nemá-li orgán činný v trestním řízení souhlas pacienta se sdělením údajů o zdravotním stavu, musí mít souhlas soudce. Ministerstvo zdravotnictví bohužel trvalo na původním návrhu bývalého ministra Julínka, který vede celkem pochopitelně k současným výkladovým problémům. Podobná situace nastává i u nešťastné formulace „osoby blízké“, které mohou obdržet informace o zdravotním stavu pacienta, neumožňuje-li jeho zdravotní stav, aby určil, kdo může být informován, případně u zemřelých pacientů. Rovněž zde jsme marně navrhovali opustit formulaci občanského zákoníku, která slouží k jiným účelům, a konkrétně určit, pouze kteří nejbližší příbuzní (pokolení

## CITACE STANOVISKA MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČR K § 51 Odst. 2 písm. d) ZÁKONA O ZDRAVOTNÍCH SLUŽBÁCH ZE DNE 28. 5. 2012 (ZVEŘEJNĚNO TÉŽ NA WEBOVÝCH STRÁNKÁCH MZ ČR):

*Ministerstvo zdravotnictví sděluje své právní stanovisko k ust. § 51 odst. 2 písm. d) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve vazbě na § 8 odst. 1 a 5 trestního řádu.*

*Zákon o zdravotních službách v zásadě nijak neposunul právní úpravu prolomení mlčenlivosti zdravotnických pracovníků pro účely trestního řízení oproti právní úpravě ve zrušeném zákoně č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.*

*Ustanovení § 51 odst. 2 písm. b) zákona o zdravotních službách stanoví, že za porušení povinné mlčenlivosti se nepovažuje sdělování údajů nebo jiných skutečností pro potřeby trestního řízení způsobem stanoveným právními předpisy upravujícími trestní řízení; za porušení povinné mlčenlivosti se rovněž nepovažuje sdělování údajů nebo jiných skutečností při plnění zákonem uložené povinnosti přezkoušet nebo oznámit spáchání trestného činu. Zákon o zdravotních službách tedy odkazuje na trestní řád a jeho úpravu sdělování údajů, které jsou jinak chráněny povinností mlčenlivosti.*

*Trestní řád stanoví, že v případě informací, na něž se vztahuje povinnost mlčenlivosti, lze tyto informace pro trestní řízení vyžadovat po předchozím souhlasu soudce, a to v § 8 odst. 5. Ustanovení § 8 odst. 1 trestního řádu upravuje sdělování tzv. prostých informací, tedy údajů nechráněných povinností mlčenlivosti nebo např. bankovním tajemstvím.*

*Ministerstvo zdravotnictví ČR tedy shrnuje, že § 51 odst. 2 písm. d) zákona o zdravotních službách prolomuje povinnost mlčenlivosti zdravotnických pracovníků a poskytovatelů zdravotních služeb pro účely trestního řízení při zachování postupu dle § 8 odst. 5 trestního řádu.*

přímé, manžel, registrovaný partner, sourozenec) by toto právo měli mít. Bohužel ani zde ministerstvo neakceptovalo připomínky komory, a tak lékař může stát před problémem, jak má posoudit, zda by někdo újmu pacienta právem pocítoval jako újmu vlastní (formulace osob blízkých), ač není s pacientem v žádném příbuzenském vztahu.

Právní kancelář ČLK se již setkala s pří-

pady, kdy orgány Policie ČR hrozily lékaři pokutou do 50 000 Kč, pokud bez souhlasu pacienta i soudce nesdělí policii potřebné údaje, na které se vztahuje povinná mlčenlivost zdravotníka. V těchto případech je vhodné mít po ruce tento článek, případně ihned kontaktovat právní kancelář ČLK (třeba i tísňovou linkou 721 455 456).

Mgr. Miloš Máca, právník ČLK

## ODEŠEL PROFESOR ZBYNĚK VOBOŘIL

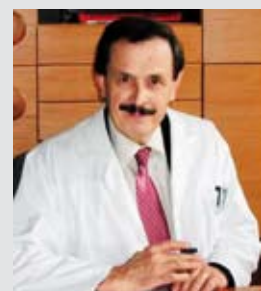
Po dlouhé a těžké nemoci zemřel 9. 5. 2012 emeritní přednosta Chirurgické kliniky LF UK FN Hradec Králové a předseda oborové rady pro chirurgii VR České lékařské komory prof. MUDr. Zbyněk Vobořil, DrSc. Na podzim by se dožil 72 roků.

Narodil se 12. 11. 1940 ve Dvoře Králové nad Labem, v roce 1958 zde ukončil středoškolská studia maturitou. Na Lékařské fakultě UK v Hradci Králové v roce 1964 promoval s vyznamenáním. Po základní vojenské službě nastoupil na své první místo v Semilech. Od roku 1966 do roku 1972 pracoval jako odborný asistent v Anatomickém ústavu LF UK v Hradci Králové u profesora Hromady. V roce 1973 nastoupil na Chirurgickou kliniku UK v Hradci Králové nejprve jako sekundární lékař, potom pracoval jako asistent, odborný asistent, docent, profesor, přednosta katedry chirurgie od roku 1991 a nakonec do roku 2006 přednosta chirurgické kliniky.

Dosáhl hodnosti doktora věd. Na své učitele, prof. Hromadu, prof. Procházku a prof. Brzka, vždy velmi rád vzpomínal

a byl jim vděčný za vše, co se od nich naučil. Svoji práci vykonával s plným zaujetím. Základy získané studiem anatomie, smysl pro přesnost a detail, zodpovědnost a cílevědomost využil v celém rozsahu svých schopností v profesi zaměřené kromě všeobecné chirurgie na chirurgii cévní. Velmi rád učil, vždy s akademickým rozhledem a exaktností. Zodpovědně pracoval mnoho let pro chirurgickou obec a Českou lékařskou komoru, byl členem mezinárodní organizace International College of Surgeons a International Gastro-Surgical Club. V roce 2006 mu bylo přiznáno vysoké římskokatolické vyznamenání Rytíř svatého Silvestra, titul získaný od papeže Benedikta XVI. Profesní činnost Zbyňka Vobořila byla oceněna udělením čestného členství v České chirurgické společnosti, Slovenské chirurgické společnosti, Maydlovou medailí, členstvím v Čestné radě ČCHS a dalším uznáním i na půdě akademické. Obdržel stříbrnou medaili LF UK v Hradci Králové, medaili k 650. výročí založení Univerzity Karlovy, Cenu ministra zdravotnictví České republiky za rok 1998.

Ve vědecké činnosti dosáhl světové a evropské priority výzkumem segmentárního uspořádání sleziny, zpracováním metody zachování poraněné sleziny a segmentární resekce sleziny. Byl kultivovaný, velmi vzdělaný, zabýval se historií, byl hrdý na českou minulost a národní obrození, měl rád hudbu. Byl věřící katolík a podle zásad božích přikázání dokázal nejen sám žít, ale ve stejném duchu vedl i svoji rodinu. Vztahy k jeho blízkým odpovídaly křesťanské tradici, byly nesmírně silné a v rodině samé, stejně uvažující, nalézal vždy plnou podporu. Vysoce uznával a ctil hodnoty, jimž mnozí dnes už nevěří. Jeho smrt zarmoutila mnoho přátel. Znamená pro všechny nenahraditelnou ztrátu. Čest jeho památce.



Karel Havlíček



ilustraci foto: shutterstock.com

# Financování zdravotnictví ve Francii

**F**rancouzské zdravotnictví se podle posledního nezávislého spotřebitelského hodnocení (Euro Health Consumer Index) prováděného v roce 2009 umístilo na sedmém místě z 33 hodnocených evropských zemí. České zdravotnictví ve stejném hodnocení obsadilo příčku sedmnáctou, což s ohledem na propastný rozdíl ve výdajích na zdravotnictví pro naši medicínu není zas tak špatné vysvědčení.

Žebříček je sestavován na základě hodnocení celkem 38 parametrů rozdělených do následujících oblastí:

- Úspěšnost léčby
- Práva pacientů a jejich vymahatelnost
- Elektronizace zdravotnictví (e-health)
- Čekací doby na plánovaná vyšetření a léčbu
- Rozsah poskytované zdravotní péče a její dostupnost pro každého
- Dostupnost moderních léků a technologií

## Povinné pojištění pro každého

Základním pilířem financování zdravotní péče ve Francii je veřejné zdravotní pojištění. Francouzské zdravotní pojištění je tvořeno především trojicí základních pojistných programů:

- Všeobecný program, který poskytuje pojištění čtyřem z pěti občanů ve Francii.
- Zemědělský program kryjící farmáře a zemědělské dělníky.
- Sociální program pro osoby samostatně výdělečně činné a příslušníky některých svobodných povolání (umělci, obchodníci...).

Vedle tohoto veřejného zdravotního pojištění existují ještě speciální pojistné programy využívané tradičně zaměstnanci železnice, námořníky, státními úředníky apod. Nicméně pravidla zdravotního pojištění byla postupně z velké míry harmonizována v rámci všech těchto programů, a to zejména pokud jde o výši úhrady a rozsah hrazené zdravotní péče.

Stojí za připomenutí, že povinné veřejné zdravotní pojištění bylo původně vytvořeno pro

dělníky a jejich rodiny. Teprve následně bylo rozšířeno na všechny zaměstnance, aby se posléze stalo univerzálním, když byli pod jeho ochranu zahrnuti též nezaměstnaní a oficiálně chudí, kteří ve skutečnosti žádné pojistné neplatí.

## Základní zdravotní pojištění pokrývá náklady nejenom na léčbu, ale též vyplácení nemocenských dávek

Hlavními výdaji veřejného zdravotního pojištění jsou:

- Úhrada nákladů spojených s léčbou pacientů
- Financování zdravotnických zařízení
- Nemocenské dávky (ve výši 50 % platu od 4. dne trvání pracovní neschopnosti)
- Mateřské dávky (mateřská dovolená v délce 16 týdnů a otcovská dovolená v délce 11 dnů)
- Invalidní důchody (na úrovni 30 % až 50 % mzdy)

Zdravotní péči proplácí zdravotnickým zařízením přímo pojišťovna. Pacienti za péči neplatí s výjimkou předepsané spoluúčasti a úhrady za péči, která z pojištění není hrazená vůbec.

## Regulované ceny

Většina cen ve zdravotnictví je regulována státem. Týká se to zejména doplateků pacientů na zdravotní péči, léky a zdravotnický materiál.

- Cenu své práce si vyjednávají prostřednictvím svých zástupců lékaři s pojišťovnami, a to zvláště praktičtí lékaři a zvláště odborní lékaři (naši ambulantní specialisté). V současnosti je jako minimální stanovena cena práce praktického lékaře na 23 eur za hodinu. Lékaři specialisté si mohou stanovit i vyšší cenu práce, než je dohodnutá, ale cenový rozdíl jim již pojišťovny nezaplatí.
- O cenách léčiv a o jejich úhradě z pojištění vyjednávají s pojišťovnami farmaceutické firmy.
- Od roku 2004 jsou zdravotnická zařízení financována výkonovým systémem. V případě nemocnic cestou DRG.

## Spoluúčast pacientů

- Pacienti hradí ze svého 0 % až 85 % ceny zdravotního výkonu, a to v závislosti jak na jeho nezbytnosti, tak i v závislosti na závažnosti svého onemocnění.
- Pacienti platí paušální poplatek 0,5 eura za každé balení léku na předpis a za každý výkon zdravotníka nelékaře 1 euro.

(red)









- www.registracenz.cz, registracenz@seznam.cz,  
tel. 608 915 794

## Různé

Refresh kurzy myoskeletální medicíny, buď pro zlepšení dosavadní práce, nebo pro ty, kteří absolvovali kurz, ale málo prováděli. MUDr. Jiří Marek, 603 422 842, v Praze a v Brně.

## Křížovka o ceny

V tajence křížovky v Tempus medicorum 5/2012 se skrýval citát z knihy Arthura Blocha *Murphyho zákony*: **Vyskytne-li se na trhu jediný lék určité skupiny, jeho cena vyroste do astronomických hodnot.**

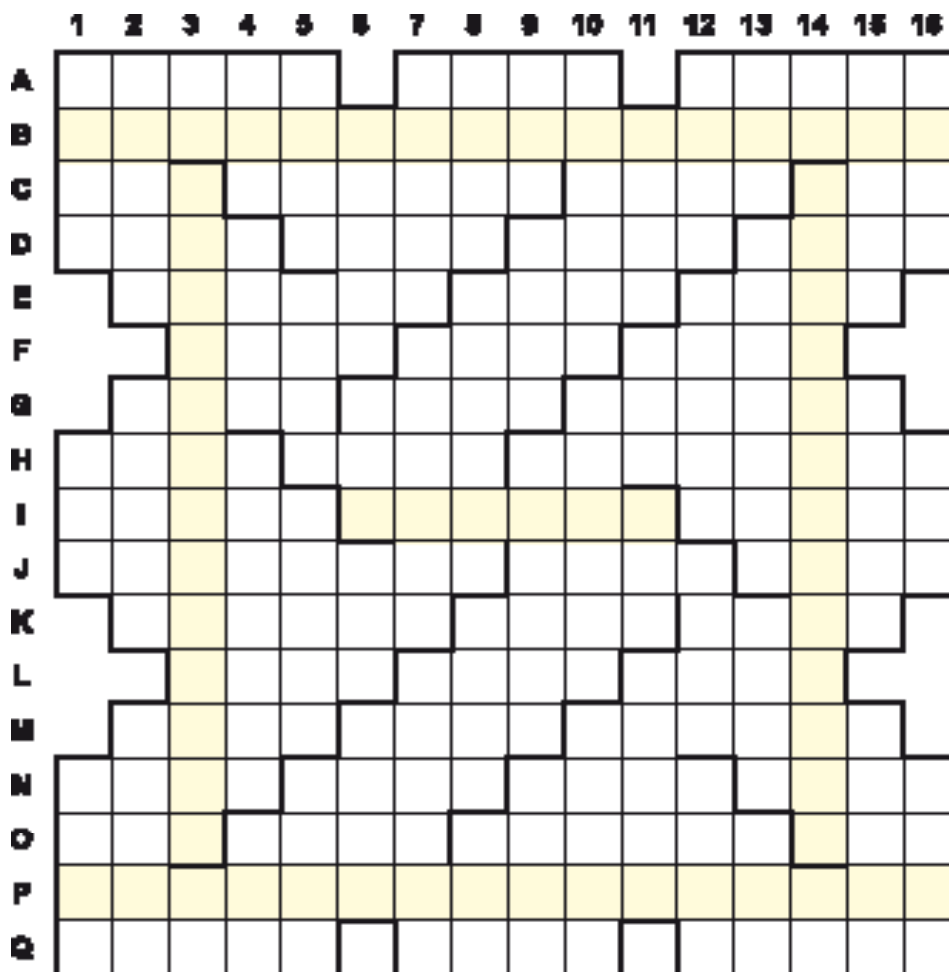
Detektivní příběh z renesanční Itálie autorky Elizabeth Eyreové *Vražda vévodkyně* získává deset vylosovaných luštitelů: **Josef Bureš, Havlíčkův Brod; Jana Halasová, Luleč; Monika Jarůšková, Praha 6; Aleš Lerch, Louny; Petr Navrátil, Vsetín; Jiří Pospíšil, Ostrov; Věra Rýdlová, Humpolec; Jarmila Slaninová, Kardašova Řečice; Kamila Trnková, Třebíč; Jaroslav Zikmunda, Havlíčkův Brod.**

Na správné řešení tajenky z čísla 6/2012 čekáme na adrese [recepce@clkr.cz](mailto:recepce@clkr.cz) do **15. července 2012.**

*Hodně štěstí!*



## KŘÍŽOVKA O CENY



*V tajence se skrývá citát Mary Bradové.*

**VODOROVNĚ:** **A.** Nevolno; úřední spisy; zařízení na zachycování přimíšenin. – **B. 4. díl tajenky.** – **C.** Reverz; koza; osička (slovensky); textová mobilní zpráva. – **D.** V minulosti; domácí Terenc; vousy pod nosem; starosvat (nářečně). – **E.** Přístroj; slovensky „křik“; citoslovce smýkavého pohybu (řídice). – **F.** Ofouknutí; terénní závod; náboženský zpěv. – **G.** Zaúpení; působení; pohana. – **H.** Mládě slepice; Libušin otec; řadití vojsko před bitvou. – **I.** Tuk (anatomicky); **3. díl tajenky;** anglicky „hezčí“. – **J.** Nešťastnost; šikmo; maďarská řeka. – **K.** Souvislé řady vozidel; český zpěvák; způsob zpěvu v dzezu. – **L.** Slovensky „věda“; otec; německy „napřed“. – **M.** Části nohou; mistři popravčí; polodlouhý dámský plášť. – **N.** Rolety; ruská řeka; škodliví motýlci; hladovění. – **O.** Řecké písmeno; bavlněná tkanina; středověký šat bakalářů; televizní hudební stanice. – **P. 1. díl tajenky.** – **Q.** Maďarské mužské jméno; anglicky „maso; mašina.

**SVISLE:** **1.** Štouch; zkratka Klubu angažovaných nestraníků; liánovitá dřevina. – **2.** Pomalý člověk; český fotograf (Josef); vylíhlé rybky. – **3.** Značka ampérhodiny; **2. díl tajenky;** iniciály herce Pištěka. – **4.** Švédská kladina; dezinfekční a čisticí prostředek; nárameník; citoslovce plašení. – **5.** Kyselá pochutina; služební pořadí; soulady; ticho. – **6.** Rozsáhlé moře (řídice); zařízení z proutí používané při lovu ryb; tamta; druh mezonu. – **7.** Povel pro psa; opečené noky z mletého masa; africký buben. – **8.** Církevní obřady; pálkovací hra; ženské jméno; SPZ Teplic. – **9.** Čajová růže; konstrukce nesoucí střechu; vzlykavě plakati; hmota. – **10.** Krasavec; dechový hudební nástroj; setrvávání. – **11.** Štěně; velký pytel; zámořská velmoc; vykleštěný hřebec. – **12.** Probělka; obruba šperku; slovensky „osel“; duhovka (anatomicky). – **13.** Judský král; dohodnout; zrnitá tkanina; německy „čin“. – **14.** Zkratka Palackého univerzity; **5. díl tajenky;** SPZ Třebíče. – **15.** Mongolská správní územní jednotka; osvědčení; rázně (slovensky). – **16.** Pocta; jméno prozaika Levina; tobě patříci.

Pomůcka: bom, likr, MTV, nicer, šmýk, Tat, vorn

## Cestování + vzdělávání Spojte příjemné s užitečným



- náš tým cestuje vždy s Vámi a postará se o Vás
- ceny zahrnují odborný program
- včetně odborné dokumentace
- váš výdej je daňově uznatelný
- 11 let zkušeností se stomatology

Katalog pobytů:

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

Tel.: 412 384 013, [info@clinicplus.cz](mailto:info@clinicplus.cz)

Partneři:

