



TEMPUS MEDICORUM

3/2016
ROČNÍK 25

ČASOPIS ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

Komora upozorňuje na rozpad českého zdravotnictví



ČLK připravila informaci pro migranty o pravidlech poskytování zdravotní péče v ČR

DÁLE V TOMTO ČÍSLE:

Otevřený dopis
předsedovi vlády ČR

Zachraňme české
zdravotnictví!

Nemocnice i ordinace
se zavírají

Zdravotnictví udržují
při životě cizinci

Proč nejsou peníze
na zdravotnictví?

Lékařská komora varuje:

Bezpečnost zdravotní péče již nedokážeme garantovat!

České zdravotnictví je v krizi. Nedostatek lékařů a zdravotních sester způsobuje pokles dostupnosti, kvality a bezpečnosti zdravotních služeb. I přes vesměra nade varování české zdravotnictví zůstává katastrofálně podfinancované. Politici problémy neřeší, ale zametají pod koberec. Porušování platných zákonů je na denním pořádku. Dříve kvalitní české zdravotnictví se dnes rozpadá.

Omlouváme se, ale ani při oběsné práci lékařů a zdravotních sester již nedokážeme naše pacienty před důsledky této krize uchránit.

Víte, že...

1. Vydaje na zdravotnictví v ČR patří k nejvyšším v celé Evropě?
2. S nedostatkem financí úzce souvisí prohlubující se nedostatek kvalifikovaných zdravotníků?
3. Každý čtvrtý pracující lékař je již starší šedesát let?
4. Řada nemocnic je závislá na práci cizinců a kvůli nedostatku personálu jsou v nich zavážena například interní nebo dětská oddělení?
5. Mnoho pacientů, zejména dětí, nemůže sehnat praktického lékaře?
6. Čekací doby na naše plánovaná vyšetření a operace se sbyččně prodlužují kvůli nedostatku úhrad od zdravotních pojišťoven?
7. V nemocnicích je plněná poslouvaná a cíleně obcházen zákonná práce?
8. Přepřevozní zdravotníci častěji chybují?
9. Lékařská komora již zaznamenala ve zdravotnických zařízeních případy nelegálního zaměstnávání cizinců se sponou kvalifikací?
10. Politici dlouhodobě odmítají tyto problémy českého zdravotnictví řešit?

Česká lékařská komora není spokojena s prací ministerstva zdravotnictví, avšak za kvalitu zdravotnictví zodpovídá celá vláda. Lékařská komora nechce rozpádat české zdravotnictví nečinnou politikou, a proto volá v zájmu pacientů k zodpovědnosti premiéra Sobotky a jeho prostřednictvím celou vládu včetně ministra financí Babiše, který rozhoduje o penězích.

Zdravotnictví volá o pomoc a Česká lékařská komora vyzývá vládu ČR, ať připraví plán na jeho zachráně. Tento plán musí obsahovat opatření realizovatelná ještě do konce funkčního období současné vlády. Na přípravě a prosazení tohoto plánu je komora připravena se spolupodílet.

Pomozte nám i Vy, ještě není pozdě! Jde přece o zdraví nás všech!

Zachraňme společně naše zdravotnictví!



LOK-SČL pokračuje
v boji za lepší
podmínky pro lékaře



Zdravotnictví se musí stát tématem voleb

Výdaje na zdravotnictví v ČR patří k nejnižším v celé Evropě. S nedostatkem financí úzce souvisí prohlubující se nedostatek zdravotníků, kteří již odmítají zdravotní péči dotovat na úkor svých platů a mezd. Zdravotní sestry prchají mimo obor. Lékaři, zejména ti mladí, odcházejí za lepší perspektivou do Německa a Velké Británie. Nemocnicím chybí stovky lékařů a tisíce zdravotních sester. Pracující lékaři stárnou – každý čtvrtý z nás je již starší šedesáti let. V nemocnicích je plošně porušován a cíleně obcházen zákoník práce. Řada z nich je již plně závislá na práci cizinců a kvůli nedostatku personálu jsou v nich zavírána klíčová oddělení. Dodržována není ani vyhláška o minimálním personálním zajištění zdravotních služeb a komora již zaznamenala i případy nelegálního zaměstnávání cizinců se spornou kvalifikací. Za stejné výkony jsou jednotlivá zdravotnická zařízení placena různě a kvůli nedostatečným úhradám od pojišťoven se mnohde zbytečně prodlužují čekací doby na plánovaná vyšetření a operace. Mnoho pacientů, zejména dětí, již nemůže sehnat ani praktického lékaře.

Ve výčtu problémů bychom mohli pokračovat. A politici, kteří dlouhodobě odmítají problémy řešit, se stále tváří jako by nic. Jak dlouho jim ta bohorovnost vydrží? To záleží pouze na nás a na našich pacientech. Pro příklad nemusíme chodit daleko. Právě včera se konaly na sousedním Slovensku parlamentní volby, v nichž dosud suverénní Smer premiéra Fica utrpěl Pyrrhovo vítězství a dny příští ukáží, zda ve skutečnosti nešlo o pořádný výprask. Ne, nechci si hrát na znalce politické scény v zemi našich sousedů a netroufám si ani hodnotit jednotlivé politické subjekty, z nichž mnohé budou jistě horší alternativou než dosud vládnoucí sociální demokracie. Chtěl bych jen upozornit na to, že vládnoucí politici začali vyvolávat nacionalistické nálady místo toho, aby řešili rozpadající se zdravotnictví a školství, tedy skutečné problémy, které Slováky trápí. Celkem po zásluze jim to pak voliči spočítali.

Předpokládám, že politické dění v zemi našich sousedů neunikne pozornosti českých politiků, kteří by si také v letošních krajských a senátních volbách, a možná i napřesrok v těch parlamentních, rádi vystačili s brnkáním na nacionalistickou strunu. Zhoršující se bezpečnostní situaci jistě nelze podceňovat. Islamistická pátá kolona v řadě západních zemí spolu s uprchlickou krizí způsobenou humanitární katastrofou v Sýrii a Iráku dostávají Evropskou unii pod dosud nepoznaný tlak. Ještě mnohem větším nebezpečím jsou však nacionalistické běsy, které se snaží, tu z hlouposti, tu z vypočítavosti, tu za cizí peníze, rozdmýčovat někteří politici nejenom v zemích, jaká je ta naše, ale i v těch se staletou demokratickou tradicí. Pokud dnes připustíme rozpad Evropské unie, pak nás naši potomci právem proklejí.

Naše vláda zatím jedná až překvapivě racionálně a budme rádi, že se za ni alespoň v těchto souvislostech nemusíme stydět. Přesto bychom neměli dopustit, aby si naši politici nadcházející volby takřkajíc „odehráli“ na tématu uprchlíků a boje s terorismem. Vždyť právě rozpadající se zdravotnictví je dostatečně závažným problémem na to, aby se stalo hlavním tématem minimálně těch nejbližších krajských voleb, a to již proto, že právě kraje nesou za financování a organizaci zdravotnictví obrovskou míru spoluzodpovědnosti. Jsou to přece právě kraje, kdo zřizuje většinu rozpadajících se nemocnic a kdo zodpovídá za síť ambulantních zdravotnických zařízení.

Cílem informační kampaně, kterou zahájila Česká lékařská komora, je ukazovat skutečný stav českého zdravotnictví, upozorňovat na projevy jeho rozkladu a vysvětlovat jejich pravé příčiny. Cílem naší akce v žádném případě není poškozovat nebo bezdůvodně strašit naše pacienty, naším cílem je varovat a přesvědčit politickou reprezentaci na celostátní, krajské i regionální úrovni o potřebě schválení zásadních změn ve financování a organizaci zdravotnictví. Musíme přestat mlčet. Nesmíme se bát mluvit, mluvit nahlas a zcela konkrétně. Pokud nenajdeme odvahu k tomu, pojmenovávat věci pravými jmény, pak se nikdy nic k lepšímu nezmění a my bychom se stali spolupachateli vraždy českého zdravotnictví.

Milan Kubek

Nadcházející volby jsou šancí, jak přinutit politiky, aby konečně začali řešit problém rozpadajícího se zdravotnictví.

OBSAH

ROZPAD ZDRAVOTNICTVÍ	3-11
Komora upozorňuje na rozpad českého zdravotnictví Otevřený dopis předsedovi vlády ČR Špitály i ordinace se zavírají, ale Babiš tvrdí, že peněz je dost Česká média o krizi zdravotnictví	
CIZINCI VE ZDRAVOTNICTVÍ	12-13
České zdravotnictví udržují při životě cizinci	
FINANCE A MY	14-15
Proč nejsou peníze? Jejich odliv z Česka je jeden z největších v EU	
PRIMÁRNÍ PÉČE	16
Situace praktických lékařů	
LOK-SČL	17
Dvacet let boje za pracovní podmínky lékařů	
ELEKTRONICKÉ RECEPTY	18-19
Komora vyzývá ke zrušení povinné elektronické preskripce	
PÉČE O MIGRANTY	20-22
Informace pro migranty	
ZNALCI VE ZDRAVOTNICTVÍ	24-26
Rumburská pohádka Kdy bude nový zákon o znalcích?	
eHEALTH	27
eZpráva: Konečně cesta k elektronické komunikaci mezi lékaři?	
SEZNAM ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ	28-29
Lékaři druhé kategorie	
PRÁVNÍ PORADNA	30-35
Poradna pro soukromé lékaře Neodkladná zdravotní péče nezletilému pacientovi Vy se ptáte, právník odpovídá	
NAPSALI JSTE	36
Má význam podávat žalobu na ČR?	
SERVIS	39-43
Vzdělávací kurzy ČLK Inzerce Křížovka Komerční příloha SCRIPTA MEDICORUM	

MĚSÍČNÍK TEMPUS MEDICORUM

Vydává: Česká lékařská komora, Lužická 419/14, 779 00 Olomouc
Registr. číslo MK ČR 6582 • ISSN 1214-7524 • IČ 43965024
Adresa redakce: Casopis ČLK, Lékařská 2, 150 00 Praha 5
tel. +420 257 217 226 • fax +420 257 220 618 •
receptce@clkcr.cz • www.clkcr.cz
Šéfredaktor: MUDr. Milan Kubek
Redakční zpracování: EV public relations, s. r. o., Praha
Odpovědná redaktorka: PhDr. Blanka Rokosová
Příjem příspěvků: blanka.rokosova@ev-pr.cz
Pro Českou lékařskou komoru připravuje: Mladá fronta a. s.
Generální reditel: Ing. David Hurta
Reditel divize Medical Services: Karel Novotný, BA (Hons)
www.medical-services.cz
Grafická úprava, sazba: Jan Borovka
Inzerce: inzerce-tempus@clkcr.cz
Reditelka distribuce a výroby:
Soňa Štárhová, tel. 225 276 252, e-mail: starhova@mfc.cz
Tisk: EUROPRINT a. s.
Uzávěrka čísla 3: 1. 3. 2016 • Vyšlo: 14. 3. 2016
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 nemusí shodovat se stanoviskem redakce.
Ta si současně vyhrazuje právo na redakční úpravu textů.
Rádková inzerce je pro lékaře do pěti rádků (včetně) zdarma.
Větší rozsah a inzerát nelékaře je zpoplatněn. Při zadávání
inzerátů je proto potřeba zadat fakturační kontaktní adresu,
IČ, DIČ, telefon, e-mail.
Bez těchto informací nebude inzerát zveřejněn.



Foto: Michal Šojka

Lékařská komora upozorňuje na rozpad českého zdravotnictví

Na poradě předsedů OS ČLK a představenstva, která se konala 25. února v Praze, se obsáhle diskutovala současná situace ve zdravotnictví a způsob, jakým prosazovat naplnění usnesení sjezdu ČLK. Byl domluven určitý postup, který byl posléze ještě projednán a odsouhlasen 27. února představenstvem. Prvními kroky jsou otevřený dopis premiérovi České republiky a inzertní kampaň v médiích.

Otevřený dopis předsedovi vlády ČR



Vážený pane předsedo vlády, z pověření představenstva ČLK a předsedů okresních sdružení České lékařské komory obracím se na Vás tímto naléhavým otevřeným dopisem.

Česká lékařská komora se snaží plnit svoji úlohu garanta kvality lékařské péče a strážce etiky výkonu lékařského povolání. Naší povinností je tedy varovat Vás a současně i občany ČR před pokračujícím rozpadem českého zdravotnictví.

Základním úkolem zdravotnictví je zajišťování dostupnosti kvalitní a bezpečné

zdravotní péče pro každého, kdo ji potřebuje, bez ohledu na jeho sociální situaci, a to v potřebném čase a místě. Navzdory obětavé práci tisíců lékařů a zdravotních sester již české zdravotnictví není schopno tento úkol plnit a česká medicína začíná ztrácet svoji dosud oceňovanou kvalitu a pověst.

Česká lékařská komora upozorňuje, že v první polovině funkčního období vaší vlády hlavní úkoly vyplývající pro zdravotnictví z jejího programového prohlášení splněny nebyly. Delegáti sjezdu lékařské komory vyslovili zásadní nespokojenost s pra-

ci Ministerstva zdravotnictví, zejména s pomalou tvorbou nezbytných právních norem.

Lékařská komora sice příznivě hodnotí některé kroky ministra zdravotnictví, kterému se v uplynulých dvou letech podařilo prosadit jak mírnou valorizaci platby za státní pojištěnce, tak drobné zvýšení platů zdravotníků a zhodnocení ceny práce v seznamu zdravotních výkonů. Tyto malé úspěchy jsou však naprosto nedostatečné k tomu, aby zažehly prohlubující se krizi ve zdravotnictví.

Základní příčina problémů českého zdravotnictví leží mimo tento resort. Je jí



chronický nedostatek peněz. **Zdravotnictví je katastrofálně podfinancováno.**

Výdaje na zdravotnictví v ČR patří mezi nejnižší v rámci EU nejenom v absolutních částkách na jednoho obyvatele, ale i při zohlednění tzv. parity kupní síly nebo vyjádřené procentem HDP (7,1 %).

S nedostatkem peněz úzce souvisí prohlubující se nedostatek zdravotníků. Na lékařských fakultách sice v oboru všeobecné lékařství promuje každoročně cca 1000 lékařů, avšak 200 z nich odchází do zahraničí, aniž by vůbec začali v ČR pracovat. Každým rokem navíc odchází cca 200 lékařů, kteří již praxi mají. Často jde o plně kvalifikované perspektivní mladé lékaře. Pracující lékaři kvůli tomu stárnou. Zatímco v roce 1995 bylo mezi pracujícími lékaři 10 % starších 60 let, v současnosti tvoří tito naši nejstarší kolegové a kolegyně téměř čtvrtinu.

Řada regionálních nemocnic je v současnosti personálně zdevastovaná a zcela závislá na nejisté práci cizinců. Zavírají se klíčová oddělení, např. okresní interny nebo pediatrie. V mnoha městech a obcích občané marně shánějí praktické lékaře. Kvůli nedostatečným úhradám od zdravotních pojišťoven se navíc ještě dále prodlužují čekací doby na plánovanou vyšetření a operace.

Nedostatek zdravotníků je spojen s porušováním platných zákonů, vyhlášek a nařízení. V nemocnicích je systematicky porušován a obcházen zákoník práce. Lékaři, existenčně závislí na příjmech za přesčasovou práci, jsou nuceni toto tolerovat již s ohledem na své pacienty a kolegy. Přepracovaní lékaři se přitom častěji dopouštějí chyb, což ohrožuje pacienty. Vyhláška o minimálním personálním zajištění zdravotních služeb sice

podle názoru ČLK neodpovídá požadavkům medicíny 21. století, přesto ani tato norma není v řadě zdravotnických zařízení dodržována. Komora zaznamenala již dokonce i případy nelegálního zaměstnávání cizinců se spornou kvalifikací.

Nedostatek peněz, nedostatek lékařů i ostatních zdravotníků jsou spolu s porušováním platných zákonů a dalších právních norem příčinou krize českého zdravotnictví, která se projevuje poklesem dostupnosti, kvality a bezpečnosti zdravotních služeb pro naše občany.

Za kvalitu zdravotnictví zodpovídá občanům celá vláda, nikoli pouze resortní ministr. Uplynulé dva roky ukázaly, že řešení léta se vršících problémů je zřejmě nad možností samotného ministra zdravotnictví. Česká lékařská komora nemůže nečinně přihlížet rozpadu českého zdravotnictví, proto voláme v zájmu pacientů a všech občanů k odpovědnosti, pane premiére, Vás a Vaším prostřednictvím celou vládu ČR.

Zdravotnictví volá o pomoc a Česká lékařská komora vyzývá vládu ČR, aby připravila plán na záchranu českého zdravotnictví, který by obsahoval opatření realizovatelná ještě do konce jejího funkčního období. Na přípravě a prosazování tohoto plánu je komora připravena se spolupodílet.

Česká lékařská komora navrhuje a požaduje:

1. Pravidelnou valorizaci platby zastátní pojištěnce, která by postupně měla dosáhnout výše jedné poloviny odvodu za zaměstnance s průměrnou mzdou. Dále požadujeme spravedlnost v platbách pojištění tak, aby každý občan platil pojistné odpovídající

jeho příjmům. Navíc pak zavedení tzv. zdravotní daně na tabák a na alkohol tak, aby na zdravotnictví více přispívali ti, kteří si své zdraví dobrovolně ničí.

2. Právo pacienta na svobodnou, zdravotními pojišťovnami neomezovanou volbu lékaře a poskytovatele zdravotních služeb. Spravedlnost v úhradách zdravotních služeb, tedy v první řadě přeměnu seznamu zdravotních výkonů v reálný ceník s postupnou valorizací ceny lidské práce o 10 % každý rok. Zdravotní pojišťovny musí platit za stejné výkony všem poskytovatelům zdravotních služeb stejně.
3. Zvyšování platů lékařů a ostatních zdravotníků minimálně o 10 % každý rok a zároveň cestou novely zákoníku práce sjednocení způsobu odměňování zaměstnanců všech nemocnic a léčeben, které mají smlouvy se zdravotními pojišťovnami, podle státních tarifních tabulek, případně s vytvořením speciální platové tabulky pro zdravotníky.
4. Zjednodušení specializačního vzdělávání lékařů se zvýšením jeho intenzity a kvality. Nezbytným předpokladem je snížení počtu specializačních oborů, zkrácení délky specializační přípravy a její realizovatelnost i v regionálních nemocnicích. Vzdělání lékařů musí zůstat kompatibilní s požadavky EU, avšak nemá smysl klást na mladé lékaře nesplnitelné požadavky. Upozorňujeme, že bez zásadního zvýšení finanční podpory ze strany státu reforma vzdělávání lékařů svůj cíl nesplní a mladí lékaři budou dále odcházet.
5. Novelu zákona o zdravotních službách, která by lékařské komoře dala právo kontrolovat personální zajištění lékařských zdravotních služeb a umožnila komoře ukládat poskytovatelům zdravotních služeb závazná opatření k nápravě zjištěných nedostatků. Toto posílení kompetencí profesní lékařské samosprávy považujeme za základní podmínku zajištění kvality zdravotních služeb a tím i bezpečnosti pacientů.

Vážený pane premiére, věřím, že budete tomuto apelu České lékařské komory věnovat náležitou pozornost.

Doufám, že s Vaší podporou se nám společně podaří rozklad českého zdravotnictví zastavit.

S uctivým pozdravem
MUDr. Milan Kubek, prezident ČLK
 V Praze, dne 2. 3. 2016

Špitály i ordinace se zavírají. Peněz je dost, tvrdí Babiš

Pacienta prvotně nezajímá, kolik jeho péče stojí, chce ji mít včas, na správném místě a kvalitní. Nemocnice již nebudou podle ministra zdravotnictví Svatopluka Němečka moci odmítat pacienty s tím, že za ně nedostanou zaplacenou od zdravotních pojišťoven. Změna systému financování nemocnic má sjednotit výši úhrad a zprůhlednit tok peněz. Systém, který má přispět k dostupnější péči, by měl být zaveden od roku 2018. Otázkou ale zůstává, bude-li se o nás mít ještě vůbec kdo postarat.

Na kritickou situaci ve zdravotnictví upozornili odboráři z nemocnic celé ČR na středečním setkání (pozn. red.: 18. 11. 2015). Varují, že problém je celorepublikový a v příštích letech bude eskalovat. Nedostatek zdravotnického personálu v ČR je způsoben jeho stále častějším odchodem do ciziny i tím, že za lékaře odcházející do důchodu není možné sehnat náhradu.

Odbory si stěžují na pracovní podmínky v nemocnicích a přetěžování personálu. Na noční směně připadá na sestru 40 pacientů, v nemocnici je jeden sanitář. Podle předpisů může žena zvedat maximálně 15 kilogramů, sestry přitom běžně zvedají stokilogramové pacienty.

Odboráři požadují po vládě víc peněz pro resort, změny v odměňování a žádají srovnání výdělků ve státních a soukromých nemocnicích, kde lidé dostávají méně. Podle ministra financí Andreje Babiše je ve zdravotnictví peněz dost, ale plýtvá se jimi, využívají se neefektivně a sektor je nutné restrukturalizovat. Podle Babiše má vláda na resort zdravotnictví omezený vliv a veškerou zodpovědnost shazuje na ministra zdravotnictví.

S tím až tak nesouhlasí premiér Bohuslav Sobotka. „Výdělek zdravotníků by měl růst rychleji, aby české zdravotnictví bylo schopno konkurovat a sestry a lékaři neodcházel do ciziny. Kvůli tomu bude nutné zvýšit odvody státu do zdravotního pojištění. Máme za sousedy Rakousko a Německo, to je velká mzdová konkurence,“ říká premiér s tím, že je třeba přesvědčit partnery ve vládě, že růst platů má své důvody a měl by být rychlejší.



Foto: Shutterstock

Pětina lékařů je v penzi, mladí v cizině

„Již v průběhu vysoké školy řada z mladých lékařů uzavře kontrakt se zahraničními nemocnicemi. Personál je poddimenzovaný ve všech nemocnicích, někde se zavírají oddělení. Nejhorší je situace v krajských a soukromých zařízeních, která mají nižší úhrady,“ říká šéfka zdravotnických odborů Dagmar Žitníková.

„Nejkritičtější je věková struktura lékařů. Nyní máme 21 procent lékařů ve věkové kategorii nad 60 let, v kategorii 50 až 59 let je to 24 procent lékařů,“ řekla krajská radní pro oblast zdravotnictví Královéhradeckého kraje Jana Třešňáková.

Situace je kritická na Broumovsku a v částech Rychnovska, kde po odchodu do důchodu není lékař, který by ordinaci převzal. Praktických lékařů pro děti a dorost je například nedostatek na Plzeňsku nebo na jižní Moravě.

K dočasnému uzavírání nemocničních oddělení z důvodu nedostatku lékařů a zdravotních sester dochází napříč republikou. S dlouhodobými problémy se potýká například Nemocnice v Semilech, kde byl načas ome-

zen provoz lůžkové chirurgie, lékaři tam chybějí i na interně a nemocnice od ledna přestane poskytovat akutní lůžkovou péči. Z 31 akutních lůžek interny se 20 přemění na lůžka následné péče, ostatní budou zrušena. Interní oddělení bylo dočasně uzavřeno i v Sušici, kde má být pod novým majitelem opět otevřeno. Otázkou zůstává, jak si ten s nedostatkem personálu poradí. Málo lékařů je i v Krajské nemocnici Liberec či Frýdlant. Kromě nízkého finančního ohodnocení za to může i špatný vzdělávací systém, kvůli němuž se lékaři nemohou do malých nemocnic dostat bez atestace a atestaci nemohou získat, když v nemocnicích nejsou zkušení lékaři.

Zdena Kolářová

Dzroj: http://www.denik.cz/z_domova/spitaly-i-ordinace-se-zaviraji-penez-je-dost-tvrdi-babis-20151119.html

Inzerce

Lékař/ka se specializovanou způsobilostí v ARIM

**Oddělení následné intenzivní péče LIFE STAR hc, a.s., přijímá do nepřetržitého provozu lékaře/ku se specializovanou způsobilostí v oboru ARIM
Nemocnice Milosrdných bratří p.o., Polní 3, Brno 639 00**

Nabízíme: plný úvazek nebo částečný úvazek; zajímavou a perspektivní práci; náborový příspěvek 50 000 Kč; podpora dalšího vzdělávání; mzdu 60 000 Kč; pravidelné měsíční odměny; příspěvek na ubytování, případně možnost zajištění ubytování; příspěvek na stravování; 5 týdnů dovolené; příjemné pracovní prostředí; možnost spolupráce i pouze v rámci zajištění ÚPS.

Požadujeme: odpovídající vzdělání podle zákona 96/2004 Sb. testní bezúhonnost; flexibilitu; smysl pro týmovou práci; samostatnost a komunikativnost; profesní přístup; loajalitu.

Více informací: MUDr. Dan Romportl, Manager pro zdravotní péči, Telefon: +420 725 583 482 dan.romportl@lifestarhc.cz

Zasláním životopisu udělujete firmě LIFE STAR hc, a.s. souhlas se zpracováním a uchováním Vašich osobních údajů ve smyslu § 5, odst. 2 a 5 Zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů. Firma LIFE STAR hc, a.s. si vyhrazuje právo výběrové řízení zrušit, případně nevybrat žádného uchazeče.

Sídlo firmy: LIFE STAR hc, a.s., Smetanovo nábřeží 327/14, Praha 1 Staré Město, PSČ 110 00

Volání po záchraně zdravotnictví

Česká lékařská komora svolala tiskovou konferenci, na které oznámila, že již nemůže ručit za kvalitu lékařské péče, a proto vyzvala vládu, aby připravila plán na záchranu českého zdravotnictví. Měl by obsahovat mimo jiné pravidelnou valorizaci platby za státní pojištěnce, zavedení zdravotní daně na tabák a alkohol, zvyšování platů lékařů a ostatních zdravotníků minimálně o deset procent každý rok a sjednocení platových tabulek ve státních i soukromých nemocnicích.

Poptávka po lékařích roste



„Když jsem byl prezidentem naší komory vyzván k účasti na tiskové konferenci, přemýšlel jsem, čím bych mohl aktivně přispět, abych na konferenci nebyl pouhým křovím,“

říká MUDr. Jiří Wicherek, primář rehabilitačního oddělení Nemocnice Stod, soukromý lékař, člen etické komise ČLK a předseda OS ČLK Plzeň-jih.

„Vzpomněl jsem si na nedávnou debatu na Medical Tribune nad článkem Václava Pergla v Právu koncem února t. r. ohledně počtu lékařů chybějících v našich nemocnicích. V článku se střetly dva názory: prezidenta ČLK dr. Kubka *„Pokud by se měl dodržovat zákoník práce, pak v nemocnicích chybí asi 20 procent lékařů, to je zhruba 3500“* a místopředsedy Asociace českých a moravských nemocnic profesora Petra Fialy *„Chybí asi 300 až 400 lékařů, a to napříč celou republikou i různými typy nemocnic“*.

Rozhodl jsem se přidat názor třetí, taktéž

Poptávka po lékařích v krajských nemocnicích (stav k 1. 3. 2016)

1. Středočeský	96
2. Jihočeský	41
3. Plzeňský	57
4. Karlovarský	32
5. Ústecký	46
6. Liberecký	48
7. Královéhradecký	54
8. Pardubický	58
9. Vysočina	68
10. Jihomoravský	91
11. Olomoucký	57
12. Moravskoslezský	124
13. Zlínský	54
CELKEM	826

Přehled zpracovaný ČLK na základě inzerce ve veřejně dostupných médiích.



Foto: Michal Šojka

napříč republikou, kraj po kraji, nemocnice po nemocnicích. A to podle poptávky zřizovatelů, majitelů, resp. ředitelů nemocnic v nabídkách volných míst lékařů na webových stránkách nemocnic. Prošel jsem webové stránky všech typů nemocnic – fakultních a regionálních nemocnic, bez ohledu na zřizovatele, majitele... Z hledání jsem vyjmul pouze nemocnice pražské, protože mi šlo hlavně o nemocnice v jednotlivých krajích. Nejsem si samozřejmě zcela jist, že se mi podařilo navštívit stránky všech nemocnic, takže číslo udávající počet poptávaných lékařů je možná i vyšší než mnou zjištěných 826 míst nabízených lékařům. K tomuto číslu je třeba přičíst chybějící lékaře v mnou „opominuté“ Praze. Dovolil jsem si udělat odhad chybějících 100–150 lékařů. To znamená, že celkový počet lékařů, které ředitelé nemocnic poptávají, se bude nejspíše blížit k 1000.

Co se absolutního počtu hledaných lékařů v krajích týče, drží první tři příčky kraje Moravskoslezský, Středočeský a Jihomoravský. Tyto kraje mají také nejvíce nemocnic. Při posuzování počtu hledaných lékařů na počet nemocnic pak první příčku drží Kraj Vysočina, kde hledají průměrně 11 lékařů na nemocnici.

Při procházení nabídek volných míst pro lékaře na webových stránkách jsem narazil na zajímavý jev. Prakticky, napříč spektrem oborů, zcela vymizela výběrová řízení na primáře oddělení. Ba dokonce jsem četl i nabídky míst primářů s náborovým příspěvkem 100 000

korun. Mám to za jev, který nejenže potvrzuje současnou personální nouzi, ale zároveň je to jev velmi závažný. Je totiž zcela logické, že není-li výběru, klesá kvalita. A u koho by mělo být dbáno na kvalitu více než u primářů oddělení? Primář oddělení musí totiž být nejen řádným odborníkem ve svém oboru, ale musí mít náležitě řídicí schopnosti a nemalé pedagogické nadání. Vždyť přece primáři oddělení v nemocnicích jsou páteří nejen vzdělávání, ale i výchovy mladých kolegů a kolegyně. Najmě primáři jsou totiž těmi, kteří svým podřízeným vštěpují nejen odborné znalosti, svěřují své zkušenosti, ale i zásady etiky našeho povolání. Za výše uvedené situace, při absenci výběru, si kvalitou vedoucích lékařů oddělení nejsem příliš jist. Darmo se neříká „Jaký pán...“ Obávám se, že ten vynuceně „měkký“ přístup k přijímání nových primářů bude mít neblahé dopady i na další generace lékařů a lékařek nastupujících do nemocnic. Nu, snad se mýlím.“

Jiří Wicherek



Těžká situace malých nemocnic

„Situace v Libereckém kraji koreponduje s problémy, na které upozorňuje ČLK, hlavně s nedostatkem zdravotnického personálu,

lékařů i sester. Všem nemocnicím chybí

větší či menší počet lékařů a sester napříč odbornostmi,“ tvrdí MUDr. Ivana Vraná, vedoucí lékařka neonatologického oddělení Nemocnice Jablonec nad Nisou, členka představenstva a etické komise ČLK.

„V tomto kraji je vzhledem k horší dopravní obslužnosti více menších nemocnic, na které současná situace dopadá obzvláště tvrdě. Již v několika předcházejících letech začala zanikat v tomto kraji celá oddělení. Z těch dřívějších mohu jmenovat porodnické oddělení ve Frýdlantu, dětské oddělení v Turnově, potom porodnicko-gynekologického oddělení v Turnově, následované v roce 2012 uzavřením chirurgického oddělení v Tanvaldu. Nemocnice se zavírají, ale pacienti být ošetřeni musí, proto péči o ně přebírají okolní nemocnice, ale bez posílení personálu a bez zvýšení počtu lůžek, což klade na zdravotníky zvýšené nároky. V případě chirurgických pacientů musí být vždy ponechána rezerva na akutní a onkologické případy, takže v důsledku uzavírání těchto oddělení musí být ve zbylých nemocnicích odkládány plánované operace. V loňském roce vznikly existenční problémy v nemocnici ve Frýdlantu, jejichž řešení vyústilo v uzavření lůžkového interního oddělení v září 2015 a jeho nahrazení interní ambulancí, která koncem března letošního roku končí také a bude zde provozována jen rozšířená lékařská pohotovostní služba v omezených ordinačních hodinách. Nemocnice v Semilech měla personální problémy na chirurgickém a interním oddělení. Provoz chirurgie byl dočasně omezen, ale nakonec byla situace vyřešena za pomoci chirurgického oddělení v Liberci, odkud lékaři dojíždějí na semilskou chirurgii dosud. Horší to bylo s internou v Semilech, kde dočasně vypomáhali internisté z Jilemnice, nakonec ale byl provoz semilské lůžkové interny od 1. 1. 2016 ukončen, takže teď disponuje nemocnice pouze interní ambulancí.

Sama jsem dlouholetý nemocniční pediatr a v poslední době pozoruji výrazné zhoršení pracovních podmínek, s jakým jsem se dosud nesetkala, hlavně pokud jde o nedostatek lékařů. Ti v poslední době odcházejí hlavně do soukromého sektoru, kde jsou příznivější podmínky, a hlavně nemusí tolik sloužit, což lékařkám matkám obzvláště vadí. Zrušila se noční LSPP, ale nebylo to dostatečně vysvětleno pacientům, takže ti běžně v nočních hodinách nemocnici s banálními problémy navštěvují a žádný z lékařů by si je nedovolil nevyšetřit. Navíc k dětem v terénu běžně vyjíždí jen RZP místo RLP, která nemůže žádné ošetření provést, jen jako taxislužba je přiveze na dětské oddělení. Toto vše přispívá k velké jak pracovní, tak psychické zátěži i naštvání



pediatrů, kteří při nejbližší příležitosti nemocnice opouštějí, protože si připadají zneužívání. Totéž se týká samozřejmě i interních oddělení. A to nemluvím o velkém nárůstu administrativy, který rovněž vede ke značnému znechucení lékařů. Mohla bych mluvit o spoustě dalších věcí, neboť v nemocnici pracuji opravdu dlouho a dost změn jsem zažila. Tato situace je již opravdu nezdravá a je třeba na ni opakovaně poukazovat, což právě dělám, protože nechci jako členka představenstva ČLK, která je garantem kvality lékařské péče, být spoluzodpovědná za její snižování.“

Ivana Vraná



Akutní pacienti v ohrožení

„Zdravotnická záchranná služba se potýká nejen s nedostatkem lékařů a zdravotníků ve svých řadách, ale především s důsledky

nedostatečného počtu personálu v nemocnicích,“ říká MUDr. Mgr. Dita Mlynářová, pracovnice záchranné služby Středočeského kraje a hl. m. Prahy, členka představenstva a právnička ČLK.

„Počty výjezdových skupin by měly vždy odpovídat počtu obyvatel a dalším demografickým údajům v dané lokalitě. Mnohdy jsou však zákonem stanovené dojezdové doby tzv. na hraně. Za běžných podmínek jsou splnitelné, při nepříznivých povětrnostních podmínkách nebo při větším počtu současně volajících je již jejich dodržení obtížné. Zdravotnické záchranné služby by také potřebovaly zvyšovat počty personálu, navyšovat počty výjezdových základen tak, aby pokud možno odpovídaly i územněsamosprávním celkům a mohly tak

flexibilněji reagovat na změnu demografických parametrů daného regionu. Jenže personál chybí a finanční prostředky jsou omezené.

Dnes již není běžné, že by výjezdová skupina ZZS po ošetření pacienta směřovala s tímto pacientem automaticky do nejbližšího zdravotnického zařízení, dříve označovaného jako spádové. Dispečink ZZS musí nejprve telefonicky ověřit, zda je kapacita cílového zdravotnického zařízení taková, že pacienta ještě může přijmout. Všichni jste jistě zaznamenali i v médiích opakované stesky záchranářů na to, že jim nemocnice odmítají přijetí pacientů. Hlavním důvodem takových odmítnutí je naplněná kapacita zdravotnického zařízení, jinými slovy již není volné lůžko pro pacienta. A právě počty lůžek stále klesají.

Pokud se ohlédneme jen za uplynulými měsíci, najdeme mnoho příkladů redukce lůžkových fondů. Takovým příkladem je uzavření neurologického oddělení Nemocnice Na Františku, sloučení cévní chirurgie s chirurgickým oddělením v nemocnici v Kolíně nebo třeba omezení provozu chirurgie v Městci Králové.

Ačkoli je příčin, které vyústí v uzavření či omezení provozu nějakého oddělení, vždy více, klíčovou je nedostatek personálu. Nedostatečné úhrady ze strany zdravotních pojišťoven, fakticky jejich diktát výše úhrad, zvaný regulační opatření, vede k ekonomickému propadu menších nemocnic, k odlivu chronicky přetěžovaného personálu a k redukcii počtu lůžek. Dalším důsledkem je pak nejen prodloužení čekacích dob na plánované výkony, ale také menší kapacita pro akutní ošetření pacientů mimo běžnou pracovní dobu. Bohužel se to týká i pacientů, kteří byli primárně ošetřeni zdravotnickou záchrannou službou.

V mnoha menších městech za existenci své nemocnice vděčí občané více dotacím a pod-



poře města než finančním prostředkům ze zdravotního pojištění. Takovým příkladem je i nymburská nemocnice, do jejíž rekonstrukce investuje město nemalé částky.

Budování urgentních příjmů také neprobíhá tak rychle, jak by bylo zapotřebí, jsou nákladné a chybějí prostředky k jejich výstavbě i vybavení. Kapacitní důvody

jsou tedy velmi častou příčinou směřování akutního pacienta do jiného zdravotnického zařízení, přičemž je třeba si uvědomit, že délka transportu může mít vliv na pacientovy šance do budoucna.

Pokud se na situaci podíváme z pohledu mladého lékaře, musíme konstatovat, že není vůbec lehké získat specializaci. Uvolnění na

stáže je pro mnohé poskytovatele zdravotních služeb drahé, výchova mladého odborníka zdlouhavá a nákladná. Stále jsou tedy mladí lékaři nuceni k podpisu kvalifikačních dohod. Na druhou stranu si musíme uvědomit, že nemocnice platí během stáží svého zaměstnance, ale on práci odvádí jinde, v jiném zdravotnickém zařízení.

Mladým lékařům také chybějí zkušenosti kolegové, kteří by je mohli školit. Lékařů středního věku ubývá v nemocnicích nejvíce. Zákon o vzdělávání lékařů přesně vymezuje, jaký dohled má být nad mladým lékařem, podle stupně jeho erudice. Nedostatek personálu však nutí zdravotnická zařízení toto porušovat.

Jak mladí lékaři, tak i jejich zkušení kolegové odcházejí ve velkém počtu do zahraničí. Není se čemu divit, s lepší mvybavením, za vyšší odměnu a bez obrovského množství přesčasů zde vykonávají dál své povolání. Jen prostředí a jazyk jsou jiné.

Budeme-li dnes hledat nespokojeného lékaře, neuvidíme je stávkovat, jen mlčky odcházet.“

Dita Mlynářová

Akutní interní ambulance ve Frýdlantu na konci března skončí

Akutní interní ambulance, která v Nemocnici Frýdlant funguje od loňského září, na konci března ukončí provoz. Dál bude fungovat jen pohotovost. Nemocnice Frýdlant nabídla městu, že bude provozovat rozšířenou 24hodinovou pohotovostní službu, podmínkou je ale příspěvek obcí.

Jinak zůstane pohotovost ve standardním režimu – ve všedních dnech do 20.00 a o sobotách, nedělích a svátcích dopoledne. Pak budou muset pacienti do 30 minut vzdálené Krajské nemocnice v Liberci. ČTK to řekl jednatel Nemocnice Frýdlant Zdeněk Kubr.

Nemocnice Frýdlant patří do skupiny EUC (dříve Euroclinicum). Akutní interní ambulance tam byla zřízena jako provizorní řešení poté, co tamní nemocnice od září uzavřela lůžkovou internu. Důvodem byl nejen nedostatek lékařů, ale také nedostatečné přístrojové vybavení.

Podle Kubra nemocnice od té doby každý

měsíc na provoz ambulance doplácí zhruba 300 000 korun. Loni sice na provoz zhruba 400 000 Kč přispěl kraj a obce, od začátku roku je ale ambulance plně v režii nemocnice. Na dofinancování 24hodinového provozu pohotovosti chce nemocnice od obcí 3,5 milionu korun, zhruba 750 000 dává na zajištění pohotovostní služby Liberecký kraj.

„Na nepřetržitý provoz by podle nás měly přispívat obce ze svých rozpočtů. V podobné situaci je řada jiných malých nemocnic. V dnešní době, kdy je ve všech českých regionech hustá síť špičkových zdravotnických zařízení s dostatečným dojezdovým časem pro sanitky, jsou pohotovosti v malých městech luxusem,“ vysvětlil Kubr, který je členem představenstva ECU.

Podle starosty Dana Ramzera (ODS) je Frýdlant připraven o případném příspěvku jednat, ale pouze v případě, že se na podpoře shodnou minimálně obce Frýdlantského výběžku. Ne všechny obce jsou ale pro.

Obyvatelé Frýdlantu i okolních obcí se o budoucnost nemocnice bojí. „Už tu zrušili dětské oddělení, porodnici, k očnímu nebo

zubaři jezdíme do Liberce,“ posteskla si Libuše Tuhá z Vísky. Pavel Kraus, který je po operaci kolene a do nemocnice dochází na rehabilitaci, má obavy, co z péče ve Frýdlantu zůstane. „Bydlím sto metrů od nemocnice a jdu sem čtvrt hodiny, v jakém jsem stavu. Druhé koleno mě čeká. Jak budu asi jezdit do Liberce, nedovedu si to představit,“ poznamenal.

Podle Kubra se ve Frýdlantu ruší obory už posledních více než deset let, EUC však nemocnici vlastní až od roku 2013. „Ke zrušení interního oddělení jsme museli přistoupit, protože byl nedostatek lékařů. Samozřejmě i s růstem odbornosti a specializací a centralizace péče docházelo k odlivu pacientů zejména do krajské nemocnice,“ vysvětlil.

Není to podle Kubra jen problém frýdlantské nemocnice, ale i podstatně větší Nemocnice v Semilech. Ve městě však sílí hlasy, že řešením pro Frýdlant by bylo, kdyby tamní nemocnici koupila Krajská nemocnice Liberec. Kubr jednání nevyloučil. „Žádnou oficiální nabídku jsme ale nedostali,“ dodal.

ČTK, 28. 2. 2016

Deset a více důvodů, proč chybí sestry a ostatní zdravotníci

I přes letité a stále se prohlubující problémy v systému zdravotnictví a sociální péče dospěl stav do bodu VARU. Varovaly jsme my sestry, varoval odborový svaz zdravotnictví a sociální péče, varovala lékařská komora a varovaly i další profesní organizace. „Vaří“ se to kolem sester, kolem lékařů, ale i kolem ostatního zdravotnického personálu.

Možná by se dalo říct, že „konečně“ se systémem hrotí a konečně s tím někdo něco udělá.

Důvody, proč se tak děje, jsme tu psali a četli tisíckrát. Dohadujeme se mezi sebou, kdo má větší pravdu a čím řešení systém zaručeně zachrání. Já, byť od přírody realista s příměsí trochou optimisty, začínám v tomto případě být těžký pesimista a skeptik.

Tomuto systému totiž podle mého už není pomoci. Ten čas, kdy se dalo mnohé změnit, jsme dávno propásli. Zdravotníci ztratili trpělivost. Jsou stejně pesimističtí a skeptičtí jako já. Prostě rezignovali. Mnozí od odchodu uvažují a mnozí právě odcházejí. Ti, kteří obor dlouze a draze vystudovali, k lůžkům vůbec nejdou. Ti, kteří ze systému odešli, se do něj již nikdy nevrátí, a ti, kteří v něm ještě pracují, jsou ohroženi na svém zdraví syndromem vyhoření a dalšími psychickými problémy, o těch fyzických ani nemluví. Jsou to ale ti, jimž ještě i za těchto podmínek záleží na tom, aby nebyla ohrožena kvalita péče o pacienta. A co za to sklízí? Dostávám se k otázce: Proč také možná chybí sestry?

Myslím, že stále diskutovaným důvodem, který se prostě nedá popřít, je finanční ohodnocení. Díky OSZSP, který se snaží pravidelným vyjednáváním o platech, nám některým byla aktuálně během dvou let opakovaně navýšena tabulková částka platu. Tam, kde mají mzdy, jsou na tom o poznání hůře. Nejenže jsou mnohde o tisíce korun hůře placeni za tutéž práci, ale je jen na vůli zaměstnavatele a síle odborů, jestli jim nějaké ty „drobné“ k výplatě také přihodí.

Nejen podle mého názoru pomůže opravdu skokové navýšení platů a mezd. Jenže k tomu nemá nikdo odvalu. Nějak vlivným lidem nedochází, že bez zdravotníků se tu naši pacienti, naše nemocnice a ostatní za-

řízení opravdu neobejdou. A kdo si myslí, že si je přiveze z východní Evropy, je opravdu velký naiva.

Druhý, velice diskutovaný problém jak u sester, tak lékařů je vzdělávání. Není pochyb o tom, že tady se pokazilo, co se dalo, a pochybuji, že se to podaří nějak zásadně vyřešit. Nicméně novela zákona č. 96/2004 Sb. je právě v připomínkovém řízení a chystá se do dalšího legislativního procesu. Já věřím a doufám, tedy spíše doufám, že si všichni, kdo na novele aktuálně pracují, uvědomují, jak je situace vážná a že je nutné udělat takovou změnu, která zásadně ovlivní jak rozhodování budoucích zdravotníků, tak ta stávající.

Velice špatná personální vyhláška. Další problém. Nicméně i kdyby byla sebelepší a v systému nebudou sestry, je její novelizace prakticky zbytečná.

A teď si trochu „naplivu“ do vlastních řad. Nicméně mi píšou sestry a další zdravotníci o šikaně na pracovištích. O tom, jak jsou zneužíváni na práci, která jim nepřísluší (úklid sutě po zednických pracích, po výměně oken, po malířích, mytí oken a další a další „vysoce odborné“ práce, ke kterým tu nutíme sestry studovat vysokou školu). O tom, jak sestry z ARO, které se starají o pacienty v kritickém stavu, vybíhají od lůžek ke KPR, zároveň odváží zemřelé na patologii. O tom, jak sestry opouští svá pracoviště a běhají se vzorky do laboratoře, o tom, že se denně i přes tyhle problémy sestrám vyhrožuje, zastrašují se, šmírují svými managementy, o tom, že i některé velké FN nevybavují svůj personál ochrannými prostředky, obuví, rukavicemi, jak mají na týden jednu uniformu. O tom, že se neustále porušuje zákoník práce ve smyslu neproplácení přesčasů, odvolávání ze směn ze dne na den, také o tom, jak se manipuluje s dovolenou, která se zpětně dopisuje do pracovních výkazů, které mnohde sestry ani nevidí, jak se manipuluje se samotnými pracovními výkazy. Poté, co tyto zprávy dostávám, jsem opravdu skeptik v tom, zda nám je vůbec možno pomoci.

Protože v takových podmínkách se prostě pracovat a poskytovat dobrá péče nedá! Mnohdy, zdůrazňuji, že ne vždy, si ale za to, jak se k nám vedení chová, můžeme sami. Ano, je to tak. Stále se tu oháníme jakousi profesí-



Foto: Shutterstock

onální hrdostí, ale pak klidně vezmeme kýbl a hadr a jedem.

Takhle bych mohla pokračovat dál. I v tomto svrabu a personální krizi se najdou kolegové, a je jedno, jestli z řad vedení anebo přímo spolupracovníci, kteří s chutí ostatním znepřijemňují život. Je celkem jedno, jaký způsob k tomu zvolí. Moje rada tedy zní: Máte pochybnosti o tom, že v minimálním personálním obsazení směny zvládnete kvalitně a bezpečně péči o pacienta? Napište to vedení! Nemáte dostatek pomůcek ke své práci? Napište to vedení!

Šikanuje vás někdo na pracovišti? Pakliže nemáte nikoho, kdo vás podpoří, odejděte! Pakliže máte kolegy, kteří vám jsou ochotni pomoci, řešte to! Naučte se říkat v tu správnou chvíli NE! Každý jsme svého štěstí strůjce. Napište nám své stížnosti na Facebook na naše stránky Sekce nelékařů při OSZ, ale hlavně pište svým nadřízeným. Anebo pište i na FB, ale když už vám poradíme, je opravdu potřeba problém aktivně řešit. Čím horší budeme mít podmínky k práci, tím nás zůstane na pracovištích méně, i kdyby nás zlatem platili. Všem kolegům přeji pevné nervy a hodně štěstí.

Dana Krásová, všeobecná sestra

www.tribune.cz, 29. 2. 2016

Česká média o krizi ve zdravotnictví

Česká média, celostátní i regionální, se průběžně věnují neutěšené situaci v našem zdravotnictví. Přinášíme zde výňatky z některých článků.

Karlovarský kraj přidá sestřím a lékařům interny

26. 2. 2016, ČTK

Lékaři a sestry interních oddělení nemocnic v Karlovarském kraji dostanou výrazně přidáno. Krajský zastupitelé schválili uvolnění 14,5 milionu korun na zvýšení mezd a náborové příspěvky zdravotníků interních oddělení. Lékaři si polepší nejméně o 7000 měsíčně, sestry o 2000 korun. Peníze navíc mají pomoci udržet a nalákat personál do interních oddělení.

Mimořádný příspěvek na platy internistů kritizovali jen někteří opoziční komunisté. Podle Jaroslava Borky (KSČM) se tím otevírá Pandořina skříňka, protože o zvýšení mezd tak mohou žádat další oddělení a kraj by se nakonec mohl dostat do situace, kdy bude muset platit další miliony zdravotníkům.

Náměstek hejtmána Jakub Páník (ČSSD) ale řekl, že jej představitelé nemocnic ujistili, že další požadavky vznášet nebudou. „*Situace ve všech odděleních je velmi složitá, co se týká počtu lékařů a středního zdravotnického personálu. Podle všech poskytovatelů je interna základ nemocnice. Ve chvíli, kdy by se zhroutily interny, všechna ostatní oddělení mají velký problém,*“ uvedl Páník.

Schválený příspěvek je podle něj na dobu do konce února příštího roku. „*Vedeme diskuse s ministerstvem i v rámci asociace krajů. Věříme, že dokážeme přesvědčit koaliční partnery ve vládě, že musí dojít ke skokovému navýšení mezd zdravotnického personálu, jak už předkládal ministr zdravotnictví Němeček na podzim loňského roku. Je to prostě nutnost. Vidíme, jak se vyvíjí trh poskytování zdravotní péče kolem nás, a musíme na to reagovat. Ve chvíli, kdy by k tomu došlo, tak by kraj od suplování funkce státu upustil,*“ řekl Páník ČTK.

Peníze kraj poukáže nemocnicím formou závazku veřejné služby. Je to podle právníků kraje nejschůdnější způsob.

Ve čtyřech nemocnicích v kraji, které mají interní oddělení, nyní chybí 16 lékařů a 37 sester. Loni na podzim už hrozilo uzavření interny v Sokolově, provozovatel nemocnice, společnost Nemos, ale nakonec dokázala chod oddělení zajistit.

Čtyři miliony z celkových 14,5 milionu pů-

jdou na náborové příspěvky. Pro sestry budou ve výši až 150 000 korun, pro lékaře až 400 000 korun, pokud se zavážou po dobu tří až pěti let, podle dosaženého vzdělání, v kraji pracovat. Zbytek se rozdělí zdravotníkům na internách.

Doktoři odešli, sestry došly

25. 2. 2016, Týdeník Květy

Co ředitel nemocnice, to pravděpodobně stesky na to, že mu chybějí lidé. V Praze se otevřeně hovoří o stovkách sesterských míst, která by byla potřeba obsadit, leč není kým. Podobně zle jsou na tom i ostatní kraje. Karlovarský trpí nedostatkem asi 50 lékařů a desítek sester. Aby ne, když Německo je za rohem a zdravotnický personál platí mnohem velkoryseji... O „časované bombě“ hovoří třeba v nemocnici v Blansku. Ředitelé českých nemocnic se vesměs shodují na tom, že zanedlouho bude nutné začít se zavíráním některých oddělení. Lékaři, sestry i zdravotničtí asistenti jsou už teď mnohdy na pokraji sil.

I nemocnice v Rychnově se potýká s nedostatkem lékařů

25. 2. 2016, Náchodský deník

Některé nemocnice jsou na tom po personální stránce již tak špatně, že některá svá oddělení rovnou zavírají.

Tak tomu zatím není v Rychnově nad Kněžnou, ačkoli ani zde není situace ideální. „Nemáme zavřené žádné oddělení, omezení jsme zavedli na interně. Je to hlavně z důvodu pracovní neschopnosti některých sester – jsou na nemocenské nebo mateřské,“ prozradila tisková mluvčí nemocnice Hana Voborníková.

Proč? Lékaři a sestry odcházejí do zahraničí za lepším ohodnocením. Roste věk lékařů i dalších pracovníků.

Ze zhruba tisíce absolventů ročně je třetina cizinců, kteří odcházejí, třetina dalších absolventů také odchází a třetina zůstává.

V Česku chybějí stovky lékařů a tisíc sester

21. 2. 2016, Novinky.cz

České republice chybějí stovky lékařů a přes tisíc zdravotních sester. A nemá je kdo nahradit. V některých nemocnicích už je situace tak vážná, že musejí být uzavírána celá oddělení nebo je v nich omezen provoz. Přitom do zahraničí za lepším platem z Česka předloni odešlo 559 lékařů.

„Pokud by se měl dodržovat zákoník práce, pak v nemocnicích chybí asi 20 procent lékařů, to je zhruba 3500,“ sdělil Právu Milan Kubek, prezident České lékařské komory.

Podle zákoníku práce by totiž lékaři po službách měli odcházet domů. Ve skutečnosti ale nastupují na oddělení, protože nemá kdo sloužit. Tak mají mnoho přesčasů.

Obce, kde chybějí doktoři. Ministr slíbil 250 tisíc na pořízení ordinace

17. 2. 2016, Českolipský deník

„V lokalitách, kde je problém se zajištěním praktika, což by mělo být dokumentováno tím, že zde aspoň jednou bylo vypsáno neúspěšné výběrové řízení, bude nový lékař moci žádat ministerstvo o jeden ze dvou druhů podpory. Jsme připraveni do programu dát minimálně pět milionů korun,“ řekl ministr Němeček. Podpora je určena pro první rok rozjezdu ordinace do 250 000 korun, buď na vybavení (maximálně do 70 procent nákladů), nebo na plat zdravotní sestry (do padesáti procent v prvním roce praxe).

Dotáčnický program byl rozeslán k připomín-

Inzerce

Zaměstnáme dětské i všeobecné praktické lékaře, s atestací/bez atestace, pro ambulance v Ústeckém a Jihočeském kraji.

- Urgentně sháníme všeobecného praktického lékaře do Ústí n. Labem, Děčína a Františkových Lázní.
- Do Českých Budějovic přijmeme praktického lékaře pro dospělé na plný pracovní úvazek. Nástup květen/červen 2016, možnost služebního bytu.

Nabízíme nadstandardní mzdové podmínky i bonusový program dle pracovního nasazení, včetně služebního vozu k osobnímu užívání, zaměstnanecké výhody a podporu vzdělávání v oboru. Při rychlém jednání finanční bonus.

- Dále zaměstnáme klinického alergologa – imunologa v Litoměřicích. Nástup možný ihned. Nadstandardní podmínky.

Kontakt: info@osobni-lekar.com, tel: + 420 602 345 726



Foto: Shutterstock

kám a předpokládá se, že první výzvy k přihlášení budou už v dubnu, maximálně začátkem května. Předseda Svazu měst a obcí ČR František Lukl doplnil, že obce podpoří začínající lékaře například poskytnutím prostor pro ordinaci či nákupem zimních pneumatik v horských oblastech. Ukáže-li se potřeba podpořit i jiné lékařské odbornosti, je ministerstvo připraveno rozšířit program také na ně.

Doktoři chybějí napříč Českem, řešení hledají kraje i ministerstvo

20. 1. 2016, *ct24.cz*

Mělník, Frýdlant, Sušice, Semily, Nový Bydžov (JIP), Trutnov, Hradec Králové (dětské). Málo lékařů i zdravotních sester mají nemocnice napříč kraji, doktoři chybějí i některým fakultním. Důsledkem je omezování provozu, zavírání celých oddělení, případně snižování počtu lůžek. Například Královéhradecký kraj, který byl za minulý rok nucený omezit provoz hned v několika nemocnicích, proto svolal jednání personalistů jednotlivých nemocnic, na kterém budou problém společně řešit. Desítky lůžek musela v posledním roce zrušit také nemocnice v Mělníku, péči o pacienty omezovaly Frýdlant, Sušice nebo Semily.

Od ledna Královéhradecký kraj kvůli nedostatku lékařů zrušil jednotku intenzivní péče v Novém Bydžově. „Administrativa bují a bohužel peníze na zdravotnictví nejsou. Takže lékaři a sestry odcházejí a tohle je jeden z důsledků,“ řekl starosta Nového Bydžova Pavel Louda (ODS).

Už loni na podzim byla pro nedostatek personálu zrušena celonoční pohotovost v hradecké fakultní nemocnici, v Trutnově zase omezili provoz na lůžkovém oddělení interny. „V současné době chybí v nemocnicích zdravotnického holdingu zhruba 30 lékařů a stejný počet zdravotních sester,“ řekla radní pro zdravotnictví Královéhradeckého kraje Jana Třešňáková (ČSSD).

Přived' doktora, dostaneš odměnu

6. 1. 2016, *MF Dnes*

Přivedete zaměstnance. A pokud vydrží déle než zkušební dobu, dostanete stejnou částku, jako je jeho měsíční plat, za odměnu. Leták s takovou výzvou mají na očích zaměstnanci soukromé Nemocnice Mělník. Zdravotní ústav se tak snaží nalákat co nejvíce sester, které nemocnici chybějí zejména na oddělení interny a chirurgie.

Mělnický špitál přitom není v této situaci sám, zaměstnance hledají prakticky všechny středočeské nemocnice.

Nemocnicím chybějí lékaři a sestry

10. 12. 2015, *Právo*

Nemocnicím zřizovaným Zlínským krajem chybějí lékaři a zejména zdravotní sestry. Uvedl to hejtmanův náměstek Lubomír Nečas (SPO). Zdravotních sester chybí v nemocnicích desítky, u lékařů jde zejména o některé specializace, hlavně neurologie, také dětské speciality, uvedl Nečas. Zdravotnický personál chybí podle jeho slov ve všech nemocnicích, ve Zlíně, Uherském Hradišti, Vsetíně i Kroměříži. „V současnosti hledáme zhruba deset všeobecných sester a lékaře některých odborností,“ řekla mluvčí zlínské nemocnice Karla Havlíková.

Šéf jihočeských záchranářů: V zahraničí nás předběhli, přetáhli lékaře z okolí

11. 5. 2015, *denik.cz*

Záchranka v příhraničních krajích: Ústí nad Labem, jižní Čechy, Karlovarsko a Jesenicko, Oblastní nemocnice Kolín. Tady aktuálně chybí dvacet zdravotních sester. Nové se hlásí jen výjimečně. Nemocnice je ráda i za čtvrt úvazku.

Chotovinští stále marně shánějí dětského lékaře

11. 5. 2015, *denik.cz*

Chotoviny zdaleka nejsou jedinou vesni-

cí, která co nevidět přijde o dětského lékaře a nový se zatím neobjevil. Podle průzkumů bude pediatriů na Táborsku za pět let jako šafránu. Sehnat jednoho do Chotovin je již nyní nadlidský úkol.

Jen 36 kmenových lékařů má k dispozici Zdravotnická záchraná služba Jihočeského kraje. Další čtyřicet jich podle ředitele Marka Slabého chybí k tomu, aby bylo možné zajistit vlastními silami bezproblémový provoz. Jihočeská záchranka se proto neobejde bez pomoci řady externistů.

Nemocnicím komplikuje provoz trvalý nedostatek sester

24. 4. 2015, *ČRo*

České nemocnice si stěžují na nedostatek sester. Ženy, které náročnou a těžkou práci dělají, totiž často utíkají do soukromých ordinací. Mají tam méně práce a víc peněz. Letošní rok je obzvláště těžký třeba v kladenské nemocnici, kdy se o práci ucházela jen jediná čerstvá absolventka studia všeobecné sestry.

Rok práce a plat 24 tisíc. Nemocnice láká mladé lékaře, aby neodcházel

20. 3. 2015, *iDNES.cz*

Olomoucká fakultní nemocnice a zdejší lékařská fakulta to chtějí změnit pomocí nového náborového programu. Už letošním promovaným nabízejí práci na klinikách za více než dvacetitisícový plat.

„Chceme absolventům nabídnout seriózní podmínky. Stávající studenti šestého ročníku mají možnost získat plný pracovní úvazek na dobu jednoho roku v takzvaném adaptačním programu. Pokud se osvědčí a také jim se bude ve fakultní nemocnici líbit, budou po roce převáděni přímo na nová pracoviště,“ popisuje nový systém děkan Lékařské fakulty Univerzity Palackého Milan Kolář. Stipendium a malý úvazek za „nic moc“ mzdu má být minulostí.

Zdravotnické záchranky dostaly pokuty, lékaři nedodržují maximální povolenou pracovní dobu

2. 3. 2015, *ČRo-hradec.cz*

Státní úřad inspekce práce se nedávno zaměřil na záchrané služby po celé republice. Inspektori provedli kontroly ve všech státních i dvou soukromých zařízeních. Z patnácti kontrolovaných záchranek jich deset porušilo předpisy. Lékaři tam totiž zůstávají ve službě déle než povolených dvanáct hodin. Záchrané služby dostaly pokuty v řádech desítek tisíc korun.

Zdravotnictví udržují při životě cizinci

Každý pátý absolvent naší lékařské fakulty sbalí diplom a odchází do zahraničí za čtyřikrát lépe placenou prací hned po promoci. Každým rokem s nimi odcházejí další dvě stovky lékařů s praxí a kvalifikací. Zdravotnictví personálně krvácí a je stále více závislé na práci seniorů a cizinců. Každý čtvrtý pracující lékař či lékařka je v současnosti již starší 60 let.

Roste počet cizinců. Zatímco v roce 1992 jich bylo mezi členy ČLK 403 (1,48 %), pak na konci roku 2015 dosáhl počet cizinců čísla 2557 (4,88 %).

Mezi cizinci logicky dominují Slováci, kterých je v ČLK 1963. Počet Slováků však roste po přijetí eura a zvýšení platů v tamních nemocnicích již jen velmi zvolna. Práce v našich nemocnicích pro ně totiž přestává být

Lékaři cizinci - členové ČLK

Rok	Cizinci
1992	403
1993	449
1994	477
1995	518
1996	553
1997	581
1998	591
1999	593
2000	586
2001	660
2002	877
2003	1 228
2004	1 463
2005	1 650
2006	1 752
2007	1 813
2008	1 823
2009	1 848
2010	1 881
2011	1 991
2012	2 124
2013	2 263
2014	2 402
2015	2 557

	Lékaři se zahraniční LF			Lékaři cizí státní příslušníci
	2005	2010	2015	2015
Slovensko	1560	1671	1 993	1 963
Ukrajina	26	67	249	246
Rusko	41	67	156	133
Bělorusko	3	8	26	29
Polsko	8	14	21	17
Bulharsko	3	7	16	13
Uzbekistán	0	7	14	16
Kazachstán	1	4	9	9
Německo	0	8	9	10
Chorvatsko	0	0	0	2

finančně atraktivní. Dramaticky naopak stoupá počet lékařů ze zemí bývalého Sovětského svazu: 246 Ukrajinců, 133 Rusů, 29 Bělorusů... Za posledních deset let se například množství ukrajinských lékařů u nás zdesateronásobilo a počet Rusů stoupl čtyřikrát. Na rozdíl od Slovenska nebo Polska či Bulharska, odkud k nám také přicházejí lékaři, zůstává u lékařů z takzvaných třetích zemí problémem nostrifikace a aprobační zkouška. Lékařská komora již zaznamenala případy, kdy je lékař v nemocnici opakovaně zaměstnáván, aniž

by složil příslušné zkoušky. Nepochybně jde v takových případech minimálně o obcházení zákona.

V roce 2015 přijala ČLK celkem 1363 nových členů. Sto padesát z nich vystudovalo na Slovensku a 102 má diplomy z jiných zahraničních lékařských fakult. Nejčastěji, v 61 případech, jde o ukrajinské a ve 23 případech o ruské lékařské fakulty. Mezi v loňském roce přijatými lékaři bylo 284 Slováků a 116 ostatních cizinců, jmenovitě 58 Ukrajinců, 27 Rusů a 8 Bělorusů.

Lékaři přijatí do ČLK v roce 2015

Přijetí lékařů r. 2015						
měsíce	celkem přijato	z toho				pozdní vstupy
		slovenská LF	jiná zahraniční LF	státní příslušnost SR	jiná cizí státní příslušnost	
leden	59	5	6	17	7	3
únor	61	7	9	10	10	2
březen	60	6	11	14	10	1
duben	41	8	1	16	2	3
květen	83	6	6	14	8	4
červen	125	0	5	11	7	2
červenec	206	1	7	34	7	1
srpen	234	14	9	35	12	2
září	200	41	12	56	14	1
říjen	127	20	13	31	15	1
listopad	93	28	12	28	13	2
prosinec	74	14	11	18	11	0
celkem přijato v r. 2015	1363	150	102	284	116	22

**Lékaři cizinci
(v roce 2015)**

	počet lékařů
Ukrajina	58
Ruská federace	27
Bělorusko	8
Kazachstán	4
Portugalsko	4
Maďarsko	3
Uzbekistán	2
Litva	1
Indie	
Kypr	
Ghana	
Japonsko	
Gruzie	
Vietnam	
Bulharsko	
Afghánistán	
Norsko	

**Lékaři se zahraniční LF
(v roce 2015)**

	počet lékařů
Ukrajina	61
Ruská federace	23
Bělorusko	5
Kazachstán	3
Uzbekistán	2
Německo	1
Litva	
Sýrie	
Gruzie	
Afghánistán	
Mongolsko	
Polsko	
Nizozemí	

Rostoucí počet lékařů cizinců by sám o sobě nemusel být problém. I když já osobně, přestože jsem velkým zastáncem svo-

bodného pohybu občanů v rámci Evropské unie, bych absolventa Karlovy univerzity raději viděl léčit pacienty v Kolíně nad Labem než v Kolíně nad Rýnem. Odhlédneme-li od jazykové bariéry, pak hlavním problémem závislosti na práci lékařů-cizinců zůstává nestabilita takových pracovních sil. Řada cizinců spatřuje v našem zdravotnictví pouze první záchytný bod v rámci Evropské unie, kde si díky jazykové příbuznosti nejsnáze složí aprobační zkoušky, které jim otevřou dveře k lépe placené práci na Západě.

Naše podfinancované zdravotnictví si asi již opravdu nemůže příliš vybírat, přesto považujeme aktivitu některých nemocnic, jejichž ředitelé a vlastníci se snaží kvůli úsporám na mzdách cíleně zaměstnávat pouze lékaře a zdravotní sestry z Ukrajiny, za nežádoucí. O takových případech víme a Česká lékařská komora bude tyto nemocnice sledovat o to bedlivěji.

Milan Kubek

Dopis lékařů-cizinců prezidentovi ČLK

Vážený pane prezidente,
obracíme se na Vás s prosbou o přehodnocení průběhu aprobační zkoušky.

Jsme lékaři-cizinci a dlouhá léta pracujeme v různých českých nemocnicích, často v regionech, ve kterých zdravotnictví České republiky nenabízí zrovna nejlepší podmínky, ať již platové, nebo profesní. Často jsou to nepříliš lukrativní posty, např. nemocnice v malých městech, kde mají mnozí, zvláště mladí lékaři pocit, že tyto neposkytují dostatečné podmínky ke kariérnímu růstu. Víme o mnohých problémech české medicíny: nedostatku financí, masové emigraci českých lékařů do zahraničí,

zavírání oddělení i celých nemocnic, vysokém přetížení zdravotnického personálu. I přes všechny výše uvedené důvody bychom chtěli pokračovat v práci v České republice, protože se nám líbí tahle země a český národ. Většina z nás se tady cítí být doma mnohem více než ve své rodné zemi. Jsme přesvědčeni, že lékaři-imigranti mohou do jisté míry pomoci řešit problém nedostatku lékařů v Česku, stejně jako se to děje v mnohých evropských zemích. Naše šance na kvalitní pracovní zařazení jsou ovšem velmi ztíženy. V současné době nemůžeme pracovat na stejné úrovni s českými lékaři, protože mnohým z nás se

nedaří složit aprobační zkoušky i přesto, že máme dlouholeté zkušenosti s prací v Česku, pracujeme stejně dobře jako čeští lékaři a naše vzdělání v původní vlasti je na vysoké úrovni. Souhlasíme, že lékaři musí být vysoce kvalifikovaní, a proto navrhuje vnést změny do systému provádění aprobačních zkoušek. A sice podle státních zkoušek na českých zdravotnických univerzitách takto:

1. Rozdělit čtvrtou část zkoušky na několik etap, jako je to u absolventů českých univerzit, protože připravit se zároveň ke všem 4 oborům najednou je krajně obtížné.
2. Stanovit, že již vykonané části zkoušek nemají časově omezenou platnost, a požadovat opakování pouze těch částí, které nebyly složeny úspěšně.
3. Změnit kritéria hodnocení odpovědí, klást větší důraz na praktické a klinické otázky zkoušky.

4. Prověřit systém udělování aprobačních v některých spolkových zemích Německa (např. v Sasku), kdy po uznání diplomu bývá lékařům automaticky aprobační udělena. Nutné je v tomto případě pouze úspěšné absolvování jazykové zkoušky B2.

Děkujeme, že se budete našimi připomínkami zabývat. Věříme ve vzájemné porozumění a v další práci v českém zdravotnictví. Oboustranné pochopení a spolupráce je zárukou naší kvalitní práce v České republice.

S pozdravem

**Dr. Djamilia Momunkulová a dalších 36 lékařů
z Kyrgyzstánu, Ukrajiny, Kazachstánu,
Běloruska a Uzbekistánu**



Tak trochu kolonie a pro někoho zlatý důl

Ctvrt století po pádu komunistického režimu zůstávají nominální mzdy zaměstnanců v ČR pod jednou třetinou mezd v Německu nebo v Rakousku a i při nižších cenách je naše kupní síla sotva poloviční. Žalostný výsledek dvou dekad budování kapitalismu v Čechách.

Prakticky vše, co nebylo během Klausovy privatizace v devadesátých letech rozkradeno a co má tedy dnes nějakou hodnotu, patří v současnosti zahraničním vlastníkům. Do zahraničí tak formou zisku či dividend odtékají každoročně stovky miliard korun, které pak státu chybějí na investice do infrastruktury, na školství nebo na zdravotnictví, ale třeba i na důchody či na obranu.

Jistě je pravda, že zahraniční investoři a vlastníci zajišťují našim lidem práci. To ano. Je ale také pravda, že jde vesměs o práci velmi špatně placenou. Za plat jednoho německého zaměstnance si zahraniční firma může dovolit najmout tři Čechy. Ano, tak hluboko pod cenou prodáváme svoji práci. Naše země, léta vytěžovaná sovětským imperialismem, se dobrovolně nechala znovu vmanévrovat do pozice kolonie. Lidé živící se prací jsou uměle udržováni v chudobě kvůli prospěchu zahraničních investorů a domácích oligarchů, kteří díky tomu mají pohádkové zisky. Dokud nepřijmeme euro a nevyrovnáme příjmovou i cenovou hladinu s Německem, na jehož ekonomice jsme takřka absolutně závislí, tak tomu nebude jinak.

Následující článek analyzuje statistická data, podle nichž jen za první tři čtvrtletí loňského roku bylo z naší ekonomiky odčerpáno do zahraničí čistých 285 mld. Kč. Je to, jako kdyby každý z obyvatel ČR včetně důchodců a nemluvňat poslal do ciziny 27 500 Kč, což je více než jedna průměrná měsíční mzda, na kterou stejně dvě třetiny pracujících nedosáhnou. Částka je to obrovská. Vždyť například v roce 2013 (novější údaje ÚZIS dosud nezveřejnil) činily veškeré výdaje na zdravotnictví 291 miliard korun.

Česká republika je zkrátka zlatý důl, tedy pro někoho. Zlaté doly svým vlastníkům, jak známo, vynášejí. Již mnohem menší radostí však bývá v takových zlatých dolech muset pracovat.

Milan Kubek

Odliv peněz z Česka je jeden z nejsilnějších v EU

Od ledna do září loňského roku vytvořila česká ekonomika hrubý domácí produkt ve výši 3,30 bilionu Kč v běžných cenách. V podobě finančních prostředků z něho v ČR zůstalo ale jen 3,02 bilionu. Zbytek peněz odešel do zahraničí.

První tři čtvrtletí roku 2015 byla pro českou ekonomiku neobyčejně úspěšným obdobím. Hrubý domácí produkt (HDP), bez očištění o sezónní a kalendářní vlivy, se navýšil v reálném vyjádření o 4,3 % meziročně. K jeho růstu přispěly téměř všechny složky poptávky. Ubrala pouze bilance zahraničního obchodu. Ekonomice se velmi dařilo i z hlediska vývoje jednotlivých odvětví. Téměř všechna – od zpracovatelského průmyslu přes stavebnictví až po rozličná odvětví služeb – totiž zaznamenávala lepší výsledky než před rokem. HDP narostl nejrychleji za posledních osm let. **V Evropské unii českou ekonomiku z hlediska dynamiky hrubého domácího produktu předčily pouze tři země. Byla to Malta (+5,5 %), Lucembursko (+5,8 %) a Irsko (+7,0 %).**

Transakce se zahraničím

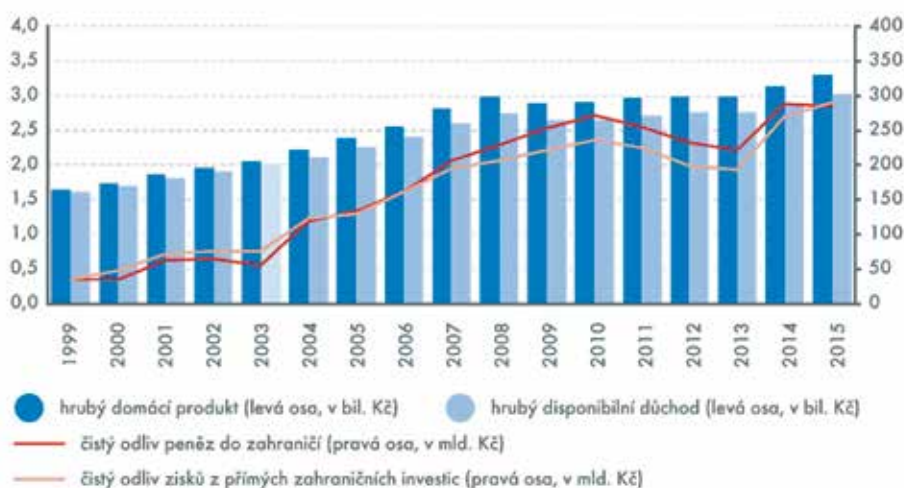
Přerozdělení peněz se zahraničím odpovídá širokému spektru transakcí. Klíčovými jsou:

- zisky z přímých zahraničních investic,
- příjmy z práce v zahraničí, úroky,
- povinné odvody do společného rozpočtu Evropské unie.

Pokud jde o kapitálové příjmy z rozpočtu Evropské unie, ty v těchto transakcích z metodických důvodů zohledněny nejsou.

Dynamika HDP v reálném vyjádření je pouze jedním z mnoha měřítek hospodářské-

Hrubý domácí produkt a hrubý disponibilní důchod v ČR (v běžných cenách)



¹ Pozn.: Údaje jsou za 1. až 3. čtvrtletí roku.

Zdroj: ČSÚ

ho rozvoje a úspěšnosti ekonomiky v průběhu času. A jakkoli vývoj tuzemské ekonomiky v prvních třech čtvrtletích roku 2015 vypadal podle tohoto ukazatele imponantně, jiné indikátory mohly nadšení mírnit. Jedním z nich byl hrubý disponibilní důchod.

Za hranice směřují stovky miliard

Hrubý disponibilní důchod zachycuje, jak už z jeho názvu vyplývá, jakými finančními prostředky domácí ekonomika

disponuje. Určuje, kolik peněz je v ní na spotřebu a investice. A jak je hrubý disponibilní důchod v případě České republiky vysoký? Je dlouhodobě nižší než hrubý domácí produkt. Ani období od ledna do září loňského roku nebylo výjimkou. **Zatímco HDP v běžných cenách dosáhl 3,30 bil. Kč, hrubý disponibilní důchod činil 3,02 bil. Kč.** Tím, čím se liší od HDP, jsou transakce se zahraničím. Dochází k nim ve dvou směrech. V jednom ekonomika finanční prostředky

ztrácí, to znamená, že peníze z ní odplouvají do zahraničí. Ve druhém je naopak získává. **V úhrnu Česká republika na přerozdělení tratí. Více prostředků z ní tedy odtéká, než naopak přitéká. V průběhu prvních tří čtvrtletí 2015 z Česka odešlo 449 mld. Kč. Ze zahraničí do ČR zamířilo 164 mld. Kč. Kvůli přerozdělení se zahraničím přišla česká ekonomika v lednu až září loňského roku o 285 mld. Kč, tj. o 8,6 % HDP.** Čistý odliv peněz byl mohutný. Silnější byl jen v prvních třech čtvrtletích let 2009 (8,7 %), 2010 (9,3 %) a 2014 (9,2 %).

Investorům náležitě i reinvestované zisky

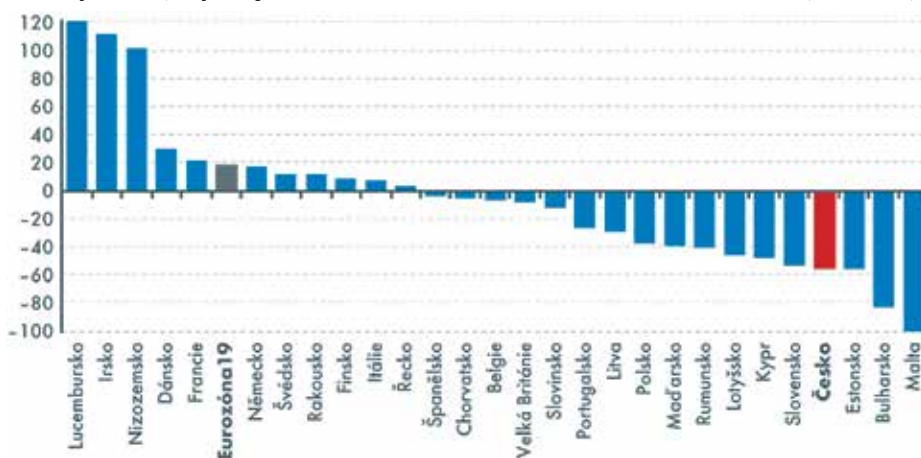
Zisky z přímých zahraničních investic se dělí na rozdělované důchody společností a reinvestované zisky. Rozdělované důchody společností odcházejí do země investora fyzicky. Reinvestované zisky zůstávají v cílové destinaci. Z ekonomické podstaty však odcházejí obě části zisků, neboť obě náležitě investorům.

Již víme, že hrubý disponibilní důchod České republiky je nižší než HDP. Také víme, že příčinou je silnější odliv peněz do zahraničí v porovnání s intenzitou přílivu do ekonomiky České republiky. Pokud se podíváme do struktury transakcí, zjistíme, že hlavní roli v tomto směru sehrávají zisky přímých zahraničních investorů. **Během prvních tří čtvrtletí 2015 si přímí zahraniční investoři přišli v Česku na 319 mld. Kč.** Domácím investorům přinesly jejich zahraniční investice pouze 29 mld. Kč. Proč je rozdíl v těchto ziscích tak markantní? Hlavní důvody jsou dva. Zaprvé objem přímých zahraničních investic v ČR je mnohem větší než velikost investic českých společností v cizině. Ty sice zvolna rostou, především po roce 2007, ale v porovnání s objemem zahraničního kapitálu v Česku zůstávají stále nízké. Zadruhé se liší ve fázi životního cyklu. Zatímco přímé zahraniční investice v ČR jsou již v pokročilé fázi, a tedy vysoce ziskové, české jsou mladé. Jejich hlavní čas – co se týče tvorby zisků – by měl teprve přijít.

Česko se většinou zemí EU vymyká

Rozdíl v objemu přímých zahraničních investic v České republice a tuzemských investic v zahraničí je možné ilustrovat na datech České národní banky. Podle údajů z konce roku 2014 činil objem kapitálu zahraničních investorů v české ekonomice 3,26 bil. Kč. Investice tuzemských společností v cizině byly nižší – necelý bilion (917 mld. Kč). Čistá pozice

Čistá pozice*) v přímých zahraničních investicích na konci roku 2014 (v % HDP)



*1 Pozn.: Čistá pozice Lucemburska je kladná, HDP přitom přesahuje zhruba desetinásobně. V případě Malty je tomu naopak.

Zdroj: ČSÚ, ČNB, Eurostat

Čistý odliv peněz do zahraničí, popřípadě čistý příliv*) do domácí ekonomiky v roce 2014 (v HDP)



*1 Pozn.: Za Bulharsko, Irsko, Lucembursko a Maltu nejsou data dostupná.

Zdroj: ČSÚ, Eurostat

ce se tak rovnala -2,34 bil. Kč. Nerovnováha české ekonomiky v přímých zahraničních investicích byla jedna z nejvýraznějších ze zemí EU. Větší rozdíl ve stavech, vyjádřeno relativně k HDP, měly na konci roku 2014 pouze tři země: Estonsko, Bulharsko a Malta. Jelikož právě nerovnováha ve stavech přímých zahraničních investic je hlavní příčinou čistého odlivu peněz z české ekonomiky do zahraničí a ta je přitom jednou z nejvýraznějších v EU, není překvapením, že také tento odliv patří k nejsilnějším. **Za celý rok 2014 odešlo z České republiky 8,7 % HDP. Jednalo se o nejhorší výsledek v Unii.** Je však třeba podotknout, že pro srovnání nebyla dostupná data čtyř zemí včetně Irska. A to je země, která na přerozdělení dlouhodobě ztrácí dokonce více peněz než my. Pozice české ekonomiky by tak byla ve skutečnosti zřejmě o jednu příčku lepší.

Zahraněční investoři berou, ale také dávají

Zahraněční investoři ze svých investic v Česku „sklízí sladké plody“. Byla by však chyba uvažovat o přímých zahraničních investicích pouze negativně. Jejich přínosy jsou totiž zjevné. Promítly se do růstu investiční aktivity, zmodernizovaly zpracovatelský průmysl, zvýšily exportní výkonnost české ekonomiky. Spolu s jejich přílivem pronikly do České republiky nové technologie, know-how a zkušenosti. **Je pravda, že velká část hrubého domácího produktu aktuálně končí v zahraničí. Bez přílivu zahraničního kapitálu by tomu tak jistě nebylo. Jenže bez zahraničního kapitálu by česká ekonomika s největší pravděpodobností nerostla tak, jak jsme pozorovali.** Nebyl by nakonec nižší i hrubý disponibilní důchod?

Lukáš Kučera, oddělení svodných analýz ČSÚ

Vývoj personální situace ve všeobecném praktickém lékařství a jeho perspektivy v ČR



V současné době celosvětově dochází k výraznému posunu v názorech na organizaci zdravotnictví a poskytování LPP, což také konstatovala generální ředitelka WHO Margaret Chan na 20. světové konferenci praktických lékařů v roce 2013 v Praze. Tyto jsou dramatické, vedou se o nich vášnivé debaty a odehrávají se na celém světě.

Podle Margaret Chan studie ukazují, že pacienti vyžadují přístupnou a cenově dostupnou péči. Chtějí především péči, která reaguje na ně jako na člověka, v jejich jedinečných rodinných a sociálních situacích. Lidé nechtějí, aby se s nimi zacházelo jako se soubory specializovaných částí těla. Nechtějí, aby jim byly „opravovány součástky“. Chtějí, aby se s nimi zacházelo jako s osobami, které mají sociální a duchovní život.

Zdravotní systém, jehož páteří je primární péče a jehož základnou jsou praktičtí lékaři, přináší nejlepší výsledky zdravotní péče s těmi nejnižšími náklady a maximální spokojeností uživatelů.

Populace stárnou. U pacientů se objevuje řada komorbidit, které mohou vyžadovat léčbu mnoha specialistů. Praktičtí lékaři by měli být strážci celého člověka a dbát na to, aby léčba naordinovaná různými lékaři nevedla k nebezpečným lékovým interakcím a aby byly zohledněny kontraindikace.

Specializované modely zdravotní péče nejsou ideálním přístupem ke zvládnutí problémů stárnoucích populací. Praktičtí lé-

kaři, kteří jsou v optimálním postavení, aby mohli pěstovat dlouhodobé vztahy s pacienty, mají unikátní postavení, které jim umožňuje pomáhat lidem stárnout ve zdraví, zůstat v domácím prostředí co nejdéle, zůstat společensky angažovaní a v případě potřeby najít tu správnou kombinaci specializované péče.

Struktura optimální sítě zdravotní péče v oboru a specializační příprava VPL

V současné době je síť daná počtem dospělé populace na jednoho VPL. Počet VPL se prakticky od roku 2000 zásadně nemění a počet obyvatel na jednoho VPL se stále pohybuje průměrně okolo 1600 obyvatel. Uvedené počty se liší podle regionů od 1400 do 1800 pacientů. Z obrázku vyplývá, že vzhledem k věkovému složení VPL, tak jako prakticky ve všech specializacích v ČR, je potřeba věnovat velkou pozornost specializační přípravě nových VPL a doplňování oboru zejména z pohledu některých méně atraktivních periferních regionů.

Všeobecné praktické lékařství je tradiční samostatný obor s vlastní specializační přípravou zakotvený v českých (československých) právních normách od roku 1981 (vyhláška č. 77/81 Sb.), regulovaný podle evropských dokumentů (Směrnice rady 93/16/EHS ze dne 5. dubna 1993) i podle doporučení WHO. V současnosti zajišťuje primární péči ve 130 zemích světa. Již za totality byl obor všeobecné praktické lékařství respektován (viz vyhláška 77/81 Sb.) a byl jednou z pouze 18 specializací s atestacemi I. a II. stupně.

Všeobecné praktické lékařství je základním oborem s vlastním kmenem. Specializační příprava, v souladu s minimálním požadavkem EU, trvá 36 měsíců, z toho 50 % probíhá v ordinaci VPL. V rámci současné úpravy jsou zapracovány možnosti přestupu z jiných kmenů do oboru a též rekvalifikace z jiných specializací. V současné době je zájem o obor u absolventů LF vyšší, než je počet přidělených rezidenčních míst (RM), a daří se též získávat nejlepší absolventy LF pro náš obor. Po zavedení RM systém produkuje dostatečné počty VPL v rámci ČR pro předpokládanou obměnu za lékaře odcházející do penze. Potěšující je, že od roku 2008 se hlásí každý rok vždy přes 200 lékařů do specializační přípravy.

Počet atestujících lékařů z všeobecného praktického lékařství
2013 223 VPL z toho 54 rekvalifikantů (26 internisté, 28 ostatní odbornosti)
2014 168 VPL z toho 46 rekvalifikantů (17 internisté, 29 ostatní odbornosti)
2015 197 VPL z toho 56 rekvalifikantů (22 internisté, 34 ostatní odbornosti)

Průměrně tedy atestuje za poslední 3 roky 196 VPL ročně. Pokud vycházíme z počtu 5 200 VPL v ČR, pak při délce praxe cca 40 let je potřeba 130 nových VPL ročně. Nicméně vzhledem k věkovému složení, i když celkové počty atestantů na ČR jsou uspokojivé, mohou nastat problémy na periferii. Proto vítáme další akce na podporu periferních praxí včetně zvažované cílené podpory specializační přípravy z regionů. Z hlediska počtů a i zájmu o náš obor bychom přivítali navýšení RM na 130 ročně, a to minimálně na příštích 5 let. Z počtů rekvalifikujících se lékařů je též jasné, že při skutečném zájmu o obor je rekvalifikace do naší specializace dobře zvládnutelná. Rekvalifikanti ale zpravidla zůstávají ve městech, kde je VPL dostatek.

Závěr

Některé zásadní problémy, které nastínila ve svém projevu i Margaret Chan, se daří již v ČR řešit. Po praktické destrukci specializační přípravy v oboru VPL po zavedení zákona 95/2004 Sb. v letech 2005–2007 se daří plnit námi stanovený a prosazovaný cíl, aby specializační příprava ve všeobecném praktickém lékařství připravila uchazeče v dostatečném počtu (minimálně 130 VPL ročně) na evropsky srovnatelné úrovni kompetencí VPL. Je ovšem potřeba ve spolupráci s MZ ČR, ZP a regionálními samosprávami věnovat velkou pozornost periferním regionálním problémům a s předstihem a včas je řešit.

Pro stabilizaci a další rozvoj všeobecného praktického lékařství je ovšem též potřebné odstranit stagnaci podílu primární péče na celkových zdravotních výdajích a odstranit zcela zbytečné regulace v primární péči v oblastech preskripce i výkonů. Tyto a další úkoly **nás čekají** ve spolupráci s MZ ČR, zdravotními pojišťovnami a dalšími institucemi s cílem zlepšit **systémové** využití potenciálu primární péče.

Doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.

LOK-SČL: Dvacet let boje

V dubnu 2016 proběhne 21. volební sněm Lékařského odborového klubu-Svazu českých lékařů. Je tedy čas na bilancování a zamyšlení se nad jeho budoucností.

Počátkem 90. let bylo postavení nemocničních lékařů tristní. Byla sice obnovena činnost profesní organizace, České lékařské komory, ale očekávání spojená s jejím vznikem nebyla naplněna. Tehdejší vedení ČLK záhy po obnovení činnosti rezignovalo na hájení sociálně-ekonomického postavení nemocničních lékařů. Proto vznikla potřeba profesní odborové organizace, která by hájila zájmy nemocničních lékařů a měla k tomu i potřebné kompetence.

Lékařský stav byl v té době rozdělen na podporované podnikatele v soukromých ambulancích a na ponižované zaměstnance nemocnic. Divide et impera. Režim si zajistil kontrolu nad profesní skupinou, jejíž jednoty se právem bál. Proto vznikl roku 1995 Lékařský odborový klub.

Za více než dvacet let existence se LOK-SČL stále zasazuje za dosažení lepších platových a pracovních podmínek nemocničních lékařů. Vzorem byly a jsou vyspělé evropské země a naším cílem je dosažení stejného společenského postavení lékaře, jakému se těší v těchto zemích. Pro lepší kontakty do zahraničí se LOK-SČL v roce 2000 stal členem Evropské organizace lékařů zaměstnanců (FEMS).

V současné době jsou vztahy lékařských organizací na zcela jiné úrovni. Spolupráce LOK-SČL a ČLK funguje velmi dobře, ku prospěchu obou organizací. Právě toto je trnem v oku různým zájmovým skupinám, které stále ctí zásadu, že v kalných vodách se nejlépe loví.

Co se podařilo, co se nepodařilo?

Historie LOK-SČL je z velké části historií protestních akcí. První stávka lékařů proběhla již v roce vzniku LOK-SČL. Od té doby bylo dosaženo mnoha dílčích úspěchů a zlepšení. Podařilo se prosadit zavedení zvláštní platové tabulky pro lékaře, uzákonit maximálně přípustný rozsah práce přesčas, být prvotním impulzem zde byla směrnice EU. Na evropské úrovni se podařilo odrazit všechny pokusy toto opatření zrušit. Podařilo se zabránit plošné privatizaci nemocnic plánované za ministra Julínka a plošnému uzavírání nemocnic plánovanému za vlády Petra Nečase. Proběhla kampaň „Unavený



lékař“, která upozorňovala na neúnosné zatížení nemocničních lékařů přesčasovou prací.

Naopak se nepodařilo zabránit roztržení nemocniční péče mezi jednotlivé kraje. Toto zprvu nepřilíh kritizované opatření se nyní ukazuje jako jedna z největších brzd v řešení současných problémů.

Přes opakované protesty a varování před těžkými důsledky trvalého odchodu lékařů do zahraničí ignorovaly vlády České republiky narůstající problémy. Trvalé neřešení klíčových problémů vedlo na přelomu let 2010 a 2011 k největší akci, kterou LOK-SČL organizoval a která vyústila v největší protest jedné profesní skupiny za poslední desítky let. Akce „Děkujeme, odcházíme“ reagovala na bezvýhodnou situaci lékařů v nemocnicích. Věděli jsme, že běžné protesty základy systému neotřesou. Akce se stala celoevropským fenoménem, byla opakována i v zahraničí. Lékaři poprvé pochopili, byť jen náznakem, jakou mohou mít moc a vliv, budou-li jednotní. Moc, které se obával Václav Klaus již v devadesátých letech. Najednou selhala tak úspěšná politická strategie slibů a oddalování řešení. Nebyla kost, kterou by bylo možno hodit davu. Politici čelili síle, proti níž byli bezmocní, a v právním státě nebyl nástroj na její ovládnutí. Tehdy se podařilo dostat režim pod skutečný tlak. Opět se potvrdilo, že politici udělají pouze to, k čemu jsou donuceni. To, co bylo při akci vynuceno bezprostředně, museli politici splnit. Z toho, co bylo dohodnuto do budoucna, nesplnili nic. LOK svým závazkům dostal do písmene. Bohužel naše slušnost a vstřícnost začala být vnímána jako slabost.

Programové cíle zůstávají stejné

Kdyby stát splnil své závazky plynoucí z Memoranda, rozhodně bychom dnes nečelili tak dramatickému nedostatku lékařů i ostatních zdravotníků. Dnes již i politici připouští námi popisovanou personální devastaci českých nemocnic. Řešení je přitom jednoduché. Garantovaný minimální příjem nemocničního lékaře vázaný na průměrnou mzdu v České republice, a to ve výši 1,5 až 3násobku průměrné mzdy, a to bez započítání odměny za přesčasovou práci. Dodržování maximálně přípustného rozsahu přesčasové práce. Bude to také nejefektivnější opatření proti korupci, předražování zakázek a neefektivním investicím. Dále je nutné, aby tato pravidla platila pro všechny nemocniční lékaře. Současný stav, kdy v republice máme 14 různých zdravotních systémů, je skutečně absurdní. Ale vyhovuje těm, kdo tomuto systému velí a berou z něho prebendy.

Druhou důležitou součástí je konsolidace specializačního vzdělávání a vytvoření systému, do něhož by absolventi měli zájem vstoupit.

Sněm LOK-SČL bude řešit zvláštní situaci. Jak donutit druhou smluvní stranu k naplnění dohody? Nezbyvá než si splnění dohody vynutit. Bude stačit již zahájená právní cesta?

Quo vadis, LOK-SČL?

Být, či nebýt členem odborů? To je otázka, na kterou si každý musí odpovědět sám. Z našeho pohledu jsou odbory nedílnou součástí občanské společnosti. Nelze nevnímat, že společnost je masírovaná mohutně propago-

vaným trendem individualismu. Individua, zejména nejsou-li silná, lze ovládat lépe než organizované občany. Stát a hydra, která ho ovládá, ve skutečnosti občanskou společnost nechce. Nechce se o svou, prakticky absolutní moc s nikým dělit. Proto ten důraz na individualismus. Nelze ale být dlouhodobě úspěšným v neúspěšné společnosti.

V dosažení dlouhodobého úspěchu společnosti hraje LOK-SČL významnou roli. Žádná moderní společnost nemůže fungovat bez zajištění kvalitní zdravotní péče. Kvalitní zdravotní péči nelze zajistit bez kvalitních a dobře motivovaných lékařů. Proto je dlouhodobý boj LOK-SČL o důstojné postavení

lékaře zároveň bojem o budoucnost naší společnosti.

Bez existence LOK-SČL by možná tento boj již skončil. Ale nemocniční lékaři by byli na straně poražených. LOK-SČL svůj boj vede a bude vést i v budoucnu. Každá organizace je tak silná, jak silné je její členstvo. A to jak po stránce počtu, tak aktivity. Akce „Děkujeme, odcházíme“ tohle ukázala velmi dobře. Rozhodoval počet lékařů, kteří byli ochotni vydržet až do konce. Kdyby nás tehdy bylo 8000, tak jsme dnes již řešili zcela jiné a příjemnější problémy.

Žijeme v přesvědčení, že to, čeho jsme dosáhli, se už nemůže změnit. Že nemůže dojít ke zvratu. To je hluboký omyl. Může

být hůře. Můžeme přijít i o to, co jsme si doposud vybojovali. Zkoušeli to na nás a budou to zkoušet znovu.

Budou to zkoušet, pokud budou přesvědčeni, že mají šanci uspět. Pokud budou vědět, že proti nim stojí silná a organizovaná profesní skupina, která si to nenechá líbit, pak to možná ani nezkusí.

Děkujeme všem členům LOK-SČL za vytrvalost. Děkujeme všem, kteří akce LOK-SČL podpořili a podporují, kteří aktivně pracovali a pracují ve prospěch lékařského stavu. Bez vás by to nikdy nešlo.

MUDr. Martin Engel, předseda LOK-SČL
MUDr. Miloš Voleman, místopředseda LOK-SČL

Komora vyzývá ke zrušení povinnosti elektronické preskripce léků

Představenstvo ČLK vyzývá ministra zdravotnictví, aby se zasadil o prosazení takové novely zákona o léčivech, která bude i po 1. 1. 2018 zachovávat elektronickou preskripci léčiv pouze jako dobrovolnou fakultativní možnost.
Usnesení přijato na zasedání 23. 1. 2016

V souladu s usnesením sjezdu jsem se dne 19. 1. 2016 obrátil otevřeným dopisem na ministra zdravotnictví Němečka s výzvou, aby ministerstvo předložilo novelu zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech, jejímž cílem by mělo být zrušení od 1. 1. 2018 platné povinnosti všech lékařů vystavovat recepty pouze v elektronické podobě.

Události uplynulých dní, kdy systém elektronických receptů nefungoval, považujeme za důkaz toho, že zachování povinnosti tzv. elektronické preskripce představuje potenciální ohrožení bezpečnosti pacientů. Není možné, aby v situaci, kdy bud zkolabuje internetové připojení, nebo z jakéhokoli důvodu přestane fungovat tzv. Centrální úložiště elektronických receptů, ztratili pacienti přístup k lékům, které potřebují.

Je třeba připomenout, že Česká lékařská komora se na přelomu let 2012 a 2013 snažila zabránit přijetí návrhu tehdejších poslanců Šťastného (ODS), Skalického (TOP 09) a Rusnoka (LIDEM), který podpořil tehdejší ministr zdravotnictví Heger (TOP 09). Zákon, který od 1. 1. 2015 ukládal lékařům povinnost předepisování léků prostřednictvím elektronického receptu, vyžadujícího on-line internetové spojení s tzv. Centrálním úložištěm elektronických receptů, byl navzdory našim protestům a v rozporu se zdravým rozumem schválen.

Pochybnosti však zůstaly. Podle našeho názoru byla pravděpodobným motivem pro zavádění povinné elektronické preskripce jednak snaha ospravedlnit stamilionové výdaje na minimálně využívaný systém elektronických receptů a na tzv. Centrální úložiště elektronických receptů, jednak zajistit soukromým firmám významný obchod při realizaci dalších IT zakázek za stovky milionů korun spolufinancovaných z prostředků EU.


Bez odpovědi však zůstaly i další naše otázky: Kolik peněz bude tento systém stát státní rozpočet? Kolik zaplatí navíc systém veřejného zdravotního pojištění? Jak se zvýší náklady zdravotnických zařízení? Skutečnost, že systém elektronické preskripce prakticky nefunguje a že o využívání elektronické preskripce nemají zdravotnická zařízení zájem, nemůže být považována za racionální zdůvodnění pro jeho povinné zavádění. Jde spíše o argument pro jeho zrušení.

Česká lékařská komora již počátkem roku 2014 požádala

ministra zdravotnictví o změnu zákona o léčivech, která by učinila tzv. elektronickou preskripci nepovinnou. Parlament ČR místo tohoto racionálního řešení schválil bohužel pouze nic neřešící odklad povinnosti elektronické preskripce o tři roky, k 1. 1. 2018.

V současnosti považujeme v zájmu bezpečnosti pacientů a zachování dostupnosti lékařské péče za svoji povinnost zopakovat svoji výzvu, aby se ministr Němeček zasadil o přijetí takové změny zákona o léčivech, která by i po 1. 1. 2018 ponechávala na volbě lékaře, zda recept vystaví v listinné podobě, nebo elektronickou cestou.

Inzerce



Ředitel Nemocnice JIHLAVA, příspěvková organizace,
vypisuje výběrové řízení na pracovní pozici

Naše nemocnice

PRIMÁŘ ODDĚLENÍ NUKLEÁRNÍ MEDICÍNY / VEDOUcí LÉKAŘ PET – CT CENTRA

Požadavky: VŠ vzdělání lékařského směru, specializovaná způsobilost v oboru, minimálně 10 let lékařské praxe, zdravotní způsobilost, bezúhonnost, organizační a řídicí schopnosti, čestnost a loajalita. Praxe ve vedoucí funkci není podmínkou.

Zvýhodníme uchazeče: S vedoucí praxí na oddělení ONM, praxí na klinickém oddělení, výhodou je i výzkumná, publikační a vědecká činnost, akademický vědecký či pedagogický titul.

Náležitosti: přihláška na výběrové řízení, profesní životopis s přehledem odborné praxe, ověřené doklady o dosaženém vzdělání, přehled publikací a přednášek, potvrzení o zdravotní způsobilosti (lékařský posudek), výpis z rejstříku trestů ne starší 3 měsíců, čestné prohlášení dle z. 451/1991 Sb. stanovení některých předpokladů pro výkon funkcí ve st. orgánech, negativní lustrační osvědčení ve smyslu § 8 zákona č. 451/1991 Sb. (popřípadě potvrzení o vydání osvědčení), potvrzení členství v ČLK, kopie licence ČLK pro výkon vedoucí funkce, návrh koncepce odborného rozvoje a organizačního zajištění PET i SPECT/CT pracovišť – součástí by měl být i návrh začlenění pracoviště do stávající organizační struktury Nemocnice Jihlava, souhlas se zpracováním osobních údajů pro účely výběrového řízení.

Písemné žádosti včetně profesního životopisu zasílejte do 4. dubna 2016 na adresu:
Nemocnice Jihlava, příspěvková organizace, Pysková Ludmila-vedoucí OPM, Vrchlíckého 59, 586 33 Jihlava

Odpověď ministra zdravotnictví

Vážený pane prezidente,
odpovídám tímto na otevřený dopis před-
sednictva České lékařské komory k projektu
elektronického zdravotnictví ze dne 19. ledna
2016, jehož obsahem je veřejná výzva k před-
ložení novely zákona č. 378/2007 Sb., zákon
o léčivech a o změnách některých souvisej-
cích zákonů (dále jen „zákon o léčivech“) a ke
zrušení povinnosti elektronické preskripce
léčiv.

K jednotlivým stanoviskům obsaženým
ve Vašem dopisu si dovoluji uvést následující.

Jedním z prioritních úkolů v rámci Ná-
rodní strategie pro elektronické zdravotnictví
je projekt elektronické preskripce. Institucí
přípravenou pro plnění všech přípravných kro-
ků a následnou samotnou realizaci projektu
elektronické preskripce je Státní ústav pro
kontrolu léčiv.

V reakci na požadavek České lékařské ko-
mory zastavit povinnost elektronické preskrip-
ce v její současné podobě je třeba konstatovat,
že záměrem Ministerstva zdravotnictví ČR bylo
zrušení povinné elektronické preskripce od
1. ledna 2015 a zachování obou forem předepi-
sování léčivých přípravků (listinné i elektro-
nické podoby). Ministerstvo zdravotnictví ČR
a Státní ústav pro kontrolu léčiv se však musí
řídit platným zněním zákona o léčivech, který
předpokládá zavedení povinné elektronické
preskripce k lednu 2018, a to v současném,
zákonem stanoveném rozsahu, tzn. bez elek-
tronického receptu pro omamné a psychotropní
látky, vymezené zákonem č. 167/1998 Sb., o ná-
vykových látkách, v platném znění.

Současně je nutné uvést, že platná právní
úprava neřeší a neumožňuje naplnit záměr
elektronické preskripce, tj. vytvořit místo, kde
by byla uložena a lékaři přístupna preskripce
daného pacienta, tzv. lékový záznam pacienta,
který by napomáhal ošetřujícímu lékaři v opti-

mální volbě další farmakoterapie. Elektronická
preskripce byla ze strany Státního ústavu pro
kontrolu léčiv diskutována se zástupci České
lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně
s cílem vytvořit rozdílovou analýzu požadavků
a opatření. Další rozvoj musí být v souladu
se záměrem Národní strategie elektronizace
zdravotnictví, resp. Enterprise architektury
elektronického zdravotnictví a musí být vázán
na nadřazenou strategii rozvoje eGovernmentu
v gesci Ministerstva vnitra ČR. Současné
kroky Státního ústavu pro kontrolu léčiv ve
věci elektronických agend vedou právě k tomu,
aby nebyly vynakládány další zbytné finanční
prostředky, avšak zároveň, aby byly naplněny
zákonem svěřené povinnosti.

Koncem minulého roku byly usnesením
vlády ČR ze dne 2. listopadu 2015 č. 889, k dal-
šímu rozvoji informačních a komunikačních

technologíí služeb veřejné správy, upraveny
základní zásady postupu realizace projek-
tů ICT služeb veřejné správy. Ministerstvo
zdravotnictví ČR v rámci rozvoje elektronické
preskripce postupuje v souladu se stanovený-
mi zásadami.

Požadavek na zajištění funkčnosti systému
elektronické preskripce vyplývající ze zákona
o léčivech, který ukládá povinnost elektronické-
ho receptu k 1. lednu 2018, byl mj. akcentován
Usnesením č. 138 Výboru pro zdravotnictví
Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR ze dne
4. února 2016. V návaznosti na tento požada-
vek bude Ministerstvo zdravotnictví ČR v inter-
valu 3 měsíců poskytovat pravidelné informace
o stavu projektu elektronického receptu na
jednání Výboru pro zdravotnictví Poslanecké
sněmovny Parlamentu ČR.

V Praze 24. 2. 2016

S pozdravem

Svatopluk Němeček,
ministr zdravotnictví



Foto: Martin Kubica

Reakce prezidenta ČLK

Vážený pane ministře,
děkuji za Váš dopis ze dne 24. 2. 2016, jímž
jste reagoval na otevřený dopis představen-
stva České lékařské komory, který Vás v lednu
2016 vyzval k předložení novely zákona č. 378/
/2007 Sb., zákona o léčivech, který by zrušil
povinnost elektronické preskripce léčiv, jež má
podle v současnosti platné legislativy být jedi-
ným způsobem předepisování léčiv v humánní
medicině od 1. 1. 2018.

**Váš dopis obsahuje informace o dosavad-
ních stanoviscích Výboru pro zdravotnictví
Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR, in-
formace o strategii rozvoje eGovernmentu
i informace o diskusi Státního ústavu pro
kontrolu léčiv se zástupci České lékařské
společnosti Jana Evangelisty Purkyně, ale
neobsahuje odpověď na zásadní otázku, kdy
a případně zda vůbec předložíte návrh pří-
slušné novely zákona o léčivech.**

Česká lékařská komora trvá na svém
stanovisku, že elektronický způsob ne-
může nikdy být jedinou cestou předepi-
sování léčiv, a nesouhlasí, aby se zbytečně utr-
ately další peníze, které by bylo možno
mnohem lépe využít ku prospěchu pa-
cientů.

Očekáváme Vaši jednoznačnou odpověď!

V Praze 27. 2. 2016

S uctivým pozdravem

MUDr. Milan Kubek,
prezident České lékařské komory



Foto: Shutterstock

Poskytování zdravotních služeb migrantům

Česká lékařská komora znamenala několik případů konfliktních situací při poskytování zdravotní péče migrantům. Podle našich poznatků a v souladu se zkušenostmi kolegů v Německu bývají hlavní příčinou takových situací, vedle kulturních a náboženských rozdílů, rovněž problémy komunikační. Častým zdrojem nedorozumění je nedostatek informací. Cizinci, kteří se na území ČR ocitli v rámci tzv. migrační vlny, neznají podmínky pro poskytování zdravotní péče v České republice a často ani nehovoří žádným z jazyků, jehož znalost se dá předpokládat u našich lékařů a zdravotníků.

Etická komise České lékařské komory ve spolupráci s právní kanceláří ČLK při-

pravila pro migranty návrh jednoduchého informačního letáku o základních právech pacientů a pravidlech poskytování zdravotní péče v ČR. Cílem této naší iniciativy je předcházet konfliktním situacím, mírnit obavy migrantů z našich zdravotníků a zároveň tak chránit lékaře poskytující zdravotní péči těmto osobám. Lékaři i ostatní zdravotníci totiž v současnosti narážejí nejen na komunikační bariéru, ale často i na absolutní nepochopení ze strany imigrantů, které ošetřují.

Prezident ČLK dr. Kubek nejprve oslovil ministra zahraničí Zaořálka a požádal ho, aby zajistil překlad informačního textu do angličtiny a do jazyků, kterými komunikují migranti přicházející na území ČR. Komora považuje za vhodné, aby tyto texty byly dostupné na všech místech, kde se migranti nacházejí. Zajistit tímto informovanost migrantů by, podle našeho názoru, neměl

být pro Ministerstvo zahraničí ČR problém. Česká lékařská komora na druhé straně může zajistit distribuci textu mezi lékaře a do zdravotnických zařízení.

Vzhledem k tomu, že Ministerstvo zahraničí ČR neprovozuje žádná migrační centra, doporučil posléze ministr zahraničí lékařské komoře, aby se obrátili na Ministerstvo vnitra ČR. Prezident ČLK tedy dne 11. 2. 2016 požádal ministra vnitra Chovance, aby právě jeho ministerstvo zajistilo překlady informace pro migranty a jejich distribuci.

Je nám jasné, že naše iniciativa nemůže sama vyřešit problémy spojené s tzv. migrační vlnou, ale chtěli bychom podle svých možností přispět k prevenci konfliktů a k ochraně nejenom migrantů, ale především našich lékařů a zdravotníků.

MUDr. Helena Stehlíková,
předsedkyně Etické komise ČLK

Odpověď ministra vnitra

Vážený pane prezidente,
děkuji za Váš dopis ze dne 11. února 2016, týkající se informace pro migranty o základních pravidlech poskytování zdravotní péče v ČR.

Oceňuji, že se ČLK odpovědně zabývá touto věcí a děkuji za navržený text in-

formace pro migranty. Za Ministerstvo vnitra potvrzují, že zajistíme její překlad do vybraných jazyků a následné zveřejnění informace na webu Ministerstva vnitra a distribuci do míst, kam v rámci působnosti resortu migranti přicházejí. Zároveň uvítám distribuci této infor-

mace mezi lékaře a do zdravotnických zařízení v souladu s návrhem ve Vašem dopise.

Vážený pane prezidente, souhlasím s Vámi, že tento postup může přispět k prevenci konfliktních situací a bude ku prospěchu samotných migrantů, lékařů a zdravotníků.

S úctou

Milan Chovanec, ministr vnitra



Informace o poskytování zdravotní péče pro migranty v České republice

Lékaři a ostatní zdravotnický personál jsou připraveni Vám kvalitně poskytnout potřebnou zdravotní péči. Budou se též snažit o umožnění komunikace s pomocí tlumočnicka, bude-li k dispozici. Věříme, že společným úsilím překonáme obtíže a možná nedorozumění podmíněná jazykově či odlišnými zvyklostmi při ošetřování. Důležité je, abychom si důvěřovali a měli dobrou vůli se vzájemně pochopit a vyhovět si.

Z právního hlediska upravuje poskytování zdravotní péče v ČR především zákon č. 372/2011 S., o zdravotních službách.

- Zdravotní služby Vám mohou být poskytnuty **pouze s Vaším svobodným a informovaným souhlasem** – kromě výjimečných případů (viz dále) tedy můžete zdravotní služby odmítnout.
- Zdravotní služby Vám budou poskytovány **v dobré víře Vám prospět**, a to podle pravidel vědy a medicínských postupů uznávaných v České republice.

Při poskytování zdravotních služeb máte právo na

- úctu, důstojné zacházení, ohleduplnost a respektování soukromí i studu v souladu s charakterem poskytovaných zdravotních služeb,
- seznámení s povahou a průběhem daného výkonu, s vnitřním řádem lůžkového zdravotnického zařízení,
- přítomnost osoby blízké nebo osoby, kterou jako pacient určíte, a to v souladu s vnitřním řádem a nenaruší-li přítomnost této osoby výkon poskytované služby,
- nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce (popřípadě osoby určené zákonným zástupcem), pěstouna či opatrovníka, jde-li o nezletilou osobu či osobu s omezenou svéprávností,
- znalost jmen zdravotnických a jiných odborných pracovníků přímo zúčastněných na poskytování zdravotních služeb,
- odmítnutí přítomnosti osob, které nejsou na poskytnutí zdravotní služby přímo zúčastněny,
- písemnou zprávu o průběhu a výsledku poskytnuté zdravotní služby,
- možnost přijímat v lůžkovém zdravotnickém zařízení duchovní péči a duchovní podporu od duchovních církví a náboženských společností registrovaných v České republice nebo od osob pověřených výkonem duchovenské činnosti, a to v souladu s vnitřním řádem a způsobem, který neporušuje práva ostatních pacientů; návštěvu duchovního nelze odepřít v případě ohrožení života nebo vážného poškození zdraví (nestanoví-li jiný právní předpis jinak).

Bez souhlasu pacienta lze poskytnout pouze neodkladnou péči, a to v případě, kdy zdravotní stav neumožňuje pacientovi tento souhlas vyslovit (tím není dotčeno dříve vyslovené přání) nebo v případě léčby vážné duševní poruchy, pokud by v důsledku jejího neléčení došlo se vši pravděpodobností k vážnému poškození zdraví pacienta.

Pacienta lze bez souhlasu hospitalizovat (umístit v nemocnici), jestliže

- je nařízena izolace, karanténa nebo léčení podle zákona o ochraně veřejného zdraví,
- ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy nebo touto poruchou trpí nebo je pod vlivem návykové látky, pokud hrozbu pro pacienta nebo jeho okolí nelze odvrátit jinak,
- jeho zdravotní stav vyžaduje poskytnutí neodkladné péče a zároveň neumožňuje, aby vyslovil souhlas,
- jde o nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností v případě, že jde o podezření na týrání, zneužívání nebo zanedbávání.





Information about the provision of health care services in the Czech Republic for people migrating from abroad

Doctors and other medical staff are ready to provide you with high-quality health care services when needed. They will also try to facilitate communication through the help of an interpreter, if one is available. We believe that by working together we can overcome any potential difficulties and misunderstandings that may arise from differences in language or cultural customs. What is of prime importance is that we exhibit mutual trust and good will in trying to understand and accommodate one another.

From a legal standpoint, the provision of health care in the Czech Republic is governed mainly by Act No. 372/2011 S. on health care services.

- Health care services can be provided to you **only with your free and informed consent**, except in exceptional cases (see below). Thus you may refuse medical care.
- Health care services will be provided to you **in good faith in order to benefit you** and are based on scientific procedures and medical practices recognized in the Czech Republic.

During the provision of health care services, you have the right to

- respect, dignified treatment, courtesy and respect for your privacy and modesty in keeping with the nature of the health care services being provided
- information about the nature and course of treatment being provided and with the internal regulations of the inpatient medical facility
- the presence of relatives or other persons designated by the patient, in keeping with the internal regulations of the facility and as long as the presence of such persons does not disrupt the provision of health care services
- the continuous presence of a parent (or person designated as legal guardian), foster parent or custodian, if the patient is a minor or person with limited legal capacity
- knowledge of the names of medical staff and other professionals directly involved in the provision of health care services
- refusal of the presence of persons who are not directly involved in the provision of health care services
- a written report about the course of treatment and the outcome of the health care services
- the ability to receive in an inpatient health care facility clerical care and spiritual support from clergy members of churches and religious communities registered in the Czech Republic or from persons involved in religious activities, in accordance with the internal regulations of the health care facility and in a manner which does not infringe upon the rights of other patients; a visit by a clergy member can not be denied in cases of life-threatening illness or serious injury (unless determined otherwise by another legal enactment)

Without the patient's consent, only emergency care can be provided, and only in cases where the patient's medical state does not enable them to expressly give this consent (previously expressed wishes are not affected by this) or when treating serious mental disorders, if not providing treatment would in all likelihood lead to serious damage to the patient's health.

The patient can be hospitalized (admitted to a hospital) without consent if

- the patient is required to be placed in isolation, quarantine or treatment according to legislation on the protection of public health
- the patient poses an immediate and serious threat to themselves or to their surroundings and shows signs of a mental disorder or suffers from such a disorder or is under the influence of an addictive substance, in cases where the threat to the patient or their surroundings can not be averted otherwise
- the patient's medical condition requires the provision of emergency care and at the same time does not enable the patient to give consent the patient is a minor or has limited legal capacity and if there is suspicion of maltreatment, abuse or neglect



Scripta Medicorum

ODBORNÝ A KOMERČNÍ ZPRAVODAJ PRO LÉKAŘE

1/2016



2

Vzácná onemocnění



4

Vliv suplementace
kalcie a Vitaminem D
na kostní denzitu



6

Fixní kombinace
ramiprilu
a amlodipinu

Vydavatel:

Premediapharm s.r.o.

Kontakt:

redakce@premediapharm.cz

Registrováno pod č. MK ČR E 21513

Poradní sbor/redakční rada:

prof. MUDr. Jiří Homolka, CSc., Pneumologická klinika 1. LF UK a TN, Praha

doc. MUDr. Jarmila Drábková, DrSc., KARIM 2. LF UK a FN Motol, Praha

doc. MUDr. Tomáš Büchler, Ph.D., Onkologická klinika 1. LF UK a TN, Praha

doc. MUDr. Zoltán Paluch, Ph.D., MBA, Farmakologický ústav 1. LF UK Praha

VZÁCNÁ ONEMOCNĚNÍ: MÁ SMYSL PŘISTUPOVAT K ŘEŠENÍ PROBLÉMŮ SPOLEČNĚ

Jako vzácná označujeme onemocnění, která se v populaci vyskytují v pěti případech z 10 tisíc obyvatel. Jde tedy o maximálně několik stovek pacientů v ČR, mnohdy se však pacienti s konkrétní diagnózou počítají na desítky. Mohlo by se tedy zdát, že jde o vyložené okrajový problém. Nicméně popsaných diagnóz, které spadají do této kategorie, je více než 6000. Celkový počet pacientů se vzácnými onemocněními v ČR se tak odhaduje ve stovkách tisíců. Vzácná onemocnění mají sice většinou genetický základ, nicméně se týkají všech odborností. Co má takto různorodá skupina společného a proč pacienti hledají společnou platformu pro řešení problémů?

Vzácná onemocnění mají „vrozený“ deficit: o většině z nich toho velmi málo víme. Kvůli tomu se lidé, kteří s nimi žijí, dostávají do složitých situací. Prvním problémem bývá už stanovení správné diagnózy. S určitými výjimkami, jako jsou nemoci testované v novorozeneckém screeningu, bývá cesta ke správné diagnóze dlouhá. Někdy léta, jindy i desítky let.

Další obtíž je dostupnost a kvalita léčby: je všeobecně uznávaným faktem, že léčba vzácných onemocnění by měla být organizována do specializovaných center. Je zapotřebí, aby se odborníci i pacienti koncentrovali a bylo možné získávat nové poznatky i zkušenosti s léčbou. Efektivní

terapie většinou také vyžaduje multioborový přístup, který je možný opět jen v centrech. Takové uspořádání péče také usnadňuje mezinárodní spolupráci, která je v této oblasti velice důležitá. Rozvoj sítě specializovaných center je také zakotven již v Národní strategii pro vzácná onemocnění, kterou v roce 2010 přijala vláda ČR. V současnosti je však v České republice center pro pacienty se vzácným onemocněním jen několik a naprostá většina pacientů se léčí mimo ně.

Pacienti se vzácnými onemocněními se sdružují podobně jako u jiných nemocí. Jde však převážně o malé skupiny lidí, které stojí většinou na entuziasmu jednoho nebo několika málo lidí. Pro mnohé diagnózy ani žádná organizace neexistuje, protože je pacientů příliš málo a jsou rozptýleni po celé ČR. Přitom potřeba pomoci na neformální úrovni, sdílení zkušeností ze života s nemocí, s léčbou i řešením každodenních problémů je právě u vzácných onemocnění veliká.

Česká asociace pro vzácná onemocnění (**ČAVO**) sdružuje třicet organizací a zastupuje i další desítky diagnóz, pro které žádná organizace neexistuje. Poskytuje svým členům prostor pro sdílení zkušeností a usiluje o řešení problémů, které jsou všem vzácným onemocněním, nebo alespoň velké části z nich, společné. Snaží se například **upozorňovat odpovědné instituce na nedostatky a možnosti zlepšení péče v této oblasti.**

Jedním z velmi aktuálních témat, na které ČAVO poslední dobou upozorňuje, je **formování Evropských referenčních sítí (ERN).**

V březnu 2016 by měla Evropská komise na základě směrnice o přeshraniční péči a dalších prováděcích předpisů vyhlásit první výzvy k začleňování specializovaných center v jednotlivých evropských zemích do těchto sítí. Následně by tak měla vzniknout rozsáhlá platforma, v jejímž rámci budou jednotlivá centra spolupracovat, sdílet informace, experty i léčebné kapacity. Program Evropských referenčních sítí není zaměřen jen na problematiku vzácných onemocnění, ale právě v této oblasti lze očekávat významné přínosy: například u velmi vzácných diagnóz je dozajista efektivnější nevytvářet vlastní léčebné kapacity pro každou diagnózu, ale využít existujících kapacit v jiných členských státech.

ČAVO dále **usiluje například o postupné řešení problému častého pozdního stanovení diagnózy.** Ve spolupráci s Národním koordinačním centrem pro vzácná onemocnění při Ústavu biologie a lékařské genetiky 2. lékařské fakulty UK a FN Motol provozuje konzultační mail help@vzacna-onemocneni.cz, kam se v komplikovaných případech se svými dotazy mohou obracet jak lékaři, tak i rodiče nebo pacienti samotní. Odborníci, kteří na dotazy odpovídají, pomáhají pacienty správně orientovat v systému péče a najít pro ně odpovídající řešení.



česká
asociace
pro vzácná
onemocnění

Pacienti se vzácnými onemocněními čelí mnoha problémům. Například pro většinu z nich neexistuje kauzální terapie. Všechny problémy dozajista není možné vyřešit najednou. Je však zapotřebí vyhledávat a formulovat ty problémy, které jsou společné a je možné je efektivně řešit na úrovni systému zdravotnictví, a tímto způsobem dosahovat alespoň dílčích řešení.

Gaucherova
choroba

Fabryho
choroba

Hunterův
syndrom

Hereditární
angioedém

Shire

Chceme být stateční jako lidé, kterým pomáháme.

Shire, přední světová biofarmaceutická firma pomáhá lidem se **vzácnými onemocněními** vést lepší život.



Shire Czech s. r. o., Evropská 810/136, 160 00 Praha 6
tel.: +420 226 807 113 / e-mail: info-czech@shire.com

www.shire.com

Kód: CEEC/LO/FIR/14/0013
Datum přípravy: květen 2014

[www.focus
ongaucher.cz](http://www.focusongaucher.cz)

[www.focus
onfabry.cz](http://www.focusonfabry.cz)

[www.focus
onhunter.cz](http://www.focusonhunter.cz)

VLIV SUPLEMENTACE KALCIEM A VITAMINEM D NA KOSTNÍ DENZITU, NA RIZIKO OSTEOPOROTICKÝCH FRAKTUR A NA VÝSKYT PÁDŮ U SENIORŮ



MUDr. Jiří Slíva, Ph.D.,
Ústav farmakologie
3. LF UK, Praha

Terapeutický přínos kalcia a vitamínu D na denzitu kostní hmoty je diskutován již řadu let, jakkoliv jsou obě tyto látky základem prevence a léčby osteoporózy. V následujícím textu je ve stručnosti podán krátký přehled nejvýznamnějších prací, jejichž autoři se zabývali významem této suplementace z pohledu běžné klinické praxe.

Vliv suplementace vitamínem D ve vztahu k výskytu fraktur u postmenopauzálních žen a starších mužů byl předmětem hodnocení řady klinických randomizovaných studií. Ukázalo se, že vitamín D3 v dávkách 700–800 IU/den významně snižoval riziko nevertebrálních zlomenin a zlomenin kyčle, a to u nemocných ve zdravotnickém zařízení^[1]. Ve zbylé populaci se takový účinek bohužel nepodařilo prokázat, což autoři metaanalýzy přikládají na vrub nedostatečné compliance nemocných. Příznivý vliv vitamínu D3 700–800 IU (nebo 1 000 IU D2) na výskyt pádů byl nejvýraznější v kombinaci s kalcíem v dávce 500–1 200 mg – OR: 0,84 (95% CI: 0,76–0,93). U postmenopauzálních žen bylo rovněž zjištěno, že suplementace vitamínem D3 v denních dávkách vyšších než 700 IU společně s kalcíem (500–1 200 mg/den) zabraňuje poklesu kostní denzity (BMD) v bederní páteři či krčku stehenní kosti. Pouze připočteme, že i v rámci dnes tolik citované studie WHI (Women's Health Initiative) byl zjištěn příznivý vliv vitamínu D3 v dávce 400 IU společně s kalcíem na BMD kyčle^[2]. Na význam suplementace vitamínem D bylo recentně poukázáno i u postmenopauzálních žen léčených bisfosfonáty. U žen bez takové suplementace byl pozorován vyšší výskyt zlomenin – OR: 1,77 (95% CI: 1,20–2,59, 95% CI; p = 0,004)^[3].

Nepochybně velmi důležitý je pohled Cochranovy knihovny. V metaanalýze 41 studií byl v prevenci osteoporotických zlomenin u postmenopauzálních žen samotný vitamín D zcela neúčinný, a to jak u zlomeniny kyčle

(RR: 1,15 /95% CI: 0,99–1,33/), tak i u zlomeniny obratlů (RR: 0,90 /95% CI: 0,42–1,92/) i jakýchkoliv nových zlomenin (RR: 1,01 /95% CI: 0,93–1,09/). Nicméně v kombinaci s kalcíem výrazně snižoval riziko zlomenin kyčle (n = 46 658) – RR: 0,84 (95% CI: 0,73–0,96)^[4]. Závěry této práce se nikterak zásadně nezměnily ani při zahrnutí dalších klinických studií (celkem 53 s počtem 91 791 nemocných) v rámci předloni publikovaného updatu^[5]. V jiné metaanalýze 8 randomizovaných klinických studií (n = 12 658) byl tento příznivý vliv na zlomeniny kyčle potvrzen (OR: 0,70; 95% CI: 0,53–0,90) a navíc se potvrdil i příznivý vztah suplementace k nižšímu výskytu non-vertebrálních zlomenin (OR: 0,77; 95% CI: 0,6–0,93). Navíc tato kombinace zajišťovala nižší incidenci non-vertebrálních zlomenin – OR: 0,68 (95% CI: 0,43–1,01) – i oproti samotnému kalcíu, oproti kterému navíc vedla i k nižší incidenci nekyčelních zlomenin – OR: 0,64 (95% CI: 0,38–0,99)^[6]. Dosud jednoznačně nejrozsáhlejší je však metaanalýza z loňského roku čítající 63 dílčích studií (n = 104 959), v rámci které byla dávka vitamínu D užívána v rozmezí 300 až 1 100 IU/den. Při době sledování 7 měsíců až 7 let její autoři jednoznačně konstatují příznivý vliv suplementace vitamínu D a kalcia na nižší výskyt fraktur u dospělých^[7].

Jelikož zlomeniny jsou povětšinou důsledkem úrazu, nejčastěji pádu, je významné zhodnocení potenciálního přínosu suplementace kalcíem s vitamínem D v jejich prevenci, zejména v populaci seniorů. Ve dvojité zaslepené studii se staršími ženami (n = 122, průměrný věk: 85,3 let) vedlo podávání kalcia v denní dávce 1 200 mg v kombinaci s cholekalciferolem 800 IU ke 49% snížení rizika pádů (95% CI: 14–71; p < 0,01), přičemž se u těchto žen výrazně zlepšila činnost muskuloskeletárního aparátu (p = 0,009)^[8]. Popsaný příznivý vliv takové suplementace může být alespoň částečně mj. vysvětlen přirozeně klesajícím počtem receptorů pro vitamín D u seniorů^[9] či přítomností myopatie, v jejíž patofyziologii sehrává deplece vitamínu D důležitou roli^[10].

V metaanalýze 5 randomizovaných klinických studií (n = 1 237) vitamín D snižoval riziko pádů o 22 % – OR: 0,78 (95% CI: 0,64 - 0,92) ve srovnání s osobami užívajícími samotné

kalcium nebo placebo. Hodnota NNT byla stanovena na 15, tj. je třeba takto léčit 15 nemocných, abychom u jednoho z nich zcela zabránili pádům^[11].

Význam kombinace kalcia a vitamínu D ve vztahu k pádům byl detailně hodnocen ve studii OSTPRE-FPS. Šlo o randomizovanou populační otevřenou studii s 3letým sledováním. Ženy ve věku 65 - 71 let (n = 1 566) denně užívaly cholekalciferol 800 IU + kalcium 1 000 mg nebo (n = 1 573) placebo. Výskyt pádů v obou ramenech studie byl téměř srovnatelný: 812 žen /1832 pády vs. 833 žen /1944 pády (p = 0,16). U žen užívajících suplementaci však výrazně klesl výskyt opakovaných pádů, a to o 30 % – OR: 0,70 (95% CI: 0,5 - 0,97; p = 0,03), přičemž pozorována byla vysoká míra (79 %) compliance^[12].

Literatura:

1. Avenell A, Gillespie WJ, Gillespie LD, O'Connell D. Vitamin D and vitamin D analogues for preventing fractures associated with involutional and post-menopausal osteoporosis. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2009; CD000227.
2. Cranney A, Weiler HA, O'Donnell S, Puil L. Summary of evidence-based review on vitamin D efficacy and safety in relation to bone health. *Am J Clin Nutr* 2008; 88: 513-519.
3. Adami S, Giannini S, Bianchi G et al. Vitamin D status and response to treatment in post-menopausal osteoporosis. *Osteoporos. Int.* 2009; 20: 239-244.
4. Avenell A, Gillespie WJ, Gillespie LD, O'Connell D. Vitamin D and vitamin D analogues for preventing fractures associated with involutional and post-menopausal osteoporosis. *Cochrane.Database.Syst.Rev.* 2009; CD000227.
5. Avenell A, Mak JC, O'Connell D. Vitamin D and vitamin D analogues for preventing fractures in post-menopausal women and older men. *Cochrane.Database.Syst.Rev* 2014; 4: CD000227.
6. Bergman GJ, Fan T, McFetridge JT, Sen SS. Efficacy of vitamin D3 supplementation in preventing fractures in elderly women: a meta-analysis. *Curr.Med.Res.Opin.* 2010; 26: 1193-1201.
7. Ott SM. ACP Journal Club. Review: Vitamin D with calcium reduces fractures in adults. *Ann.Intern.Med.* 2012; 156: JC6-JC7.
8. Bischoff HA, Stahelin HB, Dick W et al. Effects of vitamin D and calcium supplementation on falls: a randomized controlled trial. *J Bone Miner.Res.* 2003; 18: 343-351.
9. Bischoff-Ferrari HA, Borchers M, Gudat F, Durmuller U, Stahelin HB, Dick W. Vitamin D receptor expression in human muscle tissue decreases with age. *J Bone Miner. Res.* 2004; 19: 265-269.
10. Glerup H, Mikkelsen K, Poulsen L et al. Hypovitaminosis D myopathy without biochemical signs of osteomalacic bone involvement. *Calcif.Tissue Int* 2000; 66: 419-424.
11. Bischoff-Ferrari HA, Dawson-Hughes B, Willett WC et al. Effect of Vitamin D on falls: a meta-analysis. *JAMA* 2004; 291: 1999-2006.
12. Karkkainen MK, Tuppurainen M, Salovaara K et al. Does daily vitamin D 800 IU and calcium 1000 mg supplementation decrease the risk of falling in ambulatory women aged 65-71 years? A 3-year randomized population-based trial (OSTPRE-FPS). *Maturitas* 2010; 65: 359-365.

CALCICHEW®

Kombinace pro silné kosti

Calcichew D3 Lemon 400 IU

vyvážená kombinace kalcia a vitamínu D3
(500 mg/400 IU)¹

- 7 z 10 žen nad 50 let nemá dostatečný příjem vápníku²
- 32 %, resp 80 % osteoporotických žen po menopauze trpí deficitem vitamínu D^{3#}

Suplementace vápníkem+vitamínem D3 snižuje:

- Riziko vzniku fraktur^{4-6*}
- Riziko pádů pacientů^{7*}
- Mortalitu u osteoporotických pacientů^{8*}

* Tento efekt nebyl prokázán při podávání samotného vitamínu D.⁴⁻⁸



hranici nedostatečnosti stanovena sérové koncentrace 25(OH)D 50nmol/l, resp. 80nmol/l

Reference: 1. Doporučený diagnostický a léčebný postup SVL ČLS JEP, novelizace 2011. 2. Dionysiotis Y et al. BMC Women's Health 2010;10, 12:1-13. 3. Rizzoli R et al. Bone. 2008;42(2):246-9. 4. Boonen S et al. Need to Additional Calcium to reduce the Risk of Hip Fracture with vitamin D supplementation: Evidence from a Comparative Metaanalysis of Randomized Controlled trials. J Clin Endocrinol Metab 2007;92(4): 1415-23. 5. Avenell et al. Vitamin D and vitamin D analogues for preventing fractures associated with involutional and postmenopausal osteoporosis. Cochrane database of Systematic Reviews 2009, Issue 2. Art.No.: CD000227. DOI:10.1002/14651858. pub.3. 6. The DIPART Group. Patient level pooled analysis of 68500 patients from 7 major vitamin D fracture trials in US and Europe. BMJ 2010;340:b5463. 7. Murad et al. Vitamin D and Falls, J Clin Endocrinol Metab 2011; 96 (10): 0000-0000. 8. Abrahamsen Bo et al. Vitamin D given with calcium reduces mortality: Patient level analysis of 28,700 patients from five European vitamin D fracture prevention trials. JBMR 2009; suppl 1, vol 24, p 59, Abstract No 1028.

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU.

Název přípravku: Calcichew D3 Lemon 400 IU. **Léková forma:** žvýkácké tablety. **Složení:** 1 tableta obsahuje: Calcium 500 mg (jako calcii carbonas 1250 mg), koncentrát Colecalciferolum (vitamin D3) 400 IU/10 µg (jako colecalciferoli pulvis). Seznam pomocných látek viz SPC. **Indikace:** Prevence a léčba při nedostatku vitamínu D a vápníku u starších pacientů. Vitamin D a vápník slouží jako doplněk při léčbě osteoporózy u pacientů, u nichž hrozí nedostatek vitamínu D a vápníku. **Dávkování a způsob podání:** Dospělí a starší pacienti: Jedna tableta 2krát denně. Tableta může být rozžvýkána, nebo rozpuštěna na jazyku. Dávkování při poruše funkce jater: Nemá být upravováno. Dávkování při poruše funkce ledvin: Tablety Calcichew D3 Lemon 400 IU nemají být podávány pacientům s vážnou poruchou ledvin. Tablety Calcichew D3 Lemon 400 IU nejsou určeny pro podávání dětem. **Kontraindikace:** Onemocnění a/nebo stavy způsobující hyperkalcémii a/nebo hyperkalciurii, nefrolitiáza, hypervitaminóza D, přecitlivělost na účinnou látku nebo jakoukoliv z pomocných látek. **Zvláštní upozornění:** Při dlouhodobé léčbě je třeba sledovat hladinu kalcia v séru a monitorovat renální funkce měřením kreatininu v séru, zejména u starších pacientů při souběžné léčbě srdečními glykosidy nebo diuretiky a u pacientů s velkým sklonem k tvorbě kamenů. V případě hyperkalcémie nebo příznaků poruchy funkce ledvin by měla být snížena dávka, nebo přerušena léčba. Při podání vitamínu D je třeba věnovat zvýšenou pozornost pacientům s poruchou ledvin a sledovat hladiny kalcia a fosfátů. Nebezpečí kalcifikace měkkých tkání je třeba vzít v úvahu. U pacientů se závažnou renální nedostatečností není vitamín D v podobě cholecalciferolu metabolizován normálně, proto by měly být podány jiné formy vitamínu D. Opatrnosti je nutně dbát u pacientů trpících sarkoidózou z důvodu nebezpečí zvýšeného metabolismu vitamínu D a jeho přeměny na aktivní formu, dále u imobilizovaných pacientů s osteoporózou vzhledem ke zvýšenému riziku hyperkalcémie. V případě užívání dalších přípravků obsahujících vitamin D je nutné často monitorovat hladiny kalcia v séru a vylučování kalcia v moči. Další dávky kalcia nebo vitamínu D by měly být podávány pod lékařským dohledem. Současné podávání tetracyklinových nebo chinolonových přípravků není doporučováno, nebo je třeba zvláštní pozornosti při jejich současném použití. Tablety Calcichew D3 Lemon 400 IU obsahují aspartam, a neměly by být užívány pacienti s fenylketonurií. Tablety Calcichew D3 Lemon 400 IU obsahují sorbitol, isomalt a sacharózu a neměly by být užívány pacienti s poruchami jako intolerance fruktózy, malabsorpce glukózy-galaktózy nebo nedostatečné vstřebávání sacharózy- izomaltázy. **Interakce:** Z důvodu zvýšeného rizika hyperkalcémie by mělo být v průběhu souběžného užívání thiazidových diuretik pravidelně sledováno kalcium v séru. Tetracyklinové přípravky by měly být podávány nejméně 2 hodiny před nebo 4 až 6 hodin po perorálním podání calcii carbonas. Je-li současně užíván bisfosfonát, měl by být podán nejméně 1 hodinu před podáním Calcichew D3 Lemon 400 IU, protože může snižovat gastrointestinální absorpci. Při souběžné léčbě levothyroxinem může být jeho účinek snížen souběžným užíváním kalcia, proto je třeba mezi dávkami dodržet nejméně 4hodinovou prodlevu. Při souběžné léčbě chinolonovými antibiotiky je třeba je podat nejméně 2 hodiny před nebo 6 hodin po podání Calcichew D3 Lemon 400 IU, aby se předešlo riziku snížení absorpce. Železo, zinek nebo stroncium ranelát se mají užívat alespoň dvě hodiny před nebo dvě hodiny po podání Calcichew D3 Lemon 400 IU, aby se předešlo riziku snížení absorpce. Hyperkalcémie může zvýšit toxicitu srdečních glykosidů během léčby kalciumem a vitamínem D. U pacientů by se měl sledovat EKG a hladina kalcia v séru. Léčba orlistatem může snížit vstřebávání liposolubilních vitamínů (např. vitamin D3). **Těhotenství a kojení:** Během těhotenství by denní dávka neměla přesáhnout 1500 mg kalcia a 600 IU vitamínu D. Calcichew D3 Lemon 400 IU může být užíván v těhotenství při nedostatku kalcia a vitamínu D a může být užíván během kojení. Kalcium a vitamin D přecházejí do mateřského mléka. Tuto skutečnost je třeba vzít v úvahu v případě, že má být dítěti podán další vitamin D. **Nežádoucí účinky*:** Méně časté: hyperkalcémie a hyperkalciurie. Vzácné: zácpa, plynatost, nevolnost, bolest břicha, průjem. Není známo: Hypersenzitivní reakce jako angioedém a edém larynxu. Pacienti s poruchou funkce ledvin: možné riziko hyperfosfatémie, nefrolitiázy a nefrokalcinózy. Ostatní viz SPC. **Uchovávání:** HDPE obal: Uchovávejte v pevně uzavřeném původním obalu při teplotě do 30 °C pro zajištění ochrany před světlem a vlhkostí. Blister: Uchovávejte při teplotě do 25 °C v původním obalu pro zajištění ochrany před vlhkostí a v krabičce pro zajištění ochrany před světlem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Takeda Nycomed AS, Postboks 205, N-1372 Asker, Norsko. **Registrační číslo:** 39/549/12-C. **Datum poslední revize textu:** 16. 4. 2015.

Vydej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Před předepsáním se seznámte s úplným zněním Souhrnu údajů o přípravku. * Všimněte si, prosím, změn v informacích o léčivém přípravku.

Takeda Pharmaceuticals Czech Republic s.r.o., Škrétkova 490/12, 120 00 Praha 4



FIXNÍ KOMBINACE RAMIPRILU A AMLODIPINU V PREPARÁTU EGIRAMLON – NOVÝ PŘÍNOS PRO PACIENTY S HYPERTENZÍ



MUDr. Jaroslav
Brotánek, interní
oddělení, Thomayerova
nemocnice, Praha

Hypertenze v dnešní době řadíme mezi nejvýznamnější rizikové faktory při rozvoji všech klinických forem aterosklerózy a při vzniku kardiovaskulárních onemocnění. Prevalence hypertenze v populaci je asi 40 %, se stoupajícím věkem se však významně zvyšuje. Incidence hypertenze ve věku mezi 60. a 70. rokem života činí zhruba 4 – 8 %. Varujícím údajem je i skutečnost, že jedna čtvrtina pacientů o své nemoci neví. V celosvětovém měřítku je hypertenze odpovědná za zhruba 13 % úmrtí. V posledních několika desetiletích můžeme pozorovat významné změny v léčbě hypertenze, které souvisejí s novými vědeckými poznatky a objevy nových farmak na léčbu této nemoci. I přes tuto skutečnost cílových hodnot krevního tlaku však dosahuje jen asi 31 % léčených.

Aktuální terapeutické možnosti

Nesmíme se samozřejmě omezit pouze na korekci hypertenze, ale vždy se musíme snažit ovlivnit i celkové kardiovaskulární riziko. Vždyť v ČR jsou kardiovaskulární nemoci odpovědné za zhruba 50 % úmrtí! Při rozhodování můžeme vycházet z doporučených postupů České společnosti pro hypertenzi z roku 2012, kdy k zahájení léčby máme k dispozici pět základních tříd antihypertenziv a léčbu můžeme zahájit buď monoterapií, či kombinací dvou léků v nízké dávce. Kombinaci léčby ihned při zahájení léčby zvažujeme u pacientů s vysokým rizikem nebo s výrazně vysokým krevním tlakem. Kombinací léčba bývá účinnější nežli monoterapie a u vysoce rizikových nemocných nám umožní rychleji dosáhnout normalizace krevního tlaku. Údaje z velkých klinických studií nám dokazují, že cílového krevního tlaku (TK) při monoterapii dosáhne pouze 30 % léčených pacientů. Například ve studii ACCOMPLISH, kde byli pacienti léčeni fixní dvojkombinací antihypertenziv, bylo 32,3 % z nich nutno na konci studie přidat ještě třetí antihypertenzivum k dosažení cílových hodnot TK. I při výběru léků ze základních tříd antihypertenziv

musíme pečlivě zvažovat účinnou látku, která bude pro rizikového pacienta nejvýhodnější. Alfou a omegou při zahájení kombinací léčby se nyní jeví kombinace inhibitoru ACE a blokátoru kalciového kanálu. Mezi inhibitory ACE zaujímá přední místo ramipril, mezi kalciovými blokátory amlodipin.

Studie HOPE

Nejpádňější pozitivní důkazy pro inhibitor ACE ramipril přinesla studie HOPE, které se zúčastnilo 9 541 nemocných, starších 55 let, rizikově nemocných, s prokázaným kardiovaskulárním onemocněním (ICHS, CMP, ICHDK) nebo diabetici s alespoň jedním rizikovým faktorem. Pacienti byli randomizováni do dvou větví, jedna dostávala ramipril 10 mg denně, druhá placebo. Byla povolena další léčba (kyselina acetylsalicylová, beta blokátory). Studie trvala 4,5 roku. Ramipril významně pozitivně a signifikantně ovlivnil kardiovaskulární mortalitu, výskyt cévních mozkových příhod a výskyt infarktu myokardu. Kombinovaný ukazatel (infarkt myokardu, CMP a kardiovaskulární úmrtí) poklesl při podávání ramiprilu o 22 %. Studie HOPE rovněž jasně dokázala, že protektivní efekt ramiprilu není závislý na poklesu krevního tlaku (část pacientů na začátku studie měla normální TK). Diabetici byli hodnoceni analýzou v podstudii nazvané MICRO-HOPE. Ramipril zde prokázal významnou nefroprotektivitu – u sledovaných osob došlo ke snížení mikroalbuminurie, redukoval se vznik nového postižení ledvin a zpomalilo se zhoršování již preexistujícího renálního postižení. Studie HOPE byla následně prodloužena, aby se zjistilo, jestli příznivé efekty navozené ramiprilem budou přetrvávat po delší dobu. V této studii, nazvané HOPE-TOO, u pacientů léčených ramiprilem došlo k dalším pozitivním výsledkům – o 19 % se snížilo riziko vzniku infarktu myokardu, o 16 % se snížila potřeba revaskularizace a o 34 % pokleslo riziko rozvoje diabetes mellitus. Pozitivní vlivy na kardiovaskulární úmrtí, CMP a nutnost hospitalizace pro srdeční selhání, které byly dosaženy v základní části studie, přetrvávaly i v tomto prodlouženém sledování. Nefroprotektivitu ramiprilu potvrdily i další práce. Studie REIN zahrnovala hyperteniky a normotoniky s nediabetickou chronickou nefropatií a proteinurií. Podávání ramiprilu vedlo ke snížení proteinurie o 13 %, zpomalilo zhoršení glomerulární

filtrace a snížilo riziko terminálního renálního selhání na polovinu. Studie LEWIS II došla u pacientů s diabetes mellitus 1. typu k podobným závěrům jako podstudie MICRO-HOPE u diabetiků 2. typu. Významný klinický přínos terapií ramipriem prokázala i studie AIRE. Ramipril byl podáván nemocným po akutním infarktu myokardu se známkami srdečního selhání bez ohledu na velikost ejekční frakce. Výsledek studie byl ohromující. Redukce celkové mortality při průměrně 15měsíčním sledování byla 27 %! Ve studii RACE byl u hyperteniků ramipril porovnáván oproti atenololu, přičemž inhibitor ACE výrazně redukoval hypertrofii levé komory srdeční, i když ve snížení tlaku nebyl rozdíl. Pilote se spolupracovníky ve své observační studii porovnávala mortalitu pacientů (soubor zahrnoval 43 316 lidí), hospitalizovaných pro srdeční selhání, kterým byl předepsán při propuštění nějaký inhibitor ACEI. Zde ramipril snížil významně mortalitu oproti enalaprilu a kaptoprilu. Podobný registr byl prováděn v Německu pod názvem MITRA PLUS. Sledování byli pacienti po akutním infarktu myokardu s ST elevacemi, kteří užívali buď ramipril či jiné inhibitory ACE, anebo nebrali žádný inhibitor ACE. Ve skupině léčené ramipriem byla nejnižší hospitalizační mortalita a nejnižší výskyt závažných kardiovaskulárních příhod v porovnání s jinými ACE inhibitory. Jak si však můžeme vysvětlit tak pozitivní vliv inhibitoru ACE ramiprilu, který dokumentují výše uvedené studie? Jedním z důvodů může být, že ramipril oproti jiným inhibitorům ACE vykazuje významnou lipofilitu, což vede k významnějšímu ovlivnění tkáňového ACE. Tento mechanismus se může podílet na vzniku tzv. pleiotropních efektů (protizánětlivé, antisklerotické, antioxidační, antitrombotické), které vedou ke kardioprotektivnímu účinku. Mezi další významné faktory, které se podílejí na kardioprotekci, jistě patří snížení apoptózy endoteliálních buněk a zvýšení produkce oxidu dusnatého v aortě.

Farmakologie ramiprilu a amlodipinu

Musím se krátce zastavit i u nežádoucích účinků ramiprilu. Nejčastěji je uváděn kašel: ve studii HOPE se vyskytoval u 7,3 % pacientů a vyžadoval přerušení léčby. Jiné další nežádoucí účinky, jako bolest hlavy, závratě a únavnost, byly většinou mírné a přechodného charakteru. Zřídka může dojít ke zhoršení renálních funkcí a hyperkalémii.

mírné a přechodného charakteru. Zřídka může dojít ke zhoršení renálních funkcí a hyperkalémii. Jak jsem již výše předeslal, do základů kombináční léčby hypertenze dnes jednoznačně patří i blokátor kalciových kanálů amlodipin. Čím si on vysloužil toto výsadní postavení?

Tento dihydropyridinový kalciový blokátor vykazuje významné kardioprotektivní vlastnosti, jak prokázaly již mnohokrát citované studie ASCOT a ACCOMPLISH, kde byl amlodipin podáván v kombináční terapii. Ve studii ASCOT to bylo spolu s perindopilem (proti léčbě atenolol + thiazidové diuretikum). V této léčebné větvi došlo k výraznému poklesu kardiovaskulární a celkové mortality. Na kladném vlivu amlodipinu se mezi jiným podílelo i snížení centrálního aortálního tlaku a pozitivní ovlivnění variability krevního tlaku. Studie ACCOMPLISH5 prokázala, že kombinace amlodipinu a benazeprilu snižuje kardiovaskulární morbiditu a mortalitu o 20 % při stejném poklesu krevního tlaku oproti kombináční léčbě benazeprilu s hydrochlorothiazidem. Amlodipin má rovněž antiaterogenní vlastnosti, jak ukázala studie PREVENT. V této studii došlo k ovlivnění cévní stěny a průkazu snížení poměru intima/media. Velkým pozitivem amlodipinu je rovněž jeho metabolická neutralita.

Všechny výše uvedené studie poukazyvaly na pozitivní vliv podávání amlodipinu s různými inhibitory ACE. Máme však klinická data o podávání ramiprilu s amlodipinem? Tyto údaje existují a nám je přinášejí dvě klinická hodnocení. Jedná se o studii ATAR a studii RAMONA. Studie ATAR byla dvojitě slepá, randomizovaná, multicentrická studie, která porovnávala kombináční léčbu ramipilem a amlodipinem proti monoterapii amlodipinem. Zařazování byli pacienti s esenciální hypertenzí 1. a 2. stupně. Byli randomizováni do dvou skupin. V první byla titrována medikace na 5/5 a 10/10 mg amlodipinu a ramiprilu ve fixní kombinaci, ve druhé na 5 a 10 mg amlodipinu dle výše krevního tlaku. Krevní tlak byl měřen jednak v ordinaci lékařů, jednak při 24 hodinovém ambulantním monitorování. V obou případech hodnocení byl prokázán statisticky významný pokles krevního tlaku ve prospěch kombináční léčby. Studie prokázala, že kombináční léčba snížila systolický tlak o 24 % oproti monoterapii. V případě diastolického tlaku byla kombinace ještě účinnější, dokonce o 26 %. Podávání kombináční léčby se ukázalo rovněž velmi bezpečné. Otoky dolních končetin se vyskytovaly mnohem méně ve skupině léčené kombináční léčbou (7,6 % vs. 18,7 %). Kašel se objevoval při podávání ramiprilu ve 3,8 %.

Do studie RAMONA byli zařazováni hypertonicí s nedostatečně kompenzovaným krevním tlakem. Studie se zúčastnilo 9 169 pacientů. Průměrný věk nemocných byl 60,2 let. Pacientům byla podávána fixní kombinace ramiprilu a amlodipinu

ve čtyřech odlišných silách, dle výše krevního tlaku a rozhodnutí ošetřujícího lékaře. Na konci sledování systolický krevní tlak poklesl o 26,4 mm Hg a diastolický o 11,8 mm Hg. Rovněž poklesla i tepová frekvence o 5,5 pulsů/min. Cílových hodnot krevního tlaku dosáhlo 83,4 % pacientů a 69,8 % diabetiků. Zajímavé byly i změny v biochemických parametrech sledovaných osob. LDL cholesterol poklesl z 3,1 mmol/l na 2,9 mmol/l a hladina glukózy z 5,8 na 5,6 mmol/l, což svědčí pro příznivé metabolické působení podávané kombinace.

Kazuistika

Na naši ambulanci se dostavil 59 letý muž, který pozoroval několik dnů trvající vertigo a dušnost při větší námaze. V osobní anamnéze uváděl, že prodělal v dětství appendektomii, jinak vážněji nestonal. Před několika lety mu byla údajně zjištěna hypertenze, na kterou po několika měsících užíval léky (už si nepamatuje jaké), po kterých se mu krevní tlak zlepšil. Léky mu však nedělaly dobře, cítil se po nich slabý a unavený, proto je vysadil. Na kontroly pak již k lékaři nechodil, domníval se, že hypertenze je již vyléčená. Je nekuřák, příležitostně požívá alkohol, pracuje jako elektrikář. Při somatickém vyšetření dominoval krevní tlak 180/105 mm Hg, tepová frekvence byla 88 pulsů/min. Pacient byl obézní, s BMI 31 kg/m². Obezita byla abdominálního typu. Při poslechu srdce byla patrná akcentace II. ozvy nad aortou. Další nález při somatickém vyšetření byl normální. Bylo mu urgentně podáno 12,5 mg kaptoprilu, po kterém došlo ke snížení tlaku. Přivolaný neurolog u pacienta neprokázal žádnou ložiskovou symptomatologii, vyslovil podezření na závrať v souvislosti s hypertenzí. Doporučil však ještě provedení urgentního CT vyšetření mozku, které vyloučilo intracerebrální hemoragii. Na EKG byly patrné známky hypertrofie levé komory. Tento nález potvrdila i echokardiografie, která prokázala koncentrickou hypertrofii levé komory s poruchou její relaxace. Zadopřední snímek hrudníku byl normální. Vyšetření tropoinu a D dimerů nepodporovalo diagnózu akutního koronárního syndromu ani plicní embolie, renální funkce a jaterní testy byly v normě. Pacientovi byla nasazena fixní kombinace Egiramlon 5/5 mg 1x denně a byl objednan ambulantně na další vyšetření. Absolvoval biochemická vyšetření, při kterých byly zjištěny abnormální hodnoty lipidogramu – celkový cholesterol 6,2 mmol/l, LDL cholesterol 3,9 mmol/l, HDL cholesterol 1,0 mmol/l a triglyceridy 1,8 mmol/l. Hladina glykémie na lačno byla 5,8 mmol/l a hs-CRP 7,4 mg/l.

Při očním vyšetření byla na očním pozadí zjištěna hypertenzická angiopatie II. stupně. Ultrazvukové vyšetření břicha nenalezlo žádnou patologii na ledvinách a nadledvinách. Průtok renálních

tepnami byl vzhledem k obezitě hůře vyšetřitelný, ale jednoznačné známky stenózy artérií nebyly patrné. V moči již byla zachycena mikroalbuminurie. Dodatečně provedené ultrasonografické vyšetření karotid a vertebrálních tepen neprokázalo stenózu na těchto tepnách. Při následné ambulantní kontrole se pacient cítil výrazně lépe, ustoupila dušnost i závrať, došlo k poklesu krevního tlaku na 150/95 mm Hg. Proto byla dávka antihypertenziv navýšena na Egiramlon 10/10 mg 1x denně. Vzhledem k tomu, že již byly přítomny subklinické orgánové změny, byl do medikace přidán atorvastatin 20 mg denně. Po šesti týdnech neměl pacient žádné obtíže, naměřená hodnota krevního tlaku byla 130/80 mm Hg a tepová frekvence 75 pulsů/min. Při dalších kontrolách byl krevní tlak zcela v normě, nemocný byl bez potíží, podařilo se mu změnou dietního režimu zredukovat váhu. V laboratoři došlo k normalizaci glykémie, cholesterol však při dietních opatřeních nedosahoval cílových hodnot, proto bylo nutno navýšit dávku atorvastatinu na 40 mg denně. Pacient si pochvaloval, že nyní užívá jen málo tablet, které nezapomíná brát. Rovněž byl spokojen, že mu tyto léky nepůsobí žádné potíže, tak jak tomu bylo v minulosti. Kazuistika prezentuje pacienta s metabolickým syndromem a již vyvinutými orgánovými změnami při hypertenzi. Nasazená fixní kombinace vedla k normalizaci krevního tlaku, ale jistě má pro nemocného další významná pozitiva. Jedním je již výše popisovaná kardiovaskulární protektivita, která se ještě násobí podáváním statinu. Dalším pozitivem je působení obou složek na hypertrofii levé srdeční komory. Rovněž není zanedbatelná renoprotektivita a ovlivnění mikroalbuminurie ramipilem. Další velká výhoda je v metabolické neutralitě amlodipinu a v pozitivním působení ramiprilu na hladiny glykémie a v prevenci rozvoje diabetes mellitus. Nezanedbatelný je i fakt, že obě součásti Egiramlonu mají dlouhodobé působení, proto ho lze bez obav podávat 1x denně, což jistě vede ke zlepšení compliance nemocného k léčbě. Pro lékaře je výhodná i okolnost, že u Egiramlonu existují čtyři rozdílné síly v kombinaci preparátů, což umožňuje přesnou a citlivou titraci léčby.

Závěr

Je jisté, že Egiramlon je vhodnou volbou při výběru léku z dnešní široké palety fixních kombinací antihypertenziv. Jedná se jednak o výborné antihypertenzivum, jednak o lék, který svými dalšími pozitivními vlastnostmi vylepšuje péči o naše nemocné.

Literatura:

Seznam použité literatury u autora

EGIRAMLON[®]

ramipril + amlodipin



NOVINKA
60 a 90
tobolek v balení

EGIRAMLON[®]
ramipril + amlodipin

- ♥ Účinné snížení TK² a lepší compliance pacientů³
- ♥ Fixní kombinace ramiprilu (ACE-I) a amlodipinu (BKK)¹
- ♥ Možné titrace 5 mg/5 mg; 5 mg/10 mg; 10 mg/5 mg; 10 mg/10 mg¹
- ♥ Malá (60 tobolek) i velká (90 tobolek) balení¹

Zkrácená informace o přípravku: Egiramlon[®] 2,5 mg/2,5 mg; Egiramlon[®] 5 mg/5 mg; Egiramlon[®] 5 mg/10 mg; Egiramlon[®] 10 mg/5 mg; Egiramlon[®] 10 mg/10 mg, tvrdé tablety

Složení: jedna tvrdá tableta obsahuje ramiprilum/amlodipinum: 2,5 mg/2,5 mg; 5 mg/5 mg; 5 mg/10 mg; 10 mg/5 mg; 10 mg/10 mg. **Indikace:** Léčba hypertenze jako substituční léčba u dospělých pacientů dostatečně léčených jednotlivými přípravky podávanými souběžně ve stejných dávkách jako v kombinovaném přípravku, ale ve formě samostatných tablet. **Dávkování:** Doporučená dávka je jedna tableta dané síly denně. Užívání přípravku Egiramlon[®] u dětí a mladistvých do 18 let se nedoporučuje. Egiramlon[®] by se měl užívat jednou denně ve stejnou denní dobu, s jídlem nebo bez něj. Nesmí se kousat ani drtit. Nesmí se užívat s grapefruitovou šťávou. **Kontraindikace:** přecitlivělost na amlodipin, deriváty dihydropyridinu, ramipril, ACE inhibitory a/nebo na kteroukoli pomocnou látku; angioedém v anamnéze; extrakorporální léčba umožňující kontakt krve s negativně nabitým povrchem; signifikantní bilaterální renální arteriální stenóza nebo renální arteriální stenóza v jediné funkční ledvině; druhý a třetí trimestr těhotenství; hypotenze; hemodynamická nestabilita; šok; obstrukce výtokového traktu levé komory. Současné užívání přípravku Egiramlon s přípravky obsahujícími aliskiren je kontraindikováno u pacientů s diabetem mellitus nebo s poruchou funkce ledvin. **Zvláštní upozornění:** Nedoporučuje se duální blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokátorů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu. Léčba by neměla být zahajována v průběhu těhotenství. Po zjištění těhotenství by měla být léčba ihned ukončena. U pacientů s výrazně aktivovaným RAAS existuje riziko akutního výrazného poklesu krevního tlaku a zhoršení funkce ledvin. Před zahájením léčby a po dobu léčby musí být sledována funkce ledvin a popřípadě upraveno dávkování. V případě výskytu angioedému musí být léčba ukončena. Při užívání ACE inhibitorů se objevuje kašel, který vymizí po přerušení léčby. Pacienty se srdečním selháním a starší pacienty je třeba léčit s opatrností. **Interakce:** Soli draslíku, heparin, draslík šetrící diuretika a další přípravky zvyšující hladinu draslíku v plazmě, antihypertenziva a jiné látky snižující krevní tlak, vasopresorická sympatomimetika, alopunnol, imunosupresiva, kortikosteroidy, prokainamid, cytotatika a další látky, které mohou měnit počet krvinek, soli lithia, antidiabetika včetně inzulinu, NSAID a ASA, inhibitory a induktory CYP3A4 a grapefruitová šťáva. **Nežádoucí účinky:** Časté: zvýšená hladina draslíku v krvi, bolesti hlavy, závrať, ospalost, palpitace, hypotenze, snížený ortostatický krevní tlak, synkopa, nával horka, neproduktivní dráždivý kašel, bronchitida, sinusitida, dušnost, gastrointestinální zánět, zažívací obtíže, břišní diskomfort, dyspepsie, změna činnosti střev (včetně průjmy a zácpy), nauzea, zvracení, bolesti břicha, vyrážka, hlavně makulopapulární, svalové křeče, bolest svalů, bolest na hrudi, únava, slabost, otoky, poruchy vidění (včetně diplopie). **Balení:** 2,5 mg/2,5 mg: 28, 30, 56, 60 nebo 90 tvrdých tobolek. 5 mg/5 mg, 5 mg/10 mg, 10 mg/5 mg, 10 mg/10 mg: 28, 30, 56, 60, 90 nebo 100 tvrdých tobolek. Na trhu nemusí být všechny velikosti balení. **Podmínky uchovávání:** Uchovávejte při teplotě do 30 °C v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Držitel rozhodnutí o registraci:** EGIS Pharmaceuticals PLC, Budapešť, Maďarsko. Registrační čísla: Egiramlon 2,5 mg/2,5 mg: 58/837/11-C; Egiramlon 5 mg/5 mg: 58/838/11-C; Egiramlon 5 mg/10 mg: 58/839/11-C; Egiramlon 10 mg/5 mg: 58/840/11-C; Egiramlon 10 mg/10 mg: 58/841/11-C. **Datum první registrace:** 21. 12. 2011. **Datum revize textu:** 26. 7. 2015. Pouze na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním léku se, prosím, seznáme s podrobnými informacemi v platném Souhrnu údajů o přípravku nebo na adrese firmy EGIS Praha spol. s r.o.

Literatura: 1. SPC Přípravku Egiramlon[®]. 2. Miranda RD, Mion D, Rocha JC, et al. 2008. An 18-Week, Prospective, Randomized, Double-Blind, Multicenter Study of Amlodipine/Ramipril Combination Versus Amlodipine Monotherapy in the Treatment of Hypertension: The Assessment of Combination Therapy of Amlodipine/Ramipril (ATAR) Study. Clinical Therapeutics, 30:1618-1628. 3. Dickson M, Plauschinet CA. Compliance with Antihypertensive Therapy in the Elderly: A Comparison of Fixed-Dose Combination Amlodipine/Benzepiril versus Component-Based Free-Combination Therapy. Am J Cardiovasc Drugs. 2008;8(1):45-50. 4. Filipovský J, Widimský J, et al. Diagnostické a léčebné postupy u arteriální hypertenze – verze 2012. Doporučení České společnosti pro hypertenzi.

Pojištění nemovitého majetku sloužící k provozu lékařské praxe

3. část

V seriálu odpovědí na vaše nejčastější dotazy ohledně zvýhodněného programu pojištění od pojišťovny Kooperativa se tentokrát soustředíme na oblast pojištění nemovitého majetku sloužícího k provozu lékařské praxe.



Škody na odložených věcech pacientů. Pacientka si v kabině odloží kabelku a během vyšetření je odcizena z peněženky určitá částka. Jak se v tomto případě zachová pojišťovna při plnění?

V první řadě je potřeba přivolat policii a sepsat hlášení. Odpovědnost pojištěného za škodu na odložených věcech pacientů je zahrnuta v rámci pojistného krytí v případě, že je sjednáno také pojištění obecné odpovědnosti. V tomto konkrétním případě leží důkazní břemeno o vzniku a rozsahu škody na poškozené pacientce. Nelze předjímat, zda od lékaře či sestry dostala pokyn, že si v kabině musí odložit veškeré věci včetně kabelky. Správně by si ji měla vzít s sebou do ordinace. Z tohoto případu plyne doporučení: Kabinku zamýkat, nebo upozornit pacienta, že osobní věci by měl mít u sebe. Při likvidaci se zjišťují okolnosti konkrétního případu.

Týká se pojištění přerušení provozu z důvodu pracovní neschopnosti celé společnosti s ručením omezeným, pokud si toto pojištění sjednám v majetkovém pojištění ORDINACE?

V případě s. r. o. se bude jednat o pracovní neschopnost tzv. dotčené osoby, která bude uvedena ve smlouvě. Nemusí se jednat o osobu, která smlouvu za společnost podepisuje. Netýká se ale celé společnosti, resp. všech osob, které se podílejí na její činnosti. Pojištění přerušení provozu lze sjednat i mimo pojištění ORDINACE, i když za trochu odlišných podmínek.

Jako lékařka mám ordinaci v nájmu od společnosti s ručením omezeným, jejímž jednatelem je můj manžel. Jak by se zachovala pojišťovna v případě plnění pojistné události pojištění ORDINACE?

Pokud v daném případě vy osobně nemáte majetkový podíl ve společnosti, která je pronajímatelem či vlastníkem budovy, potom se z tohoto titulu na vaši odpovědnost za újmu, kterou způsobíte pronajímateli prostor, nevztahuje v rámci pojištění ORDINACE žádná výluka. S. r. o. je jiný právní subjekt než manžel.

*Váš garant spolupráce
Renata Pacnerová*



Kooperativa pojišťovna, a. s., Vienna Insurance Group,
Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, tel. + 420 956 420 320, mobil: + 420 602 146 850,
e-mail: rpacnerova@koop.cz

Pojištění odpovědnosti zaměstnanců za škodu způsobenou zaměstnavateli

Pojišťovna Kooperativa vám poskytuje nejen pojištění profesní odpovědnosti a pojištění nemovitého majetku sloužícího k provozu lékařské praxe, ale myslí i na vaše zaměstnance.

Pojišťovna Kooperativa připravila pro zaměstnance fyzických a právnických osob, kteří jsou u Kooperativy pojištěni pod VIP Dohodou o podmínkách pojištění odpovědnosti poskytovatele zdravotních služeb, novou rámcovou dohodu č. 4401600001 o poskytování zvýhodněných podmínek pojištění odpovědnosti zaměstnanců za škodu způsobenou zaměstnavateli s 15% slevou.

Zvýhodněné podmínky pojištění odpovědnosti zaměstnanců za škodu způsobenou zaměstnavateli může využít zaměstnanec člena ČLK, který vykonává práci v pracovním poměru na základě pracovní smlouvy nebo na základě dohody o pracovní činnosti.

Limit pojistného plnění si volí pojistník výběrem jedné z nabízených variant. Jeho výše by měla odpovídat minimálně 4,5násobku hrubého měsíčního výdělku, který po něm může zaměstnavatel požadovat.

Tato rámcová dohoda není určena pro zaměstnance nemocnic.

Zvýhodnění budou poskytována, příp. změny pojistných smluv lze uzavřít prostřednictvím pracovníků Úseku řízení vnitřního obchodu, odbor přímého prodeje, Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, tel. 956 420 352, e-mail: kancelar-vip@koop.cz

**V případě potřeby
jsme Vám plně k dispozici**

Rumburská pohádka



Právě dnes, kdy jsem obdržela pozvánku k oslavě MDŽ od francouzského velvyslance v Praze, mne napadlo, že mám pro všechny zdravotní sestry, ale i lékařky, a vůbec pro všechny ženy v České republice, a možná i na světě, k tomuto svátečnímu dni neobyčejný dárek... O co jde tak důležitého, že o tom píšu do sdělovacích prostředků? Koneckonců vše, o čem píšu, již bylo zdánlivě podrobně podáváno, neboť se jednalo o on-line přenášený proces prostřednictvím médií směrem k veřejnosti. Já vám však chci doplnit některé události z virtuálního zákulísí, které dozajista povedou k lepšímu objasnění této mimořádné záležitosti.

Tak si prosím sedněte a pozorně čtěte.

V červnu roku 2014 proběhla našimi sdělovacími prostředky opakovaná zpráva, že v rumburské nemocnici 50letá specializovaná zdravotní sestra usmrtila přímou aplikací roztoku draslíku do žíly 72letou nemocnou. Jako lékařka s mnohaletou praxí jsem se vydělala... Důvodem tohoto činu měla být údajně její únava a nesnášenlivost ke starším pacientům. Pochopitelně že takovéto podezření se stalo předmětem policejního šetření, neboť lékař V., který toto podezření rozhlašoval, aniž by je vzápětí zapsal do příslušného protokolu, způsobil velký rozruch v celém regionu, ba v celé republice, a možná i za jejími hranicemi.

Musím se přiznat, že ani já jsem tehdy nevyklučovala, že by to nebylo možné – snad spíše šlo o pochybení, ale úmysl? To jsem nikdy ve své mnohaleté praxi internistky nezažila.

Zdravotní sestra však byla později ob-

žalována ze spáchání šesti vražd, neboť byly dodatečně vybrány chorobopisy dalších pěti zemřelých, kteří v průběhu několika uplynulých let měli zemřít při službě této zdravotní sestry. Tyto případy údajně vybíral k posouzení soudní znalec M.

Opakovaně jsme mohli slyšet, že zdravotní sestře hrozí doživotí...

Takřka do roka a do dne, tj. dne 23. června 2015, kdy bylo zahájeno hlavní soudní líčení u Krajského soudu v Ústí nad Labem, jsem náhodně vyslechla v ČT24 větu od jakési zpravodajky, že zmiňovaný lékař V. u soudu vypověděl, že „odebral krev zemřelé nemocné a nechal ji vyšetřit na koncentraci draslíku, která byla významně vyšší než u živých lidí“. Tak to jsem tedy slyšela poprvé, že šlo o krev nabranou asi půl hodiny po konstatování smrti, navíc z podklíčkové žíly, kam předtím byly aplikovány roztoky s přítomností draslíku. A navíc jsou jakékoli výkony ze strany lékaře po konstatování smrti protizákonné.

Vyšetřením provedeného odběru žilní krve od zmíněné zemřelé lékař obdržel z laboratoře výsledek 10,5 mmol /l, což je zhruba dvojnásobek tzv. horní hranice normy u zdravého a živého člověka.

Nabízené kontrolní vyšetření z pozice laborantky bylo druhou zdravotní sestrou B. z neznámých důvodů odmítnuto. Ale to by mimochodem jen potvrdilo, že koncentrace draslíku je ještě vyšší než v prvním náběru... O tom jsem přesvědčena, a nejen já, ale i vzdělaná lékařská veřejnost. To je i obsahem sdělení mnoha světových odborných publikací. A i když medicína není matematika, některá čísla jsou jasně směrodatná.

Tato zpráva mě doslova vyprovokovala k tomu, abych oslovila paní obhájkyňi ex offo stručným dopisem, kde jsem vylíčila své výhrady k této skutečnosti. Přitom jsem si v duchu myslela, že jsem asi nebyla jediná, kdo vyjádřil silné podezření na závažnou metodickou chybu, na které byla postavena celá obžaloba! Proto jsem také pochybovala, že by moje oslovení mohlo mít zpětnou vazbu a že by zrovna mne paní obhájkyňe kontaktovala...

Navíc jsem chovala v duchu přesvědčení, že přidělený obhájce dle pořadníku (tj. ex offo) nebývá ten pravý, který si vezme kauzu „k srdci“. Ale v tom všem jsem se hluboce mýlila a ještě jednou se omlouvám všem podobným obhájcům ex offo.

Svým telefonátem mě paní obhájkyňe

ještě tentýž den po obdržení dopisu oslovila v tom smyslu, zda jsem ochotna jít vypovídat o odborných skutečnostech jako svědek u soudu a zda mě může zapsat do seznamu svědků. A moje odpověď? Samozřejmě že ano...

Ve svém dopise i telefonátu jsem konstatovala mj. následující: po smrti jedince koncentrace draslíku permanentně stoupá, a to díky jeho uvolňování z krvinek podle koncentračního spádu a dále pak při jejich progredujícím rozpadu (při hemolýze). Tímto způsobem pak dochází v krátké době po smrti k pozvolnému zvyšování koncentrace draslíku v krvi, až je mnohonásobně vyšší, než je fyziologická koncentrace draslíku v krvi za života. Zároveň jsem prohlásila, že tyto skutečnosti se studují na lékařských fakultách přibližně ve druhém či třetím ročníku, a lékaři by je tedy měli znát.

Bohužel, ne všichni lékaři „účinkující“ v dané kauze měli tyto odpovídající znalosti, a to včetně některých soudních znalců.

Moje tvrzení a dokládaná odborná fakta byla v rozporu s posudkem soudního znalce obžaloby MUDr. M. a jeho kolegy MUDr. Z., rovněž soudního znalce. Zaujalo mě obdelníkové razítko jeho „nestátního zdravotnického zařízení“ zvaného „prosektura Mimoň“ pod výsledkem jedné z jeho provedených soudních pitev. Moje tvrzení tehdy bylo v rozporu i se znaleckým toxikologickým vyšetřením soudní znalkyně Ing. H. Důležité však podle mého názoru v případě bylo, že alespoň psychologické a psychiatrické vyšetření vyznělo plně ve prospěch zdravotní sestry.

Brzy nato mě požádala paní obhájkyňe o vypracování „odborného vyjádření“, přičemž mi svěřila kopie všech podkladů k tomu potřebných.

Velmi důležitý se ukázal znalecký posudek obhajoby od soudního znalce ÚVN, MUDr. Š., který spolupracoval s internistou, primářem ÚVN, MUDr. K. K jejich posudku jsem se vyjadřovala kladně, neboť po jeho prostudování se mi dílem potvrdilo, co už jsem konstatovala hned na začátku.

Podle mého názoru nic nesvědčilo pro to, že by zdravotní sestra vraždila přímou aplikací roztoku draslíku do žíly šesti zemřelých. Morfologické změny na elektrokardiogramech nejsou tak specifické, že by nemohly být způsobeny jinou příčinou, např. jinou změnou vnitřního prostředí, akutním

nedostatkem kyslíku atp. Tyto změny může kvalitně vyhodnotit pouze lékař kardiolog či internista, ale nikoli mladý chirurg, kterého soudní znalec obžaloby de facto protizákonně požádal o jejich zhodnocení!

Při dalším líčení v říjnu a v prosinci 2015 měl soud i obžaloba k dispozici všechny znalecké posudky. Tím, že byl shledán zásadní rozpor mezi posudkem obžaloby a obhajoby, bylo rozhodnuto o vyžádání tzv. revizního ústavního posudku, který byl do Vánoc roku 2015 vypracován odbornou znaleckou komisí ve FN Olomouc a na LF Olomouc.

Očekávala jsem od soudu také přečtení mého odborného vyjádření a podání mého svědectví, což se ale nestalo. Opakovaně však na něj upozorňovala paní obhájkyň ve své závěrečné řeči, kde zdůraznila moje jednoduché tvrzení o „kruciólní metodické chybě, na které stojí obžaloba“.

U posledního hlavního líčení u Krajského soudu v Ústí nad Labem dne 21. ledna t. r. jsem vyslechla v podání hlavního člena znaleckého týmu, tamějšího soudního lékaře MUDr. D., výsledek revizního posudku olomoucké znalecké komise. Vše vyznělo ve prospěch zdravotní sestry a naproti tomu byl zcela odmítnut posudek soudního znalce MUDr. M. Dokonce se v řeči znalce D. vyskytly i takové termíny, jako je „diletantismus“ a „lajdáctví“, když hovořil o znaleckém posudku soudního znalce obžaloby MUDr. M. Soudní lékař D. měl takřka podobný typ přesvědčivé rétoriky jako soudní znalec M., kterého vidáme v opakovaných TV vysíláních, ale s velkým rozdílem v předkládaných odborných argumentech. Jde o diametrální rozdíl oproti vadnému posudku soudního znalce M., jehož posudek byl takřka totálně zavržen, a to jak po stránce formální, ale hlavně i věcné!

Specializovaná zdravotní sestra byla nepravomocným rozsudkem zbavena obžaloby, a tím i hrozby doživotního vězení (!), přičemž z vyšetřovací vazby byla již předtím náhle propuštěna domů, těsně před Štědrým večerem roku 2015, a to v den narozenin své dcery A.

Ve věznicí v Litoměřicích strávila 429 dnů, utrpěla morální a profesní újmu, přišla o výdělek, je zadlužena, neboť jí byly zesplatněny půjčky, a hrozí jí exekuce, těžko bude hledat přiměřené zaměstnání, její 26letá dcera přerušila vysokoškolské studium a necítí se psychicky dobře.

Mě osobně potěšila nejen intenzivní a důsledná práce obhájkyň, ale i důvěra a statečnost obžalované zdravotní sestry a její dcery.

Dceru A. jsem pozvala do Plzně před Vánocemi, kdy její matka byla ještě ve vazbě,

abych otestovala její psychický stav. Přijdou Vánoce a ona bude sama doma – a bůhví, co člověka napadne v kruté osamělosti? Je však relativně statečná, i když se po tak dlouhou dobu odloučení od matky všechno strávít nedá. Dlouhými diskusemi na toto téma, ale i na témata jiná, jsem snad mohla přispět k jejímu psychickému osvícení, a tak jsem ji pouštěla domů s určitou jistotou, že se nezhroutí.

Nikdy nezapomenu na její výrok při našem loučení na autobusovém nádraží v Plzni: „To bych nikdy nevěřila, že politička může mít takové znalosti a tolik odvahy...“ A den nato večer přivezla obhájkyň její matku z vazby domů.

Tento příběh zatím šťastně nekončí. Jednak se státní zástupce odvolal k vrchnímu soudu, jako by nebyl přítomen takřka sedmihodinovému závěrečnému jednání soudu s předložením zcela jasných argumentů, jednak nekončí ani obhájkyň, ani zdravotní sestra. Ale o tom až někdy příště, neboť jde o příběh na pokračování. Předpokládám, že definitivní konec této napínavé pohádky bude asi tak k letošnímu Mezinárodnímu dni dětí. A věřím, že půjde o zakončení šťastné, jak je ostatně v pohádkách zvykem...

Tak, milé kolegyně zdravotnice a moje časté kamarádky, to je můj dárek vám všem, ale vůbec všem poctivým zdravotníkům a nakonec i všem občanům! Dostalo se nám poučení v několika ohledech, ale hlavně v tom, že boj za spravedlnost nesmí nikdy a v ničem polevovat. Žádná dobrá snaha není zbytečností...

Vyvstala však i řada otázek: kam se poděla presumce nevinny? Jak se chovaly sdělovací prostředky? Jakou kvalitu mají současní soudní znalci? Kolik chybných posudků musí odevzdat, aby byl této odpovědné funkce tzv. soudní znalec zbaven? Jaké jsou poměry ve zdravotnických zařízeních menšího typu? Ale i v těch ostatních? Jaké panují ve zdravotnictví interpersonální vztahy při žádoucí týmové práci? Jak dopadne situace v rumburské nemocnici, která má sloužit občanům tohoto regionu? Jaké pocity má tamější policie? Může nestátní zdravotnické zařízení Prosektura Mimoň provádět soudní pitvy, pokud by nebyla řádně akreditována? A co vlastně může toto nestátní zdravotnické zařízení Prosektura Mimoň provádět? A jak se daří původci všeho, lékaři V. z rumburské nemocnice? Jaké důvody jej vedly k těmto volně plynoucím informacím, které se ukazují být nepravdivými?

Tím vším se také zabýváme s kolegy ze Senátu, se senátorem Ing. Zbyňkem Linhar-

tem, který z Rumburska pochází. A i s Jiřím Voseckým, který také ledacos ví o tomto kousku světa, neboť k němu má vztah. I jim chci poděkovat, ale i několika kolegům z medicínské praxe, se kterými jsem více konzultovala ohledně odborných poznatků k tomuto případu, včetně mého syna Jiřího a vnučky Anetky – i ti mně výrazně pomohli, neboť mi vyhledali na internetu trefný článek od italských autorů, který dokládá tvrzení o pohybu draslíku po smrti.

Lidičky, nevyprávěla jsem vám pohádku se šťastným koncem, i když se to tak zdánlivě jeví. Jde o holou skutečnost, která navíc odkryla mnohé nedostatky a nešvary. Avšak byla také obdařena velkým štěstím, hlavně v osobě paní obhájkyň a dalších lidí, kteří byli přesvědčeni o nevině zdravotní sestry, a proto ledacos podnikli, aby byla osvobozena.

Tak tedy nepolevujme v boji za spravedlnost a pokračujme v něm! Jinak by totiž náš život ztrácel smysl.

Doc. MUDr. Milada Emmerová, CSc.,

místopředsedkyně Výboru pro zdravotnictví a sociální politiku Senátu Parlamentu České republiky, internistka ve Fakultní nemocnici Plzeň, vysokoškolská učitelka na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy Praha se sídlem v Plzni

Inzerce



Allianz Assistance

Chcete se profesně rozvíjet, mít pestrou práci a být v kontaktu se zahraničím?

Jsmo součástí finanční skupiny Allianz SE a hledáme kolegyni/kolegu pro dlouhodobou spolupráci s asistenční centrálou:

POSUDKOVÝ LÉKAŘ/KA
- částečný úvazek

■ **Vaše činnosti:**

Posuzování lékařských zpráv, určování asistenčních postupů a repatriací, hodnocení nároků klientů, odborné konzultace

■ **Nabízíme:**

Velmi dobré mzdové ohodnocení, bonusy, notebook, mobil, zaměstnanecké benefity, pracoviště v Praze 7 – Holešovicích, možnost práce z domova, nástup dle dohody

■ **Požadujeme:**

Lékařskou praxi min. 4 roky, aktivní angličtinu, flexibilitu, týmovost

■ **Vaši přihlášku a CV zašlete na:**

Katerina.marcisinova@allianz-assistance.cz

Česká lékařská komora požaduje přijetí nového zákona o znalcích, který stanoví v samostatné části pravidla jmenování a odpovědnosti znalců ve zdravotnictví. Znalce posuzující práci lékařů by měla odborně garantovat profesní komora, včetně možnosti iniciovat jejich odpovědnost za chybné znalecké posudky a odvolání z funkce znalce.

*Usnesení delegátů XXIX. sjezdu ČLK – listopad 2015
Hlasování: 247 pro / 2 proti / 2 zdržel se*

Nový zákon o znalcích prý bude. Ale kdy?

Výkon znalecké činnosti se stále řídí zákonem z roku 1967. Kvalita, či spíše nekvalita práce soudních znalců je terčem oprávněné kritiky. Kvůli chybnému posudku, za jehož úroveň autor nenese žádnou zodpovědnost, se další a další zdravotníci dostávají do problémů. Situace je již neudržitelná.

Uplynulo již déle než půl roku od mého zatím posledního jednání s dalším z řady ministrů spravedlnosti. Pan ministr JUDr. Pelikán mne v červnu loňského roku vyslechl, slíbil nápravu, ale ač je komora vnějším připomínkovým místem při posuzování nových zákonů, nový zákon o znalcích jsme dosud k posouzení neobdrželi a přímou spo-

lupráci zástupců komory na jeho tvorbě pan ministr neakceptoval.

Česká lékařská komora požaduje novelu zákona o znalcích, která by zlepšila úroveň znalecké činnosti v oblasti medicíny. Komora chce garantovat, aby soudní znalci splňovali kvalifikační kritéria, která komora vyžaduje pro výkon funkce vedoucího lékaře-primáře.

ČLK zároveň trvá na dodržování zásady, že výkon povolání lékaře může posuzovat pouze soudní znalec stejné odbornosti, kterou má lékař, jehož výkon povolání je posuzován. Komora požaduje právní zodpovědnost znalců za kvalitu jimi vypracovaných posudků, včetně odvolatelnosti znalců. Zároveň však

navrhujeme vyšší odměny za vypracování znaleckých posudků.

Komora je připravena garantovat odbornou úroveň soudních znalců v lékařství a ráda by vydávala své licence pro potenciální soudní znalce. Naši právníci mají ucelenou představu, jak by měl nový zákon vypadat, a nabízejí ministerstvu spravedlnosti svoji pomoc. Zdá se však, že o naší práci není na ministerstvu spravedlnosti zájem. Proč? Otázka, kdy se dočkáme nového zákona o soudních znalcích a zda skutečně bude znamenat nápravu současného neutěšeného stavu ve znalecké činnosti týkající se zdravotnictví, zůstává zatím bez odpovědi.

Milan Kubec

Nekalé praktiky a výhrůžky žalobou portugalské inzertní firmy



V posledním období se na nás obrátilo několik lékařů, kteří v minulosti v omylu vyvolaném druhou smluvní stranou uza-

vřeli smlouvu nebo podepsali objednávku, podle které měly být jejich praxe inzerovány portugalskou inzertní firmou, přičemž v textu byla nenápadně, jiným druhem písma, zmíněna i cena této služby. Mnozí lékaři se domnívali, že jde o službu bezplatnou, a přistoupili na smlouvu nebo objednávku. Posléze obdrželi několikrát výzvu k úhradě inzertních služeb. Pokud se obrátili na právní kancelář České lékařské komory, byl jim doporučen postup, podle kterého okamžitě od smlouvy odstoupí a zakážou další inzerování své praxe.

Někteří lékaři nakonec na naléhání firmy požadované částky uhradili, jiní nikoli a v současné době je některým z nich vyhrožováno žalobou. V některých jiných případech naopak firma nabízí mimosoudní vyrovnání spočívající v tom, že lékař uhradí podstatně nižší částku než tu, kterou by podle názoru firmy uhradit měl, a tím bude vše vyrovnáno, zatímco pokud na takovou dohodu v omeze-

ném časovém limitu nepřistoupí, bude soudně vymáhána celá „dlužná částka“.

Univerzální rada zde není možná, protože smlouvy a objednávky jsou různé – v některých je zřejmé, že údaj o ceně je zcela zjevně zastřený tak, aby ten, kdo si službu objedná, byl uváděn v omyl, u některých jiných je smlouva či objednávka formulována jinak. V některých případech je nabízeno mimosoudní vyrovnání za podstatně nižší částku, než je ta, která byla původně nárokována, v jiných případech je vyhrožováno žalobou na celou dlužnou částku.

Lékaři, kteří byli vyzváni k úhradě údajně dlužné částky za tyto inzertní služby nebo případně budou žalováni u soudu o úhradu těchto služeb, se mohou obrátit na právní kancelář ČLK a po předložení veškerých potřebných dokladů se budeme snažit poskytnout co nejefektivnější právní podporu.

JUDr. Jan Mach,

ředitel právní kanceláře ČLK

eZpráva: Konečně cesta k elektronické komunikaci mezi lékaři?

Elektronická komunikace mezi lékaři je v České republice stále ještě ve stadiu různých pokusů jednotlivých zdravotnických institucí a sdružení. Doposud u nás neexistuje jednotný systém, který by byl používán plošně všemi lékaři. Často jim jako nástroj elektronické komunikace slouží prostý e-mail. A tak se přes něj posílají i zprávy, které by měly podléhat určitému stupni zabezpečení. Důvodem je nejen neschopnost shody zdravotnických institucí při zavádění jednotného komunikačního formátu, ale také roztržičnost používaných softwarů v ordinacích, které často v rámci konkurenčního boje používají vzájemně nekompatibilní formáty.

Nefrolog a primář mosteckého hemodialyzačního střediska MUDr. Petr Machek stejně jako ostatní lékaři v České republice řešil, jak rychle předávat zprávy o zdravotním stavu svých pacientů ostatním ošetřujícím lékařům a také biochemickým laboratorím. Poštovní cesta mu připadala zdlouhavá a při přepisování informací často vznikaly chyby, posílání zpráv prostřednictvím pacientů končilo často nedoručením a e-mailová komunikace se mu zdála riziková. Navíc i zde při přepisování informací často vznikají chyby a nepřesnosti. Proto začal hledat řešení, jak se těmto problémům vyhnout. Poptal se lékařů v okolí, s jakým počítačovým vybavením a softwarem pracují a jaká je jejich znalost práce s výpočetní technikou. Zjistil, že skutečně jediný nástroj, který ovládají všichni lékaři, je e-mailová korespondence. Společně s programátory tedy začal v roce 2012 připravovat speciální lékařský e-mail, který by umožnil rychlou, jednoduchou a zároveň zcela bezpečnou komunikaci mezi lékaři jednotlivých odborností. Vznikla eZpráva – zabezpečený e-mail pro výměnu dat ve zdravotnictví.

„Mojí vizí byla bezpečná, jednoduchá a všeobecná elektronická výměna zdravotnických dat. Každé spolupracující zdravotnické pracoviště by mělo elektronickou adresu, na kterou může jakékoli jiné pracoviště zaslat libovolnou zprávu včetně neformálních dotazů a doplnění bez ohledu na to, jaký lékařský software používá. Musela být zajištěna důvěrnost,



Foto: Shutterstock

integrita a autenticita zprávy a odesílatel musel být spolehlivě informován o doručení. Zároveň bylo potřeba, aby komunikace nebyla pro uživatele nákladná,“ vysvětluje MUDr. Petr Machek.

Zpočátku využívali eZprávu především lékaři z Mostecká, ale díky úzké spolupráci a zájmu ze strany Sdružení praktických lékařů ČR se rychle rozšiřuje do všech koutů České republiky.

Celé řešení eZprávy vychází z existujících standardů tak, aby bylo možné v co největší míře využít existující e-mailovou infrastrukturu, a snížit tak náklady na implementaci a přitom zaručit vysokou škálovatelnost a dostupnost. Stejně jako u e-mailu je tělo zprávy buď text, nebo HTML, v příloze lze zaslat libovolný formát souboru. Aby byla zpráva strojově zpracovatelná, byl využit formát strukturovaných dat DASTA 3, který vznikl pod záštitou Ministerstva zdravotnictví ČR a je podporován mnoha informačními systémy používanými ve zdravotnictví. Pro vedení zdravotnické dokumentace v čistě elektronické podobě je nutné splnit podmínky dané legislativou, podle kterých musejí být výstupy ze zdravotnické dokumentace převoditelné do listinné podoby autorizovanou konverzí dokumentů, a to pouze v PDF formátu opatřeným podpisem ve formě kvalifikovaného certifikátu. Z tohoto důvodu je eZpráva nejen šifrovaná, ale umožňuje veškerá odesílaná data podepisovat právě tímto certifikátem. Díky tomu je zajištěna naprostá bezpečnost této elektronické komunikace mezi lékaři.

eZpráva je vhodná pro jednotlivá pracoviště (praktický lékař, specialista, RDG apod.)

a lze ji využít v biochemických laboratořích například pro hromadné odesílání souborů. Nezáleží přitom na aktuálně využívaném lékařském softwaru, protože program eZprávy běží na pozadí a buď využívá data vytvořená těmito softwary, pokud jsou ve správném formátu, nebo je možné je do patřičného formátu převést přímo v eZprávě. Do zprávy lze i přidat jakoukoli přílohu nebo poznámku. Vše navíc zůstává archivováno v počítači uživatele, a ten má kdykoli zpětně přístup ke všem doručeným i odeslaným zprávám.

„Pilotní fáze programu byla ukončena v roce 2015 a podílela se na ní řada lékařů z celé ČR. Nyní je program uvolněn pro všeobecné použití. Uživatel má po registraci 6 měsíců na vyzkoušení zdarma a pro další používání je poplatek v řádech stokorun za rok bez ohledu na počet odeslaných či přijatých zpráv. Lékař díky eZprávě ušetří čas, sníží se chybovost, zrychlí se komunikace a otevře se mu možnost sdílení laboratorních výsledků, díky čemuž se zabrání takovým nežádoucím jevům, jakými jsou zbytečně se opakující vyšetření, multipreskripcie a riziko prodlení v péči o pacienta,“ dodává zakladatel eZprávy MUDr. Petr Machek.

Pro další informace a možnosti zapojit se do využívání eZprávy navštivte internetové stránky www.lekarskyemail.cz. Program nainstalujete jednoduše jedním kliknutím a nejsou nutná administrátorská práva ani znalosti z oblasti výpočetní techniky. Program vás provede i celým procesem registrace.

MUDr. Petr Machek,

primář Fresenius Medical Care – DS, s. r. o., Most

Lékaři druhé kategorie *aneb* proč pečlivě prolistovat Seznam zdravotních výkonů



Poslední novela Seznamu zdravotních výkonů (dále jen SZV) musela ve své podstatě všechny zdravotníky potěšit. Po dlouhých deseti letech došlo k navýšení ceny práce nositelů výkonů o 10 procent. Poté, co ministr zdravotnictví toto navýšení oznámil, zaradovala jsem se nesmírně i z docela praktického důvodu. Již několik let se podílím na přípravě knižní verze SZV, kdy text novely zapracováváme do předchozího znění tak, aby měl uživatel naší knižní verze k dispozici kompletní SZV v aktuálním znění. Je to práce docela nimravá, vyžadující opakované kontroly, zda jsme zapracovali všechny změny.

Navýšení ceny práce nositelů výkonů se dotklo v podstatě všech přibližně čtyř tisíc výkonů, které SZV obsahuje. Proto jsem doufala, že tentokrát se ve Sbírce zákonů objeví novela, která bude obsahovat i všechny navýšené výkony a pro nás to bude znamenat jednodušší přípravu podkladů pro tisk knižní verze. Poměrně záhy jsem byla vyvedena z omylu, když z Ministerstva zdravotnictví zaznělo, že v novele uvede novou kapitolu 9 v textové části SZV s výpočtovým vzorcem, podle kterého se bodová hodnota navyšuje, ale že nová hodnota nebude u jednotlivých výkonů uvedena. Přišlo mi to nesmírně líto. Vždyť jsme se navýšení dočkali po takové době a teď si to nebudeme moci ani prohlédnout černé na bílém. A tak jsem vzala do ruky obyčejnou tužku, na mobilu zmáčkla ikonu s kalkulačkou a ve „volných“ chvílích jsem všechny nové

hodnoty dopočítala, aby je ti, kteří si objednájí naši knižní verzi SZV, u jednotlivých výkonů našli a mohli porovnat s hodnotou původní. Každý výkon jsem tím pádem měla na chvíli v ruce, u každého výkonu jsem registrovala čas nositele výkonu a také hodnotu mzdového indexu. Tedy to, zda je nositel výkonu lékař s označením L1, což je stručně řečeno absolvent po promoci, nebo L2, tedy lékař po absolvování kmene, a konečně L3, což je lékař se specializovanou způsobilostí, tedy po atestaci.

Stát garantuje svým občanům péči v kvalitě L3, ale prostřednictvím SZV v mnoha případech hradí pouze L2

U mnoha a mnoha výkonů s jedním nositelem výkonů je uveden pouze lékař L2, někdy dokonce L1. U některých výkonů se dvěma nositeli není ani jeden z nich L3. Už před několika lety jsem na jednání pracovní skupiny, která se SZV na Ministerstvu zdravotnictví zabývá, upozorňovala, že u výkonů s jedním nositelem by měl být vždy uveden lékař L3 a zdravotními pojišťovnami výkon v této kvalitě hrazen. Zastávám totiž názor, že stát garantuje provedení každého výkonu pacientům v kvalitě L3. Lze tak dovodit z díkce zákona č. 95/2004 Sb. a z díkce vzdělávacích programů uvedených ve vyhlášce č. 185/2009 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Pro názornost cituji z textu pro obor chirurgie: „Kompetence lékaře vykonávat níže uvedené činnosti samostatně pod konzultačním vedením po ukončení základního chirurgického kmene“ a gynekologie a porodnictví: „Kompetence lékaře vykonávat níže uvedené činnosti samostatně, pod konzultačním vedením (přítomnost školitele na pracovišti) a pod kontaktním vedením (odborný dohled školitele) po absolvování základního gynekologicko-porodnického kmene“. Absolvent kmene tedy vykonává řadu výkonů samostatně, ale musí mít v dosahu plně kvalifikovaného konzultanta. Pro případ komplikací, nestandardního průběhu atd. Při úhradě výkonů, kde je uveden jako nositel lékař L2, jaksi nikdo nemyslel na uhrazení onoho konzultanta, tedy plně kvalifikovaného lékaře L3, který nečeká někde na divanu na inspekčním pokoji, aby přiběhl, až ho mladší kolega zavolá. Žádná nemocnice v naší zemi si

nemůže dovolit hradit „zevlujícího“ plně kvalifikovaného konzultanta. Navíc se téměř ve všech oborech začíná projevovat nedostatek lékařů v podstatě kterékoli věkové kategorie. Přesto se každé lucidní zdravotnické zařízení snaží o to, aby poskytovalo pacientům péči kvalitní, aby mladí kolegové měli k dispozici zkušeného a plně kvalifikovaného lékaře a pacientovi byla vždy poskytnuta plně erudovaná péče. Naprosto paradoxní je situace u mnohých výkonů s nositelem L2 prováděných zejména ambulantně. Pokud chci působit jako privátní ambulantní lékař v jakémkoli oboru, musím splňovat kvalifikaci pro lékaře L3. Ovšem řada výkonů má uvedeného nositele L2. Když například u své gynekologické pacientky indikují ultrazvukové vyšetření, výkon 63417, provádím ho pochopitelně sama. Nemám k ruce mladou kolegyni či kolegu L2, které bych nechala toto vyšetření provést, a sama si na chvíli vyložila nohy na podložku a oddechla si.

Rozdíl v ceně práce lékaře L2 a L3

Základní cena práce lékaře L1 činí od letošního roku 2,4376 bodu za minutu, což je zaokrouhleno na celé body za hodinu 146 bodů. U lékaře L2 se tato hodnota násobí indexem 1,8. Za minutu tedy 4,38768 bodu, za hodinu 263 bodů. U lékaře L3 je základní hodnota násobena indexem 3,5, tedy za minutu 8,5316 bodu, za hodinu 512 bodů. Rozdíl mezi L2 a L3 je tedy zcela jasný. Ani 512 bodů za hodinu není důstojná cena práce plně kvalifikovaného lékaře v roce 2016. Ovšem řada výkonů, kde je uveden jako nositel lékař L2, provádíme za cenu téměř poloviční. Stačí, když prolistujeme SZV a podíváme se, kolik výkonů, které denně v ambulanci provádíme, má nositele pouze L2.

Představitel oboru ORL si své práce váží

V aktuální novele SZV se pochlapili představitel oboru ORL. U dvaceti dvou výkonů dosáhli změny nositele z L2 na L3. Jejich úspěchu tleskám. Změna každého jejich výkonu je naprosto logická a opodstatněná. Představitelé ostatních oborů by si z nich měli vzít příklad, podrobně všechny své výkony posoudit a rovněž navrhnout změnu nositelů výkonů z L2 na L3 tak, aby to odpovídalo

díky výše uvedené vyhlášky č. 185/2009 Sb. Pro motivaci k takovéto aktivitě si dovolím uvést pár příkladů:

Výkon č. 51233, excize tumoru mammy nebo odběr tkáně pro biopsii, nositel L2, čas nositele výkonu 40 minut, při změně na nositele L3 by dosavadní bodová hodnota vzrostla o 166 bodů.

Výkon č. 66411, amputace prstu ruky nebo článku prstu, nositel L2, čas nositele výkonu 60 minut, při změně na L3 by dosavadní bodová hodnota vzrostla o 249 bodů.

Výkon č. 63417, ultrasonografické vyšetření pánve u gynekologických onemocnění, nositel L2, čas nositele výkonu 20 minut, při změně na nositele L3 by dosavadní bodová hodnota vzrostla o 83 bodů.

Výkon č. 29240, speciální vyšetřovací techniky v EMG, nositel L2, čas nositele výkonu 45 minut, při změně na L3 by dosavadní bodová hodnota vzrostla o 187 bodů.

Pakliže ministr zdravotnictví vyhověl návrhu lékařů oboru ORL, nevidím důvod, proč by nevyhověl ostatním oborům. Je však třeba takový návrh v každém oboru vypracovat a předložit k projednání.

Jsmo opravdu lékaři druhé kategorie?

Srovnáváme-li svoje medicínské dovednosti a výsledky péče o naše pacienty s ostat-

ními lékaři vyspělé Evropy, nemusíme trpět žádným komplexem a jistě se nemusíme za druhořadé lékaře považovat. Porovnáme-li si však, za jakou cenu naši zahraniční kolegové prodávají svoji práci, pak je komplex méněcennosti a pocit jakési druhořadosti vskutku namístě. Bohužel si za mnohé můžeme sami. Pamatuji si, jak sami zástupci jednotlivých odborností navrhovali u mnoha výkonů nositele L2 se slovy, že to lékař po dvou letech praxe již musí zvládat. Jinak řečeno – souhlasili s tím, že cena práce lékaře bude poloviční z již tak nedůstojného dosavadního ocenění. Dovolují si upozornit, že při změně nositelů výkonů v roce 2006, kdy byl opuštěn systém šesti stupňů mzdových indexů, byly definovány jen tři mzdové indexy. Nositel L2 byl definován jako lékař po dvou letech praxe. Tehdy žádné kmeny v systému postgraduálního vzdělávání definovány nebyly. Při jednání o SZV na Ministerstvu zdravotnictví jako by představitelé oborů zapomněli, že mladé lékaře do atestace dozorují zkušení lékaři, věnují jim svůj čas a energii, a to všechno proto, aby jednak byla pacientovi poskytnuta plně kvalifikovaná péče a jednak se lékař v přípravě opravdu erudoval. V medicíně se nelze vzdělávat systémem pokus omyl, není myslitelné žádné samouctví. V knihkupectvích nebo na internetu koupíte mnoho publikací

typu „Angličtina pro samouky“, „Portugalsky snadno a rychle“, „Německy bez námahy“. Brožuru typu „Chirurgie pro samouky“ nebo „Ortopedem snadno a rychle“ či „Internistou bez námahy“ jsem našťástí pro naše pacienty nikde neobjevila. Jednu brožuru však všem vřele doporučuji – Seznam zdravotních výkonů (možno objednat na www.novysazebnik.cz, cena za 1 kus 150 Kč včetně DPH). Lze jej snadno prolístovat a rychle je možné zjistit, kde je třeba navrhnout změny nositelů výkonů. Tak, jak to zvládli naši kolegové otorinolaringologové.

SZV prolístovat a navrhnout změny, nebo zrušit?

Mnohokrát jsem už slyšela úvahy o tom, že by bylo nejlépe SZV zrušit a vytvořit ceník v korunách. SZV má po těch letech, co existuje, co na něm stovky lékařů – zástupců jednotlivých odborností – odpracovaly tisíce hodin, velkou informační hodnotu. Má svoji logickou textovou část a je popsáno a definováno přibližně čtyři tisíce výkonů. Hlavně je v něm velmi dobře vidět na ty zásadní nedostatky financování našeho zdravotnictví. Nedostatečná cena práce nositelů výkonů a v nedostatečné míře stanoveny režijní náklady.

MUDr. Eva Klimovičová,
delegátka sjezdu ČLK

ČSOB Pojišťovna Zdravotnický běh 2016 v O₂ Pražské štafetě 4x5

Zdravotnický běh má již šestiletou tradici. Po vzoru jiných velkých měst, např. Berlína, letos poprvé PIM oddělil štafetové firemní běhy od půlmaratonu, čímž umožnil běžcům ještě lepší zázemí nejen pro závod, ale i pro teambuilding. Zdravotnický běh je určen všem lékařům, zdravotníkům, sestřičkám a dalším pracovníkům ve zdravotnických zařízeních. I zde je součástí ostatních firemních běhů, máme však svoji kategorii a vlastní vyhlášení vítězů. Na každou štafetu čeká piknikový koš s občerstve-

ním, tričko a skvělá atmosféra nadšených běžců, fanoušků a hudebníků na trati i v cíli a další bohatý doprovodný program – Bambini Run, piknik v parku, koncert nebo DJ. Týmový duch, zábava pro všechny a skvělé odpoledne! Sestavte čtyřčlennou štafetu a přijďte si užít příjemné odpoledne a poměřit síly nejen s ostatními kolegy! Dokažte, že se lze zásadami zdravého a aktivního způsobu života řídit. Zahodte stres a ostych! Rozběhněte se!

Štafety Zdravotnického běhu poprvé jinak! Premiérový závod otevřel své registrace.

- Start: Výstaviště Praha, 19. dubna 2016, v 17 hodin
- Místo: Stromovka
- Organizátor: Prague International Marathon (PIM)
- Doprovodné akce: Bambini Run, piknik, koncert
- Změny jmen účastníků štafety možné až do dne závodu

Více na www.runczech.com nebo www.fnmotol.cz/fofrem



Poradna pro soukromé lékaře

Seznam zdravotních výkonů - co je třeba vědět



Seznam zdravotních výkonů je pro soukromé lékaře i lékaře zaměstnance zřejmě nejpoužívanějším právním předpisem. Z právního hlediska se jedná o podzákonný právní předpis, resp. vyhlášku č. 134/1998 Sb., kterou se vydává Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

Autorem předpisu je Ministerstvo zdravotnictví ČR, které je k jeho vydání zmocněno zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Do dnešního dne byl předpis osmnáctkrát novelizován. K novelizacím dochází již pravidelně s účinností od prvního ledna, avšak není vyloučena ani novelizace v průběhu kalendářního roku. Nejnovější změna seznamu zdravotních výkonů byla provedena vyhláškou č. 350/2015 Sb. a je účinná od 1. 1. 2016. Každý poskytovatel zdravotních služeb je povinen při vykazování zdravotních výkonů používat Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a s pravidly pro jejich vykazování, pokud se nedohodne se zdravotní pojišťovnou na jiném způsobu vykazování. Tato povinnost je do zákona o veřejném zdravotním pojištění výslovně zakotvena nově s účinností od 1. 9. 2015. Sle-

dování změn a aktuálního znění seznamu zdravotních výkonů je proto pro poskytovatele zdravotních služeb nevyhnutelné.

Právně velmi důležitou otázkou je otázka, co je Ministerstvo zdravotnictví ČR oprávněno v rámci seznamu zdravotních výkonů závazně stanovit. V demokratickém právním státě je možné ukládat povinnosti pouze zákonem. Zákonné zmocnění, na základě kterého je ministerstvo oprávněno seznam zdravotních výkonů vydat, je obsaženo v § 17 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, a aktuálně zní: Ministerstvo zdravotnictví stanoví vyhláškou Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a s pravidly pro jejich vykazování. Ministerstvo zdravotnictví je tedy zákonem zmocněno pouze k tomu, aby vyhláškou stanovilo bodové ohodnocení jednotlivých výkonů a pravidla jejich vykazování. Seznam zdravotních výkonů nemůže ani omezovat nárok pojištěnce na bezplatnou hrazenou péči nad rámec zákona, ani omezovat úhradu poskytnutých hrazených služeb, ani závazně stanovit podmínky jejich poskytování. Přesto je seznam zdravotních výkonů v některých situacích takto interpretován a používán. Příkladem je tzv. omezení frekvencí, kdy seznam zdravotních výkonů u jednotlivých výkonů stanoví, kolikrát za určité časové období může být výkon vykázan, a tedy také uhrazen z veřejného zdravotního pojištění. Dalším příkladem je kategorizace nositele výkonů, který může určitý výkon provádět, či odbornost, která může určitý výkon vykazovat (k oběmu podrobněji dále v textu). V seznamu zdravotních výkonů rovněž není možné závazně stanovit požadavky na personální

vybavení smluvních poskytovatelů. K této otázce se v minulosti vyjádřil Nejvyšší soud ČR ve svém rozhodnutí ze dne 31. 5. 2012 sp. zn. 23 Cdo 1695/2010.

Poskytovateli zdravotních služeb je zákonem o veřejném zdravotním pojištění uloženo používat při vykazování zdravotních služeb seznam zdravotních výkonů. Seznam zdravotních výkonů proto nelze ignorovat nebo prohlašovat za nepoužitelný. Seznam zdravotních výkonů je třeba vnímat jako seznam pravidel pro vykazování zdravotních služeb, nikoli jako seznam pravidel pro poskytování zdravotních služeb. Pokud se pravidla pro vykazování dostanou do rozporu s pravidly pro poskytování zdravotních služeb, resp. s nárokem pojištěnce na náležitý odborný postup, je třeba vždy hledat cestu, jak naplnit právo pojištěnce na bezplatnou hrazenou péči v zákonem garantovaném rozsahu a současně dostat za tuto péči zaplacenou. Pokud pravidla vykazování uvedená v seznamu zdravotních výkonů neumožňují vykázt v jeden den (při jedné návštěvě) celé spektrum potřebných zdravotních služeb, nezbuďte než pacienta objednat na další návštěvu. Rozhodně nelze doporučit postup, který se bohužel stále mezi lékaři objevuje, kdy je při jedné návštěvě poskytnuta veškerá potřebná péče s tím, že výkony, které nelze vykázt v jeden den, jsou zdravotní pojišťovně vykazovány v dalších dnech, tedy s jiným datem, nežli byly skutečně provedeny. Právní kancelář komory je informována o řadě trestních oznámení, která na lékaře podaly zdravotní pojišťovny právě z důvodu nesrovnalostí v datech vykázaných a poskytnutých služeb. Pokud pacient péči potřebuje, avšak dle seznamu zdravotních

výkonů ji nelze v potřebném rozsahu vykázt (např. ošetřujícím lékařem je indikována vyšší frekvence výkonů, nežli seznam zdravotních výkonů připouští), je třeba kontaktovat revizního lékaře zdravotní pojišťovny a žádat schválení úhrady nad frekvenční omezení. Takový postup ostatně předpokládá i seznam zdravotních výkonů (viz Kapitola 2 část 5 Omezení frekvencí).

Registrační listy

Registrační listy ke zdravotním výkonům sloužily a slouží jako podklad pro tvorbu seznamu zdravotních výkonů. Jsou v nich uvedeny informace sloužící zejména ke kalkulaci bodové hodnoty výkonu. Registrační listy nejsou právně závazné, jelikož se nejedná o obecně závazný právní předpis. Obecně závazným právním předpisem je pouze seznam zdravotních výkonů, resp. vyhláška č. 134/1998 Sb. Obsah registračního listu, který nebyl zakotven v seznamu zdravotních výkonů, není a nemůže být obecně závazný. Pojem „registrační list ke zdravotním výkonům“ navíc nebyl do 31. 12. 2015 zakotven v žádném obecně závazném právním předpisu. Obsah registračních listů rovněž nebyl veřejně přístupný. Zdravotní pojišťovny přesto na registrační listy v určitých situacích poukázaly a poukazují a jejich obsahem odůvodňují omezení nebo odmítnutí úhrady vykázané péče. Pokud zdravotní pojišťovna poskytovatele s registračním listem předem prokazatelně neseznámila a jeho závaznost neseznámila a jeho závaznost neseznámila smluvně (což se neděje), nemůže obsahem registračního listu vůči poskytovateli argumentovat.

Příkladem z praxe je odmítnutí úhrady léčivých přípravků/materiálu spotřebovaných bě-

hem výkonu a vykázaných jako ZULP/ZUM, které zdravotní pojišťovna odůvodnila tím, že tyto léčivé přípravky/materiál jsou již zahrnuty v hodnotě konkrétního výkonu. Pokud nelze ze seznamu zdravotních výkonů jednoznačně dovodit, který léčivý přípravek nebo materiál je zahrnutý přímo v hodnotě výkonu, a registrační list k výkonu není zveřejněn tak, aby se s ním mohl poskytovatel seznámit, je zpětně odmítání úhrady léčivých přípravků nebo materiálu vykázaných jako ZULP, resp. ZUM s tím, že dle registračního listu k výkonu jsou tyto léčivé přípravky/materiál v hodnotě výkonu již zahrnuty, z právního hlediska velmi sporné.

S účinností od 1. 1. 2016 došlo ke změně zákona o veřejném zdravotním pojištění (viz nový § 17b), na základě které je Ministerstvo zdravotnictví ČR od 1. 1. 2016 povinno zveřejnit na svých internetových stránkách registrační listy všech zdravotních výkonů uvedených v seznamu zdravotních výkonů a data všech provedených revizí jednotlivých zdravotních výkonů. Tuto povinnost ministerstvo zatím nesplnilo. Na internetových stránkách ministerstva byly v době přípravy tohoto článku zveřejněny pouze registrační listy zdravotních výkonů zařazených do seznamu zdravotních výkonů s účinností od 1. 1. 2014, 1. 1. 2015 a 1. 1. 2016. I přes zveřejnění registračních listů nebude možné dovozovat jejich právní závaznost, jelikož zákon je stále označuje jako podklad k tvorbě seznamu zdravotních výkonů. Přesto lze doporučit, aby se poskytovatelé s obsahem jednotlivých registračních listů seznámili. Registrační listy obsahují kromě informace o autorské odbornosti a sdílených odbornostech rovněž informace o obsahu výkonu a informaci, který materiál nebo léčivo byly zahrnuty již do hodnoty výkonu, a které lze naopak vykázat jako ZUM, resp. ZULP. Při znalosti registračního listu lze předejít

zbytečným sporům se zdravotní pojišťovnou.

Autorská a tzv. sdílené odbornosti

Častým dotazem ze strany lékařů je dotaz, zda může výkon uvedený pod určitou odborností vykazovat i poskytovatel jiné odbornosti a které. Seznam zdravotních výkonů v Kapitole 2 část 2 Autorská odbornost uvádí, že autorská odbornost daného výkonu vyjadřuje, která odborná společnost výkon do seznamu zdravotních výkonů navrhla a odpovídá za jeho odborný obsah. Dále se v seznamu zdravotních výkonů výslovně uvádí, že v seznamu výkonů uvedené autorské odbornosti nejsou závazné pro smluvní vztah mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou. Toto konvenuje se shora zmíněnou skutečností, že seznam zdravotních výkonů nemůže závazně stanovit podmínky poskytování zdravotních služeb, tj. nemůže ani omezovat provádění určitých výkonů na určitou odbornost. Které výkony může lékař určité odbornosti provádět, vyplývá z příslušného vzdělávacího programu daného oboru. Zdravotní pojišťovny se však při nasmlouvání výkonů řídí registračními listy, kde jsou tzv. sdílené odbornosti u jednotlivých výkonů uvedeny. K tomu je třeba zopakovat, že registrační list není obecně závazným právním předpisem a ze skutečnosti, že určitá odbornost není v registračním listu uvedena jako sdílená, nelze dovozovat, že výkon nemohou lékaři s touto odborností provádět.

Nositelé výkonů

Seznam zdravotních výkonů v části upravující nositele výkonů (Kapitola 2 část 6) uvádí mzdové indexy jednotlivých nositelů výkonů (v případě lékařů nositelé označeni symbolem L1-L3). U každého zdravotního výkonu je pak s použitím příslušného symbolu uvedeno, práce kterého nositele

výkonů byla do bodové hodnoty výkonu započítána. Opět je třeba připomenout, že se nejedná o závazně stanovené podmínky provádění jednotlivých výkonů. Indexace nositelů výkonů slouží v seznamu zdravotních výkonů pouze ke kalkulaci ceny výkonu a nelze ji chápat jako závazné podmínky poskytování zdravotních služeb. Seznam zdravotních výkonů v Kapitole 2 v části 6 k tomu doslova uvádí: Dodržení kvalifikace nositele uvedené v kalkulaci není nutnou podmínkou úhrady výkonu konkrétnímu zdravotnickému zařízení. Zdravotní pojišťovna tedy může uhradit zdravotní výkon, i když jej poskytl nositel výkonů s jinou kvalifikací, než kterou předpokládá seznam zdravotních výkonů.

Navýšení ceny práce lékaře

Česká lékařská komora znamenala v loňském roce výrazný úspěch, když se jí podařilo s Ministerstvem zdravotnictví ČR vyjednat navýšení ceny práce pro soukromé lékaře. Toto navýšení je realizováno navýšením celkové bodové hodnoty všech zdravotních výkonů obsažených v seznamu zdravotních výkonů. Navýšení činí v průměru asi 6 % a je účinné od 1. 1. 2016. Ministerstvo zdravotnictví dohodu s ČLK následně rozšířilo na všechny nositele výkonů. Do seznamu zdravotních výkonů byla vložena nová Kapitola 9 s označením „Navýšení osobních nákladů nositelů výkonů“. Navýšení není zahrnuto přímo v kalkulaci bodové hodnoty zdravotních výkonů, ale je kalkulováno zvlášť. Vypočte se u každého vykázaného výkonu jako suma součinu minutové sazby nositelů výkonu v daném výkonu, hodnoty odpovídající indexu daného nositele, času daného nositele výkonu a hodnoty navýšení 0,1. Navýšení se zakrouhuje na celé body a přičítá se k přímým nákladům výkonu. Vyjádření předchozí věty vzorcem je následující:

Bodové navýšení = $\sum_{i=1}^n I_i * MS_i * \check{C}AS_i * 0,1$
kde:

i nositel výkonu
 n počet nositelů výkonu
 I_i hodnota indexu nositele i
 MS_i minutová sazba nositele i
 $\check{C}AS_i$ čas nositele i

(Pozn. symbol * znamená součin)

Minutová sazba nositelů L1, L2, L3, K1, K2, K3, J1, J2 a S4 se pro účely navýšení stanovuje na 2,216 bodu. Minutová sazba nositelů S1, S2 a S3 se pro účely navýšení stanovuje na 1,32 bodu.

Ministerstvo zdravotnictví zveřejnilo na svých internetových stránkách (www.mzcr.cz) kalkulační vzorec, který je používán pro výpočet bodové hodnoty zdravotních výkonů. **V seznamu zdravotních výkonů jsou u jednotlivých výkonů uváděny v bodech pouze přímé náklady, abychom dostali celkovou bodovou hodnotu výkonu, je třeba připočítat ještě nepřímé (režijní) náklady v bodech (čas výkonu v minutách krát minutová režíe v bodech/min) a navýšení osobních nákladů nositelů výkonů.**

Navýšení ceny práce jednotlivých nositelů výkonů se vinou nastavených úhradových limitů v úhradové vyhlášce pro rok 2016 u ambulantní specializované péče i dalších segmentů poskytovatelů bohužel promítne pouze nepřímo. Z navýšení celkové bodové hodnoty jednotlivých výkonů totiž vyplývá, že pro dosažení sjednaného úhradového limitu může lékař odvést menší objem práce. Zdaleka ne u všech poskytovatelů však bude toto řešení uspokojivé. Dalším nezbytným krokem proto i nadále zůstává navýšení úhradových limitů tak, aby se, ministerstvem deklarované, ale zatím pouze virtuální navýšení ceny práce lékaře, v úhradách za odvedenou práci skutečně projevilo. První nezbytný a zásadní krok – navýšení celkové bodové hodnoty výkonů – však byl zásluhou komory již učiněn.

Mgr. MUDr. Dagmar Záleská,
právní kancelář ČLK

Neodkladná zdravotní péče se nezletilému pacientovi poskytne vždy

Pokračování případu žaloby na zdravotnickou záchrannou službu

Již pět let se táhne soudní spor, ve kterém matka, která bez jakékoli zdravotnické asistence porodila v domácím prostředí dítě, žaluje zdravotnickou záchrannou službu pro zásah do práva na ochranu osobnosti a požaduje omluvu a finanční satisfakci, protože lékař zdravotnické záchranné služby nařídil převoz dítěte do nemocnice.

Již v roce 2011 rozhodl soudce krajského soudu o povinnosti zdravotnické záchranné služby zaslat matce písemnou omluvu za neoprávněnou hospitalizaci dítěte proti vůli rodičů a poskytnout finanční zadostiučinění. Proti tomuto rozsudku se zdravotnická záchranná služba odvolala a vrchní soud rozsudek zrušil, neboť zaujal zcela opačný právní názor než krajský soud a vrátil mu věc k novému projednání a rozhodnutí. Krajský soud posléze však vydal úplně stejný rozsudek jako ten, který byl vrchním soudem zrušen. Proti tomuto rozsudku opět podala zdravotnická záchranná služba odvolání. Vrchní soud znovu zrušil rozsudek, podle kterého se měla zdravotnická záchranná služba matce nezletilého i nezletilému omluvit a poskytnout finanční satisfakci, opět vrátil případ k novému projednání a rozhodnutí krajskému soudu a současně rozhodl, že případ musí řešit jiný soudce. Proti tomuto rozhodnutí podala žalobkyně dovolání k Nejvyššímu soudu ČR, neboť v něm spatřovala porušení svého práva na zákonného soudce. Nejvyšší soud ČR její dovolání odmítl a správnost rozhodnutí vrchního soudu o změně soudce potvrdil, neboť soudce nerespektoval závazný právní názor odvolacího soudu.

Proti rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR a vrchního soudu podala žalobkyně ústavní stížnost. Ústavní soud v poměru soudců dva pro, jeden proti (proti rozhodnutí byl předseda senátu) rozhodl tak, že postupem Nejvyššího soudu ČR a vrchního soudu bylo porušeno právo žalobkyně na zákonného soudce a případ musí nadále řešit soudce krajského soudu, který již dvakrát vydal rozsudek, jenž byl zrušen.

V únoru tohoto roku pak stejný soudce vynesl potřeťí stejný rozsudek – povinnost písemné omluvy a finanční satisfakce žalobkyni ze strany zdravotnické záchranné služby za neoprávněný převoz nezletilého do nemocnice, který podle názoru soudu nebyl důvodný. Proti tomuto rozhodnutí podala zdravotnická záchranná služba na místě odvolání, o kterém bude znovu rozhodovat vrchní soud.

Zajímavé je, že všechny tři rozsudky krajského soudu (z nichž dva byly posléze odvolacím soudem zrušeny a odvolání proti třetímu bude teprve řešeno) byly bohatě publikovány ve všech médiích a komentovány například článkem v Lidových novinách „Ani lékař nestojí nad zákonem“ s podtitulkem „Je nemyslitelné, aby docházelo k nedobrovolným transportům zdravých lidí“. Naproti tomu dvě rozhodnutí odvolacího soudu, který zaujal zcela opačný právní názor, nikdy publikována ani komentována nebyla. Pro objektivnost je však třeba citovat i velmi výstižné články v Mladé frontě Dnes „Pomohl dítěti. Pak přišla stížnost, stres a náhlá smrt“ a „Dítě zachráníme i proti vůli rodičů, řekli lékaři“, které naopak podporují rozhodnutí lékaře.

Za této situace, kdy se ze sdělovacích prostředků dozvídáme o sankci uložené za to, že zdravotnická záchranná služba převezla novorozence, o jehož život a zdraví měl zasahující lékař obavy, bez souhlasu matky do nemocnice, dotazují se lékaři právem, zda je to skutečně tak, že musí za každou cenu respektovat stanovisko rodičů, a to i tehdy, pokud by bylo dítě ohroženo na životě a zdraví. V daném případě usuzuji, že dítě ohroženo na životě a zdraví bylo, neboť v okamžiku, kdy se dostavil lékař zdravotnické záchranné služby, nebyla přestřižena pupoční šňůra, dítě leželo na břiše matky v tratolišti krve, v místnosti byl podnapilý otec a pohybovali se zde psi. Případ měl i tragickou dohru v tom, že lékař zdravotnické záchranné služby, byť měl plnou podporu svého zaměstnavatele i svých kolegů, když sepsal vyjádření k příslušné žalobě, byl velmi rozčilen a druhý den ráno byl nalezen mrtev pro srdeční selhání. Přitom šlo

o 42letého otce rodiny. Souvislost s daným případem dovozuje jak rodina, tak kolegové.

Neodkladnou zdravotní péči poskytneme nezletilému pacientovi vždy a nepotřebujeme k ní souhlas

Nutno zdůraznit, že ani soudce krajského soudu, který již potřeťí vydal stejný rozsudek o povinnosti omluvy a finanční satisfakce ze strany zdravotnické záchranné služby, rozhodně netvrdí, že by lékař nebyl oprávněn rozhodnout o poskytnutí neodkladné zdravotní péče nezletilému pacientovi, bez ohledu na stanovisko rodičů, případně nezletilého. Naopak toto i v odůvodnění rozsudku plně uznává, jen tvrdí, že v daném případě nešlo o případ neodkladné péče, ale spíše o preventivní zásah, protože novorozence byl v zásadě v pořádku a neodkladná péče nebyla nutná. Podle názoru soudce měl tedy lékař vyžádat od rodičů negativní revers, neboť dítě nepotřebovalo neodkladnou zdravotní péči. Znovu však je třeba zdůraznit, že s tímto právním stanoviskem se odvolací soud již dvakrát neztotožnil a zaujal opačné stanovisko. **Obecně ovšem platí, a to nikdo nepochybně, že je-li třeba poskytnout nezletilému pacientovi neodkladnou zdravotní péči, je právem, ale i povinností zdravotnického pracovníka tuto zdravotní péči poskytnout bez ohledu na stanovisko zákonných zástupců i samotného nezletilého.**

Podle § 35 odstavce 3 zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb., v platném znění, jde-li o zdravotní služby, které spočívají v poskytnutí neodkladné péče, která není péčí podle § 38 odst. 4, nebo akutní péči a souhlas zákonného zástupce nelze získat bez zbytečného odkladu, rozhodne o jejich poskytnutí ošetřující zdravotnický pracovník. To neplatí, lze-li zdravotní služby poskytnout na základě souhlasu samotného nezletilého pacienta. Podle § 35 odst. 4 téhož zákona, jde-li o pacienta s omezenou svéprávností, použije se předchozí text zákona obdobně s tím, že věk pacienta se nezohledňuje. Toto ustanovení se tedy týká případu jak neodkladné péče, tak akutní péče, kdy nelze získat souhlas zákonného zástupce nezletilého pacienta,

avšak současně nejde o případ neodkladné péče nezbytné k záchraně života nebo zamezení vážného poškození zdraví ve smyslu § 38 odst. 4. zákona o zdravotních službách. Zde tedy můžeme postupovat, a to nejen při poskytování neodkladné péče, ale i při poskytování akutní péče, bez souhlasu zákonných zástupců, pokud jejich souhlas získat nelze.

Pak však může dojít k situaci, kdy zákonní zástupci jsou přítomni, s poskytnutím neodkladné zdravotní péče nezletilému pacientovi nesouhlasí, eventuálně s ní nesouhlasí ani nezletilý pacient, který je rozumově vyspělý. Jde-li o neodkladné zdravotní služby, uplatní se ustanovení § 38 odstavec 4 zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb., v platném znění, podle kterého nezletilému pacientovi nebo pacientovi s omezenou svéprávností lze bez souhlasu poskytnout neodkladnou péči, jde-li buď:

- o zdravotní služby nezbytné k záchraně života nebo zamezení vážného poškození zdraví, nebo
- léčbu vážné duševní poruchy, pokud by v důsledku jejího neléčení došlo se vši pravděpodobností k vážnému poškození zdraví pacienta.

Rodiče nezletilého pacienta tak nemohou například rozhodnout o tom, že nezletilému nebude podána krevní transfuze, byť by představovala nezbytný zásah k záchraně jeho života nebo k zamezení vážnému poškození jeho zdraví, a lékař nemůže přijmout od rodičů negativní revers a nechat dítě zemřít nebo ohrozit jeho zdraví, ale postupuje na náležité odborné úrovni – lege artis – bez ohledu na stanovisko zákonných zástupců tak, aby zachránil život nebo zamezil vážnému poškození zdraví nezletilého nebo omezeně svéprávného pacienta.

V případě žaloby na zdravotnickou záchrannou službu byla skutečnost, zda v daném případě zdravotnické záchranné služby šlo či nešlo o neodkladné zdravotní služby, zhodnocena znalecky a podle mého názoru ze znaleckých posudků i z odborných lékařských posudků nejvyšších lékařských kapacit v oboru neonatologie a urgentní medicíny jasně vyplynulo, že o neodkladnou zdravotní péči šlo. To však bude předmětem dalšího soudního řízení.

Co je neodkladná péče a akutní péče

Podle § 5 odst. 1 písm. a) zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. je neodkladná péče zdravotní péčí, jejímž účelem je zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů,

kteří bezprostředně ohrožují život, nebo by mohly vést k náhlé smrti, nebo k vážnému ohrožení zdraví, nebo způsobují náhlou nebo intenzivní bolest, nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí. Neodkladná péče je tedy definována širěji než jako stav, kdy jde o to, zachránit pacientovi život nebo zamezit vážnému poškození zdraví. Zahrnuje i případy náhlé nebo intenzivní bolesti nebo náhlé změny chování pacienta ohrožujícího sebe nebo své okolí. Týká se tedy čtyř okruhů zdravotní péče, kdy je třeba považovat takovou péči za neodkladnou – a to:

- je ohrožen život,
- je vážně ohroženo zdraví,
- zdravotní stav způsobuje náhlou nebo intenzivní bolest,
- zdravotní stav způsobuje náhlé změny v chování pacienta ohrožujícího sebe nebo své okolí.

Za neodkladnou péči je třeba považovat i diagnostické a léčebné úkony, které provede lékař nebo jiný zdravotnický pracovník k tomu, aby vyloučil nebo potvrdil, zda jde či nejde o takový případ.

Naproti tomu akutní péče je definována jako péče, jejímž účelem je odvrácení vážného zhoršení zdravotního stavu, nebo snížení rizika vážného zhoršení zdravotního stavu tak, aby byly zjištěny skutečnosti nutné pro stanovení nebo změnu individuálního léčebného postupu, nebo aby se pacient nedostal do stavu, ve kterém by ohrozil sebe nebo své okolí.

Co kdyby lékař postupoval opačně?

Kladu si otázku, a položil jsem ji nahlas i u soudního jednání, a to i v rámci odvolání, jak by celý případ dopadl, pokud by lékař zdravotnické záchranné služby nerozhodl o převozu novorozence na neonatologické oddělení nemocnice a ponechal by jej v domácím prostředí. Je otázkou, jak validní by byl podpis negativního reversu matkou, která podle výpovědi otce byla zcela zmatena, nebo jak validní by byl podpis negativního reversu otcem, který jak sám uvedl, byl notně podnapilý. Pokud by lékař odjel s tím, že rodiče nesouhlasí s převodem dítěte na neonatologické oddělení nemocnice, zdravotní stav dítěte by se posléze zhoršil, což podle znaleckých posudků mohlo reálně nastat, a novorozenec by zemřel, byla by podle mého názoru aktuální nikoli pouze žaloba na ochranu osobnosti s požadavkem omluvy a finanční satisfakce, ale trestní odpovědnost samotného lékaře a samozřejmě též občanskoprávní odpovědnost poskytovatele zdravotnické záchranné

služby. V této souvislosti ředitel zdravotnické záchranné služby podle mého názoru velmi správně odpověděl na otázku novinářů, že je velmi rád, že zde nestojí jako žalovaný proto, že zdravotnická záchranná služba zanedbala péči o novorozence a zavinila tím jeho smrt, ale jen proto, že naopak její lékař se snažil učinit vše pro ochranu života a zdraví novorozence dítěte.

Bez ohledu na tento případ, který samozřejmě není pravomocně ukončen, a kde naopak odvolací soud dvakrát odmítl argumentaci soudce krajského soudu, **je možno lékařům doporučit, aby vždy preferovali neodkladnou zdravotní péči o nezletilého pacienta a poskytovali ji bez ohledu na stanovisko jak samotného pacienta, tak jeho zákonných zástupců, bez právní obavy, zda je někdo nebude žalovat, protože poskytovali péči bez souhlasu. Zanedbání povinností a zavinění úmrtí dítěte je nesrovnatelně závažnější než nařčení z porušení práva na ochranu osobnosti**, za kterou by stejně nemohl nést odpovědnost lékař-zaměstnanec, ale vždy jen jeho zaměstnavatel. Avšak i odpovědnost zaměstnavatele v případě úmrtí novorozence dítěte by byla mnohem aktuálnější a závažnější, než pokud je nařčen, že porušil práva rodičů. Osobně bych se naopak přimlouval, vykládat si pojem neodkladné zdravotní péče u nezletilého pacienta více extenzivně než příliš úzce.

Shrnutí

Jde-li o neodkladnou nebo akutní péči o nezletilého pacienta a nelze získat souhlas jeho zákonných zástupců, případně nestačí souhlas samotného nezletilého, nebo ani ten nelze získat, poskytne lékař potřebnou zdravotní péči i bez tohoto souhlasu.

Jde-li však o neodkladnou zdravotní péči, nezbytnou k záchraně života nebo zamezení vážného poškození zdraví nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností, poskytne se potřebná zdravotní péče bez souhlasu pacienta i bez souhlasu zákonných zástupců a bez ohledu na jejich stanovisko. Totéž platí u nezletilého nebo omezeně svéprávného pacienta v případě léčby vážné duševní poruchy, pokud by v důsledku jejího neléčení došlo se vši pravděpodobností k vážnému poškození zdraví pacienta.

JUDr. Jan Mach,

ředitel právní kanceláře ČLK

Vy se ptáte, právník odpovídá



Dodatková dovolená

Pracuji jako zaměstnanec v nemocnici. Slyšel jsem, že mám nárok na týden dovolené navíc, pokud pracuji v náročnějších podmínkách. Je to pravda?

Zákoník práce v ustanovení § 215 zakotvuje institut tzv. **dodatkové dovolené**. Dodatková dovolená v délce **jednoho týdne** náleží těm zaměstnancům, kteří u stejného zaměstnavatele **po celý kalendářní rok** vykonávají zvláště obtížnou práci. Pokud však zaměstnanec pracuje v těchto podmínkách jen určitou část roku, náleží zaměstnanci za každých 21 odpracovaných dní jedna dvanáctina dodatkové dovolené.

Jedná se o nadstandardní rozsah dovolené, který má zaměstnancům pomoci kompenzovat náročnost a škodlivost vlivů, které na ně v jejich práci působí.

Kategorie zaměstnanců, kteří v oblasti zdravotnictví konají práci zvláště obtížné a jimž tak vzniká nárok na dodatkovou dovolenou, definuje ustanovení § 215 odst. 2 zákoníku práce. V souladu s dikcí zákoníku práce jde o zdravotníky, kteří:

a) trvale pracují alespoň v rozsahu poloviny stanovené týdenní pracovní doby u poskytovatelů zdravotních služeb nebo na jejich pracovištích, kde se ošetřují nemocní s nakažlivou formou tuberkulózy,

b) jsou při práci na pracovištích s infekčními materiály vystaveni

přímému nebezpečí nákazy, pokud tuto práci vykonávají alespoň v rozsahu poloviny stanovené týdenní pracovní doby,

c) jsou při práci vystaveni nepříznivým účinkům ionizujícího záření,

d) pracují při přímém ošetřování nebo obsluze duševně chorých nebo mentálně postižených alespoň v rozsahu poloviny stanovené týdenní pracovní doby,

e) (...) jako zdravotničtí pracovníci pracují ve zdravotnické službě Vězeňské služby České republiky alespoň v rozsahu poloviny stanovené týdenní pracovní doby,

ř) jako zdravotničtí pracovníci vykonávají činnosti při poskytování zdravotnické záchranné služby alespoň v rozsahu poloviny stanovené týdenní pracovní doby.

V případě, že zaměstnanec splňuje výše uvedené podmínky pro přiznání dodatkové dovolené, tato pak náleží zaměstnanci vedle dovolené za kalendářní rok. Pokud má zaměstnanec nárok na dodatkovou dovolenou, vzniká mu přímo ze zákona, nikoli z rozhodnutí zaměstnavatele. Za stěžejní při posouzení nároku na vznik dodatkové dovolené je zařazení práce do kategorie, což posuzuje příslušný orgán ochrany veřejného zdraví (hygienická stanice).

Konkrétní pracovní pozice se musí z hlediska vzniku nároku na dodatkovou dovolenou vždy posoudit individuálně. Nelze paušálně dopředu konstatovat, že všichni zaměstnanci určitého oddělení nemocnice nebo všichni zaměstnanci určité odbornosti mají na dodatkovou dovolenou automatický nárok.

Namísto je upravit poskytovaní dodatkové dovolené ve vnitřním předpise či v kolektivní smlouvě.

Pro úplnost doplňuji, že dodatková dovolená přísluší za stanovených podmínek pouze zaměstnancům, kteří jsou vymezeni ve shora citovaném ustanovení. Okruh těchto osob nemůže být,

ani po dohodě, rozšířen i na ostatní zaměstnance.

Společnosti nabízející založení s. r. o.

Provozují soukromou lékařskou praxi jako fyzická osoba. Rád bych si založil s. r. o. Na internetu je velké množství společností, které nabízejí založení s. r. o. Jednu společnost jsem oslovil, ale za své služby požadovala 70 000 Kč. Je to běžná cena? Můžu té společnosti věřit?

Na internetu je opravdu velké množství nabídek na založení společnosti s ručením omezeným (s. r. o.). Některé společnosti či advokátní kanceláře se zaměřují na zakládání s. r. o. bez ohledu na předmět činnosti takové společnosti, některé se specializují na s. r. o. přímo pro lékaře.

Obecně platí, že režim zakládání s. r. o. se v případě lékařských praxí v zásadě neliší od běžného režimu zakládání těchto společností v jiných odvětvích jejich působení. Specifikem je získání oprávnění k poskytování zdravotních služeb (dřívější pojem „registrace NZZ“) od příslušného krajského úřadu, resp. magistrátu. Toto oprávnění se pak vyžaduje při zápisu společnosti s ručením omezeným do obchodního rejstříku.

Společnosti často nabízejí komplexní právní servis a zřízení všech náležitostí tzv. na klíč. Většinou se jedná o přípravu všech podkladů, úpravu smluv, komunikaci s notářem při tvorbě notářského zápisu či zastoupení při podání návrhu na zápis nové s. r. o. do obchodního rejstříku. Dále může být zajišťováno i zastoupení při vyřizování udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb od krajského úřadu, včetně podpory při opatřování nutných dokladů od příslušných orgánů (např. SÚKL, orgány ochrany veřejného zdraví apod.), případně zastoupení při

vyjednávání se zdravotními pojišťovnami o navázání nových smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb.

V právní kanceláři ČLK jsme se bohužel již několikrát setkali s neseriózním jednáním některých společností, spočívajícím až u nepříměřené délce vyřízení, v předražené ceně za služby nebo v nesplnitelných slibech (např. garance uzavření nové smlouvy se zdravotními pojišťovnami bez povinnosti absolvovat výběrové řízení v situacích, kdy tyto záruky neměly žádnou oporu v právní úpravě).

Stejně tak se na nás často obracejí právní zástupci lékařů, že jejich klient-lékař chce založit s. r. o., ať jim poradíme, jak na to, resp. jak se liší založení klasické s. r. o. a s. r. o. pro lékaře.

Doporučujeme proto při výběru subjektu, který vám bude převod praxe na s. r. o. zajišťovat, velkou míru obezřetnosti. Určitě se vyplatí dát na doporučení kolegů, kteří již mají s určitou společností či advokátní kanceláří dobré zkušenosti. V této souvislosti je třeba rozhodně varovat zejména před takovými subjekty, které ve svém týmu nemají právníka, neboť právní laik se v oblasti složitých právních předpisů upravujících převody lékařských praxí na obchodní společnosti orientuje jen velmi obtížně. Máte-li v souvislosti s uvažovaným převodem praxe na s. r. o. nebo jejím prodejem jakékoli pochybnosti, můžete se s žádostí o radu či doporučení vždy obrátit přímo na právní kancelář ČLK.

Co se týče ceny za pomoc při převodu praxe, nelze jednoznačně stanovit, jaká odměna pro spolupracující subjekt je optimální. Může se lišit dle rozsahu nabízených služeb, ale i podle regionu. Částka ve výši 70 000 Kč je však za takové služby podle našich zkušeností naprosto nepřiměřená (a to i při započtení všech povinných poplatků). Běžné odměny se pohybují na podstatně nižší úrovni.

V některých jiných případech



Foto: Shutterstock

je nabízen prodej již založené s. r. o. s tím, že postačí rozšířit předmět podnikání na poskytování zdravotních služeb, není třeba s. r. o. zakládat a lze rovnou začít podnikat. Před „kupováním již existujících s. r. o.“ musíme varovat. Může se stát, že bude zatížena dluhy, o kterých kupující nebude informován, nebo jinými závazky, s jejichž plněním kupující nepočítal. To může kupujícímu lékaři způsobit mnoho starostí a nepříjemností. Přitom i v těchto případech jsou s. r. o. nabízeny ke koupi mnohdy za zcela zjevně nepřiměřené ceny.

Povinnost zaměstnat zdravotní sestru

Jsem soukromý ambulanti lékař. Mám povinnost zaměstnat zdravotní sestru, nebo můžu pracovat bez ní? Mohl bych případně zaměstnat sekretářku na objednávání pacientů a podobné činnosti?

Tuto problematiku upravuje vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, konkrétně její příloha č. 1, která uvádí požadavky na personální zabezpečení ambulantní péče, a to podle jednotlivých odborností. Kromě lékaře dané odbornosti je jako nezbytná součást personálního zabezpečení u většiny oborů požadována „všeobecná sestra nebo zdravotnický asistent, pokud je poskytována ošetrovatelská péče“.

Pojem „ošetrovatelská péče“ je definován v ustanovení § 5 odst. 2 písm. g) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, takto:

„Ošetrovatelská péče, jejímž účelem je udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem, a dále rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je péče o nevyléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti.“

Jestliže vyhláška uvádí, že lékař musí mít zdravotní sestru, **pokud je poskytována ošetrovatelská péče**, znamená to, že pokud soukromý lékař vykazuje zdravotním pojišťovnám sesterské výkony podle Seznamu výkonů s bodovými hodnotami (tj. dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami v odbornosti č. 911 – všeobecná sestra), povinnost zaměstnat zdravotní sestru **vzniká**, protože tyto výkony mohou vykazovat právě jen zdravotní sestry. Nejčastěji může jít o výkony vyšetření sestrou ve vlastním sociálním prostředí, sesterská edukace, sesterská rehabilitace, sesterské terapie, dohled nad průběhem infuzní terapie, odběr biologického materiálu, lokální ošetření, nácvik a zaučování aplikace inzulinu apod.

Naopak, vykazuje-li lékař pouze **lékařské** výkony dle své odbornosti, povinnost personálního zajištění sestrou nevznikne.

Pokud se vás týká druhý případ, je možné zaměstnat místo

zdravotní sestry administrativní pracovníci (sekretářku, asistentku nebo recepční), je však nezbytné, aby tato prováděla **pouze administrativní úkony**. Administrativní pracovníce rozhodně nesmí vykonávat žádné činnosti, pro které není odborně způsobilá, nesmí převzít práci lékaře ani sestry nebo nižšího zdravotnického personálu.

Výčet výše uvedených hrazených výkonů může být orientačním vodítkem pro posouzení toho, zda poskytovatel musí mít zdravotní sestru, i v případě, že se jedná o poskytovatele nesmluvního.

Členský příspěvek ČLK – změna kategorie během roku + souběh

Jakou výši členského příspěvku mám komoře zaplatit, když vedle svého zaměstnaneckého poměru (úvazek 1,0) provozuji soukromou praxi (úvazek 0,2)? V polovině roku budu ambulancí prodávát, má tato změna na výši příspěvku nějaký vliv?

Výběr členských příspěvků upravuje Stavovský předpis České lékařské komory č. 7 – Příspěvky na činnost.

Dle § 5 odst. 2 Stavovského předpisu ČLK č. 7 je příspěvek na činnost splatný předem, a to vždy **k 1. březnu** běžného roku. Pro stanovení výše příspěvku je rozhodující stav ke dni splatnosti příspěvku.

Nehraje roli, zda v průběhu roku lékař změni svoji kategorii –

odejde do důchodu, je jmenován do vedoucí funkce, založí/převéde soukromou praxi apod. Členský příspěvek se v souvislosti se změnou kategorie nijak nekrátí, nevrací, či naopak nedoplácí. Vždy se posuzuje stav k 1. březnu roku, za nějž se příspěvek platí.


Co se týče souběhu zaměstnaneckého poměru a soukromé praxe, k této problematice vydalo představenstvo ČLK výkladové stanovisko. Stejně jako u lékaře zaměstnanec není pro zařazení do kategorie plátců příspěvků na činnost ČLK rozhodná výše pracovního úvazku, který má se zaměstnavatelem sjednán, ani u lékaře, který provozuje souběžně se svým pracovním poměrem také svoji soukromou praxi, nerozhoduje rozsah poskytované péče dotyčným lékařem jakožto poskytovatelem zdravotních služeb.

Ačkoli tedy může být takový rozsah poskytované péče soukromým lékařem vedle pracovního poměru zcela minimální, již samotná skutečnost provozování vlastní praxe plně odůvodňuje zařazení tohoto lékaře do kategorie „soukromí a vedoucí lékaři“ a od toho se odvíjející povinnost hradit příspěvky na činnost ČLK v příslušné výši odpovídající této kategorii.

V tomto případě je tedy nutno uhradit příspěvek vyšší kategorie, tj. 2930 Kč.

Mgr. Theodora Čáslavská,
právní kancelář ČLK

Inzerce

Lázně Aurora 

Lázně Aurora s.r.o.
a **Bertiny lázně Třeboň s.r.o.**
přijmou lékaře.

Požadavky:
Specializovaná způsobilost s preferencí oborů RFM, ortopedie, neurologie, revmatologie. RFM výhodou. Základní znalost německého jazyka.

Nabízíme:

- Mzdu dohodou podle kvalifikace, až do výše 75.000 Kč – 14x ročně.
- Stanovení počtu klientů/pacientů v péči lékaře. Nad tuto hodnotu motivační bonus.
- Odměna za pracovní pohotovost na telefonu (16:00-07:00).
- Stabilizační odměna po odpracování kalendářního roku ve výši základní měsíční mzdy.
- Pro lékaře s bydlištěm mimo Třeboň odpovídající ubytování.
- Příspěvek na dopravu pro dojíždějící lékaře.
- Odměny podle výkonů a ujednání se zástupci zaměstnavatelů. Mobilní telefon.

Nabídky se životopisem zasílejte na adresu kazdova@aurora.cz.

Má význam podávat žalobu na ČR?

Lékařský odborový klub podal na Ministerstvo zdravotnictví ČR (dále MZ) tzv. předžalobní výzvu, aby splnilo dohodnutou smlouvu o zvýšení platů na 1,5 až 3násobek lékařům pracujícím v nemocnicích proti průměrné mzdě v ČR. V odpovědi koncem roku 2015 označil náměstek pro administrativu MZ tuto smlouvu za typickou dohodu politickou, která nemá právní platnost, a odmítl ji proto splnit. LOK-SČL proto dne 30. 12. 2015 podal u Obvodního soudu pro Prahu 2 žalobu na Českou republiku.

Má však takový krok praktický význam? Dlouhodobá zkušenost lékařů říká, že nikoli. Již v roce 1848 Vídeň pod tlakem revolučního dění ustanovila v Praze úřad protomedika, aby řídil zdravotní péči. Stal se jím Ignác Nádherný, profesor Lékařské fakulty na Karlo-Ferdinandově univerzitě. Jeho funkce byla až do roku 1870 zcela bezplatná, poté až do roku 1888 dostával plat 400 zlatých ročně! Od té doby se zvyšovaly platy lékařů pracujících ve státní správě velice pomalu, neochotně a především nedostatečně.

Zpět k současnosti. Ke skokovému zvýšení mělo dojít až po akci „Děkujeme, odcházíme“, kdy MZ uzavřelo veřejně publikovanou dohodu na počátku roku 2011. Mělo dojít ke zvýšení během 2 až 3 let v rozmezí 1,5 až 3násobku proti průměrnému platu v ČR. Ministerstvo zdravotnictví však z uzavřené dohody splnilo pouze okamžitě částečné zvýšení, které mělo uspokojit jen v úvodu. Dohodnuté narovnání mělo splnit až pravidelné každoroční zvyšování během dalších 2 až 3 let. K němu však již nedošlo, dohodnutá smlouva nebyla splněna.

Jediný vážný pokus o nápravu svízelné existenční situace léka-

řů byl učiněn povolením soukromých praxí lékařům v ambulantní složce. Ten však neřešil situaci lékařů v nemocnicích, kteří zůstávali státními zaměstnanci.

Privatizace celého zdravotnictví v našich historických podmínkách není možná, protože péči o zdraví nelze řešit bez účasti státu. Zdraví prostě není na prodej, neprodává se, ale poskytuje. Za jeho úroveň odpovídá stát. Zdravotníci si sami na poskytování péče nevydělají. Stát musí sáhnout do svého měšce a platit. Nikoli sahat do kapes jeho poskytovatelům, aby ze svého platu spolufinancovali provoz nemocnic ještě po 25 letech od sametové revoluce. Po celou tu dobu dostávali nízké platy, aby zbyly finance na provoz. Státu se tak podařilo s ušetřenými penězi na platech udržet úroveň našeho zdravotnictví na srovnatelné úrovni se zdravotními službami v západních zemích. V současné době však již dosavadní způsob dotace provozu přestává stačit. Důsledkem je trvalý odchod mladých lékařů do zahraničí. Rovněž stárnutí populace našich lékařů se zrychluje. Venkovské nemocnice musejí redukovat lůžka na některých odděleních. Nemocní se nemohou vždy bez čekání dostat na oddělení akutní péče, prodlužují se čekací doby na některé zákroky, laparoskopie všechno nevyřeší. I státní správa již tuší reálné nebezpečí kolapsu nemocniční péče, a je proto více ochotna k jednání s odbornými lékařskými společnostmi.

Jakou taktiku v jednání se státními orgány, s MZ má tedy zvolit Česká lékařská komora? Má stále donekonečna jednat třeba i s náměstkem MZ pro legislativu, hrdlit se o další milodary a dožadovat se spravedlnosti soudní cestou? Nebo využít Damoklova meče, který již visí nad hlavami státních činitelů a hrozí jim kolapsem současného zdravotnictví z nedostatku lékařů v nemocni-

cích, pokud jim nezvýší jejich platy na dohodnutou výši? Dokud se jejich platy nepřiblíží platům ostatních státních zaměstnanců, poslanců, senátorů, úředníků na místních, okresních i krajských úřadech, vlastně všech zaměstnanců pracujících ve státní správě, je třeba požadavky klást nekompromisně a dožadovat se jejich bezodkladného splnění.

Ostatně k takové akci vybižeji poslední čísla časopisu ČLK. Cituji: **Vyjednávat se dá pouze o parametrických úpravách, kvalitativní změny si musíme vybojovat... Současná vláda, která si představuje, že zastaví odchody mladých lékařů do západních zemí, je naivní... Situace ve zdravotnictví připomíná přetopený hotel...**

Nemocniční léčba je nezapustitelná, ambulantní praxe ji nemůže nahradit, a pokud si to

ambulantní lékaři dostatečně neuvědomí, dostanou se postupně na úroveň léčitelů hledajících pomoc u cizokrajné tradiční medicíny. Proto se musí jednotně připojit k akcím nemocničních kolegů, a to ve vlastním zájmu. Bez společné akce všech lékařů se nezdaří donutit státní administrativu splnit lékařské požadavky. Udržení společné jednoty nemůže skončit jinak než vítězně.

Laická veřejnost, nemocní, se připojí k protestům až tehdy, když pocítí rozklad současného zdravotnictví na vlastní kůži, dříve s jejich podporou počítat nelze. Kapitalistické způsoby zaváděné do našeho zdravotnictví i samotnými lékaři ve vztahu lékař a nemocný neprospěly, spíše mu ublížily. Kvalitativní změny v postavení lékaře v naší společnosti si musíme vybojovat sami!

MUDr. Zdeněk Pinta, Radomyšl

Inzerce

ZAMĚSTNÁNÍ V NĚMECKU

Die **AUGENALLIANZ-ZENTREN** Bayern Mitte sind Anbieter von Augenheilkunde in Ingolstadt, Eichstätt, Weißenburg und Beilngries und Kooperationspartner der kommunalen Klinik im Altmühltal Eichstätt sowie dem Augenlaserdienst für refraktive Chirurgie und der Praxisklinik in Ingolstadt.

Zur Unterstützung unseres Ärzteteams suchen wir ab sofort für unsere Standorte Eichstätt, Weißenburg und Beilngries Fachärztinnen/Fachärzte für Augenheilkunde in Voll- oder auch Teilzeit

Wir erwarten:

- gute Deutschkenntnisse in Wort und Schrift
- Teamgeist und offenes, freundliches Auftreten
- hohes Qualitätsbewusstsein
- selbstständige Arbeitsweise und Einsatzbereitschaft
- Zuverlässigkeit und Flexibilität

Wir bieten:

- harmonisches, kollegiales Team
- einen sicheren Arbeitsplatz
- Leistungsgerechte Bezahlung
- Optimale Weiterbildungsmöglichkeiten

Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen schicken Sie bitte an die

AUGENALLIANZ-ZENTREN Bayern Mitte, Herrn Dr. W. Schindler. Gerne via Email an info@aaz-ei.de

AUGENALLIANZ-ZENTREN Bayern Mitte
Pfalzstr. 27, D - 85072 Eichstätt
fon +49 8421 / 97030 * fax +49 8421 / 970350

ZAMĚŠTNÁNÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ

NABÍDKA PRACOVNÍCH POZIC VE ZDRAVOTNICTVÍ

MY UŽ SVOJI PRÁCI MÁME, A CO VY?

BŘEZEN 2016

DALŠÍ INZERÁTY NAJDETE NA WWW.ZAMESTNANIveZDRAVOTNICTVI.CZ

ALLIANZ ASSISTANCE ■ POSUDKOVÝ LÉKAŘ/KA PRO MEZINÁRODNÍ ASISTENČNÍ SPOLEČNOST – ČÁSTEČNÝ ÚVAZEK

Pobočka Allianz Global Assistance v ČR a SR, která je součástí finanční skupiny Allianz SE, přijme posudkového lékaře na částečný úvazek pro spolupráci s asistenční centrálou.

- **Vaše činnost:** posuzování lékařských zpráv, určování asistenčních postupů a repatriací, hodnocení nároků klientů, odborné konzultace.
- **Nabízíme:** velmi dobré mzdové ohodnocení, bonusy, notebook, mobil, zaměstnanecké benefity, pracoviště v Praze 7 – Holešovicích, možnost práce z domova, nástup dle dohody.
- **Požadujeme:** lékařskou praxi min. 4 roky, aktivní angličtinu, flexibilitu, týmovost.
- **Vaši přihlášku a CV zašlete na:** Katerina.marcisinoval@allianz-assistance.cz



NEMOCNICE NA HOMOLCE ■ PŘIJMEME LÉKAŘE NA ODD. CÉVNÍ CHIRURGIE

Nemocnice Na Homolce přijme lékaře na oddělení cévní chirurgie.

- **Požadujeme** VŠ-LF, ukončený chirurgický kmen a zájem o profesní růst v oboru.
- **Nabízíme** zázemí vysoce specializovaného pracoviště, zaměstnanecké benefity a sociální výhody. Termín nástupu dohodou.
- **Životopis a motivační dopis zašlete na:** volna.mista@homolka.cz



LÁZNĚ DARKOV, A.S. ■ LÉKAŘ/LÉKAŘKA

■ **POŽADUJEME:** Specializovaná způsobilost v oboru RFM výhodou; Akceptujeme zařazení v oboru specializačního vzdělávání; Plný pracovní úvazek; Komunikační schopnost; Znalost anglického jazyka vítána; Schopnost aktivního, samostatného jednání; Vstřícné chování a vystupování; Pracovitost, spolehlivost a odpovědnost.

■ **NABÍZÍME:** Zázemí velké a stabilní společnosti. Benefity – 5 týdnů dovolené, penzijní připojištění, cenově výhodné stravování, ambulantní lázeňská léčba; možnost ubytování; mzdové rozpětí od 40.000,- do 80.000,- Kč. Podporu dalšího odborného růstu; možnost uplatňovat a rozvíjet vlastní nápady; nástup možný ihned nebo podle dohody.

- **V případě zájmu zašlete strukturovaný životopis** s průvodním dopisem na emailovou adresu: plhalova@darkov.cz.
- **Kontaktní osoba:** Jiřina Plhalová, vedoucí personálního oddělení, tel. 596 372 328. Lázně Darkov, a.s. Čsl. Armády 2954/2 733 12 Karviná - Hranice



NEMOCNICE NA HOMOLCE ■ PŘIJMEME LÉKAŘE NA DĚTSKÉ ODD.

Nemocnice Na Homolce přijme na plný úvazek do ambulantního provozu lékaře na dětské oddělení.

- **Požadujeme** VŠ-LF, atestaci z pediatrie nebo PLDD.
- **Nabízíme** motivující platové ohodnocení, 5 týdnů dovolené, 4 dny zdravotního volna a množství dalších benefitů.
- **Termín nástupu** 1.5.2016.
- **Životopis a motivační dopis zašlete na:** volna.mista@homolka.cz



NEMOCNICE ČESKÝ KRUMLOV, A.S. ■ PŘIJMEME ÚSTAVNÍHO NEUROLOGA A LÉKAŘE NA DĚTSKÉ ODD.

Nemocnice Český Krumlov, a.s. přijme:

- **ústavního neurologa** – práce na plný úvazek v neurologické ambulanci, součástí je i konziliární činnost pro lůžková oddělení nemocnice.

■ **Požadavky:** specializovaná způsobilost v oboru neurologie, znalost vyhodnocení EEG a EMG záznamů výhodou.

- **lékaře na dětské oddělení** – Práce na plný úvazek.

■ **Požadavky:** specializovaná způsobilost v oboru dětské lékařství.

V případě nástupu jmenovaných lékařů bude vyplacen náborový příspěvek ve výši Kč 100 000,-. Nadstandardní platové podmínky, pomoc při zajištění bydlení, možnost ubytování na ubytovně, zaměstnanecké benefity. Bližší informace při osobním jednání.

■ **Kontakt:** Marie Marková, personální oddělení, tel: 380 761 361, mob: 777 486 121, e-mail: markova@nemck.cz.



LÉKAŘI

PRAHA

ESET, S.R.O.

PSYCHIATR

Klinika ESET Praha přijme psychiatra s psychoterapeutickou kvalifikací na úvazek 0,4 -1,0. Možné i pro absolventy se základním kmenem a specializační přípravou v oboru psychiatrie.

■ **CV zašlete na mail:** klinikaeset@volny.cz, dotazy tel: 242 485 855.

MEDIC KRAL S.R.O.

HLEDÁME GASTROENTEROLOGA

Přijmeme lékaře na plný pracovní úvazek do soukromé GE ambulance na Praze 9, Prosek. Nástup možný ihned.

■ **Kontakt:** email: medic.kral@centrum.cz, tel. 603 470 414

PULS, S.R.O. PRAHA

GYNEKOLOŽKA

Gyneoložku přijmeme pro ord. v Praze 4 a 6.

■ **Nabízíme:** 1-2 ord. dny, rozšíření možné,

špičkové vybavení, UZ GE E6 (certifikát na kód 63415 vítán, není podmínkou), indiv. prac. doba (VPP, MD, důch., OSVČ), nadstand. plat, výkon. odměny, možnost dalšího vzdělávání a vlastní klientely.

■ **Kontakt** tel.606 393 938 gynekologie@zspuls.cz, www.zspuls.cz

STŘEDOČESKÝ KRAJ

NEMOCNICE RUDOLFA A STEFANIE

PŘIJMEME LÉKAŘE SE SPECIALIZACÍ Z ENDOKRINOLOGIE

Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a. s. přijme lékaře se specializací z endokrinologie do zaběhlé ambulance.

■ **Pracovní poměr:** plný nebo i částečný úvazek, HPP nebo dohoda.

■ **Nabízíme:** výhodné mzdové podmínky, příspěvek na penzijní připojištění, závodní stravování, možnost zvýhodněného využití firemních jeslí, 5 dní dovolené navíc, 2 dny zdravotního volna, podporu vzdělávání a další zaměstnanecké benefity.

■ **Kontakt:** pam@hospital-bn.cz, tel. 317 756 554.



NOVĚ NÁS NAJDETE NA FACEBOOKU – ZAMĚŠTNÁNÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ,
KDE JSOU UVEŘEJNĚNY NEJEN PERSONÁLNÍ INZERÁTY, ALE I ZAJÍMAVÉ ČLÁNKY Z OBORU. STANTE SE NAŠIMI FANOUŠKY!

Lékařská komora varuje:

Bezpečnost zdravotní péče již nedokážeme garantovat!

České zdravotnictví je v krizi. Nedostatek lékařů a zdravotních sester způsobuje pokles dostupnosti, kvality a bohužel i bezpečnosti zdravotních služeb. I přes veškerá naše varování české zdravotnictví zůstává katastrofálně podfinancované. Politici problémy neřeší, ale zametají pod koberec. Porušování platných zákonů je na denním pořádku. Dříve kvalitní české zdravotnictví se dnes rozpadá.

Omlouváme se, ale ani při obětavé práci tisíců lékařů a zdravotních sester již nedokážeme naše pacienty před důsledky této krize uchránit.

Víte, že...

1. **Výdaje na zdravotnictví v ČR patří k nejnižším v celé Evropě?**
2. **S nedostatkem financí úzce souvisí prohlubující se nedostatek kvalifikovaných zdravotníků?**
3. **Každý čtvrtý pracující lékař je již starší šedesáti let?**
4. **Řada nemocnic je závislá na práci cizinců a kvůli nedostatku personálu jsou v nich zavírána například interní nebo dětská oddělení?**
5. **Mnoho pacientů, zejména dětí, nemůže sehnat praktického lékaře?**
6. **Čekací doby na vaše plánovaná vyšetření a operace se zbytečně prodlužují kvůli nedostatečným úhradám od zdravotních pojišťoven?**
7. **V nemocnicích je plošně porušován a cíleně obcházen zákoník práce?**
8. **Přepracovaní zdravotníci častěji chybují?**
9. **Lékařská komora již zaznamenala ve zdravotnických zařízeních případy nelegálního zaměstnávání cizinců se spornou kvalifikací?**
10. **Politici dlouhodobě odmítají tyto problémy českého zdravotnictví řešit?**

Česká lékařská komora není spokojena s prací ministerstva zdravotnictví, avšak za kvalitu zdravotnictví zodpovídá celá vláda. Lékařská komora nechce rozpadu českého zdravotnictví nečinně přihlížet, a proto volá v zájmu pacientů k zodpovědnosti premiéra Sobotku a jeho prostřednictvím celou vládu včetně ministra financí Babiše, který rozhoduje o penězích.

Zdravotnictví volá o pomoc a Česká lékařská komora vyzývá Vládu ČR, ať připraví plán na jeho záchranu. Tento plán musí obsahovat opatření realizovatelná ještě do konce funkčního období současné vlády. Na přípravě a prosazování tohoto plánu je komora připravena se spolupodílet.

Pomozte nám i Vy, ještě není pozdě! Jde přece o zdraví nás všech!

Zachraňme společně naše zdravotnictví!

