



# TEMPUS MEDICORUM

ČASOPIS ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

1/2008

ROČNÍK 17

## V TOMTO ČÍSLE:

**Reforma ano,  
ale ne na úkor lékařů**

**7 reformních zákonů  
ministra Julínka**



**Rozhovor  
s poslancem  
Jiřím Carbolem**

Privatizace pojišťoven  
by byla nebezpečným  
experimentem

**Lékárník nemůže  
nahrazovat lékaře**

## PLUS

EDUKAFARM

*monitor medicinae*

Edukační a inzertní příloha

## FI SÚKL

Očkování, imunizace  
a antimalarická profylaxe  
při cestách do zahraničí

inzerce

# Reforma! Kdo bude profitovat?

# Reforma???



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



# Reforma ano, ale ne na úkor lékařů

**Osmnáct let po pádu komunistického režimu zůstávají lékaři nedobrovolnými sponzory českého zdravotnictví, slušná evropská kvalita a široká dostupnost zdravotní péče jsou dosahovány na úkor podhodnocení naší kvalifikované práce. Tato skutečnost je hlavní příčinou naší nespokojenosti se současným stavem a touhy po změně, která je vyjadřována podporou snah o reformu českého zdravotnictví.**

Cílem takové reformy nemůže být pouhá snaha ušetřit peníze za každou cenu. Z pohledu občanů je nejdůležitější nastavení pravidel, která vytvoří předpoklady pro zajištění dostupnosti kvalitní zdravotní péče, a to i v budoucnu, pro každého, kdo ji bude potřebovat. **My, lékaři, pak navíc potřebujeme existenční jistotu, důstojnou odměnu za práci a takové**

**pracovní podmínky, které nám umožní vykonávat svoji profesi svobodně a co možná nejlépe. Nepřejeme si tedy nic jiného než standardní podmínky obvyklé ve vyspělých státech, mezi které bychom chtěli patřit.** Nechceme, aby nás arogantní politici posílali z existenčních důvodů dělat taxikáře a odmítáme se stát pokusnými zvířátky, na kterých si budou sociální inženýři zkoušet své experimenty.

## **Z chybných východisek nelze dospět ke správnému řešení**

**Tvůrci tzv. Julínkovy reformy vycházejí z chybného předpokladu, že výdaje na zdravotnictví nelze v České republice zvyšovat. Opak je pravdou.** Vysoké náklady jsou jistě problémem v USA, kde velmi tržní zdravotnictví spo-

třebuje z tamního obrovského HDP 15,5 %, přičemž 40 milionů obyvatel stejně nedosáhne vůbec na žádné pojištění. Také dva v Evropě ekonomicky nejsilnější státy investují do zdravotnictví asi příliš. Německo 10,9 % svého HDP a Francie 11,1 %. Hlavním problémem českého zdravotnictví naopak zůstává chronický nedostatek finančních prostředků. A na místo toho, aby vláda tento problém řešila, ještě jej prohlubuje zmrazením plateb za tzv. státní pojištěnce, osvobozením příjmů nad hranicí čtyřnásobku průměrné mzdy od placení pojistného a zvýšením DPH na léky.

**Výdaje na zdravotnictví v ČR zůstávají hluboko pod možnostmi naší ekonomiky.** Zatímco v roce 2006 vzrostl HDP o 7,6 %, výdaje na zdravotnictví se zvýšily o pouhých 4,2 %. Kvůli tomu se jejich podíl na HDP propadl pod kritickou hranici 7 % HDP! Evropská unie přitom doporučuje svým členům výdaje minimálně na úrovni 8 % HDP a vyspělé státy EU-15 vynakládají v průměru 8,9 % svého HDP.

**Vzhledem k tomu, že pro rok 2008 plánovaný nárůst výdajů pojištěn ze**





**195 na 208 mld. Kč, tedy o 6,5 %, stěží pokryje očekávanou míru inflace, reálné výdaje na zdravotnictví budou stagnovat i nadále, a ani regulační poplatky na tom mnoho nezmění.** Ostatně ono pokulhává již samotné ekonomické zdůvodnění těchto poplatků, opírající se o nezvykle vysoký počet kontaktů českých pacientů se zdravotnictvím. S ohledem na to, že většina těchto vyšetření a ošetření probíhá v ordinacích praktických lékařů, kteří nejsou placeni za výkon, ale podle počtu pacientů registrovaných v kartotéce, prosté snížení počtu návštěv pacientů u praktických lékařů pojišťovnam asi velké úspory nepřinese.

### České zdravotnictví není ani špatné ani neefektivní

Pokud srovnáváme zdravotní stav populace, nemocnost nebo střední očekávanou délku života v ČR s těmi nejvyspělejšími státy, pak naše zdravotnictví nedopadá vůbec špatně. Bohužel tento zázrak efektivity je vykoupen nedocenením kvalifikované lidské práce. **Zatímco přístroje i léky nakupujeme za světové ceny, díky čemuž také 26 % veškerých peněz utratíme právě za farmaka (to je patrně evropská rarita), mzdy zdravotníků tvoří pouhou pětinu příjmů našich západoevropských kolegů.** Osobní náklady představují v průměru pouhých 44 % nákladů našich nemocnic oproti 65 až 75 % ve vyspělých státech. Nikdo se tedy nemůže divit tomu, že lékaři i zdravotní sestry využívají otevírající se evropský pracovní trh k cestě tam, kde si jejich práce dovedou lépe vážit. Je zvláštní, že – na rozdíl od neexistujícího problému vysokých výdajů – reálná hrozba odlivu mozků politiky neznepokojuje.

### Reforma by měla zlepšit postavení lékařů a ne nám sebrat právo na svobodný výkon povolání

**Ministerské reformní návrhy posilují pozici zdravotních pojišťoven – v budoucnu privátních – na úkor zdravotnických zařízení, zejména soukromých lékařů. Pojišťovny by měly mít právo bez jakéhokoliv omezení či pravidel rozhodovat nejenom o tom, se kterým zdravotnickým zařízením uzavřou smlouvu a za jakých podmínek, ale i o tom, kolik budou danému zařízení za zdravotní služby platit.** Vzhledem k tomu, že o prosperitě či krachu zdravotnického zařízení nemá rozhodovat poptávka pacientů po jejich službách, ale zájem pojišťoven a jejich akcionářů, vyvolá vzájemná konkurence zdravotnických zařízení cenou služeb tlak na snižování kvality poskytované zdravotní péče. A s něčím takovým lékařská komora jen těžko může souhlasit.

**Ministerské návrhy, aby majitelé zdravotních pojišťoven směli vlastnit zároveň i zdravotnická zařízení, podle mého názoru odporují pravidlům hospodářské soutěže a jejich realizace by vedla k likvidaci soukromých lékařů v ČR.** To opravdu není žádná reforma, ale pouze jakási podivná varianta hry Monopoly, v jejímž banku je 200 mld. Kč, které občané povinně platí v rámci veřejného zdravotního pojištění, přičemž pro nás, soukromé lékaře v této hře nezbyvá místo. Nevyhnutelným důsledkem uskutečnění takových záměrů by byla likvidace většiny soukromých lékařů, kterým by nezbylo nic jiného, než se nechat zaměstnat v novodobých OÚNZ, kterým nemohou ekonomicky konkurovat.

### Ministerstvo zdravotnictví chystá privatizaci zdravotních pojišťoven a posílení jejich postavení ve vztahu ke zdravotnickému zařízení. Jaký na to máte názor?

Při současné obecné i etické úrovni jednání mezi držitelem balíku peněz a závislým na držiteli by to za současných podmínek znamenalo konec řady zdravotnických zařízení nebo alespoň omezení jejich činnosti jak po stránce kvantity, tak kvality i rozsahu poskytované péče. Ze zdravotníků by se potom stali absolutní vazalové pojišťoven. Jedná se o tak závažné rozhodnutí, že je třeba je ošetřit dokonalým zákonem, který však nebude výhodný jen pro pojišťovny, ale i pro pacienty a zdravotníky. Ale už samotná tato věta mi v současnosti připadá úsměvná.

*Petr Karger, praktický lékař pro děti a dorost, Praha 4*

O činnostech naší vládní garnitury netřeba pochybovat, kam míří a proč tak činí. Pokud nelze u nás uskutečnit asi nejspravedlivější pokladenský systém při platbě za zdravotní péči (ambulantně jistě), tak nevhodnější varianta by byla jedna veřejnoprávní zdravotní pojišťovna (VZP), kam by se platilo jako dosud, vždyť je to platba solidární. Ostatní, tzv. zaměstnanecké pojišťovny, se znění na co kdo chce a pojištěnec si bude přispívat, na jakou zdravotní péči uzná za vhodné. Přeci nemůže nás, občany, stát nutit platit *povinně* příspěvky na zdravotní pojištění do jakéhokoliv soukromé pojišťovny, přeci (myslím si) mám právo se rozhodnout, kam a jestli vůbec chci své peníze do takovéto organizace uložit. Pokud tak učiní a vlastnictví pojišťoven se změní, musí se uvažovat o změně solidárního systému placení zdravotnictví na zcela jiný.

*Richard Šebek, všeobecný internista, Varnsdorf*

Na vaši anketní otázku sdělujeme, že se záměrem MZ, týkajícím se privatizace zdravotních pojišťoven i s nastoupenou a realizovanou reformou zdravotnictví, souhlasíme.

*Jelizaveta Mašková, Helena Mašková, ženské lékařky, Zďár nad Sázavou*

Další krok špatným směrem, bohužel nevratný.

*Jan Zmrhal, gynekolog, porodník, Nemocnice s poliklinikou Mělník, vysokoškolský učitel*

Tím, že zdravotní pojištění je povinné, má charakter zdravotní daně. Proto jsou to veřejné prostředky a ty podléhají v civilizovaných zemích, na rozdíl od soukromých prostředků, jinému režimu kontroly. Jeho podstatou je, že o nich nerozhoduje jedna osoba nebo úřad, ale spolurozhoduje o nich více nezávislých subjektů, aby se tak minimalizovaly klientelistické tlaky.

Převedením zdravotních pojišťoven

## Základem reformy musí být standardy péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění

Základem reformy zdravotnictví nemůže být nic jiného, než určení standardů zdravotní péče hrazené z veřejného pojištění. **Tyto standardy samozřejmě nemohou stanovovat politici, kteří medicíně nerozumí a v honbě za voličskými hlasy naslibují na úkor nás, zdravotníků všechno všem.** Tvořit je však nemohou ani samotné pojišťovny, které jsou motivovány nakupovat péči co možná nejlevnější, bez ohledu na její kvalitu. Nechtějme po politicích nic jiného, než aby nám vytvořili legislativní rámec pro dohodovací řízení o těchto standardech mezi zdravotními pojišťovnami a zástupci lékařů.

**Určením standardů péče hrazené z veřejného pojištění vytvoříme prostor pro komerční připojištění na nadstandardní služby i pro skutečnou konkurenci pojišťoven a zdravotnických zařízení.** Spoluúčast pacientů tvoří dnes v ČR 11,5% výdajů na zdravotnictví a v porovnání se západoevropskými 20 až 25% je opravdu velmi nízká. Problém je však v tom, že naprostá většina plateb probíhá v hotovosti, zatímco ve vyspělých zemích naopak přibližně tři čtvrtiny těchto výdajů pokrývá připojištění. Občané tam tedy většinou platí přímo ze své kapsy méně než u nás. Podmínkou pro existenci připojištění je však pochopitelně dostatečně široký rozsah zdravotní péče, kterou nepokrývá pojištění základní.

## Největším dlužníkem je stát

Vnucuje se otázka, zda je možné nutit naše občany, aby platili ještě větší pojistné než současných 13,5% z příjmů? Ne, ale ono to ani není nutné. **Největším dlužníkem zdravotního pojištění je stát. Ten platí pojistné za 57% obyvatel, kteří, většinou ne vlastní vinou, čerpají 80% zdravotní péče ve finančním vyjádření, avšak jeho příspěvek do systému tvoří pouhých 24% příjmů pojišťoven.**

Pokud by stát za 5,8 milionů svých ekonomicky neaktivních pojištěnců neplatil měsíčně 680 Kč jako dnes, ale třeba 10% z průměrné mzdy, pak by se jeho příspěvek do systému zvýšil ze současných 47 mld. na 102 mld. Kč za rok. Díky tomu by pak zaměstnanci ani soukromí podnikate-

lé, tedy 4,5 milionů ekonomicky aktivních obyvatel, nemuseli pojišťovnam odvádět 13,5% ze svých příjmů. Místo současných 148 mld. bychom při desetiprocentním odvodu zaplatili jen 110 miliard. Výsledkem by však bylo celkové zvýšení prostředků veřejného zdravotního pojištění o 17 mld. Kč za rok.

A nyní to hlavní. **Pokud bychom ze svých příjmů neplatili povinně dnešních 13,5% pojistného, ale pouhých 10%, ušetřili bychom si na úhradu nadstandardní péče prostřednictvím připojištění, které bychom mohli platit**



i za své děti či staré rodiče. A stát by nás k tomu mohl motivovat daňovým zvýhodněním, které nikoho nepohoršuje, třeba u stavebního spoření či penzijního připojištění. Pokud má zkrátka princip solidarity ve zdravotnictví fungovat, nemůže stát parazitovat na zdravotním pojištění tak jako dnes.

Logickou námitkou proti tomuto návrhu je jistě skutečnost, že stát nemá jiné peníze než ty, které vybere od svých občanů na daních. To je pravda. Avšak pouze zdraví lidé mohou pracovat, vytvářet hodnoty a konečně i platit daně. A investice do vědy, školství nebo zdravotnictví patří k těm nejefektivnějším. Naši politici to zatím jako by odmítali chápat, a tak ty naše peníze raději utrácí jinak.

## Pokladenský systém = reálné ceny + svobodná volba lékaře

**Nikoliv poplatky ve výši jednoho eura, ale standardní systém komerčního připojištění má schopnost změnit pacienty v naše vážené zákazníky.** Podmínkou takové emancipace je však

existence opravdových smluv mezi pojišťovnami a našimi pacienty, jejichž právo na svobodnou volbu lékaře nesmí pojišťovny omezovat. Ambulantní zdravotnické zařízení v tomto systému žádnou smlouvu s pojišťovnou mít nemusí. Přiměřený komfort při čerpání zdravotní péče pacientům zajistí dohoda mezi takovým zdravotnickým zařízením a pojišťovnou o bezhotovostních platbách. Pacient má právo se rozhodnout, kde a kým se nechá léčit, a pojišťovna by měla být povinna podle platných ceníků uhradit péči buď celou, nebo v případě nadstandardních služeb alespoň její část.

**Říkejme tomu třeba pokladenský systém či jakkoliv jinak, avšak pro ekonomickou prosperitu zdravotnického zařízení musí být určující zájem pacientů, nikoliv netransparentní rozhodnutí úředníků zdravotních pojišťoven. Ceny zdravotních služeb pak musí pokrývat reálné náklady jejich poskytovatelů včetně přiměřeného zisku.** Pokud by nám, v souladu s ministerskými záměry, ceny diktovaly privatizované pojišťovny, jejichž hlavním zájmem bude zisk pro akcionáře, pak bychom na tom

byli ještě hůře než dnes.

## Experimenty nelze podporovat

**Současný stav nám sice nevyhovuje, ale nesmíme zapomínat, že nikdy není tak zle, aby nemohlo být ještě hůř.** Jedním ze zákona vyplývajících úkolů České lékařské komory je i obhajoba profesních zájmů lékařů. Proto musíme být opatrní a nemůžeme si dovolit podporovat experimenty, které by většinu našich členů poškodili.

Současné snahy ještě více škudlit na podfinancovaném českém zdravotnictví mi bohužel spíše než smysluplnou reformu připomínají počínání sedláka z jedné bajky, který tak dlouho odnaučoval svého osla žrát, až mu ten hlady pošel.

**Tvůrci vládní reformy zdravotnictví se zkrátka snaží řešit problém nadměrných výdajů, který se našeho zdravotnictví netýká, zatímco zcela ignorují reálné hrozby vyplývající například z nedostatku kvalifikovaných zdravotníků.**

Milan Kubeš

# 7 reformních zákonů ministra Julínka

**Návrhy věcných záměrů sedmi zákonů předal ministr zdravotnictví lékařské komoře 24. listopadu 2007 veřejně během jednání sjezdu spolu se slibem, že komora se bude moci začít spolupodílet na přípravě reformních změn.**

Od 27. 11. 2007 jsou návrhy umístěny na webu ČLK (www.lkr.cz). S využitím připomínek lékařů, kteří reagovali na výzvu prezidenta komory, bylo zpracováno stanovisko ČLK, které 11. 12. 2007 zaslal prezident ČLK ministru zdravotnictví spolu s žádostí o jednání mezi ministrem, jeho spolupracovníky a prezidentem ČLK s několika dalšími členy představenstva. Stejný den byly zásadní připomínky komory také publikovány na jejích webových stránkách.

Během jednání tzv. Rady poskytovatelů 13. 12. 2007 nebyl prostor pro jednání o konkrétních připomínkách ČLK. Uspokojivou odpověď nedal ministr se svými náměstky ani na připomínky obecné. Dr. Kubek tedy požádal znovu o bilaterální jednání mezi ministrem a jeho náměstky a prezidentem ČLK a některými členy představenstva ČLK. Toto jednání ministr zdravotnictví nepotvrdil.

Připomínky ČLK stejně jako postup prezidenta komory v této věci schválilo představenstvo ČLK na svém řádném zasedání 14. 12. 2007.

**Dne 9. 1. 2008 na ministerstvu zdravotnictví proběhlo vypořádání připomínek ke zmiňovaným věcným záměrům sedmi zákonů. Česká lékařská komora, která uplatnila celou řadu zásadních připomínek, nebyla pozvána.** Následující den požádal prezident komory ministra Julínka o vysvětlení a znovu opakoval žádost ČLK o bilaterální jednání v této věci mezi ministrem a jeho náměstky a prezidentem ČLK s některými členy představenstva ČLK.

Podle vyjádření ministra zdravotnictví by paragrafované znění zákonů měla projednávat vláda v květnu 2008.

## Obecné připomínky ČLK

**Návrhy neřeší základní problém českého zdravotnictví, kterým je chronický nedostatek finančních prostředků.**

**Základem reformy zdravotnictví musí být stanovení standardů zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.** Návrhy nenabízejí žádnou smysluplnou alternativu jejich tvorby.

**Návrhy neodůvodněně posilují pozici zdravotních pojišťoven** (v budoucnu privátních) na úkor zdravotnických zařízení, zejména soukromých lékařů (zdravotní pojišťovny mají bez jakéhokoliv omezení rozhodovat o tom, se kterým zdravotnickým zařízením uzavřou smlouvu a za jakých podmínek, i to, kolik budou danému zařízení za zdravotní služby platit), ale i na úkor občanů, jejichž právo na svobodnou volbu lékaře má být omezováno ještě více než dnes.

**Ministr zdravotnictví sice deklaruje ochotu spolupracovat s komorou, avšak jeho návrhy existenci zákona č. 220/1991 Sb. o lékařských komorách ignorují a odporují praxi obvyklé ve 25 z 27 států EU, tedy že stížnosti na lékaře, stomatology a lékárníky vyřizují profesní komory. Návrhy ministerstva zdravotnictví nemají obdobu nikde v Evropě.**

Na místo skutečné reformy a řešení zásadních problémů zdravotnictví se návrhy omezují na majetkové převody (transformace zdravotních pojišťoven a současných fakultních nemocnic v akciové společnosti s možností další privatizace).

**Pokud by byl uskutečněn záměr, že si zdravotnická zařízení mají navzájem konkurovat cenou svých služeb, vedlo by to k tlaku na snižování kvality poskytované zdravotní péče, s čímž ČLK nemůže souhlasit. Návrhy umožňující, aby vlastníci zdravotních pojišťoven vlastnili zároveň i zdravotnická zařízení, odporují pravidlům volné hospodářské soutěže a jejich realizace by vedla k likvidaci soukromých lékařů v ČR.**

## Zákon o veřejném zdravotním pojištění

ČLK hodnotí kladně úmysl rekodifikovat tento zákon, který byl připraven velmi ledabytle a schvalován jako právní norma s dočasnou platností. Tato dočasnost se však již bohužel protáhla na více než deset let. ČLK má ale zcela jiné představy o podobě tohoto klíčového zákona.

na akciové společnosti a následně možným odprodejem soukromým společností se jako občanská společnost vzdáváme účinné kontroly. Plánovaný úřad na kontrolu zdravotních pojišťoven ustanovuje a řídí jenom Ministerstvo zdravotnictví ČR a to je nedostatečná instituce, aby plně ovládala správu tak velkých veřejných prostředků.

Soukromé finanční společnosti spravují nejlépe svěšené statky v režimu čistého trhu, kde jako jedna z prvních premis platí, že klient dostane jenom to, na co má, nebo na co je pojištěný. To ale není případ solidárního zdravotnictví evropské tradice.

Proto hrozí v podmínkách nutnou solidaritou deformovaného tržního prostředí velké riziko korupce. O smluvních podmínkách mezi pojišťovnou a zdravotnickým zařízením nebude rozhodovat kvalita poskytovaných služeb, ale hlavně úroveň konexí. Z pohledu občana to bude mít za následek ještě větší míru neúčelně vynaložených prostředků a v konečném důsledku pokles kvality poskytované péče.

Především ale systém, kdy soukromé společnosti spravují v podstatě část daní, nemá v civilizovaném světě obdobu. Až dojde k celospolečenskému a politickému konsensu, jaká standardizovaná část zdravotní péče spadá do povinného solidárního pojištění, tak ať se část, která do ní spadat nebude, stane předmětem typického komerčního připojištění.

*Stanislav Stupavský, soukromý chirurg Vsetín*

Na váš dotaz mám odpověď negativní.

*Miloš Rejmont, RDG, Nemocnice Jablonec nad Nisou*

Privatizace zdravotních pojišťoven se obávám. Stát nad nimi ztratí kontrolu, což může být nebezpečné pro lékaře i pacienty.

*Miroslav Smažik, praktický lékař, Mladá Vožice, předseda OS ČLK Tábor*

Posilování postavení zdravotních pojišťoven vůči zdravotnickým zařízením je šílenost. Již teď jsou zdravotníci v hluboké defenzivě. Je třeba uvolnit vztahy zrušením nutnosti postupných smluv a umožnit svobodné chování zdravotnického zařízení. Pak je možné i privatizovat zdravotní pojišťovny, ale až na jedinou: VZP. Ta musí nadále zastávat funkci správce povinného pojištění pod kontrolou státu. Ostatní zdravotní pojišťovny je třeba z tohoto prostoru vytěsnit a svěřit jim oblast připojištění, která vznikne zrušením nutnosti smluv mezi ZP a ZZ a uvolněním trhu ve zdravotnictví společně s možností volné, ale regulované tvorby cen. Současná „reforma“ reformou není, je to jen pokus, jak zachovat krachující socialistické zdravotnictví.

*Karel Beněš, privátní specialista, ambulance cévní chirurgie Příbram, zaměstnanec–ordinář cévní chirurgie ÚVN Praha*



Skutečnost, že nadstandardní zdravotní péči nebude nutno hradit v plné výši, ale bude možnost pouze doplácet rozdíl mezi reálnou cenou služby a cenou její varianty hrazené z veřejného zdravotního pojištění představuje největší pozitivum celého návrhu, pokud se počítá skutečně z úplným zrušením ustanovení § 11, odst. 1 písm. d) zákona (tzv. § poslankyně Fišerové).

Je třeba narovnat platby za tzv. státní pojištěnce. Pokud by stát platil za tzv. státní pojištěnce částky odpovídající jejich počtu (tedy minimálně 50 % příjmů zdravotních pojišťoven), vznikl by ekonomický prostor pro snížení procentní výše odvodu na zdravotní pojištění ze současných 13,5 % na cca 10 %. Ušetřené peníze by občané mohli využít na komerční připojištění. Nedošlo by přitom ke zdražení práce a ke zhoršení konkurenceschopnosti naší ekonomiky. Občané by byli více zainteresovaní na racionálním čerpání zdravotní péče.

Je jistě správné, aby neplatíci zdravotního pojištění měli nárok pouze na péči základní a na péči život zachraňující. Je však třeba vzít na vědomí, že tato péče je zdaleka tou nejdražší.

**Návrh neřeší způsob tvorby standardů zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.** ČLK navrhuje vytvořit legislativní rámec pro dohodovací řízení o těchto standardech mezi zdravotními pojišťovnami (hledisko ekonomické) a zástupci zdravotníků (hledisko odborné). Pokusy řešit tento odborný problém politickým rozhodnutím jsou předem odsouzeny k neúspěchu.

**Definování standardů zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění vytvoří prostor pro komerční připojištění a pro konkurenci pojišťoven i zdravotnických zařízení v poskytování této nadstandardní péče.** Aby byl systém ekonomicky zajímavý pro komerční pojišťovny, musí být z veřejného zdravotního pojištění vyloučeno cca 20 % péče ve finančním vyjádření. Z této péče by bylo účelné cca 1/4 (tedy 5 % veškeré péče) hradit přímými platbami (oproti současným 11,5 % by tedy přímé platby obyvatel klesly) a 3/4 formou komerčního připojištění. Motivací občanů k účasti na komerčním připojištění by měly být daňové výhody.

Princip zachování lékových skupin, ve kterých musí být alespoň jeden plně hrazený léčivý přípravek, je správný, sou-

časný vysoký počet těchto skupin léků je však třeba revidovat.

**ČLK nesouhlasí s tím, aby zdravotní pojišťovny omezovaly své klienty ve svobodné volbě lékaře a zdravotnického zařízení. ČLK deklaruje, že pacienti v ČR mají nárok na svobodnou volbu lékaře.** Toto právo pacientů by nemělo být omezováno administrativním rozhodnutím zdravotních pojišťoven nebo státu. **Pacient má právo svobodně si vybrat svého lékaře, přičemž zdravotní pojišťovna, u které je pacient zvolenému lékaři respektive zdravotnickému zařízení uhradit provedenou zdravotní péči podle platných předpisů.**

Administrativní stanovení maximální objednávací doby na jednotlivé zdravotní služby představuje neodůvodněný zásah státu do svobodného podnikatelského prostředí. Zdravotnická zařízení, která jsou podnikatelskými subjekty, nemohou být nucena k poskytování zdravotních služeb v takovém objemu, který nedostanou zaplacený v souladu s platnými předpisy.

Návrh nepočítá s žádnými dodatečnými finančními zdroji, které by řešily základní problém chronicky podfinancovaného českého zdravotnictví. Právě naopak. Složitý systém pseudokonkurence privátních zdravotních pojišťoven s vyššími režijními náklady, který má ještě prodražovat vznik Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami, odčerpá z veřejného zdravotního pojištění další prostředky, které by mohly být jinak použity na úhradu zdravotní péče.

**ČLK nesouhlasí s tím, aby z prostředků veřejného zdravotního pojištění byly hrazeny jiné než zdravotní služby, neboť prokazování, že tyto služby „podporují zdraví“, je často velmi sporné.** Úhrada takových služeb je součástí marketinkové strategie pojišťoven a jako taková by měla být hrazena z jejich provozního fondu, ne z fondu základního.

**ČLK zásadně nesouhlasí s možností majetkového propojení zdravotních pojišťoven a zdravotnických zařízení. Takové propojení by vedlo ke vzniku monopolů a k výraznému narušení pravidel volné hospodářské soutěže.**

ČLK nesouhlasí se zaváděním systému tzv. individuálních účtů pro poskytování standardní péče.

**ČLK zásadně nesouhlasí s tím, aby zdravotní pojišťovny mohly zcela libovolně rozhodovat o tom, s kterým zdravotnic-**

**kým zařízením smlouvu uzavřou a s kterým nikoliv.** Pojišťovny by totiž mohly zneužívat svého dominantního postavení k neoprávněnému tlaku vůči zdravotnickým zařízením, zejména vůči soukromým lékařům, jejichž práva na spravedlivou úhradu za provedenou zdravotní péči by mohla být krácena. Zcela netransparentní rozhodování úředníků zdravotních pojišťoven by nepochybně bylo živnou půdou pro korupci.

**ČLK požaduje buď zavedení systému bezesmluvních vztahů mezi zdravotnickými zařízeními a pojišťovnami, které by uzavíraly pojistné smlouvy se svými klienty –pojištěnci, nebo tzv. trvalé smluvní vztahy, tedy smlouvy mezi zdravotnickými zařízeními a zdravotními pojišťovnami na dobu neurčitou, a to pro všechny soukromé lékaře, kteří mají o takový smluvní vztah zájem.** V prvním případě by pojištěnci svoji svobodnou volbou lékaře a zdravotnického zařízení určovali, komu bude pojišťovna povinna platit za zdravotní služby, a to v souladu s platnými právními předpisy. Ve druhém případě by smlouvu na dobu neurčitou bylo možno ukončit pouze ze zákonem stanovených důvodů. ČLK požaduje v tomto případě rovněž uzákonění možnosti prodeje, dědění a darování zdravotnických zařízení včetně smluv se zdravotními pojišťovnami.

Pokud by zdravotní pojišťovny mohly zneužívat své ekonomické převahy vůči zdravotnickým zařízením, zejména vůči soukromým lékařům tak, že by jim mohly vnucovat „smlouvy o jakémkoliv obsahu“ vedlo by to k postupné likvidaci většiny drobných zdravotnických zařízení zejména soukromých lékařů. Tyto negativní procesy by byly ještě akcentovány tím, že podle předkladatele návrhu by majitelé zdravotních pojišťoven mohly zároveň provozovat zdravotnická zařízení. Tato majetkově s pojišťovnami propojená zdravotnická zařízení by mohla být zvýhodňována, a tím by docházelo k porušování pravidel hospodářské soutěže mezi poskytovateli zdravotních služeb.

S účinností od 1. 1. 2008 bylo zrušeno dohodovací řízení o seznamu zdravotních výkonů, a to bez řádného připomínkového řízení a velmi nestandardním způsobem jako legislativní přílepek k zákonu č. 261/2007 Sb. o stabilizaci veřejných rozpočtů, s nímž nesouvisí ani po stránce věcné ani po stránce legislativně technic-



ké. Proto lze z navrhované právní úpravy dovést úplnou smluvní volnost při tvorbě cen zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění. ČLK nesouhlasí s tím, aby výši a způsob úhrady za poskytované zdravotní služby pojišťovny sjednávaly s jednotlivými zdravotnickými zařízeními individuálně. ČLK nesouhlasí se zrušením dohodovacího řízení k hodnotám bodu, výši úhrad a regulačním omezením. Návrh přináší jednak výrazné riziko neoprávněného nárůstu nákladů na zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění, a to především na péči poskytovanou ve zdravotnických zařízeních, která budou majetkově a vlastnický propojena se zdravotními pojišťovnami. Na druhé straně pak vzájemná konkurence zdravotnických zařízení vytváří cenou tlak na snižování kvality zdravotní péče, s čímž ČLK v žádném případě nemůže souhlasit. **Konkurence zdravotnických zařízení cenou služeb by dále vedla k likvidaci většiny soukromých lékařů**, kteří by se buďto podvolili diktátu zdravotních pojišťoven a přistoupili by na poskytování zdravotní péče za pro ně ekonomicky nevýhodných podmínek, což by dříve či později vedlo k jejich krachu, a nebo by se po uplynutí půlroční lhůty staly zdravotnickými zařízeními nesmluvními, která by však měla nárok na úhradu pouze akutní zdravotní péče. Takové zdravotnické zařízení by bylo rovněž předurčeno k ekonomické likvidaci.

**Dovršením nehoráznosti návrhu, jehož realizace by způsobila likvidaci soukromých lékařů v ČR, je pak poznámka, že poskytovatelé zdravotní péče nemohou při jednáních se zdravotními pojišťovnami**

**porušovat pravidla zákona č. 143/2001 Sb. o ochraně hospodářské soutěže. Jinými slovy, zdravotnická zařízení včetně soukromých lékařů nemohou společně čelit tlaku ekonomicky mnohonásobně silnějších zdravotních pojišťoven, které v rozporu s pravidly platnými v EU by mohly mít společné vlastníky s některými zdravotnickými zařízeními, která by mohla být zvýhodňována.** Zmiňovaná rizika jsou ještě zdůrazňována skutečností, že ministerstvo zdravotnictví v současnosti porušuje zákon tím, že odmítá vydat ve spolupráci s ČLK a v souladu s § 12a zákona č. 20/1966 Sb. v platném znění vyhlášku o minimálních personálních standardech zdravotnických zařízení, jejíž dodržování by rovněž ministerstvo ve spolupráci s ČLK kontrolovalo.

**ČLK požaduje uzákonění pravidla, že zdravotní pojišťovny nesmí vůči zdravotnickým zařízením uplatňovat žádná regulační omezení, pokud tato prokáží, že bez překročení regulačních limitů by nemohla poskytovat péči lege artis (tzv. vyvíňovací klauzule).**

### Zákon o zdravotních pojišťovnách

ČLK podporuje myšlenku, aby postavení a činnost všech zdravotních pojišťoven zajišťujících veřejné zdravotní pojištění upravoval jeden zákon. ČLK podporuje rovněž zachování plurality těchto zdravotních pojišťoven. Zákon by však měl definovat zdravotní pojišťovny jako právnické osoby sui generis a takto by měl respektovat specifika, která s sebou nese zajišťování tak společensky významného

### Ministerstvo zdravotnictví chystá privatizaci zdravotních pojišťoven a posílení jejich postavení ve vztahu ke zdravotnickému zařízení. Jaký na to máte názor?

Podle mne se Ministerstvo zdravotnictví ČR staví do role soupeře zdravotníků, místo aby hájilo jejich zájmy – o tom svědčí tendence likvidovat ČLK, nevyvíjení nátlaku na vládu, aby zvyšovala platy zdravotníků a jejich prestiž. Vše vyplývá z toho, že ministerská funkce je funkcí politickou. A ODS nepatří ke straně, která by stála o silnou ČLK, ostatně to ani nedělala ČSSD, a mne osobně zklamal dr. Rath, který se otočil o 180 stupňů oproti svému postoji před několika lety. Je to škoda, tehdy vypadal důvěryhodně, domníval jsem se, že ví co chce, nyní na mne působí dojmem ryzího kariéristy. O senátoru Julínkovi nemluvě. Nejlepší asi budou dvě možnosti: 1. Totální stávka zdravotníků, která musí dopadnout na občany! Ti jsou voliči politiků. 2. Emigrace do zahraničí a ponechání obyvatel napospas felčarům z Ukrajiny a Ruska. Jinou cestu ke zlepšení poměrů ve zdravotnictví nevidím!

*Václav Pavlíček, pediatrie, Tábor*

Proti privatizaci nemám zásadních námitek, co se týče posílení vztahu se zdravotnickým zařízením, tomu nerozumím, poněvadž si nedovedu představit současný diktát pojišťovny ještě posílený. Snad by pak šlo o nevolnictví a to již bylo, myslím, zrušeno.

*Jindřich Kaňa, Oblastní nemocnice Příbram, oddělení TRN*

Reforma MZ ČR? Nesmysl... Vyšší spoluúčast pacienta na péči ANO – souhlasím s tím, aby byli pacienti více zainteresováni na hospitační péči (viz Francie). Komerční připojištění viz Německo ANO! Nynější zpracování NE! Ministr převedl zodpovědnost z ministerstva na řadové lékaře a sestry. Pan Cikrt taky zaplatil spoustu peněz za svoje postižení a nevěřím, že něco platí nyní! Pokud chce více peněz do zdravotnictví, ať zruší předepisování Paralenu, Ibalginu, ať zpoplatní zbytečné nadužívání RLP.

*Michal Nesvadba, sekundární lékař, ARO Jablonec nad Nisou*

Můj názor: nedostatečné finanční ocenění lékařů, vedle nároku na jejich bezchybný a maximální výkon, nemluvě o požadavku vyšší pracovní doby, vede k demotivaci lékařů. Ti chytřejší odcházejí buď do zahraničí, nebo do lukrativnějších oborů mimo zdravotnictví.

Zůstávají pouze lékaři starší 50 let a ti méně odborně zdatní. Bohužel, politici mají možnost si zaplatit kvalitní péči v preferovaných zdravotních ústavech,





úroku, jakým je financování standardní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

ČLK nesdílí naivní optimismus, že lze problémy veřejného zdravotního pojištění vyřešit transformací zdravotních pojišťoven v akciové společnosti. Tato transformace přináší obrovská rizika. Česká republika by se měla poučit ze zahraničních zkušeností a neopakovat chyby, k nimž došlo na Slovensku. Předkladatel návrhu přiznává svoji inspiraci transformací bankovního sektoru. V této souvislosti je třeba připomenout, že právě zajištění stability bankovního sektoru v procesu privatizace stálo daňové poplatníky stovky miliard korun, které stát vydal jen proto, aby odvrátil krach těchto bank. ČLK varuje před podobnými experimenty, které by mohly ohrozit dostupnost zdravotní péče pro značnou část obyvatel.

Existující zdravotní pojišťovny mají být transformovány v akciové společnosti zvláštním zákonem o transformaci stávajících zdravotních pojišťoven. Je zvláštní, že předložený návrh neobsahuje ani náznak toho, jak by měl vypadat tento speciální zákon, který by byl zcela zásadní pro stabilitu existujících zdravotních pojišťoven. Něco takového považujeme za zásadní chybu návrhu.

Míra zisku z poskytování standardní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění musí být regulována trvale, nikoliv pouze po dobu pěti let.

Prostředky základního fondu, které jsou určeny k zajištění dostupnosti standardní zdravotní péče na solidárním principu, nemohou být pro majitele pojišťoven zdrojem zisku. Zisk může být vytvářen pouze z prostředků zákonem limitovaného provozního fondu.

Aktuálně vzniklé přebytky základního fondu musí sloužit jako rezerva pro nutnost zajistit finančně náročnější zdravotní péči či péči ve větším objemu v budoucnosti.

## Zákon o dohledu nad zdravotními pojišťovnami

ČLK nesouhlasí se vznikem Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami. Zřízení dalšího centrálního úřadu by vedlo pouze k dalšímu nárůstu byrokracie. Ostatně sám předkladatel návrhu připouští, že Úřad bude mít přibližně

110 zaměstnanců a jeho běžný provoz bude stát 120 milionů Kč za rok, přičemž 90 % těchto nákladů by měly být kryty zdravotní pojišťovny z prostředků vybraných od plátců zdravotního pojištění. Náklady na samotné zřízení Úřadu v prvním roce 80 milionů Kč a v druhém roce 60 milionů Kč jsou nehorázně vysoké. Dohled nad zdravotními pojišťovnami může i nadále vykonávat ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s ministerstvem financí, je však jisté, že žádoucí, aby tyto centrální orgány státní správy tento dohled vykonávaly lépe než dosud.

Představa, že pouhá skutečnost, že Úřad nebude podléhat přímému vlivu žádného ministerstva, zajistí jeho politickou nezávislost, je naivní, neboť předseda Úřadu by měl být jmenován prezidentem republiky na návrh vlády a rovněž by mohl být také prezidentem na návrh vlády, tedy orgánem politického, odvolán.

## Zákon o univerzitních nemocnicích a univerzitních pracovištích

ČLK nesouhlasí s tím, aby tzv. univerzitní nemocnice byly akciovými společnostmi.

Forma příspěvkové organizace je vhodnější již z toho důvodu, že podle zákona č. 218/2000 Sb. musí být rozpočet příspěvkové organizace vyrovnaný s tím, že případný finanční deficit dorovnávat svým příspěvkem. Tímto příspěvkem se stát hlásí k odpovědnosti za zajištění kvalitní výuky mediků i dostupnosti superspecializované a finančně velmi náročné zdravotní péče. ČLK podporuje vznik univerzitních nemocnic, ale v podobě právnických osob „sui generis“ provozovaných v režimu non-for profit.

Návrh nelogicky omezuje v nakládání s akciemi pouze univerzitu, která by svých 34 % akcií mohla převést pouze na jinou univerzitu. Naopak stát má vlastnit majoritní podíl 66 % akcií, s nimiž by i díky této majoritě mohl nakládat libovolně. V případě finančních problémů univerzitní nemocnice a. s. je zcela reálný převod části státních akcií na soukromého vlastníka, třeba i jako kapitalizace jeho pohledávek. Ekonomickou zranitelnost univerzitní nemocnice a. s. zvyšuje skutečnost, že třetinový vlastník, tedy univerzita, je ekonomicky velmi slabý a hospodář s finančními prostředky, které tvoří pouhý

zlomek finančních prostředků potřebných k poskytování zdravotní péče v současné fakultní nemocnici.

ČLK nesouhlasí s tím, aby se na zaměstnance univerzitních nemocnic nevztahovala ustanovení zákoníku práce o platu a tarifní tabulky.

Předkladatel správně upozorňuje na obtíže, které způsobuje současná dvojkolejnost řízení ve fakultních nemocnicích. Tento problém však návrh neřeší, pouze jej přenáší na úroveň představenstva akciové společnosti a její dozorčí rady.

## Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

Věcný záměr řeší poměrně úspěšně řadu problémů týkajících se provozování zdravotnických zařízení a poskytování zdravotních služeb občanům.

Zákon by měl jednoznačně stanovit, že stížnosti na odbornost a etiku výkonu povolání lékaře, stomatologa a farmaceuta řeší profesní komora zřízená zákonem; ostatní stížnosti by pak měl řešit orgán k tomu kompetentní, avšak v žádném případě ne ten, kdo je současně v postavení vlastníka zdravotnického zařízení. Takové řešení stížností by bylo absurdní. ČLK zásadně nesouhlasí s tím, aby způsobem neobvyklým pro země EU a neodpovídajícím doporučení Rady Evropy, byly zcela eliminovány profesní zdravotnické komory zřízené zákonem jako orgán profesní samosprávy s disciplinární pravomocí k řešení odborných a etických provinění svých členů. Jako absurdní se jeví, aby občan podával stížnost na zdravotnické zařízení poskytovateli zdravotní péče, který ji má vyřídit.

Definice zdravotnického zařízení jako „prostoru“ je velmi diskutabilní. Zdravotnické zařízení by mělo být definováno jako „podnik“.

ČLK zásadně nesouhlasí se zrušením platnosti stávajících registrací zdravotnických zařízení. Dosavadní rozhodnutí o registraci nestátního zdravotnického zařízení musí platit i nadále. Předkladatel návrhu nerespektuje jeden ze základních pilířů právního státu, tedy princip respektování nabytých práv (viz. nálezy Ústavního soudu ČR). Pokud někdo obdržel oprávnění k provozování zdravotnického zařízení (registraci dle zákona č. 160/1992 Sb. v platném znění), není

ústavně konformní požadovat, aby žádal o nové oprávnění podle nového zákona. ČLK zásadně odmítá takovou šikanu a byrokratickou zátěž pro soukromé lékaře.

**Personální vybavení zdravotnického zařízení poskytujícího lékařské, stomatologické a farmaceutické služby by měla vždy posuzovat a kontrolovat profesní komora zřízená zákonem, nikoli kraj, který je často ve dvojjediném postavení vlastníka a „kontrolora“, jež lze považovat za konflikt zájmů** (kvalifikovanější pracovní síly jsou dražší...).

Ustanovení umožňující vykonávat soukromou praxi, aniž má poskytovatel vlastní prostory, považuje ČLK za správné (řešení např. pro soukromé anesteziology apod.).

**ČLK zásadně nesouhlasí s tím, aby registrující úřad rozhodoval o zániku oprávnění poskytovat zdravotní služby na návrh zdravotní pojišťovny. Toto navrhované ustanovení nerespektuje rovnost obchodních partnerů – zdravotní pojišťovny a zdravotnického zařízení.**

Je třeba ocenit, že je navrhována stejná definice mlčenlivosti, jaká byla přijata novelou provedenou zákonem č. 111/2007 Sb. a je tedy pamatováno na průlom pro případ právní ochrany zdravotníka.

**Certifikace poskytovatelů zdravotních služeb jako dobrovolného procesu, jehož cílem má být „zviditelňování těch poskytovatelů zdravotních služeb, kteří pracují kvalitně a hospodárně...“ je naprostým nesmyslem.** Splnění podmínek pro poskytování zdravotních služeb musí kontrolovat registrující úřad a kvalitu poskytovaných služeb pak příslušná profesní komora zřízená ze zákona. Ministerstvo zdravotnictví navrhuje systém, kdy si někteří poskytovatelé zdravotních služeb budou kupovat od akreditovaných osob právně zcela bezcenné certifikáty velmi nejisté hodnoty, aby se tímto „zviditelnil“.

**Registr lékařů musí i nadále vést příslušná profesní komora zřízená zákonem** (ČLK), nikoliv ministerstvo zdravotnictví. Ostatně § 6a odstavec 9 zákona č. 220/1991 Sb. ve znění zákona č. 111/2007 Sb., který byl přijat v roce 2007 přesně ve znění, jaké navrhlo ministerstvo zdravotnictví, svěřuje, pokud jde o lékaře, zubní lékaře nebo lékárníky, tento úkol právě profesním komorám zřizovaným zákonem.

### Zákon o specifických zdravotních službách

Návrh respektuje Úmluvu o lidských právech a biomedicíně a vhodným způsobem legislativně sjednocuje a koncentruje problematiku specifických úseků zdravotní péče (asistovaná reprodukce, sterilizace, kastrace, změna pohlaví, interrupce apod.), která byla dosud řešena řadou předpisů rozdílné právní síly, případně nebyla řešena vůbec.

ČLK doporučuje schválení návrhu s připomínkami.

### Zákon o zdravotnické záchranné službě

ČLK hodnotí kladně úmysl vymezit zdravotnickou záchrannou službu jako samostatný typ zdravotní služby a upravit činnost a organizaci zdravotnické záchranné služby zákonem na místo dosavadní vyhlášky č. 434/1992 Sb.

Provoz lékařských pohotovostních ambulancí při vybraných výjezdových základech není personálně zajištěn, není vyřešena ani otázka financování této služby. Doporučujeme toto ustanovení zcela vypustit, neboť není zajištěno, že poskytování této služby (LSPP) nebude ohrožovat výkon primární činnosti.

Personální složení posádek výjezdových skupin by mělo stanovit prováděcím právním předpisem ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s Českou lékařskou komorou.

ČLK doporučuje schválení návrhu s připomínkami.

### Závěr:

Některé návrhy ministra zdravotnictví sice ČLK podporuje, avšak sedm předkládaných věcných záměrů zákonů jako celek nepředstavuje žádnou skutečnou reformu českého zdravotnictví. Tyto návrhy byly zatím připravovány bez účasti ČLK. Patnáct měsíců, které jsme ztratili kvůli nespolečnosti mezi ministerstvem a lékařskou komorou, lze sice dohnat jen stěží, avšak ČLK, která podporuje skutečnou reformu českého zdravotnictví, je připravena na její tvorbě spolupracovat s ministerstvem zdravotnictví i všemi dalšími subjekty, které mají o tuto spolupráci zájem.

Milan Kubek, prezident ČLK

jako Homolka apod. Zhoršená péče zůstává prostým občanům, což vede k jejich stížnostem a ještě většímu znechucení doktorů.

Anděla Pavličková, pediatrie, Tábor

Privatizace zdravotních pojišťoven a nastolení konkurenčního prostředí na poli zdravotního pojištění je jedinou cestou k efektivnímu zdravotnímu systému. Předpokladem správného fungování je primárně definice rozsahu základní nepodkročitelné zdravotní péče hrazené z povinného solidárního zdravotního pojištění. Osobně nevnímám zásadní rozdíl mezi zdravotním pojištěním a jakýmkoli komerčním pojišťovacím produktem – ostatně nemoc není nic jiného nežli pojistná událost.

Michal Lazák, praktický lékař, člen představenstva OS ČLK Prahy 6

Kdyby se pak privatizované pojišťovny začaly chovat jako jiné pojišťovny, to znamená, že ony by rozhodovaly, kolik klientovi proplatí za pojistnou událost (onemocnění, kontrolu, návštěvu...), včetně jeho spoluúčasti (při vlivu alkoholu, sebe-poškození by se pojistná událost klientovi neproplatila), určovaly by si výšku jeho pojistného (i pro státní pojištěnce), pak nelze než souhlasit. Ale takto navrhované se to klienta opět nedotkne a zdravotnická zařízení na tom budou dále jako otroci či nevolníci.

Jan Kaufman, interna, Praha

Zdravotní pojišťovny mají i dosud naprosto dominantní postavení vůči zdravotnickým zařízením. Možnost vzepřít se je spojena s rizikem přijít o smluvní vztah, což v případě praktických lékařů může být u velkých pojišťoven likvidační. Nelze očekávat, že pacienti budou hradit péči nesmluvnímu zařízení. Okamžitě přestoupí k lékaři se smluvním vztahem. A není to o kvalitě lékaře, ale o mentalitě, že vše ve zdravotnictví je zadarmo a na vše má každý nárok. S rizikem ztráty smluvního vztahu tak nakonec podepíše většina zdravotnických zařízení, co jí pojišťovny předloží. Tak co se má posilovat?

Jarmila Pavlovičová, praktická lékařka, Jilové, okr. Děčín

Možná to bude konečně to pravé řešení vzhledem k naší práci!

Božena Slámová, pediatr, Žďár nad Sázavou



# Tři pohledy na jednu vyhlášku

Jedinou skupinou lékařů, kterým vyhláška zvyšuje úhrady nad hranici očekávané inflace, jsou praktičtí lékaři, jejichž základní kapitální sazba se zvyšuje z 36 Kč na 42 Kč, tedy o 17%. Praktičtí lékaři si navýšení zaslouží ze dvou důvodů. Za prvé úhrady v tomto segmentu stagnovaly. Mnohem pádnějším argumentem však je skutečnost, že si praktičtí lékaři jako jediná skupina z nás dokázali dupnout. Pouze oni v loňském roce zřetelně protestovali. Je pravda, že potenciál jejich naštvanosti šlo asi zužitkovat lépe, tedy vymtit si ještě vyšší zvýšení příjmů, ale pánbůh zaplať. Ostatní lékaři dopadli mnohem hůře. Doufejme, že si zaměstnanci i ambulantní specialisté z toho vezmou ponaučení. Kdo nic nechce, ten nic nedostane. A pokud lékaři něco chtějí, musí to chtít nahlas. Praktické lékaře o vyšší příjmy nepřipravila ani partyzánská akce vedení Svazu ambulantních specialistů (SAS), jehož zástupci Dr. Jojko a Dr. Tauterman na závěr dohodovacího řízení dohodu praktiků vetovali. Proč tento projev závidí nebyl úspěšný? Odpověď je prostá. Ministr zdravotnictví si netroufl riskovat stávkou praktických lékařů, kterých se bojí. Ostatní mají smůlu a budou ji mít tak dlouho, dokud si nedokáží dupnout jako kolegové praktičtí lékaři. Poděkujeme jim za příklad.

## Bouřlivá vyjednávání s pozitivním výsledkem Úhrady zdravotní péče u praktických lékařů

Jako obvykle na poslední chvíli (31. 12. 2007), ale nakonec přece byla vydána vyhláška upravující některé prvky cash flow ve zdravotnictví. O termínu vydání ve sbírce zákonů mezi vánočními svátky, když před Vánocemi nevěděly ani zdravotní pojišťovny, podle jakých pravidel a v jaké výši budou probíhat platby za poskytnutou zdravotní péči v dalším zúčtovacím období, není zřejmě třeba polemizovat. Jde o již téměř standardní situaci. Heslovitě fakta týkající se úhrad pro praktické lékaře, z nichž většina využívá typu úhrady pojmenovaného kombinovaná kapitálně výkonová platba:

Výše kapitální platby respektive její základní sazba byla stanovena ve výši 42 Kč, přičemž je třeba zdůraznit, že jde o sazbu základní, s možností bonusového navýšení.

Pro zdravotní výkony nezahrnuté do kapitální platby, zdravotní výkony za neregistrované pojištění příslušné zdravotní pojišťovny je hodnota bodu ve výši 1 Kč.

To jsou jen základní a nejdůležitější údaje.

Hlavní je, že došlo k navýšení plateb v dlouhodobě finančně podceňovaném segmentu praktických lékařů. Pro většinu praktických lékařů by podle mého názoru měla tato čísla znít pozitivně. Vycházejí z kompromisů, bez nichž se prakticky žádné jednání neobejde.

Protože se jako většina společenství pohybujeme v relacích Gaussovy křivky, byla zvláště v závěrečných týdnech slyšet skupina lékařů, jejich striktní požadavky na vyšší plateb byly ještě výrazně vyšší, a některé propočty související s ekonomikou jednotlivých ordinací jim dávají do rukou silný argument.

Jde o nárůst nákladů souvisejících se zvyšováním cen energií, služeb, platové požadavky personálu atd. Vnímejte proto jejich cenový pohled jako impuls a směr k dalšímu jednání s plátcem zdravotní péče a řídicími orgány zdravotnictví, které patrně nikdy neskončí. Zdravotnictví je totiž nákladný byznys, jenž se nedá dělat jako ko-

níček nebo zájmová činnost. Tato činnost musí být plně profesionalizovaná a zaplacená tak, jak to odpovídá její náročnosti a výjimečnosti a také potřebám dalšího studia a prohlubování znalostí potřebných k analyzování výsledků lékařského výzkumu a jejich uvádění do lékařské praxe. Jen tak můžeme být schopni léčit své pacienty na žádoucí odborné úrovni.

Nepochybné rezervy jsou v oblasti nesmyslných regulací, přestože i tato oblast doznala jistých lehce nadějných změn. Primárně ale nelze akceptovat fakt možných sankcí za odpovědný výkon povolání. A měla by tu být tendence k postupnému přenesení regulačních vztahů mezi pacienta a jeho pojišťovnu, což je jediné místo, kam patří.

Ne všechny skupiny lékařů byly schopny – k jejich vlastní škodě – ve svých jednáních uspět tak, jak uspěl vyjednávací tým praktických lékařů. Na mysl mám především segment ambulantních specialistů, který je nehomogenní jak svou strukturou jednotlivých odborností, tak tříděním sil jednotlivých, nevelkých zájmových skupin.

Bude zřejmě nutno opakovaně zvážit vhodnost nebo nutnost koordinace všech zdravotnických segmentů i v rámci těchto jednání, protože větší jednotnost názorů vede k výrazně silnější vyjednávací pozici s protipartnerem, jehož zájmy jsou poměrně přesně ohraničené

Věková skupina	Index
0 – 4 roky	3,80
5 – 9 let	1,65
10 – 14 let	1,30
15 – 19 let	1,00
20 – 24 let	0,90
25 – 29 let	0,95
30 – 34 let	1,00
35 – 39 let	1,05
40 – 44 let	1,05
45 – 49 let	1,10
50 – 54 let	1,35
55 – 59 let	1,45
60 – 64 let	1,50
65 – 69 let	1,70
70 – 74 let	2,00
75 – 79 let	2,40
80 – 84 let	2,90
85 a více let	3,40

a který je schopen sestavit schopný tým vyjednávačů a obvykle využít i své silové pozice.

A řada lékařů si musí uvědomit, že být lékařem není podle někdy vytvářeného mediálního obrazu stigma, ale svým způsobem čest, která pramení i z jisté výlučnosti tohoto povolání. Protože zatím medicínu nedělají roboti, ale vysoce vzdělaní lidé, jimž by měla být osobní i profesní hrdoost vlastní.

Ota Mach, PLD, Dubné–České Budějovice

## Propad počtu pacientů nás poškodí Úhrady zdravotní péče u komplementu

*Rozdělování peněz v systému zdravotního pojištění si představuji jako krájení velkého koláče obrovským ostrým nožem, kolem stolu se strkají a handrkují lékaři, mezi nimi tu a tam i nějaké nelékařské individuuum, ti odvážnější strkají pod kudlu ruce, ti šikovnější mají hrabičky, někoho vytlačili na okraj stolu, jednomu uřizli špičku prstu a krvácí...*

Je pro mne obtížné vyjednávat se k navýšování úhrad v jednotlivých segmentech, neboť jsem si vědoma toho, že se jedná o bratrovražedný boj o to, jak velkou porci se nám podaří urvat z celkového objemu. Množství peněz v systému můžeme ovlivnit jen málo. My se musíme poprat o každý jednotlivý dílek, o každé sousto. Je to

od našich politiků velmi prozíravé, že nás rozdělili do tolika skupin, které si navzájem konkurují. Většinu času věnujeme ochraňování našeho kousku proti ostatním, někdy zkusíme ukrojit si větší trojúhelníček na úkor někoho jiného. A na závěr se modlíme, aby pacientů přišlo tak akorát – pokud jich přijde málo, nebudeme mít na výplaty, pokud jich přijde moc, budeme pracovat zadarmo. A nejnešťastnější varianta je přeskupení pacientů z jednoho období do druhého, tak budeme postiženi oběma způsoby s poklesem příjmů, které se promítnou i do následujících let

Ambulantní radiologové jsou odměňováni již několik let paušálními úhradami s minimálním

# Čeká nás pokles příjmů

## Úhrady zdravotní péče u ambulantních specialistů

Text vyhlášky č. 383/2007 Sb. z 31. 12. 2007 odporuje tomu, o čem jednali v rámci dohodovacího řízení zástupci poskytovatelů zdravotní péče s pojišťovnami. Účastníci dohodovacího řízení se totiž shodli, že úhrady pro rok 2008 musejí vycházet ze seznamu zdravotních výkonů účinného od 1. 1. 2006 (případně z jeho novely), tedy že musí reflektovat zvýšení ceny naší práce. Vyhláška však naopak fixuje pro pojišťovny velmi výhodný systém paušální úhrady na rodné číslo, která vychází z úhrady na jedno rodné číslo v roce 2007, tedy nikoliv z počtu bodů vykázaných a uznaných podle seznamu výkonů účinného od 1. 1. 2006.

Vyplnily se chmurné předpovědi, že následky tzv. Jojkovy dohody ponese déle než pouhý jeden rok. Veškeré dosavadní nespravedlnosti zůstávají zachovány.

- Hodnota bodu se snižuje z 1,05 Kč na 1,00 Kč!
- Maximální úhrada na jedno unikátní rodné číslo bude ve výši 106 % této úhrady v roce 2007, což by mohlo přibližně odpovídat očekávané míře inflace v roce 2008.
- Novinkou je, že budou propláceny i výkony nad tento limit, avšak s použitím hodnoty bodu pouhých 30 haléřů!
- Regulace za předepsané léky i indukovanou péči sice zůstávají, ale jsou mírnější a vyhláška obsahuje jakousi „vyvíňovací klauzuli“. Limitem je 110 % nákladů na rodné číslo v porovnávacím období

(1%) nebo žádným (2006) navyšováním paušálů, což je zdůvodňováno tím, že komplement je zvýhodněn, že poskytuje příliš velké množství výkonů a že dochází k dalšímu nárůstu počtu výkonů. Přitom se jedná o vyžádanou péči a všechny skupiny poskytovatelů jsou regulovány za překročení celostátního průměru na tuto vyžádanou péči. Díky tomu u všech ambulantních radiologů, které znám, počty pacientů, výkonů a následně i výše úhrad trvale klesají, a to již od roku 2002. Paradoxně se tak děje u oboru, který potřebuje k zajištění provozu množství vysoce kvalifikovaných zaměstnanců (růst mezd), je náročný na prostory, energie, přístroje, má vysoké provozní náklady. Přitom nárůst výkonů je převážně způsoben zvyšujícím se počtem výkonů patřících sice odbornosti 809, ale prováděných na pracovištích jiných odborností, kde

bí, když při překročení těchto nákladů může pojišťovna 40 % z nadlimitních nákladů strhnout z úhrady pro zdravotnické zařízení, avšak pouze do limitu 15% podílu na této úhradě.

- Novinkou je parametr kombinující náklady na léky s náklady na indukovanou péči: pokud zdravotnické zařízení ošetří alespoň 90 % unikátních rodných čísel z porovnávacího pololetí a součet nákladů za preskribici a indukovanou péči nepřekročí 105 % těchto nákladů v porovnávacím pololetí, pak se regulace neuplatňují. Regulace nemají pojišťovny uplatňovat ani v tom případě, když nebude v daném



segmentu překročen jejich zdravotně pojistný plán. Pojišťovny rovněž zmírní v případě potřeby regulační kritéria tak, aby regulační srážky nepostihly více než 15 % zdravotnických zařízení. Takové parametry si však soukromý lékař ohlíká jen stěží.

nespádají do regulace za vyžádanou péči, a vznikem nových kapacit drahých radiodiagnostických pracovišť – CT, MR, angiografie.

V roce 2008 bude pro ambulantní radiology paušální úhrada navýšena o 2 % oproti roku 2007, nicméně konečná úprava paušální úhrady bude provedena až po vyhodnocení celkového objemu poskytnuté péče, a to následujícím způsobem:

- Zůstane beze změn, pokud výkon ZZ bude zachován a počet bodů se bude pohybovat mezi 98 až 102 % RPB (referenční počet bodů je počet pojišťovnou uznaných a v plné výši proplacených bodů v příslušném pololetí roku 2007).
- Pokud ZZ vykáže počet bodů nižší než 98 % RPB, dojde ke snížení paušální úhrady vynásobením koeficientem výkonnosti (tj. podíl vykázaného a uznaného počtu bodů v přísluš-

- Tzv. nevýznamný počet pojištěnců je 50 a méně na jednu odbornost za pololetí při kapacitním čísle 1,0.

Na základě slovenských zkušeností můžeme očekávat, že regulační poplatky alespoň v prvních měsících sníží počty pacientů v ordinacích. U velké části ambulantních specialistů tedy dojde k poklesu počtu unikátních rodných čísel a tím (na rozdíl od praktických lékařů) i ke snížení úhrady od pojišťovny. Je velmi sporné, zda pouhých 6 % navýšení maximální úhrady na jedno rodné číslo (cca o míru inflace) spolu s 30 Kč za jedno klinické vyšetření nám tento propad alespoň vykompenzuje. Je třeba brát v potaz i to, že izolovaná přístrojová vyšetření nejsou pro pacienty poplatkem zatížena. Vzhledem k tomu, že vyšetření u ambulantního specialisty trvá déle, prochází našimi ordinacemi v porovnání s praktickými lékaři mnohem méně pacientů a výnos z poplatků tedy pro většinu ambulantních specialistů nebude příliš významný.

Pokud regulační poplatky splní ministerstvem očekávaný úkol odradit od čerpání zdravotní péče ty pacienty, kteří jsou nemocní méně nebo nejsou nemocní vůbec, pak dojde ke změně spektra našich pacientů (odpadnou tzv. banality), čímž se zvýší naše náklady na jedno rodné číslo a zdravotnické zařízení tedy snáze překročí limity pro regulace nákladů za léky a indukovanou péči.

Většina soukromých ambulantních specialistů může v roce 2008 očekávat pokles svých reálných příjmů.

*Milan Kubek, soukromý internista a angiolog*

ném pololetí 2008 a RPB z roku 2007).

- Pokud ZZ vykáže počet bodů vyšší nežli 102 % RPB, budou body nad touto hranicí uhrazeny ve výši 0,7 Kč/bod.

I v roce 2008 budou regulováni indikující lékaři, když nebudou moci zvýšené náklady na vyžádanou péči zdůvodnit.

Ke konci roku 2007 se zvýšil počet vyšetření v souvislosti s očekávaným vybíráním poplatků. Přestože **radiologové nebudou podle zákona poplatky 30 Kč vybírat**, ani pacienti ani indikující lékaři to nevědí. Zbytečně tak dojde k propadu počtu pacientů na začátku roku 2008, což obory, které jsou odměňovány v systému paušálů, poškodí.

*Eva Hledíková, ambulantní radioložka v Praze 8  
předsedkyně OS ČLK Prahy 8, členka představenstva ČLK*



# Na co ještě čekají ambulantní chirurgové? aneb Šípková Růženka, princ se na tebe vykašlal, probud' se sama!

*A máme tu zase nový rok. Co však nemáme, jsou podepsané úhradové vyhlášky. To ale není žádná novinka, která by českého doktora vyvedla z míry. V Česku je přeci normální, že se lékaři dozví někdy až ve třetím měsíci daného pololetí, že jim někdo určí, za kolik mají poskytovat své služby. Ono je to beztak jedno – nakonec dostanou zapláceno třeba ještě méně, protože systém vyúčtování je natolik složitý, že si stejně nikdo nedokáže spočítat, jestli dostal tu správnou částku.*

Letos však nemáme ani platné a podepsané smlouvy se zdravotními pojišťovnami. Nakonec proč? Vždyť je to zbytečná práce – podepsat je stejně musíme tak, jak jsou, a ještě bez nátlaku, ze svobodné vůle. A ambulantní chirurgové všechny smlouvy a dodatky podepisují až nakonec, protože nejdřív přece musí mít smlouvu zubaři, pak praktici, no a když zbude čas a papír... Ale dobře nám tak: každému, jak si zaslouží. Všechny vlády a potažmo ZP s námi zacházejí jako s primitivními ubožáky a my si to necháme líbit – pravda je, že jimi skutečně jsme, protože zatím jediné, co jsme dokázali, je to, že jsme se nechali mezi sebou rozeštvát skvěle promyšleným tahem: rozdílné mezioborové rozdělování financí (kapitace, výkonový systém, propastné rozdíly ve vstupech a výstupech mezi jednotlivými obory). Výsledkem toho je, že místo řešení jednotného a základního problému našeho zdravotnictví, což jsou vyšší náklady na zdravotní péči, kterou jsme nuceni v předepsaném rozsahu poskytovat, než jsou její úhrady od ZP, se mezi sebou hádáme a házíme sami sobě klacky pod nohy. Vznikají různá uskupení, která na sebe vzájemně hází špínu, vyčítají si nesmysly, většinou se ale sejdou občas v počtu do Mariáše, popláčou si na rameně a řešení žádné.

A tak to pak s lékaři vypadá přesně podle starého přísloví: **když se dva hádají (jednotlivé obory mezi sebou), třetí se směje (vláda a ZP).**

## Ambulantní chirurgové nedělají nic

Ne všichni se ale hádají. Ambulantní chirurgové a jejich organizace nedělají nic. Zatím stále spí a není o nich ani vidu ani slechu. I Šípková Růženka by se v této situaci musela dávno probudit, kdyby dostala tolik kopanců (promiňte, popletla jsem po-

hádku)... tolik polibků od svých Nejvyšších princů. Ale ambulantní chirurgové ne, oni čekají a čekají, že by se mohl ukázat snad ještě vynalézavější princ, který by svou Růženku rovnou v nějaké vyhlášce poslal po nocích někam za výdělkem mimo obor, aby si na provoz ordinace získala finance jinak – nakonec vždyť nám ještě zbývá celých 6 až 8 hodin denně, které jen tak zbhůhdarna prospíme!

Ne všichni se ale jenom hádají. V posledních letech se trochu zorganizovali praktičtí lékaři, vyrazili do ulic, pohrozili a vidali! Proti chirurgům na tom jsou už po léta lépe a přesto na ně úhradová vyhláška zase pamatovala. Takže nyní má praktický lékař, pokud vezmu tu úplně nejnižší průměrnou indexaci (1,5 měsíčně) cca 63 Kč na pacienta, což dělá kapitální platbu 378 Kč na pacienta za pololetí (ať už pacient přijde, či nikoli). Ambulantní chirurg má kolem 600 Kč na pacienta na pololetí v okamžiku, kdy tento pacient vejde do ordinace.

**Toto srovnání naprosto není namířeno proti praktickým lékařům. Naopak.** Já jim fandím, smekám před nimi a jejich vedením a mám skutečně radost, že se jim v tomto zdravotnickém Kocourkově (ať mi Kocourkovští prominou) podařilo dosáhnout alespoň tohoto navýšení. Možná že tím princem, který konečně probudí spící Šípkovou Růženku ambulantní chirurgii a hlavně představitele jejích odborných organizací, budou právě oni. **My chirurgové jsme si totiž zatím prospali to, že od okamžiku, kdy se nám zvedá DPH o 4% na veškerý zdravotnický materiál, přístroje, nástroje atd.** (což jsou vstupy, které se budou nejvíce zvedat právě chirurgickým oborům), **úhradová vyhláška nám tuto skutečnost kompenzuje poklesem bodu!** Pokud bylo myšleno, že si rozdíl máme vyrovnat pro náš obor absolutně ponižujícím regulačním poplatkem 30 Kč, pak jsou ovšem Kocourkovští úplně břídilové. Koho by napadlo, že chirurg, má-li provádět skutečně chirurgii, je schopný (už jenom podle časových limitů pro jednotlivé výkony) ošetřit resp. odoperovat tak maximálně pětinu pacientů, která projde za tutéž dobu ordinací praktického lékaře. O rozdílných nákladech jednotlivých oborů nemusím snad žádného lékaře přesvědčovat.

Takže **příjmy z těchto úžasných regulací jsou pro chirurga naprosto zanedbatelné, obzvláště s přihlédnutím k faktu, že téměř všechny operační výkony včetně převazů jsou tzv. Q kódy, u kterých se tento poplatek nevybírá.** Pokud situaci zobrazíme v číslech a budeme se držet těch úplně nejnižších odhadů, **pak praktický lékař vybere při návštěvnosti 30 až 40 pacientů denně 900 až 1200 Kč, chirurg při ošetření 10 až 20 pacientů** (vezmeme v úvahu, že vybere poplatky od celé poloviny pacientů) **150 až 300 Kč** – a kolik vybere lékárník? Kdyby do lékárny přišlo jen 480 pacientů denně (tj. 1 pacient za 1 minutu) jen s jedním receptem o dvou položkách při osmihodinové pracovní době, **pak lékárna má denně příjem 28 800 Kč!**

I ten, kdo propadl z matematiky, si dokáže spočítat, že částka 600 Kč na půl roku na pacienta je pro chirurgii směšná. A jak vznikla? Prvotní průšvih se stal v době, kdy bylo odkýváno na dohodovacím řízení, že se přejde ze čtvrtletních výpočtů na RČ na pololetní. Jaksi se ale pozapomnělo na to, že tím pádem se měl limit na RČ zdvojnásobit, protože dříve ta částka byla na 3 měsíce, nyní se do stejné částky musíme vejít v 6 měsících. Tak se přestalo operovat – ve větších poliklinických komplexech, kde jsou ještě nebo už zase lékaři zaměstnanci a které nyní začínají zřejmě vznikat ve velkém, se už neoperuje skoro nic, pacient se ale prožene několika dalšími odděleními daného zařízení včetně laboratoře a RTG, až skončí v lékárně. Náklady na jednotlivou ambulanci jsou nízké, pojišťovny si mnou ruce, jak levně nakupují lékařské služby a asi všichni jsou spokojeni...

Kromě pacienta, kterému se nechce s banalitou do nemocnice, a tak hledá nějakou soukromou chirurgii, kde to ještě nevzdali, a tam si nakonec výkon nechá udělat. Tento ambulantní chirurg na celý proces doplatí nejvíce, protože pokud jenom operuje, pracuje za peníze tak sotva 10 dní, zbytek zadarmo. Kdyby se našel v pojišťovně nějaký ekonom, který by si spočítal náklady na takového pacienta, musel by si vyrvat všechny vlasy (ovšem jen tehdy, že by na tom byl přímo finančně zainteresován).

## Vybavení ještě z hluboké totality

Normálně uvažujícímu ekonomovi a podnikateli v jiných oborech jistě vrtá hlavou otázka, zda je toto vůbec možné: určovat někomu, jaké služby a v jakém rozsahu má vykonávat, co všechno na to musí mít, zaplatit mu za to sotva polovinu a dokonce mu zakázat zbytek si dovybrat. A jediná cesta k tomu, jak si aspoň trochu polepšit, je vytáhnout do ulic, stávkovat a křičet a vyhrožovat a nechat ze sebe dělat sdělovacími prostředky hotové vyvrhele společnosti, kteří si berou ubohé pacienty jako rukojmí a zatím chtějí nahrabat na superauta, superbaráky a superdovolené.

A ono by zatím stačilo, kdybychom si mohli koupit nové nástroje a nové vybavení, protože většina z nás má v ordinacích a čekárnách vybavení z doby hluboké totality. Asi ve zdravotnictví neexistují ekonomické zákony, a nebo spíš ti, kteří rozhodovali před spoustou let o Sazebníku, vůbec nebyli ekonomové a neměli ponětí o tom, co je nutné započítat do nákladů na jednotlivý výkon. A když se dostaneme do nějakého sporu se ZP a argumentujeme tím, dostane se nám odpovědi, že to odsouhlasila naše odborná společnost. Je to však pravda? A pokud je, to si skutečně ti, kteří to odsouhlasili, dosud myslí, že ambulantní chirurg chodí fasovat materiál a nástroje do centrálního skladu, přístroje mu nosí Ježíšek, nájem a energie za něj platí EU a zdravotnický odpad výhodně zpeněží ve sběrných surovinách?

## Jaké jsou naše možnosti?

Provedeme si tedy menší rozbor situace a vyhlídek jak dál, protože bez nějakého řešení nemá cenu podobné články psát.

Musíme si tedy ujasnit, zda si hodláme dále hrát na Šípkovou Růženku (výsledek musí být každému jasný), anebo jestli se rozhodneme s tím něco konečně udělat. Ve druhém případě si musíme ujasnit, jaké máme možnosti něčeho vůbec dosáhnout.

Na základě předcházejících mnohaleťých zkušeností je jasné, že:

**1. Žádná politická strana (od ultra levice až po ultra pravici) nikdy nebyla a hlavně ani nikdy nebude ochotna po volbách provést skutečnou reformu zdravotnictví.**

Důvody:

a) jde o nejcitlivější problém týkající se všech na tom nejpálčivějším místě – lidském zdraví;

b) přetrvávající přesvědčení lidí, že zdravotnictví je zadarmo a že když si platí pojištění, tak mají na všechno nárok, a nikdo jim tuto zkreslenou představu nevyvrací;

c) absolutní neschopnost vlády a zřejmě i neochota vysvětlit lidem podstatu zdravotního pojištění (funguje úplně stejně jako třeba pojištění auta, domácnosti: pro náhlu událost, kdy by musel člověk vynaložit neúměrně vysokou částku, kterou by nikdy nebyl schopen zaplatit – naprosto jednoduché vysvětlení, které u těchto ostatních pojištění všichni chápou).

**2. Každá ZP se bude snažit „nakoupit“ zdravotní péči co nejlevněji** (je to logické a chová se tak každý podnikatel, takže po této stránce jim těžko můžeme něco vyčítat). Proto ani zde nemůžeme čekat nějakou pomoc nebo dohodu, dokud nebudou stanovena jasná pravidla. Otázkou ovšem je již zmíněný problém, zda ji skutečně levně nakupují.

**3. Jako jednotlivci absolutně nejsme schopni se jakkoli bránit.**

**4. Jednotlivé odborné společnosti a různé nově vznikající skupiny, jak už je každému jasné, také zatím pro nás nic neudělaly a sama jsem se přesvědčila, jak je práce v takové organizaci plýtváním vlastní energie a času.**

**Z toho všeho plyne, že si musíme pomoci sami v rámci nějaké organizace, kterou máme k dispozici a v níž jsme všichni. I hloupému by došlo, proč by bylo pro někoho výhodné takovou organizaci rozpráshit.**

Touto organizací, kterou máme k dispozici, je jednoznačně ČLK, která je naše, funguje za naše peníze a tak je nesmysl, abychom ji nevyužívali. Všechny organizace, které různě vznikají, fungují většinou jen v rámci svého vedení a v něm přidělených postů a výsledky nakonec teď pocítujeme sami. Proč je ideální ČLK, je jasné: má databázi všech lékařů, má právní zázemí, má ekonomické zázemí, má vlastní časopis – tj. důležitý mediální prostředek, který dostávají všichni lékaři, má možnost společného postupu právní cestou.

## Co pro to udělat?

Ovšem budeme pro to muset něco udělat:

**1. Okamžitě „zakopat všechny mezioborové válečné sekery“, ukončit všechny osobní žabomyší války.** Pokud to neuděláme, budeme se do nekonečna jako supi



přetahovat o jednu hromadu mršiny. To, že třeba teď momentálně jsou na tom praktičtěji lépe než my, chirurgové, je stejně jen relativní pohled. **Ve skutečnosti pochybuji, že i oni mají to, co jim náleží, aby mohli provozovat svou praxi na té úrovni, kvůli které šli studovat medicínu.**

Musíme začít postupovat jednotně od **toho nejzákladnějšího problému = skutečná přesná ekonomická kalkulace naší činnosti** (nikdo po nás nemůže chtít, abychom prodávali levněji, než nakupujeme).

**2. Stanovit prioritní problémy k řešení:** nyní je to jednoznačně skutečná ekonomická kalkulace Sazebníku (přestanou pak existovat „lukrativní“ a „nelukrativní“ výkony). **Sazebník musí zkalkulovat ekonom (pouze za spolupráce s lékaři), musí v něm být odděleny náklady od hodinové mzdy.** Dohadovat se pak s pojišťovnami můžeme pouze o hodinové mzdě. Materiálové i ostatní náklady se musí automaticky minimálně jednou ročně valorizovat!

3. V rámci ČLK eventuálně ČLK, s. r. o., vyřešit vyvážené zastoupení jednotlivých oborů, aby byly neustále k dispozici problémy všech oborů.

Nemám v ČLK žádný post a ani o žádný neusiluji a nikdy jsem neusilovala. Nikoho neobhajuji. Je mi jedno, kdo je v čele a s kým si kdy podal ruku, pokud prosazuje a obhajuje zájmy všech členů a nejde mu jen o to, blýskat se vysokým postem. **Ale ať už je to kdokoli, musíme si uvědomit, že bez vojska žádný generál bitvu nevyhraje.** A něco už udělat musíme, abychom se nemuseli sami za sebe stydět, že jsme lékaři, a litovat, že jsme šli studovat medicínu, abychom mohli skutečně tu medicínu provozovat, a neutopili se za chvíli v papírech jako administrativní síly.

Ale vytvořit novou organizaci, která dá dohromady všechny doktory, je utopie. Zato zničit takovou organizaci nám s potěšením pomohou jak pojišťovny, tak vláda.

**Růženko, proboha, probud se sama, žádný princ nepřijde!**

Jana Vybalková Zavadilová,  
soukromý ambulantní chirurg, Praha 4

# Privatizace pojišťoven by byla nebezpečným experimentem



**Ing. Jiří Carbol, poslanec za KDU-ČSL, měl v letech 2000 až 2006 jako náměstek hejtmána v Moravskoslezském kraji na starosti zdravotnictví, sociální věci a kulturu. „Mimo jiné jsme převzali devět krajských nemocnic s dluhem 294 milionů korun. I při zachování kvalitní a dostupné zdravotní péče se podařilo snížit tento dluh za dva roky na 111 milionů. To považuji za úspěch,“ uvádí na své webové stránce.**

**Jak vidíte systém poplatků, který začal platit od 1. ledna? Vaše kolegyně, poslankyně Šojdrová, chce podat pozměňovací návrh, který by od placení osvobodil novorozence. Uvažujete ještě o nějakých úpravách?**

Určitě se shodneme, že zavádění jakýchkoli poplatků není u veřejnosti populární. I přes tento fakt jsme podpořili zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví, protože spoluúčast pacienta vnímáme jako nástroj odpovědnosti za užívání zdravotní péče. Při jednání o zákonu jsme prosazovali neplacení poplatků dětmi do 15 let, ale partneři v koalici byli proti. Vedení KDU-ČSL nyní rozhodlo, že po půl roce vyhodnotíme fungování systému poplatků a případně navrhneme změnu zákona. Pokud bude podán návrh kolegyně Micháely Šojdrové, určitě jej podpořím.

**Ve věcných záměrech zákonů, které připravilo ministerstvo zdravotnictví, se počítá s převedením zdravotních pojišťoven na akciové společnosti a jejich pri-**

**vatizaci. Jaký je názor KDU-ČSL na tuto problematiku?**

Všechny věcné záměry zákonů byly projednány ve zdravotnické komisi KDU-ČSL. Naprosto jednoznačně jsme privatizaci pojišťoven odmítli jako nebezpečný experiment. Mimo jiné nás k tomu vedou i známé zkušenosti ze Slovenska. Podle nás není přípustné, aby soukromé subjekty hospodařily s veřejnými prostředky, a dokonce z těchto prostředků vytvářely zisk. Stát se nemůže zříci odpovědnosti za systém zdravotnictví, která navíc vyplývá z ústavy, a proto nemůže tuto odpovědnost delegovat na soukromé zdravotní pojišťovny. To je zásadní důvod, proč jsme tento návrh důrazně doporučili k zamítnutí.

**Zároveň se v návrzích připouští, aby pojišťovny a zdravotnická zařízení měly stejného vlastníka. U lékařů to vyvolává obavu, že v případné cenové válce nebudou schopni konkurovat silným finančním skupinám a monopolům typu Agel. Sledujete tento problém a jaký je váš názor na něj?**

KDU-ČSL prosazuje důsledné oddělení zdravotnických zařízení a zdravotních pojišťoven. Současná právní úprava dokonce zakazuje pojišťovněm provozovat vlastní zdravotnická zařízení. To považujeme za standardní řešení. Vertikální propojení poskytovatelů a plátců je podle mne opět nebezpečný experiment, který zavrhuje.

České zdravotnictví je podfinancované. Dlouhodobě zde existuje nepoměr mezi objemem peněz a objemem péče, která je za něj poskytovaná. Navíc ministr financí a ministr zdravotnictví zmrazili navyšování plateb za státní pojištěnce a přitom poplatky tento problém neřeší. Měly by být stanoveny tzv. ekonomické standardy a určeno, která péče bude hrazena z pojištění a která nikoliv. Ministerstvo tento krok nepopisuje příliš jasně. Jaká je představa vaší strany?

Máte pravdu, že chybí jasné stanovení toho, na co má pacient právo z veřejného pojištění a co si již má zaplatit sám. Obecná definice standardu, kterou navrhuje ministerstvo, je podle nás nedostatečná. Umožní totiž různý výklad, který mohou zneužít pojišťovny ve vztahu k neprůbojným pacientům. Jako možné řešení vidíme stanovení standardu, čili pozitivní výčet ze seznamu zdravotních výkonů.

**Ministr Julínek uvažuje o prodloužení základní pracovní doby lékařům. Chce touto hrou s čísly vyřešit problematiku zákoníku práce. Lékařské odbory s tímto krokem nesouhlasí a požadují systémové řešení – navýšení platů, změnu organizace práce atd. Jak tento problém vidíte?**

Podle mého názoru jde o návrh systémově špatný, protože vytváří novou kategorii zaměstnanců, kteří budou mít pracovní týden o osm hodin delší. Po roce fungování nového zákoníku práce se ukázalo, že žádný provoz se nikde nezhroutil – což je určitě dobrá zpráva. Pokud není stávající systém ideální, je potřeba hledat řešení v diskusi se všemi partnery, kterých se to týká.

**Nedávno přišel poslanec ODS Kochan s návrhem na likvidaci České lékařské komory. KDU-ČSL se proti tomuto návrhu postavila. Jaké by podle vás mělo být postavení lékařské komory?**

Lékařská komora by měla být pro pacienty zárukou kvalitní lékařské péče, tak, jak je to všude ve světě. Současně plní roli profesní samosprávy a profesního dohledu. Proto by mělo být společným zájmem, aby fungovala co nejlépe. Jsem přesvědčen, že kontroverzní poslancecké iniciativy takové ideji škodí. Jsem rád, že to kolega Kochan pochopil a svůj návrh stáhnul. Samozřejmě se ukazuje, že některé věci v zákonech o zdravotnických komorách je zapotřebí modernizovat, ale k tomu je nutno nejdříve udělat seriózní a věcný rozbor.

Michal Sojka

### Obsah

Očkování, imunizace a antimalarická profylaxe při cestách do zahraničí.....	Poděkování.....	1	4
---	-----------------	---	---

## OČKOVÁNÍ, IMUNIZACE A ANTIMALARICKÁ PROFYLAXE PŘI CESTÁCH DO ZAHRANIČÍ

Imunizace před cestou do zahraničí a užívání antimalarické profylaxe jsou nejdůležitějšími způsoby prevence vzniku a možného importu infekčních nemocí.

### Odhad rizika před cestou a priority očkování

Při prvním kontaktu s klientem v centru cestovní medicíny je zpracováván individuální očkovací plán podle odhadu možného rizika vzniku infekce při pobytu v zahraničí (tab. 1). Bere se v úvahu věk cestovatele, zdravotní stav, případná základní onemocnění (diabetes, vysoký krevní tlak), alergie, cílová destinace, způsob cestování a ubytování (hotelový pobyt, pobyt ve volné přírodě), dostupnost lékařské péče v místě pobytu, proběhlé imunizace a stupeň rizikového chování, jako jsou extrémní sporty nebo sexuální turistika. Vždy je ale nutné individuálně vážít výhody vakcinace a existující kontraindikace.

**Tab. 1. Stanovení individuálního očkovacího plánu pro cestovatele na základě odhadu rizika získání přenosného onemocnění**

Navštívená oblast, cestovní program, trasa, délka pobytu
Pobyt na venkově nebo ve městě
Způsob cestování, stravování a ubytování
Roční období v cílové destinaci
Současný zdravotní stav a anamnéza s ohledem na reaktogenitu předchozích imunizací
Kontraindikace očkování
Věk, pohlaví, případné těhotenství
Imunitní stav s ohledem na prodělání infekčních nemocí nebo předchozí imunizace
Čas do odjezdu

Nejprve se zkontroluje úplnost a platnost pravidelného očkování proti tetanu a u některých osob po 30. roce věku při návštěvě endemické oblasti se doporučí přeočkování proti dětské obrně nebo proti záškrtu (tab. 2). Základní očkování proti tetanu se skládá ze tří dávek a realizuje se jen tam, kde interval od poslední dávky je delší než 15 let. Přeočkování chrání na dobu 10–15 let a provádí se jednou dávkou vakcíny. Přeočkování proti záškrtu se provádí jednou dávkou vakcíny se sníženým obsahem difterického toxoidu ADSORBED DIPHTERIA VACCINE BEHRING, inj.sus. a chrání na dobu 10 let. Existuje i kombinovaná vakcína proti tetanu a záškrtu TD-PUR, inj.sus. Po případném doplnění pravidelného očkování se plánuje a realizuje očkování povinné, které se v současné době vyžaduje proti žluté zimnici, popř. očkování tetravalentní očkovací látkou proti meningokokové meningitidě (A, C, Y, W-135) při cestování do Mekky a Mediny v Saudské Arábii.

Teprve pak se plánují a aplikují doporučená očkování. V současnosti nejčastěji doporučované jsou vakcinace proti virové hepatitidě A a B, břišnímu tyfu, dětské obrně, záškrtu, meningokokové meningitidě, vzteklině, klíšťové encefalitidě a chřipce.

### Přehled očkování

#### 1. Očkování proti žluté zimnici

Žlutá zimnice je infekční onemocnění virového původu s často smrtelnými následky. Z neočkovaných cestovatelů podléhá žluté zimnici celá polovina nemocných. Očkování se provádí ve specializovaných a Ministerstvem zdravotnictví schválených centrech cestovní medicíny živou lyofilizovanou vakcínou STAMARIL PASTEUR, inj.psu.lqf. Její rekonstituce se provádí diluentem bezprostředně před aplikací. Aplikovat se může buď subkutánně nebo intramuskulárně do oblasti deltového svalu. Imunita proti žluté zimnici nastupuje přibližně za

**Tab. 2. Přehled pravidelných a povinných očkování před cestami do zahraničí**

Infekční nemoc	Vakcína	Aplikace	Protektce
<b>PRAVIDELNÉ</b>			
Tetanus	ALTEANA, inj.	1 dávka i. m. Přeočkování	10–15 let
Dětská obrna	IMOVAX POLIO, inj.	1 dávka i. m.	10 let
Záškrť	ADSORBED DIPHTERIA VACCINE BEHRING, inj.sus.	1 dávka i. m.	10 let
Záškrť a tetanus	TD-PUR, inj.sus.	1 dávka i. m.	
<b>POVINNÉ</b>			
Žlutá zimnice	STAMARIL PASTEUR, inj.psu.lqf.	1 dávka s. c. nebo i. m.	10 let
Meningokoková meningitida typ A, C, Y, W-135	Tetravalentní vakcína MENOMUNE	1 dávka i. m.	3 roky



10 dní po očkování a po přeočkování ihned. Protekce přetrvává minimálně 10 let (tab. 2).

Klient musí být upozorněn na možnost běžných bezprostředních postvakcinačních místních i celkových reakcí (zarudnutí, otok, bolestivost, únava a malátnost). Kromě nich se s odstupem několika dní objevují celkové chřipkovité příznaky, které jsou výrazem lehce probíhající virémie, způsobené atenuovaným vakcínálním virem.

Očkování proti žluté zimnici požadují u cestovatelů některé státy Střední a Jižní Ameriky a rovníkové Afriky. Jiné státy, jako např. Indie, ho vyžadují u těch cestovatelů, kteří přijíždějí z oblastí, kde je žlutá zimnice endemická.

### 2. Povinné očkování proti meningokokové meningitidě

Očkování proti meningokokové meningitidě se provádí tetra- valentní vakcínou, která obsahuje polysacharidové antigeny *N. meningitidis* typů A, C, Y, W-135, a je povinné pouze pro poutníky odjíždějící do Mekky a Mediny. Mezi nimi se v posledních letech objevilo mnoho smrtelných onemocnění způsobených subtypem W-135. Záznam o provedeném očkování musí být učiněn do Mezinárodního očkovacího průkazu (od července 2007 platí nová úprava zápisu Mezinárodního zdravotního řádu) a musí v něm být nalepen štítek z aplikované vakcíny. K dispozici je vakcína MENOMUNE, v Evropě je však dostupná jen omezeně, v ČR na mimořádný dovoz.

Kromě jména lékaře, šarže vakcíny, začátku a konce platnosti očkování musí být v průkazu i úřední razítko vakcinačního centra. Pochopitelně v očkovacím průkazu je uvedeno jméno, pohlaví a datum narození imunizované osoby. V ordinaci musí provedenou imunizaci očkovávaný potvrdit svým podpisem. Při absenci jediného údaje je záznam v Mezinárodním očkovacím průkazu neplatný. Provádět imunizaci proti žluté zimnici mohou jen centra schválená MZ ČR.

### 3. Očkování proti virové hepatitidě A a B

Jde o nejčastější závažné virové infekce spojené s pobytem v subtropích a tropech, kterým lze předejít očkováním (tab. 3.). Mezi endemické oblasti virové hepatitidy A (VHA) patří Afrika, střední a jižní Amerika, mnohé země Asie a Oceánie, státy bývalého území SSSR, východní Evropa, Středomoří a Střední východ.

Riziko nákazy VHA se zvyšuje za následujících okolností:

- Dlouhodobý pobyt, špatné hygienické podmínky.
- Styk s místním obyvatelstvem.
- Konzumace syrové zeleniny a neloupaného ovoce.
- Konzumace plodů moře a kostek ledu.
- Koupání v kontaminované vodě.

Při cestě do endemických oblastí onemocní 0,3 – 1,8 % cestovatelů při pobytu trvajícím jeden měsíc. Mezi hlášenými případy VHA v České republice hrají stále důležitější roli importované případy, které v roce 2004 tvořily až 40 % všech nahlášených případů VHA. Z literatury i z případů importované VHA do České republiky je zřejmé, že klinický průběh importované VHA bývá závažnější. Očkování proti virové hepatitidě A (HAVRIX 1440, HAVRIX 720 JUNIOR, VAQTA, AVAXIM) se provádí jednou dávkou a chrání na dobu přibližně jednoho roku. Přeočkování aplikované za 6–18 měsíců po první dávce zanechává protektivitu nejméně na 20 let, pravděpodobně na celý život (viz tab. 3).

Od července 2001 se zavedlo v ČR pravidelné očkování kojenců a dvanáctiletých dětí proti VHB. Lidé a zejména mladí, kteří tímto očkováním neprošli, si musí vakcínu před cestou do zahraničí hradit sami. Očkování proti hepatitidě B je doporučováno pro následující skupiny cestovatelů:

- Cestující do oblastí s vysokým výskytem tohoto onemocnění nebo s vysokým procentem bezpříznakových nosičů HBsAg.
- Při cestách delších než 3 měsíce nebo opakovaných pobytech v zahraničí.

- Pro chronicky nemocné, u nichž je pravděpodobné ošetření ve zdravotnických zařízeních v cizině.
- Osoby s rizikovým chováním (promiskuitní osoby, narkomani).
- Osoby v úzkém kontaktu s místním obyvatelstvem.

Vakcína ENGERIX B proti virové hepatitidě B se aplikuje ve třech dávkách (den 0, měsíc 1 a měsíc 6) a dostatečnou ochranu poskytuje již podání dvou dávek vakcíny. Lze použít i zrychlené schéma (den 0, 7, 21 nebo měsíc 0, 1, 2), které navodí tvorbu protilátek před odjezdem a dlouhodobý efekt zaručí podání čtvrté dávky za rok po zahájení očkování. Očkování u zdravých osob zajišťuje celoživotní imunitu.

Kombinovaná očkovací látka proti hepatitidě A+B (TWINRIX PAEDIATRIC a TWINRIX ADULT) je pro cestovatele výhodná v tom, že podání dvou dávek v intervalu jednoho měsíce navodí tvorbu ochranných protilátek na dobu nejméně 10 měsíců. Po podání třetí dávky očkovací látky za 6 měsíců je pak spolehlivá ochrana proti virové hepatitidě A na dobu nejméně 20 let a u hepatitidy B se předpokládá celoživotní ochrana. U dospělých je možné aplikovat také zrychlené schéma (den 0, 7, 21 a měsíc 12).

### 4. Očkování proti břišnímu tyfu

Břišní tyfus je závažné infekční onemocnění charakteristické vysokou horečkou a bolestmi hlavy. Může být provázeno závažnými komplikacemi (např. krvácení do střev). Zdrojem nákazy jsou často bacilonosiči a k nákaze břišním tyfem dochází kontaminovanou vodou a potravinami. Bacilonosiči po prodělání nemoci dlouhodobě vylučují *S. typhi* stolicí či močí. Břišní tyf je rozšířený v jihovýchodní Asii, v Indii, Africe i Latinské Americe. Nakazit se lze však i u Středozevního moře při pobytu v Egyptě, Tunisu či Turecku. Na světě onemocní ročně až 20 miliónů lidí. Očkování se provádí podáním jedné dávky polysacharidové očkovací látky v injekci (TYPHERIX nebo TYPHIM VI) s ochranou na tři roky.

### 5. Doporučené očkování proti meningokokové meningitidě

Epidemie meningokokových meningitid probíhají zejména v rovníkové Africe, Saudské Arábii a jižní Asii. Epidemie jsou ve světě způsobeny typem A, u nás i v Evropě typy B a C. Proti *N. meningitidis* sérologické skupiny B nebyla zatím vyvinuta univerzálně použitelná vakcína. Očkování bivalentní vakcínou (MENINGOCOCCAL POLYSACCHARIDE A+C VACCINE) je doporučováno do subsaharské Afriky, Mongolska a Nepálu. Nejen pro poutníky do Mekky, ale pro všechny cestovatele do subsaharské Afriky je doporučováno očkování tetra- valentní vakcínou, která obsahuje antigeny *N. meningitidis* typů A, C, Y, W-135. Očkování bivalentní i tetra- valentní vakcínou chrání tři roky. V současnosti je již k dispozici konjugovaná vakcína (MENJUGATE a NEISVAC-C), ve které je polysacharid pouzdra typu C konjugován na bílkovinu difterického nebo tetanického toxoidu. Konjugovaná vakcína chrání proti *Neisseria meningitidis* skupiny C s největší pravděpodobností nejméně 10 let.

### 6. Očkování proti dětské obrně

Očkování proti dětské obrně (poliomyelitidě) se provádí u cestovatelů, kteří byli očkováni poslední dávkou vakcíny před více než 10 lety, pokud cestují do zemí s aktuálním výskytem poliomyelitidy. Mezi šest posledních států, kde je poliomyelitida dosud endemická, patří Nigérie, Niger, Pákistán, Indie, Afghánistán a Egypt. V dalších zemích (např. Indonésii) došlo v poslední době k opětovnému šíření této nemoci v důsledku importu a nedostatečné proočkování. Jako oblasti bez výskytu poliomyelitidy jsou již vyhlášeny Severní a Jižní Amerika, Evropa a oblast Tichomoří. Intramuskulárně se aplikuje jedna dávka inaktivované očkovací látky (IMOVAX POLIO), která chrání na dobu asi 10 let.

## 7. Očkování proti vzteklině

Vzteklina je zvláště v Asii velkým zdravotním problémem. Podle WHO ročně umírá na vzteklinu 30 000–50 000 osob na světě. Preexpozicičně by se měly očkovat ty osoby, které budou pobývat v oblastech endemického výskytu déle než jeden měsíc. Zdrojem nákazy v severní Africe, ale i Asii jsou hlavně vzteklí psi, ale mohou to být i jiné šelmy, opice a netopýři. Základní preexpoziciční očkování vakcínami RABIPUR nebo VERORAB jsou tři injekce aplikované do deltového svalu paže ve dnech 0, 7 a 28. Takto provedené očkování zanechá

ochranu na dobu asi dvou let po aplikaci vakcíny RABIPUR a na dobu jednoho roku po aplikaci vakcíny VERORAB. Další dávka je obvykle potřebná u vakcíny RABIPUR po 2-5 letech a u vakcíny VERORAB po 3 letech, která prodlouží ochranu na dobu dalších 3-5 let. I pre-expozicičně očkováný cestovatel se musí v případě poranění zvířetem podezřelým ze vztekliny obrátit na lékaře. V tomto případě se již neaplikuje antirabický hyperimunní globulin (HRIG), ale aplikují se obvykle dvě dávky vakcíny. Kompletní antirabická profylaxe u neimunizovaného cestovatele se provádí post-expozicičně, tedy po pokou-

Tab. 3. Přehled doporučených očkování před cestami do zahraničí

Infekční nemoc	DOPORUČENÉ	Aplikace	Protektce
Virová hepatitida A	HAVRIX 1440, inj.sus.; HAVRIX 720 JUNIOR MONODOSE, inj.sus.; AVAXIM, inj.sus.; VAQTA ADULT, inj.sus.; VAQTA PEDIATRIC/ ADOLESCENT, inj.sus.	1. dávka i. m. 2. dávka za 6 až 12 či 18 měsíců i. m.	12–18 měsíců, dle vakcíny 20 let, snad celoživotně
Virová hepatitida B	ENGERIX B 10/20 µg, inj.sus.	3-4 dávky i. m. M - 0, 1, 6 M - 0, 1, 2, 12 D - 0, 7, 21, M 12	celoživotně
Virová hepatitida A+B	TWINRIX ADULT, inj.sus.; TWINRIX PAEDIATRIC, inj.sus.	3-4 dávky i. m. M - 0, 1, 6 M - 0, 1, 2, 12 D - 0, 7, 21, M 12 (- jen Twinrix Adult!)	viz VHA a VHB
Břišní tyfus	TYPHERIX, inj. TYPHIM VI, inj.	1 dávka i. m.	3 roky
Meningokoková meningitida typ A+C	MENINGOCOCCAL POLYSACCHARIDE A+C VACCINE, inj.pso.lqf.	1 dávka i. m.	3 roky
Meningokoková meningitida typ C	MENJUGATE, inj.psu.lqf. NEISVAC-C, inj.sus.	1 dávka i. m.	10 let (konjugovaná)
Vzteklina	RABIPUR, inj.pso.lqf. VERORAB, inj.sic.	3-4 dávky i. m. D - 0, 7, 28 4. dávka Rabipur M 24 4. dávka Verorab M 12	2 roky další přeočkování 2-5 let
Japonská encefalitida	J.E. VAX *	3 dávky s. c. D - 0, 7, 30	2 roky
Cholera + onemocnění ETEC	DUKORAL, por.sus.	2 p. o. dávky odstup 1 týden - 6 měsíců	cholera 2 roky, enterotoxigenní E.coli 6 měsíců
Klíšťová encefalitida	ENCEPUR PRO DĚTI, inj.sus.; ENCEPUR PRO DOSPĚLÉ, inj.sus.	3 dávky i.m. klasické schéma: M - 0, 1-3, 9-12 zrychlené schéma: D - 0, 7, 21, M 12-18	3-5 let
	FSME-IMMUN 0,5 ml ADULT, inj.; FSME-IMMUN 0,25 ml JUNIOR, inj. sus.	3 dávky i.m. klasické schéma: M - 0, 1-3, 5-12 zrychlené schéma: D - 0, 14, M 5-12	3-5 let

Vysvětlivky: M-měsíc, D-den

\* vakcína je v ČR dostupná jen na mimořádný dovoz

sání, a zahrnuje aplikaci HRIG a 5 dávek vakcíny aplikované ve dnech 0, 3, 7, 14 a 28.

#### 8. Očkování proti choleře

Nemoc vyvolává bakterie *Vibrio cholerae* a člověk se nakazí v endemických oblastech obvykle pitím kontaminované vody nebo při koupání. Každoročně WHO hlásí statisíce onemocnění z oblasti tropů a subtropů. Inkubační doba je několik hodin až 5 dnů. Probíhá velmi často bez horečky a je provázena vodnatým průjemem, zvracením a rychlou dehydratací. Infekce klasickým biotypem může končit smrtelně, náklady biotypem El Tor jsou příznivější. Cholera se vyskytuje v Africe, Asii, zejména v Indii, v některých zemích jižní Ameriky. Očkování dospělých a dětí od 6 let věku se provádí dvěma dávkami perorální vakcíny DUKORAL s odstupem jednoho týdne až šesti měsíců. Vakcína chrání proti choleře po dobu dvou let a zároveň i proti onemocněním způsobovaným enterotoxigenním *E. coli* po dobu šesti měsíců. Po této době je nutné přeočkování jednou dávkou.

#### 9. Očkování proti japonské encefalitidě

Japonská encefalitida postihuje každý rok v oblastech východní a Jižní Asie a v Austrálii desítky tisíc obyvatel. Úmrtnost dosahuje v endemických oblastech až 30 %, ale každoročně onemocní jen malý počet cestovatelů z Evropy a z Ameriky. Vyšší výskyt je v zemědělských oblastech endemických zemí, zvláště u pracujících na rýžovištích. Rezervoárem viru vyvolávajícího nákazu jsou prasata, infekci přenášejí komáři. Onemocnění začíná horečkou, velkými bolestmi hlavy, někdy i parézami. Očkování se doporučuje pro cestovatele do venkovských oblastí v endemických nebo epidemických oblastech při pobytu delším než jeden měsíc a v sezóně přenosu. Očkování proti japonské encefalitidě se provádí třemi subkutánními injekcemi vakcíny J. E. VAX ve schématu den 0, 7 a 30. Ochrana je na 2 roky, poté se přeočkovává jen jednou dávkou vakcíny. Vakcína je inaktivovaná s výskytem postvakcinačních reakcí bezprostředních i pozdějších. Očkování by mělo být proto dokončováno minimálně dva týdny před odjezdem.

#### 10. Očkování proti klíšťové encefalitidě

Při cestách do endemických oblastí klíšťové encefalidity je výhodné očkovat klienty proti této nemoci. Mezi nejčastější destinace, kam se takové očkování doporučuje, patří Pobaltské státy, Rakousko, Slovensko, Slovinsko, Chorvatsko a Bavorsko. Očkování by mělo být doporučováno klientům s pobytem v přírodním ohnisku delším jak 14 dní v endemické oblasti. V současnosti existují kvalitní očkovací látky jak pro děti, tak i pro dospělé. Aplikují se ve třech dávkách v základním schématu. Po první dávce se druhá podává za jeden až tři měsíce, třetí dávka pak za devět (u některých vakcín i za pět) až dvanáct měsíců. Přeočkování se provádí jednou dávkou po třech letech. Očkovat se může kdykoliv během roku s upozorněním pro očkovaného, že je spolehlivě chráněn teprve za čtrnáct dnů od podání druhé dávky vakcíny. Vakcíny je možno aplikovat ve zrychleném schématu. Ta se liší podle výrobce očkovací látky a jsou uvedena v přehledu (viz tab. 3). Mezi vakcíny běžně dostupné na českém trhu patří FSME–IMMUN 0,5 ml ADULT, ENCEPUR PRO DOSPĚLÉ, FSME–IMMUN 0,25 ml JUNIOR a ENCEPUR PRO DĚTI.

#### 11. Očkování proti chřipce

Očkování proti chřipce je nesmírně podceňováno v běžné populaci a je považováno za málo účinné. Opak je pravdou, chřipka je velmi závažné onemocnění, na které mohou dodnes zemřít především pacienti s chronickým onemocněním. Mezi cestovateli není toto očkování vyžadováno a o to více by mělo být doporučováno, především pro všechny osoby starší 65 let, nebo osoby mladší se základním chronickým onemocněním. Aplikuje se v jedné dávce v podzimních měsících, ale může se aplikovat kdykoliv během roku. Složení vakcíny pro severní a jižní polokouli se často liší minimálně, a tak při nedostupnosti vakcíny určené pro jižní polokouli lze užít u nás dostupné vakcíny, např. pro cestovatele do Austrálie nebo do Jihoafrické republiky s vědomím, že částečná ochrana je lepší nežli žádná.

*Dokončení v příštím čísle FI*

## PODĚKOVÁNÍ

Děkujeme všem autorům, kteří pro náš bulletin připravovali články v roce 2007 jmenovitě:

MUDr. Helena Bedřichová, prof. MUDr. Jan Bultas, CSc., doc. MUDr. Pavel Freitag, CSc., doc. MUDr. Eva Malá, CSc., MUDr. Filip Málek, prof. MUDr. Petr Zatloukal, CSc.

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

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

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

**Šéfredaktor:** MUDr. Marie Alušíková, CSc.

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

**Výkonný redaktor:** RNDr. Blanka Pospíšilová, CSc.

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

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

Náklad 52.000 výtisků

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

Na internetu naleznete FI na domovské stránce SÚKL ([www.sukl.cz](http://www.sukl.cz)).



ISSN 1211 - 0647  
MK ČR E 7101

# Systemově špatná novela zákoníku práce

**O potřebě řešit problém přesčasů lékařů v ústavních zařízeních a ZS není sporu. Novela senátora Julínka však obsahuje zásadní systémové nedostatky. Proto nic neřeší a naopak konzervuje některé z nežádoucích jevů ve zdravotnictví.**

První a zásadní chybou je snaha řešit problém pouze de iure. Systémovým je pouze řešení de facto. Podmínkou je fundovaná analýza současného stavu při zvláštní vnímavosti k negativním signálům, jako je nárůst odchodů lékařů do ciziny. Je třeba analyzovat motivaci a jednání jednotlivce v jeho reálných pracovních podmínkách. Budovatelské apely na zájem lidu jsou neúčinné.

## Přednost dostávají příkazy

Ústavní lékaři jsou nespokojeni s pracovními podmínkami a nízkými příjmy. Deziluze je umocněna tím, že dilema, jak za mnohonásobně nižší částku na jednoho pojištěnce koupit rozsah a kvalitu lékařské péče, která je obvyklá v civilizované Evropě při řádově srovnatelných cenách vstupů, se stále řeší na úkor investic do jejich medicínského know-how. Jejich jediným zdrojem jsou pro většinu ústavních lékařů jejich platy. A je to právě rozpor mezi společenskou objednávkou na kvalitu lékařské péče a reálně možnou mírou těchto investic. Odstranění tohoto rozporu je podmínkou sine qua non pro úspěch každé reformy zdravotnictví, protože jinak není možné zajistit pozitivní motivaci lékařů.

Lidské tělo je všude na světě stejné, stejná je i náročnost výkonu lékařského povolání. Tedy za předpokladu, že očekáváme srovnatelnou kvalitu se západní Evropou. Proto musejí být alespoň řádově srovnatelné nejen investice do přístrojů, ale také do medicínského know-how. To znamená do kvality života a pracovních podmínek ústavních lékařů.

Další zásadní chybou je volba nástrojů, které autor novely navrhuje použít. Ve svobodné společnosti je důsledkem nedostatku odborníků jakékoli profese růst ceny jejich práce a problém se tak přirozeně řeší. I v tom je kouzlo kapitalismu. Je s podivem, že právě tohle pravicovému ministru nekonvenuje. Jde o peníze, a zohledňovat jen ty atributy trhu, které se momentálně hodí a pouze na jedné straně nabídky a poptávky, to spolehlivě odsuzuje reformu k nezdaru. Je navrhováno užití nástrojů mocenských (legislativních) namísto ekonomických. Jinak řečeno, je upřednostněno řešení pomocí příkazů než pomocí posílení pozitivní motivace. Logické by bylo zlepšení pracovních podmínek a výrazný nárůst mezd plně kvalifikovaných lékařů ales-

poň na úroveň soudců, aby se toto zaměstnání v ČR stalo pro lékaře atraktivnějším. Pouhý přesun odpracovaných hodin z kolonky přesčasů do řádné pracovní doby je jen o obcházení principů EU. Prodloužená řádná pracovní doba připouští degradaci lékaře jako občana. Podmínka jeho souhlasu je silně demotivující, neboť obsahuje vysloveně urážlivý atribut: „Mohou ze mne udělat druhořadého občana, ale jen s mým souhlasem.“ Navíc se zde otevírá prostor k nátlaku zaměstnavatele na lékaře. Lékař, který odmítne na toto řešení přistoupit, těžko může v budoucnu počítat s dobrou vůlí zaměstnavatele, který je v tísní při personálním zajištění pohotovostních služeb. Kauzální příčinou této tísně je dlouhodobé zanedbávání personální politiky vůči lékařům ze strany státu i zaměstnavatelů. Moudrý se poučí, ale vřelý souhlas s přístupem ministra ze strany vedení řady nemocnic je podezřelý. Jako by ředitelé vůbec nepočítali s možností, že tuto diskriminaci lékaři odmítnou. Kvalitní manažer by měl požadovat korektní a ekonomicky efektivní řešení.

## Člověk má biologické limity

Zákon omezující řádnou pracovní dobu, resp. přesčasy lékařů, dnes činí problémy se zajištěním lékařské péče v potřebném rozsahu. Toto omezení má ale velmi racionální důvody, které jsou veřejným zájmem, což lze jednoznačně doložit fakty. Je to nepochybnitelný rozsah a složitost medicínského know-how spolu s narůstající rychlostí přílivu nových informací. K jeho efektivní kultivaci jsou nezbytné dvě související věci. První je čas ke zpracování nových informací a k regeneraci sil. Druhá je dobrá psychická kondice. Lékař musí omezovat jiné aktivity a kupovat si drahé služby, aby čas pro vzdělávání ušetřil. Jde o jeden z důvodů, proč podmínkou kvalitního know-how obecně je dostatečný finanční příjem.

Omezení relaxace, ke kterému se lékaři často uchylují, je jednoznačně kontraproduktivní, neboť podlamuje kondici lékaře. Lékař má své biologicky dané limity a jeho aktuální kondice závisí především na dlouhodobé míře zátěže a kvalitě regenerace sil. Dlouhodobé zanedbávání regenerace mozkových funkcí vytváří neúnosný tlak na organismus lékaře a vede k prohlubování stresu a narůstající chronické únavě. Bludný kruh se uzavírá. V kritické situaci nastává problém včasné mobilizace mentálních schopností i manuálních dovedností. Klesá schopnost složitějších úvah, reakční doba se prodlužuje. Důsledkem může být selhání lékaře s následky pro

pacienta. Soudní znalec pak nemá jinou volbu, než hodnotit jednání lékaře nikoli podle reálných možností jeho organismu v konkrétních podmínkách, ale podle ideálního stavu a aktuálních poznatků moderní medicíny. Z forenzního hlediska jde o pochybení se všemi důsledky.

Velmi reálné je riziko, že neschopní, resp. bezohlední manažeři budou problém řešit rostoucím přetěžováním lékařů, které ohrožuje pacienta, což je v rozporu s veřejným zájmem. Demokracie není jen vládou většiny, má také respekt k právům menšiny. Proto není možno omlouvat diskriminaci lékařů potřebou zajištění pohotovostní lékařské péče v nutném rozsahu. Žádný účel nesvětí prostředky.

## Chybujeme už nyní!

Lékaři by měli přestat lhát sami sobě i veřejnosti, že i krajně nepříznivé podmínky eliminují svým úsilím. Hezké, ale nepravdivé. Navíc krajně vágní a pro politiky jasný signál, že se netřeba znepokojovat a něco zásadně měnit. Každý z lékařů kolem sebe vidí spoustu chyb a omylů svých kolegů a ti poctiví je vidí i na sobě. Soudci bez obalu říkají, že bez adekvátního ohodnocení jejich práce kvalita prostě není a nebude.

Při vytváření pracovních podmínek českým lékařům v nemocnicích nejsou shora uvedené skutečnosti vzaty v úvahu, systém naopak zatěžuje lékaře dobrovolnými–nedobrovolnými přesčasy, aniž by jim zabezpečil potřebné ekonomické zázemí. Měli bychom veřejně přiznat, že únavou chybujeme již nyní. Záludnost je v tom, že pro laika jsou chyby často aktuálně nepostihnutelné. Informační bariéra je vzhledem ke složitosti medicíny nepřekročitelná a důsledky i fatálních chyb se často projevují až s prodlevou. Dokud nebudeme mít odvahu prolomit toto tabu, nevidím naději na zlepšení.

Stávající způsob odměňování navrhuje pan ministr změnit proto, že stávající režim nemotivuje zaměstnance. Je to pravda. Opatření v novele zákoníku práce jsou vhodné např. pro dělníky u pásu, ale nikoli pro profesi lékaře stejně jako pro vrcholový management. Nejde o otázku elit, ale o charakter práce, vztah ke kodifikované odpovědnosti a další atributy, jejichž vysvětlení je nad rámec tohoto sdělení.

Cesta vede jinudy. Přes definitivu s vysokým příjmem a konečnou odpovědností pro plně kvalifikovaného lékaře, s přísnými podmínkami získání definitivy, ale i její ztráty. V rovnováze pozitivní a negativní motivace je záruka kvality a úspěchu.

MUDr. Miroslav Krejčí



# Lékárníci nemohou nahrazovat lékaře

Připomínky ČLK k návrhům vyhlášek týkajících se předepisování, přípravy a vydávání léčivých přípravků

Ministerstvo zdravotnictví jako předkladatel návrhů vyhlášek, které by měly nahradit stávající vyhlášky č. 343/1997 Sb. a č. 255/2003 Sb. jako prováděcí předpisy k novému zákonu o léku, sice zdůrazňuje úmysl odstranit zbytečnou administrativu, avšak jednotlivé paragrafy vyhlášky v rozporu s tímto záměrem administrativní zátěž lékařů spojenou s vystavováním receptů naopak zvyšují.

**ČLK zásadně nesouhlasí s tím, aby byl lékař povinen uvádět na receptu diagnózu pacienta, jeho telefonní číslo a v případě předškolních dětí jejich hmotnost.**

**Diagnóza**, byť vyjádřená kódem mezinárodní klasifikace nemocí, je velmi citlivý osobní údaj, jehož uvádění na receptu by znamenalo další průlom do povinné mlčenlivosti lékaře stanovené zákonem č. 20/1966 Sb. V této souvislosti je třeba si uvědomit, že s receptem nepřichází do styku pouze lékař a lékárník, ale i řada dalších osob.

Cílem návrhu je patrně informovat lékárníka u tom, proč je daný lék předepisován. Dalším důvodem může být zesílení kontroly zdravotních pojišťoven nad oprávněností preskribce. U polymorbidních pacientů, kteří užívají větší množství léků, by pro každý z nich tedy musela být uváděna rozdílná diagnóza, což by výrazně zvýšilo administrativní zátěž lékařů. Formalistické používání jediné, byť v dané chvíli třeba hlavní, diagnózy by bylo zavádějící. Lékař, který by pacientovi například s diagnózou hypertenze předepsal perorální antidiabetikum, hypolipidemikum a antiagregancia by mohl vypadat jako hlupák, byť by šlo u daného polymorbidního pacienta o léky plně indikované.

**Telefonní číslo** je rovněž osobním údajem, který pacient není povinen lékařovi sdělovat. Pokud by lékárník z nějakého důvodu telefonický kontakt na pacienta opravdu potřeboval, může se pochopitelně na jeho číslo zeptat při výdeji léku. Není

žádný důvod, proč by tuto práci měli za lékárníky dělat lékaři.

**Hmotnost dítěte předškolního věku** je jistě důležitá pro správné dávkování léku. Její uvádění na receptu je však rovněž zbytečnou administrativou, neboť za předepsané dávkování odpovídá předepisující lékař. U léčiv pro lokální použití pak je takový údaj zcela zbytečný.

ČLK dále navrhuje, aby platnost opakovaného receptu byla šest měsíců, a nikoliv pouze tři měsíce.

Navržené vyhlášky dále vytvářejí nepřehlednou situaci v zodpovědnosti za předepsané léky tím, že poskytují lékárnám širokou možnost jejich záměny.

ČLK zásadně nesouhlasí s tím, aby lékárník měl právo nahradit předepsaný lék léčivým přípravkem s jinou účinnou látkou, a to na základě pouhé „konzultace s lékařem“.

Takto zásadní změna léčby musí být možná pouze s výslovným souhlasem lékaře. V opačném případě by lékař nemohl nést za léčbu odpovědnost.

## Všechna moc SÚKLu Revoluce v určování cen léků a jejich úhrad z pojištění

Novelou zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění došlo 1. ledna 2008 k významným změnám ve způsobu regulace cen léků a zejména ve způsobu stanovení jejich úhrad z veřejného pojištění. Tyto změny ovlivní náklady na léky dosahující téměř 60 miliard korun, z čehož více než 40 miliard je hrazeno z veřejných prostředků, přičemž podíl nákladů na léky z celkových nákladů zdravotnictví je dle údajů OECD v ČR výrazně nad průměrem členských zemí. Přesto zůstává tato významná změna v mediálním stínu tzv. regulačních poplatků za lékařská vyšetření.

Nutnost novelizovat zákon o veřejném zdravotním pojištění vyplynula z nesouladu naší legislativy se směrnicí rady EHS 1989/105, hovorově nazývanou „transparentní směrnice EU“. Tato směrnice byla sice připravována před více než 20 lety a vyjadřuje daleko více zájmy farmaceutického průmyslu než zájmy institucí zodpovědných za finanční stabilitu zdravotnictví, je však stále platná a je nutno se jí řídit. Přizpůsobení této směrnici se zajisté dalo

provést zkušenými odborníky dílčími úpravami dosavadního systému, který dlouhodobě zajišťoval přijatelný nárůst nákladů na léky.

Bohužel, pod silným tlakem mocných zájmových skupin a konkrétně na základě podání skupiny senátorů, mezi nimiž byl i současný ministr Dr. Julínek, se do věci vložil Ústavní soud, který svým náležením z ledna 2007 označil dosavadní systém za odporující ústavě a jako cestu řešení naznačil systém správného řízení, přičemž současně stanovil, že nový systém musí vejít v platnost k 1. lednu 2008. Ponechal tedy na přípravu této složité a pro zdravotnictví mimořádně důležité právní normy jen velmi krátkou lhůtu.

Ministerstvo zdravotnictví systém správného řízení do novely zákona včlenilo a jako správní orgán určilo Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL), jehož ředitelem ministr jmenuje a odvolává. V této souvislosti je nutno uvést, že příslušná novela zákona přes svůj značný význam neprošla úplným dohodovacím řízením a nebyla projedná-

vána parlamentem standardní cestou, nýbrž na poslední chvíli byla přilepena k tzv. „reformnímu balíku“ vlády a spolu s ním bez diskuse schválena.

Komplexní posouzení nového a zcela odlišného systému řízení lékové oblasti bude možné až poté, kdy ministerstvo zdravotnictví vydá všechny prováděcí předpisy, které mohou výrazně ovlivnit praktické dopady systému. Přesto samotné znění zákona a dosud známé další skutečnosti umožňují učinit následující poznámky:

**Koncentrace všech pravomocí v lékové oblasti (registrace, stanovení cen i stanovení úhrad z veřejného zdravotního pojištění) v rukou jedné instituce je v Evropě krajně neobvyklá.** Bude zajímavé sledovat, jak se novým pracovníkům SÚKLu vypořádá s již zmíněným tlakem zájmových skupin, jemuž je tato činnost zcela logicky vystavena. Znění zákona ponechává SÚKLu nesmírnou volnost rozhodování. Jak transparentním rozhodovací proces bude, to ukáží teprve první rozhodnutí. Nelze však opomenout skutečnost, že systém správného řízení s sebou přináší administrativní zátěž výrazně vyšší než dosud, a tím i daleko vyšší náklady.



Souhlas pacienta, kterým je možnost takovéto záměny podmíněna, je věc čistě formální. Pacient-laik přece není schopen zhodnotit, zda může být léčen jinou účinnou látkou, než rozhodl lékař.

Tento návrh ministerstva zdravotnictví je vsutku revoluční. Boří totiž desítkami let prověřenou praxi, že pacienta léčí lékař, a naopak zásadním způsobem posiluje roli lékárníků. Lékárník však při nejlepší vůli nemůže při vydávání léku u přepážky získat od pacienta, na jehož záda dýchá celá fronta dalších zákazníků, tolik informací, jako má při svém rozhodování lékař, který zná celou anamnézu včetně důvěrných údajů a měl možnost si pacienta vyšetřit.

Lékárníci zkrátka lékaře nahradit nemohou, alespoň pokud se nechceme vrátit do časů mastičkářů a babek kořenářek.

Milan Kubek, prezident ČLK

Jak již naznačeno v úvodu, náklady na léky představují přibližně čtvrtinu výdajů na celé zdravotnictví a při omezeném množství finančních prostředků, které máme k dispozici, výrazně ovlivňují dostupnost peněz ve všech dalších oblastech zdravotnictví. Význam této skutečnosti pro lékaře není nutno opakovat dvakrát. **V předchozím systému měli lékaři možnost se významně podílet na přípravě rozhodnutí ministerstva, neboť v jeho poradním orgánu, tzv. Kategoriační komisi, byli lékaři zastoupeni jak odbornými společnostmi ČLS JEP, tak Českou lékařskou komorou. Nový systém lékaře z procesu stanovení úhrad léků zcela vylučuje.** Účastníci správního řízení jsou pouze výrobci léků a zdravotní pojišťovny. Je v tomto okamžiku velkým otazníkem, do jaké míry budou zdravotní pojišťovny nezbytnou protiváhou zkušeným týmům výrobců podporovaných renomovanými právními a specializovanými konzultačními firmami. Ukázkou aktivity pojišťoven může být rychlost, s jakou využijí probíhající posilování naší měny ke snížení svých nákladů a tím nákladů celého zdravotnictví.

Jindřich Graf, farmakoekonom ČLK

## Trvalý smluvní vztah – současný stav

*Právní oddělení i vedení České lékařské komory jsou stále dotazovány řadou soukromých lékařů, jak je to s tzv. trvalým smluvním vztahem uzavřeným na základě vyhlášky č. 290/2006 Sb., popřípadě uzavřeným ze strany zdravotní pojišťovny podle této vyhlášky, ač o to zdravotnické zařízení včas a za účinnosti této vyhlášky požádalo. Pokusíme se vám podat informaci o současném stavu v této záležitosti.*

### Trvalý smluvní vztah byl již uzavřen:

**Jde o tzv. nabytá práva a argumentace, že taková smlouva „již neplatí, protože odporuje nové vyhlášce ministra Julínka č. 618/2006 Sb.“, je naprosto chybná.** Jednak samotná vyhláška č. 618/2006 Sb. nevylučuje trvalý smluvní vztah, jednak samozřejmě neplatí retroaktivně, byla-li již smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče uzavřena dle předchozí vyhlášky č. 290/2006 Sb. Tato vyhláška nebyla zrušena Ústavním soudem, ale i kdyby zrušena byla, neplatil by tento náález retroaktivně a veškeré právní úkony, který byly provedeny za její účinnosti, by platily. Tím spíše toto platí za situace, kdy Ústavní soud tuto vyhlášku nezrušil, ale byla derogována běžnou novelou. Pokud tedy některý úředník některé zdravotní pojišťovny tvrdí, že uzavřený trvalý smluvní vztah „už neplatí“ a musíte uzavřít novou smlouvu na osm let, je to tvrzení naprosto nesprávné a stačí odpovédět, že vaše smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče uzavřená na dobu neurčitou a vypověditelná pouze z důvodů uvedených v samotné smlouvě je platná, že děkujete za nabídku jiné smlouvy, ale tuto nabídku zdvořile odmítáte...

### Zdravotnické zařízení požádalo o trvalý smluvní vztah za účinnosti vyhlášky č. 290/2006 Sb. a zdravotní pojišťovna jeho žádost neakceptovala:

Zde je situace složitější. Právní názor zastávaný řadou významných právníků zní: Pokud zdravotní pojišťovny byly povinny podle vyhlášky č. 290/2006 Sb. uzavřít do určitého termínu smlouvy se zdravotnickými zařízeními podle této vyhlášky

a zdravotnické zařízení za doby účinnosti této vyhlášky požádalo o uzavření takové smlouvy, měla by být tato smlouva uzavřena i poté, kdy již vyhláška č. 290/2006 Sb. byla zrušena, zvláště za situace, kdy i nová vyhláška č. 618/2006 Sb. uzavření trvalého smluvního vztahu nevylučuje.

Podle našich poznatků VZP ČR vyhověla v poslední době soukromým lékařům v oboru praktický lékař pro dospělé a praktický lékař pro děti a dorost, pokud požádali o uzavření trvalého smluvního vztahu za doby účinnosti vyhlášky č. 290/2006 Sb. a nadále na smlouvě na dobu neurčitou s přesně stanovenými výpovědními důvody trvali. Naproti tomu ostatní zdravotní pojišťovny nabízejí zpravidla smlouvu pouze na 8 let i těmto lékařům. Ambulantním specialistům, kteří žádají o trvalý smluvní vztah a žádost podali za účinnosti vyhlášky č. 290/2006 Sb., VZP ČR ani jiné zdravotní pojišťovny v současné době nevyhoví. Stanovisko právníků zdravotních pojišťoven je takové, že pokud soud pravomocně rozhodne, byť v jediném případě, o tom, že zdravotní pojišťovna je povinna trvalý smluvní vztah se zdravotnickým zařízením, které o něj požádalo za účinnosti vyhlášky č. 290/2006 Sb., uzavřít, pak budou vycházet z pravomocného rozhodnutí soudu i v dalších případech a již bez soudu trvalý smluvní vztah uzavřou. Důležité je, aby příslušný lékař měl doklad o tom, že o trvalý smluvní vztah požádal a že smlouvu, například na 8 let, akceptoval pouze proto, že jeho žádost o trvalý smluvní vztah byla ze strany zdravotní pojišťovny odmítnuta.

V současné době podává jedna soukromá lékařka-ambulantní specialista s právní podporou právního oddělení České lékařské komory „průzkumnou žalobu“ proti zdravotní pojišťovně o stanovení povinnosti uzavřít smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče podle vyhlášky č. 290/2006 Sb., když za účinnosti této vyhlášky o takovou smlouvu požádala a nebylo jí vyhověno. Výsledek soudního řízení bude mít velmi pravděpodobně vliv na další obdobné případy. Soudní řízení je vždy „běh na dlouhou trať“. O jeho výsledku budeme čtenáře Tempusu informovat.

JUDr. Jan Mach

# Znalecké posudky v trestním řízení

*Znalecký posudek v trestním řízení je kardinálním důkazem. Žádný soudce ani policejní komisař či státní zástupce nemůže sám posoudit odborné lékařské otázky, které jsou pro posouzení případu rozhodující. Na ty mu musí dát odpověď příslušný soudní znalec nebo znalecký ústav.*

## Zásadní otázky pro znalce

Znalec nebo znalecký ústav by při zkoumání odpovědnosti lékaře za újmu na zdraví nebo smrt pacienta měl odpovídat zejména na tři zásadní otázky:

1. Došlo k odbornému pochybení při poskytování zdravotní péče? Pokud ano, pak konkrétně v čem a kdo se jej dopustil.

2. Je případně odborné pochybení a nesprávný odborný postup v příčinné souvislosti s újmou na zdraví nebo smrtí pacienta?

3. Jde ze strany lékaře o zanedbání profesních povinností a postup non lege artis, nebo jde o přípustné riziko při výkonu lékařského povolání?

## O nás bez nás

Stalo se, bohužel, běžnou praxí, že případy stížností na lékařskou péči nebo trestních oznámení na lékaře řeší znalecké komise, znalci a znalecké ústavy, aniž mají k dispozici vyjádření lékaře, jehož práci posuzují. Znalecké komise krajů ani Ústřední znalecká komise ministerstva zdravotnictví si k projednávání případu nezhouvají lékaře, jejichž práci posuzují, což jistě není správné. Ale ani soudní znalec mnohdy nemá k dispozici žádné vyjádření dotčených lékařů k tomu, proč postupovali právě takto, v jakých podmínkách pracovali, jaké měli personální, časové a další možnosti, případně i ekonomické limity. Znalec mnohdy posuzuje případ podle zdravotnické dokumentace – „od stolu“. Lékař se třeba ani nedozví, že je na něho podáno trestní oznámení (někdy není podáno na konkrétního lékaře, ale na činnost celého oddělení či nemocnice) a policejní orgán před zahájením trestního stíhání ustanoví znalce nebo znalecký ústav, který má odpovědět na shora uvedené otázky, zpravidla pouze na základě zdravotnické dokumentace, popřípadě trestního oznámení nebo stížnosti. O tom, zda takto vypracovaný znalecký posudek před zahájením trestního stíhání může být použit i po zahájení trestního stíhání, aniž je vypracován po zahájení trestního stíhání znalecký posudek nový, vedeme velmi tvrdé právní spory. Jiné stanovisko zastává Městský soud v Praze, jiné stanovisko Krajský soud v Praze, jiné Vrchní soud v Praze a jiné

zastává Nejvyšší soud ČR. Lze jen doufat, že se podaří tuto otázku dříve či později předložit k řešení Ústavnímu soudu (to je možné pouze v rámci řešení konkrétní kauzy), který by měl dát definitivní odpověď. Osobně doufám, že tato odpověď bude znít: *Znalecký posudek posuzující práci lékaře pořizovaný před zahájením trestního stíhání, za situace, kdy znalec neměl k dispozici vyjádření dotčeného lékaře, je po zahájení trestního stíhání dále nepoužitelný!*

## Právo na námitky

Je-li znalec nebo znalecký ústav ustanoven již po zahájení trestního stíhání proti konkrétnímu lékaři, má lékař právo vznést námitky proti:

- osobě znalce, je-li obava z jeho podjatosti;
- odbornému zaměření znalce;
- otázkám položeným znalci.

Odborné zaměření znalce je často zejména policejním orgánem voleno chybně. Na toto téma by bylo možno sepsat řadu odborných publikací. Snad nejzávažnější chybou je, pokud policejní orgán či soud považuje znalce z odvětví soudního lékařství za jakéhosi „všeznalce“, který je oprávněn posuzovat správnost či nesprávnost postupu lékaře v konkrétním klinickém oboru (chirurgie, vnitřní lékařství, gynekologie, oční lékařství, apod.). Znalec z odvětví soudního lékařství může jistě posoudit výsledky pitvy a příčinu smrti, mechanismus zranění apod., není však rozhodně kompetentní vyjadřovat se k postupu „lege artis“ nebo „non lege artis“ u lékaře klinického oboru. Takový znalecký posudek může podat jen znalec z daného klinického oboru.

Avšak i tehdy, pokud je posuzována činnost např. praktického lékaře při péči o pacienta, který zemřel na kardiologické selhání, považují za zásadní chybu, posuzuje-li odborně případ znalec – kardiolog, který nezná rozsah profesních povinností praktického lékaře pro dospělé. Případ musí, podle mého názoru, posuzovat znalec z oboru všeobecného lékařství, který si jako konzultanta může přizvat znalce kardiologa. Problémy tohoto typu při obhajobě lékařů řešíme velmi často.

Velmi důležité je správné zadání otázek pro znalce. Jsou-li otázky položeny tak, že jejich znění je zavádějící, nebo dokonce z otázky samotné vyplývá již stanovisko, že došlo k odbornému pochybení, pak je třeba vznést proti takovým otázkám námitku. Na druhé straně velmi často např. policejní orgán zadá celou řadu velmi specifických a konkrétních otázek, ale zcela zásadní

otázky, rozhodující pro posouzení případu, chybějí. To je třeba důrazně namítat. O námitkách proti odbornosti znalce ustanoveného policejním orgánem, případně proti zadaným otázkám, rozhoduje státní zástupce, v řízení před soudem o nich rozhoduje soudce.

Důležité je rovněž, aby znalec měl k dispozici veškeré podklady potřebné pro vypracování znaleckého posudku, zejména svědecké výpovědi, výpovědi samotných lékařů, jejichž práce je posuzována, listiny, jako např. informovaný souhlas nebo nesouhlas, a zejména aby znalec byl informován o tom, jaké byly podmínky, ve kterých lékař pracoval – časové možnosti, počet současně ošetřovaných pacientů a závažnost jejich stavu, přístrojové vybavení pracoviště, případně i ekonomické limity. Případ by neměl být posuzován podle jakéhosi, v praxi téměř neexistujícího ideálního modelu poskytování zdravotní péče, ale podle reálných podmínek na konkrétním zdravotnickém pracovišti.

## Výslech znalce před soudem

Při výslechu znalců nebo zástupců znaleckých ústavů před soudem se opakovaně setkáváme s tím, že znalec často do důsledků nezvažuje, že svou odpověď na zadané otázky rozhoduje mnohdy o osudu svého kolegy. Odpovědi jsou někdy chaotické, poplatné tomu, jak znějí otázky. Někteří soudní znalci na jakékoli otázky, které by sebemenším způsobem měly zpochybnit podaný písemný znalecký posudek, reagují podrážděně. V těchto situacích je nutné, aby obhájce obžalovaného lékaře byl velmi důrazný a nekompromisní. Velmi důležité je umět položit správné otázky a žádat na ni naprosto přesnou odpověď.

## „Soukromé“ znalecké posudky

Trestní řád v současné době výslovně stanoví, že je právem strany v trestním řízení, tedy i právem obhájce, předložit vlastní znalecký posudek jako rovnocenný důkaz, který nesmí být nijak diskriminován oproti znaleckému posudku opatřenému policejním orgánem nebo soudem. Lze tedy opatřit soukromý znalecký posudek až již znalec jednotlivce, nebo znaleckého ústavu. Takový znalecký posudek musí mít ovšem veškeré náležitosti, které požaduje zákon, jinak by byl nepoužitelný. Někdy předkládáme též posudky oborové komise vědecké rady České lékařské komory, svědčí-li ve prospěch lékaře. Tyto posudky, bohužel, nemají charakter znaleckého posudku, ale s ohledem na odbornou autoritu odborníků, kteří je vypracovali, mnohdy obstojí i jako velmi významný listinný důkaz.

Konečně samotné dělení předních odborníků na „znalce“ a „neznalce“ je velmi nešťastné. Na jednom zasedání Soudcovské unie k problematice zdravotnictví místopředsedkyně Ústavního soudu JUDr. Eliška Wagnerová vyslovila „kacířskou myšlenku“, která je mi velmi sympatická: Zrušme institut soudních znalců a zaveďme institut expertních posudků, které by především garantovala příslušná profesní komora. Za toto legislativní řešení bych se do budoucna velmi přimlouval.

### Odporující si znalecké posudky

V loňském roce jsem ve svém profesním životě zažil první rekord v počtu znaleckých posudků na jeden jediný případ. Bylo vypracováno celkem 12 znaleckých posudků, z toho 4 ústavní. Pouze dva se shodovaly, ostatní si navzájem odporovaly. Co má tedy dělat soud, pokud si znalecké posudky nebo i ústavní znalecké posudky vzájemně odporují a ani výsledkem znalců nebo zástupců znaleckých ústavů se nepodaří dospět k jasnému a jednotnému odbornému stanovisku? Řešení dává velmi pozoruhodný a přílehavý náleze Ústavního soudu z nedávné doby. Především zakazuje soudu jakoukoli libovůli. Pokud se soudce rozhodne, že bude vycházet z jednoho znaleckého posudku a naopak nevezme v úvahu závěry jiného znaleckého posudku, musí to velmi podrobně, logicky, srozumitelně a transparentně vyložit v odůvodnění svého rozhodnutí. Pokud tak neučiní, a přesto se přikloní k jednomu ze znaleckých posudků a naopak se neřídí závěry jiného znaleckého posudku, jde o znaky libovůle, které jsou v rozporu s ústavními principy demokratického právního státu. Vezme-li soudce tento náleze Ústavního soudu v úvahu, co má tedy dělat, když nejsou logické transparentní důvody, proč jeden znalecký posudek akceptovat a druhý, který mu odporuje, odmítnout? I zde nachází řešení nedávný náleze Ústavního soudu: Řídit se zásadou presumpce nevinny, která se v konkrétním případě projevuje zásadou in dubio pro reo – v pochybnosti pro obviněného. V daném případě dvanácti znaleckých posudků tak soud postupoval a lékaře zprostil obžaloby.

### Prosba znalcům a znaleckým ústavům z oboru zdravotnictví

Na závěr bych chtěl využít časopisu České lékařské komory a velmi poprosit všechny lékaře, kteří jsou v postavení soudních znalců z oboru zdravotnictví, i lékaře, jež jako představitelé znaleckých ústavů z oboru zdravotnictví podávají znalecké posudky a vypovídají před soudem o expertních otázkách lékařské činnosti, přičemž hodnotí práci svých kolegů.

Odmítněte, prosím, vypracovávat znalecký posudek, který neodpovídá vaší odbornosti. Odmítněte, prosím, vypracovávat znalecký posudek za situace, kdy máte k dispozici pouze zdravotnickou dokumentaci (někdy jen torzo zdravotnické dokumentace) a nemáte k dispozici vyjádření lékařů, kterých se případ týká a jejichž práci hodnotíte, ani další důležité údaje o podmínkách na pracovišti, kde k posuzovanému případu došlo. Vyžadujte důsledně veškeré potřebné podklady dříve, než přistoupíte k vypracování znaleckého posudku. V závěrech znaleckého posudku, prosím, vycházejte ze zásady „dvakrát (ale raději třikrát) měř, jednou řež“. Velmi dobře zvažte každé slovo, kterým můžete rozhodnout o osudu svého kolegy. Toto

platí ještě více za situace, kdy jste vyslýcháni před soudem. Nenechte se strhnout k neuvážené diskusi, ani k neuváženým závěrům, které mohou vašeho kolegu, jehož práce je posuzována, poškodit. Zvažujte každé slovo, které před soudem vyřknete, protože každé slovo může mít osudový význam. Znalecký posudek musí být jistě objektivní a pravdivý, „padni komu padni“, ale nesmí být „šitý horkou jehlou“ a odpovědi na otázky položené při jednání u soudu by neměly být chaotické a neuvážené. Snažte se každý případ posuzovat z hlediska ex anté, tak, jak se jevil v situaci, kdy jej příslušný lékař musel řešit, nikoli z hlediska ex post, za situace, kdy výsledek je již znám.

JUDr. Jan Mach, ředitel právního oddělení ČLK

## 12. reprezentační ples lékařů českých




# Palác Žofín

23. února 2008,  
začátek 20,00 hodin

**Uvádí:**  
**Tomáš Krejčíř**

**V průběhu plesu vystoupí:**  
**Orchestr Ladislava Bareše se sólisty,**  
**Miro Žbirka,**  
**Monika Absolonová,**  
**Melodion Band,**  
**country soubor Scarabeus,**  
**diskotéka Miloše Skalky.**



Předtančení TK Metronom,  
taneční úložka vítězů soutěže Bailando Jany Gonciorové a Tomáše Krejčíře

Předprodej vstupenek:  
Palác Žofín: po - pá 12.00 - 16.30 hodin, tel.: 222 924 112  
Národní dům na Vinohradech: po - pá 9.00 - 16.30 hodin, tel.: 221 596 221  
informace: www.zofin.cz

**Generální partner**













## O seznamu zdravotních výkonů, zaniklém mechanismu dohodovacího řízení a značném nedostatku peněz v českém zdravotnictví

Před Vánocemi loňského roku, přesně 19. 12. 2007, se naposledy sešli účastníci dohodovacího řízení k seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Dohodovací řízení bylo legislativně zakotveno v § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění před 1. 1. 2008 takto:

- (5) Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami se sestavuje v dohodovacím řízení se zástupci
- Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a ostatních zdravotních pojišťoven,
  - příslušných profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče jako zástupců smluvních zdravotnických zařízení,
  - profesních organizací zřízených zákonem,
  - odborných vědeckých společností,
  - zájmových sdružení pojištěnců.

Dojde-li k uzavření dohody, je seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami předkládán Ministerstvu zdravotnictví k posouzení z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem. Je-li výsledek dohody v souladu s právními předpisy a veřejným zájmem, vydá jej Ministerstvo zdravotnictví jako vyhlášku. Nedojde-li k dohodě nebo shledá-li Ministerstvo zdravotnictví, že dohoda není v souladu s právními předpisy nebo veřejným zájmem, rozhodne o seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami Ministerstvo zdravotnictví a vydá jej vyhláškou. (Konec citace zákona).

Dohodovací řízení o seznamu výkonů s bodovými hodnotami tak, jak je původně upravovalo ustanovení § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění (citace viz níže), bylo zcela zrušeno, a to v rámci novely zákona č. 48/1997 Sb. provedené zákonem č. 261/2007 Sb. o stabilizaci veřejných rozpočtů. S účinností od 1. 1. 2008 zní novelizované ustanovení § 17 odst. 5 takto: „**Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami vydává Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.**“

Toto nové znění zákona tedy v plném rozsahu přeneslo rozhodování o seznamu výkonů na ministerstvo, když institut příslušného dohodovacího řízení byl přijetím novely ze zákona bez dalšího vypuštěn. Rozhodování o tom, jak budou jednotlivé nové výkony konstruovány,

stávající upravovány, jak bude měněna textová část seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (dále jen SZV), opustilo vinou uvedené legislativní změny principy založené na výrazné spoluúčasti občanských sdružení a profesních organizací. Od nynějška bude rozhodovat pouze ministerstvo, které není zákonem nijak nuceno, aby svá rozhodnutí činilo na základě rozhodnutí zástupců, kteří byli taxativně vyjmenováni v zákoně 48/1997 Sb. Dříve byl z každého dohodovacího řízení vyhotoven protokolární zápis, ze kterého byly jasně patrné názory jednotlivých účastníků a jejich hlasování. Například ze zápisů si lékaři mohli ověřit postoje zdravotních pojišťoven. V případě, že kterýkoli ministr ve veřejném zájmu rozhodl nad rámec DŘ, bylo z uvedeného zápisu možné dovést, ke kterému názoru se ministr přiklonil, řešení, které problematiku preferuje a proč. Současná legislativní úprava tuto přehlednost a průhlednost odstranila.

Jednotlivým dohodovacím řízením předcházela doslova mravenčí práce v pracovní skupině č. 2. Tato pracovní skupina se v posledních letech scházela k celodenní práci každý druhý čtvrtek a účastnili se jí zástupci stejných organizací, kteří jsou vyjmenováni v odst. 5 §17 zákona 48/1997 Sb. Předsedou pracovní skupiny č. 2 byl MUDr. Petr Pokorný, ředitel Odboru úhrad ambulantní zdravotní péče, Úsek zdravotní péče Ústředí VZP ČR. Jednání pracovní skupiny probíhala v prostorách VZP.

Na půdu pracovní skupiny přinášeli představitelé jednotlivých oborů návrhy nových výkonů, přicházeli s návrhy změn výkonů stávajících, byly zde projednávány změny textové části SZV. Z každého jednání dne pracovní skupiny č. 2 byl vyhotoven zápis a rozeslán všem účastníkům. Návrhy nových výkonů a změn výkonů byly projednávány nesmírně pečlivě. V posledních šesti sedmi letech se kladl mimořádný důraz jak na správné stanovení délky trvání výkonu, tak i na materiálové vybavení výkonů. Hlavními zástupci ČLK v dohodovacím řízení o SZV a v pracovní skupině č. 2 byli autoři tohoto článku. Společně se zástupci pojišťoven jsme velmi přísně dbali na to, aby při konstrukci výkonu nedocházelo k neadekvátnímu nadsazení času trvání výkonu a nevytvářela se dříve velmi pověstná „materiálová vata“. Jedině tento postup mohl následně vést k prosazení zvýšení hodinové sazby za práci lékaře na cca 465 Kč u plně kvalifikovaného lékaře. Toto navýšení bylo zakotveno v SZV vyda-

ném ministrem zdravotnictví Davidem Rathem k 1. 1. 2006 jako vyhláška č. 493/2005. Bohužel úhradové vyhlášky vydané současným ministrem zdravotnictví Tomášem Julínkem umně tuto slušnou cenu lékařské práce obcházejí.

Od 1. 1. 2008 vstoupila v platnost novela SZV jako vyhláška č. 331/2007. Ministerstvo zdravotnictví přiložilo důvodovou zprávu k této novele, ze které část citujeme:

4. Nad rámec dohod rozhodlo ve veřejném zájmu o zařazení:

- nového výkonu screeningu nádorových onemocnění děložního čípku, který se běžně provádí a je vykazován různými výkony; tento bude sloužit také jako signální,
- dvou signálních výkonů souvisejících se zavedením poplatků u lékaře,
- ohodnocení ošetřovacího dne tzv. jednodenní chirurgie,
- zrušení kategorií v zařízeních akutní lůžkové péče,
- sjednocení minimálního počtu lůžek JIP.

Ostatní nedohody, tedy především změna koncepce všech chirurgických oborů a navýšení osobního ohodnocení nositelů výkonů nelékařů, mají takové finanční dopady do systému veřejného zdravotního pojištění (odhadem asi 25 miliard Kč), že je v tuto chvíli nelze zohlednit.

Ekonomické dopady novely vyhlášky do systému veřejného zdravotního pojištění vzešlé z dohodovacího řízení a z výkonů zařazených ve veřejném zájmu nebudou mít vliv na státní rozpočet a ostatní veřejné rozpočty, hospodářské subjekty, zejména na malé a střední podnikatele, sociální dopady ani dopady na životní prostředí. Zdravotní pojišťovny s těmito dopady budou počítat ve zdravotně pojistných plánech a budou pokryty z výběru pojistného. (Konec citace)

Nesmírný smutek až rozčarování na nás padá vinou věty, ve které ministerstvo sděluje, že nelze zohlednit změnu koncepce všech chirurgických oborů pro finanční dopad (odhad činí údajně 2 až 3 miliardy Kč), který by tato změna přinesla. Pro neinformované uvádíme, že v drtivé většině operačních výkonů téměř všech operujících odborností není ve výkonu zahrnuto rouškování pacienta (ani jednorázové ani jakékoli jiné), žádné operační nástroje, sterilní oblečení pro operační tým (opět ani jednorázové nebo jakékoli jiné), mnohde chy-

bí rukavice. Po léta tak zdravotní pojišťovny proplácejí operační výkony bez toho, že by výše jmenované komodity byly zdravotnickým zařízením zaplacený. „Bohužel“ lékař operátor v České republice nedosahuje kvalit různých šamanů z exotických zemí, kteří operují holýma rukama až do „úplného uzdravení pacienta“. Úprava všech operačních výkonů tak, aby bylo zahrnuto rouškování, aby byla k výkonům přiřazena adekvátními nástroji vybavená síta, aby byl operační tým sterilně oblečený a pracoval ve sterilních rukavicích, aby u srovnatelných výkonů různých oborů byl stejný čas výkonu, stejné materiálové vybavení, aby došlo k logickému sdílení přístupových výkonů atd., to vše znamenalo více než tříletou intenzivní práci několika stovek lékařů z mnoha oborů.

V tuto chvíli se vynaložené úsilí jeví jako marnost nad marnost. Pojišťovny tedy dál budou proplácet zmiňované operační výkony jen zčásti. Každou operací, kdy lékař pacienta zarouškuje, sebe a celý tým sterilně obleče a při operaci použije nástroje, ekonomicky svoje zdravotnické zařízení poškozují.

O českém zdravotnictví se s velkou oblibou hovoří jako černé díře, ve které mizí obrovské

sumy. Je notoricky známé, že tato „černá díra“ je ve skutečnosti mimořádně efektivní stroj – téměř perpetuum mobile. Vždyť za cenu přibližně jedné třetiny nákladů na jednoho obyvatele a rok poskytujeme stejnou péči jako naši západní sousedé. Jsme potěšeni, že důvodová zpráva k právě vydanému SZV přiznává značný nedostatek peněz v našem zdravotnictví. Vedle neřešení operačních výkonů je dále poznamenáno, že nebylo možné navýšit ohodnocení u nelékařských nositelů výkonů.

V důvodové zprávě je uvedeno, že by to znamenalo dopad do systému zdravotního pojištění ve výši asi 25 miliard Kč. Je třeba ještě připomenout, že navýšení ohodnocení u lékařských výkonů v SZV z 1. 1. 2006 (které je obcházeno úhradovými vyhláškami a tudíž není realizováno) bylo odhadnuto na cca 23 miliard. Součtem uvedených dvou sum docházíme k částce 48 miliard Kč. Je iluzorní se domnívat, že tak velký deficit bude vyrovnán díky doplatkům, ať už v rovině jejich absolutního výběru, nebo v rovině regulace spotřeby zdravotní péče. Z výše uvedeného je patrné, že chybějící finanční prostředky zcela nedobrovolně „dodávají“ do českého zdravotnictví sami

zdravotníci tím, že jejich práce není adekvátně honorována. Ze zmiňovaných 48 miliard připadá na cenu práce zdravotníka 45 miliard. Politici i samotní zdravotníci reagují po svém. Politici se velmi rádi ohánějí zaklínadlem, že je třeba zaplatit ty dobré lékaře, zdravotníci pomalu ale jistě z českého zdravotnictví mizí. Deficit lékařů a zdravotních sester se v některých oborech, oblastech a zdravotních zařízeních stal téměř neřešitelným problémem.

Právě vydaný SZV nepřinesl žádné řešení palčivých problémů. Jen ještě lépe ukazuje, zejména důvodová zpráva k němu, že nás ve zdravotnictví nečekají dobré časy. Slůvkem **nás** myslíme pacienty na straně jedné, na straně druhé lékaře a zdravotníky, na jejichž bedrech spočívá léčebně preventivní péče o obyvatele naší země.

Konkrétní dopady nového SZV pro svůj obor, jeho pozitiva či negativa jistě posoudí každý lékař poté, co se podrobně s novelou seznámí. **Další podrobné informace o novele SZV, včetně výpočtu celkové hodnoty bodů za výkon, získáte na [www.lkr.cz](http://www.lkr.cz) .**

*Aléš Herman, Ph.D., Eva Klimovičová*

# Případ nejasného úmrtí



## Stížnost

Manželka pacienta (nar. 1950) podala k ČLK stížnost na lékaře internistu. Píše: „Dne 4. 6. 2004 můj manžel začal ráno v klidu u počítače pocívat náhlou nevolnost, svírání kolem srdce, vystřelující k levému rameni, bušení srdce, dušnost, nutící jej zrychleně dýchat, a pocit závratí. Tyto obtíže byly natolik závažné, že si manžel, vzdor tomu, že lékařskou pomoc často nevyhledával, zavolal RZP a požádal o převoz do nemocnice. Byl po jejím příjezdu převezen dle spádové oblasti na interní ambulanci nemocnice, kde byl vyšetřen (jak vyplývá z příložené kopie ambulantního dekursu) a propuštěn s diagnózou neurocirkulační asthenie, hyperventilační tetanie, VAS C a LS páteře, a obezita; s doporučením abstinence kouření, kontroly praktickým lékařem a případně léčby Neurolem 0,25 mg 2x denně.

Dne 23. 6. 2004 jsem v cca 7:00 ráno našla manžela na zemi v pracovně mrtvého. Jak vyplývá z příložené kopie opisu pitevní diagnózy mého manžela, byla příčinou jeho smrti chronická srdeční nedostatečnost v důsledku pokročilé aterosklerózy věnčitých tepen. Myslím, že se oprávněně domnívám, že manželovy obtíže dne 4. 6. 2004, které jej přinutily, aby vyhledal lékařskou pomoc, byly prvním příznakem pokročilé srdeční choroby, která eventuálně vedla k jeho smrti, a že kdyby bylo při této příležitosti postupováno lege artis a provedeno důkladné vyšetření se zajištěním patřičné následné péče, bylo by možné jeho smrti předejít. Pokud jsem si byla schopna ověřit v odborné literatuře, je bolest na hrudi, vystřelující do levého ramene a doprovázená dušností u mužského pacienta středního věku, který je ještě navíc kuřákem, v podstatě typickým příznakem ischemické choroby srdeční, která by měla být vyšetřujícím lékařem naprosto vyloučena před případným stanovením jiné diagnózy.

Domnívám se, že k něčemu takovému rozhodně nedošlo, z následujících důvodů:

Pokud jsem dobře informována, jsou známými rizikovými faktory pro koronární aterosklerózu: dyslipidémie, kouření tabáku, hypertenze, diabetes mellitus, věk, mužské pohlaví, nedostatek fyzické akti-

vity a pozitivní rodinná anamnéza, z nichž byly v manželově případě jasně pozitivní věk, mužské pohlaví, kouření tabáku, obezita a nedostatek fyzické aktivity. Uvedené bylo okamžitě zjistitelné.

– Pro existenci dalších rizikových faktorů, jak vyplývá z kopie příložené propouštěcí zprávy, nebyl můj manžel vůbec vyšetřen: nebyla vůbec zaznamenána rodinná anamnéza (z níž by vyplynulo, že manželův otec zemřel v relativně mladém věku na akutní srdeční zástavu), nebylo provedeno vyšetření glykémie a lipidového spektra, která by při patologických hodnotách měla zvýšit podezření na kardiiovaskulární původ manželových obtíží.

– Dále, bez ohledu na manželovu akutní stížnost na prekordiální bolest vyzařující do levého ramene, nebyla ošetřujícím lékařem provedena základní laboratorní vyšetření k vyloučení akutního infarktu myokardu, tedy: CK, CK-MB, LDH, troponin či myoglobin, bylo provedeno pouze základní vyšetření ekg, o čemž se domnívám, že při shora uvedených příznacích nebylo dostatečně citlivé k vyloučení některých infarktů myokardu, a nebyla provedena (ani doporučena) vyšetření více specifická (jako zátěžový elektrokardiogram, echokardiogram či srdeční katetrizace), které by byly zcela jasně identifikovaly manželovy obtíže jako důsledek ischemické choroby srdeční, a mohly vést k záchraně jeho života.

– Navíc byl manžel při propuštění ujištěn internistou, že jeho obtíže byly způsobeny „neurocirkulační asthenií“, tedy vlastně psychiatrickou nemocí, hyperventilační tetanií, tedy vlastně zrychleným dýcháním v důsledku této, a byla mu doporučena léčba benzodiazepiny, která jej měla „uklidnit“, a přestože byl přivezen RZP, byl propuštěn v podstatě „na ulici“ a bez ohledu na jeho stav mu bylo doporučeno se dopravit domů městskou hromadnou dopravou, což udělal.

V následujících dnech manžel opakovaně pocíval stejné příznaky, pro které byl v nemocnici původně vyšetřen, tedy bušení srdce, svírání kolem srdce, opakované celkové nevolnosti a pocit závratě, a přestože užíval internistou předepsaný lék Neurole dle instrukcí, četnost jeho obtíží a jejich intenzita se zvyšovala. V důsledku toho se, znovu dle doporučení lékaře do-

stavil, dne 18. 6. ke své praktické lékařce, která ho, znovu dle doporučení internisty, odeslala k neurologickému vyšetření, před datem kterého ale manžel zemřel.

V souhrnu se tedy domnívám, že během výše popsané lékařské péče o mého manžela dne 4. 6. 2004 internistou v nemocnici došlo k opakovaným a závažným opomenutím z nedbalosti či nedostatku patřičného vzdělání lékaře, jejichž důsledkem byla smrt mého manžela.

V této souvislosti vás žádám o laskavé přešetření postupu internisty, zejména s přihlédnutím k současným dosažitelným poznatkům moderní medicíny, jejich dostupnosti v době vyšetření mého manžela a zejména k možnostem užití prostředků diagnostik v daném zdravotnickém zařízení, jež měl jmenovaný lékař k dispozici, a současně s přihlédnutím k příčinnému následku jeho jednání, resp. opomenutí, tedy smrti mého manžela a otce našich dětí (11 a 5 let). Navrhují proto vypracování znaleckého posudku, který by jasně stanovil, že okamžité provedení patřičného a důkladného kardiologického vyšetření k vyloučení ischemické choroby srdeční (konkrétně CK, CK-MB, troponinu, myoglobinu, stresového ekg, Holterova monitoru, echokardiogramu a srdeční katetrizace) by stanovilo příčinu manželových obtíží, vedlo k léčbě a zabránilo jeho předčasnému úmrtí. Věřím, že přešetřením postupu shora jmenovaného lékaře a jeho projednáním na odborné půdě ČLK přispějí k tomu, aby se takový případ, pokud možno, již neopakoval, minimálně u tohoto lékaře a u jeho kolegů v nemocnici.“

## Šetření

Pověřený člen RK ČLK stížnost přijal jako oprávněnou a předal ji místně příslušné RK k prošetření. V rámci předběžného šetření stížnosti požádal předseda RK o vypracování odborného posudku, přičemž požádal o zodpovězení následujících otázek: Zda rozsah klinického vyšetření provedeného internistou na pohotovostní ambulanci a jím doporučený další postup mohl zásadně zabránit následnému náhlému úmrtí pacienta po 19 dnech, během kterých se i přes opakování obtíží dostavil k praktickému lékaři až po 2 týdnech.

Z posudku oborové komise pro interní lékařství cituji: „...Komise měla k dispozici výpis z dokumentace PL, záznam o výjezdu RZP a zápis z cíleného vyšetření, provedeného na interní ambulanci, podepsané internistou, také jeho stručné vyjádření k případu. Dále písemnou zprávu o výsledku soudní pitvy z oddělení soudního lékařství...“

### Zdůvodnění závěrů komise:

1. Dne 4. 6. 2005 byl nemocný vyšetřen lékaři dvou oborů, urgentní medicíny a vnitřního lékařství. Žádný z nich, na základě anamnesy a objektivního vyšetření, nevyslovil podezření na možnou akutní formu ICHS. Na oba lékaře stav působil jako neurocirkulační asthenie. Z toho vyplývá, že příznaky nebyly pro akutní koronární syndrom typické a výrazně oba lékaře přiváděly k diagnóze neurocirkulační asthenie, kde další vyšetření nejsou indikována.
2. Při soudní pitvě byl zjištěn otok plic, mozku, sklerotické postižení věnčitých tepen se stenózami do 50% průsvitu, nikoliv však akutní nebo prodělaný infarkt myokardu nebo další jasné známky akutních forem ischemické choroby srdeční.
3. Při soudní pitvě byl zjištěn vpich v pravé loketní jamce. Nikde ve zdravotnické dokumentaci není v posledním dnech ani týdnech zmínka o odběru krve.
4. Otok plic a mozku může být také konečným výsledkem intoxikace jakoukoliv látkou, která vede k útlumu dechového centra, delší hypoxemii a následnému oběhovému selhání. Výsledek pitvy tedy není specifickým nálezem a spíše nesvědčí pro náhlou smrt z primárně srdečních příčin.
5. Vpich v pravé loketní jamce není vysvětlen lékařskou dokumentací a vzniká tedy podezření z žilní aplikace jakékoliv látky samotným pacientem. Alkohol v krvi nebyl nalezen, ale soudní pitva zřejmě neprovedla podrobné toxikologické vyšetření. Úmrtí nemocného mohlo být způsobeno i otravou, v souvislosti s nálezem vpichu např. i předávkováním drogy. Dlouhodobě, nejméně od r. 2001, uváděl anamnesticky nemocný kouření konopí, měl tedy k drogové problematice velmi blízko.
6. Ateromatoza věnčitých tepen se stenó-

zami do 50% průsvitu nemívá vůbec žádnou klinickou symptomatologii a mohla být náhodným nálezem u kuřáka ve věku 54 let.

7. Nemocnému byla při vyšetření v interní ambulanci doporučena kontrola u PL, na kterou se dostavil až po 14 dnech. Podle manželky se intenzita obtíží dále zvyšovala. Úlohou PL bylo znovu zhodnotit stav pacienta a rozhodnout o dalším postupu podle aktuálního stavu nemocného.
8. Povinností lékaře v nemocnici je zhodnotit akutní stav a rozhodnout, zda je jeho život akutně ohrožen a vyžaduje pobyt v nemocnici či je schopen ambulantního dovyšetření. Nemocný byl shledán schopným dalšího ambulantního vyšetření, proto byla doporučena kontrola u PL, na kterou se nemocný dostavil až s velkým časovým odstupem.
9. V organizaci našeho zdravotnického systému se nyní oficiálně prosazuje názor, že organizátorem vyšetřovacího programu je PL, který usoudí, jaká vyšetření jsou pro nemocného v dalším průběhu nezbytná, případně jakého odborníka bude konzultovat pro stanovení správné diagnózy. Pokud by při kontrole u PL vzniklo podezření na ICHS, bylo by úlohou tohoto lékaře zajistit příslušná vyšetření a konzultace. Při kontrole dne 18. 6. 04 v ordinaci PL toto podezření vysloveno taktéž nebylo.

### Závěry oborové komise pro interní lékařství:

- 1) Internistou nebyl porušen postup lege artis.
- 2) K cílenému dotazu RK ČLK oborová komise zaujímá následující stanovisko: Sekční nález jednoznačně nepotvrdil náhlé úmrtí nemocného, a jak uvádíme ve zdůvodnění závěrů našeho posudku, příčina smrti nemocného není zcela jasná. I kdyby byla příčinou úmrtí komplikace ICHS, ani detailní vyšetření, včetně koronární angiografie, by nemohlo zásadně zabránit úmrtí nemocného. Pokud by byly zjištěny stenózy do 50% průsvitu věnčitých tepen, jak vykazala pitva, nebylo by to indikací k žádné zásadní intervenci, která by radikálně změnila krátkodobou prognózu nemocného.“

### Rozhodnutí revizní komise OS ČLK

Po provedení předběžného šetření rozhodla RK OS ČLK ne zahájit disciplinární řízení, protože dospěla k závěru, že obviněný lékař internista je nevinný. V odůvodnění píše:

„Na základě výše uvedených faktů z odborného posudku a po podrobném prostudování celého případu dospěla RK OS ČLK k závěru, že internista neporušil postup lege artis a prokazatelně neporušil žádnou z povinností uložených mu zákony či jinými předpisy a řády komory při výkonu povolání lékaře a nedopustil se disciplinárního provinění, a je tedy nevinný.“

### Námítka

Manželka pacienta podala proti rozhodnutí námítka. Píše: „Žádám a nové prošetření celého případu, neboť se domnívám, že postup lékaře nebyl správný.“

Plénum Čestné rady ČLK na svém řádném zasedání posoudilo námítka výše uvedené stěžovatelky a rozhodlo takto: „Podle ustanovení 7, odst. 6, Disciplinárního řádu ČLK se rozhodnutí revizní komise OS ČLK potvrzuje.“ Cituji odůvodnění: „Čestná rada ČLK se na svém jednání seznámila s kompletní dokumentací, zvláště pak obsahem patologicko-anatomické pitvy a nálezem Vědecké rady ČLK. Z obou výše uvedených dokumentů vyplývá, že pacient v době vyšetření obviněným lékařem neprodělal prokazatelnou srdeční ischemii. Další vyšetření laboratorní by nemohla přinést změnu v rozhodování. Stupeň postižení koronárních tepen i v případě provedení koronarografie by nebyl indikací k intervenci. Internista při vyšetření doporučil další ambulantní sledování, nelze jej vinit z pozdní či žádné realizace tohoto doporučení. Protože při patologicko-anatomické pitvě nebylo provedeno toxikologické vyšetření, nepovažuje Čestná rada za vhodnou spekulaci o možné příčinné souvislosti s experimentem s drogou, kterou pacient sám uvedl. Čestná rada se v plénu ztotožňuje s výrokem RK OS ČLK a rozhoduje, jak výše uvedeno.“

# Odkud jsme vyšli, kdo jsme, kam směřujeme?

*Poznátky z XXI. sjezdu ČLK, reformní kroky ministra a články kolegů v Tempus medicorum 12/2007 mne přiměly k sepsání úvahy s poněkud dramatickým názvem.*

Především pocítuji nutnost vyjasnit si elementární výchozí pozice. A to z pohledu stavovského, ale, a to budu ve svém příspěvku opakovaně zdůrazňovat, především z pohledu celospolečenského.

## Pravý smysl každý nechápe

Pokud se podíváme zpět k listopadu 1989, mohla být česká společnost či český lékařský stav zásadně jiný? Historik či sociolog by určitě odpověděl, že v zásadě ne. Po dlouhých 50 letech deformací a relativizace etiky, systematického „mýcení“ duchovní a mravní elity národa to z objektivních důvodů ani nemohlo být jinak. Jinak řečeno, národ i stav ztratil demokratické instinkty.

Sice došlo z nostalgie k první republice k obnově lékařské komory, ale její pravý smysl chápal málokdo. Ani dnes není velké většině lékařů zřejmý význam ČLK, tím více to platí o laické veřejnosti a politické reprezentaci především.

Lékařské komory s jejich širokými kompetencemi, včetně možnosti tvorby podzákonných norem, se v civilizovaných a demokratických zemích nekonstituuje pro lékaře. Ne, lékařské komory mají tak silné zákonné ukotvení, aby sloužily především všem občanům! Již Franz Josef I. přišel na to, že nikdo z jeho střídajících se ministrů nevytvoří hodnověrnější, erudovanější a především stabilnější medicínské standardy než lékařská komora s jejími vnitřními, zákonem danými demokratickými mechanismy. Z toho pramenila nezpochybnitelná vážnost komory a s ní i jejích členů.

Když se v demokratické zemi komora na základě vnitřních mechanismů usnese, že pro poskytování zdravotnické péče jsou potřebné určité nepodkročitelné prostorové, technické a především personální předpoklady, nikdo z laiků je nezpochybňuje. Z toho se ale v demokratických podmínkách volného pracovního trhu dají vcelku jednoduše vypočíst i potřebné mzdové náklady. A to je nejučinnější ochrana našich stavovských zájmů!

## Trvalý pokus ovládnout ČLK

Jaká je naše současnost? Zákonem č. 220/91 Sb. byla sice komora obnove-

na, její kompetence ale byly polovičaté a k dnešnímu dni postupnými „vylepšeními“ Parlamentu ČR téměř vynulované. Ale především, zřejmě promyšleně, byl do ČLK zanesen „virus hašteřivosti“ tím, že byla vyloučena z dohadovacích řízení o úhradách.

Nám všem dobře známé: divide et impera. Když jde o peníze, dohadají se sousedé, bratři – proč ne lékaři? Tak o našich penězích rozhodují při dohadovacích řízeních občanská sdružení legislativně na úrovni zahrádkářů, s pochybnou vnitřní strukturou. Přesto si jejich představitelé uvědomují pevnější právní ukotvení ČLK, a proto trvalý zápas o její ovládnutí. To k legitimitě vnitřního života ČLK patří. Nelegitimní jsou ale snahy různými způsoby komoru zrušit, pokud se její ovládnutí nezdaří!

ČLK možná přílišným zdůrazňováním lékařských zájmů na úkor zájmů celospolečenských svůj potenciál pro tuto chvíli částečně protaktivovala. Nicméně hlavní důvody, proč se i v podmínkách dlouhodobého podfinancování dařilo držet vysoký výsledkový standard našeho zdravotnictví, hledejme jinde. I po listopadu 1989 trvala dlouhá léta uzavřenost našeho trhu zdravotnických pracovníků.

## Až se otevře evropský trh...

Situace se prudce začala měnit po vstupu naší země do Evropské unie a skutečné „drama“ přijde po úplné liberalizaci evropského pracovního trhu za tři roky. Jedině pro nedostatek zdravotnických pracovníků došlo k odebrání kompetencí ČLK při schvalování personálního a technického vybavení nestátních zdravotnických zařízení a k úplnému „vygumování“ standardů. Nelze to hodnotit jinak než jako „nedospělost“ našich politiků, kteří se zatím nenaučili uvažovat déle než do nejbližších voleb. V současnosti módní akreditace od různých soukromých firem jsou pouze marketingový počín a nemají žádné zákonné ukotvení. To by měla být zpráva opět především pro občany, protože v případě pochybení zdravotnického zařízení se daleko obtížněji domáhají odškodnění.

Naše postavení skutečnělepší až otevřený evropský pracovní trh, protože zdravotnických pracovníků je v EU nedostatek. To bude znamenat nepřehlédnutelný odchod schopných a především mladších zdravotnických kádrů, tedy generace, která již není zvyklá a nepřistoupí na vrchnostens-

ský způsob jednání. Za několik málo let naši neodpovědní politici již nebudou schopni zatloukat veřejnosti pravý stav věcí a cena zdravotnického pracovníka bude strmě stoupat. Jednoduše proto, že se i u nás stane nedostatkovým „zbožím“.

Jak by měla za popsané situace postupovat ČLK? I při jednáních s panem poslancem, kolegou Šťastným, který opět inicioval diskusi o novelizaci zákona 220/91, nemůžeme ustoupit z pozice účinného garanta kvality zdravotní péče. Věřím, že přirozená demokratická evoluce naší společnosti v prostředí Evropské unie k ničemu jinému než k vytvoření na ministrech nezávislého „strážce“ kvality nemůže směřovat. Možná to nám, starším, již unaveným, připadá příliš optimistické, ale musíme přistoupit na posuzování společenské problematiky optikou historika, tj. nadgeneračně.

ČLK má samozřejmě ale i své „dluhy“. Mám na mysli především to, že jsme i se svým aparátem již dávno nenabídlí občanské společnosti hodnověrný, ucelený a propracovaný model našeho zdravotnictví. Model, který by vycházel z historické tradice, z které se odvozuje i naše sociologické a voličské portfolio. Model, který by reflektoval současnost vyspělejší části EU s jejím nezpochybnitelným sociálním akcentem, ale který by korigoval naši současnou nekritickou a plýtvavou solidaritu, jako relikvium komunistického nerealistického a věcného nesmyslu. Model, který by nebylo možno podezírat ze sociálního inženýrství a který by nebyl poznamenaný českým mesiášstvím, podobně jako „socialismus s lidskou tvář“ či „kupónová privatizace“.

## Rozptýlit pochybnosti

Musíme svým kolegům především na stránkách Tempus medicorum opakovaně vysvětlovat prapůvodní smysl komory a do „lidské mluvy“ přetlumočit paragrafy, které řídí naši vnitřní činnost. A snažit se tak rozptýlit pochybnosti o legalitě fungování ČLK. Je nutno po diskusi zavést a zveřejnit jednotný přístup k výběrovým řízením, ke kterým jsme ještě zvaní, a předejít tak podezřením z klientelismu uvnitř ČLK.

S tím se ale jako demokrat z nehlubšího přesvědčení nemohu spokojit. Především proto jsem se i já zapojil do diskuse a pokouším se svým vysvětlením přispět k jasnějšímu náhledu na naši společnou věc.

Stanislav Štuřavský, soukromý chirurg, Vsetín

## Stručný přehled dějin rozkladu karlovarské „krajské“ nemocnice

Vzhledem k tomu, že celostátní média (vč. tištěných), a to ani veřejnoprávní, neinformují veřejnost přiměřeně, ba některá dokonce vůbec o situaci v Karlovarské krajské nemocnici (kterou považujeme za dějinně bezprecedentní a současně za precedens hrozící nemocnicím ostatních oblastí), rozhodli jsme se věc vyložit v našem časopise. Záznam průběhu demonstrace před krajským úřadem tak, jak probíhala (v porovnání s tím, jak byla veřejnoprávní televizi podána), jsme zpřístupnili na [www.tv-duha.cz/demonstrace.wmv](http://www.tv-duha.cz/demonstrace.wmv).

Na podzim 2005 přichází kraj se záměrem spojit tři původně okresní nemocnice našeho kraje (z nichž jediná karlovarská do té doby hospodařila dlouhodobě vyrovnaně) do akciové společnosti s názvem Karlovarská krajská nemocnice, a. s. (navzdory soustavnému hlasitému nesouhlasu odborné veřejnosti vyjádřenému též petičně). Protože se kromě názvu nic jiného nezměnilo, nemocnice se tím (pouhým spojením tří okresních pod jednu akciovou střechu) – jaké překvapení? – krajskou nestala.

K její správě je podezřelým výběrem namata Česká zdravotní, a. s. (jedno z chapadel Perglovy lobby se vztahem k Erste Corporate Finance/Erste Bank, mocné skupině Penta etc). Jak nešťastně prozradí prof. Köck rakouskému tisku, byl prý náš kraj vybrán (s vědomím vládnoucí politické garnitury, či dokonce na její zadání?) k ověření, jak snadno lze provést plíživou privatizaci nemocnic (přechodem na a. s., snížením jejich účetní hodnoty zadlužením a nakonec odkoupením pohledávky strategickým partnerem). Pro svou neobratnost musí ihned z představenstva odejít.

Od počátku roku 2007 se projevují dopady (skutečné či předstírané?) neschopnosti správců na všech polích: postupně odcházejí zdravotníci, zhoršují se provozní podmínky, snižuje se jakost zdravotní péče, ustává obnova stárnoucích přístrojů. Zprvu nenápadný exodus sester a lékařů (několikrát se obmění primáři na interním a chirurgickém oddělení v Sokolově i v Chebu, gynekologii v Karlových Varech) sílí a rozkolísá stálost již tak křehkých týmů. To vede k nutnému omezení provozu řady oddělení (ORL K. Vary, TRN K. Vary, neurologie K. Vary) a/nebo trvalému uzavření lůžkových stanic (interna K. Vary, Sokolov a Cheb, chirurgie K. Vary, Sokolov a Cheb). V některých případech se nekonceptně uzavřou celá oddělení (neurologie Cheb, ORL Sokolov) a odcházejí týmy specialistů. Toto selhání je posléze vydáno za zamýšlené, přezváno „restrukturalizací“ a prohlášeno za koncepci s krycím názvem „optimalizace lůžkového fondu“.

V polovině roku 2007 se již ekonomické hroucení (propad o 40 milionů místo slibované úspory 5% obrátu) nedá skrýt. „Řešení“, s nímž správci v tomto okamžiku přijdou, je svou nehorázností až úsměvné: nařizují snížit rozpočty o 50%, aniž se mění objem poskytované péče. Máme tedy rozpočítat současně se vynořují indicie (faktury účelově založené fy Zdravotní distribuční, a. s., se vztahem k České zdravotní) vyvádění peněz předražením zdravotnického materiálu (až o téměř 80%) a také služeb, navíc nadbytečných, ba zbytečných.

To vede primáře k sepsání petic (IX+XII/07), jimiž oznamují kraji, který nemocnice vlastní, naprosté selhání jejich správy, a to na všech frontách. Pod vlivem mediálního tlaku slibují představitelé kraje neprodloužit

České zdravotní smlouvu a omezit selhavším správcům pravomoci do jejich výměny.

Přesto se Česká zdravotní ještě na sklonku roku pokusí pronajmout hemodialýzu hluboko pod cenou, vybrat kuchyňský provoz a provést tendr intenzivní péče za 31 milionů (ač pro ni chybí personál, tím spíše vzdělaný, i prostor, kde ji provádět). Čin je o to bizarnější, že do té doby se nákupy – a to i k obnově nutných – přístrojů zastavily. A když kraj navíc svěří výběr následníků (s ostudou) odcházejícím, nikoho nepřekvapí, že z něj (koncem roku 2007) navzdory hlasitým protestům zaměstnanců vzejdou jako – fénix z popela – pohrobci vedení minulého. Proto dojde k l. 1. 2008 k rezignaci 15 primářů (z celkem 18) na vedoucí funkce. Vrchní sestry je následují.

„Normalizační“ praktiky staronového vedení, kdy jsou „rebelujícím primářům“ ihned předloženy výpovědi, ačkoliv jde o nenahraditelné odborníky, vedou k hromadnému podávání výpovědí lékařů a sester celé karlovarské nemocnice.

LOK uspořádá před krajským úřadem demonstraci, již se účastní 1600 zdravotníků a občanů. Hlavními požadavky jsou:

1. prošetřit hospodaření (z hlediska jeho výhodnosti pro nemocnici) bývalých správců,
2. odvolat z orgánů společnosti osoby diskreditované kolaborací s nimi,
3. dekonstrukce samotné obchodní společnosti (pro její úplné selhání).

Naše požadavky podporují odborové organizace i sokolovské a chebské nemocnice, republiková organizace LOK a petičně (cca 3000 podpisů) také pacienti.

Hejtman se demonstrace neúčastní, a ačkoliv je největší od listopadu 1989, nazve ji pouhou „taškařicí“.

K dnešnímu dni je podáno 280 výpovědí k 31. 1. 2008. Dojde-li ke katastrofickému scénáři, zůstane karlovarská nemocnice 1. dubna prázdná. Zoufalá neschopnost politiků (především ODS) situaci chápat, naprostý nezáměr ji řešit i jejich rétorika děsí svou podobou s předlistopadovým režimem. Plivnutím do tváří zdravotníků je pak zvolení „trojjetné“ dr. Procházkové (předsedkyně představenstva a. s. a ředitelky sokolovské nemocnice, která s Českou zdravotní kolaborovala) do funkce lékařské ředitelky „krajské“ akciové nemocnice.

Podrobnější informace o průběhu krize v nemocnici v Karlových Varech najdete na internetových stránkách

[www.za-zachranu-nemocnice.kvalitne.cz](http://www.za-zachranu-nemocnice.kvalitne.cz).

Primáři karlovarské nemocnice









## Úmrtí našich kolegů

V úterý 1. ledna zemřel ve věku 81 let jedinečný a vzácný člověk MUDr. Jiří Nájemník, bývalý primář dětského oddělení nemocnice v Sokolově. Všichni, kdo jsme ho znali, jsme vždy nejen žasli nad jeho nezměrnou lidskostí, ale také jsme často čerpali z jeho neobyčejné laskavosti, trpělivosti, kamarádství, nezištnosti, z jeho obrovského smyslu pro pořádek, pro demokracii a pro fair play hru, jak na pracovišti, tak v soukromí.

Do posledních chvil byl milovníkem života, lačně přijímal všechny zajímavé podněty z oblasti medicíny, společenského života, ale zajímaly ho také všechny naše lidské a soukromé radosti a starosti. Vždy se s ochotou plně angažoval v jakémkoliv směru odborném nebo osobním.

*Petr Pudil*

Se zářutkem oznamujeme, že nás dne 7. prosince 2007 náhle opustil ve věku 56 let MUDr. Vratislav Chudoba, primář Oddělení radiodiagnostiky Městské nemocnice Ostrava.

*Hana Cimerová, kancelář OS-ČLK Ostrava*

Hledám práci v ordinaci PL na delší zástupy po celé letní prázdniny, i v kuse, na zimní prázdniny, během vaší delší dovolené, delší nemocenské. S výhledem na event. převzetí ordinace v dalších letech. S možným užitím akupunktury, celostní medicíny, není podmínkou. Atestace a licence, certifikáty mám. Pouze město Praha. Tel.: 596 112 075, 731 109 490

Hledám pediatra na dlouhodobý zástup do ordinace PLDD v okrese Český Krumlov od dubna 2008, tel.: 605 554 333

Zástup PL pro dospělé, po dobu letních prázdnin, ev. delší PN, i pravidelně 1x týdně. Atestaci I. st., licenci mám. Dlouhá praxe. Jen město Ostrava. Tel.: 596 112 075

Zastoupím praktického lékaře pro dospělé, dorost, jen v Praze – po dobu letních prázdnin, event. po domluvě i jiný delší zástup. Atestace všeobecné lékařství I. st. s licenci, pediatrie I. st. s licenci. Dlouholetá praxe. Tel.: 731 109 490

Hledám zástup do soukromé dermatologické ordinace v centru Prahy v době od 15. 5.–15. 6. 2008. Tel.: 724 024 464

## Prodej a koupě

Prodám starší EKG přístroj, zn. Chiracard, plně funkční, pravidelně servisovaný, větších rozměrů. V ceně náhradní díly a EKG papír na několik let. Cena celkem 3000 Kč. Tel.: 606 490 504

Levně prodám vyšetřovací gynekologický stůl z r. 1985, funkční sterilizátor se 40 poševními zrcadly, kolposkop a lékařskou váhu, nástroje na drobné výkony zdarma. Tel.: 495 538 603

Prodám funkční UZ přístroj KRETTZ Combison 310 A, abd. a vag. sonda, levně. Tel.: 608 828 582

Prodám nepoužitou chirurgickou odsávačku, typ CHO4, rok výroby 1998. Kontakt: szu@post.cz

Koupím síťový elektrokauter na drobné kosmetické zákroky. Tel.: 354 602 967

## Pronájem

Trvale a velice výhodně pronajmu jednu až tři plně vybavené ordinace se zázemím na Smíchově. Nejvhodnější pro rehabilitaci, psychiatrii, psychologii nebo alternativní medicínu. Dobrá lokalita, cena dohodou. Při rychlém jednání sleva. Tel.: 774 553 819

Trvale pronajmu ordinaci o velikosti 90m<sup>2</sup> ve zdrav. středisku v Teplicích-Prosetiích. Dříve gynekologická ordinace. Tel.: 777 224 309

Nabízím pronájem dvou ordinací a čekárny včetně kompletního zázemí v nově rekonstruované třípatrové vile situované na atraktivním místě v centru Olomouce. V objektu jsou ordinace praktického lékaře a dalších specialistů, lékárna s „drive-in“ pro invalidy a edukační středisko. Vila má výbornou dopravní obslužnost (autobusy, tramvaje) a vlastní parkoviště. Cena pronájmu 2500 Kč/m<sup>2</sup> ročně. Další informace: info@vilazdravi.cz, www.vilazdravi.cz nebo 585 225 504 případně 588 500 566

Pronajmeme od února 2008 ordinaci ve zdravotnickém zařízení LPC Eden, Vršovičská 75a, Praha 10. Další informace a domluva prohlídek pí. Žáková, 736 603 557

## Různé

Přenechám zavedenou chir. praxi v centru P 3. 1 ordinární místnost, spol. sádrovna a operační sál. Informace na tel.: 603 733 510

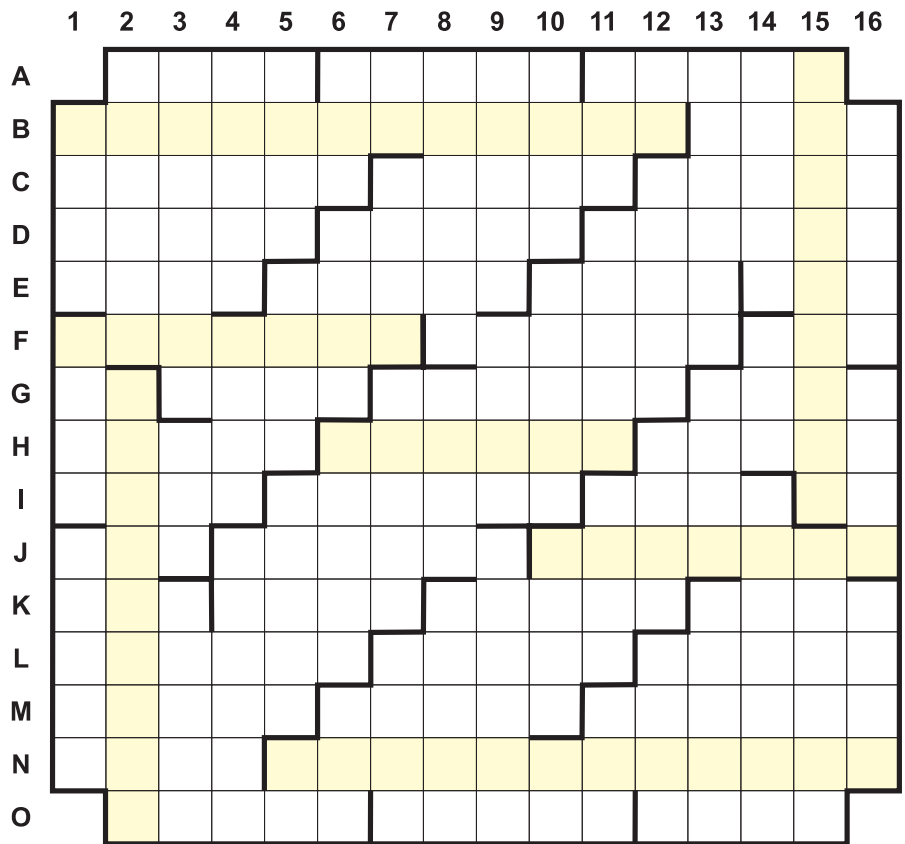
Přenechám dle dohody dlouhodobě dobře zavedenou psychiatrickou ambulanci na Velkém náměstí – centrum Písku. Kontakt: 723 289 249

Odkoupím nebo převezmu dobře zavedenou endokrinologickou nebo endokrinologicko-interní ambulanci. Nabídněte. Tel.: 776 088 118

Přenechám dobře zavedenou chirurgickou ordinaci na Praze 10. Volejte na tel.: 605 122 082

Prodám zavedenou ortopedickou ambulanci v Brně. Tel.: 604 558 322

## Křížovka o ceny



**VODOROVNĚ: A.** Anglicky „pumpa“; vztek; organismus potřebující k životu vzdušný kyslík. – **B. 6. díl tajenky;** radioaktivní prvek. – **C.** Sběrka starořířských svatých knih; záměry; strach. – **D.** Zahradní besídka; popěvek; tavením spojit. – **E.** Český klavírista; trubky; nadšení; a sice. – **F. 7. díl tajenky;** starověcí obyvatelé Malé Asie; měkkýš. – **G.** Citoslovce rozmrzelo; pes (hanlivě); bukanýři; přijice. – **H.** Žádný člověk; **3. díl tajenky;** domácky Vendelín. – **I.** Pařížské letiště; šípový jed; ozdobná spona; pokud (slovensky). – **J.** Český houslista; citoslovce střelby; **1. díl tajenky.** – **K.** Jednotka energie; sídlo v Alžírsku; kladné elektrody; slovensky „květ“. – **L.** Druh fólie; podoby; malý horský kůň. – **M.** Malá část obličeje; zbožné úcty; výdělek (nářečně). – **N.** Bývalý bulharský panovník; **5. díl tajenky.** – **O.** Ženské jméno; honec oslů; trnitý strom.

**SVISLE: 1.** Německy „pár“; usušená tráva; řeka protékající Paříží. – **2.** Ruský fyziolog; **2. díl tajenky.** – **3.** Vedle tretek sádrový trpaslík; kyjovitý slizniční útvar; dvakrát snižený tón. – **4.** Mešní kniha; řada pokrmů při hostině; nadání. – **5.** Zkratka pentae-rythritol tetranitratu; značka dlaždic; indiánský náčelník (zastarale); značka oerstedu. – **6.** Spodky nádob; pouzdro na šípy (zastarale); hlesat (expresivně); sídlo v Íránu. – **7.** Zkratka oděvní tvorby; pružná větev; zápasnický chvat; tihle. – **8.** Polovina archu; způsob barvení textilu; líc mince. – **9.** Letopisy; státní pokladna; mužské jméno. – **10.** Sibiřský veletok; patra; plavidla z kmenů; ano. – **11.** Spojka; část Stockholmu; strasti; svit. – **12.** Iničiály zpěvačky Olmerové; roztáti (řídce); sondy do země; prezident protektorátu Čechy a Morava. – **13.** Dolované; Janáčkovo jméno; ruské město. – **14.** Slovenská řeka; Kartagince; tvořená živcem. – **15. 4. díl tajenky;** nezmenšit se. – **16.** Neřkuli; krátké kabáty; plk.

**Pomůcka:** Asen, Azaz, ikat, PETN, Púr, Slite, zároba.

V Tempus medicorum 12/2007 jsme hledali výrok z knihy Miloslava Urbana *Breviř úspěšného lékaře: Anesteziolog je individuum tajuplné, tiché, nejspíš se bojící, aby se mu pacient nevbudil.*

Detektivku *Kroky vraha* od spisovatelky Michaely Klevisové získává deset šťastných luštitelů, které jsme vylosovali: **Robert Beran**, Ostrava-Poruba; **Zdeněk Brát**, Trutnov; **Irena Grabovská**, Jeseník; **Markéta Chlupáčová**, Praha 2; **Eva Jánská**, Plzeň; **Zuzana Knedlíková**, Hradec Králové; **Roland Marek**, Brno; **Josef Nedvěd**, Karviná 7; **Petr Slabý**, Brno; **Jitka Zouharová**, Přerov.

Na správné řešení tajenky z čísla 01/2008 čekáme na adrese [recepc@clk.cz](mailto:recepc@clk.cz) do **10. února 2008!** Hodně štěstí!