



# TEMPUS MEDICORUM

1/2016  
ROČNÍK 25

ČASOPIS ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY



DÁLE V TOMTO ČÍSLE:

Nízké mzdy znamenají nekvalitní veřejné služby

Lékař a pacient v moderní medicíně

Budoucnost zdravotnické záchranné služby

Jaké budou úhradové dodatky pro rok 2016

Ministr Radziwiłł hovoří o problémech polského zdravotnictví

Mladí lékaři, ozvěte se!

5. výročí akce „Děkujeme, odcházíme!“  
Kdy v Česku skončí levná práce?



## Páté výročí akce „Děkujeme, odcházíme“

V těchto dnech si připomínáme, alespoň tedy někteří z nás, páté výročí akce „Děkujeme, odcházíme“, jejímž cílem nebylo vyhnat lékaře do zahraničí,

ale zlepšit jejich pracovní a finanční podmínky tak, aby naopak již neměli důvod nikam odcházet. Tato největší protestní akce lékařů, která se uskutečnila v novodobé historii naší země, ukázala, jakou sílu by mohli mít lékaři, pokud bychom dokázali být jednotní alespoň v těch nejzákladnějších věcech, jako je například cena naší práce. Při organizaci protestní akce, která dodnes slouží jako zdroj inspirace pro zdravotníky v dalších postkomunistických zemích, jsme si ale zároveň ověřili, jak obtížné je vybudit lékaře z letargie a přimět je k tomu, aby udělali něco pro prosazení svých vlastních práv a zájmů. Výsledkem akce nakonec bylo největší jednorázové zvýšení platů pro všechny lékaře pracující v nemocnicích. Kromě frustrace z toho, že pětina statečných lékařů vybojovala peníze nejenom pro pasivní kolegy, ale i pro aktivní stávkokazy, jsme si navíc odnesli ponaučení, že politikům není radno věřit. Jakmile ministr Heger přestal mít pod krkem pomyslný nůž v podobě výpovědi několika tisíců lékařů, při nejbližší příležitosti nás podvedl a jeho vláda přestala své závazky plnit.

Současná vláda se k nám sice chová slušně, ale její představa, že zvýšení platů o 5 % zastaví odchody lékařů do Německa, Velké Británie a dalších zemí, kde za obdobnou práci s mnohem menším množstvím přesčasových hodin dostanou čtyřnásobně více zapláceno, je naivní. Stejně naivní je ovšem představa, že politici nesoucí zodpovědnost za financování zdravotnictví pod tíhou našich argumentů náhle prohlédnou, zastydí se a prosadí potřebné zvýšení platů lékařů a ostatních zdravotníků. Proč by to, proboha, dělali? Vždyť systém, který my zdravotníci čtvrt století dotujeme na úkor ohodnocení své vlastní práce, stále

nějak funguje a pacienti-voliči jsou s ním jakžtakž spokojeni.

Delegáti listopadového sjezdu komory drtivou většinou přijali usnesení, že lékaři odmítají nadále na úkor svých příjmů dotovat zdravotnictví v České republice. Komora požaduje pravidelné zvyšování ceny práce lékaře v seznamu zdravotních výkonů minimálně o 10 % každý rok a upozorňuje, že i při splnění této podmínky dojde k dorovnání ceny práce lékaře na reálnou úroveň nejdříve za 15 let. Pravidelná valorizace ceny práce lékaře je základní podmínkou pro zvyšování platů a mezd lékařů, bez kte-

ré není možno zastavit odchody lékařů z ČR do zahraničí.

Komora rovněž požaduje sjednocení způsobu odměňování lékařů pracujících v nemocnicích, a to buď zá-

vazností tarifních platových tabulek pro všechny poskytovatele lůžkových zdravotních služeb, kteří mají smlouvy s pojišťovnami, nebo vytvořením speciální tarifní tabulky pro lékaře a zdravotníky. Požadujeme schválení příslušné novely zákoníku práce, případně přijetí samostatného zákona o odměňování lékařů, který by zaručil důstojnou odměnu za práci a její pravidelnou valorizaci, podobně jako je tomu u soudců a státních zástupců. Jen tak lze totiž zabránit odchodu lékařů do zahraničí.

Bez ohledu na to, jak oprávněné jsou naše požadavky, zůstanou všechna tato usnesení pouhým plácnutím do vody, pokud se alespoň nepokusíme prosadit si jejich splnění silou. Vzpomínaná akce „Děkujeme, odcházíme“ stoprocentně potvrdila platnost zásady, kterou se řídím již mnoho let: S politiky se sice většinou jedná dobře, ale s politiky, kteří jsou pod tlakem, se přesto jedná mnohem lépe! Když jsem na sjezdu předstoupil před jeho delegáty se svým programem a žádal jsem je o důvěru, upozorňoval jsem, že vyjednat se dá pouze o parametrických úpravách současného nevyhovujícího systému. Zásadní kvalitativní změny si musejí lékaři, v případě vzájemné spolupráce i ostatní zdravotníci, aktivně vybojovat sami. Komora je připravena je vést, ale její funkcionáři sami při nejlepší vůli nic nezmohou.

Milan Kubek

## OBSAH

### CENA PRÁCE 3-9

Konec levné práce v České republice  
Co si Češi koupí za hodinovou mzdu  
Milan Kubek: Nízké mzdy znamenají nekvalitní veřejné služby

### ETIKA 10-11

Konference ČLK: Lékař a pacient v moderní medicíně

### ZÁCHRANNÁ SLUŽBA 12-14

Kdo zachrání záchranku?

### ÚHRADOVÉ DOTATKY 15-17

Jaké budou úhradové dotatky pro rok 2016?

### ZAHRAŇIČÍ 18-19

Ministr Radziwiłł: Problémy polského zdravotnictví

### KAZUISTIKA 20-24

Případ (ne)porušení mlčenlivosti

### SPECIALIZAČNÍ VZDĚLÁVÁNÍ 25

Jak dál se systémem atestačních oborů

### FEJTON 26-27

Prof. Žaloudík: Nizozemské reformy a česká tabu

### NÁZORY 28-29

O nás

### PRÁVNÍ PORADNA 30-35

Nový nálezk Ústavního soudu k úhradové vyhlášce

Vy se ptáte, právník odpovídá  
Poradna pro soukromé lékaře

### MLADÍ LÉKAŘI 36

Monika Hilšerová: Kolegyně a kolegové, ozvěte se!

### SERVIS 38-43

Vzdělávací kurzy ČLK  
Inzerce  
Křížovka

## MĚSÍČNÍK TEMPUS MEDICORUM

Vydává: Česká lékařská komora, Lužická 419/14, 779 00 Olomouc  
Registr. číslo MK ČR 6582 • ISSN 1214-7524 • IČ 43965024  
Adresa redakce: Časopis ČLK, Lékařská 2, 150 00 Praha 5  
tel. +420 257 217 226 • fax +420 257 220 618 •  
recepce@clkcr.cz • www.clkcr.cz  
Šéfredaktor: MUDr. Milan Kubek  
Redakční zpracování: EV public relations, s. r. o., Praha  
Odpovědná redaktorka: PhDr. Blanka Rokosová  
Příjem příspěvků: blanka.rokosova@ev-pr.cz  
Pro Českou lékařskou komoru připravuje: Mladá fronta a. s.  
Generální ředitel: Ing. David Hurta  
Ředitel divize Medical Services: Karel Novotný, BA (Hons)  
www.medical-services.cz  
Grafická úprava, sazba: Jan Borovka  
Inzerce: inzerce-tempus@clkcr.cz  
Reditelka distribuce a výroby:  
Soňa Štarhová, tel. 225 276 252, e-mail: starhova@mfc.cz  
Tisk: EUROPRINT a. s.

Uzávěrka čísla 1: 13. 1. 2016 • Vyšlo: 18. 1. 2016  
Podávání novinových zásilek povoleno: Česká pošta, s. p., odštěpný závod Praha, čj. nov. 6139/96 ze dne 22. 11. 1996  
Distribuce: Česká pošta, s. p., Postservis OZ Přeprava  
Předplatné pro nečleny ČLK 300 Kč/rok (přijímá redakce)  
Příspěvky se nemusejí shodovat se stanoviskem redakce.  
Ta si současně vyhrazuje právo na redakční úpravu textů.  
Rádková inzerce je pro lékaře do pěti řádků (včetně) zdarma.  
Větší rozsah a inzerát nelekáře je zpoplatněn. Při zadávání inzerátů je proto potřeba zadat fakturační kontaktní adresu, IČ, DIČ, telefon, e-mail.  
Bez těchto informací nebude inzerát zveřejněn.

# Konec levné práce v České republice?

**P**oložme si otázku: Proč Česká republika, jeden z nejvyspělejších států střední a východní Evropy, stát s dlouhou industriální tradicí a poměrně vysokou kvalifikační a vzdělanostní úrovní, má v rámci EU jedny z nejnižších mezd?

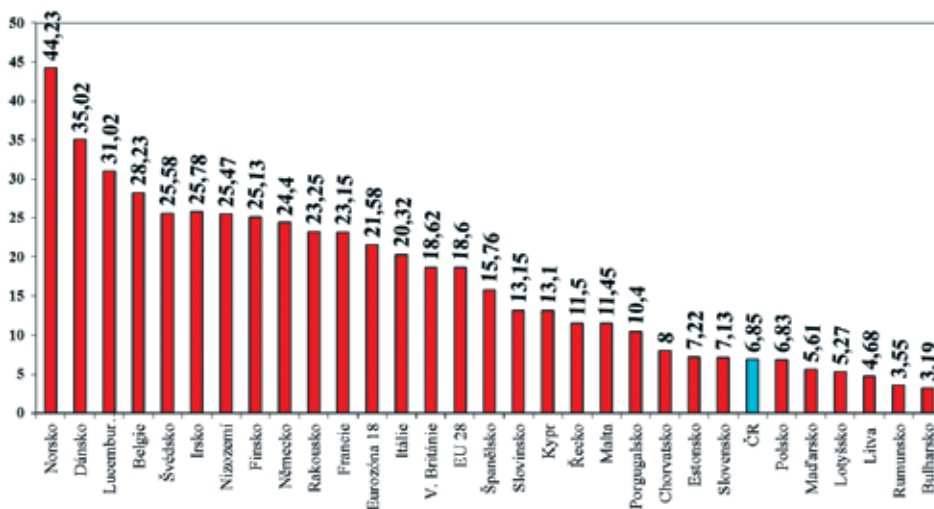
Bilance uplynulého čtvrtstoletí z pohledu lidí žijících se v České republice prací je skutečně tristní.

V roce 2014 dosáhla výše hodinových hrubých mezd (v přepočtu oficiálním měnovým kurzem) v České republice 29 % úrovně Rakouska a 28 % Německa. Jinak řečeno, za průměrnou mzdu jednoho rakouského nebo německého zaměstnance si mohou

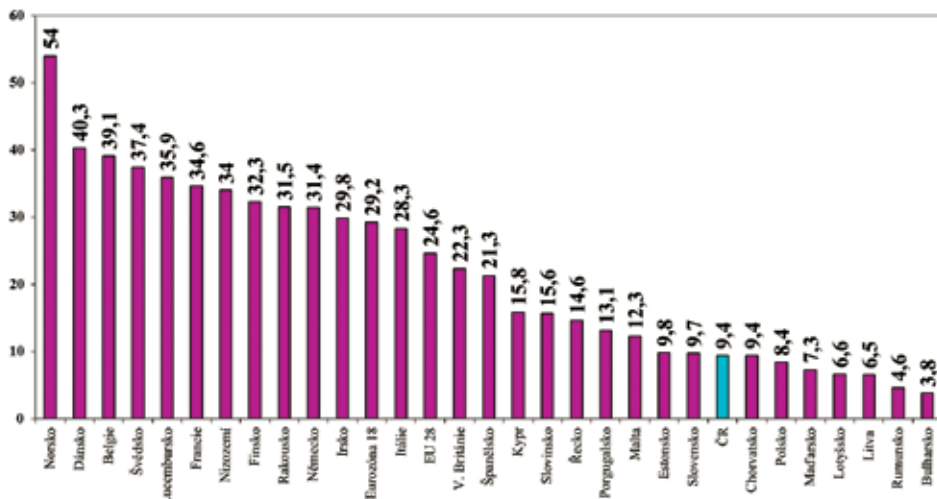


Foto: Shutterstock.com

## Úroveň nominálních hodinových mezd v roce 2014 v EU (vč. Norska, EUR/hodina)



## Náklady práce na odpracovanou hodinu v roce 2014 v EU (EUR/hodina)



firmy z těchto zemí najmout tři české zaměstnance a ještě část peněz ušetří. Přitom mnohokrát slyšíme, že mzdové náklady jsou – i při vědomí těchto relací – v české ekonomice příliš vysoké a odrazují potenciální investory. K takovým konstatacím zbývá jen jediná otázka: Kam až by měly české mzdy klesnout?

Po 25 letech se jeden z hlavních ukazatelů životní úrovně, a sice úroveň mezd (podle oficiálního měnového kurzu), dostal na necelých 30 % úrovně našich vyspělých sousedů. Je naprosto oprávněné nastolit otázku, zda jsou tyto výsledky opravdu maximem možného, nebo se spíše někde stala chyba.

### Transformační polštáře

Východí a základní příčina nízké úrovně dosahovaných mezd byla zakomponována již v samotném způsobu ekonomické transformace ČR – v nastavení tzv. transformačních polštářů:

### 10 % úrovně mezd v SRN

Východí kurz české koruny byl v průběhu roku 1990 výrazně podhodnocen pod úrovní parity kupní síly, české mzdy v kurzovém přepočtu na počátku transformace (1991) tak dosahovaly pouze zlomků úrovně západních zemí.

### Pokles reálné mzdy o 30 %

Výrazné stlačení mezd (nákladů práce) v národní měně pod úrovní produktivity práce. Cenová deregulace a inflace (56 %) vedly k znehodnocení úspor.

## Politika levné práce

Druhou příčinou nízkých mezd byla paralelně uplatňovaná politika levné práce, jejímž cílem bylo dlouhodobě fixovat nízké mzdové úrovně a úrovně nákladů práce.

- Mzdová regulace (zrušena v polovině roku 1995).
- Dlouhodobá restrikce platů ve veřejném sektoru (rozpočtová restrikce kombinovaná se specifickými systémy stanovení platů v rozpočtové sféře).
- Minimální mzda dlouhodobě zadržovaná pod úrovní životního minima a její dlouhodobé nezvyšování.
- Takzvaná studená progrese uplatňovaná při zdaňování mezd.
- Destrukce sociálního dialogu včetně omezení kolektivního vyjednávání.
- Snižování sociálních standardů.
- Redukce pracovněprávní ochrany zaměstnanců.

## Výsledky restriktivní hospodářské politiky

Ekonomický růst České republiky je dlouhodobě jeden z nejnižších ze všech nových členských zemí EU. Výkonnost naší ekonomiky (HDP/obyvatele) se za posledních sedm let výrazně vzdálila našim ekonomicky vyspělým sousedům. Vůči Německu došlo mezi lety 2007–2015 k propadu výkonnosti o více než 4 procentní body, pokles je zaznamenán i vůči Rakousku. Výkonnosti České republiky se výrazným způsobem přiblížilo Slovensko a Polsko, které zažívají dlouhodobě impozantní růst. Mezi roky 2007 a 2014 se Polsko k Česku

## Výsledky restriktivní hospodářské politiky

HDP na obyvatele v PPS (%)	2005	2007	2010	2014
ČR / EU28	80	84	81	84
ČR / Euro (18)	74	77	75	78
ČR / Německo	69	72	68	68
ČR / Rakousko	64	68	65	66
Slovensko / ČR	74	80	90	90
Polsko / ČR	61	63	76	81
Maďarsko / ČR	81	73	80	81
Slovinsko / ČR	108	104	97	99
HDP na obyvatele v kurzu (%)	2005	2007	2010	2014
ČR / EU28	46	52	59	56
ČR / Euro (18)	41	47	52	49
ČR / Německo	38	44	47	43
ČR / Rakousko	35	39	42	39
Slovensko / ČR	68	78	83	93
Polsko / ČR	60	61	62	71
Maďarsko / ČR	83	75	65	68
Slovinsko / ČR	136	130	119	122

přiblížilo o 18 procentních bodů a Slovensko o 10 procentních bodů.

Konvergence (přibližování) ČR k vyspělému jádru EU probíhá velmi pomalu, lépe řečeno téměř nicotně. Podle statistik je současná úroveň výkonnosti České republiky v porovnání s vyspělými zeměmi EU pouze zhruba o 7 procentních bodů vyšší než před 25 lety! Vyspělé státy se nám vzdalují a dříve zaostalejší země se nám naopak mílovými kroky přibližují. Česká republika přešlapuje na místě.

v úrovni produktivity ČR. Vývoj produktivity v české ekonomice se do značné míry vymyká všem ostatním novým zemím EU, v nichž naopak dochází k velmi výrazné konvergenci jak vůči ČR, tak i vůči vyspělým zemím.

## Klesající produktivitu práce doháníme prodloužením pracovní doby

Roční pracovní doba na plný úvazek je v ČR jedna z nejvyšších v EU a trvale narůstá – a to i v době ekonomické krize, kdy všechny vyspělé země EU snižují délku pracovní doby.

## Vývoj produktivity práce v ČR

(Produktivita práce na odpracovanou hodinu v paritě kupní síly, %)

	2005	2007	2010	2013
ČR / EU28	67,3	66,9	57,3	62,8
ČR / Euro (18)	60,0	59,0	52,3	55,8
ČR / Německo	52,8	51,2	44,8	49,4
ČR / Rakousko	59,8	58,8	51,0	56,5
Slovensko / ČR	96,7	93,6	102,1	97,4
Polsko / ČR	74,8	70,2	91,4	91,8
Maďarsko / ČR	85,1	81,8	102,4	102,3
Slovinsko / ČR	122,6	124,0	135,9	131,6

V ukazateli produktivity práce (HDP v paritě kupní síly na odpracovanou hodinu) jako výchozím ukazateli konkurenceschopnosti Česká republika dlouhodobě zaostává jak vůči EU 28 jako celku, tak vůči jeho nejvyspělejším členům. Relace tohoto ukazatele jednak k průměru EU 28, jednak k eurozóně (Euro18) se v letech 2005–2013 snížila téměř o 5 bodů. Ostatní nové státy EU výrazným způsobem dohánějí a předhánějí

Oproti zaměstnanci v SRN pracuje český zaměstnanec déle o téměř 3 pracovní týdny, oproti francouzskému zaměstnanci je to o 5 pracovních týdnů.

## Nízké mzdy deformují hospodářský vývoj ČR

Politika nízkých mezd (nákladů práce) a slabého kurzu měny vede k sestupné restrukturalizaci ekonomiky (směrem k nižším



## Za jak dlouho dostihnou české mzdy úroveň vyspělých zemí EU

Země / rok	Při současném kurzu a rychlosti konvergence z předchozích 10 let	Při kurzu silnějším o 10 % a rychlosti konvergence z předchozích 10 let	Při kurzu silnějším o 20 % a rychlosti konvergence z předchozích 10 let
Norsko	nikdy	nikdy	495
Dánsko	207	122	86
Belgie	185	113	80
Švédsko	147	95	68
Francie	112	76	56
Nizozemsko	113	76	55
Finsko	134	83	58
Rakousko	103	69	50
Německo	84	59	45
<b>Česká republika</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

stupňům zpracování). Česká ekonomika se profiluje jako závislý (záložní) ekonomický prostor s nižším oceněním produktu, nižší produktivitou a tím i mzdami, hledající stále levnější pracovní sílu. **Pokračování těchto procesů nebezpečně uzamkne Českou republiku v pasti chudoby.**

## Závěr

Představa, že budeme pokračovat dosavadními způsoby sblížení ekonomické úrovně, je sotva přijatelná. Vyrovnání mzdových úrovní s nejbližšími vyspělými sousedy, které by při současném tempu trvalo ještě dalších zhruba 100 let, by se totiž nedožili ani naši vnuci.

Přibližování ČR k nejspělejšími zemím EU v nákladech práce při současné struktuře české ekonomiky a kurzu koruny nemá smysluplné východisko.

Řešení je nutno založit paralelně jak ve mzdách, tak i v kurzu koruny.

**Mzdy musí v ČR růst rychleji než dosud. Zároveň je naprosto nezbytné nebránit posilování kurzu české koruny. Jen výrazné posílení kurzu koruny o zhruba 20 % dává smysluplnou šanci přiblížení mezd alespoň k sousedním zemím v časovém úseku jednoho lidského života!**

Je jasné, že proces reálného sblížení, resp. přibližování české ekonomiky vyspělým zemím EU nemůže pokračovat dosavadním tempem, protože nedává časově srozumitelnou perspektivu zarámovanou do horizontu jednoho lidského života.

Česká republika a čeští občané přece nevstupovali do Evropské unie s vidinou, že – ve zkratce řečeno – jsou a zůstanou „žebráky“ Evropy. A nebylo by dobré, aby tato vidina byla spojována s přijetím eura jako společné měny EU.

Stojíme na křižovatce a musíme se rozhod-

nout, zda budeme i nadále prosazovat politiku levné práce – levného kurzu koruny, politiku nízkých mezd, nízkých sociálních standardů, nízkých daní a nekvalitních veřejných služeb, anebo zda se vydáme cestou podpory vědy a vzdělávání, technologického rozvoje, vyšší efektivity kvalifikované práce s vyšší přidanou hodnotou, tedy cestou konkurenceschopnosti a rychlého ekonomického růstu.

Text vychází z ekonomické analýzy ČMKOS,

kteou zpracovali

**Ing. Martin Fassmann a Ing. Jaroslav Ungerma, CSc.**

## Češi si za hodinovou mzdu koupí o polovinu méně než lidé v západní Evropě

**Platy Čechů se stále nevyrovňají západní Evropě ani USA. Po zohlednění rozdílů v cenách si Češi koupí zhruba o polovinu méně. Vyplývá to z předvánočního průzkumu MůjPlat.cz na vzorku 61 750 osob.**

Server se v předvánočním porovnání platů zaměřil na ohodnocení specialistů, mezi něž patří například platy učitelů, lékařů, psychologů, právníků či novinářů. Čeští specialisté si za průměrnou hodinovou mzdu vyjádřenou mediánem nakoupí zboží odpovídající kupní síle 12,88 dolaru v USA (319 Kč).

Vánoce specialistů v USA, jejichž kupní síla za hodinu práce je až 28,44 dolaru, tak mohly být teoreticky dvakrát bohatší, než mohli mít jejich čeští kolegové.

V západní Evropě jsou platy specialistů také dvakrát vyšší než v Česku. V Německu specialisté vydělávají 25,51 dolaru na hodinu,

ve Velké Británii 20,20 a ve Francii 21,85 dolaru v paritě kupní síly na hodinu.

Skromnější Vánoce mají specialisté zemí, jako je Slovensko nebo Rusko. Na Slovensku hodinová mzda specialistů představuje 10,50 dolaru.

Zdroj: **Novinky, ČTK**



Foto: Shutterstock.com

### Hrubá hodinová mzda vybraných zemí (v USD)

Země	Specialisté	Úředníci	Služby, obchod	Kvalifikovaní pracovníci a řemeslníci
USA	28,44	13,86	9,00	15,39
Německo	25,51	16,61	13,12	18,19
Velká Británie	20,20	12,71	10,66	14,21
Francie	21,85	12,75	11,93	13,62
<b>Česko</b>	<b>12,88</b>	<b>8,76</b>	<b>7,30</b>	<b>8,59</b>
Slovensko	10,50	7,51	5,58	7,52
Rusko	7,23	4,97	3,51	5,20

Zdroj: **MůjPlat.cz a Wageindicator.org**

## Kupní síla Čechů je poloviční proti průměru Evropy – až za Slováky

**K**upní síla jednoho obyvatele Česka činí v průměru 7313 eur ročně (200 tisíc korun) a dosahuje tak úroveň 53,6 procenta evropského průměru. To představuje pro ČR 26. místo v žebříčku evropských zemí. Lépe jsou na tom Slováci i Estonci. Vyplývá to ze studie společnosti GfK.

Nejlépe jsou na tom z celé Evropy obyvatelé Lichtenštejnska, s kupní silou téměř pětinasobnou oproti průměru 42 evropských zemí zahrnutých do srovnání.

Kupní síla Slováků je podle studie o deset tisíc korun ročně na osobu vyšší než u Čechů a dosahuje 7769 eur. To odpovídá 57 procentům evropského průměru, který je na úrovni 13 636 eur (370 tisíc korun).

Těsně před Slovenskem se na 24. místě umístilo Estonsko.

Oproti loňskému roku se kupní síla Evropanů zvýšila o 4,2 procenta, což v mnoha zemích znamená růst reálných příjmů. Podle Evropské centrální banky v roce 2015 dosáhne inflace v Evropě hodnoty 0,2 procenta.

Disponibilní příjmy spotřebitelů se výrazně liší v závislosti na oblasti a zemi. Ve státech jižní a východní Evropy se kupní síla zvýšila i navzdory ekonomické krizi. Přesto



však tyto země značně zaostávají za svými západno- a severoevropskými protějšky.

Stojí za povšimnutí, že z hlediska rozložení kupní síly nespadá téměř žádná země do evropského průměru – země jsou s relativně velkým odstupem buď pod ním, nebo nad ním. Jediným státem, který se okolo něj pohybuje, je Španělsko s kupní silou 13 203 eur (360 tisíc korun) na osobu, uvedla studie.

Zdroj: (tov) Novinky

**Země s nejvyšší kupní silou na obyvatele za rok 2015**

Pořadí	Země	Kupní síla na obyvatele za rok 2015 v €	Evropský index (evropský průměr = 100)
1.	Lichtenštejnsko	64 900	475,9
2.	Švýcarsko	43 514	319,1
3.	Norsko	30 265	221,9
4.	Lucembursko	28 775	211,0
5.	Dánsko	22 794	167,2
6.	Velká Británie	22 289	163,5
7.	Rakousko	22 067	161,8
8.	Německo	21 449	157,3
9.	Island	21 259	155,9
10.	Švédsko	21 246	155,8
	<b>Evropa (průměr)</b>	<b>13 636</b>	<b>100,0</b>
25.	Slovensko	7 769	57,0
<b>26.</b>	<b>Česká republika</b>	<b>7 313</b>	<b>53,6</b>

Zdroj: GfK Purchasing Power 2015



Kupní síla je ukazatelem disponibilního příjmu na obyvatele (včetně dávek) po odpočtu daní a příspěvků na charitu. Studie udává úroveň kupní síly na obyvatele a na rok v eurech. Při posuzování umístění zemí v žebříčku je nutné brát v potaz směnný kurz mezi eurem a dalšími měnami. Reflektuje nominální disponibilní příjmy populace, což znamená, že hodnoty nejsou očištěny od inflace.

# Nejčastější dotazy a odpovědi na téma profesní odpovědnost lékařů

2. část

Dotazy, které jsem od vás shromáždila, se nejčastěji týkají zvýhodněného programu pojištění od Kooperativy. Ve druhé části svých odpovědí se budu věnovat oblasti odpovědnostních pojištění, v dalším čísle časopisu Tempus medicorum se zaměřím na dotazy z oblasti pojištění nemovitého majetku sloužícího k provozu lékařské praxe.

**V pojistné smlouvě je napsáno, že se pojistné plnění vztahuje retroaktivně i na proplacení soudních výloh. V roce 2009 jsem byl obžalován za úmrtí novorozence po porodu. Soud se táhl 5 let a nakonec jsem byl zproštěn viny. Vztahuje se pojistné plnění i na tento můj případ?**

V nastíněné situaci není úhrada nákladů na obhajobu v trestním řízení z pojištění možná. Případné krytí nákladů na obhajobu pojištěného v trestním řízení by přicházelo v úvahu pouze v situaci, kdy by proti němu v souvislosti s údajným pochybením, pro které byl trestně stíhán, byl současně také poškozeným uplatněn nárok na náhradu škody (újm) a pojištěný, v souladu se svými povinnostmi vyplývajícími z pojistných podmínek, již tehdy bez zbytečného odkladu oznámil pojistiteli jak uplatnění nároku na náhradu újmy, tak skutečnost, že proti němu bylo zahájeno trestní stíhání.

**Je pravda, že náklady právního zastoupení jsou hrazeny pouze v případě trestního řízení? Lze smlouvu doplnit i o hrazení nákladů za náklady řízení civilního?**

Součástí pojištění je mimo jiné také náhrada tzv. nákladů právní ochrany, a to v následujícím rozsahu:

Pokud pojištěný splnil všechny povinnosti uložené mu v souvislosti se vznikem škodné události pojistnou smlouvou, pojistnými podmínkami a právními předpisy, je pojišťovna povinna uhradit vynaložené náklady řízení o náhradě újmy před příslušným orgánem, náklady na obhajobu v trestním řízení vedeném proti pojištěnému v souvislosti se škodnou událostí a náklady mimosoudního projednávání nároku poškozeného na náhradu újmy, pokud se k tomu písemně zavázala.

Náklady právního zastoupení a obhajoby, které přesahují mimosmluvní odměnu advokáta v ČR stanovenou příslušnými právními předpisy, je pojistitel povinen uhradit pouze, pokud se k tomu písemně zavázal.

Pojistitel nehradí náklady, jestliže byl pojištěný v souvislosti se škodnou událostí uznán vinným úmyslným trestním činem. Pokud již pojistitel tyto náklady uhradil, má proti pojištěnému právo na vrácení vyplacené částky. **Nejde tedy jen o náhradu nákladů na obhajobu v trestním řízení, ale i o náhradu nákladů „civilního“ řízení o náhradě újmy.**

**Jak se vyřizuje profesní pojištění do zahraničí (EU), když už mám profesní pojištění v ČR? Lze to nějak rozšířit? Jedná se o měsíční pobyt.**

Profesní odpovědnost lze sjednat pouze na území ČR. Jiný územní rozsah pojištění nelze v rámci pojištění uzavíraného na základě rámcových dohod uzavřených mezi Kooperativou a Českou lékařskou komorou sjednat.

**Je pravda, že pokud soud přizná peněžitou náhradu pacientovi a já se neodvolám, tak pojišťovna neplní?**

Pojistné podmínky ukládají pojištěnému, proti kterému je vedeno řízení o náhradě újmy, povinnost podat opravný prostředek, včetně odporu, pokud se s pojistitelem nedohodne jinak. V případě porušení této povinnosti není pojistitel povinen poskytnout pojistné plnění. Je nutné vždy informovat pojistitele, pojistitel může vstoupit do soudního řízení. Likvidátor poradí, zda se odvolat či ne.



**Uznáváte závěr revizní nebo disciplinární komise České lékařské komory, nebo Kooperativa vyžaduje soudní rozhodnutí?**

K prokázání odpovědnosti pojištěného a pro poskytnutí pojistného plnění a priori není nezbytné předchodí soudní řízení, resp. rozhodnutí. Výjimku v tomto směru tvoří náhrada nemajetkové újmy, která nemá původ v předchozí újmě na zdraví (např. nemajetková újma způsobená nedbalostním únikem údajů ze zdravotnické dokumentace), u které je podmínkou krytí předchozí přiznání peněžité náhrady pravomocným rozhodnutím soudu.

**Mohu zaměstnávat manželku či dceru?**

Mezi manželi skutečně nemůže vzniknout pracovněprávní vztah, mezi rodičem a dítětem vyloučen není. Neexistuje právní překážka pro to, aby právnická osoba zaměstnala manželku či dceru svého společníka. Je ale třeba dodat, že ZPP M-800/14 pro pojištění odpovědnosti zaměstnance za škodu způsobenou zaměstnavateli vylučují v čl. 2 odst. 2) z pojistného krytí případy, kdy pojištěný zaměstnanec odpovídá za škodu:

- svému sourozenci nebo příbuzným v řadě přímé nebo osobám, které s ním žijí ve společné domácnosti,
- právnícké osobě, ve které má pojištěný, jeho manžel, registrovaný partner, sourozenec, příbuzný v přímé řadě nebo osoba, která žije s pojištěným ve společné domácnosti, většinou majetkovou účast (větší než 50 %).

Příčemž:

- písmeno a) citovaného ustanovení by dopadalo mj. i na odpovědnost dceř (zaměstnankyně) za škodu způsobenou otci (zaměstnavateli),
- písmeno b) by bylo aktuální mj. i v tom případě, že by právnická osoba zaměstnávala manželku nebo dceru svého většinového společníka (společníka s majetkovým podílem přesahujícím 50 %).

**Mám informaci, že by mohl být problém při plnění pojistné události, pokud jsem zároveň jednatelem, vlastníkem a zaměstnancem v jedné osobě. Můžete mi k tomu poskytnout relevantní informace?**

Pokud jste zároveň jednatelem, vlastníkem a zaměstnancem v jedné osobě, při plnění zodpovědnosti poskytovatele zdravotních služeb za újmu (tedy u profesního pojištění) problém nevzniká, pokud půjde o odpovědnost za újmu na zdraví nebo na životě.

Problém by mohl nastat v případě újmy na věci (případně zvířeti) v rámci pojištění obecné odpovědnosti, resp. v případě pojištění zdravotnického zařízení ORDINACE. V tomto případě by se jednalo o vyloučení z pojištění týkající se odpovědnosti za újmu způsobenou společníkům pojištěného. V rámci pojištění odpovědnosti zaměstnance za škodu způsobenou zaměstnavateli je pak z pojištění vyloučena odpovědnost za škodu, za kterou by zaměstnanec odpovídal zaměstnavatelské společnosti, ve které by měl majetkový podíl vyšší než 50 %.

**Váš garant spolupráce:  
Renata Pacnerová**



# Nízké mzdy znamenají nekvalitní veřejné služby

## Rozhovor, který poskytl prezident ČLK Milan Kubek redakci EURO

**V minulém čísle časopisu České lékařské komory předpovídáte, že se podle vás blíží historická šance prosadit významné změny pro lékaře. Podle čeho tak soudíte?**

Dnes už je všeobecně přijímaným faktem i mezi politiky, že lékařů je nedostatek. Když je něčeho nedostatek, v tržní ekonomice se za to zboží, službu nebo práci musí zaplatit vyšší částky. Proto myslím, že se blíží příležitost prosadit skutečné narovnání ceny lékařské práce. To je něco, co podcenili naši předchůdci před 25 lety. Na rozdíl od právníků s určitou mírou naivity předpokládali, že společnost časem sama od sebe uzná, že práce lékaře je náročná a odpovědná, a musí být tedy zaplacená stejně jako třeba práce právníka.

**Vy to tedy teď budete moci napravit?**

Vždycky je snazší prosazovat změny v revoluční době, než když je společnost stabilizovaná. Situace ve zdravotnictví začíná připomínat přetopený kotel. Katastrofální nedostatek lékařů, chybějící peníze, zdravotnictví již přestává být schopno plnit tu základní funkci, kterou má, tedy zajišťovat dostupnou, bezpečnou a kvalitní péči každému, kdo ji potřebuje.

**Když mluvím s představiteli lékařů, slyším, jak je situace katastrofální. To mi ale nepotvrdí téměř na žádném konkrétním oddělení, v žádném konkrétní nemocnici.**

Nikdo nechce takřikajíc kálet do vlastního hnízda. Zdravotnické zařízení se podobně jako banka musí těšit důvěře. Kdyby přiznalo, že nemá odpovídající personál a musí odkládat péči o pacienty, důvěru ztratí a svoji pověst poškodí. Někdy se to dostává do absurdní podoby. Nemocnice nemá zdravotnický personál, tak zavře oddělení a tváří se, že maluje.

**Jak to poznáme, až přijde zlomový bod?**

Zdravotnictví se nikdy nezhroutí úplně, na nějaké úrovni bude fungovat. Že se prodlužují čekací doby na plánovaná vyšetření, že se v nemocnici s personálem nedomluvíte



Foto: Martin Kubica

česky, to musí vidět každý. A právě to jsou příznaky rozkladu.

**Lékaři tedy ten rozklad využijí a budou protestovat za významné zvýšení platů?**

Víc než kultivovaných protestů by se politici měli bát balkánské cesty. Ta vypadá tak, že existují neoficiální ceníky, jaký úplatek musíte dát, abyste se dostala k lékaři. Například k běžnému lékaři 20 eur, ke specialistovi 50 eur. Byl bych nerad, aby řešením kritické situace u nás bylo něco takového. Lékaři mají být dobře zaplacení za práci, a ne být závislí na tom, co jim pacienti více či méně dobrovolně strčí.

**To ale znamená získat pro zdravotnictví nějaké peníze navíc.**

Ano, řádově desítky miliard korun ročně navíc. Rozhodně nepomůže zvýšení platby za státní pojištění o 90 procentů měsíčně, jaké pro příští rok schválila vláda. To zdravotnictví vůbec nepozná. Především je nutné zavést alespoň elementární spravedlnost v platbách zdravotního pojištění.

Platba za státního pojištění by se měla zvednout přinejmenším na úroveň platby osob, které nemají žádné příjmy. Není přece morální, aby stát platil jen dvě třetiny toho, co musí zaplatit žena v domácnosti.



### **Kolik by takové navýšení plateb znamenalo ročně ze státního rozpočtu?**

Hovoříme o částce kolem třiceti miliard korun za rok. Stále by bylo zdravotnictví podfinancováno, stále bychom vydávali menší díl HDP na zdravotnictví, než je průměr zemí OECD, ale poznalo by se to.

Systém je postavený jako solidární, všichni by tedy měli platit částku, která odpovídá jejich příjmům. Dnes mají osoby samostatně výdělečně činné poloviční vyměřovací základ. Nemám nic proti tomu, aby stát podporoval živnostníky, ať tak ale činí na vlastní úkor, a ne na úkor zdravotnictví.

Navrhujeme také přesun části spotřební daně na tabák a alkohol do zdravotnictví. Kdyby z každé vykouřené krabičky cigaret u nás šla pětikoruna do zdravotnictví, je to ročně pět miliard korun. To je víc, než kolik se vybíralo na regulačních poplatcích. Na rozdíl od poplatků by platili lidé, kteří si zdraví dobrovolně ničí.

Dále je třeba nabídnout možnost připlatit si těm, kteří peníze mají. Je to rozumnější než ždímání těch, kteří je nemají. Tedy zavést připojištění a definovat standardy hrazené péče. U nás je sice spoluúčast pouze 16 %, ale na těchto platbách se podílí především nemocní seniori a ti platí více, než si mohou dovolit.

### **Od politiků možná uslyšíte, že Česká republika nemá na výrazné zvýšení veřejných výdajů na zdravotnictví.**

Peníze nikdy nejsou, anebo naopak vždy jsou. Záleží na prioritách. V souvislosti se zdravotnictvím bychom neměli mluvit o výdajích, ale o investicích. Investice do zdravotnictví jsou jedny z neefektivnějších. Jen zdraví lidé jsou schopni pracovat, vytvářet hodnoty, platit daně.

### **Prosazujete ve svých vystoupeních přijetí eura. Proč?**

Určitě by to pomohlo. Lidé by jednak měli větší důvěru v ekonomiku a měli by možná tendenci si také trochu spořit. Přijde mi bizarní někoho přesvědčovat, aby si například spořil na důchod, a pak mu hodnotu jeho úspor seškrtnat o deset procent jen na základě rozhodnutí vedení centrální banky. Hlavní kouzlo eura je ale v tom, že by si všichni občané natvrdo uvědomili, jak jsme udržováni v chudobě. A také jak je u nás extrémně draho. Takto mi popisovali mí známí ze Slovenska dva důležité fenomény zavedení eura u nich. Lidé přestali nakupovat předražené zboží v Bratislavě a začali pro něj jezdit do Vídně. Vznikl by obrovský tlak na zvyšování platů a mezd a zároveň tlak

na snižování cen předraženého zboží, kterého jsou naše obchody plné.

### **Jak to souvisí se zdravotnictvím?**

Máme velice nízkou cenu práce. Nejen zdravotnictví, ale ve veškerých službách a v celém veřejném sektoru. Když mají lidé nízké mzdy, platí nízké daně a nízké zdravotní pojištění. Z toho plynou naše problémy. Zdravotnictví musí nakupovat léky, přístroje a materiály za světové ceny, ale příjmy zdravotnictví se vypočítávají ze zbráckých mezd.

### **Nižší cena práce oproti Německu je ale taky konkurenční výhoda.**

Přijde mi směšné, když se politici tetelí blahem, že nějaký internetový obchod otevře hangár, kde zaměstná tisíc lidí za minimální mzdu. Zároveň dáváme herdu do zad mladým inženýrům a lékařům, kteří odcházejí. To jsou přece lidé, kteří by vytvořili nějakou přidanou hodnotu. Ne ti dělníci, posunující palety z místa na místo.

Před 25 lety jsem se dohadoval se svým tatínkem, jestli doženeme Rakousko za dvacet let, jak tvrdil on, nebo mnohem dříve, jak jsem si myslel já. Uběhlo 25 let a rozdíl mezi námi a Rakouskem z pohledu člověka, který se živí prací, je stále stejný. Vymlouvat se čtvrt století na dědictví komunismu je nesmysl. Měli bychom si přiznat, že jsme selhali, za 25 let jsme se daleko nedostali.

### **Těžko si na druhou stranu představit, že by tlak na nižší ceny a vyšší platy mohl přinést zdejším firmám prosperitu.**

Prosperita. Co je to prosperita? K čemu je ekonomický růst, když z něj pracující lidé nemají žádný prospěch? Mě nezajímá ekonomický růst pět deset procent, když stále pobírám mzdu, se kterou jsem za hranicemi zbráck. Ten ekonomický růst je dosahován jen na úkor laciné pracovní síly. To přece nemá smysl. Není pravda, že by zvyšování mezd odvedlo výrobu do zahraničí. Řada firem potřebuje vyrábět tady uprostřed Evropy, a ne dovážet zboží přes půl zeměkoule. Myslím, že se zbytečně podbízíme.

Laciná pracovní síla je výhodou pro velké podnikatele, byznysmany, oligarchy. Tedy pro lidi, kteří vlastní sdělovací prostředky. Lidem je vymýván mozek v novinách, časopisech a privátních televizích, a má to své důvody.

### **Na přijetí eura se rozhodně společnost neshodne. Nemáte problém prezentovat přijetí eura, když s tím spousta členů komory nebude souhlasit?**

Nikdy jsem se nebál nahlas říkat, co si myslím, a prosazovat své názory otevřeně. Na tom nehodlám nic měnit.

Problémy, které euro a současná Evropská unie má, nepravě z toho, že by byla příliš jednotná, ale naopak z toho, že zůstala na půl cesty. Řešením by bylo více Evropské unie. Má-li přežít, musí mít stejnou měnu, jednotnou fiskální politiku. Státy mezi sebou nemožnou soutěžit vyšší daní. Měla by mít podobně jako Spojené státy společnou obrannou politiku, federální policii, hlídat své hranice. Pokud to Evropská unie nedokáže, rozpadne se a naše děti a vnoučata nás proklejí. Budou posluhovat Číňanům, Rusům, islamistům nebo někomu takovému. Tomu musíme zabránit.

### **Jaká osobnost je pro vás inspirativní, když přemýšlíte o těchto otázkách?**

To jste mě zaskočila. Nemám žádný vzor. Člověk se dívá okolo sebe, mám možnost cestovat a hovořit s lidmi.

### **Zatímco spolu mluvíme, ministr zdravotnictví si připravuje tiskovou konferenci k bilancování letošního roku. Jak byste zhodnotil jeho působení vy?**

Za největší změnu považuji to, že se tato vláda chová ke zdravotníkům slušně. V minulosti jsme zažili tvrdé útoky na lékaře, a tak si i toho ceníme.

Na druhou stranu na to, jakou sílu tato vláda má v obou komorách parlamentu, je legislativní proces velmi pomalý. Zákon o vzdělávání lékařů ani v okleštěné podobě, tedy bez řešení financování vzdělávání, se nedostal zatím ani na vládu. Změny v zákoně o zdravotních službách, na kterých jsme se s ministrem Německem shodli, také nejsou. V prosinci loňského roku prošel návrh připomínkovým řízením a od té doby se nikam neposunul. Čekáme na řadu dalších změn, které pan ministr slíbil a nesplnil. Bilance by mohla být mnohem lepší.

Pak je zde konflikt mezi ministrem zdravotnictví a ministrem financí, který se permanentně opakuje. Příští rok bude zase vláda rozhodovat o platbě za státní pojištění a zase to bude předmětem strkanic mezi ministry.

### **Co očekáváte v novém roce?**

Žádná přehnaná očekávání nemám. Vláda vstupuje do svého druhého poločasu. Budou krajské volby, sněmovní volby. Naši povinností je pokusit se ale předvolební atmosféru využít.

Otázky: **Adéla Čabanová**, Euro, 4. 1. 2016  
(Rozhovor přetiskujeme v původní verzi)

## Lékař a pacient v moderní medicíně



Docent Radek Ptáček je jedním z hlavních organizátorů seriálu konferencí o etice

**Z**a hojné účasti lékařů i dalších odborníků se 3. prosince 2015 konala celodenní konference České lékařské komory, a to již pátý ročník, na obecné téma *Etika a komunikace v medicíně*, tentokrát se specifickým tématem *Lékař a pacient v moderní medicíně*.

Když jsem při prvním ročníku této akce v roce 2011 byl pozván k přednášení v rozsahu deseti minut na téma Právní aspekty etiky a komunikace v medicíně, měl jsem největší zájem na tom, aby můj příspěvek byl zařazen už dopoledne a mohl jsem z akce co nejdříve opět odejít. V posledních třech letech, kdy jsem absolvoval celou konferenci, jsem si již jednoznačně vyhradil celý den na poslech všech přednášek a nikdy jsem toho nelitoval. Musím velmi ocenit zejména práci vedoucího oddělení vzdělávání České lékařské komory doc. PhDr. Radka Ptáčka, Ph.D., který je spolu s doc. MUDr. Petrem Bartůňkem, CSc., iniciátorem a organizátorem těchto velmi pozoruhodných akcí. Tyto konference vedou k určitému „nástavbovému zamýšlení“ nad některými etickými a komunikačními



problémy při výkonu lékařského povolání ve vztahu mezi lékařem a pacientem.

Dovolím si stručně uvést, co mě zaujalo na poslední konferenci, a předem se omlouvám, pokud nezmiňuji všechny příspěvky, které mě zaujaly.

**Prof. MUDr. Pavel Pafko, DrSc.**, tentokrát nastínil spíše zajímavé snímky v rámci své prezentace. Na jednom z nich vidíme lékařku, která se dívá do počítače, sestřičku,



Prof. MUDr. Pavel Pafko, DrSc., a ředitel právní kanceláře ČLK JUDr. Jan Mach

kteřá přehrabuje papíry patrně týkající se zdravotnické dokumentace, a pacientku, která sedí bokem od proti sobě sedících sestřičky a lékařky a hledí „do blba“. Tak někdy podle pana profesora v realitě probíhá komunikace mezi lékařem a pacientem v současných podmínkách, kdy důležitá je především administrativa. Na druhém snímku sedí starší pacientka a proti ní lékař, který nemá před sebou ani počítač, ani žádné papíry a se zjevnou empatií pacientce naslouchá. Zajímavý byl průzkum, který provedl pan prof. Pafko na své klinice, kdy pouze 15 % chirurgických pacientů vnímá svůj vztah s lékařem jako partnerský. Ve skutečnosti o vysloveně partnerském vztahu mezi pacientem a lékařem podle pana profesora logicky hovořit nelze s ohledem na rozdílnou odbornou erudici pacienta a lékaře. Jak posléze vysvětlil na konferenci prof. MUDr. Vladimír Bencko, DrSc., z psychologického hlediska lze nyní spíše hovořit o modelu participativním, který není ani paternalistický, ale ani vysloveně partnerský.



Prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc.

**Prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc.**, mimo jiné vtipně uvedl, že největším problémem české onkologie není léčba rakoviny, ale parkování, protože 85 % stížností adresovaných vedení Masarykova onkologického ústavu se týká nedostatečné kapacity parkoviště před ústavem. Podle pana profesora lékař plní funkci kodéra, dokumentátora, vylepšovatele zdravotního pojištění, zdůvodňovatele pacientům, lobbisty, policajta a hlásiče. „Lékař-evangelista“ vždy dává pacientovi alespoň částečně dobrou zprávu, např. „Máte sice

nádor, ale našťastí...“. V případě onkologické léčby by si pacient měl zejména klást otázky:

*Jaké je stádium mé choroby?*

*Mám-li být operován, půjde o úplné, nebo částečné odstranění malignity?*

*Na jakém jsem pracovišti?*

*Existuje zde víceborový indikační tým?*

*Kdo je můj lékař?*

Pan profesor projevil udivení, proč za jednotlivé nemocnice a kliniky hovoří najatí tiskoví mluvčí a nikoli ředitelé, přednostové či primáři. Musím poznamenat, že i já se tomu divím.



MUDr. Radkin Honzák, CSc.

**Psychiatr MUDr. Radkin Honzák, CSc.**, poukázal na to, že podle některých výzkumů, pokud pacient hovoří a popisuje lékaři své problémy, dochází k „utnutí pacienta“, tedy k jeho přerušeni lékařem přibližně za patnáct až osmnáct vteřin. K tomu, aby pacient mohl souvisle uvést své potíže, aniž by je běžný pacient déle rozváděl, by mělo stačit čtyřicet pět až sto dvacet vteřin. K tomu se ovšem pacient zpravidla nedostane, protože je dříve přerušen. Nevím, zda je tomu obecně tak, v psychiatrii patrně nikoli, při ošetření úrazu si to umím představit. Nejhorší podle MUDr. Honzáka je „pacient-schodišťák“, který to nejdůležitější sděluje lékaři až na závěr při samotném odchodu z ordinace.

**Psychiatr MUDr. Felix Irmíš, CSc.**, poukázal na některé stresové momenty v komunikaci lékaře a pacienta. Například výrok lékaře při prohmatávání pacientova břicha „Ajejejeje!“ pacienta zpravidla neuklidní. Vý-



MUDr. Felix Irmíš, CSc.

roky typu „Proti věku není léku!“, „Co byste v tomto věku ještě chtěla?“, „Když se nenaučíte lépe vidět, seberou vám řidičský průkaz!“ nepatří mezi nevhodnější. Poukázal na to, že lékař, který sám prožil roli pacienta, mnohem lépe s pacienty posléze komunikuje a vcituje se do jejich pozice. Poukázal i na některé praktické problémy na vícelůžkových pokojích v nemocnicích, jako je například situace, kdy jeden z pacientů chce do pozdních večerních hodin sledovat televizní program a druhého to ruší, případně je veden spor o nastavení zvuku televize, někdy je problémem otázka větrání, kdy někdo chce větrat, někdo jiný se naopak cítí ohrožen nastydnutím. Typická je někdy situace, kdy uklízečka na nemocničním pokoji otevře okno i dveře, nechá v místnosti průvan a odchází pryč, aby se již nevrátila a „pacienti-ležáci“ si okno ani dveře sami zavřít nemohou. Uvedl i úsměvnou scénu, kdy zdravotní sestra připraví pacientku do pozice, ve které je možno provést rektoskopii, pacientka v této pozici setrvává, do místnosti vstupuje lékařka a ptá se jí: „Na co tady čekáte?“ Pacientka vtipně odpovídá „Sbíráím zde hříby“, pročež lékařka ji napomíná, aby nežertovala, že nemá čas, a aby vysvětlila, co tam dělá...

**Doporučuji, přijďte se podívat na příští konferenci České lékařské komory na sklonku roku 2016 a určitě se nejen poučíte, ale i pobavíte.**

Znovu si dovoluji vyslovit velké ocenění organizátorům těchto konferencí docentu Ptáčkovi a docentu Bartůnkovi.

JUDr. Jan Mach

## Kdo zachrání záchranku?

Minulost, současnost a budoucnost přednemocniční neodkladné péče

**D**ovolte mi, abych podal vlastní svědectví o zdravotnické záchranné službě z pohledu 25 let práce lékaře, dělníka urgentní medicíny v plném úvazku na především letecké, ale i pozemní záchrance v Olomouci. Také však z pohledu vojenského lékaře výsadkáře, náčelníka zdravotnické služby výsadkové brigády speciálního určení, posádkového lékaře Prostějov, lékaře s atestací praktika a atestací urgentní medicíny a medicíny katastrof s primářskou licencií, z pohledu soudního znalce v oboru urgentní medicína-záchranná služba, z pohledu místopředsedy medicíny katastrof JEP, také z pohledu ředitele záchranky územního odboru Olomouc, z pohledu náměstka olomoucké krajské záchranky i z pohledu emergentního lékaře oddělení urgentního příjmu a lékaře chronické resuscitace a intenzivní péče Vojenské nemocnice v Olomouci, lékaře záchytky ve Šternberku a v Olomouci, z pohledu předsedy LOK-SČL na záchrance v Olomouci, z pohledu předsedy OS České lékařské komory Olomouc i z pohledu zastupitele města Olomouc a poslance Parlamentu České republiky.

Zdravotnická záchranná služba si k dnešnímu dni prošla cestou od začlenění pod ARO nemocnic přes OÚNZ a následně i delimitací na ÚSZS (územní střediska záchranné služby) podřízená Ministerstvu zdravotnictví a po zřízení krajských úřadů k současným 13 krajsky zřizovaným zdravotnickým záchranným službám plus Praha. Záchranka čelila i hrůznému pokusu privatizace při tvorbě zákona o zdravotnické záchranné službě. Tedy dnes tu máme 14 originálních, krajsky zřizovaných a podle toho i politicky zabarvených, různě podfinancovaných a navzájem téměř nespolupracujících zdravotnických záchranných služeb. Výše financí jdoucí do krajských záchronek se odvíjí od politické vůle představitelů krajů, což se přímo odráží ve vozovém parku, množství a kvalitě zdravotnického materiálu atd. Záchranky jsou politicky někde řízeny náměstky hejtmána pro zdravotnictví a někde třeba přímo hejtmánem, cestou krajského zdravotního odboru, jeho vedoucím, tzv.



zdravotním radou. Samotná záchranka je pak řízena ředitelem. Někde to je, či byl, záchranář nelékař, inženýr, právník nebo lékař různé atestace a různé erudice a ten má kolem sebe různý počet náměstků (pro přednemocniční neodkladnou péči, pro vzdělání, pro krizové řízení, technického a ekonomického náměstka...), právní oddělení, dopravní oddělení, někoho, kdo se stará o počítače a počítačovou síť, tedy IT oddělení, personální a mzdové oddělení... A to vše musíme znásobit 14krát. Po odborné, medicínské stránce mají záchranky někde ředitele územních odborů (okresů), někde to jsou vedoucí lékaři, primáři jednotlivých výjezdových stanovišť. Někteří z nich nemají atestaci z urgentní medicíny, a tedy nemají ani primářské licence. Také tu jsou záchranáři ve funkcích hlavních, vrchních či staničních sester záchranářů s rozličným stupněm vysokoškolského nebo středoškolského vzdělání a hlavně s různým výkladem kompetencí. Máme zde řidiče záchranáře s různými pravomocemi vedoucích pracovníků. Někde jsou řidiči sanitních vozidel s profesním řidičským průkazem a někde řidiči z řad samotných záchranářů s oprávněním jen skupiny B, často bez větších zkušeností z jízdy pod tzv. majákem.

Byla snaha, aby se jednotliví ředitelé krajských záchronek spolu alespoň občas poradili, a tak vzniklo dobrovolné seskupení v podobě Asociace zdravotnických záchranných služeb. Ředitelé však samozřejmě musejí poslouchat své krajské zřizovatele podle přísloví „čí chleba jíš, toho píseň zpívej“.

V současné době jsou výjezdové týmy řízeny ze 14 zdravotnických operačních středisek. I zde pracují lidé (operátoři, dispečeri) na různých úrovních erudice a v různých počtech. Záchranky využívají rozdílný hardware a software, který se liší ve své spolehlivosti a uživatelské přívětivosti. Dnes se nedokážou zdravotnické záchranné služby ani jednotně domlouvat na stejné rádiové frekvenci, a co teprve komunikovat s policií a hasiči v místě zásahu samotném. Bez spojení není velení!

Současné výjezdové týmy se liší kraj od kraje, a to z mnoha příčin. Tou nejaktuálnější je nedostatek lékařů v těchto posádkách. Liší se i hustota posádek v poměru na počet obyvatel a tím i dojezdové časy k pacientovi, které jsou stanovené zákonem, ale nejsou všude dodržovány. Čas podle zákona začíná být nesmyslně a mylně odpočítáván až od předání výzvy posádce výjezdového týmu, nikoli

logicky od zavolání na tísňovou linku 155. A co linka 112? Nejvíce je sanitních vozidel, kde je jen řidič a záchranář. Nejviditelněji mizí posádky s lékaři.

Naprostu se mění tzv. rendez-vous posádky. Ty byly dříve plnohodnotné tříčlenné (řidič, záchranář a lékař) a byly vysílány k pacientovi jako první. Následně došlo ke změně, a tak jsou vysílány k dojezdu posádky bez lékaře, tedy mění se systém na tzv. rendez-vous „naruby“. V poslední době to již často není ani plnohodnotná posádka, ale posádka, kde je lékař a záchranář, který sanitní vozidlo i sám odřídí. Přitom je často zřizovatelem vyvíjen tlak, aby se navyšovaly počty výjezdů a získávalo se tak více finančních prostředků od zdravotních pojišťoven. Kvůli tomu a také vinou chybějících lékařských pohotovostních služeb LPS (dříve LSPP) se vozí pacienti s neurgentními, život neohrožujícími zdravotními potížemi, a tím jsou zahlcovány urgentní příjmy nemocnic a prodražuje se tak zbytečně zdravotní péče.

Mimochodem, praktičtí lékaři a praktičtí lékaři pro děti a dorost se nechtějí zapojit do lékařských pohotovostních služeb, mimo mnoha jiných důvodů i proto, že tyto ambulance LPS jsou dnes často součástí nemocnic a tím se naprostu mění pohled na postup lege artis. To, co je lege artis v ambulanci praktika, může být v případě nesprávné pracovní diagnózy, ale hlavně v případě nevyužití všech potřebných a v nemocnici dostupných vyšetřovacích možností kvalifikováno soudním znalcem jako non lege artis!

Zdravotnické záchranné služby jednotlivých krajů mají stanovené rozdílné pracovní postupy při spolupráci s městskou i státní policií při řešení tzv. společenských indikací,

tedy při řešení lidí pod vlivem alkoholu. Zde se jedná téměř o lidovou tvořivost.

Záchranky jsou různě jednotlivými kraji stále ještě zneužívány při provádění ohledání těla zemřelých mimo zdravotnická zařízení. Někde si kraje nasmlouvaly pro tuto nikoli přednemocniční neodkladnou péči různé soukromé společnosti, koronery, někde k ohledání těla vyjíždí lékař z nemocnice...

Doufám, že při projednávání zákona o zdravotních službách ve sněmovně projde mnou podaný pozměňovací návrh, který zabrání toto zneužívání záchranné služby.

Krajské záchranky mají nejednotný systém vzdělávání a proškolení svého personálu. Každá krajská záchranka má jinak vypadající, ale hlavně jinak kvalitní a jinak funkční pracovní oblečení a další osobní ochranné pomůcky. Mají odlišné a tím i nekompatibilní přístrojové vybavení sanitních vozidel, které často komplikuje a omezuje mezikrajskou spolupráci. Nastávají různé, citlivě řečeno „tlaky“ a problémy při výběrových řízeních a tím dochází k finančním ztrátám při pořizování nového vybavení. Ceny nakupovaného přístrojového vybavení se mezi kraji liší i v řádech statisíců korun. Mají nejednotné postupy třídění raněných při hromadném výskytu zraněných. V neposlední řadě některé záchranky nerespektují zákoník práce a s tím i blízkou související odlišné finanční ohodnocení záchranářů. Za stejnou práci není stejná odměna.

Sečteno a podtrženo:

Máme tu jednoho pacienta, ale 14 originálních záchraneček.

Máme i občas více pacientů, ale 14 nejednotně postupujících záchraneček.

Transformace zdravotnické záchranné služby našeho státu musí být dokončena. Podle

mého názoru a názoru téměř všech lékařů a záchranářů, kteří nejsou ve vedoucích funkcích, je sjednocení záchraneček nevyhnutelné a chtěné. Je jen otázka kdy a jak. A to i bez ohledu na zhoršující se bezpečnostní situaci v Evropě. Sjednocení záchraneček by přispělo k zefektivnění vynakládaných prostředků. Jednotné nákupy, jedno místo pro soutěžení zakázek povede ke snížení korupce a k lepším množstevním slevám. Dojde k poklesu administrativních pracovníků, k lepší vyjednávací pozici se zdravotními pojišťovnami. Cílem ovšem není primárně ušetřit peníze, ale lépe s nimi hospodařit.

Zdravotnická záchranná služba potřebuje větší podporu státu a lépe zaplatit lékaře a záchranáře za jejich extrémně náročnou a vysoce smysluplnou práci. Na rychlé a kvalitně provedené záchrany může kdykoli záviset život každého z nás.

Hasiči a policie fungují dobře. Jsou to státem řízené hlavní složky IZS (integrovaného záchranného systému). Zdravotnická záchranná služba je tou třetí hlavní složkou IZS, která čeká na to, aby byla také jednotná a státem garantovaná, podobně jako hasiči a policie. Záchranáři si také zaslouží podobné benefity a ochranu jako všichni v IZS.

V případě zdravotnické záchranné služby by nemělo jít o byznys, ale o život!

Otázek a návrhů, jak to udělat co nejlépe, bude jistě hodně.

Rozhodně bych nechtěl, aby mé myšlenky a názory na sjednocení záchrany vyzněly jako kritika práce kolegů záchranářů, kterých si naopak nesmírně vážím. Sám totiž moc dobře vím, o čem to je.

Kdo jiný než my a kdy jindy než teď?!

**MUDr. Milan Brázdil**, předseda OS ČLK Olomouc, člen výboru pro zdravotnictví PS za hnutí ANO

## Vytvoření jednotné Zdravotnické záchranné služby ČR

**Krajské rozčlenění Zdravotnické záchranné služby ČR přináší mnoho komplikací v organizaci PNP v ČR. Dopládá na to především koncový uživatel, tedy pacient. Přestože jsou každoročně podepisovány smlouvy o mezikrajské spolupráci, praxe vypadá často jinak.**

Vzhledem k hraničním krajům k pacientovi není vždy vysílána nejbližší posádka ZZS, ale územně příslušná posádka, která má delší dojezd. Také následně není pacient transportován do nejbližšího zdravotnického zařízení, kde mu bude poskytnuto adekvátní ošetření, ale do

krajsky spádového ZZ, protože sanitka nesmí jet do sousedního kraje. Nebo je, z tohoto důvodu, cestou překládán do jiné sanitky, která jej teprve transportuje do cílového ZZ.

Sjednocení ZZS v ČR by přineslo sjednocení vozového parku, především vzhledově, a pracovních oděvů záchranářů, aby bylo jednoznačné, jako u ostatních složek IZS, že se jedná právě o záchranáře.

Dalším přínosem by byla úspora finančních prostředků z centrálních nákupů. Ročně se v ČR kupuje více než 70 nových sanitek v cenách od 2,7 do 4,5 milionu za jednu. Obdobně je to s přístrojovým vybavením. Stejně přístroje jsou od stejného dodavatele

nakupovány jednotlivými krajskými ZZS za mnohdy až dvojnásobné ceny. Úspora by do systému mohla přinést dostatek finančních prostředků na důstojné platové ohodnocení této náročné práce, ale i finanční prostředky na doplnění sociálního programu pro záchranáře, obdobně jako ho mají ostatní složky IZS.

Organizačním rizikem centralizace ZZS by mohlo být navýšení administrativního aparátu, obdobně jako k tomu došlo u Hasičského záchranného sboru ČR. Je ale nutno připomenout, že HZS mělo centrální GŘ a krajská ředitelství vznikala až následně. A právě tam došlo k navýšení aparátu.

**Martin Vostal**, záchranář, Moravská Třebová

# Peníze jdou tam, kam nemají

Pracuji jako řidič ZZS a rád bych vyjádřil podporu návrhu na sjednocení ZZS ČR. Je jasné, že vedení všech ZZS bude proti, protože nechtějí mít nikoho nad sebou, kdo by jim nařizoval, co a jak mají dělat.

Ted' jsme nakoupili 14 nových vozidel celkem za 76 mil. Kč, lehce si dovedete spočítat, že jedno vozidlo stálo 5,4 mil. Kč. Jinde za tuto částku pořídili vozidel 23, a to v úplně stejném vybavení, se stejnou motorizací a od stejného dodavatele. Je nám asi jasné, že se někde kradlo. A takto to funguje na všech ZZS. Peníze jdou prostě tam, kam nemají. Chybějí řidiči, záchranáři i lékaři. Není se

čemu divit, platové ohodnocení je žalostné a pětiprocentní zvýšení platů nikam nevede.

Jsem u ZZS 9 let a můj plat je o asi 5 tisíc čistého nižší než kolegy policisty nebo hasiče. Jen na naší základně máme 2 řidiče podstav a není možné nové sehnat. Přijetí je podmíněno dvouletou praxí, řidičským průkazem C, ale hlavně akreditovaným kurzem řidiče ZZS, který trvá asi 1,5 roku. A tyto kurzy právě nikdo nemá, a když už by si ho někdo byl ochoten udělat, pak po zjištění platového ohodnocení změni názor a najde si práci radši v soukromém sektoru.

Myslím, že u řadových zaměstnanců bude

mít návrh na sjednocení ZZS plnou podporu, ale vedení záchranečnických území půjdou proti, protože by přišla o moc manipulovat s penězi a výběrovými řízeními. Je potřeba, aby se finance dostaly k lidem, aby se zamezilo korupci při nákupu vybavení, při opravách budov a majetku ZZS. Je důležité, aby zaměstnanci byli řádně odměňováni za svou práci, aby každý nemusel mít dva až tři úvazky, aby se uživil. To je dnes totiž běžná praxe.

Držím vám palce a doufám, že pro tuto změnu seženete dostatečnou podporu.

(JS)

Jméno autora, který si je nepřál zveřejnit, je redakci známo.

## Jan Mach: Medicínské právo – co a jak

Právní sebeobrana, asi tak nějak by se mohl jmenovat předmět, který by měl být součástí povinné výuky na lékařských fakultách. A když ne v pregraduálním studiu, tak alespoň v rámci předatestační přípravy. Obsah příručky, kterou právě držím v ruce, by byl dobrou osnovou takového vzdělávání.

Jistě nemá smysl snažit se dělat z lékařů právníky. Každý lékař by však měl vědět, jak se má chovat v nepříjemných situacích, do kterých se při výkonu svého povolání může dostat. Někomu možná stačí jistota, že v případě závažných problémů může zavolat právníkům lékařské komory. To jistě není špatná volba.

Těm, kdo se nechtějí spokojit s variantou „přítel na telefonu“, mohu vřele doporučit možnost „právník do kapsy“. A právě takovým právníkem do kapsy, tedy praktickým rádcem, jak se chovat v krizových situacích a jak těmto situacím pokud možno předcházet, je tato příručka ředitele právní kanceláře ČLK JUDr.

Jana Macha, předního experta na medicínské právo v České republice.

O právní semináře pořádané komorou je zaslouženě velký zájem, a to nejenom mezi lékaři, ale i mezi právníky. A já věřím, že obdobně se doslova zapráší i po této skvělé příručce. Vždyť každý z nás by chtěl mít svého právníka do kapsy.

Milan Kubek

## Praktické rady pro lékaře a zdravotníky

Publikace JUDr. Jana Macha, kterou vydalo nakladatelství Galén, obsahuje souhrn praktických rad, jak řešit problémové situace, na co si dát pozor a čeho se vyvarovat v běžné lékařské praxi i při řízení zdravotnického zařízení nebo provozování soukromé lékařské praxe.

### Jednotlivé kapitoly:

1. Lege artis a znalecké posouzení postupu lékaře.
2. Informovaný souhlas.
3. Hospitalizace a poskytování zdravotní péče bez souhlasu pacienta.
4. Revers – informovaný nesouhlas.
5. Nezletilý a omezeně svéprávný pacient.
6. Dříve vyslovená přání pacienta.
7. Zadržování nepříznivé informace.
8. Útěk pacienta z nemocnice.
9. Zdravotnická dokumentace.
10. Povinná mlčenlivost zdravotníků.
11. Řízení nemocnice a soukromé praxe.
12. Lékař a média.
13. Náhrada škody a nemajetkové újmy.
14. Trestní oznámení a trestní stíhání.
15. Agresivní pacient a kverulant.
16. Vyhrožování, ohrožování a pronásledování.
17. Nutná obrana a krajní nouze.
18. Lékař a orgány státní správy.

19. Zdravotní pojišťovny, revize, regulace, smlouvy.
20. Lékař-zaměstnanec práva a povinnosti, odborný dohled.

### Přílohy:

- Vzor informovaného souhlasu.
- Vzor informovaného souhlasu u nezletilého pacienta.
- Záznam o odmítnutí poskytnutí zdravotních služeb – revers.
- Záznam o odmítnutí poskytnutí zdravotních služeb – revers u nezletilého pacienta.
- Věcný rejstřík.



Knihu lze objednávat na e-mailové adrese: [objednavky@galen.cz](mailto:objednavky@galen.cz), cena 190 Kč

# Jaké budou úhradové dodatky pro rok 2016?

## Úvod

Poté, co byla ve Sbírce zákonů zveřejněna vyhláška č. 273/2015 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016, vyzval jsem dne 27. 10. 2015 písemně ředitele všech zdravotních pojišťoven k jednání o znění takzvaných úhradových dodatků ke smlouvám. Zároveň jsem zdůraznil, že prioritou komory je bonifikace držitelů Diplomu celoživotního vzdělávání ČLK a dále pak zvýšení úhrad a zmírnění regulací.

*„Dovoluji se tímto na Vás obrátit s žádostí o jednání o podobě tzv. úhradových dodatků ke smlouvám pro praktické lékaře, ambulantní specialisty a ambulantní gynekology pro rok 2016. Z platné legislativy vyplývá, že pokud se smluvní strany nedohodnou jinak, jsou zdravotní pojišťovny povinny respektovat text tzv. úhradové vyhlášky a hradit zdravotní služby poskytnuté svým klientům podle jejího znění. Věřím, že i pro příští rok bude mít Vaše pojišťovna zájem nabídnout svým smluvním partnerům zlepšení podmínek v porovnání se zněním úhradové vyhlášky.“*

*Česká lékařská komora by s Vámi ráda jednala zejména o způsobu bonifikace držitelů Diplomu celoživotního vzdělávání ČLK, o zvýšení úhrad a o zmírnění regulací. V této souvislosti netrpělivě očekáváme Vaše návrhy, o kterých jsme připraveni okamžitě jednat. Případně Vám můžeme zaslat naše návrhy, pokud o ně máte zájem.“*

## První dějství

Jedinou pojišťovnou, která bezprostředně projevila autentický zájem o jednání, byla Všeobecná zdravotní pojišťovna. O dohodách, které jsem s jejím generálním ředitelem Ing. Kabátkem uzavřel, jsme informovali již v prosincovém čísle časopisu Tempus medicorum, které je rovněž dostupné na [www.lkcr.cz](http://www.lkcr.cz).

Ostatní pojišťovny na tuto nabídku k jednání buď nereagovaly vůbec (VoZP, RBP a ZPMV), nebo jen vyhýbavě.

ČPZP (205): Dne 20. 11. 2015 informuje, že úhradový dodatek pro praktické lékaře vyjednala se SPL, úhradový dodatek pro ambulantní specialisty vyjednala se SAS a u gynekologů zachová stejný způsob úhrady jako v roce 2015.

OZP (207): Dne 3. 11. 2015 navrhuje odložit jednání na konec listopadu 2015 poté,



Foto: Shutterstock.com

co bude schválen její zdravotně pojistný plán.

ZPŠ (209): Dne 3. 12. 2015 odpovídá v tom smyslu, že ČLK nepovažuje za reprezentanta poskytovatelů zdravotních služeb, s jejichž reprezentanty o úhradách a regulacích pro rok 2016 jedná.

## Druhé dějství

Poté, co byly podepsány dohody s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, oslovil jsem 3. 12. 2015 ředitele ostatních pojišťoven druhým dopisem, ve kterém jsem je o obsahu těchto dohod informoval a opět je vyzval k jednání.

*„V návaznosti na dopis, kterým jsem Vás dne 27. 10. 2015 žádal o jednání o úhradových dodatkách ke smlouvám pro ambulantní specialisty, ambulantní gynekology a praktické lékaře, si Vás dovoluji informovat o základních parametrech dohody, kterou v této věci Česká lékařská komora uzavřela s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou.“*

**Za nejdůležitější považuji dohodu o bonifikaci držitelů Diplomu celoživotního vzdělávání ČLK v roce 2016, která se bude týkat ambulantních specialistů, ambulantních gynekologů a praktických lékařů. VZP podle této dohody uplatní bonifikace u poskytovatelů, kde nejméně 50 % lékařů má platný Diplom celoživotního vzdělávání ČLK. V případě splnění této podmínky se navýší hodnota bodu (HB)**

**o 0,01 Kč u ambulantních specialistů, ambulantních gynekologů i u praktických lékařů. U praktických lékařů dojde navíc i k navýšení kapitační platby o 50 haléřů.**

**U poskytovatelů, kteří jsou hrazeni formou financování (PURO), dojde v souvislosti s bonifikací také k úpravě celkové výše úhrady, a to takto:**

**a) V případě, že poskytovatel splní podmínky bonifikace pro celoživotní vzdělávání jak v referenčním, tak v hodnoceném období, nebo v případě, že poskytovatel neměl v referenčním období bonifikaci za celoživotní vzdělávání a v roce 2016 splní podmínky pro přiznání bonifikace za celoživotní vzdělávání, bude mu celková výše úhrady za rok 2016 navýšena indexem 0,01.**

**b) V případě, že poskytovatel měl v referenčním období bonifikaci za celoživotní vzdělávání a v roce 2016 nesplní podmínky pro přiznání bonifikace za celoživotní vzdělávání, nebude mu celková výše úhrady za rok 2016 z tohoto důvodu snížena.**

**Další dohoda se týká regulací za rok 2015. VZP nebude při vyúčtování za rok 2015 uplatňovat vůči ambulantním lékařům regulaci na předepsané léky. Zásadně omezena bude i regulace za vyzádanou péči. Pokud lékař nepřekročí limit stanovený vyhláškou o více než 200 tisíc korun, nebude regulován.**

**Za třetí pak VZP akceptovala požadavek ČLK a takzvaný nevýznamný počet pojištěnců navýší shodně jako v roce 2015 na 100 a méně ošetřených unikátních pojištěnců. VZP se dále zavázala přepočítat u ambulantních internistů body vykázané v referenčním období (rok 2014) podle seznamu zdravotních výkonů s opětovně prodlouženými časy klinických vyšetření.**

*Vážený pane řediteli, byl bych rád, kdyby dohody, které jsme uzavřeli s VZP, byly inspirativní i pro Vás, a jsem připraven jednat s Vámi o textu úhradových dodatků, kterými Vaše pojišťovna nabídku VZP pro soukromé lékaře překoná nebo alespoň vyrovná.“*

Bez ambice cokoli hodnotit, neboť každý soukromý lékař si jistě dokáže udělat obrázek sám, přinášíme podstatné části autentických stanovisek jednotlivých resortních zdravotních pojišťoven k našim návrhům.

## **Vojenská zdravotní pojišťovna**

Vojenská zdravotní pojišťovna ČR (VoZP) dlouhodobě oceňuje zlepšení kvalifikace poskytovatelů zdravotní péče napříč segmenty, proto i pro rok 2016 počítá s podobnými bonifikacemi jako dříve. Konkrétní podoba bonifikací a podmínek pro jejich dosažení je vždy uvedena v úhradovém dodatku.

U praktických lékařů příplatek ke kapi- tační sazbě ve výši:

- 1 Kč za získání 16 kreditů v rámci kontinuálního vzdělávání nebo získání Diplomu celoživotního vzdělávání ČLK;
- 1 Kč za platnou akreditaci vydanou Ministerstvem zdravotnictví ČR;
- 3 Kč za školení nových praktických lékařů (tzv. předatestační příprava).

U ambulantních specialistů navýšení hodnoty bodu stanovené úhradovou vyhláškou o 0,01 Kč v dané odbornosti, pokud lékař pracoviště Poskytovatele v období 1. 1. 2016 až 31. 12. 2016 získal v rámci kontinuálního vzdělávání 16 kreditů nebo je držitelem Diplomu celoživotního vzdělávání ČLK platného minimálně do 31. 12. 2016.

U ambulantních gynekologů navýšení hodnoty bodu stanovené úhradovou vyhláškou o 0,01 Kč v dané odbornosti, pokud lékař pracoviště Poskytovatele v období 1. 1. 2016 až 31. 12. 2016 získal v rámci kontinuálního vzdělávání 16 kreditů nebo je držitelem Diplomu celoživotního vzdělávání ČLK platného minimálně do 31. 12. 2016. Zároveň je pro tyto poskytovatele adekvátně navýšena hranice maximální úhrady. Mimoto VoZP ČR



Foto: Shutterstock.com

bonifikuje péči o těhotné pojištěnky tzv. těhotenskými balíčky.

Pro uvedené segmenty také nabízíme obdobný výpočet úhrady, jako platil v roce 2015, tedy bez limitace použité v úhradové vyhlášce pro rok 2016. Pokud však Poskytovatel nabízený dodatek neuzavře, bude péče hrazena výhradně podle úhradové vyhlášky. Zároveň však musíme upozornit, že při stanovení celkové výše úhrad v jednotlivých segmentech je pojišťovna vázána zdravotně pojistným plánem.

## **Česká průmyslová zdravotní pojišťovna**

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (dále ČPZP) má v současné době připravené návrhy cenových dodatků obsahující v rámci možností ZPP 2016 bonifikace nad rámec úhradové vyhlášky. Bonifikace, které kontinuálně nabízí ČPZP již několik let, rozhodně nejsou vnímány ze strany poskytovatelů zdravotních služeb jako horší než bonifikace, které v posledních dvou letech nabízí VZP.

U ambulantních specialistů konkrétně ČPZP nabízela pokračování zohledňování držení Diplomu celoživotního vzdělávání formou navýšení hodnoty bodu pro jejich držitele, o tom, že ČPZP v roce 2015 bonifikuje stejně jako VZP držitele diplomu, jsme vás informovali na začátku roku 2015. Sdružení ambulantních specialistů (SAS) požádalo ČPZP o změnu mechanismu bonifikace – zvýšení indexu 1,03 na 1,04 – a ČPZP s tímto návrhem souhlasila a do cenových dodatků tuto změnu bonifikačního pravidla proti roku 2015 zařadila. Dále ČPZP vyřadila z výpočtu průměrných nákladů zařazování ZUM a ZULP jak v referenčním, tak v hod-

nocném období. Jiné hromadné úpravy cenových dodatků proti minulosti a ani proti úhradové vyhlášce hromadně neplánujeme. Naši smluvní poskytovatelé mají v samostatném článku našeho cenového dodatku velice důležité smluvní ujištění, které umí využívat, a to je sdělení o možnosti zohlednění změn v rozsahu a struktuře péče v rámci vyúčtování.

I v segmentech gynekologie a praktických lékařů je nabídka ČPZP pro smluvní partnery výhodná. Příkladem může být balíčková úhrada péče o těhotnou podle trimestrů, kterou VZP nemá a která je již několik let ze strany ČPZP poskytována.

## **Oborová zdravotní pojišťovna**

Oborová zdravotní pojišťovna přistoupila vstřícně k úhradám zdravotních služeb poskytovaných ambulantními poskytovateli zdravotních služeb, i když se s příslušnými koordinátory dotčených segmentů dohodla na trochu jiném postupu než ve výše zmiňované dohodě uzavřené mezi ČLK a VZP.

Je to mimo jiné i proto, že výchozí situace zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven je přece jenom trochu odlišná od situace VZP a některé postupy nejsou jednoduše aplikovatelné, např. proto, že velmi významná část poskytovatelů je u zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven hrazena neregulovaným výkonovým způsobem úhrady.

OZP podporu celoživotního vzdělávání zakomponovala i do svých úhradových dodatků pro rok 2016.

Vyhláškou stanovený index nárůstu úhrady z 1,03 navýšila na 1,04 – tímto způsobem je zajištěno, že minimální nárůst průměrné úhrady proti referenčnímu období u každého poskytovatele zdravotních služeb, u kte-



rého se uplatní limit maximální úhrady, bude minimálně 4 %. Na rozdíl od VZP však nepřistupujeme na zvýšení hodnoty bodu o 0,01 Kč/bod, protože s ohledem na plošné navýšení mzdových indexů v návaznosti na vydání novely seznamu výkonů samo o sobě znamenající průměrně 6% navýšení vykázané bodové produkce by navýšení hodnoty bodu o 0,01 nepřineslo poskytovatelům se statisticky významným počtem ošetřených pojištěnců reálné navýšení úhrad – to lze zajistit jen navýšením limitu maximální úhrady na 1 URČ. Navíc by navýšení hodnoty bodu neúměrně zvýhodnilo výkonově hrazené poskytovatele zdravotních služeb ošetřujících statisticky nevýznamný počet pojištěnců, kde se navýšení mzdových indexů projeví v plné míře a jejich nárůst úhrady proti referenčnímu období bude v závislosti na odbornosti 5–7%. OZP však navýšila nad rámec úhradové vyhlášky limity maximální úhrady na 1 URČ plošně o 1 % a je připravena řešit i jednotlivé disproporce.

U VZP prakticky neexistuje poskytovatel, který by ošetřil méně než 100 URČ. To znamená, že i při navýšení hodnoty bodu o 0,01 Kč/bod „zaúčinkuje“ ve všech případech u VZP limit maximální úhrady. U OZP však více než 50 % poskytovatelů zdravotních služeb bude hrazeno výkonově. Z tohoto důvodu nemůžeme úplně kopírovat dohodu s VZP týkající se zvýšení hladiny statistické významnosti ošetřovaných pojištěnců.

Naopak jsme přistoupili vstřícně k řešení případných odchylek v nákladovosti, kdy jsme se nad rámec úhradové vyhlášky zavázali jednat o úpravě limitů maximální úhrady ve všech případech významných mimořádných odchylek proti referenčnímu období a nepodmiňujeme případné navýšení limitu pětinásobkem průměrných nákladů 1 URČ z referenčního období. Příslušné prohlášení o ochotě k jednání je zveřejněno na www stránkách OZP.

U praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost je celoživotní vzdělávání rovněž již dlouhodobě jedním z konstantních bonifikačních titulů. OZP ho na rozdíl od VZP nepromítá do základní sazby, nýbrž přiznává bonifikaci ve výši 1 Kč/1 registrovaného pojištěnce – protože jednicoví pojištěnci jsou asi 1,6násobkem registrovaných pojištěnců, bonifikuje OZP lékaře částkou 0,80 Kč/na jednoho jednicového pojištěnce, tedy bonifikace OZP je vyšší než dohodnutá mezi ČLK a VZP.

Kromě celoživotního vzdělávání jsou ze strany OZP bonifikovány i další tituly, jako

např. získání akreditace, případně statut školícího pracoviště a další.

Ve všech segmentech nelimituje OZP úhradu výkonu 09543 30násobkem, jak předpokládá úhradová vyhláška, nýbrž hradí 30 Kč za každý vykázaný výkon a poskytuje tak stoprocentní kompenzaci výpadku zrušených regulačních poplatků.

Co se týče regulací za rok 2015, na základě dosavadního vývoje za prvních 10 měsíců roku 2015 OZP předpokládá, že náklady na léčivé přípravky a zdravotnické prostředky i náklady na vyžádané služby komplementu nepřevyší plánovanou výši nákladů v těchto segmentech ve zdravotně pojistném plánu pro rok 2015, a proto považujeme za velmi pravděpodobné, že v rámci finančního vyrovnání roku 2015 nebudou ze strany OZP uplatňovány případně vyměřené regulační srážky za preskripci ani indukovanou péči.

## Zaměstnanecká pojišťovna Škoda

Naším zájmem je zabezpečit našim pojištěncům dostupnost hrazených zdravotních služeb vzhledem k jejich zdravotním potřebám a zároveň sledovat, jak jsou při léčbě vybraných onemocněním dodržována dobrými společnostmi stanovená pravidla a postupy, včetně možných a dostupných prevencí. Toto jsou důvody, proč motivační systémy Zaměstnanecké pojišťovny Škoda pro výše uvedené poskytovatele jsou již několik let založeny na plnění dohodnutých měřitelných parametrů hrazených služeb, které se daří v rámci výrazné regionality ZPŠ sledovat, hodnotit a tím motivovat samotné poskytovatele.

Jednání o parametrech na rok 2016 se zástupci uvedených skupin poskytovatelů ještě nebylo ukončeno a našim zájmem je dojít ke společnému kompromisu ve vazbě na zdroje stanovené ve ZPP pro rok 2016.

K uplatnění regulačních parametrů za rok 2015 sdělujeme, že teprve po skutečném vyhodnocení rozsahu poskytnuté péče, indukované péče a preskripcie za celý rok 2015 lze zvažovat jejich zohlednění.

## Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra

Velice si vážíme Vašeho návrhu na jednání, nicméně jak jsme sdělovali v dopise dne 12. 11. 2015, ZP MV ČR jedná každoročně se zástupci sdružení poskytovatelů daných segmentů ve věci úhradových dodatků. Jednání ZP MV ČR s těmito zástupci sdružení poskytovatelů již proběhlo a podoba úhrad byla úspěšně dohodnuta.

Děkujeme za Vaše podněty k jednání, jistě

ale pochopíte, že vzhledem k tomu, že dohody se zmíněnými zástupci sdružení poskytovatelů byly uzavřeny, není již toto jednání relevantní. Nicméně nezávisle na tomto návrhu byly některé Vámi uvedené body v dohodách zapracovány.

## Revírní bratrská pokladna

K Vaším podnětům, resp. deklaraci Vaší připravenosti ke vzájemnému jednání o textu úhradových dodatků na období roku 2016, Vám sdělujeme, že takováto jednání vedeme výhradně se zástupci smluvních poskytovatelů předemtných zdravotních služeb, jimiž jsou dle dikce zákona o veřejném zdravotním pojištění představitelé jejich příslušných profesních sdružení.

Důvodem je jednak skutečnost, že případná paralelní jednání, byť se subjekty, které se na dění ve zdravotním systému ČR svým způsobem podílejí, se s ohledem na možnou různost požadavků a dosažených výsledků nejeví jako praktická, jednak respektování zákonem stanoveného postavení zmíněných profesních sdružení, jež by opačný postup naší strany mohla oprávněně hodnotit jako přinejmenším neetický.

Zároveň mi dovolu, abych Vám poděkoval za vstřícnost při sdělení informací, jež v systému veřejného zdravotního pojištění zpravidla nemáme běžně k dispozici, ačkoli v konkurenčním prostředí zdravotních pojišťoven nepochybně mají svou reálnou hodnotu.

## Závěr

Přístup jednotlivých zdravotních pojišťoven k jednání o úhradových dodatcích a k nabídce ČLK dokáže posoudit každý čtenář sám.

Zdá se, že bude splněn náš předpoklad, že takzvané resortní zdravotní pojišťovny budou i tentokrát své úhradové dodatky koncipovat tak, aby se vyrovnaly nebo alespoň přiblížily výhodám, které Česká lékařská komora vyjednala s VZP.

Na konkrétní znění návrhů úhradových dodatků si budeme muset asi ještě nějakou dobu počkat. Právní kancelář bude všechny nám dostupné návrhy analyzovat a s jejich zhodnocením budete seznámeni prostřednictvím webových stránek ČLK nebo přímými e-maily. Obecně platí, že podepisovat úhradový dodatek má smysl pouze v tom případě, že je pro poskytovatele zdravotních služeb výhodnější než úhradová vyhláška. Pokud totiž žádný úhradový dodatek podepsaný není, musí všechny pojišťovny ze zákona hradit zdravotní služby podle pravidel úhradové vyhlášky.

Milan Kubek

## Problémy polského zdravotnictví

**Nového polského ministra zdravotnictví jsme požádali o stručný výčet hlavních problémů a nástin změn, které zdravotnictví v zemi našich sousedů nutně potřebuje.**

Ačkoli zdraví ve všech žebříčcích hodnot zaujímá jedno z předních míst a zároveň je velmi obtížné najít osobu, která by kladně hodnotila polský systém zdravotní péče, reforma zdravotnictví, nesměle ohlašovaná většinou politiků, kteří se ucházejí o zvolení, pořád není tématem titulních stran novin a časopisů. Není snadné určit konkrétní příčinu tohoto nezájmu sdělovacích prostředků, ale zdá se, že jedním z důvodů může být prostě míra složitosti problémů, které novináři nechápou.

Celý moderní svět se na jedné straně vyrovnává s neustále rostoucími možnostmi medicíny a očekáváními obyvatel, na druhé straně se potýká s omezenými možnostmi v oblasti zdrojů a prostředků, které lze vyčlenit na financování zdravotní péče. Nezbytnost přijímat těžká a odvážná rozhodnutí určitě odrazuje politiky od toho, aby ke zdravotnictví vydávali jednoznačná prohlášení a zavazující sliby. Politici ucházející se o hlasy voličů místo konkrétních názorů a návrhů často používají všeobecná hesla a klišé, která mají bez většího úsilí a rizika přilákat pozornost médií a získat pro ně voliče.

Občané by měli nutit politiky k tomu, aby daleko konkrétněji řekli, jak si představují zlepšení v systému zdravotnictví. Vždyť naše zdravotnictví je v převážné míře hodnoceno potenciálními i stávajícími pacienty, zdravotníky, manažery zdravotnických zařízení, zástupci zdravotnického průmyslu atd. jako nefunkční. Polské zdravotnictví bohužel oprávněně mezinárodní ukazatele kvality zarážejí až na samý konec evropských žebříčků.

### Veřejné náklady na ochranu zdraví

Otázka finančního zatížení státu výdaji na zdravotnictví je pravděpodobně pro politiky, kteří chtějí vládnout, tou nejtěžší. Skutečností však je i to, že zdravotní péče na slušné úrovni (odpovídající evropskému státu 21. století) se nedá realizovat za prostředky srovnatelné s náklady zemí „třetího světa“. Světové statistiky poukazují na závislost veřejných výdajů na zdravotnictví vyjádřených v procentech hrubého domácího produktu (HDP) na výši samotného HDP. Všude tam, kde HDP roste, úměrně rostou také veřejné výdaje na zdravotnictví. Zatímco v Polsku, i přes systematický růst HDP, se tyto veřejné výdaje stále



### MUDr. Konstanty Radziwiłł

Narozen 1958 ve Wrocławu, promoval na I. lékařské fakultě univerzity ve Varšavě v roce 1983, atestoval v oboru rodinné lékařství. V letech 2001–2010 byl prezidentem Polské lékařské komory, v letech 2010–2012 zastával funkci prezidenta Stálého výboru evropských lékařů (CPME). V roce 2015 byl jako nezávislý zvolen do Senátu (horní komora polského parlamentu). V listopadu 2015 jmenován ministrem zdravotnictví nominovaným stranou Právo a spravedlnost. Je ženatý, má osm dětí.

pohybují okolo 4 % (veřejné výdaje v zemích západní Evropy činí až 10 % a průměr v zemích OECD se blíží k 7 %!). V mnoha zemích se čím dál častěji hovoří o tom, že výdaje na zdravotnictví se musejí také považovat za investice. To vše směřuje k jedinému závěru: Pokud chce mít Polsko systém zdravotnictví na slušné úrovni, pak musí na tento cíl vynakládat více prostředků. Vzhledem k rozpočtové realitě se pravděpodobně bude muset přijmout nějaký pracovní plán, který zaručí, že veřejné výdaje na zdravotnictví dosáhnou např. 6 % HDP v průběhu tří let.

### Podmínky nároku na zdravotní péči hrazenou z veřejných prostředků

Čas od času média přinášejí hrozivé nebo prostě nepřijatelné případy nemocných, kterým byla odmítnuta pomoc z důvodu podezření, že nejsou pojištěni u Národního fondu zdraví (NFZ). Podle systému kontroly pojištění, vytvořeného a udržovaného za peníze, které by bylo možno použít na financování zdravotní péče, má cca 7 % (2,5 mil.) obyvatel status osob nepojištěných, což znamená, že nejsou oprávněni využívat veřejný systém zdravotnictví. V dlouhodobém horizontu by tento stav samozřejmě vedl k jednotlivým dramátům, která by se v civilizované zemi vůbec neměla vyskytovat, ale také k růstu zdravotních problémů u této skupiny obyvatel Polska (např. spojených s pozdním vyhledáním lékařské pomoci), které ohrožují také celou populaci a ve výsledku budou muset být stejně financovány z veřejných prostředků. Proto by bylo nejlepším řešením, podle vzoru

mnoha jiných států, aby bez rozdílu každý nemocný, který vyhledal veřejné zdravotnické zařízení, měl právo na nezbytnou péči.

### Veřejné zdraví

V mnoha zemích probíhá diskuse o vztahu mezi osobní odpovědností každého obyvatele za své zdraví a úlohou státu ve snaze o zlepšování zdraví celých populací. Většina moderních států se právem domnívá, že za oblast označovanou jako veřejné zdraví čili široce chápanou aktivitu orgánů veřejné moci při podpoře zdraví (včetně zdravotnické osvěty), prevenci nemocí a také organizaci poskytování zdravotních služeb (včetně rehabilitace, paliativní a dlouhodobé péče) odpovídá stát. Zejména se zdůrazňuje nezbytnost zapojení státu do akcí na ochranu zdraví za účelem podpory kojení, očkování dětí a dospělých, zdravé výživy a fyzické aktivity nebo také boje proti obezitě, kouření, nadměrné konzumaci alkoholu apod. Na světě existuje mnoho přesvědčivých důkazů, že se jedná nejen o nejúčinnější způsoby zlepšování ukazatele očekávané délky a kvality života, ale i o zlepšování sociálních ukazatelů zdraví a rovněž o ekonomicky nejúčinnější způsob vynakládání veřejných prostředků na zdraví.

### Vlastnictví zdravotnických zařízení

Již před několika lety se v Polsku objevila hypotéza, že ambulantní péče a nemocnice (včetně resortních institucí a fakultních nemocnic) budou lépe plnit svou funkci, pokud budou komercializovány nebo dokonce privatizovány. Tento ničím nepodložený názor,

s vytrvalostí hodnou přesvědčení o zduaru věci, se zavádí do života často s přinucením (pomocí různých mechanismů) dosavadních veřejných zřizovatelů zařízení (nejčastěji samospráv), aby je transformovali na obchodní společnosti. Po několika letech společné existence subjektů působících v tradiční formě (samostatných veřejných zdravotnických zařízení) a v podobě obchodních společností (obvykle společností s ručením omezeným) nejsou žádné důkazy pro tvrzení, že by si komercializované subjekty vedly lépe na „trhu zdravotních služeb“. Nanejvýš se dá pozorovat málo překvapivý jev stále intenzivnějšího zaměření těchto organizací na snahu vytvářet zisk. To vede k tomu, že se dané instituce vyhýbají poskytování nerentabilních služeb nebo takových služeb, které jsou mimo limit uložený smlouvou s NFZ (a to se všemi důsledky pro pacienty). To však neznamená, že zařízení založená soukromými subjekty by neměla mít přístup k veřejným prostředkům. Nicméně se zdá, že zastavení vlny privatizace a takřka nucené komercializace je potřebné a usnadní plánování sítě zdravotnických zařízení nezbytných pro zajištění ochrany zdraví obyvatel v dané lokalitě.

### Plátce zdravotní péče nebo organizátor zdravotnictví

Před šestnácti lety byla snaha zkopírovat v Polsku tzv. Bismarckův systém zdravotního pojištění. Ale již po třech letech se od tohoto řešení upustilo a tento systém pluralitních zdravotních pojišťoven byl nahrazen vytvořením jediného Národního fondu zdraví, který se od té doby stal nejen jednou z nejmocnějších finančních institucí v Polsku (s obratem téměř 70 mld. zlotých ročně), ale také jasným monopolistou v oblasti uzavírání smluv v rámci poskytování zdravotních služeb, bezohledně diktujícím své podmínky poskytovatelům zdravotní péče (včetně neslýchaně rozsáhlé byrokracie a výkaznictví) a pacientům, ale nakonec i účinně konkurujícím ministři zdravotnictví v oblasti organizace ochrany zdraví. Zároveň ve většině případů není předmětem smluv uzavíraných NFZ ani tak péče o pacienta, jako spíše poskytování zdravotních služeb (procedur). Vede to často k naprosté nekoordinovanosti péče, k nadměrnému prodražování systému a k odklonu (také zdravotnických zařízení) od úkolu poskytování zdravotní péče těm, kdo ji potřebují. Zdá se, že tuto situaci může změnit likvidace NFZ a vytvoření krajských institucí, které by zdravotní péči objednávaly. Organizátorem veřejného systému ochrany zdraví musí zůstat ministr zdravotnictví a jednotliví vojvodové.

### Trh zdravotních služeb

Několik let byl prosazován, v rozporu se zkušenostmi vyspělých zemí, názor o údajné nadřazenosti tržních mechanismů při ochraně zdraví nad plánovaným poskytováním péče orgány veřejné moci. Dříve připravovaná řešení, která zaručovala udržování veřejné sítě nemocnic, byla odeslána na smetiště dějin. Výsledkem toho je převládající chaos v polském systému zdravotnictví, téměř žádná koordinace péče o mnohé pacienty vyžadující pomoc ze strany různých zařízení, vznik zařízení specializovaných na vykonávání placených procedur, a na druhé straně „sirotčí“ oblasti, kterými se nikdo nechce zabývat, protože nejsou výdělečné. Tyto jevy se musejí neprodleně zastavit. Dosavadní konkurenci všech vůči všem musí nahradit koordinace a spolupráce. V Polsku, které je jednolitým státem, by bylo nejlepší, kdyby za organizaci ochrany zdraví odpovídaly především orgány státní správy, aby se stanovily postupy pro kontinuální analýzu potřeb, a na jejím základě aby se určila síť zařízení, která by zajišťovala zdravotní péči pro obyvatele v jednotlivých regionech.

### Úhrada zdravotních služeb

V současném systému si nemůžeme nevšimnout paradoxu v podílu pacientů na nákladech vynaložených na zdravotní péči. Na jedné straně se politici jako čert kříží snaží vyhnout diskusi o jakékoli spoluúčasti při využívání zdravotních služeb a na druhé straně je Polsko zemí s nejvyššími doplatky za léky v Evropě (což často vede k omezení dostupnosti naordinované farmakoterapie). Bylo by potřeba zahájit upřímnou diskusi zaměřenou na změnu tohoto stavu. Na jedné straně sice jakékoli doplatky mohou být pro někoho překážkou v dostupnosti léčby, pro bohatší lidi přitom stejné poplatky nehrají žádnou roli. Na druhé straně jsou symbolické poplatky v řadě zemí dobrým a ověřeným způsobem, jak zabránit zneužívání systému zdravotnictví. Zkušenosti mnoha států v této oblasti jsou natolik veliké, že je lze snadno využít. Jedním z dobře ověřených řešení jsou doplatky za služby nebo léky do určité, tzn. omezené částky na rok. To zajišťuje ochranu proti nadměrnému finančnímu zatěžování dlouhodobě nemocných osob.

### Kvalita zdravotních služeb

Důsledkem komercializace polského systému zdravotnictví je to, že se stále větší počet pacientů cítí být zákazníky zdravotnických zařízení, a proto jsou připraveni domáhat

se náhrady škody (často údajné) způsobené v souvislosti s léčbou. Toto vede k „amerikanizaci“ vztahů pacientů a zdravotnických pracovníků (a zejména lékařů), což pouze zdánlivě zlepšuje kvalitu péče a ochranu pacientů. V praxi je hlavním důsledkem tohoto jevu uplatňování tzv. defenzivní medicíny (z obav před postihem se „pro každý případ“ provádí nadměrný nebo nepotřebný počet výkonů), ukryvání rizik a chyb, což nakonec vede ke zhoršení ochrany pacientů a k výraznému nárůstu nákladů na poskytované služby. Alternativou pro Polsko je celostátní systém řízení rizik v rámci ochrany zdraví a vytvoření mimosoudního systému kompenzace škod, které vznikly pacientům v souvislosti se zdravotní péčí, aniž by se dokazovala vina zdravotnických pracovníků (tzv. skandinávský systém).

### Zdravotní pracovníci

Polsko, tak jako většina zemí na světě, stále výrazněji pociťuje nedostatek zdravotníků. Dramatický je zejména nedostatek lékařů a zdravotních sester. Vše nasvědčuje tomu, že situace se bude dále zhoršovat. Lékaři emigrují do zahraničí, zdravotní sestry se vzdávají své profese. Takže jak lze zajistit dlouhodobý dostatečný počet zdravotnických pracovníků? Státní politika by se měla zaměřit na dvě oblasti: vzdělávání a pracovní podmínky. Počet studentů na polských lékařských fakultách se musí systematicky zvyšovat. Postgraduální vzdělávání (sestavující především z postgraduální stáže a vstřicného systému specializace pro mladé lékaře) musí zajistit doplnění znalostí získaných studiem v praxi. Pracovní podmínky a podmínky profesního rozvoje pro lékaře a zdravotní sestry musejí být natolik atraktivní, aby zabránily tendenci k migraci (lékařů) nebo opuštění profese (zdravotní sestry). Jedním z možných řešení (uplatňovaným v mnoha evropských zemích) by mělo být určení minimální výše mzdy a zavedení závazných tarifních tabulek pro zdravotnické profese.

Seznam výše zmíněných problémů a opatření je pokusem naznačit alespoň základní kostru nezbytných změn. Rozhodně je nutné zlepšit ještě mnoho dalších důležitých věcí, ale konstrukce reformy by měla začít body, které jsou nejdůležitější. Seriózní diskuse na dané téma je něco, co ve veřejném prostoru v Polsku rozhodně chybí. Možná že se právě teď vyskytla příležitost, jak tuto špatnou tradici změnit.

**MUDr. Konstanty Radziwiłł,**  
ministr zdravotnictví Polské republiky

## Případ (ne)porušení mlčenlivosti

**P**roblematika poskytování údajů o pacientech jiným institucím, či dokonce policii a soudům je dlouhodobě provázena mnoha otázkami a nejasnostmi. O tom, jakou informaci může lékař poskytnout soudu v případě civilní žaloby, vypráví tento případ, v němž bez překvapení měli jednotlivé disciplinární orgány, lékaři a právníci různý názor na to, kde jsou hranice povinné mlčenlivosti. K jednoznačnému rozhodnutí došlo až u soudu...

### Stížnost

Pacientka (zároveň povoláním advokátka) napsala ČLK stížnost na svoji bývalou ošetrující praktickou lékařku. Důvody shrnula do následujících čtyř bodů:

- „Jako moje ošetrující lékařka vázaná ke mně mlčenlivostí dle zák. č. 20/1966 Sb., v platném znění, poskytla v době trvání mé pracovní neschopnosti krajskému soudu informaci o mém zdravotním stavu bez mého vědomí a souhlasu poté, kdy jsem tomuto soudu sdělila, že mu nedávám souhlas k nahlížení do mé zdravotnické dokumentace.

- Podle zákona o zdraví lidí jsou veškeré informace o zdravotním stavu pacienta důvěrné, s výjimkou těch, které jsou vyžadovány pro účely trestního řízení, a nesmí být bez souhlasu pacienta sdělovány třetím osobám, tedy ani soudu.

- Paní doktorka se měla po obdržení soudní žádosti správně se mnou spojit a o této skutečnosti mě informovat. Pak bych ji upozornila, že jsem takový souhlas dát odmítla, a lékařka pak měla v tomto smyslu soudu odpovědět. Tak se bohužel nezachovala a soudní jednání proběhlo bez mé účasti a navíc v době, před níž jsem požádala soud o odročení jednání z důvodu mé pracovní indispozice.

- Výsledek soudního jednání pak vyzněl v můj neprospěch. Paní doktorka mi tak shora popsáním jednáním (které jsem schopna prokázat) způsobila škodu ve výši 95 096 Kč a nemajetkovou újmu na mé dobré pověsti advokáta a slušného člověka.

Pověřený člen revizní komise stížnost přijal a předal ji k řešení místně příslušné revizní komisi OS ČLK.

### Řešení na okrese

Revizní komise si vyžádala vyjádření od lékařky, proti níž byla stížnost adresována.



Ta odpověděla:

„Na základě vyšetření neurologa byla pacientce vystavena PN pro recidivu levostranného CB sy. Byl doporučen klid a nošení límce. Po týdnu došlo k mírnému zlepšení a byla doporučena rehabilitace a fyzické šetření. Na dotaz Krajského soudu v Brně, zda je pacientka schopna dojít k soudu (nic bližšího, za jakým účelem), jsem odpověděla, že je určitě schopna dojít. Pokud by pacientka měla zájem (ale ten právě z nepochopitelných důvodů neměla), mohla, tak jak je běžné u ostatních pacientů předvolaných k soudu, se mnou záležitost konzultovat. Trvám na tom, že její stav dovoľoval dojít k soudu. Psychicky byla normálně komponovaná, což také neurolog ve své zprávě uváděl. O správnosti svého postupu jsem stěžovatelku informovala prostřednictvím právníka. Pokud je mi známo, byla pacientka viděna u soudu s ortopedickým límcem i dříve, což jí nečinilo potíže...? Soud jsem neinformovala o diagnóze pacientky.“

Revizní komise rozhodla s lékařkou nezhájit disciplinární řízení. V odůvodnění píše:

„Lékařka nesdělila soudu žádnou diagnózu pacientky. Nezpřístupnila soudu nahlížení do zdravotnické dokumentace pacientky. Informaci jí podanou soudu nelze hodnotit jako údaje obsažené ve zdravotnické dokumentaci. Soudem ani nebyla dotazována na dočasnou schopnost

či neschopnost např. účastnit se jednání na soudu. Dotaz soudu byl omezen pouze na její schopnost či neschopnost dojít k soudu. Chůzi pacientky neomezovalo ani nošení ortopedického límce, ani lékařské nálezy neurologa, který si ji zval na opakující se kontrolní vyšetření do své ambulance a kam taktéž běžně docházela. Rovněž ji odesílal na rehabilitační cvičení. Podle revizní komise OS ČLK lékařka svým postupem neporušila povinnou mlčenlivost o zdravotním stavu stěžovatelky.“

### Námítka

Stěžovatelka podala proti tomuto rozhodnutí námítku. Píše:

„1. S nezahájením disciplinárního řízení s pí doktorkou nemohu souhlasit, neboť revizní komise nesprávně posoudila důvody a skutkové okolnosti mé stížnosti.

2. Především v rozhodnutí se uvádí, že informaci podanou lékařkou k soudu nelze hodnotit jako údaje obsažené ve zdravotnické dokumentaci. Toto neodpovídá skutečnosti, neboť předmětný dotaz krajského soudu se týkal sdělení, zda můj současný zdravotní stav mi umožňuje účastnit se jednání soudu. V odůvodnění však stojí, že dotaz soudu byl omezen na moji schopnost či neschopnost dojít k soudu. Dojít k soudu bych tedy mohla tak, že dojdou ke vstupu tohoto soudu, otočím se a odejdu. V tom je podstatný rozdíl – od schopnosti zúčastnit se jednání u soudu jako účastník soudního řízení.

To, že jsem nebyla schopna se zúčastňovat v této době soudních ani jiných řízení, bylo dáno mou pracovní neschopností vydanou touto lékařkou. Tato moje pracovní neschopnost mě současně vyloučila z jakéhokoli úspěšného výkonu mé odborné profese.

3. Součástí porušení povinnosti mlčenlivosti této lékařky vůči mé osobě dle § 55 odst. 2 písm. d) je ita skutečnost, že o obdržení předmětného dotazu soudu na můj zdravotní stav bych jako od své dlouhodobé lékařky očekávala, že mě bude o tomto informovat a požádá o můj souhlas k poskytování informace o mém zdravotním stavu třetí osobě. Tato má bývalá ošetřující lékařka příslušný soud přitom odkázala i na konkrétní náleží mého neurologa s tím, že můj stav (zdravotní) nevyklučuje účast na soudním jednání. Důkaz: kopie dotazu příslušného soudu, včetně níže uvedené odpovědi lékařky.

Již z této skutečnosti je zcela zřejmé, že lékařka porušila povinnost mlčenlivosti o mém zdravotním stavu čerpaném z jí vedené zdravotnické dokumentace o mé osobě dle § 55 odst. 2 písm. d) z. č. 20/1966 Sb., v platném znění. Důsledkem jednání lékařky vůči mé osobě bylo, že jsem byla odsouzena v mé nepřítomnosti a vznikla mi tak škoda značného rozsahu, o poškození mé dobré pověsti a jména nemluvě.

Řešením případu se začala zabývat Čestná rada ČLK. Pověřený člen se obrátil s dotazem na stěžovatelku. Píše (vynechávám oslovení a další náležitosti dopisů):

**„Při projednávání Vaší stížnosti ohledně prolomení mlčenlivosti Vaší ošetřující lékařkou jsme konzultovali s právním oddělením České lékařské komory. Podle jeho vyjádření je nezbytné zjistit, zda se jednalo o spor občanskoprávní, nebo trestněprávní, kde poskytování informací lékařem je rozdílné, což je Vám jistě známo.**

**Předpokládáme, že Vaše ošetřující lékařka tyto znalosti nemá a jednala v dobré vůli s tím, že požadavek krajského soudu splňuje právní náležitosti. Je pro nás překvapením, že by krajský soud postupoval protiprávně, zvláště v situaci, kdy jste tomuto soudu sdělila, že mu nedáváte souhlas k nahlížení do Vaší zdravotnické dokumentace. Tato skutečnost také nemohla být Vaší ošetřující lékařce známa.**

**Pro spravedlivé posouzení Vaší stížnosti a námítky Vás proto prosím o laskavé poskytnutí kopie žádosti krajského soudu a lékařkou poskytnuté informace o Vašem zdravotním stavu, pokud máte spis k dispozici. Oba tyto důkazy uvádíte ve Vaší námítce. V námi vedeném spisu však tyto důkazy nejsou.“**

Stěžovatelka odpověděla následovně:

„K Vaší písemné žádosti Vám v příloze tohoto dopisu zasílám požadované doklady, a to žádost krajského soudu o poskytnutí informace o mém zdravotním stavu a připojenou odpověď lékařky. Zmíněné doklady Vám poskytuji v kopii.

K otázce, zda se jednalo o spor občanskoprávní, či trestněprávní, sděluji, že se jednalo o věc občanskoprávní.

Nelze přisvědčit Vámi uváděným důvodům, že moje bývalá ošetřující lékařka **nemá dostatečné znalosti o svých profesních povinnostech ve vztahu ke svým pacientům**. Podotýkám, že v době, kdy příslušné sdělení paní doktorka učinila ke krajskému soudu, jsem já měla od ní vystavenou **pracovní neschopnost bez možnosti vycházek**. Tímto jednáním mě paní doktorka na jedné straně utvrzovala v mém léčebném režimu a na druhé straně psala bez mého vědomí, **že můj stav nevyklučuje účast na soudním jednání**. V tomto jednání spatřuji u paní doktorky vědomou snahu mě v očích krajského soudu vážně poškodit, a to v situaci, kdy jmenovaná dobře věděla (tato skutečnost jí byla známa od začátku, kdy jsem se stala její pacientkou), že působím jako advokátka a každé jednání u soudu pro mě profesně znamená zvýšenou psychickou a fyzickou zátěž. **Nehledě na skutečnost, že jsem v té době užívala léky proti bolesti.**“

### Žádost soudu a odpověď lékařky

Cituji žádost soudu odeslanou lékařce:

„Ve výše uvedené právní věci Vás podepsaný soud žádá o sdělení, zda současný zdravotní stav Vaší pacientky JUDr. XY (stěžovatelka) umožňuje zúčastnit se jednání soudu. Děkuji za odpověď do 3 dnů.“ Žádost je nadepsána „Věc: JUDr. XY proti WZ o 25 350 Kč s příslušenstvím“, přičemž příjmení stěžovatelky je zde zkomolené – chybně uvedené první písmeno, zřejmě vinou automatické opravy v textovém editoru.

Odpověď lékařky soudu:

„Dle posledního nálezu neurolog doporučuje pouze fyzické šetření, stav nevyklučuje účast na soudním jednání. Event. kontaktujte ošetřujícího neurologa na tel. ...“

### Rozhodnutí Čestné rady ČLK

Plénum Čestné rady ČLK na svém řádném zasedání v Praze posoudilo námítku výše uvedeného stěžovatele a rozhodlo takto: Podle ustanovení § 7, odst. 6 Disciplinárního řádu ČLK se rozhodnutí revizní komise OS ČLK zrušuje a věc se vrací k novému projednání a rozhodnutí. Z rozhodnutí cituji:

**„Z dopisu soudu nevyplývá, o jaký druh**

**právního sporu se jednalo... Z textu stížnosti, vyjádření napadané lékařky i z textu námítky nevyplývá, že lékařka byla informována o existenci jakéhokoli sporu své pacientky, navíc ze žádosti soudu nevyplývá, že stěžovatelka je přímým účastníkem ve věci, kde je jako účastník uvedena osoba s jiným příjmením.**

**V dokumentaci ošetřující lékařky je zápis o poskytnutí této informace. Stěžovatelka nebyla o poskytnutí tohoto sdělení informována.“**

Ve vyjádření ošetřující lékařky, obsaženém ve spise, tato uvádí: „Pokud by pacientka měla zájem (ale ten právě z nepochopitelných důvodů neměla), mohla, tak jak je běžné u ostatních pacientů předvolaných k soudu, se mnou záležitost konzultovat.“

Tento názor je nutno považovat za nesprávný. Lékař je povinen informovat pacienta o skutečnostech a požadavcích třetích osob, které kolidují s povinnou mlčenlivostí. V případě nejistoty může kdykoli konzultovat s právním oddělením České lékařské komory.

Revizní komise OS ČLK projednala stížnost výše jmenované a rozhodla o nezahájení disciplinárního řízení s lékařkou. Odůvodnění rozhodnutí revizní komise v celém rozsahu necituji, protože je zúčastněným stranám k dispozici. Pouze poukazuji na verbální nepřesnosti – soud se nedotazoval, zda pacientka je schopna dojít k soudu, ale zda zdravotní stav umožňuje účast na soudním jednání. Stejně tak citace nálezu a sdělení jména a telefonu dalšího lékaře, který se na léčbě podílí, nelze pominout bez povšimnutí.

Čestná rada ČLK požádala stěžovatelku o doplnění, resp. poskytnutí jí uváděných důkazů a po jejich dosažení v plénu námítku projednala. Čestná rada vnímá kauzu tak, že lékařka byla požadavkem krajského soudu uvedena v omyl a dále jednala v dobré vůli, že tento požadavek splňuje právní náležitosti. Přesto však, po konzultaci s právním oddělením ČLK, musí konstatovat, že k prolomení mlčenlivosti došlo. Proto bylo rozhodnuto, jak výše uvedeno, a věc se vrací k novému projednání a rozhodnutí o vině s tím, že samotné projednání může být dostatečným opatřením.

### Nové projednání na okrese

Revizní komise OS ČLK případ znovu projednala a navrhla lékařku disciplinárně obžalovat. Lékařka ve vyjádření k žalobě píše:

„Jsem přesvědčena, že sdělením, které jsem poskytla soudu a které je revizní komisí chápáno jako porušení povinné mlčenlivosti lékaře, jsem povinnou mlčenlivost neporuši-

la. K dotazu soudu, zda je pacientka schopna přijít na jednání soudu, jsem po věcné stránce odpověděla tak, že tohoto schopna je a že další informace je možno získat od ošetřujícího neurologa. Takto je nutno chápat v návrhu na zahájení disciplinárního řízení citované vyjádření. Dále pak uvádím, že i souhlas s eventuálním poskytnutím informací chráněných povinnou mlčenlivostí není formalizovaným úkonem, je možno jej učinit i ústně nebo konkludentně (tedy způsobem, který nevzbuzuje pochybnosti o obsahu a smyslu úkonu). Jestliže stěžovatelka předkládá u soudu doklad o pracovní neschopnosti, udává, že není schopna se zúčastnit soudního jednání ze zdravotních důvodů, a sdělí soudu jméno své ošetřující lékařky, pak mohou důvodně předpokládat, že tímto svým jednáním dává konkludentní souhlas s eventuálním poskytnutím údajů chráněných povinnou mlčenlivostí.

Z mé strany se, i pokud bych připustila, že se jednalo o porušení povinné mlčenlivosti, nejednalo o zaviněné jednání. Organem, který je v České republice výlučně oprávněným k interpretaci právních předpisů, je soud, a to všech předpisů, tedy i zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Jsem-li tedy soudem, oním orgánem oprávněným podávat závazný výklad právních předpisů, požádána o nějaké sdělení, logicky předpokládám, že soud provedl výklad právní normy a dospěl k závěru, že mu příslušné sdělení mohou poskytnout. Jedná se o vyjádření staré právní zásady, že „soud zná právo“. V mém jednání by tak absentovalo jakékoli zavinění, vycházela jsem z oprávnění soudu vykládat právní předpisy a z dobré víry, že soud činí, co jest oprávněn činit. Neměla jsem žádné informace o tom, že by stěžovatelka jakkoli soudu zakázala dotázat se mě na její schopnost účastnit se soudního jednání. Navrhuji proto, aby mě senát Čestné rady uznal nevinnou, neboť jsem se nedopustila disciplinárního provinění.“

Čestná rada OS ČLK rozhodla, že lékařka je disciplinárně vinna z porušení povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků ve smyslu ust. § 55 odst. 2 písm. d) zák. č. 20/1966 Sb., v platném znění, o péči o zdraví lidu, a § 2 odst. 9 Etického kodexu ČLK tím, že sdělila soudu na jeho dotaz, že zdravotní stav pacientky nevyklučuje její účast na soudním jednání a jinak že je ve specializované zdravotní péči neurologa, aniž si k podání této informace vyžádala od pacientky předchozí souhlas. Podle § 10 odst. 2 písm. b) bodu bb) Disciplinárního řádu ČLK se upouští od uložení disciplinárního opatření pro menší závažnost disciplinárního provinění, s tím, že podle názoru senátu Čestné

rady OS ČLK svůj účel již dostatečně splnilo samotné disciplinární řízení.

V odůvodnění senátu Čestné rady se píše: **„Senát Čestné rady OS ČLK při posuzování tohoto případu je si i na základě četných praktických zkušeností vědom toho, že mezi podáváním informací třetím osobám o zdravotním stavu pacientů včetně konkrétních diagnóz a stavu léčení a mezi posuzováním zdravotní způsobilosti pacienta vykonávat či nevykonávat určité činnosti je určitá, ale ne zcela jasná hranice, kdy jde či nejde o povinnou mlčenlivost, roli hraje i účel, pro jaký se informace může či nesmí podávat, zejména na dožádání soudů a jiných státních orgánů. Lékaři v takových případech jednají zpravidla v dobré víře, i když s jistou nejistotou, zda postupují v souladu se správnou interpretací právních předpisů. V podobné situaci byla v daném případě obviněná lékařka. Pro podezření, že by sledovala svým postupem úmysl pacientku poškodit, nesvědčí z daných okolností žádná motivace.**

**Na druhé straně senát Čestné rady OS ČLK při zvážení všech okolností dospěl k závěru, shodně s Čestnou radou ČLK i revizní komisí OS ČLK, že současná právní ochrana osobních údajů občanů brání tomu, aby údaje týkající se konkrétních osob byly bez jejich vědomí a souhlasu sdělovány jakýmkoli třetím osobám, pokud zákon z této zásady nestanoví výjimku. V daném případě o takovou situaci nešlo a stížnost byla v tomto směru opodstatněná. Vzhledem k tomu, že lékařka byla požadavkem soudu uvedena nezaviněně v omyl a jednala v dobré víře, že požadavek soudu splňuje právní náležitosti, neshledal senát Čestné rady důvod pro uložení disciplinárního opatření s tím, že dostačujícím bylo samotné projednání jejího postupu v disciplinárním řízení.“**

### Opětné námítky

Proti rozhodnutí Čestné rady OS ČLK podaly námítku jak obviněná lékařka, tak stěžovatelka. Uvádějí v podstatě již jednou uvedené argumenty.

K projednání kauzy byl svolán senát Čestné rady ČLK, jehož se dále účastnila obviněná lékařka, předseda revizní komise OS ČLK a právníci právní kanceláře ČLK. Během jednání lékařka uvedla, že stěžovatelka po ní již požaduje finanční náhradu škody a že má další svědectví k případu. Jednání senátu bylo proto přerušeno s tím, že mu budou tyto dokumenty dodány.

Lékařka senátu proto odeslala svědectví svého právníka, který popsal, že se stěžovatelka v době pracovní neschopnosti, na niž se odvolává ve stížnosti, „alespoň jednou zúčastnila soudního jednání“, a kopii protokolu soudního jednání, jehož se stěžovatelka měla zúčastnit jako právní zástupce jedné ze stran v době, kdy byla v pracovní neschopnosti.

Dále lékařka dodala dopis, v němž po ní stěžovatelka požaduje finanční narovnání. Zároveň stěžovatelka poslala právnímu zástupci lékařky žádost o smír a žádost o uhrazení škody ve výši 95 000 Kč a omluvu. Na tento dopis následoval po určité době návrh na mimosoudní vyrovnání, tentokrát již s požadavkem na zadostiučinění od lékařky ve výši 3 miliony Kč. Zároveň stěžovatelka vnesla požadavek na jí zasloupanou písemnou omluvu a omluvu za zcela neprofesionální chování, kterou měla lékařka zaslat k rukám všech předsedů soudů sídlících ve městě a požádat je, aby tuto její omluvu zveřejnili na svých úředních deskách.

Na tyto skutečnosti reagoval předseda senátu Čestné rady, který se dopisem obrátil na předsedu České advokátní komory. Mj. píše:

**„Disciplinární orgány ČLK nemají žádnou možnost ověřit skutečnosti, které se týkají formalit v případě soudního jednání, tedy porušení zákazu nahlížení soudu do zdravotnické dokumentace (pokud je to technicky možné), informace žalované straně, že lékař informoval soud o zdravotní způsobilosti dostavit se k soudu, a hlavně, zda případnou účastí stěžovatelky na jiných kauzách v době pracovní neschopnosti nebyla praktická lékařka a tím ani disciplinární orgány ČLK uváděny cíleně v omyl. Domnívám se, že advokátní komora tyto možnosti má a mohla by ČLK pomoci.**

**Prosím Vás proto, vážený pane doktore, o přijetí tohoto podnětu k prošetření disciplinárním orgánem Vaší komory. Dovolím si upozornit, že se nám nejedná v žádném případě o stíhání advokátky stěžovatelky, pouze o zjištění skutečností, které by nám pomohly ke spravedlivému rozhodnutí.“**

V té době bylo také znovu svoláno přerušené jednání senátu Čestné rady, na což reagoval advokát obviněné lékařky:

*„V souladu s přáním mé mandantky zasílám vyjádření týkající se pozvání k projednání na ČLK. Toto jednání považuji za zbytečné a bezdůvodné. Jako důvod uvádím následující:*

Plně se ztotožňujeme s rozhodnutím a závěry ČLK-OSL, kde senát Čestné rady OS ČLK upustil od uložení disciplinárního

opatření. Pokud by ČLK měla zájem dopátrat se objektivní pravdy, tak by například přes právní oddělení ČLK zjistila u krajského soudu následující: účastnice řízení-stěžovatelka nechodila na jednání k soudu, a proto byla tímto soudem vyzvána, aby sdělila adresu ošetřujícího lékaře z důvodu ověření zdravotního stavu (schopnosti zúčastnit se jednání soudu). V případě, že neodpoví, soud bude toto brát jako souhlas.

*Má mandantka byla obslána jako tehdejší ošetřující praktická lékařka s dotazem, zda aktuální zdravotní stav znemožňuje účast při jednání. Vyjádřila se tak, jak je uvedeno v rozhodnutí. Zachovala se tak v souladu s § 128 zákona č. 99/1963 Sb., aniž by porušila svoji povinnost mlčenlivosti.*

*Tento spor byl projednáván u krajského soudu a v první instanci se váže ke spisu ... projednávaného u městského soudu. Pokud se skutečně u soudu najde doklad, že účastnice neudělila souhlas, pak tuto vůli měl soud respektovat a po lékařce informaci nepožadovat. Lékařka jednak plnila svou povinnost uloženou v § 128 o. s. ř. a jednak byla v dobré víře, že pokud zná soud adresu a jméno ošetřující lékařky, má i souhlas se zjištěním zdravotního stavu.*

*Dále v tomto případě nedošlo k prolomení mlčenlivosti uloženou lékaři ve smyslu ustanovení § 55 odst. 2 písm. d) zákona č. 20/1966 Sb., v platném znění, ani § 2 odst. 9 Etického kodexu ČLK, když soudu pouze sdělila, že zdravotní stav nevylučuje účast na soudním jednání. Tato informace není vyjádřením diagnózy nebo porušením lékařského tajemství. Pokud vznikla stěžovatelce újma, musí tuto požadovat po soudu, který přes údajnou zápornou odpověď stejně informaci požadoval.*

*Pokud i přes všechny výše uvedené skutečnosti bude ČLK trvat na osobní přítomnosti mé mandantky, budeme nuceni požadovat vynaložené prostředky, tzn. cestovné, náklady na právní zastoupení a v neposlední řadě náhradu za ztrátu času. Pokud senát rozhodne o přeložení jednání nebo zrušení jednání do doby předložení nových důkazů stěžovatelkou, jak bylo přislíbeno, prosím o zprávu obratem. Věřím, že pochopíte vážnost situace a od projednání této zmatečné záležitosti upustíte.“*

Senát Čestné rady ČLK potvrdil předchozí rozhodnutí Čestné rady OS ČLK o vině lékařky a ztotožnil se i s neuložením disciplinárního trestu. V rozhodnutí se mj. píše:

**„V případě žádostí soudů směřujících ke sdělení informací o zdravotním stavu pacientky je nutné rozlišovat, zda se jedná o trestní, či občanskoprávní řízení. Pokud by šlo o trestní řízení, bylo by poskytnutí**

**takových informací v souladu se zákonem, neboť právo soudce žádat informace chráněné povinnou mlčenlivostí vychází z § 8 odst. 5 zákona č. 141/1961 Sb., trestní řád, v platném znění. Pokud se však jedná o občanskoprávní řízení, nemá soud nárok na informace o zdravotním stavu bez souhlasu pacienta, kterého se tyto údaje týkají. Právní zástupce lékařky v tomto případě mylně poukazyval na § 128 zákona č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, v platném znění, který uvádí, že každý je povinen bezplatně na dotaz sdělit soudu skutečnosti, které mají význam pro řízení a rozhodnutí. Toto ustanovení je však potřeba vykládat v souvislosti s § 124 téhož zákona, podle něhož dokazování je třeba provádět tak, aby byla šetřena povinnost zachovávat mlčenlivost o utajovaných informacích chráněných zvláštním zákonem a jiná zákonem stanovená nebo státem uznávaná povinnost mlčenlivosti. V těchto případech lze provést výslech jen tehdy, jestliže vyslychaného zprostil povinnosti mlčenlivosti příslušný orgán, nebo ten, v jehož zájmu má tuto povinnost; přiměřeně to platí i tam, kde se provádí důkaz jinak než výslechem. V tomto případě nebyl souhlas pacientky dán a podle současné platné právní úpravy neexistuje orgán, který by mohl lékařku povinné mlčenlivosti zprostit.**

**Každé sdělení informací nad rámec toho, co umožňuje zákon, může zakládat trestní řízení pro podezření ze spáchání trestného činu neoprávněného nakládání s osobními údaji podle § 178 odst. 2 trestního zákona. Tento trestný čin lze spáchat i z nedbalosti. Praxí orgánů činných v trestním řízení je, že i pouhá informace sdělená občanskoprávnímu soudu bez souhlasu pacienta, že tento pacient je schopen zúčastnit se soudního jednání, nicméně pro malou společenskou nebezpečnost takového jednání nebývá proti lékaři zahajováno trestní stíhání, příp. je lékař následně zproštěn obvinění.“**

Předseda senátu Čestné rady obdržel odpověď z Kontrolního oddělení České advokátní komory, které „po prošetření rozhodlo o odložení věci s ohledem na ust. § 33 odst. 2 zákona o advokacii č. 85/1996 Sb., neboť uplynula objektivní dvouletá lhůta, v níž lze advokáta kárně postihnout, ovšem pouze v případě, že by bylo shledáno porušení povinností, které zákon o advokacii a Pravidla profesionální etiky advokátovi ukládají“.

## Soud

Obviněná lékařka podala proti rozhodnutí disciplinárních orgánů správní žalobu k jeho přezkoumání. Soud rozhodl, že se „rozhodnutí senátu Čestné rady ČLK pro nezákonnost zrušuje a věc se vrací žalované k dalšímu řízení“ a že „ČLK je povinna zaplatit žalobkyni (lékařce) na náhradu nákladů řízení částku 7712 Kč“.

Důležitý je rozsudek, kde se píše (žalobkyně je lékařka, stěžovatelka je advokátka, která si na lékařku komoře stěžovala, žalovaná je ČLK):

„Sporná je v souzené věci právní otázka, zda poskytnutým sdělením krajskému soudu porušila žalobkyně povinnost zachovávat mlčenlivost ve smyslu § 55 odst. 2 písm. d) zákona o péči o zdraví lidu, či nikoli.

Krajský soud zastává názor, že žalobkyně daným sdělením krajskému soudu svou povinnost mlčenlivosti dle § 55 odst. 2 písm. d) zákona o péči o zdraví lidu nijak neporušila, naopak jen splnila svou povinnost dle § 128 o. s. ř., a to i s ohledem na znění § 124 o. s. ř. Ustanovení § 55 odst. 2 písm. d) zákona o péči o zdraví lidu ukládá zdravotnickým pracovníkům povinnost zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dověděli v souvislosti s výkonem svého povolání, s výjimkou případů, kdy skutečnost sdělují se souhlasem ošetřované osoby, a s výjimkou zde dále uvedených případů, přičemž z povahy věci jde o skutečnosti, které se vztahují k soukromému životu pacienta [tj. zejména k údajům o jeho konkrétním zdravotním stavu (konkrétních chorobách, průběhu léčeni atd.), o jeho osobních, rodinných poměrech apod.], kdy právo na ochranu soukromého života je nezadatelným lidským právem, které bezpochyby zahrnuje, mimo jiné, právo fyzické osoby rozhodnout podle vlastního uvážení, zda, popřípadě v jakém rozsahu a jakým způsobem mají být skutečnosti jejího osobního soukromí zpřístupněny jiným. Předmět práva na osobní soukromí (včetně konkrétního zdravotního stavu) tak tvoří vnitřní intimní sféra života jednotlivce vytvářená skutečnostmi jeho soukromého života. Zdravotní stav fyzické osoby je nepochybně citlivým údajem, kdy i možnost přístupu do zdravotnické dokumentace pacienta má podle zákona o péči o zdraví lidu kromě pacienta samého jen velmi omezený okruh osob zejména z řad lékařů, ze strany moci soudní pak pouze soudní znalec v oboru zdravotnictví. Potřebou soudu přitom obecně není zjišťovat, co je obsahem zdravotnické dokumentace vedené o jednotlivém pacientovi a v daném případě s ohledem na účel dotazu vůbec nebylo účelem krajského soudu zjišťovat konkrétní zdravotní stav stěžovatelky-advoko-

kátky (např. její diagnózu), ale pouze to, zda je, nebo není schopna se k jednání tohoto soudu dostavit. Žalobkyně přitom svou odpověď tento rozsah nepřekročila, neporušila povinnost stanovenou jí § 55 odst. 2 písm. d) zákona o péči o zdraví lidu, resp. § 2 odst. 9 Etického kodexu České lékařské komory. Žalobkyně k dotazu soudu totiž nesdělila žádné skutečnosti, na které se vztahuje povinnost mlčenlivosti dle § 55 odst. 2 písm. d) zákona o péči o zdraví lidu, tj. především to, jakým vyšetřením byla žalobkyně podrobena, jaká byla nasazena léčba, včetně uvedení konkrétní medikace, a jaká byla stanovena diagnóza. Žalobkyně v daném sdělení neuvedla žádné konkrétní skutečnosti, které by se týkaly osobních údajů stěžovatelky-advokátky, ale pouze to, zda její zdravotní stav umožňuje, aby se dostavila k jednání soudu, a jméno jejího dalšího ošetřujícího lékaře. Žalobkyně sdělené údaje tak nelze považovat za porušení mlčenlivosti ve smyslu § 55 odst. 2 písm. d) zákona o péči o zdraví lidu, protože neinformují o konkrétním zdravotním stavu advokátky, o jejích osobních, rodinných či dalších ryze soukromých poměrech, o nichž by se žalobkyně dozvěděla při výkonu svého povolání lékařky. Z výše uvedeného také plyne, že k poskytnutí daných informací krajskému soudu žalobkyně nepotřebovala souhlas jmenované pacientky ve smyslu § 55 odst. 2 písm. d) zákona o péči o zdraví lidu, kdy ani z žádného právního předpisu nevyplývala povinnost žalobkyně jako lékařky informovat stěžovatelku o poskytnutí daných údajů uvedenému soudu.

Není také případný odkaz žalované v napačeném rozhodnutí na § 8 odst. 5 trestního řádu, podle kterého nestanoví-li zvláštní zákon podmínky, za nichž lze pro účely trestního řízení sdělovat informace, které jsou podle takového zákona utajovány, nebo na něž se vztahuje povinnost mlčenlivosti, lze tyto informace pro trestní řízení vyžadovat po předchozím souhlasu soudce. Toto ustanovení se totiž vztahuje právě ke skutečnostem, na něž se vztahuje výše specifikovaná povinnost mlčenlivosti dle § 55 odst. 2 písm. d) zákona o péči o zdraví lidu. O tento případ však v posuzované věci nejde, neboť na údaje sdělené žalobkyní krajskému soudu se tato povinnost mlčenlivosti nevztahuje, a tedy by tyto údaje mohla žalobkyně také sdělit orgánům činným v trestním řízení k jejich dotazu na základě § 8 odst. 1 trestního řádu i bez předchozího souhlasu soudce. Nelze proto bez dalšího ani souhlasit s názorem žalované, že i pouhá informace sdělená občanskoprávnímu soudu bez souhlasu pacienta, že tento pacient je schopen zúčastnit se soudního

jednání v občanskoprávní věci, zakládá porušení povinné mlčenlivosti a mohla by být posouzena jako trestný čin neoprávněného nakládání s osobními údaji podle § 178 odst. 2 zákona č. 140/1961 Sb., trestního zákona, ve znění platném a účinném do 31. 12. 2009.

Nad rámec, s ohledem na obsah správního spisu (zejména protokolů o jednání před žalovanou), považuje krajský soud za vhodné uvést, že nelze ztotožňovat odpověď na dotaz soudu, zda je účastník schopen účasti u soudního jednání s obsahem potvrzení o pracovní neschopnosti. Potvrzení o pracovní neschopnosti se vystavuje především pro účely sociálního zabezpečení a pro pracovněprávní účely, samo o sobě však neprokazuje, že účastník soudního řízení není schopen dostavit se k jednání soudu (srov. usnesení Nejvyššího soudu ČR sp. zn. 5 Tdo 804/2005 ze dne 29. 6. 2005).“

Stěžovatelka napsala komoře následující dopis:

*„Ve věci mé stížnosti proti Vaší člene paní doktorce Vás žádám o sdělení, zda jste do rozsudku krajského soudu podali v zákonem stanovené lhůtě kasační stížnost a dále jaký byl důvod na Vaší straně, že jste mě neinformovali o tom, že lékařka do Vašeho konečného rozhodnutí podala správní žalobu. V důsledku toho pak Krajský soud v Ostravě jednal a rozhodoval bez mé účasti a o jeho rozhodnutí jsem se dozvěděla až dodatečně. Přitom jeho rozhodnutí může mít pro mě značné negativní důsledky.“*

Předseda Čestné rady ČLK odpověděl:

**„1. Do rozsudku krajského soudu Česká lékařská komora nepodala kasační stížnost.**

**2. Česká lékařská komora nemá povinnost Vás informovat o tom, že obviněná lékařka podala správní žalobu.“**

Na základě rozsudku soudu Čestná rada ČLK rozhodnutí senátu Čestné rady OS ČLK zrušila, neboť obviněná lékařka se prokazatelně nedopustila disciplinárního provinění, a je tedy nevinna.

### **Poučení závěrem**

Tato kazuistika je dle mého soudu jednou z procesně nejsložitějších a nejzajímavějších, o nichž jsem psal. Svědčí o tom i rozsah spisového materiálu, včetně různé písemné komunikace, a tím pádem i délka celého procesu. Stížnost na komoru přišla v roce 2006 a konečné rozhodnutí bylo učiněno v roce 2010.

Vedení ČLK i právní oddělení vždy považovaly a považují lékařskou mlčenlivost za jeden z pilířů svobody lékařské profese a zároveň za podmínku pro úspěšné budová-

ní důvěry mezi lékařem a pacientem. Avšak platí, že konečný výklad zákonů přísluší soudu, k čemuž v tomto případě nakonec došlo. Vyplyvá z něho, že pokud se na lékaře obrátí soud i v případě soukromoprávního sporu, je lékař povinen odpovědět na základní otázku, zda je pacient v jeho péči a zda je schopen se dostavit k soudu. Samozřejmě nesmí uvádět nic nad rámec tohoto, zejména informace o zdravotním stavu. Přestože lékař podle soudu nemusí o tomto informovat dotčeného pacienta, domnívám se, že mu to zakázáno není, a že to naopak patří k dobré vzájemné komunikaci.

**Pokud ovšem nahlédneme do judikatury Nejvyššího správního soudu nebo Ústavního soudu, zjistíme, v kolika případech tyto soudy hodnotí například rozhodnutí krajských soudů za naprosto chybné. Nedávno jsme publikovali případ, kdy soud zaujal stanovisko, že policie nepotřebuje souhlas soudce k poskytnutí informací o pacientovi. Ústavní soud podrobil toto rozhodnutí obecného soudu tvrdé kritice, zrušil jej a zaujal stanovisko zcela opačné. Těžko předjímat, jaký by byl výsledek kasační stížnosti k Nejvyššímu správnímu soudu, kdyby ji komora podala. V řadě případů Nejvyšší správní soud právě na základě kasační stížnosti komory rozhodnutí krajského soudu rušil a dával výklad zcela opačný (například k otázce, zda komora může stanovit pro primářské licence přísnější kritéria než pro specializovanou způsobilost). Možná by i zde zaujal opačné stanovisko, komora však neměla zájem podávat kasační stížnost ve věci, ve které rozhodnutí krajského soudu bylo ve prospěch lékařky, která jednala v dobré víře, že soud zná zákon, a pokud činí dotaz, pak s vědomím, že je oprávněn informací získat.**

A snad jedna úvaha a z ní vyplývající rada na závěr aneb po bitvě je každý generálem. Pokud jste v jakýchkoli „právních“ rozpácích o správnosti svého postupu, obraťte se na právní kancelář ČLK. Domnívám se, že pokud by obviněná kolegyně takto učinila hned na začátku, dostala by od právníků radu, aby informovala svoji pacientku (navíc advokátku!) a aby informaci soudu neposkytovala. Lze očekávat, že by jí pacientka navíc nedala souhlas. Právníci by jí jistě připravili i koncept odpovědi. Soud by zřejmě reagoval přípisem, který by bylo již nutné respektovat, a k rozhodnutí by se dospělo bez následujících peripetií.

**Michal Sojka**



# Jak dál se systémem atestačních oborů



**N**ovela zákona 95/2004 Sb. vyvolala u jednotlivých lékařů i v odborných společnostech ČLS JEP široké spektrum do značné míry oprávněných připomínek. Ať už máme na systém atestačního vzdělávání jakýkoli pohled, dvě věci jsou nezpochybnitelné: 1. systém by měl být spravedlivý při vzájemném porovnání jednotlivých oborů, 2. měl by být stejný, nebo dokonce kratší než atestační systém v Evropě, zejména v Německu, kam řada lékařů odchází. Bohužel návrh zákona, který došel do vlády, nespĺňuje ani jednu z těchto podmínek a způsobil extrémní tlak jednotlivých oborů na poslance, aby právě jejich obor byl upraven.

Již na jaře jsem při osobní návštěvě sdělil panu ministru jménem ČLS JEP, že jsme pro výraznou redukci počtu základních oborů a pro co největší flexibilitu systému. Převedením jen některých dosud základních specializačních oborů do oborů nástavbových dochází

k nepříjemné poruše rovnováhy s obory, které zůstaly mezi obory základními, přestože mají stejný (společný) základní kmen a měly by být zařazeny též mezi obory nástavbové. K těmto oborům vycházejícím z vnitřního lékařství patří např. alergologie a klinická imunologie, hematologie a transfuzní lékařství, infekční lékařství, kardiologie a lékařská genetika a klinická biochemie. Postavení všech těchto specializačních oborů vycházejících z interního kmene by mělo být srovnatelné s ostatními obory navrženými v rámci novely mezi obory nástavbové. Dojde k velkému rozdílu délek specializačního vzdělávání, neboť např. hematologie podle navržené novely by trvala 3 roky, kdežto gastroenterologie nejméně 7 let (5 let interna + nejméně 2 roky nástavba gastroenterologie).

Nerovnováha mezi obory povede k extrémní snaze představitelů postižených oborů ovlivnit projednávání v parlamentu a výsledkem může být, že zákon, který posouvá vzdělávání správným směrem, neprojde. V řadě oborů je výrazně komplikovanější než v okolních zemích a může vést k odlivu mladých lékařů z ČR. Lékaři si budou přednostně volit obory s kratším vzděláváním, přitom je nepochybné, že např. mezi technologicky náročnými obory, jako jsou kardiologie, pneumologie či gastroenterologie, není logicky žádný rozdíl v potřebné délce vzdělávání.

Zdůraznil jsem, že v případě výše navržené další redukce počtu základních oborů je vedení ČLS ochotno jednak veřejně podpořit návrh zákona a jednak i obhajovat návrh vůči lékařské veřejnosti. I v dnes samostatném malém oboru se lékař může připravit k atestaci, pokud chodí sloužit a pokud na určitý čas odejde na pracoviště specializované.

Není důvod tohoto absolventa malému pracovišti brát. Klíčové je, aby přibližná doba, kdy lékař získá atestaci základního oboru, byla maximálně 5 let a za další rok by mohl lékař absolvovat atestaci nástavbovou, přičemž by mu byla započítána i doba 2–3 let při přípravě k základní

atestaci a do tohoto nástavbového oboru by měl být zařazen paralelně od počátku.

Nějakým vhodným mechanismem by bylo vhodné zabránit extrémně složitým návrhům akreditačních komisí pro potřebné pobyty mimo pracoviště školitele, např. omezením na 20 % času. Klíčové je nadchnout pro obor absolventa a mít právo ho primárně školit v oborech menších či nástavbových, aby mohl odskočit na krátké staže v interně či na interní služby a mohl tak po 5 letech složit atestaci interní a po dalším roce třeba atestaci nástavbovou. Jen tak lze zajistit na okrese dostatečný počet odborníků, současně dobře znajících nástavbový obor a současně schopných dělat primáře základního oboru. Mnoho lékařů, kteří v posledních letech získali atestaci v nějakém malém oboru, jsou v podstatě lékaři méněcenní, nikdo neví, zda jejich obor v budoucnu nezanikne, a na okrese není nikdo, kdo by mohl dělat primáře. A čím jsou obory širší, tím je to pro trh práce významnější.

ČLS nemůže v žádném případě podpořit ten návrh zákona, který se ocitl na jednání legislativní rady vlády, je však ochotna podpořit zákon, který povede současně k rychlé přípravě odborníků základních oborů a současně i k rychlé přípravě specialistů. Jinak hrozí, že celé naše zdravotnictví personálně zkolabuje. Poslední jednání na MZ ČR se ukázalo být překvapivě konstruktivní. Možná by mohlo dojít i k zpochybnění zcela nesmyslného a zbytečného pojmu kmen, ale to bude ještě předmětem jednání. Snad to vše dobře dopadne.

Prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc.,  
předseda ČLS JEP

**Zaměstnáme dětské i všeobecné praktické lékaře, s atestací a bez atestace, pro ambulance v Libereckém kraji, Ústeckém kraji, Karlovarském kraji, Plzeňském kraji a Jihočeském kraji.**

**Urgentně sháníme všeobecného praktického lékaře do Ústí nad Labem a do Českých Budějovic, kde by byl nástup možný již v březnu 2016. Dále zaměstnáme klinického alergologa – imunologa v Litoměřicích. Nástup možný ihned.**

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

## Nizozemské reformy a česká tabu



Zaskočili jsme onehdy se zdravotním výborem Senátu na tři dny do slunného listopadového Nizozemska. Jednak z nostalgie nad neuchopenou holandskou inspirací poplatkového ministra, který životní příležitost proměnil v sedmiletou občanskou válku o poplatky, takže jako by teď nezbylo nic. Jednak proto, že v hodnocení podle *European Health Consumer Index* Nizozemsko vévodí už tři roky na prvním místě. A jednak proto, že v Nizozemsku se reformuje stále, zvolna a soustavně. Řekněme spíše, že se kultivuje systém od více asociálního k více sociálnímu. Občas mám hasnoucí nutkání zvedat z bláta prapory pozitivních příkladů, ale vždy je potřeba nejprve zjistit, zda na žerdi visí k následování zástava vskutku bojová, pouze slavnostní, nebo třeba jen trenýrky, jak se v Česku už také zavedlo. Je těžké v naší takticky převyspělé a skeptické zemi někoho oslovit ideou, ideálem nebo inspirací. Je přímo sebevražedné připomínat *zombie* a *voodoo* jakýchkoli reforem, byť jen slovem. Činím už vůbec, protože systém prý vlastně funguje, převládá mírně reptavá stabilita, nepyšná prosperita, navyklá subdeformita, přijatelná efektivita možného a rozdělení na pacienty a zdravotníky privilegované a deklasované. Není ani koho přesvědčovat, neboť všichni máme dost denních starostí s problémy, které si často sami vytváříme. Jako pragmatici potyček všedních dnů jsme již uvízli hluboko pod hladinou promyšlení nového a lepšího. Máme už svá *česká zdravotnická tabu*. A navíc

se blíží volební roky po onom vzácném roce nevolebním.

Zvolím proto jednoznačně: Napíšu pár slov o holandském výletu opatrně, jen jako otevřený dopis adresovaný mojí babičce. Ta mi sice zemřela už v roce 1968, ale je tak trvale nad věcí a bez sebemenšího konfliktu v zájmech nebo úmyslech. Naposled jsem jí také psal pohled z výletu. Nevzpomínám už, zda tehdy z výletu na Hrad pražský, nebo hrad Bouzov. Nadšen jsem byl tehdy oběma, teď více Bouzovem. Pouhým dlouhým životem kvalifikovaná babička mě od dětství nabádala hlavně nemít dluhy. Ta rada se mi soukromě velmi hodí. Vůkol však opakovaně slyším veřejné diskuse ekonomů a ministrů o přijatelné výši dluhu, když nezadluženost sama se už trvale stala všem moderním ekonomikám i státům pouhým snem. Tento stav se promítá do finančního i mentálního zdraví společnosti, potažmo pak i do zdraví občanů a zdravotnictví. Dlužíme komusi, dlužíme i sami sobě, a to mnohé. Třeba duševní rovnováhu, radost z dosaženého, rozpoznání nezbytného a úprk z nerozumu k rozumu.

*Milá babičko,*

byl jsem se zdravotním výborem Senátu na krátkém výletě v Nizozemsku, abych se jako senátor, doktor i občan poučil, jak je to s tím nizozemským zdravotnictvím, které se u nás doma a doma v Evropě tolik chválí. Byli na nás moc hodní a všechno potřebné s námi hezky probrali. Je to tam vskutku v dobrém stavu a leccos jsem se zase přiučil. Jen abych to nepopletl jako naši předchůdci, když se tam také učili. V roce 2006 v Nizozemsku po dlouhém reformním úsilí zavedli povinné a všeobecné zdravotní pojištění, aby to tedy bylo i u nich tak jako už dlouho u nás. Už proto, že tam měli hodně sociálních starostí s imigranty odevšad, což prý u nás budeme mít až nyní, až si nás cizozemci oblíbí více než dosud. Nabízí se otázka, proč člověk musí vůbec někam jezdit, aby se něco dozvěděl, když všechno se teď dozvídáme v barvách z naší televize. Barevnou televizi jsi, babičko, ani nezažila. Ostatně ani tu televizi černobílou pro černobílé vidění světa, které ovšem stále více umí zařídit i naše digitální televize barevná. Víím, stačila ti v mnohém jen zkušenost, a to i se dvěma světovými válkami. My se teď asi chystáme na třetí, nebo už dokonce běží. Zatím se tak úplně neví.

A teď už k výčtu českých *tabu* v rafinovaném světle obrazů holandských mistrů: 1. Až v krizi z nedostatku nebo ve válce se zdravotnictví racionalizuje na míru nezbytného. Hovořit o nezbytnosti už nyní je *první české tabu*. Racionalizací se v míru totiž často něco zbytného někomu odebrává, regulovaný subjekt pak není rád a zlobí se.

2. *Druhým českým tabu* je hlídání u vrat čili *gatekeeping*. Toho jsme si užili už na vojně, když jsme je obcházel na nepovolené vycházky zadem přes plot. Cestu zadem a přes plot máme u nás naučenu, ale mezi českými *gentleman*y se tabu neotvírají. V Nizozemsku se občan se zdravotním problémem hlásí primárně vždy u praktického lékaře, který zajistí potřebné sám nebo sepíše doporučení pro specialistu. Jinak prý to tam nejde. Pojistka je ještě i při vchodu do nemocnice, kde provede onu hlídací službu u vrat čili *gatekeeping* ambulance praktika fungující nouzově pro darebné či dezorientované obchazeče systému. U nás je to obecně nepřijatelné pro specialisty i praktiky. Že by to asi poničilo agendu ambulantních specialistů, ubralo jim práce i výnosů a praktikům práce zase dramaticky přidalo. A patrně už bez výnosů, neboť za konkrétní práci se u nás platí spíše nepřímo než přímo úměrně. Holandští praktici navíc mají ve své agendě i praktickou gynekologii, malé operační výkony, zdravotní problémy celé rodiny. U nás hrůza jen pomyslet.

3. Neschopenky v Nizozemsku neznají, neboť se nesluší nemoc fingovat pacientem ani lékařem. Až po nějakém týdnu se ozve svému klientovi pojišťovna, jakže to s ním má být dále. Chápeš, babičko, že toto není v tuzemsku k zavedení, a vlastně ani k pouhému zamyslení. A to je *třetí české tabu*. My tu máme významně členitější terén i myšlení než v Holandsku a každé naše údolíčko má svoje pravidla i kolorit. Proto k nám ostatně jezdí Holanďané rádi, byť jen na dovolenou. A také, že je tu levněji.

4. Trošku se ukájíme zbídačelostí naší země, zejména když si přepočteme, že v Holandsku mají třikrát více prostředků na zdravotnictví než u nás. Trošku se ukájíme i obranou našeho bezplatného zdravotnictví, ačkoli občan často tápe, proč tedy při návštěvě lékaře platí mnohde jako mourovatý, nezřídká bez pravidel a možná jen do něčí darebné kapsy. Naše *čtvrté české tabu* je nepřiznat nic z toho a hájit všechno. Jak pravidla bezplat-



ProtasovAN/Shutterstock.com

nosti, tak i placení bez pravidel. Holanďan do 18 let neplatí nic, pak všichni včetně důchodců nominálně 100 eur měsíčně. Kdo na to důvodně nemá, požádá individuálně o sociální výpomoc. Nad oněch 100 eur teprve běží pojistné plány různě formulované u sedmi soukromých zdravotních pojišťoven, svázaných nicméně pevnými pravidly, co musejí pojištěncům zajistit, takže se liší jen v detailech. To by nám, babičko, nevonělo. Vždyť naše zdravotní pojišťovny se pyšní rolí majitelů pojistného a dat pojištěnců, nikoli jen jejich správou. Dosud není jasno, zda se my budeme přibližovat Holandsku, nebo Holandsko nám. Oni ve své zdravotní agendě nicméně mají dobrý přehled a hezky přehledně to všem popíší, takže v oné hitparádě dojmů pak evropský peloton zdravotnictví vedou. My postrádáme kvalifikované popisovače nebo dosud nemluví anglicky tak, aby se jim rozumělo i v zahraničí.

5. *Pátým českým tabu*, o němž se nemluví a které generuje další četné nesrovnalosti, také je, že u nás spolu resorty zdravotnictví a sociálních věcí už dlouhodobě nepijí pravidelně kafe, možná ani nekamarádí. Ačkoli velká část seniorů a invalidů jsou z biologické podstaty bytosti dvouresortní, trpící handicapem zdravotním i sociálním v různých poměrech, a to již trvale. A tak v tom Holandsku přijali letos nový zákon na provázanost oběho pro ty, kteří se už nemoci či zdravotního znevýhodnění nezabaví a trvale se už sami o sebe nepostarají. Kolik, čeho, kdy, komu a jak – to zůstává u nás namnoze dosud tabuizovaným a náročným tématem. Následně tak i kvalifikovaná odbornost v sociálně-zdravotní péči chřadne na úbytě. Pouhá pohodlná privatizace sociálně-zdravotní péče či outsourcing odpovědnosti

státu, vesměs využívající veřejných prostředků, zajisté řešením není.

6. A máme také *šesté české tabu*, o němž se mluvit nedoporučuje, neboť doba žádá průhlednost za všech okolností i pro hyperkontrolované vakuum v čirém skleněném válci. Z hlediska manažera veřejné nemocnice, která pro svoji transparentci jako doklad nedotčeného panenství teď každou komoditu i pidikomodu soutěží stále dokola ve výběrovém řízení, až se usoutěží, je zajímavý nizozemský názor: „Také jsme takto mnohdy absurdně a neefektivně činili, než jsme přišli k rozumu.“ Západní móda teď směřuje spíše ke kontraktovanému partnerství, zejména pro velké celky a dlouhodobější zakázky. Jistěže cestou výběrového řízení, ale pokud jde o budovy a jejich provoz, tak na 20 let, a pokud jde o velké přístroje a přístrojové celky, tak na 15 let. Systém dodávek se tak snoubí také se systémem údržby a obnovy, a to dlouhodobě, aby bylo v medicíně jako oboru určenému pro nemocné více prostoru pro medicínu a nemocné. Jednou Nizozemce i v myšlence přiměřenosti a průzračnosti pravidelných zakázek nemocnic jistě dožene.

7. *Sedmé české tabu* se týká odstátňování, privatizací, přeskupování, tunelování i rozkladu veřejného jmění. Je ve vlnách narušováno plíživými doktrínami zmenšování státu, lepšího fungování v soukromém režimu s nezištnou neziskovostí. Zálusk soukromě podnikat

s veřejným jměním je trvalou nadějí mnohých vlastenců, kteří chtějí pro národ to nejlepší. Současná teze příprav na statut neziskových nemocnic vyznívá primárně vesele pro subjekty hrubě a již trvale zadlužené. Ale zisk a dluh se zřejmě nevyklučují a nepochybně existuje i nápad, jak dosáhnout zisku z dluhu. V Nizozemsku odstátňují úkony správy a povinnosti managementu nemocnic, ale systematicky posilují regulace a dohled státu nad vším, co tito odstátňeni ve zdravotnictví konají. Aktuálně se tak děje hlavně v posilování odpovědnosti role samospráv ve správě zdravotních a sociálních služeb, včetně péče o mentálně postižené, kam však pro ony povinnosti za jasných pravidel nejprve přesunou státní dotace. U nás se zpravidla přesunou jen povinnosti a o finanční pokrytí se musí teprve bojovat, asi pro udržení bojové kondice našeho systému.

Milá babičko, rozdíl mezi zdravím euročlověka v Nizozemsku a Česku zajisté není jen v tom, nakolik ho tam občané pokládají za svůj statek. Jistý nemalý rozdíl je ve správě zdravotnictví, ostatně spíše nemocnictví, která zraje a reformuje průběžně tak, aby k něčemu cílevědomě směřovala. Úkolem střídajících se politických garnitur tam není zdravé cíle zpochybňovat či rušit, ale jen reagovat na vývoj, konat a chlubit se mírou přichylnosti ke zdravotní problematice a kvalitou skutků, včetně legislativních. Legislativní kroky nejsou nijak překotné. Po základu z roku 2006 došlo k dalším větším změnám letos, v roce 2015. Milá babičko, zajisté nemáš nic proti tomu, aby si dopis z našeho zdravotního výletu do Nizozemska četli i jiní, třeba i v Tempusu medicorum. Aspoň budeme oba příkladně a veřejně mentálně transparentní, což dá méně starostí než opak.

Prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc.,

předseda Výboru pro zdravotnictví a sociální politiku  
Senátu PČR

Inzerce

**Nemocnice Jihlava, příspěvková organizace přijme do pracovního poměru lékaře-lékařku na:**



*Naše nemocnice*

- Rehabilitační oddělení
- Patologicko-anatomické oddělení
- Oddělení geriatrické a následné péče
- Kožní oddělení
- ORL
- Infekční oddělení
- Plicní oddělení

**Nabízíme podporu dalšího vzdělávání, profesní růst, služební byt, zvýhodněný telefonní tarif, příspěvek na stravování, u vybraných oborů náborový příspěvek 100.000,- Kč.**

**Písemné žádosti včetně profesního životopisu zasílejte na adresu:**

Nemocnice Jihlava, příspěvková organizace, Pysková Ludmila-vedoucí OPM, Vrchlického 59, 586 33 Jihlava nebo na e-mail: pyskova@nemji.cz

## O nás



**Před více než rokem mne navštívil v ordinaci zástupce zdravotnického zařízení komplementu, které provozuje v mnoha městech republiky jakousi řetězcovou síť odběrových místností a také sváží materiál přímo z ordinací lékařů. Představil mi jejich společnost, vyjmenoval spektrum činností, které provádí, zmínil plošný rozsah jejich působnosti, vyzvedl erudovaný personál, akreditaci, organizaci spolupráce s lékaři a pak mne vyzval, abych rozšířil rady s nimi spolupracujících lékařů. Celou dobu jsem ho bedlivě poslouchal. Když skončil, řekl jsem mu, že vše, co mi nabízí, v Olomouci už dávno máme.**

Naše olomoucké pracoviště má nejméně tak široké odborné spektrum, stejně erudovaný personál, stejnou akreditaci a moje spokojenost s úrovní jejich práce je vysoká. Olomoucké pracoviště má však něco navíc, co mi jejich společnost nikdy dát nemůže. Totiž pocit kolegiality a regionální sounáležitosti. Jsem rád, že dávám práci svým zdejšími kolegům, které znám, ale zajímají mne i ostatní pracovníci, protože i oni jsou mí spoluobčané. Nemám žádnou potřebu nechat vozit materiál od svých pacientů přes půl republiky a dávat vydělat někomu, koho neznám a nikdy nepoznám. Pokud kdykoli zavolám do našeho olomouckého pracoviště pro výsledky nebo z důvodu konzultace, vždy mluvím s kolegyní či kolegou, se kterými se vzájemně známe. Řetězce a podobná zařízení jsou pro mne velmi

neprůhledné, mimo jiné i stran vlastnictví, a nevím a patrně se ani nikdy nedozvím, kdo toto zařízení vlastní a komu přináším peníze.

Před několika týdny mi telefonovala pověřená pracovnice jednoho olomouckého komplementárního zařízení a sdělila mi, že jejich zdravotnické zařízení by rádo platilo mému zdravotnickému zařízení likvidaci biologického odpadu, který moje ordinace vyprodukuje. Vše pro mne zůstane beze změn, smlouva s firmou, všechny nastavené parametry budou nadále tak, jak jsou, jen faktury za můj odpad budou chodit jejich zdravotnickému zařízení. Musím přiznat, že mi chvíli trvalo, než jsem to pochopil. Řekl jsem jí, že mne jejich nabídka překvapuje, ale rozhodně o ni nemám zájem, protože stále ještě vydělávám dost na to, abych měl čas od času pár stovek na zaplacení likvidace svého odpadu, a že vůbec nechápu, jak je něco takového mohlo napadnout. Sdělila mi, že dnešní doba to vyžaduje. Vědouce, odkud vítr vane, jsem jen podotknul, že dnešní doba vyžaduje spoustu věcí, jen ne slušnost, etiku, morálku a kolegiální. A tak jsme se rozloučili.

Tato informace mne zaujala natolik, že jsem v průběhu následující doby postupně navštívil několik kolegů v širším okolí, kteří jsou vlastníky zdravotnických pracovišť komplementu, a ptal jsem se na jejich zkušenosti se spoluprací s ambulantními lékaři. Myslím, že to ode mne nebyl moc dobrý nápad. Dověděl jsem se skutečnosti, jež jsem možná rámcově tušil, ale jejichž rozsah mne překvapil. Existuje nemálo lékařů, kteří v rámci spolupráce opouští své regionální kolegy a odebraný biologický materiál od svých pacientů předávají svozovým službám, které jej pak převáží často přes půl republiky. Předávají jej zdravotnickým zařízením, o nichž toho asi vědí pramálo, zařízením, kde jsou zaměstnáni lidé, které neznají, zařízením typu jakýchsi řetězců, jež vytváří v této republice ve zdravotnictví zcela nezdravé prostředí. Práce, která by jinak mohla zůstat v regionu, zaměstnat za plat či mzdu naše kolegy, další zdravotnické a jiné pracovníky a naše spoluobčany, tak uniká do jiných vzdálených částí republiky a dostává se ke zcela neznámým lidem. To vše se děje patrně proto, že tyto organizace různým způsobem uplácejí lékaře, tu placením praní prádla, tu placením likvidace odpadů, nejruznějšími takzvanými sponzorskými dary, většinou týkajícími se výpočetní techniky, zaplacení

nějakých dražších nástrojů či levnějších přístrojů nebo dostávají přímo hotové peníze za každý odebraný materiál apod. Vyslechl jsem mnoho příběhů, kdy kvůli pár směšným stokorunám či tisícikorunám ročně bylo roztrženo mnohaleté kolegiální pouto trvajících ještě z dob společné práce v nemocnici, kdy kvůli pár stokorunám kamarád přestal dávat práci kamarádovi atd. Vyslechl jsem mimo mnoha jiných skutečností také dvě docela kuriózní a méně uvěřitelné příhody, kdy se šel kolega zeptat kolegyně, proč s ním přestala spolupracovat, co dělal špatně a co má vylepšit a napravit, aby se k němu vrátila. Kolegyně mu naprosto vážně a popuzeně sdělila, že po stránce odborné proti němu nic nemá, ale že jí nikdy nepřinesl ani koláčky ke svačině. V jiném městě byla jiná kolegyně dotazována jiným kolegou prakticky na totéž. Kolegyně mile odpověděla, že ta paní (zástupkyně řetězce), co u ní byla, jí nechala takový hezký pilníček na nehty.

Pokud budeme upřímní a skutečnost budeme nazývat pravým jménem, pak jednoduše a prostě řečeno se do našeho stavu vkradla korupce v podobě nejruznějších výhod či přímo hotových peněz, a to za dodávání biologického materiálu. Je zde však přítomna i korupce za odesílání pacientů do konkrétních vyšetřovacích center, kdy za toto platí jeden lékař druhému. Vyslechl jsem na toto téma mimo jiné také příběh, kdy jeden privátní kolega navštívil svého mnohaletého také privátního kolegu, se kterým pracoval asi 20 roků na jednom pracovišti, a nabídl mu, že mu bude posílat své pacienty, pokud mu za jednoho každého odeslaného pacienta bude platit víc než ten kolega, jemuž své pacienty posílá doposud.

Často si kladu otázku: Co se to s námi stalo? Nebo jsme takoví byli i dříve, jen jiná doba nám nedovolovala se projevit? Umíme ještě přemýšlet o svých skutcích v celém kontextu a rozsahu jejich významu, nebo je naše myšlení už tak omezené, že myslíme jen na peníze a sebe?

Celá společnost je zasažena morální a mravní bídou, náš stav nevyjímá. Materiální způsob myšlení nás zaslepuje a stávají se z nás materiální egocentristé. Fiktivní hranice mezi slušným a neslušným, mezi morálním a amorálním, mezi kolegiálním a nekolegiálním se stále posouvá k tomu horšímu. A mám pocit, že to už bohužel ani nevnímáme, že

už nám to ani nevádí, nebo dokonce, že to mnohým vyhovuje.

Společnost se po více než čtvrtstoletí od revoluce nachází ve výrazné společenské a mravní krizi.

Abychom si dokázali odpovědět na otázku, co se to s námi děje a kde jsou příčiny této dekadence, museli bychom zde zmínit řadu aspektů vývoje naší společnosti od určitých specifík české povahy, od skutečnosti, že velká část spoluobčanů nepochopila, co je to demokracie, a nenaučila se v ní žít, museli bychom zde zmínit také různá dědictví minulého režimu, která si stále i po 26 letech neseme v sobě, museli bychom zmínit naprosté selhání politických elit všech úrovní, kde zájmy společnosti se už dávno staly dru-

hořadými, a nelze opomenout a nezmnít se o úžasně mravní a morální bídě současného i minulého prezidenta, tedy hlav státu, které by měly být v každé době a za každé situace příkladnou autoritou ve všech směrech a ohledech, až po fakt, že nám zoufale chybí skutečné mravní autority.

S kým mluvím, každý je nespokojený se stavem společnosti. Ale nevím, jestli si také každý uvědomuje, že náprava společnosti jako celku začíná nejdříve nápravou každého z nás. Stačí jen začít více přemýšlet o sobě. Všichni máme rezervy a vždy je co zlepšit. Nezdá se mi však, že by k tomu byla vůle.

A tak si nedělám iluze o snadné nápravě a léčbě této těžce nemocné společnosti. Míra generalizace tohoto stavu je tak rozsáhlá

a hluboká, že zastavit a zvrátit tento proces nebude už vůbec jednoduché, zvláště pak, když pár korun v kapse je důležitější než základní atributy morálky a slušnosti.

Přesto existuje nemalá skupina lidí a kolegů, které chovám v hluboké úctě. Jsou to všichni ti, kteří zůstali věrni obecným morálním a mravním kodexům, zásadám a principům dobrých mravů, a to i v této nelehké době.

Myslím, že lékařská komora vždy v minulosti hájila své členy před nejrůznějšími atakami z vnějšího prostředí, ale také vyžadovala patřičné mravní chování uvnitř stavu. Snad by se toto mělo stát novou a další prioritou i současné ČLK.

MUDr. Jaroslav Imrych, gynekolog, Olomouc

# Slovo do vlastních řad

## Poznámky k poslednímu sjezdu ČLK

**U**vítal jsem postoj nového představenstva ČLK k současnému stavu našeho zdravotnictví a k oficiálním stanoviskům Ministerstva zdravotnictví ČR. Podporuji i snahu ČLK o navázání užší spolupráce s médii, aby se laická veřejnost mohla podrobněji seznámit s činností komory, s problémy lékařů, mediky počínaje a důchodci konče.

Poslední sjezd ČLK se konal v mimořádně příznivém ovzduší, kdy hrubý domácí produkt rostl o více než 4 procenta. Kdy na podporu hospodářství a sociálního zabezpečení uvolňuje ministr financí ze státní poklady více prostředků, než se dělo kdykoli předtím. Ne však úměrně i pro potřeby zdravotnictví a lékařů. Nároky lékařů se tedy musí prostřednictvím ČLK ještě zvýšit, musíme využít příznivé situace. Hlavním argumentem musí být hrozba nedostatku lékařů v relativně blízké budoucnosti. Po Pyrrhově vítězství akce „Děkujeme, odcházíme“ mizí každoročně 200 čerstvě promováných absolventů do západních zemí. K tomu je třeba připočítat další mladé lékaře, kteří zkusili pracovat zde a zklamali se. Ostatní lékaři stárnou a v práci zůstává stále více lékařů za hranicí svých sil a schopností. Odborné společnosti ze sobeckých důvodů příliš rozdrobily svou odbornost a nemohou se mezi sebou dohodnout.

ČLK ve svém dalším období stojí před řadou vzájemně propletených problémů a bude



je muset rozplétat. Bude dále bojovat o zvýšení platů začínajícím lékařům. Bude dohadovat půjčky s oddáleným splácením, kde to jen půjde, třeba až po zabezpečení životního standardu absolventů a jejich právě založených rodin. Musí zabezpečit kurzy a stáže nezbytné pro složení atestace bez finanční újmy pro školence, se zachováním všech složek jejich platu. Způsobů při lepším se národním hospodářství je mnoho. Komora by mohla podpořit i povolování výjezdů do zahraničí na sjezdy, kongresy a stáže bez vlastní finanční spoluúčasti a mnohem častěji než dosud.

Účast na pohotovostních službách by například mohla být využita rovněž jako součást popromoční specializační průpravy, trvající vlastně po celý život. Počet lékařů sloužících pohotovostní služby je třeba zvýšit z dosavadní jedné třetiny na dvojnásobek, jinak bude docházet k pracovnímu přetížení, které značně omezuje například samostudium a vede ke snížení kvality práce. Při účasti další třetiny z celkového počtu lékařů by nebylo třeba lékařů za zenitem jejich pracovního života.

ČLK bude rovněž podporovat nebo sama organizovat aktivní účast lékařů na podnicích laické veřejnosti věnovaných zdravotní problematice, a to za pomoci televize, rozhlasu, tisku. Zejména televize by v oblíbených seriálech neměla vytvářet falešný obraz mladých lékařů, kteří svůj volný čas tráví jen v sexuálních radovánkách, jezdí rychlými auty, rekreují se u teplých moří nebo ve vysokohorském prostředí, vyhrávají zahraniční tenisové turnaje. Mají být zachycováni v situacích, kterých je dosud málo. Jak pracují ve výběrech místních občanských úřadů nebo jsou přímo jejich členy, pomáhají v osvětě. Jednotlivé odborné lékařské společnosti mají pracovat ruku v ruce a nehájit jen své sobecké zájmy.

Laickou veřejnost povede ČLK k účinné spolupráci, bude ji seznamovat se svými požadavky na státní aparát. Pravidelně a důsledně. Lidé si pak začnou znovu cenit práce lékařů, utíkat k nim se svými těžkostmi a potížemi pro radu, pro pomoc. Budou si jich více vážit. Taková činnost by měla být v nastávajícím období pro komoru prioritou.

MUDr. Zdeněk Pinta, Radomyšl

## Nález Ústavního soudu k úhradové vyhlášce na rok 2015

**Nález Ústavního soudu z roku 2013 zůstává nedotčen, jak zdůraznil přímo v nálezu Ústavní soud**

**P**roti vyhlášce Ministerstva zdravotnictví ČR č. 324/2014 Sb., o stanovení hodnot bodu a výše úhrad zdravotních služeb a regulačních omezení pro rok 2015, podala návrh na zrušení Ústavnímu soudu jednak skupina 17 senátorů, za kterou jednal senátor Ing. František Bradáč a tuto skupinu zastupoval Mgr. Petr Krátký, advokát se sídlem v Ostravě, jednak skupina 16 senátorů, za kterou jednala senátorka RNDr. Jitka Seitlová.

Stručně shrnuto, návrh skupiny 17 senátorů, zastoupených advokátem Mgr. Petrem Krátkým, za kterou jednal senátor Ing. František Bradáč, zejména namítala negativní dopad do hospodaření poskytovatelů zdravotních služeb, kteří svou činnost vykonávají v geograficky a demograficky znevýhodněných oblastech. Jako příklad byla uvedena Jesenická nemocnice, spol. s r. o., se sídlem v Jeseníku. Navrhovatelé zdůrazňovali odlišné objektivní podmínky, za nichž jednotliví poskytovatelé nabízejí zdravotní služby, což podle jejich názoru znamenalo porušení principu rovnosti.

Skupina 16 senátorů, za kterou jednala senátorka RNDr. Jitka Seitlová, měla postavení vedlejšího účastníka, protože jejich návrh na zrušení téže vyhlášky byl doručen Ústavnímu soudu později než návrh skupiny 17 senátorů. Tento návrh směřoval jen vůči některým ustanovením úhradové vyhlášky, a to z jiných důvodů než návrh předešlý. Konkrétně jím byla zpochybňována ústavnost koeficientů přechodu pojištěnců stanovených jako index změny počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v kraji, kde jsou zdravotní služby poskytovány. Aktuální nastavení těchto koeficientů v případě VZP ČR, jako nejvýznamnější zdravotní pojišťovny v zemi, má podle navrhovatelů za následek, že s výjimkou hl. m. Prahy dochází v ostatních krajích ke snížení výše úhrad, aniž by bylo toto snížení plně kompenzováno zvýšením úhrad od ostatních zdravotních pojišťoven. Základní problém předmětných koeficientů spatřovali navrhovatelé v tom, že jejich hodnota vychází výlučně z poklesu nebo nárůstu počtu pojištěnců jednotlivých pojišťoven v krajích z pouhých přesunů – migrace pojištěnců. Podle názoru navrhovatelů koeficienty přechodu pojištěn-

ců, jak byly nastaveny v napadené vyhlášce, nemohou obstát z hlediska spravedlivých podmínek nákupu zdravotních služeb, jenž vyplývá z ústavně zaručeného práva podnikat a provozovat jinou hospodářskou činnost dle čl. 26 odst. 1 Listiny základních práv a svobod, ať už jde o cenu, nebo rovné postavení zdravotních pojišťoven a nemocnic.

**Je třeba zdůraznit, že Ústavní soud se návrhem na zrušení právního předpisu zabývá pouze z hlediska námitek, které navrhovatelé v návrhu uvedou, a neřeší komplexně otázku ústavnosti či neústavnosti právního předpisu jako takového, zejména pak neřeší otázky, které nejsou předmětem námitek navrhovatelů. Tuto skutečnost Ústavní soud v nálezu ze dne 8. prosince 2015 sp. zn.: Pl. ÚS 5/15, kterým zamítl oba návrhy na zrušení úhradové vyhlášky na rok 2015, výslovně zdůraznil. Argumenty, které navrhovatelé předložili, a důvody, proč se domáhali zrušení úhradové vyhlášky na rok 2015, neuznal Ústavní soud za natolik důvodné a významné, aby přikročil ke zrušení úhradové vyhlášky na rok 2015 nebo některých jejích ustanovení.**

Ústavní soud konstatoval, že samotný princip výpočtu založený na zásadách uvedených v úhradové vyhlášce na rok 2015 se zjevně nedotýká podstaty a smyslu práva podnikat. Stanovený způsob výpočtu výše úhrad sice nevylučuje, že někteří poskytovatelé zdravotních služeb budou případně i po dobu více let hospodařit se ztrátou, ani tato skutečnost se však podle Ústavního soudu sama o sobě nedotýká podstaty a smyslu práva podnikat. Každý poskytovatel musí především sám usilovat o to, aby jeho činnost byla co nejefektivnější a aby mu při ní nevznikaly zbytečné náklady. I kdyby se přitom ukázalo, že někteří poskytovatelé vzhledem ke konkrétním podmínkám v místě svého podnikání za současného nastavení výše úhrad fakticky nemohou dosáhnout zisk v rovině uvedeného práva, jednalo by se o důsledek jejich vlastního rozhodnutí ohledně způsobu a místa podnikání a s ním spojeného podnikatelského rizika.

Ústavní soud dále konstatoval, že je třeba uznat, že na zajištění činnosti některých poskytovatelů může být dán veřejný zájem, plynoucí zejména z ústavního požadavku

zajistit přístup k místně a časově dostupné zdravotní péči poskytované bezplatně na základě veřejného pojištění. Identifikace tohoto zájmu v konkrétním případě a jeho zohlednění při výpočtu výše úhrad tak, aby se činnost těchto zařízení ekonomicky vyplatila, již podle Ústavního soudu nicméně překračují předmět úhradové vyhlášky, kterým je toliko plošné stanovení pravidel pro výpočet těchto úhrad. K posouzení a zajištění tohoto veřejného zájmu, tedy zájmu na dostupnosti zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění, slouží podle Ústavního soudu jiné nástroje, mezi něž lze řadit možnost zdravotní pojišťovny uzavřít s příslušným poskytovatelem dohodu, jejímž předmětem bude jiné, z hlediska poskytovatele příznivější určení výše úhrad, popřípadě regulačních omezení. Ústavní soud zdůrazňuje, že výkonu tohoto oprávnění nelze rozumět toliko jako projevu autonomie vůle zdravotní pojišťovny. V první řadě jde o prostředek, k jehož využití musí zdravotní pojišťovna přistoupit, je-li to nezbytné k naplnění její povinnosti podle § 46 odstavce 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění zajistit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům, včetně jejich místní a časové dostupnosti. Jeho smyslem tak zkrátka není poskytnutí určitého benefícia některému z poskytovatelů na základě volné úvahy zdravotní pojišťovny, nýbrž možnost provádět úpravy nastavení výše úhrad podle úhradové vyhlášky, pokud by její aplikace v konkrétních případech ohrožovala dostupnost zdravotní péče. V případě poskytovatelů lůžkové péče by byla takto modifikovaná výše úhrad východiskem pro celkovou paušální úhradu, na kterou vznikne nárok podle úhradových vyhlášek v příštích letech, bude-li v tomto pohledu zachována jejich dosavadní koncepce.

**Ústavní soud však výslovně zdůraznil, že tento nález neznamená odklon od právního názoru vysloveného v nálezu Ústavního soudu sp. zn.: Pl. ÚS 19/13, když iniciátorem tohoto návrhu skupiny poslanců na zrušení úhradové vyhlášky na rok 2013 byla Česká lékařská komora. K tomu Ústavní soud výslovně uvádí ve svém nálezu ze dne 8. prosince 2015 toto:**

**„Uvedený poukaz na možnost individuálního ujednání neznamená odklon od právního názoru vysloveného v nálezu sp. zn.: Pl. ÚS 19/13, podle něhož nelze spatřo-**

*vat v pouhé možnosti, že zdravotní pojišťovna poskytne ze svých zdrojů dobrovolně, tj. na základě individuálního jednání mezi ní a poskytovatelem, náhradu nezbytných nákladů neodkladné péče, jež byla poskytnuta nad rámec úhradovou vyhláškou stanovené limitace, relevantní garanci nebo systémové řešení problému nastavení výše úhrad, v jehož důsledku by tyto náklady nesl samotný poskytovatel. Toto oprávnění sleduje účelný, a to možnost přihlídnout při stanovení výše úhrad ke specifickým jednotlivým poskytovatelům, která jsou významná z hlediska požadavku dostupnosti zdravotní péče a nemohou být smysluplně zohledněna v rámci výpočtu výše úhrad podle úhradové vyhlášky.“*

K otázce přerozdělování finančních prostředků mezi několik zdravotních pojišťoven, které plní tutéž funkci, Ústavní soud poznamenal, že jakkoli lze jistě polemizovat ohledně účelnosti takového přerozdělení, neshledává výše uvedený primární cíl koeficientu přechodu pojištěnců za svévolný či nelegitimní. Nic na tom nemění ani jeho dílčí promítnutí do výpočtu celkové paušální úhrady poskytovatelům lůžkové péče a maximální celkové úhrady poskytovatelům ambulantní péče.

Podle Ústavního soudu neobstojí ani námitka, podle níž napadená vyhláška ohrožuje schopnost poskytovatelů zdravotních služeb finančně unést zvýšení platů ve zdravotnictví a tím i realizaci práva dotčených zaměstnanců na spravedlivou odměnu za práci podle čl. 28 Listiny základních práv a svobod. Úhradová vyhláška se podle Ústavního soudu nijak nedotýká obsahu pracovněprávních vztahů mezi poskytovateli a jejich zaměstnanci. Závěr o porušování práva na spravedlivou odměnu za práci zároveň nelze založit pouhým poukazem na hypotetickou možnost, že těmto zaměstnancům nebude vyplacena mzda z důvodu nedostatku finančních prostředků.

Za poměrně podstatnou považují poslední větu nálezu Ústavního soudu ze dne 8. prosince 2015 sp. zn.: Pl. ÚS 5/15, která zní:

**„Jen pro úplnost Ústavní soud podotýká, že tímto nálezem není aprobována ústavnost úhradové vyhlášky v celém jejím rozsahu, tedy i v těch částech, vůči nimž nesměřovala argumentace navrhovatele nebo vedlejšího účastníka a jež ani nebyly předmětem ústavněprávního posouzení.“**

Na posledním sjezdu České lékařské komory v listopadu 2015 v Brně byla zvažována i otázka iniciování nového podnětu komory k návrhu na zrušení úhradové vyhlášky na



rok 2016. Delegáti podle mě velmi rozumně zvážili, že zatím není důvod iniciovat takový návrh na zrušení této úhradové vyhlášky za situace, kdy je nadále plně v platnosti závazný náleze Ústavního soudu Pl. ÚS 19/13, kterým byla zrušena úhradová vyhláška na rok 2013 a ve kterém byly vytyčeny principy, podle kterých je třeba posuzovat případy, kdy bez zavinění poskytovatele zdravotních služeb dojde k překročení určitých regulačních limitů, když toto překročení je dáno potřebou poskytnout zdravotní péči pacientům na náležitě odborné úrovni. Sám Ústavní soud ve svém posledním nálezu k úhradové vyhlášce na rok 2015 ze dne 8. prosince 2015 sp. zn.: Pl. ÚS 5/15 výslovně zdůraznil, že tímto nálezezem v žádném případě nejde o odklon od právního názoru vysloveného v nálezu sp. zn.: Pl. ÚS 19/13.

**Podle mého názoru je tedy zejména třeba využívat závěrů nálezu Ústavního soudu z roku 2013 sp. zn.: Pl. ÚS 19/13, který jasně vytyčil principy, podle kterých je třeba postupovat, pokud z důvodu potřeby poskytnout péči na náležitě odborné úrovni dojde k překročení jakýchkoli regulačních omezení stanovených úhradovou vyhláškou pro poskytovatele zdravotních služeb. Tyto závěry jsou stále aktuální a velmi důležité a jejich platnost potvrdil Ústavní soud i ve svém posledním nálezu, kterým zamítl návrh na zrušení úhradové vyhlášky na rok 2015. Je tedy třeba zejména využívat závěrů nálezu Ústavního soudu z roku 2013 ke způsobu ústavněprávní aplikace všech regulačních omezení stanovených jakoukoli úhradovou vyhláškou, nikoli dávat další a další podněty k dalším a dalším návrhům na zrušení nových úhradových vyhlášek**


Ústavním soudem. Naopak takové návrhy by v některých případech mohly být i kontraproduktivní.

Jinou záležitostí je pak situace, pokud by zdravotní pojišťovny nebo obecné soudy řádně neaplikovaly náleze Ústavního soudu z roku 2013 sp. zn.: Pl. ÚS 19/13 a trvaly na mechanickém uplatňování výpočtů stanovených úhradovými vyhláškami bez ohledu na to, zda poskytovatelům zdravotních služeb umožní či neumožní poskytovat zdravotní služby na náležitě odborné úrovni. V takovém případě je zcela legitimní obrátit se znovu na Ústavní soud, nikoli však formou návrhu skupiny poslanců nebo senátorů na zrušení příslušné úhradové vyhlášky, ale formou individuální ústavní stížnosti týkající se každého jednotlivého individuálního případu. V minulosti Ústavní soud, a to ještě před vydáním nálezu, kterým zrušil úhradovou vyhlášku, již takovým ústavním stížnostem poskytovatelů zdravotních služeb na způsob rozhodování obecných soudů vyhověl a zaujal k nim stanovisko, které posléze potvrdilo i plénum Ústavního soudu. Cesta není v tom, iniciovat další návrhy na další rušení dalších úhradových vyhlášek, ale spíše v tom, využít nálezu Ústavního soudu z roku 2013 v individuálních sporech poskytovatelů zdravotních služeb se zdravotními pojišťovnami.

JUDr. Jan Mach,

ředitel právní kanceláře ČLK

Inzerce



HLEDÁ SE

do soukromé zdravotnické sítě zaměřující se na nadstandardní péči

PRAKTICKÝ LÉKAŘ

PRO DOSPĚLÉ

lokalita: Praha

- uspokojíme vaše finanční požadavky
- postaráme se o vaše pohodlí, celoživotní vzdělávání, relaxaci a dobrou náladu
- poskytneme přátelské prostředí s možností konzultace jiných odborností
- přizpůsobíme se vašim časovým možnostem (možnost i částečného úvazku)
  - minimální administrativa
  - organizace ordinace dle doby
- práce v plně vybavené ordinaci s Reg. ZS
- datum nástupu dle vašeho přání

Zaujali jsme vás? Volejte na 730 847 841 nebo pište na lucie.elias@sante.cz

www.sante.cz

## Vy se ptáte, právník odpovídá



### Přítomnost mediků při vyšetření

**Mohou být bez souhlasu pacienta přítomni při vyšetření medicí? Je nutný písemný souhlas pacienta? Mohu odmítnout pacienta, který s jejich přítomností nesouhlasí?**

Zákon o zdravotních službách stanoví, že pacient má při poskytování zdravotních služeb právo na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytovaných zdravotních služeb, přičemž zejména má právo odmítnout přítomnost osob, které nejsou na poskytování zdravotních služeb přímo zúčastněny, a osob připravujících se na výkon povolání zdravotnického pracovníka.

Již při samotném vstupu pacienta do ordinace by měl být pacient lékařem seznámen s tím, že u vyšetření mohou být přítomni medicí. Neprojevili-li pacient aktivně nesouhlas s přítomností mediků při vyšetření, lze jejich přítomnost v rámci výuky připustit. Již samotné mlčení pacienta je v tomto konkrétním případě chápáno jako souhlas. Je vhodnější a v praxi běžné, je-li souhlas pacienta zapsán do zdravotnické dokumentace, nicméně k účasti

mediků postačí pouhé seznámení pacienta s touto skutečností například za přítomnosti zdravotní sestry za předpokladu, že si poskytovatel zdravotních služeb vnitřním předpisem nestanovil pro tyto případy písemnou formu souhlasu.

Právo pacienta na soukromí s potřebou výuky mladých lékařů nemusí vždy korespondovat, avšak lze jednoznačně říci, že právo pacienta na soukromí je v těchto případech nadřazeno potřebě výuky mediků. Pacienta, který odmítá přítomnost mediků při vyšetření, nelze odmítnout, neboť zde neexistuje žádný zákonný důvod. Rovněž vnitřní předpis poskytovatele zdravotních služeb nemůže přítomnost mediků jednostranně stanovit, neboť by takovéto nařízení poskytovatele bylo v rozporu se zákonným právem pacienta na zachování soukromí a se zákonným právem odmítnout účast studentů a jiných osob nepodílejících se na poskytování zdravotních služeb.

### Odstupné – dohoda o ukončení pracovního poměru

**Jako zaměstnavatel ukončuji pracovní poměr s lékařkou na její žádost. Vzhledem k dobrým pracovním výsledkům a vzájemné dohodě bych jí rád dal odstupné. Jak vysoké odstupné mohu kolegyni jako zaměstnavatel dát, případně má na odstupné nárok?**

V případech, kdy je pracovní poměr ukončen dohodou mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem s uvedením některého výpovědního důvodu podle platného znění zákoníku práce, vzniká zaměstnanci nárok na odstupné. V praxi však běžně dochází k ukončení pracovního poměru bez uvedení výpovědního důvodu vymezeného v zákoníku práce,

což zaměstnavatelé důsledně prosazují, neboť v těchto případech nevzniká právní nárok zaměstnance na odstupné. Zákoník práce však nevyklučuje, aby zaměstnavatel přiznal odstupné i v tomto případě, tj. neobsahuje-li dohoda žádný kvalifikovaný důvod uvedený v zákoníku práce.

V těchto případech je však nutno zohlednit dobu, po kterou byl zaměstnanec u zaměstnavatele v pracovním poměru. Lze vycházet z jednoduchého postupu, kdy za jeden rok lze zaměstnanci přiznat odstupné ve výši měsíčního průměrného výdělku. S ohledem na zkušenosti však doporučujeme přiznat odstupné maximálně ve výši tří průměrných měsíčních výdělků, neboť v případech vyplacení vyšších částek bývá odstupné posuzováno jako příjem podléhající sociálnímu a zdravotnímu pojištění.

Pro úplnost dodáváme, že dohoda musí být podle platného znění zákoníku práce uzavřena v písemné podobě. Dohoda musí obsahovat konkrétní datum, k němuž je pracovní poměr ukončen, dále by měla obsahovat skutečnost, že k rozvázání pracovního poměru dochází po dohodě mezi zaměstnavatelem a zaměstnancem, a v případech přiznání odstupného je vhodné uvést výši odstupného, která by měla být v souladu s výše uvedeným principem (1 rok – 1 měsíc). Každá smluvní strana musí obdržet jedno vyhotovení dohody o rozvázání pracovního poměru.

### Primářská licence

**Vedu malé oddělení, které má 4 další lékaře v soukromém zdravotnickém zařízení. Musím mít tzv. primářskou licenci? Jsou někde stanoveny podmínky pro výkon funkce primáře?**

Předně je nutno uvést, že zákon o komorách stanoví komoře kompetenci stanovovat podmínky k výkonu funkce vedoucích lékařů a primářů u poskytovatelů zdravotních služeb a současně je komora oprávněna vydávat při splnění stanovených podmínek osvědčení (licence k výkonu funkce vedoucího lékaře a primáře).

V nedávné době přijalo představenstvo ČLK Závazné stanovisko ČLK č. 1/2015 – Podmínky k výkonu funkce vedoucího lékaře a primáře. Závazné stanovisko je dostupné na webu komory v sekci Legislativa ČLK – Závazná stanoviska ČLK ([www.lkcr.cz](http://www.lkcr.cz)).

Funkci primáře může vykonávat pouze osoba, která je způsobilá k výkonu lékařského povolání dle zákona č. 95/2004 Sb., je členem České lékařské komory a držitelem platné licence pro výkon funkce vedoucího lékaře a primáře pro příslušný obor vydané podle stavovského předpisu ČLK č. 11 – Licenčního řádu.

Funkce primáře musí být vykonávána v pracovněprávním vztahu v úvazku 1,0. Úvazek může být snížen na 0,8, a to pouze za předpokladu, že bude zajištěna náhrada lékařem splňujícím podmínky pro výkon této funkce. V případě následné lůžkové péče musí být funkce primáře vykonávána lékařem v úvazku 0,6.

Primáře pro jednotlivá oddělení či ambulance v rozsahu příslušných odborností je povinen ustanovit poskytovatel zdravotních služeb, který poskytuje:

- akutní lůžkovou péči intenzivní nebo
- akutní lůžkovou péči standardní nebo
- následnou lůžkovou péči nebo
- jednodenní péči (poskytuje-li u něj zdravotní služby 3 a více lékařů téže odbornosti ve smluvním vztahu) nebo



– zdravotnickou záchrannou službu (provozuje-li 2 a více výjezdových stanovišť) nebo – přepravu pacientů neodkladné péče.

Není-li primář přítomen na pracovišti, musí být ustanoven zastupující primář splňující tytéž podmínky. Ustanovil-li poskytovatel odborného zástupce dle zákona č. 372/2011 Sb., odpovídá za splnění povinností Závazného stanoviska č. 1/2015 tento odborný zástupce.

**Výkon lékařského povolání bez odborného dohledu**

**Jsem lékař s certifikátem o absolvování základního kmene. Vedení nemocnice tvrdí, že již mohu samostatně sloužit bez odborného dohledu, a to i v případech ústavní pohotovostní služby. Je tento postup vedení nemocnice správný?**

V tomto případě lze odpovědět jedním slovem, není. Lékař, který je držitelem certifikátu o absolvování základního kmene v příslušném oboru, totiž i nadále musí pracovat pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí, tedy nemůže vykonávat lékařské povolání samostatně.

V minulosti počítala právní úprava s prováděcím předpisem, který by stanovil rozsah činností, jež může lékař s certifikátem vykonávat bez odborného dohledu. Prováděcí předpis však nebyl nikdy vydán. Lze spekulovat o důvodech, které vedly Ministerstvo zdravotnictví ČR k novelizaci příslušného ustanovení, které k vydání tohoto prováděcího předpisu MZ ČR zmocňovalo, avšak lze současně vyslovit závěr, že vymezení činností, které by mohl lékař po absolvování základního kmene samostatně

vykonávat, je poměrně odborně složitě.

Vzhledem k absenci prováděcího předpisu může lékař vykonávající nad neatestovaným lékařem odborný dohled stanovit rozsah činností, které může lékař s certifikátem o absolvování základního kmene samostatně vykonávat, případně rozsah těchto činností může stanovit primář příslušného oddělení. I v tomto případě lze doporučit písemnou formu z důvodu jasného vymezení jednotlivých činností. Pro úplnost, dokument by měl obsahovat i výčet činností, které může neatestovaný lékař vykonávat pouze pod přímým odborným dohledem.

V případě ústavní pohotovostní služby lze odkázat na vyhlášku o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, která stanoví, že držitel certifikátu o absolvová-

ní základního kmene příslušného oboru je oprávněn vykonávat ústavní pohotovostní službu bez fyzické přítomnosti lékaře se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru, pokud je zajištěna fyzická přítomnost tohoto atestovaného lékaře do 20 minut. Podle závazného stanoviska ČLK by měl být atestovaný lékař dostupný okamžitě, alespoň prostřednictvím telefonu. Tedy lékař s certifikátem o absolvování základního kmene může sloužit sám (nikoli však samostatně bez zajištění odborného dohledu) za předpokladu, že atestovaný lékař se může fyzicky dostavit na pracoviště do 20 minut a současně je dostupný telefonicky.

Doporučujeme vedení nemocnice o výše uvedeném prokazatelně, nejlépe písemně, informovat.

**Mgr. Daniel Valášek,**  
právní kancelář ČLK

**Ad Sdělování pochybnosti o postupu jiného lékaře**

Vážná redakce, se zpožděním se dostávám k reakci na právní poradnu v prosincovém čísle TM. Mgr. Bc. Miloš Máca se velmi kriticky vyjadřuje k verbalizaci případných pochybností o dosavadním postupu jiného lékaře. Ve svém rozboru záměrně ignoruje situaci, kdy jsou pochybnosti namíste a pacientovi je nutné vysvětlit, že další postup bude odlišný od předchozího, a že je dokonce nutno reagovat na nesprávný předcházející postup. Místo toho mluví o nepravdivých údajích.

Formulace „i kdyby lékař své výhrady k postupu kolegy považoval za sebevíc oprávněné“ mi připadá přímo jako definice falešné solidarity, která v zájmu pacienta nemá mezi lékaři žádné místo.

Samozřejmě doufám, že takové případy budou zřídka, a myslím si, že je lepší negativnímu hodnocení se vyhnout – ale vyhrožovat disciplinárním řízením v případě kritiky nesprávného postupu jiného lékaře je podle mého názoru přinejmenším na pováženou.

**MUDr. Petr Sucharda, CSc.**

*V praxi samozřejmě mohou nastat situace, kdy nově zvolený lékař, který přebírá pacienta po jiném kolegovi, volí jiný postup a dosavadní kolegův léčebný postup se mu nejvíce jako adekvátní. O změně léčebného postupu a důvodech této změny je určitě třeba pacienta adekvátně informovat. Podle mého názoru lze tuto informaci pacientovi podat takovým způsobem, aniž by to kolegu, který dosud pacienta léčil, jakkoli dehonestovalo. Věcné vysvětlení lékaře, proč je třeba zvolit jiný postup, který se mu jeví vhodnější, jistě není v rozporu ani s citovanými právními předpisy, ani s lékařskou etikou, jestliže toto vysvětlení nebude jiného lékaře urážet či dehonestovat.*

*Článek o sdělování pochybností o postupu jiného lékaře se týkal především nezdravé kritiky na adresu kolegy, takových pochybností, které se mohou dotýkat profesní cti druhého lékaře, a způsobem, který se neslučuje s etickými vztahy a bazální slušností, která by mezi kolegy lékaři měla panovat.*

**Mgr. Miloš Máca**



**Vy se ptáte, právník odpovídá**



**Sdělování pochybností o postupu jiného lékaře**

prostaní, případně lékařem medikem, měl by se lékař dohodnout do vzájemné dohody a v případě zájmu pacienta se z podání a vztahu k tomu poskytnout podle § 108 odst. 1 trestního zákona, ve kterém je ukládáno povinnost lékaři v případě zájmu pacienta poskytnout lékařskou pomoc dle svých možností. Jaký postup by měl lékař v případě zájmu pacienta poskytnout lékařskou pomoc dle svých možností? Jaký postup by měl lékař v případě zájmu pacienta poskytnout lékařskou pomoc dle svých možností?

**Zastání léků zdravotnickými dokumenty**

**Dotaz:** Jsem se, je zákon zakazuje zastání léků zdravotnickými dokumenty? Pokud ano, jakým způsobem? Pokud ne, jakým způsobem?

**Odpověď:** Jsem se, je zákon zakazuje zastání léků zdravotnickými dokumenty? Pokud ano, jakým způsobem? Pokud ne, jakým způsobem?

**Školení a bezpečnost práce a příslušné odvětví**

**Dotaz:** Jsem se, je zákon zakazuje školení a bezpečnost práce a příslušné odvětví? Pokud ano, jakým způsobem? Pokud ne, jakým způsobem?

**Odpověď:** Jsem se, je zákon zakazuje školení a bezpečnost práce a příslušné odvětví? Pokud ano, jakým způsobem? Pokud ne, jakým způsobem?

## Poradna pro soukromé lékaře

### Úhradový limit pro rok 2016 a proč jej řešit s předstihem



Stát je prostřednictvím Ministerstva zdravotnictví ČR oprávněn stanovit hodnotu bodu, výši úhrad, výši záloh a regulační omezení hrazené zdravotní péče, pokud dohodovací řízení mezi zdravotními pojišťovnami a zástupci poskytovatelů neskončí dohodou. V segmentu **ambulantní specializované péče (vyjma odbornosti 603 a 604)**, kterého se týká tento článek, k dohodě pro rok 2016 (stejně jako v předchozích letech) nedošlo. Na řadu tedy přišlo Ministerstvo zdravotnictví, které v úhradové vyhlášce na rok 2016 (vyhláška č. 273/2015 Sb.) určilo, že **v roce 2016 zaplatí zdravotní pojišťovny ambulantním specialistům na jednoho tzv. unikátního pojištěnce v průměru maximálně 1,03násobek částky, která byla uhrazena na unikátního pojištěnce v roce 2014**. Víc nic. Strop úhrady pro rok 2016 je tedy definován následovně:

**Maximální celková úhrada v roce 2016 = počet unikátních pojištěnců ošetřených v roce 2016 vynásobený 103 % průměrné úhrady na unikátního pojištěnce v roce 2014 (zahrnující i úhradu za ZUM a ZULP).**

**Příklad 1:** Poskytovatel

obdržel od zdravotní pojišťovny v roce 2014 celkovou úhradu (včetně úhrady za ZUM a ZULP) 1 milion korun a ošetřil 1000 unikátních pojištěnců (URČ). Průměrná úhrada na unikátního pojištěnce v roce 2014 činí 1000 Kč (1 000 000 Kč děleno 1000 URČ). Pokud poskytovatel ošetří v roce 2016 také 1000 URČ, obdrží od pojišťovny **maximální úhradu ve výši: 1000 (počet URČ v roce 2016) krát 1000 Kč (průměrná úhrada na URČ v roce 2014) krát 1,03 (navýšení o 3%) = 1 030 000 Kč.**

Nad takto stanovený limit mají být v roce 2016 uhrazeny pouze ty zdravotní služby, které byly poskytnuty tzv. mimořádně nákladným pojištěncům, jež ministerstvo definuje jako pojištěnce, kteří v roce 2016 „čerpali“ péči, jejíž úhrada představuje pěti- a vícenásobek průměrné úhrady na unikátního pojištěnce v roce 2014 (vč. ZUM a ZULP). Bude se tedy jednat o zlomek případů z reálné praxe.

Způsob omezení výše úhrady, kterou ministerstvo pro rok 2016 určilo, je návratem více než sedm let zpátky, kdy tento systém platil do roku 2008. Od roku 2009 byl jako neudržitelný nahrazen jiným způsobem úhrady tak, aby poskytovatel dostal za nadlimitní péči alespoň nějakou úhradu. Péče do referenčního limitu se hradila s plnou hodnotou bodu a nad referenční limit s 0,30 Kč za bod. Tento způsob úhrady byl v roce 2013 zrušen Ústavním soudem jako protiústavní (nález pléna Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 19/13), jelikož nezahrnoval žádný kompenzační mechanismus pro případ, kdy k překročení referenčního limitu, a tím i k úhradě části péče s méně než třetinovou úhradou, nedošlo v důsledku plýtvání nebo

nadužívání péče, nýbrž proto, že poskytovatel musel dle smlouvy a zákona pojištěncům potřebnou péči poskytnout.

**I přes jasně formulovaný nález pléna Ústavního soudu ze dne 22. 10. 2013 sp. zn. Pl. ÚS 19/13, který je pro ministerstvo závazný, byl pro rok 2016 nastaven způsob úhrady, kdy je opět „zastropována“ celková úhrada bez jakékoli souvztažnosti k reálně poskytnuté potřebné péči a bez možnosti jakékoli kompenzace** (platí za předpokladu, že zařízení neošetří v roce 2016 žádného tzv. mimořádně nákladného pojištěnce – viz výše). **Počet vykázaných bodů nehraje při stanovení limitu úhrady pro rok 2016 žádnou roli, jelikož limit úhrady se řídí pouze průměrnou výší úhrady na URČ v roce 2014 a počtem unikátních pojištěnců ošetřených v roce 2016.**

Co se týče průměrné úhrady na URČ v roce 2014, je třeba připomenout, že v roce 2014 byla veškerá vykázaná péče (body) poskytovatelům hrazena s tzv. výslednou hodnotou bodu ( $HB_{red}$ ). Výsledná hodnota bodu se pro každé smluvní zařízení stanovila výpočtem podle úhradového vzorce obsaženého v úhradové vyhlášce na rok 2014 s ohledem na péči vykázanou v roce 2014 a referenční limity v roce 2012. Každé zařízení má svoji individuální výslednou hodnotu bodu a tato hodnota se u jednotlivých zařízení liší. U řady smluvních poskytovatelů je individuální hodnota bodu (i výrazně) nižší nežli hodnota bodu pro daný segment stanovená ministerstvem (pro segment ambulantní specializované péče je aktuálně stanovená hodnota bodu 1,03 Kč, resp. v VZP ČR 1,04 Kč při doložení diplomu celoživotního vzdělávání).

**Individuální výsledná hodnota bodu je důležitým ukazatelem toho, za jakou úhradu smluvní poskytovatel pro zdravotní pojišťovnu reálně pracuje.** Lze si ji vypočítat pro každý kalendářní rok, i když tuto proměnnou úhradová vyhláška přímo nezmiňuje.

Pokud poskytovatel vykáže v roce 2016 v průměru na pojištěnce (URČ) stejný počet bodů (i ZUM a ZULP) jako v roce 2014, bude mu v roce 2016 vykázaná péče uhrazena s výslednou hodnotou bodu z roku 2014 navýšenou o 3 %, **maximálně však s hodnotou bodu 1,03 Kč.**

**Příklad 2:** Poskytovatel v roce 2014 vykázel 1 000 000 bodů na 1000 unikátních pojištěnců (URČ), tj. v průměru 1000 bodů na URČ. Tato péče je mu uhrazena s výslednou hodnotou bodu ( $HB_{red}$ ) např. 0,90 Kč. Poskytovatel obdrží v roce 2014 celkovou úhradu 900 000 Kč (0,90 Kč krát 1 000 000 bodů), tj. v průměru **900 Kč na URČ**. Pro zjednodušení příkladu předpokládejme, že žádný ZUM ani ZULP nebyl vykázan.

Pokud tento poskytovatel v roce 2016 vykáže v průměru na pojištěnce (URČ) také 1000 bodů a ošetří např. 800 pojištěnců (tj. vykáže na ně celkem 800 000 bodů), obdrží od zdravotní pojišťovny **maximální úhradu ve výši: 800 (počet URČ v roce 2016) krát 900 Kč (průměrná úhrada na URČ v roce 2014) krát 1,03 (navýšení o 3 %) = 741 600 Kč.** Individuální hodnota bodu pro rok 2016 bude u tohoto poskytovatele činit 0,927 Kč (741 600 Kč děleno 800 000 bodů) = **individuální hodnota bodu z roku 2014 (0,90 Kč) navýšená o 3 %.**

**Pokud poskytovatel v roce 2016 vykáže v průměru na URČ o 3 % bodů více nežli v roce 2014, zůstane indivi-**



Foto: Shutterstock.com

### duální hodnota bodu v roce 2016 stejná jako v roce 2014.

**Příklad 3:** Pokud by poskytovatel z příkladu 2 vykázal v roce 2016 v průměru na URČ 1030 bodů (tj. o 3 % více nežli v roce 2014) a ošetřil by 800 URČ, poskytne péči v celkovém objemu 824 000 bodů (1030 krát 800). Za tuto péči dostane uhrazeno maximálně **741 600 Kč**, tj. 800 (počet URČ v roce 2016) krát 900 Kč (průměrná úhrada na URČ v roce 2014) krát 1,03 (navýšení o 3 %). Individuální hodnota bodu pro rok 2016 bude v takovém případě 0,90 Kč (741 600 Kč děleno 824 000 bodů) = **individuální hodnota bodu z roku 2014** (0,90 Kč).

**Pokud poskytovatel v roce 2016 vykáže v průměru na URČ o více než 3 % bodů více nežli v roce 2014, bude mu veškerá péče uhrazena s nižší výslednou hodnotou bodu než v roce 2014.**

**Příklad 4:** Pokud by poskytovatel z příkladu 2 vykázal v roce 2016 v průměru na URČ 1100 bodů (tj. o 10 % více nežli v roce 2014) a ošetřil 800 URČ, poskytne péči v celkovém objemu 880 000 bodů (1100 krát 800). Za tuto péči dostane uhrazeno maximálně **741 600 Kč**, tj. 800 (počet URČ v roce 2016) krát 900 Kč (průměrná úhrada na URČ v roce 2014) krát 1,03 (navýšení o 3 %). Indivi-

duální hodnota bodu pro rok 2016 bude v takovém případě 0,843 Kč (741 600 Kč děleno 880 000 bodů) = **93,6 % individuální hodnoty bodu z roku 2014.**

Ministerstvo zdravotnictví avizovalo, že od 1. 1. 2016 dojde v seznamu zdravotních výkonů k navýšení bodové hodnoty výkonů o 10 % (navýšení ceny práce lékaře). S odkazem na uvedený výpočet je zřejmé, že při limitaci celkové úhrady, kterou ministerstvo pro rok 2016 zavedlo, nedojde u poskytovatele, který se bude chovat v roce 2016 úplně stejně jako v roce 2014 a ošetří stejné spektrum pojištěnců, k navýšení úhrady o 10 %, ale naopak dojde ke snížení individuální hodnoty bodu o více než 6 %. Fakticky poskytovatel sice obdrží oproti roku 2014 úhradu za výkony o 3 % vyšší (pokud se mu oproti roku 2014 nenavýší náklady na ZUM a ZULP), avšak ve vztahu k počtu vykázáných bodů se úhrada za bod o více než 6 % sníží.

Situace je o to složitější, že se do úhradového limitu na URČ pro rok 2016 započítává i úhrada za ZUM a ZULP. Poskytovatel si tedy musí kontrolovat i tyto náklady. Pokud by vykázal v roce 2016 v průměru na URČ větší náklady na ZUM a/nebo ZULP nežli v roce 2014, musí počítat s menší úhradou za výkony. To platí sa-

mozřejmě i naopak, pokud budou náklady na ZUM a ZULP na URČ v roce 2016 nižší nežli v roce 2014, zbude větší prostor pro navyšování úhrady za body, samozřejmě do limitu 1,03 Kč za bod.

Úhradová vyhláška neobsahuje žádný kompenzační mechanismus umožňující navýšení úhrady, pokud poskytovatel poskytne v roce 2016 nákladnější péči nežli v roce 2014. Výjimkou jsou pouze tzv. mimořádně nákladní pojištěnci, jak je uvedeno výše. Velmi důležitým faktem je nicméně skutečnost, že Ministerstvo zdravotnictví ČR, potažmo stát, v úhradové vyhlášce na rok 2016 garantuje pro ambulantní specializovanou péči hodnotu bodu 1,03 Kč. **Úhradovou vyhlášku na rok 2016 proto lze pro segment ambulantní specializované péče zjednodušeně interpretovat tak, že stát, potažmo zdravotní pojišťovny budou v roce 2016 hradit zdravotní služby s hodnotou bodu 1,03 Kč s tím, že za těchto úhradových podmínek si objednávají u smluvních poskytovatelů péči maximálně do úhradového limitu, který je stanoven následovně: počet ošetřených URČ v roce 2016 krát průměrná úhrada na URČ (vč. ZUM a ZULP) v roce 2014 krát 1,03 (navýšení o 3 %).**

Ministerstvo zdravotnictví zcela ignoruje nález Ústavního soudu, kterým byla zrušena úhradová vyhláška na rok 2013 (Pl. ÚS

19/13), když v úhradové vyhlášce na rok 2016 nezakotvuje žádný transparentní kompenzační mechanismus, který by umožnil navýšení úhrady v případě, kdy bude muset být poskytnuta v průměru nákladnější péče nežli v referenčním období a současně se nebude jednat o případ tzv. velmi nákladného pojištěnce. **Za této situace je pro ty smluvní poskytovatele, kteří nechtějí pracovat za daleko nižší hodnotu bodu nežli 1,03 Kč, resp. 1,04 Kč, nezbytné přistoupit k úhradovému limitu jako k objednavce zdravotních služeb ze strany zdravotních pojišťoven a pokusit se tuto objednávku dodržet.** Toto doporučení je vysloveno s plným vědomím, že to v řadě případů nebude možné, a to i s ohledem na restriktci úhrad v minulosti, kdy je úhrada již nyní u řady poskytovatelů „stlačena“ hluboko pod úhradovou vyhláškou garantovanou hodnotu bodu. Nicméně s ohledem na přístup zdravotních pojišťoven, které k navýšení úhrady dobrovolně nepřistupují, je třeba se o to aktivně pokusit. Pokud to objektivně nepůjde, pak je třeba hledat jiné řešení. O tom, jak v rámci zákonných a smluvních mezi postupovat a jak se zachovat v konkrétních situacích, i o případných jiných možných řešeních bude pojednáno v příštích číslech časopisu Tempus medicorum.

Mgr. MUDr. Dagmar Záleská,  
právní oddělení ČLK

Inzerce A161000296



Zveme Vás na

**XXII. Sympozium o morfologii a funkci střeva,**

které se koná v termínu 21.–23. 4. 2016 v hotelu Bezděz, Staré Splavy, Máchovo jezero. Sympozium je započítáváno do postgraduálního vzdělávání lékařů a sester.

Více informací na [kristyna.pilarova@forsapi.cz](mailto:kristyna.pilarova@forsapi.cz) nebo na

**[www.forsapi.cz](http://www.forsapi.cz)**

# Kolegyně a kolegové, ozvěte se!

**K**aždoročně odchází do ciziny několik desítek až stovek absolventek a absolventů lékařských fakult. Rok co rok se tak zvyšuje věkový průměr pracujících lékařů. „Mladá krev“ se také příliš neobjevuje v aktivitách, které by měly situaci s platovým ohodnocením či s destruovaným vzděláváním změnit. Často za ty mladé musí mluvit nebo protestovat ti starší. Proto nás mile překvapilo, že se mezi delegáty listopadového sjezdu ČLK objevila mladá kolegyně Monika Hilšerová (\*1989) z Prahy. Dobrý důvod, proč položit nejmladší delegátce několik otázek.

**Paní doktoro, v poslední době vidáme u nově nastupujících kolegů spíše nezáměr o „věci veřejné“. Proč jste se vy rozhodla zapojit do práce v ČLK?**

Komora je instituce, která zastupuje zájmy lékařů. Nyní je ale složena, právě kvůli všeobecnému nezájmu mladších, především ze starších a atestovaných lékařů. Ti mají nepochybně více zkušeností, ale jen s obtížemi mohou adekvátně a se zájmem zastupovat potřeby mladých, neatestovaných lékařů. Proto bych ráda vnesla, spolu s dalšími, do ČLK názory jiné generace. Dalším důvodem mého vstupu byla také potřeba více poznat problémy českého zdravotnictví a být součástí procesu jejich řešení.

**ČLK registruje každoročně velký počet žádostí o certifikáty, které umožňují kolegům pracovat v zahraničí. Týká se to i čerstvých absolventů, tedy lékařek a lékařů hned po škole. Máte spolužáky, kteří také odešli do ciziny?**

Osobně si myslím, že tento boom odchodu do ciziny, především do Německa, je již za námi. Nyní se setkávám spíše s názory typu:

„Začnu tady a až budu něco umět, možná se podívám do ciziny.“ Mám pocit, že spolužáci z mého okolí mají čím dál tím menší potřebu odjíždět, respektive je odrazuje byrokracie, neznámost prostředí a přetržení zde vytvořených vztahů. Vidím také menší zájem o výjezdy s programem Erasmus, které byly vždy velmi oblíbené. Nyní vím, že dokonce zbývají finanční prostředky přidělené na tento program, takže studenti si mohou své pobyty prodlužovat.

**E-mail: [juniordocor@clkcr.cz](mailto:juniordocor@clkcr.cz)**

**Ti, kteří odcházejí, vedle neodpovídajících platů popisují jako největší důvod nefungující postgraduální vzdělávání. Jakou máte zkušenost se vzděláváním vy sama?**

Já pracuji na klinice KARIM ve VFN, která je vyhlášena postgraduálním vzděláváním na vysoké úrovni, což mohu jen potvrdit. Než jsem nastoupila do práce, čekala jsem, že budu spíše hozená do vody, ale jsem ráda, že tomu tak nakonec nebylo. Konkrétně za přínosné považuji teoretické semináře, které se konají jednou za týden, dále praktické semináře a kazuistiky ze zkušeností mladých. Na druhou stranu mi připadá zcela zbytečné vypisovat každé okénko v logbooku, který musí být vyplněn k atestaci z oboru. Obecně mám za to, že situace v Praze je z hlediska postgraduálního vzdělávání víceméně uspokojivá na rozdíl od menších měst, která mnohdy nemají takové možnosti.

**Mladí kolegové si často stěžují, že se jim jejich starší kolegové na některých pracovištích nevěnují, že jim moc nechťejí předávat praktické zkušenosti. Předpokládám, že ve VFN je asi situace jiná, ale stěžují si na to vaši spolužáci, kteří pracují jinde po republice?**

Opravdu, ve VFN s tímto špatnou zkušeností (zatím) nemám, ale z informací od svých spolužáků mohu tvrdit, že v menších nemocnicích je hlavní důraz kladen spíše na to, aby se mladí lékaři mohli zapojit co nejdříve do praxe, a na další vzdělávání „nezbývá čas“. Na druhou stranu, mám i informace, že i ve velké nemocnici může systém vzdělávání selhat, hlavně kvůli vysoké fluktuaci mladých lékařů. Motivace vzdělávat mladé tímto upadá, protože vkládat čas a energii do někoho, kdo stejně za chvíli odejde, je – z hlediska školitele – zbytečné. Samozřejmě



je těžké generalizovat, každá nemocnice se staví k otázce vzdělávání individuálně a je možné, že menší nemocnice své lékaře zase lépe zná, mohou mít mezi sebou lepší/bližší vztahy, a tak se jim může více věnovat a lékaři v ni mají větší důvěru.

**Lékařská komora uvažuje po vzoru zahraničních komor o vytvoření sekce mladých lékařek a lékařů. Měla by hájit zájmy mladých kolegů na republikové úrovni a zastupovat Českou republiku v evropských strukturách, kde se podobné sekce mladých lékařů sdružují a jsou aktivní na půdě EU. Měla byste o takovou práci zájem?**

Ráda bych založila výbor Mladých lékařů, který by byl složen ze zástupců neatestovaných lékařů různých nemocnic. Tento zástupce by měl svůj výbor mladých v rámci své nemocnice a vytvořil by se systém, který by tvořili lidé, na něž by se mohli obrátit mladí lékaři v jakékoli otázce. Tento problém by pak byl projednán ve výboru v rámci ČLK a bylo by navrženo řešení. Důležité ale je, aby nebyly hájeny zájmy lékařů jen z pražských nemocnic, ale také nemocnic z ostatních měst, proto bych se ráda tímto obrátila na ty, kteří by měli zájem na spolupráci ve výboru, ať mě kontaktují a domluvíme se na dalším postupu.

**Michal Sojka**

## MUDr. Monika Hilšerová

Narodila se v roce 1989 v Praze. Vystudovala gymnázium PORG a v roce 2015 odpromovala na 1. lékařské fakultě UK a Vysoké škole ekonomické a rozhodla se věnovat odvětví lékařskému. Nyní pracuje na klinice KARIM ve VFN a zároveň vyučuje francouzštinu. Ráda se věnuje sportu, divadlu a hudbě.















Prostějov nebo blízkém okolí, popřípadě velmi rád budu jednat o budoucím odkupu praxe. Kontakt: [praktik2015@seznam.cz](mailto:praktik2015@seznam.cz)  
Ordinace VPL v Praze 4 hledá zástup za MD, od 1.3.2016, na 4-6 měsíců. Moderně vybavená ordinace, zajímavá finanční odměna. Vhodné i pro VPL v předatestační přípravě. Kontakt: [zastupordinacepaha4@gmail.com](mailto:zastupordinacepaha4@gmail.com)

### PRODEJ A KOUPE

Kardiologickou ambulanci, dobře zavedenou a vybavenou v Ústí n. L., prodám. Velký počet pojištěnců, hezké pracovní prostředí. Kontakt: [jarabinkal1@gmail.com](mailto:jarabinkal1@gmail.com)

Prodám 12svodové EKG BTL 06 R, původní cena 68 000 Kč, téměř nepoužívaný přístroj, nyní za cenu 30 000 Kč. Kontakt: 772 589 115

Prodám interní a diabetologickou ordinaci s. r. o. v Nejdku, Karlovarský kraj. Kontakt: 607 876 523

Přenechám ORL a foniatričnou ordinaci v Prostějově. Kontakt: 582 340 938

Převzmu postupně nebo koupím psychiatrickou ambulanci v Praze a Středočeském kraji. Mám funkční specializaci v psychoterapii s 15letou praxí. Kontakt: 777 332 494

Odkoupím ORL ordinaci v Praze a Středočeském kraji, ev. ponechám pracovat jako zaměstnanec. Kontakt: 603 543 084

EKG - prodám PC ECG s označením ECG-2000, 12svodový EKG přístroj pro počítač od českého prodejce zdravot. techniky. Nový, nepoužívaný přístroj v záruce do 2017. My EKG nepoužíváme. Nabízím ho za 70 % pořizovací ceny. Kontakt: [clinline@clin-line.cz](mailto:clinline@clin-line.cz), 602 293 747

Prodám chirurgické nástroje (pinzety, skalpely, peány, ostré lžičky, jehelec) a 2 dětské resuscitační ambučky. Zn. levné. Kontakt: [pediatr3691@seznam.cz](mailto:pediatr3691@seznam.cz), 608 443 864

Prodám knihu Porodnictví, autor: Antonín Zwinger, rok vydání 2004, cena dohodou. Kontakt: 605 722 243

Prodám levně rtg negatoskop. Velmi kvalitní, zcela plochý, na 2 snímky. Kontakt: [pediatr3691@seznam.cz](mailto:pediatr3691@seznam.cz)

Prodám laser Diomax, použitý max. 20krát - uzavření ambulance. Pův. cena 980 000 Kč, nyní 690 000 Kč. Kontakt: 602 708 962, [chirurg@tiscali.cz](mailto:chirurg@tiscali.cz)

Prodám vybavení ambulance - vyšetřovací lehátko polohovatelné, skříň atd. Kontakt: 607 755 912

Prodám přístroj k vyšetřování CRP v ordinaci zn. Quik Read 101, plně funkční, stále provozovaný. Stáří 6 let. Cena 8500 Kč. Kontakt: 602 770 470

Koupím zavedenou praxi VPL. Oblast Plzeňsko, Klatovsko, Domažlicko, Tachovsko. Solidní jednání. Možnost zachování částečného úvazku původního majitele z mé strany vítána. P.S.: O dlouhodobý zástup nebo zaměstnanecký poměr nemám zájem. Kontakt: [praktik-zc@seznam.cz](mailto:praktik-zc@seznam.cz)

Prodám za symbolickou cenu UZ přístroj Toshiba SSA-350 Eco-Cee + abdominální a lineární multifrekvenční sondu. B mód, barevný doppler, printer. Přístroj je vhodný do začátku pro PL nebo specialistu. Funkční. Cena 10 000 Kč včetně sond. Kontakt: 604 898 043, [nefro@volny.cz](mailto:nefro@volny.cz)

Prodám záchranný kyslíkový přístroj včetně plně 2l neevdované tlakové láhve. Cena 4500 Kč. Kontakt: [b.romani83@seznam.cz](mailto:b.romani83@seznam.cz)

Ze zdravotních důvodů ihned přenechám nadstandardně vybavenou a plně zavedenou oční ordinaci v Teplicích. Kontakt: [info@ocniordinaecro.cz](mailto:info@ocniordinaecro.cz)

Prodám zavedenou praxi ordinace praktického lékaře pro děti a dorost v Olomouci. Kontakt: 732 778 451

### PRONÁJEM

Pronajmu zavedenou ordinaci v Praze 1 pro dermatologa/korektivního dermatologa na 1-2 dny v týdnu. Kontakt: 604 995 578

Pronajmeme nově vybudovanou, klimatizovanou ordinaci v přízemí domu na náměstí v Rousínově. Výměra 76 m<sup>2</sup> včetně příslušenství. Kontakt: 602 539 767

Pronajmu plicní ambulanci s rtg pracovištěm ve Středočeském kraji. Kontakt: 721 127 083

Pronajmeme lékařskou ordinaci (po stomatologovi), možno i na jinou odbornost, v Poliklinice v Horním Maršově. V budově lékárna, PLDD, PL pro dospělé, rehabilitace (5 km Janské Lázně, 10 km Pec p. Sněžkou). Kontakt: 603 259 995, [hancilova.eva@seznam.cz](mailto:hancilova.eva@seznam.cz)

V zavedené poliklinice Praha 9-Hloubětín pronajmeme prostor pro zřízení ordinace, lékárny, rtg pracoviště apod. Kontakt: 604 945 966

Pronajmeme prostory v zavedené poliklinice Praha 9, 5 min od metra. Kontakt: 604 945 966

### SEZNÁMENÍ

Lékařka, 62 let, zatím aktivní, hledá kamaráda se zájmem o turistiku, kulturu, zahradu. Společný humor a cestu k sobě třeba najde. Kontakt: [marie88@centrum.cz](mailto:marie88@centrum.cz)

### SLUŽBY

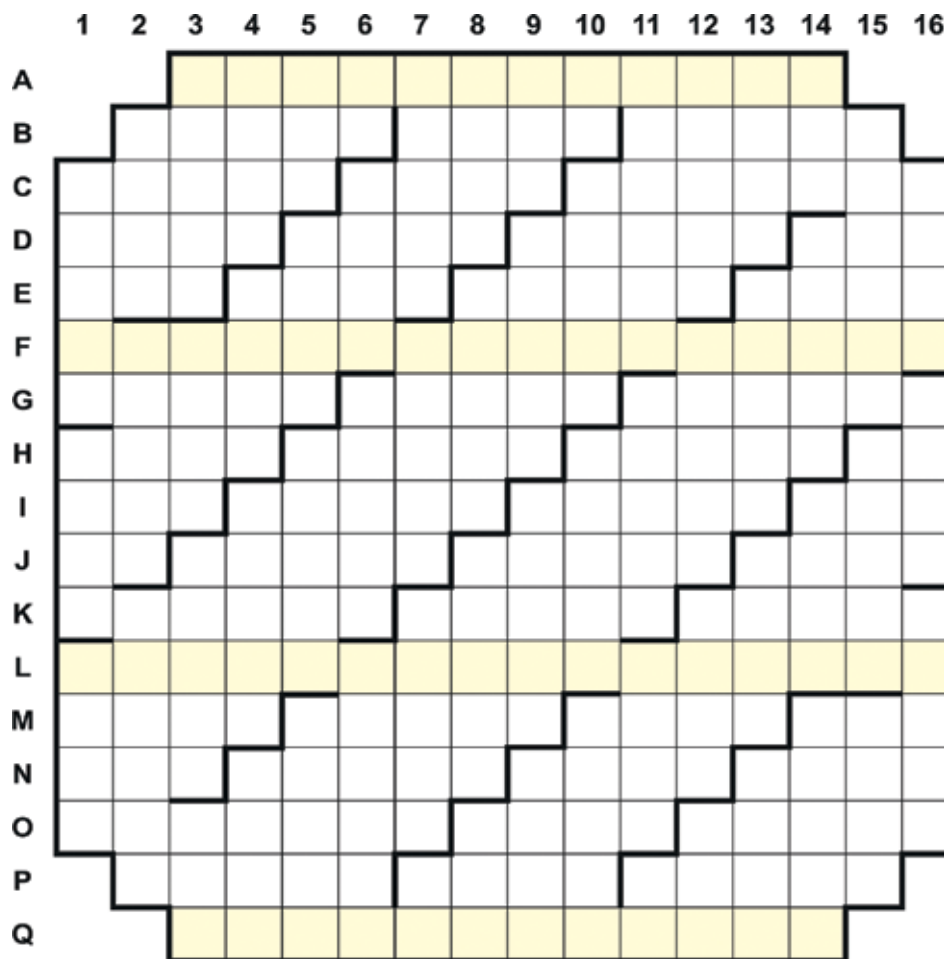
Výřídíme oprávnění k poskyt. ZS, povedeme Vaše účetnictví a mzdy. Kontakt: [registracenzc.cz](mailto:registracenzc.cz), 608 915 794, [ucetnienvinz@seznam.cz](mailto:ucetnienvinz@seznam.cz)

Příprava na kontroly SÚKL, audity, řízená dokumentace, kategorizace prací, bezpečnost práce a PO pro lékaře (dokumentace určená zákonem). Celá ČR. AD MEDICA, tel. 730 803 412, [www.admedica.cz](http://www.admedica.cz)

Účetnictví, personalistika a mzdy pro zdravotníky, daňové poradenství, zpracování a odesílání dávek. Nabídka ekonomického a technického řízení firmy. Celá ČR. AD MEDICA, tel. 602 735 314, [www.admedica.cz](http://www.admedica.cz)

Realizace prodeje a oceňování praxí (fyzické i právnické osoby), transformace na SRO. Odborné poradenství při prodeji praxí a převodech úvazků. Ušetříme Vám peníze! Celá ČR. AD MEDICA, tel. 775 679 982, [www.admedica.cz](http://www.admedica.cz)

## KŘÍŽOVKA O CENY



Psycholog je ... (dokončení citátu najdete v tajence; jeho autorem je Robert Lembke).

**VODOROVNĚ: A. 1. díl tajenky.** – B. Letadlo; měřítko; ženské jméno. – C. Luční porost; chlapi; metamorfóza. – D. Český malíř; tumáte; část věty; kód Tokelau. – E. Obchodní dům pro kutily; krátkonohý kůň; morda; malý náboj. – F. 3. díl tajenky. – G. Placený potlesk; slezské město; marodit. – H. Malá šelma; pevné spoje; ocase; předložka. – I. Zralé vaječné buňky; metamorfované horniny; souzvuk tónů; ovocná zahrada. – J. Sbohem; plátěná přístřeší; vojenské úkryty; listnaté stromy. – K. Odříkavé žijící člověk; vedra; chemický prvek. – L. 4. díl tajenky. – M. Hra s čísly; osud; dobová obliba; francouzsky „přítel“. – N. Dívčí jméno; sebranka; dosny; prostý voják. – O. Výstřihy; plavidla z kmenů; drahý kov. – P. Asijský poloostrov; druh lemura; souvislé řady. – Q. 2. díl tajenky.

**SVISLE: 1.** Palice; pět tučtů; ticho. – 2. Obyvatel Arábie; zpěvný pták; stvol. – 3. Obtížný hmyz; jméno herečky Medříčkové; zbabělec; kujný nerost. – 4. Slavná umělkyně; pácidlo; druhová číslovka; nemocná. – 5. Kožišina na krk; vzplanuvší hvězda; posvátný; skoro. – 6. Osobní zájmeno; německý prozaik; značka limonád; odborník na stavbu mostů. – 7. Kaly; mlhy; útesy; uvnitř. – 8. Doleji; podoby; hudební dílo; tlumok. – 9. Slovensky „Irové“; ryngle; akvarijní ryba; český zpěvák. – 10. Typ fordu; akvarijní ryba; kolem; jméno herečky Rosůlkové. – 11. Anglický spisovatel; obchody; oblasti; pšt. – 12. Patřící Elovi; historka; velké dřevěné nádoby; špatnost. – 13. Vernův kapitán podmořského člunu; světlovlasá; ve svém bytě; voliéra. – 14. Sklizně; přirozené sody; rozhodčí; brazilský prozaik. – 15. Patřící kanadskému zpěvákovi; naládat; aromatické byliny. – 16. Mořští ptáci; zde; keňský vytrvalec.

**Pomůcka:** Keino, moira, TKL.

### Křížovka o ceny

V tajence křížovky v Tempus medicorum 12/2015 se skrýval citát Louise Ferdinanda Destouchese, zvaného Céline: **Povolání lékaře je za všech okolností podrobeno zástiplnému zkoumání. Když lékař provozuje praxi mezi bohatými, připadá si sám jako lokaj, a když mezi chudými, tak zase jako zloděj.**

Knihu Jana Štovička *Afrika bez malárie* získává deset vylosovaných luštitelů: **Milada Bláhová**, Most; **Miloslav Dupal**, Krnov; **Marie Homolková**, Plzeň;

**Markéta Chlupáčová**, Praha 2; **Ladislav Koblížek**, Havlíčkův Brod; **Barbora Matonohová**, Bruntál; **Zdeněk Provazník**, Praha 10; **Marie Štátná**, Česká Kamenice; **Josef Tesař**, Suchdol nad Lužnicí; **Jaromír Vachutka**, Olomouc.

Na správné řešení tajenky z čísla 1/2016 čekáme na adresu [recepc@clk-cr.cz](mailto:recepc@clk-cr.cz) do 1. února 2016.

Hodně štěstí!

**Upozornění:** Do slosování o ceny mohou být zařazeni pouze lékaři registrovaní v České lékařské komoře.



# 20. REPREZENTAČNÍ PLES LÉKAŘŮ ČESKÝCH



23. LEDNA 2016  
20.00 HODIN  
PALÁC ŽOFÍN

## Velký sál

### HELENA VONDRÁČKOVÁ

Boom! Band Jiřího Dvořáka se sólisty  
Předtančení TŠ Astra Praha  
Latinsko-americké tance Kláry  
a Jana Voborských

## Malý sál

The Party Band  
ABBA Stars revival  
Diskotéka Miloše Skalky

## Rytířský sál

Cimbálová muzika Jožky Šmukaře

**Moderátorka** Daniela Písařovicová

**Předprodej vstupenek** od 1. 12. 2015:

Palác Žofín, po-pá: 12.00-16.30 hod, tel.: 222 924 112, [www.zofin.cz](http://www.zofin.cz)

Změna programu vyhrazena

