



TEMPUS MEDICORUM

9/2015
ROČNÍK 24

ČASOPIS ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY



**Čeští lékaři jsou fotbalovými
mistry světa!**

DÁLE V TOMTO ČÍSLE:

Budoucnost očkování
v ČR a zkušenosti
vyspělých zemí



České zdravotnictví
není transparentní,
tvrdí v exkluzivním
rozhovoru ministr
financí Andrej Babiš

Další pozitivum
spolupráce VZP a ČLK:
Smlouvy na neurčito
i pro lékaře, jejichž
smlouvy skončí až
v příštích třech letech

**LÉKAŘI POMÁHÁ SESTRA.
KDO POMŮŽE JÍ ?**

EVIPA - nejdokonalější systém pro správu příchozích pacientů



medingo

[STRANA 7]



Rozum jde stranou a vášně planou

Vedle nízkých platů a obrovského množství přesčasové práce udávají mladí lékaři jako hlavní důvod své profesní emigrace složitý, až nepřátelský systém specializačního vzdělávání. Vzhledem

k tomu, že za práci do ciziny odchází hned po promoci každý pátý absolvent našich lékařských fakult, nemůžeme si dovolit brát tento problém na lehkou váhu.

Současný systém specializačního vzdělávání není ani tak produktem „zlé politické vůle“, ale spíše důsledkem absence jednoznačného zadání a výsledkem chaotické aktivity odborných společností i lékařských fakult. S jistotou nadsázkou lze tvrdit, že u nás platí, že co pan profesor, to jeho vlastní odborná společnost. A co odborná společnost, to samostatný atestační obor. Některé obory jsou přitom vymezeny tak úzce, že jim hrozí vyhynutí. Žádný pragmaticky uvažující lékař se totiž do takového oboru nepřihlásí ze strachu, aby nalezl uplatnění na trhu práce. Je jasné, že dokud nesnížíme počet specializačních oborů na rozumnou míru, nikdy nebudeme mít dostatek lékařů a nedokážeme vyhovět zákoníku práce nebo evropské směrnici omezující v zájmu bezpečnosti pacientů množství povolené přesčasové práce.

Návrh novely zákona, který se i s přispěním ČLK rodil na ministerstvu déle než rok, je kompromisem mezi představami ministerstva, komory, fakult a odborných společností. Jistě není dokonalý. Osobně za největší chybu považují to, že se nemění nevyhovující způsob financování. Uspokojivě zatím nejsou vyřešena ani přechodná ustanovení. Není tedy zřejmé, jakou kvalifikaci budou mít lékaři, kteří atestovali v oborech, které budou sloučeny s jinými či proměněny ze základních na nastavbové. Komora navrhuje, aby v případě sloučení získal lékař specializovanou způsobilost v celém novém oboru. To znamená, aby například nemocniční pediatr mohl pracovat na obvodě a současný praktický lékař pro děti a dorost byl kvalifikován k práci v nemocnici. Lékaři menších oborů vycházejících z interny by měli mít základní kvalifikaci ve vnitřním lékařství obdobně, jako by se stali obecnými chirurgy lékaři jejich podoborů.

Cílem komory je především zajistit lepší dostupnost vzdělání tím, že akreditaci bude moci získat co největší počet zdravotnických zařízení. Mladí lékaři již nebudou lacinou pracovní silou pro fakultní nemocnice, ale budou moci praktické znalosti a zkušenosti získávat v regionálních nemocnicích blízko svého bydliště. Je třeba zkrátit vzdělávací programy na úroveň vyžadovanou Evropskou unií a realisticky stanovit obsah vzdělávacích programů. Současný systém je založen na lži, když akreditační komise stanoví nerealistické požadavky a přitom je mlčky tolerováno jejich neplnění.

Je třeba si uvědomit, že složením atestace nabytá specializovaná způsobilost neznámá nic víc než právo pracovat samostatně. Podmínky pro primáře a vedoucí lékaře bude i nadále stanovovat podle zákona o komorách ČLK. Na druhé straně nám EU nedovoluje, aby samostatně pracovali lékaři s pou-

hým základním kmenem, ten totiž atestaci nemůže nahrazovat, i když by se to některým manažerům možná líbilo.

Největší pozornost na sebe podle očekávání pouká plán redukovat současný přebujelý počet specializačních oborů. V obecné rovině s touto tezí souhlasí prakticky všichni, jen se změny nesmí dotýkat jejich oboru. To jde rozum stranou a vášně potom planou.

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost spolu s vlastní odbornou společností například straší maminky údajným rušením ordinací praktických pediatrů. Opak je pravdou. My se naopak v hodině dvanácté snažíme sloučením s pediatrií řešit demografickou katastrofu oboru, ve kterém pracuje desetkrát více odborníků starších šedesáti let než těch mladších čtyřiceti. Naším cílem je zachovat pro děti dostupnou ambulantní pediatriickou péči. Co je cílem bojovníků proti logickému znovusjednocení pediatrie, to se můžeme jenom domýšlet.

Obdobně kontraproduktivní je boj za uchování dětské psychiatrie v podobě základního oboru. Jde pouze o prestiž pánů profesorů. Do špatně ohodnoceného oboru tím mladé lékaře nepřilákají. Naopak, těch pár zájemců spíše odradí. Nevím, jak vám, ale mně připadá logické, aby se lékař nejprve stal kvalifikovaným psychiatrem a teprve poté se mohl rozhodnout, zda si přidá jako subspecializaci gerontopsychiatrii, pedopsychiatrii, adiktologii nebo třeba sexuologii. Samozřejmým předpokladem je ukořitvat představy odborných společností, aby takové nastavbové vzdělávání nebylo zbytečně dlouhé. A právě kvůli takovým případům se komora snaží získat větší vliv v akreditačních komisích.

Asociace záchranných služeb zase prosazuje, aby na záchrance nehtal pracovat žádný lékař, který nebude mít atestaci z urgentní medicíny podmíněnou pěti lety praxe. Každý, kdo to zkusil, přitom ví, že zatímco ve třiceti je práce na záchrance adrenalinový sport, ve čtyřiceti rutina, tak v padesáti se to již prakticky nedá fyzicky zvládnout. Jen hlupák by se tedy hlásil do oboru, který mu nedává jinou perspektivu. Výsledek přemrštěných požadavků je nasnadě, většina posádek bude jezdit bez lékaře.

Korunu všemu pak nasazují představitelé geriatrické společnosti, kteří argumentují stárnutím populace a snaží se veřejnosti namluvit, že o miliony seniorů se snad dokáže postarat několik desítek geriatrů. To už je naprostý nesmysl. O seniory se přece musí starat především kvalifikovaní praktičtí lékaři ve spolupráci s internisty a dalšími specialisty. A každý z těchto lékařů by samozřejmě měl znát geriatrické minimum.

Uvedený výčet odborníků, kteří se snaží zlikvidovat svůj vlastní obor, samozřejmě není vyčerpávající. Jde spíše o ty zatím nejkriklavější příklady. Ta opravdová mela vypukne až ve sněmovně. Dá se očekávat, že zlobovaní poslanci budou podmiňovat svůj hlas pro zákon, kterému vůbec nerozumí, zachováním samostatnosti toho či jiného pidioboru. To bude teprve komedie. Jsem zvědav, jestli to pan ministr ustojí. Na podporu komory se v této věci může spoolehnout, pokud tedy o ni bude stát.

Milan Kubek

S redukcí počtu oborů souhlasí všichni, pokud se jich netýká.

OBSAH

OČKOVÁNÍ 3-10

Stav očkování v České republice

Ministerstvo může nadále nařizovat očkování dětí

Situace ve Francii a Španělsku

ROZHOVOR 11-16

Andrej Babiš: České zdravotnictví není dostatečně transparentní

ČINNOST ČLK 17

Smlouvy na neurčito pro další lékaře

ČLK odmítla povinnost předatestační přípravy ve věznicích

PRÁVNÍ PORADNA 18-20

Problematika spravedlivého odměňování lékařů

Novela zákona o veřejném zdravotním pojištění

SPORT 21-25

Zlato z mistrovství světa ve fotbale lékařů

NEMOCNICE 26

LOK: Sliby si ohlídáme

NAPSALI JSTE 27-33

Ad Počet vepřů nesedí...

„Liberalizace“ v perinatologii pohledem pediatra

Rozpad oboru vnitřního lékařství bude pokračovat

SERVIS 37-43

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@clkr.cz • www.clkr.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

Reditel divize Medical Services: Karel Novotný, BA (Hons)

www.medical-services.cz

Grafická úprava, sazba: Jan Borovka

Inzerce: inzerce-tempus@clkr.cz

Ředitelka distribuce a výroby:

Soňa Štarhová, tel. 225 276 252, e-mail: starhova@mfc.cz

Tisk: EUROPRINT a. s.

Uzávěrka čísla 9: 2. 9. 2015 • Vyšlo: 14. 9. 2015

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 (prijímá redakce)

Príspevky 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 nelékaře je zpoplatněn. Při zadávání

inzerátů je proto potřeba zadat fakturační kontaktní adresu,

IČ, DIČ, telefon, e-mail.

Bez těchto informací nebude inzerát zveřejněn.



Foto: shutterstock.com

Očkování v České republice

Péče o zdraví a prevence jsou základním předpokladem pro prožití plnohodnotného života. Významným nástrojem, který již více než 200 let slouží ke zdravotní prevenci, je očkování. Dodnes patří k nejdůležitějším objevům medicíny a umožňuje kontrolu nemocí, na které se před jeho zavedením běžně umíralo a na které ještě dnes mnoho lidí zejména v rozvojových zemích umírá.

Před objevem očkování byla možná pouze symptomatická léčba infekcí. Principem očkování je podáním vakcíny stimulovat imunitní systém jedince a vyvolat u něj vznik ochranné imunitní odpovědi. Úspěšné očkování zajistí dlouhodobou nevnímavost očkované osoby k dané infekci. Napadne-li člověka mikroorganismus, proti kterému je očkován, imunitní systém rychle a efektivně rozezná a zničí původce onemocnění, aniž by došlo k projevům nemoci. V některých případech lze očkování použít i jako profylaxi po expozici.

Očkování v naší zemi má mnohaletou úspěšnou tradici. Československo jako první stát na světě v roce 1960 zavedlo celoplošné očkování proti přenosné dětské obrně, díky

kterému tato choroba na našem území vymizela. Průkopníky jsme byli i při zavádění celoplošného očkování proti spalničkám, příušnicím, zarděnkám, záškrtu, dávnému kašli. V 80. letech minulého století mohlo být ukončeno očkování proti pravým neštovicím, rozsáhlou očkovací kampaní byl v 70. letech eliminován tetanus. Záškrť, dávný kašel, zarděnky, spalničky jsou dnes diagnózou spíše ojedinělou, tuberkulóza je problémem rizikových skupin, nikoli celé populace. Velkou zásluhu na této příznivé epidemiologické situaci v České republice má právě rutinní očkování. Díky němu je dosahováno vysoké kolektivní proočkování populace, ve které pak původci onemocnění sice cirkulují, ale k onemocnění osob nedochází.

Tato skutečnost mnoha laikům i zdravotníkům připadá již samozřejmá, je zlehčováno, až popíráno nebezpečí úmrtí či trvalých následků po prodělání spalniček, tuberkulózy, poliomyelitidy nebo záškrty. Málokdo si uvědomuje, že zejména v rozvojovém světě stále umírá ročně 2,5 milionu dětí na nemoci, proti kterým lze očkováním účinně ochránit. Statistiky WHO ukazují, že podání moderních vakcín každý rok zachrání životy téměř tří milionů Evropanů. Podle aktuálních údajů Ministerstva zdravotnictví očkování zabráni ročně až 150 000 onemocnění a asi 500 úmrtí na infekční choroby v českých zemích. ČR ročně vynakládá na státem hrazené povinné očkování dětí stamilionové částky, tato suma se v budoucnosti ještě zvýší pou-

žíváním vakcín s výhodnějšími vlastnostmi pro očkování.

Obecné principy očkování – typy vakcín

Aby bylo očkování proti dané infekci účinné nejen pro jednotlivce, ale i jako prostředek kolektivní ochrany, musí pokrýt maximum jedinců z cílové skupiny. Vznikne tak nevímavá populace. Základní požadavky na vakcínu jsou vysoká účinnost, bezpečnost, cenová dostupnost, snadná manipulace a skladování. Vždy je nutno pečlivě posoudit indikaci očkování, respektovat časové schéma (intervaly mezi dávkami, současné podání více vakcín), dodržet správnou techniku výkonu (způsob, místo aplikace, injekční jehla, aseptický postup). Aplikace vakcíny do organismu se provádí podle doporučení výrobce, nejčastěji intramuskulárně či intradermálně, některé vakcíny se podávají i subkutánně nebo perorálně. Výkon očkování provádí lékař, jeho kompetenci je i rozhodnutí o naočkování konkrétního pacienta po ověření aktuálního zdravotního stavu (vyloučení kontraindikací) a dalších okolností (posouzení jiných, dříve podaných očkování, trvalé medikace, výskytu alergie). Aplikace vakcíny může být provázána výskytem postvaccinačních reakcí (fyziologických, vystupňovaných fyziologických, alergických či neurologických), je třeba v tomto směru pacienta poučit.

Vlastní aktivní složkou vakcíny je antigen, který vyvolává v organismu očkování tvorbu specifických protilátek. Kromě antigenu vakcína obsahuje další látky nutné pro její praktickou účinnost, jako jsou ad-

juvanty (minerální nosiče), konzervátory, stabilizátory, ATB, ředící složky. Vakcíny dělíme z hlediska životaschopnosti a obsahu patogenů (atenuované, inaktivované, celobuněčné, subjednotkové), podle počtu patogenů zastoupených ve vakcíně (mono-, polyvalentní). Moderní metody přípravy vakcín s úspěchem využívají spojení přírodních a průmyslových postupů, DNA technologií apod. a očekává se od nich poskytnutí ochrany proti dalším nemocem, které jsou dosud bez možnosti očkování (malárie, VHC, HIV, borrelióza a další). Trendem je využívání ověřených vakcinačních principů i v neinfekční oblasti, např. při vývoji protinádorových vakcín.

Legislativa, dělení očkování, očkovací kalendář

Očkování má rovinu medicínskou i společenskou, resp. právní. Medicínskou koncepci rozsahu a provádění očkování v ČR vytváří Národní imunizační komise (NIKO) Ministerstva zdravotnictví a hlavní hygienik ČR, při tvorbě se vychází z dostupných studií a z praktických zkušeností. Politicky a legislativně je garantem Ministerstvo zdravotnictví nebo parlament podle toho, jestli jde o povinnost danou vyhláškou, nebo zákonem. Současný legislativní rámec provádění očkování v ČR je dán zejména zákonem č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví (ustanovuje povinnost podrobit se pravidelnému očkování). Prováděcí vyhláška č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, řeší typy očkování, jeho organizaci, pracoviště s rizikem infekce, ověřování imunity, administrativní náležitosti. Tato

vyhláška o očkování je průběžně novelizována, naposledy v letech 2009 a 2010, kdy došlo k významným změnám – zejména zrušení přeočkování proti tuberkulóze (ve věku 2–3 a 11 let), ustanovení jasných podmínek očkování dětí HBsAg pozitivních matek proti virové hepatitidě B, zavedení 6. dávky očkování kombinovanou vakcínou proti záškrtu, tetanu a černému kašli (pertussi) ve věku 10 let (reakce na zjištěný zvyšující se výskyt pertusse v této věkové skupině), odsunutí přeočkování proti tetanu do věku 25 let a prodloužení intervalu přeočkování v dospělosti, rozšíření indikací konjugované vakcíny proti pneumokokům. Logicky s problematikou očkování souvisí také vyhláška MZ č. 473/2008 Sb., o systému epidemiologické bdělosti pro vybrané infekce, která definuje způsob sledování výskytu těchto nálezů, případy onemocnění, vhodné diagnostické metody.

Typy očkování podle výše uvedené legislativy:

a) **Pravidelné očkování** – celoplošné očkování dětí žijících v ČR podle očkovacího kalendáře. V současné době se jedná o očkování proti 10 infekčním nemocem – tuberkulóze (pouze rizikové skupiny), záškrtu, tetanu, dávkovému kašli, virové hepatitidě B, invazivnímu hemofilovému onemocnění, přenosné dětské obrně, spalničkám, zarděnkám a příušnicím. Očkovací kalendář je závazné schéma pro pravidelné očkování. Určuje, komu, v jakém věku a kolikrát se konkrétní očkovací látka podává, což je velmi důležité pro dosažení dlouhodobě vysoké proočkování populace. Povinné

Aktuální očkovací kalendář ČR

TERMÍN / VĚK DÍTĚTE	POVINNÉ OČKOVÁNÍ	
	NEMOC	OČKOVACÍ LÁTKA
od 4. dne do 6. týdne	Tuberkulóza (pouze u rizikových dětí s indikací)	BCG vaccine SSI
od 9. týdne (2. měsíc)	Záškrt, tetanus, černý kašel, dětská obrna, žloutenka typu B, onemocnění vyvolaná Haemophilus influenzae typu B	Infanrix hexa Hexacima (1. dávka)
3. měsíc	Záškrt, tetanus, černý kašel, dětská obrna, žloutenka typu B, onemocnění vyvolaná Haemophilus influenzae typu B	Infanrix hexa Hexacima (2. dávka – za měsíc po 1. dávce)
4. měsíc	Záškrt, tetanus, černý kašel, dětská obrna, žloutenka typu B, onemocnění vyvolaná Haemophilus influenzae typu B	Infanrix hexa Hexacima (3. dávka – za měsíc po 2. dávce)
15. měsíc	Spalničky, zarděnky, příušnice	Priorix (1. dávka)
do 18. měsíce	Záškrt, tetanus, černý kašel, dětská obrna, žloutenka typu B, onemocnění vyvolaná Haemophilus influenzae typu B	Infanrix hexa Hexacima (4. dávka)
21. až 25. měsíc	Spalničky, zarděnky, příušnice	Priorix (2. dávka za 6–10 měsíců po 1. dávce)
5. – 6. rok	Záškrt, tetanus, černý kašel	Infanrix (přeočkování)
10. – 11. rok	Záškrt, tetanus, černý kašel, dětská obrna	Boostrix polio (přeočkování)
14. rok (u neočkovaných v 10–11 letech)	Tetanus	Tetavax, Tetanol Pur (přeočkování)

Vybrané preventabilní infekční nemoci v ČR v letech 2005-2014 - absolutně (zdroj: Epidat)

Počty případů preventabilních onemocnění v ČR - povinné očkování

Diagnóza	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Tetanus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Záškrt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dávivý kašel, B.pertussis	412	234	186	767	955	662	324	738	1233	2521
Spalničky	0	7	2	2	5	0	17	22	15	222
Zarděnky	8	8	4	14	6	4	28	7	0	1
Akutní hepatitida B	361	307	307	306	247	244	192	154	133	105
Parotitida	1803	5172	1297	402	357	1068	2885	3902	1553	677

+ hemofilové infekce (v Epidatu neuvedeny)

+ TBC (samostatný systém evidence, mimo Epidat)

Počty případů preventabilních onemocnění v ČR - nadstandardní očkování

Diagnóza	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Břišní tyfus	3	9	2	4	3	4	3	2	0	
Invazivní meningokok. onem.	99	77	78	86	85	64	66	57	57	37
Klíšková encefalitida	643	1029	546	631	816	589	861	573	625	410
Hepatitida A	322	132	128	1648	1104	862	264	284	348	673

očkování je plně hrazené. Je možné na žádost rodičů použít i jinou očkovací látku, než zajistí Ministerstvo zdravotnictví. Tato očkovací látka musí být v České republice registrována a náklady na ni pak hradí rodina. V případě, že rodič odmítne povinné očkování dítěte, hrozí mu sankce (pokuta ve správním řízení), dítě nesmí být přijato do předškolního zařízení a může být omezeno v některých zájmových aktivitách. Případů odmítání očkování (obvykle částečného) řeší Ministerstvo zdravotnictví desítky ročně.

Pravidelné očkování dospělých se týká všech u přeočkování proti tetanu, u institucionalizovaných osob jde o každoroční očkování proti chřipce a pneumokokům a u fyzických osob náhodně exponovaných viru hepatitidy B se očkuje po rizikové expozici biologickému materiálu, po zařazení do pravidelného dialyzačního programu apod. (tab. 1).

b) Zvláštní očkování – je prováděno u osob vystavených profesně riziku příslušné infekce. Jde zejména o očkování zdravotníků a vybraných pracovníků ve zdravotnictví s rizikem expozice virové hepatitidy B, o očkování proti virové hepatitidě typu A a B u příslušníků integrovaného záchranného systému, proti VHB a chřipce u personálu různých zařízení zdravotních a sociálních služeb, proti vzteklině u laboratorních pracovníků pracujících s virulentními kmeny vztekliny.

c) Mimořádné očkování – očkování fyzických osob k prevenci infekcí v mimořádných situacích (v nebezpečí epidemie).

Hygienik může nařídit mimořádné očkování celé populace nebo její části; jedná se o očkování proti chřipce, proti virové hepatitidě A, meningokokové meningitidě apod.

d) Očkování při úrazech, poraněních a nehojících se ranách – proti tetanu se provede při ošetření těchto ran a v indikovaných případech v předoperační přípravě, např. u zákroků na trávicím traktu. Očkování

proti vzteklině je nutné v případě pokousání nebo poranění zvířetem podezřelým z nákazy vzteklinou, zajišťují je antirabická centra infekčních oddělení a klinik.

e) Očkování provedené na žádost fyzické osoby, která si přeje být očkováním chráněna proti infekcím, proti nimž je k dispozici očkovací látka. Je možno se očkovat například proti infekčním hepatitidám typu

Inzerce

Sortimentní specializací **FOMI PRO s.r.o.**
je oblečení pro zdravotnictví, kosmetiku a wellness.

- Vzkovková prodejna **FOMI PRO** Slezská 96, Praha 3
- Rychlý kontakt: 724 326 551

FOMI PRO
Váš dodavatel profesního oblečení
www.fomipro.cz

Přijďte sami posoudit
kvalitu zpracování našich výrobků.



A a B, proti chřipce, klíšťové meningoencefalitidě, pneumokokové infekci, nejnověji proti rotavirům, planým neštovicím či rakovině děložního čípku. Další spektrum vakcín je možné před výjezdem do zahraničí. V České republice je k dispozici jak předepsané očkování proti žluté zimnici (povinné před cestou do některých států rovníkové Afriky a Jižní Ameriky), tak ostatní očkování doporučená s ohledem na konkrétní cíl cesty a okolnosti pobytu a aktuální epidemiologickou situaci. Jde o turisticky atraktivní místa, která jsou současně i oblastmi výskytu závažných infekcí, neobvyklých na evropském kontinentu – japonské encefalitidy, záškrtu, břišního tyfu, cholery.

Tato onemocnění u nechráněných cestovatelů mohou mít závažný průběh nebo při nedostupnosti lékařské péče i ohrozit život. Očkování je nutno zahájit tak, aby podání vakcín navodilo dostatečnou ochrannou hladinu protilátek již před začátkem cesty. Optimální doba pro návštěvu lékaře je 6 týdnů před odjezdem. Všechna očkování prováděná na žádost osoby si zájemce hradí sám, v rámci preventivních programů existuje

Spalničky – epidemie v Evropě

2010–2012	Bulharsko, Francie, Velká Británie
2013	Turecko, Holandsko, Německo, Ázerbajdžán, Gruzie
2014	Německo, Itálie, Slovinsko, Srbsko, Bosna a Hercegovina, Kyrgyzstán
2015	Německo, Francie

tuje možnost finanční spoluúčasti zdravotních pojišťoven. Zájemci se mohou nechat očkovat v ordinacích zdravotních ústavů (dříve hygienické stanice), specializovaných ambulancích cestovní medicíny a infekčních oddělení v rámci nemocnic, praktických lékařů či komerčních očkovacích center. Možnosti jsou dostupné ve všech krajských i v řadě okresních měst.

Diskuse o odmítání očkování

Očkování paradoxně změnilo pohled společnosti na závažnost infekčních nemocí: automaticky je od moderní medicíny očekáváno snadné vymýcení mikrobiálních původců onemocnění a bezproblémová úspěšná léčba infekčních pacientů antibiotiky nebo antivirotyky, podceňují se protiepidemická opatření v ohnisku infekce,

bagatelizuje se smysl celoplošného očkování populace. Existují skupiny, které odmítají očkování z pohodlnosti či neznalosti. Objevují se kampaně proti očkování vedené nepoučenými laiky s alternativním zaměřením. Jejich argumentace vyplývá z negace klasických lékařských postupů a neobjektivního porovnávání rizik očkování s jeho přínosem. Představa těchto „odmítačů očkování“ z řad rodičů a bohužel i některých zdravotníků, že je lepší a bezpečnější infekci prodělat než proti ní být očkován, je mylná. Očkování, na rozdíl od infekční choroby, je kontrolovaný proces. Probíhá v optimálním čase a věku a až po ověření celkového dobrého zdravotního stavu očkování. Infekční onemocnění přichází neplánovaně, nahodile a kromě nesrovnatelně vyšší antigenní

Inzerce 101017620

BMW 320i xDrive GT

LÉKAŘI, V RENOCARU JSME PRO VÁS PŘIPRAVILI MIMOŘÁDNOU NABÍDKU
BMW 3 GRAN TURISMO S POHONEM 4x4.

Při hotovostní platbě se zvýhodněním 233 900,- za cenu 1 049 000 Kč vč. DPH.

Při financování Renocar se zvýhodněním 283 900,- za cenu 999 000 Kč vč. DPH.*

Chcete poznat kvality tohoto BMW osobně? V BMW Renocar vám rádi poskytneme vůz k testovací jízdě.

* informace o úvěru sdělí náš poradce

Renocar Praha, Lipová 280, Praha - Čestlice (D1, EXIT 8), tel.: 261 393 600, info@renocar.cz

Renocar Brno, Řípská 5C, Brno - Slatina (D1, EXIT 201), tel.: 548 141 548, info@renocar.cz

Otevřeno 7 dní v týdnu, www.renocar.cz

Kombinovaná spotřeba paliva a emise CO₂, BMW řady 3 Gran Turismo 4,5–8,1 l/100 km; 119–188 g/km.

25
LET
RENOCAR



zátěže imunitního systému s sebou nese postižení dalších orgánů a systémů v organismu, včetně nervové soustavy. Zjednodušené a zavádějící je i časté tvrzení, že po prodělání nemoci již není organismus touto nemocí ohrožen, zatímco po očkování je ochrana proti nemoci časově a podle druhu původce omezená. Dnešní dospělá a dorůstající populace chybí reálná zkušenost s proděláním závažných, trvale poškozujících až život ohrožujících stavů, které mohou např. u spalniček, poliomyelitidy nebo tetanu nastat. Od návratu těchto nemocí nás nyní dělí fungující kombinace postinfekční imunity u nejstarších věkových ročníků s imunitou postvakcinační u generací mladších. Varujícím příkladem, který dobře ilustruje reálná rizika klesající proočkovanosti populace, je nárůst onemocnění spalničkami v evropském regionu v posledních 5 letech. Také v České republice nedávno proběhla rozsáhlá epidemie spalniček na severu Čech.

Budoucnost očkování

V české společnosti probíhá intenzivní debata o budoucí podobě a rozsahu očko-

vání, a zejména povinnosti očkování dětí, a to i na úrovni nejvyšších zákonodárných a soudních orgánů. V rovině odborné jsou modelovány různé způsoby řešení. K určitému uvolnění u pravidelného očkování došlo zavedením možnosti výběru alternativních vakcín k vakcínám dodávaným MZ. Jedná se i o nepřímou regulaci očkování, tak jak funguje v některých evropských zemích. Ke všem těmto změnám je třeba rodičům dětí i laické veřejnosti poskytnout aktuální, hluboké a fundované informace, což vyžaduje od zdravotníků solidní medicínskou znalost problematiky imunologie, vakcinologie, statistických dat o infekčních nemocech a v neposlední řadě selský rozum, které nám umožní trpělivě, důrazně a srozumitelně vysvětlovat otázky kolem očkování. Velmi přínosným recentním zdrojem informací přímo z českého prostředí jsou výsledky sérologických přehledů provedených v roce 2013 z více než 3000 vzorků. Poskytují podrobné výsledky i komentáře o postvakcinační i postinfekční imunitě proti sledovaným preventabilním nemocem napříč věkovými skupinami, o dosažené

celkové proočkovanosti a o kolektivní imunitě. Jsou dostupné v publikaci SZÚ Víceúčelový sérologický přehled 2013. Závěrečná zpráva. Zprávy CEM 23, 2014, Příloha 1.

Závěr

Historická zkušenost ukázala, že očkování je celosvětově rozšířenou a efektivní metodou veřejné zdravotnické intervence. Vede ke snížení nemocnosti, předchází komplikacím a úmrtím na infekční nemoci. Významný je i pozitivní efekt ekonomický, finanční úspory plynou z nižší nemocnosti očkovaných osob, nižších nákladů na léčbu, snížení pracovní neschopnosti a menší absence rodičů v práci kvůli ošetřování dětí. Boj proti infekcím je ale kontinuální proces, který neoddelitelně spojuje zdraví jednotlivce se zdravím společnosti. Úspěch očkování kromě kvality vakcín závisí i na pozitivním vnímání smyslu očkování s výsledným rozhodnutím nechat sebe či své dítě očkovat.

MUDr. Markéta Petrovová, Ph.D.,

Lékařská fakulta Masarykovy univerzity v Brně

Inzerce A151005482

POSAĎTE SE, UŽ O VÁS VÍME...

Nenechte se nadále vyrušovat netrpělivými pacienty a neustálým klepáním na dveře.

Systém EVIPA pozná Vašeho pacienta, zjistí důvod jeho návštěvy a pohlídá pro Vás jeho pořadí.

Převzme tak značnou část nepříjemných rutinních úkonů a Vám dopřeje klid a pohodlí při práci.

Ten rozdíl pocítíte ihned.

OBJEVTE **EVIPU** NA
www.medingo.cz



desítky
ověřených
instalací

14

možnost
vyzkoušení na
14 DNÍ ZDARMA



medingo
www.medingo.cz
+420 734 750 250

Nejvýznamnější soudní rozhodnutí upravující problematiku povinného očkování

Před nedávnem jsme na stránkách Tempus medicorum upozorňovali na rozhodnutí Ústavního soudu, která řešila zásadní otázku týkající se povinného očkování dle ustanovení § 46 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, konkrétně toho, zda právní úprava tohoto institutu nekoliduje s vymezením základních lidských práv a svobod, tedy zda je v souladu s ústavním pořádkem ČR.

V současné době se již dá bez jakýchkoli pochybností tvrdit, že rozhodovací praxe soudů se v této oblasti ustálila, a to jak na úrovni správního soudnictví, tak soudnictví ústavního.

Pro ilustraci níže podáváme přehled čtyř nejvýznamnějších soudních rozhodnutí, která se problematikou povinného očkování zabývala a z nichž budou soudy díky jejich precedenční povaze i nadále s největší pravděpodobností vycházet při rozhodování o žalobách, které proti povinnému očkování směřují či budou směřovat.

Jedná se o dva nálezy Ústavního soudu, o nichž jsme již podrobně referovali krátce po jejich vydání, a o dvě klíčová rozhodnutí Nejvyššího správního soudu.

Judikatura Ústavního soudu:

Nález pléna Ústavního soudu ze dne 27. 1. 2015, sp. zn. Pl. ÚS. 19/14, kterým byl zamítnut návrh na zrušení shora zmíněného ustanovení § 46 zákona o ochraně veřejného zdraví (toto ustanovení upravuje povinné očkování a zmocňuje k vydání prováděcí vyhlášky Ministerstva zdravotnictví o podrobnostech provádění tohoto očkování), jakož i návrh na zrušení ustanovení § 29 odst. 1 písm. f) zákona o přestupcích (jež jako přestupek vymezovalo porušení zákazu nebo nesplnění povinnosti stanovené nebo uložené k předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění).

Ústavní soud v odůvodnění zamítnutí popsaného návrhu mimo jiné doslova konstatoval:

„Za pomoci jazykového i systematického výkladu lze oprávněně dovodit, že text ustanovení § 46 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů, je dostatečně jasný a srozumitelný a vyplývají z něj spolehlivě základní atributy a meze právní úpravy

povinného očkování proti infekčním nemocem. Zmocnění, jež je v zákonné úpravě poskytnuto v prováděcí vyhlášce za účelem regulace podrobností spjatých s realizací povinné vakcinace, využívá podzákonná norma v daných mezích, aniž by zasáhla do skutkové podstaty obsažené v podstatných znacích v zákoně. Nedošlo tedy k legislativnímu zásahu do garancí poskytnutých nositelům základních práv a svobod v čl. 4 odst. 1, 2 Listiny základních práv a svobod.“

Nález pléna Ústavního soudu ze dne 27. 1. 2015, sp. zn. Pl. ÚS. 16/14, jímž byl zamítnut návrh na zrušení ustanovení § 50 zákona o ochraně veřejného zdraví, tedy návrh na vypuštění ustanovení, že „*předškolní zařízení mohou přijmout pouze dítě, které se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci*“.

V odůvodnění tohoto nálezu se mimo jiné uvádí:

„Při výkladu § 50 zákona o ochraně veřejného zdraví, resp. při posuzování naplnění podmínky trvalé kontraindikace pro výjimku z povinnosti podrobení se povinnému očkování k přijetí do předškolního zařízení, musí být dbáno na to, aby zde nevznikala nerovnost mezi dětmi, kterým z dlouhodobého hlediska brání jejich zdravotní stav podání příslušné očkovací látky (tedy materiální hledisko), a to bez ohledu na to, zda je termín „trvalá kontraindikace“ výslovně (formálně) uveden v příslušném potvrzení poskytovatele zdravotních služeb. Uvedený ústavně konformní výklad přitom dikce napačeného ustanovení nijak nevylučuje.

Očkování představuje prostředek imunizace proti vybraným nákazám, společenský benefit vyžadující sdílenou odpovědnost členů společnosti, tedy určitý akt sociální solidarity od těch, kteří podstupují riziko, v současné majoritně přijímaném vědeckém poznání však označovaném za minimální, aby ochránili zdraví celé společnosti. Očkování dostatečně většiny populace totiž zabraňuje šíření nákazy vybraných nemocí, čímž poskytuje ochranu nejen těm, kteří byli očkováni. Čím vyšší je pak podíl neočkovaného vlivu očkování obyvatelstvu, tím vyšší je také riziko opětovného rozšíření nákazy, a to nejen mezi těmi, kteří dobrovolně odmítli očkování, ale také mezi těmi, kteří nemohli být očkováni z vážných, zejména zdravotních důvodů. V ne-

poslední řadě je rozšířením nákazy ohrožena i ta část osob, která sice očkována byla, avšak vakcinace v jejich případě nedosáhla požadovaného efektu. V posuzovaném případě, kdy je vakcinace podmínkou pro přijetí dítěte do mateřské školy, jsou těmito osobami, vystavenými riziku nákazy, zejména děti, které mohou v případě nákazy čelit zvláště závažným důsledkům. Z těchto důvodů lze považovat podrobení se očkování dítěte před jeho přijetím do mateřské školy za akt sociální solidarity, který nabývá svého významu s rostoucím množstvím očkováných dětí v kolektivech těchto předškolních zařízení. Naopak jako na sociální nespravedlnost by bylo možné nahlížet na případy, pokud by určitá skupina dětí přijatých do předškolních zařízení odmítala bez závažných důvodů očkování a čerpala tak výhody vyplývající z úspěšnosti vakcinace, resp. z ochoty ostatních dětí, navštěvujících předškolní zařízení, vzít na sebe ono minimální riziko, které z očkování plyne.“

Judikatura Nejvyššího správního soudu:

Usnesení rozšířeného senátu Nejvyššího správního soudu ze dne 3. 4. 2012, č. j. 8 As 6/2011-120, dle něhož:

„Rámcová úprava povinnosti fyzických osob podrobit se očkování stanovená v § 46 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, a její upřesnění ve vyhlášce č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, odpovídají ústavněprávním požadavkům, podle nichž povinnosti mohou být ukládány toliko na základě zákona a v jeho mezích (čl. 4 odst. 1 Listiny základních práv a svobod) a meze základních práv a svobod mohou být upraveny pouze zákonem (čl. 4 odst. 2 Listiny základních práv a svobod).“

Rozsudek Nejvyššího správního soudu ze dne 25. 4. 2012, č. j. 4 As 2/2011 – 86, kde je uvedeno:

„Právní úprava povinnosti fyzických osob podrobit se pravidelnému očkování stanovená v § 46 zákona o ochraně veřejného zdraví a ve vyhlášce č. 537/2006 Sb. vyhovuje nejen čl. 4 odst. 1 a 2 Listiny základních práv a svobod, nýbrž i jejímu čl. 39.“

V případech jakýchkoli pochybností, jež se v daném případě vyskytují nejčastěji na straně rodičů nezletilých dětí, které by se měly povinnému očkování podrobit, je tak vždy možno odkázat na uvedená soudní rozhodnutí, z nichž jednoznačně vyplývá, že v případě povinného očkování má veřejný zájem na ochraně veřejného zdraví přednost před osobními zájmy očkováných osob či jejich zákonných zástupců.

Mgr. Aleš Buriánek, právní kancelář ČLK

Ministerstvo může nadále nařizovat očkování dětí

Ministerstvo zdravotnictví může i nadále nařizovat povinné očkování dětí. Rozhodl o tom Ústavní soud. Za vyhýbání se povinnosti může být rodičům udělena pokuta ve výši 10 tisíc korun. Ministerstvo zdravotnictví verdikt uvítalo.

Pondělí 23. února 2015, Brno

Nespokojení rodiče z Brněnska, zastoupení advokátkou Ligy lidských práv, se svým návrhem u soudců neuspěli. Soudci odpůrcům vzkázali, že české i mezinárodní prameny kladou důraz na očkování, aby se předešlo šíření nebezpečných chorob.

Nespokojení rodiče se proti očkování bránili tvrzením, že porušuje jejich základní lidská práva, mimo jiné zachování důstojnosti, ochranu soukromí, svobodu myšlení a svědomí. Ve stejné při, kterou už neúspěšně vedli i před Nejvyšším správním soudem (NSS), argumentovali tím, že jejich potomek je zdravý a očkování by prý narušilo jeho přirozeně se vytvářející imunitu.

Rodiče dostali pokutu

„Stěžovatelé jsou příznivci homeopatické léčby a nedůvěřují systému očkování v České republice, neboť lékaři neupozorňují rodiče na všechny možné následky očkování včetně anafylaktického šoku. Očkování může být nebezpečné a stěžovatelům nikdo nemůže zaručit, že jejich dítě neutrpí závažnou újmu,“ argumentovali rodiče před NSS. Rodiče dostali za vyhýbání se očkování hexavakcínou pokutu 4000 korun.

ÚS v jeho názoru neobměkčila ani ochránkyně lidských práv Anna Šabatová, podle které



Foto shutterstock.com

je potřeba přistoupit k revizi stávajícího systému povinného očkování. Plénum ÚS ale nemělo pro podobné náměty pochopení.

Pravidla určuje stát

„Úprava institutu povinného očkování je plně v kompetenci vnitrostátního zákonodárství. Oproti argumentům stěžovatelů je v českých i mezinárodních programech kladen důraz na požadavek uskutečnění programů veřejného očkování včetně dětské imunizace, a to za účelem minimalizace šíření infekčních nemocí,“ vysvětlila verdikt mluvčí ÚS Miroslava Sedláčková.

Soudci pouze vyzvali zákonodárce, aby se zamysleli nad tím, zda případně finančně neodškodnit rodiče dětí, které by kvůli očkování měly vážné zdravotní problémy.

Němeček: Očkování zabrání stovkám úmrtí

„Je to skvělá zpráva pro ochranu veřejného zdraví, protože povinné očkování má zcela

zásadní význam pro ochranu populace před šířením smrtelně nebezpečných chorob,“ uvítal rozhodnutí ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček (ČSSD).

Vysoká proočkovanost tuzemské populace podle něj chrání i ty lidi, kteří ze zdravotních důvodů očkování být nemohou nebo se u nich po očkování nevytvořila dostatečná imunita. Tato kolektivní imunita by však mohla vzít při změně pravidel zaskvě.

„Ročně se v Česku podaří díky očkování zabránit až 150 tisícům onemocněním nákazami a až 500 úmrtím na tyto infekce,“ připomněl ministr.

Pro děti v Česku je povinné očkování hexavakcínou, která pokrývá záškrt, tetanus, černý kašel, dětskou obrnu, žloutenku typu B a onemocnění vyvolané bakterií *Haemophilus influenzae* typu B. Další povinná vakcína chrání před spalničkami, zarděnkami a příušnicemi. Výjimku z povinnosti mají děti s prokázanou imunitou proti dané infekci nebo se stavem, který brání podání očkovací látky.

Zdroj: (pko, jas) Novinky, Právo

Francouzská Ústavní rada potvrdila povinné očkování dětí

Povinné očkování dětí je v souladu s francouzskou ústavou. Rozhodla o tom Ústavní rada, která je obdobou ústavního soudu. Rodičům neočkovaných dětí hrozí ve Francii až dva roky vězení a 30 000 eur pokuty (více než 820 000 Kč).

Povinné očkování proti záškrtu, tetanu a dětské obrně je podle Ústavní rady v sou-

ladu „s ústavním požadavkem na ochranu zdraví“. Zákonodárci tak prý chtějí bojovat proti „třem závažným a nakažlivým chorobám“. Parlament má podle rozhodnutí navíc právo přijímat opatření na ochranu zdraví jednotlivců i celé společnosti.

Rada posuzovala ústavnost povinného očkování v souvislosti s případem rodičovského páru Larereových ze středofrancouzského Auxerre, kteří stanuli loni v říjnu před sou-

dem kvůli tomu, že odmítli nechat očkovat svou tříletou dceru a jejího osmnáctiměsíčního sourozence. Aplikace na trhu dostupných očkovacích látek podle nich nese příliš mnoho rizik a chrání proti chorobám, které se údajně v zemi již beztak nevyskytují. Podle právníka Larereových je ústavním právem na zdraví také právo nenechat své děti očkovat, pokud jsou rodiče přesvědčeni o škodlivosti vakcinace.

Bez očkování ve Francii nepřijmou děti do jeslí, školek, škol ani na letní tábory.

Na konci února rozhodl o tom, že je povinné očkování v souladu s ústavou, také český Ústavní soud.

Zdroj: ČTK

Po téměř 30 letech se vrátil do Španělska záškrť, mohou za to odmítači očkování

Spanělsko je v šoku. Země, kde se 29 let neobjevil záškrť, má už devět nakažených. Šestileté dítě je v ohrožení života. Jeho rodiče si sypou popel na hlavu a říkají, že se „cítí strašlivě vinní“, protože uvěřili antivakcinačnímu hnutí a chlapce odmítli nechat očkovat.

Katalánské ministerstvo zdravotnictví potvrdilo osm nových případů difterie čili záškrť. Všechno jsou to spolužáci šestiletého chlapce, který se nakazil jako první a bojoval o život. Jeho stav je nyní vážný, ale stabilizovaný, jak uvedla nemocnice v Barceloně, kde je hospitalizován. Spolužáci jsou všichni očkováni, nemoc se u nich tedy nerozvinula, ale budou jim pro jistotu podávána antibiotika.

Návrat záškrť vyvolal bouřlivou diskusi o povinnosti očkování. Šestiletý chlapec pochází z vesnice Olot poblíž Girony, kde žije skupina rodičů, kteří využívají pouze přírodní medicínu, protože se bojí nežádoucích účinků

vakcín. Podle deníku El País je matka „fyzikální terapeutka na homeopatické klinice“.

Matka a otec chlapce po návštěvě jednotky intenzivní péče sdělili, že jsou zdrceni a cítí se podvedeni antivakcinačním hnutím, které je odradilo od toho, aby dítě nechali očkovat. „Je to milující pár a oba se cítí strašlivě vinní,“ prohlásil na tiskové konferenci Antoni Mateu, katalánský úředník, kterého bychom mohli označit jako místního hlavního hygienika. Ten také oznámil, že nechystá žádný krok zaměřený proti těmto rodičům, tedy postih za to, že nedali dítě naočkovat, ani po nich nebude požadovat úhradu za léčbu. Postavil se ale proti antivakcinačnímu hnutí, které prý „šíří lži a působí zmatky“ tím, jak navádí lidi, aby odmítali státem doporučený očkovací kalendář.

„Je to začátek nebezpečného diskurzu proti vakcinaci, který není podpořen vědeckými důkazy,“ prohlásil španělský ministr zdravotnictví Alfonso Alonso. „Neočkovat je nezodpovědné,“ dodal.

Úřady se nyní snaží zabránit dalšímu šíření záškrť, lékaři kontrolují všechny děti, které mohly přijít do styku s nakaženými.

Záškrť je infekční onemocnění způsobené bakterií *Corynebacterium diphtheriae*, která obvykle napadá malé děti a pak také starší osoby. Šíří se přes dýchací cesty vzduchem, stačí kýchnout. Začíná jako běžná angína, tedy zvýšením teploty, bolestmi v krku, nechutenstvím, malátností. Záškrť mandlí je možno dobře léčebně zvládnout, není-li léčen, změní se v těžký zhoubný záškrť. Ten provází vysoká teplota 39 až 40 °C, schvácenost, obtížné dýchání, zduření krku do té míry, že má stejný obvod jako hlava (tzv. caesarský krk). Zhoubný záškrť je vždy provázen komplikacemi a ty mohou vést k smrti. Následkem může být zánět srdečního svalu a obrna.

Úmrtnost neléčených pacientů je desetiprocentní, při maligní difterii pak padesátiprocentní. U očkových osob nedochází k těžkým formám, je však možné nosičství.

Zdroj: Zdravotnický deník

Inzerce A151009377

CHCETE SVÝM PACIENTŮM NABÍDNOUT NĚCO NAVÍC?

Všem svým klientům přispěje VZP až 500 korun například na:

- očkování nehrazené ze zdravotního pojištění
- snížení obezity pod dohledem obezitologa či nutričního odborníka
- vyšetření kožních znamének dermatoskopem jako prevenci melanomu
- dezinfekci a vybrané zdravotnické prostředky pro diabetiky.

Nastávajícím maminkám VZP přispěje dalších až 500 korun například na:

- prvotrimestrální screening
- kurzy přípravy k porodu pořádané porodnicemi.

Dárcům krve přispěje VZP navíc dalších až 500 korun například na:

- vitamínové preparáty a doplňky stravy zakoupené v lékárně.

Kompletní nabídku příspěvků, které VZP ČR pro letošek připravila pro své klienty, najdete na www.klubpevnehozdрави.cz.

Upozornění: Pro čerpání jakéhokoliv příspěvku musí být klient VZP ČR zároveň členem Klubu pevného zdraví.

České zdravotnictví není dostatečně transparentní

Exkluzivní rozhovor TM s místopředsedou vlády a ministrem financí Andrejem Babišem

Místopředseda vlády ČR a ministr financí Andrej Babiš má v mnoha ohledech jiné názory na zdravotnictví než současný ministr Svatopluk Nemeček. Časopis Tempus medicorum ho proto požádal o rozhovor.

V rámci koalice jste největším kritikem ministra zdravotnictví Nemečka. Můžete vysvětlit, co vám na jeho osobě či práci nejvíce vadí?

Myslím, že kritika vůči panu Nemečkovi panuje i v ČSSD, jenom to její členové neříkají na rozdíl ode mne nahlas. Pan ministr se bohužel neodstříhl od temné minulosti českého zdravotnictví pod nadvládou Marka Šnajdra, kardinála Richelieu českého zdravotnictví, jak ho trefně označila studie Evropské komise z roku 2013, která se týkala korupce ve zdravotnictví. I z personálního obsazení Ministerstva zdravotnictví a jemu podřízených organizací je zřetelné, že vliv pana Šnajdra nadále trvá. Kromě toho je pan ministr Nemeček například spojen s nákupem přístroje Cyberknife pro Fakultní nemocnici v Ostravě, jehož cena a okolnosti, za kterých byl pořízen, jsou stále prošetřovány policií.

Druhou otázkou je samotné působení ministra v resortu zdravotnictví. Ponechám stranou styl jeho chování. Pravdou však zůstává, že ministerstvo díky němu opustili mnozí odborníci, jako například bývalá hlavní sestra, ale i ředitelé odborů a další dlouholetí odborníci. Některé odbory jsou personálně vyprahlé a nefunkční. Příkladem je například odbor farmacie, kde se podle mých informací kromě jiného prakticky zastavila oblast správních řízení, respektive rozhodování o odvoláních v rámci stanovování cen a úhrad léčivých přípravků. To může mít samozřejmě velmi negativní důsledky.

Myslím, že odborná veřejnost je celkově velmi na rozpacích z působení pana ministra, který se řídí heslem „slibem nezarmoutíš“. Za rok a půl ve funkci však nepředložil žádný koncepční návrh, žádný návrh, který by řešil problémy českého zdravotnictví v dlouhodobé perspektivě a měl za cíl snižování nákladů, ekonomické zefektivnění poskytovaných zdravotních služeb či racionalizaci spotře-



Foto archiv MF ČR

by zdravotní péče. Jeho jediným cílem je alokovat do systému co nejvíce finančních prostředků, bez tvorby potřebných rezerv a především bez strukturálních reforem.

Pokud by došlo k výměně ministrů a ANO by převzalo odpovědnost za vedení resortu zdravotnictví, jakých pět, podle vašeho názoru nejdůležitějších změn byste se snažili prosadit?

My o žádné výměně neuvažujeme, ČSSD má určitě lepší kandidáty, než je současný ministr. Ale čistě hypoteticky: v prvé řadě je podle mě nutné vytvořit dlouhodobou koncepci českého zdravotnictví. Koncepci dlouhodobé udržitelnosti financování zdravotnictví. Všichni víme, že čelíme hrozbě stárnutí populace. Jestliže dnes vychází jeden senior na 3,89 pracujících osob, snížil se podle odhadů tento počet v roce 2030 na 2,82 ekonomicky aktivních osob a v roce 2050 na 1,79. To je velmi vážný problém. Přitom věk dožití se neustále prodlužuje s tím, jak je medicína

kvalitnější, tudíž stále více lidí bude využívat zdravotní péči.

Dále je podle mého názoru nutné připravit revizi systému každoročního dohodovacího řízení o nastavení úhrad zdravotní péče, který je nefunkční, neboť k dohodě mezi pojišťovnami a poskytovateli péče ve většině případů nedojde. Nakonec je to Ministerstvo zdravotnictví, které stanoví arbitrárně od stolu přes 90 % úhrad, často bez ohledu na ekonomickou realitu, tedy příjmovou stránku. Proces vytváření úhradové vyhlášky je navíc příkladem netransparentnosti a chaotičnosti, kdy například v posledních třech letech obsahovala vyhláška tři různé úhradové mechanismy. Tento systém je nesmírně komplikovaný a navíc zcela paralyzuje jakékoli dlouhodobé plánování hospodaření v českém zdravotnictví. Proto by měla být vyhláška postupně eliminována a těžištěm by měla být dohoda mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli péče. Podobným způsobem

došlo ke zrušení úhradové vyhlášky například na Slovensku a nic se nestalo.

Dalším krokem by mělo být vytvoření nového jednotného zákona o zdravotních pojišťovnách, včetně změny struktury a odpovědnosti řídicích orgánů pojišťoven. V tomto směru by bylo dobré zamyslet se rovněž nad vytvořením malého úřadu pro kontrolu zdravotních pojišťoven. Stejně jako Česká národní banka dohlíží na bankovní trh či Energetický regulační úřad na trh s energiemi, měly by být v podobném duchu kontrolovány i zdravotní pojišťovny, aby například nedocházelo k bezdůvodnému zvýhodňování určitých poskytovatelů péče.

Je rovněž nutné revidovat Seznam výkonů, což je dlouhodobě neřešený problém. Musíme pracovat na elektronizaci zdravotnictví, která je nezbytným předpokladem pro zvýšení efektivity. Stále nám také chybí systém HTA, tedy vyhodnocování nákladové efektivity pro technologie, léky či zdravotnické prostředky. Dále bude nutné přikročit v souladu s doporučením OECD k revizi postavení praktických lékařů, kteří by měli být základním článkem zdravotnictví, v tomto směru se hovoří o konceptu tzv. gatekeepingu, který dobře funguje například v Nizozemsku

Inzerce



Hledáme lékaře pro naše dialyzační střediska

- Chcete profesně růst a odborně se rozvíjet? **Investujeme do vzdělávání zaměstnanců.**
- Hledáte moderní a přátelské pracovní prostředí? **Rovnováha osobního a pracovního života zaměstnanců je pro nás důležitá.**
- Rádi sdílíte své zkušenosti a poznatky? **Se zaměstnanci vedeme skutečný dialog. Lékař je pro nás partnerem.**

Aktuální volné pozice najdete na
<http://bbraun.jobs.cz>

Přijďte pracovat k nám! Nabízíme víc.

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

B. Braun Avitum s.r.o.
www.bb Braun-Avitum.cz

a jeho zavedení nám doporučuje OECD i Evropská unie.

Nutných změn je řada, ovšem na závěrech zmínil zavedení vyšší míry konkurence a motivace do českého zdravotnictví. Měla by probíhat soutěž jak v rámci zdravotních pojišťoven, tak poskytovatelů. Ti by zároveň měli být ekonomicky motivováni k zlepšování kvality a efektivity péče. Tedy ne aby provedli na pacientovi co nejvíce výkonů, ale aby ho skutečně vyléčili. Na druhé straně pacienti mají být motivováni k racionálnímu využívání zdravotní péče a odpovědnosti za vlastní zdraví. V této souvislosti je možné uvažovat o zavedení systému bonusů a malusů.

Sdělovací prostředky neustále opakují vaše teze, že se ve zdravotnictví krade. Je to asi zjednodušení, ale přesto: Můžete říci alespoň obecně, kde a kdo krade?

Ano, je to jisté zjednodušení, ale má svou podstatu v konkrétních číslech mezinárodních institucí. Ta říkají stejně jako já, že české zdravotnictví není dostatečně transparentní, což nahrává korupčnímu prostředí. Nejde o to, jen zveřejnit smlouvy mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli péče, ale je nutné také znát jejich ekonomickou podstatu, tedy ekonomická data. Tomu se všichni účastníci brání. Některé pojišťovny sice již nyní smlouvy zveřejňují, ale nezjistíte z nich vůbec nic. Přitom pokud jsem poctivý, vykazují správně péči a dostávám zapláceno to, co mám, tak přece není důvod cokoli utajovat. Ale především jde o nakládání s veřejnými prostředky v rámci systému veřejného zdravotního pojištění, takže je maximální transparentnost jak na straně poskytovatelů péče, tak na straně zdravotních pojišťoven zcela namístě.

Na Ministerstvu financí jsme před časem přišli s projektem Otevřená data, tedy portálem, kde je na jednom místě ukázáno vše, od smluv přes faktury i jednotkové ceny, za které na ministerstvu nakupujeme. Myslím, že zdravotnictví by přesně něco takového potřebovalo, abychom viděli, co, jak a za kolik je nakupováno. Ostatně i podle zprávy Evropské komise o korupci ve zdravotnictví z roku 2013 je právě oblast nákupů v České republice jedním z největších zdrojů korupčního jednání.

S tím je spojena i otázka takzvaných šedých bonusů, které poskytují dodavatelé zdravotnických prostředků i léků poskytovatelům péče. Přes proklamace VZP i Ministerstva zdravotnictví stále tento systém v praxi existuje. Nechci za každou cenu tvrdit, že jde ve všech případech o korupci, ovšem jednoznačně je to z právního hlediska na hraně, spíše za hranou. Po zkušenostech s Nemocnicí Na

Homolce navíc podle mě nemůže už nikdo bezpečně tvrdit, že tyto bonusy proudí skutečně výhradně do zlepšení zdravotní péče. Především však jde o systémový problém, který je dlouhodobě neřešený. Řešením by samozřejmě bylo vytvořit systém nákupů, kde budou mezi sebou dodavatelé centrálně soutěžit, a to skutečně na cenu, a nikoli na bonus.

V této souvislosti je rovněž zajímavé podívat se na jinou problematiku, která byla nedávno předmětem velkého zájmu, a to je otázka dobrovolné spoluúčasti pacientů. Šlo o návrh paní poslankyně Maxové, jehož cílem bylo zprůhlednit systém dobrovolných příspěvků za ekonomicky náročnější péči. Podle současné legislativy nejsou takovéto platby přípustné. Není tedy možné zaplatit rozdíl mezi tím, co je hrazené ze zdravotního pojištění a dražší variantou. Přesto všichni vědí, že se to běžně děje, ovšem pokoutně, například prostřednictvím nejrůznějších nadací či darů. Právě takovýto systém vytváří velký prostor pro šedou ekonomiku a korupci. To je třeba co nejdříve změnit.

A samozřejmě existují další formy úniku peněz ze zdravotnictví, které jsou dány nedokonalým systémem, jako je například vykazování péče, která nebyla pacientovi poskytnuta, či obecně poskytování nadbytečné péče. V tomto směru je nutné pracovat především na zlepšování revizní činnosti pojišťoven, která není příliš funkční.

Ministerstvo financí provedlo v loňském roce v některých nemocnicích audit, který prokázal chyby při čerpání evropských dotací a předražování nakupovaných přístrojů. Možná nemáme dostatek informací, ale neskončil tento případ tak nějak doztracena?

Určitě ne. Audit odhalil závažná pochybení v řádu několika set milionů korun u 14 z 20 auditovaných projektů a u sedmi nemocnic z celkových 16. Některé materiály si vyžádaly i orgány činné v trestním řízení. Výsledná korekce byla stanovena na 78,5 milionu korun, ovšem mnohem důležitější je, že díky provedenému auditu může Česká republika znovu čerpat finanční prostředky z Integrovaného operačního programu v oblasti zdravotnictví ve výši 3,3 miliardy korun.

Celkové výdaje na zdravotnictví patří podle statistiky v ČR k nejnižším v Evropě jak v absolutních částkách, tak svým podílem na HDP, ale i v paritě kupní síly. Vy přesto opakovaně kritizujete plýtvání ve zdravotnictví. Můžete vysvětlit, jak na kom a na čem byste chtěl ušetřit?

Nemyslím si, že je to tak, jak říkáte. Pokud



Foto: Marcián

se podíváme na podíl výdajů na zdravotnictví na hlavu a HDP na hlavu, je Česká republika se svými výdaji průměrná, tedy srovnatelná s vyspělými státy. Roční výdaje na zdravotnictví na jednoho obyvatele jsou u nás v porovnání s ostatními podobně vyspělými státy i vyšší. Problémem je příliš nízký podíl soukromých výdajů na zdravotnictví. V tomto směru jsme skutečně na chvostu Evropy.

Není to o tom, že by se mělo šetřit v tom směru, že do zdravotnictví půjde méně prostředků. Je jasné, že objem prostředků v systému veřejného zdravotního pojištění zůstane stále stejný, spíše se bude zvyšovat. Jde však o nakládání s těmito prostředky a jejich efektivní využití. A já jsem přesvědčen o tom, že zde jsou skutečně obrovské rezervy ve výdajové části, které by se daly využít například na zvyšování platů či léčbu závažných onemocnění. Vždyť i šéfka Světové zdravotnické organizace Margaret Chanová před několika týdny prohlásila v Praze i na adresu pana ministra Němečka, že má omezit plýtvání, přičemž rezervy systému na straně nákladů jsou podle ní přinejmenším 30%. S tím zcela souhlasím. Ostatně i ve zprávě Evropské komise k programu reforem České republiky na rok 2015 je jednoznačně zmíněno, že lékařské výkony se ne vždy provádějí nákladově efektivním způsobem.

Pokud bych měl říci pouze pár příkladů, kde vidím rezervy, jde o tolik diskutovanou oblast nákupů nebo duplicitní či nedůvodná vyšetření, tedy o nadbytečnou péči, kde unikají obrovské peníze. Jedním z příkladů je

ponechávání pacienta na lůžku déle, než je nutné. Samozřejmě je to o schopnosti managementu nemocnice a nastavení vnitřních procesů.

Další oblastí, kde by se dalo šetřit, je podle odborníků chirurgická péče a rozšíření konceptu tzv. jednodenní chirurgie. Je s podivem, že ve vyspělých zahraničních státech toto velmi dobře funguje, ovšem u nás jde spíše o jednotky procent takovýchto zákroků. Přitom rozšíření jednodenní chirurgie podporuje i Česká chirurgická společnost.

Jedna z cest, jak zvýšit efektivitu, vede přes pravidelný benchmarking nemocnic a jejich nákladů, resp. dalších ukazatelů, které mají vliv na nákladovou efektivitu. Na Ministerstvu financí na takovémto projektu pracujeme a plánujeme spolupracovat i s Ministerstvem zdravotnictví.

Podle svého programového prohlášení měla vláda v letošním roce předložit zákon o veřejných neziskových nemocnicích. Můžete nám vysvětlit, proč se tak dosud nestalo?

To je spíše otázka na pana ministra Němečka, jehož resort je za tento právní předpis zodpovědný. Zatím jsme viděli pouze neoficiální teze zákona, ovšem do této doby neproběhlo ani meziresortní připomínkové řízení. Osobně si ale nejsem úplně jistý smyslem daného zákona. Nemám nic proti neziskovému charakteru zdravotnických zařízení, ovšem to je možné ošetřit i podle současné legislativy. Navíc některé návrhy, které se objevily v médiích, jsou poněkud

zarážející a je otázka, zda vůbec v současném systému proveditelné. Příkladem je kontraktální povinnost, tedy povinnost zdravotních pojišťoven uzavřít smlouvy s poskytovateli péče, kteří přejdou na formu neziskové organizace. Jsem obezřetný i k navrhované formě správy neziskových nemocnic či daňovým úlevám. Naopak jsem neviděl, že by byly v návrhu uvedeny nějaké motivační prvky ke zvýšení efektivity poskytovaných zdravotních služeb či zlepšování hospodářského výsledku. Uprímně příliš nerozumím tomu, čeho se chce touto právní normou docílit. Ale v současné době skutečně musíme vyčkat na paragrafové znění, které Ministerstvo zdravotnictví předloží.

Ve svém programovém prohlášení se vláda zavázala rovněž důsledně oddělit vlastnictví zdravotnických zařízení a zdravotních pojišťoven a zamezit jejich vzájemnému ovládnutí nebo ovládnutí třetí osobou. V této souvislosti je nejčastěji zmiňován pan Chrenek se svým holdingem Agel a Česká průmyslová zdravotní pojišťovna. Považujete toto za příklad nevhodného propojení zdravotnických zařízení s pojišťovnou? Pokud ano, co s tím uděláte?

Ano, zcela souhlasím, že propojení zdravotních pojišťoven a zdravotnických zařízení je problém a právě vámi uváděný příklad společnosti Agel je velmi přílehlavý. Vzhledem k historii České průmyslové zdravotní pojišťovny je skutečně namístě být maximálně obezřetný, neboť reálně hrozí, že tato pojišťovna bude neodůvodněně zvýhodňovat právě zdravotnická zařízení ze skupiny Agel. Prvním krokem je nutnost maximální transparentnosti. Opět jde o zveřejnění smluv, ale i jejich ekonomické podstaty, tedy reálných úhrad péče. Je zkrátka nutné zveřejnit data. Takovouto veřejnou kontrolu považují za mimořádně důležitou a v zásadě neefektivnější. Bohužel jak ČPZP, tak ostatní zaměstnanecké zdravotní pojišťovny se stabilně brání zveřejňování informací podle zákona o svobodném přístupu k informacím, ač je i podle rozhodnutí soudů zřejmé, že pod tento zákon spadají. I proto je nutné připravit nový zákon o zdravotních pojišťovnách, který jasně určí, že všechny zdravotní pojišťovny mají stejný charakter, tedy hospodaří s veřejnými zdravotnickými prostředky, a tudíž jsou povinny informace zveřejňovat a poskytovat. Druhou otázkou je kontinuální kontrola pojišťoven, která má být nyní vykonávána skrze správní a dozorčí rady, ovšem mám pochybnosti o tom, jak je tento systém funkční.

K této otázce je rovněž třeba poznamenat, že problémem rovněž v minulosti byly divoké fúze zdravotních pojišťoven, které často odpovídaly spíše násilnému převzetí a neměly ekonomické odůvodnění. V nedávné době jsme byli svědky podobného pokusu v případě ČPZP a RBP. Jsem rád, že se před nedávnem v Poslanecké sněmovně přes odpor pana ministra Němečka podařilo do novely zákona o zaměstnaneckých zdravotních pojišťovných prosadit zpřísnění podmínek fúze.

Jste úspěšným podnikatelem a jedním z nejbohatších občanů České republiky. Je známo, že začínáte podnikat rovněž ve zdravotnictví. Plánujete vedle nákupu center asistované reprodukce ještě další podnikatelské aktivity ve zdravotnictví? Pokud ano, jaké?

Tato informace není přesná. Do center asistované reprodukce začal investovat fond Hartenberg, kam jsem vložil peníze, ovšem nejsem jediným subjektem, který má ve fondu podíl, a rozhodně to není tak, že bych fond řídil a rozhodoval o tom, kam konkrétně budou peníze investovány. Tuto práci zastává velmi dobře management fondu, mě zajímají pouze výsledky. Rozhodnutí investovat právě do oblasti center asistované reprodukce považuji za správné a logické. Pokud jde o budoucnost, tak nepředpokládám, že budou v České republice učiněny další významnější akvizice v segmentu zdravotnictví.

Nebojíte se, že vaše kritika ministra Němečka může vyznívat jako snaha o získání většího vlivu v resortu, v němž vy sám podnikáte?

Nebojím, protože pro takovéto obavy není jakýkoli racionální důvod. Investice do úzkého segmentu zdravotnictví, jakým asistovaná reprodukce bezesporu je, v žádném případě nesouvisí s mým zájmem o zdravotnictví jako celek. Ten je veden pouze snahou o zlepšení poměrů v českém zdravotnictví a ekonomické zefektivnění. Vždyť jde o hospodaření s veřejnými prostředky a samotné Ministerstvo financí systém každý rok dotuje platbou za státní pojištěnce, která jde z peněz daňových poplatníků. Letos tato platba dosáhne více než 60 miliard korun. Myslím, že je tedy zcela namístě, že se o zdravotnictví zajímáme. Již od mého nástupu do funkce ministra financí se na mě začali masivně obracet lidé působící v různých segmentech zdravotnictví, kteří si stěžovali na jeho fungování, jeho netransparentnost, špatný systém financování, neefektivitu i korupci. To je důvod, proč se zajímám o zdravotnictví a občas kritizuji ministra Němečka.

Jen pro představu mohu říci, že objem

prostředků, které získávají zdravotnická zařízení ve vlastnictví fondu Hartenberg z veřejného zdravotního pojištění, činí 0,45 %. Navíc je nutné zdůraznit, že v oblasti asistované reprodukce dostává každý poskytovatel stejnou úhradu, konkrétně 26 tisíc korun za jednoho pacienta, jde tedy o velmi transparentní systém.

Nedostatek lékařů v České republice se prohlubuje, pracující lékaři stárnou. Pacienti jsou nuceni na plánovanou vyšetření čekat stále déle a v některých regionech je již dnes téměř nemožné sehnat praktického lékaře nebo pediatra. Co s tím?

Nevím, zda je situace skutečně tak špatná. Pokud se podíváme na srovnání s ostatními evropskými státy, zjistíme, že v České republice je nadprůměrný počet praktikujících lékařů v přepočtu na obyvatele, konkrétně v roce 2012 šlo o 3,7 lékaře na 1000 obyvatel. Přitom mezi roky 2000 a 2012 došlo k nárůstu praktikujících lékařů o 9 %. Je rovněž otázkou, zda odchod lékařů v počtech kolem 200 osob ročně může mít zásadní vliv na poskytování zdravotní péče. V roce 2012 připadalo podle statistik na jednoho lékaře 272,3 obyvatele ČR, přičemž v roce 2013 to bylo 271,1 obyvatele, a to reálně odešlo do zahraničí 200 lékařů a potenciálně dalších 360 lékařů. Tím samozřejmě v žádném případě nechci celou situaci bagatelizovat. Potřebujeme, aby u nás zůstali kvalitní lékaři a neodcházeli do zahraničí. Ovšem myslím, že to není pouze o platech, ale i o prostředí, ve kterém působí, vzdělávání a dalších aspektech, kterými bychom mohli zahraničí konkurovat. U platů jsou naše možnosti konkurence, například Německu, objektivně horší. Pokud jde o praktické lékaře, zde je myslím velký dluh. Podle mého názoru by se na tento segment lékařů měla soustředit mnohem větší pozornost.

Původně jste odmítal jakékoli zvýšení platby za státní pojištěnce. Nakonec jste souhlasil se zvýšením platby státu o 25 Kč, tedy zhruba o 90 centů na osobu za měsíc. Myslíte si, že to zdravotnictví pomůže?

To nedokážu říci, pravdou je, že původně jsem nechtěl vůbec navyšovat platby za státní pojištěnce. Výsledná částka je kompromisem. Hlavním důvodem, který pan ministr Němeček uváděl, bylo zvýšení platů lékařům, zdravotním sestřím, ošetrovatelům či dalším pracovníkům ve zdravotnictví. Ovšem jsem přesvědčen, že řádným a efektivním hospodařením je možné zvýšení platů dosáhnout i bez potřeby valorizace, zejména v současné době, kdy zaznamenáváme ekonomický

růst, snižování nezaměstnanosti, a tím pádem i vyšší výběr pojistného. Navíc i inflace je na velmi nízké úrovni. Pokud budeme hovořit konkrétně, tak v letech 2014, 2015 a 2016 přiteče do systému z titulu vyšších odvodů ze zdravotního pojištění a plateb za státní pojištěnce navíc celkem 27,8 miliardy korun. To je podle mého názoru dost peněz na to, aby mohlo dojít ke zvýšení platů.

Je třeba si uvědomit, že platba za státní pojištěnce je v zásadě dotace systému. Rozhodně neslouží k tomu, aby pokryla náklady na péči o státní pojištěnce. Nebráním se debatě o zavedení systému valorizace přímo do zákona, ovšem měla by fungovat anticyklicky. Tedy být snižována v době ekonomického růstu, jako zažíváme v současnosti, a naopak zvyšována v období ekonomického poklesu.

Jak si představujete, že vláda zajistí, aby tyto peníze skutečně dostali lékaři a zdravotnický personál?

Ministr Němeček slíbil, že to bude zakotveno přímo v úhradové vyhlášce pro rok 2016. Nevím přesně, jak to chce učinit, neboť podobný příslib od něj jsme slyšeli již pro tento rok, ovšem realita je taková, že ve většině lůžkových zařízení tomu tak zdaleka není. Podle vyjádření Asociace českých a moravských nemocnic nedošlo v tomto roce k avizovanému navýšení platů u více než 60 % lůžkových zařízení akutní a následné péče. Zbývá tedy pouze věřit, že v příštím roce bude situace pozitivnější.

A co soukromí lékaři? O těch z vlády nehovoří nikdo. Nemají také oni právo, aby po letech stagnace vzrostly příjmy jejich ambulancí?

Ano, souhlasím, že Ministerstvo zdravotnictví věnuje příliš velkou pozornost pouze jednomu segmentu zdravotnictví, tedy lůžkové péči, a ostatní segmenty opomíjí. To není správné ani spravedlivé. Na druhou stranu je nutné analyzovat, kolik například ambulantních specialistů skutečně potřebujeme. Podle statistik má Česká republika druhý nejvyšší počet ambulantních specialistů ze zemí OECD. Je to ale zejména věcí zdravotních pojišťoven, aby síť správně regulovaly.

Nepřipadá vám divné, že stát platí zdravotním pojišťovnám za děti, důchodce a nezaměstnané méně, než kolik si musejí platit osoby, které nemají žádný zdanitelný příjem?

Srovnání s osobami bez zdanitelných příjmů postrádá logiku, stejně jako porovnávání nákladů na léčbu pojištěnců v různých kategoriích. Velká část státních pojištěnců byla v minulosti zaměstnanci či OSVČ a platila vyšší pojistné. Bylo by tedy správné snížit za-

městnancům odvozy na zdravotní pojištění, protože aktuálně čerpají nižší náklady? Myslí, že ne. Navíc platba za státní pojištěnce má z ekonomického pohledu charakter dotace, nikoli pojistného.

Považujete za spravedlivé, že některé skupiny obyvatel, například živnostníci, mohou platit nižší pojistné než zaměstnanci? Proč mají OSVČ poloviční vyměrovací základ? Neměl by stát drobné podnikatele podporovat jinak než na úkor zdravotnictví?

Tato věc není úplně tak jednoznačná, jak říkáte. Z nedávno uveřejněné analýzy Asociace malých a středních podniků a živnostníků vyplývá, že OSVČ sice platí v průměru méně než zaměstnanec, pokud bychom ale nezapočetli, co za zaměstnance platí zaměstnavatel, a brali bychom do úvahy pouze čistý odvod zaměstnance, pak platí živnostník o 44 % více než zaměstnanec. Spousta živnostníků si navíc nemůže dovolit být nemocná, protože by přišla o zakázky. To ostatně vyplývá i z analýzy dat VZP, které živnostníci zaplatili na pojistném zhruba dvakrát více, než se systému čerpali.

Souhlasím, že je nutné se tímto problémem zabývat, ale musíme si rovněž uvědomit, že živnostníky čeká v dohledné době mnoho

změn, jako například zapojení se do systému elektronické evidence tržeb či odevzdávání kontrolního hlášení. Proto si nemyslím, že je vhodné nyní živnostníky zatěžovat zvýšením pojistného. Bude to ovšem předmětem dalších analýz a finální rozhodnutí musí padnout v rámci koalice.

V porovnání s většinou vyspělých států je u nás příliš nízký podíl soukromých výdajů na zdravotní péči. Budete prosazovat v této souvislosti nějaké změny? Pokud ano, pak jaké?

Ano, souhlasím, že soukromé výdaje na zdravotnictví jsou v České republice podprůměrné, pokud je porovnáme s ostatními státy Evropské unie. V roce 2012 šlo konkrétně o 16 %, a to ještě tehdy fungovaly regulační poplatky. Dnes bude tedy podíl ještě nižší. Kupříkladu na Slovensku tvořily soukromé výdaje za stejné období 30,3 %, podobně v Polsku. To je samozřejmě problém. Myslím, že z hlediska dlouhodobé udržitelnosti financování českého zdravotnictví není možné, aby veřejné výdaje činily tak vysoký podíl na celkových výdajích systému, které se navíc stále zvyšují. Při vědomí stárnutí populace a zvyšování finanční náročnosti léčby to do budoucna skutečně není udržitelné. Je nezbytné nastavit vícezdrojové financování zdravotnictví s tím, že soukro-

mé výdaje by měly být posíleny. Samozřejmě je nutné zvažovat právní hledisko tak, abychom se nedostali do rozporu s ústavou. Ovšem i Ústavní soud ve svých nálezech podpořil možnost přímé úhrady za zdravotní služby, pouze je nutné zachovat přiměřenost a ochranu sociálně slabých skupin obyvatel.

Myslím, že naprostý základ je v tomto směru legalizace dobrovolné spoluúčasti tak, jak před časem navrhovalo naše hnutí, abychom v tomto směru eliminovali šedou ekonomiku ve zdravotnictví. Dovedu si představit i mírnou spoluúčast v případě nějakých banálních výkonů. Rovněž je mi myslím nutné se zabývat otázkou obnovení alespoň některých regulačních poplatků. Z dat zdravotních pojišťoven vyplývá, že poplatky měly regulační charakter, neboť po jejich zrušení došlo k nárůstu čerpané péče prakticky ve všech segmentech, například v oblasti následné péče jde až o desítky procent. To má samozřejmě neblahé důsledky na navýšení výdajů veřejného zdravotního pojištění. Sekundárně jsme zrušením poplatků eliminovali alespoň jeden prvek motivace využívat zdravotní péči racionálně. Pokud zároveň vezmeme v úvahu to, že výpadek poplatků je stejně poskytovatelům plně kompenzován ze

Inzerce



Zeisigwaldkliniken BETHANIE Chemnitz
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Leipzig
Eine Einrichtung der edia.con-Gruppe

K posílení našeho týmu v nemocnici se sídlem v Chemnitzu hledáme

gastroenterologa a revmatologa
na pozici vedoucí lékař („Oberarzt“)
pro Klinik interní medicíny

Klinika interní medicíny je členena na oddělení všeobecné interny se zaměřením na gastroenterologii a kardiologii a na oddělení revmatologie a klinické imunologie. V současné době je cca 3200 pacientů hospitalizovaných a cca 8000 pacientů ročně ošetřeno ambulantně. Interní klinika disponuje moderní lůžkovou částí s navazujícím oddělením endoskopie a zobrazovací diagnostiky. Ve vysokém počtu jsou prováděna všechna rutinní i specializovaná endoskopická a sonografická vyšetření, včetně terapeutických procedur (EUS, ERCP, EMR, PEG, aplikace stentů, US s kontrastem).

Vaše předpoklady:

- ✓ Lékař se specializovanou způsobilostí v oboru interní medicíny se zaměřením na gastroenterologii nebo revmatologii.
- ✓ Víceleté zkušenosti v oboru gastroenterologie nebo revmatologie.
- ✓ Schopnost samostatné, zodpovědné a efektivní práce.
- ✓ Flexibilita, vysoké nasazení, účast na pracovní pohotovosti.
- ✓ Vysoká morální zodpovědnost a sociální kompetence.
- ✓ Ztotožnění se s cíli křesťanské nemocnice.
- ✓ Znalost němčiny na úrovni B2.

Váš podrobný životopis s motivačním dopisem v němčině směrujte na adresu:
Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz, Abteilung Personal & Recht, Frau Kathrin Metzler
Zeisigwaldstraße 101, 09130 Chemnitz, tel.: +49 (0)371-24357-810,
e-mail: kathrin.metzler@ediacon.de, další informace na www.ediacon.de

Případné dotazy zodpoví:
Primář Dr. med. Jörg Willert (Gastroenterologie), tel. +49 (0)371-430-1400
Primář Dr. med. Frank Heldmann (Rheumatologie), tel. +49 (0)371-430-1601



Zeisigwaldkliniken-Bethanien Chemnitz – nemocnice standardní péče s 300 lůžky

Chemnitz – moderní saské velkoměsto s dobrou dopravní infrastrukturou a zajímavými kulturními příležitostmi

Nabízíme:

- ✓ Zodpovědnou činnost u inovativního zaměstnavatele.
- ✓ Kolegiální a přátelskou pracovní atmosféru se zavedenou interdisciplinární spoluprací.
- ✓ Ohodnocení odpovídající současným tarifům zařízení diakonie (AVR) s orientací na tarifní dohody (VKA).
- ✓ Penzijní připojištění financované zaměstnavatelem.
- ✓ Podpora dalšího poatestačního vzdělávání.
- ✓ Přiměřené zatížení v ústavních pohotovostních službách.
- ✓ Možnost částečného pracovního nasazení v přidružené gastroenterologické ambulanci (MVZ).

Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz patří k edia.con- spolků.
edia.con s.r.o. se sídlem v Lipsku provozuje nemocnice (z toho dvě fakultní), léčebny následné péče a rehabilitační zařízení, hospic s ambulantní paliativní službou, polikliniky (MVZ) v Sasku a Sasku-Anhaltsku.



systému veřejného zdravotního pojištění, je možné označit zrušení poplatků za veskrze negativní krok. V poslední době se rovněž diskutuje nutnost regulace zneužívání rychlé záchranné služby.

Otázkou, která také souvisí s posílením soukromých zdrojů ve zdravotnictví, je zavedení dobrovolného soukromého připojištění. Myslím, že takovýto krok je nezbytný a vedl by i k posílení konkurence mezi zdravotními pojišťovnami.

Stát šetřit musí, to máte pravdu, avšak státní rozpočet má vedle výdajové také příjmovou stránku. Jak hodláte zvýšit jeho příjmy? Nebylo by namísto zvýšení daní velkým firmám a zavedení tzv. sektorových daní? Souhlasíte s názorem, že firmy s nejasnou vlastnickou strukturou či se sídlem v tzv. daňových rájích by neměly mít právo ucházet se o veřejné zakázky?

Ano, souhlasím, že je nutné se zabývat i příjmovou stránkou, ovšem cestou není navyšovat daně velkým firmám, zavést sektorovou daň či jakkoli zásadně měnit daňový systém v této fázi. Naši prioritou na Ministerstvu

financí je nyní boj s daňovými úniky. V tomto volebním období se zaměřujeme na zásadní zvýšení výkonnosti finanční správy a zlepšení výběru daní. Zavádíme řadu masivních opatření a nových konceptů, elektronickou evidenci tržeb, kontrolní hlášení, prokazování původu majetku, která budou mít na efektivitu výběru daní zásadní vliv. Tyto kroky budou znamenat změnu prostředí, s níž bude spojena určitá nezbytná administrativní zátěž daňových subjektů. Na druhé straně by měly vést ke zvýšení výběrů daní a také k vyměcení šedé ekonomiky a nastavení férového podnikatelského prostředí. Jakékoli další koncepční změny, které by se rovněž neobešly bez dodatečné zátěže, musejí být odůvodněné a spojené s podstatným zlepšením fungování systému. Nemá smysl činit pouze formální a izolované kroky. Je třeba nejprve podrobně analyzovat dopad nově zaváděných nástrojů a teprve potom reformovat daňový systém v nezbytně nutném rozsahu.

Pokud jde o otázku transparentnosti vlastnické struktury uchazečů o veřejnou zakázku, zde jednoznačně souhlasím. Ten, kdo chce obchodovat se státem, by měl zve-

řejnit svou vlastnickou strukturu až na úroveň konečného vlastníka. Aktuálně je připravován zákon o veřejných zakázkách, takže doufám, že se do něj tento princip podaří začlenit.

Na závěr trochu z jiného soudku a prosíme jednoznačné odpovědi. Jste pro zavedení eura? Pokud ano, pak kdy? Jaký je podle vás reálný kurz koruny vůči euru?

Zavedení eura má jak své výhody, tak nevýhody, o kterých by se mělo veřejně diskutovat. V současné době jsem však zásadně proti zavedení společné měny, a to především kvůli Řecku, které stále zůstává členem eurozóny. Tato země neměla do eurozóny nikdy vstoupit. Tím, že se někteří evropští politici stále snaží za každou cenu Řecko držet nad vodou, pouze prohlubují nestabilitu a uměle odsouvají problém do budoucna.

Jsem přesvědčen o tom, že zavedení eura by pro nás bylo v současné době nevýhodné a drahé. Není to tedy rozhodně téma pro tuto vládu. Bez ohledu na současnou situaci s Řeckem si však myslím, že vstup do eurozóny je natolik zásadní otázka, že by ji měli rozhodnout občané v referendu.

Redakce

Inzerce 101017620

BMW EfficientDynamics
Menší spotřeba. Větší radost z jízdy.



BMW řady 3
Gran Turismo



www.renocar-bmw.cz

Radost z jízdy

LÉKAŘI, V RENOCARU OCENÍME VAŠI SKVĚLOU PRÁCI.

PŘIJĎTE SI VYZKOUŠET BMW 3 GRAN TURISMO NEBO JINÝ MODEL DLE VAŠEHO VÝBĚRU

„Poskytneme Vám speciální cenové zvýhodnění, napište mi na adresu lekarum@renocar.cz“

MUDr. Miloš Vránek - obchodní ředitel rodinné firmy Renocar

Renocar Brno, Řípská 5C, Brno - Slatina (D1, EXIT 201), tel.: 548 141 548, lekarum@renocar.cz

Renocar Praha, Lipová 280, Praha - Čestlice (D1, EXIT 8), tel.: 261 393 600, lekarum@renocar.cz

Otevřeno 7 dní v týdnu, www.renocar.cz

25
— LET —
RENOCAR

Smlouvy na neurčito pro další lékaře



Foto archiv VZP

dnech v drtivé většině obdrželi, ostatní ji dostanou nejpozději do konce září. Novinkou však je to, že pokud o to lékaři projeví zájem, uzavře VZP už letos smluvní vztah na dobu neurčitou i s těmi, jimž smlouvy končí až v příštích třech letech.

Uzavírání smluv na dobu neurčitou považuje VZP za jeden z kroků, kterým se snaží přispět k celkové stabilizaci systému zdravotnictví. Pojišťovna tak deklaruje zájem spolupracovat se všemi poskytovateli zdravotních služeb korektním, otevřeným a vstřícným způsobem.

„Vážíme si svých partnerů a chceme posílit jejich jistotu, že s nimi i nadále počítáme,“ řekl ředitel VZP Zdeněk Kabátek. Doplnil, že z pohledu pojišťovny jde o dobrou zprávu nejen pro lékaře, ale i pro jejich pacienty. „Naši klienti se díky tomu snad zbaví případných pochyb, které jsou jim čas od času z různých stran podsouvány, že by o svého lékaře mohli přijít,“ uvedl Kabátek.

Historickému rozhodnutí VZP předcházela jednání s vedením České lékařské komory. „Kvalitní smlouvy zajišťující stabilitu lékařských praxí považuje komora za jednu z hlavních podmínek rozvoje ambulantní lékařské péče,“ řekl prezident ČLK Milan Kubek.



Dohoda mezi VZP a ČLK má zajistit, aby se neopakovala napjatá situace z konce roku 2012. Tehdy hrozila destabilizace celého systému akutní lůžkové péče právě proto, že končily smlouvy nemocnicím a nebylo jasné, za jakých podmínek budou obnoveny. „Nynější postup VZP dává jistotu, že v segmentu ambulantních specialistů žádná podobná nejistota nehrozí,“ pochválil Kubek novinku, na jejímž vyjednání měl zásadní podíl.

VZP má nyní uzavřené smlouvy s bezmála 7200 ambulantními specialisty. Za péči o své klienty jim loni zaplatila zhruba 11,6 miliardy korun. Pro letošek počítá schválený zdravotně pojistný plán s částkou bezmála 12,5 miliardy korun. Seriózní vztahy s ambulantními specialisty jsou pro pojišťovnu jedním z klíčových předpokladů, aby mohla svým klientům zajistit co možná nejlepší a nejdostupnější zdravotní péči. (red)

Spolupráce Všeobecné zdravotní pojišťovny s Českou lékařskou komorou má další pozitivní přínos pro početnou skupinu lékařů. VZP už dříve oznámila, že na základě dohody s vedením ČLK nabídne poprvé v historii všem ambulantním specialistům, kterým letos končí smluvní vztah, novou smlouvu na dobu neurčitou. To se týká přesně 6798 lékařů. Ti už smlouvu na dobu neurčitou od VZP v posledních

Z praktiků nevolníky nikdo dělat nebude

Jedním z mnoha problémů, s nimiž se potýká naše vězeňství, je nedostatek lékařů pracujících ve vězeňských zdravotnických zařízeních a z toho vyplývající špatná úroveň lékařské péče pro odsouzené. Lékařská komora si je tohoto problému vědoma, ostatně odsouzení se se svými stížnostmi obracejí mimo jiné též na orgány komory, přičemž řada těchto stížností je oprávněných.

Komora jako jedno z možných řešení navrhuje, aby lékaři ve výkonu trestu odnětí svobody, kterým nebyl uložen v souvislosti s výkonem lékařského povolání, mohli v případě úspěšného absolvování psychotestů vykonávat povolání lékaře. Tento návrh je sice v souladu s pravidlem, že odsouzení mají pracovat především v oborech, na které jsou kvalifikováni, avšak nezískal podporu vedení Vězeňské služby. Ostatně lékařů, kteří jsou

ve výkonu trestu, je v současnosti pouze pět, a jejich práce tedy nemůže problém vyřešit.

V této situaci přišlo Ministerstvo spravedlnosti s opravdu velmi nehorázným nápadem. Náměstek ministra spravedlnosti Mgr. Zimmer, kterého ministr Pelikán pověřil jednáním s komorou, navrhl jako možné řešení kritického nedostatku vězeňských lékařů, jejichž průměrný věk je 60 let, zavedení praxe ve vězeňských zdravotnických zařízeních jako povinné součásti předatestační přípravy budoucích praktických lékařů. Tento návrh jsem pochopitelně na červnovém jednání jménem ČLK razantně odmítl. Podobná povinnost by nebyla pro mladé lékaře odborně přínosnou, a naopak by ještě podnítila další absolventy lékařských fakult k tomu, aby hned po promoci odešli pracovat do zahraničí. Práce s odsouzenými je specifická a klade na lékaře zvýšené nároky. Podmínkou úspěchu jsou zde především zkušenosti. Bez nich by byl mladý

lékař tvář v tvář simulujícím trestancům bez šance. Navzdory těmto našim argumentům představitelé ministerstva i Vězeňské služby svůj absurdní nápad během letních prázdnin zopakovali. Pokud by se Ministerstvu spravedlnosti podařilo podobnou povinnost prosadit, pak jediným výsledkem by byl ještě větší nedostatek praktických lékařů.

ČLK sice má pochopení pro problémy Vězeňské služby, ale řešení spatřuje pouze v atraktivnějším finančním ohodnocení práce vězeňských lékařů. Za náročnou práci v neatraktivním prostředí je třeba platit tržní cenu. Povinná praxe před atestací z praktického lékařství ve vězeňských zdravotnických zařízeních je naprostý nesmysl. Administrativně zajištěný přísun laciné pracovní síly by se Vězeňské službě jistě hodil. Komora však v žádném případě nenechá z mladých praktiků dělat nevolníky.

Milan Kubek, prezident ČLK

Problematika spravedlivého odměňování lékařů



Pro období socialismu bylo typické podcenění inteligence, vzdělání a velmi nízké odměňování vzdělaných a inteligentních lidí, ať již lékařů, učitelů, právníků a obdobných profesí. Očekávalo se, že po roce 1990 se tato tendence změní a inteligence, byť zaměstnána ve veřejnoprávních službách, bude odměňována lépe. U některých profesí, např. u právníků, se tak stalo, u jiných profesí, např. u lékařů nebo učitelů, nikoli. Nejde přitom o to, aby český lékař pobíral nominálně takovou odměnu za svou práci jako lékař německý, francouzský nebo rakouský v přepočtu eur na korunu. Jde o poměr průměrné odměny za práci v dané zemi k odměně za práci vysoce kvalifikovaného odborné profese, jakou je lékař.

V některých zemích západní Evropy, a to i v těch, které jsou na tom ekonomicky možná hůře než Česká republika, činí průměrná odměna za práci plně kvalifikovaného lékaře pětinašobek průměrné mzdy v zemi.

Ve většině západních zemí je to trojnásobek. V České republice se falešně tvrdí, že je to dvojnásobek, což by bylo pravdivé, kdybychom připočetli odměnu za přesčasy a další odpracované hodiny na základě dohod o pracovní činnosti či jiných podobných aktů, tedy zápočet přesčasových hodin za ústavní pohotovostní služby v nemocnicích o nocích a víkendech. Vycházíme-li však ze základní mzdy nebo základního platu lékaře bez nenárokových složek, jakou je osobní ohodnocení, a bez odměny za přesčasy, pak přibližně činí odměna plně kvalifikovaného českého lékaře za práci průměrný plat nebo průměrnou mzdu v této zemi. Totéž platí např. o učitelském povolání. Je však třeba vzít v úvahu, že studium lékařství je šestileté a po vystudování není lékař plnohodnotným pracovníkem, kterým se stává v průměru asi po dalších pěti letech. Vyžaduje se tedy po maturitě přibližně dalších jedenáct let náročného kvalifikace, aby lékař mohl vykonávat povolání samostatně a pobírat za to odměnu, která po odečtení přesčasových prací a nenárokových složek mzdy či platu činí přibližně průměrnou odměnu za práci v této zemi.

Česká republika se sice v memorandu, podpisem ministra zdravotnictví doc. MUDr. Leoše Hegera, CSc., se souhlasem tehdejší vlády, zavázala narovnat v určitém čase tyto poměry pod tlakem akce „Děkujeme, odcházíme“. Závazek České republiky vůči českým lékařům však splněn nebyl. Lze říci, že byl porušen.

Jaká řešení připadají v úvahu z hlediska odborů

i profesní komory k tomu, aby odměna lékařů za práci v České republice byla spravedlivá:

Samostatný zákon o odměňování lékařů za práci – by byl asi nejtransparentnějším řešením, podobně jako existuje platová tabulka pro soudce a státní zástupce, která v případě chybného výpočtu ze strany státu je vynutitelná u soudu a kdy i Ústavní soud ČR zaujal stanovisko, že bez ohledu na ekonomickou situaci v zemi nelze soudcům a státním zástupcům růst platů snižovat. Lékařské povolání si zaslouží obdobný zákon, byť nejde o státní službu.

Podle návrhu Lékařského odbořového klubu – Svazu českých lékařů, který byl v zásadě akceptován memorandem uzavřeným s Českou republikou v rámci akce „Děkujeme, odcházíme“, by odměna za práci lékaře-absolventa měla činit jedenapůlnásobek průměrné mzdy v republice, lékaře se základním kmenem dvojnásobek a lékaře se specializovanou způsobilostí trojnásobek průměrné mzdy v České republice. Nesmyslné rozlišování platu a mzdy podle toho, zda lékař pracuje v nemocnici, která má formu příspěvkové organizace, nebo v nemocnici, která má formu akciové společnosti

Inzerce A151009190

Moravskoslezská SESTRA 2015

Přihlas svého kandidáta!

Uzávěrka podání přihlášky je 18. 9. 2015.
Slavnostní vyhlášení vítězů proběhne na gala večeru 3. 11. 2015.
Přihlášku a podmínky ankety naleznete na webových stránkách sestra.kr-moravskoslezsky.cz
Anketa je určena pouze pro odbornou veřejnost.

Svou sestru můžete nominovat do těchto kategorií:

1. ambulantní sestra
2. sestra u lůžka (zahrnuje následnou, ošetrovatelskou, paliativní a hospicovou péči)
3. sestra domácí péče
4. porodní asistentka
5. ocenění za dlouhodobý přínos v ošetrovatelské péči

Acce se koná pod záštitou ministra zdravotnictví, hejtmána Moravskoslezského kraje a prezidentky České asociace sester.

Garantní partner: **Perfect Distribution**
Hlavní partner: **BAXI**
Odkázní partner: **BJ BRESKOVKA**, **kanatex**, **ICZ**

ODBOŘNÍCI MOHOU VYBÍRAT NEJ... ZDRAVOTNÍ SESTRU MORAVSKOSLEZSKÉHO KRAJE
Cílem 1. ročníku ankety Moravskoslezská sestra 2015 je ocenit zdravotníky a zvýšit prestiž jejich povolání. Nominovat favority na nej... zdravotní sestru Moravskoslezského kraje v pěti kategoriích může odborná veřejnost nominovat až do 18. září.
Na Facebooku Moravskoslezského kraje <https://www.facebook.com/nasemoravskoslezsky> můžete sdílet novinky, psát komentáře a diskutovat na toto téma.

nebo jiné obchodní společnosti, by bylo vhodné tímto zákonem zcela eliminovat.

Novela zákoníku práce umožňující zvláštní tarif nejvyšší úrovně platu a mzdy pro lékaře, případně další zdravotníky – by bylo další možné řešení, podobně transparentní jako samostatný zákon o odměňování lékařů za práci. Zákon by však v daném případě patrně odkazoval na prováděcí předpis, který by tyto tarify stanovil, a bylo by věci každé vlády, jak jednotlivé nejvyšší úrovně odměny lékařů za práci stanoví. V tom by toto řešení bylo méně výhodné než samostatný zákon o odměňování lékařů.

Novela platových a mzdových tarifů – je možná i v současné době, neboť v platových tarifech lékařů-zaměstnanců je možno vyhradit povolání lékař a stanovit mu platový tarif, který bude odpovídat spravedlivé odměně za práci, a stejně tak v nařízení vlády o minimální mzdě a nejvyšších mzdových úrovních zaručené mzdy je možno nastavit odměnu za práci lékařů tak, aby odpovídala odměně, která bude spravedlivá. Pro zajímavost – v současné době tento mzdový tarif pro plně kvalifikovaného lékaře, podle nařízení vlády, činí 16 700 Kč. To je mnohem méně než průměrná mzda průměrného zaměstnance v České republice.

Ústavní stížnost – tedy návrh na zrušení dosavadních platových a mzdových předpisů týkajících se lékařů, případně dalších zdravotníků Ústavním soudem ČR, pro rozpor s článkem 28 Listiny základních práv a svobod, který zaručuje zaměstnancům právo na spravedlivou odměnu za vykonanou práci, je dalším možným řešením – asi tím nejkrajnějším a je otázka, do jaké míry nadějným. Mnohem vhodnější by bylo vyjednávání s vládou a oběma sněmovnami o spravedlivějším odměňování lékařů a dosažení buď samostatného zákona, nebo alespoň ro-

zumné novely stávajících předpisů o odměně lékařů za práci. V případě, kdy by tato jednání opakovaně nevedla k výsledku, by však bylo možno přistoupit i k pokusu o řešení prostřednictvím Ústavního soudu ČR a je otázkou, do jaké míry by Ústavní soud ČR uznal či neuznal, že současné základní platové a mzdové tarify i současný reálný základní plat a základní mzda lékaře, bez odměny za přesčasy a bez nenárokové složky mzdy, jsou či nejsou adekvátní k ustanovení o spravedlivé odměně zaměstnanců za jejich práci. Ústavní soud ČR ovšem může zrušit současné platové a mzdové tarify a zaujmout stanovisko, že odměňování lékařů v České republice neodpovídá článku 28 Listiny základních práv a svobod – tedy právu na spravedlivou odměnu za vykonanou práci, ale nemůže již nařídit, jak vysoká má být odměna lékaře za práci, takže tato nejkrajnější možnost má své limity a nemusí sama o sobě, ani v případě úspěchu, vést k žádoucímu výsledku.

Jsem často svědkem toho, že lékařské odbory i komora usilují o dodržování zákoníku práce a omezení přesčasových hodin lékařů. Kdyby se však striktně začal dodržovat zákoník práce, řada nemocnic by možná musela zásadně omezit svůj provoz nebo by i zanikla. To jistě není v zájmu lékařů, kteří tam pracují, což si uvědomují i ti, kteří by se spokojili s nižší odměnou za práci, kdyby měli více volna. Zejména mladí kvalifikovaní lékaři však často poukazují na to, že mají hypotéku, manželku na mateřské dovolené apod. a potřebují peníze, proto za situace, kdy odměna za běžnou práci, v běžné pracovní době, je pro lékaře v dnešní době taková, jaká je, jim nezbyvá než si přát přesčasové hodiny za pohotovostní služby v nemocnicích. Řešením tedy v realitě asi nebude tyto služby zakazovat nebo přenášet kompetence na nekvalifika-

né lékaře, případně nelékařské zdravotnické pracovníky, ale řešením by byla spravedlivá odměna za práci lékařů tak, aby ani mladý plně kvalifikovaný lékař neměl potřebu trávit spoustu času v nemocnici při nočních, víkendových a dalších službách, aby uživil rodinu a zachoval si slušnou životní úroveň. K tomu by mělo stačit, že je plně kvalifikovaným lékařem, a ke slušné životní úrovni by mu měla postačovat jeho běžná mzda nebo plat. Kdyby byly odměny pro lékaře nastaveny spravedlivě, asi by to do značné míry zabránilo odchodem českých lékařů do zahraničí mnohdy ihned po absolvování lékařských fakult.

Závěr: Závazek České republiky v rámci Memoranda při akci „Děkujeme, odcházíme“ nebyl nějakým soukromým ujednáním tehdy úřadujícího ministra s českými lékaři, ale byl veřejným pří-

slibem tohoto státu českým lékařům. Pokud zaručuje plně kvalifikovanému lékaři trojnásobnou odměnu za práci, než je průměrná mzda v zemi, což odpovídá evropskému trendu, je třeba apelovat na jeho splnění. Zvláště pak za ekonomicky příznivých podmínek. Nejvhodnějším řešením je samostatný zákon o odměňování lékařů, který je prakticky připraven. Druhou možností je novela současných platových a mzdových tarifů a nastavení spravedlivé odměny za práci lidí v profesi, které si veřejnost nejvíce váží. Krajní možností je obrátit se na Ústavní soud, aby posoudil, zda současné platové a mzdové tarify pro lékaře i jejich současné reálné základní platy a mzdy odpovídají právu na spravedlivou odměnu za práci.

JUDr. Jan Mach, ředitel právní kanceláře ČLK

Inzerce



Správní rada Městské nemocnice v Litoměřicích vypisuje výběrové řízení na pozici

PRIMÁŘ INTERNÍHO ODDĚLENÍ

KVALIFIKAČNÍ POŽADAVKY: • specializovaná způsobilost dle zák. 95/2004 Sb. v oboru vnitřní lékařství • odborná praxe minimálně 10 let • členství v ČLK a licence ČLK pro výkon primáře • organizační a manažerské schopnosti • morální a občanská bezúhonnost

NABÍZÍME: • velmi dobré platové hodnocení • možnost dalšího profesního rozvoje • zájem ekonomicky stabilní organizace • další benefity společnosti – např. ubytování ve vlastní ubytovně, výhodný telefonní tarif, příspěvky na stravu, kulturní a sportovní akce, dovolenou a dětské tábory • písemné přihlášky doložené strukturovaným profesním životopisem s údaji o dosavadním zaměstnání, ověřenými fotokopii dokladů o vzdělání a kvalifikaci, platným výpisem z rejstříku trestů a koncepcí činnosti Interního oddělení zasílejte nejpozději do 10. 10. 2015 na adresu: Městská nemocnice v Litoměřicích, sekretariát Správní rady, paní Petra Lisá, Žitenická 2084, 412 01 Litoměřice.

Bližší informace k vybranému výběrovému řízení podá: MUDr. Jiří Štverák, MBA, tlf. 416 723 702.

Více informací o naší společnosti naleznete na našich webových stránkách www.nemocnice-lt.cz. Odpovědi na tento inzerát či zasíláním Vašeho životopisu a dalších osobních materiálů dáváte souhlas ke zpracování a uchování Vašich osobních údajů dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Tento souhlas platí až do jeho odvolání písemnou formou.

Správní rada Městské nemocnice v Litoměřicích přijme do pracovního poměru lékaře / lékařku absolventa nebo se specializovanou způsobilostí: na neurologické oddělení • na gynekologicko porodnické oddělení

POŽADUJEME: způsobilost k výkonu povolání lékaře dle zák. 95/2004 Sb., členství v ČLK. Možnost nástupu ihned nebo dle dohody.

Písemné žádosti zasílejte na adresu: Městská nemocnice v Litoměřicích, sekretariát Správní rady, paní Petra Lisá, Žitenická 2084, 412 01 Litoměřice.

Bližší informace: prim. MUDr. Böhmová Michaela (neurolog. odd.), tel. 416723786; prim. MUDr. Hejtmánková Petra (gyn.-porod. odd.), tel. 416723760.

Novela zákona o veřejném zdravotním pojištění

Zákonodárce vyhověl několika návrhům České lékařské komory ● Prodej a dědění praxí fyzických osob bez výběrového řízení

Dne 1. září nabyla účinnosti novela zákona o veřejném zdravotním pojištění a některých dalších zákonů, provedená zákonem č. 200/2015 Sb. Úplné znění této novely naleznete na webových stránkách komory. Lze konstatovat, že zákonodárce akceptoval několik podnětů České lékařské komory.

Nejvýznamnější je povinnost zdravotních pojišťoven uzavřít smlouvu o poskytování hrazené péče s tím, kdo koupil soukromou praxi (i fyzické osoby), a s dědicem po zemřelém poskytovateli, který chce nadále provozovat praxi (třeba s pomocí odborného zástupce) ve stejném rozsahu a na stejnou dobu, jako měl zemřelý poskytovatel, nebo ten, kdo prodal soukromou praxi fyzické osoby. Půjde-li tedy o trvalý smluvní vztah, mají nabyvatel a dědic právo pokračovat v něm. Dosud byly zdravotní pojišťovny povinny uzavřít s dědici praxe smlouvu na tři měsíce; s tím, kdo praxi koupil, pak smlouvu uzavřít nemusely a bez výběrového řízení ani nemohly.

Zákon přesněji stanoví způsob složení výběrové komise při výběrovém řízení před uzavřením smlouvy o poskytování hrazené péče s novým poskytovatelem. Jde-li o lékařskou péči, bude vždy členem komise zástupce České lékařské komory. Vybraného odborníka pro daný druh péče, který je ze zákona dalším členem výběrové komise, již nebude určovat krajský úřad, ale příslušná odborná společnost.

Změnit zdravotní pojišťovnu bude možno nadále jednou ročně,

ale vždy ke kalendářnímu pololetí s tím, že je třeba podat přihlášku tři měsíce předem. Dosud byla změna možná jen k 1. lednu, nyní bude možná i k 1. červenci.

Novela je tzv. „transparentní“, což se předem vědělo. Nově musí zdravotní pojišťovny zveřejňovat způsobem umožňujícím dálkový přístup všechny smlouvy s poskytovateli zdravotních služeb i jejich dodatky.

Dále uvádím **prehled hlavních bodů novely**, které se týkají poskytovatelů zdravotních služeb:

§ 11a – stanoví nová pravidla pro změnu zdravotní pojišťovny. Lze ji nadále měnit jednou ročně, vždy k prvnímu dni kalendářního pololetí, tedy k 1. lednu a 1. červenci každého kalendářního roku, a přihlášku je nutno podat nově zvolené zdravotní pojišťovně tři měsíce před tímto termínem – tedy do 31. března nebo do 30. září příslušného kalendářního roku.

§ 15 odstavec 3 – stanoví nová pravidla úhrady umělého oplodnění ze zdravotního pojištění.

§ 17 odstavec 1 – stanoví povinný obsah úhradových dodatků ke smlouvám mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami. Musí obsahovat výčet zdravotních výkonů, které tato smlouva zahrnuje, a které budou tedy poskytovateli zdravotní pojišťovnou hrazeny.

§ 17 odstavec 4 – zmocňuje Ministerstvo zdravotnictví, aby v seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami stanovilo i způsob vykazování těchto výkonů (nikoli však podmínky, za kterých lze výkon vykázat, jak bylo původně navrhováno).

§ 17 odstavec 5 – stanoví, že nebude-li v dohodovacím řízení o úhradách hrazené péče

dosazeno dohody do 30. června kalendářního roku, vydá Ministerstvo zdravotnictví úhradovou vyhlášku na další kalendářní rok nejpozději do 31. října.

§ 17 odstavec 8 – na podnět České lékařské komory zakotvuje pravidlo, aby při prodeji nebo dědění praxe fyzické osoby byla s nabyvatelem nebo dědicem (navazujícím poskytovatelem) uzavřena smlouva se všemi zdravotními pojišťovnami bez výběrového řízení ve stejném rozsahu jako s jeho právním předchůdcem (prodávajícím nebo zemřelým poskytovatelem).

§ 17 odstavec 9 – ukládá zdravotním pojišťovnám zveřejnit všechny nové smlouvy o poskytování hrazené péče, včetně všech dodatků s tím, že nabývají účinnosti až zveřejněním.

§ 17b – stanoví nová pravidla pro zařazování nových výkonů do seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a vyřazování výkonů z tohoto seznamu za účasti komor, odborných společností a profesních organizací.

§ 41b – stanoví způsob nové klasifikace poskytovatelů lůžkové

péče, resp. tvorbu této budoucí klasifikace a referenční sítě poskytovatelů. Poskytovatel může s ÚZIS uzavřít smlouvu o předávání informací o nákladovosti hospitalizací, není však stanovena povinnost tuto smlouvu uzavřít.

§ 48/1 – stanoví nově složení výběrových komisí při výběru smluvních poskytovatelů s tím, že u odborností, kde je zřízena zákonem profesní komora, bude vždy v komisi zástupce této komory a vybraného odborníka pro daný druh péče určí příslušná odborná společnost.


§ 52 – nový návrh na výběrové řízení může neúspěšný uchazeč podat až po 3 měsících.

Příloha č. 1 zákona č. 48/1997 Sb., bod 403 nově stanoví, že výkon protonové radioterapie bude hrazen, jen pokud byl proveden na základě indikace poskytovatele, který má statut centra vysoce specializované zdravotní péče v oboru onkologie, udělený podle zákona o zdravotních službách.

Článek II – Přejícná ustanovení stanoví, že zdravotní pojišťovny jsou povinny zveřejnit stávající smlouvy o poskytování hrazené péče uzavřené před účinností tohoto zákona a jejich dodatky do šesti měsíců od účinnosti tohoto zákona; smlouvy, které pozbyly účinnosti před účinností tohoto zákona, pak do dvanácti měsíců od účinnosti tohoto zákona.

JUDr. Jan Mach, ředitel právní kanceláře ČLK

Inzerce



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

PRIMÁŘ ORTOPEDICKÉHO ODDĚLENÍ

Požadavky: VŠ vzdělání lékařského směru, specializovaná způsobilost v oboru ortopedie s minimálně 10ti letou lékařskou praxí v oboru. Specializovaná způsobilost a praxe v oboru traumatologie (úrazová chirurgie) jako zvýhodňující kritérium. Zdravotní způsobilost, bezúhonnost, organizační a řídicí schopnosti, čestnost a loajalita. Praxe ve vedoucí funkci není podmínkou, ale je vítána.

Plné znění textu na výběrové řízení je zveřejněné na stránkách www.nemji.cz ve složce hlavní menu – pracovní příležitosti – výběrová řízení.

Písemné přihlášky vč. telefonního spojení zašlejte do 30.9.2015 na adresu:
Nemocnice Jihlava, p. o., Pysková Ludmila – vedoucí OPM, Vrchlického 59, 586 33 Jihlava

Dále ředitel nemocnice nabízí volné pozice lékařů na: • infekční oddělení
• chirurgické oddělení • patologicko-anatomické oddělení • oddělení geriatry a následní péče
(více na www.nemji.cz/pracovni-priležitosti/lekaři)

Zlato z Ameriky!

Česká lékařská fotbalová reprezentace nenašla na mistrovství světa přemožitele



Foto archiv CMFT

Česká lékařská reprezentace přivezla ze svého třetího startu na fotbalovém mistrovství světa zlaté medaile! Po dvou druhých místech na minulých šampionátech vystoupala tentokrát v kalifornském Los Angeles na nejvyšší příčce. V zápasech, které se odehrávaly ve dnech 28. 6. – 4. 7. 2015, ani jednou neprohrála. O tomto velkém úspěchu a dalších plánech jsme si povídali s koučem týmu prof. Milošem Adamcem a jedním z hráčů Josefem Bolenem, předsedou spolku lékařů-fotbalistů.

Jaké to bylo v Americe?

Miloš Adamec: Zpočátku velké zklamání. Je znát, že Amerika ještě není typicky fotbalová země. Hráli jsme na univerzitním hřišti pro americký fotbal, ale s velmi špatnou trávou. Vyschlou a hrbolatou. Hotel nebyl také úplně nej za peníze, které jsme platili. Nicméně jak se začalo vyhrávat, šly tyhle problémy stranou. Na druhou stranu prostředí bylo nádherné, prostě Long Beach.

Josef Bolen: Organizace byla prazvláštní. V půlce turnaje jsme měli pocit, že to nějak musíme řešit. Skutečně našťastí jsme vyhrávali, jinak bychom je asi seřvali.

Adamec: V Maďarsku předloni to bylo nejlepší. Fotbalová země, takže skvělá orga-



nizace. Hráli jsme na skvělých hřištích, finále dokonce na bývalém ligovém stadionu. Hotel byl fantastický, nádherný, měli jsme zajištěné večere. Brazílie je také fotbalová země, ale poněkud chudší. Zase to bylo u moře v krásném prostředí a během velkého mistrovství světa. Američané si asi mysleli, že to půjde samo. Jenomže tomu musíš dát nějakou nadstavbu a to oni asi neumějí. Všechno je velkorysé, ale pak zjistíš, že to moc nefunguje. Nebyly třeba vůbec zajištěné večere, takže jsme museli chodit do různých restaurací.

Bylo znát, že vás ostatní týmy braly?

Adamec: Zpočátku, tedy při rozlosování, ne. Měli jsme hezkou úvodní prezentaci při představování a jednotné oblečení, bílé košile, které pro nás sehnal manažer Martin Engel, takže na nás sice koukali se zájmem, ale respekt přišel až s výkony. Ono totiž nebyvalo

obvyklé, že by si nějaký tým držel takovouhle kvalitu déle. Nikomu se nepodařilo titul obhájit a dokonce ani obhájit účast ve finále. Ale po vítězstvích ve skupině bylo třeba na Američanech znát, že se nás bojí. Trochu jsem tomu pomohl, když jsem jim řekl, že hrají fotbal jako na univerzitě. Po dvou gólech jsem nahlas, aby to slyšeli, prohlásil: „The Game Is Over.“ (směje se) Náš tým byl skvěle sestavený, od brankářů přes obranu a zálohu až po útok. Navíc s několika alternativami na jednotlivé posty. Mohli jsme proto hrát už podle jasného systému. Když se postaví ta nejsilnější jedenáctka, tak je podle mého názoru na úrovni české divize.

Obměňovali jste mužstvo mezi šampionáty?

Adamec: Ano, měli jsme čtyři nové hráče. A už kluci hlásili, že objevili dalšího doktora, co hraje druhou ligu. Je to mladý absolvent. To je dobře, protože někteří hráči stárnou a přecházejí do vyšší kategorie, z níž na hřišti být musí, ale v menším počtu. Některá ostatní mužstva také posilují. Irové byli výborní, Švédové hodně posílili. A ono není jednoduché sehnat dobré lékaře-fotbalisty. Jinak ta mužstva stárnou a je to znát na výkonu.

Bolen: Mužstvo je jiné, než bylo na začátku, ten první rok. Od té doby se vyměnilo asi osm nebo devět lidí.



Adamec: Kostra ale zůstala...

Bolen: Ano, kostra zůstala, ale už nemusí sama všechno zachraňovat. Přibyli noví skvělí hráči a máme často, jak říkal Miloš, dvě stejně dobré alternativy na jeden post. Samozřejmě že ne úplně stoprocentně na všechny.

Adamec: Když máš z čeho vybírat, tak můžeš v tomhle systému hokejového střídání kdykoli hráče vyměnit a nemusíš se bát, že dojde ke změně hry.

Také už jste více sehraní.

Bolen: Určitě. Sehráli jsme množství zápasů. Jenom asi osmnáct na mistrovstvích a pak zhruba stejné množství přípravných.

Adamec: Je také dobré, že kluci mají hodně týmový duch. Je běžné, že mi řeknou: „trenéře, už nemůžu“ nebo „nejde mi to“. Nechtějí hrát pořád a sami na sebe. Nevadí jim, když třeba dvacet minut nehrají. Mají už nastavenou psychiku na vítězství týmu.

To je případ třeba druhého brankáře Radka Žižky, který byl v Budapešti jedničkou.

Adamec: Přesně. Chvilí chytal, pak zase většinou jen rozchytával Honzu Vojáčka. Nevadilo mu to a dělal strašně dobrou atmosféru na lavičce.

Bolen: Hodně se to od počátku změnilo. Tenkrát měli mnozí pocit, že jsou nevytížení. Jenomže jsme si zažili v Brazílii peklo, když jsme byli před finále rozbití a zranění. Spousta hráčů hrála, ale jen na padesát procent.

Adamec: Oni si myslí, že to trenér nevidí, ale vidí... Že někdo „nosí vodu“ a že nejde do souboje naplno, poznám. Říct, že potřebuješ vystřídat, to už musíš být velký hráč, anebo mít týmového ducha a podržít se výsledku.

Bolen: No a v Brazílii nebylo ani už za koho střídát, i kdyby chtěl... Teď to bylo lepší. Vyzkoušeli jsme si to na turnaji v Uzbekistánu, kde jsme v patnácti lidech odehráli tři zápasy ve třech dnech. Kluci viděli, že to nejde. Nejsou tak kondičně trénovaní, aby to celé odehráli sami.

Adamec: Někteří hrají celkem pravidelně v různých soutěžích, ale šest zápasů v sedmi dnech nelze odehrát v pár lidech. Větší výběr mně i umožňoval některé kluky chvíli šetřit.

Ona pomohla k zájmu kolegů asi i reklama – vaše úspěchy v Maďarsku a Brazílii.

Adamec: Určitě, ale převážně čerpáme z kontaktů stávajících hráčů na jiné doktory a řídíme se podle jejich referencí.

Rozhodující je post brankáře a oba jsou skvělí.

Adamec: To je klíč. Honza Vojáček je ligový brankář.

To asi jiné mužstvo nemá.

Adamec: Přesně. Doporučil bych Arsenalu, aby se porozhlídl po českých doktorech a doplnil chudáka Petra Čecha (*rozhovor se uskutečnil po prvním ligovém zápase Arsenalu, kde Petr Čech několikrát chyboval...*). To je samozřejmě vtip. Ty chyby, co Petr udělal, by náš brankář neudělal. (směje se)

Bolen: Počkej. Minule v Brazílii byl Honza nejlepší brankář mistrovství a teď si možná myslel, že mu to půjde samo. V prvním zápase dostal z třiceti metrů gól. A bylo asi dobře, že ho dostal. Pomohlo mu to. (směje se)

Adamec: Pak z něj šel respekt a ve finále, když se kopaly penalty, to bylo podle mne rozhodující. Maďarům se z něho klepaly nožičky. Ony se klepaly i některým našim klukům, ale ti do toho dali aspoň ránu, takže to proletělo.

Bolen: To poznáš, jen když to zažiješ.

Pepo, ty jsi kopal vlastně tu poslední naši penaltu ve finále. Zavřel jsi oči a vystřelil?

Bolen: Ne ne!! Do poslední chvíle jsem čekal, co udělá brankář, ale on se nechtěl hnout. Byla to válka nervů, nakonec on vyměkl a hnul se.

Adamec: Pepa pak o míč zakopl a on doletěl do brány...

A po tobě ještě kopal Maďar a toho Honza zase vychytal.

Bolen: Jasně a bylo rozhodnuto.

Jak jste oslavovali? V Americe to asi není úplně jednoduché.

Bolen: (smích) Důstojně jsme to oslavili, jak se na mistry světa patří. Nikoho z nás nezavřeli.

Adamec: Vzniklo několik zajímavých historek, které k takovému okamžiku patří. Například byl hodně dlouhý závěrečný ceremoniál a kluci si krátili čas u stolu zpěvem. Když se vyhlášovalo čtvrté místo, tak to byly ještě lidové slušné písničky. Než bylo vyhlášeno první místo, tak se poněkud změnil repertoár... A hráči z jiných týmů s našimi

zpívali a tleskali jako o život, i když naštěstí nerozuměli textu.

Co Němci, oblíbení to soupeři?

Adamec: Stárnou. A zranil se jim kapitán, výborný stoper, takže skončili předposlední. On je také ještě druhý aspekt, který týmy rozděljuje. Němci nemají celonárodní tým, ale jde o lékaře z okolí Mohuče. A to je dlouhodobě znát. Nemají vybrané talenty z celého státu jako my. Nebo třeba jako Irové, kteří mají také velmi dobře sestavený tým.

Měli jste během turnaje někdy pocit, že je to s vámi nahnuté? Podle výsledků to vypadalo jednoduše.

Adamec: Určitě. Některé mančafy se nám, při vší skromnosti, vyrovnaly a někdy to docela hořelo. Dva zápasy jsme vyhráli o gól a ve finále rozhodovaly penalty. Zápas s Irskem mohl dopadnout jinak, ale nakonec rozhodla naše zkušenost. Věděli jsme, že máme čas. Hraje se devadesát minut a věděli jsme, že máme kvalitu na to, zápas i v případě obdrženého gólu otočit. Oni spěchali a někdy hru příliš otevřeli.

Po návratu domů nastala mediální smrt. Sledoval jsem, že prakticky na webu každé nemocnice, která měla mistra, se objevila zmínka a každé regionální noviny přinesly informaci a rozhovory. Navíc jste byli i v České televizi a dalších celostátních denících.

Bolen: Tohle je také oblast, která se vylepšila. Dávali jsme rozhovory pro různé deníky a rádia. Česká televize se nám několikrát věnovala. Dokonce i německé noviny přinesly profil a rozhovor s Pepou Bartošem, který tam pracuje. Myslím si, že je to dobře, protože zpočátku byly i mezi lékařskou obcí pochybovačné hlasy. Kolegové měli představu, že tam jezdíme na dovolenou, ale ono to tak fakt není. Z té země, kde hrajeme, neznáme kromě hotelu a hřiště prakticky nic jiného. Teď si někteří kluci zaplatili další pobyt či výlety po Státech, ale až po skončení šampionátu. Navíc si na to bereme dovolenou a letenky si platíme sami. Do Brazílie stály 40 tisíc a nyní 26 tisíc. Hráči z některých států tam měli přítelkyně, manželky či dokonce celé rodiny, ale u nás to tak většinou není. Musíš si uvědomit, že reprezentovat na takovémhle mistrovství je i pro hráče finanční zátěž. Během mistrovství probíhal i kongres sportovní medicíny a někteří naši hráči na něm měli i svoji přednášku.

Jak to vypadalo se sledovaností a publicitou v Americe?

Bolen: Podle mě nijak zvlášť dobře. Ani diváků moc nechodilo. V Maďarsku také ne, jen na finále chodili i ostatní hráči. Pro nás to

naštěstí bylo blízko, takže dorazili nějací naši příznivci. V Brazílii byl větší zájem, ale naši to měli daleko. Tady je zase třeba výhoda týmů, které s sebou mají rodinné příslušníky. Mají většinou podporu v hledišti...

Jaká je podpora Fotbalové asociace ČR?

Adamec: Obrovská. Dali nám dresy a pomohli i finančně. Poskytli nám i určité know-how a půjčili hřiště na přípravné zápasy. Byli s námi ve spojení a gratulovali nám. Ono to zní jako vtip a přitom je to pravda: jsme zatím jediná fotbalová reprezentace, která dělá nějaké medaile.

Co dál?

Adamec: Po zisku titulu bych rád teď post kouče na dva roky opustil, pro mistrovství v Barceloně a v Rakousku. Vrátit se chci, když bude od kluků zájem, k týmu v roce 2018, pokud se skutečně bude konat mistrovství v Praze. Mužstvo převezme Vláda Richter, který může ještě chvíli působit jako hrající kouč. Je to bývalý divizní hráč a fotbalu rozumí. Víš, kluci mají během roku různá soustředění, kterých se z časových důvodů zúčastnit nemohu. Rád bych zůstal dál ve spolku jako poradce.

Bolen: To my tě určitě necháme...

Adamec: Budu mít přes rok víc času. Pak se asi pojedou jako divák podívat do Barcelony. Když budou kluci chtít, poradím, ale trenér bude Vláda, to je jasné.

Kluci ti vytvoří nějakou funkci jako jednomu exministrovi, třeba manažer všech lékařských reprezentací...

Adamec: (směje se) Chtěl bych něco čestného, jako měl Brückner... Samozřejmě zůstanu členem spolku, kde budu platit příspěvky.

Spolek? O co jde? To asi bude kolegy zajímat.

Bolen: Museli jsme, aby bylo možné některé věci zúradovat a legálně provádět, vytvořit spolek, dříve občanské sdružení. Jmenuje se Czech national medical football team, já jsem předseda, Miloš Adamec a Martin Engel jsou místopředsedové a hráči jsou členové. Je jich víc než těch, kteří aktuálně reprezentovali, ale to je logické. Umožňuje nám to přijímat sponzorské dary a vše zaúčtovat. Jinak by některé věci vůbec nebyly možné. Podrobnosti lze nalézt na naší webové stránce fotbalmedic.cz.

Napadá mě jedna obvyklá otázka, kterou dostávají všichni mistři. Co motivace po vítězství?

Adamec: Myslím si, že kluci budou motivováni vyhrát znovu. Zatím se to nikomu nepodařilo. Ale kvalita tu je a nesmí se nějakou hloupostí rozbít.

Příští mistrovství je v Barceloně a Katalánci, kteří hrají za Španělsko, budou doma silnější.

Adamec: Určitě, zatím jsou slabí. Jde o lokální mužstvo. Kdyby šlo o celošpanělský tým, tak budou enormně silní.

Měl jsem možnost sledovat na místě mistrovství v Budapešti a mám pocit, že se celý ten lékařský fotbalový svět od té doby vyvíjí. Přispěla k tomu i vaše účast a skvělé výsledky?

Adamec: Maďarsko bylo celkem jasně směřované k vítězství Němců, kteří byli zakládajícími členy. Jezdili na mistrovství dlouho, nikdy nic nevyhráli, ale už to uměli celkem dobře. Ale jak jsem říkal, jde o lokální tým, takže zase tak hvězdnou kvalitu nemají. Nás tenkrát porazili se štěstím. Záleží na tom, jestli i ostatní pochopí, že je potřeba z lokálního týmu udělat tým skutečně celonárodní. Myslím si, že to pochopí Britové, Španělé či Rakušané. Irové a Maďaři už to pochopili, a proto byli velmi dobří. A velmi dobří budou

Inzerce A151005362

**PROFESIONALITA
A PRESTIŽ**

elegantní, sportovní, nebo formální...

Vytvořte si svůj styl
v modelech Cadenza.

Cadenza®

zelená linka 800 148 830
www.cadenza.cz

i v Barceloně. Rusové to zatím nepochopili, mají takové starší mužstvo...

Bolen: Rusové to podle mne pochopili, ale mají jiný problém. Na rozdíl od naší malé země, kde je možné, aby se hráči sjeli na přípravné zápasy, ve velkých zemích je tohle problém. Dát dohromady na jeden den lidi z Petrohradu a z Moskvy a z Vladivostoku, tak to je těžko logisticky řešitelné.

Adamec: Zase Ukrajina je velká země, ale nepustili jim pět hráčů do USA. Kdyby přijeli kompletní, tak by byli hodně silní, což se v Barceloně může stát. Mají velkou podporu státu. Pokud je dostaneme do skupiny, budu nervózní. Z toho vyplývá, že obhájit titul je velká motivace. Může se stát cokoli. Další mistrovství je pak v Rakousku, asi v Innsbrucku, a Rakušané tvoří nové mužstvo, které bude už v Barceloně. Domácí tým bude mít vždycky výhodu. Takže kdybych měl prognózovat, tak příští dva roky to budeme mít mnohem těžší. Věřím, že pak v Praze zase vyhraje.

Bolen: Jestli mužstva začnou pracovat koncepčně, což jsme my udělali, tak musí dojít ke stejnému způsobu, jaký máme u nás. To znamená mít minimálně dvacet pět hráčů a obsazovat posty zdvojenou kvalitou. To jsme my měli a oni většinou ještě ne. Jejich první jedenáctka byla často stejně dobrá jako naše, na některých postech dokonce lepší, ale nebyli schopni kvalitu udržet po celý zápas jako my. Tím, že na hřišti musíš mít navíc vždy i starší hráče, se to celé ještě komplikuje.

Adamec: Pravda je, že se skutečně některé týmy v uvozovkách profesionalizují. V Budapešti jsme byli jedni z mála, kteří měli rozdělenou funkci manažera, trenéra a kapitána. Často mají hrajícího trenéra a šéfa v jednom. Nyní třeba Irové přijeli i s vlastním masérem, s rozkládacím masážním stolem. Takže se to skutečně posouvá a bude to o to víc zajímavé.

Pořádat mistrovství v Praze vás láká...

Adamec: Určitě. Pochopili jsme, že bychom to s podporou Fotbalové asociace uměli. Máme tady nádherné prostředí na Strahově,

VÝSLEDKY ČESKÉHO MUŽSTVA

Skupina: ČR – Španělsko/Katalánsko 4:1 (branky ČR Petr Neoral 2, Josef Bartoš, Pavel Mencl), ČR – Švédsko 1:0 (Zdeněk Zlámal), ČR – Mexiko 8:1 (Petr Neoral 2, Lukáš Trejtnar 2, Ladislav Šindelář, Josef Bolen, Tomáš Engel, Josef Bartoš)

Čtvrtfinále: ČR – Irsko 1:0 (Zdeněk Zlámal)

Semifinále: ČR – USA 4:1 (Ladislav Šindelář, Jiří Kysučan, Josef Bolen, Jan Bialek)

Finále: ČR – Maďarsko 1:1, na penalty 4:2 (branka Vasil Molnár, úspěšně exekutoři penalt Pavel Mencl, Ladislav Šindelář, Jan Bechyně, Josef Bolen)

Czech national medical football team
Předseda MUDr. Josef Bolen, místopředseda prof. MUDr. Miloš Adamec, místopředseda

MUDr. Martin Engel, sekretář MUDr. Vladimír Richter, technická podpora: MUDr. David Kalfeř

Tým Long Beach 2015

Brankáři: Jan Vojáček, Radovan Žizka
Obránci: Josef Bartoš (C), Petr Bezděk, Josef Bolen, David Krahulík, Daniel Malý, Luboš Nachtnebl, Vladimír Richter, Vladimír Teplan, Radovan Vojtišek

Záložníci: Jan Bechyně, Ondřej Kočí, Martin Kolář, Jiří Kysučan, Jan Lukeš, Vasil Molnár, Jakub Šedivý, Ladislav Šindelář, Zdeněk Zlámal

Útočníci: Jan Bialek, Tomáš Engel, Pavel Mencl, Petr Neoral, Lukáš Trejtnar

Trenér: Miloš Adamec

Manažer: Martin Engel

kde je na bývalém spartakiádním stadionu několik fotbalových hřišť vedle sebe. Kousek pěšky je Hotel Pyramida, kde by se mohlo bydlet. V podstatě v blízkosti centra a Hradu, což je pro cizince lákadlo. Mají být po Brazílii a USA tři šampionáty v Evropě. Je tam řevnivost mezi Rusy a Ukrajinci, takže máme velkou šanci. Rozhodovat se má v Barceloně, takže o tom budeme intenzivně jednat.

Bolen: Přesně. Chceme jednat tady se svazem a dalšími a komunikovat s kapitány týmů v zahraničí během roku a sehnat si podporu.

Adamec: Máme to v hlavě rozpracované víc než Katalánci, kteří zatím nevědí, na jakých hřištích se bude hrát.

Pepo, jaký je návrat mistra světa do ordinace?

Bolen: Udělal jsem si ještě týden dovolenou v Americe. Chtěl jsem vidět kalifornské vinice. Po návratu jsem měl ještě volno.

Myslel jsem, jak tě to ovlivnilo. Byl to jenom relax a koníček, nebo jde o něco víc? Co pacientky?

Bolen: Pacientky mi to hodně připomínají a mají mě za hvězdu (směje se), ale o tom to není. Vzhledem k tomu, že nejsem jenom hráč, ale i předseda spolku, tak vím, jaké je za tím úsilí a kolik práce. Uvědomil jsem si to, když jsem šel kopat ve finále penaltu. Předtím být

dvakrát neúspěšně ve finále a teď mít velkou šanci vyhrát... Chvilí jsem si představil, co všechno se muselo udělat. Co udělal Miloš, co udělal Martin, aby nám zajistil podmínky a sehnal peníze. Máme internetovou a facebookovou stránku, z mistrovství jsme zajistili textové onlinové přenosy atd. Když si vzpomenu na naše první setkání a pak na první cestu vlakem do Budapešti, kde jsme nevěděli, kdo je kdo, tak je to velký rozdíl.

Adamec: Myslím si, že to každému nějak prospělo. Je to mezinárodní zkušenost a srovnání. Kongres, který mistrovství provází, je velký. Osmnáct mužstev. Jeho náplní je nejen sportovní medicína, ale také i systémy zdravotnictví v jednotlivých státech.

Bolen: Za ty tři roky máme mezi ostatními mužstvy plno známých a přátel. Domnívám se, že další věc, k níž by podobné setkávání lékařů, v tomto případě fotbalistů, z mnoha zemí mělo sloužit, je vzájemné poznávání. Bohužel v Americe nebyla dobře zajištěna společenská část, tak to zde poněkud nefungovalo. Ale už máme velmi dobré vztahy s Rusy, proto jsme byli v Uzbekistánu na turnaji, s Němci nebo s Iry, kteří zde hráli poprvé, ale padli jsme si do oka.

Adamec: Kolikrát se mi stalo, že jsme si sedli s kolegy z Británie nebo Irska a bavili jsme se o fotbale, pak o medicíně či o situaci v jednotlivých státech. Každý takový kontakt je dobrý.

Bolen: Ještě jiná věc. Tys o tom psal, když jsi popisoval v Tempusu mistrovství v Budapešti. Mezi našimi hráči jsou doktoři jak soukromí, tak i nemocniční, kteří pracují tady nebo v zahraničí. A to, že si můžeme promluvit a poznat vzájemné problémy, je hodně pozitivní. Přitom jsme v jednom týmu. Hodně problémů mezi námi je o nedostatečné komunikaci.

Michal Sojka



Mistrovství v Praze by byla atraktivní volba

Manažer české fotbalové reprezentace Martin Engel v rozhovoru pro TM říká, že Praha by se mohla ucházet o pořadatelství světového šampionátu lékařů-fotbalistů v roce 2018.

Třetí účast na mistrovství, dvě stříbra a teď zlato. To je velký úspěch. Jak těžké to bylo na hřišti a složité organizačně zajistit?

Na hřišti je situace každým rokem náročnější, kvalita většiny účastníků stále roste. Dokladem může být výrazný propad šampionů z roku 2013 Němců, kteří se bez obměny družstva propadli přes osmé místo až na letošní sedmácté. Po stránce organizační to nejlépe klapalo v Maďarsku, o něco hůře v Brazílii, ale výrazně horší byla situace v USA. Největším problémem však byl uměle snížený kurz koruny a rostoucí kurz dolaru vůči euru, což naše náklady výrazně zvýšilo.

Účast na mistrovství nelze zajistit bez sponzorských peněz. Kdo vedle komory a LOKU ještě přispěl? Je větší zájem po zisku titulu? Jak rozhodující je podpora Fotbalové asociace ČR?

Podpora Fotbalové asociace je opravdu výrazná, a to jak po finanční stránce, tak i z hlediska materiálního vybavení. Obojí je na vysoké úrovni. Ze strany ČLK mne mrzí meziročně snížená podpora a věřím, že se bude možné vrátit k původní výši tak, aby komora byla spolu s Fotbalovou asociací hlavními sponzory. Ostatní sponzoři – Unicredit Bank, Agel a s., František Vaculík, majitel FK Vysočina Jihlava, a Promedica Praha – přispěli prakticky stejným dílem. Já jim i touto formou velmi děkuji za to, že díky jejich vstřícnosti jsme se mohli zúčastnit tohoto mistrovství a důstojně reprezentovat ČR a její lékaře. Rovněž musím ještě jednou poděkovat všem hráčům za přístup a výkony na hřišti, čímž se zasloužili o tento velký úspěch, který možná bude zcela doceněn až s odstupem času.

Jak se za ty tři roky z tvého pohledu změnil lékařský fotbal? Vytví se nějak?

Již jsem se o tom zmínil, kvalita stále roste, hrací řád je relativně zrádný, dělicí čára mezi úspěchem a neúspěchem je velmi tenká. Náš zápas ve čtvrtfinále s velice kvalitními a dosud neporaženými Iry skončil 1:0. V případě porážky bychom hráli jen o 5.–8. místo.

Dvě poslední mistrovství byla mimo Evropu, v Brazílii a USA. Nyní má být třikrát na starém kontinentě, přičemž dvě místa už jsou jasná: Barcelona a Rakousko. Třetí místo, tedy pořadatelství v roce 2018, je volné. Je reálné usilovat o pořadatelství Prahy?

Ano, nyní budou následovat další tři mistrovství světa v Evropě a o mistrovství v roce 2018 usilují Rusko a Ukrajina, ale vzhledem k válečnému konfliktu není zatím ochota jim pořadatelství svěřit. V té souvislosti by Praha jako pořadatel byla určitě atraktivní volba. Jasně by mělo být příští léto v Barceloně. (ms)

Inzerce A151008879

U2S
UNIE ZAMĚSTNATELSKÝCH
SVAZŮ ČESKÉ REPUBLIKY

Unie zaměstnavatelských svazů ČR
a Mladá fronta a. s. Vás zvou na konferenci

mf
EVENTS & CONGRESSES

Pozvánka
na konferenci

Zdravotnictví 2016

Akce se koná pod záštitou
předsedy vlády ČR Mgr. Bohuslava Sobotky

12. 11. 2015 Hotel Ambassador, Praha

MÍSTO KONÁNÍ

Hotel Ambassador, Václavské náměstí 5-7, Praha 1

Zveme Vás na unikátní konferenci na stále aktuální téma:

Stav českého zdravotnictví, výhled na příští období, vize, záměry, očekávané změny. Setkání odborníků, zástupců státu, poskytovatelů, zdravotních pojišťoven, zákonodárců, zástupců zaměstnavatelů a zaměstnanců, akademiků a dalších odborníků – pod záštitou předsedy vlády ČR.

Vybraná témata:

- Zdravotní péče v ČR
- Úhradová a výkonová vyhláška pro rok 2016
- Odměňování a pracovní podmínky pro lékaře a zdravotní sestry
- Průsečíky sociální a zdravotní péče
- Úhrada zdravotních služeb v roce 2016

INFORMACE POŘADATELE

Informace a přihlášky
on-line na internetových
stránkách:

www.uzs-konference.cz
www.kongres-medical.cz

Registrační
poplatek: 1390 Kč

Hlavní partneři:



Partneři odborné sekce:



Mediální partneři:



Děkujeme, sliby si ohlídáme!

Stav plnění požadavků LOK-SČL v roce 2015 a výhled na rok 2016

Pro rok 2015 si LOK-SČL stanovil čtyři základní oblasti, na které se soustředil při jednání s vládou. Šlo o tyto body:

- Zákon o specializačním vzdělávání
- Zákon o veřejných neziskových nemocnicích
- Navýšení základních platů lékařů v nemocnicích
- Řešení objemu přesčasové práce

Po osmi měsících je nesporně čas na bilancování.

Zákon o specializačním vzdělávání

Ačkoli požadavky rozhodně naplněny nejsou, je v tomto bodě situace nejlepší. Návrh novely zákona je výsledkem dohody mezi Ministerstvem zdravotnictví, lékařskými fakultami a ČLK, nyní prochází posledním připomínkovým řízením. Navržené znění, ač není ideální, je určitě výrazně lepší než stávající stav. Pokud by novela zůstala bez dalších změn, je akceptovatelná. Již nyní ale podnikají na znění zákona útoky různé zájmové skupiny a lze předpokládat, že tyto tlaky budou silit. Zákon tak může být zcela zničen při schvalování v parlamentu. Zákon navíc určuje pouze obecné principy. Pro lékaře bude podstatné, jak budou vypadat prováděcí předpisy – vyhlášky a náplně atestačních oborů. LOK bude další vývoj pečlivě sledovat.

Zákon o veřejných neziskových nemocnicích

Ačkoli jde o jednu z priorit vládního prohlášení, je zákon zjevně u ledu. Slibované uvedení zákona v platnost od 1. 1. 2016 je již nemožné. Nejsou ani informace o tom, že by byly práce na zákonu výrazněji urychlovány. Dosud jsme nečetli ani návrh zákona, jen jakési teze. Ty ale neobsahovaly pro nás klíčové body, snad s výjimkou sjednocení platových norem. Tudíž nemá smysl vyvíjet tlak na urychlené přijetí zákona. Byl mohl řešit řadu užitečných věcí, jako je rajonizace a hierarchie nemocnic, tvorbu základní sítě. Měl by zvýhodnit nemocnice poskytující multioborovou péči. Mohl by pomoci českému zdravotnictví z finančních obtíží. Není ale jisté, že má současná vládní garnitura o tohle zájem. Zde pak platí, že než špatný zákon je lepší žádný. Ve hře je i možnost sjednocení platných norem cestou změny zákoníku práce, ale k tomuto musí být podpora ze strany vlády.

Navýšení základních platů

Požadavek na desetiprocentní navýšení platů byl vznesen již pro rok 2015, ale po jednání s představiteli vlády nakonec došlo ke zvýšení pouze o 5 % s tím, že LOK toto akceptuje, ale že další zvýšení platů v roce 2016, a to ve výši alespoň 10 %, je již nezbytné. Této problematice jsme se od počátku roku 2015 věnovali s maximální prioritou. K bezproblémovému navýšení navíc došlo pouze v příspěvkových organizacích státu a krajů a mnoho času bylo vyplýváno při složitých jednáních o navýšení mezd i v nemocnicích ostatních typů. V nemocnicích, které nemají platové tabulky, i tak k úplnému splnění závazku o pětiprocentním navýšení vesměs nedošlo.

Bylo přislíbeno zajištění prostředků pro navýšení platů o 10 % v roce 2016. I když navrhovaná částka ze státního rozpočtu (formou platby za státní pojištěnce) nebyla z našeho pohledu ideální, na desetiprocentní navýšení platů by stačila. Bohužel, definitivním rozhodnutím vládní koalice byla tato částka snížena o více než polovinu. Z plánovaných 4,2 mld. Kč je skutečnost 1,8 mld. Kč. I přes vstřícnost ministra zdravotnictví, který veřejně garantoval, že všechny tyto peníze budou použity na navýšení platů, snížený objem financí pro plánované navýšení platů nestačí. Navíc mechanismus, jakým se peníze dostanou do platů, a především mezd, není zatím jasný.

Vláda sice pokračuje v trendu zvyšování tabulkových platů, ale zatímco u ostatních zaměstnanců se zvyšují platové tabulky vždy od listopadu, pro zdravotnictví je to vždy až v lednu. Tímto postupem jsou zdravotníci dále poškozováni, nehledě na obtížnou situaci těch, kteří pobírají mzdu.

Řešení objemu přesčasové práce

V této oblasti nedošlo během roku 2015 k žádnému posunu. Spíše se stav zhoršuje, protože k nedostatku lékařů se v poslední době výrazně přidal i nedostatek nelékařských zdravotníků. V některých nemocnicích již z tohoto důvodu dochází k redukci provozu.

Situace je taková, že vedle poklesu kvality dochází nově i ke zhoršení dostupnosti lůžkové péče. Připravovaná opatření, zejména novela zákona o vzdělávání, mohou tento stav zlepšit pouze částečně. Změny ve vzdělávání se týkají mladých kolegů, stabilizace počtu zkušených lékařů je možná pouze zlepšením

platových a pracovních podmínek. K redukci počtu přesčasových hodin v roce 2015 nedošlo. Dlouhodobé přetěžování lékařů tedy trvá. Nemocnice dále nemají dostatek finančních prostředků, aby řešily problém přesčasů, přetrvává více či méně skryté obcházení zákoníku práce.

Co se týká nelékařského personálu, tam je situace ještě horší. Zákon o vzdělávání nelékařských zdravotníků je zatím v časně fázi vzniku. Zde platí, že primární jsou platové podmínky. A ty není možno zlepšit bez výrazného navýšení finančních prostředků.

Zejména pro nevyřešený problém navýšování základních platů a také k otázce sjednocení platových předpisů vyvolaly zdravotnické odborové organizace jednání s předsedou vlády. Toto jednání proběhlo 10. září, tedy po uzavření tohoto čísla časopisu. O výsledku vás budeme informovat.

Ve dnech 4. až 6. 9. proběhla tradiční vzdělávací konference LOK-SČL ve Skalském Dvoře na Vysočině, spojená s poradou předsedů MO LOK-SČL.

Předsedové se shodli na následných tezích

Zákon o specializačním vzdělávání je akceptovatelný, ale obavy o jeho definitivní podobu, a zejména uvedení do praxe, jsou veliké. Bude hodně záležet i na lékařské veřejnosti, zda v této oblasti bude nakonec vůbec nějaká změna k lepšímu.

LOK-SČL bude usilovat o sjednocení odměňování v nemocnicích na formu platu i bez přijetí zákona o veřejných neziskových nemocnicích.

Situaci v oblasti slíbeného zvyšování základních platů a objemu přesčasové práce vnímá LOK-SČL jako zcela nepřijatelnou a organizace je rozhodnuta se domoci změny.

Byl tak jednomyslně schválen návrh na zahájení právních kroků vůči České republice pro nesplnění závazků plynoucích z Memoranda.

Pokud nebude vyjádřena ze strany vlády jasná vůle problém řešit, jeví se jako další krok nesouhlas s přesčasovou prací nad rámec 150 hodin ročně a zrušení všech ostatních dohod, které slouží k obcházení zákoníku práce.

Je samozřejmě větší problém bojovat proti vládě, která jak verbálně, tak reálně podniká alespoň nějaké kroky ke zlepšení. Na druhou stranu, řešení řady problémů již nesnese odkladu. Je-li překážkou řešení rozdílný pohled koaličních partnerů, musí i tito pochopit, že převzali vládní odpovědnost a situace ve zdravotnictví bez rychlé reakce bude velmi brzy kritická.

Martin Engel, předseda LOK-SČL

Ad Počet vepřů nesedí

V letním čísle (7–8/2015) časopisu **Tempus medicorum** vyšel na straně 36 článek s názvem **Ad Počet vepřů nesedí**. Tento článek obsahuje řadu adresných osobních útoků, kdy mimo jiné napadá i proděkana Lékařské fakulty prof. MUDr. Jaroslava Štěrbu. Vykresluje jej jako zákulisního hráče využívajícího „chráněnce“ a „smyšlených afér“ k „mocenskému ovládnutí hlavních klinik v Dětské nemocnici“. Autor článku výslovně zmiňuje také mě, když uvádí, že bez znalostí faktů spěchám profesoru Štěrbovi na pomoc v jeho mocenském boji.

Jako osoba zastávající veřejnou funkci jsem smířen s tím, že musím snášet přiměřenou dávku veřejné kritiky, i když se nezakládá na pravdě. Na zmíněný článek jsem však nucen reagovat hned z několika důvodů:

Článek je zjevně podepsán smyšleným jménem. Pokud je mi známo, žádná osoba jménem Martin Maxa ve Fakultní nemocnici Brno nepracuje. Z veřejně dostupného seznamu registrovaných lékařů ČLK nevyplývá, že by byl členem České lékařské komory (dále jen ČLK).

Jediným cílem článku je poškozovat reputaci osob v něm jmenovaných.

I když je článek zařazen v rubrice „Napsali jste“, jedná se o článek publikovaný v oficiálním periodiku České lékařské komory. Veřejnost je tak vnímán jako názor, který sama ČLK považuje za důležitý pro veřejnou diskusi nebo přinášející důležité informace pro členy ČLK.

V závěru článku je uvedeno, že prošel redakční úpravou, což mu dodává jistý punc věrohod-

nosti. Čtenář tak snadno nabude dojmu, že výroky článku považuje redakce za relevantní a pravdivé.

Důrazně protestuji proti tomu, aby byl oficiální časopis stavovské organizace zneužíván pro jakékoli osobní útoky a vyzívání si účtů v rámci jednoho pracoviště. Skutečnost, že se v časopise vůbec objevil takto agresivní článek, navíc podepsaný pseudonymem, považuji za velké selhání redakční práce v *Tempus medicorum*. Nedokážu pochopit, jakým způsobem vydávání těchto článků souvisí s naplňováním poslání ČLK, která má mimo jiné zákonnou povinnost chránit profesní čest svých členů.

Za obsah článků dle tiskového zákona odpovídá vydavatel, ne jednotliví autoři. Jako zástupce vydavatele časopisu vás tedy žádám, abyste učinili přiměřená opatření, která aspoň částečně napraví škody způsobené na pověsti dotčených osob.

Žádám vás, aby bylo v nadcházejícím čísle *Tempus medicorum* uveřejněno sdělení, ve kterém se ČLK distancuje od veškerých informací uvedených v tomto článku, a především uvede, že článek byl podepsán neexistující osobou, a omluví se osobám v něm napadeným.

Dále vás žádám, aby byl článek stažen z elektronické verze časopisu uveřejněné na stránkách ČLK. V opačném případě budou tyto nepravdivé informace z článku dožitovně spojovány s osobou prof. Štěrbu nebo MUDr. Klimoviče přes internetové vyhledávače. Elektronické vydání je formátováno po jednotlivých stranách (ne dvoustránkách). Z konkrétní stránky tak nelze poznat, že se jedná o dopis čtenáře, a ne o článek z díla redakce *Tempus medicorum*.

Prof. MUDr. Jiří Mayer, CSc.
děkan Lékařské fakulty MU

Vyjádření redakce

V červnovém čísle *Tempus medicorum* jsme zveřejnili článek z Práva „Počet vepřů nesedí, obvinil kolega brněnské lékaře z falšování výzkumu“. Na případ nás upozornil MUDr. Mgr. Miroslav Šeda, Ph.D., který také informoval Ministerstvo zdravotnictví a podal trestní oznámení. Pro *Tempus* připravil obsáhlý článek, v němž celou situaci popisoval. Vzhledem k tomu, že šlo o velmi podrobný popis, který by byl pro nezúčastněné čtenáře poněkud nesrozumitelný, snažili jsme se o redakční úpravu a zkrácení. Protože jsme ani my, ani autor nebyli schopni vybrat ze záplavy faktů jenom ty podstatné, rozhodli jsme se zveřejnit aspoň již publikovaný článek z Práva, který novinářsky popisoval podstatné věci. Nicméně i přesto jsme očekávali reakci z druhé strany, a proto jsme nebyli překvapeni, když dorazila. Přišla na můj pracovní e-mail, podepsaná jako MUDr. Martin Maxa z adresy martin.maxa@post.cz. Šlo o reakci, kterou jistě psal někdo ze zúčastněných, proto mě a ani nikoho z redakce nenapadlo, že lékař takového jména neexistuje. Na tento fakt jsme po zveřejnění reakce v prázdninovém dvojčísle byli okamžitě upozorněni kole-

gy z Brna (dr. Šedou, vedením brněnské komory či spectabilis děkanem Lékařské fakulty Masarykovy univerzity prof. MUDr. Jiří Mayerem, CSc.). Lékař tohoto jména v registru ČLK skutečně neexistuje.


Stejně jako u každého složitého případu, kde proti sobě stojí dvě osoby či skupiny, lze očekávat, že se k případu budou obě strany vyjadřovat. Pro čtenáře je pak někdy těžké rozhodnout, na čí straně je pravda. Proto jsme přesvědčeni, že je důležité, aby lékařská obec věděla, že za jednu stranu sporu mluví člověk, který se pod své názory bojí podepsat!

Za zveřejnění v podstatě anonymu se kolegům z Brna omlouváme, ale budiž naší polehčující okolností, že nepatří k praktikám redakce lustrvat autory došlých názorů.

Osobně se kolem *Tempusu* pohybují s přestávkou od roku 1998, nejprve jako šéfredaktor a nyní jako člen redakční rady, a nepamatují si, že by se někdy takový případ u stovek zveřejněných textů od kolegů stal, navzdory skutečnosti, že jsme si nikdy v registru jejich existenci a totožnost neověřovali. Nerad bych tuto praxi kvůli jednomu zbabělci měnil...

Michal Sojka

Inzerce

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

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

Nabízíme:

1. Mzdu dohodou podle kvalifikace. U specializace RFM zvýhodněné podmínky.
2. Stanovení počtu klientů/pacientů v péči lékaře. Nad tuto hodnotu motivační bonus.
3. Odměna za pracovní pohotovost na telefonu (16:00-07:00).
4. Stabilizační odměna po odpracování kalendářního roku ve výši základní měsíční mzdy.
5. Pro lékaře s bydlištěm mimo Třeboň odpovídající ubytování.
6. Příspěvek na dopravu pro dojíždějící lékaře.
7. Odměny podle výkonů a ujednání se zástupci zaměstnavatelů. Mobilní telefon.

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

„Liberalizace“ v perinatologii pohledem pediatra

Je obtížné si představit (zatím) reakci chirurga, který by při podpisu informovaného souhlasu s operačním výkonem obdržel na oplátku od pacienta seznam požadavků ve vztahu k operaci – např. nechce oholit operační ránu, před operací střeva odmítá jeho vyprázdnění, při operaci bypassu či kyčle požaduje na operačním sále přítomnost příbuzných apod. Existují však obory, které jsou podobným požadavkům vystaveny stále častěji, a to porodnictví a neonatologie.

Rodičky přicházejí s tzv. porodními plány, v nichž specifikují svoje požadavky na porod, péči poporodní i péči o novorozence. Na první pohled by mohlo jít o optimální stav spolupráce mezi pacientem a zdravotníky, tím spíše, že je zcela jistě přáním obou stran, aby porod proběhl jak pro matku, tak dítě bez komplikací, aby matka odcházela z porodnice domů zdravá, spokojená, s dobrými pocity a odnášela si zdravého novorozence.

Některá přání matek lze splnit bez větších problémů (a mohou přispět ke kultivaci podmí-

nek pro rodičky), některá jsou splnitelná obtížně či vůbec ne. V názorech na některé postupy se může pohled laika a zdravotníků lišit až diametrálně a v mnohém jsou rozdíly nepřekonatelné. Překážkou jsou zejména některé novodobé webové „pravdy“, mající mnohdy až charakter nevyvratitelných mýtů, které se pasážováním přes internet stále více posilují.

Prvním z nich je mediální osvěta v části laické veřejnosti zakořeněné přesvědčení, že porod je zcela banální bezproblémová fyziologická záležitost („rodička produkuje dostatek hormonů, které zajistí hladký průběh porodu“), kde případné komplikace způsobují pouze sami zdravotníci. Biologie, historie a denní praxe znalí zdravotníci naopak vycházejí z toho, že porod u člověka patří k nejrizikovějším okamžikům života jedince, kdy těžko předvídatelné komplikace ze strany matky i dítěte mohou ovlivnit život, resp. zdraví dítěte na celý život. Volání některých žen po fyziologickém či přirozeném porodu (je otázkou, zda představa laiků a odborníků o tomto pojmu je shodná) naráží u zdravotníků na neoddiskutovatelnou historickou zkušenost, že

fyziologický porod byl vždy provázen značnými „fyziologickými ztrátami“. Naši zdravým rozumem vybavení předkové před sto lety měli v tomto směru mnohem realističtější názor: „Porod vždy představuje jasnou hru se smrtí s rizikem pro matku i dítě – narození často provází smrt.“ V 19. století, „zlatém to věku“ fyziologických či přirozených porodů, umíralo 150–180 dětí z 1000 narozených, a ještě v současnosti se v některých zemích s fyziologickými porody (v pravém slova smyslu) novorozenecká úmrtnost pohybuje mezi 25–65 promile, především na perinatální okolnosti a vrozené vady. Jestliže před sto lety zemřelo „fyziologicky“ 100 novorozenců z 1000 živě narozených, dnes jsou to z různých (obtížně řešitelných) důvodů 1–2 děti. Propagátoři tzv. fyziologických, alternativních a domácích porodů tato historická fakta záměrně ignorují či zlehčují. Přitom je jasné, že při nezměněné fyziologii porodu je tento dramatický pokles počtu zemřelých novorozenců především důsledkem aktivit zdravotníků, kteří se s výší tzv. „fyziologických ztrát“ nehodlali smířit a mimořádných úspěchů v redukci novorozenecké úmrtnosti dosáhli tím, že do průběhu porodu a poporodní adaptace začali vstupovat. Někdy možná až moc razantně či méně vhodně, což je záležitost nepodstatná a napravitelná, ale na samotných výsledcích to nic nemění. Návrat k porodům se zvýšenými ztrátami na životech novorozenců je pro zdravotníky zcela nepřijatelný, avšak představa, že by šlo rodit fyziologicky postaru, ale s novodobými výsledky beze ztrát na životech, je jen idealistická fikce. Laikům, kteří zdravotníky osočují z „medicinalizace porodů“,

lze doporučit k získání objektivnějšího pohledu nahlédnutí do Mezinárodní klasifikace nemocí, kde je u kapitoly Komplikace porodu uvedeno 101 položek. Perinatální okolnosti nemocnosti a úmrtnosti novorozenců pak zahrnují 96 podkapitol s téměř 330 položkami, a to nepočítám vrozené vady. Každý propagátor domácích či podobných porodů by měl adeptkám na rovinu přiznat, že riziko poškození či úmrtí dítěte se za těchto okolností pohybuje mezi 20–100násobkem oproti porodu ústavnímu.

Další z mýtů sdílí s některými rodičkami bohužel i část porodníků v podobě představy, jako by smyslem a cílem těhotenství byl sám porod („euforický, spokojený, dobře prožitý“), zatímco každý (nejen) pediatr je přesvědčen, že smyslem a cílem gravidity je narození zdravého novorozence. Je-li provázeno pozitivními emocemi matky, je to vítaný bonus navíc, nikoli naopak. Obecně rozšířeným mýtem současnosti je pak představa, že ve věcech zdraví jsou názory laiků a kompetentních odborníků rovnocenné!

Okamžik porodu byl vždy v popředí zájmu rodiny, avšak řízení samotného porodu se vždycky ponechávalo na odbornících. Problematické je, když v prvních okamžicích po narození dítěte matky mnohdy kladou do popředí vlastní zážitky a prožitky, často bez ohledu na aktuální stav novorozence. Podle vlastních zkušeností mohou uvést, že rodina mnohdy vytvoří kolem čerstvě narozeného novorozence takovou bariéru, že sestra ani lékař nejsou schopni stav dítěte ani orientačně zhodnotit, o ošetření a vyšetření lege artis ani nemluvě. Bondování prochládlého, promodralého

Inzerce

Zaměstnáme lékaře v ordinacích v Ústeckém a Libereckém kraji v oborech:

- Všeobecné praktické lékařství – lékař s atestací i bez atestace
- Klinická stomatologie – lékař s atestací i bez atestace
- Praktické lékařství pro děti a dorost – lékař s atestací i bez atestace

Nabízíme nadstandardní finanční ohodnocení a benefity pro zaměstnance.

V případě zájmu nás kontaktujte:
Tel.: 602 321 085, e-mail: prakticky.lekar@post.cz

novorozence, navíc potmě, není jistě nejlepším předpokladem bezproblémové adaptace. V souladu s literárními zprávami jsme sami získali opakovanou zkušenost, že rodiče během bondingu nerozpoznali závažnou změnu zdravotního stavu novorozence předtím již dobře adaptovaného. Také psychologická příprava rodičů mnohdy selhává – ti často lpí na malicherných detailech i za cenu ohrožení zdraví dítěte. Navíc bývají připravováni na ideální průběh porodu, takže při výskytu sebemenších komplikací často propadají panice. Dalším z běžných mýtů je představa, že dobře časně adaptovanému novorozenci už nic nehrozí, což svědčí o neznalosti rizik adaptace novorozence (a platí to i pro zákonodárce při schválení tzv. ambulantního porodu). Proto jsme často osočováni ze zbytečné nadměrné péče při zdánlivě méně závažných problémech adaptace, které však mohou rychle přerůst v závažné.

Dlouholetý vývoj perinatologie vedl k zaměření zdravotníků na klíčové rizikové okamžiky v průběhu porodu i časné poporodní adaptaci novorozence. Z toho také vychází pečlivě propracované algoritmy péče porodníků, porodních asistentek, pediatriů i novorozeneckých sester, zaměřené na bezpečnost matky i dítěte. Řada informací o plodu (KTG) i novorozenci (Apgar skóre, vyšetření krevních plynů z pupečnickové krve) nám může závčas signalizovat ohrožení (i skryté) novorozence. Z hlediska pediatrického přístupu jde především o první ošetření novorozence včetně hodnocení časné adaptace podle Apgarové, případně včasné zahájení resuscitace, odběr pupečnickové krve k určení ABR, zajištění termoneutrality, zajištění bondingu po vyloučení poruch adaptace a kritických vrozených vad, adekvátní ošetření pupečnicku a očí. V dalším průběhu pak následuje profylaktické podání vitamínu K (o hemoragické ne-

moci novorozenců nevědí matky většinou vůbec nic), podpora laktace matky a sledování hmotnosti dítěte, sledování ikteru, definitivní ošetření pupečního pahýlu a odběr krve na screening vrozených metabolických vad, dále screening katarakty a poruch sluchu. To vše provádíme tak, že prakticky nedochází k odloučení dítěte od matky. Téměř ve všech případech jde o nezatažující kroky, kterými se zdravotníci snaží přispět k optimálnímu průběhu adaptace novorozence i posílení vzájemné vazby dítěte a matky, a proto jsou také začleněny do pracovních povinností a postupů lege artis lékařů i sester. Přesto jsou často laiky odmítány bez jakéhokoli racionálního vysvětlení.

Při pohledu na strukturu tzv. porodních plánů se nelze ubránit dojmů, že jejich původní předlohou by mohl být starší informativní článek M. Dvořáka Přírozený porod (Zdravotnické noviny, Lékařské listy, 2002, 18: 27–32), dále laiky rozvíjený na webových

stránkách. Když se k tomu přidá občasná mediální poznámka porodníka s masochistickými sklony („děláme to špatně!“), problém se ještě umocní. V článku M. Dvořáka mám výhrady ke dvěma citátům: 1. „...porod se pro rodičovský pár jakoby změnil z intimní, v klidu a soukromí probíhající události (doma) v rizikový proces v neosobním, cizím prostředí... přinášející, stres, bolest a nepohodu (v porodnici).“ 2. „...porodní asistentka by měla rodičku podporovat, povzbuzovat a věnovat jí *láskyplnou* péči...“ Neopřiměně idealizování domácího porodu (jsem přesvědčen, že to nikdy žádná domácí idylka nebyla) a despekt vůči porodnici, stejně jako pojem „láskyplná péče“ považuji za populistickou úlitbu alternativní veřejnosti. Naopak bych souhlasil s tím, že empatický a profesionální personál by měl vytvořit ovzduší vzájemné důvěry, bezpečí a pohody. Nicméně od dob uveřejnění článku je patrná trvalá snaha některých právníků

Inzerce



Arbeiten, wo andere sich erholen

herz-kreislauf zentrum GROSS GERUNGS

Wir erweitern unser Team und suchen
Arzt für Allgemeinmedizin (w/m)

... der Job:

- Betreuung von kardiologischen Patienten in der Herz-Kreislauf-Rehabilitation und -Prävention
- Behandlung von Notfällen im Haus
- Erlernen und Anwenden des gesamten nicht-invasiven kardiologischen diagnostischen Spektrums
- Möglichkeit der Anrechenbarkeit für die Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin

... Erfordernisse:

- Ius practicandi, Notarzt Diplom, Berufserfahrung im Bereich Innere Medizin

... das Angebot:

- Entlohnung ab EUR 5.300,- brutto pro Monat auf Vollzeitbasis im Rahmen der hausinternen Dienstregelung
- Anrechenbarkeit Facharzt Ausbildung (2 Jahre)
- Unterstützung bei Wohnraumbeschaffung
- Beschäftigungsmodelle Vollzeit und Teilzeit möglich

Bewerbungen richten Sie bitte an: Herz-Kreislauf-Zentrum Groß Gerungs, Kreuzberg 310, 3920 Groß Gerungs oder bewerbung@herz-kreislauf.at
 Bei vereinbarten Vorstellungsgesprächen werden Reisekosten ersetzt.

nahradiť důvěru řečí paragrafů ke škodě vzájemného vztahu rodiček a zdravotníků. Poslední tzv. porodní plán, který jsem viděl, byl na závěr doplněn přesnou citací vybraných paragrafů zdravotnických zákonů a občanského zákoníku, o které se rodička hodlala opírat při svých požadavcích, resp. při řešení neshody. Je to ta pravá cesta k vybuzení empatie a pocitů vzájemné důvěry?

Takzvané porodní plány obsahují většinou body převzaté z webových šablon – volný pohyb, poloha při porodu, bez holení pubického ochlupení a bez klyzmat („zachovat si lidskou důstojnost“!), neurychlovat průběh medikamentózně, vyhnout se epiziotomii, bolest tlumit výhradně nemedikamentózně, zajistit účast partnera či jiné osoby, dále vlastní prádlo (většinou červené ručníky atd.), z nichž řadu lze akceptovat. Na tyto poměrně časté požadavky se nově nabalují další – např. odmítání KTG monitoringu, odmítání kredeizace, profylaktického podání vitamínu K (a to i jedné kapky per os), odmítání screeningu metabolických vad, fototerapie i indikovaných krevních odběrů, odmítání zvýšené péče o děti hraničně zralé, hypotrofní či děti s přechodnou poruchou adaptace. Někteří rodiče dokonce odmítají pouhé zvážení a změření dítěte a také jakýkoli indikovaný dokrm, zejména odstříkané pasterizované mateřské mléko atd. Některé požadavky jsou navíc mnohdy bizarní a z hlediska zdravotníků obtížně akceptovatelné (orgasmický či sexy porod, lotosový

porod, vydání placenty k event. konzumaci /kanibalismus?/ apod.) nebo si v pokynech přímo odporující – např. nikdo se nesmí dotýkat intimních partií rodičky, nikdo nesmí promluvit, ale každý úkon se musí předem podrobně vysvětlit, musí být naprosté ticho, ale přitom přátelská atmosféra apod. Z posledních tzv. porodních plánů uvádím – musí být šero až tma, v místnosti mohou být jen členové rodiny, personál se musí držet stranou, nikdo cizí nesmí vstoupit, musí být naprosté ticho. Nemluvit, matku nezatěžovat dotazy a pokyny (ale každý krok vysvětlit!), na dítě kromě otce nikdo nesmí sáhnout, pro jakýkoli jednotlivý další úkon se musí předem získat souhlas matky, musí být vypnuté všechny elektrické přístroje včetně klimatizace atd. Při fyziologickém porodu smí být přítomen pouze jeden zdravotnický pracovník, při komplikacích maximálně dva. Rodička chce „poslouchat jen své tělo“ a nikoho jiného. Naprosto nepřijatelné je cévkování – jen z vitální indikace, jakýkoli lék lze podat jen s předchozím souhlasem matky. V případě nutnosti operativního porodu preferovat spinální blok, pokud to nepůjde, pak umožnit přítomnost příbuzných včetně dětí na operačním sále, novorozence musí převzít do svých rukou výhradně otec, který rovněž jediný smí přestříhnout pupečník po dotepání (čas neuveden) apod. Setkali jsme se již také se situací, kdy rodiče odmítali pustit do pokoje personál ke kontrole novorozence.

V probíhajících mediálních diskusích některé popisy údajné porodnické praxe připomínají šíření poplašné zprávy. Jako parodie pak působí představa, že rodička si může přivést do porodnice svoji externí porodní asistentku, která za pomoci vybavení porodního sálu a instrumentária bude vést „zdravý porod“, zatímco primář s personálem mohou maximálně jen přihlížet. Tragikomické je, že tyto snahy jsou myšleny zcela vážně včetně záměru projednání u mezinárodního soudu. V této souvislosti bych jen připomněl nebezpečně postupující asymetrii mezi právy pacientů a zdravotníků s vlastním dovětkem, že „appeasement“ může skončit špatně nejen v politice, ale i v medicíně.

Celou svoji praxi vycházím z přesvědčení, že každý pediatrik – jak ze zákona, tak profesně i eticky – je povinen hájit právo novorozence na život a zdraví, být obhájcem zájmů dítěte a poskytovat mu péči lege artis na náležitě odborné úrovni v souladu se zákonem. Jsou-li pocity matky, průběh porodu a zájem novorozence v rovnováze, není problém v mnohém matce vyhovět. Jakmile se však zdraví či život novorozence ocitnou v ohrožení, pocity a „hormony štěstí“ musí jít stranou. Odůvodněná přání pacienta je jistě potřebné respektovat, jedná se však vždy o jejich míru, rozsah a racionalitu. Během své dosavadní praxe jsem se až na výjimky téměř vždy s rodiči dokázal domluvit nebo problémy řešit rozumným kompromisem. Ve výše

vedených případech však v současnosti schopnost domluvy často selhává. A tak jakkoli jsem vždy vycházel z přesvědčení, že právníci by měli být ti poslední, kdo by se měl na řešení vztahů mezi pacienty a zdravotníky podílet, zdá se, že v těchto případech to bude nutné. Bylo by však řešením vzájemné podepisování stohu reversů pozitivních a negativních? Málokdy je psychika matky tak vulnerabilní jako v době kolem porodu, takže jakékoli vyjádření včetně písemného může být zpětně zpochybněno bolestí, nedostatečným vnímáním, premedikací, analgosedací, rozrušením apod. (jak jsme již zažili v případech tzv. „nelegálních“ sterilizací žen).

A tak doba nastolila řadu otázek: Co dělat, když rodiče brání prvnímu vyšetření a ošetření novorozence – je nutné čekat, až potřeba zákroku bude zcela urgentní? Jak řešit rozpor mezi přáním matky a předepsanými postupy lege artis sester a lékařů i pracovněprávními předpisy? Je vhodné, aby si naopak nemocnice stanovila nepodkročitelné podmínky lege artis postupů, od kterých nehodlá ustoupit?

Jsem přesvědčen, že jde o závažné otázky dotýkající se spolupráce a důvěry mezi rodičkami a zdravotníky jak v současnosti, tak budoucnosti. Jde o problém postupně se rozrůstající do té míry, že by řešení jistě prospěla širší diskuse porodníků, neonatologů, středních zdravotnických pracovníků obou oborů, a to samozřejmě za přispění právníků.

Josef Grym

Dík primářce Jaškové z Opavy

Chci vyzvednout naprostou profesionalitu, ochotu, lidskou vstřícnost, které se mi dostalo od paní MUDr. Evy Jaškové, primářky kožního oddělení v Opavě. Paní primářka mě nikdy neviděla, nejsem její pacientka, obrátila jsem se na ni s prosbou o konzultaci, radu,

případně vyšetření. Trpím recidivou erysipelu a dozvěděla jsem se, že právě v Opavě existuje špičkové pracoviště, které se mimo jiné tímto problémem zabývá. Vůbec jsem nevěděla, na koho se obrátit, tak jsem to „drze“, ale smluvou zkusila přímo u paní primářky.

Odpověděla během 24 hodin (!), konkrétně se vyjádřila k mému problému a doporučila, kam bych se mohla obrátit s další léčbou, případně rehabilitací. Úžasné. Když jsem její odpověď četla, měla jsem pocit, že jsem se právě uzdravila. Mám prosbu, abyste moje slova

díků a uznání šířili vaším prostřednictvím všude, kde se potkávají lékaři a pacienti nebo pacienti a lékaři, prostě všude. Ono je mezi námi dosti škarohlídů, kteří bez uzardění útočí v této době právě na zdravotnictví, já mám naprosto jiné zkušenosti. A tato poslední s paní primářkou mě jen utvrdila v tom, že je proč a komu říci DĚKUJI.

Eva Heřtová

KEPLAT® 20mg LÉČIVÁ NÁPLAST

ketoprofenum

Pružně proti bolesti a zánětu

- ✓ Lokální aplikace ketoprofenu v účinných dávkách
- ✓ Nízká koncentrace ketoprofenu v plazmě
- ✓ Pružná náplast vhodná i na klouby
- ✓ Působí 24 hodin



Zkrácená informace o léčivém přípravku KEPLAT 20 mg léčivá náplast.

Složení: Jedna léčivá náplast obsahuje ketoprofenum 20 mg. **Terapeutické indikace:** Symptomatická úleva od bolesti a zánětů souvisejících s akutními potížemi pohybového systému, jako je trauma, podvrtnutí a kontuze stejně jako bolesti svalů, ztuhlost, bolesti kloubů a bederní páteře. **Dávkování a způsob podání:** Dospělí: Použijte jednu náplast denně, pokud lékař neurčí jinak. Děti: Ve věku 12 až 18 let podle pokynů lékaře. Nepoužívejte u dětí do 12 let. Před aplikací náplasti očistěte a osušte postižené místo. Sejměte ochrannou vrstvu a adhezivní část aplikujte přímo na kůži. Pokud má být náplast aplikována na vysoce pohyblivé klouby, jako je loket či koleno, lze na ohnutý kloub použít obvaz, který náplast udrží na místě. Náplast na postiženém místě je třeba denně měnit. Neprekračujte 14denní léčbu. Viz úplná informace o přípravku. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku či na jiná nesteroidní antiflogistika (NSAID). Léčivá náplast se nesmí používat v následujících případech: známá alergická reakce, jako příznaky astmatu nebo alergické rýmy na ketoprofen, fenofibrát, tiaprofenovou kyselinu, acetylsalicylovou kyselinu nebo na jiná nesteroidní antirevmatika; anamnéza alergie na některou z pomocných látek přípravku; anamnéza jakékoli fotosenzitivní reakce; anamnéza kožní alergické reakce na ketoprofen, tiaprofenovou kyselinu, fenofibrát, krémy na opalování nebo parfémů; vystavení léčených míst slunečnímu záření (ani za polojasného či mírně podmráčeného počasí) a ultrafialovému záření solária v průběhu léčby a dva týdny po jejím ukončení; pacienti, u nichž látky s podobným mechanismem účinku (např. kyselina acetylsalicylová nebo jiné NSAID) vyvolávají astmatické záchvaty, bronchospasmus nebo akutní rinitidu či vznik nosních polypů, kopřivku či angioedém; aktivní či suspektní gastrointestinální vřed či anamnéza gastrointestinálních vředů; gastrointestinální krvácení, jiné aktivní krvácení nebo poruchy krvácivosti; těžké srdeční selhávání; těžká porucha činnosti ledvin nebo jater; hemoragická diatéza a jiné poruchy srážlivosti krve nebo pacienti užívající přípravky snižující srážlivost krve; třetí trimestr těhotenství; děti do 12 let. Náplast není určena k aplikaci na otevřené rány či na kůži vykazující patologické změny, jako je ekzém, akné, dermatitida, zánět či infekce jakékoliv povahy, ani na sliznice tělních otvorů. Viz úplná informace o přípravku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Po každé aplikaci přípravku je nutné důkladně umýt rukou. Při vzniku jakékoliv kožní reakce po aplikaci přípravku včetně reakce vzniklé po současném podání s přípravku obsahujícími oktokrylen je třeba léčbu ihned přerušit. Aby se zabránilo riziku fotosenzibilizace, je v průběhu léčby a 2 týdny po ní doporučeno chránit léčené oblasti oděvem. Zvláštní opatření je zapotřebí u pacientů s Crohnovou chorobou nebo ulcerativní kolitidou, chronickou dyspepsií, s anamnézou bronchiálního astma. Ketoprofen je třeba používat s opatrností u pacientů trpících hematopoetickými poruchami, systémovým lupus erythematosus či kombinovanými poruchami pojivové tkáně. Děletrvající či opakované používání přípravku může vyvolat senzibilizaci. Pokud se vyskytne hypersenzitivní reakce, je třeba léčbu ukončit. Nepoužívejte okluzivní obvazy. Používání přípravku KEPLAT je třeba přerušit u žen, které mají problémy s plodností nebo jejich plodnost je v současné době vyšetřována. Bezpečnost a účinnost kožního podání ketoprofenu u dětí nebyla stanovena. Viz úplná informace o přípravku. **Těhotenství a kojení:** Protože nebyla prokázána bezpečnost ketoprofenu u těhotných žen, je nutné zabránit podávání ketoprofenu ženám v prvním a druhém trimestru těhotenství. Pokud je ketoprofen používán ženou, která plánuje otěhotnět nebo v průběhu prvního či druhého trimestru těhotenství, měla by být léčba co možná nejkratší a s nejnižší možnou dávkou přípravku. Během třetího trimestru těhotenství je ketoprofen kontraindikován. O přestupu ketoprofenu do mateřského mléka není dostatek informací. Ketoprofen není doporučen kojícím matkám. Viz úplná informace o přípravku. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Přípravek má malý nebo mírný vliv na schopnost řídit a obsluhovat stroje, neboť u pacienta se mohou vyskytnout závratě či ospalost. **Nežádoucí účinky:** Zařivací potíže, dyspepsie, nauzea, zácpa, průjem, pálení žáhy a abdominální diskomfort různého typu. Závažné nežádoucí příhody, které jsou všechny velmi vzácné, zahrnují především případy kožních reakcí (kopřivka, erytém, exantém, angioedém), reakce gastrointestinálního a dýchacího ústrojí (bronchospasmus, dušnost, edém hrtanu) a občasné případy alergických/anafylaktických reakcí, anafylaktický šok a otok úst. Viz úplná informace o přípravku. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte v původním obalu, aby byl chráněn před světlem. Po každém vyjmutí léčivé náplasti z původního obalu pečlivě uzavřete otevřenou stranu sáčku, aby byly zbývající léčivé náplasti chráněny před světlem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** HISAMITSU UK LIMITED, 5 Chancery Lane, Londýn, WC2A 1LG, Velká Británie. **Registrační číslo:** 29/084/06-C. **Datum poslední revize textu SmPC:** 31.7.2014. **Před použitím přípravku si, prosím, přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Další informace získáte na adrese:** NORDIC Pharma, s.r.o., Nad Svahem 1766/6, 140 00 Praha 4 - Krč, tel.: +420 241 080 770, e-mail: info@nordicpharma.cz.

Rozpad oboru vnitřní lékařství bude pokračovat

Se zájmem jsem si přečetl článek prof. MUDr. Š. Svačiny, DrSc., MBA, o atestacích a vývoji lékařství u nás uveřejněný v č. 1/2015 Tempusu medicorum. V článku popisuje neuspokojivou úroveň znalostí atestantů ve vnitřním lékařství. Za příčiny označil dvě skutečnosti: nedostatečné finanční ohodnocení a destrukci specializačního vzdělávání. To pokládám za příliš zjednodušující, problém je mnohem širší a složitější a zahrnuje problematiku oboru i specializační přípravu.

Je nutno si položit otázku, koho vlastně obor vychovává, zda tomu odpovídá specializační náplň, kde se má vzdělávat internista a jakým způsobem hodnotit jeho znalosti. Náš obor je velmi široký a postupně se z něj odštěpují a osamostatňují jednotlivé užší (organové) specializace podobně jako u jiných základních oborů. Navíc charakter práce např. na intenzivce se značně liší od práce lékaře na lůžkovém oddělení a práce lékaře v ambulanci. Proto i tady došlo v mnohých zemích k dělení na hospitalisty (ve Velké Británii vznikla samostatná specializace akutní medicína), intenzivisty a ambulantní internisty. V některých zemích již specializace z vnitřního lékařství neexistuje (naposledy zrušilo naši specializaci Dánsko). Britský model tzv. duální specializace (vnitřní lékařství + další užší obor, např. geriatricie), který jsem doporučoval před asi 15 lety, nebyl u nás akceptován. Dnes je dostupný ve většině zemí EU. Třeba však říct, že značná část internistů u nás později atestuje z užší specializace, ve které pak převážně pracují. Vzhledem k tomu, že trend rozpadu oboru bude pokračovat, je třeba počítat s tím, že z dřívější „královny medicíny“ se stane

malý, ale žádaný obor (příjmová oddělení, konziliární činnost apod.). Pro mladé lékaře je vnitřní lékařství málo atraktivní, stát se orgánovým specialistou či praktikem je jednodušší a mnohem lépe se jimi v ČR dá uživit. Proto také část ambulantních internistů potkávám u rekvalifikačních atestací na praktické lékaře. Prostor a uplatnění internistům na jedné straně ubírají moderní vyšetřovací metody, na straně druhé mimořádně přebujelá síť specialistů v ČR, což není špatné, ale mimořádně zvyšující náklady. Některé specializace, které u nás pokládáme za samozřejmé, nemají ani ekonomicky nejbohatší země světa. Vzpomínám si na kolegy, kteří po roce 1989 odcházeli do zahraničí mezi prvními, jak se mnozí z nich vraceli dokončovat si specializaci, neboť specializace jako např. angiologie, diabetologie apod. v zahraničí neznali.

V tomto deformovaném prostředí se specializacemi pomalu na každou nemoc pak korekce směrem k většině vyvolává bizarní reakce. Asi před 15 lety nás zaukolovalo Ministerstvo zdravotnictví, abychom vypracovali specializační náplně kompatibilní se zeměmi EU. Zatímco u orgánových specialistů to nebyl problém, v našem oboru to byl a je problém obrovský, protože postavení internisty (v léčebně preventivní péči) je v jednotlivých zemích různé, a tím i specializační náplně v jednotlivých zemích se liší. Do specializační náplně jsme pro požadované výkony přebírali návrh Evropské internistické společnosti, který u nás vyvolal přímo zděšení na všech úrovních. Pro internisty zde byly požadovány výkony, jako je lumbální a sternální punkce, punkce kloubů, endotracheální intubace apod. Ani po mnoha letech se situace moc nezměnila. V roce 2012 publikovala pracovní skupina španělských internistů dokument, kde se uvádí, že inter-

nista, kromě jiných výkonů, musí být schopný provést lumbální punkci i artrocentézu kolena. Podle průzkumu a publikovaných dat v roce 2013 provádělo 80 % internistů v Evropě kromě jiných výkonů hrudní punkce, kolem 60 % lumbální punkce, kolem 50 % sternální punkce a více než 40 % punkce kloubů atd. Tento pokles prováděných výkonů lze aspoň částečně vysvětlit nařazením v důsledku „čísel“ ze zemí východního bloku, kde je podobný (neinvazivní) způsob práce internisty jako u nás. Podle průzkumu kanadských internistů z roku 2011 z prováděných výkonů za velmi důležité označilo např. 93 % z nich zavádění centrálního žilního katétru, 90 % paracentézu, 89 % endotracheální intubaci, 89 % lumbální punkci, 70 % artrocentézu atd. Trénovat internisty k těmto úkonům u nás se zdá nelogické vzhledem k tomu, že v „každé ulici“ ordinuje revmatolog, ortoped nebo neurolog, kteří tyto výkony provádějí častěji. Podtext má hlubší význam – máme vychovávat internistu evropského, nebo lokálního českého? Pokud českého, proč jsme si nechali vnutit nový vzdělávací systém, když – jak se ukazuje dnes – původní nám všem vyhovoval více? Domnívám se, že se musíme přizpůsobit, abychom byli kompatibilní s ostatní Evropou a paradoxně tak ulehčili i volný pohyb lékařům – hlavně mladým – v jednotlivých státech Evropy. Avšak nebylo nutné tak razantně měnit starý systém, aniž bychom na to byli náležitě připraveni. Spíše vyžadoval úpravu, protože doporučení EU se týkala minimální doby na vzdělávací programy, tj. minimum 2 roky pro základní kmen a další minimum 3 roky pro specializaci. Připomenu, že ve Velké Británii si nejenom ponechali jednoleté popromoční „kolečko“, cirkulaci po klinických odděleních, ale rozšířili ho na dva roky (tzv. Foundation Program-

me). Až potom následuje dvouletý základní interní kmen a vlastní specializační výcvik. Minimální doba pro získání klinické specializace je 8 let. V Polsku po 6 letech studia medicíny stráví lékař 1,5 roku v nemocnici a až potom je zařazen do specializační přípravy. Také v sousedním Německu byl základní interní kmen pro subspecialisty prodloužen na 3 roky. To nápadně kontrastuje se situací u nás, kde si specialisté z dvouletého základního interního kmene prosadili dalších 6 měsíců pro svoji specializaci, čímž ho naprosto znehodnotili (trvá ve skutečnosti 1,5 roku) a „znekompatibilnili“ (při změně specializace se musí doplňovat). Do konce tohoto roku má být publikována definitivní verze společného evropského kurikula pro vnitřní lékařství a obor se snad konečně sjednotí v rámci celé Evropy. Za optimální bych považoval kompromisní návrh, který by obsahoval požadované výkony povinné v rozsahu, v jakém jsou prováděny u nás (např. hrudní punkce, paracentéza, zavedení gastroduodenální sondy atd.), a výkony doporučené (punkce kloubů, lumbální punkce atd.), tj. aby se vzal v potaz styl práce internisty v jednotlivých zemích.

Koho vychovává u nás obor dnes?

Je to malá část lékařů, která zůstane v nemocnici i po získání specializace (hospitalisté), ale převážná většina skončí v ambulancích. Specializační příprava přitom probíhá výlučně v nemocnici a je ušitá na míru pro nemocniční lékaře, ne pro většinu – ambulantní internisty. Také cirkulace na specializovaných odděleních, které kritizuje prof. Svačina, nejsou ideální, protože součet jednotlivých orgánů nerovná se reálný pacient, ale nic lepšího nemáme k dispozici.

Všeobecný internista je generalista, podobně jako všeobecný praktický lékař. Za mých mladých

let se praktikem mohl stát internista po atestaci I. stupně. Kde probíhá příprava internisty? Zatímco výchova praktika probíhá v ambulanci praktického lékaře, výchova internisty mimo jiné ve fakultních nemocnicích, což jsou ta nejspecializovanější zdravotnická zařízení. Nemají interní, ale orgánové kliniky. Přitom důraz pro vzdělávací pracoviště je dáván na neselektovaný příjem nemocných. Pobyt na příjmových odděleních velkých nemocnic je nedostačující – po distribuci pacienta na specializované oddělení/kliniku už lékař nevidí, jak se mění a doplňuje klinický obraz, upřesňuje, případně zcela změni diagnóza, jak reaguje na léčbu, jaké jsou případné komplikace.

Před 15 lety jsem napsal, že v souvislosti se stárnutím populace by budoucí internista měl mít větší znalosti z geriatric, optimálního manažerování polymorbidního pacienta (nemáme pro ně žádné doporučené postupy) i farmakoterapie, zejména v souvislosti se všudypřítomnou polymedikací. Je pro mne satisfakcí, že po mnoha letech se k tomu přihlásil i materiál pracovní skupiny European Board of Internal Medicine. Podotýkám, že geriatrické kurikulum je součástí vzdělávacích programů v interně v ČR již od roku 2002.

Zatímco orgánové specialisty (kardiologie, nefrologie, endokrinologie atd.) u atestace zkouší kardiolog, nefrolog, endokrinolog, internisty zkouší kupodivu také kardiolog, nefrolog, endokrinolog atd. I když všichni mají také atestaci z interny, posledních minimálně 20 let pracují jako superspecialisté a jejich nároky na znalosti z „jejich“ problematiky mohou být vyšší, než odpovídá úrovni pro obecné internisty.

Zajištění stejného hodnocení atestací, které probíhají na sedmi, v budoucnu na osmi fakultách, je obtížné a rozdíly tam budou i v budoucnu od komise ke komisi, ale je třeba je minimalizovat a definovat minimální požadavky.

Zcela objektivním ukazatelem je test, který nám v minulosti dokázal eliminovat do 15 % uchazečů, právě těch, kteří by mohli být pro pacienta nebezpeční. Úspěšný test byl podmínkou přístupu k atestaci a bylo možné ho opakovat po půlroce, dnes je součástí atestační zkoušky a ta se dá opakovat až po roce. Uvažovat lze i o větší diverzifikaci zkoušky, která se osvědčila v některých zemích. Školenci u ní absolvují dílčí zkoušky v průběhu celé specializační přípravy, a to v různých formách. Výsledky dílčích zkoušek se výrazně zohlední při závěrečné zkoušce. V jiných zemích úkolují a kontrolují školence z centra on-line v celém průběhu specializační přípravy. Potenciál fakult je v tomto směru obrovský. Realizace vzdělávání v Evropě je v jednotlivých zemích různá a podílejí se na ní postgraduální instituty (Holandsko, Velká Británie, ve světě také např. Indie), univerzity, profesní komory a odborné společnosti, např. v Německu jsou to orgány spolkových zemí s důležitou rolí 17 lékařských komor (2 komory pro Severní Porýní-Vestfálsko).

Neúspěch u atestačních zkoušek bych nedramatizoval. Viděl jsem sice i kolegy, kteří nikdy neměli ukončit lékařskou fakultu, ale takových bylo jenom několik. V převážně většině si v opakovaném termínu/termínech dokázali doplnit své znalosti a úspěšně otestovat, někteří z nich dokonce s pochvalou.

Odchod lékařů za lepšími podmínkami do zahraničí, který prof. Svačina pokládá za důsledek zmínovaných dvou faktorů v úvodu, bych také nehodnotil negativně. Nadměrný počet 8 lékařských fakult v ČR dokáže nahradit jejich výpadek. V případě, že by neodcházeli do zahraničí, hrozila by jim nezaměstnanost. Jejich pracovní nasazení jako cizinců i odváděná práce musí být více než průměrná. Mnozí z nich se prosadí i v této velké konkurenci a dál šíří dobré jméno české medicíny. Jsem v kontaktu s našimi kolegy, kteří

pracují po celém světě, a mnozí z nich se vrátí domů a obohatí domácí prostředí o zahraniční zkušenosti, jiný styl práce atd. K nám emigrují kolegové z východních zemí. Sám zkouším aprobační zkoušky, při kterých musí kolegové (mimo EU) současně absolvovat zkoušky z vnitřního lékařství, chirurgie, pediatrie a gynekologie a porodnictví. Na první pokus je úspěšnost často nulová a i při opakovaných pokusech se pohybuje kolem 20–30 %. I mezi nimi se ale najdou schopní jedinci, kteří budou oporami svých nemocnic.

Za největší nedostatek současného vzdělávání pokládám jeho administrativní náročnost a komplikovanost – současně platné 3 vzdělávací programy, často se měnící pravidla –, opakované novely zákonů a vyhlášek, takže není možné se v tom vyznat, zbytečné lpění na maličkostech, např. jedenkrát absolvovaný interní kmen není zárukou, že platí navždy, jak by měl, lobbistické úpravy jednotlivých odborností atd.

Na závěr bych ještě zareagoval na nízké finanční ohodnocení zdravotníků, které uvedl pan profesor Svačina na prvním mís-

tě neuspokojivé situace. Úroveň zdravotnictví se odvíjí od výkonnosti ekonomiky. Vyspělost země se posuzuje podle HDP na obyvatele v paritě kupní síly. ČR je na 50. místě ve světě, a to je i místo pro naše zdravotnictví. To, že je daleko lepší, bylo možné dosáhnout jen za cenu určitých deformací systému. Na jedné straně máme bezbřehou dostupnost zdravotní péče, na druhé straně nízké mzdy zdravotníků, obrovské množství přesčasové práce, chybějící investice do nemocnic a jejich vybavení atd. Z chudých středoamerických republik se vyjímá Kostarika, která má výborné zdravotnictví i školství. Nemá ale armádu. Vzhledem k tomu, že u nás můžeme jen stěží očekávat vylepšení rozpočtu pro zdravotnictví na úkor armády, spíše naopak, se domnívám, že pro zachování současné úrovně je spoluúčast pacienta nevyhnutelná. Potrvá i trend různých restriktivních opatření ze strany pojišťoven. Paradoxně to bude ekonomika, která spolu se stárnutím populace může oživit zájem o internu.

Prof. MUDr. Štefan Alušík, CSc.,
vedoucí katedry chorob vnitřních IPVZ, Praha

Inzerce

Die Ober Scharrer Gruppe ist einer der führenden Anbieter für **Augenheilkunde** in Deutschland. Sie betreibt Medizinische Versorgungszentren und ist Kooperationspartner von kommunalen Krankenhäusern.

Zur Unterstützung unseres Ärzteteams suchen wir ab sofort für unsere Standorte **Münchberg, Isny, Soest und Ingolstadt** je

1 Facharzt/Fachärztin für Augenheilkunde
in Voll- und Teilzeit und

1 Weiterbildungsassistent/-assistentin
für Augenheilkunde

Wir erwarten:

- Teamgeist und offenes, freundliches Auftreten
- hohes Qualitätsbewusstsein
- Einsatzbereitschaft bei selbständiger Arbeitsweise
- Zuverlässigkeit und Flexibilität

Wir bieten:

- harmonisches, kollegiales Team
- Sicheren Arbeitsplatz
- Leistungsgerechte Honorierung
- Optimale Weiterbildungsmöglichkeiten

Ihre Bewerbungsunterlagen schicken Sie bitte an die Ober Scharrer Gruppe GmbH, z. Hd. von Frau A. Lechner, Personalabteilung. Gerne via Email an bewerbung@osg.de



Ober Scharrer Gruppe GmbH
bewerbung@ober-scharrer.de
Dr.-Mack-Str. 88 | 90762 Fürth
fon 0911/37665-530 | fax 0911/37665-8530
www.ober-scharrer.de





Právní seminář České lékařské komory

Právní odpovědnost a aktuální právní problematika v medicíně, kazuistiky z praxe

Úterý 22. 9. 2015, 9.30–15.00 hodin
Hotel Flora, Krapkova 439/34, Olomouc
www.hotelflora.cz



Česká lékařská komora si Vás dovoluje
pozvat na právní seminář

Právní odpovědnost a aktuální právní problematika v medicíně, kazuistiky z praxe

Seminář bude zaměřen prakticky na poučné
případy ze soudního prostředí týkající
se medicínských kauz a na diskusi
s posluchači o aktuálních právních
problémech ve zdravotnictví.

Registrace: 9.00 hodin

Zahájení: 9.30 hodin

Zakončení: 15.00 hodin

Přednášejí právníci České lékařské komory:

JUDr. Jan Mach, ředitel právní kanceláře ČLK

Mgr. Daniel Valášek, ředitel kanceláře ČLK v Olomouci



**Přihlášky
na www.lkcr.cz,
sekce KURZY ČLK –
číslo kurzu: 123/15**

(kurzy jsou řazeny chronologicky
podle data konání)

Své evidenční číslo najdete
v seznamu registrovaných lékařů.

**Účastnický poplatek 650 Kč
je nutné uhradit předem.**

číslo účtu 19-1083620217/0100,
variabilní symbol 12315

Do zprávy pro příjemce uveďte
jméno účastníka.

*Odborná vzdělávací akce je pořádána
v rámci celoživotního vzdělávání lékařů
dle SP č. 16 ČLK.*

*Za účast na semináři je přiděleno
6 kreditů dle SP č. 16 ČLK.*

ZAMĚŠTNÁNÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ

NABÍDKA PRACOVNÍCH POZIC VE ZDRAVOTNICTVÍ

MY UŽ SVOJI PRÁCI MÁME, A CO VY?

ZÁŘÍ 2015

DALŠÍ INZERÁTY NAJDETE NA WWW.ZAMESTNANIVEZDRAVOTNICTVI.CZ

NEMOCNICE NA HOMOLCE ■ LÉKAŘ/-KA DĚTSKÉHO AMBULANTNÍHO ODDĚLENÍ

Nemocnice Na Homolce, Praha 5 přijme LÉKAŘE/-KU dětského ambulantiho oddělení na výpomoc v denních a víkendových službách (během dne), občasné zástupy v ordinacích praktických lékařů, I. atestace z pediatrie nebo PLDD s atestací.

Nástup možný ihned.

■ V případě zájmu nabídky a životopis prosím zaslat: zuzana.hejtmankova@homolka.cz



OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ■ REVIZNÍ LÉKAŘ

Oborová zdravotní pojišťovna hledá Revizního lékaře - agenda regresiv, výhodou odbornost chirurgie, anesteziologie, nástup možný od 1.11.2015 na poloviční úvazek.

■ V případě zájmu pište na e-mail: daria.studena@ozp.cz nebo tel.: 261 105 252.



KVĚT ZDRAVÍ S.R.O. ■ PRAKTICKÝ LÉKAŘ PRO DOSPĚLÉ

Přijmeme lékaře se specializací VŠEOBECNÝ PRAKTICKÝ LÉKAŘ pro dospělé s úvazkem 1,0 a nástupem 1. 1. 2016. Pracoviště v těsné blízkosti metra Vysočanská.

■ Nabízíme příjemnou atmosféru, nové pracovní prostředí a dobré ohodnocení.

■ Blíže informace na tel. 605 053 528.



KVĚT ZDRAVÍ S.R.O. ■ NEUROLOG, ENDOKRINOLOG, VNITŘNÍ LÉKAŘSTVÍ, KARDIOLOG

Přijmeme lékaře se specializacemi: NEUROLOGIE, ENDOKRINOLOGIE, VNITŘNÍ LÉKAŘSTVÍ, KARDIOLOGIE na úvazky 0,2 až 0,4 (jeden až dva dny v týdnu dle dohody).

Nástup 1. 1. 2016. Pracoviště v těsné blízkosti metra Vysočanská.

■ Nabízíme příjemnou atmosféru, nové pracovní prostředí a dobré ohodnocení.

■ Blíže informace na tel. 605 053 528.



LÉKAŘI

NĚMECKO

REGIOMED-KLINIKEN GMBH LÉKAŘ/LÉKAŘKA

Skupina REGIOMED-KLINIKEN GmbH provozuje v současné době na území Bavorska a Durynska sedm komunálních nemocnic, několik dalších zdravotnických zařízení a domovy pro seniory. S více než 1.400 lůžky zaměstnáváme přes 4.500 zaměstnanců v 51 specializovaných pracovištích, kde ročně hospitalizujeme 65.000 pacientů, dalších 75.000 jich je ošetřeno ambulantně. Naše síť nemocnic a dalších sesterských společností je jedním největším zaměstnavatelem v regionu. V současné době hledáme lékaře se specializací v oblasti: Anesteziologie; Gastroenterologie; Geriatrie; Chirurgie; Radiologie. Dále hledáme lékaře pro děti a dorost a lékaře pro jednotku intenzivní péče.

■ Požadujeme: odbornou a zdravotní způsobilost a testní bezúhonnost; ukončené vysokoskolské vzdělání; znalost německého jazyka.

■ Nabízíme: zájem silně a dynamicky se rozvíjející společ-

nosti; zajímavé sociální a zaměstnanecké výhody; pracovní úvazek na dobu neurčitou (úvazek 38,5 hodin/týden); nástupní fixní plat od 4.000,-€ + příplatky; příspěvek na dovolenou a 13. plat; 30 dní dovolené; ubytování v blízkosti pracoviště - služební byty; příspěvek na stravování; úhrada kurzů německého jazyka při dalším vzdělávání.

■ Více na: www.regiomed-kliniken.de

MEDITRINE PERSONALBERATUNG VOLNÉ PRACOVNÍ POZICE LÉKAŘ/KA, NĚMECKO

Jsmo profesionálním partnerem lékařek a lékařů, kteří hledají pracovní pozice a možnost dalšího profesního vzdělávání v Německu. Pro nemocnici v Bavorsku a Sasku hledáme aktuálně lékaře(m/ž) na kliniku anesteziologie, chirurgie, interní medicíny, gynekologie, pediatrie a radiologie.

■ Kontakt: info@meditrine.de, www.meditrine.de

ČESKÁ REPUBLIKA

MEDICO SPOL. S R.O. PŘIJMEME LÉKAŘE ORTOPEDA

Poliklinika ambulantiho specialistů MEDICO

(www.medico.cz) v Praze 4, přijme lékaře ortopeda na částečný úvazek, flexibilní pracovní doba, přátelský kolektiv lékařů a sester, nadstandardní platové podmínky, nástup možný ihned.

■ Informace: Ing. Hana Vošahlíková: 734 383 984, vosahlkova@medico.cz

DOPRAVNÍ PODNIK HL.M. PRAHY PŘIJMEME PRAKTICKÉ LÉKAŘE/LÉKAŘKY

Nestátní zdravotnické zařízení Dopravního podniku hl. m. Prahy přijme praktické lékaře/lékařky do zaměstnaneckého poměru na dobu neurčitou.

■ Požadujeme: specializaci v oboru všeobecné lékařství prvního stupně, výhodou znalost problematiky pracovního lékařství.

■ Nabízíme: zajímavé platové podmínky; zaměstnanecké jízdě i pro rodinné příslušníky, 5 týdnů dovolené, stravenky, Flexi passy a řadu dalších benefitů.

■ Blíže informace na www.dpp.cz, odd. Pracovní příležitosti

■ Životopisy zasílejte na adresu: vyberovarizeni@dpp.cz

MEDIFIN A.S. VEDOUcí LÉKAŘ RHB ODD.

Přijmeme vedoucího lékaře RHB odd. v poliklinice Karouzská, Praha 5.

■ Požadujeme: ukončené VŠ vzdělání + atestaci.

■ Nabízíme: motivující mzdu, firemní benefity.

■ Kontakt: Medifin a.s., Mgr. Hegerová, tel.: 777 660 228, hegerova@medifin.eu

MEDICENTRUM BEROUN S.R.O. PRAKTICKÝ LÉKAŘ, PEDIATR

Nestátní ambulantiho zařízení v blízkosti Prahy vyhledává řízení na obsazení pracovní pozice: lékař v oboru všeobecné lékařství, pediatr.

■ Preference atestovaného lékaře, není však podmínkou. Pro lékaře v atestační přípravě umožní výkon profese pod odborným dohledem a finanční spoluúčast na studijní výdaje včetně uvolnění v pracovní dny na přípravu atestace.

■ Obecně nabízí nadstandardní finanční ohodnocení, finanční podporu na kvalifikační růst, příjemné pracovní prostředí a součinnost odborných specialistů včetně vlastních služeb komplexu: biochemické laboratoře, RTG a rehabilitace.

■ Kontakt: 602 674 840. MUDr. Hrubý

ALMEDA A.S. PŘIJMEME LÉKAŘE VÍCE SPECIALIZÁCI

Společnost ALMEDA, a.s., provozovatel nemocnice v Neratovicích, jež je součástí rostoucí skupiny VAMED

Bei der Justizvollzugsanstalt Straubing ist ab sofort eine Stelle einer/eines

Ärztin/Arztes (mit Kenntnissen in Allgemein- und Notfallmedizin) (Teilzeit 75 %)

für die hausärztliche bzw. praktisch-allgemeinmedizinische Versorgung der Insassen zu besetzen.

Wir erwarten:

• Team- und Absprachefähigkeit • Bereitschaft zur kollegialen Zusammenarbeit mit allen Berufsgruppen • Belastbarkeit und Entscheidungsfreude • Vielseitige praktische ärztliche Fähigkeiten • Fähigkeit zu selbstständiger, eigenverantwortlicher ärztlicher Tätigkeit und Anleitung des Pflegepersonals

Wir bieten:

• Interessantes, vielfältiges und von Teamwork geprägtes Arbeitsumfeld • Regelmäßige Arbeitszeiten • Bezahlung nach dem Tarifvertrag für Ärzte (TV-Ä) • Fortbildungsmöglichkeiten • Möglichkeit der Übernahme in das Beamtenverhältnis beim Freistaat Bayern bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen

Ab sofort sind außerdem zu besetzen die Stellen von

2 Fachärztinnen/Fachärzte für Psychiatrie (Vollzeit)

für die psychiatrische Versorgung der Insassen.

Wir wünschen uns zusätzlich zu Obengenanntem:

• Engagement bei der Weiterentwicklung des Therapie- und Vollzugskonzeptes • Therapeutische Erfahrung

Schwerbehinderte Bewerber/-innen werden bei gleicher Eignung bevorzugt.

Die Stadt Straubing mit ca. 44.000 Einwohnern liegt zwischen Regensburg und Passau in der Nähe des Bayerischen Waldes und bietet einen hohen Freizeitwert, ein umfangreiches Schulanangebot und eine hervorragende Infrastruktur.

Nähere Auskünfte erteilen gerne Herr Graßl, Tel.-Nr.: 09421/546-144, oder in fachlicher Hinsicht Herr Dr. med. Groß, Tel.-Nr.: 09421/546-401. Ihre vollständigen schriftlichen Bewerbungsunterlagen senden Sie bitte an die:

Justizvollzugsanstalt Straubing, Äußere Passauer Straße 90, 94315 Straubing



Prodám Vojtův stůl na elektrické rámové ovládní (r. v. r. 2013, Madisson), původní cena 28 990 Kč, prodejní cena 23 900 Kč. Více na 721 703 232

Koupím starší Sinuscan 201 nebo jiný sonografický přístroj k vyšetření VDN v ORL ordinaci. Kontakt: 739 026 436, orlamb@seznam.cz

Exkl. mezonetový byt 6+kk, 169 m², ul. B. Němcové, Liberec, u nemocnice, JZ orientace, 3 balkony, 2 garáže. Informace a video na www.velinvest.cz/2015/07/25/mezonet, tel. 777 207 723

PRONÁJEM

Pronajmu ordinaci s přípravnou, čekárnou a zázemím v poliklinice v Praze 4 v blízkosti metra C Háje. Vhodné pro lékaře specialistu nebo dva spolupracující lékaře. Kontakt: 705 207 447, staro@email.cz

Pronajmu zavedenou ordinaci ORL ve Zruči nad Sázavou na dva dny v týdnu s možností následného odprodeje. Kontakt: 602 332 599

Pronajmu nové NP – 2 ordinace s recepcí 100 m², v budově jsou další specializované ambulance, lékárna, v blízkosti FN, parkování, MHD, obchodní centra. Olomouc-Horní Lán. Cena: 24 000 vč. DPH + inkaso. Kontakt: urban.hel@seznam.cz

Nebytové prostory pro lékařskou praxi – ordinace s čekárnou. Více Záměr č. 7 <http://www.praha-dubec.cz/zamery-mc-ke-zverejneni/ds-9961/pl-11655>

Zařízené prostory ordinace praktického lékaře v Liberci 15-Harcově, v budově s dlouholetou historií občanské vybavenosti. Ordinace praktického lékaře zde fungovala do roku 2014. Od této doby není v obvodu dosažitelná péče PL. Cena k jednání je 7 tis./més. Kontakt: 603 448 131, stan.tomasek@gmail.com

Hledám k dlouhodobému pronájmu prostory pro zavedenou ordinaci (AT + psychiatrie), možnost skupinové terapie do 15 osob, nejlépe v lokalitě Kobylisy, Prosek, Ládví. Kontakt: Thalasa@seznam.cz

Volné prostory k pronájmu 16–150 m², vhodné pro ordinace, nabízí zavedená poliklinika v Praze 9, poskytující komplexní služby léčebné a preventivní péče včetně lékařských služeb, MHD a parkoviště u polikliniky, bezbariérový přístup. Kontakt: 773 492 543

Pronajmu nebytové prostory, ordinaci 100 m², v lukrativní části Olomouce-Horní Lán 10A. V budově jsou ordinace a centra dalších specialistů, lékárna Dr. Max, café bar. V blízkosti FN, obchodní centra, parkoviště, tramvajová zastávka. Kontakt: urban.hel@seznam.cz

Pronajmu ordinaci s přípravnou, čekárnou a zázemím. Celkem 55 m². V Praze 4 v blízkosti metra C Háje. Vhodné pro praktického lékaře nebo specialistu. Značka: levně. Kontakt: 705 207 447

V zavedené poliklinice Praha 9-Hloubětín, 5 min metro, pronajmeme 200 m² plochy, dosud jako lékárna, lze i jiné využití. Kontakt: dr. Zahorová, 604 945 966

SEZNÁMENÍ

Hledám ženu s fantazií, ve které bych mohl být. Kontakt: dr76@email.cz

Sportovně založená, svobodná, bezdětná lékařka (33 let) hledá partnera do slunných dnů i nepohody. Kontakt: k.praha81@seznam.cz

Lékařka 49 se synem 18 roků hledá partnera na seznámení. Kontakt: 721 502 503

Lékařka (31) se synem (7), vlastní praxi, hledá vážné seznámení, jen JMK. Kontakt: praktik.ordinace@seznam.cz

SLUŽBY

Vyřídíme oprávnění k poskyt. ZS, povedeme vaše účetnictví a mzdy. Kontakt: registracenzz.cz, 608 915 794, ucetnictvinnzz@seznam.cz

Nevedete agendu bezpečnosti práce? Vystavujete se nebezpečí postihu! Bezpečnost práce a PO pro lékařské ambulance – příprava dokumentace určené zákonem, hodnocení rizik, kategorizace prací, školení, audit, revize. Celá ČR. AD MEDICA, tel. 775 679 982, www.admedica.cz

Účetnictví a personalistika pro zdravotníky – účto dvojnásobně i daňová evidence. Realizace prodej a oceňování praxí, převody majetku, odborné poradenství při prodeji lékařských praxí. Zkušenost a profesionalita. Celá ČR. AD MEDICA, 602 735 314, www.admedica.cz

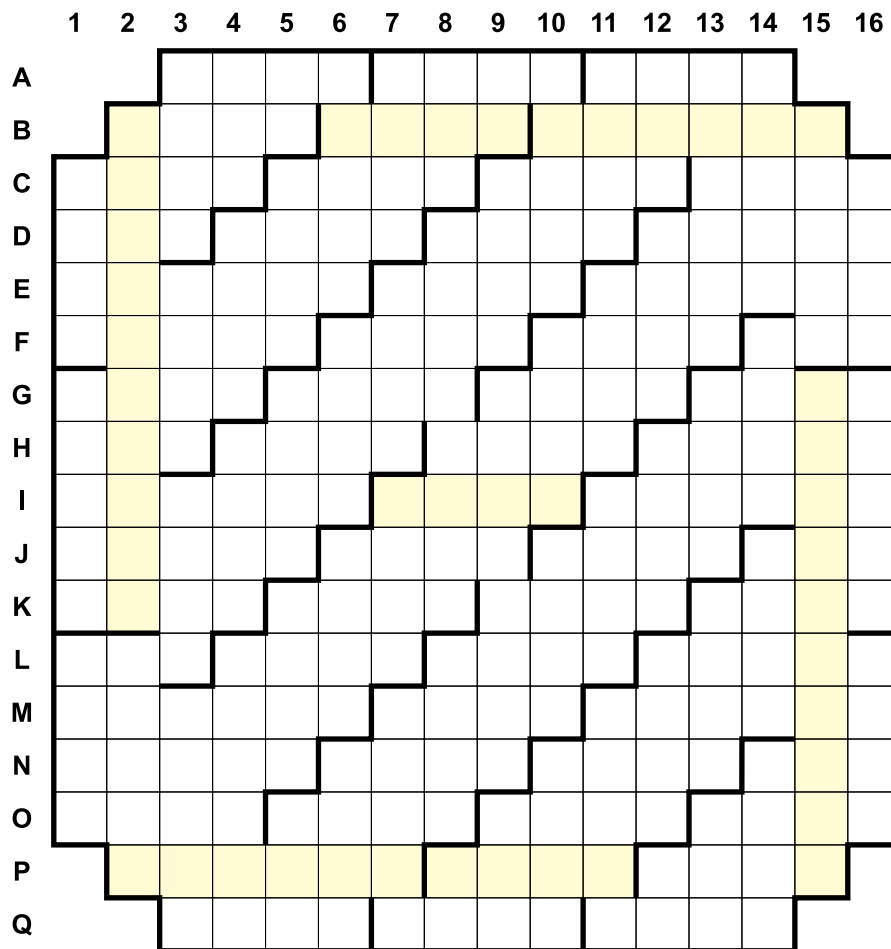
Transformace vaší praxe na s. r. o. Od přípravy provozních řádů, dokumentů a smluv, veškerý styk s úřady až po převod smluvních vztahů se ZP. Již stovky úspěšných realizací! Celá ČR. AD MEDICA, 775 679 982, www.admedica.cz

RŮZNÉ

Lékař neurolog s funkční odborností EMG nabízí spolupráci v oblasti konzultace-edukace (včetně přípravy ke zkoušce pro funkční odbornost EMG) nebo odborné garance za podmínek dle dohody, případně převedení EMG praxe. Kontakt: neuEMG@seznam.cz

Chcete od ledna 2016 fungovat jako společnost s. r. o.? Nyní je poslední možnost, jak to ještě stihnout! Volejte 775 679 982. Celá ČR. AD MEDICA – největší poskytovatel administrativních a účetních služeb pro zdravotníky. www.admedica.cz

KŘÍŽOVKA O CENY



Ostatní lékaři nejsou tak veselí jako chirurgové – ... (dokončení citátu Richarda Gordona je v tajence).

VODOROVNĚ: **A.** Bojové vozidlo; svalovina; bicykl. – **B.** Hmotnost obalu; **3. díl tajenky;** **6. díl tajenky.** – **C.** Údaje; jitra; italský herec; seknouti. – **D.** SPZ Rychnova nad Kněžnou; tmavočerveně; obvazový materiál; sekát. – **E.** Okrasa; hlodavci; český herec. – **F.** Sportovní potřeby; kloudně; touše; sedlina. – **G.** Ochrana zboží; jméno herce Ventury; dosna; vrch. – **H.** Poplatek státu; přístavní hráze; popelnice; dravý pták. – **I.** Světadíl; **1. díl tajenky;** český herec. – **J.** Kus látky k ovinutí chodidla; úpění; páčidla; vedle. – **K.** Vynášet; mzda; domácí Oldřich; ston. – **L.** Předložka; vlněná tkanina; pevný spoj; domácí Anastázie. – **M.** Sova; koupací nádoby; hradební příkop. – **N.** Líc mince; hlavní město Peru; dílenský stůl; pár (slovensky). – **O.** Anglicky „řada“; hodnota; peněžní soustava; mořský koryš. – **P. 2. díl tajenky;** **4. díl tajenky;** rozrývat pluhem. – **Q.** Rekreační stavení; druh masa; vuřt.

SVISLE: **1.** Stepní pták; koncertní síň; typ domku. – **2. 5. díl tajenky;** přemožitel Goliáše. – **3.** Otec; část ruky; bulharské město; zahálec. – **4.** Americký papoušek; český klavírista; být schopen; australský papoušek. – **5.** Tumáš; spodní strany látek; Vegovo jméno; obyvateľ Pruska; vřímavost. – **6.** Otesaný kmen; kilogramy; pomalý běh; pouze. – **7.** Menší měrou; lahodný pokrm; rychlý běh koně; delikvent. – **8.** Slovensky „jak“; vykrást; opuštěná; řecké písmeno. – **9.** SPZ Svitav; nám patřící; panovnice; hod. – **10.** Opotřebovatí jízdu; dveřní závěs; anglicky „hra“; šlehaný pokrm. – **11.** Značka kožichů; malá šelma; kmenový pracovník; krátkonohý koník. – **12.** Organ zrak; americký keř; součásti obleků; značka pokrmového tuku; osobní zájmeno. – **13.** Vodní květiny; štvanice; kulečnickový úder; plovoucí led. – **14.** Okousat; kulovité bakterie; opeřenec; saň. – **15.** Mravouka; **7. díl tajenky.** – **16.** Jihoevropan; jméno herce Delona; čili.

Pomůcka: knak, krul, odeon.

Křížovka o ceny

V tajence křížovky v Tempusu medicorum 7–8/2015 se skrýval citát Bernharda von Langenbecka: **Narkóza je něco, jako bychom drželi někoho po delší dobu za krk z okna ve čtvrtém poschodí.**

Knihu Petra Rittera *A poslední přišel kat* získává deset vylosovaných luštitelů: **Alois Bura**, Nový Jičín; **Jiří Dyntr**, Ústí nad Labem; **Milada Hoffmannová**, Brno; **Martina Kalinová**, Průhonice; **Vladimír Kokeš**, Rokycany; **Jiří Pla-**

ček, Kutná Hora; **Radek Ryšánek**, Brno; **Eva Tomisová**, Dolní Studénky; **Jana Vařáková**, Praha 4; **Zdeňka Zabalová**, Brno.

Na správné řešení tajenky z čísla 9/2015 čekáme na adrese recepce@clkr.cz do 5. října 2015.

Hodně štěstí!

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





Česká lékařská komora pořádá
pod záštitou předsedy Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR Jana Hamáčka
vzdělávací konferenci věnovanou tématu

Právní postavení českého lékaře

12. října 2015 od 13 do 18 hodin

Budova Poslanecké sněmovny Praha 1–Malá Strana, Sněmovní 1, místnost č. 205

12.30 Registrace účastníků

13.00 Zahájení konference, předseda Poslanecké sněmovny Jan Hamáček



SE SVÝMI PŘEDNÁŠKAMI VYSTOUPÍ:

MUDr. Milan Kubek,
prezident ČLK

MUDr. Svatopluk Němeček, MBA,
ministr zdravotnictví vlády ČR

JUDr. Pavel Rychetský,
předseda Ústavního soudu ČR

Prof. MUDr. Rostislav Vyzula, CSc.,
předseda Výboru pro zdravotnictví Poslanecké sněmovny ČR

Prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc.,
předseda Výboru pro zdravotnictví Senátu ČR

JUDr. Lenka Teska Arnoštová, Ph.D.,
náměstkyně ministra zdravotnictví

Prof. MUDr. Josef Vymazal, DrSc.,
náměstek ministra zdravotnictví

MUDr. Tom Philipp, Ph.D., MBA,
náměstek ministra zdravotnictví

JUDr. Jan Mach,
ředitel právní kanceláře ČLK

Účast na konferenci zařazené do systému celoživotního vzdělávání ČLK dle Stavovského předpisu č. 16 je bezplatná. **S ohledem na omezenou kapacitu konferenční místnosti a bezpečnostní opatření je však nutné se předem přihlásit!**

Vzhledem k bezpečnostním pravidlům platným pro vstup do prostor Poslanecké sněmovny je třeba mít s sebou průkaz totožnosti.

V případě zájmu se přihlaste na adrese: <http://lkr.cz/kurzy-clk-255.html>
Číslo kurzu: 129/15

Své evidenční číslo (EC) najdete vpravo v seznamu registrovaných lékařů.
U nečlenů ČLK je nutné do kolonky vyplnit „nečlen“.

Bližší informace a aktuální program naleznete na www.lkr.cz (Vzdělávání, sekce KURZY ČLK).

Odborná vzdělávací akce je pořádána v rámci celoživotního vzdělávání lékařů dle SP č. 16 a je ohodnocena 6 kredity.