

TEMPUS

MEDICORUM

hlavní téma měsíce

RÁMCOVÉ SMLOUVY

**CHCI SJEDNOTIT
LÉKAŘE**

říká Milan Kubek

**VEDENÍ
ZDRAVOTNICKÉ
DOKUMENTACE**

PLUS

**FARMAKOTERAPEUTICKÉ
INFORMACE**

- infekce močových cest ve stáří
- riziko anafylaktické reakce po očkování
- TIBOLON a TAMSULOSIN: zvýšení rizika



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

právě jste si otevřeli první číslo časopisu *Tempus Medicorum*, který pro Českou lékařskou komoru vyrobilo Studio 24 hodin Víta Hrachovského, tedy společnost, již jako smluvního partnera doporučila komise složená z členů představenstva Komory. Doufám, že spolupráce vymezená pravidly určenými smlouvou, schválenou představenstvem, přinese naší Komoře ekonomický profit.

Naším cílem je, aby se *Tempus Medicorum* opět stal tím, čím býval, tedy čtivým časopisem, na jehož stránkách budete nalézat nejenom potřebné informace o činnosti ČLK, ale především užitečné rady, jak co nejnázáze proplovat víry a peřejemi turbulentního českého zdravotnictví.

Pouhé dobré úmysly však nestačí. Aby se nám dílo dařilo, spojili jsme své síly se společností *EV public relations*, jejíž tým profesionálních novinářů nám bude pomáhat naše představy uskutečnit. Jak moc jsme zatím ve své snaze úspěšní, to už musíte posoudit vy.

V čase, kdy píšete tyto řádky, ještě žádný časopis neexistuje a tak si na rozdíl od vás nemohu prolistovat jeho stránky. Přesto si vás dovoluji poprosit o jistou shovívavost vůči nedostatkům, které se pokusíme v příštích číslech napravit. A vzhledem k tomu, že *Tempus Medicorum* je společným časopisem nás všech, chci vás požádat, abyste své připomínky, náměty a příspěvky posílali na adresu redakce@clkcr.cz.

Jedním z hlavních cílů, který jsem si po zvolení prezidentem České lékařské komory vytyčil, je zlepšení informovanosti lékařů – členů ČLK. Vzhledem k měsíční periodicitě časopisu a výrobním lhůtám, jsou i ty nejžhavější aktuality v době jeho distribuce k vám, čtenářům, již minimálně dva týdny staré. I proto představuje v době elektronické komunikace hlavní zdroj aktuálních informací internet. Zde mne mrzí, že výsledkem jednání s OS ČLK Děčín a doktorem Suchardou nebylo navrácení domény clk.cr České lékařské komoře, která na ni má morální právo. Ale přesto vás s radostí mohu upozornit na to, že na adrese www.lkcr.cz naleznete naši novou webovou stránku připravenou kolegy z představenstva, doktorem Němečkem. Ani tato nemá být žádným statickým dílem, ale naopak dynamicky se rozvíjejícím nosičem informací, který bude reagovat na vaše přání a potřeby. O všem, co souvisí s prezentací na webových stránkách, nám pište na adresu sekretariat@clkcr.cz.

Dalším zdrojem informací může být i přímá elektronická komunikace. Pokud tedy máte zájem o nejaktuálnější informace, kontaktujte laskavě ČLK prostřednictvím adresy recepce@clkcr.cz a můžete dostávat čerstvé zprávy přímo do vašeho počítače.

Řada z vás se mnou určitě v mnohém nesouhlasí, ale jistě se shodnete na tom, že čím více informací má člověk při svém rozhodování k dispozici, tím spíše se rozhodne správně. Navíc nás všechny spojuje stejný cíl: fungující, finančně zajištěné zdravotnictví, ve kterém se my lékaři budeme moci za příznivých ekonomických a pracovních podmínek plně věnovat své práci. Pokud tak jako já i vy věříte, že můžeme na cestě za dosažením tohoto cíle kráčet společně, neváhejte mne kontaktovat prostřednictvím sekretariátu nebo na prezident@clkcr.cz. Budu se snažit vaše podněty, náměty, připomínky i výtky využívat co nejlépe ku prospěchu České lékařské komory a nás všech.

MUDr. Milan Kubek
prezident ČLK

OBSAH

TÉMA MĚSÍCE 2–7

Trvalý smluvní vztah
Stanoviska lékařských pojišťoven
Vyjádření lékařů

NÁZORY 10–11

Ad: Pacienti určení k likvidaci
Máme prezidenta ČLK
za co chválit?

STALO SE 14–15

Vzdělávací konference LOK-SČL
Závislost na tabáku je nemoc

PRÁVNÍ PORADNA 18–20

Vedení zdravotnické dokumentace
Regulační srážky OZP

ROZHOVOR 24–26

Mám ambice sjednotit lékaře

KAZUISTIKA 28–29

Zrádné bolesti v zádech

SERVIS 30–32

Vzdělávací kurzy ČLK

Měsíčník TEMPUS MEDICORUM

Vydává Česká lékařská komora,
Dolní nám. 38, 771 00 Olomouc
Registrační číslo MK ČR 6582
ISSN 1214-7524 • IČO 43965024

Adresa redakce
Časopis ČLK, Lékařská 2, 150 00 Praha 5
Tel.: +420 257 217 226 • Fax: +420 257 220 618

www.lkcr.cz/tm

Šéfredaktor

MUDr. Milan Kubek

Redakční rada

MUDr. Aleš Herman, MUDr. Eva Hledíková,

MUDr. Zorjan Jojko, MUDr. Lubor Kinšt,

MUDr. Martin Sedláček

Redakce

EV public relations, s. r. o., Praha

Odpovědná redaktorka

PhDr. Blanka Rokosová

Přijem příspěvků, fotografií a řádkové inzerce
blanka.rokosova@ev-pr.cz; tel./fax: +420 224 210 265
Pplk. Sochora 23, 170 00 Praha 7

Fotografie

archív redakce (pokud není uveden autor)

Grafická úprava, sazba

Studio 24 hodin, Brno

Tisk

Moraviapress, a. s., Břeclav

Uzávěrka čísla 9

8. září 2006, vyšlo 26. 9. 2006

Podávání novinových zásilek povoleno

Česká pošta, s. p., oštěpný závod Praha,

č. j. nov. 6139/96 ze dne 22. 11. 1996

Distribuce

Česká pošta, s. p., Postservis OZ Přeprava

Předplatné pro nečleny ČLK 300 Kč/rok (přijímá redakce)

Příspěvky se nemusejí shodovat se stanoviskem redakce.
Ta si současně vyhrazuje právo na redakční úpravu textů.



ČTYŘLETÁ SMLOUVA JE LIKVIDAČNÍ

Stav smluvních vztahů komplementárních oborů s pojišťovkami je to, co se řady z nás dotýká bytostně a bezprostředně.

Přestože se zástupci všech pojišťoven podepsali pod vzorovou rámcovou smlouvu, která vyšla z dohodovacího řízení mezi pojišťovkami a poskytovateli, a kde byly jasně definované výpovědní důvody a možnost uzavřít smlouvu o poskytování péče až na 8 let, vydáním vyhlášky 290/2006 Sb. byl tento text odsunut do pozadí.

Co tedy je ve vyhlášce 290/2006 pro nás tak nevýhodné? Smlouva má být uzavřena pouze na 4 roky, výpovědní důvody jsou ty nejpřísnější a nejstriktnější, za pouhý přehmat může být smlouva ze strany pojišťovny vypovězena, zdravotní pojišťovna může podle této vyhlášky bez souhlasu zdravotnického zařízení zveřejnit částky vyplácené za poskytnutou zdravotní péči. Některým lékařům se možná tyto podmínky nezdají tak špatné, ale zkusme se blíže zamyslet nad jednotlivými body.

Čtyřleté trvání smlouvy se zdá být pro obory tak náročné na přístrojové vybavení prakticky likvidační. Pokud pořizujeme přístroj v cenách okolo 1, 2, 3 a více milionů, nelze jej koupit za hotové - tak dobře si nikdo z nás nestojí. Je nutné žádat o leasing anebo úvěr - v obou případech podnikatel počítá s tím, že po splacení začne přístroj vydělávat, nebo bude obměněn za další. Smluvní vztah na 4 roky není u žádného bankovního domu až tak přesvědčivý na poskytnutí úvěru, odpisy přístrojů jsou pětileté. Striktní výpovědní důvody, kdy jakékoli ne blíže specifikované odchýlení od smlouvy může být důvodem k ukončení smluvního vztahu, zbavují lékaře existenční jistoty. Charakter dožadované péče komplementu téměř znemožňuje orientovat se na služby hrazené. Kdo by asi tak chtěl platit za rentgenový snímek zlomené ruky, za laboratorní vyšetření funkce štítné žlázy?

TRVALÝ SMLUVNÍ VZTAH

Některé pobočky zdravotních pojišťoven plní dohody uzavřené mezi prezidentem ČLK a jejich generálními řediteli zatím jen velmi liknavě. O novou smlouvu požádaly stovky soukromých lékařů, podepsáno ji mají však zatím pouze desítky z nich.

Pojďme si společně zrekapitulovat, co se až doposud v této oblasti odehrálo.

Dohodovací řízení o rámcových smlouvách svolal Milan Kubek ještě jako předseda LOK-SČL 16. 11. 2005 v souladu s § 17 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění proto, aby zabránil plošným výběrovým řízením a hrozcí likvidaci 10 až 15 procent soukromých lékařských praxí. První kolo jednání mezi svazy zdravotních pojišťoven a zájmovými sdruženími ambulantních specialistů a praktických lékařů proběhlo 6. 12. 2005.

V rámci dohodovacího řízení se nepodařilo vyjednat takové podmínky, které by přinášely soukromým lékařům existenční jistotu. Pojišťovny nebyly ochotny nabídnout více než smlouvy na dobu určitou, přičemž o jejich délce by v konečném důsledku rozhodovala pojišťovna díky ustanovení, že „smlouva se uzavírá na 8 let, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak“.

Po půlroce marných jednání vydal bývalý ministr zdravotnictví David Rath vyhlášku č. 290/2006 Sb. o rámcových smlouvách (Sbírka zákonů, 16. 6. 2006). Podle ní **rámcové smlouvy obsažené v příloze sice soukromým lékařům zajišťují právo na tzv. trvalý smluvní vztah, ale zároveň obsahují i některá pro lékaře nevýhodná ustanovení.** Po následném jednání prezidenta ČLK s vedením VZP (111) o smlouvách pro praktické lékaře a pro ambulantní specialisty byly

přijaty změny, s jejichž zněním vyslovil souhlas i ministr zdravotnictví. Velmi podobné smlouvy se poté prezidentovi ČLK podařilo vyjednat rovněž s řediteli **ZP MV (211), Vo ZP (201) a OZP (207)**. Jako zatím poslední přistoupila na dohodu **Zdravotní pojišťovna Škoda (209)**, která však odmítá ustanovení o dodatku, který by upřeshňoval podmínky zveřejňování údajů o úhradách zdravotnickému zařízení.

Smlouvy jsou nyní k dispozici na www.lkcr.cz.

Důležité individuální smlouvy

V individuální smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče je poměrně vágní výpovědní důvod uvedený v rámcové smlouvě („opakovaně porušuje ustanovení této smlouvy“) upřesněn tak, že zakotvuje jen **zásadní povinnosti** (nelze tedy např. smlouvu vypovědět pro opakovaně chybně vyplněný recept, lze ji však vypovědět při opakovaném porušování povinnosti poskytovat péči lege artis). Všechny jiné důvody jsou takové, že by se další plnění smlouvy nedalo rozumně očekávat.

Je vypuštěno ustanovení o možnosti zdravotní pojišťovny zveřejnit výši úhrady poskytnuté zdravotnickému zařízení z veřejného zdravotního pojištění za uplynulý kalendářní rok bez dohody se zdravotnickým zařízením, která by měla formu dodatku ke smlouvě.

Dále je upřesněno, že **do ordináčnických hodin se započítává i posudková**

Postupně vstupují v platnost smlouvy soukromých lékařů s pojišťovkami. Jaká byla k 5. září situace u vás?

Obdržela jsem do dnešního dne návrh nové smlouvy pouze od pojišťovny vojenské. S ostatními jsou připravovány pouze dodatky. Na VZP Praha mi bylo sděleno, že na někoho může přijít řada až v lednu a máme čekat na vyzvání.

MUDr. Hana Seidlová, praktický lékař pro děti a dorost, Praha 5

Nemám nyní sice přesné informace od ostatních praktických lékařů, ale předpokládám, že v našem okrese je situace u všech obdobná. Na moji žádost o smlouvu s VZP jsem dostal následující odpověď: Sdělujeme Vám, že smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče bude v souladu s textem dohodnutým s ČLK rozesílána a podepisována VZP ČR standardním způsobem, jakmile bude vzhledem k legislativním změnám dohodnuta nová příloha č. 2, jejíž formuláře Vám zašleme ihned po jejich obdržení.

MUDr. Zdeněk Vlasák, praktický lékař, okr. Sokolov



činnost a v případě praktických lékařů pro dospělé i pro děti a dorost též návštěvní služba (metodika započítávání tzv. klinických dnů u ambulantních specialistů do ordinační doby se precizuje a bude řešena mimo smlouvu).

Naopak jako ústupek zdravotním pojišťovnám se v **individuální smlouvě** oproti rámcové **nesjednává možnost smluvní pokuty podle článku VI. odstavec 4 rámcové smlouvy** (v případě prodlení s úhradou nad 65 dní účtovat smluvní pokutu 10 % dlužné částky), čímž pochopitelně není dotčeno právo uplatnit zákonný úrok z prodlení.

Podepsané smlouvy platí

Většina představitelů lékařských organizací hodnotí smlouvy jako velmi výhodné a doporučuje svým kolegům, aby je podepsali. Z objektivních důvodů zatím nebylo možné vyjednat trvalý smluvní vztah pro ostatní soukromé lékaře (např. komplement). Jistě by také bylo lepší, kdyby trvalý smluvní vztah zajišťoval zákon.

V případě oboustranného podpisu vyplývá ze **smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče, že jde o trvalý smluvní vztah, který lze ukončit jen z důvodů uvedených v článku**

VIII. této smlouvy a ne jinak. Tříměsíční výpovědní lhůta v případě smlouvy na dobu neurčitou se týká nájmu nebytových prostor a je v tomto případě vyloučena, protože pouze individuální smlouva uvedená v příloze a vycházející z rámcové smlouvy uvádí, kdy a za jakých podmínek ji lze ukončit. **I kdyby došlo ke změně či zrušení vyhlášky č. 290/2006 Sb. o rámcových smlouvách** (ať již rozhodnutím nového ministra nebo rozhodnutím Ústavního soudu), **nemůže to nic změnit na platnosti již uzavřené individuální smlouvy zakotvující trvalý smluvní vztah. Jde o princip tzv. nabytých práv, která nelze změnou právních předpisů opět pozbyt.**

S výjimkou Vojenské zdravotní pojišťovny, která návrh smlouvy již rozeslala svým smluvním partnerům, pojišťovny iniciativně smlouvy soukromým lékařům nenabízejí. Zdravotnické zařízení tedy musí aktivně požádat o smlouvu zajišťující trvalý smluvní vztah podle vzoru, který s řediteli pojišťoven vyjednal prezident ČLK.

Podpisem této smlouvy získává zdravotnické zařízení (PL nebo AS s kapacitním číslem lékaře menším nebo rovným 10,0) trvalý smluvní vztah, a to bez ohledu na stanovení účinnosti smlouvy, byť by to bylo například až od 1. 1. 2007.

I podle reakcí, které redakce časopisu *Tempus Medicorum* obdržela z různých míst republiky (viz anketa), je jasné, že zdravotní pojišťovny ve valné většině zatím nejsou schopné pružně reagovat na zájem lékařů o nové smlouvy. V některých případech to však není jen otázka technických obtíží spojených s přípravou nové smlouvy a jejích příloh, ale mnohdy to závisí spíše na přístupu konkrétních úředníků. Lékařům nezbyvá než se po smlouvách aktivně shánět a doufat, že se s koncem dovolených úřední mašinerie rozběhne naplno a tisíce nových smluv budou podepsány již v příštích týdnech.

Blanka ROKOSOVÁ

VZP v okrese Zlín poslala do cca 500 privátních ordinací návrh smlouvy, na 140 lékařů návrh upřesnilo a odeslalo na pobočku VZP, asi 25 smluv je připraveno v originále k podpisu řediteli, ale čeká se ještě na nějaké rozhodnutí o technickém provedení (?). Spíše mi to připadá, že VZP zaujala vyčkávací stanovisko, smlouvy nepodepisuje a čeká na definitivní pokyn z centrálního vedení.

MUDr. Lubomír Nečas, předseda OS ČLK

V olomouckém okrese podle dosavadních informací požádalo 30 lékařů o smlouvu s VZP na dobu neurčitou.

MUDr. Jaroslav Imrych, předseda OSČLK Olomouc

Možnost snadného vypovězení smlouvy zpochybňuje lékaře komplementu na trhu práce i jako zaměstnavatele. Ostatní skupiny poskytovatelů přitom nejsou zdaleka tak zranitelné, nutné množství zaměstnanců v laboratořích a rentgenech je mnohem větší než u jiných oborů. Zveřejňování částek vyplácených zdravotní pojišťovnou zdravotnickému zařízení je hrubě zavádějící. Jedná se o jediný z kontextu vytržený údaj, o hrubý zisk, tedy o částku, která je okleštěná o všechny výdajové složky. Přitom náklady na nájmy, výplaty, materiály, služby a další stále stoupají, pro kohokoliv nezúčastněného je prakticky nemožné, aby dokázal vyčíslit hospodářský výsledek z jednoho příjmového údaje.

V neposlední řadě je třeba připomenout, že ve vyhlášce 290/2006 Sb. je pro ostatní soukromé poskytovatele navržen tzv. trvalý smluvní vztah, který byl ještě jednáním prezidenta ČLK dr. Kubka s dr. Horákem, ředitelem VZP, zbaven mnoha nepříznivých bodů. Např. byly lépe definovány výpovědní důvody, byl odstraněn článek o zveřejňování obrátu zdravotnického zařízení bez jeho souhlasu. Tím bylo pro praktické lékaře a ambulantní specialisty vytvořeno zcela jiné podnikatelské prostředí. Proč je tomu tak, mně osobně není jasné, cítuji tuto asymetrii smluvních vztahů jako velkou nespravedlnost a neumím se s tímto stavem, kdy přístup k prostředkům veřejného pojištění je pro různé skupiny diametrálně odlišný, dobře vyrovnat.

Jednání o smlouvách zatím nejsou ukončená. Většinou máme uzavřeny prolongační dodatky do konce roku 2006. Apeluji tedy na prezidenta ČLK dr. Kubka, na své kolegy z představenstva ČLK, ale i na ostatní lékařskou veřejnost, aby nám pomohli vyjednat s pojišťovnami smlouvu alespoň na 8 let a s ostatními obory srovnatelné smluvní podmínky.

MUDr. Eva Hledíková



ABY JISTOTA BYLA SKUTEČNOU JISTOTOU...

Jsme všichni zahrnováni informacemi o výhodnosti nových smluv s VZP. Kromě individuálních dohod mezi prezidentem ČLK a řediteli VZP a VoZP dobíhají jednotlivá řádná jednání o tzv. typových smlouvách s ostatními pojišťovnami.

Ukončená/podepsaná dohoda je se ZP MV ČR, jednání běží s OZP, ČNZP, ale nejen s nimi. Ve všech případech byly přijaty nebo se jedná o textech obsahově prakticky shodných s textem dohody mezi MUDr. Kubkem a MUDr. Horákem.

Vzhledem k současné situaci je třeba doporučit všem zdravotnickým zařízením, kterých se to týká, aby si o tento typ smlouvy požádaly, nebo aby je přijaly, bude-li jim aktivně nabídnut ze strany zdravotní pojišťovny. Zároveň je však podle mého názoru třeba tyto lékaře upozornit na možná úskalí předkládaného textu, ale hlavně na současné „širší vztahy“, které ovlivňují míru jistoty pro ně z této smlouvy plynoucí.

Co v textu smlouvy není zcela optimálně řešeno?

Text vzorové smlouvy řešení některých problémů jen odsouvá (např. předpokládá uzavření dodatku pro stanovení pravidel zveřejňování ekonomických údajů o zdravotnických zařízeních), je rezignováno na některé sankce, v textu vzorové smlouvy pro VZP není vždy řešeno, co se stane, pokud zdravotnické zařízení nepošle včas svou fakturu...

S čím je třeba v těchto souvislostech také počítat?

■ Ačkoli dostávají malá zdravotnická zařízení poskytující zdravotní péči praktických lékařů a ambulantní specializovanou péči „smluvní jistotu“, děje se tak v prostředí, kdy zároveň platí některé nové zákony a vyhlášky, které tato stejná zdravotnická zařízení staví do méně výhodné pozice hlavně v přístupu k finančním zdrojům a která velmi posilují vliv státu na ekonomiku i těch

Jak to vypadá se smlouvami?

Expedice prvních smluv podle nové rámcové smlouvy se teprve rozbíhá. Je to určité rozčarování jak pro mne, tak ještě více pro vás, naše smluvní partnery, ale i když průtahy nechci omlouvat, je třeba spravedlivě říci, že s generováním nových smluv je spjato vyřešení řady dalších problémů a otázek.

Musel být zaveden a podle připomínek z provozu několikrát upravován nový software na zpracování příloh č. 2, který byl doplněn podrobnou metodikou, aby byl shodně vyplňován po celé republice (jenom otázka jednotného názvosloví věcného vybavení je šťavnatá kapitola). Aplikaci od nás přebírají i některé zaměstnanecké pojišťovny, což bude výhodou pro lékaře. Také ke způsobu unifikovaného generování nových čísel smluv (krajského na rozdíl od dřívějšího okresního číslování) byla mezi dotčenými útvary pojišťovny velká polemika. Tento proces totiž probíhá současně s krajskou reorganizací poboček VZP a zamýšlenými změnami informačního systému.

V dosavadních přílohách je někde velký problém s jejich aktuálností, ať již ve věcném či personálním vybavení, vyvozujeme z toho i postihy a generační obměnu odpovědných pracovníků pojišťovny. Někde je tedy nutno přílohy skoro celé vytvářet znovu.

Nové smlouvy vyžadují i předložení některých dokladů od lékařů. Nechceme sice paušálně žádat všechny základní dokumenty znovu, ale v řadě případů bude muset praxe některé skutečnosti doložit – kupř. potvrzení o odborné způ-



sobilosti v souvislosti s novým platným zákonem o vzdělávání lékařů či další doklady. Vzniká totiž ve většině případů trvalý smluvní vztah, takže pojišťovna nemůže ustoupit od požadavku mít v pořádku všechny potřebné údaje a dokumenty.

Práce nám také kolidují s podepisováním dodatků o úhradě na předchozí i budoucí pololetí (bude zřejmě bohužel nutné ve stejném znění podepisovat dodatky o úhradě na druhé pololetí k prodlužovacímu dodatku i k nové smlouvě), velkým problémem pro informační systém, systém automatizovaných kontrol i účetní software, budou i různá a rozdílná data podpisu a účinnosti smluv a to vše je ještě komplikováno výraznými změnami ve způsobu úhrad nákladných léků, které vyžadují další, dříve neznámé dodatky k základním smlouvám i k dodatkům o úhradách. Věřím, že lékaři pochopí naše obtíže a uvěří snaze našich pracovníků co nejrychleji věci stihnout tak, abychom měli naše vzájemné smluvní vztahy dobře uspořádány. Není třeba se obávat toho, že pojišťovna změní svůj přístup vůči

K 5. 9. 2006 je pro praktické lékaře v Praze 6 – a troufám si tvrdit, že pro celou Prahu bude situace obdobná – následující stav: **VZP:** dle sdělení právního oddělení pražské pobočky shromažďují žádosti lékařů o navázání smlouvy dle vyhlášky 290/2006 Sb., texty smluv nejsou k dispozici (pro ilustraci uvádím, že já osobně jsem o uzavření zmíněné smlouvy požádal písemně dne 27. 7.!) **Vojenská ZP:** dne 29. 8. 2006 jsme obdrželi text smlouvy dle vyhlášky 290/2006 Sb. v úpravě dle prezidenta ČLK. **OZP:** podepsán písemný dodatek ke starým smlouvám, kde se obě strany zavazují k uzavření nové typové smlouvy po ukončení jednání o její podobě. **Pojišťovna ministerstva vnitra:** „ticho po pěšině“ (ve staré rámcové smlouvě je však dohodnuta automatická prodloužení smluvního vztahu). O situaci v ostatních zdravotních pojišťovnách nemám přehled. Zdůrazňuji, že nejde o oficiální stanovisko ČLK Prahy 6, ale pouze o zprávu člena představenstva, kterou podávám sám za sebe na základě vlastních zkušeností a zkušeností nejbližších kolegů.

MUDr. Michal Lazák, praktický lékař pro dospělé, Praha 6

ANKETA

Já, privátní revmatolog v České Lípě, a spolu se mnou moji ambulantní kolegové v našem okrese nemáme t. č. uzavřenou žádnou platnou smlouvu se žádnou ZP. Máme jen přísliby, že se tak stane. Někteří kolegové ani to ne, záleží na tom, jestli si požádali sami, nebo čekají, až se pojišťovny samy ozvou. Kdo postupoval dle návodu prezidenta ČLK a o smlouvu v souladu s vyhláškou požádal, příslib dostal. Ještě dovětek: VZP nám dala jako určitou jistotu dodatek o prodloužení stávajících smluv do 31. 12. 2007.

MUDr. Helena Stehlíková, revmatolog, Česká Lípa



Vážený pane prezidente,

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, se sídlem v Mladé Boleslavi, Husova 212, (dále i jen ZPŠ) obdržela Vaše připomínky k návrhu typové smlouvy ZPŠ pro ambulantní specialisty a pro praktické lékaře pro dospělé a praktické lékaře pro děti a dorost.

Považujeme za nezbytné naplnit věcně ustanovení vyhlášky č. 290/2006 Sb., a zároveň vzít v úvahu připomínky poskytovatelů zdravotní péče. Za základ textu smluvních jednání byla proto vzata Vaše varianta, dohodnutá mezi zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny a České lékařské komory, s výjimkou možnosti sjednat samostatný dodatek o rozsahu a způsobu zveřejňování výše úhrady poskytnuté ZPŠ.

Sjednání dodatku je nad rámec vyhlášky č. 290/2006 Sb., neboť se nejedná o zpřesnění daných ustanovení v rámci citované vyhlášky, ale je stanovení dalších podmínek, které daný právní předpis nepředpokládá. Tato varianta je maximálním kompromisem v rámci platné právní úpravy.

Textaci těchto smluv o poskytování a úhradě zdravotní péče Vám v příloze zasíláme. Dohodovací řízení tím považujeme za ukončené.

*Ing. Dariana Ulmanová, MBA, ředitelka ZPŠ
JUDr. Vlasta Vávrová, ředitelka právního a kontrolního odboru*

těm, kteří jsou se zněním smluv spokojeni a netrpělivě je očekávají.

V současné době je na většině poboček v podstatě ukončeno podepisování prodlužovacích dodatků ke smlouvám z předchozího období (na většině poboček je podepsáno přes 90 % smluv). V této souvislosti bych chtěl říci, že zbývající lékaři (všem byly návrhy odeslány) by měli v každém případě komunikovat s územním pracovištěm pojišťovny, aby nevznikl dojem, že lékař nemá o další smlouvu zájem. Pokud nebude dodatek nahrazen novou smlouvou (která ale musí být podepsána s účinností od 1. 7. 2006, včetně platnosti Přílohy č. 2 s vazbou do kontrol předávaných dávek), nebude dlouho moci trvat stav, kdy lékař nebude mít žádný platný vztah s pojišťovnou. Do závěrečné fáze se dostalo i podepisování zbývajících dodatků

o úhradách na 1. pololetí a v konečném připomínkování je i na základě jednání s poskytovateli znění návrhů dodatků na pololetí druhé. Končí také vyjednávání o způsobu a výši úhrad na celý rok 2007. Období je to hektické, ale věřím, že jednou skončí a nastolí stabilitu ve smluvních vztazích.

Snažíme se urychlit proces podepisování nových smluv také tím, že jsme přijali metodiku, která oddělí bezproblémové, průměrné smluvní vztahy, kde bude možnost jejich rychlého vystavení. Případy, kdy budeme muset s lékaři nejprve rozsáhleji vyjednávat (kupř. o změně příloh, o souběžích a překročných úvazcích, o specifických zvláštnotech jejich smlouvy), zařadíme až po odbavení většiny standardních poskytovatelů.

MUDr. Pavel Horák, ředitel VZP

Situace v kraji, jak mám zprávy, je totožná se situací v Děčíně. Ač po barnumské reklamě mající hlavně za úkol vyzdvihnout aktivitu pana prezidenta Kubka před nadcházejícím podzimním sjezdem ČLK deklarovaly nejméně 4 pojišťovny, že jsou ochotny přistoupit na jim vyjednanou verzi rámcové smlouvy podle VZP a většina lékařů o tyto smlouvy požádala, nestalo se vůbec nic. Skoro 2 měsíce již čekáme na reakci, my, kteří jsme dle rady požádali. Vypadá to, jako by všichni čekali, zda bude či nebude zrušena vyhláška 290/2006 Sb., která sice deklaruje smlouvy na dobu neurčitou pro všechny, ale nyní všechny pojišťovny připravují novelu Přílohy 2, která řadu poskytovatelů, zejména z řad komplementu, ze sítě vyloučí. Zbývající pojišťovny nabídly smlouvu dle vyhlášky 290/2006, která je neakceptovatelná. Jedním slovem v otázce prolongace smluv se neděje nic co by stálo za řeč. V otázce dohod o ceně péče na 2. pololetí je většinou navrhován kompilát mezi vyhláškami 555/2005 a 101/2006, i když poskytovatelé vyjednávají a prakticky vyjednají něco jiného. To má za následek, že např. VZP platí paušály, ale zatím vůbec neprovedla vyhodnocení dávek zasláných v červenci a v srpnu. Prostě jedním slovem zmatek sem vnesený hurá akcemi bývalého ministra.

MUDr. František Plhoň, ORL ambulantní specialista, Děčín

Mnohokrát děkuji prezidentovi Kubkovi za to, že pro nás, soukromé lékaře, vyjednával výhodné smluvní vztahy a stará se o naše zisky. Zatím to vždy vypadalo, že ČLK je jen pro nemocniční lékaře a my se musíme starat o sebe sami. Nyní vidím, že je opravdu zájem zlepšit naši situaci, ať už co se týče perspektivy, tak i financí.

MUDr. Kateřina Řezáčová, praktický lékař pro děti a dorost, Plzeň

nejmenších zdravotnických zařízení. Nebude-li zajištěn rovný přístup k finančním zdrojům nezávisle na typu vlastnictví zdravotnického zařízení, není jistota ze smlouvy opravdovou jistotou existenční.

■ Ne zcela podle jasné logiky jsou smluvně znevýhodněna větší zdravotnická zařízení a jiné soukromé subjekty (komplement, lékárny), jejichž nezávislou existenci soukromí lékaři potřebují, aby se nemuseli obávat zneužití lokálního monopolu silným, velkým (např. lůžkovým) zdravotnickým zařízením v regionu.

■ Z různých prohlášení pojišťoven a z jednání s nimi je jasné, že některé z nich plánují revizi rozsahu smluvních vztahů i v segmentech praktických lékařů a ambulantních specialistů, přičemž nejsou vždy známa obecná pravidla, podle kterých se bude postupovat a jakého počtu zařízení se tedy týká právo na získání smlouvy podle sjednaného textu vzorové smlouvy.

■ Smlouvy nově požadují minimální rozsah tzv. ordinační doby, přičemž ale z jednání se zainteresovanými institucemi včetně pojišťoven začíná být jasné, že není obecné povědomí, co vše musí soukromý lékař pro své pacienty i pro funkčnost své ambulance dělat a kolik mu jednotlivé činnosti zaberou času.

■ V diskuzích o personálním a technickém vybavení zdravotnických zařízení není vždy dostatečně zdůrazňováno kritérium kvality, které možná jako jediné může chránit malá zdravotnická zařízení před globalizací, jež se nevyhne jistě ani českému zdravotnictví.

Nechci příliš zpochybňovat klady textu vzorové smlouvy, která je předlohou pro jednání s dalšími pojišťovnami.

Izolovaně posuzováno je to dobrý a prospěšný krok pro každého z nás. Účelem této polemiky je uvědomit si, co vše je třeba z pozice každého z nás zkusit ovlivnit, aby jistota byla opravdu jistotou.

MUDr. Zorjan Jojko

ANKETA

TEMPUS



Stanovisko ZP MV ČR

ZP MV ČR postupuje při úhradách zdravotní péče pro druhé pololetí 2006 v souladu s platnými ustanoveními vyhlášky MZ č. 550/2005 Sb., ve znění vyhlášky MZ č. 101/2006 Sb., kterou se předchozí vyhláška upravuje.

Pojišťovna uzavírá s jednotlivými zdravotnickými zařízeními Dohody (cenové dodatky) ke Smlouvám o poskytování a hradě zdravotní péče, které mimo jiné obsahují i číselné údaje týkající se referenčních hodnot dosažených konkrétním zdravotnickým zařízením. Jsou v nich rovněž specifikovány způsob a výše úhrad, včetně doúčtování. ZP MV ČR v rámci úhrad zdravotní péče samozřejmě zohledňuje i dopad jiných právních předpisů, které vstoupily v platnost v průběhu pololetí a mají vliv na financování zdravotní péče. Jedná se především o vyhlášku MZ č. 387/2006 Sb., kterou se mění vyhláška č. 532/2005 Sb., o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely, ve znění vyhlášky č. 37/2006 Sb. a č. 368/2006 Sb.

Leták s detailním popisem dopadu a zohlednění vyhlášky je přikládán ke všem odesílaným Dohodám. V době uveřejnění tohoto článku budou již všem smluvním partnerům rozeslány.

Pro zpracování, projednávání a uzavírání smluv o poskytování a úhradě hrazené zdravotní péče, vypracovaných v souladu s vyhláškou MZ č. 290/2006 Sb.,

v souladu s dohodou mezi generálním ředitelem ZP MV ČR Karlem Šaterou a prezidentem ČLK Milanem Kubkem, byl vydán pokyn generálního ředitele s jasně stanoveným harmonogramem uzavírání typových smluv. Část jich je již rozeslána (např. doprava, komplement, lázně), poslední tisk a distribuce se uskuteční do 30. září 2006. Během září a října bude na pobočkách ZP MV ČR jednáno s těmi smluvními partnery, kteří nesplňují požadavky vyhl. č. 290/2006 Sb., například výši PKČ (mimo rozmezí 0,25–1,4).

V současnosti jsou na jednotlivých pobočkách evidovány žádosti o zaslání typových smluv. Nejvíce jsou zastoupeni ambulantní specialisté, konkrétně interna a gynekologie. Za celou pojišťovnu se jedná o 1469 lékařů (k 7. 9. 2006) z celkového počtu 26 751 ZZ, přičemž žádosti od PL a PLDD představují přibližně pětinu. Počet žádostí o zaslání typové smlouvy vzhledem k celkovému počtu zdravotnických zařízení představuje pouze 5,5 %.

Na závěr zdůrazňujeme a opakujeme, že se všemi smluvními partnery bude v díce vyhlášky č. 290/2006 Sb. smlouva realizována.

MUDr. Jiří Svatoš
ředitel odboru zdravotnického
ZP MV ČR

Velmi oceňuji pomoc, kterou ČLK prostřednictvím svých webových stránek a časopisu TEMPUS poskytuje lékařům, zejména těm soukromým. Jen málo z nich je schopno se orientovat ve změní vyhlášek a zákonů, o smlouvách s pojišťovnami ani nemluvě, takže stejně všechny dodatky nakonec většina z nich podepíše. Co jiného jim ostatně zbývá? Manželka provozuje soukromou ambulanci, věnuje se pacientům a dalšímu vzdělávání, já pak po večerech „louskám“ vyhlášky, smlouvy, starám se o ekonomiku a technické záležitosti. Informace a rady na webu i v Tempusu jsou srozumitelné, bohužel však ani dobrý úmysl a snaha prezidenta ČLK zřejmě nepřinesou své ovoce. Pojišťovny setrvávají v bohorovném klidu, na výzvu k urychlenému předložení návrhu smlouvy pro ambulantní specialisty ani jedna z nich nereagovala. Na pobočce VZP, kde jsme se po měsíci od podání informovali, nám bylo řečeno, že takových žádostí tam mají na tři sta a nic nedělají, neboť čekají na pokyn z Prahy. Působí to dojmem čekání na nové vyhlášky. Zato jeden Dodatek na 2. pololetí stíhá druhý, každá pojišťovna ho má jiný a požaduje ho vrátit obratem. Asi nám neporadíte, jestli máme pojišťovny stále bombardovat urgencemi či to nechat být, ale možná by věci prospělo, kdyby se pan prezident Kubek dotázal ředitelů pojišťoven, jak jednotlivé pobočky přistupují k jím uzavřené dohodě s ředitelem pojišťoven a kolik takovýchto nových smluv již bylo uzavřeno.

Ing. Jan Pohanka, manžel lékařky – provozovatelky soukromé ambulance

Ředitelka okresní pobočky VZP zatím jenom verbálně slíbila dodání smluv v duchu ministerské vyhlášky, ve znění domluveném bývalým ministrem Rathem, ředitelem VZP Horákem a prezidentem ČLK Kubkem. Momentálně je v jednání obsah přílohy č. 2.

ZP Ministerstva vnitra ČR písemně přislíbila dodání smlouvy dle dohodnutého textu v nejbližším možném termínu. Vojenská pojišťovna a OZP se zatím na moji písemnou žádost neozvaly.

MUDr. Stanislav Stupavský, chirurg, Vsetín

dobu, ale obsahuje „vlajkovou loď“ – takzvaný trvalý smluvní vztah. Vyhláška byla předmětem tvrdé kritiky a dokonce byla podána i stížnost k Ústavnímu soudu. Dr. Kubek po kritice z řad velké části lékařů využil svých vztahů s novým ředitelem VZP dr. Horákem a dohodl s ním text Rámcové smlouvy, který je předmětem i onoho dopisu.

Zcela pragmaticky musím uznat, že je to to nejlepší, co jsem četl. Eliminuje slabá místa vyhlášky 290/06 a nahrazuje je pasážemi z dohodnutých rámcových smluv a výsledkem je návrh smlouvy, kterou by se nám, ostatním vyjednávačům, zřejmě dojednat nepodařilo. Co vedlo ředitele Horáka k tomu, že souhlasil s touto, pro VZP zřetelně méně výhodnou smlouvou, nevím a ani mě to v podstatě nezajímá. Možná to byla představa, že eventuální nový ministr vydá jiný text a smluvní partneři se jím budou muset řídit.

Ale zde souhlasím s prezidentem ČLK Kubkem, že již podepsaná smlouva mezi zdravotnickými zařízeními a VZP (případně dalšími pojišťovnami) jako předmět soukromého práva je platná a nikdo (tedy ani nový ministr) nás nemůže nutit ji měnit, nebudeme-li sami chtít. Teď již nezbyvá než věřit, že jí VZP skutečně těm, kteří o ní požádají, zašle k podpisu.

A proč ona v úvodu zmiňovaná volební rétorika? Snad proto, že je před sjezdem a my opět budeme pokračovat v onom souboji jeden proti druhému? A nebo si řekneme, že se díky okolnostem podařilo pro velkou část lékařů dohodnout maximum možného? Osobně jsem pro to druhé.

MUDr. Lubor Kinšt



Ad: Pacienti určení k likvidaci, TM 7,8/2006

Článek dr. Fialy jistě řadu čtenářů vyburcoval. Je z něj patrná deziluze ředitelů a manažerů léčených ze současné situace a z jejich zatím neúspěšné snahy o změny ve struktuře a počtu lůžek v segmentu lůžkové péče. Současný postoj VZP, která promítá nedostatečné personální obsazení zařízení do úhrad jen tam, kde je diskrepance zásadní a která se snaží v následné péči nastolit rozumný způsob úhrad podle výkonů a výše průměrných nákladů, jak doufám, přispěje do budoucna k menší palčivosti této problematiky.

Všem nám je zřejmé, že onou 13. komnatou zmiňovanou v článku dr. Fialy je celé české zdravotnictví a ne jen zařízení následné péče. Článek mi připomíná i moje vlastní pocity, když jsem jako ředitel tří fakultních nemocnic chtěl reorganizovat jejich lůžkový fond, zrušit 1000 akutních lůžek, uspořit půl miliardy korun, a odpovědí bylo odvolání celého projektu. Pravdy dr. Fialy ale nevyváží podle mne skutečnost, že kombinací emočně laděného přehánění a generalizování s využitím kazuistik místo souhrnného pohledu spíše diskuzi zavedl směrem ke konfrontaci s akutními zařízeními. Využil přitom podle mého názoru příliš povrchní analýzy. Zejména tím myslím srovnávání nákladů na akutní a následné lůžko, na kterém stojí celá argumentace článku. Akutní lůžka jsou nepochybně provozně dražší než následná, ale to není možno demonstrovat tak, že se celkové náklady fakultní nemocnice vydělí počtem lůžkodnů s nadějí, že vypočteme náklady na lůžkodn. Zanedbáváme tak nejen náklady na ambulantní péči, které jsou velmi významné (u jednotlivých FN jsou to rozdílně desítky procent nákladů), ale také náklady na drahé technologie, které s hotelovým lůžkodnem nemají nic společného. To se promítá i v rozčlenění tříd nákladů do hotelové režie nemocnic. Náklady na energii, opravy a údržbu, odpisy a tzv. ostatní nelze automaticky, bez hlubší analýzy, považovat za hotelové náklady. Energie na provoz cyklotronu není hotelovou režií, stejně tak odpisy stamilionového PET přístroje, lineárního urychlovače nebo komplexu operačních sálů či budovy polikliniky, náklady na dopravní zdravotní službu, labora-

torní komplement atd. Tím stojí celá makroekonomická analýza na vodě, protože skutečné hotelové náklady péče na akutním lůžku mohou být, a také asi jsou, zhruba poloviční či 60procentní ve srovnání s tím, co počítá dr. Fiala. Samozřejmě je to velmi odvislé i od definice, co těmito náklady je – obvykle se do nich počítá i část nákladů personálních.

Ve srovnávání nákladů za léky mezi FN a léčebnami článek neuvádí, že lékové paušály nemocnic jsou stejně nízké jako paušály LDN. Lékový paušál některých léčených je dokonce vyšší než lékový paušál akutního stejnooborového lůžka. Vyznění článku, že lékové náklady se do paušálů nemocnic (na rozdíl od léčených) bohatě vejdu, je velmi zavádějící – v paušálech jsou pouze ZÚM a ZÚLP, většina podaných léčiv nikoliv a nemocnice je hradí stejným vytloukáním klínu klínem jako léčebny. Ztráty se sanují většinou ze zisku nemocničních lékáren (nyní postiženého snížením marže a přesunem léčiv z výdeje na recepty do výdeje na žádanky) a z úhrady JIP. Rozumnější by bylo poukázat na tyto systémové disproporce financování, než tvrdit v rozporu s realitou, že léčebny jsou na tom zle, zatímco nemocnice na totéž dostávají bohaté paušály. Kazuistika, která byla zvolena místo analýzy ke zdůvodnění nedostatečného lékového paušálu LDN, spíše demonstruje šílenou farmakoterapii, která si rozhodně úhrady nezasluhuje a volá po opětovném zavedení kontrol účelné farmakoterapie, protože pokud někdo skutečně podává pacientovi současně 17 léků, tak je to šokující, léčebný efekt to nemá a naopak řada příznaků u tohoto pacienta uváděných se dá spíše připsat jeho medikaci.

Na druhou stranu je dr. Fiala velkorysý v označení nákladů na následnou péči a jejich navýšení za zanedbatelné. Nic v rozměru stovek milionů korun není zanedbatelné. V odvolání na čísla ze zprávy Parlamentní vyšetřovací komise jako na zdroj srovnávání je třeba doplnit, že ekonomické analýzy komise neprováděla a v datech o nákladech měla nikoliv náklady, ale výši fakturovaných záloh již s uplatněnými sníženými, takže vyvozovat z toho, že pojišťovny chybně informovaly o možných

finančních dopadech navýšení úhrad, nelze. Navíc používat k analýzám globální data, u pojišťoven s časovou nesusledností, vede k příliš hrubým výsledkům na úrovni přesnosti prostého odhadu.

Pilíř navrhovaného řešení – totiž že makroekonomické úsporné efekty by se dostavily jen v důsledku zvýšení úhrad LDN – je příliš idealistické. Cenová konkurence působí pouze v prostředí, kde jsou pro ni vytvořeny základní podmínky, zejména to, že se levnější řešení vyplácí tomu, kdo může být hybatelem změn a kde je přímá relace mezi úhradou a výkonem. V současném systému by i při snížení obloženosti či počtu lůžek v akutních nemocnicích náklady pojišťovny neklesly (v paušálech by došlo k jeho naplnění jinými složkami úhrad – jak se to i běžně děje). Možné opatření pojišťoven, škrtnání paušálu v závislosti na počtu lůžek, by vedlo k pravému opaku – zablokování celého procesu snižování lůžek, obložení lůžek dostupnými klienty třeba ze sociálně zdravotní indikace a ke snížení překladů do lůžek následné péče. A to by byl krach celé změny s prodražením a znehospodárněním celého systému.

Souhlasím jistě s tím, že narovnání ekonomiky a uvolnění restriktive zřizování následných lůžek je předpokladem zahájení restrukturalizace akutních lůžek, ale tento proces nelze redukovat na prosté přidání peněz léčebnám se současným upuštěním od kontroly personálních a věcných normativů. Rozhodně je ho třeba doplnit změnou financování hotelové složky nemocnice a léčebny způsobem zachovávaným vztahem mezi výkonem a úhradou (tedy nikoliv globálním paušálem) a mezi nákladem a výnosem, ať již individuálně či segmentově sjednávanou sazbou. VZP je ochotna pilotně sjednávat takové formy úhrad již v tomto pololetí.

Ze širšího pohledu na financování nemocničního segmentu je podle mého názoru potřebné stejnou činnost hradit stejným způsobem, ať již je poskytovatelem nemocnice či ambulantní zařízení (ambulantní péče, dialýza, komplement atd.), a stanovit všem stejná pravidla.

MUDr. Pavel Horák
ředitel VZP



NÁM BY SE TO DOJEDNAT NEPODĀŘILO

Po přečtení dopisu prezidenta Kubka široké lékařské veřejnosti jsem nabyl dojmu, že se prostě letošní léto bez volební rétoriky neobejde. Proč byl ten dopis napsán a proč v této době? Vždyť v té spleti vydávaných vyhlášek, stanovisek a různých žalob čert aby se vyznal. Pokusím se tedy o vyjádření nikoli snad jenom mého pohledu na tuto komplikovanou situaci. Dr. Kubek skutečně svolal jménem LOK na 6. 12. 2005 do budovy ministerstva zdravotnictví schůzku některých organizací zastupujících zdravotnická zařízení k jednání o rámcových smlouvách. Zákon 48/97 Sb. nedefinuje exaktně způsob zahájení, a tak je jeho právní názor o tom, že tím zahájil jednání a zároveň i inkriminovanou šestiměsíční lhůtu, sice možný, ale zůstává jen jeho názorem.

Na této schůzce, kterou účastníci označili jako informativní a existuje o tom i ověřený zápis, bylo dohodnuto, aby svolavatel (SZP) zahájil jednání se všemi segmenty poskytovatelů zdravotní péče obvyklým způsobem dne 3. 1. 2006. Na všech jednáních, která potom probíhala po jednotlivých segmentech, vystupoval LOK s jediným cílem: blokovat je tak, aby dohoda nebyla možná a aby ministr Rath vydal svůj text jako Vyhlášku o rámcových smlouvách. Přesto došlo v zákonem předepsané lhůtě k dohodě prakticky ve všech segmentech. Ministr Rath přesto (a přes negativní stanovisko Legislativní rady vlády, která jasně řekla, že k tomu nemá zmocnění a že i kdyby nedošlo k dohodě, tak po dobu 6 měsíců platí text staré rámcové smlouvy) vydal 16. 6. 2006 svou vyhlášku 290/06 Sb. o rámcových smlouvách.

Její text má řadu kontroverzních ustanovení, která jsou nevhodná pro zdravotnická zařízení: informace o úhradách, vágní výpovědní důvody ze strany pojišťoven, nařízenou ordinaci

Záruka kvalitní zdravotní péče



Generální ředitel Ing. František Beránek tvrdí, že Vojenská zdravotní pojišťovna ČR je jednou z mála, která za celou dobu své téměř čtrnáctileté existence nedlužila a nedluží smluvním zdravotnickým zařízením za správně poskytnutou a vykázanou zdravotní péči. Mezi její chlouby patří kvalitní zdravotní péče špičkových odborníků ve vojenských i civilních zdravotnických zařízeních a lázeňských ústavech pro více než 570 tisíc klientů.

Jak vaše pojišťovna postupuje v řešení nových rámcových smluv?

VoZP vždy plně respektovala právní normy a to plně platí i o vyhlášce 290/2006 Sb. o rámcových smlouvách podle §17 odst. 3 Zák. č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a ve změně a doplnku některých souvisejících zákonů. Vypracovali jsme návrhy typových smluv pro jednotlivé segmenty poskytovatelů zdravotní péče, prodjeli jsme je s jejich představiteli, včetně prezidenta ČLK Milana Kubka, a postupně jsme je rozeslali k vyjádření. Naše správní rada na červnovém zasedání rozhodla, že platnost všech starých rámcových smluv prodlužuje do 31. 12. 2006 a od 1. 1. 2007 by měly platit již nové typové smlouvy, takže smluvní vztah s lékaři se nepřerušuje a je planá jakákoliv obava v této věci.

Jak hodnotíte spolupráci s lékaři?

Loni 1. 7. 2005 jsem převzala ordinaci neurologie po MUDr. Surovém, který měl smlouvu s 9 pojišťovnami, ale tato nástupná ordinace má smlouvu pouze s VZP, VoZP a ČNZP (se kterými je mj. bezproblémová spolupráce). Ostatní pojišťovny (včetně OZP a ZPMV) smlouvu neuzavřely s odůvodněním, že v Praze 10 je dostatek ambulantních neurologů. (Pozn.: pokud pominu Neurologickou kliniku FNKV, na spádovou oblast s cca 36 000 obyvateli – údaj od městské části Praha 10 – jsem jako obvodní neuroložka sama.)

Denně se potýkáme s rozzlobenými pojištěnci OZP (ta nám nezaplátila ani akutní péči za svoje pojištění) a ZPMV, kterým nikdo nesdělil, že jim jejich pojišťovny omezují přístup k lékařské péči. Opakované pokusy o uzavření smluv s OZP a ZPMV byly neúspěšné.

MUDr. S. Soukupová, ambulantní neurolog, Praha 10

Podílel jsem se na vytvoření naší pojišťovny a od začátku mám tu čest být v jejím čele. Mohu tedy docela dobře porovnat období jejího vzniku až po současnost a spolupráci hodnotím velmi dobře. Nechci být populist, neříkám to jen pro rozhovor do časopisu určeného lékařům, ale převážně většiny lékařů si velice vážím. Rád bych jim poděkoval za jejich poctivou práci a spolupráci, která je oboustranně vedena ke spokojenému pojištěnci, pacientovi.

To zní, jako by si lékaři ani pacienti na fungování našeho zdravotnictví neměli proč stěžovat...

České zdravotnictví má velice dobrou úroveň. Chybí mu však realistická koncepce jeho financování, což způsobuje nemalé potíže všem zúčastněným – zdravotnickým zařízením, pacientům i zdravotním pojišťovnám. My i lékaři jsme limitováni finančními prostředky, které jsou k dispozici pro veřejné zdravotní pojištění a je nutné nastavit prostor mezi dvěma mantinely, ve kterém jsme nuceni se pohybovat. V každém případě plně respektujeme všechny právní normy a regulační opatření v oblasti úhrad poskytnuté zdravotní péče a nemyslím si, že by to všem vyhovovalo.

Jaký máte názor na počet zdravotních pojišťoven u nás?

Myslím si, že počet zdravotních pojišťoven je u nás v současné době stabilizován. Zaznívají hlasy, že peníze, které zaměstnanecké zdravotní pojišťovny potřebují na svůj provoz, by se mohly využít ve prospěch poskytovatelů zdravotní péče. Jde však asi o 1% ročních výdajů na veřejné zdravotní pojištění. Je nutné si odpovědět na otázku, zda chceme v demokratické společnosti mít svobodnou volbu zdravotní pojišťovny, svobodnou volbu lékaře nebo se vrátit před rok 1989 a nechat o sobě rozhodovat. Stojí nám to za tyto peníze? Každý ať si odpoví sám. (red)



STALO SE

VZDĚLÁVACÍ KONFERENCE LOK-SČL

Pravidelnou vzdělávací konferenci pro členy a předsedy organizace uspořádal LOK-SČL 8.–9. září v hotelu Skalský dvůr v Bystřici nad Pernštejnem. Vzhledem k velmi rozsáhlým změnám v politické sféře a především v legislativním prostředí bylo skutečně o čem hovořit.

Zdravotní systém ČR a jeho srovnání v rámci zemí OECD

Je třeba upozornit na nedávné šetření ÚZIS (srpen 2006) srovnávající některé ekonomické ukazatele zdravotnických systémů zemí OECD včetně ČR. Z uvedených faktů vyplývá, že náš systém je významně nedostatečně financován. Při srovnání veřejných výdajů 20 zemí OECD dle parity kupní síly se ČR umístila na 17. místě. Za námi je pouze Maďarsko, Korea a Polsko. Například Portugalsko a Řecko vydávají 1,3 resp. 1,6 násobku výdajů ČR, Švýcarsko, Lucembursko či USA pak od 3,0 do 4,5 násobku.

Rozhodně zajímavý je údaj o podílu výdajů na léky v celkových výdajích na zdravotnictví, opět porovnání v rámci parity kupní síly. Vedle Slovenska, kde výdaje na léky v roce 2003 tvořily 38 %, je ČR s 26 % druhá. Švýcarsko (10,5 %), Nizozemsko (11,4 %), Německo (14 %) v tomto směru zůstávají „skromně pozadu“. Z rozvinutých evropských zemí se nám blíží pouze Itálie s 22 %. Nastal čas položit si otázku: Proč tomu tak je?

Zákoník práce platný od 1. 1. 2007

Od 1. 1. 2007 vstoupí v účinnost nový Zákoník práce, zákon 262 /2006 Sb. Jde o zcela novou pracovně-právní normu, která integruje zákoník práce, zákon o platu a mzdě a některé další předpisy. Harmonizuje českou legislativu s evropskou.

Jednou ze zásadních změn z pohledu lékařů-zaměstnanců je zrušení kategorie tzv. pohotovosti na pracovišti (dosud 400 h/rok). Rozsah přesčasové práce lékařů v roce 2005 retrospektivně šetřil ÚZIS. Z jeho závěrů vyplývá, že např. lékař ve fakultní nemocnici odpracuje ročně 42 % normálního úvazku navíc, lékaři v ostatních nemocnicích asi 52 %. Lékaři v malých nemocnicích (do 200 zaměstnanců) odpracovali ročně v průměru více než 1000 hodin práce přesčas a na pohotovosti, ve středně velkých nemocnicích (do 700 zaměstnanců) 930 hodin, ve větších a fakultních nemocnicích zhruba 800 hodin.



Statistika je přitom jistě ovlivněna tím, že většina oficiálních výkazů práce je „falšována“ tak, aby nebyl významně překročen zákonný limit. Statistika ÚZIS navíc nezahrnuje pohotovost mimo pracoviště, kde je také část „nadzákonných“ hodin schována. Lékaři tak vlastně pracují jaksi ilegálně – byť s vědomím, na žádost a pro potřeby zaměstnavatele.

Hlavním problémem jsou nadále nízké základní platy lékařů všech nemocnic, obecně pak nízká cena práce lékařů vůbec. Tak se stává práce přesčas rozhodující složkou příjmu, tvořící 40-60 % hrubé měsíční mzdy lékaře. Tato situace je dále neudržitelná. Vede k přetěžování lékařů množstvím přesčasové práce, navíc po 1. 1. 2007 bude obtížné v těchto kategoriích práci přesčas zajistit bez toho, aby byl zákoník práce ještě masivněji porušován.

Je zřejmé, že je nutno přesčasovou práci lékařů legalizovat odpovídajícím pracovně-právním vztahem, snížit ekonomickou závislost lékařů na práci přesčas a tím motivovat k výběru náhradního volna. Akceptovatelné jsou jistě i změny režimu práce, které splní výše uvedená kritéria a nenaruší kontinuitu lékařské péče.

Z dalších témat bych vyzdvihl problematiku rozdílného odměňování lékařů

v zařízeních spadajících pod zákon 143/1992 o platu a zákon 1/1992 o mzdě (obchodních společností). Z dostupných informací je zřejmé, že výše peněžitých odměn se liší až o 30 % v neprospěch lékařů v obchodních společnostech. Z těchto faktů je jasné, že zakládání zdravotnických zařízení ve formě obchodní společnosti má jediný cíl: snížení výdajů na zdravotnictví na úkor lékařů. Tyto tendence, zejména v kontextu údajů o nedostatečném financování zdravotní péče v ČR, je nutno rezolutně odmítnout. Je třeba si uvědomit, že snížení hodnoty lékařské práce, byť jde v této chvíli o lékaře-zaměstnance, je bezprostředním ohrožením všech, včetně soukromých lékařů. Takovéto snížení totiž dále deformuje cenové relace trhu zdravotních služeb s přímým dopadem do všech segmentů péče!

Je zásadní chybou lékařského stavu, že jako suverénní profesní skupina nebyl dosud schopen dosáhnout toho, že bude cenu své práce vytvářet sám, bez ohledu na pracovně-právní vztah lékaře. Je chybou, že jsme dosud nebyli schopni vytvořit suverénní stavovskou organizaci (nejpřirozeněji ČLK), která by v tomto směru jednoduše a razantně vystupovala.

MUDr. Lukáš Velev
místopředseda LOK-SČL



ZÁVISLOST NA TABÁKU JE NEMOC

Deklarace na podporu ratifikace Rámcové úmluvy o kontrole tabáku má mezi odbornou veřejností řadu příznivců. Jednou z nejaktivnějších je MUDr. Eva Králíková, CSc., z Centra léčby závislosti na tabáku 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. V průběhu konference jsme jí položili několik otázek.

V roce 2002 jste byla nucena konstatovat, že takřka třetina lékařů a dokonce 39 procent zdravotních sester kouří. Změnilo se od té doby něco?

Naštěstí se tento stav trochu zlepšil. Dnes kouří pouze kolem 20 % lékařů a 35 % sester, což je však stále velké číslo. Zdravotníci by určitě měli být těmi prvními mezi nekuřáky.

Myslíte si, že soudobá česká společnost vnímá závislost na tabáku jako nemoc?

Bohužel nevnímá. A nejen veřejnost, ani mnoho lékařů si neuvědomuje, že se jedná o nemoc, která má dokonce i své číslo diagnózy F 17. Není to zlovyk jako okusování nehtů, ale opravdu nemoc, která vyžaduje nejen prevenci, ale i léčbu jako každá jiná.

Co považujete za hlavní důvod nárůstu kuřáků mezi mládeží v poslední době?

V podstatě je to zapříčiněno marketingem tabákových výrobků. Výrobci vědí, že musí získat zákazníky dříve, než dostanou rozum. V dospělosti se pro kouření rozhoduje málokdo. Jenom jeden člověk z deseti začne kouřit po svém osmnáctém roce života, naprostá většina již v dětském věku. V Praze se průměrný věk dětí, které vykouřily první cigaretu, pohybuje okolo deseti let!

A rostoucí cena tabákových výrobků by to měla výrazně omezit?

Spotřeba se o něco určitě sníží. Přestanou kouřit zejména ti méně závislí a nezačne kouřit řada mladých, proto-



že právě děti a mladí jsou nejcitlivější na cenu. Na druhou stranu je třeba uznat, že závislí si budou svoji cigaretu obstarávat v každém případě, a to třeba i na úkor jídla a rodiny.

Jaká je u nás účinnost odvykací léčby?

Existují různé metody účinné léčby závislosti na tabáku. Kuřáci o nich většinou nevědí, a tak je ani nevyužívají. Většina kuřáků se pokouší zbavit se závislosti na cigaretě bez odborné pomoci, kdy se úspěšnost pohybuje jen okolo dvou procent. Za abstinenta považujeme toho, kdo vydrží déle než rok bez jediné cigarety. Maximální intervence spolu s léky a odbornou pomocí může mít úspěšnost až 25 procent.

Tedy poptávka po odborné léčbě není adekvátní počtu kuřáků?

Určitě by měla být větší. V České republice máme kolem jednoho a tři čtvrtě milionu kuřáků, kteří by v zásadě nejradši vůbec nekouřili. Čili si každý den kupují něco, co nechťejí. Kolem jednoho milionu kuřáků v České republice každý rok zkusí přestat, ale opravdu přestane kouřit pouze dvacet tisíc z nich. To jsou ona dvě procenta úspěšnosti neasistovaného pokusu. Kdyby využili některé léčby ve specializovaném centru, úspěšnost by mohla být vyšší. Zatím máme v České republice pouze devět center léčby závislosti na tabáku. Věřím ale, že se jejich počet brzy rozšíří.

Hana Jandová

DEKLARACE

V souladu se stanovisky představitelů významných českých odborných společností a institucí a Kanceláře Světové zdravotnické organizace v ČR žádáme naše zákonodárce o **ratifikaci Rámcové úmluvy o kontrole tabáku WHO.**

Kouření tabáku je nejvýznamnější preventabilní příčina nemocí a úmrtí – v ČR způsobí 18 000 úmrtí ročně, celosvětově letos 5 milionů, v tomto století více než miliardu (viz www.deathsfromsmoking.net). V jeho důsledku vzniká přibližně 25 % nádorových onemocnění, 20 % kardiovaskulárních a 80 % chronických plicních onemocnění a desítky dalších nemocí prakticky všech částí těla. Zřetelný nárůst kuřáctví u naší dospívající mládeže je znepokojující. Kouření nabylo epidemických, respektive pandemických rozměrů a této pandemii je třeba čelit mezinárodně i v jednotlivých zemích přinejmenším kontrolou původce epidemie, tj. tabákového průmyslu (informace o složení tabákového kouře, kontrola pašování, omezení marketingu), prevencí (nekuřácké veřejné prostory, snížená dostupnost zejména pro děti, jasná zdravotní varování s obrázky, vyšší cena/daň) a dostanou léčbou této nemoci – její hrazení lékařům a hrazení léků pacientům (může být financováno dvěma procenty z daní za tabákové výrobky = vyčleněná daň). Účinná léčba této nemoci (závislost na tabáku) dnes existuje a není omluva pro její široce dostupné neposkytování.

Argumenty proti těmto požadavkům lze těžko najít. Právě pro jasnou nutnost a součinnost mezinárodních i národních postupů, jak této epidemii zabránit, přijala WHO v roce 2003 Rámcovou úmluvu o kontrole tabáku, **kteří výše uvedené body vymezuje. Rámcovou úmluvu již ratifikovalo 137 zemí představujících více než 75 % obyvatel naší planety. Česká republika mezi nimi není.**



Obsah:

Infekce močových cest u rizikových pacientů ve stáří - 2. část..... 1	Tibolon – zvýšení rizika mozkové mrtvice..... 4
SÚKL upozorňuje na riziko anafylaktické reakce po očkování 3	Tamsulosin – riziko syndromu plovoucí duhovky..... 4

INFEKCE MOČOVÝCH CEST U RIZIKOVÝCH PACIENTŮ VE STÁŘÍ - 2. ČÁST

Infekce močového traktu u seniorů se zavedeným močovým katétre

Epidemiologie

Močový katétr mají dlouhodobě zavedený zejména bezmocní a inkontinentní staří pacienti. Krátkodobá katetrizace močového měchýře je někdy nutná u seniorů při akutní chorobě nebo akutním zhoršení chronické choroby. To se zpravidla odehrává na lůžkách akutní péče a katetrizovaní jsou pod přísnějším dohledem sester i lékařů. Dlouhodobé katetrizace jsou časté u inkontinentních seniorů na lůžkách léčených dlouhodobě nemocných nebo lůžkových odděleních ústavů sociální péče. Většina pacientů s katetrizací močového měchýře, která trvá déle než 30 dní, má zjištěnou bakteriurii. 5-10 % klientů těchto ústavů má dlouhodobě zavedený (< 30 dní) močový katétr a katetrizovaní mají prakticky ve 100 % asymptomatickou bakteriurii^{12,19/}. Katetrizace močového měchýře je rizikovým faktorem pro vznik nozokomiální IMC. Dle jedné studie 48 % ze všech nozokomiálních infekcí u seniorů představují IMC při močovém katétře^{4/}.

Mikrobiologické zvláštnosti

- Bakteriurie je přítomna prakticky u všech katetrizovaných pacientů. Některé bakteriální kmeny jsou schopné přežívat v katetrizovaném močovém traktu týdny až měsíce. Až u 95 % mikrobiologicky vyšetřených močových vzorků od katetrizovaných pacientů je typický polymikrobiální nález. Jsou prokázány běžné močové uropatogeny, jako je *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* a *Proteus mirabilis*, ale také méně běžné *Providencia stuarti* a *Morganella morgani*. Výsledek kultivace z katetrové moči nemusí být identický s výsledkem kultivace moči, která byla odebrána přímo z močového měchýře suprapubickou punkcí^{1,24/}. To znamená, že bakteriální osídlení katétře nemusí nutně odpovídat bakteriím kolonizujícím sliznici močového měchýře. Je pak otázné, do jaké míry se lze spolehnout na mikrobiologický nález z katetrové moče při volbě optimální antimikrobiální léčby.
- U katetrizovaných pacientů je v moči často přítomna *Candida species*. Incidence kandidurie koreluje s délkou permanentní katetrizace, délkou hospitalizace a počtem proběhlých antibiotických intervencí.

Diagnostické zvláštnosti

- U seniorů s dlouhodobě zavedeným močovým katétre jsou časté febrilní epizody. Dvě třetiny z nich jsou způsobeny infekcí močového traktu^{3,23/}.
- Symptomatická infekce močového traktu (IMC) se projevuje nejen horečkou, ale také dalšími klinickými projevy, které vyplývají ze sepse. IMC je u katetrizovaných šedesátkrát častěji prováděna bakteriemi^{16,17/}.

- Epizoda horečky při bakteriurii bývá krátká, jen několik hodin, maximálně jeden den a spontánně ustupuje bez specifické léčby nebo výměny katétře.
- Horečka je často způsobena vzestupem infekce do ledvin a vzplanutím akutní pyelonefritidy. Akutní pyelonefritida je makroskopicky i mikroskopicky prokazována až u jedné třetiny zemřelých, kteří měli před smrtí dlouhodobě zavedený permanentní katétr^{3,19/}.
- Horečka může být také příznakem obstrukce močového katétře.
- Chronická infekce *Proteus mirabilis* může vést ke vniku „infekční“ litiázy a chronického zánětu v ledvinovém intersticiu.
- Klasický rtg nebo sonografický obraz chronické pyelonefritidy je vzácnější. Bývá přítomen prakticky jen spolu s obstrukcí močových cest a/nebo nefrolitiázou (chronická obstruktivní a/nebo kalkulózní pyelonefritida). V obou případech je riziko vzniku morfologických renálních změn úměrné trvání permanentní katetrizace.
- Kandidurie je obvykle asymptomatická. Kolonizace močového traktu kvasinkami může způsobit vznik kvasinkových konglomerátů v močovém měchýři a/nebo v ledvinové pánvičce a následně obstrukci vývodného systému a horečku^{23/}. Horečnatým průběhem je provázen též vzestup infekce do ledvinové tkáně a vzplanutí kvasinkové pyelonefritidy, která se může komplikovat peri- a pararenálními abscesy a vznikem systémové kandidiázy.
- Kandidurie provázená horečkami může být příznakem zcela opačného postupu rozvoje, totiž hematogenní infekcí ledvin způsobenou preexistující kandidií z jiného ložiska infekce.
- U katetrizovaných seniorů se snadno dostává infekce do periuretrálních tkání a snadno dochází k epididymitidě a prostatitidě, které mají zpravidla horečnatý průběh a příznačný lokální nález.
- Před započítáním léčby je třeba zajistit mikrobiologické vyšetření moče a hemokulturu. Vždy je třeba vyloučit jiný zdroj horečky a bakteriémie než IMC. Vždy je nutné ověřit průchodnost močového katétře. Dále by měla být vyloučena periuretrální infekce.

Léčebné zvláštnosti

Preventivní antimikrobiální léčba asymptomatické bakteriurie (ABU) nevede ke snížení incidence febrilních epizod, naopak přispívá k selekci multirezistentních bakteriálních kmenů. Proto se preventivní léčba ABU nedoporučuje^{10,16/}.

Výjimkou je:

- ABU podmíněně *Serratia marcescens*, neboť bylo prokázáno, že toto mikrobiální agens je velmi často zdrojem bakteriémie.
- Léčba se též doporučuje u vysoce rizikových pacientů - nemocných s granulocytopenií a před operačními výkony - urologickými, chirurgickými a ortopedickými, zejména tehdy, pokud se plánuje kloubní protéza.

- K léčbě antimikrobiálními přípravky jsou rovněž indikovány komplikující symptomatické IMC. Preferuje se parenterální cesta podávání, pokud je IMC provázena horečkou. Při afebrilním průběhu a příznacích pouze z oblasti dolních močových cest je možná i perorální léčba. Primární volba antibiotika je možná před definitivním určením na základě Gramova barvení a je při ní třeba respektovat výsledky bakteriálních stěrů a eventuelní přítomnost nozokomiálních bakteriálních kmenů na oddělení. Zvolenou antimikrobiální léčbu je třeba revidovat na základě jejího klinického efektu a definitivního výsledku močové bakteriologie a hemokultury. Po zahájení antibiotické léčby je vhodná výměna močového katétru. Obvykle stačí 10denní antibiotická kúra.
- Není jasné, zda je účelné léčit asymptomatickou kandidurii. Vynětí permanentního katétru vede k vymizení kandidurie nejméně u jedné třetiny pacientů. Pokud je permanentní katetrizace dále nutná, jsou doporučovány různé režimy, včetně lokální instalace antimykotik v různých ředěních. Ověření postupu však nebylo ve větších studiích dosud provedeno. Kandidová symptomatická IMC vyžaduje farmakologickou léčbu. Jako antimykotikum první volby se současně zpravidla využívá flukonazol, který je možné podávat po dobu horečnatého období parenterálně.

Možnosti prevence

Optimální prevenci bakteriurie a komplikujících IMC je prevence katetrizace močového měchýře.

- Pokud je nutná arteficiální derivace moče, je možné zvážit alternativní způsoby. Patří k nim kondomové katétry pro muže, intermitentní katetrizace močového měchýře několikrát denně, intrauretrální katétry a suprapubická punkce močového měchýře a derivace moče touto cestou (epicystostomie). Nevýhodou kondomových katétrů je pomnožování bakterií v zachycené moči a časná kolonizace kůže a uretry uropatogeny. Častá intermitentní katetrizace močového měchýře se zpravidla u seniorů neprovádí. Slibně se jeví používání suprapubické derivace moče a intrauretrálních katétrů. Je třeba vyčkat dlouhodobějších prospektivních studií, které vyhodnotí efekt tohoto způsobu derivace moči při dlouhodobém využití.
- Pokud je zaveden permanentní močový katétr dlouhodobě, je prevence bakteriurie a symptomatických IMC prakticky nemožná.
- Preventivní intervence, jako aplikace antimikrobiálních látek lokálně do okolí zevního ústí močové trubice, přidávání dezinfekčních přípravků do močových sběrných vaků, používání katétrů s povrchovou úpravou, která využívá povlaky z antimikrobiálních a baktericidních látek a irrigace katétrů antimikrobiálními látkami se ukazuje jako neefektivní, neboť incidenci symptomatických IMC nesnižují.
- Důležitá jsou hygienická opatření. Na prvním místě je nutné ponechat katétr jako uzavřený systém. Na druhém místě vyjmout katétr co nejdříve, jak je to možné.
- Je důležité mít na paměti, že je možný přenos infekce a plasmidů mezi jednotlivými pacienty. Tento transfer přispívá ke vzniku nozokomiálních infekcí. Z preventivního hlediska je proto důležité pečlivé dodržování hygienických pravidel při ošetřování katetrizovaných pacientů (používání rukavic, pečlivé mytí rukou mezi ošetřením jednotlivých pacientů, nepoužívání sběrných močových vaků, udržování uzavřeného katetrizačního systému a separace katetrizovaných pacientů od ostatních).

Literatura

1. Bartoníčková K. Uroinfekce. Praha: Galen, 2000.
2. Bauer HW, Rahlfs VW, Lauener PA, Blessmann GS. Prevention of

- recurrent urinary tract infections with immuno-active E.coli fractions: a meta-analysis of five placebo-controlled double-blind studies. *Int J Antimicrob Agents*, 2002, Vol. 19, No. 6: 451-456.
3. Bentley DW, Bradley S, High K et al. Practice guideline for evaluation of fever and infection on long-term care facilities. *J Am Geriatr Soc* 49: 210-222, 2001.
4. Bourdel-marchasson I, Kraus F, Pinganaud G et al. Annual incidence and risk factors for nosocomial bacterial infections on an acute geriatric unit. *Rév Med Interne*, 22: 1056-1063, 2001.
5. Brown JS, Vittinghoff E, Kanaya AM et al. Urinary tract infection on postmenopausal women: effect of hormone therapy and risk factors. *Obstet Gynecol*, 2001, Vol. 98, No. 6: 1045-1052.
6. Foxman B, Somsel P, Tallman P et al. Urinary tract infection among women aged 40-65: behavioral and sexual risk factors. *J Clin Epidemiol*, 2001, Vol. 54, No. 7: 710-718.
7. High KP. Nutritional strategies to boost immunity and prevent infection on elderly individuals. *Clin Infect Dis*, 33: 1829-1900, 2001.
8. Jack D et al. Urinary tract infections. In Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and Practice of Infectious Diseases, 5. vyd., Philadelphia, Churchill Livingstone, 2000: 703-805.
9. Kirchoff M, Renenberg J, Damkjaer K et al. Can ingestion of cranberry juice reduce the incidence of urinary tract infection on a department of geriatric medicine? *Ugeskr Laeger* 163: 2782-2786, 2001.
10. Kolář M. Nozokomiální infekce močového traktu. In: Kolář M, Antibiotická léčba nozokomiálních infekcí, 1.vyd., Praha, Triton, 2000: 101-106.
11. Kolář M, Urbánek K, Čekanová L. Podklady pro racionální antibiotickou léčbu komunitních bakteriálních infekcí. *Klinická farmakologie a farmacie* 2003, 17: 22-24.
12. O'Donnell JA, Hofmann MT. Urinary tract infection. How to manage nursing home patients with or without chronic catheterization. *Geriatrics* 52: 45-56, 2002.
13. Orr P, Nicolle Le, Duckworth H et al. Febrile urinary tract infection in the institutionalized elderly. *Am J Med*, 100: 71-77, 1996.
14. Ouslander JG, Shapira M, Schnelle JF. Urine specimen collection from incontinent female nursing resident. *J Am Geriatr Soc*, 43: 279-281, 1995.
15. McBean M, Rajamani S. Increasing rates of hospitalization due to septicemia on the US elderly population, 1986-1997. *J Infect Dis*, 183: 596-603, 2001.
16. Naber KG. And working group of the European Association of Urology. EAU Guidelines for the Management of Urinary and Male Genital Tract Infections. *Eur Urol*, 2001, 40: 576-578.
17. Naber KN. Treatment Options for Acute Uncomplicated Cystitis in Adults. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 2000, 46, Suppl. S1: 23-27.
18. Nicolle Le. Asymptomatic bacteriuria in elderly. *Infectious Diseases Clinics of North America*, 11: 51, 1997.
19. Nicolle Le. The chronic indwelling catheter and urinary infection of long-term-care facility residents. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 5: 316-321, 2001.
20. Nicolle Le. Urinary tract infection in geriatric and institutionalized patients. *Curr Opin urol*, 12: 51-55, 2002.
21. Nicolle Le. Urinary tract infection on long-term-care facility residents. *Clin Infect Dis*, 31: 757-761, 2000.
22. Sax H, Hugonnet S, Harbath S et al. Variation on nosocomial infection prevalence according to patient care setting: a hospital-wide survey. *J Hospit Infect*, 48: 27-32, 2001.
23. Stein G, Fünfstück R. Asymptomatic bacteriuria. *Med Klin*, 2000, Vol. 95, No. 4: 195 - 200.
24. Teplan V, Horáčková M, Běbrová E, Janda J a kol. Infekce ledvin a močových cest v dospělém a dětském věku, Grada Avicenum, Praha, 2004.

SÚKL UPOZORŇUJE NA RIZIKO ANAFYLAKTICKÉ REAKCE PO OČKOVÁNÍ

SÚKL zaznamenal případ úmrtí na anafylaktický šok u třicetileté ženy po vakcinaci proti meningokokové meningitidě.

Žena pracovala jako zdravotní sestra v nemocnici, kde se během své služby nechala očkovat kolegyní. Očkovací látka byla podána správným způsobem, po aplikaci očkována nejevila žádné negativní příznaky. Za přibližně 15-30 minut po očkování odešla očkována sestra z oddělení do šatny, kde byla za několik hodin nalezena mrtvá. Smrt nastala zřejmě nedlouho po jejím příchodu do šatny. Dle pitvy bylo příčinou úmrtí kardiopulmonální selhání při anafylaktickém šoku po aplikaci očkovací látky.

Není známo, že by se zemřelá léčila pro nějaké chronické onemocnění. Alergická anamnéza není známa. V den očkování nejevila žádné příznaky akutního onemocnění.

Anafylaktická reakce může nastat po podání specifického antigenu senzibilizovanému jedinci. Mezi látky, které mohou vyvolat anafylaktickou reakci, patří hormony, enzymy, krevní produkty, desenzibilizační injekce, hmyzí jed, potravinové alergeny, latex, polysacharidy obsažené ve vakcínách a nejčastěji léky (antibiotika: peniciliny, cefalosporiny, amfotericin B; nitrofurantoin, chinolony, dále lokální anestetika, myorelaxancia, diagnostika a vitaminy: tiamin, kyselina listová). Reakce nastává nejčastěji po injekčním podání alergenu, ale může nastat i po požití.

Anafylaktická reakce nastává během sekund až minut po aplikaci alergenu. Běžně se uvádí doba 1-15 minut, ale z bezpečnostních důvodů je lépe počítat až se 30 minutami. V námi popsáném případě byl odstup mezi očkováním a reakcí pravděpodobně 15 (nejdéle 30) minut.

Mezi příznaky anafylaktické reakce patří obstrukce horních i/nebo dolních dýchacích cest (angioedém epiglottis a laryngu, broncho-konstrikce), výsev kožní svědivé urtiky, trávící obtíže. Při generali-

zované vasodilataci a úniku plazmy do tkání dochází k hypovolemickému šoku, plicnímu edému a při déletrvajícím reakci se mohou objevit arytmie a kardiogenní šok.

Subjektivně pacient začne pociťovat nevolnost, neklid, má zarudlou pokožku, stěžuje si na palpitace, parestázie, svědění, hučení v uších, kašle nebo kýchá, v důsledku edému laryngu nebo bronchospasmu je dušný. Méně často se vyskytuje nevolnost, zvracení, bolesti břicha, průjem. Přejít do šokového stavu může trvat jen 1-2 minuty, dojde k inkontinenci, křečím, areflexii až úmrtí. Kardiiovaskulární kolaps může nastat i bez respiračních obtíží.

Lékem okamžité první volby je adrenalin (vodný roztok adrenalinu 1:1000 i.v., s.c. nebo i.m. v dávce 0,3-0,5 ml, u dětí 0,01 ml/kg tělesné hmotnosti). Dávka se může opakovat po 20 minutách. Dle stavu pacienta se podávají antihistaminika p.o. nebo i.v. V případech šoku je nutno zajistit vstup do žíly a léčit hypovolémií a hypotenzí, při hypoxii se podává kyslík. V první fázi nemá význam podávání glukokortikoidů, avšak může potlačit pozdní fázi reakce.

Ke generalizované anafylaktické reakci (anafylaktickému šoku) po podání očkovací látky dochází vzácně. Vzhledem k závažnosti této reakce a k rychlosti, jakou může progredovat až k úmrtí, je však třeba na ni vždy pomýšlet a mít rychle dostupnou první pomoc. Zdravotní sestra v námi zachycené kauzistice zemřela paradoxně v budově nemocnice, v těsné blízkosti oddělení, kde ji mohli zachránit. Kdyby setrvala v dosahu lékařské kontroly o 15 minut déle, nemusel zmíněný případ skončit tak tragicky.

Upozorňujeme proto lékaře, aby nepodceňovali význam třicetiminutové kontroly nad pacientem po aplikaci jakékoli očkovací látky. K očkování by mělo vždy docházet pouze v lékařských zařízeních, kde je ihned možná lékařská pomoc.

TIBOLON – ZVÝŠENÍ RIZIKA MOZKOVÉ MRTVICE

SÚKL informuje o zvýšeném riziku mozkové mrtvice při používání léčivých přípravků obsahujících účinnou látku tibolon (LIVIAL, LABYDON), které je výsledkem předběžných závěrů studie LIFT (Long-term Intervention on Fractures with Tibolon study). Aktualizované informace jsou nově doplněny v souhrnu údajů o přípravku a příbalové informaci obou citovaných léčivých přípravků.

Na tibolon se pohlíží jako na nekonvenční hormonální substituční léčbu (HRT). Jedná se o syntetickou sloučeninu mající vlastnosti jak estrogenové tak progesteronové. V ČR je tibolon (2,5 mg tablety) schválen pro léčbu příznaků nedostatku estrogenů u žen, které jsou alespoň jeden rok po menopauze a k prevenci osteoporózy u žen po menopauze s vysokým rizikem budoucích fraktur a s intolerancí nebo kontraindikací jiných přípravků schválených pro prevenci osteoporózy.

Studie WHI (Women's Health Initiative) již dříve demonstrovala, že tzv. konvenční HRT je spojena s mírným zvýšením rizika mozkové mrtvice a SPC všech přípravků určených k hormonální substituci obsahují příslušná varování. SPC léčivého přípravku Livial doposud obsahoval varování o riziku spojeném s konvenční HRT s tím, že není známo, zda se zvýšené riziko mozkové mrtvice vztahuje i něj.

Obecně je riziko mozkové mrtvice závislé na věku a roste s věkem jak u uživatelů HRT tak i u žen HRT neužívajících.

Nové informace

Studie LIFT (tříletá placebem kontrolovaná randomizovaná studie) hodnotící účinek 1,25 mg tibolonu na léčbu osteoporózy (přesnější výskyt zlomenin obratlů) postmenopauzálních žen (průměrný věk 68 let), byla zahájena v roce 2001. V lednu 2006 doporučila komise pro monitorování bezpečnosti (Data and Safety Monitoring Board)

předčasné ukončení studie z důvodu negativního poměru rizika a přínosu pro ženy sledované ve studii (zvýšení rizika mozkové mrtvice vs vliv na snížení rizika zlomenin obratlů ve sledované populaci). Předběžné závěry studie identifikovaly 2,3-násobné zvýšení rizika mozkové mrtvice u žen léčených nízkou dávkou tibolonu (1,25 mg – v současné době není tato dávka registrována v ČR) v porovnání s placebem (relativní riziko 2,3; p = 0,02). Absolutní zvýšení rizika je 2,3 mozkových mrtvic na 1000 žen léčených ročně.

Dopad nových informací

Přípravek obsahující 1,25 mg tibolonu není v ČR registrován, dostupný je pouze 2,5 mg přípravek. Je však pravděpodobné, že riziko mozkové mrtvice poroste se vzrůstající dávkou. Dle údajů z UK je tibolon používán převážně u žen v průměru o 10 let mladších, než jsou ženy sledované ve studii LIFT. Vzhledem k závislosti výše rizika na věku mají tyto ženy nižší absolutní riziko mozkové mrtvice. Nicméně vzhledem k tomu, že se v této věkové kategorii očekává obdobné, ne-li totožné zvýšení rizika u uživatelů tibolonu v porovnání s ženami, které tibolon neužívají, mohou mít tyto nové informace významný dopad.

Konečné závěry studie (očekávají se koncem letošního roku) budou pečlivě zhodnoceny a mohou znamenat další změny SPC.

Ačkoli data ze studie LIFT jsou stále předběžná, oddíl 4.3., 4.4 a 4.8 SPC byl doplněn o následující údaje:

Bod 4.3. Kontraindikace:

Jakákoli anamnéza arteriálního tromboembolického onemocnění (např. angina pectoris, infarkt myokardu, mozková mrtvice nebo TIA)

4.4. Zvláštní upozornění a zvláštní opatření pro použití

Předběžné výsledky randomizované, dvojitě zaslepené, placebem

kontrolované studie (LIFT study, N=4538), která sledovala účinnost nízké dávky (1,25 mg) tibolonu (N=2267) v léčbě osteoporózy u starších žen (průměrný věk 68 let), ukázala zvýšené riziko cévní mozkové příhody oproti placebu v průměru po 2,75 letech sledování. Incidence cévních mozkových příhod pozorovaných v placebové a tibolonové skupině byla 1,8 a 4,1 případů na 1000 žen/rok, rozdíl byl přibližně 11,5 případů cévní mozkové příhody navíc na 1000 žen za období 5 let užívání, což odpovídá relativnímu riziku 2,3 (p=0,02).

4.8. Nežádoucí účinky

Cévní mozková příhoda

Odhadované riziko ve studii LIFT je 2,3 násobný nárůst rizika cévní mozkové příhody u žen (průměrný věk 68 let), které užívaly 1,25 mg tibolonu v kombinaci s placebem (RR 2,3, p=0,02). Nárůst absolutního rizika je 2,3 cévní mozkové příhody na 1000 léčených žen za rok. Viz bod 4.4.

Endometriální bezpečnost

Jako doplnění informací o tibolonu připomínáme prohlášení SÚKL z loňského roku, kdy byly zveřejněny závěry epidemiologických studií v UK Million Women Study (MWS) a studie General Practice Research Database (GPRD). Tyto studie zaznamenaly zvýšené riziko karcinomu endometria u žen, které užívaly tibolon ve srovnání s uživatelkami kombinované HRT, estrogenové HRT a těmi, které HRT nikdy neužívaly. Toto riziko se zvyšovalo

TAMSULOSIN – RIZIKO SYNDROMU PLOVOUCÍ DUHOVKY

SÚKL informuje o možném riziku vzniku syndromu plovoucí duhovky (Intraoperative Floppy Iris Syndrome - IFIS) v souvislosti s podáním přípravků obsahujících tamsulosin.

IFIS je charakterizován jako permanentní peroperační zúžení zornice (i přes předoperační dilataci pomocí standardních mydriatik), způsobené vlající duhovkou. Protože během operací katarakty musí zornice zůstat dilatovaná, činí IFIS operaci katarakty mnohem obtížnější a zvyšuje riziko závažných operačních komplikací.

Tamsulosin se používá k léčbě problémů s močením vyvolaných nezahoubným zbytněním prostaty (benigní hyperplazie prostaty). Po podání tamsulosinu dochází k relaxaci hladkého svalstva prostaty a uretry, což vede ke snížení tonu a ke zlepšení průtoku moči.

V ČR jsou registrovány následující léčivé přípravky obsahující tamsulosin: Damurgin 0,4 mg tvrdé tobolky, Fokusin, Lannatam, Omnic 0,4, Omnic Tocas 0,4, Tamsucap 0,4 mg, Tamsulosin HCL Pliva 0,4 mg, Tamsulosin hydroch. Yamanouchi, Tamsulosin HCL Merck 0,4 mg, Tamsulosin HCL Kiron 0,4 mg, Tamsulosin HCL-Teva 0,4 mg, Tamsulosin HCL Actavis 0,4 mg, Tamsulosin HCL Sandoz 0,4, Tanyz, Urostat.

s rostoucí dobou užívání. Více informací k této problematice lze nalézt na www.sukl.cz v oddíle důležitá upozornění. SPC texty a PIL byly příslušně aktualizovány.

Státní ústav pro kontrolu léčiv připomíná svá předchozí obecná doporučení k HRT:

1. Pro léčbu symptomů menopauzy prospěch léčby převažuje nad jejími riziky pouze u krátkodobé terapie.
2. V každém případě je nutná snaha o co nejnižší dávkování po co nejkratší dobu.
3. Ženy v klimakteriu, které mají zvýšené riziko zlomenin, mohou být v této indikaci preventivně léčeny HRT pouze tehdy, pokud netolerují nebo mají kontraindikováno jinou prevenci/terapii osteoporózy.
4. Pacientky léčené tibolonom nemusí přerušovat léčbu, a pokud mají otázky či obavy, měly by je při příští návštěvě konzultovat se svým lékařem, který jim se znalostí jejich individuálního zdravotního stavu může nejlépe poradit.

Aktuální situace

SÚKL nadále pokračuje v hodnocení všech dostupných informací týkajících se účinnosti a bezpečnosti tibolonu. Do přehodnocení budou zahrnuty zejména konečné závěry studie LIFT. O případných nových výstupech hodnocení Vás budeme informovat.

Syndrom plovoucí duhovky byl pozorován během operací katarakty u některých pacientů současně či v minulosti léčených tamsulosinem a může se podílet na zvýšeném množství komplikací během operace. Zahájení léčby tamsulosinem u pacientů plánovaných k operaci katarakty se proto nedoporučuje.

Přerušení léčby tamsulosinem 1-2 týdny před operací katarakty je považováno za užitečné, nicméně přínos a délka požadovaného zastavení terapie tamsulosinem před operací katarakty nebyla stanovena.

SÚKL právě v těchto dnech vyzývá držitele rozhodnutí o registraci přípravků obsahujících tamsulosin ke změně textů informací o přípravku (SPC a PIL). Text SPC bude nově obsahovat upozornění na možnost vzniku syndromu plovoucí duhovky během operace katarakty u pacientů léčených tamsulosinem.

Hodnocení všech dostupných informací týkajících se účinnosti a bezpečnosti tamsulosinu nadále pokračuje. SÚKL doposud obdržel z ČR dvě hlášení podezření na nežádoucí účinek léčiva s obsahem tamsulosinu týkající se IFIS a prosí všechny lékaře o hlášení případných podezření na nežádoucí účinky léčiv.

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

Farmakoterapeutické informace jsou vydávány Státním ústavem pro kontrolu léčiv s podporou Nadace prof. Skamitzla a distribuovány jako příloha Věstníku SÚKL a časopisu ČLK zdarma nebo na objednávku za uhrazení poštovního (100,- Kč). Materiál publikovaný ve FI nemůže být používán pro žádnou formu reklamy, prodeje nebo publicity, ani nesmí být reprodukován bez svolení.

Šéfredaktor: MUDr. Marie Alušiková, CSc.

Odborní redaktoři: MUDr. Jana Mladá, MUDr. Martina Kotulková

Výkonný redaktor: RNDr. Blanka Pospíšilová, CSc.

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

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

Náklad 52.000 výtisků

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

Na internetu naleznete FI na domovské adrese SÚKL (www.sukl.cz).



ISSN 1211 - 0647
MK ČR E 7101



Vedení zdravotnické dokumentace

Nová vyhláška č. 385/2006 Sb. o zdravotnické dokumentaci.

Počátkem 90. let ministerstvo zdravotnictví zrušilo jedinou existující směrnici o vedení zdravotnické dokumentace s odůvodněním, že tak významnou otázku musí upravit zákon. Dalších deset let se tak nestalo, až v roce 2001 byl přijat zákon 260/2001 Sb., kterým se mění a doplňuje zákon číslo 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu. Tento zákon alespoň částečně upravil problematiku vedení zdravotnické dokumentace. Současně zmocnil ministerstvo zdravotnictví vydat vyhlášku, která stanoví náležitosti a obsah zdravotnické dokumentace, včetně vzorů jejích součástí a skartačního řádu. Vyhláška byla vydána až pět let poté, co to zákonodárce uložil, a to v červenci 2006. Účinnosti nabude 1. listopadu 2006.

Dobry obhájece, ale i žalobce

Zdravotnická dokumentace je základním dokladem při řešení každé stížnosti, trestního oznámení nebo žaloby. Při právním posuzování případu se vychází z presumptione pravdivosti zdravotnické dokumentace (jak je zapsáno, tak se také stalo), není-li prokázán opak. Dobře vedená zdravotnická dokumentace o správném odborném postupu lékaře po právní stránce jednoznačně spolehlivě chrání. Pokud je vedená nedbale a nedostatečně, vzniká – i při jinak odborně správném postupu lékaře – vždy velký problém.

Platí zásada, že na každý subjektivní stesk pacienta i na každý chorobný nález by měl lékař reagovat přiměřeným záznamem do zdravotnické dokumentace. Z něj vyplývá, jak na daný stav reagoval, jaká opatření učinil, popřípadě jaké další úkony nařídil či doporučil, eventuálně kdy a v jakém rozsahu by měl být pacient znovu vyšetřen.

Je správné přiměřeně dokumentovat i základní komunikaci s pacientem. Není-li pořízen písemný informovaný souhlas, pak alespoň uvést, o čem byl pacient v daném stadiu informován a zda s postupem další léčby souhlasí. Nejde-li o neodkladnou péči a je-li příslušný výkon spojen s rizikem pro pacienta, nebo lze volit z několika možných postupů další zdravotní péče, **je vždy třeba pořídit záznam o informovaném souhlasu pacienta nebo jeho zákonného zástupce – náležitosti tohoto záznamu jsou stanoveny přílohou číslo 1 vyhlášky číslo 385/2006 Sb. a odpovídají vzoru uvedenému ČLK a zveřejněnému na webových stránkách ČLK.** V ostatních případech, kdy nejde o odkladné výkony spojené s rizikem pro pacienta a kdy ani nelze volit z několika možných postupů, postačí ústní informovaný souhlas pacienta. **Prezident ČLK ve spolupráci s její vědeckou radou, jejími oborovými komisemi a jednotlivými odbornými společ-**

nostmi usiluje o vypracování odborného stanoviska ČLK k otázce, u kterých výkonů má být vždy vyžádán písemný informovaný souhlas, a o vypracování vzorů informovaných souhlasů pro jednotlivé lékařské výkony s uvedením všech náležitostí, zejména rizik. V případě sporu, zda měl být informovaný souhlas vyžádán písemně a zda obsahuje všechna reálná rizika a alternativy, bude lékaře nepochybně významně právně chránit, pokud vycházel ze stanoviska profesní komory zřízené zákonem a použil vzoru vypracovaného komorou.

Pokud však pacient odmítá i přes náležité vysvětlení lékařem doporučený výkon, nikdy nestačí záznam v dokumentaci, ale vždy je nutno vyžádat si písemné prohlášení (negativní revers). Zázpis o odmítání péče bez reversu je „sebeobžalobou“. Náležitosti prohlášení o odmítnutí zdravotní péče pacientem nebo jeho zákonným zástupcem jsou uvedeny v příloze číslo 1 vyhl. 385/2006 Sb. a odpovídají vzoru umístěnému na webových stránkách ČLK.

Co stanoví zákon

Zákonnou úpravu vedení zdravotnické dokumentace nalezneme v ustanovení § 67b zákona č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu v platném znění.

Zdravotnická dokumentace má obsahovat údaje nezbytné pro identifikaci pacienta a zjištění anamnézy a dále informace o jeho onemocnění, průběhu a výsledku vyšetření, léčení a dalších významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta a postupem při poskytování zdravotní péče.

Každá samostatná část zdravotnické dokumentace musí obsahovat osobní údaje nezbytné pro identifikaci pacienta a označení zdravotnického zařízení, které ji vyhotovilo.

Zázpis ve zdravotnické dokumentaci musí být veden průkazně, pravdivě a čitelně; musí být průběžně doplňován a **opatřen identifikací a podpisem osoby, která zápis provedla.** Nestačí tedy nečitelný podpis či paraфа, ale ani jmenovka. Identifikace musí být čitelná, podpis musí být vlastnoruční, nebo musí jít o zaručený elektronický podpis.

Opravy se provádějí novým zápisem s uvedením dne opravy, identifikací a podpisem osoby, která opravu provedla, **původní záznam přitom musí zůstat čitelný.**

Zdravotnická dokumentace může být vedena pouze na paměťových médiích výpočetní techniky, ale jen při splnění přesně stanovených podmínek uvedených v ustanovení § 67b odstavec 7 zákona číslo 20/1966 Sb. v platném znění.

Zákon přesně a taxativně stanoví, kdo a za jakých podmínek je oprávněn

nahlížet do zdravotnické dokumentace. Přesný výčet lze nalézt v ustanovení § 67b odstavec 10 zákona č. 20/1966 Sb. v platném znění. Jde o další zdravotníky podílející se na návazné zdravotní péči (nikoli jiné), pověřené členy ČLK a ČSK, revizní lékaře, lékaře (nikoli úředníky) správních úřadů a krajů, soudní znalce, členy znaleckých komisí, veřejného ochránce práv, ap.

Studenti lékařských fakult a žákyně zdravotních škol mohou do zdravotnické dokumentace nahlížet v rozsahu nezbytně nutném pro výuku, a to s písemným souhlasem příslušného pacienta. Písemný souhlas není třeba, nelze-li jej s ohledem na zdravotní stav získat. Také studenti a žákyně jsou vázání povinnou mlčenlivostí pod trestní sankcí.

V případě změny ošetřujícího lékaře je dosavadní lékař povinen předat nově zvolenému lékaři všechny informace potřebné pro návaznost zdravotní péče. **Není tedy správně předávat nově zvolenému lékaři originál zdravotnické dokumentace, ale buď výpis z ní, nebo její kopii. Originál je důležitým dokladem zdravotnického zařízení.**

Pacient a jeho zákonní zástupci mají zatím podle platné právní úpravy právo na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci; z nich se nesmí dozvědět informace o třetí osobě. **Právo pacienta nahlížet do zdravotnické dokumentace výslovně zakotveno není, byť do budoucna lze tuto právní úpravu očekávat. Lékaři však nic nebrání umožnit pacientovi, a s výslovným souhlasem pacienta i dalším osobám jemu blízkým, nahlédnout do zdravotnické dokumentace.**

V případě zániku nestátního zdravotnického zařízení nebo zrušení registrace stanoví další postup nakládání se zdravotnickou dokumentací ustanovení § 67b odstavec 14–17. Zdravotnickou dokumentaci převezme správní úřad, který vydal rozhodnutí o registraci nestátního zdravotnického zařízení a posléze ji předá zdravotnickému zařízení, které si pacient nově zvolí.

Co stanoví vyhláška

Vyhláška č. 385/2006 Sb. o zdravotnické dokumentaci na základě zákonného zmocnění podrobněji upravuje způsob vedení dokumentace, její obsah, skutečnosti, které vždy musí být uvedeny v dokumentaci, a povinné součásti dokumentace, uchovávání a skartaci dokumentace. Vyhláška má tři přílohy. První příloha stanoví minimální obsah samostatných částí zdravotnické dokumentace, druhá příloha skartační řád a třetí příloha skartační lhůty.

Kromě identifikačních a věcných údajů zdravotnická dokumentace obsahuje:



- diagnostickou rozvahu a návrh dalšího diagnostického postupu, vyžaduje-li to zdravotní stav pacienta
 - předpokládanou konečnou diagnózu, návrh dalšího léčebného postupu a informace o průběhu léčení
 - záznam o rozsahu poskytnuté nebo vyžádané zdravotní péče
 - záznam o poskytnutí nebo předepsání léčivých přípravků nebo zdravotnických prostředků, včetně podaného množství
 - záznam o vystavení příkazu ke zdravotnickému transportu
 - záznamy o ošetrovatelské péči, popis a průběh ošetřování, doporučení k dalšímu ošetrovatelskému postupu
 - záznam o provedení očkování, včetně názvu očkovací látky, čísla šarže a data expirace
 - nejde-li o neodkladnou péči a je-li příslušný výkon spojen s rizikem pro pacienta nebo lze volit z několika možných postupů zdravotní péče, záznam o informovaném souhlasu pacienta nebo jeho zákonného zástupce, popřípadě svědka (není povinné) podle náležitostí uvedených v příloze číslo 1 vyhlášky
 - záznam o souhlasu pacienta s poskytováním informací o jeho zdravotním stavu (ten je nutno vyžádat ihned po převzetí pacienta do ústavní či ambulantní péče, ale nebude jej možno vyžádat, nemožňuje-li to zdravotní stav pacienta)
 - záznam o případném použití omezujících prostředků vůči pacientovi a o ohlášení této skutečnosti soudu
 - kopie informací předávaných o pacientovi v listinné formě včetně posudků a průpisy lékařských předpisů označených modrým pruhem
 - záznamy související s přiznáním a ukončením pracovní neschopnosti nebo ošetřování člena rodiny
 - záznam o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace s uvedením kdy, kým a v jakém rozsahu bylo nahlédnuto (to neplatí při nahlížení zdravotnickým pracovníkem v souvislosti s poskytováním zdravotní péče)
 - záznamy o jiných významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta.
- Samostatnou část zdravotnické dokumentace tvoří údaje uvedené v příloze číslo 1 vyhlášky. Jde o tyto součásti:
1. výpis ze zdravotnické dokumentace vedené lékařem primární péče
 2. vyžádání další zdravotní péče
 3. informace o provedeném vyšetření (lékařská zpráva)
 4. informace o propuštění z ústavní péče (propouštěcí zpráva)
 5. záznam o informovaném souhlasu s poskytnutím zdravotní péče (tam, kde se písemný informovaný souhlas vyžaduje tak, jak uvedeno shora)
 6. prohlášení o odmítnutí zdravotní péče pacientem nebo zákonným zástupcem pacienta (revers)
 7. záznam o souhlasu s poskytováním informací

8. lékařský posudek – jeho povinné náležitosti
9. dokumentace zdravotnické záchranné služby
10. dokumentace lékařské služby první pomoci (kniha denních záznamů)
11. dokumentace ošetrovatelské péče.

Zápis do zdravotnické dokumentace provádí zdravotnický pracovník bezodkladně poté, co nastane některá ze skutečností, kterou je třeba do dokumentace zaznamenat. Záznam se doplňuje o informace o aktuálním vývoji zdravotního stavu pacienta **nejméně jedenkrát za 24 hodin; v případě podstatné změny zdravotního stavu však neprodleně.**

Vyřazování zdravotnické dokumentace ve skartačním řízení zajišťuje zdravotnické zařízení, které ji vede, v souladu se skartačním řádem, který je stanoven přílohou číslo 2 vyhlášky. Totéž platí pro zřizovatele zrušeného zdravotnického zařízení, pokud její práva a závazky nebyly převedeny na jiné zdravotnické zařízení.

Zdravotnická dokumentace se **uchovává po dobu pěti let** a označuje se skartačním znakem „S“, není-li stanoveno jinak.

Skartační lhůta počíná běžet 1. ledna následujícího roku po dni, v němž byl učiněn poslední záznam ve zdravotnické dokumentaci pacienta.

Pravidla pro skartaci dokumentů

Postup při vyřazování zdravotnické dokumentace nepotřebné k dalšímu poskytování zdravotní péče a při posuzování její trvalé hodnoty stanoví skartační řád, který je přílohou číslo 2 vyhlášky č. 385/2006 Sb. Jde o posouzení a výběr té dokumentace, která bude při poskytování zdravotní péče již nepotřebná. Bez skartačního řízení nelze zdravotnickou dokumentaci ničit. Vyřazování se

provádí ve skartačním řízení jedenkrát za rok komplexně za celé zdravotnické zařízení. Předmětem skartačního řízení je veškerá zdravotnická dokumentace, u které uplynula skartační lhůta. Ta určuje dobu, po níž je nutno zdravotnickou dokumentaci uchovat. Odborný dohled nad provedením skartace ve zdravotnických zařízeních ústavní péče provádí skartační komise. **V případě, že zdravotnické zařízení poskytuje pouze ambulantní péči, se skartační komise nezřizuje.** Zdravotnická dokumentace se rozdělí nejprve na tu, která má **trvalou hodnotu** s ohledem na dobu vzniku, obsah, původ, apod., a má být proto vybrána **k trvalému uložení jako archiválie**, a na tu, která **trvalou hodnotu nemá** a bude po uplynutí skartační lhůty vyřazena a zničena.

Dále se stanoví skartační znak:

„A“ – po uplynutí skartační lhůty bude trvale uložena s ohledem na její hodnotu.

„S“ – po uplynutí skartační lhůty se navrhne ke zničení.

„V“ – její hodnotu nelze v okamžiku vzniku určit – tu lze po uplynutí skartačních lhůt uvedených v příloze č. 3 vyhlášky zařadit do skartačního řízení; části bez trvalé hodnoty se navrhnou po uplynutí skartační lhůty ke zničení, u částí nadále potřebných se skartační lhůta prodlouží o 5 let.

Zdravotnická dokumentace vyřazená ve skupině „S“ musí být zničena. Zničením se rozumí takové znehodnocení, aby byla znemožněna rekonstrukce a identifikace obsahu. Zdravotnická dokumentace vyřazená ve skupině „A“ se předá příslušnému archivu. Provozovatel zdravotnického zařízení schválí skartační návrh dle shora uvedených zásad a zašle jej příslušnému archivu, provádějícímu u zdravotnického zařízení skartační řízení podle zákona 499/2004 Sb. o archivnictví a spisové službě.

Skartační plán uvedený v příloze č. 3 vyhlášky obsahuje skartační lhůty. Uvedeme jen ty nejdůležitější:

Primární péče – 10 let od změny lékaře nebo od úmrtí pacienta.

Specializovaná a zvláštní ambulantní péče – 5 let od posledního vyšetření nebo 10 let od úmrtí pacienta.

Dispensární péče – 10 let od vyřazení z dispensární péče nebo 10 let od úmrtí pacienta.

Zdravotní péče poskytnutá v souvislosti s léčbou duševních poruch a poruch chování včetně AT – 100 let od narození pacienta nebo 10 let od jeho úmrtí.

Ústavní péče – hospitalizace – 40 let od poslední hospitalizace nebo 10 let od úmrtí pacienta.

Lze doporučit všem ředitelům, léčebně preventivním náměstkům, odborným zástupcům nestátních zdravotnických zařízení a primářům a jejich zástupcům, aby si vyhlášku č. 385/2006 Sb. o zdravotnické dokumentaci pořídili.

JUDr. Jan Mach

ředitel právního oddělení ČLK

PŘÁVNÍ SEMINÁŘ ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

4. listopadu 2006 v 10 hodin

posluchárna III. interní kliniky
1. LF a VFN v Praze 2,
U nemocnice 1, Praha 2

PROGRAM: Právní pasti v medicíně ● Trestní odpovědnost lékaře, kazuistiky, prevence, zásady obhajoby ● Žaloby proti zdravotnickým zařízením o náhradu škody a ochranu osobnosti, kazuistiky, prevence, zásady obhajoby ● Vedení zdravotnické dokumentace – zákon a nová vyhláška č. 385/2006 Sb. o Zdravotnické dokumentaci ● Problematika práva a medicíny v EU a USA – zkušenosti českého právníka z roční stáže v USA ● Právní vztahy zdravotních pojišťoven a zdravotnických zařízení

Přednáší: JUDr. Jan Mach
a spolupracující právníci
Účastnický poplatek:
členové ČLK 300 Kč, nečlenové ČLK 3000 Kč

Přihlášky do 25. 10. 2006 na kancelar@clkcr.cz
poštou: ČLK, Lékařská 2, 150 00 Praha 5,
tel.: 257 220 617, fax: 257 220 618.



REGULAČNÍ SRÁŽKY OZP

Zdravotnická zařízení, která poskytují zdravotní péči v oboru **praktické lékařství pro dospělé a praktické lékařství pro děti a dorost**, jsou OZP informována o vypočtených regulačních limitech za **1. čtvrtletí 2006**. Někteří lékaři poukazují na to, že OZP uplatňuje regulace i v případě, kdy zdravotnické zařízení v daném období ošetřilo 50 a méně jejích pojištěnců.

K tomu je třeba uvést, že vyhláška číslo 550/2005 Sb. ve znění platném do 31. 3. 2006 v případě praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost skutečně nebrání omezení úhrady ani v případě, kdy zdravotnické zařízení poskytne zdravotní péči v referenčním nebo hodnoceném období méně než 50 pojištěncům. Nicméně ke způsobu určení výše regulačních limitů je třeba uvést následující výhrady:

Z informací OZP o vyhodnocení regulačních limitů za 1. čtvrtletí 2006, které nám byly lékaři zaslány k posou-

zení, nelze zjistit způsob výpočtu regulační srážky. Proto není možné, aby se zdravotnické zařízení k vypočtené regulaci kvalifikovaně vyjádřilo. Navíc z dopisů vyplývá, že OZP nejčastěji uplatňuje regulační srážky za výkony mimo kapítací u registrovaných pojištěnců. Právní úprava úhrady za výkony mimo kapitační platbu stanovená vyhláškou č. 550/2005 Sb. ve znění platném do 31. 3. 2006 stanoví, že **celková úhrada za výkony mimo kapitační platbu a výkony za neregistrované pojištěnce bude činit nejvýše 103 % celkové úhrady za tyto výkony v odpovídajícím kalendářním pololetí minulého roku**. Výše maximální celkové úhrady má být tedy stanovena za celé pololetí s ohledem na 1. pololetí 2005, nikoli za čtvrtletí. Postup OZP, kdy tuto maximální úhradu stanoví pro jednotlivá čtvrtletí, je v rozporu s obecně závaznými právními předpisy, respektive s vyhláškou č. 550/2005 Sb. v platném

znění. Na tuto skutečnost je třeba OZP upozornit a požadovat informaci, jakým způsobem byla regulační srážka vypočtena.

Ze zdravotnických zařízení poskytujících **specializovanou ambulantní zdravotní péči** jsme obdrželi k posouzení několik informačních dopisů týkajících se regulačních limitů ze strany OZP pro **1. pololetí 2006**. Ani v těchto případech není zřejmé, jakým způsobem OZP při výpočtu postupovala.

Pokud zdravotnické zařízení obdrží takto koncipovanou výzvu k úhradě, je třeba, aby ji odmítlo a požadovalo od OZP podrobnou informaci o způsobu výpočtu regulační srážky. Jedině tak se bude možné k jejímu uplatnění kvalifikovaně vyjádřit.

V případě potřeby posouzení oprávněnosti uplatněné regulace je možné se obrátit na právní oddělení ČLK.

MUDr. Mgr. Dagmar Záleská
právní oddělení ČLK

NOVELA ZÁKONA O ZAMĚSTNANOSTI

Novelou zákona č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti, provedenou zákonem číslo 109/2006 Sb., účinnou od 1. 7. 2006, došlo k významné změně právní úpravy povinností zdravotnických zařízení vůči úřadům práce. Ačkoliv zákon o zaměstnanosti ukládal zdravotnickým zařízením i před 1. 7. 2006 povinnost vyhovo-
vat žádostem úřadů práce a na jejich základě provádět vyšetření zdravotního stavu fyzických osob, tato povinnost byla zmíněnou novelou značně rozšířena, a to jak co do svého rozsahu a vymezení subjektů, vůči nimž je třeba povinnost plnit, tak především sankcemi, jež za její porušení mohou být uloženy.

V ustanovení § 9b zákona o zaměstnanosti se po změnách zavedených novelou uvádí:

(1) Zdravotnická zařízení jsou povinna za úhradu na žádost úřadu práce nebo lékaře určeného úřadem práce

a) provést vyšetření zdravotního stavu fyzické osoby,

b) zpracovat lékařské podklady ve vyžádaném rozsahu, jichž je třeba k posouzení zdravotního stavu fyzické osoby.

(2) Zdravotnická zařízení jsou povinna bezplatně lékaři uvedenému v odstavci 1 na jeho žádost sdělit informace potřebné pro posouzení zdravotního stavu, umožnit nahlížení do zdravotnické dokumentace a na nezbytně nutnou dobu zapůjčit zdravotnickou dokumentaci v rozsahu potřebném pro posouzení zdravotního stavu fyzické osoby.

(3) Zdravotnické zařízení plní povinnosti podle odstavců 1 a 2 ve lhůtě určené úřadem práce nebo lékařem uvedeným v odstavci 1, a není-li tato lhůta určena, do 15 kalendářních dnů ode dne, kdy obdrželo žádost.

(4) Výše úhrady za výkony podle odstavce 1 se řídí seznamem zdravotních výkonů s bodovými hodnotami 14) a zvláštními právními předpisy 14a). Úhradu poskytne příslušný úřad práce, který si provedení výkonu vyžádal, a to na základě vyúčtování předloženého zdravotnickým zařízením. To platí obdobně i pro náhradu poštovního za zaslání zdravotnické dokumentace podle odstavce 2.

Oproti dřívější úpravě tedy dochází k zásadnímu rozšíření povinností zdravotnických zařízení, která jsou po nabytí účinnosti novely povinna kromě provedení vyšetření zdravotního stavu fyzické osoby ještě zpracovat lékařské podklady ve vyžádaném rozsahu a bezplatně příslušnému lékaři sdělit informace ze zdravotnické dokumentace pacienta, resp. umožnit nahlížení do této dokumentace nebo dokonce tuto dokumentaci zapůjčit. Ke zpřísnění došlo i co do lhůt k plnění uvedených povinností. Zatímco totiž dříve byla lhůta pro provedení vyšetření pevně stanovena zákonem na 14 dní, v současné době se zákonná (nově patnáctidenní) lhůta uplatní pouze tehdy, pokud úřad práce nebo stanovený lékař nepožádá zdra-

votnické zařízení o poskytnutí součinnosti ve lhůtě kratší.

Velmi významná změna nastala i v oblasti definice správních deliktů zdravotnických zařízení, jakož i sankcí, jež může úřad práce uložit zdravotnickému zařízení za jejich spáchání. Za správní delikt je v souladu s novým ustanovením § 140 odst. 3 zákona o zaměstnanosti považováno jednání zdravotnického zařízení, v jehož rámci

a) neprovede vyšetření zdravotního stavu nebo je neprovede ve v příslušné lhůtě uvedené;

b) nesplní povinnost zpracovat lékařské podklady nebo nesplní tuto povinnost ve stanovené lhůtě, nebo

c) nesplní povinnost sdělit informace, umožnit nahlížení do zdravotnické dokumentace nebo zapůjčit zdravotnickou dokumentaci podle nebo nesplní tuto povinnost ve stanovené lhůtě.

Nově je též vymezena výše pokuty, která může být zdravotnickému zařízení uložena za porušení povinností dle zákona o zaměstnanosti. Ve smyslu ustanovení § 140 odst. 4 písm. d) zákona se může jednat o pokutu až 50 000 Kč.

Mgr. Aleš Buriánek
právní oddělení ČLK

14) Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

14a) Zákon č. 526/1990 Sb., o cenách, ve znění pozdějších předpisů.



ROZHOVOR

MÁM AMBICE SJEDNOTIT LÉKAŘE

říká v rozhovoru MUDr. Milan Kubek, prezident ČLK

Jak vůbec lékaře napadne, aby se stal funkcionářem České lékařské komory?

Ta cesta začala v Lékařském odborovém klubu v roce 1995, kdy jsem složil první atestaci z interního lékařství a můj plat sekundáře se zvýšil o pět stovek na 5 600 korun. Dobře si pamatuji ten pocit frustrace, když jsem s víkendovou službou od pátečního rána do pondělního odpoledne a pěti všedními službami k tomu nalézal na výplatní pásce necelých devět tisíc hrubého. Kolegové z nemocnic vědí, o čem mluvím. Vzpomínám si, jak mě při práci na zahradě zaujal rozhlasový rozhovor s tehdy zcela neznámým doktorem Rathem, který mluvil přesně o těch problémech, které trápili mě i moje vrstevníky. On byl první, kdo řekl nahlas, že být lékařem není jen krásné poslání, ale i tvrdá dřina, a že za zodpovědnou práci mají být doktoři zaplacení stejně dobře jako třeba právníci. Nutno přiznat, že svoji otevřeností tenkrát šokoval nejenom veřejnost, ale i medicínské kapacity. Odhodlání vybojovat si lepší pracovní podmínky a vyšší mzdy přivedlo tisíce zejména mladých lékařů do nově založeného Lékařského odborového klubu.

Jistě naivně jsme věřili, že jedna nebo dvě demonstrace a slušná stávka, která neohrozí naše pacienty, přivedí zásadní změnu poměrů. Že se může skokem změnit postoj společnosti k lékařům. Že dokážeme odstranit vykořisťování inteligence, které nastolil komunistický režim a v němž pokračovaly i všechny polistopadové politické reprezentace.

Ukázalo se, že cesta k normálním poměrům v českém zdravotnictví bude dlouhá. Abychom mohli uspět, nutně jsme potřebovali podporu České lékařské komory, a tak jsem se i já ucházel o funkci předsedy okresního sdružení. **Šlo vám před deseti lety pouze o peníze, nebo vám vadilo ještě něco jiného?**

Velmi nízké finanční ohodnocení nás trápilo nejvíce, vždyť který vysokoškolák by byl spokojený, kdyby za hodinu vydělával méně než kvalifikovaný řemeslník. Vadilo nám však i obrovské množství přesčasové práce a mnohdy velmi ponižující pracovní náplň, kdy lékař-sekundář navzdory svému vzdělání byl, a bohužel stále často je, zneužíván

jako levná pracovní síla, taková sekretářka, která ke všemu ani neumí psát na stroji. Čas, který by měli věnovat nemocným, tráví mladí lékaři psaním propouštěcích zpráv, přepisováním různých nálezů, výsledků vyšetření a podobně. Zkrátka ubíjející množství administrativy. **Podářilo se vám to změnit?**

Mzdy se postupně zlepšily, díky soustavnému tlaku LOKu i Komory se našim lékařům daří lépe než třeba kolegům v Polsku či na Slovensku.

MUDr. Milan Kubek

Narozen 13. 2. 1968 v Praze, ženatý, dvě dcery (6 let a 2 roky). V roce 1992 promoval na I. LF UK v Praze, I. atestace z vnitřního lékařství v roce 1995, II. atestace pak v roce 1999. V letech 1992 až 2004 pracoval v nemocnici v Praze 9 – Vysočanech nejprve jako sekundární lékař na interně a poté jako samostatný ordinář pro angiologii. Od roku 2004 provozuje soukromou interní – angiologickou ambulanci. Od roku 1999 předseda LOK, po jeho sloučení se Svazem českých lékařů v roce 2001 předseda LOK-SČL do ledna 2006, kdy na funkci rezignoval po zvolení prezidentem ČLK. V letech 1996 až 2004 byl předsedou obvodního sdružení ČLK Praha 9. Dne 14. 1. 2006 zvolen prezidentem ČLK. Od roku 2004 viceprezident Evropské federace lékařů zaměstnanců (FEMS).

Přesčasová práce, jejíž množství přesahuje normy EU, bohužel zůstala. Nemocniční lékaři zůstávají ekonomicky závislí na službách, bez kterých by odcházeli domů pouze s průměrnou mzdou, a ani organizace práce se od časů Rakouska-Uherska asi příliš nezměnila. Pořád přetrvává ten vojenský systém, přílišná hierarchie, různá hlášení, velké vizity... Často se tím pouze ztrácí čas. **V lednu jste byl zvolen čtvrtým prezidentem ČLK. Nelitujete toho?**

Jsou chvíle, kdy svého rozhodnutí lituji, ale naštěstí jsou střídány radostí, když se mi podaří pro doktory něco udělat. **A kdy tedy svého rozhodnutí kandidovat do čela Lékařské komory litujete?**

Když jsem konfrontován s obrovskou rozhádaností lékařského stavu, s projevy nekolegiality a někdy i velmi osobní záští. To jsou chvíle marnosti, kdy si uvědomu-

ji, proč na tom lékaři v České republice nejsou tak dobře, jak by si zasloužili. Ten hlavní důvod skutečně tkví v nás. Právě v té naší nejednotě a v tom, jak dokáže být zlý jeden kolega ke druhému a jedna skupina lékařů k jiné.

Je to běžné jako v jiných profesích?

Obávám se, že situace je horší i ve srovnání s lékaři v jiných zemích. Politickým reprezentacím se podařilo vytvořit příkop mezi lékaři soukromými a zaměstnanci. A my, lékaři, aktivně pracujeme na tom, aby ta propast byla pokud možno co nejširší. Naši nejednoty pak využívají jak zdravotní pojišťovny, tak politické strany.

Možná si věříte, že to změníte...

Vzhledem k tomu, že jako bývalý odborář rozumím po dvanácti letech práce v nemocnici problémům lékařů-zaměstnanců a zároveň po dvou letech provozování privátní praxe znám problémy soukromých lékařů, mám snad šanci doktory sjednotit. Ale vím, že to nebude jednoduché a bez kolegů, kteří mi budou věřit a na které se budu moci spolehnout, nemám šanci uspět.

V čem je problém? Jedna skupina lékařů závidí druhé?

Mezi soukromými lékaři je rozšířen bonmot, že zatímco lékař v nemocnici přijde do práce, rozsvítí a začne mu běžet plat, soukromý lékař přijde do ordinace, rozsvítí a začnou mu narůstat náklady. Jako by už zapomněli na vyčerpávající noční služby a na skutečnost, že právě nemocnice jsou tím místem, kam z terénu odesíláme nejkomplicovanější pacienty. Nemocniční lékaři zase s oblibou opakují, že zatímco zavřené nemocnice by byly celonárodní katastrofou, tak zavřené ordinace soukromých lékařů nejsou nic víc než běžný víkend. Závidí kolegům s privátní praxí, protože nezažili pocit nejistoty, kdy a zda vůbec vám zdravotní pojišťovna zaplatí za práci a nebo zda s vámi nerozváže smlouvu.

Kdo má podle vás pravdu?

Nikdo. Považuji podobné debaty nejenom za hloupé, ale i za velmi nebezpečné. Základním problémem je nedostatek včítění se do problému druhé skupiny. Soukromí lékaři by měli chápat, že když pracujete v nemocnici za



hodinovou mzdu asi 150 korun, musíte odsloužit měsíčně šest až osm služeb, tak jste přepracovaný, frustrovaný a totálně nespokojený. Naopak zaměstnanci musí pochopit, že pokud vám pojišťovny platí se zpožděním, pak jen obtížně sháníte peníze na nájem, na sestry...

Jak to vzniklo?

Chybu vidím v tom, že se lékaři příliš brzo rozdělili na privátní a na zaměstnance. Došlo k určité, skoro bych řekl povinné privatizaci ambulantních lékařů, kteří na to nebyli ekonomicky připraveni. Rozumnější cestu zvolili ve Slovinsku, kde lékaři zůstali zaměstnanci a jednotně se snažili zlepšit své ekonomické postavení. A teprve poté, kdy dosáhli určitého ekonomického statusu, se někteří začali privatizovat.

Jak by to tedy mělo správně vypadat?

Moje vize je taková, že co nejvíce lékařů, kteří mají příslušnou kvalifikaci, by mělo vykonávat medicínu jako svobodné povolání. Prostě nechápu, proč jsou v nemocnicích čtyřicetiletí sekundáři s plnou kvalifikací. Ti kolegové by pro nemocnici měli pracovat v nějakém smluvním vztahu jako konzultanti a zároveň by měli mít možnost provozovat soukromou praxi. Třeba v areálu těch nemocnic, vždyť existence poliklinik je pro lékaře i pacienty praktická a v řadě zemí nám ji mohou závidět.

Pracujete i nadále jako lékař?

Samozřejmě. Jednak je to ze zákona moje povinnost, a vzhledem k tomu, že funkce v ČLK jsou čestné a za jejich výkon vám náleží pouze náhrada ztraceného času a vynaložených nákladů, je to i existenční nutnost. Soukromá praxe musí uživit mě i moji rodinu.

Jak se vám to daří časově sladit?

Obtížně a bohužel právě na úkor mé rodiny.

Dá se vyčíslit, o kolik peněz přicházíte tím, že děláte prezidenta ČLK?

Asi dá, ale nechci si stěžovat. V každém případě za hodinu práce pro Komoru mi náleží dvě stě korun hrubého, což je pochopitelně mnohem méně, než kolik bych vydělával ve své ordinaci, jejíž režijní náklady průběžně platím.

Přesto vám asi spousta kolegů závidí...

Jestli spousta, to nemohu posoudit, ale je možné, že některé útoky od kolegů, kterým jsem nikdy nijak neublížil, jsou opravdu motivované závistí. Reprezentativní kancelář a služební auto k tomu asi svádí. Avšak odvrácenou stranou

této mince je prakticky čtyřicetihodinová dostupnost na mobilním telefonu, víkendy a večery strávené nad materiály ČLK, nudná leč nutná jednání s nejistým výsledkem a schůze, které mohou končit i hluboko po půlnoci.

Je ČLK v zásadě názorově rozdělena na privátní lékaře a zaměstnance, nebo existuje i dělení politické?

Kampaň před posledními parlamentními volbami byla obzvláště nechutná. Zdravotnictví se stalo jedním z hlavních témat, bylo bojištěm, na kterém politické strany předváděly své svaly. Ta vypjatá atmosféra zanechala šrámy i na lékařském stavu. Ale myslím, že



se mi podařilo splnit základní úkol, který mám ze zákona, to znamená zachovat Komoru jako nadstranickou organizaci. Na rozdíl od stomatologické a lékárnické komory jsme z toho vyšli dobře, a to považuji do značné míry za svoji zásluhu.

O vás je známo, že jste blízký spolupracovník doktora Ratha. Cítíte proti sobě silnou opozici ze strany pravice?

Doktor Rath je vyhraněná osobnost, která nikoho nenechává chladným. On rozděljuje nejenom lékaře, ale celou společnost na své přívržence a na zavilé nepřátele. Já nejsem člověk, který by vzbuzoval tolik emocí. Také proto mám určitou šanci lékaře sjednotit. Doufám, že nyní po volbách se situace zklidní i ve zdravotnictví. Jako prezident ČLK jsem ochotný spolupracovat se všemi politiky, ale zároveň jsem připraven há-

jit zájmy lékařů proti každému z nich. Mým cílem je silná Lékařská komora, která dokáže poskytovat svým členům kvalitní servis na profesionální úrovni, Komora s takovou autoritou a pravomocemi, které z ní udělají skutečného garanta kvality zdravotní péče a strážce etiky výkonu lékařského povolání. Komora, která bude mít sílu hájit profesní a ekonomické zájmy svých členů.

Co považujete za svoji dosud největší prohru ve funkci prezidenta ČLK?

Mezi prohrou a vítězstvím vede někdy jen velmi tenká hranice a snadno se ocitnete v pozici, kdy nemůžete vyhrát, i kdybyste se snažil sebevíc. Příkladem je osud novely zákona o zdravotní péči. Do tohoto zákona se mi s pomocí skupiny poslanců podařilo prosadit několik zásadních změn, které mohly zlepšit postavení lékařů a posílit Komoru. Tím nejdůležitějším byl nepochybně trvalý smluvní vztah soukromých lékařů se zdravotními pojišťovnami zajištěný zákonem. Smlouvu by mohly pojišťovny i zdravotnická zařízení vypovědět pouze z jasně daných a v zákoně vyjmenovaných důvodů. Zákon upravoval pravidla prodeje a dělení lékařských praxí včetně smluv s pojišťovnami. V návrhu byla i změna pravidel dohodovacího řízení tak, aby partnerem zdravotních pojišťoven byla ČLK, na jejíž půdě by probíhalo první kolo jednání, kdy bychom hledali kompromis mezi jednotlivými lékařskými skupinami, který by potom Komora svojí silou mohla prosazovat vůči pojišťovně. Dnes pojišťovny vyjednávají s desítkami různých lékařských sdružení, jejichž reprezentativnost je často velmi sporná. Někdy se jen tři lidé domluví, že si založí občanské sdružení XY, a to stačí k tomu, aby se účastnili dohodovacích řízení, kde mohou blokovat různé dohody. Právě této nejednoty pojišťovny nestoudně zneužívají.

Prosazovat změny v zákoně, o kterých jsem hovořil, nám uložil nejvyšší orgán Komory – sjezd delegátů. Bohužel, celé skupiny lékařů proti tomuto záměru aktivně bojovaly a přispěly k tomu, že prezident republiky zákon odmítl, a to v době, kdy poslanecká sněmovna už neměla čas jeho veto přehlasovat. A tak se nám tento pro lékaře důležitý a poslanci dvakrát schválený zákon prosadit nepodařilo a ČLK tedy nezískala zpět například ani právo



ROZHOVOR

potvrzovat specializovanou způsobilost lékařů, což v dané chvíli dělá stát. **Proč někteří lékaři proti takové změně zákona protestovali?**

Záminky byly různé, ale pravým důvodem byla obava z posílení České lékařské komory, kterou tito kolegové nepovažují za svoji organizaci. Proto nechtějí připustit, aby ČLK měla kompetence vyjednávat jménem všech lékařů s pojišťovnami. Myslí si, že v separátních jednáních s pojišťovnami buďto sami pro sebe osobně, nebo pro nějakou úzkou skupinku domluví, na úkor ostatních, nějakou výhodu. To je krátkozraká politika, která nemůže lékařskému stavu přinést nic dobrého.

A bylo nějaké vítězství?

Spolu s tehdejším ministrem Rathem jsme prosadili zvýšení plateb pojistného za tzv. státní pojištěnce, díky čemuž naše podfinancované zdravotnictví získá do konce roku čtyři miliardy korun. Právě nedostatek finančních prostředků je základní příčinou většiny našich obtíží. Evropská kvalita a široká dostupnost zdravotní péče, na kterou jsou již občané zvyklí, jsou dosahovány na úkor platů zdravotníků a příjmů našich soukromých praxí. S tím se nemůžeme smířit, a tak vytváření tlaku na zvyšování výdajů na zdravotnictví, které jsou i v relativních číslech tedy jako procento HDP v ČR mnohem nižší než ve vyspělých zemích, patří mezi hlavní úkoly vedení Komory.

Podářilo se mi vyjednat i novelu nešťastné úhradové vyhlášky, která sice v prvním čtvrtletí přinesla nemalou úsporu výdajů za léky, ale byla až zbytečně moc restriktivní. ČLK sice neorganizovala žádné demonstrace, ale právě její rozvášňující a přitom neústupný postoj přinesl všem soukromým lékařům možnost vydělat si o pět procent více než před rokem. Limity na léky, zdravotnické prostředky i vyžádanou péči se částečně uvolnily a hrozící sankce jsou méně přísné. Nepodařilo se nám sice prosadit vše, co jsme si přáli, avšak každý lékař má jistotu, že pokud z odborného hlediska dokáže svůj postup obhájit, nebude pojišťovnami penalizován.

Kolegy zaměstnance jistě potěšilo schválení zákona o neziskových nemocnicích.

Doufám, že do úspěšného konce dotáhnou i svůj zápas za trvalý smluvní vztah pro soukromé lékaře a že drtivá

většina kolegů získá existenční jistotu poté, co podepíše smlouvy, které jsem dojednal s ředitelem VZP a vedením některých dalších pojišťoven.

Jaké jsou podle vás další aktuální problémy, které musí Komora řešit?

Zcela jistě nás musí zajímat nový zákoník práce, který od ledna příštího roku uvede české pracovní právo do souladu s legislativou EU. Každá přítomnost zaměstnance na pracovišti se bude rovnat výkonu práce, přičemž množství přesčasové práce bude i nadále dvakrát limitováno. Zaměstnavatel může nařídít maximálně 150 hodin přesčasové práce ročně a se zaměstnancem si může dohodnout přesčasovou práci do limitu v průměru osm hodin týdně. To dává za rok celkem 416 hodin, které bez hlubokých změn v organizaci práce prostě nebudou stačit. Musíme hledat taková řešení, která zajistí kontinuitu poskytování zdravotní péče v nemocnicích, neohrozí pacienty a zajistí lékařům, že i s menším počtem služeb nebudou vydělávat méně než dnes. Nemocniční lékaři jsou totiž bohužel na službách ekonomicky závislí. Lékaři-zaměstnanci, kteří o to projeví zájem, by měli mít možnost sloužit na základě zvláštních smluv. Do práce v nemocnici by se v širším měřítku však měli zapojit i soukromí lékaři.

Obrovské problémy lékařům působí i zcela špatný zákon o vzdělávání a odborné způsobilosti, který zavedl v rámci Evropy raritní počet základních specializací. Jde často o úzké obory, o specializace, které v EU neznají, a tedy absolvování takového postgraduálního studia by lékaři nic nepřineslo. Do takových oborů se tedy žádní zájemci nehlásí, a tak by jim hrozilo vymírání. Není vyřešena ani otázka povinné praxe školenců na akreditovaných pracovištích. Kdo ji bude platit? Jak budou lékaři, kteří mají rodinu, živořit daleko od ní někde ve městě s fakultní nemocnicí, která o ně ani nemá zájem? Na takto palčivé otázky zákonodárce odpovědi nehledal. ČLK tedy již začala pracovat na komplexní novele tohoto špatného zákona.

V médiích se objevily spekulace o špatném hospodaření ČLK v minulosti...

Všechny tyto spekulace pochopitelně poškozují ČLK a snižují její důvěryhodnost. Rovněž ekonomické důsledky podobných afér jsou nedozírné. Za-

tímco v uplynulých několika letech vydávání časopisu Komoru nic nestálo, my jsme za půl roku vydávání časopisu ve vlastní režii vytvořili navzdory drastickým úsporným opatřením, kdy časopis neměl ani žádného redaktora, velkou finanční ztrátu. Abychom se nevrátili do časů, kdy třeba v roce 1996 zaplatili členové Komory za časopis 5,5 milionu korun, hledali jsme strategického partnera, který by znovu získal inzerenty a zajistil vydávání se ziskem pro ČLK. A já jsem rád, že lékaři nyní mohou hodnotit první výsledek této, doufám, že úspěšné, spolupráce.

A na závěr něco z jiného soudku. Jakým způsobem se od všech těch starostí odraťujete? Jste lékař, žijete zdravě?

Řekl bych to asi takto. Některé zlozvyky nemám, jsem třeba nekuřák. A pokud se mi naskytne příležitost, snažím se dokonce i sportovat. Patnáct let jsem hrál fotbal, i když jen na okresní úrovni. Kopal jsem sice špatně, ale rád. Nakonec jsem toho musel zanechat po opakovaných úrazech kolena. V posledních letech mě asi nejvíce baví jezdit s rodinou na kole. I letos se nám podařilo vyjet si dvakrát na tři nebo čtyři dny na takovou cyklistickou dovolenou s dvouletou dcerou v sedačce. Šedesát kilometrů nějakou hezkou krajinou, pár zastávek v restauračních zařízeních, navštívit nějaký hrad nebo zámek, to mám strašně rád. Líbí se mi i pěší turistika, při které můžeme být celá rodina pohromadě. Naše šestiletá Zuzanka totiž už dokáže za den ujít i dvacet kilometrů s vlastním malým batůžkem na zádech. No a tu mladší – Kamilku, tu nosím v krosně na zádech.

Máte ještě nějakého koníčka?

Fotografuji, zajímá mě historie a baví mě cestování. Svého času jsem provozoval myslivost a chytal ryby. Můj dědeček byl vášnivý myslivec, který pocházel ze staré pytlácké rodiny Vlků a své dětství prožil na přívoze v Luhu pod Branovem tak, jak to ve svých knížkách zvěčnil spisovatel Ota Pavel. Ani já jsem se tedy nemohl zakutálet daleko od stromu. Dnes je mojí povinností starat se o chalupu s velkou zahradou právě po dědečkovi, která leží sice v krásné krajině na okraji Křivoklátských lesů, ale bohužel sto kilometrů od Prahy, takže se tam nedostanu tak často, jak bych potřeboval. (MIM)



ZRÁDNÉ BOLESTI V ZÁDECH

Rozhodování Čestné rady ČLK bylo v případě, který vám chceme přiblížit, složité. Především na základě provedené pitvy skončilo konstatováním, že lékařky ve své práci nepochybily.

Případ začal stížností, kterou k ČLK podala paní Marie, vdova po panu Václavovi (65 let), který podle ní doplatil na zanedbání lékařské péče. Mimo jiné napsala:

„Dne 16. září navštívil můj manžel s bolestí zad neuroložku v místě bydliště, která mu po vyšetření předepsala léky, a byl objednan na kontrolu 23. 9. Léky bral podle předpisu, byl ospalý, až apatický, ale bolesti zad neustoupily (na nic jiného si nestěžoval). V sobotu 18. 9. jsme ho večer pro velké bolesti odvezli na lékařskou pohotovost do nemocnice, kde dostal dvě infuze s tím, aby přestal brát lék Aescin. Po propuštění se cítil lépe, ale ospalost, pocení a únava trvaly nadále. V pondělí 20. 9. ho dcera odvezla opět k neuroložce v místě bydliště, byl mu předepsán další lék. Doma prospal zbytek dne, úterý i středu. Začal odmítat stravu i nápoje, chtěl jen spát.

Ve středu 22. 9. se jeho stav natolik zhoršil, že jsme ho opět odvezli na pohotovost do nemocnice. Byl při vědomí, ale dělala mu problémy chůze i komunikace. Sloužící lékařka – stejná jako minule – ho opět vyšetřila, byla mu odebrána krev i moč, napojili ho na infuzi. Lékařka sdělila, že jen co ho napojili, tvrdě usnul (ani jí to nepřišlo divné). I přes naše upozornění, že takto nám prospí doma většinu dne, že má potíže s chůzí, špatnou barvu kůže, nám sdělila, že to mohla způsobit kombinace předepsaných léků. Po obdržení výsledků krve a moči manžela poslala domů a sdělila, že má v těle nějaký infekci, ale neví od čeho. To je třeba zjistit dalším vyšetřením na lůžku. Ať ho přivezeme v pondělí 27. 9. na interní oddělení, že bude objednan na jednotlivá vyšetření (prodléva 5 dnů). Byla

k němu přivolána také neuroložka, která po vyšetření rozhodla, že mu bude píchnut obstřík. Po opuštění ordinace byl manžel ve stejně špatném stavu jako při přijetí.

Ve čtvrtek 23. 9. se situace opakovala. Manžel spal, odmítal jíst i pít, večer si začal stěžovat na bolesti hlavy (od středy 22. 9. nebral žádné léky). Byl apatický a malátný. Bolest hlavy zřejmě dříve tlumily léky nasazené neurologem v místě bydliště. Zavolali jsme záchrannou službu a ta ho po krátkém vyšetření odvezla do nemocnice skoro v bezvědomí.

Po hodině a půl tam dcera volala a službukonající lékařka se jí mimo jiné ptala, zda tatínek pije, zda nebyl v hospodě a neupadl (od 14. 9. ležel doma). Poté jí sdělila, že má krvácení do mozku a půjde na operaci. Byl to pro nás šok, protože jsme ho vozili s bolestmi zad.

V pátek 24. 9. jsme ho navštívili na ARO příslušné nemocnice. Byl po operaci mozku na resuscitačním oddělení. Ošetřující lékařka se nás opět zeptala, zda tatínek pije a zda se neléčí se srdcem a plícemi (rtg plic a srdce měl v dubnu – v pořádku, napil se výjimečně). Na tomto oddělení ležel do 18. 10. Po předchozích zkušenostech bych chtěla věřit, že tady se mu dostalo kvalitní péče, i když při každé návštěvě nám lékaři sdělovali rozdílné informace o manželově zdravotním stavu. Dne 18. 10. byl manžel převezen na neurochirurgii (v bezvědomí), kde byl opět operován a druhý den, 19. 10. 2004 zemřel...“

Co ukázala pitva

Ze zdravotní dokumentace a pitevního protokolu bylo nakonec zjištěno, že se u pacienta jednalo o chronický dekompenzovaný subdurální hematom frontotemporoparietální vpravo, malý čerstvý subdurální hematom vlevo s čerstvým zakrvácením, fisura temporálně vpravo, edém mozku a dislokace středových struktur vlevo (CT vyšetření 23. 9.). Při pitvě se kromě již známé diagnózy nitrolebního krvácení našel také generalizovaný karcinom plic, vycházející z pravé plíce s metastázami do intrapulmonálních a mediastinálních uzlin a se zřetelnými mnohočetnými metastázami do kostí.

Tři stížnosti

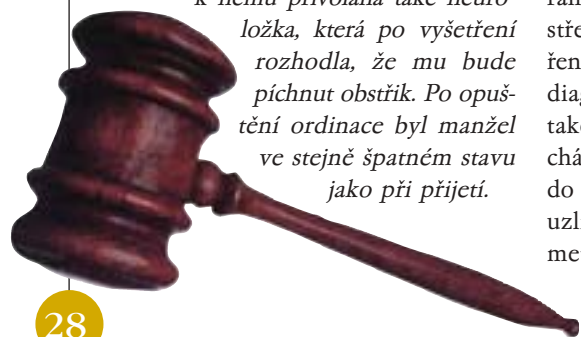
Paní Marie podala stížnost pro zanedbání lékařské péče na tři lékařky – praktickou neuroložku v místě bydliště a na dvě lékařky v nemocnici (Oddělení urgentního příjmu dospělých a neuroložku). Ke stížnosti přiložila všechny lékařské zprávy a záznam o ošetření ze dne 22. 9. Pověřená členka Revizní komise ČLK stížnost předala k dalšímu řešení revizní komisi místně příslušného okresního sdružení ČLK.

Vyjádření obviněných lékařů

Ambulantní neuroložka na základě stížností pacienta na přibližně šestidenní bolesti zad, bez propagace do končetin, diagnostikovala 16. 9. akutní lumbago bez radikulární symptomologie. Ve svém písemném vyjádření uvádí: „Nebyly přítomné známky syndromu kaudy. Potíže s močením na cílený dotaz negoval. Meningeální příznaky byly negativní.“ Byla nasazena léčba analgetická, myorelaxační a antiflogistická. Byl doporučen klidový režim bez fyzické zátěže. O indikaci rentgenového snímku lumbosakrální páteře měl rozhodnout stav při následné kontrole. „Domnívám se, že tento postup je v souladu s aktuálními doporučeními při léčbě akutního lumbaga. Pacient se opět dostavil 20. 9., stěžoval si na silné bolesti zad, nejevil známky akutního ohrožení života nebo zdraví. K medikaci byl přidán Tralgit a byl pozván k plánované kontrole za tři dny.“ K tomu ale již nedošlo.

Lékařka z Oddělení urgentního příjmu dospělých nemocnice ve svém písemném vyjádření pro RK OS ČLK mj. uvádí, že pan Václav byl při vyšetření 18. 9. orientován, spolupracoval a stěžoval si na výraznou bolest v kříži. Diagnostikovala lumbago bez radikální symptomologie a po infúzní terapii bolest ustoupila. „Dne 22. 9. se opět dostavil k vyšetření pro intenzivní bolest v křížové krajině, zvláště při změnách polohy a vleže, stěžoval si na zácpu a zhoršené močení.“ Lékařka si vyžádala neurologické konzilium.

Ústavní neuroložka ve svém vyjádření uvádí, že pana Václava v rámci své





služby konziliárně vyšetřila 22. 9. se závěrem: „*Blokáda lumbosakrálního úseku páteře a sakroiliakálního skloubení (SIS) vlevo bez známek syndromu kaudy. Během neurologického vyšetření nejevil žádné známky alterace vědomí, poruchy orientace ani jiné příznaky, které by budily podezření na nitrolební, tedy jiné než čistě vertebrogenní onemocnění.*“ Při neurologickém vyšetření byl proveden obstrukční SIS a aplikována analgetická terapie.

Lékařka urgentního příjmu rovněž zajistila odběr krve a pro zvýšenou hladinu CRP (205,2), ALP (9,41) a nižší počet trombocytů (64) bez krvácivých projevů doporučila další plánované vyšetření na interně v odstavu pěti dnů.

Revizní komise Obvodního sdružení lékařů ČLK příslušného obvodu rozhodla nezahájit disciplinární řízení vůči obviněným lékařkám, neboť v rámci předběžného šetření neshledala v jejich jednání pochybení, která by byla důvodem k návrhu na disciplinární stíhání některé z nich. Paní Marie podala proti rozhodnutí revizní komise ČLK

týkajícího se obou lékařek ÚPS námitku.

Osvobozující rozhodnutí

Čestná rada ČLK potvrdila na základě těsného hlasování závěr RK OS ČLK a své rozhodnutí zdůvodnila tím, že o pacienta bylo dle dostupné dokumentace trvale postaráno přiměřeně jeho zdravotnímu stavu, který byl celou dobu i přes dvě diagnózy se smrtelným rizikem neobvykle dobrý a nevykazoval žádné urgentní příznaky nebo známky chronického strádání.

Přihlédla k faktu, že chronický subdurální hematom může vzniknout i po banálních úrazech, náhodným úderu do hlavy, na který se pacient většinou nepamatuje, protože příznaky se projeví často až po několika týdnech. V tomto konkrétním případě se mohlo jednat o průběh subdurálního hematomu, s minimálními příznaky a němým neurologickým nálezem. Ke vzniku tohoto hematomu zde byla dispozicí trombocytopenie v rámci karcinomu plic, který však byl zjištěn až při pitvě. Ta

objevila jeho generalizaci vycházející z pravé plíce, s metastázami do intrapulmonálních a mediastinálních uzlin, se zřetelnými mnohočetnými metastázami do kostí (přitom – jak uvádí manželka – ještě v dubnu, 5 měsíců před smrtí, byl rentgenový snímek plic bez negativního nálezu). K prvním klinickým příznakům chronického subdurálního hematomu mohlo opravdu dojít až v noci z 22. na 23. 9., kdy se dekompenzoval a akutně manifestoval (pro chronické subdurální hematomy je tato akutní manifestace častá).

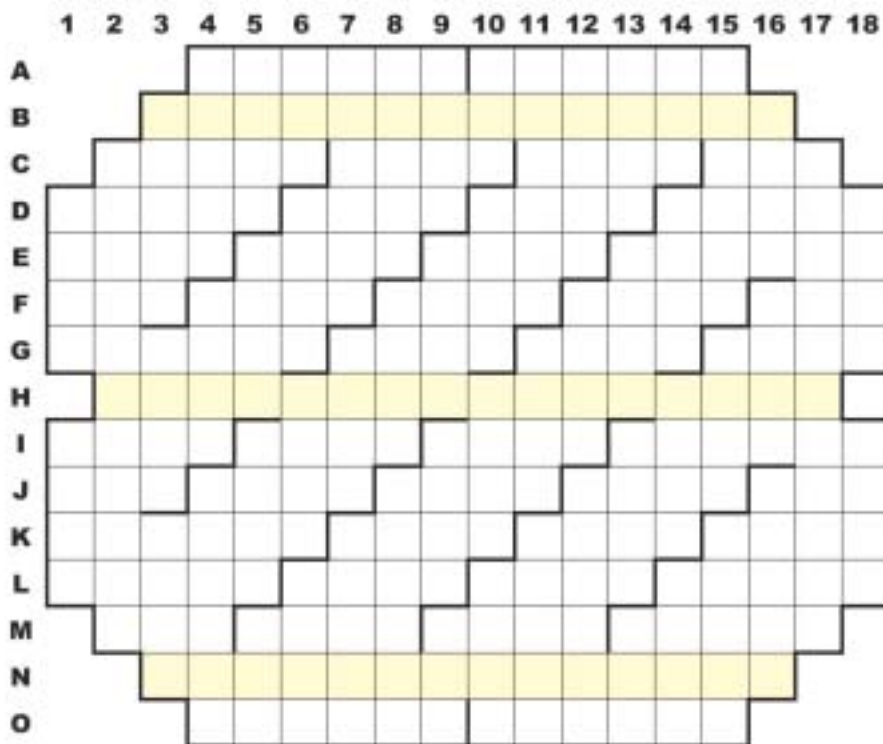
To byl podklad pro osvobozující rozhodnutí, přestože se při laboratorních vyšetřeních našly patologické hodnoty. Ty však bohužel nijak jednoznačně nekorelovaly s nálezem fyzikálního vyšetření a pozorování všech tří lékařek. Naopak celkové interní vyšetření na základě těchto izolovaných, patologických nálezů bylo správně a logicky indikováno.

Blanka Rokosová
(zpracováno podle materiálů
Čestné rady ČLK)

Křížovka o ceny

Při hledání nápovědy pro řešení tajenky se budete muset obrátit do historie. Možná v ní najdete i zajímavé dokončení našeho úvodního sdělení: **Asklépios se v Římě objevil...**

Pro **deset vylosovaných luštitelů**, kteří pošlou správné znění tajenky **do 15. 10. 2006** na adresu redakce, jsou připraveny vskutku výpravné publikace, jako dělané pro letošní bohatou sezonu: **Houby – Praktický průvodce sběrem, určováním a kuchyňskou úpravou hub rostoucích v přírodě** autorů Thomase Laessoa a Anny Del Conte.



VODOROVNĚ: A. Slovanovo; pokrm z rýže. – B. 1. díl tajenky. – C. Český herec; obilnina (slovensky); lihovina z rýže; tyče vozů. – D. Melancholická skleslost; hudební nástroj; kovový odpad; nevidomé (řídce). – E. Darebák; končina; mastná kapalina; zánět ucha. – F. Značka vysavačů; ofouknout; odkud (básnický); lakomec (expresivně); iniciály našeho prvního prezidenta. – G. Třást; český sportovní střelec; vítězný bod v džudu; pružiny. – H. 2. díl tajenky. – I. Pečovat; drobní; huspenina; středoamerický stát. – J. Citoslovce hlasu zvonku; holenku; popěvek; šachová figura; kavkazský drnkací hudební nástroj. – K. Zrušení účetních zápisů; anglická dáma; tlačnice; druh lemura. – L. Jezero v Arménii; emaily; hernie; tupit. – M. Nepravda; pomůcka kovboje; vory spojené houžvami (zastarale); někdejší panovnícký balkánský palác. – N. 3. díl tajenky. – O. Přesné; desetina tuny (obecně).

SVISLE: 1. Sokolská slavnost; anglická zkratka zástupce náčelníka štábu pro týl. – 2. Uživatel. – 3. Italský fyzik; nadšení; citoslovce bolesti. – 4. Polesí; představený kláštera; tropická ryba s chutným masem. – 5. Jízdní vojín (zastarale); spěch; německý prozaik; medikament. – 6. Thajské plátidlo; dospívat; jméno zpěvačky Hegerové; silný provaz. – 7. Okout; mládě skotu; kvantový zesilovač světla. – 8. Evoluce; příloha k masu; skoupá. – 9. Ocas; prosklený otvor ve zdi; parky; nerozhodný konec šachové partie. – 10. Antoušek; řas (expresivně); číslice; český herec. – 11. Odrůda jablek; bývalý podnik v Českých Budějovicích; čistit se vodou. – 12. Pramen; plemeno psů; trestný čin. – 13. Obracet pluhem; zkosení; český tenista; slepice. – 14. Omastek; zaupění; opuštěný; lysá. – 15. Zbavit vousů; borovice limba; Havajec. – 16. Vzdálit se vozem; námět; zkratka slovenské rezervace. – 17. Autor krátkých satirických básní. – 18. Závodní veslice; mongolský pastevec.

Pomůcka: DCSS, Iгла, konak, plti, sik, tar, ulán.



SERVIS

Vzdělávací kurzy České lékařské komory

Přehled pro zimní semestr 2006

Přihlášky zasílejte na adresu:

Oddělení vzdělávání ČLK

Lékařská 2, 150 30 Praha 5, fax: 257 220 618,
e-mail vzdelavani@clkcr.cz, seminar@clkcr.cz.
(uveďte celé jméno, odbornost, adresu, telefonní číslo a číslo kurzu)
Podrobné informace, týkající se organizace a průběhu kurzu, obdrží přihlášení účastníci 10 dnů před zahájením kurzu.

Poplatky za účast na doškolovacích kurzech České lékařské komory

Cena doškolovacích kurzů ČLK určených pro lékaře příslušných specializací:
– při přihlášení a platbě předem 650 Kč
– při přihlášení a platbě na místě 720 Kč
Cena doškolovacích kurzů ČLK pro nečleny České lékařské komory: 1190 Kč
Součástí poplatku za kurz je studené občerstvení, káva a minerální voda. Začátek víkendových kurzů je v 8,30 hod.

Každý doškolovací kurz České lékařské komory je ohodnocen certifikátem v souladu se systémem kontinuálního vzdělávání lékařů.

V případě jakýchkoli dotazů nás kontaktujte na telefonních číslech 257 217 226 (linka 22, 24) nebo 603 252 483.

Veškeré informace o doškolovacích akcích ČLK dále naleznete na internetových stránkách www.lkcr.cz

29/06 Kurz – Novinky v neodkladné péči 2006 Datum konání: 23. 9. 2006 – KURZ JE OBSAZEN!

Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5
Kordinátor kurzu: Doc. MUDr. Jarmila Drábková, OCHRIP, FN Praha Motol

MUDr. Evžen Beitl, MUDr. Vladimír Bicek
– Traumatologické odd. I. chir. kliniky; KAR – FN Motol
– Novinky v traumatologii v prvním a neodkladném kontaktu s pacientem z pohledu traumatologa a intenzivisty; základní praktické postupy
– Alternativní možnosti zajištění základních životních funkcí; modernizace a rozsah vybavení.
Demonstrace, video

MUDr. Jaroslav Bělohávek
– Co si v současné době žádá kardiologie od lékaře v prvním a neodkladném kontaktu
– Kam optimálně směřovat pacienta, jakým prostředkem a s jakou indikací transportu
– Jak zajistit pacienta na transport a jak ho předat a převzít

Doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc.
– Jaký praktický postup zvolit u agresivního pacienta odborně a medicínsko-právně
– Obtíže a příznaky, vyžadující akutní řešení při nejisté/neznámé kauzální diagnóze
– Praktické klinické novinky a nové léky z posledních týdnů
– Potravinové doplňky, léčivé byliny a další prostředky, preferované a doporučené laiky při akutních stavech a rizika interakcí
– Neletální zbraně

MUDr. Vladimír Mixa
– Jakou taktiku a postupy zvolíme pro děti přibližně do 8 let při hromadném neštěstí na urgentním příjmu
– Praktické novinky v KPR dětí 2005-2006. Které nové akutní syndromy považujeme pro děti za důležité a co o nich musíme vědět

MUDr. JUDr. Lubomír Vondráček, Mgr. Jan Vondráček, Mgr. Jana Wolesská
Minipanel

– Kolize s pacientem a rodinou – hlavní důvody a formulace. Volba rozhodnutí a způsoby informace při diagnostické nejistotě a časovém tlaku – doporučení.
– Internet – znalosti, vědomosti, komunikace – jak se k nim stavět v akutním kontaktu mezi zdravotníky, s laiky, popř. s masmédií

– Jsou rozdíly VIP a non-VIP odborné, medicínsko-právní, společenské v informacích
– Z nejnovějších známých kazuistik – aspekty klinické, medicínsko-právní; psychologické

V polední přestávce

Petr Tomáš – záchranář ZZS

– Demonstrace AED – PAD a pomůcek pro moderní KPR fy Zoll

30/06 Kurz pro chirurgy

Datum konání: 7. 10. 2006

Místo konání: Praha, Oválná pracovna ČLK, Lékařská 2, Praha 5

Kordinátor kurzu: MUDr. Vít Jakoubek, Ústav pro péči o matku a dítě, Praha 4-Podolí

MUDr. Jiří Kletenský
– Mikrochirurgická technika v plastické chirurgii
– Chirurgie prsu z pohledu plastické chirurgie

MUDr. Martin Kouda
– Funkční střevní poruchy
Prof. MUDr. Jiří Hoch, CSc.
– Kolorektální karcinom – quo vadis?

Prim. MUDr. Karel Harvánek
– Vybrané kapitoly z dětské chirurgie – úskalí a základnosti
– Dětská traumatologie

31/06 Kurz – Aktuality v urgentních stavech v pediatrii

Datum konání: 7. 10. 2006

Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5

Kordinátor kurzu: Doc. MUDr. Zbyněk Straňák, CSc., Ústav pro péči o matku a dítě, Praha 4-Podolí

MUDr. Jan Melichar
– Novinky 2006 v resuscitaci novorozenců
MUDr. Eva Dortová
– Domácí oxygenoterapie
MUDr. Eva Dortová
– Nové postupy dlouhodobého sledování nedonošených

MUDr. Olina Černá
– Intoxikace kyslíčnickem uhelnatým
MUDr. Pavla Pokorná
– Klinická farmakologie v pediatrii
MUDr. Jan Radina
– Akutní stavy u dětí s chronickým plicním onemocněním
Doc. MUDr. Zbyněk Straňák, CSc., Prim. MUDr. Jan Pajerek
– Nejčastější urgentní stavy v pediatrii

32/06 Infekční kurz

Datum konání: 14. 10. 2006

Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5

Kordinátor kurzu: MUDr. Jana Bíbová, Ph.D., Poliklinika Lovosická 440/40, Praha 9

Prim. MUDr. Hana Roháčová, CSc.
– Exantémy infekčního původu
MUDr. Zuzana Blechová
– Lymfadenitidy infekčního původu
MUDr. Dita Smíšková
– Horečky nejasného původu
Doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc.
– Chřipka - možnosti léčby, profylaxe a prevence
– Možnosti ATB léčby v těhotenství a laktaci
– Doporučené postupy u močových infekcí v ordinaci PL
MUDr. Dušan Pícha
– Neuroinfekce komplikace a problémy laboratorní diagnostiky

33/06 Kurz pro pediatrii – všeobecný

Datum konání: 21. 10. 2006

Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5

Kordinátor kurzu: MUDr. Marcela Černá, Ústav pro péči o matku a dítě, Praha 4-Podolí

MUDr. Jarmila Turzíkova, CSc.
– Dif. dg. chronického kašle
– Indikace bronchoskopie u dětí
Doc. MUDr. Jiří Chomiak, CSc.
– Vrozené vykloubení kyčelní
Prof. MUDr. Jiří Nevořal, CSc.
– Zajímavé kazuistiky z gastroenterologické ambulance
MUDr. Štěpánka Čapková
– Virové kožní infekce u dětí
MUDr. Tomáš Pešíl
– Náhlé příhody břišní u dětí

34/06 Všeobecný kurz pro praktické lékaře

Datum konání: 21. 10. 2006

Místo konání: Praha, Oválná pracovna ČLK, Lékařská 2, Praha 5

Kordinátor kurzu: MUDr. Ivan Berka, ÚPMD Praha 4 - Podolí

MUDr. Kateřina Bartoníčková
– Infekce dolních močových
– Nefrolitiáza
MUDr. Michaela Matoušková
– Nádory ledvin
– Nádory močového měchýře
Doc. MUDr. Luboš Petruželka, CSc.
– Kolorektální karcinom, karcinom prsu, maligní melanom
Doc. MUDr. Vojtěch Hainer, CSc.
– Obezita – diagnostika a léčba

35/06 Kurz – Novinky v neodkladné péči 2006 – opakování

Datum konání: 4. 11. 2006

Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5 (ZMĚNA VYHRAZENA)

Kordinátor kurzu: Doc. MUDr. Jarmila Drábková, OCHRIP, FN Praha Motol
(podrobné informace viz Kurz 29/06 – 29. září 2006)

36/06 Kurz – Novinky ve vnitřním lékařství 2006 – II.

Datum konání: 11. 11. 2006

Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5

Kordinátor kurzu: Prim. MUDr. Jan Bruthans, CSc. FESC, Interní odd. PNSP, Roudnice nad Labem

MUDr. Rudolf Feuerreisel, CSc.
– Viabilní myokard
As. MUDr. Jaromír Chlumský, CSc.
– Tromboembolická choroba
MUDr. Bronislav Štrauch, Ph.D.
– Sekundární hypertenze
Doc. MUDr. Milan Lukáš, CSc.
– Krvácení v horním úseku GIT
Prim. MUDr. Jan Bruthans, CSc.
– Předoperační vyšetření a příprava
As. MUDr. Martin Havrdla, CSc.
– Farmakoterapie u nemocných s poruchou funkce ledvin
JUDr. Daniela Bruthansová
– Vztah pacient – lékař právní zodpovědnost
MUDr. Jan Cimický, CSc.
– Deprese

37/06 Kurz - Dorostový den

Datum konání: 2. 12. 2006

Místo konání: Praha, ÚPMD, Podolské nábř. 157, 140 00 Praha 4-Podolí

Kordinátor kurzu: MUDr. Marcela Černá, Ústav pro péči o matku a dítě, Praha 4-Podolí

MUDr. Pavel Kabíček, CSc.
– Preventivní přístupy týkající se rizikového chování dospívajících



Doc. MUDr. Ivo Paclt, CSc.
– Diferenciální diagnostika poruch chování v praxi PLDD
MUDr. Jitka Kytarová
– Přehled patologických odchylek pubertálního vývoje
MUDr. Pavel Kabiček, CSc., MUDr. Jitka Bělorová
– Mentální anorexie a další poruchy příjmu potravy
MUDr. Ladislav Csémy
– Epidemiologie abusu návykových látek u našich dospívajících
Doc. MUDr. Jiřina Hamanová, CSc.
– Krátkodobé a dlouhodobé účinky kanabinoidů u dospívajících
MUDr. Petr Křepelka
– Poruchy reprodukčního zdraví v dospívání
MUDr. Pavel Kabiček, CSc.
– Kazuistiky trombotických komplikací hormonální antikoncepcí u dospívajících

39/06 Kurz – Stenózy karotid z pohledu kardiologa a neurologa
Datum konání: 2. 12. 2006
Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5

Koordinátor kurzu: doc. MUDr. Josef Veselka, CSc., Kardiologické centrum FN Motol, Kardiologické odd.

MUDr. Aleš Tomek, MUDr. Martin Šrámek
– Ischemická cévní mozková příhoda, její příčiny a sekundární prevence
MUDr. Martin Malý
– Co nám říkají studie
MUDr. Jiří Fiedler
– Moderní léčba karotických stenóz
Doc. MUDr. Josef Veselka, CSc.
– Intervenční léčba karotických tepen

38/06 Kurz klinická imunologie
Datum konání: 9. 12. 2006
Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5
Koordinátor kurzu: MUDr. Jana Bíbová, Ph.D., Poliklinika Lovosická 440/40, Praha 9

Prof. MUDr. Terezie Fučíková, DrSc.
– Klinická imunologie: první kontakt s pacientem
As. MUDr. Helena Marečková, CSc.
– Laboratorní výsledky v imunologii a jejich interpretace

As. MUDr. Jaroslav Svoboda
– Proč je interpretace klinických výsledků v imunologii tak složitá
As. MUDr. Tomáš Poch, CSc.
– Imunologie a chirurgické obory
As. MUDr. Eva Zavadová, CSc.
– Onkologický pacient v rukách imunologa
As. MUDr. Pavlína Hrdá
– Jsou endokrinologická onemocnění také poruchou imunity
As. MUDr. Zuzana Humlová, Ph.D.
– Alergie
As. MUDr. Mgr. Jitka Petanová, CSc.
– Životní prostředí a imunita

01/07 Kurz – Pediatrie
Datum konání: 6. 1. 2007
Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5
Koordinátor kurzu: MUDr. Marcela Černá, Ústav pro péči o matku a dítě, Praha 4-Podolí

MUDr. Pavel Frühaufer, CSc.
– Autoimunitní onemocnění gastrointestinálního traktu
Doc. MUDr. Jiří Chomiak, CSc.
– Nové trendy v ortopedické léčbě DMO
MUDr. Anna Zabanová
– Oční problematika v pediatrii
MUDr. Petr Smíšek
– Leukopenie a neutropenie u dětí
MUDr. Petr Smíšek
– Dif. dg. trombocytopenií u dětí

02/07 Kurz – Novinky v neodkladné péči 2006 – opakování
Datum konání: 13. 1. 2007
Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5
Koordinátor kurzu: Doc. MUDr. Jarmila Drábková, OCHRIP, FN Praha Motol (podrobné informace viz Kurz 29/06 - 29. září 2006)

03/07 Kurz – Odborný seminář o PNP v ČR (EU) pro lékaře
Datum konání: 27. 1. 2007
Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5
Koordinátor kurzu: MUDr. Zdeněk Schwarz, ředitel Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy

MUDr. Zdeněk Schwarz
– Systém zajištění PNP v ČR a v EU – RVS, RLP, RZP a LZS (vč. 112 a 155)
MUDr. Milana Pokorná, MUDr. Ondřej Franěk
– Nejnovější postupy a doporučení v KPR + výsledky KPR na ZZS HMP
– Etiologie náhlé zástavy oběhu v PNP – nejčastější příčiny, neobvyklé příčiny, postupy, směrování pacientů a význam kapnometrie v průběhu KPR
MUDr. Jaroslav Valášek
– Polytrauma z pohledu ZZS
MUDr. Jan Oplít
– Akutní koronární syndrom z pohledu ZZS
MUDr. Josef Vosátka
– Neurologická problematika v PNP (nová doporučení v péči o CMP, křečové stavy)
MUDr. Ondřej Franěk
– Vyhodnocení klasifikace událostí operačním stříškem – senzitivita, specifita a další statistické parametry
Ing. Hokovská
– Krizová připravenost a zajištění návaznosti NNP na PNP

04/07 Kurz – Úrazová chirurgie pro PL
Datum konání: 10. 2. 2007
Místo konání: Praha, Klub ČLK, Lékařská 2, Praha 5
Koordinátor kurzu: doc. MUDr. Leopold Pleva, CSc., předseda České společnosti pro úrazovou chirurgii

Doc. MUDr. Leopold Pleva, CSc.
– Organizace úrazové péče v ČR – Traumacentra
– Nové trendy v operační léčbě polytraumat
MUDr. Tomáš Dědek, Ph.D.
– Polytrauma v přednemocniční péči
MUDr. Ladislav Lukáč, Ph.D.
– Ošetřování poranění orgánů dutiny hrudní
Doc. MUDr. František Vyhnanek, CSc.
– Ošetřování poranění orgánů dutiny břišní
MUDr. Petr Nestrojil, CSc.
– Léčení zlomenin – konzervativní léčba
MUDr. Richard Lukáš
– Operační léčení zlomenin
Prof. MUDr. Peter Wendsche, CSc.
– Poranění pátéře – operační a konzervativní léčba
MUDr. Vratislav Procházka, CSc.
– Léčení komplikací v úrazové chirurgii

INZERCE

Volná místa – zájem

Lékař dýchodce s licenci pro ORL a všeobecné lékařství hledá místo na ambulanci. Může být i dlouhodobý zástup. Mobil: +421 910 346 415, Slovenská republika.

Internista-obezitolog, dých., s letitou zkušeností z poradny pro nadváhu a obezitu, 2. atest., licence LK, hledá uplatnění na kratší úvazek v Praze a okolí. Tel.: 241 715 982.

Lékař s nadstavbovou atestací FBLR bioskeletární medicína, akupunktura, vertebroterapie, laser, hledá místo v Praze na plný úvazek. Kontakt: MUDr. František Šafař, CSc., Radhošská 15, 130 00 Praha 3. Nástup možný ihned.

Volná místa – nabídka

Nemocnice Valašské Meziříčí přijme lékaře na gyn.-por. oddělení na místo zástupce primáře. Požadavky: II. atestace v oboru nebo I. atestace a delší doba praxe, výpis z rejstříku trestů. Nabízíme výhodné platové podmínky, profesní růst, možnost přidělení bytu. Kontakt: sekretariát ředitele Nemocnice Valašské Meziříčí a.s., tel.: 571 758 103, fax: 571 758 555, sek@valmez.cz

Oblastní středisko zdravotnické záchranné služby Svitavy přijme do hlavního pracovního poměru lékaře – lékaře pro výjezdová stanoviště rychlé lékařské pomoci ve Svitavách, Litomyšli a Moravské Třebové. Kvalifikační předpoklady: I. atestace v základním

oboru, vítána atestace v oboru urgentní medicíny. Platové zařazení podle platných mzdových předpisů, osobní příspěvek, možnost získání bytu. Kontakt v případě zájmu: MUDr. Alena Slezáčková, Olbrachtova 37, 568 02 Svitavy, tel.: 605 835 790, a.slezackova@guick.cz.

Přijmeme lékaře neurologa pro ambulanci s vyšetřováním EMG, event. lékaře v přípravě k atestaci z neurologie se zájmem a praxí v EMG. Výhodné platové podmínky. Nástup dle dohody. Praha. Mobil: 602 318 025, telefon: 261 006 443, 427.

CTM Hospital, a. s., přijme pro LDN v Humpolci lékaře s atestací v oboru interní lékařství, nejlépe II. stupně. Nástup dle dohody, příznivé platové podmínky, byt zajištěn. Spojení: 261 006 443.

Poliklinika v Praze 9 přijme na plný úvazek praktického lékaře. Výhodné pracovní podmínky, dotatková dovolená, závodní stravování, penzijní připojištění. poliklinika@bioregena.cz, tel: 281 868 389, 281 021 243.

Pro zavedenou oční ordinaci v Kladně hledám lékaře s I. atestací v oboru oftalmologie na částečný pracovní úvazek a krátkodobé zástupy. Tel.: 603 226 406, ordinace@bystrozraky.cz
Hradecké oční sanatorium, s.r.o., přijme očního lékaře, I. či II. atestace výhodou, v Hradci Králové na úvazek 1,0 (včetně ambulantní operativy). Nástup dle dohody. Další informace na tel. 495 535 752, 602 587 177, horecky@ocni-sanatorium.cz

Přijmeme dětského neurologa nebo neurologa, resp. pediatra s praxí v oboru dětské neurologie. Nástup dle dohody. Praha. Mobil: 602 318 025, tel.: 261 006 427, 433.

Lázně Poděbrady, a. s., přední poskytovatel lázeňské kardiorehabilitační léčby, zvláště se zaměřením na pooperační kardiologickou péči, přijmou, vzhledem k dalšímu rozšíření poskytovaných služeb kardiologa se znalostí echokardie a klinické problematiky. Dobré finanční podmínky, velmi zajímavá práce. Nástup ihned nebo podle dohody. Možnost ubytování. Bližší informace prim. Dr. Karel, tel.: 602 878 122.

Přijmu asistenta PL pro dospělé v blízkosti Prahy. Pozdější převzetí praxe. Tel.: 608 244 383.

Rehabilitační ústav Kladruby u Vlašimi přijme lékaře pro lůžkové oddělení. Jsme státní příspěvková organizace. Nabízíme zajímavou práci, možnost profesionálního růstu i funkčního zařazení, možnost ubytování, mateřská škola v areálu. Ústav se nachází cca 50 km od Prahy na trase dálnice D1. Vhodné pro lékaře po atestaci FBLR nebo v základním oboru (neurologie, interna...) se zájmem o rehabilitaci. Kontakt: sekretariát ředitele, tel. 317 881 554 nebo personální oddělení, tel.: 317 881 202, fax: 317 881 191, sekretariat@rehabilitace.cz

Přijmu lékaře do oční ambulance na Havlíčkovobrodsku, možno jako hlavní i jako vedlejší pracovní poměr, nadstandardní platové podmínky. Tel: 608 800 886.



SERVIS

Nemocnice Teplice, příspěvková organizace přijme lékaře s atestací v oboru urologie nebo absolventa na urologické odd. Informace poskytnou na osobním odd., tel.: 417 519 200 nebo 417 519 216.

Občanské sdružení Naděje přijme praktického lékaře – lékařku do ordinace pro klienty v sociální nouzi. Požadujeme: I. atestaci všeobecné lékařství, samostatnost, sociální citění. Praxe vítána. Nástup 1. 1. 2007. Pracoviště Praha. Kontakty: Naděje, Varšavská 37, 120 00 Praha 2, personalista.praha@nadeje.cz, tel.: 222 521 110.

Soukromé zdravotnické zařízení na Praze 5 hledá praktického lékaře pro léčebnou péči i ZPP. Nabízíme příjemné prostředí, mladý kolektiv, dobré finanční ohodnocení. Požadujeme příjemné vystupování, znalost AJ a řidičský průkaz. V případě zájmu o bližší informace volejte: 777 006 002.

Medic Kral, s. r. o., NZZ na Praze 9-Prosek, přijme do odborné ambulance Gastroenterologie – Interna lékaře – lékařku na HPP. Nabízíme příjemné pracovní prostředí s odpovídajícím finančním ohodnocením, dobrý kolektiv, týden dovolené navíc, atd. Informace na tel. číslo 603 470 414 – MUDr. Zdeňka Králová. Nabídka i s profesním životopisem možné zaslat na adresu medic.kral@centrum.cz. Lékaře(ku) zařazené do oboru gastroenterologie je možné přijmout i na lektorskou smlouvu.

Oblastní nemocnice Náchod, a. s., přijme na oddělení klinické mikrobiologie atestovaného lékaře nebo RNDr. Nabízíme: vedoucí funkce, velmi dobré platové podmínky, zaměstnanecké výhody, možnost ubytování, nástup možný ihned. Přihlášky zasílejte na adresu: Blanka Korcová, Purkyňova 446, 547 69 Náchod, tel.: 491 601 646, korcova.blanka@nemocnicenachod.cz

Psychiatrické oddělení nemocnice Most přijme lékaře. Atestace není podmínkou. Tel.: 478 032 131.

FN v Motole přijme pro pracoviště Lékařské služby první pomoci pro dospělé větší počet lékařů – lékařek na zkrácený úvazek – noční a víkendové směny. Požadujeme: atestaci v oboru praktické lékařství pro dospělé nebo vnitřní lékařství a licence ČLK pro výkon samostatné praxe. Písemné nabídky s CV zasílejte: na adresu jiri.zika@fnmotol.cz nebo volejte na tel.: 224 43 6 700, 6705, prim. MUDr. Zika.

FN v Motole přijme pro urologickou kliniku sekundárního lékaře/ku. Požadujeme: zájem o obor, znalost AJ a práce na PC. Nástup možný ihned. Písemné nabídky s CV zasílejte na adresu: Urologická klinika 2. LF UK a FN v Motole, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, sekretariát Ivana Fiedlerová nebo na ivana.fiedlerova@lfnmotol.cuni.cz.

Nemocnice Blansko přijme do pracovního poměru lékaře v přípravě nebo již se specializovanou způsobilostí v oboru FBLR. Písemné nabídky zasílejte na personální oddělení Nemocnice Blansko, Sadová 33, 678 31 Blansko, tel.: 516 838 116, vasickova@nemobk.cz

Ambulantní NZZ v Praze 4 přijme lékaře – lékařku na odd. chirurgie. II. atestace v oboru vítána, není však podmínkou. Výhodné plat. i prac. podmínky, nástup ihned nebo dle dohody. Informace na tel.: 241 770 620 (i záznam. a fax) nebo 241 765 162.

Nemocnice Teplice, příspěvková organizace, Duchcovská 53, 415 29 Teplice, přijme lékaře se specializací gynekologie a porodnictví, event. absolventa. Dobré pracovní a platové podmínky, možnost ubytování. Nástup možný ihned. Bližší informace: prim. MUDr. Michal Šoltés tel.: 417 519 341, michalsholtes@centrum.cz. Písemné žádosti s profesním životopisem posílejte na personální odd. Nemocnice Teplice, p. o.

Nemocnice Teplice, p. o., Duchcovská 53, 415 29 Teplice, přijme vedoucího lékaře na poliklinické oddělení klinické onkologie s atestací v příslušném oboru. Informace poskytnou personální odd., tel.: 417 519 200 nebo 417 519 216

Nemocnice v Ústí nad Orlicí přijme lékaře na oddělení mikrobiologie, specializovaná způsobilost výhodou, možno i absolvent. Požadavky: odborná způsobilost podle ust. § 4 (případně 5) zákona č. 95/2004 Sb., zdravotní způsobilost bez omezení, bezúhonnost, nástup možný ihned, možnost ubytování v podnikové ubytovně. Písemné přihlášky doložené doklady o vzdělání, doklady o předchozí praxi, doklady o zdravotní způsobilosti a bezúhonnosti zasílejte do dvou týdnů po zveřejnění na adresu: Nemocnice v Ústí nad Orlicí, personální oddělení, ČSA 1076, 562 18 Ústí n. O., jaroslava.paclova@uo.hospital.cz

Přijmu lékaře s atestací do zavedené kožní ordinace v Ostravě. Nástup a pracovní doba po vzájemné dohodě, zajímavé platové podmínky, možnost dlouhodobé perspektivy. Stručný profesní životopis zašlete na adresu kozni@centrum.cz

Psychiatrické oddělení nemocnice Most přijme lékaře. Atestace není podmínkou. Tel.: 478 032 131, 777 569 028.

Soukromé amb. zařízení v centru Prahy přijme z důvodu rozšiřování nabídky služeb lékaře těchto odborností: praktické lékařství, oftalmologie, gynekologie a stomatologie. Očekáváme: min. 5 let praxe v oboru, specializovanou způsobilost, ŘP sk. B výhodou, znalost MS Office, klientsky orientovaný přístup; znalost AJ výhodou. Další volné pozice naleznete na www.sante.cz Nabízíme: odpovídající finanční ohodnocení, příjemné pracovní prostředí i kolektiv, týden dovolené navíc, další benefity. V případě zájmu zašlete profesní životopis na pavla.reitermanova@sante.cz nebo volejte 221 970 705.

Zdravotnická záchranná služba Zlínského kraje přijme lékaře pro výjezdová stanoviště v oblastech Zlín, Kroměříž, Uherské Hradiště, Vsetín a Valašské Meziříčí. Požadujeme: odpovídající kvalifikaci, adekvátní povahové dispozice, nadstandardní komunikační schopnosti. Nabízíme: důstojný plat, možnost pracovat ve směnném provozu, slušné jednání, profesní perspektivu. Kontakt: MUDr. Aleš, tel. 577 056 917, jaromir.ales@zszslin.cz

Ortopeda přijme ambulantní nestátní ZZ v Praze, velikost úvazku dle domluvy, i na občasný zástup. Podmínkou licence nebo II. atestace z oboru. Tel.: 296 113 242, stauda@cbox.cz

Přijmu lékařku do pracovního poměru (i na mateřské dovolené nebo důchodkyni) do ordinace PLDD na částečný úvazek za výhodných podmínek, výhledově s možností převodu praxe. Tel.: 721 407 103. Zn.: Ústecko, Děčínsko.

NZZ v centru Prahy přijme gynekologa/gynekoložku na plný úvazek. Bližší informace na tel.: 606 601 018.

Společnost Wallmark hledá uchazeče na pozici Development Manager and Medical Adviser s odpovědností za návrhy složení doplňků stravy a léčiv, tvorbu argumentářů, vedení odborného tréninku, zajišťování klinických testů a odpovědi na dotazy zákazníků i odborné veřejnosti. Bližší informace na www.wallmark.cz nebo 558 301 295.

Zástup

Hledám atestovaného psychiatra na občasný zástup v psychiatrické ambulanci v Praze 10. Tel.: 723 994 084

Prodej a koupě

Prodám levně zánovní autokláv Domina vhodný pro ambulanci všech oborů, má normu pro EU, vakuum a Bowie-dick test, čerstvý mikrobiální test hygienika, možnost připojení k tiskárně i PC, objem komory 18l. Tel. ordinace: 585 425 562, mobil: 776 228 622.

Prodám kolposkop Weiss, gyn. vyšetř. stůl a horkodod.sterilizátor HS31A. Tel.: 732 268 901.

Prodám UZ patní kostní senzimetru Holovic Sahara, perfektní stav, kvalitní servis zajištěn. Výhodný pro UZ screening osteoporózy, zejm. v menopauze. Cena: 115 000 Kč. Tel.: 602 702 930.

Prodám neurologické poklepové kladívko. P.c. 250 Kč, nyní 100 Kč. Kontakt: mlzb@seznam.cz, mobil: 737 848 406.

Prodám přenosný UZ černobílý přístroj MEDISON SA 600 se širokopásmou vag. sondou 4-9 Mhz + černobílý videoprinter, 3 roky šetného provozu. Tel.: 596 513 238, mobil: 604 190 771.

Nabízím kompletní vybavení ordinace PL v Praze. Zn.: 603 552 920.

Prodám: UZ Sonosite 180+ Elite, přenosný, bar. Dopp. Sondy 2-5 a 5-10 MHz. Stáří 3 r. Bez vad. 250 tis. Kč. Tel.: 607 646 823.

Prodám denzitometr Hologic 4000. Tel.: 603 218 901.

Nabízím zánovní gastroskop Olympus GIF E, originál balení s odsávačkou a zdrojem světla minimálně použité, cena dohodou, kontakt: ykod@seznam.cz

Prodám dokonale moderně vybavenou a dobře zavedenou soukromou ordinaci psychiatra a sexuologa v Trutnově, i na splátky. Kartotéka s 850 pacienty zdarma. Jde o ordinaci na plný úvazek. Případně pomohu zájemci získat potřebnou kvalifikaci a byt. j.polacek@tiscali.cz, nebo mobil: 604 957 499.

Pronájem

Pronájem zařízení ordinace na Vítězném náměstí v Praze 6, možno i jednotlivé dny, či hodiny. Cena pronájmu 1 dne 2000 Kč měsíčně. Tel.: 603 106 564 nebo 602 859 031.

Možnost pronájmu (nejlépe dlouhodobého) nebytových prostor zdravotního střediska ve střediskové obci Dolany č. 417 (10 km od centra Olomouce). K pronájmu prostory o celkové ploše cca 215 m² + sklady (přízemí 4 místnosti, 1. patro 7 místnosti). Objekt se nachází prakticky v centru Moravy. Vhodné jako hlavní sídlo firmy pro Moravu, nebo pro firmy zaměřené na zdravotnictví, farmacii, služby atd. Bližší informace na tel.: 602 729 404, papa.urbi@seznam.cz

Pronajmu zařízenou ordinaci a operační sál pro estetickou plastickou chirurgii v Praze 5. Klientela již částečně zavedena. Tel.: 296 113 242, 608 200 398, stauda@cbox.cz

Různé

Odkoupím alergol.-imunol. praxi v Praze, Středočes. kraji, Plzni a okolí, další spolupráce s prodávajícím lékařem možná. alergosalve@seznam.cz, tel.: 608 034 422.

Lékař s licencí z kardiologie odkoupí kardiologickou praxi v Praze, Středočeském kraji a okolí. Další spolupráce s prodávajícím lékařem dle domluvy. Tel.: 602 891 809.

Lékařka s praxí a licencí odkoupí střední či větší ordinaci prakt. dět. lékaře ve středních nebo severních Čechách. Tel.: 776 132 314 večer.

Přenechám dobře zavedenou por.-gyn. ordinaci v Pardubicích. Tel.: 603 975 623.

Přenechám, nebo prodám zavedenou ortopedickou ambulanci v centru města, včetně rámcových smluv se ZP na úvazek 0,6. info@ortoswing.cz.

Lékařka s licencí ze všeobecného lékařství hledá převzetí praxe za odstupné v Olomouci a okolí. Tel.: 608 460 760

Převzmu – koupím ordinaci praktického lékaře pro dospělé v Olomouci nebo přijmu místo asistenta, i na částečný úvazek. sa.ve@post.cz, tel.: 737 327 006.

Převzmu – odkoupím zavedenou ORL praxi lékaře v Olomouci a okolí, možno i výhledově. Tel.: 736 791 700.

Převzmu – odkoupím zavedenou neurologickou ambulanci v Praze, možné i výhledově. Další spolupráce s prodávajícím lékařem dle domluvy. neurol.ord@seznam.cz

Převzmu privátní oční ambulanci v Českých Budějovicích a okolí. Finanční podmínky respektuji. Další spolupráce s původním majitelem možná. Tel.: 723 434 892, ilinna@ic@gmail.com

Služby

Zájezd do Izraele pro zdravotníky za bezkonkurenční cenu – lze odepsat z daňového základu. Program: Tel Aviv, Betlém, Jeruzalém, Mrtvé moře, Sinaj, Mojžíšova Hora, Eilat, Genezaretské jezero, biblické památky, návštěva palestinské a židovské nemocnice, odborný program. Cena: 11 990 Kč. Letecký příplatek za palivo (dle současné ceny ropy): 3 600 Kč. Termín: 21. 11.–28. 11. 2006. Kontaktní adresa: AWERTOUR, s. r. o., Žižkova 15, Zábřeh na Moravě 789 01. Telefon a fax: 583 418 297, mobil 731 626 506.