

# TEMPUS

## MEDICORUM

- *Je "trvalý smluvní vztah" opravdu trvalý?*
- *Hitparáda nemocnic*
- *Následné péče - odvrácená tvář českého zdravotnictví*
- *Kdo a za jakých podmínek je povinen poskytnout 1. pomoc*
- *Farmakoterapeutické informace*

- *Infekce močových cest u rizikových pacientů ve stáří - 1. část*
- *Užívání antiepileptika lamotriginu v prvním trimestru těhotenství*  
- *zvýšené riziko rozštěpových vad obličeje nelze vyloučit*
- *Informace o možném riziku přípravků s obsahem cimicifugaeracemosae rhizoma*



**Prezident ČLK vyjednal výhodné smlouvy  
pro soukromé lékaře**



# Prezident ČLK vyjednal výhodné smlouvy pro soukromé lékaře



**V**ážené kolegyně a kolegové, nacházíme se v přelomovém období, kdy se na dlouhá léta dopředu rozhoduje o tom, jak bude vypadat smluvní vztah zdravotních pojišťoven a nás soukromých lékařů.

Poté, co se prezident republiky Klaus, nabádaný tzv. krizovým štábem zdravotníků, rozhodl vetovat novelu zákona o zdravotní péči (tisk 1045), která nám mohla přinést trvalý smluvní vztah a rovnoprávné postavení vůči pojišťovně, nezůstala nám jiná možnost jak si zajistit existenční jistotu, než kvalitní rámcová smlouva.

Právě dohodovací řízení o rámcových smlouvách bylo půl roku platformou, kde se ČLK, o.s., spolu s dalšími spřátelenými organizacemi snažila bránit záměru zdravotních pojišťoven administrativně zlikvidovat 10–15 % soukromých praxí. Několik měsíců trvajících maratónů vyjednávání však neskončil úspěchem, neboť pojišťovny nebyly ochotny nabídnout soukromým lékařům více než smlouvy na dobu určitou, přičemž o délce trvání takového smluvního vztahu by v konečném důsledku rozhodovala pojišťovna, jako nesrovnatelně silnější obchodní partner.

Gordický uzel rozřezal ministr Rath, který pomohl lékařům tím, že využil svého práva vydat tzv. rámcovou smlouvu formou vyhlášky, pokud se na jejím znění pojišťovny se zdravotníky do půl roku nedohodnou.

Rámcové smlouvy obsažené v příloze vyhlášky č. 290/2006 Sb. sice soukromým lékařům zajišťují právo na tzv. trvalý smluvní vztah, ale zároveň obsahují i některá nejasná ustanovení, která bylo nutno vyprecizovat.

Vědom si své odpovědnosti vůči soukromým lékařům, vedl jsem tedy v uplynulých týdnech intenzivní jednání nejprve s vedením VZP ČR a následně s řediteli dalších zdravotních pojišťoven o individuální smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče mezi soukromými lékaři v segmentu praktických lékařů pro dospělé a pro děti a dorost a v segmentu ambulantních specialistů. **Mým cílem bylo zajistit pro ty soukromé lékaře, kteří o to mají zájem, trvalý smluvní vztah se zdravotními pojišťovnami, jenž by bylo možno ukončit pouze z důvodů uvedených ve smlouvě, a současně jsem se snažil vyjednat změny některých pro lékaře nepřijemných ustanovení rámcové smlouvy, která je přílohou vyhlášky č. 290/2006 Sb.**

**Vedení Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR přistoupilo na můj návrh individuální smlouvy mezi nestátním zdravotnickým zařízením a VZP ČR**

**pro praktiky a ambulantní specialisty**, který naleznete na webové stránce ČLK ([www.lkcr.cz](http://www.lkcr.cz)). S principy této individuální smlouvy a s některými upřesněními resp. změnami oproti textu rámcové smlouvy souhlasí i vedení Ministerstva zdravotnictví.

Především **vás ujišťuji, že podepíšete-li vy i zdravotní pojišťovna smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče, ze které vyplývá, že jde o trvalý smluvní vztah, který lze ukončit jen z důvodů uvedených v článku VIII. této smlouvy, jde o smlouvu, kterou zdravotní pojišťovna nemůže z jiných než tam uvedených důvodů ukončit.** Tříměsíční výpovědní lhůta v případě smlouvy na dobu neurčitou se týká nájmu nebytových prostor a je v tomto případě vyloučena, protože v příloze předložená a z rámcové smlouvy vycházející individuální smlouva samotná 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 vámi uzavřené individuální smlouvy zakotvující trvalý smluvní vztah. Jde o princip tzv. nabytých práv, která nelze změnou právních předpisů opět „pozbyť“, tento princip platí obecně ve všech demokratických právních státech.**

**V individuální smlouvě** o poskytování a úhradě zdravotní péče, kterou jsem s pojišťovnami vyjednal, **je poměrně vážný výpovědní důvod uvedený v rámcové smlouvě („opakovaně porušuje ustanovení této smlouvy“)** upřesněn tak, že je uvedeno, jaká ustanovení této smlouvy by musela být opakovaně porušována, přičemž jsou uvedena jen ustanovení zakotvující zásadní povinnosti (nelze tedy např. smlouvu vypovědět pro opakovaně chybně vyplněný recept, lze ji však vypovědět při opakovaném porušování povinnosti poskytovat péči lege artis) a pokud jde o porušování jiných ustanovení smlouvy muselo by být takového charakteru, že by nebylo možno z toho důvodu rozumně očekávat další plnění smlouvy. **Dále 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. Bez vašeho souhlasu a podpisu by tedy toto zveřejnění vašich příjmů nebylo možné (není dodatek – nelze nic zveřejňovat). Rovněž je upřesněno, že do ordinacních hodin se započítává i posudková 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 ordinacní doby se precizuje a bude řešena mimo smlouvu). Naproti tomu jako ústupek zdravotním pojišťovnám oproti rámcové smlouvě ve smlouvě individuální se nesjednáva možnost smluvní pokuty podle článku VI. odstavec 4 rámcové smlouvy (v případě prodlení s úhradou nad 65 dní účtovat smluvní pokutu ve výši 10% dlužné částky), čímž pochopitelně není dotčeno právo uplatnit zákonný úrok z prodlení.**

Kolegové, **Všeobecná zdravotní pojišťovna sama iniciativně tuto smlouvu soukromým lékařům nabízet nebude, je však dohodnuto, že požádá-li nestátní zdravotnické zařízení o její uzavření a zašle zdravotní pojišťovně text individuální smlouvy, který je umístěn na webové stránce ČLK ([www.lkcr.cz](http://www.lkcr.cz)), VZP ČR tuto smlouvu podepíše a nestátní zdravotnické zařízení získá trvalý smluvní vztah.**

**Obdobné dohody jako s vedením VZP se mi postupně podařilo vyjednat s ředitelem Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra Ing. Šaterou, ředitelem Vojenské zdravotní pojišťovny Ing. Beránkem a ředitelem Oborové zdravotní pojišťovny zaměstnanců bank Ing. Friedrichem.** Rovněž vzory těchto smluv naleznete na našich internetových stránkách. Lze již předpokládat, že obdobně se nakonec rozhodnou i ostatní zdravotní pojišťovny.

V žádném případě nikoho ze soukromých lékařů nechci nutit, ani přesvědčovat o tom, aby právě tento mnou vyjednaný text individuální smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče akceptoval. Kdo nemá o trvalý smluvní vztah zájem, nechť vyčká na eventuální novou vyhlášku, kterou možná příští ministr zdravotnictví nahradí trvalý smluvní vztah smlouvami na dobu určitou, kdy o délce smluvního vztahu budou individuálně vyjednávat pojišťovny s každým zdravotnickým zařízením (např. „smlouva na 8 let, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak“), tak jak se dohodla část poskytovatelů zdravotní péče s některými pojišťovnami.

Kolegové, ujišťuji vás, že mým jediným cílem je co nejvíce nám soukromým lékařům pomoci v dosažení rovnoprávného postavení vůči zdravotním pojišťovnám. Právě trvalý smluvní vztah, kdy se již nebudeme muset obávat, že se snad pojišťovně něčím znelíbíme na tolik, že s námi již neproslouží smlouvu, považují za základní podmínku takové rovnoprávnosti.

Připomínám ještě, že **k prosazování trvalého smluvního vztahu soukromých lékařů se zdravotními pojišťovnami mne i představenstvo ČLK zavázal sjezd delegátů České lékařské komory. Já osobně jsem při své kandidatuře na funkci prezidenta ČLK slíbil, že budu bojovat za lepší pracovní a ekonomické podmínky lékařů a svému slovu se snažím dostát.**

S kolegiálním pozdravem

**MUDr. Milan Kubek, prezident ČLK**



## Informace o dalším postupu v uzavírání smluv o poskytování zdravotní péče dle vyhlášky orámcových smlouvách u segmentu praktických lékařů a ambulantních specialistů

24. července 2006

**D**ne 17. 7. 2006 došlo k dohodě mezi zástupci VZP a ČLK o možném znění individuální smlouvy pro ambulantní poskytovatele zdravotní péče. Znění navrhla ČLK s cílem umožnit individuálním praktikům, které budou s textem souhlasit, uzavřít smlouvy dle vyhlášky o rámcových smlouvách v co nejkratší době po termínu, který k uzavření smlouvy stanovila zdravotnickým zařízením i zdravotním pojišťovnám vyhláška.

Text smlouvy byl v několika kolech připomínkovan a výsledné znění je dle mínění obou stran maximálním kompromisem v rámci platné vyhlášky.

Ředitel VZP souhlasí, aby toto znění smlouvy bylo ještě před formální dohodou o typové smlouvě k dispozici pro ty poskytovatele, kteří o uzavření smlouvy podle tohoto vzoru požádají.

### Postup

Poskytovatelé, kteří mají zájem o tento typ smlouvy, sdělí tuto skutečnost dopisem či jiným způsobem územnímu pracovišti VZP. Za tuto žádost se považují i dříve odesílané dopisy, jimiž poskytovatelé žádali uzavření smlouvy dle vyhlášky. Za žádost o uzavření smlouvy se považuje i text smlouvy, který některý poskytovatelé rovnou předkládají územním pracovištím, i když takto přinesené smlouvy ze strany VZP podepisovány nebudou (bylo by nutno kontrolovat každý přinesený text smlouvy zvlášť, zdali odpovídá dohodě) a smlouva dle textu dohodnutého s ČLK bude ze strany VZP rozesílána a podepisována standardním způsobem.

Územní pracoviště jsou tedy schopna zájemce o smlouvu okamžitě odbavit tím, že přijmou jeho žádost o uzavření smlouvy a podají mu informaci, že smlouva podepsaná oprávněným pracovníkem VZP bude dána k podpisu standardním způsobem (na pobočce, poštou atp. dle místních zvyklostí), jakmile bude připravena.

V zájmu co nejrychlejšího odbavení budou texty smluv rozesílány nejprve těm poskytovatelům, se kterými má VZP standardní vztah se standardní kapacitou a kde není nutná ani aktualizace příloh ke smlouvě.

Po rozeslání těchto návrhů k podpisu budou pak osloveni ostatní zájemci o smlouvu, kde bude příprava smluv (kupř. pro nutnost aktualizace příloh) časově náročnější a bude vyžadovat spolupráci se smluvním partnerem.

Vzhledem k trvalosti smluvního vztahu a definitivní tvorbě sítě bude VZP trvat bezpodmínečně na tom, aby podepsaná smlouva odpovídala skutečnosti v době podpisu smlouvy a jednalo se o smluvní vztahy, které skutečně tvoří síť poskytovatelů a odpovídají definici ve vyhlášce. Tzn. praxe musí skutečně poskytovat péči v dohodnutém rozsahu, smluvní partner musí být odborně i zdravotně způsobilý poskytovat péči, musí být vyřešeny souběhy smluv na různých územních pracovištích VZP i souběhy odborností a zaměstnaneckých poměrů k zdravotnickým zařízením a musí existovat všechny formální předpoklady k uzavření smluvního vztahu.

Formulář dohodnutého textu smlouvy bude s metodikou postupu rozeslán krajským pobočkám a územním pracovištím k realizaci 25. 7. 2006.

**Odbor vnějších vztahů VZP**

## Chcete aktuální informace o činnosti České lékařské komory?



Časopis *Tempus Medicorum* vychází jedenkrát za měsíc a díky výrobním lhůtám nemůže být zdrojem těch nejaktuálnějších informací. Rovněž na webovou stránku ČLK ([www.lkcr.cz](http://www.lkcr.cz)) není možno umísťovat veškeré materiály. Kolegové, pokud chcete být nejlépe informováni o činnosti České lékařské komory, zašlete prosím následující text:

**„Žádám o zaslání informací o činnosti ČLK“  
na adresu: [recepce@clkr.cz](mailto:recepce@clkr.cz)**

Budete tak zařazeni do databáze kontaktů a na vaši adresu budou zaslány aktuální informace. Adresu [recepce@clkr.cz](mailto:recepce@clkr.cz) můžete zároveň využívat i k zaslání připomínek a svých námětů, co by měla ČLK prosazovat a jak by měla zlepšit svou činnost, aby pro vás představovala kvalitní servisní organizaci, která bude hájit vaše zájmy.

## Poznámky k obsahu smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče dohodnuté prezidentem ČLK

Na základě vyhlášky č. 290/2006 Sb., kterou bylo vydáno rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví o rámcových smlouvách, dohodl prezident ČLK s řediteli čtyř největších zdravotních pojišťoven text individuální smlouvy, kterým je aplikována uvedená vyhláška do smluvního vztahu soukromých lékařů a zdravotních pojišťoven v segmentu ambulantní specializované péče a v segmentu praktických lékařů pro dospělé a pro děti a dorost. Nejde o změny oproti rámcové smlouvě, ale o její aplikaci na konkrétní smluvní vztah. Dohodnutý text byl uznán jako optimální pro soukromé lékaře většinou významných lékařských občanských sdružení. Vráťím se stručně ke čtyřem bodům této dohodnuté smlouvy, které byly předmětem největších diskusí zejména s vedením VZP ČR a současně i mnoha lékařských občanských sdružení.

### Možnost výpovědi pro „opakované porušování smlouvy“

Rámcová smlouva stanovila tento výpovědní důvod poněkud vágně, takže by toto ustanovení mohlo být zneužitelné. Bylo například právem poukazováno, že opakovaně poruší smlouvu i lékař, který opakovaně chybně vyplnil recept. Nedomnívám se sice, že by v takovém případě výpověď smlouvy ze strany zdravotní pojišťovny obstála, ale bylo rozhodné žádoucí tento výpovědní důvod v individuální smlouvě rozvést a upřesnit. Ve smlouvě dohodnuté prezidentem ČLK jsou tedy již vyjmenovány důležité body smlouvy, které by musely být opakovaně porušovány (odborná způsobilost zaměstnanců, neplnění věcných a technických podmínek stanovených právním předpisem pro poskytování příslušného druhu péče, poskytování péče non lege artis, bezdůvodné odmítnutí pojištěnců v rozporu se zákonem, podmiňování přijetí pojištěnce do péče registračními poplatky a sponzorskými dary, nezajištění odborného dohledu nad lékařem nezpůsobilým k výkonu samostatné praxe) s tím, že porušování jiných než zde taxativně uvedených povinností by bylo důvodem k výpovědi, jen pokud by bylo takového charakteru, že by nebylo možno z tohoto důvodu rozumně očekávat další plnění smlouvy. Zneužitelného výpovědního důvodu není tedy třeba se obávat.

### Právo zveřejňovat příjmy za poskytnutou zdravotní péči

Podle rámcové smlouvy byla zdravotní pojišťovna oprávněna (nikoli povinná) zveřejnit rozsah nasmlouvané zdravotní péče, výši celkové úhrady poskytnuté pojišťovnou zdravotnickému zařízení z veřejného zdravotního pojištění za kalendářní rok a výši úhrady za zdravotnickým zařízením předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky za kalendářní rok. Způsob ani podmínky tohoto zveřejnění stanoveny nejsou. Soukromým lékařům pochopitelně nevyhovovalo, pokud by bez jejich souhlasu pojišťovna dávala široké veřejnosti informace o jejich příjmech za situace, kdy občané nemají současně informace o jejich nákladech na provoz ordinace. Bylo proto dohodnuto, že pokud by zdravotní pojišťovna hodlala využít práva zveřejnit údaj o poskytnuté úhradě zdravotnickému zařízení, způsob a rozsah tohoto zveřejnění musí být předem schválen formou dodatku ke smlouvě oběma smluvními stranami. Vedení VZP ČR nás současně ujistilo, že VZP ČR tohoto práva využívat nehodlá. Nicméně text smlouvy umožňuje zveřejnění výše úhrady pouze v rozsahu a způsobem, který by písemně, formou dodatku ke smlouvě, soukromý lékař odsouhlasil. Mohl by například souhlasit, aby výše úhrady byla zveřejněna pro potřeby představenstva ČLK, výboru příslušné odborné společnosti, výboru či vedení příslušného občanského sdružení (SAS, SPL, SPLDD apod.), nikoli však vůči široké veřejnosti. Zveřejňování příjmu soukromých lékařů bez jejich souhlasu tedy nehrozí.

### Ordinační hodiny

Rámcová smlouva stanovila rozsah ordinačních hodin na 35 hodin týdně rozdělených do pěti pracovních dnů v týdnu, odpovídá-li rozsah nasmlouvané péče poměrnému kapacitnímu číslu jedna (tedy jeden soukromý lékař na „plný úvazek“). Neřeší otázku, zda se do tohoto času započítává posudková činnost a v případě praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost též návštěvní služba. Dohodnutý text individuální smlouvy proto upřesňuje, že posudková činnost i návštěvní služba se do těchto ordinačních hodin započítávají. V této souvislosti je třeba též upozornit, že rámcová smlouva umožňuje přerušit poskytování zdravotní péče a zajistit zástup lékařem poskytujícím stejný druh péče, a to i v jiném zdravotnickém zařízení, mimo prostory zastupovaného zdravotnického zařízení. Bude tedy nepochybně i nadále přípustné, aby lékař, který potřebuje vyřídít své úřední či osobní záležitosti, dohodl s kolegou zástup, napsal na dveře

ordinace kdo a kde ho zastupuje a tímto způsobem splnil svou ordinační povinnost. Má-li zástup trvat déle než tři dny, například v době dovolené, musí to předem oznámit zdravotním pojišťovnám.

### Smluvní pokuta za opožděné platby

Podle rámcové smlouvy je zdravotnické zařízení oprávněno uplatnit vůči zdravotní pojišťovně smluvní pokutu ve výši 10 % z dlužné částky, pokud je zdravotní pojišťovna v prodlení s úhradou zdravotní péče, které je delší než 65 dnů. Aby dohodnutý text individuální smlouvy byl pro zdravotní pojišťovny přijatelný, zvláště s ohledem na všechny shora uvedené aplikace rámcové smlouvy, které jsou jednoznačně výhodné pro poskytovatele, bylo dohodnuto, že soukromí lékaři, kteří mají o uzavření této dohodnuté smlouvy zájem, se naproti tomu dobrovolně vzdají práva uplatnit vůči zdravotním pojišťovnám tuto sankci. Zůstává ovšem zachováno právo uplatnit zákonný úrok z prodlení, který v současné době činí výši repo sazby stanovenou Českou národní bankou pro příslušné kalendářní pololetí, zvýšené o sedm procentních bodů. Je-li tedy například výše repo sazby 2 %, činí zákonný úrok z prodlení 9 % ročně z dlužné částky. Tento ústupek byl jistě zcela adekvátní jiným ústupkům ze strany zdravotních pojišťoven.

JUDr. Jan MACH, ředitel právního oddělení ČLK

## Náš vzor

### Znění žádosti o uzavření smlouvy

Adresát: příslušná pobočka ZP

V ..... dne .....

Věc: Žádost o uzavření smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče v souladu s vyhláškou č. 290/2006 Sb.

V souladu s vyhláškou č. 290/2006 Sb. a článkem 11 její přílohy č. 1 - rámcová smlouva pro praktické lékaře (anebo č. 2 rámcová smlouva pro ambulantní specialisty) žádám o neprodlené uzavření smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče ve znění, které s vedením vaší pojišťovny vyjednal prezident České lékařské komory. Návrh smlouvy (zasílám pro informaci v příloze) je zveřejněn na internetových stránkách ČLK.

Předem děkuji, s pozdravem .....

inzerce

## Řekli o nových smlouvách

**MUDr. Lubor Kinšt,**  
místopředseda SPL a člen představenstva ČLK



Dojednané texty hodnotím jako nejlepší, které byly dosud lékařům nabídnuty a pokud se opravdu promítnou do individuálních smluv se ZP, bude to pro lékaře optimální.

**MUDr. Zorjan Jojko,**  
výkonný místopředseda SAS a člen představenstva ČLK



Vyjednání textu vzorové smlouvy vycházející z vyhlášky 290/06 Sb. prezidentem ČLK s generálním ředitelem VZP MUDr. Horákem pro některé skupiny zdravotnických zařízení je třeba vnímat jako pozitivní využití nadstandardních vztahů mezi oběma funkcionáři ve prospěch lékařské veřejnosti.

Vzhledem k současné situaci je třeba doporučit všem zdravotnickým zařízením, kterých se to týká, aby si o tento typ smlouvy neprodleně požádala.

**MUDr. Pavel Neugebauer,** předseda SPL DD

Naše největší připomínky proti textu smlouvy podle ministerské vyhlášky jsou již v tomto textu odstraněny.

**Mgr. Jakub Uher,** právník SPL

Jednoznačně doporučuji text, dohodnutý prezidentem ČLK s pojišťovnou, podepsat. Osobně bych se na pojišťovnu obrátil bez zbytečného odkladu.

**MUDr. Pavel Horák,** ředitel VZP



Snažili jsme se v rámci vyhlášky otupit nějaké hroty. Je to maximální možný kompromis v daném rámci. Dovedl bych si představit výhodnější smlouvu, ale v rámci té vyhlášky jsme našli něco, co je přijatelné pro nás i pro Komoru, přičemž objektivně je ta smlouva asi výhodnější pro poskytovatele. Pro nás je výhoda, že tam není definována smluvní sankce za zpoždění plateb, která byla 10 %.

**Ing. Josef Mrázek,**  
viceprezident Svazu pacientů

Smlouvy nejsou pro pacienty výhodné a je dokonce v rozporu s přirozeným právem to, že lékaři dostanou smlouvy "nadosmrti". Ty smlouvy se v podstatě nedají vypovědět, to by šlo pouze v případě, kdyby lékař byl zločinec. Pojišťovny tak ztrácejí možnost zasahovat do sítě zařízení, aby péče byla poskytována hospodárně.

**MUDr. David Rath,** ministr zdravotnictví



Právní názor ministerstva je, že individuální smlouvy, které vyjednal prezident ČLK s ředitelem VZP, a které nabízí v tuto chvíli Všeobecná zdravotní pojišťovna, jsou s vyhláškou plně v souladu a my doporučujeme lékařům, aby je podepsali.

### Dne 1. 8. 2006 doporučil ministr Rath na jednání s řediteli zdravotních pojišťoven následující postup

Ministerstvo doporučuje použít návrh smlouvy dojednaný VZP a ČLK, který je na internetových stránkách ČLK. Tento návrh je v souladu s vyhláškou č. 290/2006 Sb. Pokud by ostatní pojišťovny své smlouvy modifikovaly, měly by změny oproti návrhu smlouvy dojednanému mezi VZP a ČLK diskutovat s Ministerstvem zdravotnictví. Ministerstvo současně z časových důvodů nedoporučuje projednávání typových smluv se zástupci poskytovatelů, i když vyhláška č. 290/2006 Sb. tento postup obsahuje.



### Dopis generálního ředitele OZP

Česká lékařská komora  
Lékařská 2  
150 00 Praha 5  
V Praze dne 7. srpna 2006

Vážený pane prezidente,  
omlouvám se za zpoždění pokud jde o stanovisko OZP k úpravě rámcové smlouvy, kterou ČLK dojednala s VZP.



OZP dle schváleného harmonogramu připravuje kompletní revizi smluvní dokumentace a znění typových smluv. Po projednání během srpna 2006 a po schválení ve správních orgánech OZP je koncem září nabídne všem svým smluvním partnerům.

Do té doby bychom nechtěli žádné další operativní varianty rámcových smluv hromadně rozesílat, protože nejednotnost by výrazně administrativně komplikovala budoucí vývoj smluvních vztahů.

**Pokud by se však některý z našich smluvních partnerů z jakéhokoli důvodu obával, že je zde nebezpečí z prodloužením nebo měl jiné individuální důvody, je OZP připravena akceptovat návrhy našich smluvních partnerů na úpravu smluvního vztahu ve znění sjednaném mezi ČLK a VZP.**

Tento příslib se týká zdravotnických zařízení, kde je počet nositelů výkonů roven nebo nižší než 10.

S pozdravem

**Ing. Ladislav Friedrich, CSc.**  
generální ředitel

## Je „trvalý smluvní vztah“ opravdu trvalý?

*V současné době stojí řada soukromých lékařů nad zásadní otázkou „přelomu“ jejich smluvního vztahu se zdravotními pojišťovnami. Rámcová smlouva vydaná vyhláškou č. 290/2006 Sb. dává možnost uzavření trvalého smluvního vztahu se zdravotními pojišťovnami. Naproti tomu někteří soukromí lékaři shledávají v jejím obsahu určité nevýhody oproti tomu, co bylo dohodnuto mezi částí zástupců poskytovatelů zdravotní péče a zástupců zdravotních pojišťoven pro segment praktických lékařů pro dospělé a pro děti a dorost a pro segment ambulantní specializované péče. Účelem tohoto příspěvku není posuzovat tyto otázky, které si konečně musí provozovatel každého nestátního zdravotnického zařízení posoudit sám, podle informací, které má k dispozici, ale odpověď na otázku, zda pokud by byla uzavřena smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče s tím, že jde o trvalý smluvní vztah, by šlo skutečně o smluvní vztah trvalý, nebo by šlo o smluvní vztah, který by bylo možno, aniž by byly splněny výpovědní důvody ze strany zdravotní pojišťovny, ukončit. Mnozí poskytovatelé zdravotní péče se ptají, zda smlouva na dobu neurčitou není vlastně smlouvou, kterou lze bez uvedení důvodů vypovědět v tříměsíční výpovědní lhůtě, jak od některých právníků slyšeli. Pokusím se odpovědět v tomto příspěvku na tuto otázku.*

Je nutno připustit, že pokud by v individuální smlouvě mezi nestátním zdravotnickým zařízením na straně jedné a zdravotní pojišťovnou na straně druhé bylo uvedeno toliko, že „smlouva se uzavírá na dobu neurčitou“, bylo by možno takovéto ujednání posoudit tak, že smluvní vztah by bylo možno ukončit bez uvedení důvodů v tříměsíční výpovědní lhůtě. Proto smlouvu, která by obsahovala takovéto ustanovení, nelze doporučit akceptovat.

Text, který doporučila Česká lékařská komora a který se nakonec podařilo prosadit i do vyhlášky č. 290/2006 Sb. však nezní tak, jak shora uvádím, ale zní tak, že jde o trvalý smluvní vztah, který lze ukončit pouze z důvodů uvedených v konkrétním ustanovení této smlouvy. Toto ustanovení tedy naprosto jasně a jednoznačně uvádí, že smluvní vztah není možno ukončit jednostranně bez naplnění výpovědních důvodů, ale jde o smluvní vztah uzavíraný jako trvalý, který může zdravotní pojišťovna, ale i zdravotnické zařízení ukončit pouze z důvodů, které jsou taxativně a jasně definovány v dalším článku smlouvy.

Podle mého názoru je trvalý smluvní vztah mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením poměrně logický. Jazyčkem na vahách trhu zdravotní péče totiž nemůže být přízeň či nepřízeň úředníka zdravotní pojišťovny, ale pouze přízeň či nepřízeň pojištěnce-pacienta. Trvalý smluvní vztah se všemi zdravotními pojišťovnami bude soukromému lékaři málo platný, pokud na základě svobodné volby lékaře odejdou od příslušného lékaře pacienti-pojištěnci. Právě vůle spotřebitele, a tím není zdravotní pojišťovna, která je pouze správcem peněz, ale je jím pojištěnec-pacient, je resp. měla by být, rozhodujícím kritériem úspěšnosti či neúspěšnosti v podnikání soukromého lékaře. Naopak je paradoxem, pokud pojištěnci mají k lékaři důvěru, přejí si být nadále jeho pacienti a úředník zdravotní pojišťovny by rozhodl, že jimi již být nemohou, neboť zdravotní pojišťovna neprodlouží soukromému lékaři smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče.

Argumentace, že trvalý právní vztah nemá v našem právním řádu obdobu, je chybná. Například jak zákoník práce z roku 1965, který bude účinný až do 31. 12. 2006, tak i nově rekodifikovaný zákoník práce účinný od 1. 1. 2007 zakotvuje rovněž ze strany zaměstnance trvalý smluvní vztah tak dlouho, jak dlouho si bude zaměstnanec přát. Jde o pracovní právní vztah, který nemůže zaměstnavatel libovolně ukončit kdykoli si vzpomene, ale může jej ukončit pouze tehdy, jsou-li naplněny taxativně uvedené důvody, které stanoví zákon.

Naproti tomu zaměstnanec může tento pracovní poměr – tedy smluvní vztah mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem - ukončit bez uvedení důvodů ve dvouměsíční výpovědní lhůtě.

Soukromý lékař by podle rámcové smlouvy stanovené vyhláškou č. 290/2006 Sb. měl právo v podstatě kdykoli na základě vlastního uvážení ukončit smluvní vztah se zdravotní pojišťovnou, pokud by shledal, že tento smluvní vztah není pro něho ekonomicky výhodný. Zda je či není ekonomicky výhodný, by bylo otázkou posouzení provozovatele nestátního zdravotnického zařízení, který by tedy mohl v podstatě kdykoli smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče ve stanovené výpovědní lhůtě ukončit. Naproti tomu zdravotní pojišťovna by tuto možnost neměla, leda by nastal některý z důvodů uvedených taxativně jako důvod k výpovědi ve smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče ze strany zdravotní pojišťovny. Pokud by zdravotní pojišťovna měla za to, že taková situace nastala a dala zdravotnickému zařízení výpověď ze smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče, mělo by zdravotnické zařízení právo obrátit se na soud, aby posoudil, zda důvody předpokládaného ukončení smlouvy ze strany zdravotní pojišťovny skutečně nastaly či nikoli.

Lze tedy uzavřít, že je-li smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče formulována tak, že jde o trvalý smluvní vztah, který lze ukončit pouze z důvodů uvedených v konkrétních ustanoveních smlouvy, pak nelze tento smluvní vztah ukončit ani v tříměsíční ani v jiné lhůtě ze strany zdravotní pojišťovny, pokud důvody pro ukončení smluvního vztahu uvedené ve smlouvě skutečně nenastaly. Jde tedy o značnou míru relativní jistoty provozovatele zdravotnického zařízení, že pokud závažným způsobem neporuší své povinnosti vyplývající ze smlouvy, bude jeho smluvní vztah s příslušnou zdravotní pojišťovnou trvat a nemůže být ukončen jednostranným „vyřazením ze sítě“.

**JUDr. Jan Mach**

ředitel právního oddělení ČLK

inzerce

**Soukromý lékař by podle rámcové smlouvy stanovené vyhláškou č. 290/2006 Sb. měl právo v podstatě kdykoli na základě vlastního uvážení, ukončit smluvní vztah se zdravotní pojišťovnou, pokud by shledal, že tento smluvní vztah není pro něho ekonomicky výhodný.**

## Zdravotnické noviny se ptaly prezidenta ČLK

### Proč jste jednání o pozměnění rámcových smluv inicioval?

Dohodovací řízení o rámcových smlouvách jsem svolal ještě jako předseda LOK-SČL 16. 11. 2005 v souladu s § 17 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. První kolo jednání mezi svazy zdravotních pojišťoven a zájmovými sdruženími poskytovatelů zdravotní péče v segmentech ambulantních specialistů a praktických lékařů proběhlo 6. 12. 2005. Dohodovací řízení jsem svolal proto, abych odvrátil hrozbu plošných výběrových řízení a likvidace 10-15% soukromých lékařských praxí, kterým zdravotní pojišťovny hodlaly neprodloužit smlouvy.

V rámci dohodovacího řízení se nám bohužel nepodařilo dohodnout takový text rámcové smlouvy, který by přinášel soukromým lékařům existenční jistotu. Dohodovací řízení tedy neskončilo dohodou.

Dne 7. června, tedy po uplynutí půlroční lhůty, během které účastníci jednání nedokázali uzavřít platnou dohodu o rámcových smlouvách, vydal ministr Rath vyhlášku č. 290/2006 Sb., kterou se vydává rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví o rámcových smlouvách. Tato vyhláška poté byla publikována ve Sbírce zákonů 16. 6. 2006.

Rada soukromých lékařů uvítala nové rámcové smlouvy jako šanci dosáhnout existenční jistoty v podobě trvalého smluvního vztahu se zdravotními pojišťovnami. Desítky kolegů se na mne začaly obracet s prosbami, abych jim zajistil možnost okamžitě uzavřít s pojišťovnami novou smlouvu podle ministerské vyhlášky. Lékaři mají obavu, že příští ministr by třeba mohl podlehnout pokušení ničit vše, co vytvořil jeho předchůdce, a mohl by se pokusit bez nového dohodovacího řízení vyhláškou vydat rámcové smlouvy jiné – pro soukromé lékaře méně výhodné. Nesmíme zapomínat ani na to, že skupina senátorů z ODS zastupovaná právníkem Sdružení praktických lékařů Mgr. Uhrem, se obrátila na Ústavní soud s návrhem na zrušení vyhlášky č. 290/2006 Sb. Povinností prezidenta ČLK je hájit zájmy lékařů, proto jsem začal s řediteli zdravotních pojišťoven jednat o vzorových individuálních smlouvách. Je totiž nesporné, že pokud soukromý lékař uzavře s pojišťovnou individuální smlouvu, pak ho již o výhody z ní plynoucí nebude moci připravit žádná změna vyhlášky.

Jsem rád, že se mi podařilo vyjednat smlouvy nejenom s VZP, ale následně i s řediteli ZPMV (211), VoZP (201) a OZP (207) a doufám, že jejich příkladu budou následovat i ostatní pojišťovny tak, aby období existenční nejistoty pro soukromé lékaře co nejdříve skončilo.

### Jaké jsou výhody dohodnuté rámcové smlouvy?

Zásadní výhodou je trvalý smluvní vztah pro praktické lékaře a ambulantní specialisty, pokud jejich zdravotnické zařízení nemá počet nositelů výkonů vyšší než 10. Komplexní srovnávací analýza rámcových smluv podle vyhlášky 290/2006 Sb. oproti předchozím smlouvám podle vyhlášky č. 457/2000 Sb. je umístěna na webových stránkách ČLK ([www.lkcr.cz](http://www.lkcr.cz)), a to včetně srovnání s texty, na kterých se shodli někteří zástupci poskytovatelů se Svazem zdravotních pojišťoven.

Pokud se ptáte na ustanovení, která jsme museli při převádění rámcové smlouvy na vzorové smlouvy individuální precizovat, pak v individuální smlouvě je poměrně vágní výpovědní důvod uvedený v rámcové smlouvě („opakovaně porušuje ustanovení této smlouvy“) upřesněn tak, že je uvedeno, jaká ustanovení této smlouvy by musela být opakovaně porušována, přičemž jsou uvedena jen ustanovení zakotvující zásadní povinnosti (nelze tedy např. smlouvu vypovědět pro opakovaně chybně vyplněný recept, lze ji však vypovědět při opakovaném porušování povinnosti poskytovat péči lege artis) a pokud jde o porušování jiných ustanovení smlouvy, muselo by být takového charakteru, že by nebylo možno z toho důvodu rozumně očekávat další plnění smlouvy. Dále je stanoveno, že bez dohody se zdravotnickým zařízením nemůže pojišťovna zveřejnit výši úhrady poskytnuté zdravotnickému zařízení z veřejného zdravotního pojištění. Dále je upřesněno, že do ordinačních hodin se započítává i posudková činnost a v případě praktických lékařů pro dospělé i pro děti a dorost též návštěvní služba. Zdravotnická zařízení se naopak vzdávají možnosti účtovat pojišťovnám smluvní pokutu ve výši 10 % dlužné částky v případě prodlení s úhradou nad 65 dní, tímto ale není dotčeno právo uplatnit zákonný úrok z prodlení.



### Souhlas ministerstva s novou verzí rámcových smluv máte nějak písemně zajištěn?

Nejedná se o žádnou novou verzi rámcových smluv, ale o vzorové individuální smlouvy mezi pojišťovnami a soukromými lékaři – ambulantními specialisty a praktickými lékaři. Tyto smlouvy jsou pouze praktickou aplikací rámcových smluv, které tvoří přílohy vyhlášky č. 290/2006 Sb. a ministr Rath s nimi vyslovil souhlas.

### S tímto zněním smluv souhlasí i další zástupci poskytovatelů. To je netradiční situace, co jí říkáte?

To mne těší, ale skutečně spokojený budu moci být teprve poté, až se většině soukromých lékařů podaří uzavřít výhodné smlouvy, které jim zajistí existenční jistotu v podobě trvalého smluvního vztahu. Pokud tento zápas, který jsem zahájil již v listopadu loňského roku, dotáhnou do tohoto vítězného konce, pak snad přesvědčím i ty kolegy, kteří o mě pochybovali, že mojí volbou do čela ČLK neudělali delegáti sjezdu chybu.

*Otázky kladla Adéla Daňhová*

**Prezident Klaus vetoval novelu zákona o zdravotní péči (tisk 1045).  
Pokud si tedy přejete, aby Česká lékařská komora hájila vaše zájmy  
v dohodovacích řízeních, vyplňte prosím následující formulář a odešlete jej  
na adresu: ČLK - o. s., Lékařská 2, 150 00 Praha 5.**

**Vzhledem k nutnosti aktualizace databáze plných mocí, prosíme o vyplnění i ty  
z vás, kteří již dříve ČLK - o. s., plnou moc k zastupování v DŘ udělili.**

**MUDr. Milan Kubek , prezident ČLK o.s.**

zde odstráňte

## PLNÁ MOC

### Zmocnitel – smluvní zdravotnické zařízení

název: \_\_\_\_\_

sídlo: \_\_\_\_\_

IČ: \_\_\_\_\_ IČZ<sup>1)</sup>: \_\_\_\_\_ IČP<sup>2)</sup>: \_\_\_\_\_

PPNV<sup>3)</sup>: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

zastoupený: \_\_\_\_\_

### tímto zmocňuje

**Zmocněnce - profesní (zájmové) sdružení poskytovatelů zdravotní péče:**

Česká lékařská komora - o. s.,

IČ: 70885117, se sídlem: Praha 5, Lékařská 2,

### aby jej jako smluvní zdravotnické zařízení zastupoval

- v dohodovacím řízení o rámcové smlouvě ve smyslu ust. § 17 odst. 2 zák. č. 48/1997 Sb. v platném znění,
- v dohodovacím řízení o seznamu výkonů s bodovými hodnotami dle ust. § 17 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb. v platném znění,
- v dohodovacím řízení o hodnotě bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulačních omezeních objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění dle ust. § 17 odst. 5 zák. č. 48/1997 Sb. v platném znění,

### a to za

- skupinu poskytovatelů péče praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost;
- skupinu poskytovatelů ambulantní specializované péče a péče ženských lékařů (odbornost 603, 604) s výjimkou těch, kteří poskytují fyzioterapii (odbornost 902 a 918), ergoterapii a klinickou logopedii;
- skupinu poskytovatelů diagnostické péče (odbornosti 222, 801-805, 807, 812-823, 809);
- skupinu poskytovatelů domácí zdravotní péče, fyzioterapie (odbornost 902 a 918), ergoterapie a klinické logopedie.

Zmocněnec je oprávněn zastupovat zájmy zmocnitele v plném rozsahu úkonů, stanoveném pro účastníky dohodovacího řízení zákonem č. 48/1997 Sb.

Zmocněnec je oprávněn ustanovit si za sebe zástupce a pokud jich ustanoví více, souhlasí s tím, aby každý z nich jednal samostatně v plném rozsahu tohoto zmocnění.

Tato plná moc nabývá účinnosti dnem jejího podpisu zmocnitelem a je vyhotovena ve dvou stejnopisech, z nichž jeden si ponechá zmocněnec a druhý zmocnitel.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

**Pozn: IČZ, IČP, PPNV jsou fakultativními údaji, na jejichž základě ČLK, o. s., získává komplexní představu o smluvních zdravotnických zařízeních, která v rámci dohodovacích řízení reprezentuje. Nevyplnění těchto údajů nezakládá neplatnost plné moci.**

**1) IČZ - identifikační číslo zařízení, nebo části zařízení:** jednoznačný osmimístný číselný kód ve vztahu k Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR. Číslo přiděluje vždy místně příslušná okresní pojišťovna VZP ČR na základě žádosti té zdravotní pojišťovny, která první uzavře smlouvu na poskytování zdravotní péče s daným zařízením.

**2) IČP - identifikační číslo pracoviště:** jednoznačný osmimístný číselný kód ve vztahu k Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, který blíže identifikuje konkrétní zdravotnické pracoviště zařízení nebo části zařízení, případně samostatné lékaře, kteří mají s některou ze zdravotních pojišťoven uzavřenu smlouvu pouze na preskripční léčivých přípravků pro rodinné příslušníky. Potvrzuje jej vždy místně příslušná okresní pojišťovna VZP ČR.

**3) PPNV - přepočtený počet nositele výkonu:** zjistí se z počtu hodin odpracovaných jednotlivým nositelem výkonu ve zdravotnickém zařízení v daném čtvrtletí při poskytování zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění (podle ust. § 41 odst. 6 zákona č. 48/1997 Sb.) takto:

Odpracovaný čas nositele výkonu v období	Přepočtený počet nositele výkonu
Do 10 hodin / čtvrtletí	0,00
Do 100 hodin / čtvrtletí	0,25
Do 200 hodin / čtvrtletí	0,50
Do 300 hodin / čtvrtletí	0,75
Nad 300 hodin / čtvrtletí	1,00

V případě, že je nositelem výkonů sestra ošetřujícího lékaře, je počet odpracovaných hodin vztažen pouze na dobu samostatně prováděných zdravotních výkonů.

zmocnitel (podpis a razítko)





## Hitparáda nemocnic

**Fakultní nemocnice a další nemocnice přímo řízené Ministerstvem zdravotnictví**

Průměrné měsíční příjmy lékařů v Kč včetně všech příplatků, práce přesčas a odměny za pracovní pohotovost. Údaje jsou zkresleny skutečností, že v nemocnicích pracuje řada lékařů na částečné úvazky, přičemž pro potřeby statistiky jsou jejich příjmy dopočítávány na fiktivní úvazek 1,0.

	Lékaři PMP2005	Lékaři PMP2004 PMP	Primáři PMP2005 PMP	Lékaři 11.-13. třída 1. pololetí 2006	Lékaři 14.-15. třída 1. pololetí 2006
1. Nemocnice Na Homolce	66 719	60 296	101 866	55 500	76 198
2. FN Hradec Králové	46 391	44 366	63 608	34 104	57 799
3. VFN Praha	45 198	43 166	52 653	40 578	55 538
4. FN Ostrava	42 331	40 448	65 237	34 691	57 483
5. FN Olomouc	42 234	39 835	62 279	34 203	55 951
6. FN Plzeň	40 499	38 067	58 367	35 194	56 619
7. FN Královské Vinohrady	40 141	38 501	54 798	33 343	58 594
8. Masarykův onkol. ústav	39 604	33 451	69 605	32 053	55 263
9. FN Motol	38 487	36 434	56 550	32 622	58 841
10. FN Brno	38 374	36 879	53 378	32 869	44 570
11. FN Bulovka	38 222	36 078	51 122	32 973	47 074
12. Úrazová nemocnice Brno	38 143	38 097	55 565	33 369	50 001
13. FN Thomayerova	38 128	35 524	56 334	31 701	48 555
14. FN U Sv. Anny Brno	35 423	35 999	51 585	31 319	43 804
15. IKEM	34 070	32 224	47 261	32 037	50 414
16. ÚPMD	29 799	28 681	58 292	29 492	55 109

PMP (průměrný měsíční příjem) v Kč

**Průměrná měsíční mzda lékařů v příspěvkových organizacích aplikujících zákon č. 143/1992 Sb. o platu dosáhla v roce 2005 výše 38 634 Kč a meziročně se zvýšila o 1 541 Kč, tj. o 4,2 %. Průměrné tarifní platy lékařů činily 18 786 Kč (tj. nárůst o 1 770 Kč měsíčně) a jejich podíl na celkové průměrné mzdě představoval 48,6 %.**

**MUDr. Milan Kubek**

## Němečtí lékaři bojují o platy

Berlín/Praha, 27. 7. 2006

**L**ékaři v Německu protestují s vytvalostí, která Němce překvapuje. Zaměstnanci obecních klinik tento týden zvýraznili boj za vyšší mzdy, který trvá již měsíc.

Své akce přitom zahájili v době, kdy právě skončily předcházející zdoluhavé protesty lékařů fakultních nemocnic. Němci tak mají pocit, že zdravotníky už dlouhé měsíce nezajímá nic jiného než mzdové tarify.

Představitelé obcí uvedli, že na požadované patnáctiprocentní zvyšování platů nejsou peníze. Nabízejí platby, které se pohybují o deset procent nad obvyklými tarify. To lékařské odbory neuspokojilo. "Budeme pokračovat, dokud nedostaneme rozumnou nabídku," řekl agenturám odborový lídr Frank-Ulrich Montgomery poté, co v úterý stávkovalo přes 12 tisíc lékařů ve 110 německých městech.

Komunální lékaři ošetří necelou polovinu ze 16 miliónů lidí, kteří se každoročně nechají ošetřit v německých nemocnicích. Odbory chtějí kolektivní smlouvy specializované podle lékařských odborů. Dožadují se také zlepšení pracovních podmínek. Jsou ochotny vyjednat za účasti zprostředkovatele, který by umožnil přijetí kompromisu, obce to ale zatím odmítají.

Šance na okamžitou dohodu zatím není příliš velká. Odbory se totiž snaží zabránit tomu, aby kolektivní smlouvy s lékaři uzavíraly jednotlivé obce. Chtějí zachovat kolektivní vyjednávání. Nehodlají ustoupit. "Jsme v situaci, kdy můžeme týden po týdnu rozšiřovat stávky a zapojovat do nich stále více lidí," prohlásil Frank-Ulrich Montgomery.

Protestují ale i zdravotní pojišťovny, které nesouhlasí s vládními plány na reformu zdravotnictví. Odmítají zřízení fondu, který by měl přerozdělovat prostředky ze zdravotního pojištění.

Pro pravolevou koalici Angely Merkelové, která prosadila klíčovou reformu zdravotnictví počátkem měsíce, je ale jen obtížné představitelné, že by ustupovala od svých záměrů.



Lídr spolkových  
lékařských odborů  
Frank-Ulrich Montgomery

Uwe Andersen, politolog z Bochumské univerzity, upozorňuje, že reforma zdravotnictví je jedním z nejdůležitějších bodů vládní koalice. "Je to jakýsi test, který naznačí, zda je koalice schopna efektivně vládnout," řekl agentuře Reuters. Ekonomové vládní plány kritizují. Zvýšení zdravotního pojištění o polovinu procentního bodu, které má přinést chybějících sedm miliard eur, povede k dalšímu zvýšení nákladů na pracovní sílu. To může mnohé firmy přivést k rozhodnutí přesunout výrobu do lacinějších zemí. V předvolební kampani přitom Merkelová slibovala, že příspěvky nezvýší.

**HN.IHNED.CZ 27. 7. 2006**

## Tiskové prohlášení prezidenta ČLK k vyhlášce o úhradách léčiv

**ČLK jako jeden z členů komise pro kategorizaci léčiv Mz respektuje skutečnost, že finanční prostředky zdravotních pojišťoven jsou limitovány, a že tedy neúměrně vysoké náklady v jedné oblasti vyvolávají nedostatek finančních prostředků v jiných sférách resortu, což se vztahuje i na léky.**



ČLK proto v celém kategorizačním procesu a v přípravě návrhu příslušné vyhlášky usilovala o racionální vyvážený postup, jež vycházel ze tří zásad:

- 1/ **pojmout mezi léky hrazené z veřejných prostředků ty, jejichž účinnost a bezpečnost odpovídá nákladům** (vyvážená relace cost-benefit);
- 2/ **takto vybrané léky zajistit za optimální ceny**, jež odpovídají cenám v srovnatelných zemích a zohledňují výkyvy měnových kurzů (Je dlouhodobým českým specifíkem, že cenová regulace v pojetí ministerstva financí nezajišťuje optimálnost cen. Kategorizace tento nedostatek nahrazuje a pomocí výše úhrady usiluje o to, abychom za léky neplatili více, než je nezbytně nutné!);
- 3/ **zajistit, aby pečlivě vybrané a optimálně pořízené léky byly používány u pacientů, jimž přinesou adekvátní prospěch;**

S těmito záměry přistupovala ČLK i k nynějšímu kolu kategorizace.

**Podle propočtů VZP návrh vyhlášky snižuje náklady cca o 2 miliardy korun ročně.** Je dobře, že ministr Rath vyhlášku podepsal.

Značná část úspor pramení z tlaku na výrobce, aby své ceny v České republice přizpůsobili cenám v ekonomicky srovnatelných zemích. Není proto překvapující, že postižení výrobci nejružnějšími cestami usilovali o to, aby vyhláška nebyla vydána. Snižování úhrad ze zdravotního pojištění umožní lékařům, aby i při dodržení limitů na preskripci mohli pacientům předepsat minimálně stejné množství léků jako před rokem.

V Praze 11.7.2006

**MUDr. Milan Kubek, prezident ČLK**



## KONTAKTY - Česká lékařská komora

Recepce - telefonní čísla: 257 215 285, 257 211 329, 257 217 226, 257 216 810

Pracoviště	Jméno	Linka	Mobil	E-mail	Fax / Tel. č.
<b>Recepce + redakce</b>	Veronika Klierová	11	603 116 383	<a href="mailto:recepce@clkcr.cz">recepce@clkcr.cz</a>	257 220 618
<b>Recepce 2 + registr</b>	Romana Vičková	19	603 116 383	<a href="mailto:registr@clkcr.cz">registr@clkcr.cz</a>	
<b>Ředitelka kanceláře</b>	Jindra Šťastná	23	603 417 168	<a href="mailto:kancelar@clkcr.cz">kancelar@clkcr.cz</a>	
<b>Sekretariát prezidenta</b>	Magdaléna Janderová	17	605 235 755	<a href="mailto:sekretariat@clkcr.cz">sekretariat@clkcr.cz</a>	257 220 617
<b>Vědecká rada</b>	Olga Molhancová	14	777 577 241	<a href="mailto:vr@clkcr.cz">vr@clkcr.cz</a>	
<b>Zahraniční oddělení</b>	Mgr. Radovan Urban Kocák	21	777 941 701	<a href="mailto:foreign3@clkcr.cz">foreign3@clkcr.cz</a>	
<b>Zahraniční oddělení 2</b>	Magdaléna Janderová	21	777 941 701	<a href="mailto:foreign2@clkcr.cz">foreign2@clkcr.cz</a>	
<b>Oddělení vzdělávání</b>	Naďa Reitschlägerová	22.24	603 252 483	<a href="mailto:seminar@clkcr.cz">seminar@clkcr.cz</a> <a href="mailto:vzdelavani@clkcr.cz">vzdelavani@clkcr.cz</a>	
<b>Revizní komise a Čestná rada</b>	Pavla Bublová	33	603 428 595	<a href="mailto:rkacr@clkcr.cz">rkacr@clkcr.cz</a>	
<b>Revizní komise a Čestná rada 2</b>	Jana Kafuňková	32	603 428 595	<a href="mailto:rkacr2@clkcr.cz">rkacr2@clkcr.cz</a>	
<b>Právní oddělení - sekretariát</b>	Jana Pelikánová	29	-	<a href="mailto:pravnisekret@clkcr.cz">pravnisekret@clkcr.cz</a>	257 219 280
<b>Právní oddělení</b>	Mgr. MUDr. Dagmar Záleská	27	-	<a href="mailto:pravni@clkcr.cz">pravni@clkcr.cz</a>	
<b>Právní oddělení</b>	Mgr. Ivana Kvapilová	26	-	<a href="mailto:pravni2@clkcr.cz">pravni2@clkcr.cz</a>	
<b>Právní oddělení</b>	<b>Rychlá právní pomoc</b>		<b>721 455 456</b>		

## Informace o rozsudku Krajského soudu v Ostravě ze dne 1. 6. 2005 a Vrchního soudu v Olomouci ze dne 26. 4. 2006 ve věci žaloby MUDr. Martina Vedrala proti České lékařské komoře

**Krajský soud v Ostravě rozhodl rozsudkem ze dne 1. 6. 2005 ve věci žaloby MUDr. Martina Vedrala proti České lékařské komoře**  
**t a k t o:**

- I. Žalovaná je povinna do 30ti dnů od právní moci rozsudku v časopise České lékařské komory Tempus Medicorum v rozsahu jedné čtvrtiny celé tiskové strany uveřejnit a zároveň žalobci formou doporučeného dopisu zaslat omluvu tohoto znění:  
*Dále uvedeno znění, které je uvedeno v tomto čísle časopisu Tempus Medicorum.*
- II. Návrh žalobce, aby žalovaná byla povinna do 30ti dnů od právní moci rozsudku v časopise České lékařské komory Tempus Medicorum v rozsahu jedné celé tiskové strany uveřejnit a zároveň žalobci formou doporučeného, prezidentem České lékařské komory vlastnoručně podepsaného dopisu zaslat omluvu tohoto znění:

Veřejná omluva: „Česká lékařská komora (dále „ČLK“) přiznává, že porušila svoji povinnost uplatňovat vůči svým členům rovné podmínky při posuzování jejich odborné praxe a při vydávání osvědčení o této praxi. Porušení této povinnosti

se ČLK dopustila 1) tím, že v roce 2000 vydala licenci k výkonu funkce vedoucího lékaře – primáře v oboru interní lékařství MUDr. Davidu Rathovi, prezidentovi ČLK, aniž by po něm požadovala řádné vyplnění žádosti o licenci a předložení dokladů o splnění podmínek potřebných k vydání licence, 2) tím, že mu vydala uvedenou licenci, aniž by stanovené podmínky splňoval, a 3) tím, že v roce 2003 neprovedla řádným způsobem řízení, v němž měla být oprávněnost uvedené licence z podnětu revizní komise ČLK přezkoumána. Česká lékařská komora se za své jednání omlouvá členu ČLK MUDr. Martinu Vedralovi i všem ostatním členům ČLK, kteří se uvedeným jednáním ČLK mohou cítit poškození na svých právech“  
**s e z a m í t á.**

- III. Návrh, aby omluva v bodě 1 byla zveřejněna v rozsahu celé tiskové strany **s e z a m í t á.**
- IV. Žalovaná je povinna zaplatit žalobci na nákladech řízení částku 6.003,- Kč do tří dnů od právní moci rozsudku.

Vrchní soud v Olomouci rozsudkem ze dne 26.4.2006, č.j. 1 Co 171/2005-116 rozhodl tak, že rozsudek soudu 1. stupně v obou jeho výrocích se potvrzuje (text omluvy MUDr. Martinu Vedralovi byl pouze změněn tak, že je v něm vypuštěn podpis prezidenta ČLK MUDr. Davida Ratha), ale žádný z účastníků řízení nemá právo na náhradu nákladů řízení před soudy obou stupňů.

Úplné znění obou rozsudků bude zveřejněno na webových stránkách České lékařské komory.

*JUDr. Jan Mach,  
ředitel právního oddělení ČLK*

## Kteří lékaři jsou odborně způsobilí podle směrnice EU

**Výklad MZ ČR ke směrnici Evropské unie č. 93/16/EHS týkající se uznávání kvalifikací lékařů.**

**Podmínky směrnice EU (93/16/EHS) tj. jsou odborně způsobilí ti čeští lékaři, kteří jsou držitelé osvědčení (licence) České lékařské komory opravňující k výkonu samostatné (soukromé) lékařské praxe.**

ČLK je oprávněna vydávat osvědčení dle zákona č. 220/1992 Sb. Osvědčení získali ti lékaři, kteří absolvovali po promoci nejméně 6leté postgraduální studium na pracovištích oprávněných k postgraduální výchově a pod dozorem lékařů oprávněných ke školení lékařů – absolventů. Dále tito lékaři museli navíc složit minimálně i atestaci prvního stupně v oboru. Tuto atestaci mohli skládat v průběhu přípravy nezbytné k získání osvědčení ČLK ne však dříve než po 2,5–3 letech od promoce. Po této atestaci pokračovali v postgraduálním vzdělávání až do okamžiku splnění podmínek k udělení osvědčení ČLK, (minimálně 6 let postgraduálního vzdělávání). Dále podmínky směrnice splňují lékaři, kteří v rámci postgraduálního studia složili atestaci II. stupně (minimálně po 6–7 letech postgraduálního studia) či složili některou z tzv. nástavbových atestací, kde navázali na postgraduální vzdělávání v základním oboru a po dalších 3–4 letech vzdělávání, na k tomu určeném pracovišti složili atestaci z nástavbového oboru.

Prokázat splnění podmínek odborné způsobilosti lékařů stanovených směrnicí 93/16/EHS je příslušný lékař povinný buď předložením osvědčení (licence) ČLK nebo atestačním diplomem II. atestace či nástavbové atestace nebo potvrzením Ministerstva zdravotnictví ČR jež osvědčí držení licence ČLK či atestace vyššího stupně, či splnění podmínek dle zákona č. 95/2004 Sb.

## VEŘEJNÁ TISKOVÁ OMLUVA

**„Česká lékařská komora se omlouvá MUDr. Martinu Vedralovi za to, že byl v oficiálním materiálu představenstva ČLK ze dne 11. 10. 2003 rozeslaném e-mailem na všechna okresní sdružení ČLK dne 27. 10. 2003 zcela bezdůvodně prohlášen za osobu jednající v souvislosti s prošetřováním licencí MUDr. Ratha hrubě nekolegiálně a neeticky“.**

### Obsah:

Infekce močových cest u rizikových pacientů ve stáří - 1. část .....	1	vyločit .....	3
Užívání antiepileptika lamotriginu v prvním trimestru těhotenství - zvýšené riziko rozštěpových vad obličeje nelze		Informace o možném riziku přípravků s obsahem cimicifugae racemosae rhizoma .....	4

## INFEKCE MOČOVÝCH CEST U RIZIKOVÝCH PACIENTŮ VE STÁŘÍ - 1. ČÁST

Infekce močových cest (IMC) jsou ve stáří běžné a představují hlavní zdroj bakteriémie a sepse<sup>15/</sup>. U většiny lidí starších 65 let a prakticky u všech nad 80 let je vznik IMC podporován některými komorbiditami, především diabetes mellitus, neurologickými chorobami a dalšími negativními faktory, jako jsou obstrukce močového měchýře, které vedou k poruše funkce dolních močových cest spojené s poruchami transportu moče a vyprazdňování močového měchýře. IMC ve stáří je proto nutné považovat za komplikované. Asymptomatická bakteriurie (ABU) je považována u mladších jedinců za projev kolonizace sliznice uropatogeny, který nevyvolává imunitní a zánětlivou odpověď hostitelského organismu. Avšak ABU u seniorů je s imunitní odpovědí spojena. Svědčí pro to spolupřítomná pyurie, vysoké močové a plazmatické koncentrace protilátek proti infekčním uropatogenům a vysoké koncentrace cytokinů - interleukinů (IL): IL-1 $\alpha$ , IL-6 a IL-8 v moči<sup>21/</sup>. Nález zvýšených hladin cirkulujícího receptoru pro TNF (Tumor Necrosis Factor) a současně vysoký počet neutrofilních leukocytů v krvi seniorů s ABU podporují hypotézu, že vznik a udržování bakteriurie je podporováno dysregulací imunitní odpovědi. ABU seniorů je proto třeba považovat nejen za projev kolonizace, ale také za projev invaze bakterií do tkání močového traktu. Svědčí pro to nálezy některých studií, které ukazují, že více než 50 % hospitalizovaných (institucionalizovaných) žen s ABU má závažný zánět v horních močových cestách<sup>18/</sup>. Většina klinických studií, které se zabývají problematikou ABU, je prováděna u seniorů, kteří jsou hospitalizováni na odděleních akutní medicíny, na lůžkách pro dlouhodobě nemocné a na lůžkových odděleních ústavů sociální péče (hospitalizovaní anebo institucionalizovaní). Výsledky se proto většinou týkají seniorů se zdravotním oslabením. Asi 5 % hospitalizovaných nebo institucionalizovaných seniorů má permanentní močový katétr a mají proto setrvale bakteriurii. Etiopatogeneze a vývoj IMC u katetrizovaných a nekatetrizovaných seniorů jsou odlišné.

### Infekce močového traktu u seniorů bez permanentního močového katétru

#### Zvláštnosti infekce močového traktu u seniorů

- Je častá asymptomatická bakteriurie (prevalence IMC u žen nad 65 let je 6-10 %; u mužů nad 65 let přes 6 %; u institucionalizovaných seniorů ve věku kolem 80 let dosahuje u žen 20-50 %, u mužů 20 %)<sup>18,23/</sup>.
- U seniorů může ABU spontánně vymizet. Není to však časté, zejména při ABU podmíněné *Escherichia coli*. ABU spontánně ustupuje, je-li způsobena jinými gram-negativními nebo gram-pozitivními bakteriemi<sup>23/</sup>.
- Seniori muži mají při IMC oproti ženám častěji septikémii<sup>15/</sup>.
- Infekce močových cest (IMC) u populace ambulantních seniorů jsou způsobeny paletou střevních mikroorganismů, stejnou

jako u mladších jedinců. U žen-seniorek je v 60-80 % zjišťována ABU způsobená *Escherichia coli*. Následují *Klebsiella pneumoniae* a *Proteus mirabilis*. U mužů seniorů způsobují IMC *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis* a také koaguláza-negativní kmeny *Staphylococcus species*<sup>16,24/</sup>.

- U hospitalizovaných ambulantně sledovaných seniorů je IMC způsobena mikroorganismy, jež mají zvýšenou rezistenci proti antimikrobiálním preparátům, protože jsou častěji léčeni antibiotiky a běžný je také interindividuální přenos uropatogenů. U sledovaných žen vyššího věku zůstává nejčastěji zjišťovaným uropatogenem *Escherichia coli* (50-60 %). Dalšími jsou *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumoniae* a *Enterococcus faecalis*<sup>14/</sup>. U mužů-seniorů jsou nejvíce zjišťovanými uropatogeny *Proteus mirabilis* a *Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis* a koaguláza-negativní *Staphylococcus sp.* Pro hospitalizované a sledované seniory je specifický výskyt *Providencia species*. Jde často o nozokomiální infekci<sup>23,24/</sup>.
- Prevalence nozokomiální IMC je u hospitalizovaných seniorů dle jedné z novějších studií 39 %, ačkoli jen 6,1 % takto postižených pacientů mělo permanentní katétr<sup>22/</sup>.
- Pro hospitalizované seniory je typická polymikrobiální IMC, 10-20 % seniorek a seniorů má při močové kultivaci zjištěný více než jeden uropatogen.

#### Příčiny zvýšené prevalence asymptomatické bakteriurie a infekce močového traktu u seniorů

Zvýšená náchylnost k ABU a symptomatické infekci močových cest je vysvětlována u žen sníženou produkcí estrogenů a u mužů sníženou baktericidní aktivitou prostatického sekretu. Snížená produkce estrogenů vede k atrofii vaginálního epitelu, která je spojena s dysfunkcí a zánikem sekrečních žlázek a suchostí vaginální sliznice. Následkem jsou nepříjemné pocity v zevním genitálu (vaginální dyskomfort), především svědění a dyspareunie. Dochází k zánětu vaginální sliznice (atrofická vaginitis), což přispívá ke vzniku močových symptomů: dysurii, pollakisurii a urgenci. Snížený efekt estrogenů na periuretrální tkáň způsobuje ochablost svalstva v malé pánvi a stresovou močovou inkontinenci. Změna intravaginálního pH a bakteriální flory v důsledku změn sliznice přispívá ke snadnému vzniku ABU a symptomatické IMC. Ke zvýšené frekvenci ABU a symptomatické IMC může přispívat zhoršené vyprazdňování močového měchýře ve stáří a zvětšování postmikčního reziduálního objemu. Taková porucha transportu moče způsobuje, že vymývání bakterií, které vystoupily do vyšších etází močového traktu, je méně efektivní a tím je usnadněna kolonizace epitelu a invaze do tkáně močového ústrojí. Další se stářím spojené fyziologické změny, jako je snížená koncentrační schopnost ledvin a dysregulace imunologické odpovědi, mohou také ke zvýšenému výskytu IMC přispívat. Nebylo to však dosud potvrzeno žádnou klinicko-epidemiologickou

studii. U mužů sehrává důležitou roli rizikového faktoru IMC hypertrofie prostaty, jejíž incidence stoupá s věkem a často bývá příčinou subvesikální obstrukce (a retence moči v močovém měchýři). Hypertrofie prostaty podporuje vzestup bakterií do vyšších etáží močového ústrojí také turbulentním močovým proudem v močové trubici a relativně často prováděnými urologickými instrumentacemi a výkony, jako je cystoskopie, močová katetrizace a transuretrální resekce prostaty. Mikroorganismy se často usídlují ve tkáni prostaty. Jejich vymýcení je pak obtížné, neboť většina antimikrobiálních preparátů špatně prostupuje do prostatické tkáně. Chronická prostatická infekce může vést ke vzniku prostatické litiázy a je jednou z hlavních příčin, proč u těchto nemocných dochází k relapsům bakteriurie i symptomatické IMC. Rizikovým faktorem je diabetes mellitus, je-li komplikován autonomní neuropatií a neurogenním měchýřem. K IMC přispívá v tomto případě zvětšování postmikčního reziduálního objemu a často také sekundární vesikoureterální reflux. Neurogenní měchýř je rovněž častou komplikací řady neurologických chorob, které jsou specifické pro starší věk, jako je Parkinsonova choroba, Alzheimerova demence a cerebrovaskulární léze. Vyprazdňování močového měchýře mohou negativně ovlivňovat některá léčiva, například antidepresiva a sedativa. Ve stáří je častější inkontinence moči. Je způsobena hyperaktivitou detruzoru. Další příčinou je často kompletní retence moče při subvesikální obstrukci spojená s dilatací močového měchýře a jeho „přetékáním“ (ischuria paradoxa). Ischuria paradoxa je způsobena ochabnutím sfinkteru močového měchýře. V obou případech je zvýšený postmikční reziduální objem a často je přítomen sekundární vesikoureterální reflux. To jsou rizikové faktory pro vznik a udržování ABU a IMC. Inkontinence stolice vede ke kontaminaci oblasti zevního ústí močové trubice bakteriemi ze střevního rezervoáru a je často spojena s ABU a IMC. Při inkontinenci stolice bez přítomnosti inkontinence moči se však ABU a IMC vyskytuje zřídka.

#### Diagnostické zvláštnosti

- Seniori mají velmi často asymptomatickou bakteriurii (ABU). Přítomnost ABU však nemusí nutně znamenat, že jedinec trpí invazivní IMC. Přítomnost bakteriurie sama o sobě má u seniorů nízkou pozitivní prediktivní hodnotu pro IMC.
- Na druhé straně mají seniori s asymptomatickou bakteriurii velmi časté epizody akutní symptomatické IMC, která se klinicky projevuje méně výrazně ve srovnání s mladšími jedinci. Může jít o akceleraci inkontinence, dysurie, suprapubický dyskomfort a horečku.
- Tyto klinické příznaky jsou velmi nespecifické, jsou přítomny často bez přítomnosti invazivní IMC<sup>14/</sup>.
- Stanovení diagnózy je zvláště obtížné u nemocných velmi pokročilého stáří a nebo nemocných dementních jedinců, neboť je ovlivněno obtížemi při komunikaci.
- Diagnostické dilema zažíváme zejména u febrilních seniorů se signifikantním bakteriologickým nálezem v moči s vědomím, že pozitivní prediktivní hodnota signifikantní močové bakteriologie jako zdroje horečky je nízká, pouze 12 % dle jedné klinické studie, která využila k identifikaci invazivní IMC serologických metod<sup>13/</sup>. Epizoda horečky je u institucionálně zvláště seniorů bez močového katétru způsobena IMC jen v 10 % případů.
- Také makrohematurie, která je u mladších jedinců často příznakem akutní urocystitidy, signalizuje u seniorů spíše porušení integrity uroepiteliální bariéry při urologickém onemocnění (často nádorového charakteru) nebo je následkem instrumentace v močových cestách.
- Drobná traumata sliznice po instrumentaci v močových cestách jsou za přítomnosti asymptomatické bakteriurie často bránou vstupu pro bakteriální infekční agens. Tato situace je často spojena se vznikem bakteriémie a sepse.
- Moč, v níž se množí bakterie, často specificky zapáchá. Bak-

terie produkují polyamin, který je pravděpodobně zodpovědný za specifický nepříjemný zápach moče. Zápach moče však není specifickým příznakem ABU a IMC, neboť mnoho pacientů s tímto příznakem nemá bakteriurii a naopak<sup>1/</sup>.

#### Zvláštnosti léčby

- U seniorů s asymptomatickou bakteriurii (ABU) nebyla prokázána zhoršená prognóza ve smyslu zvýšené morbiditě v důsledku ledvinového selhání, vzniku karcinomů močově-pohlavního traktu a urolitiázy. Nebyla též prokázána zvýšená mortalita v souvislosti s nálezem ABU, a to ani u ambulantních, ani u hospitalizovaných seniorů<sup>4,8/</sup>. V četných prospektivních randomizovaných studiích bylo doloženo, že pacienti léčení antibiotiky měli často nežádoucí účinky léčby. Docházelo časné k reinfekci bakteriálními kmeny, které vykazovaly zvýšenou rezistenci proti antimikrobiálním přípravkům. Morbidita a mortalita v důsledku chorob urogenitálního traktu zůstávala přítom mezi léčenými a neléčenými stejná. Výsledky těchto studií, spolu s údajem zjištěným u mladších pacientů, že léčba ABU je spojena paradoxně s vyšším výskytem symptomatické IMC, vedla k jednoznačnému doporučení neléčit ABU u seniorů, kteří nemají močový katétr<sup>12,14,21/</sup>.
- Problém nastává u seniorů, kteří mají nespecifické příznaky včetně horečky a současně signifikantní bakteriologický nález. Zejména na lůžkových odděleních pro dlouhodobě chronicky nemocné seniory je tendence považovat horečku, někdy doprovázenou další nepříznačnou doprovodnou symptomatologií, při nálezem signifikantní bakteriurie za symptomatickou IMC. Tendence některých lékařů zvládat tyto stavy za každou cenu antimikrobiální léčbou nejsou pro pacienta prospěšné, naopak přispívají k problému selekce multirezistentních kmenů uropatogenů<sup>20/</sup>. Avšak jednoznačně správný postup nelze doporučit.
- Pokud nejde o závažnou deterioraci klinického stavu a pacient je pod dostatečnou lékařskou kontrolou, není chybou, pokud vyčkáme dalšího klinického vývoje a antibiotika nepodáme. Pokud nemá pacient permanentní močový katétr, není horečka zpravidla způsobena IMC<sup>21/</sup>.
- Je vhodnější vyhnout se neuváženě empirické léčbě širokospektrými antibiotiky.
- Pokud se lékař přesto rozhodne k bezprostřednímu zahájení antimikrobiální léčby na základě empirické volby, je vhodné zajistit moč k bakteriologickému vyšetření před zahájením terapie. Za 48-72 hodin po získání výsledku mikrobiologického vyšetření je na místě revidovat volbu antimikrobiální léčby<sup>20/</sup>. Pokud po 7 dnech antimikrobiální léčby trvají příznaky a klinický stav se nemění, je třeba opětovně revidovat diagnózu IMC jako příčiny klinických symptomů.
- Při volbě antimikrobiálního preparátu je třeba velmi pečlivě zvážit přidružené choroby, zejména přítomnost poruchy ledvinových funkcí. Hodnotíme též lékovou toxicitu (zejména nefrotoxicitu) a možné lékové interakce s jinými léky, které nemocný musí užívat. Důležité jsou údaje o farmakokinetických a farmakodynamických vlastnostech preparátu a možné cesty podání vzhledem k závažnosti příznaků a předpokládané compliance k léčbě.
- Pro personál léčených dlouhodobě nemocných nebo ústavů sociální péče je někdy velmi obtížné rozhodnout, zda je alterace klinického stavu pacienta indikací k překladi na lůžko akutní nemocniční péče. Rozpaky jsou pochopitelné, neboť obzvláště velmi staří nemocní mají buď mírnou nebo atypickou klinickou symptomatologii a horečka nemusí být přítomna i v případě závažné formy IMC. Je vhodné přeložit pacienta na lůžko akutní nemocniční péče, pokud jsou přítomny následující situace:

- a) příbuzní preferují aktivní a invazivní přístup k ošetření;
  - b) je nutné častější klinické a laboratorní monitorování pacienta;
  - c) vhodná léčba a způsob podávání léků přesahuje možnosti ošetrovatelské a lékařské péče pečovatelského zařízení;
  - d) v pečovatelském zařízení není možné zjednat optimální monitorování účinnosti léčby<sup>1,2,24/</sup>.
- U pacientů se symptomatickou akutní pyelonefritidou jsou lékem volby aminoglykosidy, semisyntetické chráněné peniciliny, cefalosporiny II. a III. generace, fluorochinolony, carbapenemy. Doporučuje se 14denní kúra. Pro léčbu symptomatické cystitidy se doporučují fluorochinolony, kombinace trimethoprimu se sulfamethoxazolem po dobu 7-10 dnů a nitrofurantoin<sup>11/</sup>.

#### Prevence

U žen s rekurující IMC je možno lokálně podávat estrogény jako intravaginálně aplikovaný krém nebo čípky. Lokální léčba je bezpečnější a levnější. Lokálně aplikované estrogény mohou snížit výskyt ABU i symptomatické IMC u seniorek<sup>5,6/</sup>. Kirchoff zkoušel u 55 institucionalizovaných seniorů účinek pravidelně užívané brusinkové šťávy a šťávy z jiných bobulových plodů a nezjistil významnější pozitivní efekt brusinek na incidenci IMC<sup>9/</sup>. V jiných studiích však byl ukázán pozitivní vliv manózy při infekci E. coli.

## UŽÍVÁNÍ ANTIPILEPTIKA LAMOTRIGINU V PRVNÍM TRIMESTRU TĚHOTENSTVÍ - ZVÝŠENÉ RIZIKO ROZŠTĚPOVÝCH VAD OBLIČEJE NELZE VYLOUČIT

#### Úvod

Antiepileptikum lamotrigin je indikován k léčbě rozličných typů epilepsie a k léčbě bipolární poruchy, psychiatrického onemocnění charakterizovaného epizodami mánie a deprese.

Doposud byla dostupná pouze limitovaná data o vlivu užívání lamotriginu v těhotenství. V tomto smyslu byly informace zohledněny i v SPC (souhrn údajů o přípravku).

Obecně je léčba antiepileptiky v těhotenství spojena s 2-3násobným zvýšením rizika vzniku vrozených vad u novorozenců oproti riziku v normální populaci (3 %). Některá antiepileptika (např. valproát sodný) se jeví být v tomto směru rizikovější. Nová generace antiepileptik, u kterých se neprokázal teratogenní potenciál u hlodavců, bývá považována za méně rizikovou či dokonce „bezpečnou“ v těhotenství, což může vést k jejich preferování u žen v plodném věku. Zejména lamotrigin je podle informací některých států EU považován z tohoto pohledu za méně rizikový, ne-li bez rizika.

#### Nové informace

Nové údaje ze Severoamerického registru antiepileptik v USA a Kanadě (North American Antiepileptic Drug Registry- NAAED) naznačují souvislost mezi užíváním lamotriginu v prvním trimestru těhotenství a zvýšením rizika výskytu rozštěpu rtu a patra. Mezi dětmi narozenými matkám užívajícím lamotrigin v monoterapii v průběhu této časné fáze těhotenství (n=564) se narodilo 5 dětí s rozštěpem rtu/patra, což představuje prevalenci 8,9/1000, která je signifikantně vyšší než očekávaná prevalence 0,37/1000. Celková četnost výskytu velkých malformací nepřevýšila četnost očekávanou.

#### Doporučení

- **Předepisující lékaři by si měli být vědomi, že zvýšení rizika rozštěpových vad obličeje spojené s užíváním lamotriginu v časně fázi těhotenství nelze vyloučit.**
- Vždy je třeba pečlivě zvažovat možné riziko vzniku vrozených vad oproti prospěchu léčby matky. Epilepsie je závažné onemocnění, které může samo o sobě mít negativní dopad na výsledek těhotenství. V mnoha případech je léčba antiepileptiky nezbytná a vysazení léčby je nežádoucí. Náhle přerušeni

U seniorů je často přítomna malnutrice, která může přispívat ke vzniku dysregulace imunitní odpovědi a tím ke zvýšení rizika infekcí. Vhodná a uvážená nutriční strategie a suplementace některých vitaminů a stopových prvků může přispět ke snížení výskytu IMC u seniorů. Je doporučována suplementace elementárního zinku >20 mg/den, selenu 100 µg/den a vitamínu E 200 mg/den<sup>7/</sup>. Avšak dosud neexistuje žádná klinická studie, která by prokázala pozitivní efekt pravidelného podávání vitaminů a stopových prvků na snížení výskytu IMC u seniorů. U seniorů, kteří nemají močový katétr, je nejlepší prevencí ABU a IMC zabránit katetrizaci močového měchýře. U celé řady nemocných však prevence není realistickým cílem a pragmatictější postupem se jeví prevence komplikací asymptomatické bakteriurie. V souvislosti s takovým postupem je nutné připomenout, že invazivní IMC vzniká často při traumatu sliznice močově-pohlavního traktu. Proto je krycí antimikrobiální terapie indikována z preventivních důvodů u každého pacienta s ABU, který má podstoupit instrumentální výkon v močových cestách nebo urologickou operaci, například transuretrální resekci prostaty (tzv. kryté koagulum). Výběr antibiotika se má řídit mikrobiologickým vyšetřením a zjištěním citlivosti na antimikrobiální léky in vitro, včetně minimální inhibiční koncentrace. V době výkonu by mělo antibiotikum dosáhnout maxima plazmatické koncentrace.

antiepileptické léčby může vést k znovuobjevení křečí, což může mít závažné následky jak pro matku, tak i pro plod. Z tohoto důvodu by nelehké na potenciální riziko vrozených vad novorozenců matek léčených antiepileptiky neměla být antiepileptická léčba náhle přerušena.

- Léčba kombinacemi antiepileptik je spojena s vyšším rizikem vrozených malformací než monoterapie. Je tudíž důležité, aby byla praktikována monoterapie kdykoli je to možné, snížit riziko lze dále použitím co nejnižší dávky.
- Těhotným ženám a ženám plánujícím otěhotnět se doporučuje poradit se o léčbě s ošetrujícím lékařem.

SÚKL v součinnosti s ostatními evropskými regulačními lékovými autoritami v současné době dále přehodnocuje všechna dostupná data, je snaha získat data z dalších registrů. Nové informace budou součástí souhrnu údajů o přípravku a příbalových informací.

Děkujeme lékařům za hlášení podezření na nežádoucí účinky léčiv, které mohou zasílat jak poštou na adresu SÚKL, Šrobárova 48, Praha 10, 100 41, tak elektronicky na adresu [farmakovigilance@sukl.cz](mailto:farmakovigilance@sukl.cz), nebo faxem na 272 185 816.

Formulář pro hlášení nežádoucích účinků je dostupný na webové stránce SÚKL [http://www.sukl.cz/\\_download/cs14farmakovig/CIOMS.rtf](http://www.sukl.cz/_download/cs14farmakovig/CIOMS.rtf).

#### Literatura:

1. Nelson K, Holmes LB. Active Malformations Surveillance Program at Brigham and Women's Hospital in Boston. *New England J Medicine* 320: 19-23, 1989.
2. Holmes LB, Wyszynski DF, Baldwin EJ et al. Increased risk for non-syndromic cleft palate among infants exposed to lamotrigine during pregnancy (abstract). *Birth Defects Research Part A: Clinical and Molecular Teratology* 2006; 76(5): 318.
3. Tolarova MM, Cervenka J. Classification and birth prevalence of orofacial clefts. *Am J Med Genetics*. 1998; 75: 126-37.
4. Das S, Runnels R Jr, Smith J et al. Epidemiology of cleft lip and cleft palate in Mississippi. *South Med J*. 1995; 88: 437-42.
5. Croen LA, Shaw GM, Wasserman CR et al. Racial and ethnic variations in the prevalence of orofacial clefts in California, 1983

92. Am J Med Genetics. 1998; 79: 42-47.
6. Hashmi SS, Waller DK, Langlois P, et al. Prevalence of non-syndromic oral clefts in Texas: 1995-1999. Am J Med Genetics. 2005; 134(A): 368-72.
  7. DeRoo LA, Gaudino JA, Edmonds LD. Orofacial cleft malformations. Associations with maternal and infant characteristics in Washington state. Birth Defects Research (A). 2003; 67: 637-42.
  8. Menegotto BG, Salzano FM. Epidemiology of oral clefts in a large South American sample. Cleft Palate Craniofacial Journal. 1991; 28: 373-77.
  9. Vallino-Napoli LD, Riley MM, Halliday J. An epidemiologic study of isolated cleft lip, palate or both in Victoria, Australia from 1983-2000. Cleft Palate Craniofacial Journal. 2004; 41: 185-94.
  10. Christensen K. The 20th century Danish facial cleft population – epidemiological and genetic-epidemiological studies. Cleft Palate Craniofacial Journal. 1999; 36: 96-104.
  11. Bille C, Skyttthe A, Vach W et al. Parent's age and the risk of oral clefts. Epidemiology. 2005; 16: 311-16.
  12. Kallen B. Maternal drug use and infant cleft lip/palate with special reference to corticoids. Cleft Palate Craniofacial Journal 2003; 40(6): 624-8.
  13. Becker M, Svensson H, Kallen B. Birth weight, body length, and cranial circumference in newborns with cleft lip or palate. Cleft Palate Craniofacial Journal. 1998; 35: 255-61.
  14. Robert E, Kallen B, Harris J. The epidemiology of orofacial clefts. 1. Some general epidemiological characteristics. J Craniofacial Genetics Developmental Biology. 1996; 16: 234-41.
  15. Stoll C, Alembik Y, Dott B et al. Associated malformations in cases with oral clefts. Cleft Palate Craniofacial Journal. 2000; 37: 41-47.
  16. Teconi R, Clementi M, Turolla L. Theoretical recurrence risks for cleft lip derived from a population of consecutive newborns. J Med Genetics. 1988; 25: 243-46.
  17. Harville EW, Wilcox AJ, Lie RT et al. Cleft lip and palate versus lip only: are they distinct defects? Am J Epidemiol. 2005; 162: 448-53.

## INFORMACE O MOŽNÉM RIZIKU PŘÍPRAVKŮ S OBSAHEM CIMICIFUGAE RACEMOSAE RHIZOMA

Evropská léková agentura a Výbor pro rostlinné přípravky vypracovaly a 18. 7. 2006 zveřejnily zhodnocení zvýšeného počtu hlášených případů hepatotoxicity (jaterního poškození) u pacientů užívajících přípravky s obsahem cimicifugae racemosae rhizoma (oddenky ploštičnicku hroznatého).

Ze závěrů hodnocení všech doposud dostupných údajů vyplývá, že nemůže být vyloučena možná souvislost mezi podáním cimicifugae racemosae rhizoma a rozvojem jaterního poškození.

V ČR je na trhu pouze jeden léčivý přípravek (Menofem) s obsahem Cimicifugae racemosae rhizoma. Jde o fytofarmakum, jehož účinnou složkou je směs látek rostlinného původu s estrogenoidním účinkem. Indikací k podávání jsou mírné až středně těžké příznaky pre- a postmenopauzálních neurovegetativních potíží (návaly horka, pocení, nervozita, podrážděnost, depresivní rozlady, poruchy spánku, poruchy soustředění).

Kromě Menofemu je však cimicifugae racemosae rhizoma obsažen v různých doplňcích stravy (např. Klimafem, Menopausal Formula, Bellasin, GS Merilin, Klimenol, Cimidona, Bounty Star, Decolen, Prsa Extra+Linie atd.). Některé doplňky stravy obsahující mimo jiné i cimicifugae racemosae rhizoma mohou být určeny i pro použití při obtížích jiných než klimakterických (např. trávicí a kloubní obtíže, padání vlasů, zvětšení poprsí, hubnutí v menopauze).

### SÚKL doporučuje pacientům:

- Pacienti by se měli radit s lékařem o užívání rostlinných

léčivých přípravků, protože i rostlinné přípravky mohou někdy působit závažné nežádoucí účinky.

- Pacienti, kteří užívají přípravky s obsahem cimicifugae racemosae rhizoma, nemusí léčbu ukončovat, ale při příští pravidelné návštěvě lékaře ho o této skutečnosti informovat.
- Pacienti by však měli tuto léčbu ihned ukončit a vyhledat lékaře, pokud se u nich objeví příznaky svědčící pro jaterní poškození (únava, nechutenství, žloutnutí sliznic, očního bělma nebo kůže, bolesti v pravém podžebří, pocit na zvracení, zvracení nebo tmavé zbarvení moči).

### SÚKL doporučuje lékařům:

- Lékaři, kteří vyšetřují případy nejasné hepatotoxicity by se měli aktivně vyptávat, zda pacienti neužívají přípravky s obsahem cimicifugae racemosae rhizoma. Prosíme lékaře o nahlášení takových případů SÚKL.

### Hodnocení hlášení jaterního poškození

Celkem bylo hodnoceno 42 případů jaterního poškození. Z hodnocení vyplynulo, že u 2 případů je vztah k podávání přípravků s obsahem cimicifugae racemosae rhizoma pravděpodobný, u dvou je možný (2 případy autoimunitní hepatitidy, 1 případ hepatocelulárního poškození, 1 případ fulminantního jaterního poškození). V ostatních případech byl vztah k této léčbě zhodnocen jako nepravděpodobný nebo vyloučený.

Hodnocení tohoto signálu i nadále probíhá.

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

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

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

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

**Odborní 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](http://www.sukl.cz)).



ISSN 1211 - 0647  
MK ČR E 7101



## PACIENTI URČENÍ K LIKVIDACI (Odvracená tvář našeho zdravotnictví)

Všichni klasici jsou zajedno: Je lepší být zdravý než nemocný, raději být kladivem než hřebíkem. Ale co když vaši dceru srazí auto a má poškozený mozek? Co když vašeho otce sklátí mrtvice a zůstane ochrnutý? Moderní medicína dokáže zachránit život, ale co pak? Pak jste zajíc a máte prostě smůlu, jak říká Werich? Jedno je jisté, šance na návrat do života prudce snižuje způsob, jakým pojišťovny přistupují k úhradám na tzv. „následných lůžkách“.

Výsledky šetření z r. 2005-06 ukazují, že úhrady sotva stačí na základní pobyt bez léků a lékařské péče – a to je alarmující! V r. 2006 je některé pojišťovny dokonce dále snižují.



### Pacienti

Každý rok u nás 30 tis. lidí postihne mozková mrtvice. Jsou čím dál mladší a čím dál víc jich mrtvici přežije. Potřebují pak péči až do konce života. Přes 10 tis. lidí utrpí těžký dopravní úraz, další na pracovištích. Jak stárne populace, přibývá neurologických, psychiatrických a dalších nemocí. Jejich léčení vyžaduje opakované pobyty v některém zařízení tzv. „následné“ péče. To je 30 % všech odstaných dnů a kapacity praskající ve švech (obloženost 95 %). Mělo by jich být mnohem víc - další lidé čekají na drahých „akutních“ lůžkách, až se na ně dostane. Řada jich mezitím zemře doma.

### Systémová chyba

Každý ví, že úhrada za tuto péči byla v letech 1997-98 špatně nastavena, když se některá zařízení převáděla z resortu sociálních věcí pod zdravotnictví. Úředníci nenapadlo, že náklady se zde výrazně liší. Situaci zhoršuje, že se změnila diagnóza, které se tu léčí, a pokrok medicíny – ty, kdo dříve umírali, dnes na ARO zachrání, ale systém neřeší, co dál. Přitom pacienti po mrtvicích a úrazech potřebují léčení až do konce života. Řadě rodin je bez obalu naznačeno, že v LDN stejně zemřou.

**Rozdíl mezi průměrnými náklady a úhradami ve výši 300-500 Kč na 1 lůžkoden** se zde táhne jako hrubá systémová chyba už přes 9 let. To brání nejen v uplatňování moderní medicíny, ale už i v bazální péči a ohrožuje život pacientů. Vnitřní dluh celého segmentu se prohlubuje. Náklady na doléčování a rehabilitace patří v EU pod „dlouhodobou péči“. **Základní strategií systémů EU je co nejrychlejší odsun z drahých „akutních“ lůžek na lacinější doléčovací. Mělo by tomu tak být i u nás jako jeden ze stěžejních reformních kroků** - náklady jsou zde až 5x nižší, ale ani ty nechtějí pojišťovny hradit.

Tab. č. 1 ukazuje výsledky šetření z let 2005-06. Dokumentuje finanční deficit i snižování úhrad v r. 2006. Mnohé z ústavů dostávají tolik, co v roce 2001 - a to je nepřijatelné!

Tab. č. 1: Průměrné náklady a úhrady v segmentu tzv. „následné péče“ v Kč v r. 2005 a 2006

Náklady „hotelové“ (nemedicínské)	570
Náklady medicínské	770
Celkové náklady	1340
Úhrady v r. 2005	900-1050
<b>Úhrady v 1. pololetí 2006</b>	<b>700-1000</b>

Zdroj: ÚZIS, AČMN, MZd.

První signály o tom přišly už v půli 90. let, první kroky k nápravě se učinily až za ministryně Emmerové. Bylo jasné, že nelze dál udržet vysoký počet „akutních“ lůžek a nedostatek „následných“. Zřizovatelé je ruší bez náhrady, protože produkují trvalou ztrátu.

Proto se přistoupilo k narovnávání, kdy úhrady měly být postupně navyšovány na úroveň nutných nákladů. Tím by odpadl důvod k jejich rušení. Zvýšením jejich počtu a přestrukturováním akutních lůžek by se získala finanční rezerva. Hlavním cílem ale bylo a je zlepšení nedůstojných podmínek v těchto zařízeních.

### Peníze až na prvním místě

Mezi poskytovateli a pojišťovnami nedošlo pro r. 2005 k dohodě, a tak byla vydána vyhláška. Nárůst 13 % zohlednil i 3letý půst meziročním přírůstkem 4,2 %, při růstu výběru pojistného 6,5 %.

Navýšení mělo mít dopad cca 400 mil. Kč za pololetí. VZP tvrdila, že 1 mld. za celý rok. Podle „Kubinyho“ komise z 4/2006 to bylo účelově nadsazené – skutečnost byla 79 mil. pro LDN a 130 mil. pro ostatní! Celoroční nárůst 418 mil. byl tedy poloviční. Pojišťovny zákony nerespektují. Poměry v „následném“ segmentu se nelepší, napětí mezi náklady a zdroji roste. Péče o pacienty se zhoršuje.

Nadvýběr pojistného v r. 2004/05 se očekával 9-10 mld. Kč. Skutečnost byla o 3 mld. vyšší. V r. 2006 se zvyšují úhrady za státní pojištěnce na 25% podíl. Peněz bude zase víc – kam půjdou?

Tabulka č. 2 ukazuje, jaké možnosti úhrad dávají pojišťovnám již platné zákonné normy:

Tab. č. 2: Možnosti úhrad v „následné péči“ dle sazebníku v Kč

Rok	2005		2006	
	Základ	Maximum	Základ	Maximum
Rozpětí				
Základní nesestupná sazba	402	402	437	437
Režie	132	660	145	725
Lékový paušál	45	50	50	50
Kategorie pacienta	0	300	0	300
<b>Celkem</b>	<b>592</b>	<b>1417</b>	<b>632</b>	<b>1512</b>

Zdroj: Vyhláška č. 134/98 Sb. ve znění pozdějších předpisů

Pozn.:

1. „Maximum“ oproti „základu“ je dáno možností zvýšení režie až o 400 %.

2. Hodnoty v tabulce jsou uvedeny bez navýšení o 13 % v r. 2005 a 5 % v r. 2006.

Pokud by navýšení bylo zohledněno, mohou činit úhrady až 1794 Kč za 1 lůžkoden.

Je zřejmé, že i bez vyhlášek mají pojišťovny prostor ke zvýšení úhrad. Navýšení o 13 % mělo v r. 2005 činit asi 100 Kč na den a 5 % v r. 2006 asi 50 Kč, což je ekonomicky nevýznamné (viz dále).

Pojišťovny pod různými záminkami dál tlačí, aby se ústavy peněz vzdaly! Pokud k tomu nejsou ochotny, trestají je dalším snižováním úhrad.



**Na co stačí úhrady pojišťoven**

**Tab. č. 3: Co pokryjí a nepokryjí úhrady od pojišťoven v „následné péči“ v r. 2005 v Kč**

Nákladová položka	Zjištěná skutečnost	Kumulativní součty
<b>Pokryto pojišťovnami</b>		
1. Denní stravní dávka	120	120
2. Náklady na energie	35	155
3. Vodné, stočné	15	170
4. Úklid	35	205
5. Praní prádla	35	240
6. Odpad	10	250
7. Služby spojů	15	265
8. Administrativa	80	345
9. Ústavní prádlo, OOP	10	355
10. Školení, literatura	15	370
11. Doprava a PHM	10	380
12. Finanční plnění, daně	15	395
13. Leasingy, nájmy	15	410
14. Opravy a údržba	90	500
15. Odpisy	50	550
16. Ostatní náklady	20	570
17. Platy sester	160	730
18. Platy ošetřovatelek	70	800
<b>Již nepokryto pojišťovnami</b>		
19. Platy ošetřovatelek	220	1 020
20. Platy lékařů	125	1 145
21. Léky a krev	80	1 225
22. Spotřební zdrav. materiál	70	1 295

Tab. č. 3 ukazuje, co pojišťovny pro své pojištěnce v následné péči skutečně hradí, a na co už ústavům nezbyvají peníze. Čísla byla získávána z více než stovky zařízení v 1. pololetí 2005.

Podle zákona 48/1997 Sb. však veškerá poskytnutá péče musí být uhrazena.

Mnohá zařízení už svůj marný boj vzdala a dávají pacientům jen to málo, na co dostanou peníze od pojišťoven. Podle toho pak péče vypadá. Zemí dál obchází strach z „*eldéenek*“ – nikomu se tam nechce, a skoro všichni tam jednou musejí.

Pojišťovny v ČR pokryjí svými úhradami sotva náklady na „*ubytování s plnou penzí*“, ale to už nestačí na řádné léčení! Předstírají, že je všechno v pořádku. Jenže císař je nahý!



**Fakultní lůžka**

Tab. č. 4 přináší srovnání nákladů v tzv. „následné péči“ a na lůžkách ve FN:

**Tab. č. 4: Srovnávací analýza nákladů na 1 lůžkoden v tzv. „následné péči“ a ve fakultních nemocnicích v r. 2005 v Kč**

Typ nákladů	LDN a ostatní odb. ústavy (násl. péče)	Fakultní nemocnice
Náklady „ <i>hotelové</i> “	570	2 120
Náklady medicínské	770	4 885
Celkové náklady	1 340	7 005

Z toho:

1. Denní stravní dávka	120	125
2. Náklady na energie	35	185
3. Vodné, stočné	15	30
4. Úklid	35	105
5. Praní prádla	35	50
6. Odpad	10	15
7. Služby spojů	15	20
8. Administrativa	80	315
9. Ústavní prádlo, OOP	10	15
10. Školení, literatura	15	15
11. Doprava a PHM	10	45
12. Daně, finanční plnění	15	50
13. Leasingy	15	—
14. Opravy a údržba	90	185
15. Odpisy	50	430
16. Ostatní	20	535
17. Zdravotnický personál	575	2 190
18. Léky a krev	80	695
19. Spotřební zdrav. mat.	70	985
20. Ostatní nákl. na dg. a ter.	45	1015
Celkem	1 340	7005

Zdroj: Šetření MZd. ČR a AČMN

Pozn.: 1. Náklady včetně ambulancí, JIP atd.  
2. Přímou řízené organizace nesmějí uzavírat leasingové smlouvy  
3. Z nákladů 1340 Kč v následném segmentu hradí pojišťovny v průměru 2/3-3/3

„*Ubytování s plnou penzí*“ v následné péči stojí 570 Kč, ale ta je nedostane! To samé stojí ve FN 2120 Kč – jsou velmi drahými hotely! Rozdíly v řádu stovek procent nejsou ničím opodstatněné. V EU je snaha o co nejrychlejší přesun z drahých lůžek na lacinější. V ČR to děláme naopak.

## Léková analýza

Mezi ZP a ústavy se vedou spory o paušál na léky a zdravotní materiál. Pojišťovny proplácejí jen 50 Kč na den. Analýza prokázala, že průměrné denní náklady na léky činí nejméně 80 Kč a na materiál 70 Kč, celkem cca 150 Kč/den. Pojišťovny dají na své pacienty až 3x méně, než ti potřebují. Léky a krev tvoří dle dlouhodobých šetření 8-12 % z celkových nákladů na všech lůžkách.

Tab. č. 5 uvádí analýzu nákladů na léky u pacienta, který byl po akutní fázi mrtvice přeložen z FN k „*doléčení a rehabilitaci*“ na tzv. „*následné lůžko*“. Tam mu už ale potřebné léky nechtějí uhradit a **krátí ho tak na jeho právech**. Břemeno nákladů přenášejí na ústavy následné péče a ty se ocitají ve dvojmíni: **Když nepodají lék, ohroží pacienta. Když jej podají, zkrachují.**

**Tab. č. 5: Nákladová analýza denní dávky léků v „následném“ segmentu v r. 2005 v Kč**

*Pacient po CMP s pravostrannou symptomatikou, se smíšenou afázií a těžkým organickým psychosyndromem. Plegie HK, paréza DK, výrazná spasticita. V anamnéze m. Parkinson. 20 let léčená hypertenze, fibrilace síní. Inzulínová závislost DM. Udává motilice, závratě, nestabilitu, tinnitus. Silné bolesti zad v oblasti L-S a S-I. Dekubity v sakru 5x5 cm a na patách. Inkontinentní, PK, nesoběstačný, místy dezorientovaný až agresivní. Trpí nespavostí a zácpou. Ve FN přeléčeny recidivující infekce, mykózy.*

Prestarium	9,00	Tanakan	7,10
BetalocZoc	4,40	Jumex	13,00
Warfarin	2,20	Furantoin	4,50
Inzulín	30,00	Tiapridal	24,00
Omeprazol	9,50	Citalec	33,00
Simvastat	17,00	Sirdalud	11,20
Baclofen	16,00	Stilnox	6,60
Piracetam	9,80	Bisakodyl	6,50
Trental	7,00	<b>Celkem</b>	<b>210,80</b>

Zdroj: MZD, ČR, AČMN

Aby mohly být pokryty tyto až 4x vyšší náklady než hrazený paušál, musí dostat jiný pacient o to méně. Není započten spotřební materiál na převazy, injekce, podložky, pleny atd.

Pojišťovny tvrdí, že průměry jsou nižší, ale skutečnost je dramatictější: místo Warfarinu za 2,20 Kč přicházejí pacienti s Clexanem za 150-200 Kč. Kdo si zodpoví hrozící embolie? Remeron vyjde na 100 Kč, Aricept skoro na 200 Kč. A tak za pacienta budou ZP raději utrácet peníze ve FN. Pokud si pacient s Alzheimerovou chorobou zlomí krček, má prostě smůlu a počká si na smrt...

## Personál

Ještě hůř dopadá personál se svými mzdami. Podle šetření jsou to **nejhůře placení pracovníci z celého zdravotnictví** – a měli by být placeni nejlépe! Jejich pacienti jsou ti nejtěžší z nejtěžších – v našich poměrech se stávají posledními z posledních: Odepsaní, určení k likvidaci...

Je 14tisícový plat odborné sestry hrubého přiměřený? Proč mají ošetřovatelky pracovat za 9 tisíc hrubého měsíčně? O navyšování platů podle směrnic si v této situaci mohou nechat jen zdát.

A co pojišťovny? Provádějí tzv. „*personálně-technické audity*“ – a z toho mála, co dosud dávají, ještě uberou: **Ústavům dají méně peněz, protože je zde údajně málo personálu, na který nedostali peníze, protože je tu prý málo personálu, na který nedostali peníze atd. ad nauseam usque... až do likvidace ústavů i jejich pacientů ...**

## Personálně-technické audity

S tzv. „*audity*“ přišly pojišťovny ve 2. pololetí 2005, aby nemusely platit podle vyhlášky.

Současné zákony ale i bez pojišťoven určují, jak mají být nemocnice vybaveny. Při registraci se vše prověřuje. Svými „*audity*“ pojišťovny nutí ústavy porušovat zákony, např. zákon na ochranu osobních dat. Zařízení jsou pak ve dvojmíni: Dodrží zákon - pojišťovny jim seberou peníze. Nedodrží zákon - mají na krku žaloby pro neoprávněné nakládání s osobními údaji! Jak z toho ven?

Pojišťovny samy si se zákony hlavu nelámou. Už od 4/2004 platily zák. č. 95 a 96/2004Sb. o vzdělávání, ale ZP dál hledaly neexistující specializace podle norem, neplatných už skoro 2 roky!

V praxi jsou pojišťovny neomezenými samovládcí: Máš málo? Dostaneš ještě méně. Kritéria tzv. „*auditů*“ určují pojišťovny samy. Projednávat či schvalovat – „*něnado*“. Nezávislý kontrolní orgán - proč? Správní řízení – k čemu? Námitky a odvolání se nepřipouštějí. Kritika nežádoucí. Neposlušnost se trestá. Srážet peníze je možno, i když jsou „*audity*“ plněny. Komu by se to nelíbilo! Vzkaz pojišťoven pojištěncům zní: „*Requiescat in pace*.“ Ústavům: „*Objednáváme trabanta*.“ Kontrolori pojišťoven: „*Jak to, že naši pojištěnci nejezdí mercedesem?*“

**V EU sledují kvalitu péče nezávislé orgány.** Tak to musí být i u nás. Kvalitu nelze vynucovat tak, že zaplatím zboží za 50, ale požaduju ho za 100. Tak to nefunguje ani za socialismu.

## Makroekonomika

Kolik by stálo, kdyby pojišťovny hradily péči v „*následném segmentu*“ ve výši skutečných nákladů tak, aby se i zde pacienti dočkali veškeré potřebné péče? Nerozkořísalo by to ekonomiku zdravotnictví? To byl jeden z argumentů pojišťoven pro nedodržování vyhlášky 50/2005 Sb.

V našich nemocnicích se ročně odstoná cca 24 mil. lůžkodnů. Kolem 8 mil. z nich připadá na tzv. „*následná lůžka*“. Je to 30 % veškeré lůžkové kapacity, ale jen 8% celkových nákladů na lůžkový segment. Kdyby lůžek bylo víc, mohli by sem být dříve překládáni pacienti z dražších „*akutních*“ lůžek s makroekonomickým efektem v řádu miliard. Paradoxně by to nastalo, kdyby „*následná lůžka*“ byla řádně zaplácena, tj. aspoň tak, jaké jsou skutečné náklady. Ztráta peněz nikoho nemotivuje.

Pokud by náklady a úhrady byly vyrovnány, stála by celá „*následná péče*“ v r. 2005 cca 10,5 mld. Kč (1340 Kč na 1 lůžkodenní místo současných 7,5-8 mld. Bylo by to pořád jen kolem 11 % z celkových nákladů na lůžka.

Pro srovnání: ZP se 7,4 tis. zaměstnanci spotřebovaly kolem 6 mld., tj. 3,5 % z výběru pojistného. 7,4 tisíc praktiků pro dospělé a děti inkasovalo 7, 5 mld. Kč a specialisté 12,5 mld.. 6 tisíc stomatologů dostalo od ZP 8,7 mld. – což je víc než léčebny, rehabilitace a psychiatrie dohromady.



## Řešení

Pro nezasevěné jsou tyto řádky asi neuvěřitelné, pro zasevěné už jen trpké. Následná péče je 13. komnatou a temnou stránkou našeho zdravotnictví. Pokud vše funguje aspoň tak, jak funguje, pak jen díky nezměrné obětavosti všech, kdo zde pracují ve prospěch svých zapomenutých pacientů.

Při hledání přijatelného řešení má vždycky přednost elementární lidská slušnost a dodržování etických norem. **Začít se ovšem musí ihned zaplacením největších dluhů.**

Řešení je možno hledat i u soudu. Hromadné žaloby pacientů i ústavů by měly podle právníků vysokou naději na úspěch. Trvalé řešení ale může přinést jen vzájemná spolupráce všech, aby se poměry pro nemocné co nejrychleji zlepšily směrem k evropskému normálu.

**Petr Fiala, 1. LF UK Praha, petr.fiala@hotmail.com**

(Článek je krácen pro „*Tempus medicorum*“, nezkrácená verze je na webových stránkách ČLK.)

## Nová vyhláška sníží výdaje za léky

České zdravotnictví udělalo v uplynulých patnácti letech obrovský skok kupředu. Špičkové přístroje a nejmodernější léky však nakupujeme za světové ceny. A to je pro naši, za nevyspělejšími státy stále zaostávající ekonomiku, problém. Zatímco v roce 1993 jsme za léky utratili 14 miliard korun, tak v loňském roce již spotřeba překročila hranici 60 miliard. Za léky tak utrácíme 29 % z celkových nákladů na zdravotnictví, což je mnohem více než ve vyspělých státech Evropy. Z původních patnácti členů EU překračuje útrata za léky hranici 20 % celkových nákladů pouze v Portugalsku, zatímco třeba Němci a Švédové investují do léků pouhých 12 % zdravotnických výdajů.

Každý ministr, který chce stabilizovat ekonomickou situaci veřejného zdravotního pojištění, se vedle snahy získat pro podfinancovaný resort další peníze musí zaměřit na alespoň zpomalení růstu výdajů za léky. Nejprve postupoval počátkem roku dr. Rath, který omezil úhrady léků z pojištění, snížil maximální marži lékárníkům a zavedl drastické limity pro předepisování léků ambulantními lékaři. Výsledek byl z ekonomického hlediska fantastický: jen za první čtvrtletí klesly tržby farmaceutických firem o miliardu korun. Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) eviduje nejenom snížení výdajů, ale dokonce i pokles množství distribuovaných balení léků o 10 %.

Další přibližně dvě miliardy korun uspoří zdravotní pojišťovny díky od 1. srpna platné nové vyhlášce, která znovu snižuje maximální úhrady léků ze zdravotního pojištění. Farmaceutickým firmám, které chtějí, aby jejich výrobky zůstaly z pojištění plně hrazené nebo zatížené jen minimálním doplatkem, a byly tak nadále pacienty oblíbené a lékaři v široké míře předepisované, tedy nezbyvá, než snižovat jejich ceny. Chytrý obchodník totiž ví, že zisk netvoří výše obchodní přírůžky, ale objem prodeje.

Je však pochopitelné, že se farmaceutické firmy snažily vydání vyhlášky za každou cenu zabránit. Na objednávku natočené reportáže o soucit vzbuzujících pacientech, kteří údajně budou muset na „svůj“ lék doplácet pro ně neúnosné částky, zpochybňování transparentnosti procesu kategorizace léčiv, v němž komise odborníků navrhuje výši úhrady ze zdravotního pojištění u jednotlivých léků i placené inzeráty v tisku, které mají mezi občany vyvolat paniku, to jsou způsoby, jakými se snaží ovlivňovat veřejné mínění farmaceutická lobby, která údajně patří spolu s výrobcí zbraní mezi ty nejsilnější. Až tedy zase uslyšíte, jak nová vyhláška o úhradě léčiv poškodí pacienty, vzpomeňte si prosím alespoň na některé informace z tohoto článku, a teprve pak suďte.

Vězte, že obchod s léky zůstává velmi výnosným podnikáním. Proto se jen mezi roky 2000 a 2004 zvýšil počet lékáren v ČR o 35 % (z 1 700 na 2 300). Zatímco celkové výdaje na zdravotnictví ve stejném období stouply o 32 %, tak tržby za léky vydané na recepty se zvýšily o 57 %. Zdá se vám to hodné? Pokud ano, tak byste měli vědět, že toto ještě není nic proti polovině devadesátých let, kdy stát nedokázal výdaje na léky regulovat a ty vzrostly například za jediný rok 1994 o neskutečných 50 %! Takové zlaté časy pro obchodníky s léky se již doufejme nevrátí. Pokud by se tak totiž například následkem selhání ministerstva zdravotnictví stalo, systém veřejného zdravotního pojištění by se zhroutil.

**MUDr. Milan Kubek**  
prezident ČLK  
(Právo 29. 7. 2006)

## MUDr. Luboš Kučera zemřel

Dne 7. 6. 2006 zemřel po těžké nemoci v den svých 48. narozenin MUDr. Luboš Kučera, vedoucí oblastního střediska ZZS Děčín. Pro celou lékařskou obec, zvláště pak pro záchrannou službu severočeského kraje jde o velkou ztrátu. Dr. Kučera byl u zrodu samostatné záchranné služby v okrese Děčín, která působila na třech výjezdových stanovištích /Česká Kamenice, Rumburk a Děčín/. Dr. Kučera byl vynikajícím anesteziologem, ale hlavně dobrým člověkem, který byl vždy ochoten podat pomocnou ruku každému v těžkých chvílích. Na prvním místě bylo u něho vždy blaho nemocných. Bohužel on sám onemocněl tak těžce, že mu nebylo možné pomoci. Nechce se nám uvěřit tomu, že už tady mezi námi nebude. V našich srdcích však zůstane navždy!

**MUDr. Augusto Camargo - ZZS Děčín**

## Malé zamyšlení nad pojmem „Vztah lékaře a pacienta“

Nejen v poslední době je ve sporech o fungování zdravotnictví opakovaně zmiňován vztah lékaře a pacienta. Hovoří se o tomto vztahu jako něčem ohroženém a hodném zřetele. Hovoří se o respektování situace a potřeb pacienta, hovoří se o postavení lékaře. Stále znovu a znovu se nad uvedenými pojmy zamýšlím, stále znovu si říkám, co za nimi vlastně je. Kdo je vlastně pacient, kdo lékař a co se mezi nimi odehrává.

Nevím, s jakými pocity a zkušenostmi odcházejí z lékařských fakult dnešní absolventi, ale za „mých mladých let“, před dvaceti lety, kdy technologie v medicíně zdaleka nedosahovala takové míry, jako dnes, jsme školu opouštěli s pocitem téměř všemocnosti, s pocitem, že léčit se dá a má bezmála všechno. Byli jsme vybaveni množstvím informací o tom co lze změřit, odebrat, analyzovat, který přístroj jak a kdy nafouknout či vyfouknout. Lépe či hůře jsem uměli proklepat, pootočít a uchopit různé části lidského těla. A najednou jsme stáli zaskočení před nemocnými lidmi. Najednou všechny nemoci vyléčit nešly. Najednou před námi byl člověk, kterému jsme nemohli a neuměli dát, to co od nás chtěl.

A tady někde se začal utvářet obraz vztahu. Nejjednodušší, alespoň pro první chvíli, bylo schovat se za barikádu přístrojů a farmak. Vydat se na průzkum situace, to už chtělo značnou odvalu. Zjistila jsem, že v zásadě jsem schopna zacházet s lidským tělem, byla jsem ale amatér v nakládání s lidskou duší. Měla jsem strach, že nevhodným slovem ublížím pacientovi. Vlastně poprvé jsem se setkala s příbuznými pacientů a byla zaskočena změnou vztahů v jednotlivých rodinách. Zjišťovala jsem, že já i mí kolegyně máme své obavy, možnosti a mantinely. Bylo to objevené zjištění, že i lékař je člověk a občas i v roli lékaře potřebuje péči.

Teď už mám nějakou zkušenost, průpravu. O to víc ale vidím, že vztah mezi lékařem a pacientem, pozice lékaře i pacienta v tomto vztahu, pro každého znamená něco jiného. Víím, že je důležité přijmout omezené možnosti jakékoliv metody, včetně té nemodernější technologie, víím jak důležité je najít cestu k nemocnému. Víím, jak je důležité přijetí vlastní křehkosti a zranitelnosti. A myslím si, že o tom všem je potřeba diskutovat, zamyslet se nad tím, kde stojí lékař a pacient v dnešní frakcionované a super-specializované medicíně. Co a komu přináší ony moderní technologie.

**MUDr. Věra Rybová**



## Rozloučení? Ne, přivítání...

Pro občany, pacienty, ale i lékaře a další zdravotníky je asi nejtěžší si přiznat pravdu, že problematika zdravotnictví nemá žádné definitivní, konečné řešení, nějakou zázračnou koncepci, která ho zbaví chronických potíží. Systém zdravotnictví trpí nedostatkem peněz, a to nejen náš, ale i třeba německý, francouzský, britský... Prostě jakékoliv finanční prostředky dnes nestačí na to, abychom podle nejnovějších poznatků vědy a doporučení odborných autorit léčili všechny lidi, kteří onemocní. Peněz se nedostává v systémech s vysokou i nízkou spoluúčastí pacientů, v systémech se širokou dostupností péče i v systémech s nižší dostupností, v systémech, kde převažuje soukromý sektor i v systémech státních. Pacienti čekají na výkony všude, jen někde o trochu déle. Přístup k moderním metodám mají komplikovaný všude, jen někde o něco víc než jinde. Obecně platí rovnice, že čím je v systému zdravotnictví více prvků konkurence, tím je dražší, ke zdravotní péči se dostane za příslušnou finanční částku méně lidí, ale zdravotní služby mají vyšší i společenský standard a naopak čím je systém „organizovanější“, budován jako logická pyramida s menšími prvky konkurence, tím ošetří za příslušné peníze a čas více lidí, ale v krajním případě jde až o modifikaci „přídělového“ systému.

Boj o peníze ve zdravotnictví připomíná nelibostný zápas. Každoroční balík, který je k dispozici, je konečný a nic na tom nezmění fakt, že byl za „mého“ ministrování skokově a významně navýšen. Nestačí a stačit nebude, i kdyby byl znásoben. Výrobci a distributoři léků chtějí svých 56 miliard a více než dvojciferný trvalý nárůst tržeb. Lékárníci chtějí svých deset miliard marže, majitelé poliklinik a nemocnic chtějí reprodukovat svůj kapitál, ředitelé nemocnic chtějí investovat, lékaři chtějí za svoji práci slušný životní standard. Nikdo nemá nikdy pocit, že má už dost. Dokonce takový pocit je i nebezpečný, kdo by mu propadl, je okamžitě těmi dalšími skupinami vytlačován a ztrácí svůj podíl ze společného balíku peněz.

Tento zápas přitom všichni podstupují samozřejmě ve jménu a pro blaho nemocných. Většinou je to dokonce i objektivní pravda. Nová, 100x dražší cytostatika, nyní asi za 4 miliardy, za další dva roky už za 8 miliard, skutečně pomohou o nějaké 1-10 % pacientům více, respektive některá prodlouží život o 2-6 měsíců déle. Léčba primární plicní hypertenze stojící jeden milion ročně na pacienta a prodlouží život snad o celé dva roky, kardiovertry za sto tisíc na kus zachrání několik životů ročně a takto bych s výčtem mohl pokračovat dál. Je to rok od roku ekonomicky náročnější a pro několik desítek či stovek pacientů zase nadějnější. Bezradně na to zírají všude na světě, o to bezradněji, o co lépe „hráči“ na trhu zdravotnictví investují stamiliony a miliardy do programů podpory prodeje svých „život zachraňujících“ produktů.

Proto práce ministra zdravotnictví není podobná staviteli domu, co nejdříve nakreslí plány, poté buduje a nakonec si v klidu sedne a užívá plodů své práce a sklízí uznání za svoji šikovnost, ale jde spíš o řídicí pekelné rallye, který se řítí neznámým terénem a šílenou rychlostí se snaží ujet svým pronásledovatelům. Plyn, brzda, prudké zatáčky, smyky, zpátečka a obrátky, dle momentálního stavu vozovky po které uhání. Dřív nebo později narazil každý, někdo tvrději, jiný z toho vyvázl ještě celkem slušně.

Ani pro lékaře není často současná situace vůbec růžová. Za svoji práci by měli dostávat nepochybně více, konečně jim to stát zastoupený Rathem po desítkách let čekání přiznal, ale realita je jiná - nejsou peníze. Navíc nejsou peníze na to, aby léčili tak, jak chtějí a považují za správné. Čím víc léčí, tím víc nejsou peníze na platbu za jejich práci, což je dostává do nepříjemné situace vůči pacientům, a hledají jasného viníka, který to svojí neschopností způsobil. Chtějí, aby to nebyli oni, kdo musí říkat paní Novotné, Novákové, panu Březinovi a Břízovi..., že jim lék či vyšetření nenaordinují. Měli by to říci politici.

Politici se hájí, že těžko mohou konkrétním lidem sdělovat co ano a co ne, neboť zdravotnictví je složité a vyžaduje individuální posuzování, na což mají vzdělání jen lékaři a v obecném principu platí, že každý teoreticky může dostat všechno. Teoreticky ano, prakticky peníze vždy stačí jen pro část. O přidělech rozhodují jednotliví lékaři podle toho, jak to ten který pacient potřebuje. Lékaři se zlobí a rádi by, aby vlastně rozhodoval víc pacient, respektive, aby k nim raději ani nepřišel, protože ho to bude něco stát a tím pádem jim zbude více na léčbu menšího počtu došlých nemocných a oni nebudou muset tak často rozhodovat komu dát, a komu ne. Tohoto principu se zase bojí občané, neboť jich 70 % musí vyžít za méně než 18 tisíc hrubého měsíčně a dokonce důchodci za méně než sedm tisíc měsíčně a mají strach, že na doktora nebudou mít a nedostanou ani šanci, aby se na ně podíval a zkusil vážnost jejich potíží zkusnat s vážností potíží druhých pacientů a doufají, že lékař jim pomůže, byť třeba ne tím nejmodernějším lékem, ale alespoň radou. Lékaři dnes radou léčit nechtějí, mají pocit, že to není moderní a lege artis, a tak tlouštíkoví místo řádné diety napíšou vysoké dávky moderních statinů a humánní, nejlépe analogový inzulín samozřejmě



v mě v peru, jinak se ani nedělá, navíc s glukometrem, aby mohl několikrát denně při svých 150 kg a 12 mmol/l glykemie sledovat, zda dosahuje co nejtěsnější kompenzace. Tloušťák při návštěvě lékárny zjistí, že za inzulínový analog musí doplatit asi čtyřicet korun, má vztek na „vydřiducha“ lékárníka, ten mu však rychle vysvětlí, že on je taky chudák, byť mu před domem parkuje zánovní BMW a za vše můžou ti neschopní politici.

Jiní politici se toho okamžitě chytají a slibují, že věc vyřeší a všichni budou mít všechno zdarma, respektive že vymyslí nějaký trik, například individuální účty, které všechny problémy jak mávnutím proutku vyřeší. Nevyřeší, neboť řešení, kde by vyhráli úplně všichni prostě neexistuje. V roli ministra jsem se snažil o to, aby vyhrálo co nejvíce pacientů a lékařů a prohráli výrobci a obchodníci s léky a materiálem, velkopodnikatelé ve zdravotnictví - privatizátoři nemocnic a poliklinik, managementy pojišťoven. Ti, kterým jsem „nadržoval“, většinou mlčí, ti kteří prohrávali, křičí jako když je na nože berou. Kostky byly vrženy a král je mrtev, ať žije král.

Přes všechno jsem stále přesvědčen, že „ministrský sudí“ má být víc na straně těch slabších, i když ti většinou mlčí. Byt na straně mocných, bohatých, vlivných, kteří si třeba jako lékárníci proti mně najmou PR agenturu za mnoho milionů, není žádné umění ani hrdinství, to je „jen“ osobně velmi výhodné a výnosné. I když jsem zastáncem tržní, respektive sociálně-tržní ekonomiky, tak jsem přesvědčen, že politik by neměl dělat ve funkci to co je pro něho „ekonomicky“ výnosné, ale to, co je pro většinu společnosti správné. Společnost z dřívější tvrdě tvoří právě ti slabší. Lékaři vždy z podstaty svého povolání stávali také na straně těch slabších. Jedna etapa končí a jiná začíná, já bych si moc přál, aby alespoň těm slabším neškodila.

## Ing. Karel Šatera, Ph.D., MBA

**Generální ředitel ZP MV ČR**

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky (ZP MV ČR) je největší zaměstnaneckou pojišťovnou v zemi a v poslední době udělala řadu důležitých rozhodnutí. Položili jsme proto pár otázek jejímu generálnímu řediteli, Ing. Karlu Šaterovi, Ph.D., MBA.

**TEMPUS**

**ZP MV ČR není třeba dlouho představovat, nicméně můžete nám sdělit aktuální data o vašem pojistném kmeni a hospodaření?**

Velmi rád, protože počet našich pojištěnců stále roste. Oproti roku 2005 vzrostl pojistný kmen ZP MV ČR na **1 033 320 pojištěnců**, což je téměř o 23 tisíc více než na konci loňského roku. Z toho téměř 52 % činí pojištěnci, za které hradí pojistné stát. Hospodaření ZP MV ČR k 1. pololetí je vyrovnané, k čemuž přispívá i fakt, že se snažíme o minimalizaci provozních nákladů. Nemáme pobočky v každém kraji, osobní kontakt s klienty řešíme teritoriálními pracovišti. Na těchto pracovištích jsou 1-2 zaměstnanci a potřebné prostory (1-2 místnosti) jsou řešeny pronájmem. Další výhodou a úsporou času i financí je elektronická komunikace, která je v ZP MV ČR řešena dvěma způsoby. První je elektronická podatelna ([posta@zpmvcr.cz](mailto:posta@zpmvcr.cz)), která je určena pro smluvní partnery, občany a podniky vlastníci elektronický podpis. Druhý způsob je řešen pomocí služby České pošty, s. p. REP (Registrovaná elektronická pošta). Výhodou této služby je, že lékaři dostávají zúčtovací zprávu také elektronicky, což v případě elektronické podatelny nelze. Výpis je doručen v papírové podobě.



ZP MV ČR klade velký důraz na osvětu zdravého životního stylu a zejména prevence.

**TEMPUS**

**To je pozitivní, čím si růst počtu pojištěnců vysvětlujete?**

Věřím, že stálý růst kmene pojištěnců signalizuje, že ZP MV ČR je veřejností vnímána jako stabilní a důvěryhodný partner jak pro pojištěnce, tak pro poskytovatele zdravotní péče. Snažíme se o maximální otevřenost a vstřícnost k stávajícím i potenciálním klientům prostřednictvím široké sítě teritoriálních pracovišť, infolinky, internetu i prostřednictvím médií. Novými klienty se také stávají lidé, které oslovil nový program prevence „Klub pojištěnců“, jehož členství skýtá atraktivní výhody.

**TEMPUS**

**Před několika měsíci jste se rozhodli vystoupit ze Svazu zdravotních pojišťoven. Co vás k tomu vedlo?**

Důvodů bylo několik. Snad nejzávažnější příčinou byla nespokojenost ZP MV ČR s výstupy některých představitelů SZP ČR vyjadřujících se k různým otázkám zdravotního systému pod hlavičkou svazu. Tato stanoviska byla zveřejňována navzdory zásadním připomínkám ZP MV ČR. Několikrát byla zneužita zásada SZP ČR vystupovat jednotně a byl tak narušen demokratický a apolitický duch celé organizace. Cílem ZP MV ČR je problémy řešit věcně a profesionálně. Hodnocení a návrhy řešení prezentovat na základě kvalifikovaných právních rozkladů a ekonomických analýz. ZP MV ČR chce komunikovat se zúčastněnými stranami – státem, zástupci poskytovatelů zdravotní péče, profesními organizacemi a dalšími partnery na odborné a otevřené úrovni. Zároveň se snaží opřít se od současného trendu politizace zdravotní problematiky.

**TEMPUS**

**A nebude prosazování názorů samotné ZP MV ČR složité a v některých případech, například v dohodovacích řízeních, dokonce nemožné?**

Ano, máte pravdu. Takto by to jistě velice složité bylo. Proto jsme se rozhodli vstoupit do Otevřeného svazu zdravotních pojišťoven, jejímž členem je

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky. Od tohoto kroku si obě pojišťovny slibují efektivnější spolupráci při zajišťování a koordinaci společného postupu při dohodovacím řízení mezi zástupci svazů zdravotních pojišťoven a zástupci poskytovatelů zdravotnické péče. Cílem svazu je zpracování rámcové smlouvy a prosazování ostatních společných zájmů na poli veřejného zdravotního pojištění.

**TEMPUS**

**Zajímavé, členy Otevřeného svazu pojišťoven jsou tedy VZP a ZP MV ČR. A nebojíte se, že v tomto svazu mohou nastat stejné komplikace?**

Ne, toho se neobávám. Cílem tohoto svazu je maximální spolupráce mezi oběma pojišťovnami. Prvním krokem byla změna stanov, které mimo jiné upravují orgány svazu, jímž jsou předseda svazu a členská schůze. Funkci předsedy svazu vykonává vždy jeden z ředitelů pojišťoven. Ředitel se ve výkonu funkce svazu pravidelně střídají v tom pořadí, v jakém do svazu vstoupili. Funkční období je jeden rok. Ode dne 26.

6. 2006 vykonává funkci předsedy svazu ředitel VZP MUDr. Pavel Horák, CSc., MBA. Stanovy také upravují hospodaření svazu, a to tak, že svaz nehospodář s žádným majetkem. V případě, že vzniknou náklady na činnost svazu, hradí je rovným dílem členové svazu ze svých prostředků. Neplatí se tedy žádné členské příspěvky.

**TEMPUS**

**Nyní se hodně řeší typové smlouvy mezi zdravotními pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními. Jak je na tom ZP MV ČR?**

My jsme odeslali všem zástupcům poskytovatelů zdravotnické péče návrh typových smluv a nyní čekáme na jejich připomínky, které mohou zasílat do 25. 7. 2006. Obdržené návrhy budou projednány na společném jednání zástupců pojišťovny a zástupců poskytovatelů zdravotní péče. Po vzájemném odsouhlasení typových smluv zahájí ZP MV ČR obesílání svých partnerů s konkrétním návrhem smlouvy. Účinnost nových smluv je stanovena od 1. 7. 2006, a to bez ohledu na datum dokončení smluvního jednání.

**TEMPUS**

**Na co se v ZP MV ČR, kromě pojištění, nejvíce zaměřujete?**

ZP MV ČR klade velký důraz na osvětu zdravého životního stylu a zejména prevence. Efektivnost osvěty dokazuje fakt, že pojištěnci ZP MV ČR každým rokem využívají stále více tzv. preventivních balíčků, což v konečném důsledku může způsobit výrazné snížení nákladů na zdravotní péči. ZP MV ČR svým klientům poskytuje příspěvky na preventivní prohlídky (rakovina prsu, rakovina tlustého střeva, cholesterol atd.), očkování (klíšťová encefalitida, meningokok, žloutenka atd.), ozdravné pobyty, zubní rovnátka, pomůcky pro kojící matky a další. Novinkou v této oblasti je program prevence „Klub pojištěnců“, jehož členové jsou motivováni k péči o své zdraví. Členové klubu mohou čerpat příspěvky na stomatologické výkony, ortézy, rehabilitaci, vitamíny, atd. Partnery klubu jsou významné společnosti z oblasti cestování, sportu, kultury, bankovníctví a další, u kterých mají členové klubu výrazné slevy. Za prvních 5 měsíců má Klub pojištěnců již **5 000 členů**.

**TEMPUS**

**A než se rozloučíme, mohli byste prozradit své přání do budoucna?**

Přál bych si, aby se situace ve zdravotnictví uklidnila. Aby se upustilo od politizace všeho, co se zdravotnictví jen přiblíží, a mohly tak pokračovat kroky k řešení problémů, které trápí lékaře, občany i zdravotní pojišťovny.

Další informace o ZP MV ČR jsou k dispozici na [www.zpmvcr.cz](http://www.zpmvcr.cz), infolince 844 121 121 a infomailu [info@zpmvcr.cz](mailto:info@zpmvcr.cz).

**STÁTNÍ ÚSTAV PRO KONTROLU LÉČIV**

Šrobárova 48, 100 41 PRAHA 10  
tel. 272 185 111, fax 271 732 377, e-mail: sukl@sukl.cz

**sděluje**

U léčivých přípravků NEOLUTIN FORTE INJ., inj. 5x1ml/125mg, č. š. 040205, a METHYLERGOMETRIN SPOFA, inj. 5x1ml/0,2mg, č. š. 040205, se pozastavuje používání uvedených šarží obou přípravků a uvedené šarže obou přípravků se stahují z distribučního řetězce, včetně lékáren. Opatření se provádí z důvodu závady v jakosti (v balení přípravku Neolutin Forte inj. nalezeny ampule Methylergometrinu Spofa). Stahování zajišťuje držitel rozhodnutí o registraci (Spofa, a. s., ČR).

V Praze 21. 6. 2006

Léčivý přípravek PROSULPIN 200mg, por. tbl. nob. 30x200mg, č. š. 9030805 držitel rozhodnutí o registraci PRO.MED.CS Praha, ČR se uvolňuje k léčebnému používání.

V Praze 23. 6. 2006

1. Z důvodu závady v jakosti (mikrobiálního znečištění) se na základě opatření držitele rozhodnutí o registraci (Vakos XT a. s., ČR) stahuje z úrovně lékáren, léčivý přípravek TABULETTA MAGNESII LACT. 0,5 CSC, tbl., č. š. 290805.

2. Z důvodu závady v jakosti (možné podezření na mechanické poškození lahviček s přípravkem) se na základě opatření držitele rozhodnutí o registraci (Valeant Czech Pharma, s. r. o.) stahuje z úrovně lékáren léčivý přípravek THIOPIENTAL ICN 1 g, inj. plv. sol. 1x1 g, č. š. 0030905.

V Praze 29. 6. 2006

1. Z důvodu závady v jakosti (chybného uvedení doby použitelnosti) se na základě opatření držitele rozhodnutí o registraci stahuje z úrovně lékáren léčivý přípravek MUNDISAL, gel 1x8g/695mg č.š. 10029975, 10031327 a 10032544.

2. Léčivý přípravek NEOLUTIN FORTE INJ., inj. 5x1ml/125mg, č. š. 020904, držitel rozhodnutí o registraci Spofa a. s., ČR se uvolňuje k léčebnému používání.

V Praze 17. 7. 2006

Z důvodu závady v jakosti (možnost výskytu viditelných částic) se na základě opatření držitele rozhodnutí o registraci Schering AG, Německo stahuje z úrovně lékařů, léčivé přípravky ULTRAVIST 370, inj. sol. 1x100ml, ULTRAVIST 370, inj. sol. 1x200ml a ULTRAVIST 370, inj. sol. 10x50ml, ULTRAVIST 370, inj. sol. 10x100ml, všechny šarže.

V Praze dne 1. 8. 2006

**Oznámení VZP, a. s.**

V Praze dne 20. července 2006

**Vážená paní, vážený pane,  
Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky poskytovala v minulosti smluvní zdravotní pojištění cizincům, kteří pobývali na území České republiky a nebyli pojištěnci veřejného zdravotního pojištění. Se vstupem České republiky do Evropské unie bylo nutno tuto činnost oddělit a k tomuto účelu zřídila VZP ČR svoji 100% dceřinou společnost - Pojišťovnu VZP, a. s. Veškeré kroky proběhly tak, aby se nijak nedotkly ani klientů, ani smluvních poskytovatelů zdravotní péče.**

Vaše zdravotnické zařízení poskytuje zdravotní péči cizincům vybaveným dokladem o Zdravotním pojištění cizinců pro případ neodkladné péče a/nebo Zdravotním pojištění cizinců pro případ komplexní péče; tuto zdravotní péči poskytujete na základě dodatku ke smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče, sjednané mezi vašim zdravotnickým zařízením a Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky (jejím příslušným územním pracovištěm). VZP ČR nadále přijímá účty za takto poskytnutou zdravotní péči, provádí jejich kontrolu a zajišťuje jejich úhradu.

V současné době se však připravují nové typové smlouvy na základě vyhlášky č. 290/2006 Sb., kterou se vydává rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví o rámcových smlouvách. Zmíněné nové typové smlouvy upraví podmínky poskytování a úhrady zdravotní péče, hrazené z veřejného zdravotního pojištění mezi VZP ČR a jednotlivými poskytovateli zdravotní péče pro další období. V souvislosti s tím dojde k ukončení platnosti dosavadní smlouvy, včetně dodatku o ošetřování klientů smluvního pojištění.

Aby ani v případě této změny nenastaly jakékoliv problémy při poskytování a úhradě zdravotní péče poskytované Vaším zdravotnickým zařízením klientům smluvního zdravotního pojištění, sdělujeme vám, že na základě smlouvy mezi VZP ČR a Pojišťovnou VZP, a.s., bude Všeobecná zdravotní pojišťovna jakožto zprostředkovatel nadále stejným způsobem jako dosud přijímat vaše faktury za zdravotní péči poskytnutou smluvně pojištěným cizincům a hradit je z prostředků Pojišťovny VZP a. s., pokud péče bude poskytnuta a vyúčtování sestaveno a předloženo tak, jak bylo mezi VZP ČR a vašim zdravotnickým zařízením dosud ujednáno.

Pro nejbližší budoucnost se tak na dosavadních vztazích a postupech, pokud jde o ošetřování klientů smluvního zdravotního pojištění a úhrady za ně, nic nemění. V dalším kroku vám Pojišťovna VZP, a.s. nabídne novou smlouvu, která bude sjednána již mezi touto pojišťovnou jako pojistitelem a vašim zdravotnickým zařízením. Snahou Pojišťovny VZP, a. s., bude i nadále zachovat v zásadě identické podmínky pro soukromé pojištění cizinců, jaké platí ve veřejném zdravotním pojištění, aby na vás činnost s tím spojená nekladla jakkoliv zvýšené administrativní či jiné nároky.

Věříme, že tyto kroky přijmete s pochopením a těšíme se na další spolupráci.

**MUDr. Pavel Horák, CSc., MBA, v. r.**  
ředitel VZP ČR

**JUDr. Karel Hlaváček, v. r.**  
předseda představenstva  
Pojišťovny VZP, a.s.





## Lékař a zdravotní sestra

Vzájemný pracovní vztah mezi lékařem a zdravotní sestrou při péči o pacienta není zatím, s výjimkou některých publikací o právní odpovědnosti v medicíně, příliš středem pozornosti v medicínsko-právní problematice.

Přitom jde o nesporně významný vztah dělbý práce při péči o pacienta a správná dělba práce mezi těmito dvěma klíčovými zdravotnickými profesemi může mít i velmi závažné forenzní následky.

V případě soukromých lékařů – provozovatelů nestátních zdravotnických zařízení bývá zpravidla soukromý lékař zaměstnavatelem zdravotní sestry. Nadřazenost lékaře a podřízenost zdravotní sestry se v těchto případech umocňují skutečností, že lékař je zaměstnavatelem. Bude patrně užitečné, abychom v některé příští právní rubrice našeho časopisu pojednali o problematice soukromého lékaře jako zaměstnavatele. Na tomto místě ponecháváme stranou pracovněprávní vztah mezi soukromým lékařem a zdravotní sestrou a věnujeme se obecně problematice vztahu a dělby práce mezi lékařem a zdravotní sestrou při péči o pacienta ať již v ambulantním, či ústavním zdravotnickém zařízení.

Péče o pacienta probíhá velmi často u „minutýmu“ lékař+zdravotní sestra. Zdravotní sestra je důležitým spojencem i svědkem lékaře v různých situacích, což může mít mnohdy rozhodující forenzní význam. Je vhodné, je-li zdravotní sestra přítomna při důležité komunikaci s pacientem a může případně některé věci lékařovi posleze dosvědčit. Bohužel vícekrát jsem se ve své praxi setkal se situací, kdy ač zdravotní sestra byla přítomna komunikaci lékaře s pacientem, při vyšetřování nebo u soudu si zásadně vůbec na nic nepamatovala. V několika případech jsem dokonce doporučil soukromým lékařům, aby zdravotní sestru, která si zásadně nikdy nic nepamatovala a není schopna svému zaměstnavateli nic potvrdit, raději vyměnili za jinou zdravotní sestru s lepší pamětí. V jiných případech lékař jedná s pacientem velmi přátelsky, přívětivě, zatímco zdravotní sestra v roli jakéhosi samozvaného „ochránce pana doktora“ jedná s pacienty mnohdy velmi nepřívětivě, až arogantně, což v některých případech vedlo ke stížnostem, žalobám a trestním oznámením, ke kterým by v případě slušného jednání zdravotní sestry vůbec nedošlo.

Za velmi významné považují ujasnit si, kdo v tomto „minutýmu“ lékaře a zdravotní sestry o čem s pacientem komunikuje. Je třeba velmi důrazně varovat, že zdravotní sestrami nenáležejí komunikace s pacientem o lékařských výkonech ani o diagnóze choroby, potřebě provedení určitých zákroků, jejich rizicích, důsledcích a uvažované prognóze. Komunikace tohoto typu podle zákona náleží vždy lékařovi a nikdy zdravotní sestře. Podle § 23 zákona o péči o zdraví lidu „Lékař je povinen vhodným způsobem poučit nemocného...“. Poučovací povinnost v těchto případech není svěřena zdravotní sestře. Pacient má v případě lékařských zákroků právo na komunikaci s lékařem, nikoli pouze zdravotní sestrou, má právo lékařovi klást otázky a od něho slyšet kvalifikované odpovědi. Svěřit tuto komunikaci povinnost zdravotní sestře je zásadní chybou, ať již lékaře nebo vedení příslušného zdravotnického zařízení. Samozřejmě i zdravotní sestra musí s pacientem komunikovat, avšak tato komunikace by měla být zaměřena na to, co zdravotní sestře náleží – tedy na problematiku ošetrovatelské péče. Trochu jiná je situace v případě porodních asistentek, kde rozsah komunikační povinnosti je dán rozsahem kompetence příslušné porodní asistentky při péči o rodičku. Zdravotní sestry by zásadně neměly dávat pacientům jakékoliv „zákulisní“ informace o tom, který pan doktor je dobrý a který horší, jaké jsou v nemocnici problémy apod. Ač o lékařských výkonech zdravotní sestra s pacientem nemá rozhodně komunikovat, je vhodné, aby není-li u komunikace jiný lékař či svědek, byla přítomna u komunikace a tuto komunikaci náležitě vnímala a byla schopna případně dosvědčit.

Ač se v poslední době hodně zdůrazňuje samostatnost ošetrovatelské role zdravotní sestry, je zcela nepochybné, že při péči o pacienta musí zdravotní sestra především plnit pokyny lékaře a to přesně a důsledně. Problematika nadřazenosti a podřízenosti ve smyslu pracovněprávním není rozhodující – rozhodující je, že jedním ze základních úkolů zdravotní sestry na každém pracovišti je svědomitě a důsledně plnit veškeré pokyny, které vydá lékař v rámci péče o pacienta. Důležité pokyny pro ošetrovatelskou péči má lékař vždy ve vlastním zájmu zaznamenat do zdravotnické dokumentace pacienta, současně je i verbálně sdělit příslušné zdravotní sestře, případně staniční nebo vrchní sestře. Vydané pokyny by neměly být vágní, ale měly by být co nejkonkrétnější a pro zdravotní sestru co nejsrozumitelnější. V závažných případech, kdy jde o velmi významné úkoly, jejichž nesplnění by mohlo mít vážné následky pro život nebo zhoršení zdravotního stavu pacienta, je třeba si ověřit, že zdravotní sestra pokyn správně pochopila, popřípadě požádat o dohled nad mladší zdravotní sestrou starší zkušenější kolegyní či nadřízenou.

Z hlediska právní odpovědnosti si nelze představit zdravotnické zařízení, které by dobře fungovalo a kde by vrchní sestra staniční sestry i všechny na oddělení zařazené zdravotní sestry nebyly podřízeny příslušnému primáři a současně všechny zdravotní sestry vykonávající službu nebyly, pokud jde o péči o pacienta, podřízeny lékaři. I tam, kde jde o samostatné ošetrovatelské výkony, ke kterým je způsobilá sama zdravotní sestra, je lékař kompetentní tyto výkony kontrolovat a v případě potřeby či v případě zjištění nedostatků vydat příslušné pokyny, které zdravotní sestra musí splnit.

## K dokreslení závažnosti této problematiky uvedu několik příkladů z praxe

*Praktický lékař při vyšetření pacienta konstatoval diagnózu zánět horních cest dýchacích. Později se u pacienta rozvinul edém plic, na který zemřel. Při vyšetření u praktického lékaře do rozhovoru s dcerou věkové staršího pacienta zasáhla poměrně arogantním způsobem zdravotní sestra, která místo lékaře odpověděla na otázky dcery jak o nemocného tatínka pečovat tak, že to dceři pacienta právem připadalo jako zesměšňující. Lékař na tento nevhodný zásah zdravotní sestry do jeho rozhovoru s dcerou pacienta nereagoval. Posléze bylo na lékaře podáno trestní oznámení a byl trestně stíhán. Jako důvod trestního oznámení dcera zemřelého pacienta znovu a znovu opakovala, jak arogantně se k ní chovala zdravotní sestra a jak zasáhla do rozhovoru s lékařem. Je velmi pravděpodobné, že kdyby k tomuto zásahu nedošlo, trestní oznámení by podáno nebylo. Ač případ skončil pro lékaře dobře, vyvodil z něho závěr, že v budoucnu již nikdy nepřipustí, aby se zdravotní sestra v ordinaci k pacientovi či jeho příbuzným takto chovala.*

*Na ambulanci zdravotnického zařízení se dostavila pacientka, kterou lékařka vyšetřila, přátelsky s ní komunikovala a nezjistila žádnou chorobu. Po provedeném vyšetření zdravotní sestry pacientce řekla, že by si takové vyšetření měla zaplatit ze svého, protože zbytečně obtěžuje, a přitom jí nic není. Posléze se ukázalo, že lékařka neodhalila při vyšetření chorobu, kterou v tomto stadiu podle znaleckého posudku odhalit měla a mohla. Pacientka podala stížnost na chování zdravotní sestry, věc však skončila trestním stíháním lékařky. Kdyby se sestra nechovala k pacientce nevhodně, trestní oznámení ani stížnost by patrně podány nebyly.*

Na interním oddělení nemocnice prováděla poučení pacientů před kolonoskopickým vyšetřením k tomu proškolená zdravotní sestra, a to velmi kvalifikovaně a podrobně. Lékař před tímto vyšetřením s pacientem nekomunikoval. Posléze došlo k perforaci tlustého střeva při kolonoskopii, na kterou byl však příslušný pacient předem upozorněn, jako na přípustné riziko tohoto výkonu při poučení provedeném zdravotní sestrou a podepsal i příslušný informovaný souhlas. Na zdravotnické zařízení byla podána žaloba a soud konstatoval, že pacient byl významně zkrácen ve svých právech, pokud o zdravotní výkonu s ním nekomunikoval lékař, ale zdravotní sestra. Náhrada škody tedy nenáležela pacientovi za chybu při lékařském výkonu, ale za porušení pacientových práv.

Lékařka na gynekologicko-porodnickém oddělení v úseku porodnice dala porodní asistentce pokyn kontinuálně sledovat přístrojem KTG pacientku, a být u ní neustále přítomna, což v daném případě poměry na porodním sále dovolávaly. Porodní asistentka však pokyn nerespektovala, svěřila pacientku žánky a z boxu rodičky odešla. Záznam KTG pak byl alarmující, žánky po určitou dobu marně sháněla porodní asistentku, došlo k asfyxii a k úmrtí plodu. Trestně stíhána byla lékařka, nikoli porodní asistentka, přičemž soudkyně se v rámci hlavního líčení velmi zajímala, proč ve zdravotnické dokumentaci pacientky není lékařkou vyznačen pokyn, který údajně porodní asistentce dala. Naštěstí tento pokyn dosvědčila přítomná mladší lékařka ve službě, takže doufám, že případ, který není dosud skončen, dopadne pro lékařku zproštěním obžaloby.

Na neurologické oddělení nemocnice byl přijat pacient po úrazu hlavy. Službu konající neurolog zapsal do zdravotnické dokumentace pokyn „intenzivně sledovat“. Pacient byl ráno mrtev a podle svědeckých spolupacientů zdravotní sestry za celou noc na příslušný pokoj nepřišly. Znalecká komise však hodnotila jako chybný a vágní pokyn lékaře „intenzivně sledovat“, když lékař měl do zdravotnické dokumentace napsat a současně zdravotním dokumentacím nařídit, v jakých časových intervalech má být pacient sledován, co konkrétně má být sledováno a zdravotní sestry by pak byly povinny v uvedených časových intervalech sledovat ty skutečnosti, na které lékař ve zdravotnické dokumentaci upozornil a samy činit záznam o zdravotním stavu pacienta v jednotlivých časových intervalech.

Podobných případů by bylo možno uvést velké množství a věřím, že mají i určitý poučný charakter pro lékaře, který se ještě neocitl v situaci, kdy jeho případ je posuzován policií, státním zastupitelstvím, znaleckou komisí či soudem. Je zřejmé, že i tam, kde se pochybení či nevhodného jednání dopustila zdravotní sestra, dosti často důsledky nese spíše lékař. Lékař má nepochybně podstatně vyšší míru odpovědnosti než zdravotní sestra a tomu musí odpovídat i jeho nadřazené postavení a povinnost zdravotní sestry důsledně plnit jeho pokyny.

### Soukromým lékařům, zaměstnávajícím zdravotní sestru, radím:

Zdravotní sestru je nutno si dobře vychovat a nelze-li ji dobře vychovat, je třeba ji vyměnit.

### Primářům a lékařům v ústavních zdravotnických zařízeních radím:

Nepodceňovat problematiku vzájemného vztahu lékaře a zdravotní sestry, jasně ve všech dokumentech typu „organizačních rádu“ apod. zdůraznit povinnost zdravotní sestry neprodleně, řádně a svědomitě plnit veškeré úkoly uložené lékařem a nepřipustit, aby zdravotní sestra nevhodným způsobem komunikovala s pacienty nebo přebírala tu komunikaci, která podle zákona náleží pouze lékařovi.

Pokud v knize „Právní sebeobrana lékaře“ uvádíme, že ve většině případů lze, i tam kde došlo k odbornému pochybení, zabránit žalobě, trestnímu oznámení nebo stížnosti vhodnou a vlnou komunikací lékaře s pacientem, jeho příbuznými nebo pozůstalými, pak lze konstatovat i opačně, že nevhodnou komunikací, a to nejen lékaře, ale i zdravotní sestry s pacientem či jeho příbuznými, lze snadno přivodit žalobu, trestní stíhání či stížnost.

**JUDr. Jan Mach,**  
ředitel právního oddělení ČLK



## Povinnost první pomoci

Kdo a za jakých podmínek je povinen poskytnout první pomoc? Musí tak učinit, pokud riskuje vlastní zdraví či dokonce život? Je rozdíl v právní odpovědnosti laika a profesionála při poskytování první pomoci? Tyto a další otázky občas od lékařů a dalších zdravotníků dostávám a na tomto místě se pokouším některé z nich zodpovědět. Uvítám případné doplňující dotazy, na které v některém z příštích čísel můžeme odpovědět.

Každý občan má povinnost poskytnout nebo zprostředkovat první pomoc osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví. Podle § 9 odst. 4 zákona o péči o zdraví lidu v platném znění občan – laik nemůže zůstat lhostejným, pokud je jiný člověk v nebezpečí smrti nebo jeví vážné známky poruchy zdraví, nemusí však přímo poskytnout první pomoc, ale může pouze tuto první pomoc zprostředkovat, např. tím, že přivolá zdravotnickou záchrannou službu nebo jinou vhodnou odbornou pomoc. Občan, který nemá zdravotnické vzdělání, by sice měl, ale nemusí ovládat základy první pomoci nebo se v konkrétním případě nemusí ani odhodlat k tomu, aby se pokusil první pomoc poskytnout. Lékaři ze své praxe znají případy opačné, kdy se laik pokusil první pomoc poskytnout a protože její zásady dobře neovládal, ohroženou osobu spíše poškodil. Laik má tedy volbu buď se pokusit sám poskytnout první pomoc, nebo sám první pomoc neposkytovat, ale pouze ji zprostředkovat – v obou případech splní svou zákonnou povinnost. Pokud by však tuto povinnost nesplnil, dopustil by se trestného činu dle § 207 odst. 2 trestního zákona, který stanoví:

„Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, neposkytne potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok“.

Podle § 55 odst. 2 písm. c) zákona o péči o zdraví lidu v platném znění, je každý zdravotnický pracovník povinen poskytovat první pomoc, přičemž zákon stanoví povinnost první pomoci pro zdravotníka takto:

„Každý zdravotnický pracovník je povinen zejména poskytovat neprodleně první pomoc každému, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo zdraví a není-li pomoc včas dosažitelná obvyklým způsobem, a zajistit mu podle potřeby další odbornou péči.“

Zdravotnický pracovník má tedy povinnost první pomoci stanovenou přísněji než občan – laik. Nemá volbu, zda první pomoc poskytne či pouze zprostředkuje, a navíc je povinen zajistit podle potřeby nemocnému i další odbornou péči. Bude záležet na konkrétních okolnostech případu. Je jisté, že v některých případech nevhodnější první pomocí je přivolání zdravotnické záchranné služby bez manipulace s postiženým. Pokud by však šlo o zachování životně důležitých funkcí, např. u pacienta se zástavou srdce nebo dechu, pak je každý zdravotník povinen pokusit se první pomoc poskytnout a zásady první pomoci je povinen ovládat.

Na druhou stranu je třeba poukázat na slova: „Není-li pomoc včas dosažitelná obvyklým způsobem“ – tedy lékař není povinen nahrazovat sousedům či jiným osobám běžnou lékařskou službu, ale je povinen zakročit pouze tehdy, jestliže by bez okamžité pomoci byl vážně ohrožen život nebo zdraví a zejména není-li pomoc včas dosažitelná obvyklým způsobem – tedy např. převezněním nemocného do nemocnice, přivoláním návštěvní služby praktického lékaře nebo návštěvou lékaře v ordinaci.

Skutková podstata trestného činu neposkytnutí pomoci a sankce za neposkytnutí pomoci je u zdravotníků stanovena jinak a přísněji než u laiků. § 207 odst. 2 trestního zákona stanoví:

„Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, neposkytne potřebnou pomoc, ač je podle povahy svého zaměstnání povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta nebo zákazem činnosti.“

Lze si tedy povšimnout, že v případě zdravotnického pracovníka jsou vynechána slova, která jsou obsažena v prvním odstavci § 207 v případě laika: „...ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného.“

Prezident České lékařské komory v rámci rekodifikace či novelizace trestního zákona v současné době usiluje o to, aby uvedené ustanovení bylo vůči lékařům a dalším zdravotníkům mírnější, tak aby bylo srovnatelné např. obdobnému ustanovení u policistů – tedy aby do § 207 odst. 2 trestního zákona byla doplněna vsuvka: „ač tak může učinit bez ohrožení svého života nebo vážného ohrožení svého zdraví“.



V minulosti došlo v několika případech k trestnímu stíhání lékařů, kteří odmítli první pomoc poskytnout, někdy i na výzvu dispečerky zdravotnické záchranné služby s odůvodněním, že jsou soukromými lékaři a nejsou podřízenými či zaměstnanci zdravotnické záchranné služby nebo že nejsou lékaři urgentní medicíny a musí pečovat o své pacienty ve své ordinaci. Argument: „Nemám čas, mám plnou čekárnu a nemohu tedy plnit úkoly, které přísluší záchrance“, je nešťastný a může vést i k závažnému trestnímu postihu lékaře, pokud by pacient v důsledku včasného neposkytnutí první pomoci zemřel. Je-li lékař vyzván k poskytnutí první pomoci, musí ji vždy poskytnout, leda by prokázal, že v té době pečoval ve své soukromé ordinaci o pacienta, kterému bylo nutno poskytnout nutnou a neodkladnou péči, jinak by byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo jeho zdraví. Nejvyšší soud ČR v jednom ze svých usnesení v roce 1997 dokonce

dospěl k závěru, že pokud lékař je informován o tom, že jiný je ohrožen na životě a bez okamžitého poskytnutí první pomoci může zemřít a je s touto skutečností srozuměn, přičemž první pomoc neposkytne, může být podle okolností případu takové jednání, má-li za následek újmu na zdraví nebo smrt, hodnoceno nejen jako trestný čin neposkytnutí pomoci, ale i jako trestný čin vražda způsobený v úmyslu nepřímém či trestný čin úmyslné ublížení na zdraví způsobené v úmyslu nepřímém.

**Neposkytnutí první pomoci, které má za následek úmrtí pacienta, který by v případě včasného poskytnutí první pomoci nezemřel, je jednou z nejvíce nešťastných situací v profesionálním životě lékaře a může**

**vést i k přísným nepodmíněným trestům odnětí svobody a dlouhodobým zákazům činnosti.**

Na druhou stranu je třeba přistupovat k poskytnutí první pomoci uvážlivě a bez zbytečného riskování. Lékař má poskytovat především lékařskou první pomoc a nemá nahrazovat jiné profese.

**V zájmu pacienta by měl lékař přistupovat k poskytnutí první pomoci tak, že bude chránit také svůj život a zdraví, protože mrtvý nebo těžce zraněný lékař pacientovi první pomoc neposkytne a neposkytne ji ani dalším potřebným pacientům. Proto by lékař poskytující první pomoc neměl suplovat vyprošťovací čety, policisty, hasiče a jiné profese, ani jinak neuváženě riskovat vlastní zranění či život.**

**Resumé:** Každý, včetně laiků, je povinen poskytnout jinému první pomoc nebo alespoň její poskytnutí zprostředkovat. Zdravotník však musí první pomoc vždy poskytnout, je-li vážně ohroženo zdraví nebo život a není-li pomoc včas dosažitelná obvyklým způsobem, a musí zajistit podle potřeby postiženému i další odbornou péči. Nemůže odmítnout poskytnutí první pomoci s odkazem, že je to věc záchranné služby a on je soukromý lékař nebo že pečuje o jiné pacienty, pokud tato péče není nutná a neodkladná. Na druhé straně má však přistupovat k poskytnutí první pomoci tak, aby chránil svůj život a své zdraví, zbytečně neriskovat a nenahrazovat jiné profese.

JUDr. Jan Mach  
ředitel právního oddělení ČLK

### Staňte se členy České rady pro resuscitaci a užívejte členských výhod!

Česká rada pro resuscitaci (RR), interdisciplinární lékařská společnost pro resuscitační medicínu a neodkladnou péči, nabízí svým členům zajímavé členské výhody:

1. Všichni členové obdrží zdarma výtisk českého překladu kapesní verze nových doporučení pro resuscitaci a neodkladnou péči, vydaných European Resuscitation Council v listopadu 2005.
2. Všichni členové mají nárok na 30% slevu na kurzy praktických dovedností resuscitace a neodkladné péče. Lékaři, kteří se zapojí do výzkumného projektu Fejfar ([www.fejfar.info](http://www.fejfar.info)) mohou uplatnit 50% slevu.
3. Všichni členové mají nárok na 10% slevu při nákupu osvědčených pomůcek neodkladné péče.
4. Všichni členové mají nárok na 50% slevu z účastnického poplatku na konferencích, pořádaných RR.

**Další informace na: [www.resuscitace.cz](http://www.resuscitace.cz)**



**Zástup**

Psychoterapeutické středisko Břehová přijme psychiatra. Psychoterapeutická kvalifikace výhodou. Příhlášky a profesní CV zasílejte buď písemně (Psychoterapeutické středisko, ředitel, Břehová 3, 110 00 Praha 1) a nebo e-mailem (K.Koblic@seznam.cz).

Pro zavedenou oční ordinaci v Kladně hledám lékaře s I. atestací v oboru oftalmologie na částečný pracovní úvazek a krátkodobé zástupy. Kontakt: tel. 603 226 406, e-mail: ordinace@bystrozrak.cz

Okresní nemocnice Tábor přijme do pracovního poměru: lékaře pro interní oddělení. Požadavky: preferujeme lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru interní lékařství, možnost přijetí i absolventa, plný pracovní úvazek. Nabízíme: zvyšování kvalifikace včetně specializace, možnost funkčního zařazení. Nástup ihned, popřípadě dle dohody. Bližší informace podá: MUDr. Ladislav Douđa, primář oddělení Interna 1, tel. 381 608 372. Písemné nabídky zasílejte elektronicky na adresu: ladislav.douda@ontab.cz, poštou na adresu Okresní nemocnice Tábor, Kpt. Jaroše 2000, 390 03 Tábor nebo doručte osobně na personální oddělení ONT.

Ředitel Nemocnice Teplice, p. o., obsadí funkci: ekonomického náměstka ředitele. Pokud Vás zajímá tato volná pozice, zašlete nám Váš strukturovaný životopis s motivačním dopisem. V případě, že budete zařazen do užšího výběru, budete o této skutečnosti informováni. V opačném případě budete vyzváni k osobnímu pohovoru. V případě Vašeho zařazení do užšího výběru, budete v horizontu jednoho měsíce od zaslání životopisu a motivačního dopisu, pozváni k pohovoru. K tomuto pohovoru je nutné předložit tyto doklady: přihlášku, která musí obsahovat název funkce a zařazení, v němž má být funkce vykonávána s datem a vlastnoručním podpisem. K přihlášce připojte vyplněný osobní dotazník, stručný životopis s uvedením údajů o dosavadních zaměstnáních, ověřené doklady o dosaženém vzdělání, výpis z rejstříku trestu ne starší tři měsíců a čestné prohlášení, že proti Vám není vedeno trestní řízení. Osvědčení dle zákona č. 451/1991 Sb. ve znění pozdějších předpisů a notářsky ověřené čestné prohlášení dle ust. § 4 cit. zákona. Dále návrh vlastní koncepce v oblasti řízení ekonomického úseku v rozsahu minimálně tří stran. Od uchazeče se vyžadují manažerské předpoklady, schopnost týmové práce a ochota absolvovat manažerské studium, znalost legislativy a systému veřejného zdravotního pojištění. Ke klíčovými úkolům patří znalost vykazování výkonů zdravotních pojištěnců (ZP) a metodických pokynů ZP, znalost účetnictví i v neziskovém sektoru, orientace v ekonomice zdravotnictví, strategická analýza a plánování, controlling, spolupráce na manažerském informačním systému i s externími institucemi, průběžné vyhodnocování hospodaření na všech úrovních. Předpoklad ukončení tohoto výběru je září 2006. Přihlášku s požadovanými doklady, uchazeč doručí do 10 dnů před konáním pohovoru na adresu: Nemocnice Teplice, p.o., personální oddělení, Duchcovská 53, PSČ 419 29 Teplice. Informace na tel. číslo 417519202 (417519200).

Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, příspěvková organizace - dětská klinika přijme pro novorozenecké oddělení s JIRP (perinatologické centrum) lékaře s atestací z pediatrie případně i neonatologie. Kontakt: MUDr. Janec Petr tel.477112850, e-mail: petr.janec@mnlul.cz

Společnost **CYMEDICA** se sídlem v Hořovicích, okr. Beroun, podnikající v oblasti prodeje a výroby veterinárních léčiv přípravků pro zvířata ve státech střední a východní Evropy, hledá pro Českou republiku vhodného kandidáta na pozici **SALES MANAGER**. Požadujeme: VŠ vzdělání, praxi ve veterinární oblasti, 2 roky praxe v obchodu, 2 roky praxe s vedením týmu, uživatelskou znalost PC, znalost angličtiny, řídicí průkaz skupiny B, ochotu cestovat. Vaším úkolem bude rozvíjet obchodní aktivity společnosti a posilovat obchodní pozici ve svěřeném regionu, realizovat obchody a poskytovat zákaznický servis, inovovat a rozvíjet kvalitu služeb klíčovými zákazníky. Nabízíme: zájem moderní společnosti s letitou tradicí, pracoviště v Hořovicích, odpovídající ohodnocení Vaší práce: stálý plat + pololetní prémie dle dosažených výsledků, možnost postupu na místo výkonného ředitele. Své životopisy zasílejte do 14 dnů po uveřejnění inzerátu na adresu: Cymedica spol. s r. o., Pod Nádražím 853, 268 01 Hořovice, Telefon: 311 545 011, fax: 311 513 611, e-mail: roubalova@cymedica.cz.

Nabízím zástup v ordinaci praktického lékaře Liberecko – Praha. Jsem invalidní důchodce bez licence, atestace z interny a všeobecného lékařství. Tel.: 602 772 103, 485 160 752.

Oftalmologa na občasný zástup (nemoc, dovolená) do oční ambulance v Mikulově hledám. Tel.: 737 781 461.

Zastupím praktického lékaře pro děti a dorost na kratší aj. delší období v SR aj. ČR. Informácie na tel.: 00421 905 462 313.

Hledám akutně zástup do gynekol. ord. v P-10 (úraz). Velikost úvazku dle možností, nejlépe 1,0. Začátek co nejdříve, dobré platové podmínky. Mob. 604 272 258.

Hledám občasný zástup do ordinace praktického lékaře na Praze s kladným vztahem k alternativní medicíně. Do budoucna možnost širší spolupráce. Tel: 608 029 363.

Hledám lékaře/ku i důchodce k občasným zástupům do ordinace PL pro dospělé v Hradci Králové Tel.: 603 771 590.

**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, Mob. 776 228 622.

Prodám horkovzdušný sterilizátor HS 61A – funkční-levně – za 3000,-Kč. Tel.: 608 443 864.

Prodám komplexní vybavení pro colonyhydroterapii, včetně přístroje, s podstatnou slevou, spěchá. Tel: 608 824 868.

Prodám soft laser LASOCARE, 5-10 mW, 638 nm, vhodný na povrchy a kosmetické účely. PC 22.000,-, nyní 11.000,- Kč. Tel.: 585 225 190, 777 013 548.

Prodám vybavení ORL ordinace. Tel.: 603 726 088.

Prodám audio Maico ST20 – základní křivka + kostní vedení, zakoupeno 2005. Tel.: 720 555 078.

Prodám bílou halogenovou lampu na stěnu, otočné rameno cca 2m, (6000,-Kč) a sterilizátor Stericel 55 téměř nepoužitý (18000 Kč) tel. 777 111 621.

Prodám uroflowmetr Flowmic 3 roky starý, se sedátkem, pův. cena 55 000 Kč tel. 603 294 397.

Prodám knihy: 1. Homeopatická materia medica-J. T. Kent, 2. Repertorium homeopatické materie mediky-J. T. Kent, 3.Homeopatická materia medica-W.Boericke,Oscar Boericke. Kontakt - tel: 724 093 556.

Prodám zánovní UTZ přístroj Pie Medical, typ Corvus 260, zcela neporuchový, černobílý obraz, s vaginální i abdominální sondou, s printerem, s prohlášením o shodě, navíc freezovací pedál, za celkovou sumu 300 000,-Kč. Tel. 606 778 772.

**Pronájem**

Operační sál pronajmu v Praze 10 na poliklinice, kompletně zařízený se stacionářem, včetně nástrojů. Cena 500,-Kč/hod. Jen čistá chirurgie, ortopedie, plastická chirurgie. Tel.: 737 935 359.

Pronájem zařízení ordinace na Vítězném náměstí v Praze 6, Možno i jednotlivé dny, či hodiny. Cena pronájmu i dne 2000,- měsíčně. Kontakt tel.:603106564, nebo 602859031.

Pronajmu prostory vhodné k podnikání cca 25 m², vhodných pro lékařskou praxi. Brno. Tel.: 602 768 156.

Pronajmu soukromou zařízenou ORL ordinaci v Kolíně, samostatný domek se zahradou. Tel.: 603 726 088.

Pronajme moderně nově zrekonstruované prostory v blízkosti Hradce Králové, vhodné pro ordinaci dětského lékaře. Kontakt: 606 755 122.

Dlouhodobě pronajmu zavedenou ordinaci PL pro dospělé v Moravském Berouně ve vlastní, nově rekonstruované vile (pracovna lékaře, pracovna sestry, čekárna, 3x sociální zařízení, denní místnost, zákrokový sál, sklady, garáž, podkroví) v příjemném prostředí. Možná úprava podkrovního bytu. Kontakt: david.placek@volny.cz.

**Různé**

Odkoupím alergol. imunol.praxi v Praze, Středočes.kraji, Plzni a okolí, další spolupráce s prodávajícím lékařem možná. Mail: alergosalve@seznam.cz, tel.:608034422.

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

Praxi praktick.lékaře pro dospělé v Praze Krč prodám vážnému zájemci s plnou kvalifikací. Tel.: 603 414 569.

Odkoupím perspektivní ordinaci praktického děts. lékaře. Tel.: 776 132 314 večer 20-21 hod.

Přenechám dobře zavedenou praxi praktického lékaře pro dospělé v Hlinsku v Č. Telefon: 469 319 261, 469 319 252. Zn. Důchod.

Přenechám zavedenou kožní ambulanci v Havířově. Tel.: 723 714 482.

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

Přenechám zavedené rekreační středisko 12 km od Plzně, ve vlastním objektu s možností prodeje, po kompletní rekonstrukci, vybavené pro nadstandardní péči. V bezprostřední blízkosti střediska je prostorná vila, umožňující další podnikání (ubytování klientů, personálu, další lékařské či jiné služby). Podrobné informace na www.volny.cz/rehab.hb/. Kontakt: p. Ševčíková , tel: 605 842434.

Převzmu zavedenou kardiologickou ambulanci v okrese Brno-město nebo Brno-venkov. Tel.:724331936.

Praktická lékařka pro dospělé s licenci hledá převzetí praxe 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. Email: sa.ve@post.cz , tel.: 737 327 006.

Jsem absolventkou lékařské fakulty v r. 2004. Mám několikaměsíční praxi na RDG a interním oddělení v Praze. Mám zájem ale o gynekologii a hledám ambulantního školitele v oboru gynekologie v Praze, event. v okolí. Nastup možný ihned. Prosim volejte na tel. 776 184 120.

Chirurg - stomatolog z Ruska s trvalým pobytem v ČR - absolvoval aprobační zkoušky v ČR (Institut postgraduálního vzdělávání) se šestiletou praxí na oddělení maxilo-faciální chirurgie v Rusku shání stáž na dobu pěti měsíců s možným zaměstnáním v budoucnu. Kontaktní telefon: 604 517 708.

Kardiolog odkoupí praxi, možno i výhledově, kdekoliv v Čechách. Solidní jednání. Tel.: 724 364 495.

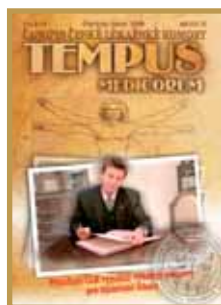
Lékař s licenci ze všeobecného lékařství hledá k převzetí praxi v Olomouci a okolí. Tel. 608 460 760.

Převzmu či odkoupím zavedenou praxi praktického lékaře v Brně a okolí, možno i výhledově. Kontaktní tel. č. 774 151 170.

Prodám zavedenou ordinaci ORL v Praze email.ordordinace@seznam.cz, Tel: 728 422 401.

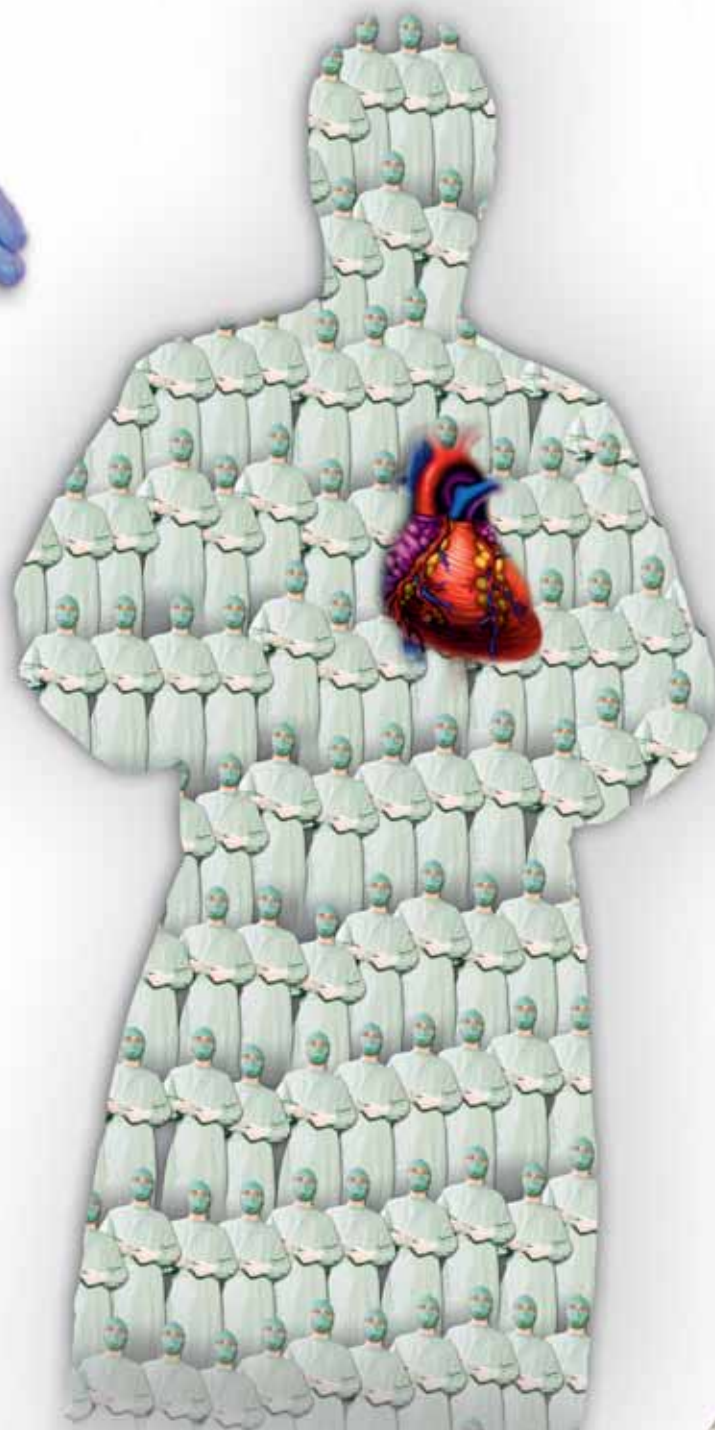
Promoční ročník 1975 lékařské fakulty UJEP Brno, všeobecný směr - plánujeme setkání. Napište e-mail adresu, adresu a telefon i dalších spolužáků na: WeinbergerV@atlas.cz. Kontaktní tel.v prac.době 533 302 381.

Přenechám zavedenou interní ambulanci v Bohumíně. Tel. 605 035 330, 596 122 359 (večer).



**Vydává:** Česká lékařská komora. Adresa: 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.: 257 217 226, fax: 257 220 618.  
**Internet:** www.lkcr.cz/tm. **Sekretářka redakce:** Veronika Klierová.  
**Příjem řádkové inzerce:** Veronika Klierová, Lékařská 2, 150 00 Praha 5. Tel.: 257 217 226, Fax: 257 220 618, recepce@clkr.cz  
**Grafická úprava, sazba:** Ivan Vacke. **Tisk:** Moraviapress, a. s. Břeclav.  
**Fotografie:** Pokud není uveden autor - archiv redakce.  
 Uzávěrka tohoto čísla 9. 8. 2006. Vychází měsíčně. Toto číslo vyšlo 16. 8. 2006.  
 Podávání novinových zásilek povoleno: Česká pošta, s. p., Odštěpný závod Praha, čj. nov 6139/96 ze dne 22. 11. 1996.  
**Distribuce:** Česká pošta, s. p., Postservis OŽ Preprava. Předplatné pro nečleny ČLK (300,- Kč /rok) přijímá redakce.  
 Příspěvky v rubrice Názory se nemusí shodovat se stanoviskem redakce. Ta si současně vyhrazuje právo na formální krácení příspěvků.

Nemiřme sami sobě na komoru...



*Vaše silná Česká lékařská komora*

