



TEMPUS MEDICORUM

3/2017
ROČNÍK 26

ČASOPIS ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

DÁLE V TOMTO ČÍSLE:

Nespravedlnosti v úhradách zdravotních služeb navzdory slibům ministerstva i vlády přetrvávají

Komora usiluje o bezesmluvní vztahy poskytovatelů zdravotních služeb s pojišťovnami

Zákon o univerzitních nemocnicích nechceme

Mladí lékaři ČLK v evropském společenství

Indické zdravotnictví na prahu změn

Objednávat si interní systém hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, to jsou vyhozené peníze

**Novela zákona o vzdělávání
exodus lékařů nezastaví**



Lékaři a další boháči

Nástupní plat lékaře po šesti letech vysokoškolského studia byl v nemocnicích, pro které platí státní tarifní tabulky, s velkou slávou zvýšen od ledna na 27 110 Kč. To ovšem platí pouze v případě, že se nastupující kolegyně či stále vzácnější kolega nestanou obětí podvodu s tzv. doktorandským studiem. Ve většině nemocnic, které byly na akciové společnosti transformovány mimo jiné také proto, aby tarifní tabulky respektovat nemusely, mají lékaři v souladu s nařízením vlády zaručenu při úvazku 1,0 mzdu 19 900 Kč.

Nemocnice trpí tu větším, tam přímo katastrofálním nedostatkem zdravotnického personálu a fungují pouze díky soustavnému a vědomému obcházení či přímo porušování platných zákonů. Personální devastace nemocnic dosáhla takového stupně, že některá oddělení jsou pro pacienty nebezpečná. Ministerstvo zdravotnictví hazarduje se zdravím pacientů a ve vzácné shodě s kraji dělá vše pro to, aby zabránilo lékařské komoře personální vybavení nemocnic zkontrolovat. Zákoník práce zůstal ve zdravotnictví cípem papíru, což vládnoucí politiky také vůbec nezajímá. Zatímco průměrná pracovní doba v ČR činí zhruba 180 hodin měsíčně, lékař nucený sloužit obrovské množství služeb si ve fakultní nemocnici v průměru za 250 hodin práce vydělá 66 500 Kč a jeho kolega v okresní nemocnici bere za stejnou dřinu 60 600 Kč, tedy o deset procent méně. Proč?

ČSSD slibuje, že zvýší daňovou progresi a přinutí desetinu nejvíce vydělávajících zaměstnanců, tedy vysokoškoláků, aby se o své peníze rozdělili s devadesátiprocentní většinou ostatních pracujících. Samozřejmě se jedná o ubohý předvolební populismus, který miliardář Babiš stejně okamžitě přebil trumfovým esem v podobě slibu, že on zruší Senát, zredukuje sněmovnu, republiku bude řídit jako svoji firmu a díky EET sníží daně všem. Politici zkrátka s oblibou vyhlašují válku neexistujícím problémům, tedy v tomto případě v jedné z nejsolidárnějších společností údajně přílišným rozdíly v příjmech za práci nekvalifikovanou a práci vysoce odbornou a náročnou, jen aby nemuseli řešit skutečný problém, že i po čtvrt století

budování kapitalismu naše kupní síla doma dosahuje pouhých 40 % kupní síly Němců v Německu. A chce-li si český vysokoškolák připadat jako chudák, stačí vyrazit třeba na kole kilometr za hranice. Z propastných rozdílů mezi platy u nás a u našich sousedů těží zahraniční investoři a úzká skupinka skutečných boháčů, se kterými si to však ani ČSSD, kdysi možná „strana pracujících“, nechce rozházet. Proto bezmocně přihlíží tomu, jak stovky miliard od nás každoročně plynou do zahraničí k vlastníkům „našich“ bank a továren nebo jak odplouvají do daňových rájů.

Skutečných boháčů se bojí, a tak ekonomičtí „experti“ z Lidového domu za boháče, které je třeba oškubat, označili zaměstnance s hrubým příjmem nad 50 000 Kč měsíčně. Bohatství je samozřejmě pojem relativní a záleží na tom, s kým se chcete porovnávat. Pro člověka pracujícího za minimální mzdu 11 000 Kč by byl jistě pětinašobný příjem bohatstvím. Kvalifikovaného

Útok na vzdělané a pracovité lidi

vysokoškoláka, tedy lékaře či inženýra, však 1800 eur již v naší zemi udrží jen těžce. Příjem, který někteří politici označují za hranici bohatství, tedy oněch zmiňovaných 50 000 Kč hrubého platu za měsíc, je přitom nižší než minimální mzda v Lucembursku stanovená v roce 2015 jako na ekvivalent částky 53 300 Kč. S hrubým příjmem padesát tisíc si však jako chudák můžete připadat i v Německu, kde od ledna 2015 zavedli minimální mzdu na úrovni 40 800 Kč, nebo v Británii, kde již o rok dříve odpovídala minimální mzda částce 42 000 Kč.

Nevím, co svým plánem ČSSD sleduje, a jako nestraníkoví by mi to mohlo být v podstatě jedno. Jako prezident lékařské komory však nemohu k podobným útokům na vzdělané a pracovité lidi mlčet. Vždyť co si asi můžeme myslet o politicích, kteří s obrovským hububukem jednou rukou platy zdravotníkům zvyšují, aby jim vzápětí druhou rukou peníze zase sebrali. Pokud je rafinovaně skrytým cílem tohoto plánu vyhnat další lékaře z nemocnic a dosáhnout tak redukce jejich sítě, nebo přimět doktory, aby konečně přestali sloužit nad limit zákoníku práce, když jim výdělek za služby stejně vezme erár, pak to může vyjít. Pokud si však sociální demokraté myslí, že svým plánem přivábí voliče, pak se však také mohou přepočítat. Lidé, jejichž jednání v první řadě určuje závist, ti přece volí a budou volit komunisty.

Milan Kubek

OBSAH

ZÁKON O VZDĚLÁVÁNÍ	3-7
Změny v postgraduálním vzdělávání	
ÚHRADY ZDRAVOTNÍ PÉČE	8-13
Bonifikace za vzdělávání	
Jak si vynutit spravedlnost v úhradách	
Seznam zdravotních výkonů	
Bezesmluvní vztah, nebo tendry?	
UNIVERZITNÍ NEMOCNICE	14-15
Zákon o univerzitních nemocnicích nechceme	
ELEKTRONICKÉ RECEPTY	16
Elektronické recepty pouze nepovinné	
MLADÍ LÉKAŘI ČLK	17
Co řeší evropští mladí lékaři	
ČIŇSTÍ LÉČITELÉ	18-19
Léčitelé a šamany komora nepodporuje	
Vyzula chce uzákonit studium pro terapie čínské medicíny	
ZAHRAŇICÍ	20-21
Problémy a výzvy indického zdravotnictví	
PRÁVNÍ PORADNA	22-27
Podepsat můžeš, přečíst musíš	
Nevyhadzuj peníze za interní systém hodnocení kvality v ambulancích	
Vy se ptáte, právník odpovídá	
„Zmatené nadstandardy“	
NAPSALI JSTE	29
Lékaři se v penězích netopí	
SERVIS	31-35
Vzdělávací kurzy ČLK	
Inzerce	
Křížovka	

MĚSÍČNÍK TEMPUS MEDICORUM

Vydává: Česká lékařská komora, Lužická 419/14, 779 00 Olomouc
 Registr. číslo MK ČR 6582 • ISSN 1214-7524 • IČ 43965024
 Adresa redakce: Časopis ČLK, Lékařská 2, 150 00 Praha 5
 tel. +420 257 217 226 • fax +420 257 220 618 •
 recepcce@clkr.cz • www.clkr.cz
 Šéfredaktor: MUDr. Milan Kubek
 Redakční zprávy: EV public relations, s. r. o., Praha
 Odpovědná redaktorka: PhDr. Blanka Rokosová
 Příjem příspěvků: blanka.rokosova@ev-pr.cz
 Pro Českou lékařskou komoru připravuje: Mladá fronta a. s.
 Generální ředitel: Ing. David Hurta
 Ředitel divize Medical Services: Karel Novotný, MBA
 www.medical-services.cz
 Grafická úprava, sazba: Jan Borovka
 Inzerce: inzerce-tempus@clkr.cz
 Tisk: EUROPRINT a. s.
 Uzávěrka čísla 3: 3. 3. 2017 • Vyšlo: 13. 3. 2017
 Podávání novinových zásilek povoleno: Česká pošta, s. p.,
 odštěpný závod Praha, čj. nov. 6139/96 ze dne 22. 11. 1996
 Distribuce: Česká pošta, s. p., Postservis OZ Preprava
 Předplatné pro nečleny ČLK 300 Kč/rok (přijímá redakce)
 Příspěvky se nemusejí shodovat se stanoviskem redakce.
 Ta si současně vyhrazuje právo na redakční úpravu textů.
 Rádková inzerce je pro lékaře do pěti řádků (včetně) zdarma.
 Větší rozsah a inzerát nelékaře je zpoplatněn. Při zadávání
 inzerátů je proto potřeba zadat fakturační kontaktní adresu,
 IČ, DIČ, telefon, e-mail.
 Bez těchto informací nebude inzerát zveřejněn.

Změny v postgraduálním vzdělávání lékařů

Poslanecká sněmovna odmítla 31. 1. 2017 senátní veto a schválila návrh novely zákona č. 95/2004 Sb. Novelu zákona podepsal i prezident republiky, takže pokud bude zveřejněna ve Sbírce zákonů během měsíce března, začne platit od 1. července 2017.



Co nového novela zákona č. 95/2004 Sb. přináší?

Zaměřím se pouze na změny oproti dosavadnímu znění, aniž bych tyto změny blíže hodnotil. Následující měsíce ukážou, zda se novela v praxi osvědčí a zda opravdu přináší změny, po nichž mladí lékaři tolik volali. Tedy zda zákonodárci opravdu vnímali návrhy kompetentních orgánů a institucí, anebo se jen zaměřil v rámci legislativního lobbingu na silné zájmové skupiny, jimž na osudu postgraduálního vzdělávání vyjma vlastních ambicí a osobních zájmů až tolik nezáleží.

Nově je v zákoně definován odborný dozor a odborný dohled nad lékařem v průběhu jeho předatestační přípravy.

Odborný dozor a odborný dohled

Výkonem povolání lékaře pod **odborným dozorem** se rozumí výkon činností lékaře s odbornou způsobilostí před získáním certifikátu o absolvování základního kmene.

Odborný dozor vykonává lékař se specializovanou způsobilostí přítomný ve zdravotnickém zařízení, ve kterém vykonává činnost

lékař s odbornou způsobilostí, s fyzickou dosažitelností lékaře se specializovanou způsobilostí do 15 minut. Tento lékař musí být v pracovněprávním vztahu k poskytovateli zdravotních služeb, nebo ve služebním poměru, anebo musí být sám poskytovatelem zdravotních služeb.

Výkonem povolání lékaře pod **odborným dohledem** se rozumí výkon činností lékaře s odbornou způsobilostí po získání certifikátu o absolvování základního kmene.

Odborný dohled vykonává lékař se specializovanou způsobilostí, a to nepřetržitou telefonickou dostupností a fyzickou dosažitelností zdravotnického zařízení, ve kterém vykonává činnost lékař s odbornou způsobilostí, do 30 minut. Tento lékař musí být v pracovněprávním vztahu k poskytovateli zdravotních služeb, nebo ve služebním poměru, anebo musí být poskytovatelem zdravotních služeb

Poskytovatel zdravotních služeb je povinen zajistit výkon odborného dozoru a odborného dohledu.

Bez odborného dozoru může lékař s odbornou způsobilostí vykonávat činnosti, které odpovídají rozsahu znalostí a dovedností získaných studiem v akreditovaném zdravotnickém magisterském studijním programu všeobecné lékařství a které jsou stanoveny prováděcím právním předpisem. Lékař s odbornou způsobilostí může **před získáním certifikátu** o absolvování základního kmene vykonávat další činnosti v rozsahu, který mu písemně stanoví jeho školitel, a to pod odborným dohledem.

Bez odborného dohledu může lékař s odbornou způsobilostí a s certifikátem o absolvování základního kmene vykonávat:

- činnosti, které odpovídají rozsahu znalostí a dovedností získaných vzděláváním v základním kmenu a které jsou stanoveny prováděcím právním předpisem,
- revizní činnost podle zákona upravujícího veřejné zdravotní pojištění,

c) další činnosti v rozsahu, který mu písemně stanoví jeho školitel.

Novela rozšiřuje počet subjektů oprávněných přezkoumávat zdravotní způsobilost zdravotnického pracovníka. V případě důvodného podezření, že došlo **ke změně zdravotního stavu zdravotnického pracovníka**, může být zdravotnický pracovník vyzván k přezkoumání zdravotní způsobilosti nejen správním úřadem, který vydal oprávnění k poskytování zdravotních služeb nebo zaměstnavatelem, ale nově i Ministerstvem zdravotnictví nebo příslušnou komorou. Lékařský posudek nesmí být vydán osobou blízkou a v případě všeobecných praktických lékařů ani osobou, která je jejich zaměstnavatelem.

Byl rozšířen výčet činností, které jsou součástí výkonu povolání lékaře, o **paliativní péči a revizní činnost**.

Specializační obory specializačního vzdělávání lékaře, označení odbornosti, základní kmene pro jednotlivé obory specializačního vzdělávání a minimální délka specializačního vzdělávání **jsou uvedeny v příloze č. 1** k tomuto zákonu.

Specializační vzdělání

Probíhá jako celodenní průprava v akreditovaných zařízeních v rozsahu odpovídajícím stanovené týdenní době (tj. 40 hodin) a je odměňována. Pokud probíhá jako průprava rozvolněná, při nižším rozsahu, než je stanovená pracovní doba, nesmí její celková délka, úroveň a kvalita být nižší než při celodenní přípravě. U rozvolněné přípravy nesmí být úvazek nižší než 0,5, v případě mateřské nebo rodičovské dovolené nižší než 0,20. Do specializačního vzdělávání lékaře se nezapočítává doba výkonu zdravotnického povolání přesahující stanovenou týdenní pracovní dobu.

Ministr zdravotnictví může na základě písemné žádosti účastníka specializačního

vzdělávání **udělit výjimku** a rozhodnout **o započtení odborné praxe probíhající na neakreditovaném pracovišti do specializačního vzdělávání** v případě, že toto pracoviště splňovalo všechny podmínky pro udělení akreditace v souladu se vzdělávacím programem, podle kterého se účastník specializačního vzdělávání vzdělával, a to v období, kdy v něm účastník specializačního vzdělávání odbornou praxi uskutečňoval.

Specializační vzdělávání se uskutečňuje v základním pracovněprávním vztahu nebo ve služebním poměru.

Doba výkonu zdravotnického povolání v **průběhu studia v doktorském studijním programu** nebo jeho části **se započte** do specializačního vzdělávání lékaře pouze **v případě**, že souběžná doba výkonu povolání lékaře v pracovněprávním vztahu k poskytovateli zdravotních služeb dosahovala alespoň poloviny stanovené týdenní pracovní doby.

Do specializačního vzdělávání se počítá odborná praxe, popřípadě její část, absolvovaná:

a) **v jiném oboru specializace nebo v jiném základním kmeni**, pokud odpovídá její obsah a rozsah příslušnému vzdělávacímu programu nebo pokud odpovídá její obsah a rozsah obsahu vzdělávání v základním kmeni stanoveném prováděcím právním předpisem. O započtení odborné praxe rozhodne pověřená organizace; o odvolání proti tomuto rozhodnutí rozhoduje ministerstvo;

b) **v cizině**, pokud odpovídá její obsah a rozsah příslušnému vzdělávacímu programu a vysoká škola nebo osoba, která je podle právních předpisů daného státu oprávněna poskytovat zdravotní služby, potvrzující praxi na svém pracovišti, zabezpečuje specializační vzdělávání lékařů v příslušném oboru v souladu s právními předpisy daného státu; o započtení rozhodne ministerstvo.

Pokud z důvodu mateřské dovolené nebo rodičovské dovolené přerušil lékař výkon lékařského povolání, přičemž je současně zařazen do specializačního vzdělávání v **oboru pediatrie**, **započte se** mu na jeho žádost do odborné praxe doba v délce 3 měsíců za mateřskou dovolenou nebo rodičovskou dovolenou u každého dítěte, pro kterou přerušil specializační vzdělávání, trvala-li mateřská dovolená nebo rodičovská dovolená jednotlivě nebo obě v součtu alespoň 6 měsíců. Do doby odborné praxe lze takto započítat celkem nejvýše 6 měsíců.



Foto Shutterstock.com

Účast na vzdělávání v prvním základním kmeni a v prvním specializačním oboru, do kterého je účastník specializačního vzdělávání zařazen podle tohoto zákona, se považuje **za zvyšování kvalifikace** podle zákoníku práce. Doposud bylo specializační vzdělávání považováno za prohlubování kvalifikace, což bylo pro lékaře přijatelnější postavení stran následné úhrady nákladů. **Jiné vzdělávání než v prvním základním kmeni a v prvním specializačním oboru**, do kterého je účastník specializačního vzdělávání zařazen podle tohoto zákona, se považuje **za prohlubování kvalifikace** podle zákoníku práce.

Lékař může být souběžně zařazen nejvýše ve dvou specializačních oborech, pokud mají shodný kmen. Nemůže být souběžně zařazen ve specializačním oboru a nástavbovém oboru.

Základní kmeny:

- a) anesteziologický,
- b) dermatovenerologický,
- c) gynekologicko-porodnický,
- d) hygienicko-epidemiologický,
- e) chirurgický,
- f) interní,
- g) kardiochirurgický,
- h) maxilofaciálněchirurgický,
- i) neurochirurgický,
- j) neurologický,
- k) oftalmologický,
- l) ortopedický,
- m) otorinolaryngologický,
- n) patologický,
- o) pediatrický,
- p) psychiatrický,
- q) radiologický,
- r) urologický a
- s) všeobecné praktické lékařství

Délka vzdělávání v základním kmeni je 30 měsíců a je ukončeno zkouškou.

Zkouška po ukončeném vzdělávání v základním kmeni se může ve stejném základním kmeni **opakovat nejvýše třikrát, nejdříve však za 6 měsíců** ode dne neúspěšně vykonané zkoušky.

Prováděcí právní předpis stanoví obsah vzdělávání v základních kmenech, požadavky na technické a věcné vybavení a personální zabezpečení pracoviště, které jsou podmínkou pro získání akreditace, požadavky na teoretické znalosti a praktické dovednosti, rozsah a obsah studijních povinností.

Pokud lékař se specializovanou způsobilostí přerušil výkon povolání lékaře na dobu, **která za posledních 7 let činila v celkovém součtu více než 6 let, je povinen se bezodkladně po skončení přerušení výkonu povolání doškolit** v rozsahu nejméně 60 pracovních dnů na pracovišti poskytovatele zdravotních služeb, poskytujícího zdravotní služby v oboru, pro který získal specializovanou způsobilost. Doškolení probíhá pod vedením lékaře s příslušnou specializovanou způsobilostí, jenž provede záznam o průběhu a ukončení doškolení do průkazu odbornosti; pokud lékař nemá tento průkaz, vydá o průběhu a ukončení doškolení potvrzení. V případě, že lékař získal specializovanou způsobilost ve více oborech, doškolení probíhá pouze v jednom z nich. **V nástavbových oborech se doškolení neprovádí. Doškolení probíhá jako celodenní průprava** v rozsahu odpovídajícím stanovené týdenní pracovní době. Doškolení může probíhat i jako **rozvolněná příprava**, to je při nižším rozsahu než stanovená týdenní pracovní doba, přitom její rozsah nesmí být nižší, než je polovina stanovené týdenní pracovní doby.

Za přerušení výkonu povolání lékaře se považuje i výkon povolání lékaře v rozsahu nižším, než je jedna pětina stanovené

týdenní pracovní doby souhrnně ze všech základních pracovněprávních vztahů, kde je druhem vykonávané práce povolání lékaře.

Do doškolení lékaře se nezapočítává doba výkonu zdravotnického povolání **přesahující stanovenou týdenní pracovní dobu. Pracovní docházka musí být během školení dokumentována.**

Akreditace

Akreditaci lze udělit pro:

- základní kmen (žádost neposuzuje akreditační komise),
- vlastní specializovaný výcvik,
- část specializačního vzdělávání uskutečňovanou v rámci poskytování specializované ambulantní péče,
- obor specializačního vzdělávání,
- doplňující odbornou praxi,
- nástavbový obor,
- teoretickou část vzdělávacího oboru (pouze pověřená organizace),
- funkční kurz,
- zajištění odborné praxe v rámci praktické části aprobační zkoušky.

Žádost o prodloužení akreditace musí být doručena nejpozději 120 dní před vypršením její platnosti. Pokud ministerstvo nerozhodne do dne, kdy platnost akreditace končí, její platnost se prodlužuje do nabytí právní moci nového rozhodnutí.

Akreditační komise

Členy akreditační komise jmenuje ministr tak, že 1/3 členů tvoří zástupci navržené Českou lékařskou komorou, 1/3 zástupci navržení lékařskými fakultami a 1/3 zástupci navržení ministerstvem, kteří jsou vybráni z návrhů odborné společnosti (u oboru posudkové lékařství též z návrhu Ministerstva práce a sociálních věcí a České správy sociálního zabezpečení).

Novela odstranila původní znění, které znemožňovalo být členem akreditační komise více než dvě po sobě následující období.

Akreditační komise mimo jiné připravují podklady pro stanovení obsahu vzdělávacích programů jednotlivých oborů specializačního vzdělávání, nástavbových oborů a obsah vzdělávání v základním kmeni, dále připravují podklady pro stanovení činností, které lékaři vykonávají na základě úspěšného absolvování základního kmene.

Vzdělávací rady

Zákon nově konstituuje jako poradní orgán ministerstva vzdělávací radu lékařů. Jeho členy jsou 3 zástupci navržení ministerstvem,

2 zástupci navržení odbornou společností, 2 zástupci navržení ČLK a 2 zástupci navržení lékařskými fakultami.

Vzdělávací rady projednávají jednotnou strukturu a srovnatelnost vzdělávacích programů jednotlivých oborů specializačního vzdělávání a nástavbových oborů. Předkládají návrhy obsahu vzdělávacích programů jednotlivých oborů specializačního vzdělávání a nástavbových oborů ke schválení ministru zdravotnictví. Doporučují ministru zdravotnictví vznik nebo zánik oborů specializačního vzdělávání, nástavbových oborů nebo funkčních kurzů. Předkládají ministru zdravotnictví doporučení k řešení odborných sporů mezi jednotlivými akreditačními komisemi.

Garant oboru, školitel

Akreditované zařízení, které poskytuje lůžkovou péči, jmenuje pro každý akreditovaný obor garanta oboru.

Garant oboru přidělí každému účastníkovi specializačního vzdělávání školitele. Školitelem může být pouze zdravotnický pracovník se specializovanou způsobilostí a s minimálně tříletou odbornou praxí po získání specializované způsobilosti v oboru, ve kterém provádí činnost školitele, nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí a s minimálně roční praxí po získání zvláštní specializované způsobilosti v oboru, v němž provádí činnost školitele. *(V případě nového specializačního oboru, pro který není dostatek zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí, může být školitelem lékař po předchozím kladném vyjádření akreditační komise. Pokud má akreditované zařízení pouze*

jednoho školitele, je tento školitel současně garantem oboru a musí splňovat podmínky určené pro garanta oboru – pět let praxe po získání specializované způsobilosti, nebo dva roky praxe po získání zvláštní specializované způsobilosti.)

Školitel zejména dohlíží na odbornou stránku výkonu zdravotnického povolání, průběžně prověřuje teoretické znalosti a praktické dovednosti účastníka specializačního vzdělávání a zajišťuje kontinuální odborný dozor a odborný dohled nad účastníky specializačního vzdělávání, kteří mu byli přiděleni.

Jeden školitel může vykonávat odborný dozor nad nejvýše 2 lékaři ve specializační přípravě **nebo odborný dohled nad nejvýše 3 lékaři** ve specializační přípravě. **Jeden školitel může vykonávat současně odborný dozor a odborný dohled nad nejvýše 3 lékaři** ve specializační přípravě.

Atestační zkouška

Specializační vzdělávání se ukončuje atestační zkouškou před **oborovou atestační komisí podle zkušebního řádu** stanoveného prováděcím právním předpisem na základě žádosti uchazeče o vykonání atestační zkoušky.

Ministr zdravotnictví vždy **jmenuje členem oborové atestační komise** minimálně jednu osobu, která je současně členem příslušné akreditační komise. Ministerstvo vždy do 1. prosince **zveřejní na svých internetových stránkách** seznam jmenovaných členů atestačních komisí pro následující kalendářní rok.



Ministerstvo vždy do 31. prosince zveřejní na svých internetových stránkách termíny atestačních zkoušek pro následující kalendářní rok.

Atestační zkoušky, nejde-li o atestační zkoušku pro obor všeobecné praktické lékařství nebo praktické lékárenství, se účastní školitel uchazeče; neúčastní-li se atestační zkoušky školitel uchazeče, účastní se jí **garant oboru nebo garantem oboru určený jiný lékař** se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru, z něž je atestační zkouška vykonávána. Tento lékař musí být v základním pracovněprávním vztahu k akreditovanému zařízení, ve kterém probíhalo specializační vzdělávání uchazeče, nebo ve služebním poměru.

Financování specializačního vzdělávání

O dotaci na rezidenční místo může akreditované zařízení požádat, pokud účastník specializačního vzdělávání zahájí specializační vzdělávání v tomto akreditovaném zařízení a současně má akreditované zařízení s účastníkem specializačního vzdělávání uzavřenu pracovní smlouvu v rozsahu minimálně poloviny stanovené týdenní pracovní doby a minimálně na dobu délky **základního kmeny**. Doposud byla povinnost mít uzavřenu pracovní smlouvu po dobu **specializačního vzdělávání stanovenou vzdělávacím programem v příslušném oboru**.

Nástavbové obory

Vzdělávání v **nástavbovém oboru probíhá** jako celodenní průprava v zařízeních akreditovaných podle tohoto zákona v rozsahu odpovídajícím stanovené týdenní pracovní době a je odměňováno.

Do vzdělávání v nástavbovém oboru ministerstvo, popřípadě pověřená organizace, započte část již dříve absolvovaného specializačního vzdělávání, vzdělávání v jiném nástavbovém oboru nebo praxi v cizině, pokud odpovídá vzdělávacímu programu příslušného nástavbového oboru. Započte se pouze vzdělání, které bylo absolvováno v období **předcházejících 10 let**, a to ke dni doručení žádosti o započtení. Do vzdělávání v nástavbovém oboru se studentům a absolventům doktorského studijního programu **započítá doba výkonu zdravotnického povolání v průběhu studia v doktorském studijním programu**. Absolvováním vzdělávání v nástavbovém oboru získává lékař **zvláštní specializovanou způsobilost**.

Funkční kurzy

Absolvováním funkčního kurzu nelze získat odbornou, specializovanou nebo zvláštní specializovanou způsobilost k výkonu povolání lékaře.

Návrh na vznik funkčního kurzu podává akreditované zařízení ministerstvu, žádost projedná akreditační komise a vzdělávací rada. Ministerstvo rozhodne o zařazení funkčního kurzu do seznamu funkčních kurzů.

Rozsah funkčního kurzu je **minimálně 1 měsíc a maximálně 6 měsíců**. Vzdělávání může probíhat i jako **rozvolněná příprava**.

Vzdělávací programy schvaluje ministerstvo a zveřejňuje je ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví, při tvorbě vzdělávacích programů spolupracuje s univerzitami a Českou lékařskou komorou.

Do vzdělávání ve funkčním kurzu pověřená organizace **započte část již dříve absolvovaného specializačního vzdělávání,** vzdělávání v nástavbovém oboru nebo v jiném funkčním kurzu, pokud odpovídá vzdělávacímu programu příslušného funkčního kurzu (*z posledních 5 let*). Doktorské studium se nezapočítává.

Žádost o zařazení do funkčního kurzu podává zdravotnický pracovník pověřené organizaci.

Funkční kurz **se ukončuje závěrečnou zkouškou před komisí** zřizovanou ministerstvem.

Zahraniční lékaři

Ministerstvo může **bez uznání způsobilosti,** na základě žádosti a **po prokázání zdravotní způsobilosti a bezúhonnosti vydat rozhodnutí o povolení k výkonu zdravotnického povolání lékaře,** na území České republiky **pod přímým odborným vedením lékaře** se specializovanou způsobilostí **na dobu určitou s vymezením činnosti,** které lze na základě tohoto rozhodnutí vykonávat, pokud je žadatel **pozdán do České republiky** akreditovaným zařízením v příslušném oboru k provedení jednorázového výkonu. Ministerstvo oznámí České lékařské komoře jméno osoby, které bylo vydáno rozhodnutí o povolení k výkonu zdravotnického povolání.

Ministerstvo může **bez uznání způsobilosti,** na základě žádosti a **po prokázání zdravotní způsobilosti a bezúhonnosti vydat rozhodnutí o povolení k výkonu odborné praxe lékaře** za účelem **nabývání odborných nebo praktických zkušeností na dobu určitou pod přímým odborným vedením lékaře,** pokud je žadatel **pozdán**

do České republiky právnickou osobou vykonávající činnost školy zapsané do rejstříku škol a školských zařízení, vysokou školou, výzkumnou institucí nebo akreditovaným zařízením, a to:

- **k výkonu odborné praxe trvající déle než 3 měsíce, maximálně však 1 rok, nebo**
- **k výkonu odborné praxe trvající maximálně 3 měsíce.**

Ministerstvo vydá **bez uznání způsobilosti po prokázání zdravotní způsobilosti, bezúhonnosti a po složení písemné části aprobační zkoušky** podle právního předpisu upravujícího zkušební řád pro aprobační zkoušky lékaře rozhodnutí **o povolení k výkonu odborné praxe lékaře na dobu určitou pod přímým odborným vedením lékaře,** pokud žadatel **hodlá absolvovat odbornou praxi v rámci praktické části aprobační zkoušky.** Toto rozhodnutí ministerstvo vydá **na dobu trvání praktické části aprobační zkoušky** podle právního předpisu upravujícího zkušební řád pro aprobační zkoušky.

K žádosti o povolení k výkonu odborné praxe je žadatel **povinen doložit nostrifikaci.** Povolení výkonu odborné praxe je možné vydat v celkovém součtu **nejvíce na dobu 2 let.**

Lékař **vykonávající přímé odborné vedení musí být fyzicky přítomen ve zdravotnickém zařízení,** kde je zdravotnické povolání lékaře nebo odborná praxe vykonávána. Lékař vykonávající **přímé odborné vedení** může toto přímé odborné vedení vykonávat **nejvýše nad jedním zdravotnickým pracovníkem,** kterému bylo vydáno rozhodnutí o povolení k výkonu zdravotnického povolání lékaře nebo rozhodnutí o povolení k výkonu odborné praxe lékaře, **a nemůže být současně školitelem.** Lékaře oprávněného k výkonu přímého odborného vedení v akreditovaném zařízení **určí garant oboru.** Lékař vykonávající přímé odborné vedení musí splňovat podmínku **minimálně tříleté odborné praxe po získání specializované způsobilosti.**

Navzdory snahám České lékařské komory, která s konečným zněním novely nesouhlasila, když i Senát ČR vyslovil argumentaci ČLK podporu tím, že novelu odmítl, byla novela opětovně přijata poslanci a podepsána prezidentem.

Tímto bych chtěl poděkovat především senátorům, kteří vidí stejně jako ČLK v novele promarněnou šanci na zlepšení postgraduálního vzdělávání lékařů.

MUDr. Zdeněk Mrozek, Ph.D.,
viceprezident ČLK

Příloha č. 1 k zákonu č. 95/2004 Sb.

Specializační obory specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů

LÉKAŘI

Specializační obor	Základní kmen	Označení odbornosti	Minimální délka vzdělávání (v letech) včetně délky vzdělávání v základním kmeni
alergologie a klinická imunologie	interní nebo pediatrický	alergolog a klinický imunolog	4,5
anesteziologie a intenzivní medicína	anesteziologický	anesteziolog	4,5
cévní chirurgie	chirurgický	cévní chirurg	5
dětská a dorostová psychiatrie	psychiatrický nebo pediatrický	dětský a dorostový psychiatr	4,5
dětská chirurgie	chirurgický	dětský chirurg	5
dětská neurologie	neurologický nebo pediatrický	dětský neurolog	4,5
dermatovenerologie	dermatovenerologický	dermatovenerolog	4,5
endokrinologie a diabetologie	interní nebo pediatrický	endokrinolog a diabetolog	5
gastroenterologie	interní nebo chirurgický	gastroenterolog	5
geriatrie	interní nebo všeobecné praktické lékařství	geriátr	4
gynekologie a porodnictví	gynekologicko-porodnický	gynekolog a porodník	4,5
hematologie a transfúzní lékařství	interní nebo pediatrický	hematolog a transfuziolog	4,5
hygiena a epidemiologie	hygienicko-epidemiologický	hygienik a epidemiolog	4
chirurgie	chirurgický	chirurg	5
infekční lékařství	interní nebo pediatrický	infekcionista	4
kardiochirurgie	kardiochirurgický	kardiochirurg	6
kardiologie	interní	kardiolog	5
klinická biochemie	interní nebo pediatrický	klinický biochemik	4,5
klinická onkologie	interní	klinický onkolog	5
radiační onkologie	interní	radiační onkolog	5
lékařská genetika	interní nebo pediatrický nebo gynekologicko-porodnický	lékařský genetik	4
lékařská mikrobiologie	interní nebo pediatrický	lékařský mikrobiolog	4,5
maxilofaciální chirurgie	maxilofaciálně chirurgický	maxilofaciální chirurg	5
nefrologie	interní	nefrolog	5
neurochirurgie	neurochirurgický	neurochirurg	6
neurologie	neurologický	neurolog	4,5
nukleární medicína	interní nebo radiologický	lékař se specializovanou způsobilostí v nukleární medicíně	4
oftalmologie	oftalmologický	oftalmolog	4,5
ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí	ortopedický	ortoped	5
otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku	otorinolaryngologický	otorinolaryngolog	4,5
patologie	patologický	patolog	4,5
pediatrie	pediatrický	pediátr	4,5
plastická chirurgie	chirurgický	plastický chirurg	5
pneumologie a ftizeologie	interní	pneumolog	4
psychiatrie	psychiatrický	psychiátr	4,5
radiologie a zobrazovací metody	radiologický	radiolog	4,5
rehabilitační a fyzikální medicína	interní nebo chirurgický nebo pediatrický nebo ortopedický nebo neurologický	rehabilitační lékař	4
revmatologie	interní	revmatolog	5
soudní lékařství	patologický	soudní lékař	4,5
urgentní medicína	anesteziologický nebo chirurgický nebo interní nebo všeobecné praktické lékařství	urgentní lékař	5
urologie	urologický	urolog	5
vnitřní lékařství	interní	internista	5
všeobecné praktické lékařství	interní nebo všeobecné praktické lékařství	praktický lékař	3

Bonifikace za vzdělávání

Stejně jako v předchozím roce uzavřel i pro rok 2017 prezident ČLK MUDr. Milan Kubek dohodu s ředitelem VZP Ing. Zdeňkem Kabátkem, jejímž obsahem je bonifikace lékařů, kteří jsou držiteli Diplomu celoživotního vzdělávání lékařů ČLK, a to v segmentu ambulantních specialistů, ambulantních gynekologů a praktických lékařů.

Česká lékařská komora poskytla VZP seznam všech lékařů, kteří jsou k 15. 12. 2016 držiteli Diplomu celoživotního vzdělávání lékařů ČLK (dále jen „Diplom CŽV“). V případech, kdy nebyl bonifikační dodatek lékaři nabídnut, bylo možno individuálně pojišťovnu VZP s žádostí o tento dodatek kontaktovat, měl-li lékař současně platný Diplom CŽV.

Obdobnou dohodu, obsahující zvýhodnění členů ČLK v případech, kdy jsou držiteli Diplomu CŽV, se snažil prezident ČLK uzavřít i s ostatními zdravotními pojišťovnami. Vyhověno bylo ze strany VoZP a částečně (v segmentu ambulantních specialistů) ze strany ČPZP a OZP.

Protože se množí dotazy, zda ČLK zaslala

seznam držitelů Diplomů CŽV i do ostatních pojišťoven, rozhodli jsme se zveřejnit tuto vysvětlující informaci.

Jak již bylo výše uvedeno, ČLK zaslala seznam držitelů Diplomu CŽV na základě písemné dohody pouze Všeobecné zdravotní pojišťovně. Ostatní zdravotní pojišťovny s ČLK dohodu neuzavřely, a nevznikl tedy žádný právní závazek seznam držitelů Diplomu CŽV těmto pojišťovnám poskytnout.

Zdravotní pojišťovny, které nabízejí bonifikaci, a to i na základě zmíněného Diplomu celoživotního vzdělávání lékařů ČLK, je třeba individuálně kontaktovat a doložit splnění podmínek. V těchto případech nebyl seznam držitelů Diplomu

CŽV komorou poskytnut. Způsob a termín doložení všeho potřebného by měl obsahovat úhradový dodatek ke smlouvě o poskytování a úhradě zdravotních služeb.

Pro úplnost, dohoda ČLK s VZP obsahuje závazek, že VZP za rok 2016 nebude uplatňovat v segmentu ambulantních specialistů, ambulantních gynekologů a praktických lékařů regulace na předepsané léčivé přípravky a vyžádaná péče bude regulována na základě principů roku 2015.

Případné dotazy lze zasílat na e-mail: kancelareclk@clkcr.cz.

Mgr. Daniel Valášek,

právník-specialista,

právní kancelář ČLK,

ředitel kanceláře ČLK Olomouc

Inzerce A171000791

JDE TO I ELEKTRONICKY!

Zjednodušili jsme schvalovací a povolovací proces.

Nově není nutné k žádostem o schválení (povolení) zdravotnických prostředků a léků přikládat poukazy a recepty. Reviznímu lékaři stačí pouze prostřednictvím VZP Pointu předložit Žádanku o schválení (povolení) – tiskopis VZP 21/2013.

Více informací o VZP Pointu najdete na www.vzp.cz/point.



Jak si vynutit spravedlnost v úhradách zdravotních služeb

V otázce nespravedlivých úhrad zdravotních služeb se navzdory proklamacím ministrů zdravotnictví i vlády v posledních letech nezměnilo k lepšímu vůbec nic. Zdravotní pojišťovny platí, a pokud si nevynechají změnu, tak i nadále budou platit za stejné výkony jednotlivým zdravotnickým zařízením různě. Lepší ohodnocení lidské práce v Seznamu zdravotních výkonů Ministerstvo zdravotnictví nepřipravuje. Se zrušením nespravedlivých regulací v tzv. úhradové vyhlášce a s jejich nahrazením funkčním revizním systémem zdravotních pojišťoven ministerstvo nepočítá. Právo svobodně si volit lékaře a zdravotnické zařízení bude pacientům upíráno i nadále.

ČLK navrhuje a požaduje

- Přeměnu Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami v reálný ceník pokrývající náklady poskytovatelů zdravotních služeb a umožňující tvorbu průměrného zisku. Všechny zdravotní pojišťovny musí všem poskytovatelům zdravotních služeb (bez ohledu na formu vlastnictví) platit za identické výkony stejně.
- Pravidelnou valorizaci ceny práce nositelů výkonů (lékařů), a to o 10 % každý rok. Plné zohlednění této valorizace v úhradách zdravotních pojišťoven (kapitace, hodnota bodu...).
- Zrušení nespravedlivých regulací vyplývajících z tzv. úhradových vyhlášek a jejich nahrazení funkčním revizním systémem zdravotních pojišťoven. Regulace spotřeby zdravotních služeb na straně klientů pojišťoven, nikoliv prostřednictvím poskytovatelů zdravotních služeb.
- Právo pacienta svobodně si volit lékaře i poskytovatele zdravotních služeb. Pokud si pacient zvolí poskytovatele, se kterým jeho pojišťovna nemá smlouvu, neztrácí nárok na úhradu předepsaných léků, zdravotnických prostředků a ordinovaných vyšetření.
- Umožnit pacientům připlácet si na zdravotnické prostředky, materiály a metody nehranené z veřejného zdravotního pojištění, a to bez ztráty práva úhrady ceny materiálu či výkonu standardního.

Seznam zdravotních výkonů

Prezident ČLK zaslal předsedům odborných společností sdružených v ČLS-JEP upozornění, že u některých výkonů v Seznamu zdravotních výkonů je kalkulována cena práce lékaře – nositele výkonu na úrovni L1 (lékař s odbornou způsobilostí – absolvent) nebo L2 (lékař s certifikátem o absolvování základního kmene), a nikoliv na úrovni L3 (lékař se specializovanou způsobilostí). Vzhledem k tomu, že poskytovatel lékařských zdravotních služeb musí disponovat v dané odbornosti lékařem se specializovanou způsobilostí (L3), dochází podle našeho názoru k podhodnocení lidské práce zahrnuté v kalkulačních listech některých výkonů.

ČLK vyzývá odborné společnosti, aby provedly kontrolu, jak jsou v jejich odbornosti výkony v Seznamu zdravotních výkonů kalkulovány, a aby zvážily možnost navrhnout na jednání příslušné pracovní skupiny Ministerstva zdravotnictví úpravu nositelů výkonů ve své odbornosti. ČLK podpoří aktivity odborných společností směřující k prosazení řádné ceny práce nositele výkonů.

Dr. Sedláček společně s dr. Musilem jménem ČLK předložili návrh na 10% zvýšení ceny práce nositelů výkonů a na přesun nositelů výkonů dosud zahrnutých v režijní sazbe výkonů přímo k jednotlivým výkonům. Jednání pracovní skupiny plánované na 23. 2. 2017 bylo zrušeno a přesunuto na 23. 3. 2017.

Úhradová vyhláška

ČLK prosazuje změnu zákona o veřejném zdravotním pojištění, která by v současnosti nefunkční Dohodovací řízení (DŘ) nahradila jednáním poskytovatelů zdravotních služeb, zdravotních pojišťoven a Ministerstva zdravotnictví ČR přímo o textu tzv. úhradové vyhlášky.

Výzvu ČLK neúčastnit se za stávajících podmínek Dohodovacího řízení s pojišťovnami podpořilo v loňském roce pouze Sdružení soukromých očních lékařů a profesní organizace fyzioterapeutů UNIFY ČR. Většinu zástupců poskytovatelů zdravotních služeb současný právní rámec DŘ zřejmě vyhovuje nebo nevádí tak, aby byli ochotni podpořit snahu ČLK.

Vydání úhradové vyhlášky předchází podle platné legislativy i letos Dohodovací řízení o úhradách a regulacích pro rok 2018 mezi pojišťovnami a zástupci poskytovatelů zdravotních služeb.

Lékařská komora hájí zájmy svých členů prostřednictvím ČLK-o. s. na základě plných mocí udělených soukromými lékaři. Možnosti komory jsou tak přímo úměrné počtu plných mocí. Děkuje těm soukromým lékařům, kteří na základě výzev v časopise Tempus medicorum pověřili svým zastupováním právě ČLK-o. s.

ČLK-o. s. disponuje následujícím počtem plných mocí:

Ambulantní specialisté	1277 PM,
z toho 64 PM přišlo listopad 2016 – leden 2017.	
Praktičtí lékaři	1258 PM,
z toho 56 PM přišlo listopad 2016 – leden 2017.	
Ambulantní gynekologové	86 PM,
z toho 7 PM přišlo listopad 2016 – leden 2017.	

Dohodovací řízení bylo zahájeno 31. 1. 2017. Dr. Říhová byla znovu zvolena členkou mandátové komise DŘ. ČLK tentokrát nenavrholo žádné změny jednacího řádu DŘ.

První kolo jednání zástupců poskytovatelů zdravotních služeb s pojišťovnami se uskutečnilo ve dnech 5.–6. 4., druhé kolo pak ve dnech 24.–25. 5. 2017. Závěrečné společné jednání se uskutečnilo 20. 6. 2017. ČLK-o. s. budou zastupovat v segmentu ambulantních specialistů dr. Říhová, v segmentu praktických lékařů dr. Němeček, v segmentu komplement dr. Musil a v segmentu ambulantní gynekologie dr. Henčlová.

I špatná úhradová vyhláška je lepší než Babišovo nic

Jakkoliv velké výhrady máme ke stávajícímu systému dohodovacího řízení, jehož funkčnost zkrácením vyjednávacích lhůt ochromil bývalý ministr Heger (TOP-09), ČLK zásadně nesouhlasí s představami hnutí ANO, které chce, obdobně jak to v minulosti zamýšlela ODS, zrušit úhradovou vyhlášku a nahradit ji individuálními cenovými ujednáními mezi zdravotní pojišťovnou a jednotlivými poskytovateli zdravotních služeb. Pokud by se tento plán podařilo hnutí ANO ve spolupráci s ODS (a možná i s TOP-09) realizovat, vedlo by to k cenové válce mezi poskytovateli zdravotních služeb. Vzhledem k tomu, že v ČR nefunguje kontrola dodržování personálních standardů a neexistuje žádné skutečné sledování kvality a bezpečnosti zdravotní péče, mohly by zdravotnické řetězce a případně i nemocnice nabídnout dumpingové ceny, kterým by soukromí lékaři nemohli konkurovat. Tímto ekonomickým tlakem by došlo k ekonomické likvidaci velké části soukromých lékařů. Byl by to konec svobodného lékařského povolání v ČR. Dopadli bychom jako lékárníci, kteří se ze soukromých podnikatelů proměnili v zaměstnance řetězcových lékáren.

Milan Kubek

Pitva po promoci, demaskulinizace medicíny a aktivita v SZV



Příběh první:

Mladá absolventka lékařské fakulty, říkejme jí třeba Hanka, jde první den do zaměstnání. Nastupuje na patologii. Zvolila obor, který ji přitahoval už na medicíně. Věděla, že ji bude bavit bádát nad mikroskopem, věděla, že pitvy jsou jen menší částí oboru. Přesto ji primář hned ten první den zaskočil slovy: „Paní kolegyně, běžte na pitevnu, provedete dnes jednu standardní pitvu.“ „Já?“ udivila se Hanka, „Vždyť jsem čerstvá absolventka, dnes jsem nastoupila. To se mnou nepůjde žádný zkušenější kolega?“ dotazovala se vyděšeně. „Není potřeba,“ sdělil rozšafně pan primář a pokračoval: „V Seznamu zdravotních výkonů se praví – výkon 87110 pitva standardní, nositel L1, to jste vy, absolvent. A nespěchejte, máte na to 200 minut. Tedy včetně administrativy, protokolu, technického zajištění, oblékání a předání zemřelého k pohřbu. A nezapomeňte stanovit pitevní diagnózu, na to máte dalších 150 minut. V tomto případě půjde asi o I. stupeň obtížnosti, takže je to taky pro vás, ode dneška jste nositelka L1,“ zahlaholil pan primář.

Příběh druhý:

„Blahopřeji paní kolegyni Novákové k získání kmene v oboru gynekologie a porodnictví,“ nasadila primářka slavnostní tón během ranního hlášení a již zcela běžně každodenním hlasem seznamovala kolegyně a kolegy s operačním programem dne: „Jako čtvrtá je ta osmdesátiletá paní s prolapsem stěn poševních. To udělá

právě kolegyně Nováková. Asistovat jí budou tady naši noví mladí kolegové, pan doktor Horák a paní doktorka Bílá. Oba jste nastoupili už před měsícem, je třeba se zapojit i do operativy. Takže se, omladino, snažte a hodte sebou. Máte na to čtyřicet pět minut se vším všudy, i s napsáním protokolu,“ dokončila dělbu operačních úkolů primářka gynekologicko-porodnického oddělení. Doktorku Novákovou (L2) okamžitě opustila euforie ze získání kmene a zoufale se podívala na své ještě mladší a zcela nezkušené kolegy, se kterými měla jít operovat. „Vždyť jsem plastiky poševní pouze párkrát asistovala, v náplni ke kmeni není tento výkon požadovaný,“ přemítala smutně mladá operatérka. MUDr. Horák (L1) i MUDr. Bílá (rovněž L1) se naopak usmívali a těšili se, že konečně „ochutnají“ atmosféru operačního sálu. S obavnými pocity doktorky Novákové ostře kontrastuje Seznam zdravotních výkonů, který ve výkonu číslo 63527 – plastika poševní přední nebo zadní s plastikou dna pánevního čítá právě s časem čtyřicet pět minut, prvním nositelem výkonu L2 (tedy operátorem), druhým (tedy prvním asistentem) L1 a třetím nositele (tedy druhého asistenta) L1 zahrnuje do minutové režijní sazby výkonu.

Takto by to přece nikde neprobíhalo, pomyslí si každý, kdo přečetl výše nastíněné kratičké „příběhy“. V reálném životě, v reálném prostředí našich nemocnic či ordinací určitě ne. Tam by žádný šéf oddělení k operačnímu výkonu bez dohledu či lépe dozoru zkušeného, plně erudovaného lékaře, tedy nositele L3, žádného osamocené nositele L2 nepustil. Zodpovědnost vůči pacientovi nám tak velí. Dokonce nám tak přikazuje i dikce zákona o získávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání. V „prostředí“ Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (SZV) se to bohužel jen hemží výkony, kde je jediným nebo hlavním nositelem L2, tedy lékař po kmeni. Znovu jsem si tuto tristní skutečnost ověřila, když jsme připravovali k vydání knižní verzi SZV 2017. Celý SZV jsem při této příležitosti opakovaně četla, při poslední kontrole dokonce nahlas. Nositel L2 mi pokaždé jedovatě zazvonil v uších. Opakovaně jsem si při tom říkala – proboha proč? Proč si nevážíme vlastní práce? Proč pořád spíláme Ministerstvu zdravotnictví, zdravotním pojišťovnám, politikům, když

před nimi při jednáních sami hrbíme hřbet a podbízivě souhlasíme nebo sami navrhuje- me nositele L2 tam, kde zcela jednoznačně v reálném medicínském světě požadujeme, aby výkon prováděl plně kvalifikovaný lékař nebo mladý kolega, ovšem za přímé asistence toho zkušeného? Právě před rokem jsem v Tempus medicorum na hojnost a nedůstojnost nositelů L2 v SZV poukazovala. Chválila jsem tehdy kolegy z oboru ORL, že měli dost kuráže, na Ministerstvo zdravotnictví na konci roku 2015 zašli a u více než dvaceti svých výkonů požadovali změnu nositele z L2 na L3. Uspěli. Nabádala jsem tehdy představitele jednotlivých oborů, aby SZV prolistovali a po vzoru kolegů z oboru ORL u svých výkonů požadovali nositele tak, jak to požadují v reálné praxi, tedy změnu z L2 na L3. Jsem moc ráda, že kolegyně z oboru dermatovenerologie se mým upozorněním inspirovaly, rovněž požádaly o změnu nositelů výkonů a rovněž uspěly. Nejedná se o pouhou formalitu, ale o nezanedbatelné bodové navýšení u jednotlivých výkonů. Rozdíl v bodové hodnotě mezi L2 a L3 činí 249 bodů za hodinu.

Výzva k bardům české medicíny

Fňukáme, že současných 512 bodů za hodinu je nedůstojná cena práce plně kvalifikovaného lékaře. Ano, je to nedůstojné ohodnocení. Nevážíme však odkývat, že velké množství práce zaplatí zdravotní pojišťovny pouhými 263 body za hodinu. To je hodinová cena práce nositele L2. Nevím, jestli si představitelé oborů někdy našli čas a srovnali náplně požadované k získání kmene s tím, co všechno podle SZV může lékař po kmeni (L2) zcela samostatně provádět. Možná by se hodně, opravdu hodně divili, kolik toho v SZV na bedra mladých, nositelů L2, naložili. Vůbec mladé lékaře nepodceňuji, naopak jim moc fandím. Shodnou-li se moudří a zkušené bardy medicíny, že zátěž položená na bedra mladých v SZV je odpovídající, budiž. Ale bytostně nesouhlasím, aby za to byli oceněni těmi pouhými 263 body za hodinu. Šest let náročného vysokoškolského studia, další dva roky tvrdé práce, pak převzetí značné odpovědnosti za tuto cenu?!

Demografická katastrofa

Naše medicína stojí na hraně demografické katastrofy. Kdo nevěří, ať si trochu podrobně-

ji nastuduje věkové složení lékařek a lékařů. Dochází k demaskulinizaci medicíny. Mladí hoši si medicínu nevybírají. Proto jsme svědky feminizace medicíny. Ne proto, že my ženy bychom byly tak rvavé a rozpínavé a chtěly muže z medicíny vystrnadit. Informační technologie jsou atraktivní, budou potřebovat čím dál víc schopných lidí a budou k sobě „bezohledně“ nasávat stále rostoucí počet mladých z každého populačního ročníku. Informační technologie jsou pro mladé muže mnohonásobně přitažlivější než medicína. V nedalekém budoucnu bude lékařská péče u nás ze sedmdesáti pěti procent ležet na bedrech žen. Referovala jsem o tomto problému na listopadovém sjezdu ČLK. Demaskulinizace naší medicíny není dobrá zpráva. Ne proto, že my ženy bychom to nezvládly. Jsme dostatečně pracovitě, trpělivě, inteligentní. Jen nám pro některé obory chybí dostatečný fyzický fond. Serena Williams, mimořádně fyzicky disponovaná famózní tenistka, by neuhrála ani game proti Rogeru Federerovi. Prostě to tak je. Není to genderově nespravedlivé, je to zcela přirozené. Chceme a máme být matkami. Ale skloubit mateřství a profesi lékařky je velmi složitý úkol. Není nezvládnutelný, ale je opravdu těžký. Známe dost žen ve vysokých manažerských profesích, které v práci tráví mnoho hodin, které se po porodu ke své profesi vracejí po pár měsících. Neuvažují o mateřské dovolené v délce několika let. Nechtějí o svoji pozici přijít. Jejich práce je baví, a hlavně je skvěle zaplacená. Proto si dokážou zaplatit veškerou potřebnou pomoc pro chod svých domácností. Nepochybují o sobě, že jsou i dobrými matkami, byť se svými dětmi nežily na mateřské tři či čtyři roky. Současnost našim mladým kolegyním nabízí to, že je jejich práce může bavit, nabízí jim však také značnou zmatečnost v postgraduálním vzdělávání. Kvůli službám mohou v práci trávit ještě více času než vynikající manažerky, ale jejich příjem se příjmům těch manažerek ani nepřiblíží. Proto



Foto Shutterstock.com

motivace mladých lékařek vrátit se brzy po porodu do práce, pracovat na plný úvazek a k tomu sloužit není velká. Navíc se lze důvodně domnívat, že medicínu si volí většinou dívky, které chtějí intenzivně pomáhat svým bližním, které i díky tomuto založení budou chtít prožívat mateřství v extenzivní rovině, tedy trávit se svými dětmi hodně času, být několik let na mateřské dovolené. Je to pochopitelné, pro matky i děti skvělé, žel pro medicínu naprosto nevýhodné.

Musíme se snažit sami

Abychom v naší profesi neskouzli do demografické propasti, bylo by žádoucí neposílat naše mladé kolegyně a kolegy pitvat osaměle hned po promoci a osaměle operovat hned po získání kmene, ale vážit si práce své i jejich a v Seznamu zdravotních výkonů požadovat náležité ocenění práce nositelů výkonů. Kdyby tak učinili všichni bardi naší medicíny, jejich požadavky by byly zcela jistě akceptovány. Opět tedy vyzývám představitele jednotlivých oborů k prolisťování „svých“ výkonů v aktuálním SZV 2017 (možno objednat www.novysazebnik.cz)

a k navržení odpovídajících změn nositelů výkonů. Tak, jak to pro rok 2016 učinili představitelé oboru ORL a pro rok 2017 představitelky oboru dermatovenerologie. Jejich úspěch nechtě je silnou motivací k předložení návrhů pracovní skupině, která na Ministerstvu zdravotnictví návrhy projednává, v co nejkratší době. Jedině tak je možno dosáhnout změny v SZV už od roku 2018. Za sebe mohu slíbit, že ráda každému přispěji radou, stejně jako jsem učinila, když se na mě obrátily kolegyně z oboru dermatovenerologie. Je třeba si uvědomit, že Ministerstvo zdravotnictví za nás tyto změny nenavrhne, ale je zřejmé, že logickému a dobře argumentovanému návrhu vyhoví. Proto neváhejme a předkládejme své návrhy. Jednotlivé lékařské odbornosti změnu nositelů z L2 na L3, Česká lékařská komora navýšení ceny práce nositelů výkonů o 10 % v roce 2018. Tento návrh už na stole pracovní skupiny čeká na projednání. Budu účastna jeho projednávání. Věřím, že návrh podepřou dostatečně pádnými argumenty.

MUDr. Eva Klimovičová, delegátka sjezdu ČLK, eva@klim.cz



Znáte bodovou hodnotu výkonů,
které denně ve své lékařské praxi provádíte?

www.novysazebnik.cz

Bezesmluvní vztah, nebo tendry?

Nebezpečná tendence tvořit síť smluvních poskytovatelů zdravotních služeb na základě běžných tendrů, jejichž základem je co nejnižší cena nabídnuté zdravotní služby. Proti tomu koncepce České lékařské komory – bezesmluvní vztah poskytovatelů zdravotních služeb se zdravotními pojišťovnami.



Podle současné právní úpravy mohou poskytovat zdravotní služby za úhradu z veřejného zdravotního pojištění jen poskytovatelé, kteří mají uzavřenu smlouvu s příslušnou zdravotní pojišťovnou a tvoří tzv. síť smluvních poskytovatelů příslušné zdravotní pojišťovny. Ostatní poskytovatelé mohou účtovat zdravotní pojišťovně jen tzv. neodkladné zdravotní služby.

Kromě výjimek stanovených zákonem (lékárenská péče, zdravotní služby ve Vězeňské službě, rozšíření sítě již smluvního poskytovatele, nová smlouva se stejným poskytovatelem, který již je smluvní, nebo případy center vysoce specializované zdravotní péče) je výběrové řízení před uzavřením smlouvy mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotní služby povinné. Vyhláše- vatелеm výběrového řízení je krajský úřad, v hlavním městě Praze Magistrát hlavního města Prahy. Místní příslušnost krajského úřadu se řídí místem poskytování zdravotních služeb. Výběrové řízení na poskytování lůžkové a lázeňské péče vyhláší Ministerstvo zdravotnictví ČR.

Vyhlášení výběrového řízení musí obsahovat údaje o rozsahu hrazených služeb, území, pro které mají být poskytovány, a označení zdravotní pojišťovny, s níž má být smlouva uzavřena, dále lhůtu, ve které lze podat nabídku, jež nesmí být kratší než třicet dnů, místo pro podání přihlášky a lhůtu, od které je třeba zajistit poskytování zdravotních služeb, jež jsou předmětem výběrového řízení.

Vyhlašovatel zřizuje pro každé výběrové řízení komisi, jejímiž členy jsou:

- a) zástupce krajského úřadu nebo, jde-li o lůžkové zdravotní služby, zástupce Ministerstva zdravotnictví ČR;
- b) zástupce příslušné profesní organizace;
- c) zástupce příslušné zdravotní pojišťovny;
- d) odborník pro zdravotní služby, které mají být uchazečem poskytovány, působí-li v oblasti těchto zdravotních služeb odborná společnost, je členem výběrové komise zástupce této odborné společnosti.

Podle § 51 zákona o veřejném zdravotním pojištění při posuzování přihlášek přihlíží členové komise zejména k dobré pověsti uchazeče, k praxi uchazeče v příslušném oboru, k disciplinárním opatřením uloženým podle zákona o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, k etickému přístupu k pacientům, ke stížnostem na poskytování zdravotních služeb. Členové komise dále posuzují záměr uchazeče na zajišťování zdravotních služeb v oboru zdravotní péče, který je předmětem výběrového řízení, a jeho možnosti splnit předpoklady pro zajištění hrazených služeb ve lhůtě stanovené ve vyhlášení výběrového řízení.

Po posouzení přihlášek stanoví komise pořadí uchazečů.

Výsledek výběrového řízení však je pro zdravotní pojišťovnu závazný pouze částečně. Zdravotní pojišťovna přihlíží k výsledkům výběrového řízení při uzavírání smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb. Výsledek výběrového řízení však nezakládá

právo vítěze výběrového řízení na uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou. Zdravotní pojišťovna je však oprávněna uzavřít smlouvu s uchazečem pouze tehdy, bylo-li uzavření takové smlouvy ve výběrovém řízení doporučeno – nemůže tedy například změnit pořadí uchazečů, které stanovila výběrová komise, nebo uzavřít smlouvu s uchazečem, který doporučen nebyl.

Tato vágní pravidla jsou někdy předmětem kritiky i některých specialistů na zdravotnické právo z významných politických stran. Namítají, proč ve zdravotnictví platí jiná pravidla než v případě jiných veřejných zakázek a proč se výběr poskytovatele zdravotní služby, který bude mít smlouvu se zdravotními pojišťovnami, neřídí obecnými ustanoveními o veřejných zakázkách.

Již v době tzv. reformy zdravotnictví připravované bývalým ministrem MUDr. Tomášem Julínkem z úst bývalého ministra zaznělo, že zruší výběrové řízení podle dosavadního zákona o veřejném zdravotním pojištění a zavede „**normální tendry**“ – **tedy soutěž na základě toho, kdo z poskytovatelů ucházejících se o smlouvu nabídne nejnižší cenu.** Jaký důsledek by taková soutěž měla pro běžného soukromého lékaře, lze snadno domyslet – nejnižší, případně i dumpingové ceny, by mohly nabídnout leda řetězce a **trh zdravotních služeb by byl ovládnut řetězci soukromých společností.** Konečně to lze vidět v případě lékárnictví, kdy naprostá většina členů České lékárnické komory nejsou soukromí lékárníci, ale zaměstnanci řetězců poskytujících lékárenské zdravotní služby.

Pokud tedy někdo nabízí koncepci změny zákona o veřejném zdravotním pojištění tak, že místo dosavadních, poměrně vágních pravidel výběrového řízení před uzavřením smlouvy se zdravotní pojišťovnou se mají konat „normální tendry“ – tedy soutěž podle zákona o veřejných zakázkách, kde rozhodujícím kritériem je vždy cena, běžný lékař, který by chtěl být soukromým smluvním lékařem, by příliš šancí neměl. **Šanci by měl ten, kdo je natolik ekonomicky silný, že**

alespoň pro začátek by mohl nabídnout co nejnižší cenu za poskytované zdravotní služby.

Proti této koncepci stojí zcela opačná koncepce, kdy regulátorem trhu zdravotních služeb a tím, kdo rozhodne, zda soukromý lékař bude úspěšný, či nikoli, by nebyla ani zdravotní pojišťovna, ani stát, ale pacient-pojištěnec na základě své svobodné volby tak, jak to bylo v Československé republice za tzv. první republiky a jak je tomu v řadě demokratických právních států i v současné době. Lékař, který by byl způsobilý k samostatnému výkonu povolání v příslušném oboru, by měl právo automaticky zřídit soukromou praxi – při splnění podmínek věcného, technického a personálního vybavení – a poskytovat zdravotní služby hrazené ze zdravotního pojištění bez jakékoli smlouvy se zdravotní pojišťovnou pacienta na základě jeho svobodné volby a za předem stanovené ceny zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění pro všechny poskytovatele. Bylo by tedy pouze věcí pacienta-pojištěnce, kterého soukromého lékaře si zvolí, a tím by byl vytvořen trh. Bylo by však jisté potřebné zavést pravidlo, že pojištěnec nemůže mít více ošetřujících lékařů v ambulantní sféře než jednoho praktika a jednoho specialistu příslušného oboru. Může jistě vyhledat i jiného lékaře, v rámci tzv. konzultační služby, ale již nikoli za úhradu z veřejného zdravotního pojištění. V současné době je stav takový, že zdatný důchodce v Praze obejde za měsíc pět kardiologů, každý mu založí zdravotnickou dokumentaci, předepíše recepty a provede příslušná vyšetření, přičemž jeden o druhém neví a zdravotní pojišťovna vše hradí – pacient tímto postupem vlastně

nic neporušuje. Řešením, podle mne, není krok před rok 1990 a zavedení dispečerského systému, kdy ke specialistovi mohl pacient jen na základě doporučení registrujícího praktika (tehdy obvodního lékaře) – toho konečně dnes nemusí vůbec mít –, ale systém, který by umožňoval mít pouze jednoho registrujícího praktického lékaře a jednoho registrujícího specialistu v každém oboru, ve kterém by pojištěnec potřeboval poskytovat zdravotní služby.

Lékař způsobilý k samostatnému výkonu praxe by tedy nemusel absolvovat výběrové řízení a klopotně se domáhat smlouvy se zdravotní pojišťovnou, ale rozhodující pro úspěch nebo neúspěch jeho praxe by byla svobodná volba pacientů-pojištěnců, kteří se k němu přihlásí a vyhledají jeho služby, které budou automaticky uhrazeny jeho zdravotní pojišťovnou podle jasně předem stanovených pravidel – rovných a platných pro všechny.

O tomto systému vím poměrně dost od svého dědečka, který byl kdysi soukromým lékařem (praktikem) za první republiky. Neměl žádné smlouvy s žádnými zdravotními pojišťovnami, ale kterýkoli pojištěnec ho mohl kdykoli vyhledat a poskytnuté zdravotní služby posléze dědeček vyúčtoval příslušné zdravotní pojišťovně, která si pouze ověřila, zda je držitelem licence lékařské komory, a pak tyto služby bez problémů uhradila, aniž by s ní musel mít uzavřenu jakoukoli smlouvu. Je pravdou, že v té době nebyli všichni pacienti povinně pojištěni, bohatí lidé platili lékaři smluvní odměnu, zpravidla podstatně vyšší, než by uhradila zdravotní pojišťovna, a pokud měl někdo tzv. „vysvědčení chudých“, měla mu být nutná zdravotní péče poskytnuta bezplatně, případně ji měla

uhradit jeho domovská obec (lékaři však těmto lidem zpravidla nic neúčtovali).

Obdobný bezesmluvní vztah mezi zdravotními pojišťovnami a soukromými lékaři existuje i v současné době v řadě demokratických právních států ve světě. **Ve skutečnosti je smlouva mezi poskytovatelem zdravotních služeb a zdravotní pojišťovnou zbytečná.** Stačí jasná pravidla a každý, kdo je způsobilý samostatně vykonávat lékařské povolání, by měl mít možnost mít soukromou praxi a poskytovat zdravotní služby za úhradu z veřejného zdravotního pojištění, je-li pacient pojištěncem.

To by dávalo možnost poskytovat soukromě zdravotní služby třeba dvakrát nebo třikrát týdně i primářům, jejich zástupcům a dalším lékařům z nemocnic, kteří jsou způsobilí k samostatné praxi a kteří by vedle své práce v nemocnici chtěli a mohli mít soukromou praxi. Za první republiky bylo celkem obvyklé, že pan primář a další nemocniční lékaři měli ve městě soukromou ordinaci a ordinaci hodiny. **Přísné administrativní oddělení nemocničních lékařů od soukromých ambulantních lékařů není ve světě vůbec typické, naopak významný odborník pracující v nemocnici má zpravidla též svou soukromou praxi.**

Nabízí se možnost při setkáních s kandidáty do Poslanecké sněmovny, kteří budou hovořit o problematice zdravotnictví, položit také otázku, jaký je názor kandidáta na další postavení soukromých lékařů v České republice, zda by se přikláněli k bezesmluvnímu vztahu, nebo k zachování současného systému, nebo ke změně a přechodu na tzv. „normální tendry“, kdy rozhodující pro existenci smlouvy se zdravotní pojišťovnou by byla nabízená cena zdravotní služby.

JUDr. Jan Mach,

ředitel právní kanceláře ČLK

Inzerce A171000755

Nemocnice Tábor, a.s., přijme do pracovního poměru:

LÉKAŘE/KU PRO INTERNÍ ODDĚLENÍ – GASTROENTEROLOGIE



NEMOCNICE TÁBOR, a.s.

Kpt. Jaroše 2000;

390 03 Tábor

- specializovaná způsobilost či zařazení v oboru vítáno
- vhodné i pro absolventy VŠ

Nabízíme:

- plný pracovní úvazek
- pracovní poměr na dobu určitou, s výhledem na trvalý pracovní poměr

- výhodné mzdové ohodnocení
- plně hrazenou specializační přípravu
- náborový příspěvek
- práci v mladém kolektivu

Nástup ihned, popřípadě dle dohody.

Nemocnice Tábor, a.s., má akreditaci

I. stupně na vzdělávání lékařů v oboru gastroenterologie a II. stupně v oboru vnitřní lékařství.

Bližší informace podá:

MUDr. Ladislav Douša, primář INT G,
tel. 381 606 000; 737 266 127;
ladislav.dousa@nemta.cz

Zákon o univerzitních nemocnicích nechceme

Součástí programového prohlášení vlády je závazek prosadit zákon o neziskových nemocnicích. ČLK tento záměr podpořila. O jeho obsahu však měla jiné představy než Ministerstvo zdravotnictví ČR.

Předpokládali jsme, že prostřednictvím tohoto zákona bude stát garantovat existenci základní sítě zhruba 100 nemocnic, tedy přibližně jedné v každém okrese a jedné na 100 000 obyvatel. Tyto nemocnice by měly garantované smlouvy se všemi zdravotními pojišťovnami, ale zároveň by měly spádovou povinnost a musely by poskytovat předepsaný rozsah zdravotních služeb. Neziskové nemocnice by byly osvobozeny od placení DPH, ale na druhou stranu by byly povinné zveřejňovat jednotkové ceny nakupovaného zboží a služeb, a nemohly by se tedy vymlouvat na obchodní tajemství. Neziskové nemocnice by byly povinny řídit se v odměňování zaměstnanců státními tarifními tabulkami. Speciální právní forma neziskové nemocnice měla být dostatečně atraktivní, aby motivovala zřizovatele nemocnic k jejich transformaci.

Návrh předložený Ministerstvem zdravotnictví ČR nespĺňoval představy ČLK a byl zpracován tak ledabylým způsobem, že kvůli stovkám uplatněných připomínek jej Legislativní rada vlády odmítla jako celek a návrh nebyl vůbec vládou ČR projednáván.

Ministerstvo zdravotnictví v současnosti ve spolupráci s rektory vysokých škol předkládá návrh zákona o univerzitních nemocnicích. Česká lékařská komora sice nebyla vyzvána k tomu, aby návrh připomínkovala, avšak vzhledem k důležitosti navrhované normy komora své zásadní připomínky Ministerstvu zdravotnictví ČR zaslala.

ČLK považuje zákon o univerzitních nemocnicích v navrhovaném znění za účelový, směřující k postupnému odstátnění zdravotnických zařízení řízených státem, která doposud garantují kvalitu zdravotní péče.

Návrh zákona jednoznačně a nevratně povede k odstátnění těchto zdravotnických zařízení bez možnosti další kontroly a řízení státem, což bude mít zcela nepochybně negativní vliv na úroveň zdravotní péče, a zejména její garanci. Stát se tímto vzdává zcela zásadní role ovlivňovat kvalitu zdravotní péče. Naopak stát by měl vytvořit síť státních nemocnic a garantovat úroveň zdravotní péče svým občanům, nikoliv vytvářet opačný stav, kdy již fakticky, vyjma zákonodárné činnosti, nebude schopen kvalitu péče o občany ovlivnit.

Představenstvo ČLK současný návrh o univerzitních nemocnicích odmítá jako nepotřebný zákon, který může být i nebezpečný ve svém dopadu pro současný fungující systém fakulturních nemocnic a zdravotnických ústavů řízených státem.

Milan Kubek

Jak vlastně číst různé návrhy zákona o univerzitních nemocnicích?



Jako deklarovaný pokrok, překotný zákrok, nebo pochybný úkok stranou, jak už je v české zákonotvorbě častějším zvykem? Pomiňme, že po připomínkovém procesu koluje jedna verze návrhu a mezitím se fakticky etabluje zásadně odlišná druhá. A to ne-

jen výčtem nemocnic určených k transformaci, ale zejména možnými důsledky § 44 o změnách státních příspěvkových organizací v oblasti zdravotnictví. O tom se zatím nehovoří.

Podle verze II zde bude tedy deset univerzitních nemocnic, dříve fakulturních. Ostatně už mnoho let mají právní subjektivitu univerzity, nikoli fakulty. Šlo-li o pouhou změnu názvu, nemohl to být problém, mohla být provedena dávno, název fakulturní právně nedává smysl. Nepochybně však jde o změnu mnohem hlubší, tedy změnu statutu a řízení, kterou je bez zábran možno označit za formu odstátnění. Nicméně závazky za případné dluhy přebere statečně stát. Vliv na kvalitu řízení bude mít jen částečný cestou svých zástupců v řídicí radě. Bude to taková nepříliš chytrá horákyně odstátnující neodstátněním, nejistící vliv, jistící dluhy.

Je to jistě velkorysé, nové, s příslibem dalších možných kroků pro mnohé. Největší

veselí budí zasněná tichá myšlenka, že školství tak i pomůže ekonomice zdravotnictví. David pomůže zdravý Goliáše. Ale prý to tak chceme, protože forma příspěvkových organizací se přežila, zní hlavně z levého břehu největší z našich řek. Proč ne, řekne si pokrokový euroobčan, Čech, Moravák, Slezan. Spectabiles děkani v procesu submodelace návrhu došli teď k názoru, že klinických kapacit pro výuku pregraduální i postgraduální je v oněch deseti fakulturních, nyní univerzitních nemocnicích dostatek a zbylé nemocnice a specializované ústavy pro ni potřebné nejsou. Univerzitní značka jim nepřísluší, ať se věnují svému zdravotnictví neakademicky. Proč ne? zazní v těchto institucích bez nadšení nebo i s nadšením. Ubude práce se školenci, bude více času léčit, bádát a publikovat. Zůstanou však tyto non-univerzitní státní nemocnice a specializované ústavy, které představují nemalou kapacitu špičkově vybavené medicíny, v onom tradičním nepokrokovém režimu příspěvkových organi-

zaci? Nevíme, třeba ano. Jsou tak desetiletí navyklé, budou nepokrokové formou a třeba ještě pokrokovější výkonem. Podle § 44 verze II ze 14. 2. 2017 návrhu zákona věnovaného změnám příspěvkových organizací to tak dokonce vypadá. Nikdo jim to sice neříká, nenaznačuje, asi však netřeba, máme noviny, deníky, média jim to sdělí. Řízení může být i takto pojato jako transparentní a veřejné, je-li vedeno přes média či lidová shromáždění. Jak bude tento § 44 naplňován nyní, zakrátko a v budoucnu, je však tajemné. Paragraf 44 umožňuje „vznik, zánik, slučování či splynutí“. Skoro je tím legislativně podchycena evoluční Darwinova teorie přírody, kde také vše vzniká, zaniká, slučuje se, splývá a páří se a také vítězí silnější, přizpůsobivější a ti, kteří vidí a loví i v temnotách, na rozdíl od slabších, nepřizpůsobivých, nevidících a věřících v dobrotu Stvořitele. Na rozdíl od Stvořitele a přírody zde „o vzniku, zániku, slučování a splynutí“ a kdy a jak má nastat, rozhodne ministerstvo a oznámí to ve Věstníku do 30 dnů poté, co k události došlo. Tedy zajímavá už není tolik ta část nově ustanovující univer-

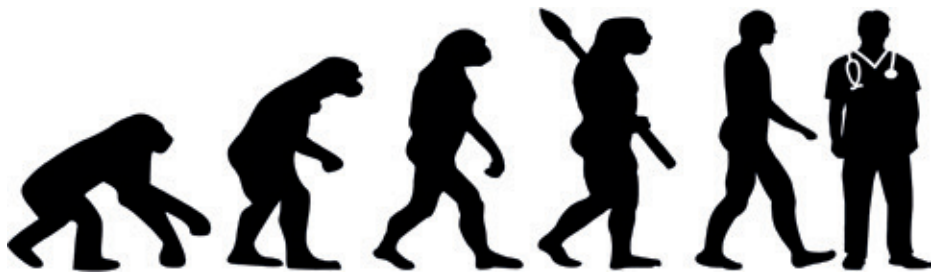


Foto Shutterstock.com

zitní nemocnice. Ta se stane zajímavou, až se usadí a budou konat jejich rady. Neziskovost nemocnic pak bude ještě podtržena těmi, které jsou nebo budou v dluzích, tedy logicky neziskové. Aktuálně je mnohem zajímavější záměr, jak bude ještě na odchodnou nebo až na příchodnou naloženo s oněmi nemalými non-univerzitními příspěvkovými nemocnicemi a ústavy, tedy ve výčtu s IKEM, ÚPMD, ÚHKT, MOÚ, CKTCH, NNB, NNH, (F)TN, ovšem i s komplexem psychiatrických ústavů. Rušíme tak právě zastaralou formu příspěvkových nemocnic, nerušíme ji, nebo ji rušíme českou cestou napůl a jaksi? Odstátňujeme, nebo neodstátňujeme? Odstátňujeme jen řízení, vliv a neziskový zisk, nebo i dluh? I pou-

hý volič se pídí, aby se exaktně rozhodoval. Vyjevují se zvědavě už nyní, neboť činit tak až v procesně kaudální instituci, jako je třeba Senát, je pak jen pietní terminální projev po šťastném porodu nad nešťastně zesnulým. Zkusme, prosím, jednat solidně a informovat včas i o tom, co třeba myslíme i nedarebně a dobře pro potomstvo. Udělá to všem hezky na duši a třeba spraví ještě i předvolebně permanentní „blbou náladu“, s níž se k volbám chodit nemá, neb lépe s radostí a v naději. Tento návrh zákona totiž znamená nejpodstatnější změnu ve struktuře zdravotnictví za poslední desítky let. Moudrá exekutiva to zajistí ví nebo aspoň tuší.

Prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc., senátor PČR

Inzerce A171000900



LÉKAŘI, u BMW Renocar neplatíte „DPH“

Více než 260 českých lékařů si v roce 2016 koupilo vůz značky BMW.

Seznamte se i vy s výhodnými pakety Praktik a Komfort... a osvobodte se od „DPH“.

MUDr. Miloš Vránek, spoluzakladatel rodinné firmy Renocar, dodává: „Rád bych, aby se vozy BMW staly běžnou součástí vozových parků českých lékařů. Proto jim kupní cenu snížíme o „DPH“, navíc k vozu poskytneme Servisní prázdniny na 5 let nebo do 100 tisíc najetých kilometrů.“

BMW X1 PRAKTIK

Původní cena: 927 980 Kč

CENA PRO VÁS: 742 400 Kč* * mimořádná nabídka 20ti vozů

Rádi Vám poskytneme více informací a speciální nabídku financování na lekarum@renocar.cz.

Pro lékaře zapůjčíme vůz k vyzkoušení na 3 dny zdarma.

BMW Renocar: Praha - Čestlice, Brno - Slatina

Elektronické recepty pouze nepovinné

ČLK podporuje pouze takové projekty elektronizace zdravotnictví, které lékařům usnadní práci, zbaví je zbytečné byrokratické zátěže a jejichž zavádění nebude klást na poskytovatele zdravotních služeb nikým nezaplacené finanční náklady.

Elektronická preskripce prostřednictvím tzv. Centrálního úložiště elektronických receptů měla být původně povinná již od ledna 2015. ČLK již počátkem roku 2014 navrhla, aby elektronická preskripce byla pouze jednou z možností a aby tak klasický papírový recept zůstal zachován. Parlament ČR místo tohoto racionálního řešení však schválil pouze nic neřešící odklad povinnosti elektronické preskripce o tři roky k 1. 1. 2018. V zájmu bezpečnosti pacientů a zachování dostupnosti lékařské péče ČLK opakovala v lednu 2016 svoji výzvu, aby se ministr zdravotnictví zasadil o přijetí takové změny zákona o léčivech, která by i po 1.

1. 2018 ponechávala na volbě lékaře, zda recept vystaví v listinné podobě, nebo elektronickou cestou. Doufali jsme, že poslancům bude ležet na srdci především bezpečnost pacientů. Události z počátku loňského roku, kdy systém elektronických receptů nefungoval, považovala komora za důkaz toho, že zachování povinnosti tzv. elektronické preskripce představuje potenciální ohrožení bezpečnosti pacientů. Není možné, aby v situaci, kdy bud' zkolabuje internetové připojení, nebo z jakéhokoliv důvodu přestane fungovat tzv. Centrální úložiště elektronických receptů, ztratili pacienti přístup k lékům, které potřebují.

Naše snaha byla však i tentokrát marná. Lékařské komoře se zatím nepodařilo prosadit, aby elektronické recepty byly nepovinné. Zaznamenali jsme dohodu představitelů hnutí ANO s ČSSD o tom, že od 1. 1. 2018 budou elektronické recepty povinné za každou cenu,

tedy i za cenu toho, že se pacienti nedostanou k lékům, které potřebují. V současnosti, zdá se, nemá smysl protestovat nebo se dovolávat zdravého rozumu, který zmizel kamsi do ilegality.

Pacientům elektronické recepty nepřinesou samozřejmě nic. Avšak ani většina lékařů nespátuje v elektronických receptech žádný přínos a ČLK tento názor sdílí. Pokud by e-recepty lékařům ulehčovaly práci, pak bychom je přece používali. Elektronické recepty sice nevyužívá prakticky nikdo, ale tvůrcům tohoto systému ani zodpovědnost nesoucím politikům to asi nevádí.

Lékaři, kteří pracují bez počítače, spíše plánují ukončení praxe, než aby si na stará kolena komplikovali život. Problém je v tom, že tyto kolegy nemá kdo nahradit. Lékaři, kteří sice s počítačem pracují, ale nemají spolehlivé připojení na internet, ti budou mít problém, ale ještě větší problém budou mít jejich pacienti. Přímo likvidační bude povinná elektronická preskripce pro lékaře, kteří na základě potvrzení ČLK předepisují léky pouze pro svoji vlastní potřebu. Jde o několik tisíc nepracujících důchodců a o stovky lékařů paraklinických oborů.

Do parlamentních voleb se nám změnu asi prosadit nepodaří. To však neznamená, že budeme trpně čekat na to, co se v lednu příštího roku v lékařských ordinacích semele. Naší povinností je chránit pacienty i naše členy. Dá se očekávat, že po volbách s blížícím se koncem roku budou politici přístupnější k jednání, pokud bude jasné, že by povinná elektronická preskripce v lednu 2018 zkolabovala.

Milan Kubek

Připomínka k elektronickým receptům

Je mi 82 let, mé zdravotní sestře je 71 let. Pracuji jako internista a diabetolog v Nejdku, městečku 18 km od Karlových Varů. Nezastírám, že pracuji rád. Počítač mám doma, v ordinaci stále psací stroj. Pokud zavedete elektronické recepty, práci budu musít ukončit.

V nemocnici Karlovy Vary chybí asi 30 lékařů. Poptával jsem se, dal jsem dokonce inzerát, nikdo nemá o tuto

práci zájem. Pokud odejdu, zůstane asi 12tisícová spádová oblast bez internisty a diabetologa. Nevylučuji, že mne podrazí i můj zdravotní stav. To nemohu vyloučit. S elektronickou evidencí tržeb nemám problémy. Vše nechám zdarma. Mám určitou empatii vůči pacientům, za loňský rok jsem vybral asi 5x 150 Kč. To mne nijak nezruinuje.

MUDr. René Bouška, poliklinika Nejedek

Inzerce A171000746



Využijte elektronizaci zdravotnictví pro sebe i své pacienty

S elektronickou zdravotní knížkou Zdravel vidíte veškerou zdravotní dokumentaci svých pacientů přehledně, v souvislostech, v časové ose a na jednom místě: zápisy od všech lékařů napříč obory, výsledky laboratoří či užívané léky. Rychleji a s větší jistotou můžete vyhodnotit pacientův stav, zvolit vhodnou léčbu či odhalit riziko kontraindikací.



- Snadná dostupnost zdravotních záznamů pacienta
- Vysoká úroveň zabezpečení dat i přístupů
- Odlehčení administrativy – nemusíte tisknout a posílat zprávy po pacientech
- Sdílení informací a rychlejší komunikace s pacientem, lékaři, lékárnou a laboratoří
- Posílení prevence – výzvy k prohlídkám, očkování a informovanost pacienta

**Svůj software můžete používat i nadále beze změny.
Zdarma Vám jej propojíme se systémem Zdravel.**

Co řeší společnost Evropských mladých lékařů

Zajímalo vás někdy, jestli mají lepší pracovní podmínky norští, či italští mladí lékaři? A jak si proti nim stojí jejich čeští kolegové? Nebo kdo řeší, zda má lékař v Litvě porovnatelný postgraduální výcvik jako ten v Rakousku? Přesně to a ještě mnohé další záležitosti řeší společnost Evropských mladých lékařů (EJD – European Junior Doctors), do jejíhož předsednictva jsem byl na podzim minulého roku zvolen.



Vzhledem k tomu, že o EJD značná část lékařů asi neslyšela (a já jsem ještě před rokem také patřil mezi ně), na pár rádcích bych rád přiblížil něco o jejich fungování a historii.

Organizace EJD vznikla ještě pod názvem Permanent Working Group of European Junior Doctors (PWG) v roce 1976 v Německu. Za 40 let své existence se stala organizací sdružující většinu evropských zemí a reprezentující přes 300 000 mladých lékařů. Původní myšlenkou bylo vytvořit organizaci, která by hájila zájmy mladých doktorů v Evropě, vytvořila či vylepšila spolupráci mezi jednotlivými lékařskými spolky z členských zemí, a tak vytvořila prostor pro spolupráci a kontakt mezi mladými lékaři z Evropy.

Už od založení EJD se původní členové snažili zaměřit na fakt, že mladí lékaři napříč Evropou čelili ve svých začátcích obdobným výzvám a strastem (což bylo ovlivněno i tím, že původní členové patřili takřka výhradně mezi země západní či jižní Evropy). Bez ohledu na kulturní, politickou či zdravotnickou úroveň tak byl na půdě EJD zaveden hlasovací a rozhodovací systém, podle motta „one country, one vote, one language“, tedy jeden hlas pro každou zemi, a výhradním komunikačním jazykem se stala angličtina. Hlavní témata tehdy byla, a dodnes zůstávají, vzdělávání a výcvik lékařů, propojitelnost a schopnost přechodu mezi jednotlivými vzdělávacími systémy členských zemí. Dále rovnost příležitostí a správná hygiena práce. EJD se také účastní jednání při přijímání

nových členských zemí do Evropské unie, a to právě v otázkách postgraduálního vzdělávání a pracovních podmínek lékařů.

Už od počátků svého působení EJD rozvíjeli spolupráci s dalšími lékařskými organizacemi v Evropě. Od roku 1983 úzce spolupracujeme s CPME (Standing Committee of European Doctors), což je společnost dohlížející nad standardy lékařského vzdělávání a získávání praxe v zemích Evropské unie. Dále zástupci EJD z bruselské kanceláře působí jako konzultanti na půdě Rady Evropy, Evropského parlamentu, Evropské komise a spolupracují s WHO. Od roku 1991 je pak zástupce EJD členem EUMS (European Union of Medical Specialists), která sdružuje evropské lékaře specialisty. Se všemi těmito organizacemi pořádá EJD pravidelné mítinky.

EJD momentálně sdružuje lékaře z 21 evropských zemí. Dvakrát do roka, na jaře a na podzim, pořádá valné shromáždění, kde jsou probírány záležitosti za daný půlrok a ustanovují se jednotná prohlášení a stanovy, aby mohly být prezentovány a předány například dalším evropským institucím. To je však jen pomyslný vrcholek ledovce, většina práce je odváděna během roku. Značná část činností spadá pod výkonnou radu, dále delegáti všech zemí odevzdávají pravidelné reporty o stavu a vývoji situace zdravotnictví ve svých zemích, a to jak z pohledu lékaře před atestací, tak obecně. EJD má také reprezentanta v takřka každém oboru specializačního vzdělávání, který mapuje situaci napříč členskými státy. To vše je samozřejmě spojeno, vzhledem ke geografickým vzdálenostem mezi aktivními členy, s hojnou e-mailovou komunikací a Skype konferencemi, aby se na „fyzických mítincích“ vše již jen doladilo a bylo připraveno ke schválení.

Jak jsem již předdeslal v úvodu, v říjnu loňského roku jsem byl na podzimním zasedání zvolen do výkonné rady EJD, a to na pozici Communications Officer. Mým úkolem je tak například zajišťování a koordinace komunikace v rámci EJD, ale i s dalšími organizacemi, správa webových stránek nebo sociálních sítí. Dále působím jako delegát České republiky, což zahrnuje navíc výše zmíněné aktivity.

V EJD je dvouleté funkční období, protože jsem byl zvolen uprostřed něj, budu tuto funkci vykonávat do podzimu 2017.

Vzhledem k různorodosti členských zemí jsou vždy zajímavé půlroční zprávy o fungování zdravotnictví v jednotlivých zemích. Zároveň to ale představuje i problém, protože ne vždy lze dosáhnout konsenzu ve společném výstupu jednání. Toto má jednak důvody ekonomické, protože rozdíly napříč státy jsou velké jak v celkovém HDP, tak v procentu, které z něj jde na zdravotnictví. Dánsko tak například prezentovalo jako palčivý problém, zda zavede 36hodinový, či 38hodinový pracovní týden. Na druhé straně spektra stálo pak třeba Maďarsko, které považovalo za úspěch zvednutí spoluúčasti pacientů, jehož však bylo dosaženo i díky obrovskému společenskému i politicky tolerovanému úplatkářství, které tak drží nad vodou jinak hrubě podfinancované maďarské zdravotnictví. Dalším častým důvodem jsou společenská a kulturní přesvědčení.

Na podzimním shromáždění vyvolal bouřlivou diskusi dokument o právech a ochraně těhotných lékařek. Zatímco střeoevropské země, včetně nás či Německa, zastávaly konzervativnější pohled, který měl těhotnou a nenarozené dítě ochránit před zvýšenou fyzickou námahou či prací přesčas a v noci, skandinávské toto naopak vnímaly jako omezování svobody a práv ženy. Další výhrada mířila k samotnému názvu dokumentu, který není genderově korektní, protože ve Švédsku může být těhotný i muž. Právě tyto diskuse, kde panuje neshoda, však bývají nejzajímavější, protože otevírají nové pohledy na věc. A je vždy poučné zjistit, jaké věci se v jiných zemích dělají ani ne lépe či hůře, ale prostě jinak.

A právě v tomto vidím největší přínos EJD, tedy ve výměně zkušeností a názorů a zároveň možnosti adopcce dobře fungujících zahraničních řešení a nápadů do českého zdravotnictví. A doufám, že budu Českou republiku úspěšně reprezentovat.

Jan Přáda,

EJD Communications Officer,
člen Sekce mladých lékařů ČLK

Léčitele a šamany komora nepodporuje

Česká lékařská komora zásadně nepodporuje nejrůznější nemedicínské léčitelské praktiky. Na toto téma poskytl její prezident MUDr. Milan Kubek rozhovor magazínu HOSPITALin.



Jste velmi výrazný odpůrce veškerých praktik a existence TCM. Co je pro vás tak zásadně nepřijatelné z hlediska odborného?

Podle Světové lékařské asociace existuje pouze jedna medicína – medicína založená na důkazech a poznatcích vědy. A právě medicínu v tomto slova smyslu podporuje a prosazuje i Česká lékařská komora. Vedle medicíny jsou provozovány v různých částech světa s rozličnou intenzitou nejrůznější léčitelské praktiky. Děje se tak buď z důvodu nedostupnosti medicíny a nedostatku znalostí, což je pochopitelné, nebo ze ziskových motivů, což je neakceptovatelné.

Jak může v kontextu s vaším postojem a prohlášeními ČLK veřejnost vnímat fakt, že v jiných zemích je TCM regulérně vyučována, indikována a praktikována?

Nevím, které země a jaké školy máte na mysli. Samotný fakt, že někdo něco studuje, například šamanské metody, však přece neznamená, že se stává šamanem. Vědec studující hmyz zůstává přece entomologem, nestává se broukem.

V čem vidíte největší ohrožení pacienta?

Největší nebezpečí všech léčitelských metod vyplývá z rizika zanedbání skutečně závažné choroby. Pokud někdo přikládá baňky pacientovi s chronickými bolestmi zad, pak to můžeme přejít s úsměvem, pokud někdo křenovými plackami či sušeným opičím penisem „léčí“ rakovinu, pak je to zločinec.

Toleroval byste za nějakých podmínek praxi nelékařů, praktiků TCM? Třeba jako doplněk v lázeňské péči, jak plánuje MZ.

Samotné lázeňství se s výjimkou časné rehabilitace podle mého názoru pohybuje na hranici wellness, takže pokud bude doplněno klidně o čínské léčitelství, asi se nic strašného nestane. Tedy pokud někoho nenapadne, aby na to z prostředků solidárního pojištění přispívaly zdravotní pojišťovny.

Pokud vidíte TCM v medicíně jako nebezpečí, neměl byste zakročit? Můžete zajistit třeba kontrolu produktů, postupů a oprávněnosti k léčbě?

Vše, co je prodáváno jako léčivo, podléhá kontrole Státního ústavu pro kontrolu léčiv, který doufám své povinnosti plní. Právě kvůli obsahu toxických látek byly nejrůznější

čínské čajové směsi v řadě vyspělých států zakázány. Česká lékařská komora vykonává disciplinární pravomoc svěřenou jí zákonem pouze vůči svým členům. Členem komory se může stát jen lékař, tedy absolvent lékařské fakulty. Čínští léčitelé nemohou být členy komory, a ta je tedy nemůže nijak kontrolovat. Pokud se někdo neoprávněně vydává za lékaře, jde o podvod, a v takovém případě musí zakročit orgány činné v trestním řízení. **Studoval jste někdy výsledky a úroveň TCM vyučované na univerzitách v Číně? Jste přesvědčen, že se po tisíce let praktici a lékaři mýlí nebo záměrně šíří bludy?**

Když jsem byl před rokem na Tchaj-wanu, prohlédl jsem si obchůdky se vším možným i nepředstavitelným sušeným svinstvím, které turistům za hříšné peníze jako atrakci vnucovali obchodníci na Dihua Street. Na druhé straně jsem měl možnost navštívit špičkově vybavenou nemocnici na úrovni FN Motol, ve které vzdělaní lékaři dělají seriózní medicínu. Čínské léčitelství, tak jak bylo po zdecimování lékařů a ostatní inteligence řáděním Mao Ce-tungových ko-



munistů v rámci tzv. kulturní revoluce před půl stoletím prezentováno jako náhrada mís-
to medicíny, je tak jako ostatní léčitel-
ské metody směsí empirických poznatků a na-
prostých nesmyslů odporujících přírodním
zákonům. Jsou to, jak vy říkáte, bludy.

**Setkal jste se někdy s případem, že in-
dikace metod TCM někoho poškodila? Myslíte si, že fytotherapeutické produkty mohou výrazně poškodit zdraví? V klasické medicíně se látky z nich také používají k přípravě farmaceutik.**

Nejhorší zkušenosti s léčiteli mají on-
kologové, ale zajímavé kazuistiky selhání
ledvin po pití toxických čajů evidují nefro-
logové, s důsledky toxického selhání jater se
zas potýkají hepatologové. Já jsem angiolog
a nikdo z mých pacientů si na čínské léčitele
nestěžoval, na druhou stranu se mi takovou
zkušeností nikdo ani nepochlubil.

Jak vysvětlíte prokazatelné úspěchy, zlepšení stavu nebo vyléčení ve zcela doložitelných případech? Například

**dlouholetá činnost lékařů akupunkturu-
ristů v ČLAS má těžko zpochybnitelné
výsledky.**

Říká se, že u opravdu špičkového aku-
punkturisty, tedy u takového, který si ne-
chá platit minimálně 100 eur za sezení, je
úplně jedno, kam jehlu zabodne. Vždycky
to pomůže.

Nevím, z čeho pramení vaše tvrzení,
ale já jsem nikdy neviděl žádnou seriózní
vědeckou studii, která by prokázala větší
efekt akupunktury v porovnání s placebem
a sugescí. Kolegům, kteří s vědomím limi-
tace možností této metody akupunkturu
zodpovědně provádí, však přeji, ať se jim
daří. Ostatně ani placebo komora nezatra-
cuje, i využívání placebo efektu je součástí
medicíny.

**Pokud za sebe i ČLK prosazujete tak
odmítavé stanovisko a uvádíte důvody,
jak vidíte budoucnost oficiálního Česko-
-čínského centra a kliniky TCM ve FN
Hradec Králové?**

Léčitelství nepatří na půdu fakultní ne-
mocnice. Pro pacienty je to matoucí. Laici
přece nemusí poznat, že nejde o medicínu,
ale jen o kšeft. Fakultní nemocnice Hradec
Králové je špičkové zdravotnické zařízení,
které by nemělo dávat svoji dobrou pověst
všanc pro něčí obchodní zájmy.

**Ti, kdo vyučují TCM a poskytují absol-
ventské certifikáty, provozují podle vás
mimozákonnou činnost?**

Asi ne. Žijeme v demokracii a každý si
může vykládat a učit, co chce. Pokud si třeba
vy otevřete školu čtení mezi řádky a začne-
te učit čtenáře, jak rozumět smyslu psá-
ného textu a chápat, proč a za jakým
účelem jsou jim informace v těch kterých
novinách předkládány, pak se přece také
ničeho protiprávního nedopouštíte. Jen
pokud si za tato školení necháte platit,
měl byste to zohlednit ve svém daňovém
příznání.

Jan Hovorka,

šéfredaktor a spoluvydavatel HOSPITALin

Vyzula chce uzákonit studium pro terapeuty čínské medicíny



Vládní novela o změnách ve
vzdělávání zdravotních sester
možná uzákoní i podmínky pro
povolání terapeuta a specialis-
ty tradiční čínské medicíny. Ve druhém
sněmovním čtení je navrhl do předlohy
připojit předseda zdravotnického výboru
prof. MUDr. Rostislav Vyzula (ANO).

Úprava by stanovila rozsah studia, který
by museli budoucí terapeuti nebo specialisti

absolvovat. Sněmovna bude rozhodovat o po-
době normy patrně v březnu.

„V současné době působí v Česku velké
množství subjektů, které o sobě tvrdí, že pro-
vozují tradiční čínskou medicínu, ale není
možné jednoznačně ověřit jejich vzdělání
a rozsah a kvalitu nabízené péče,“ zdůvodnil
návrh Vyzula. Proto je podle něho nutné vzdě-
lávání v této oblasti jednoznačně regulovat.

Zdroj: ČTK

24. 2. 2017

Ohodnotte zdravotní pojišťovny

HealthCare Institute, o. s. p., pořádá **bě-
hem března a dubna t. r.** celostátní průzkum
„Zdravotní pojišťovna roku 2017“ zaměřený
na hodnocení zdravotních pojišťoven z pohledu
ambulantních lékařů v České republice.

Prostřednictvím **krátkého dotazníku**
(maximálně 5 minut) můžete ohodnotit pro-
fesionální přístup či úroveň partnerského
jednání jednotlivých zdravotních pojišťoven.
Od 1. března je elektronický dotazník k dispo-

zici na webové adrese: <http://www.hc-institute.org/cz/dotazniky/ambulantni-lekari.html>.

Cílem je zvýšení kvality poskytovaného
servisu zdravotních pojišťoven, který nabízejí
svým klientům. Dlouhodobým cílem průzkumu
je na základě zpětné vazby lékařů, kterou
vyjádří vyplněným dotazníkem, diskutovat
s managementem zdravotních pojišťoven
opatření vedoucí k postupnému zlepšování
kvality jejich servisu pro lékaře a jejich klienty.

Výsledky celostátního průzkumu budou
vyhlášeny 28. listopadu 2017 v rámci konfe-
rence Efektivní nemocnice 2017 v pražském
hotelu Clarion.

Zároveň 1. března t. r. odstartoval pilotní
ročník hodnocení nemocnic z pohledu am-
bulantních lékařů. Své hodnocení můžete
vyjádřit na webovém odkazu:

<https://goo.gl/forms/VnOmM7gleNAF-DIWE2>.

Problémy a výzvy indického zdravotnictví

Plán na zkvalitnění zdravotní péče v Indii představil 1. února 2017 při projednávání rozpočtu ministr financí Arun Jaitley. Iniciativa zahrnuje jak konkrétní kroky pro eliminaci některých infekčních onemocnění, tak systémové změny. Mezi ně patří nové zákony a regulační opatření s cílem snížit náklady na léky i lékařské přístroje a snaha uvést indické zdravotnictví do souladu s mezinárodními standardy. Přesto se zdravotnictví druhé nejlidnatější země světa v dalších letech pravděpodobně nevymaní ze spárů nedůvěry veřejnosti a převahy privátně poskytovaných služeb. Analýzu důvodů i možností pro změnu tohoto stavu zveřejnil odborný časopis The Lancet

Indičtí politici si dobře uvědomují, že zdravá populace je jedním ze základních předpokladů ekonomického rozvoje země. Také proto chtějí vymýtit viscerální leishmaniózu a filariózu (ještě v roce 2017), lepru (do roku 2018), spalničky (do roku 2020) a tuberkulózu (do roku 2025).

Zdraví obyvatel má pak zlepšit řada systémových opatření, u nichž se předpokládá, že přilákají investice do zdravotnického sektoru. Indie se přitom soustředí především na zdraví jedinců v raných a pozdních fázích života s důrazem na redukci maternální a neonatální mortality. Pomocí má též pilotáž „chytrých karet“, které budou u starších občanů obsahovat medicínsky relevantní údaje.

Arun Jaitley kromě toho oznámil zřízení lázní a dvou nových organizací, jejichž úkolem bude rozvoj medicíny. Ty vzniknou ve státech Džhárkhanda a Gudžarát na základě zkušeností z univerzity v Novém Dillí, která v oblasti lékařského vzdělávání platí v Indii za vlajkovou loď. Ministr financí chce také vydat plošně peníze nejen pro zlepšení vzdělávání



lékařů, ale také v reakci na nedostatek specialistů, který panuje zejména na sekundární a terciální úrovni zdravotní péče.

Navzdory nárůstu finančních prostředků do systému bude v dalších letech Indie nadále patřit mezi země, které vydávají na zdravotnictví nejméně na světě. Podíl výdajů ve vztahu k HDP činí pouze 1,4 %, což je hluboce pod průměrem států OECD (9,0 % v roce 2015). Indické zdravotnictví je kontrolováno státem, více peněz do systému tedy potřebuje směřovat jak centrální vláda, tak vlády jednotlivých 29 spolkových států.

Zvýšení výdajů na zdravotnictví představuje však pouze první krok, konstatuje The Lancet. Ústřední vláda totiž často nedokáže s penězi zacházet efektivně, což dokládají časté výhrady ze strany nižších samosprávních celků, že finance chodí se zpožděním. Uvedený fakt ostatně potvrzují i další čísla – pouze v letech 2005 a 2013 dokázal státní

ministr zdravotnictví a péče o rodinu utratit všechny alokované zdroje.

Existuje více důvodů, proč se indické zdravotnictví neteší odpovídající politické podpoře a proč jsou systémy pro jeho financování tak nedokonalé. Předně existuje nedůvěra a nedostatečná úroveň komunikace mezi sektory, které mají silné slovo při zlepšování poměrů ve zdravotnictví a přeneseně v celé společnosti. Do hry vstupuje vláda, veřejné služby, zdravotničtí pracovníci fungující například indickou pluralitní společností, lokální a mezinárodní neziskové organizace i vědci.

Problémem dále je, že ministerstvo zdravotnictví a péče o rodinu nemá dostatek technických schopností pro implementaci ambiciózních zdravotnických programů. Indie nadto klade nepřiměřený důraz na rostoucí a do značné míry neregulovaný, soukromý zdravotnický sektor. Podle odhadů z rozmezí let 2003 až 2014 je podíl přímých plateb ve zdravotnictví

v rozmezí od 66 % až do více než 80 %. Kolektiv autorů textu časopisu The Lancet si tímto vysvětluje, proč zdravotnictví nestojí na předním místě ani v polické agendě, ani u samotných obyvatel, kteří nemají zkušenost, že by za zdravotní péči nesla odpovědnost centrální vláda.

Indické (soukromé i veřejné) zdravotnictví zůstává v nedobrému stavu. Peníze často neputují tam, kam bylo původně zamýšleno, mnoho zdravotnických zařízení postrádá kvalitní medicínské vybavení i patřičně školený personál v oblasti primární péče a lékaři fungující v rámci veřejného systému přecházejí do soukromé sféry. Výjimkou nejsou ani neetické způsoby vydělávání peněz – úplatky, nepřiměřené ceny, zbytečně prováděné diagnostiky, ordinované léky a procedury.

Kroky indického ministra financí jsou nicméně ve stínu vylíčené situace povzbuzivé. Uznal totiž, že mezi zdravím a sociálními determinanty zdraví existuje neoddelitelná souvislost (viz kupř. jeho výrok „chudoba je obvykle spojena se špatným zdravotním stavem“). Celou problematiku totiž, jak je známo, nelze redukovat na oblast financování. Správné fungování zdravotnictví tkví v multisektorovém přístupu, tedy propojení s ostatními systémy společnosti, což je rámec přesahující kompetence a působnost ministra zdravotnictví a péče o rodinu.

Okolnosti, které vedou k přímým platbám za zdravotnické služby, píše dále článek The Lancet, nepředstavují jen škodlivou zátěž pro chudé vrstvy obyvatelstva. Jsou přímo jedním z faktorů přispívajících k chudobě jako takové. Proto se při podrobnějším pohledu na indický rozpočet patří položit otázku, proč si indická vláda nestanovila jako vysokou prioritu vytvořit zdravotnictví dostupné pro všechny nebo proč se v každoročním rozpočtu nevěnuje zdravotnictví náležitá pozornost.



Neexistuje jednoduchý recept, na jehož základě by se indické zdravotnictví stalo udržitelným. Spolu s tím, jak se Indie zbavuje závislosti na mezinárodní pomoci, musejí její představitelé přijímat rozhodnutí týkající se sociálních determinantů zdraví, společenských nerovností a důsledků, které pro společnost představuje nezdravá populace. Taková rozhodnutí se v demokratických společnostech uskutečňují prostřednictvím debaty ve veřejném diskurzu, odkud pak vychází popudy směrem k představitelům moci. V Indii je problémem právě to, že zdraví není v dostatečné míře chápáno jako veřejný zájem a že se diskuse o univerzální zdravotní péči vedou pouze v akademické a politické rovině.


Postoj Indů vůči zdraví ale nelze jednoduše označit za lhostejný. Sdělovačí prostředky často přinášejí zprávy o újmách způsobených alkoholem, sdělují informace o tragédiích plynoucích z nekvalitní lékařské péče a referují o sebevraždách. Myšlenka univerzálně dostupné zdravotní péče jakožto základní společenské hodnoty však nikdy nedosáhla onoho pomyslného politického vrcholu, který je v indické demokracii tak důležitý. Jedinou výjimku tvořily volby ve státě Ándhrapradesh v roce 2007, ve kterých se téma zdraví stalo ústředním motivem kampaně a samotného klání.

Za zmínku stojí také fakt, že indická společnost spatřuje v duševních a tělesných chorobách stigma, které určité skupiny lidí ještě více izoluje a které zabraňuje, aby mohly svou tíseň přetavit prostřednictvím fungujících mechanismů v konkrétní kroky pro zlepšení situace. Skupiny lidí, které by ze zavedení univerzální zdravotní péče těžily nejvíce, jsou tak paradoxně nejméně schopné příslušné změny podporovat.

Přístup k indickému zdravotnictví po desítky let utvářejí vědecké a ekonomické přístupy. Nyní nastala potřeba mobilizovat veřejnou debatu a přimět klíčové sektory společnosti, aby se angažovaly. Právě zde mohou pomoci vyspělejší státy. Ty mohou přispět nejen řadou příkladů dobré praxe, ale také ověřenými nástroji, díky nimž lze řešit problémy, se kterými se indický zdravotnický systém potýká. Jakmile Indové pochopí, že zdraví je základní sdílenou společenskou hodnotou, je nejméně z poloviny vyhráno.

Lukáš Pfauser

Inzerce



HLEDÁME LÉKÁRE TĚCHTO ODBORNOSTÍ:

PRAKTICKÝ LÉKAŘ
- Plzeň, Praha, Dobruška, Mladá Boleslav -

**LÉKAŘ - INTERNISTA;
VEDOUcí LÉKAŘ - INTERNISTA;
GYNEKOLOG; PEDIATR**
- Praha -

do soukromé ordinace

- postaráme se o vaše pohodlí, celoživotní vzdělávání a profesní růst
- poskytneme přátelské prostředí
 - minimální administrativa
 - organizace ordinace dle potřeby
- práce v ordinaci s registrovanou sestrou
- uspokojíme vaše finanční požadavky
- datum nástupu dle vašeho přání
 - atestace vyžadována

Zaujali jsme vás?
Volejte na 777 200 685
nebo pište na lucie.elias@teamprevent.cz

www.sante.jobs.cz

Podepsat můžeš, přečíst musíš!

Ve sdělovacích prostředcích se občas objevuje kampaň, která nabádá k opatrnosti při podpisu různých smluv, závazků, objednávek apod. Tyto kampaně vznikaly postupně na základě velmi negativních zkušeností lidí s různými prodejci a obchodníky, jejichž výsledkem byla většinou vysoká finanční ztráta pro slabší smluvní stranu, kterou byl zpravidla jedinec, jenž se v otázkách závazků a smluvních povinností moc neorientuje.



V této souvislosti a se změnou postoje zákonodárců doznala postupem času zásadních změn i právní úprava, která dnes mnohem více chrání běžného spotřebitele proti těmto „obchodníkům“. Příkladem z nedávné minulosti může být i kampaň proti tzv. šmejdům, kdy i ČLK se proti tomuto způsobu podnikání striktně postavila a poskytovala negativní stanoviska v případech, kdy byly nabízeny zázračné léčebné metody a přístroje.

Proč tento úvod? Protože ani lékařům se tento způsob podnikání nevyhýbá a jsou velmi často vystaveni v rámci nedostatku času a přemíry povinností tlakům obchodníků, kterým mimoděk podlehnou jen proto, aby se mohli věnovat plnění svých hlavních povinností. Mnozí namítnou, že je věcí každého, jak se rozhodne a zda smlouvu uzavře, s tím, že posléze musí nést odpovědnost za své činy. Samozřejmě že tento závěr je zcela pravdivý, avšak vzhledem k množícím se počtům případů, kdy lékař něco pod „nátlakem“ obchodníka podepíše anebo vyplní formulář z důvodu, že připomíná dokument správního orgánu, či je ujišťován, že se jedná o bezplatnou službu apod., je vhodné toto téma po delší době připomenout, a zejména připomenout zásadu, že není nutno každému vyhovět, a naopak je potřeba nenechat se vmanipulovat z časových důvodů do uzavření jakéhokoliv smluvního

vztahu či poskytnutí služby. Zejména s nabídkami různých auditů, zveřejňování ve všelijakých seznamech, zpracování dokumentace podle zákonných předpisů upravujících konkrétní oblast poskytování zdravotních služeb nebo vedení lékařské praxe se v současnosti doslova „roztrhl pytel“.

Vím, že teď si mnoho z vás říká, mně by se to stát nemohlo, ale zkušenosti právní kanceláře ČLK hovoří o opaku. Přibývá podvedených lékařů, kteří v omylu podepsali či uzavřeli závazek, o který vlastně vůbec nestojí. Firem nabízejících nejrůznější služby v oblasti zdravotnictví je velmi mnoho a jejich agresivní jednání zacílené pouze na uzavření smluvního vztahu je dnes zcela běžnou praxí, s níž se určitě setkal každý z vás.

Bohužel ne každý umí říct NE! a ne každý umí jednat v časovém či jiném presu. Základní zásadou je ponechání si časového prostoru na rozmyšlenou a nikdy nic obratem nebo v časové tísní nepodepisovat. Totéž platí pro telefonické nabídky – rozhodně nedoporučujeme hned udělovat žádný ústní souhlas, který je zpravidla nabízející společností znamená. Rovněž je vhodné pouze oznámit, že nemáte o nabídku zájem či že jste si nic neobjednali, a jednoduše položit telefon. Vždy, když nemáte čas danou záležitost řešit, je žádoucí nabízejícího obchodníka asertivně odkázat na pozdější dobu, s tím, ať případně smluvní návrh ponechá na později anebo vám zašle např. e-mailem. Pokud by se dotýčný začal vymlouvat, že je nutno záležitost dořešit hned, je to jasný a žádoucí důvod jednání okamžitě ukončit. Rovněž výmluva, že smlouvu či návrh nelze k prostudování ponechat či zaslat, je důvodem pro okamžité odmítnutí dalšího jednání.

Písemný návrh je vhodné důkladně prostudovat a případné nejasnosti lze konzultovat s právní kanceláří ČLK. Teprve na základě všech dostupných informací by si měl lékař rozmyslet, zda je pro něj konkrétní smluvní návrh akceptovatelný a přináší mu požadovaný benefit či službu. V těchto věcech totiž není radno podléhat obchodníkům, kteří staví

konkrétní zvýhodnění na rychlém uzavření smlouvy. Vždy by měl být dodržen postup spočívající v předložení návrhu, následném důkladném zvážení a teprve poté v podpisu smlouvy.

Obezřetnost je v těchto případech na místě, neboť poté, co lékaři podepíší zjevně nevýhodné smlouvy, mnohdy se diví, že jsou povinni nevýhodné podmínky po určitou dobu akceptovat. Ne vždy je totiž možno uzavření smluvního vztahu pro neplatnost nebo uvedení v omyl právně napadnout.

Vracím se tedy na začátek. Podepsat můžete, přečíst a zvážit výhodnost musíte!

Mgr. Daniel Valášek, právník-specialista,
právní kancelář ČLK, ředitel kanceláře ČLK Olomouc

Inzerce A171000713


**Nemocnice
Na Bulovce**

**PŘIJME LÉKAŘE
NA KLINIKU INFEKČNÍCH,
PARAZITÁRNÍCH
A TROPICKÝCH NEMOCÍ
PRO ODDĚLENÍ INTENZIVNÍ
PÉČE.**

Požadujeme absolvování
základního kmene nebo
specializace v infekčním lékařství,
anesteziologii či interním
lékařství.

Nabízíme pestrou zdravotnickou
problematiku, benefity infekčního
pracoviště.

**CV s motivačním dopisem
zasílejte na e-mail:
hana.rohacova@bulovka.cz**

Vyhozené peníze

U ambulantních lékařů je zbytečné objednávat si u externí firmy interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.

V posledním období některé soukromé společnosti upozornily ambulantní poskytovatele zdravotních služeb – soukromé lékaře, ať již primární, nebo specializované ambulantní péče, že je jejich povinností podle § 47 odstavce 3 písm. b) zákona o zdravotních službách zavést Interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Tyto firmy nabízejí, že za úhradu zpracují tento interní systém každému ambulantnímu poskytovateli, aby splnil svou zákonnou povinnost.

Podle našeho názoru je vynakládání finančních prostředků za tvorbu tohoto dokumentu naprosto zbytečné, protože minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb stanovené Ministerstvem zdravotnictví ČR na základě zákonného zmocnění ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR a na jeho internetových stránkách jsou pro ambulantní poskytovatele skutečně „minimální“. Dokument, který by dokládal poskytovateli ambulantních zdravotních služeb, že splnil tuto zákonnou povinnost a zpracovala by jej soukromá firma, může jistě mít deset nebo dvacet stránek, ale **podle Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR při dodržení tam uvedených bodů stačí jedna stránka A4, kterou si velmi snadno vypracuje každý soukromý lékař sám, bez toho, že by musel vynakládat finanční prostředky soukromé společnosti, která by mu takový dokument vypracovávala.**

Jak již bylo uvedeno, požadavky pro dokument označovaný jako interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb lze nalézt ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR i na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví ČR a zveřejníme jej rovněž v Knihovničce zdravotnické legislativy na webových stránkách České lékařské komory. **Pokud jde o ambulantní poskytovatele – soukromé praktiky nebo specialisty, vyžadují se pouze tři body, které by měly být patrně písemně zpracovány jako doklad o tom, že poskytovatel zavedl Interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb i ve svém zdravotnickém zařízení.**

Jde o tyto body:

1. Seznam léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovitosti a zajištění jejich bezpečného uložení v souladu s doporučením výrobce. Podle doporučení Ministerstva zdravotnictví ČR půjde vždy o injekční roztoky chloridu draselného (KCL) o koncentraci 7,45 % a vyšší, inzulinu a neředěné hepariny, jsou-li používány.

2. Zavedení optimálních postupů hygieny rukou. Vyžaduje se vstupní školení všech pracovníků poskytovatele zdravotních služeb v oblasti hygieny rukou, vybavenost každého umývadla hygienickými a dezinfekčními přípravky a schématem správného mytí rukou, zejména ve vyšetřovnách, převazovnách a obdobných prostorách zdravotnického zařízení.

3. Řešení neodkladných stavů a první pomoci. Jde o zajištění pravidelné kontroly funkčnosti pomůcek pro řešení neodkladných stavů, včetně expirace léčivých přípravků se zápisy o provedených kontrolách. Dále má být zpracován periodický plán proškolení všech pracovníků poskytovatele zdravotních služeb v první pomoci a řešení neodkladných stavů,

příčímž proškolení má být provedeno nejméně jedenkrát ročně u všech pracovníků poskytovatele zdravotních služeb. Dále má být zajištěn systém přivolání první pomoci a viditelné označení tísňové linky 155, 112, 150 a 158 v prostorách každého zdravotnického zařízení.

Z uvedeného je zřejmé, že celý dokument označený jako interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, který má být vypracován ambulantním poskytovatelem zdravotních služeb, stačí na jedinou listinu s uvedením konkrétních faktů podle konkrétních pod-

mínek příslušného zdravotnického zařízení. Rozhodně k tomu netřeba služeb jakékoli soukromé firmy.

Obdobně někteří podnikatelé v oblasti tzv. prevencí rizik a bezpečnosti práce tvrdí, že každý zaměstnavatel musí zajistit školení prevencí rizik a bezpečnosti a ochrany zdraví při práci pro všechny zaměstnance prostřednictvím akreditované autorizované firmy, která je oprávněna taková školení provádět. Jde opět o dezinformaci, respektive informaci neúplnou a zkreslenou. Podle § 9 odstavce 3 písm. a) zákona č. 309/2006 Sb. v platném znění **zaměstnává-li zaměstnavatel nejvýše 25 zaměstnanců, může zajišťovat úkoly v prevenci rizik sám, má-li k tomu potřebné znalosti.** Je nepochybné, že každý zdravotník má nezbytné potřebné znalosti k tomu, aby dokázal proškolení nové zaměstnance v bezpečnosti a ochraně zdraví při práci a prevenci rizik na pracovišti, a není nutno, aby za toto proškolení platil externím firmám, nemá-li více než 25 zaměstnanců.

JUDr. Jan Mach, ředitel právní kanceláře ČLK

Inzerce



Medical Institut

Medical Institut care s.r.o. v Plzni

Klinika estetické medicíny a laserového centra přijme do svého týmu

lékaře / lékařku na HPP

s možností částečného pracovního úvazku nebo jako přivýdělek při mateřské dovolené.

Požadujeme:

- Dokončené lékařské vzdělání, preferujeme dermatologa nebo chirurga. (Zkušenost v oboru estetické medicíny výhodou, nikoliv podmínkou)

Nabízíme:

- Nástupní plat **70.000 Kč** čistě mzdy.
- Možnost zaškolení na náklady kliniky.
- Zájemci stabilní společnosti registrované jako nestátní zdravotnické zařízení.

NÁSTUP MOŽNÝ HNED

Kontakt: prace@medicalinstitut.cz
tel.: 608 960 540
Bezručova 16, Plzeň 301 00



Vy se ptáte, právník odpovídá



Spádová území

Ve své praxi soukromého ambulantního specialisty občas zdravotní stav některého z mých pacientů vyžaduje provedení takového vyšetření, které v mé ambulanci není možné. Proto takového pacienta odešlu s žádankou do nemocničního zařízení, které má možnost takové vyšetření provést. Někdy jde dokonce o vyšetření, které je potřeba s ohledem na zdravotní stav pacienta provést pokud možno co nejdříve, proto žádanku označím tradičním pojmem „statim“. Setkávám se však s případy, kdy je pacient v nemocnici odmítnut, protože podle adresy svého bydliště náleží do jiné nemocnice, kam spadá jeho území. Je takový postup v souladu s právními předpisy?

Je třeba přiznat, že občas v praxi stále ještě mylný dojem o existenci spádových území přetrvává. Ačkoliv se svého času tento pojem v zákoně ještě vyskytoval, reálně byla rajonizace pacientů podle spádových oblastí zrušena už někdy v 90. letech minulého století. Již dlouhou dobu platí pacientovo právo na svobodnou volbu poskytovatele či zdravotnického zařízení, který je schopen poskytnout takovou péči, která adekvátně odpovídá zdravotnímu stavu pacienta, i když nikoliv bezbřezě, existují zákonné důvody, pro které může poskytovatel odmítnout přijetí pacienta do péče.

Tyto důvody jsou uvedeny v § 48 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění, podle něhož poskyto-

vatel, kterého si pacient zvolil, může odmítnout přijetí pacienta do péče, pokud:

a) by přijetím pacienta bylo překročeno únosné pracovní zatížení nebo jeho přijetí brání provozní důvody, personální zabezpečení nebo technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení; překročením únosného pracovního zatížení se rozumí stav, kdy by zajištěním zdravotních služeb o tohoto pacienta došlo ke snížení úrovně kvality a bezpečnosti zdravotních služeb poskytovaných pacientům již přijatým,

b) by vzdálenost místa pobytu pacienta neumožňovala v případě poskytování zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost výkon návštěvní služby,

c) není pojištěncem zdravotní pojišťovny, se kterou má poskytovatel uzavřenu smlouvu podle zákona o veřejném zdravotním pojištění; toto právo se nevztahuje na pojištěnce z jiných států Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru, Švýcarské konfederace či ze států, se kterými má Česká republika uzavřenu smlouvu o sociálním zabezpečení, zahrnující ve věcném rozsahu nároky na zdravotní péči.

Pouze je-li naplněn jeden ze tří výše uvedených důvodů (žádný jiný), může poskytovatel svého práva odmítnout přijetí pacienta využít a pacientovi o této skutečnosti vysta-

vit písemně potvrzení s uvedením jednoho z oněch tří důvodů. Je nutno rovněž dodat, že podle § 48 odst. 3 téhož zákona poskytovatel nesmí odmítnout přijetí pacienta do péče, jde-li o pacienta, kterému je třeba poskytnout neodkladnou péči, jde-li o porod nebo jde o zdravotní služby, které jsou nezbytné z hlediska ochrany veřejného zdraví nebo ochrany zdraví při práci, dále jde-li o krizové situace nebo výkon ochranného léčení nařízeného soudem, pokud jiný právní předpis nestanoví jinak. V podrobnostech v této obecné rovině odkazují na článek kolegyně Mgr. Čáslavské v předchozím vydání časopisu Tempus medicorum.

Konkrétně k vašemu dotazu na odmítnutí provedení vyšetření ze strany nemocnice, do které se pacient s žádankou ambulantního lékaře dostavil – takové odmítnutí z důvodu, že na základě adresy bydliště patří pacient spádově jinam, je tedy nezákonné a nemá jakoukoliv zákonnou oporu. Ve vámi popisovaném případě je rovněž otázkou, zda pacient vyžadující „statim“ vyšetření neměl být přijat i bez případné diskuse o spádových územích neboli zda pacientův zdravotní stav nevyžadoval poskytnutí neodkladné péče. Uvedení požadavku „statim“ na vaši žádance jistě muselo mít nějakou oporu ve vašem odborném nálezu, a jak již bylo výše uvedeno, pacienta, jehož zdravotní stav vyžaduje poskytnutí



neodkladné péče, odmítnout nelze ani na základě jednoho ze tří možných zákonných důvodů. Neodkladnou péči definuje citovaný zákon v ustanovení § 5 odst. 1 písm. a) jako takovou péči, jejímž účelem je zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví nebo způsobují náhlou nebo intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí.

Ukončení péče o nezletilého pacienta

Jsem praktická lékařka pro děti a dorost a v posledním čísle Tempusu medicorum jsem si přečetla v rámci právní poradny článek Mgr. Čáslavské o tom, že dnes již je možné za určitých podmínek vyřadit pacienta z péče, pokud např. pacient s lékařem trvale nespolupracuje anebo opakovaně porušuje vnitřní řád zdravotnického zařízení. Mohu toto své právo využít i u nezletilého pacienta v případě, že některý z důvodů naplní jeho rodiče? Jestliže rodiče mají své nezadatelné právo udělovat souhlas s poskytovanou péčí a jednat jménem dítěte, měli by dle mého názoru nést i odpovědnost za to, jak se v mé ordinaci chovají a jak např. dodržují mnou indikovaný léčebný režim pro nezletilého pacienta.

Zákon o zdravotních službách, účinný od 1. 4. 2012, skutečně dnes již umožňuje, na rozdíl od předchozí právní úpravy, ukončit péči o pacienta jednostranně z rozhodnutí samotného poskytovatele, jestliže dojde ze strany pacienta k naplnění jednoho ze zákonem předpokládaného důvodu. Těmito důvody podle § 48 odst. 2 tohoto zákona jsou a poskytovatel může ukončit péči o pacienta v případě, že:

- a) prokazatelně předá pacienta s jeho souhlasem do péče jiného poskytovatele,
- b) pomínou důvody pro poskytování zdravotních služeb; to neplatí, jde-li o registrujícího poskytovatele,
- c) pacient vysloví nesouhlas s poskytovaným veškerých zdravotních služeb,
- d) pacient závažným způsobem omezuje práva ostatních pacientů, úmyslně a soustavně nedodržuje navržený individuální léčebný postup, pokud s poskytováním zdravotních služeb vyslovil souhlas, nebo se neřídí vnitřním řádem a jeho chování není způsobeno zdravotním stavem,
- e) přestal poskytovat součinnost nezbytnou pro další poskytování zdravotních služeb; to neplatí, jestliže neposkytování součinnosti souvisí se zdravotním stavem pacienta.



Foto Shutterstock.com

Ukončením péče nesmí dojít k bezprostřednímu ohrožení života nebo vážnému poškození zdraví pacienta. O ukončení péče je poskytovatel povinen vydat pacientovi písemné potvrzení s uvedením konkrétního věcného důvodu. Podrobněji v obecné rovině odkazují na předchozí článek kolegyně Mgr. Čáslavské, který ve svém dotazu sama zmiňujete.

Nyní k vašemu konkrétnímu dotazu týkajícímu se případu nezletilého pacienta a jeho zákonných zástupců. Jelikož jsme si vaši otázku svého času sami také kladli, protože není zákonem výslovně řešena, obrátili jsme se s žádostí o stanovisko na Ministerstvo zdravotnictví ČR, tedy orgán, který byl navrhovatelem a předkladatelem zákona o zdravotních službách. Ministerstvo ve svém výkladovém stanovisku deklarovalo, že dítě nemůže nést za jednání svých rodičů, které samo nezpůsobilo a není schopno ho ovlivnit, tak závažný následek, jako je ukončení péče lékaře o něj. Nelze tedy ukončit péči o nezletilého pacienta a vyřadit ho z registrace na základě toho, že jeden ze zákonných důvodů naplní jeho rodič, neboť by to mj. také bylo v rozporu s mezinárodními právními předpisy, které zakotvují ochranu práv samotného dítěte.

Je nepochybné, že orgánem vykládajícím právní předpisy je především soud a klíčový výklad ustanovení § 48 odst. 2 zákona o zdravotních službách by poskytl právě až soud v konkrétním případě. Žádné takové rozhodnutí soudu však nyní není k dispozici. Přesto ale tento řekněme „poradní“ výklad ministerstva svou logiku má a nebylo by vhodné brát ho na lehkou váhu – mj. také proto, že ministerstvo je jedním z orgánů, které se

můžou podílet na řešení případné stížnosti rodiče na neoprávněné ukončení péče o jeho nezletilé dítě, přičemž svým stanoviskem ministerstvo de facto dopředu avizuje, jak by se k takové eventuální stížnosti stavělo. Ačkoliv tedy má nepochybně svou logiku a věcnost i váš názor, doporučujeme z výše uvedených důvodů názor ministerstva respektovat.

Co je však důležité dodat a na co upozornilo i samo ministerstvo v rámci svého stanoviska, je oprávnění poskytovatele vyplývající z § 28 odst. 3 písm. e) zákona o zdravotních službách, podle kterého má nezletilý pacient právo na nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce, ovšem za podmínky, že je tato přítomnost v souladu s jinými právními předpisy a vnitřním řádem, a nenaruší-li přítomnost poskytnutí zdravotních služeb. Tedy z opačného pohledu, pokud přítomnost rodiče dítěte z jakéhokoliv důvodu narušuje poskytnutí péče dítěti anebo rodiče např. porušují vnitřním řádem či zákonem stanovené povinnosti, sice lékař není oprávněn ukončit péči o nezletilého pacienta, ale zcela v souladu se zákonem může využít v zájmu nezletilého pacienta svého práva vykázat rodiče z ordinace a neumožnit mu účast u vyšetření. Lze hodnotit pozitivně, že samo ministerstvo ve svém stanovisku na toto ustanovení poukázalo a konstatovalo, že v případech, kdy přítomnost rodičů neumožní bezproblémové poskytnutí péče nezletilému pacientovi a není možné situaci řešit domluvou, se lékaři nemusejí bát svého zákonného práva využít.

Zpracoval:

Mgr. Bc. Miloš Máca,

právník-specialista, právní kancelář ČLK

„Zmatené nadstandardy“?

Koncem loňského roku byl v Mladé frontě Dnes na první straně zveřejněn článek, v jehož nadpisu bylo uvedeno, že lékaři podvádí s nadstandardy. Lékaři mají podvádět tím, že pacientům nabízejí jakési „nadstandardní služby“ za příplatek nebo úhradu, ačkoli to zákon zakazuje, a v době, kdy to zákon umožňoval, tuto část zákona zrušil Ústavní soud, který jakékoli nadstandardy za příplatek zakázal.

Pacient si prý buď hradí vše sám – tedy příslušný zdravotní výkon, veškeré zdravotnické prostředky i léčivé přípravky – a pak mu lze poskytnout zdravotní službu za plnou úhradu a neúčtovat jí jeho zdravotní pojišťovně, nebo mu lze poskytnout pouze to, co je hrazeno ze zdravotního pojištění, a „nic víc“. Žádné příplatky a doplátky či úhrady za ekonomicky náročnější provedení výkonu poskytovatel od pacienta požadovat nesmí. Ústavní soud přece zakázal ekonomicky náročnější provedení výkonů za příplatek a zrušil část zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, který to umožňoval.

Na toto tvrzení, zcela suverénně uveřejněné na první straně deníku Mladá fronta Dnes, reagovalo hned několik právníků zabývajících se touto problematikou, z nichž část jednoznačně vyvracela údaje uvedené v tomto článku. Hned druhý den proto ve stejném deníku (nikoli však již na první straně) byl otištěn článek o „zmatených nadstandardech“, kde byl zveřejněn právní názor, že podle části právníků je tomu naopak, pacient má právo požadovat to nejlepší, co existuje a co mu poskytovatel poskytnout může a je schopen, i za cenu úhrady ekonomicky náročnějšího způsobu provedení výkonu nebo komfortnějšího provedení výkonu nebo kvalitnějšího zdravotnického prostředku, než hradí jeho zdravotní pojišťovna. Pokud toto pacient od poskytovatele zdravotní služby požaduje, nikdo nemá právo jej diskriminovat a neumožnit mu úhradu v takovém rozsahu, v jakém se poskytuje každému pojištěnci jeho zdravotní pojišťovny, a lze od něho požadovat pouze to, co přesahuje úhradu ze zdravotního pojištění.

Část právníků tedy zaujala jednoznačné stanovisko, že pacient má právo požadovat to nejlepší, nesmí být diskriminován a nesmí mu být upírána úhrada ze zdravotního pojištění, která je za příslušný výkon běžná.

Druhá část právníků zabývajících se touto problematikou setrvává na stanovisku, že „jakékoli nadstandardy jsou zakázány“ a pacient, pokud si chce něco hradit, si musí

hradit plný výkon, včetně zdravotnických prostředků, sám.

Je skutečností, že v době, kdy novelou zákona o veřejném zdravotním pojištění bylo umožněno tzv. „ekonomicky náročnější provedení zdravotního výkonu za úhradu“, Ústavní soud tuto část zákona zrušil. Zrušil ji však pouze z jednoho jediného důvodu. Zcela nešťastně zákon stanovil, že seznam zdravotních výkonů, které lze provést ekonomicky náročnějším způsobem, stanoví prováděcí předpis – vyhláška. Právní kancelář České lékařské komory již tehdy důrazně upozorňovala Ministerstvo zdravotnictví ČR i vládní legislativu, že Ústavní soud reaguje velmi nepříznivě na případy, kdy jakékoli platby ve zdravotnictví má určovat prováděcí právní předpis, tedy vyhláška, s tím, že vše, co se týká plateb ve zdravotnictví, má stanovit pouze zákon. Doporučovali jsme, aby ustanovení o prováděcí vyhlášce bylo bez dalšího vypuštěno a aby sám poskytovatel si s příslušným pacientem mohl dohodnout ekonomicky náročnější provedení výkonu za příplatek tam, kde takové provedení výkonu zdravotní pojišťovna v plném rozsahu nehradí. Proti takové právní úpravě by ze strany Ústavního soudu rozhodně připomínky nebyly, což vyplývá z obsahu jeho nálezu. **Ústavní soud v něm totiž přímo zdůrazňuje, že jeho nález nesměřuje k zákazu jakýchkoliv nadstandardů či příplatků za komfortnější, ekonomicky náročnější provedení zdravotních výkonů, ale zdůrazňuje, že seznam těchto výkonů nebo jakékoli podmínky nemůže v žádném případě stanovit prováděcí podzákonný právní předpis. Jediným důvodem zrušení ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění o ekonomicky náročnějším provedení výkonu za úhradu byla tedy skutečnost, že seznam těchto výkonů měla stanovit prováděcí vyhláška. Žádný seznam přitom nebylo třeba pořizovat, každý poskytovatel by si s každým pacientem sám dohodl ekonomicky náročnější provedení těch výkonů, které nejsou plně hrazeny ze**

zdravotního pojištění, resp. je ze zdravotního pojištění hrazeno pouze ekonomicky méně náročné provedení příslušného výkonu, při stejném terapeutickém účinku.

V současné době snad není pochyb o tom, že si pacient může připlatit v nemocnici za nadstandardní pokoj a neplatí si, s ohledem na tuto skutečnost, celou hospitalizaci. Není pochyb o tom, že pacient může požádat poskytovatele zdravotní služby o poskytnutí dohodnutých služeb nehrazených ze zdravotního pojištění za dohodnutou úhradu. To se běžně děje. Již větší pochybnosti mají někteří poskytovatelé o tom, zda lze přijmout úhradu za dohodnutou službu spočívající v tom, že pacient, který má právo zvolit si poskytovatele zdravotní služby, ale nikoli již lékaře, který výkon provede, tedy například lékaře, který mu provede operaci v nemocnici, si může jako hrazenou dohodnutou službu dohodnout provedení výkonu konkrétním lékařem – zaměstnancem, kterého si zvolí. Je nepochybné, že pacient má právo volby ošetřujícího lékaře nebo lékaře provádějícího příslušný výkon nemá, má právo pouze volby poskytovatele zdravotní služby – tedy například nemocnice. Pokud si výslovně přeje určit lékaře, který mu výkon provede, a poskytovatel je způsobilý a ochotný jeho přání vyhovět, podle mého názoru nic nebrání tomu, aby se poskytovatel s pacientem dohodli na přiměřené úhradě za tuto dohodnutou službu nehrazenou ze zdravotního pojištění. Totéž se podle mého názoru týká ekonomicky náročnějšího, komfortnějšího provedení některých výkonů nebo zdravotnických prostředků nad rámec úhrady ze zdravotního pojištění.

Podle článku 2 odstavce 3 Listiny základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku České republiky, „**každý může činit, co není zákonem zakázáno, a nikdo nesmí být nucen činit, co zákon neukládá**“.

Podle článku 31 věta první též Listiny „**Každý má právo na ochranu zdraví**“. Toto ustanovení není pouze proklamativní, ale znamená, že každý občan má právo učinit pro své zdraví vše, co uzná za vhodné, tedy například i požádat o provedení určité zdra-

votní služby ekonomicky náročnějším způsobem než tím, který je hrazen ze zdravotního pojištění za příplatek. **Nejde tedy o právo poskytovatele zdravotní služby účtovat si příplatky za ekonomicky náročnější provedení zdravotního výkonu nebo dohodnuté služby nehrazené ze zdravotního pojištění, ale jde o právo pacienta o toto poskytovatele žádat a právo poskytovatele pacientovi vyhovět, je-li to v možnostech tohoto poskytovatele.**

V rozporu se zákonem by byla pouze situace, pokud by pacient měl hradit to, co je hrazeno ze zdravotního pojištění, a duplicitně by hradil zdravotní službu jednak pacient, jednak i jeho zdravotní pojišťovna. Toto zákon výslovně zakazuje. Není tedy rovněž v souladu se zákonem žádat pacienta automaticky o jakékoli registrační poplatky za přijetí do péče poskytovatele zdravotní služby.

V případech poskytovatelů zdravotních služeb, ať již ambulantních, nebo nemocnic, pokud o to požádají, bez problému lze připravit smlouvu o poskytování dohodnutých služeb nehrazených ze zdravotního pojištění, která zatím vždy obstála před všemi kontrolami. Pokud si pacient dohodne s poskytovatelem zdravotní služby poskytnutí některých dohodnutých služeb ekonomicky náročnějším

způsobem, než je hrazen ze zdravotního pojištění, musí být ze smlouvy patrné, že se tak děje na jeho výslovnou žádost a že bere na vědomí, že výkon lze provést i jiným způsobem, bez jakéhokoliv příplatku. Nelze si dost dobře představit, že by k takové dohodě došlo pouze ústně, protože její obsah by mohl potom kdokoli popřít. **Rozhodně lze doporučit písemnou a velmi dobře jasně zpracovanou smlouvu o poskytnutí dohodnuté zdravotní služby nehrazené ze zdravotního pojištění za dohodnutou úhradu na výslovnou žádost pacienta.**

Přestože jsem přesvědčen o tom, že tyto služby lze poskytovat a od pacienta za ně úhradu, po předchozí jasné dohodě, přijmout, novou legislativní úpravu, která by tato pravidla lépe upravila, by bylo jistě žádoucí přijmout.

Shrnutí

Ač stanoviska různých právníků zabývajících se touto problematikou nejsou jednotná, podle mého právního názoru, který jsem již mnohokrát vyzkoušel v praxi a prošel různými kontrolami, lze s pacientem na jeho výslovnou žádost uzavřít smlouvu o poskytnutí dohodnutých služeb nehrazených ze zdravotního

pojištění, včetně poskytnutí ekonomicky náročnějšího provedení určitých zdravotních výkonů za úhradu, která vyjadřuje rozdíl mezi tím, co hradí zdravotní pojišťovna, a tím, co požaduje pacient a poskytovatel je schopen této žádosti vyhovět. Ústavní soud rozhodně nezakázal žádné nadstandarty ani dohodnuté služby za úhradu, pouze vyloučil, aby seznam takových služeb stanovil (zcela zbytečně!) prováděcí právní předpis. Jinak naopak konstatoval, že ústavní pořádek České republiky dohodu o nadstandartu za příplatek ani dohodnuté služby nevyklučuje, ale naopak umožňuje. Nejde o právo poskytovatele zdravotní služby žádat příplatek, ale o právo pacienta požadovat nejlepší možnou péči, byť ekonomicky náročnějším způsobem, než je hrazena ze zdravotního pojištění, a nebýt za to diskriminován. Smlouva s pacientem o poskytnutí těchto služeb za předem dohodnutou úhradu musí být, podle mého názoru, písemná a precizní. Legislativní úprava ekonomicky náročnějšího provedení výkonu při stejném terapeutickém účinku za přiměřenou úhradu je žádoucí.

JUDr. Jan Mach,

ředitel právní kanceláře ČLK

Dar Lékařům bez hranic

Výroční setkání Okresního sdružení lékařů ČLK v Ostravě proběhlo dne 21. 2. 2017 v hotelu Harmony. Přítomní si vyslechli obvyklý program a v nastalé diskusi si účastníci připomněli událost, ke které došlo na XXXI. sjezdu ČLK v listopadu 2016 v Praze, a sice k odmítnutí finanční podpory organizaci Lékaři bez hranic.

Jistě všichni souhlasíme s právem každého lékaře svobodně se rozhodnout, kterou instituci či organizaci chce svým finančním příspěvkem eventuálně podpořit, anebo jestli vůbec některou. Jsme si také vědomi, že přispívat lze i jinak. Přispívat můžeme každý z nás třeba měsíčním příspěvkem ze svého účtu (já tak činím několik let částkou 500 Kč měsíčně).

A přesto v některých z nás zůstal nepříjemný pocit z této situace, která na sjezdu nastala. Po diskusi o tomto všem pak následným hlasováním rozhodlo naše Okresní sdružení v Ostravě, že ze svých peněz přispějeme částkou 100 000 Kč na konto Lékařů bez hranic,

podobně jako to nedávno učinilo Okresní sdružení v Praze 2, a možná, alespoň já v to doufám, třeba menšími příspěvky akci podpoří i některá další okresní sdružení.

Vždyť podle slov Pavla Grubera, ředitele české kanceláře Lékařů bez hranic, která zazněla v poděkování za dar 300 000 Kč od ČLK, o kterém rozhodl sjezd delegátů v roce 2015, lze za tuto částku zajistit např. zdravotní péči pro 90 000 lidí na celý měsíc.

Odcházel jsem z okresního shromáždění s pocitem jisté hrdosti, že si můžeme ještě sami sebe vážit, že naše morální vlastnosti ještě našemu lékařskému stavu odpovídají.

Také bych chtěla touto cestou poděkovat za obětavost a vy-

jádření účty a sounáležitosti s naším vzdáleným regionem panu prezidentovi ČLK MUDr. Milanu Kubkovi, který přijel z Prahy, aby se zúčastnil našeho jednání, trpělivě s námi diskutoval, aby pak přijel, jistě velmi unaven, pozdním večerním vlakem kolem půlnoci domů. Velmi si toho vážíme.

MUDr. Eva Dostálíková,

členka představenstva OS ČLK v Ostravě

Inzerce A171000407

XXIII. Sympozium o morfologii a funkci střeva

27.–29. 4. 2017

Hotel Bezděz – Staré Splavy

Lékařská sekce: Idiopatické střevní záněty; Střevní mikrobiom, lepek a dieta u nemocí trávicího traktu; Nutriční péče v gastroenterologii

Sekce sester a nutričních terapeutů: Léčebné a ošetrovatelské postupy v gastroenterologii; Dieta a nutriční péče u chorob trávicího traktu

Informace na: www.forsapi.cz

Kristýna Pilařová, DiS.; tel. +420 602 372 712

e-mail: kristyna.pilarova@forsapi.cz

www.facebook.com/Forsapi



„Důstojné umírání“

Důstojný závěr života s nevléčitelnou nemocí

konference České lékařské komory
pod záštitou prezidenta ČR Miloše Zemana

úterý 6. června 2017, 9.00–15.30 hodin

Konferenční centrum Hotel GRANDIOR, Na Florenci 29, Praha 1

Důstojný závěr života s nevléčitelnou nemocí a slušné umírání jsou velké výzvy současné doby. Moderní paliativní medicína prokázala, že je možné efektivně zmírnit bolest a další tělesné i psychické symptomy. A nabídnout pacientům i jejich blízkým komplexní podporu tak, aby mohl být závěr života všemi zúčastněnými vnímán jako důstojný. Taková péče u nás ale není řadě pacientů dostupná. Jedním z cílů konference je popsat, kteří pacienti potřebují v závěru života paliativní péči. A rovněž jaké potřeby a která dilemata jsou v této fázi potřeba řešit.

Dále budou diskutovány možnosti a limity paliativní péče v různých segmentech zdravotního a sociálního systému včetně péče hospicové. Zazní též příspěvky o právních a ekonomických aspektech paliativní péče. Kromě příspěvků předních odborníků z oblasti paliativní péče, lékařské etiky a zdravotnického práva bude na konferenci věnován významný prostor mezioborové diskusi.

Hlavní témata konference:

- Koncept důstojnosti v závěru života ve filozofické a klinické diskusi a role paliativní péče
- Kteří pacienti potřebují v závěru života paliativní péči
- Paliativní péče v různých prostředích (intenzivní péče, akutní nemocnice, následná péče, domácí prostředí, hospic)
- Právní aspekty paliativní péče
- Zdravotně politické a úhradové aspekty péče o pacienty v závěru života

MUDr. Milan Kubek,
prezident České lékařské komory

NA KONFERENCI JE NUTNÉ SE PŘEDEM PŘIHLÁSIT!

Přihlášky na www.lkcr.cz (sekce KURZY ČLK – číslo kurzu: 66/17)

Účastnický poplatek 850 Kč

Číslo účtu: 19-1083620217/0100, v. symbol 6617

Do zprávy pro příjemce uveďte své jméno.

Potvrzení o úhradě účastnického poplatku je nutné předložit u registrace.

Odborná vzdělávací akce je pořádána v rámci celoživotního vzdělávání lékařů dle SP č. 16.
Za účast na semináři je přiděleno **6 kreditů** dle SP č. 16 ČLK, akce je akreditována pod číslem 46675.

Lékaři se v penězích netopí!

Reaguji na slova prezidenta Miloše Zemana, jenž se ve své kritice politiky ČSSD ve věci hospitalizačních poplatků zmínil, že podle jeho názoru mají lékaři již více než dost. Namítám, že všichni, kdo pečují o zdraví občanů v ČR, jsou hodnoceni stejně špatně, sestry i lékaři.

„Sociální demokracie měla ve svém volebním programu zachování hospitalizačních poplatků, naprosto zbytečně tento bod pustila, a tím zdravotnictví přišlo o dvě miliardy korun ročně, které by se mohly věnovat na zlepšení platové úrovně, ne lékařů, ti mají podle mého názoru už více než dost, především sester a pečovatelek v této oblasti,“ řekl Zeman.

Výše uvedená slova shrnují zřejmě názor pana prezidenta na ohodnocení zdravotníků v České republice. Považuji to za populistické prohlášení, kdy se opět, stejně jako jeho předchůdce, snaží rozdělit pracovníky, kteří pracují ve zdravotnictví, tak aby se z nich staly antagonistické skupiny. Snaží se vzbudit dojem, že mu leží na srdci blaho nelékařských pracovníků. Má pocit, že lékaři „již mají dost“. Myslím, že není možné, aby pan prezident nevěděl, že lékaři v naší zemi jsou hluboko podhodnoceni ve srovnání s okolními evropskými zeměmi, ačkoliv úroveň poskytované péče je na vysoké úrovni. Prohlášení pana prezidenta budí dojem, že lékařská profese je zřejmě nejlépe placená práce v ČR, že lékaři se topí v penězích atd. Zapomíná však občanům této země také sdělit, že péče v ČR je možná jen díky překračování zákoníku

práce, kdy je běžné, že lékaři odslouží nad rámec své pracovní doby kolem 1500 hodin navíc. Je to tedy tak, že platy či mzdy, které dostávají lékaři v ČR, nejsou za 8,5 hodiny, ale za mnohem více. Díky tomuto systému je možné, aby péče byla zajišťována na stále se zlepšující úrovni.

Zapomíná rovněž sdělit, že lékařská profese, která je ve všech vyspělých zemích řazena na první místo, co se týká prestiže, je v těchto zemích také náležitě ohodnocena – v ČR je v prestiži na prvním místě, nikoliv však v ohodnocení. Při hodnocení OECD bylo např. zjištěno, že pokud by tempo zvyšování platů českých lékařů rostlo současným tempem, pak na úroveň Německa se dostaneme za 20 let, na úroveň Norska nikdy! Otázka tedy nestojí tak, že sestry jsou hůře hodnoceny než lékaři, mladší lékaři jsou hodnoceni hůře než starší lékaři, nemocniční lékaři jsou na tom lépe či hůře než ambulantní specialisté či naopak – a tak bych mohl pokračovat dále. Jedinou pravdou je, že všichni, kdo pečují o zdraví občanů v ČR, jsou hodnoceni stejně špatně. Přitom jedna skupina nemůže existovat bez druhé. Ve vyspělých zemích vlády pochopily, že pokud má země prosperovat, je nutné, aby bylo zdravé nejenom hospodářství, ale aby byla zdravá především populace. Aby to tak bylo, je zapotřebí, aby zdravotníci byli adekvátně ohodnoceni, aby neměli existenční problémy, aby fungoval systém vzdělávání atd. V ČR se stále vymýšlejí zástupné problémy a vláda včetně pana prezidenta se snaží znepřátelit jednotlivé

skupiny a postavit pacienty proti zdravotníkům. Říká se, že požadavky zdravotníků jsou nehorázné, stále je nám předkládána naše čest a Hippokratova přísaha (mimochodem nikdy ne celá). V kontrastu se pak dozvíte, že páni poslanci si musejí zvýšit plat – je nemorální, aby jejich plat se nezvyšoval –, nikdo se neptá, zda jejich práce a výsledky tomu odpovídají, zda jsou nositelé nějakých výkonů.

Závěrem bych rád vyjádřil víru ve skutečnost, že občané ČR jsou myslící bytosti, které si dokážou fakta srovnat a zjistit, kde je pravda. Nikdy jsem nebyl příznivcem pana prezidenta Zemana (byť s některými jeho výroky lze souhlasit – např. nesmyslnost zrušení poplatků za pobyt v nemocnici apod.). Nyní však vím, že pokud by se rozhodl znovu kandidovat na post hlavy státu, já rozhodně k jeho volitelům patřit nebudu, a věřím, že žádný z rozumných zdravotníků. Nevěřím totiž, že chce být prezidentem všech občanů – prezidentem občanů – zdravotníků totiž rozhodně není. Snad nový prezident, který vyjde z přímé volby občanů ČR, bude mít na problémy zdravotnictví jiný náhled – chci být v tomto ohledu optimista. Aby to tak bylo, je však třeba abychom my zdravotníci (tedy lékaři i sestry) byli jednotní v našem úsilí o zlepšení našich podmínek, aby vláda i pan prezident nás zdravotníky vzali na vědomí jako důležitou a nikoliv bezvýznamnou skupinu, se kterou se není třeba zabývat. Jedině tak bude pokračovat trend zlepšování zdraví české populace, jedinečně tak budeme moci dobře pečovat o zdraví našich pacientů, což je naše poslání.

MUDr. Martin Polák, Nemocnice Příbram

Už se ani vracet nechci

Vážení, dovoluji mi poděkovat Vám za snahu zachránit české zdravotnictví. Bohužel mě čím dál víc přepadá pocit marnosti.

Jsem lékařka anestezioložka, zatím neatestovaná. Medicínu jsem dokončila v roce 2011. V té době probíhala akce „Děkujeme, odcházíme“. Já, jako dítě z naprosto nelékařské rodiny, jsem až v té době začala přicházet na to, jak zdravotnictví v našem státě funguje. Sledovala jsem internetové zprávy na dané téma, a hlavně jsem se zajímala o diskusi běžných lidí – pacientů pod články. Díky nim jsem pocítila silnou chuť buď s medicínou rovnou praštit, nebo po dokončení studia nastoupit někam do fabriky k pásu. Ta nevraživost lidí vůči lékařům a jejich požadavkům byla děsivá. Překonal jsem svůj nepříjemný pocit a v euforii z dokončeného studia jsem nastoupila do práce na ARO FN Plzeň. Práce se mi líbila

velmi, troufám si tvrdit, že jsem pro sebe našla ten správný obor. Bohužel, po asi dvou letech mi začalo docházet, že pokud zůstanu na tomto pracovišti a vůbec v ČR, nikam dál se neposunu. Podrobnosti teď nechám stranou, ač jsou zajímavé, nejsou momentálně tím hlavním, co mám na srdci. Učinila jsem tedy rozhodnutí a sehnala si práci v Německu, velmi blízko za hranicemi. Práce v Německu není o nic snazší než u nás, má svá specifika, každopádně jsem se od roku 2014 hodně naučila a moje práce byla adekvátně finančně ohodnocena.

Momentálně jsem na rodičovské dovolené a ani v tomto ohledu si nemůžu stěžovat. Jedinou bych se chtěla vrátit do Čech, ale obávám se, že nebude kam. Proto se také snažím lidem mimo zdravotnictví vysvětlovat, o co nám lékařům jde. A v tom vidím ten problém, je to házení hrachu na zeď, naprostý zmar a zou-

falství. Právě jsem ukončila rozsáhlou diskusi na Facebooku ohledně situace v domažlické nemocnici. Snažila jsem se vysvětlit, proč lékaři odcházejí. Odpovědí, která dostala nejvíce „lajků“, bylo, že ať si jdou, ale ať si studium zaplatí, protože vystudovali z kapes daňových poplatníků. A že ti slušní nikam neodcházejí. A že odchod není forma protestu, že naším „posláním“ je zůstat v ČR a léčit pacienty, že přece nikdo nezná žádného chudého lékaře. Pikantní na tom všem je, že takto se mnou diskutovala bývalá zdravotní sestra. Vyzvala jsem dotyčné k podepsání Vaší petice. Petice, která od začátku akce získala k dnešnímu dni kolem 3800 podpisů, troufám si tvrdit, že převážně od zdravotníků. Něco mi říká, že nejde o čas, jde o to, že lékaři jsou veřejnosti prezentováni jako vyžírkové, hamižní lumpové, kteří okrádají náš stát, nás všechny a nikdy nebudou mít dost. Víte co? Já už se vlastně asi ani vracet nechci.

MUDr. Eva Šrámková

Tradiční jarní právní seminář ČLK

Právní aktuality pro lékaře

čtvrtek 11. 5. 2017, 9.00 – 16.00 hodin

Hotel ILF, Praha 4, Budějovická 15/743

Právní kancelář a oddělení vzdělávání České lékařské komory si Vás dovoluji pozvat na tradiční jarní právní seminář.

PROGRAM:

9.00 Registrace účastníků
9.30–12.30 Dopolední přednáškový blok:

JUDr. Jan Mach

- Novinky ve zdravotnické legislativě a judikatuře.
- Co přináší pro praxi novela zákona č. 95/2004 Sb., o způsobilosti k výkonu lékařských povolání a vzdělávání (odborný dohled, vztah školitel – školeneц apod.).
- Některá rozhodnutí soudů a kazuistiky.

Mgr. Bc. Miloš Máca

- Aktuální praktické otázky řešené v rámci právní kanceláře České lékařské komory a jejich řešení.

Diskuse k oběma tématům

12.30–13.30 Přestávka na oběd
13.30–14.30 Odpolední přednáškový blok:

MUDr. Mgr. Dagmar Záleská

- Právní problematika vztahů zdravotních pojišťoven a poskytovatelů zdravotních služeb, úhrady, regulace, smlouvy, řešení sporů.

14.30–16.00 Diskuse k tématu i k dalším otázkám,
které budou posluchače zajímat.

16.00 Závěr semináře

doc. PhDr. Radek Ptáček, Ph.D., MBA
vedoucí oddělení vzdělávání

JUDr. Jan Mach
ředitel právní kanceláře ČLK



Přihlášky na www.lkcr.cz,
vzdělávání, sekce KURZY ČLK –
číslo kurzu: 65/17
(kurzy jsou řazeny chronologicky
podle data konání)
Své evidenční číslo najdete
v seznamu registrovaných lékařů.

❖
Účastnické poplatky:
pro členy ČLK 650 Kč,
pro nečleny 3 000 Kč
Číslo účtu 19-1083620217/0100,
variabilní symbol 6517
Do zprávy pro příjemce uveďte
jméno účastníka.
Občerstvení je zahrnuto v ceně.