

TEMPUS

MEDICORUM

hlavní téma měsíce

Jaká by měla být ČLK?

**BUDEME VOLIT
VICEPREZIDENTA ČLK**



PLUS

**LÉČIVA
POTENCIÁLNĚ
NEVHODNÁ VE
STÁŘÍ, II. ČÁST**



Komora na křižovatce

Na provokativně položenou anketní otázku většina respondentů odpovídá, že si představuje komoru jako silnou stavovskou organizaci, která je dokáže hájit. Vzhledem k tomu, že se lékařům zaměstnancům, ale ani většině z nás soukromých lékařů, nedaří příliš dobře, nemohou asi takové odpovědi překvapit. V nouzi se každý z nás snaží někde najít zastání.

V demokratické společnosti si občané, které spojuje společný zájem, vytvářejí nejrůznější organizace. Sdružujeme se tak i my lékaři, kteří na rozdíl od řady jiných profesí máme tu

výhodu, že ze zákona existuje Česká lékařská komora – naše stavovská organizace. Bohužel tuto svoji vlastní profesní samosprávu neumíme řádně využívat.

Česká lékařská komora nemá dnes ve společnosti takový kredit, jaký by měla mít. Ještě horší je však to, že významná část lékařů, zejména mladších kolegů z nemocnic, komoře nevěří.

ČLK v uplynulých letech postupně ztratila řadu důležitých kompetencí. V současnosti jsme znovu vystaveni dalším útokům na naše práva. Nemůžeme spolupřihlasovat o úhradách léků, ministerstvo nás vyloučilo ze své přístrojové komise. Vedení komory je však v takovém stavu, že jsme se zatím nezmohli na adekvátní odpověď. Rozhádání lékařů a slabá stavovská organizace, to vše vyhovuje zdravotním pojišťovnám i politikům. Proč jim napomáháme? Proč se část lékařů snaží svoji komoru zlikvidovat úplně?

Dá se s tím něco dělat? Určitě ano, ale nebude to jednoduché. Komora se především musí přestat zabývat sama sebou. Měli bychom si uvědomit, že naše vnitřní problémy většinu lékařů vůbec nezajímají. Kolegové očekávají, že zvolení funkcionáři budou pracovat pro jejich prospěch a nikoliv se jen hádat mezi sebou. Za své členské příspěvky oprávněně požadují profesionální servis.

Fungující představenstvo, jehož jednotliví členové dokáží plnit svěřené úkoly, musí spolupracovat s prezidentem. Jinak nedokážeme nic. Uvedení komory by mělo jistě respektovat názory předsedů okresních sdružení, kteří získali mandát od lékařů daného regionu, jejichž zájmy hájí a jimž se zodpovídají. Při svém rozhodování se představenstvo zároveň může opírat o odborný potenciál vědecké rady. Je nezbytné, aby sjezd zvolil takového viceprezidenta, který se alespoň v těch nejdůležitějších otázkách shodne s prezidentem tak, aby společně vytvořili tandem, který si bude pomáhat. Jen tak bude komora akceschopná.

Nadcházející sjezd komory však musí především stanovit cíle a vytyčit cestu, jak jich chceme dosáhnout. Vůle jeho delegátů vyžadovaná v usnesení, bude pak pro všechny zvolené funkcionáře závazná. Demokracie přece není anarchie.

Troufneme si říci občanům i politikům, že vysoká kvalita a široká dostupnost zdravotní péče jsou v ČR dosahovány na úkor platů zdravotníků a příjmů našich soukromých praxí, což odmítáme dále tolerovat, a proto je nezbytné výdaje na zdravotnictví zvyšovat?

Vybojujeme si rovnoprávné postavení ve vztahu ke zdravotním pojišťovnám? Chceme existenční jistotu trvalého smluvního vztahu?

Bude ČLK hájit zájmy soukromých lékařů v dohodovacích řízeních a nebo se smíříme se stavem, kdy zdravotní pojišťovny z pozice síly válčují jednotlivá profesní sdružení?

Systém úhrad zdravotní péče je tak složitý, že se v něm většina lékařů už vůbec nevyzná. Proč stát reguluje nás namísto toho, aby omezil zneužívání zdravotní péče ze strany pacientů? Není čas na změnu?

Navrhujeme a prosadíme nový zákon o vzdělávání a odborné způsobilosti? Stihneme to dříve, než se úplně rozpadne systém specializační přípravy?

Dokážeme zajistit lékařům kvalitní celoživotní vzdělávání i jistotu právní pomoci?

A co zahraniční politika? Jsme členy Evropské unie, měli bychom tedy být schopni v jejím rámci prosazovat naše zájmy. Pokud nedokážeme reagovat na takové výzvy, jakými jsou migrace lékařů, volně poskytování lékařských služeb v rámci EU nebo evropská směrnice o pracovní době, pak se opět bude někde rozhodovat o nás bez nás. A kdo jiný než komora může české lékaře na evropském poli zastupovat?

Věřím, že listopadový sjezd nalezne odpovědi na tyto a další klíčové otázky a doufám, že jeho delegáti potvrdí správnost naší snahy o vybudování silné komory. Pokud bychom svůj úkol nesplnili, pak by naše selhání možná zlikvidovalo komoru, ale s určitostí poškodilo lékaře. Nejenom komora, ale i my zkrátka stojíme na křižovatce.

MUDr. Milan Kubek
prezident ČLK

OBSAH

TÉMA MĚSÍCE 2–6

Zpráva o činnosti ČLK
Jaká by komora měla být?
Proč navrhujeme zvýšení příspěvků?

STALO SE 10–11

Kategorizační komise bez ČLK
Kosmetická úprava zákona o vzdělávání nestačí
Novela vyhlášky o znaleckých komisích
Stížnost Radě ČT
Jakub Tocháček v představenstvu

SJEZD ČLK 14–15

Představení kandidátů na viceprezidenta ČLK

PŘÍLOHA FI

Léčiva potencionálně nevhodná ve stáří II.

PRÁVNÍ PORADNA 22–24

Informovaný souhlas
Ministr odložil vyhlášku o zdravotnické dokumentaci
Dohody o zvyšování kvalifikace lékařů
Recenze knihy Medicína a právo

FÓRUM 26–27

Stálý výbor evropských lékařů
FEMS nehájí jen zaměstnance
Jak se mají lékaři v Nizozemsku?

NAPSALI JSTE 29

Neoslabujme si sami ČLK
Proč máme platit příspěvky?
Nechci Tempus Medicorum
MUDr. Herman viceprezidentem komory?

KAZUISTIKA 30–31

Smrtící tromboembolie

SERVIS 33–35

Kurzy a vzdělávání

Vánoční koncert ČLK

15. prosince 2006 od 20.30 hodin
Chrám sv. Mikuláše, Staroměstské nám., Praha

O sváteční náladu se postará komorní sbor Resonance pod vedením Miloslavy Pospíšilové, který přednese klasické skladby s vánoční tematikou. Klavír Věra Jelínková, varhany Bohumír Rabas a komorní orchestr Národního divadla a Státní opery. Vstup pro členy ČLK volný.

Měsíčník TEMPUS MEDICORUM

Vydává: Česká lékařská komora, Dolní nám. 38, 771 00 Olomouc
Registr. číslo MK ČR 6582 • ISSN 1214-7524 • IČO 43965024
Adresa redakce: Časopis ČLK, Lékařská 2, 150 00 Praha 5
Tel./fax: +420 257 217 226 • Fax: +420 257 220 618 • recepce@clkr.cz
www.lkr.cz/tm

Séfredaktor: MUDr. Milan Kubek

Redakční rada: MUDr. Aleš Herman, MUDr. Eva Hledíková, MUDr. Zorjan Jojko, MUDr. Lubor Kinšt, MUDr. Martin Sedláček

Redakční zpracování: EV public relations, s. r. o., Praha

Odpovědná redaktorka: PhDr. Blanka Rokosová

Příjem příspěvků: blanka.rokosova@ev-pr.cz

Příjem řádkové inzerce: recepce@clkr.cz (viz adresa redakce)
Grafická úprava, sazba: Studio 24 hodin, Moravské nám. 13, 602 00 Brno

Objednávky plošné inzerce: inzerce@studio24hodin.cz

Tel./fax: +420 532 163 630, mobil: +420 777 120 187

Tisk: Moraviapress, a. s., Břeclav

Uzávěrka čísla 11: 2. 11. 2006 • Vyšlo: 20. 11. 2006

Podávání novinových zásilek povoleno: Česká pošta, s. p., odštěpný závod Praha, čj. nov. 6139/96 ze dne 22. 11. 1996

Distribuce: Česká pošta, s. p., Postservis OZ Přeprava

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

Příspěvky se nemusejí shodovat se stanoviskem redakce.

Ta si současně vyhrazuje právo na redakční úpravu textů.



Má ČLK hájit zájmy lékařů, nebo jen reprezentovat a trestat? Neboli jaká by komora podle vašeho názoru měla být?

ZACHOVAT POVINNÉ ČLENSTVÍ

ČLK je poslední institucí v ČR, která se snaží hájit etické a morální principy ve zdravotnictví v dnešní přeeconomizované době. Jsem zastáncem povinného členství, které je nutné zachovat z několika důvodů: 1. pokud komora nebude zastupovat všechny lékaře, ostatní instituce využijí této skutečnosti ke zpochybnění jejího mandátu k jakýmkoli jednáním; 2. dojde k úplnému vyčlenění určitých skupin lékařů ze systému, tzv. typ neřízené sféry, s následným selháním dohledu nad dodržováním lékařských zásad v praxi. Nemám rád pojem široká odborná (dlouhotrvající) diskuze, zato mám v oblibě jasná a srozumitelná řešení problémů, k nimž nás dovede pouze silná organizace s přesně stanovenými pravidly.

*MUDr. Richard Lenert
předseda OS ČLK Opava*

APOLITICKÁ KOMORA

Již dávno měla ČLK jako stavovská organizace hájit zájmy lékařů a nestarat se jen o etický kodex členů. Ten je snad v každém z nás. ČLK by měla být důsledně apolitická stavovská organizace, mít důvěru svých členů, mandát k vyjednávání se zástupci MZ ČR a zdravotních pojišťoven. Problém je, že historicky ČLK promarnila svými zpolitizovanými postoji šanci na důvěru lékařů a tato důvěra se bude dlouho opět budovat. Z nejednotnosti lékařského stavu profitují zejména zdravotní pojišťovny a další subjekty, které sledují buď jen ekonomické, nebo politické zájmy.

*MUDr. Milan Šuják
soukromý gynekolog, Dvůr Králové n. L.*

PRO PŘÍKLAD DO RAKOUSKA

V sousedním Rakousku by takovou otázku zařadili mezi absurdní. Tam totiž vývoj lékařské komory pružně reagoval na hospodářské a společenské změny. Zaručil tak lékařské komoře uznání a občanskou prestiž. Jak? Lékařská komora jako instituce ze zákona převzala tíhu cenových jednání s pojišťovнами event. ministerstvem financí, uvnitř narovnávala rozdíl v požadavcích čerpání peněz solidárního pojištění jednotlivými lékařskými odbornostmi, zavedla vysoce odborný a bezplatný servis pro všechny členy, jedná v zájmu všech lékařů ze státních orgánů a společenskými uskupeními. Přestože v Rakousku existují také různá lékařská sdružení, je pozice komory nezastupitelná a respektovaná. Proč se nepoučíme? Proč se dáváme slepou cestou plnou šarvátek, které

Zpráva o činnosti

předkládá MUDr. Milan Kubek, prezident ČLK

Vážené kolegyně a vážení kolegové, prezidentem ČLK jsem byl zvolen 14. 1. 2006. Tentýž den sjezd delegátů odvolal bývalé představenstvo a na svoji funkci rezignovala viceprezidentka komory MUDr. Helena Fousková. Nové představenstvo ČLK bylo pak zvoleno 1. 4. 2006 na sjezdu, který bohužel nedokázal zvolit nového viceprezidenta. Letošní rok byl pro naši stavovskou organizaci obtížný po stránce organizační i finanční. Došlo prakticky k totální výměně vedoucích funkcionářů. Museli jsme uspořádat tři sjezdy a jiným způsobem než dosud zajistit vydávání časopisu. Ztratili jsme řadu spolupracovníků a smluvních partnerů. Kvůli ekonomickým těžkostem jsme byli nuceni nejenom šetřit, ale též zrušit či omezit takové aktivity, jako byly vzdělávací konference či lékařský ples. Navzdory všem těmto problémům však Česká lékařská komora plní své povinnosti a ze všech sil se snaží hájit zájmy svých členů.

ZVÝŠENÍ PLATEB POJISTNÉHO ZA TZV. STÁTNÍ POJIŠTĚNCE

S podporou tehdejšího ministra zdravotnictví dr. Ratha se podařilo prosadit zvýšení plateb státu za děti, důchodce a nezaměstnané o 76 Kč měsíčně na osobu. Vymeřovací základ pro zdravotní pojištění se u těchto osob s účinností od 1. 4. 2006 zvýšil z 22 na 25 % průměrné mzdy. **Zdravotnictví díky tomu získává jen do konce roku 2006 navíc 4 mld. Kč.** Další nezbytné zvyšování plateb státu patří mezi požadavky, které prezident ČLK předložil ministři dr. Julínkovi na zatím jediném jednání, které pan ministr s komorou vedl. Navzdory svým předvolebním slibům ministr zdravotnictví v této chvíli další zvyšování plateb státu odmítá. Lze tedy očekávat, že výdaje na zdravotnictví i v příštím roce budou stagnovat okolo 7 % hrubého domácího produktu, tedy hluboko pod průměrem států EU.

ZVÝŠENÍ PŘÍJMŮ SOUKROMÝCH PRAXÍ A ZMÍRNĚNÍ REGULACÍ OD 1. 4. 2006

ČLK vyjednala změnu vyhlášky 550/2005 Sb. tak, že s platností od 1. 4. 2006 stoupla maximální úhrada ze 103 na 105 % odpovídajícího období roku 2005 při zachování stávajících úhradových mechanismů (úhrada na RČ u ambulantních specialistů, kapitální platba pro praktické lékaře se zohledněním věkových skupin...).

Po zmírnění regulací se limit na předpis léků zvýšil na 101 % porovnávacího období, přičemž z překročení v pásmu 101 až 105 % hrozí srážka 20 %, v pásmu 105 až 110 % srážka 40 % a teprve v pásmu nad 110 % srážka ve výši 100 % překročení.

Díky regulacím dle vyhlášky 550/2005 Sb. a její novely 101/2006 Sb. se výdaje na léky v letošním roce snížily o 2 mld. Kč. Díky meziročnímu růstu výběru pojistného o 7 % a těmto úsporám se vytvořil předpoklad pro růst příjmů všech zdravotnických zařízení v následujícím roce.

Regulace na indukovanou péči byly zmírněny tak, že limitem pro laboratorní vyšetření je 106 % a pro zobrazovací vyšetření pak 110 % nákladů porovnávacího období. Nová vyhláška kromě neregulovaného výkonového systému dle nového seznamu výkonů s výrazným nárůstem ceny lékařské práce pro zařízení, která v hodnoceném období ošetřily méně než 50 klientů dané pojišťovny, umožnila individuálně si s pojišťovnou vyjednat jiný

způsob úhrady a zároveň díky aktivitě ČLK obsahuje tzv. vyvíňovací klauzuli. Tedy pokud zdravotnické zařízení prokáže, že vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta nemohlo použít jiný způsob léčby nebo předepsat jiný zdravotnický prostředek v ceně nad 15 000 Kč, pojišťovna regulaci neuplatní, pokud ZZ srovnatelný zdravotnický prostředek nepředepsalo v srovnatelném rozsahu v referenčním období. **Ukázalo se, že drtivá většina soukromých lékařů upravila své chování tak, že títo lékaři nepřekročili stanovené limity a tedy nebudou nijak regulováni. To však pochopitelně neznamená, že bychom se měli smířit s tím, že populisticky jednající politici, kteří nemají odvahu omezit zneužívání zdravotní péče ze strany pacientů, přenašejí ekonomická rizika na nás, na lékaře.**

NOVELA ZÁKONA Č. 20/1966 SB. O PĚČI O ZDRAVÍ LIDU (TZV. PARLAMENTNÍ TISK 1045)

Do této poslanecké iniciativy vložila ČLK hlavní část požadavků, jejichž prosazování uložil prezidentovi a členům představenstva svým usnesením XIX. sjezd delegátů.

Trvalý smluvní vztah – Soukromá zdravotnická zařízení s kapacitním číslem lékařů menším nebo rovným 10,0 mají nárok na smlouvu zajišťující trvalý smluvní vztah, který může pojišťovna vypovědět pouze z vážných, v zákoně taxativně vyjmenovaných důvodů. Zdravotnické zařízení naopak může odstoupit od smlouvy, pokud ji zhodnotí jako nevhodnou.

Nová pravidla dohodovacích řízení – V souladu s usnesením sjezdu delegátů by ČLK vyjednávala se zdravotními pojišťovnami jménem všech zdravotnických zařízení, která poskytují ambulantní lékařskou péči. Komora by byla povinna zohlednit názory občanských sdružení poskytovatelů zdravotní péče, která by na její půdě hledala přijatelný kompromis v rámci prvního kola dohodovacího řízení. V kole druhém by pak tento kompromis prosazovala ČLK vahou své autority vůči zdravotním pojišťovnám.

Pravidla prodeje, dědění a darování lékařských praxí včetně smluv se zdravotními pojišťovnami – Díky trvalému smluvnímu vztahu výrazně zhodnocené praxe by mohli starší kolegové prodávat a zvyšovat si díky takto vydělaným penězům svoji důchodcovskou životní úroveň. Mladší kolegové by si díky bankovním úvěrům mohli praxi odkoupit. Pro

lékaře, kteří si koupí soukromou lékařskou praxi od kolegy, by tím odpadla současná ponižující výběrová řízení.

Závaznost výsledků výběrových řízení pro zdravotní pojišťovny – Již od roku 1997 trvá „provizorní“ stav, kdy se ČLK snaží hájit zájmy svých členů ve výběrových řízeních na uzavření smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče, jejichž výsledky však zdravotní pojišťovny nemusí respektovat a často také nerespektují.

Účast odborníka delegovaného příslušnou společností ČLS JEP ve výběrovém řízení – V současnosti mohou vyhlášeovatelé výběrových řízení (krajské úřady) delegovat do komise kohokoliv.

Uznávání licence ČLK jako dokladu potvrzujícího specializovanou způsobilost lékaře

té pro tisíce zejména soukromých lékařů, opět prosazovat při nejbližší vhodné příležitosti.

NOVÁ RÁMCOVÁ SMLOUVA – DOHODA PREZIDENTA ČLK S ŘEDITELEM VZP O TZV. TRVALÉM SMLUVNÍM VZTAHU

Dohodovací řízení o rámcové smlouvě jsem svolal pro segment ambulantní specializované péče a segment praktických lékařů ještě jako předseda LOK-SČL, abych tak zabránil plošným výběrovým řízením, v jejichž rámci chtěly pojišťovny redukovat síť svých smluvních partnerů napříč odbornostmi o 10 až 15 %.

Na základě vyhlášky 290/2006 Sb. o rozhodnutí o rámcových smlouvách, kterou bývalý ministr dr. Rath vydal poté, co v půlroční zákonné lhůtě nedošlo k dohodě mezi pojišťov-

nás v očích občanů diskreditují? Proč s politiky nejednáme jako rovný s rovným, proč se politizujeme a necháme se zneužívat k politickým bojům? Potřebujeme to? NE! Potřebujeme jen jednotnou a silnou komoru.

*MUDr. Bohdan Babinec, CSc.
člen předsednictva OS ČLK Praha 1*

NEVYJEDNÁVAT O CENÁCH

ČLK by měla být stavovskou organizací s povinným členstvím pro soukromé lékaře a v zaměstnanec-kém poměru pro vedoucí lékaře. Pro ostatní lékaře – zaměstnance by mělo být členství nepovinné. Měla by být v první řadě garantem odborné způsobilosti svých členů (u zaměstnanců toto garantuje zaměstnavatel). Rozhodně jí nepřísluší funkce vyjednavče o cenách. Na to jsou již celkem dobře zavedena dobrovolná profesní sdružení, pro zaměstnance pak odborové organizace. Je celkem logické, že ČLK nemůže zastupovat v cenových jednáních všechny lékaře minimálně z toho důvodu, že zájmy jednotlivých skupin jsou v principu antagonistické!

*MUDr. Michal Lazák
praktický lékař, Praha 6*

MUSÍME MÍT SILU

Potřebujeme takovou komoru, která se za nás bude bit, bude nás hájit, pokud budeme pracovat lege artis – a pokud ne, tak jistě nás může trestat. Musíme mít jednotnou, silnou organizaci, která bude hájit zájmy nás všech – ať už jsme nemocničnící, nebo privátní, ať už jsme praktici, nebo třeba patologové. Kdo jiný než ČLK, než silná a jednotná stavovská organizace, by měl mít tyto pravomoci? Určitě ne 50 různých malinkatých sdružení, která reprezentují zájmy jenom určitých skupin ambulantních specialistů nebo dokonce majitelů poliklinik. Proto jsme si dr. Kubka zvolili prezidentem a doufáme, že naši důvěru nezklame.

*MUDr. Jiří Binter, ambulantní specialista
MUDr. Petr Skála, ambulantní specialista
MUDr. Ivo Šlosar, praktický lékař
všichni OS ČLK Chomutov*

MLADÍ SI VYBÍRAJÍ

ČLK by měla hájit zájmy lékařské profese, tak zodpovědně, těžké a nedoceněné morálně i finančně. Lékaři stárnou, přirozeně odcházejí a na jejich místa nebudou nástupci, zvláště v primární péči. Mladí lékaři po absolvování studia odcházejí do odborností, které jsou méně náročné než ty v první linii. Praktický lékař v podstatě nemá možnost onemocnět, musí být stále k dispozici svým registrovaným pacientům. Když přeče jen lékař onemocní a má vystavenou pracovní neschopnost, je to většinou onemocnění, které končí smrtí.

*MUDr. Marie Štěpánková
PL pro dospělé, Česká Třebová*



Foto: Martin Pokladník

– Posílení autority ČLK jako samosprávné stavovské organizace, která díky svému odbornému potenciálu dokáže lépe zhodnotit odbornou úroveň lékařů než úředníci ministerstva zdravotnictví. Odstranění diskriminace žen – lékařek, které svoji práci přerušily kvůli mateřské dovolené.

Zákon schválila Poslanecká sněmovna, odmítl Senát a poté byl znovu přijat poslanci. Nakonec ho vetoval prezident republiky Václav Klaus v době, kdy kvůli parlamentním volbám již jeho rozhodnutí nemohli poslanci demokratickým procesem zvrátit. Těsně před dosažením cíle tak byly zklamány naděje, které v zákon lékaři vkládali. **ČLK bude pochopitelně tyto zásadní změny, jejichž přijetí je extrémně důležité**

nami a zástupci poskytovatelů, jsem s ředitelem VZP dr. Horákem vyjednal pro soukromé lékaře – ambulantní specialisty a praktické lékaře trvalý smluvní vztah bez některých negativ, která obsahuje vyhláška.

Trvalý smluvní vztah pochopitelně nesmírně zvyšuje hodnotu zdravotnického zařízení jako soukromého podniku. Soukromý lékař, který bude mít tuto existenční jistotu, se nemusí již nadále obávat, co se stane, až uplyne období, na které má uzavřenu smlouvu, a nebude se tedy muset bát hájit svá práva ve sporu se zdravotními pojišťovnami. Dosavadní vrchnostenský přístup zdravotních pojišťoven k soukromým lékařům tímto skončí.

Proces uzavírání nových smluv bohužel nepro-

ANKETA
Má ČLK hájit zájmy lékařů, nebo jen reprezentovat a trestat? Neboli jaká by komora podle vašeho názoru měla být?**ZÁJMY POUZE EKONOMICKÉ**

ČLK má samozřejmě hájit zájmy lékařů, reprezentovat je a také, je-li to nezbytné, trestat. „Zájmy lékařů“ však byly prezidentem Kubkem a jeho LOK degradovány pouze na zájmy ekonomické, tedy boj za větší příjmy. Právě takto interpretovaná funkce ČLK způsobila její rozštěpenost a stále se oslabující funkčnost. Každá skupina lékařů totiž má jiné zájmy, často protichůdné. Ty je obecně vhodné obhajovat zvyšováním prestiže celé ČLK. O čistě ekonomické zájmy se musí starat někdo jiný. Třeba právě MUDr. Kubek v čele LOK.

*MUDr. František Plhoň
ambulantní ORL, Děčín*

NEPRAT ŠPINAVÉ PRÁDLO

Ochrana zájmu členů se musí snoubit s kontrolou. Hlavně se nesmí prát špinavé prádlo před veřejností. Jestliže se 35 000 nejinteligentnějších občanů nedokáže domluvit, je to jen naše vina. Dobře se to ukázalo v kauze neziskových nemocnic. Bohužel prezident Kubek nebyl nestranný a zájmy politických stran nás nesmí zajímat. Nechápu, jak mohl podporovat socializaci zdravotnictví. Vymstilo se mu, že netušil, co podporuje. Takzvané jistoty pro zaměstnance znamenaly pokles platu o 4000 Kč, pokud by nezasáhl Ústavní soud, který nedopustil omezení přístupu části zdravotnických zařízení k prostředkům veřejného pojištění. Doufám, že jak členové komory, tak představenstvo se poučilo a začne hájit zájmy lékařů s tím, že kdo nebude vystupovat jako lékař, bude postihnut nezávislou a silnou komorou. Příklad sousedního Německa by nám měl být vzorem.

*MUDr. Bohuslav Machaň
privátní ORL lékař Prostějov*

KOMORA NEPOVINNÁ

Komora má být především přísně apolitická, demokratická a taková, jak jí to určuje zákon, kterým byla zřízena – což dnes není. A po zkušenostech posledních let jsem navíc dospěl k názoru, že má být také nepovinná.

*MUDr. Alexander Štorek
psychiatrická ordinace, Choceň*

ČLK ZTRATILA SÍLU

Komora by měla být přísně apolitická, jako byla v historických dobách. Proto byla vážena a brána jako významný partner při jednáních. Za posledních 5 let komora ztratila mnoho závažných rozhodovacích prvků, vlastní vinou, nebo nedovedla

bíhá tak rychle, jak bychom si přáli. Vzhledem k tomu, že nevstoupila v platnost komorou prosazovaná novela zákona 20/1966 Sb. (tzv. tisk 1045), nemůžeme nijak bránit pojišťovně v tom, aby před uzavřením trvalého smluvního vztahu požadovaly po soukromých lékařích aktualizaci přílohy č. 2.

Pozor! Ze strany nového ministra zdravotnictví obměněné správní rady některých pojišťoven již jejich ředitelům zakázaly podepisovat pro soukromé lékaře výhodné smlouvy zajišťující trvalý smluvní vztah. Ze strany tzv. Križového štábu byl na ministra Julínka vyvíjen nátlak, aby zrušil vyhlášku č. 290/2006. Dá se očekávat, že v nejbližších týdnech ministr Julínek tuto vyhlášku zruší a vydá rámcovou smlouvu, pro soukromé lékaře nevýhodnou. Pokud by se tak stalo, mohli by soukromí lékaři o existenční jistotu trvalého smluvního vztahu přijít! Ten, kdo do té doby stihne uzavřít trvalý smluvní vztah v souladu s tzv. dohodou Kubek – Horák, ten však již o tuto existenční jistotu nepřijde!

VÝHODNÁ SMLOUVA O POJIŠTĚNÍ ODPOVĚDNOSTI SOUKROMÉHO LÉKAŘE

Společně s JUDr. Machem jsme s pojišťovnou Kooperativa, a. s., vyjednali výhodnou smlouvu garantující soukromým lékařům spolehlivě a kvalitní pojištění krytí v případě profesní odpovědnosti. Členové ČLK tak mají možnost získat bez příplatku i pojištění krytí jakýchkoli nároků vyplývajících z práva na ochranu osobnosti. Smlouva na rozdíl od nabídek jiných pojišťoven neobsahuje klauzuli o možnosti odmítnout pojištění plnění v případě „hrubého porušení povinností“. Každá neúmyslně způsobená škoda (s výjimkou té, která by byla způsobena pod vlivem návykové látky) je v rámci zvýhodněného pojištění pro členy ČLK vedeného VIP oddělením Kooperativa pojišťovny, a. s., pojištěna kryta!

PWG – ŠANCE PRO MLADÉ LÉKAŘE

ČLK se stala členem mezinárodní organizace mladých lékařů (PWG). Kolega dr. Šindler je garantem projektu, jehož cílem je vytvořit po vzoru zahraničních komor speciální sekci pro mladší kolegy, tedy pro lékaře, kteří ještě nezískali specializovanou způsobilost. Právě těmto lékařům chceme otevřít dveře ke stáží v zahraničí a usnadnit přístup ke kvalitnímu vzdělávání. Mým snem je nadační fond na podporu vzdělávání mladých lékařů, do kterého by přispívaly farmaceutické firmy úměrně svým tržbám, které realizují na našem trhu.

ČASOPIS TEMPUS MEDICORUM NADÁLE VYCHÁZÍ

V prvním pololetí vydala ČLK celkem pět čísel časopisu ve vlastní režii a prakticky bez reklam. Navzdory drastickému omezení nákladů, kdy jsem práci výkonného redaktora dělal sám v rámci výkonu funkce prezidenta ČLK, vznikla vydáváním časopisu Tempus Medicorum komoře za 1. pol. 2006 ztráta 895 623 Kč.

Po dlouhém a náročném výběrovém řízení kolegové dr. Kinšt, dr. Blažek a dr. Liehne doporučili představenstvu uzavřít s firmou Vít Hrachovský smlouvu o spolupráci při vydávání časopisu (TM), která by měla komoře přinést zisk. V současnosti vytvářejí časopis profesionální redaktoři a jeho obsah určuje redakční rada složená z členů představenstva.

Navzdory řadě problémů, které nám vznikly po rozvázání smlouvy s předchozím vydavatelem, jsme udrželi časopis, který je pro lékaře cenným zdrojem informací.

NA NOVÉ WEBOVÉ STRÁNCE ČLK NALEZNETE VÍCE INFORMACÍ

Díky nové webové stránce, jejímž hlavním tvůrcem je dr. Němeček, dokáže v současnosti ČLK mnohem lépe plnit svoji informační povinnost vůči lékařům.

PRŮBĚŽNĚ ZDOKONALUJEME REGISTR LÉKAŘŮ

Vedení seznamu členů je jednou z povinností uloženou nám zákonem. Údaje v registru musí být pravdivé, přehledné a chráněné před zneužitím. Jsem rád, že úkolu registr trvale zdokonalovat a školit administrativní pracovníky komory v jeho obsluze se ujal tajemník dr. Mach.

KOMORA JE PRO LÉKAŘE I VEŘEJNOST MNOHEM TRANSPARENTNĚJŠÍ

Zápis zasedání představenstva jsou nejenom zveřejňovány na internetu, ale oproti dřívějším dobám i obratem rozesílány na okresní sdružení. Tisíce lékařů, které daly komoře k dispozici své e-mailové adresy, dostávají přímou cestou aktuální informace. Jako prezident stavovské organizace jsem se několikrát obrátil na členy s žádostí o rady a názory. ČLK je tak pravděpodobně jedinou organizací, která se snaží reflektovat názory lékařů. Komoře rovněž zveřejňuje údaje o svém hospodaření. Touto otevřeností se snažíme získat zpět ztracenou důvěru svých členů.

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA FUNGUJE

Také v letošním roce jsme vystavili stovky licencí a uspořádali desítky vzdělávacích kurzů. Naši právníci radili stovkám lékařů a v různých sporech pomáhali desítkám z nich. Vědecká rada vedená dr. Hermanem i její oborové komise pracují bez problémů a představují odborné zázemí, o které se mohou ostatní orgány komory ve svém konání opírat. Pod vedením dr. Pětivlase začala znovu fungovat i etická komise.

ČLK ZŮSTALA NADSTRANICKOU NEZÁVISLOU STAVOVSKOU ORGANIZACÍ

Agresivní kampaň před letošními parlamentními volbami zanechala na tváři českého zdravotnictví hluboké šrámy. Jsem spokojený, že se mi navzdory snahám i některých členů představenstva podařilo zabránit tomu, aby se ČLK spolu s jinými lékařskými organizacemi zapojila do předvolebního boje. Možná jsme tímto zásadovým postojem ztratili dočasnou výhodu, ale v každém případě si právě naše komora udržela prestiž nadstranické stavovské organizace, která je schopná hájit zájmy všech lékařů.

CO BUDE PROSAZOVAT SILNÁ KOMORA PRO LÉKAŘE

- 1) Zvyšování výdajů na zdravotnictví.
- 2) Spoluúčast pacientů jako regulátor omezující zneužívání zdravotní péče.
- 3) Zvýšená cena lékařské práce se musí promítnout do vyšších příjmů soukromých lékařů i platů a mezd lékařů zaměstnanců.
- 4) Rovnoprávné postavení soukromých lékařů

vůči pojišťovně:

- trvalý smluvní vztah,
- prodej a dědění praxí včetně smluv s pojišťovněmi,
- závaznost výsledků výběrových řízení pro pojišťovny.

- 5) Změna režimu dohodovacích řízení.
- 6) Nový zákon o vzdělávání a odborné způsobilosti lékařů.
- 7) Kvalitní celoživotní vzdělávání – ekonomické zvýhodnění lékařů, kteří se vzdělávají.
- 8) Rozšíření právního servisu pro lékaře.

Pokud budeme schopni navzájem lépe spolupracovat a pokud budeme jednotní alespoň při vystupování navenek vůči pojišťovně a státu, pak máme šanci těchto ambiciózních

cílů dosáhnout. Pokud se budeme i nadále veřejně hádat mezi sebou, pak pochopitelně nemůžeme dosáhnout ničeho.

Rád bych nyní poděkoval všem zaměstnancům nejenom centrálních kanceláří komory, ale i těm desítkám sekretářek, které se snaží poskytovat lékařům co možná nejlepší servis v kancelářích jednotlivých okresních sdružení. A na úplný závěr jsem si dovilil ponechat poděkování vám, stovkám funkcionářů ČLK, kteří dobrovolně pomáháte svým kolegům, pracujete ku prospěchu lékařského stavu a tak naplňujete poslání naší stavovské organizace.

*MUDr. Milan Kubek,
prezident ČLK*

Výše členských příspěvků pro rok 2007

představenstvo navrhuje: varianta A +15 %, nebo varianta B +10 %

Skupina	Výše členských příspěvků na rok 2006	Návrh výše členských příspěvků na rok 2007		Navýšení o	
		Kč / člen		Kč / člen	
		navýšení o 15 %	navýšení o 10 %	navýšení o 15 %	navýšení o 10 %
1. soukromníci a vedoucí lékaři	2110	2430	2320	320	210
2. zaměstnanci a ostatní lékaři	1540	1770	1690	230	150
3. a) absolventi 1. rok	1	1	1	0	0
3. b) absolventi 2. rok	680	780	750	100	70
4. nepracující důchodci	340	390	370	50	30
5. nedohledatelní	0	0	0	0	0
6. mateřská dovolená	0	0	0	0	0
7. pozdní vstup	10 000	10 000	10 000	0	0

Silná komora není zadarmo

Prezident ČLK Milan Kubek a tajemník ČLK Jiří Mach se 21. října letošního roku obrátili na členy komory, delegáty blížícího se sjezdu ČLK s dopisem, z něhož vyjímáme:

Naším společným cílem je realizace programu **Silná komora pro lékaře. Pokud se má naše komora změnit v opravdu silnou a respektovanou stavovskou organizaci, která dokáže své členy efektivně hájit a je schopná poskytovat jim profesionální servis, potřebuje k tomu adekvátní finanční prostředky.**

V uplynulých dvou letech se neměnily členské příspěvky, a to bez ohledu na postupné zvyšování příjmů zdravotnických zařízení včetně soukromých lékařů, i bez ohledu na růst platů a mezd lékařů zaměstnanců.

ČLK dokázala prosadit zvýšení ceny práce kvalifikovaného lékaře v seznamu výkonů na 465 Kč/hodinu. Zatím jde ve většině případů bohužel pouze o zvýšení deklaratorní. Naším společným úkolem tedy zůstává zajistit, aby se toto důstojné ohodnocení naší práce skutečně promítlo do příjmů soukromých lékařských praxí i platů lékařů zaměstnanců.

ČLK musí plnit celou řadu dalších úkolů. Za

současných platných ekonomických pravidel je to čím dále obtížnější. **Pokud například nedojde ke zvýšení hodinové sazby náhrady za ztrátu času spojenou s prací pro ČLK a její členy, nedokáže již komora zajistit kvalitní expertní posudky a stanoviska, které potřebují naši členové pro svoji ochranu.**

Zvýšení členských příspěvků je rovněž nezbytným předpokladem pro rozšíření právního servisu, po kterém členové komory oprávněně volají. V současnosti je také nejvyšší čas, aby komora začala splácet svůj dluh vůči mladým lékařům. Abychom mohli pořádat větší počet kvalitních vzdělávacích kurzů, potřebujeme peníze.

V neposlední řadě pak při rozhodování o výši členských příspěvků pro rok 2007 musíme vzít v potaz též **finanční těžkosti řady okresních sdružení, která nejsou schopna zaplatit nájemné za své kanceláře, plat svým sekretářkám nebo financovat nákup nezbytné výpočetní**

zabránit poslanecké iniciativě. Myslí si, že bude dlouho trvat, než si vydobude své zasloužené postavení. Jsem nemocniční lékař, manželka je privátní praktická lékařka. Současná ČLK je pro lékaře v nemocnicích ve Zlíně nezajímavá a o její činnost se zajímají hlavně privátní lékaři.

*MUDr. Jiří Bakala
odd. nukleární medicíny,
Krajská nemocnice T. Bati*

HÁJIT ZÁJMY VŠECH

Samozřejmě by měla komora hájit zájmy lékařů. Ale, a to velké ALE, všech lékařů. Nejenom nemocničních, jak je tomu z velké míry doposud. Komora by se měla také zasazovat o rozbití tzv. smluvního stopstavu zdravotních pojišťoven, snažit se prosazovat co největší konkurenci v medicíně. Zvláště, když stopstav platí jen pro někoho. V řadě nemocnic fungují tzv. odborné ambulance, aniž by lékaři měli potřebnou kvalifikaci – to je zdroj další nerovnosti mezi nemocnicemi a privátem. Zároveň by se měla ČLK vyjadřovat ke způsobilosti k výkonu povolání, a to i aktivně. Uvědomme si například, v jakém věku jsou schopni ordinovat někteří naši kolegové a jak vypadá jejich péče.

*MUDr. Dušan Kudlík
Ecolab LKB, Znojmo*

ČLK NESMÍ PADNOUT

ČLK má za úkol pečovat o akademickou úroveň svých členů, zabývat se jejich reprezentací, vzděláváním, řešením prohrávek odborných i provozních, dbát na korektní vztahy mezi lékaři, středními a nižšími pracovníky ve zdravotnictví a pacienty. Tak to podobně vyslovil prezident: „Komora má být garantem kvality zdravotní péče a strážcem etiky výkonu lékařského povolání.“ Sociální problematika by měla být v rukou silných lékařských odborů – a tomu tak není! Je nutná intenzivnější spolupráce s LOK a přesunutí příslušných problémů na něj. Samozřejmě by však ČLK měla být účastníkem jednání o kvantitě a kvalitě poskytování lékařské péče, měla by mít svoje pravomoci. Navrhují odvolání představenstva ČLK a zvolení takových jeho členů, kteří budou vystupovat a jednat na základě demokratických principů a nezatahovat sem praktiky politických stran a své individuální sobecké zájmy. Již tak pasivní stav členské základny se za daných vztahů v představenstvu ČLK dále zhoršuje. ČLK nesmí padnout!

*Doc. MUDr. RNDr. Milan Kaška, Ph.D.
OS ČLK Hradec Králové*

U VŠECH DŮLEŽITÝCH ZMĚN

ČLK by měla hájit zájmy lékařů. Dle mého názoru by měla být i povinná. V současné době je komora nutná pro ochranu lékařů i zdravotnické péče. Je třeba apolitické organizace, jež se bude moci účastnit všech

ANKETA Má ČLK hájit zájmy lékařů, nebo jen reprezentovat a trestat? Neboli jaká by komora podle vašeho názoru měla být?

důležitých změn a rozhodnutí ve zdravotnictví jak regionálním, tak celorepublikovým. Jinak hrozí účelové jednání bez ohledu na kvalitu péče či podmínky práce lékařů.

MUDr. Šárka Drínková
interní odd. nemocnice Havlíčkův Brod

PRO VŠECHNY STEJNĚ

ČLK by měla především hájit zájmy všech lékařů a samozřejmě důstojně lékařskou obec reprezentovat. Co se týká trestů, i v tomto bodě odpovídám kladně, protože jsem přesvědčen, že případné medicínské či etické pochopení lékaře dokáží orgány komory posoudit mnohem objektivněji než kdokoli jiný. Zároveň jednoznačně odmítám názory, které spekulují o povinném členství pouze pro soukromé lékaře. Podmínky členství by měly být stejné pro všechny bez rozdílu. ČLK je jedním z mála, na co mají lékaři téměř stoprocentní vliv a záleží jen a jen na nás lékařích a na naší ochotě se domluvit a spolupracovat, jak bude komora vypadat a fungovat.

MUDr. Robert Bocek

BEZ BOJŮ MEZI LÉKAŘI

Pokud je členství povinné, tak by ČLK měla hájit i ekonomické zájmy lékařů, zvláště skutečnou hodnotu práce lékaře. Vzhledem k tomu, že jí to podle zákona doposud nepříslušelo, začala vznikat četná dobrovolná sdružení různých skupin lékařů i nemocnic a dalších. Jako reakce na situaci vznikla před lety stejně živelně i ČLK o. s. Preferovala bych, kdyby se tato úloha ČLK zakotvila v příslušném zákoně a ve stavovských předpisech. Dokud se tak nestane, nemám nic proti tomu, aby se tak dělo prostřednictvím ČLK o. s., ale pak by měla sdružovat zástupce všech doposud vzniklých sdružení lékařů, skrze ně respektovat názory těchto sdružení a měla by být stanovena pravidla pro hlasování, aby se dosáhlo alespoň většinové shody a jednotného postupu při cenových i jiných jednáních jak vůči pojišťovně, tak vůči politikům apod. Měli bychom si vzít příklad ze stomatologů, lékárníků a právníků – ti všichni mají své komory a skrze ně hájí velmi účinně své zájmy, ty ekonomické především, a tudíž jsou nedotknutelní. Proto také vystoupili před časem proti zrušení zákona o komorách, protože oni umí z povinného členství v komorách těžit, jinak by mně připadalo povinné členství nesmyslné.

MUDr. Ludmila Jelínková
dermatovenerolog

techniky. Pokud nedojde ke zvýšení členských příspěvků, mnohá okresní sdružení se budou muset slučovat. Důsledkem takového vývoje by byla ztráta soudržnosti lékařské komory. Představenstvo ČLK si je vědomo výše uvedených skutečností, proto při přípravě rozpočtu ČLK na rok 2007 stanovilo následující priority:

1) důstojná výše náhrady ztraceného času za práci pro ČLK (expertní činnost, posudky pro lékaře, účast v atestačních komisích...)

2) náhrada cestovních nákladů dle platných právních předpisů pro všechny, kteří pracují pro ČLK

3) právní servis pro členy ČLK

4) vzdělávání lékařů

Představenstvo navrhuje rozpočet ČLK pro rok 2007 ve 2 variantách:

• Varianta A

navýšení členských příspěvků o 15%, přičemž v souladu s výše stanovenými prioritami umožní:

- přijem všech OS ČLK se zvýší celkem o 5 960 470 Kč;

- náhrada ztraceného času 300 Kč/hod.;
- náhrada cestovních nákladů dle platných právních předpisů pro všechny, kteří pracují pro ČLK;
- výdaje spojené s rozšířením právního servisu pro členy ČLK o 1 milion Kč;
- zvýšení výdajů spojených se vzděláváním lékařů o 1 milion Kč.

• Varianta B

navýšení členských příspěvků o 10%, přičemž v souladu s výše stanovenými prioritami umožní:

- přijem všech OS ČLK se zvýší celkem o 3 955 220 Kč;

- náhrada ztraceného času 300 Kč/hod.;
- náhrada cestovních nákladů dle platných právních předpisů pro všechny, kteří pracují pro ČLK;
- výdaje spojené s rozšířením právního servisu pro členy ČLK o 0,4 milionu Kč;
- zvýšení výdajů spojených se vzděláváním lékařů o 0,4 milionu Kč.

MUDr. Milan Kubek, prezident ČLK
MUDr. Jiří Mach, tajemník ČLK



Ad: Editorial v TM 10/2006

NEMAŘME ČAS DOHADOVÁNÍM

V úvodníku říjnového čísla Tempusu nastolil prezident ČLK opětovně otázku: „Má lékařská komora lékaře hájit, nebo je jen reprezentovat a trestat?“ Dovolte mi, abych se nad touto otázkou zamyslel z pohledu nemocničního lékaře.

Pro pochopení vztahu nemocničních lékařů a komory bude vhodný jeden příklad. V obvodě, který zastupuji jako delegát sjezdu (Praha 10), je velká FN. Dalo by se předpokládat, že na plénu obvodního shromáždění budou lékaři této nemocnice převažovat. Ale není tomu tak. A důvod? Většina lékařů této FN nevnímá ČLK jako organizaci, s kterou by se mohli ztotožnit. Často mi kladou otázku: „Co vlastně pro mě komora dělá?“ A sami si odpovídají: „Nic.“

Nemyslím si, že by tomu tak skutečně bylo. Ale pro lékaře, který se o činnost komory detailně nezajímá a maximálně si zběžně přečte Tempus – a přiznejme si, že takových je většina – může současná komora působit jako organizace, jejíž vedení pouze řeší svoje osobní a partikulární zájmy. A položíme si otázku: Nemají tito kolegové v mnohém pravdu?

Až se mě 27. listopadu ráno kolegové na klinice zeptají, co se probíralo na sjezdu ČLK, co jim asi odpovím? Mám strach, že asi tohle: „Dva dny jsme strávili dohadováním o členských příspěvcích a změnách stanov týkajících se kompetencí prezidenta a představenstva. Na současné problémy zdravotnictví už čas nezbyl.“ Můžu pak po svých kolezích chtít, aby se do činnosti komory aktivně zapojovali?

Doktor Kubek byl zvolen do čela ČLK s programem „Silná komora pro lékaře“. Silná komora znamená komora disponující dostatečnými pravomocemi, která je schopna vystupovat při jednání se státními orgány a zdravotními pojišťovnami jako rovnocenný partner. Komora, která bude mít takový vliv, že bez jejího souhlasného stanoviska nebude možné ve zdravotnictví realizovat žádné zásadní změny. Komora, která bude hájit zájmy každého lékaře. A pokud se zájmy různých skupin lékařů budou rozcházet, bude to opět ČLK, na jejíž půdě bude dohodnut kompromis. Proto se obracím k delegátům nadcházejícího sjezdu ČLK. Nemařme čas spory o kompetence, dohadováním o desetikoruny ve výši příspěvků, nebo odvoláváním vedení komory. Soustředme se na to, co můžeme udělat pro posílení pravomocí komory, pro zvýšení jejího vlivu. Začneme budovat skutečně silnou komoru. Konec konců, předchozí sjezd dal volbou doktora Kubka a tím i jeho programu jasnou odpověď na otázku dalšího směřování ČLK. Proč si tedy tuto otázku pokládá stále dokola?

Silné komoře stoupne prestiž u té „mlčící většiny“ lékařů, o kterých jsem psal výše. Pak se i tito kolegové budou o dění v ČLK zajímat a budou se v její činnosti i více angažovat. Ale mám obavu, že právě tohle je důvod, proč někteří takovou komoru nechtějí.

MUDr. Miloš Voleman
delegát sjezdu ČLK

Kandidáti na funkci viceprezidenta ČLK

MUDr. KAREL BENEŠ



Osobní údaje:

Narozen 23. 11. 1950 v Berouně, ženatý (6 let nežije s rodinou ve společné domácnosti), manželka stomatoložka, dvě děti – syn (27 let) údržba softwaru v telekomunikační firmě, dcera (22 let) fyzioterapeutka. Před rokem 1989 se politicky neangažoval, v letech 2001 až 2002 jeden rok členem Unie svobody.

Vzdělání:

1966 – 1969 SVVŠ Praha 10 Voděradská
1969 – 1975 Lékařská fakulta FVL UK Praha
1979 I. atestace z chirurgie
1984 II. atestace z chirurgie
1989 specializační atestace v oboru cévní chirurgie

Jazyky:

částečně ruština, němčina

Profesní kariéra:

1975 – 1990 sekundární lékař chirurgického odd. NsP Příbram
od 1990 ordinář cévní chirurgie v NsP Příbram
od 1993 ordinář cévní chirurgie v NsP ZÚNZ Příbram
2001 – 2002 zast. primář chirurgického odd. ZÚNZ Příbram
od 1.11.2003 lékař chirurgického odd. Oblastní nemocnice Příbram a. s. (po sloučení nemocnic v Příbrami funkce ordináře zrušena)
od 2005 chirurgická klinika ÚVN Praha – lékař
od 1993 částečný úvazek jako privátní ambulantní specialista oboru chirurgie a cévní chirurgie

Profesní zaměření:

cévní chirurgie

Zdůvodnění kandidatury na funkci viceprezidenta ČLK:

„Jsem připraven zasadit se o získání svobody pro lékaře, snažit se o změnu systému úhrady zdravotní péče tak, aby všichni měli stejné podmínky a o možnosti uplatnění rozhodovaly jen schopnosti jednotlivců. Nesouhlasím zásadně s pravidly, která mají některým pomoci a jiné potopit. Jednání se všemi složkami musí být vedena tak, aby dopad jejich výsledků na lékařský stav jako celek byl vyvážený. Je třeba dosáhnout toho, aby platba za odvedenou práci byla časově srovnatelná s jinými profesemi a aby v určitém limitovaném intervalu bylo možné i stanovení vlastní ceny. Změny, které povedou k umožnění konkurence a k poctivé soutěži mezi lékaři a mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními, se sekundárně projeví i zkvalitněním péče o občany toho státu.“

MUDr. ROMAN FLAŠAR



Osobní údaje:

Narozen v roce 1961 v Brně, ženatý, dvě děti – syn Jan (15 let) a dcera Sabina (9 let). V letech 1986 až 1989 členem KSC, od té doby v žádné politické straně.

Vzdělání:

1986 úspěšné završení studia všeobecného lékařství na Vojenské lékařské akademii v Hradci Králové
1990 I. atestace z všeobecného lékařství
1992 I. atestace z neurologie
1995 II. atestace z neurologie

Profesní kariéra:

1986 – 1990 vojenská nemocnice Brno a vojenský lékař v útvaru protivzdušné obrany státu
1990 – 1993 sekundární lékař a vedoucí JIP na neurologickém oddělení v Tišnově
1993 – dosud privátní neurologická praxe v Brně; specializace epileptologie

Členství v lékařských organizacích:

od 2003 Sdružení ambulantních specialistů
od 2004 člen celostátní rady

Zdůvodnění kandidatury na funkci viceprezidenta ČLK:

„Systém zdravotní péče v České republice se dostal na hranici svých možností a je v této podobě dlouhodobě neudržitelný. Jednou z hlavních příčin hrozícího kolapsu je chronický nedostatek finančních prostředků a naprosto nekoncepční nakládání se stávajícími zdroji. Změny, které zamezí plýtvání a zajistí jeho dlouhodobou hospodářskou stabilitu, jsou naprosto nezbytné a nelze je odkládat.“

Jedině jednotná a demokratická ČLK bude důvěryhodným a vítaným partnerem při reformě zdravotnictví. Jen aktivní a nadstranické profesní sdružení, které spojí zájmy jak ambulantních, tak nemocničních lékařů, bude schopné obhájit zájmy lékařského stavu jako celku a významně se podílet na změně systému. Mým cílem v čele ČLK je vrátit českému zdravotnictví a jeho lékařům perspektivu a zvýšit jeho přitažlivost pro naše pacienty.“

MUDr. ALEŠ HERMAN, Ph.D.



Osobní údaje:

45 let, ženatý, synové ve věku 2 a 5 let, manželka lékařka Fakultní nemocnice v Hradci Králové – Infekční klinika.

Vzdělání:

1986 promoce na LFUK v Hradci Králové
1989 I. atestace z vnitřního lékařství
1993 nástavbová atestace z kardiologie
2000 obhajoba disertační práce (*Hemodynamické monitorování u nemocných po provedení transjugulární intrahepatické portosys-*

témové spojky-TIPS)

Profesní kariéra:

1986 – 2002 lékař I. interní kliniky FN v Hradci Králové
1989 – 2000 územní středisko záchranné služby a LZS v Hradci Králové vedlejší pracovní poměr
od 2002 vybudování nového centra invazivní kardiologie – nestátní zdravotnické zařízení (Kardio-Troll odd. invazivní kardiologie) v Krajské nemocnici Pardubice – vedoucí lékař – primář
od 2002 vedlejší pracovní poměr v KN Pardubice Interní klinika – kardiologické oddělení

Profesní zaměření:

kardiologie se subspecializací intervenční kardiologie a kardiostimulace, intenzivní medicína

Licence:

vnitřní lékařství, kardiologie, vedoucí lékař – primář v oboru kardiologie, licence školitele v intervenční kardiologii

Funkční licence:

diagnostická koronarografie, intervenční kardiologie, kardiostimulace – kardiologická část a chirurgická část
tajemník akreditační komise Ministerstva zdravotnictví ČR pro kardiologii, místopředseda Vědecké rady IGA ministerstva zdra

votnictví, externí učitel Ústavu zdravotnických studií Pardubice – magisterský program

Česká lékařská komora:

- 1997 člen představenstva OS ČLK
- 2000 kooptován do představenstva ČLK
- 2001 – 2006 člen představenstva ČLK
- 1997 – 2005 člen Vědecké rady ČLK
- 2006 zvolen předsedou Vědecké rady ČLK

Zdůvodnění kandidatury na funkci viceprezidenta ČLK:

„Domnívám se, že 10 let práce v ČLK a zkušenosti z 16 let práce ve fakultní nemocnici, posléze 4,5 roku v nestátním zařízení, jsou dobrou přípravou k řešení problémů lékařského stavu.“

Úkoly v ČLK v minulých 5 letech:

- vědecká rada - předseda
- práce ve 2. pracovní skupině Seznamu výkonů
- vydání nového Seznamu výkonů s novou hodnotou lékařské práce
- novelizace Stavovského předpisu č. 16
- informovaný souhlas
- rámcová smlouva

Úkoly k řešení:

1. Nutnost změny postgraduálního vzdělávání a to cestou novely zákona č. 95/2004 Sb.
 - popisu postgraduálního vzdělávání
 - akreditace pracovišť
 - financování procesu vzdělávání
 - řízení a administrace postgraduálního vzdělávání
2. Vytvoření dokumentu „Informovný souhlas“ jako závazného dokumentu podepsaného autoritou ČLK.
3. Zkvalitnění úrovně vzdělávání, současně s novelizací Stavovského předpisu č.16.
4. Vyřešení problémů sdílení kódů ze Seznamu výkonů jinými odbornostmi.
5. Považuji za nutné zahájit diskusi nad možností krajského uspořádání struktur ČLK.
6. Vytvořit dokument popisující evoluční změnu zdravotního systému
 - stanovení standardů
 - stanovení připojištění
 - motivace pacientů při řešení problémů vlastního zdravotního stavu
 - stanovení úrovně personálního, věcného a technického vybavení ambulancí a nemocnic
7. Stabilizace privátního sektoru a vyváženost jeho bilance – investiční, ekonomická a odborná rozvaha na delší časový úsek.
8. Posílení úlohy ČLK při řešení různých problémů zdravotnického sektoru, např. řešení problému ÚPS a LSPP.“

MUDr. LUBOMÍR NEČAS



Osobní údaje:

Narozen 12. 9. 1954, ženatý, manželka MUDr. Světlana Nečasová, soukromá kožní lékařka, děti Petra – studentka PF Univerzity Karlovy Praha, Sylva – soubor baletu Národního divadla Praha, studentka HAMU Praha, obor choreografie, Pavel – student gymnázia Zlín. Není členem žádné politické strany ani hnutí.

Vzdělání:

1974 – 1980 Univerzita JEP Brno – LF, všeobecné lékařství

- 1986 I. atestace z interního lékařství
- 1989 atestace z tělovýchovného lékařství
- 1993 atestace z všeobecného lékařství

Profesní kariéra:

- 1980 – 1989 Interní oddělení nemocnice Zlín, sekundární lékař
- 1980 – 1981 ASVŠ Trenčín – základní vojenská služba
- 1989 – 1992 Tělovýchovné lékařství OUNZ Zlín
- 1992 – 1993 Československá námořní plavba, lodní lékař
- od 1993 soukromá ordinace, praktický lékař pro dospělé Zlín
Zdravotní ústav ve Zlíně – tělovýchovné lékařství

Členství v organizacích:

- od 1999 člen představenstva OS ČLK Zlín
- od 2003 předseda představenstva OS ČLK Zlín
- Sdružení praktických lékařů – krajský zástupce Zlínského kraje
- Antidopingový výbor ČR – komisař

Zdůvodnění kandidatury na funkci viceprezidenta ČLK:

„Intenzivně vnímám, stejně jako většina delegátů sjezdu ČLK, napětí mezi jednotlivými skupinami lékařů uvnitř komory a to především mezi zaměstnanci a soukromými lékaři, i když oběma skupinám jde o stejnou věc – dělat na vysoké odborné úrovni svou profesi a být za ni jak morálně tak ekonomicky vysoce ohodnoceni.“

K napětí mezi lékaři uvnitř ČLK jistě přispívají unáhlená prohlášení vedení ČLK, se kterými nesouhlasí tu jedna, tu druhá skupina lékařů. Apolitičnost ČLK, která je dána zákonem o stavovské organizaci, je sice stále všemi proklamována, ale v praktických výstupech vedení není vždy hájena. A to negativně vnímá členská základna. Také demokratické principy při rozhodování mezi prezidentem a představenstvem komory nejsou důsledně ctěny. Proto členská základna vnímá komoru v posledním období jako rozhádanou, bez dostatečné síly a vážnosti navenek. Proto se také komora stává hračkou na šachovnici politických stran a je využívána pro jejich zájmy, ale ne vždy pro zájmy nás lékařů.

Co je potřeba ke zvýšení kreditu ČLK?

1. Důsledně chránit naši stavovskou organizaci před politickými vlivy.
2. Odmítat snahy o oslabení komory a hájit usnesení delegátů sjezdu o zachování povinného členství v ČLK pro všechny lékaře vykonávající léčebně preventivní péči.
3. Posilovat demokratické principy v rozhodování o zásadních otázkách.
4. Vypracovat dlouhodobé úkoly ČLK a tyto po schválení sjezdem trvale prosazovat.
5. Vydávat zásadní prohlášení ČLK až po odborných konzultacích a důsledném projednání představenstvem, s uvážením všech důsledků, které tato prohlášení mohou přinést.
6. ČLK musí respektovat profesní sdružení poskytovatelů a jednat s nimi jako s vážným partnerem při krátkodobých úkolech a respektovat názorové odlišnosti.
7. Komora se musí stát garantem sítě zdravotnických zařízení a garantem odborné způsobilosti zdravotnických zařízení.
8. Komora musí získat opět právo přiznávat lékařům specializovanou způsobilost.
9. Komora musí prosazovat ekonomické stimuly pro účastníky celoživotního vzdělávání registrované komorou a prosazovat financování postgraduálního vzdělávání lékařů státem.
10. Komora musí posílit aktivní roli ČLK při obhajobě profesních i ekonomických zájmů na úrovni okresních a oblastních sdružení.

Sjednání názorů mezi lékaři uvnitř komory lze dosáhnout postupnými symetrickými kompromisy. Prezident, viceprezident a představenstvo musí tvořit funkční pracovní tým s demokratickými principy při plnění jednotlivých úkolů při vzájemném respektování názorových odlišností.“



Ministr Julínek zbavil komoru možnosti ovlivňovat výdaje za léky

V pátek 6. října 2006 jsem byl ministrem zdravotnictví dr. Julínkem odvolán z funkce člena Komise pro kategorizaci léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely MZ. V této komisi jsem z titulu funkce prezidenta České lékařské komory v souladu s § 2 odstavec 2a) zákona č. 220/1991 Sb. zastupoval ČLK.

Česká lékařská komora v této komisi vždy hájila princip racionálního využívání prostředků veřejného zdravotního pojištění a snažila se prosazovat taková pravidla, která bránila farmaceutickým firmám prodávat v ČR léky za vyšší ceny, než je nezbytně nutné. Tím, že ČLK ztratila rozhodnutím ministra Julínka možnost ovlivňovat výdaje za léky ze zdravotního pojištění, ztratila jednu ze svých zásadních kompetencí. Ztratili jsme možnost, jak prosazovat úspory ve výdajích na léky. Tak jako platí zákon o zachování hmoty, tak platí i pravidlo spojitosti prostředků veřejného zdravotního pojištění. Čím více zdravotní pojišťovny utratí za léky, tím méně prostředků zbude na důstojné ocenění naší práce.

Ministr Julínek učinil své rozhodnutí poté, co vláda, jejímž je členem, prohrála v poslanecké sněmovně hlasování o důvěře a navzdory tomu, že jsem mu na jednání 2. 10. 2006 tlumočil požadavek, na kterém se jednoznačně shodli účastníci porady

předsedů OS ČLK v Brně 26. 9. 2006, tedy aby ČLK zůstala v této komisi plnohodnotným členem s hlasovacím právem.

V pondělí 9. října pak ministr jmenoval novou kategorizační komisi v následujícím složení:

- 4 zástupci zdravotních pojišťoven, jako plátců zdravotní péče
- 3 zástupci ministerstva zdravotnictví, jako ochránce veřejného zájmu
- 3 zástupci ČLS JEP, jako garanta kvality zdravotní péče

Tato funkce však ze zákona náleží České lékařské komoře, která disponuje vědeckou radou a oborovými komisemi tvořenými erudovanými odborníky. ČLK také na rozdíl od lékařských společností může vydávat stanoviska závazná pro všechny lékaře.

Na ČLK v Julínkově pojetí kategorizace zbyla pouhá funkce pozorovatele, respektive člena bez hlasovacího práva. Obdobný statut s jedním zástupcem mají nejenom Česká lékárnická a Česká stomatologická komora, ale i dva zástupci sdružení pacientů a dokonce i jeden zástupce Mezinárodní asociace farmaceutických firem a 1 zástupce České národní asociace farmaceutických firem, tedy představitelé prodejců, kteří pochopitelně mají zájem na co nejvyšších úhradách léků ze zdravotního pojištění.

Jménem ČLK jsem proti rozhodnutí ministra Julínka protestoval ihned na místě.

Zásadní výhrady vyjádřila rovněž vědecká rada komory, která na zasedání 19. října přijala následující usnesení:

„Vědecká rada ČLK s velkým znepokojením sleduje, že Česká lékařská komora je vytlačována z procesů, které jí umožňovaly plnění povinností, které jí ukládá zákon 220/1991. Vědecká rada považuje vyřazení zástupce ČLK z kategorizační komise za velmi špatný krok.“

Ke stanovisku vědecké rady se připojilo i představenstvo komory, které na můj návrh 20. 10. 2006 přijalo usnesení:

„ČLK protestuje proti rozhodnutí ministra zdravotnictví, kterým byla zbavena práva hlasovat v Komisi pro kategorizaci léčiv.“

Pro návrh hlasovali: Krbušek, Němeček, Mach, Kubek, Herman, Šindler, Sedláček, Vraná, Pětivlas. Proti nebyl nikdo a zdrželi se: Blažek, Kinšt, Jojko, Rybová, Vodvářka, Hledíková, Liehne.

Jsem rád, že nejenom předsedové okresních sdružení a vědecká rada, ale i většina členů představenstva dala jasně najevo, že rozhodnutí ministra Julínka bylo špatné a že Česká lékařská komora bude své kompetence bránit. Bez patřičných pravomocí totiž nemůžeme nést spoluzodpovědnost za kvalitu a dostupnost zdravotní péče ani hájit zájmy svých členů – lékařů.

MUDr. Milan Kubek
prezident ČLK

Stížnost Radě České televize

Vědecká rada ČLK projednala na svém zasedání 14. září 2006 obsah příspěvku o zdravotnictví, který zazněl v hlavním televizním zpravodajství Události 29. srpna 2006.

Kromě dalších nepřesností došlo k závažné dezinformaci celé laické veřejnosti o úhradách za vyšetření pacienta. Z úst zaměstnance Thomayerovy nemocnice Vasila Dziuby, o jehož kvalifikaci ani pracovním zařazení nebyla zmínka, takže si většina posluchačů odnesla dojem, že se jedná o lékaře, ačkoliv pracuje v polovičním úvazku jako „všeobecná sestra“, zaznělo: „Když pacienta vyšetří lékař s první atestací, dostane nemocnice 5000 korun, když s II. atestací, 10 000 korun.“

Tato dezinformace měla velkou odezvu v laické veřejnosti a poškodila celé zdravotnictví.

Pro jasnou představu uvádíme informace o tom, jaká je srovnatelná realita v interním oboru, kterého se příspěvek týkal (údaje v závorce jsou částky platné od 1. ledna 2006, kdy došlo konečně po letech ke zvýšení hodinové sazby práce lékaře).

Namísto 5000 Kč u lékaře s I. atestací

byly v diskutovaném období v roce 2005 reálné úhrady za vyšetření pro nemocnici zhruba následující:

- **Komplexní vyšetření** (možno u stejného pacienta jen jednou za 3 měsíce, pak se vykazuje již jen jako cílené): 260 Kč (353 Kč)
- **Cílené vyšetření** (možno vykázat při nově vzniklých příznacích): 144 Kč (239 Kč)
- **Kontrolní vyšetření** (při kontrole pacienta bez nových problémů): 72 Kč (119 Kč)

Namísto 10 000 Kč u vyšetření lékařem s II. atestací:

- **Komplexní:** 360 Kč (554 Kč)
- **Cílené:** 192 Kč (372 Kč)
- **Kontrolní:** 96 Kč (186 Kč)

Uvedené částky ovšem mají kryt veškeré provozní náklady ambulance, tedy od platu lékaře, sester, úklidu, energií, vody, vybavení nábytkem, přístroji a nástroji až po údržbu části budovy areálu a administrativní činnost vedení nemocnice.

Věřohodnost údajů mohla být ověřena jediným telefonátem prakticky na kterékoli zdravotnické zařízení, protože úhrady za

vyšetření lékařem se liší maximálně o desítky procent i mezi jednotlivými obory.

Věříme, že je zcela zřejmé, jak zavádějící informace byla bez jakékoliv korekce veřejnosti předána a jak málo stačilo, aby byla ověřena. Výše úhrad ve zdravotnictví je otázkou vysoce politizovanou a veřejností sledovanou. Jak mohou pak občané věřit zdravotníkům, když hovoří o obtížích při finančním zajištění provozu? Každý občan této republiky ví, co znamená jedno vyšetření lékařem a přibližně má představu, kolik času trvá. Takovýmto způsobem uveřejněná informace z oblasti zdravotnictví, zkreslená o tisíce procent obrací občany proti pracovníkům v tomto rezortu a to jistě nepřispívá k dobrým vztahům pacient – lékař, o jejichž postupné zlepšování je třeba, v zájmu obou stran, usilovat.

Česká lékařská komora žádá Radu ČT, aby bylo umožněno zástupcům ČLK tyto údaje uvést na pravou míru, opět v hlavním zpravodajském čase České televize. Ostatní opatření ponecháváme na uvážení Rady ČT.

MUDr. Milan Kubek, prezident ČLK
MUDr. Aleš Herman, Ph.D.
předseda vědecké rady ČLK

S bolestí v srdci oznamujeme všem přátelům, známým, kolegyním a kolegům, bývalým pacientům, že dne 1. října 2006 zahynul náhle ve vlnách Rudého moře v Egyptě pan primář MUDr. Jiří SLEZÁČEK ve věku 67 let.
Za celou rodinu: manželka Ludmila, dcera Magda a Gábina s rodinou

Kosmetická úprava zákona

o vzdělávání a odborné způsobilosti lékařů nestačí

Již od roku 2004 ztrpčuje život zejména mladým lékařům zcela nevyhovující zákon č. 95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. Delegáti dubnového XIX. sjezdu ČLK zavázali svým usnesením prezidenta i představenstvo, aby prosazovali jeho změnu.

Ministerstvo zdravotnictví v současnosti připravilo tzv. euronovelu zákona 95/2004 Sb., která však bohužel neřeší zásadní požadavky, na nichž se shodli účastníci porady předsedů OS ČLK konané 26. září v Brně. Ministerský návrh odmítlo rovněž představenstvo komory svým usnesením z 20. října, které bylo jednohlasně přijato:

Představenstvo ČLK odmítá současné znění tzv. euronovely zákona č. 95/2004 Sb., protože neřeší alarmující problémy vyplývající ze současné díky zákona č. 95/2004 Sb.

ČLK požaduje, aby byla připravena komplexní novela nevyhovujícího zákona, která se vypořádá s následujícími problémy:

- 1) **Snížení počtu atestačních oborů** na množství obvyklé v ostatních zemích EU tak, aby specializační vzdělávání ve všech oborech, které budou v ČR existovat, mohlo být jeho absolventům uznáváno v zahraničí. ČLK navrhuje návrat k modifikovanému dvoustupňovému systému

atestací (tzv. funkční specializace).

- 2) **Zajištění dostupnosti ke školení akreditovaných zdravotnických zařízení** lékařům z celé ČR a nikoliv pouze těm, kdo žijí a pracují ve velkých městech.
- 3) **Zajištění profinancování systému specializačního vzdělávání** ze státních zdrojů.
- 4) **Odstranění diskriminace lékařů, kteří v době specializačního vzdělávání nastoupili mateřskou nebo rodičovskou dovolenou,** a tím přerušili výkon povolání.
- 5) **Stanovení férových podmínek pro práci zahraničních lékařů v ČR** tak, aby nedocházelo k diskriminaci lékařů – cizinců, ale zároveň byl přiměřeně chráněn náš pracovní trh.
- 6) **Prosazení toho, aby ČLK měla právo přiznávat lékařům specializovanou způsobilost.**

S postojem komory bylo ministerstvo zdravotnictví seznámeno jednak písemně, jednak v rámci vnitřního připomínkového řízení, jehož vypořádání se účastnil předseda vědecké rady dr. Herman.

Ministerstvo zdravotnictví – zdá se – výhrady komory uznává. Kde je tedy problém? **Máme obavu, že až po přijetí tzv. euronovely pomine tlak na změnu zákona ze strany orgánů Evropské unie, přestane být zákon o vzdělávání lékařů pro politickou reprezentaci důležitý a jen stěží se pak v dohledné době dočkáme jeho zásadní změny.**

My bychom naopak rádi využili skutečnosti, že zákon musí být novelizován, k tomu, aby byly napraveny ty chyby a nedostatky, které nás poškozují. **ČLK je připravena spolupracovat na přípravě právě také komplexní novely. Pouhé kosmetické změny špatného zákona však odmítáme.**

MUDr. Milan Kubek
prezident ČLK

MUDr. Aleš Herman, PhD.
předseda vědecké rady ČLK

Nový člen představenstva ČLK JAKUB TOCHÁČEK



Představenstvo ČLK má nového člena. Stal se jím 20. října 2006 MUDr. Jakub Tocháček.

Začátkem října (4. 10. 2006) rezignoval na svou funkci v představenstvu ČLK MUDr. Jan Nový.

Ze zápisu volební komise XIX. sjezdu ČLK vyplývá, že náhradníky na funkci člena ČLK za Plzeňský kraj jsou shodným počtem obdržených hlasů MUDr. Šonka a MUDr. Tocháček. Oba vyjádřili písemný souhlas, že jsou ochotni tuto funkci přijmout. V souladu s § 6 odst. 14a) SP 2 Volebního řádu mezi nimi rozhodl los. Na jeho základě představenstvo 20. 10. 2006 kooptovalo za člena představenstva ČLK za Plzeňský kraj Jakuba Tocháčka ze Stodu u Plzně.

MUDr. Jakub Tocháček se narodil 21. 3. 1974 v Ústí nad Labem, kde odmaturoval na gymnáziu, následně začal studovat všeobecnou medicínu na II. LF UK v Praze-Motole. Promoval v roce 1998. Poté pracoval na interním oddělení nemocnice ve Stodě. První atestaci z vnitřního lékařství složil v dubnu 2001. Od října 2003 působil přesně rok na interním oddělení NsP Klatovy, od té doby až dosud pracuje opět ve Stodě jako vedoucí lékař interní JIP. Mimoto zde již od května 2001 slouží LSPP + RZP.

„Z interní medicíny je mi nejbližší kardiologie a akutní medicína. Mám licenci ČLK z interní a urgentní medicíny,“ říká MUDr. Tocháček, který je od roku 2002 předsedou OS ČLK Plzeň-jih. Je ženatý, má pětiletou dceru Terezu, tříletého syna Lukáše. „Dříve jsem vrcholově sportoval, v současné době pouze na rekreační úrovni. Nebyl jsem a nejsem členem žádného politického uskupení,“ dodává. (red)

Odpověď ministra Julínka

Ministr Julínek bohužel na přijetí nic neřešící tzv. euronovely trvá. Z jeho písemného zdůvodnění vybíráme:

„Při zpracování novely věnujeme zejména pozornost harmonizaci s právem Evropské unie, protože novela zákona bude součástí euronovely připravované Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR, která se týká všech předpisů upravujících uznávání kvalifikací i dalších resortů. S tím však souvisí i další nezbytné úpravy, zejména akreditačního řízení nebo specializačních oborů. Na způsobech řešení se zástupci ministerstva a přítomných připomínkových míst v naprosté většině shodli. Z těchto důvodů je nezbytné, aby novela byla přijata co nejdříve a legislativní proces proběhl rychle a hladce.“

Vážený pane prezidente, chci Vás ujistit, že se všemi došlými připomínkami vážně zabýváme. Připomínky budou zohledněny ve velké novelě zákona č. 95/2004 Sb., kterou připravujeme na rok 2007.“

Připomínky ČLK k návrhu novely vyhlášky o znaleckých komisích

Představenstvo České lékařské komory jednalo o připomínkách k návrhu novely vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR č. 221/1995 Sb. o znaleckých komisích.

Na podnět právního oddělení Česká lékařská komora důrazně žádá, aby před vydáním stanoviska si každá znalecká komise vždy vyžádala písemné vyjádření lékaře, jehož činnost je komisí posuzována a umožnila tomuto lékaři účast na jednání komise a osobní vysvětlení jeho postupu. Znalecká komise musí být současně informována též o podmínkách, ve kterých lékař pracoval, přístrojovém, věcném, technickém a personálním vybavení praco-

viště, počtu a zdravotním stavu ostatních pacientů, o které pečoval, jakož i ekonomických limitech, které musel dodržet. Teprve po zjištění těchto skutečností a okolností může být vydán objektivní posudek. Praxe „o nás bez nás“ je nadále neudržitelná, mají-li znalecké komise plnit své poslání.

ČLK současně žádá, aby odměna členů znaleckých komisí odpovídala hodnotě práce lékaře tak, jak je nově stanovena v Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Současný způsob odměňování členů znaleckých komisí považuje ČLK za diskriminační.

MUDr. Milan Kubek
prezident ČLK

Obsah:

Léčiva potenciálně nevhodná ve stáří - dokončení	1	Černý trojúhelník - Kožní fibrózní reakce na kontrastní látky obsahující gadolinium	4
--	---	---	---

LÉČIVA POTENCIÁLNĚ NEVHODNÁ VE STÁŘÍ

Dokončení z č. 10/2006

Vysoká preskripce potenciálně nevhodných léčiv v České republice

Nedávná studie publikovaná českými autory v časopise JAMA (Fialová D, Topinková E, Gambassi G, et al. Potentially Inappropriate Medication Use among Home Care Elderly Patients in Europe. JAMA 2005 (March 16), 293 (11): 1348-1358) prokázala, že užití nevhodných léčiv ve stáří se v evropských zemích významně liší. Nejvyšší prevalence preskripce byla nalezena v České republice (41 % uživatelů), dále v Itálii (26 %) a Finsku (21 %). Užití nevhodných léčiv významně souviselo se špatnou ekonomickou situací pacienta. Léčiva nevhodná ve stáří totiž zpravidla patří k nejlevnějším lékovým alternativám s ohledem na celkovou cenu i doplatek pro pacienta. V nadbytečném předepisování hrají významnou roli i preskripční zvyklosti a neznalost geriatrických pravidel. Většina léčiv uvedených v expertních seznamech existuje na trhu dlouhou dobu a mnohá z nich jsou v lékařské praxi předepisována již rutinně bez ohledu na věk pacienta.

Významnou roli v prevalenci užití potenciálně nevhodných léčiv hrají i odlišnosti v regulačních opatřeních a v kontrolních mechanismech preskripce. Ve Velké Británii, Nizozemí, Dánsku a Norsku byl výskyt předepisování nevhodných léčiv významně nižší (od 6 % do 15 %) v důsledku častých auditů ze strany regulačních orgánů a rozšířené činnosti klinických farmaceutů a farmakologů ve zdravotnických zařízeních.

Změny provázející stárnutí - příčina potenciální nevhodnosti uvedených léčiv

Stárnutí organismu se projevuje řadou fyziologických změn, jež mají vliv na účinnost a bezpečnost léků. Léčiva potenciálně nevhodná ve stáří v řadě případů prohlubují věkem podmíněný deficit neuromediátorových systémů a vedou ke vzniku „geriatrických“ symptomů a syndromů - např. polékových depresí, kognitivních dysfunkcí, ortostatické hypotenze, polékového parkinsonismu apod. Tyto reakce bývají chybně diagnostikovány jako nová onemocnění a zaleženy dalším léčivem (jev označovaný jako preskripční kaskáda). Takový postup přispívá k neracionální polypragmázii.

V následujícím textu uvádíme hlavní fyziologické, regulační a farmakologické změny, které podmiňují změněnou odpověď stárnuoucího organismu na „potenciálně nevhodná léčiva“ a predisponují seniory k polékovým reakcím při užití těchto léčiv. K uvedeným změnám patří:

■ Vyšší citlivosti receptorových míst na sedativní účinky léčiv

Bylo prokázáno, že odpověď seniorů na podávání sedativních léčiv je významně vyšší než u pacientů středního věku, např. při užití krátkodobě i dlouhodobě působících benzodiazepinů, pentazocinu, sedativních antihistaminik (bisulepin, dimetinden), klasických neuroleptik (chlorpromazin, levomepromazin), sedativních myorelaxancií (mefenoxalon) apod. V souvislosti s horší kontrolou

termoregulačních mechanismů jsou senioři vystaveni riziku hypotermie při užití silně sedativních léčiv (např. fenothiazinových antipsychotik, dlouhodobě působících benzodiazepinů, tricyklických antidepressiv apod.).

■ Věkem podmíněný cholinergní deficit a zvýšená citlivost k anticholinergním nežádoucím účinkům

S rostoucím věkem ubývá cholinergních neuronů v neokortexu a hipokampu, klesá aktivita enzymů syntetizujících acetylcholin v mozkové kůře a limbickém systému. Snižuje se i citlivost receptorů parasymptiku na působení acetylcholinu. Hovoříme o tzv. věkem podmíněném cholinergním deficitu, který je u seniorů vyjádřen v různé míře. Léčiva se silným anticholinergním potenciálem mohou prohlubovat tento cholinergní deficit a přispívat k centrálním i periferním anticholinergním reakcím (např. k retenci moči, zácpě, glaukomu, tachykardii a xerostomii, kognitivním dysfunkcím, demencím, stavům zmatenosti až deliriím). K lékům s vysokým anticholinergním potenciálem řadíme amitriptylin, imipramin, doxepin, klasická neuroleptika, spazmolytika, cimetidin a další léčiva.

■ Zvýšená predispozice k ortostatické hypotenzi, pádům a následným frakturám

K těmto projevům přispívá zpomalená reakce baroreceptorů na náhlý pokles krevního tlaku, poruchy prokrvení centrálního nervového systému i nedostatečná odpověď beta-adrenergních receptorů sympatiky na hypotenzi. K dalším faktorům zvyšujícím sklon seniorů k pádům patří zhoršená kontrola posturálních reflexů, pokles svalové koordinace a snížená periferní percepce. Riziko ortostatické hypotenze a pádů ve stáří je vysoké zejména při podávání léčiv s překotným vasodilatačním účinkem v periférii (např. krátkodobě působícího nifedipinu, krátkodobě působícího diprydamolu, alkoholu, prazosinu), centrálních sympatolytik (např. reserpinu, metyldopy, guanethidinu), sedativ, hypotenzních a bradykardizujících léčiv (např. diuretik a beta-blokátorů).

■ Sklon k extrapyramidovým reakcím podmíněný úbytkem dopaminergních D2-receptorů v CNS

Při užití léčiv antagonistických centrální dopaminergní D2-receptory je možné dosažením určitého neuromediátorového prahu navodit u citlivých seniorů polékový parkinsonismus s typickými hypertonicko-hypokineticými projevy (např. podáváním klasických neuroleptik a metoklopramidu).

■ Snížená odpověď na hyponatrémii a dehydrataci

Vzhledem k poklesu sekrece antidiuretického hormonu může být ve stáří pozorován vyšší sklon k renálním ztrátám sodíku a k projevům hyponatrémie (účinek potencují např. chlorpropamid a diuretika). Nedostatečný pocit žízně a pokles celkové tělesné vody (až o 15-20 % při srovnání 20-ti letých a 80-ti letých pacientů) ohrožuje seniory častou dehydratací a potenciální toxicitou silně hydrofilních léčiv (např. lithia, digoxinu, cimetidinu a dalších).

■ Pokles funkce eliminačních orgánů

U starých nemocných byl zaznamenán pokles aktivity některých biotransformačních enzymů (např. izoformy 3A4 cytochromu P450 u starých žen a demetylačních enzymů); dále pokles jaterního prokrvení (o 30-45 % u 80ti letých nemocných při srovnání s pacienty středního věku) a renální eliminace (až o 50 %). V důsledku těchto změn lze pozorovat pokles biotransformace při prvním průchodu játry, pokles metabolizace demetylačními enzymy (např. diazepam, amitriptylin, imipramin) a izoenzymy cytochromu P450 (např. cimetidin, fluoxetin, amiodaron, diazepam a alprazolam). U některých léčiv bývá zaznamenávána vyšší biologická dostupnost nebo prodloužený eliminační poločas. Např. u fluoxetinu může být eliminační poločas prodloužen z 35 až na 110-130 hodin, u amiodaronu z 30 na 100 hodin, apod.

Důvody potenciální nevhodnosti některých psychofarmak a kardiovaskulárních léčiv

1. Psychofarmaka

Z psychofarmak jsou k léčivům potenciálně nevhodným ve stáří řazena především silně sedativní a anticholinergní léčiva. Významně přispívají k vyššímu výskytu přetrvávající denní sedace, pádů, retrográdních amnézií, ortostatické hypotenze, kognitivních dysfunkcí, demencí, zmateností a delirií ve stáří. K těmto léčivům v expertních seznamech patří zejména dlouhodobě působící benzodiazepiny (diazepam, chlórdiazepoxid, halazepam, flurazepam, kvazepam), sedativní neuroleptika (chlorpromazin, thioridazin, mesoridazin) a tricyklická antidepresiva se sedativními a anticholinergními účinky (amitriptylin, doxepin, imipramin). Také fluoxetin v dávkování denně - antidepresivum ze skupiny SSRI - řadíme vzhledem k dlouhému biologickému poločasu mezi léčiva potenciálně riziková v seniorském věku. Eliminační poločas fluoxetinu přesahuje u řady seniorů 100 hod a zvolit správný dávkovací interval je obtížné. U některých pacientů lze považovat za racionální i dávkování jednou týdně. Jedná se o léčivo, které může navozovat stavy agresivity ve stáří, silně inhibuje i metabolické izoenzymy CYP3A4 a CYP2D6 a zpomaluje tak biotransformaci řady běžně podávaných léčiv. Vzhledem k existenci bezpečnějších alternativ (sertralinu, citalopramu v nízkých dávkách) je fluoxetin v dávkování denně řazen mezi postupy potenciálně rizikové ve stáří.

Benzodiazepiny

V posledních 10-ti letech poukazují kanadské, americké a britské studie na racionální odklon od předepisování dlouhodobě působících benzodiazepinů ve stáří (diazepam, chlórdiazepoxid, nitrazepam, flunitrazepam, halazepam, flurazepam, kvazepam). Preskripční poměr se příznivě mění ve prospěch podávání krátkodobě působících benzodiazepinů, např. ve studii sledující užití benzodiazepinů u 1 milionu seniorů v Kanadě se zvýšil poměr užívání krátkodobě/dlouhodobě působících benzodiazepinů mezi lety 1993 a 1998 z 3,6 na 5,8.

Geriatrické postupy doporučují vyvarovat se v chronické léčbě podávání dlouhodobě působících benzodiazepinů. V současné době je proto diazepam u seniorů určen především ke zvládnutí akutních stavů - epileptického záchvatu, akutních neklidů s agitovaností a úzkostí, specifických delirantních stavů a ustupuje se od jeho užití v chronické léčbě. Dlouhodobě působící benzodiazepiny mají totiž ve stáří významně prodloužený eliminační poločas (z 50 až na 110-200 hodin) a kumulují se v tukové tkáni. Při léčbě těmito léčivy jsou často zaznamenávány polékové reakce, např. přetrvávající denní sedace, psychomotorický útlum, posturální nestabilita, vyšší incidence pádů a zlomenin, projevy agresivity, paradoxní anxiety, postižení kognitivních funkcí a retrográdní amnézie (při kombinaci s alkoholem).

Eliminační poločas bývá u pacientů vyššího věku prodloužen i u krátkodobě působících benzodiazepinů (např. u alprazolamu z 8 až na 15 hod).

U obou podskupin benzodiazepinů je tedy zaznamenávána vyšší sedativní odpověď ve stáří, a to až 2-násobná. Z těchto důvodů se doporučuje upřednostňovat krátkodobě či středně dlouze působící benzodiazepiny, v polovičních dávkách a delších dávkovacích intervalech.

Vzhledem k riziku psychické i fyzické závislosti nejsou benzodiazepiny vhodné pro dlouhodobou léčbu a jejich délka užití by měla být co nejkratší. V hypnotické indikaci výzkumné práce dokumentují významný pokles účinku již po 10 - 14 dnech terapie a nedoporučují podávání delší než 14 dní. Významná diskrepance v účinnosti je zaznamenávána mezi subjektivní výpovědí pacienta (užitím testovacích škál) a objektivním EEG záznamem - mírou navozené sedace. Dlouhodobě léčení pacienti zpravidla sami uvádějí dobrou účinnost léčiva, objektivní vyšetření však neprokazuje dostatečný sedativní účinek. Tato diskrepance je přičítána rozvíjející se lékové závislosti.

Benzodiazepinová závislost je podmíněna dlouhodobým užitím. Při terapii 3-6ti měsíční bývá popisována u 5 % léčených, po jednom roce již u 43 % pacientů. Může se však rozvinout i po několika týdnech terapie. Léčbu lze obvykle jen obtížně ukončit. Náhlé vysazení zpravidla vede k závažnému syndromu z vysazení, provázenému neklidem, anxiety, nespavostí, dysforií, gastrointestinálními potížemi, závratěmi, bolestmi hlavy, fotofobií a akutními stavy zmatenosti. Terapie benzodiazepiny u seniorů by proto dle stávajících doporučení neměla přesáhnout 2 týdny v hypnotické indikaci, 4 týdny v terapii anxiety a 12 týdnů při zahajovací léčbě panických stavů. Je třeba ji ukončovat postupným snižováním dávky.

Výsledky evropské studie ADHOC (Aged in Home Care, Geriatrická klinika 1. LF a VFN, 2001-2003) prokázaly, že v České republice v roce 2001 užívalo benzodiazepiny 30 % seniorů v domácí péči. Z 32 % pacientů s klinicky významnou depresí pouze 8 % bylo léčeno antidepresivy, ostatní užívali dlouhodobě působící benzodiazepiny (jež nemají antidepresivní účinnost). Benzodiazepiny bývají chybně podávány pacientům s klinicky významnou depresí, kteří by měli být léčení antidepresivy.

2. Kardiovaskulární léčiva

Z kardiovaskulárních léčiv jsou mezi léčiva/postupy potenciálně nevhodné ve stáří řazeny např. digoxin v dávkách nad 0,125 mg/den (u pacientů bez arytmií), krátkodobě působící nifedipin, amiodaron, centrální antihypertenziva se sedativními účinky (klonidin, guanabenz, guanfacin, methylodopa), tiklopidin, krátkodobě působící dipyridamol, doxazosin, přípravky s obsahem ergotamin mesylátu (pro riziko myokardiálních ischemií) a vasodilatancia s nedostatečně prokázanou účinností v chronické léčbě (cyklandelát, isoxsuprin, v kanadských kritériích i pentoxifylin).

Nevhodnost výše uvedených postupů pro seniory řadu lékařů jistě překvapí. Jejich zařazení do expertních kritérií je však podloženo geriatrickými - epidemiologickými i farmakologickými - studiemi a ve stáří nepatří k postupům první volby.

Antiarytmika

Disopyramid byl do kritérií nevhodných léčiv zařazen pro silný negativně-inotropní efekt a anticholinergní vlastnosti. Léčivo potence projevy chronického srdečního selhávání a přispívá k častým anticholinergním reakcím - xerostomii, zastřenému vidění, retenci moči, zácpě, zmatenostem, deliriím a halucinacím. Z kardiovaskulárních nežádoucích účinků mohou terapii provázet periferní otoky, bolesti na hrudi, kardiální dušnost, synkopy a ortostatické hypotenze.

Amiodaron byl nově zařazen do posledních Beersových kritérií publikovaných v roce 2003. V epidemiologických studiích je prokazována jeho velmi dobrá účinnost u všech typů síňových arytmií, bohužel však chronická toxicita je ve stáří velmi vysoká. Byla zaznamenána až u 90 % nemocných. Dlouhodobá toxicita (plicní fibróza, depozita v oční rohovce, hepatopatie a tyreopatie) souvisí s kumulací parentální látky a aktivního metabolitu N-

desethylamiodaronu v tukové tkáni, plicích, kůži a ostatních tkáních. Je obtížně předvídatelná, neboť nekoreluje s dávkou ani plazmatickou koncentrací amiodaronu, ani aktivního metabolitu N-desethylamiodaronu. K chronické toxicitě přispívá významně i skutečnost, že parentální látka i metabolit jsou inhibitory vlastních eliminačních cest a vstupují do řady metabolických interakcí. Amiodaron je substrátem CYP2C8 a CYP3A4 a inhibitorem CYP2D6, CYP3A4, P- glykoproteinového transportu a CYP2C8; N-desethylamiodaron inhibuje silně a středně silně CYP2D6 a CYP2C9, slabě CYP1A2, CYP2C19, CYP3A4, CYP2A6 a CYP2B6. Otázka terapeutické hodnoty amiodaronu ve stáří zůstává stále nedořešena, neboť neexistují alternativní terapeutické postupy. Podávání léčiva podle výsledků randomizovaných kontrolovaných studií (EMIAT, CAMIAT) významně snižuje kardiální mortalitu, nezměněna však zůstává celková mortalita pro signifikantní nárůst nekardiální mortality.

Digoxin je v expertních kritériích zařazen jako nevhodný v dávkách nad 0,125 mg/den u pacientů s chronickým srdečním selháváním bez arytmií. Účinné koncentrace digoxinu v terapii chronického srdečního selhávání jsou ve stáří významně nižší vzhledem k vyšší senzitivitě sodno-draselné pumpy a ke změnám v distribuci a eliminaci léčiva. Neměl by proto být překračován stanovený dávkovací práh. Výjimku tvoří pacienti, kterým je digoxin podáván jako antiarytmikum nebo nemocní rychle eliminující léčivo.

U pacientů středního věku se až 50 % podané dávky váže do depa ve svalové tkáni (terapeuticky neúčinná frakce). Tato depozice je však ve stáří významně snížena vzhledem k poklesu svalové hmoty (uvádí se, že pokles svalové hmoty dosahuje až 20 % u 80-ti letých nemocných). Roste tak farmakologicky účinná frakce volného digoxinu (při neredukované dávce), neboť vazba léčiva na plazmatický albumin se výrazně nemění. Nižší distribuce digoxinu do periferních tkání (při nižším zastoupení celkové tělesné vody) i pokles renální clearance (který zpravidla nekoreluje s plazmatickými hladinami kreatininu), přispívají k riziku toxicity. Významné riziko představuje i vysoký interakční potenciál (např. interakce s verapamilem, antimykotiky, chinolony, antacidy, beta-blokátory apod.) a změny farmakokinetiky při renálním selhávání, srdečním selháváním, kachexii a hypokalémii. Jelikož v dávkách nad 0,125 mg/den nebyla v terapii chronického srdečního selhávání u pacientů bez arytmií prokázána vyšší účinnost, ale vyšší toxicita, dávkování digoxinu nad 0,125 mg/den je u těchto seniorů považováno za potenciálně nevhodný postup.

Antiagregancia

Také **krátkodobě-působící dipyridamol** je řazen v expertních kritériích k léčivům potenciálně nevhodným ve stáří. Na rozdíl od retardované formy totiž nebyla u neretardovaného dipyridamolu prokázána dostatečná účinnost v sekundární prevenci ischemické cévní mozkové příhody a transitorních ischemických atak. Užití krátkodobě-působícího dipyridamolu po řadu let, zejména v USA, bylo spíše empirické a nepodložené vědeckými důkazy. Podávání neretardovaného dipyridamolu starým pacientům provázely časté nežádoucí účinky (překotné vasodilatace, ortostatické hypotenze, reflexní tachykardie a myokardiální ischemie). U nás již preparáty s obsahem krátkodobě působícího dipyridamolu nejsou dostupné. **Tiklopidin** je zařazen do expertních seznamů pro nezanedbatelnou hematotoxicitu a dostupnost klopidogrelu - bezpečnější alternativy - se stejným mechanismem účinku. V USA na rozdíl od České republiky je klopidogrel ekonomicky stejně dostupný jako tiklopidin.

Již v randomizovaných klinických studiích byly při užívání tiklopidinu hlášeny časté nežádoucí účinky - průjem u 20 %, raš kůže ve 14 % a těžká ireverzibilní neutropénie u ≤ 1 %. Po 5 letech uvedení tiklopidinu na trh ve Spojených Státech byly nežádoucí účinky v příbalovém letáku doplněny o další závažné reakce: lehkou neutropénii u 2,4 %, agranulocytózu u 0,8 %, pancytopenii, trombocytopenii, trombocytopenickou purpuru a aplastickou anémii. Tyto nežádoucí účinky patří k život

ohrožujícím a mohou nastoupit náhle, bez signifikantních varovných signálů.

V nedávné retrospektivní španělské studii patřil tiklopidin k léčivům nejsilněji asociovaným s výskytem komunitní agranulocytózy (před tyreostatiky a kalcium dobesilátem). Jedná se o léčivo s těžce předvídatelnou farmakokinetikou u pacientů se závažnými změnami renální a hepatální eliminace a není známo, jak v těchto případech upravit dávkování při zachování antiagregační účinnosti. Účinek tiklopidinu nekoreluje s plazmatickými hladinami parentální látky ani aktivního metabolitu (2-hydroxytiklopidinu) a eliminační poločas bývá v chronické léčbě významně prodloužen (z 8 na 30-50 hodin). Postupná eliminace léčiva může trvat 10-14 dní po ukončení léčby a toxicita se může projevit náhlým septickým stavem nebo nespecifickými reakcemi jako hematurií, petechiemi, horečkou, infekcemi a změnami krevního obrazu.

Zatímco terapie tiklopidinem musí být pravidelně a obezřetně monitorována, klopidogrel nevyžaduje monitorování léčby (riziko hematotoxicity je u klopidogrelu srovnatelné s aspirinem – 0,1 %). V zahraničí bývá doporučován jako bezpečnější alternativa tiklopidinu, u nás je však pro vysokou cenu vyhrazen pro vymezené indikace.

I v tomto směru je třeba zvážit opatření lékové politiky. Terapie léčivy potenciálně nevhodnými ve stáří, jak ukazují zahraniční studie, je levnější v přímých nákladech na farmakoterapii, ale významně zvyšuje nepřímé náklady (monitoring, polékové hospitalizace, ambulantní návštěvy u lékaře pro nežádoucí účinky léčby apod).

Antihypertenziva

Ze skupiny antihypertenziv jsou k léčivům nevhodným ve stáří v dlouhodobé léčbě řazena centrální antihypertenziva s významnými sedativními účinky (klonidin, guanabenz, guanfacin a metyldopa). Tato antihypertenziva mají vyšší selektivitu k centrálním presynaptickým a postsynaptickým alfa₂-receptorům a navozují častý výskyt přetrvávajících denních sedací, ortostatických hypotenzí, depresivního syndromu a kognitivních dysfunkcí. Sucho v ústech, zácpa a sedativní nežádoucí účinky byly pozorovány již po několikadenní léčbě klonidinem a metyldopou, u seniorů 2-5x častěji než při terapii novějšími centrálními antihypertenzivy - rilmenidinem a moxonidinem. U starých pacientů léčených metyldopou byly zaznamenány i sklonky k polékovým depresím a kognitivním dysfunkcím. Při srovnání s ostatními skupinami antihypertenziv (diuretiky, ACE-inhibitory, beta-blokátory a kalciovými blokátory) nepatří sedativní antihypertenziva centrálního typu k léčivům volby. Nemají významný sekundární benefit a mohou negativně ovlivňovat kvalitu života, zejména u starých nemocných.

Závěr

Kritéria léčiv potenciálně nevhodných ve stáří představují jednoduchý koncept, který má upozornit lékaře na léčebné postupy, jež je nezbytné omezit u seniorů pro významné riziko polékových komplikací. Tyto postupy jsou ve stáří vyhrazeny pouze pro specifické indikace při pečlivém monitorování léčby.

Koncept léčiv potenciálně nevhodných ve stáří vychází z poznatků geriatrické farmakologie a farmakoepidemiologie a má být uplatňován pouze pro seniorskou populaci. V českém systému zdravotnictví doporučujeme všeobecné rozšíření tohoto konceptu, neboť jde o celosvětově platná kritéria, u nás nedostatečně respektovaná. Je však třeba upozornit na skutečnost, že kritéria léčiv potenciálně nevhodných ve stáří odrážejí podmínky farmaceutického trhu té země, kde byla vytvořena, a v České republice může být ekonomická dostupnost bezpečnějších alternativ omezená. U nás jsou navíc registrována i jiná potenciálně nevhodná léčiva, která nejsou uvedena ve stávajících expertních seznamech. Na tvorbě specifických kritérií pro Českou republiku v současné době pracuje skupina odborníků pod vedením Geriatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

Literatura

Beers MH, Ouslander JG, Rollingher I, Reuben DB, Brooks J, Beck J. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. Arch Intern Med. 1991;151:1825–1832.
 Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly: an update. Arch Intern Med. 1997;157: 1531–1536.
 Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in

older adults. Arch Intern Med. 2003;163:2716–2724.
 McLeod PJ, Huang AR, Tamblyn RM, Gayton DC. Defining inappropriate practices in prescribing for elderly people: a national consensus panel. CMAJ. 1997;156:385–391.
 Zhan C, Sangl J, Bierman AS, et al. Potentially inappropriate medication use in the community - dwelling elderly. JAMA. 2001;286:2823–2829.
 Fialová D, Topinková E. Koncept léčiv nevhodných ve stáří- farmakologické a farmakoepidemiologické aspekty. Remedia 2005; 15 (4-5): 410-417.

ČERNÝ TROJÚHELNÍK

Černý trojúhelník označuje ty léčivé látky, u kterých Státní ústav pro kontrolu léčiv vzhledem k novým informacím o jejich bezpečnosti přehodnocuje jejich poměr prospěchu a rizik. Ke všem dále uvedeným problémům můžete nalézt bližší informace na www.sukl.cz – oddíl Léčiva-Farmakovigilance-Černý trojúhelník.

Všechny případy se vyskytly u pacientů s renální insuficiencí, kteří podstoupili vyšetření MRA s jednorázovou aplikací přípravku Omniscan. K rozvoji onemocnění došlo v rozmezí 2 týdnů až 3 měsíců od podání Omniscanu.

Kožní fibrózní reakce na kontrastní látky obsahující gadolinium

Léčivá látka

Kontrastní látky obsahující gadolinium jsou používány pro vyšetření pomocí nukleární magnetické resonance (MRI). V ČR jsou registrovány tyto přípravky obsahující gadolinium: Omniscan, Magnevist, Gadovist, Multihance, Prohance, Dotarem, Vasovist a Primovist.

Stav ve světě

Onemocnění bylo poprvé popsáno v roce 1997 a celosvětově je evidováno cca 200 případů NSF/NFD, jejichž souvislost s podáváním gadolinia je nyní zjišťována.

Stav v ČR

Státní ústav pro kontrolu léčiv nezaznamenal v ČR zatím žádný obdobný případ onemocnění v souvislosti s podáváním výše uvedených přípravků obsahujících gadolinium.

Nežádoucí účinek

Onemocnění nazvané nefrogenní fibrózní dermatopatie (NFD) a nefrogenní systémová fibróza (NSF) bylo popsáno u pacientů s renální insuficiencí, kteří podstoupili MR angiografii (MRA) v nedávné době. Klinicky se toto sklerodermii podobné systémové onemocnění projevuje kožními lézemi na končetinách a trupu, papulami v barvě kůže či až erytrematózního vzhledu, splývající v zatvrdlé až mozolnaté plaky, noduly, svěděním, ztluštěním a tvrdnutím kůže i podkoží a následně sníženou hybností kloubů, obvykle na distálních částech končetin. V některých případech dochází i k systémovému poškození (např. myokardu, plic, jater či svalů). Onemocnění může být progresivní a může mít i fatální průběh. Patogeneze nemoci není objasněna, jako možné spouštěcí momenty se uvažují hyperkoagulační stavy, cévní chirurgické zákroky (fistuly/píštěle, angioplastiky), hypertenzní epizody, počátek dialýzy či metabolická acidóza.

Doporučení

Zvýšená pozornost zaměřená na sledování výskytu symptomů NSF/NFD by měla být věnována pacientům s renální insuficiencí (především dialyzovaným a těm, jejichž GFR je menší než 15 ml/min), kteří podstupují vyšetření s kontrastní látkou obsahující gadolinium.

Farmakovigilanční signál

Dánská léková agentura zaznamenala 20 případů NSF/NFD na jedné klinice v Dánsku¹, 5 případů bylo publikováno v Rakousku².

Prosíme, hlase jakékoli podezření na kožní nežádoucí účinky při podávání přípravků s gadolinielem.

Literatura:

1. The Danish Medical Agency: Investigation of the safety of MRI contrast medium Omniscan.
2. Grobner T, Gadolinium – a specific trigger for the development of nephrogenic fibrosing dermatopathy and nephrogenic systemic fibrosis? Nephrol. Dial Transplant (2006) 21: 1104-1108.
3. FDA Alert 6/2006 Information for Healthcare Professional, Development of Serious and Sometimes Fatal Nephrogenic Systemic Fibrosis/Nephrogenic Fibrosing Dermopathy.

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

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



Šéfredaktor: MUDr. Marie Alušíková, CSc.

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

Výkonný redaktor: RNDr. Blanka Pospíšilová, CSc.

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

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

Náklad 52.000 výtisků

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

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

ISSN 1211 - 0647
MK ČR E 7101

Problematika informovaného souhlasu pacienta

Současný největší „hit“ medicínského práva

Problematika informovaného souhlasu je spíše v právnických než v lékařských kruzích jedním z nejdiskutovanějších i nejvíce publikovaných témat z oblasti zdravotnického práva. Má ovšem i své velmi zásadní praktické dopady.

Kolegové advokáti zastupující pacienty proti zdravotnickým zařízením často v konkrétním případě uznají, že nelze prokázat ani postup non lege artis, ani zavinění z nedbalosti, někdy ani příčinou souvislost mezi zákrokem a újmou na zdraví či úmrtím. Stejně jako v zemích západní Evropy jdou tedy advokáti v těchto případech cestou žaloby pro porušení právní povinnosti spočívající v tom, že se klientovi nedostalo informací, na které měl nárok, že pokud by obdržel informace o rizicích zákroku či léčby, na které měl nárok, nedal by k zákroku či léčbě souhlas a nevznikla by mu škoda na zdraví, nebo újma spočívající v nutnosti dočasně nebo trvale změnit obvyklý způsob života. Jeho souhlas se zákrokem nebo léčbou nebyl tedy informovaný, čímž byla porušena jeho práva zaručená článkem 5 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, kterou je Česká republika vázána.

Žaloby tohoto typu jsou často nebezpečnější a mnohdy i úspěšnější než žaloby, které tvrdí, že bylo postupováno non lege artis. Vznikají obsáhlé vědecké publikace obsahující všechny možné aspekty informovaného souhlasu, jsou známy první rozsudky soudů. Mezi lékaři logicky vzniká „poptávka“ po vzorech písemných informovaných souhlasů, které by je chránily před nařčením, že pacient nebyl dostatečně informován.

ČLK vydala vzor informovaného souhlasu

Již asi před rokem vydalo právní oddělení ČLK po konzultaci s řadou významných právníků vzor informovaného souhlasu i vzor reversu (informovaného nesouhlasu), který je zveřejněn na webových stránkách ČLK. V současné době byl tento vzor struktury obou dokumentů znovu konzultován

a vydáváme jej po malé úpravě i v rámci časopisu ČLK.

Jak bylo uvedeno v článku o vedení zdravotnické dokumentace, vyhláška č. 385/2006 Sb. o zdravotnické dokumentaci uvádí, že informovaný souhlas má být obsahem zdravotnické dokumentace jde-li o zákrok, který je spojen s rizikem pro pacienta, nebo který má jiné reálné alternativy. K tomu řada významných lékařů, včetně členů vědecké rady ČLK, právem namítá, že s jistým rizikem je spojen téměř každý lékařský zákrok a stejně tak má mnoho výkonů celou řadu možných alternativ. Požadavek, aby pacient byl seznámen s riziky, alternativami a důsledky zákroku, však nevznikl na základě uvedené vyhlášky, ale na základě Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, kterou ČR ratifikovala již v roce 2001. Existuje tedy bez ohledu na vyhlášku. Úmluva však výslovně nepožaduje písemnou formu informovaného souhlasu.

Je-li však veden soudní spor, zda pacient byl či nebyl informován o tom kterém riziku a důsledku lékařského výkonu, musí zdravotnické zařízení unést tzv. důkazní břemeno, pokud tvrdí, že pacient informován byl, zatímco pacient naopak tvrdí, že „to mi opravdu určitě nikdo neřekl a kdybych to věděl, se zákrokem bych nesouhlasil“. Nejlepší a často **jediný způsob jak prokázat, že pacient informován byl a se zákrokem i přes upozornění na rizika, alternativy a důsledky souhlasil, je právě písemný informovaný souhlas.** Jde tedy o požadavek vyplývající z právních předpisů mnohem vyšší právní síly, než je vyhláška.

Prezident a představenstvo ČLK požádalo vědeckou radu komory, aby doporučila, které výkony lze považovat za rizikové a alternativní tak, že je vhodné vyžádat si ohledně nich informovaný souhlas písemně.

Šlo by o doporučení, nikoli „nařízení“ komory pro lékaře, které však v případě sporu může mít svůj nesmírný forenzní význam. Vědecká rada po jisté diskuzi s prezidentem a právníky komory tento úkol přijala.

Bylo zjištěno, že v Rakousku existují písemné informované souhlasy pro jednotlivé lékařské výkony i v českém jazyce. ČLK se bude snažit tyto dokumenty od rakouských kolegů získat, zhodnotit jejich vhodnost pro české poměry a po eventuální úpravě doporučené vědeckou radou komory je posléze zdarma předat svým členům. Bude-li žalující strana namítat, že nebylo u konkrétního zákroku uvedeno určité konkrétní riziko, může se lékař do značné míry opřít o to, že při informovaném souhlasu vycházela z doporučení své komory, která vycházela z rakouských zkušeností. Podaří-li se oba uvedené kroky, půjde o velkou právní i odbornou pomoc členům komory.

Podepsaný papír nenahrazuje komunikaci s pacientem

Předseda senátu rakouského nejvyššího soudu na jednom semináři přednášel, jak dokonalé informované souhlasy se užívají v některých rakouských nemocnicích. Když došlo ke konkrétnímu soudnímu sporu, ukázalo se, že „papír nahrazuje rozhovor“. Bylo prokázáno, že sestra předala pacientovi písemný informovaný souhlas s pokynem „to si přečtete a podepíšete“, a lékař s pacientem před výkonem vůbec nehovořil. Takový „důkaz o informovaném souhlasu“ označili rakouští soudci za „nicotný cár papíru“ a vycházeli z toho, že pacient informován nebyl a byla hrubě porušena jeho práva. Stejný názor by patrně měly i české soudy, proto **nikdy nestačí pouhý „papír“, ale vždy je důležitá i osobní komunikace lékaře s pacientem.** Z toho důvodu v našem vzoru pacient přímo podepisuje, že mu lékař vše osobně vysvětlil, že měl možnost klást lékaři otázky, na které mu lékař rádně odpověděl.

Kdo a jak má komunikovat s pacientem v rámci informovaného souhlasu

Otázka jak komunikovat s pacienty stojí za sérii samostatných článků nejen z oboru medicínského práva, ale i lékařské etiky a psychologie. Zde nezbývá, než se omezit na některé zásady spíše právní povahy.

Jde-li o lékařský výkon, musí s pacientem komunikovat vždy lékař. Tuto komunikaci nikdy nemůže a nesmí nahrazovat zdravotní sestra, klinický psycholog či jiný zdravotník. Půjde-li o samostatnou péči klinického psychologa, klinického logopeda, fyzioterapeuta, laboranta či jiného zdravotníka, komunikuje s pacientem tento zdravotnický pracovník. Půjde-li o ošetrovatelské výkony, které provádí samostatně zdravotní sestra či jiný zdravotnický pracovník, ohledně těchto výkonů komunikuje s pacientem sestra či tento jiný zdravotník (např. sestra samostatně provádí odběr krve a přitom samostatně komunikuje s pacientem).

Ministr zdravotnictví odložil účinnost vyhlášky, „aby lékaři neměli alibi“

Na internetových stránkách ministerstva zdravotnictví byla 31. října 2006 zveřejněna zpráva, že účinnost vyhlášky č. 385/2006 Sb. o zdravotnické dokumentaci byla odložena na 1. dubna 2007. Co k tomu ministra Julínka vedlo?

„Proti této vyhlášce protestují Svaz pacientů, patientské organizace, stejně tak jako lékaři; každý z trošku jiných důvodů,“ řekl ministr 1. 11. 2006 v rozhovoru pro ČRo 1 – Radiožurnál. „Ten nejdůležitější problém spočívá v tom, že vyhláška přímo nařizuje, jakým způsobem má být vypsáno v dokumentaci ono poučení. Pak to v praxi znamená, že by mohl lékař, pokud to všechno splní, být vyviněn z řádného informování

pacienta. To nelze připustit. Lékař stále zodpovídá za to, že pacient bude informován tak, aby rozuměl všemu, co se na něho vlastně chystá.“ Vyhláška prý vůbec nehovoří o kvalitě té informace. „To poučení musí být naprosto komplexní a strašně důležité je, aby tomu pacient rozuměl, a je potřeba, aby ten zápis tomu odpovídal,“ řekl Julínka.

Ministr vidí i další chyby vyhlášky. „Například se nemyslelo na neslyšící a nevidomé a na doprovod, který jde s hendikepovanými pacienty. Tam je největší problém, že lékařský personál nerespektuje jejich sníženou možnost vnímat, a tudíž to poučení není adekvátní,“ tvrdí Tomáš Julínka.

(red)

Jinou otázkou je, který lékař má s pacientem komunikovat. V ambulantní péči nebývá tento problém složitý. V nemocnici není někdy jasné dáno, kdo je vlastně ošetřujícím lékařem pacienta (což je hrubá chyba), jindy výkon bude provádět někdo jiný než ošetřující lékař, popřípadě jde o dva výkony – například v rámci operace jednak o anesteziologickou péči, jednak o samotný chirurgický výkon. Pak má pacient právo na informace z obou odborností. Který lékař poskytne informace a vyžádá si informovaný souhlas, by měl stanovit vedoucí příslušného pracoviště (přednosta kliniky, primář).

Rozhovor by měl probíhat ve vhodném prostředí a atmosféře. Je-li nezbytné vést jej na pokoji, kde jsou další pacienti, což považují za nejméně vhodné, pak je třeba vyžádat si souhlas pacienta, zda rozhovor může probíhat před spolupacienty. Vhodnější je ambulance či jiná vhodná místnost. **Důležité informace by neměly být podávány a důležité rozhodnutí by neměla být vyžadována po premedikaci před operací.** Rozhovor je nutno individualizovat podle věku, typu osobnosti, vzdělání a zdravotního stavu pacienta. Je-li pacient nějak

handicapován, ať již mentálně, sluchově, zrakově či podobně, doporučuje se uvést do zdravotnické dokumentace nebo přímo do textu informovaného souhlasu, že informace byly podány „s přihlédnutím k individualitě pacienta“.

Zástupný souhlas udělují zákonní zástupci

Rozhovor lékaře s pacientem má být veden vhodným způsobem. Účelem není pacienta znejistit a psychicky poškodit, ale kvalifikovaně pravdivě informovat. Jde-li o zákrok, který lékař doporučuje, je třeba vyložit, v čem bude pro pacienta prospěšný, jak bude konkrétně probíhat, zda půjde o zákrok nějak nepříjemný či bolestivý a po jak dlouhou dobu, jak často se vyskytují jednotlivá rizika, proč doporučuje právě tuto a nikoli jinou alternativu léčby. Těžko se vyhnout informaci o předpokládané prognóze, byť do písemného vzoru ji nedáváme. Zmínit je nutno i důsledky zákroku – dobu hospitalizace, pracovní neschopnosti, omezení v obvyklém způsobu života a léčebný režim při rekonvalescenci, apod. Je-li se zákrokem spojeno finanční plnění

ze strany pacienta, musí o tom být pacient informován předem a cenu akceptovat, což je třeba písemně dokumentovat (případná dohoda o ceně by měla být samostatným písemným dokumentem – aktuální bývá zejména u kosmetických výkonů).

Jde-li o nezletilého pacienta, je nutno informovat ho osobně s ohledem na jeho věk a stupeň rozumové vyspělosti. Zástupný souhlas udělují zákonní zástupci (stačí souhlas jednoho z nich, pokud druhý nevyloví nesouhlas), ke stanovisku nezletilého se přihlíží úměrně jeho věku a stupni rozumové vyspělosti. Totéž platí o osobách zbavených způsobilosti k právním úkonům a o zástupném souhlasu opatrovníka. Problematika zákroků u nezletilých a nezpůsobilých k právním úkonům je ovšem složitější a měla by být předmětem samostatného článku. Stejně tak problematika informovaného nesouhlasu – reversu, která je neméně důležitá jako problematika informovaného souhlasu.

JUDr. Jan Mach
ředitel právního oddělení ČLK

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Zdravotnické zařízení:

Pracoviště (klinika, oddělení):

Lékař, který provedl poučení:

Pacient: _____
jméno, příjmení, datum narození

Dnešního dne jsem byl lékařem poučen o zdravotním výkonu, který mi má být proveden.

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

Účelem tohoto zdravotního výkonu je:

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

(Zde stručně uvést jaký bude předpokládaný průběh zákroku, případně i zmínit, zda zákrok bude bolestivý či nikoli.)

Byl jsem poučen, že jako alternativa místo shora uvedeného lékařem doporučeného výkonu lze provést:

(Vyplňuje se jen tehdy, existuje-li reálná lege artis alternativa lékařem doporučeného výkonu. Jinak tuto rubriku i další dvě rubriky vymazat.)

Vzal jsem na vědomí, že lékařem doporučený výkon má oproti uvedeným alternativě tyto výhody:

ale současně tyto nevýhody:

Byl jsem dále poučen, že lékařem doporučený výkon má následující rizika: *(Uvést v úvahu připadající reálná rizika výkonu, popřípadě procenta jejich pravděpodobnosti, nelze-li vyjádřit v procentech nebo nejsou-li procenta známa, eventuálně jinak vhodně slovy vyjádřit pravděpodobnost výskytu uvedených rizik.)*

Beru na vědomí, že po provedení uvedeného zdravotního výkonu budu takto omezen v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti: *(Nejde-li o výkon, který je spojen s pracovní neschopností a omezením například sportovních, rekreačních či jiných aktivit, pak tuto rubriku vymazat.)*

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu, a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením zdravotního výkonu: *(Zde uvést výkon, popřípadě i více výkonů, s nimiž pacient souhlasí.)*

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví, souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

(Pokud by si pacient nepřál uvádět tento odstavec, nebo by lékař usoudil, že v daném případě není vhodné jeho uvedení, lze jej vypustit.)

V _____ dne

Vlastnoruční podpis pacienta

Podpis lékaře, který poučení provedl:

Podpis svědků poučení a souhlasu pacienta, pokud pacient není schopen se vlastnoručně podepsat: *(Vyplňuje se pouze tehdy, není-li pacient schopen se vlastnoručně podepsat, ať již z jakýchkoliv důvodů.)*

Lékaři a dohody o zvyšování kvalifikace

Ačkoliv jsme o problematice dohod o zvyšování, resp. zvyšování kvalifikace již v minulosti několikrát psali, jsme ze strany řady lékařů, jimž jsou tyto dohody jejich zaměstnavateli předkládány, opakovaně žádání, abychom je o povaze a náležitostech uvedených dohod podrobně informovali. Z tohoto důvodu považujeme za potřebné alespoň ve stručnosti zrekapitulovat právní úpravu tohoto institutu a upozornit na nejčastější úskalí a problémy, které v souvislosti s uzavíráním dohod o zvyšování kvalifikace (někdy též označovaných termínem „stabilizační dohody“) mohou nastat.

Právní úprava dohod o zvyšování kvalifikace je komplexně obsažena v ustanovení § 143 zákona č. 65/1965 Sb., zákoníku práce. Předmětem těchto dohod je závazek zaměstnavatele umožnit lékařům – zaměstnancům zvýšení kvalifikace poskytováním pracovních úlev a hmotného zabezpečení a závazek lékaře zvýšit si kvalifikaci a setrvat u zaměstnavatele po určitou dobu, nejdéle po dobu pěti let, v pracovním poměru, nebo uhradit mu náklady spojené se zvyšováním kvalifikace.

Lze konstatovat, že v důsledku přijetí zákona č. 95/2004 Sb. je v současné době již jisté, že dohody o zvyšování kvalifikace lze uzavírat i v případě lékařů a jejich speci-

záčního (předatestačního) vzdělávání.

Kromě toho, aby dohoda obsahovala všechny náležitosti tak, jak jsou vymezeny níže, je třeba při jejím uzavírání především dbát, aby se lékař zbytečně nezavazoval k případné náhradě nákladů, které zaměstnavatel vynaložil na zvyšování jeho kvalifikace ještě před podpisem dohody a k jejichž úhradě lékař povinen není.

K uzavření dohody o zvyšování kvalifikace nelze lékaře žádným způsobem nutit. V praxi často dochází k situaci, kdy zaměstnavatel lékařovi zvyšování kvalifikace uloží a současně mu k podpisu předloží dohodu o zvyšování kvalifikace. Ani v tomto případě však není lékař povinen dohodu podepsat, neboť je vždy výhradně na jeho uvážení, zda se zaměstnavatelem dohodu uzavře či nikoliv.

Pokud se nicméně lékař rozhodne se zaměstnavatelem dohodu o zvyšování kvalifikace uzavřít, měl by si být vědom toho, že tato dohoda je platná pouze tehdy, pokud je uzavřena v písemné podobě a zahrnuje všechny povinné obsahové náležitosti, které stanoví zákoník práce. V ustanovení paragrafu 143 odst. 3 zákoníku práce se v této souvislosti doslova uvádí, že „*dohoda musí být uzavřena písemně a musí v ní být uvedeny:*

a) *druh kvalifikace a způsob jejího zvýšení,*

b) *doba, po kterou se zaměstnanec zavazuje setrvat u zaměstnavatele v pracovním poměru,*

c) *druhy nákladů, které bude povinen zaměstnanec uhradit zaměstnavateli, jestliže nesplní svůj závazek setrvat u něho v pracovním poměru,*

d) *nejvyšší celková částka, kterou bude zaměstnanec povinen uhradit.“*

V případech, že jakákoliv z výše uvedených náležitostí v dohodě chybí, dohoda je od počátku neplatná. Neplatnost dohody pak má za následek nevymahatelnost plnění, k němuž se strany v dohodě zavázaly. Jestliže došlo k poskytnutí celého či jen části plnění ze strany zaměstnavatele a zaměstnanec následně zjistí, že dohoda o zvyšování kvalifikace je neplatná, není povinen v případě předčasného ukončení pracovního poměru u zaměstnavatele náklady na zvyšování kvalifikace zaměstnavateli hradit.

Závěrem je rovněž nutno upozornit, že pokud již dojde ze strany lékaře ke vzniku povinnosti k úhradě nákladů na zvyšování jeho kvalifikace, může se na něm zaměstnavatel ve smyslu ustanovení § 143 odst. 5 zákoníku práce domáhat pouze poměrné části těch nákladů, které zaměstnavateli skutečně vznikly.

Mgr. Aleš Buriánek
právní oddělení ČLK

Recenze: Medicína a právo

Dr. Jan Mach, odborný asistent Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví v oboru medicínského práva, který je již 10 let pracovníkem lékařské komory a v minulosti byl poradcem ministrů zdravotnictví, vydává lékařům a podle recenzenta i právníkům dlouho očekávanou publikaci, která může odborníkům obou profesí prakticky pomoci ve složité době, v které došlo k významným společenským změnám dosud významným způsobem nereflektovaným českou právní normou.

250 stran publikace je rozdělena do dvou částí. Obecná problematika medicínského práva a specifické oblasti medicínského práva.

V první části se čtenář seznamuje s problematikou informovanosti nemocného zdravotnickým personálem, situací, kdy personál může informaci zdržet, negativním reversem, znaleckými posudky, standardy zdravotnické péče a poskytování péče bez souhlasu pacienta. V této části je široce probírána výklad pojmu *lege artis* a *non lege artis*, stejně tak jako *vitium artis*. Autor upozorňuje dále na nutnost zákona, který by měl definovat mechanismus zajištění zdravotnické péče v jakémkoliv zdravotnickém oboru, což recenzent považuje z hlediska pacienta za základní, při stávající nedobré organizaci našeho zdravotního systému. Ve stati věnované povinnosti mlčenlivosti správně, jako znalec praxe, upozorňuje na problémy její realizace (např. nemocniční vizity).

V druhé části knihy o specifických oblastech medicínského práva jsou probrány právní aspekty zásahů do reprodukce, transplantací (u kterých dosud nebyl ratifikován dodatek k Evropské úmluvě o lidských právech v biomedicíně). Kapitoly věnované právnímu

posouzení medicínského experimentu, ochraně lidského genomu a klonování jsou pro většinu medicímanů, a myslím i právníků, nové.

Eutanázie, asistované suicidium i ukončení života, které není eutanázií, jsou problémy spíše etické a medicínské, které bohužel právo řeší poměrně jednoduše a jednoznačně dává malý prostor k různým výkladům.

Závěrečné kapitoly jsou informacemi o systému veřejného zdravotního pojištění.

Dr. Mach v recenzovaném díle prokázal širokou znalost problematiky vycházející z praktických zkušeností s medicínským právem, kterou má v naší zemi pouze několik jedinců. Je třeba vyzdvihnout filologický pohled autora na problematiku, kterou navíc nevidí odtažitě od reálných podmínek, v nichž se náš zdravotní systém nalézá. Při velmi zajímavém čtení si uvědomíme, jak české zdravotní právo zaostává za vývojem společnosti i medicíny jako biologické vědy.

Knihu autor nepochybně určil jak právníkům, tak zdravotníkům. Měli by ji však pečlivě prostudovat také ti politici, kteří zákony týkající se zdravotní péče připravují a v konečném hlasování o nich rozhodují.

Většina recenzních posudků odborných děl končí větou, že by tyto publikace neměly chybět v knihovnách jednotlivých odborníků. Publikace dr. Macha *Právo a medicína* by neměla být v knihovnách, ale na pracovních stolech lékařů, aby jim pomohla ve stále častějších právních problémech spojených s ošetřováním nemocných.

Prof. MUDr. Pavel Pařko, DrSc.
přednosta III. chirurgické kliniky



FEMS hájí nejenom lékaře zaměstnance

Evropská federace lékařů zaměstnanců (FEMS) přijala v květnu 2006 na jednání v Paříži nové stanovy. Na jejich základě **plenární zasedání FEMS, které se konalo 12. až 14. října v Lublani, zvolilo nový výbor, který federaci povede v následujících třech letech:** prezident Dr. Claude Wetzel (Francie), viceprezidenti Dr. Carlos Amaya (Španělsko) a Dr. Milan Kubek (Česko), generální sekretář Dr. Bojan Popović (Slovensko), zástupce sekretáře Dr. Ivan Pašini (Chorvatsko), pokladník Dr. Maurizio Dal Maso (Itálie). FEMS současně vytvořil tři pracovní skupiny, z nichž každá se bude zabývat jedním ze zásadních témat, která jsou v současnosti důležitá pro evropské lékaře.

* Evropská směrnice o pracovní době

(ED 93-104; koordinátor Dr. Claude Wetzel)

Ze strany zaměstnavatelů zesiluje tlak na revizi této směrnice. Vzhledem k tomu, že lobby ředitelů nemocnic je obzvláště silná v Německu, lze právě v době německého předsednictví EU (2007) očekávat ostrý střet. Za klíčové lze považovat následující čtyři otázky:

1. Má být možnost dobrovolného souhlasu lékaře-zaměstnance s větším rozsahem přesčasové práce (tzv. opt-out)?
2. Bude vyrovnávací období pro výpočet průměrných 8 hodin přesčasové práce týdně prodlouženo ze současných 4 měsíců na celý rok?
3. Budou smět lékaři tak jako dříve pracovat v kuse 72 hodin bez souvislého 24 hodinového odpočinku?
4. Bude i nadále každá přítomnost zaměstnance na pracovišti počítána a placena jako výkon práce?

rodičovskou dovolenou;

- podmínky přístupu zahraničních lékařů na pracovní trh v ČR;
- právo ČLK přiznávat lékařům specializovanou způsobilost.

* Evropská směrnice o volném pohybu zdravotnických služeb

(ve stavu příprav; koordinátor Dr. Milan Kubek) V rámci procesu rozšiřování EU dochází v evropském prostoru k nebyvalé migraci pracovních sil i pohybu zboží, kapitálu a služeb. Tyto procesy se pochopitelně nevyhýbají ani zdravotnictví. Lékaři z nových členských zemí si hledají lépe placenou práci ve státech bohatších, přičemž jsou nahrazováni kolegy z krajín ještě chudších. Pacienti ze států s více regulovanou nabídkou zdravotnických služeb cestují – aby nemuseli na plánované výkony čekat – do zemí s liberálnější zdravotnictvím. Zdravotní pojišťovny z bohatých členských zemí pak hledají pro své klienty lacinější poskytovatele zdravotní péče v zemích chudých.

Ačkoliv Evropský soud se sídlem v Lucemburku již několikrát rozhodl, že pacienti mají nárok na propolení i neakutní zdravotní péče, která jim byla poskytnuta v zahraničí, vykládají si plátcí této péče podmínku, že úhrada musí být provedena, pokud by pacient v domovské zemi na ošetření čekal „nepřiměřeně dlouho“, velmi svérázně. Navzdory tomu, že právě volný pohyb služeb patří k základním pilířům evropské integrace, brání takzvané zdravotní turistice řada administrativních bariér.

A vůbec, stojíme my, lékaři, o větší liberalizaci v této oblasti? Nebo si raději chceme chránit



zleva: Maurizio Dal Maso - pokladník, Milan Kubek - viceprezident, Claude Wetzel - prezident, Carlos Amaya - viceprezident, Bojan Popovic - sekretář, Ivan Pašini - zástupce sekretáře

* Evropská směrnice o uznávání profesionální kvalifikace

(ED 2005-036; koordinátor Dr. Bojan Popović) Také tato problematika je velmi významná pro lékaře v ČR, neboť náš zákon 95/2004 Sb. o vzdělávání a odborné způsobilosti je nekompatibilní s evropskou legislativou. Takzvanou eurounevu tohoto zákona, kterou předložilo ministerstvo zdravotnictví, Česká lékařská komora odmítla, neboť návrh neřeší naše zásadní problémy:

- nesmyslně vysoký počet atestačních oborů;
- způsob akreditace zdravotnických zařízení ke školení ve specializační přípravě;
- financování systému specializačního vzdělávání;
- diskriminace lékařů, kteří v době specializačního vzdělávání nastoupili mateřskou nebo

vlastní trh zdravotnických služeb před zahraničním kapitálem a kolegy z Východu, kteří jsou ochotni pracovat za dumpingové ceny? Jedním z úkolů Evropské federace lékařů – zaměstnanců je podpora kolegů, kteří se v jednotlivých členských státech dostali do problémů. V rámci těchto aktivit v dubnu letošního roku FEMS podpořil protesty lékařů na Slovensku, jejichž výsledkem bylo zvýšení platů nemocničních lékařů uskutečněné ve dvou krocích o celkem 25 %. V květnu pak pomohl v Katalánsku prosadit možnost uzavření speciální kolektivní smlouvy vyššího stupně pro lékaře, o jejichž plattech tak nebudou již moci rozhodovat odbory zaměstnanců veřejných služeb.

MUDr. Milan Kubek
viceprezident FEMS



Stálý výbor dvou milionů evropských lékařů

CPME je vrcholná organizace, která zastupuje zájmy 2 milionů lékařů Evropské unie a je hlavním partnerem pro orgány EU při vyjednávání o otázkách zdravotnictví. Vedle lékařů z členských států jsou zde zastoupeni rovněž kolegové ze Švýcarska, Norska, Islandu a nově i Bulharska.



Česká delegace, Mgr. Kocák, dr. Stehliková, dr. Kubek

Jde o mezinárodní neziskovou asociaci, která je zřizována dle belgického práva a je tvořena národními lékařskými asociacemi nebo komorami. Členem je za každou zemi vždy největší nevládní lékařská organizace. Statut pozorovatelů pak mají reprezentativní lékařské organizace ze zemí, které o členství v EU teprve usilují. CPME úzce spolupracuje s ostatními mezinárodními lékařskými asociacemi, jejichž prezidenti se jednání CPME pravidelně účastní jako hosté.

Cílem CPME je zvyšování standardů lékařské práce, vzdělávání a snaha o dosahování maximální kvality a dodržování vysokých standardů bezpečnosti poskytované lékařské péče pro všechny obyvatele Evropy. CPME se soustřeďuje i na otázky organizace a financování zdravotnictví, na zlepšování vztahů mezi pacienty a lékaři, na stanovování a dodržování pravidel volného pohybu lékařů v rámci Evropské unie.

V čele CPME stojí prezident volený na dvouleté funkční období, řídicím orgánem je výbor, který je volen Valným shromážděním CPME rovněž na období dvou let. CPME má v současnosti čtyři podvýbory, které zpracovávají agendu v následujících oblastech:



Poslední zasedání CPME se konalo v Lucemburku

- Lékařské vzdělávání, celoživotní vzdělávání lékařů a zvyšování kvality lékařské péče
 - Medicínská etika a stavovské předpisy
 - Organizace zdravotní péče, sociální zabezpečení, ekonomika zdravotnictví a farmaceutický průmysl
 - Zdraví, prevence a životní prostředí
- CPME má v současnosti 29 členů, 3 asociované členy, 1 pozorovatele a 10 asociovaných organizací. Česká republika je prostřednictvím ČLK členem CPME od roku 2002.

Mgr. Radovan Urban Kocák
vedoucí zahraničního oddělení ČLK

Jak jsou organizováni lékaři v Nizozemsku?

Alex van Bolderen, předseda LAD (Landelijke vereniging van Arsen in Dienstverband), odborové organizace nizozemských lékařů, zároveň člen předsednictva a vedoucí právního oddělení RDMA (Royal Dutch Medical Association), což je obdoba naší lékařské komory, navštívil před časem Prahu. V rámci jednání s prezidentem ČLK poskytl časopisu Tempus Medicorum rozhovor.

Jaký je formální vztah lékařské komory RDMA a lékařských odborů LAD?

RDMA je federace lékařských organizací a LAD je jejím členem. Nizozemská královská lékařská společnost a Asociace lékařů – zaměstnanců hájí zájmy lékařů a mají tedy hodné společných témat. Úzce spolupracujeme a dá se říci, že pouze ve zcela výjimečných případech obě organizace publikují svá vlastní stanoviska odděleně.

Kolik členů má RDMA a kolik LAD?

RDMA, která zajišťuje především registr lékařů specialistů, má přibližně 30 000 členů z celkového počtu 45 000 lékařů, LAD sdružuje 11 500 lékařů z celkového počtu asi 20 000 lékařů – zaměstnanců.

Je členství v lékařské komoře povinné?

Členství je nepovinné, RDMA vlastně ani nemá žádné individuální členy. Je to totiž federace lékařských organizací a asociací, které zastřešuje. Jejimi členy jsou organizace lékařů specialistů (OMS), organizace praktických lékařů (LHV), organizace lékařů sociálního zabezpečení (NVVG), organizace lékařů seniorů (NVVA) a organizace lékařů – zaměstnanců (LAD). Pokud se stanete členem například odborové organizace LAD, stáváte se automaticky i členem RDMA a musíte tedy platit členské příspěvky oběma organizacím.

Jak je financována RDMA?

Hlavním zdrojem příjmů RDMA jsou členské příspěvky. Naše organizace však získává finanční podporu i od vlády, a to prostřednictvím grantů.

Jaké služby lékařská komora poskytuje svým členům?

Hájí zájmy svých členů a všech svých členských organizací. RDMA je hlavním partnerem v oblasti zdravotnictví pro vládu, parlament, ale i organizace zaměstnavatelů nebo pacientů. I když naše pozice vůči vládě není nijak formálně ukotvená, politici se velmi zajímají o naše názory na zdravotnictví. Jako příklad mohou uvést participaci RDMA na diskuzi vlády k zavedení nového systému zdravotní péče od ledna 2006.

Jaký je tedy vztah mezi RDMA a politiky?

RDMA působí jako lobbistická organizace. Pravidelně spolupracujeme s desítkami poslanců. Někteří poslanci, kteří jsou lékaři, pracovali v minulosti v předsednictvu RDMA a nebo v některé z členských organizací. Tyto kontakty jsou pro nás obzvláště cenné.

Jaký je vztah mezi lékařskou komorou a ministrem zdravotnictví?

Mínulý ministr zdravotnictví byl naším členem, což bylo pochopitelně velkou výhodou. Současný ministr není lékař, a tak jsou naše stanoviska rozdílnější. Na druhou stranu je však potřeba říci, že současný prezident RDMA má s ministrem zdravotnictví dobré osobní vztahy.

Jak je v Nizozemsku organizováno vzdělávání lékařů?

U nás získává lékařský diplom úspěšný absolvent šestiletého denního studia. Všichni lékaři – absolventi musí být registrováni vládou, aby mohli začít pracovat. Na základě postgraduálního studia pak mohou získat jednu ze specializací a být registrováni RDMA jako lékař – specialista. Svoji registraci si musí obnovovat každých pět let. Celoživotní vzdělávání (CME) organizované RDMA je v Nizozemsku povinné. Systém CME je podobný americkému systému kreditních bodů. RDMA zároveň každých pět let kontroluje i kvalitu nemocnic akreditovaných ke vzdělávání lékařů i odbornou úroveň všech školitelů. V organizaci CME máme bohaté zkušenosti, neboť RDMA organizuje celoživotní vzdělávání lékařů s podporou vlády již od roku 1960. Od roku 1973 pak vedeme registr lékařů – specialistů.

Jak je takový systém celoživotního vzdělávání lékařů financován?

Každý lékař, který chce být registrován jako specialista, musí uhradit poplatek ve výši 1000 eur, a za prodloužení registrace po pěti letech se platí poplatek 500 eur. Poplatky platí rovněž nemocnice, které žádají o akreditaci k postgraduálnímu vzdělávání.

Kdo dohlíží v Nizozemsku na dodržování pravidel lékařské etiky?

Základní pravidla výkonu lékařského povolání stanoví zákon. Rovněž jsou dané medicínské standardy, jejichž dodržování je právně závazné. Určitou zvláštností je existence speciálního soudu pro lékaře. Tento soud může lékaři, který při léčbě závažně pochybil, zrušit registraci. Takový lékař by pak nemohl vykonávat své povolání.

Jaký je vztah tohoto soudu k RDMA?

Lékařský soud je na naší organizaci nezávislý. RDMA naopak zaměstnává právníky, kteří hájí naše členy před tímto soudem.

Plní RDMA také úlohu odborné lékařské společnosti?

V Nizozemsku existuje Vědecká lékařská společnost, která je na RDMA nezávislá a naše spolupráce probíhá spíše na neformální bázi. Medicínské standardy pro jednotlivé obory stanovují právě jednotlivé odborné lékařské společnosti.

Jak jsou u vás organizováni lékaři – zaměstnanci?

Máme mnoho odborových organizací a svazů, z nichž většina patří pod některou ze tří zastřešujících odborových centrál. LAD je odborovou organizací, která hájí zájmy úzké profesní skupiny, tedy lékařů, a není členem žádné z těchto konfederací. Jsme účastníkem kolektivního vyjednávání, a to jak na celostátní úrovni, tak v jednotlivých nemocnicích.

Členství v odborové organizaci LAD je pochopitelně dobrovolné a výše členských příspěvků se odvíjí od výše platu lékaře. Například lékař s celoročním příjmem 45 000 eur platí 250 eur pro LAD za rok a stejný poplatek automaticky i za členství v RDMA. Odborová organizovanost lékařů v Nizozemsku je mimořádně vysoká. Zatímco resortní odborové svazy v průměru reprezentují pouze 15 až 25 procent zaměstnanců, LAD sdružuje asi 60 procent všech lékařů – zaměstnanců.

Jaký servis vedle účasti v kolektivním vyjednávání svým členům LAD poskytuje?

LAD zaměstnává šest právníků, kteří poskytují právní služby lékařům. Naši členové mají také možnost využít výhodné pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou výkonem lékařského povolání, které jim LAD sjednává. Máme finanční poradce, za jejichž služby platí členové pouze symbolické částky. V současnosti je u nás 25 zaměstnanců a rozpočet naší odborové organizace se pohybuje okolo tří milionů eur za rok.

Jaké jsou mzdy lékařů v Nizozemsku a kolik hodin týdně tamní lékaři pracují?

Pracovní týden u nás má pro všechny zaměstnance 36 hodin. Mladí lékaři pracují 48 hodin týdně, pochopitelně včetně postgraduálního tréninku a teoretické výuky. Lékaři – specialisté odpracují v průměru 45 hodin týdně. Maximální délka týdenní pracovní doby je 50 hodin.

Platy lékařů se pochopitelně pohybují v poměrně širokém rozpětí. Podle statistik lékařů – specialistů zaměstnaní ve fakultních nemocnicích vydělávají v průměru 6100 až 8700 eur měsíčně. Specialisté v privátních nemocnicích 5300 až 9200 eur a praktičtí lékaři – zaměstnanci 4800 až 5500 eur při 40 hodinovém pracovním týdnu. Pohotovostní služby jsou praktickým lékařům honorovány sazbou 37 euro za hodinu. Mladí lékaři bez specializované způsobilosti, kteří pracují v nemocnicích, vydělávají 2700 až 4000 eur.

Jaké typy nemocnic máte v Nizozemsku?

Máme dva typy nemocnic. Jednak fakultní nemocnice, které jsou vlastněny státem, a pak privátní nemocnice, které jsou zřizovány nadacemi. Tyto nemocnice tedy ve své podstatě nejsou skutečně privátní a poskytují zdravotní péči ve stejném režimu a rozsahu jako nemocnice fakultní. Skutečně soukromých nemocnic je v Nizozemsku minimum. Jde o sanatoria, která se specializují například na plastickou chirurgii a zdravotní péče v nich není financována z pojištění, ale vše si platí pacienti sami v hotovosti.

Existuje u vás systém povinného zdravotního pojištění?

Od 1. ledna 2006 funguje nový systém veřejného zdravotního pojištění. Každý občan je povinně pojištěn a platí stejnou částku za pojištění, asi 1100 eur. Každý účastník tohoto pojištění má stejná práva, každý občan se může zdravotně připojistit u některé ze zdravotních pojišťoven, které jsou privátní a mohou také vytvářet zisk.

Mgr. Radvan Urban Kocák

UPOZORNĚNÍ

Změnu adresy pro zasílání časopisu Tempus Medicorum se nesnažte hlásit do tiskárny, grafostudia ani nikam jinam! Pomůže vám pouze oficiální cesta přes změnu v registru členů ČLK na adrese registr@clkcr.cz



Neoslabujme si sami ČLK

Sledováním současné politické scény ve mně jasně uzrál názor, že lékařský stav potřebuje reprezentaci silnou a akceschopnou. Je zřejmé, že slabí a váhaví, bez účinného lobování, budou odsunuti ad acta. Slabí jsou zejména naši pacienti a váhavým se mi jeví lékařský stav. Pro čisté altruisty z našich řad znovu zdůrazňuji, že zodpovídáme nejen za sebe, ale i za nejslabší ve společnosti, naše pacienty. Pokud budeme sami slabí, poškodíme tedy nejen sami sebe, ale zejména ty nejpotřebnější, naše nemocné.

Naší stavovskou organizací, která zastupuje zájmy racionální zdravotní politiky ve všech oblastech, je ČLK. Nezbytně ji tedy potřebujeme silnou a akceschopnou. Její síla je jednoznačně založena na povinném členství a její akceschopnost na síle mandátu jejího prezidenta. Jenom při zachování povinného členství nebude zpochybňována její role otázkou, koho vlastně zastupuje. Mnoho chytrých politiků dráždí naše členy zpochybňováním povinného členství, někteří členové na to slyší. Oslabení komory tímto způsobem by se hodilo, manipulace s takto oslabenou profesní skupinou je mnohem lehčí.

Akceschopnost komory je založena na síle mandátu jejího prezidenta. Síla ČLK může být velká, ale prohrajeme v mnoha střetech, pokud to bude síla nedostatečně rychle reagující. Snaha oslabit mandát prezidenta je cestou ke zpomalení reakcí a tím k postupnému umlčení komory. Prezident je volen nejvyšším orgánem ČLK, sjezdem. Jemu se také zodpovídá za svou činnost a tímto orgánem může být odvolán. Jeho vystoupení jsou ostře sledována širokou lékařskou veřejností, a pokud bude vystupovat proti názoru většiny, ztratí na nejbližším sjezdu svůj mandát. Snaha podřídit všechny jeho kroky předběžnému souhlasu předsednictva ČLK znamená utlumit jeho hlas, znemožnit mu jakýkoliv samostatný krok bez těžkopádných konzultací. Musíme si uvědomit, že změna zásáhne akceschopnost kteréhokoliv budoucího prezidenta. Současný prezident má hlavní motto své činnosti – sjednotit lékařský stav. Neobstojí-li v této těžké úloze, vystavuje se nebezpečí, že bude na nejbližším sjezdu odvolán.

Abych nepodléhal falešným iluzím, konzultoval jsem se svými přáteli, právníky. Všechny profesní komory sdružující právnické profese mají povinné členství. Hlasy, které toto povinné členství z řad právnické obce zpochybňují, jsou zcela raritní. Právníci si dobře uvědomují, že jen povinné členství jim zajišťuje silný vliv, bez něhož by současné příznivé pozice právnické obce mohly být v budoucnu ohroženy. Jediná nespokojenost je v právnických komorách tam, kde je reprezentace slabá, kterou není dostatečně vidět. Právníci si uvědomují, že špatně zvolili a příště budou volit jinak. Varoval bych, abychom v legislativních otázkách týkajících se sta-

tutu komory, chtěli být moudřejší než naši v oboru vzdělaní univerzitní kolegové a sami se snažili neuváženě oslabovat vliv naší profese ve společnosti.

Nejbližší sjezd ČLK bude volit viceprezidenta. Viceprezident není jen zástupcem současného prezidenta. Chápu ho i jako možného kandidáta na budoucího prezidenta ČLK, pokud se ve své roli osvědčí. Jedním z kandidátů na tuto funkci je dr. Aleš Herman, předseda Vědecké rady ČLK, které jsem členem. Členy vědecké rady jsou významné odborné autority lékařských oborů. Jestliže si toto grémium zvolilo dr. Hermana do svého čela, nemůže nikdo pochybovat o jeho organizačních, komunikačních a odborných kvalitách. Osobně jsem volil dr. Hermana nikoliv proto, že by většinou souhlasil s mým názorem. Oceňuji zejména logiku jeho uvažování opírající se o jasně definovaná fakta a vyvážené vedení debaty obtížně zvládnutelného grémia individualit, které se snaží prosadit svůj názor. Je uměním dr. Hermana vést debatu tak, aby odlišné názory nebyly eskalovány ke konfrontačnímu střetu, ale postupně vést diskutující ke konsensuálnímu řešení problému. Takové schopnosti musí mít i viceprezident ČLK. Doporučuji tedy, být jen svým slabým hlasem, pro tyto vlastnosti dr. Hermana jako viceprezidenta ČLK. Přeji si totiž komoru silnou a akceschopnou.

*Prim. MUDr. Luboš Kotík, CSc.
Interní klinika FTN Praha*

Proč máme platit příspěvky?

V minulých dnech jsme byli upozorněni na skutečnost, že jsme dosud neuhradili roční členské příspěvky České lékařské komory ve výši 2100 Kč pro soukromého lékaře, kterými nás ČLK systematicky vydírá. Ponecháváme stranou dysbalanci mezi výší příspěvku soukromých lékařů a lékařů v zaměstnaneckém vztahu, kde se ČLK soustavně podílela na ekonomické likvidaci drobných podnikatelů ve zdravotnictví. Prioritní otázkou tak je, co zásadního pro nás ČLK v uplynulém období vykonala, aby se její činnost dala ohodnotit částkou 2100 Kč. Katapultovala dr. Ratha do ministerského křesla, polarizovala postavení původně apolitické organizace na politické scéně a svou jednoznačnou podporou ČSSD způsobila, že v současné době není pro vedení resortu relevantním partnerem. Svou orientací na partikulární a osobní zájmy způsobila, že kompetence, které měly ČLK zajišťovat její pozici v rámci zdravotnického systému (registrace, schvalování praxí atp.), přešly na krajské úřady.

Když nezaplatíme, co ztratíme? Registraci, kterou nám vydala před 15 lety a která nemá větší cenu než cenu papíru, na kterém je vytištěna? Nebo cenný pocit jistoty, že máme za zády stavovskou organizaci, která se o nás v problémových chvílích postará? Nedodržíme možná stavovský předpis, ale kdo tuto praxi do ČLK zavlekl? Odpověď je jednoduchá – Rath a Kubek.

První zavedl a rozvinul a druhý pokračuje v praxi, kdy se předpis, který se nehodí, porušuje, mění i nelegální formou, fakta se hlasováním převrací v lež a naopak. Kdy je hlavní zbraní manipulace a vyhrožování. Kdy rozhodování platného orgánu přebíje „hlas lidu“.

Jenže nás již nebaví být členem stáda, na které pasák houkne a oslově se třesou, až z nich zlatáky padají. A je nám líto těch, kteří ve stádě vidí sice smrádek, ale teploučko, a kteří se bojí zvednout hlavu, aby neviděli, že nad nimi pasák mává kudlou. Uhradou členských příspěvků je možné vyjádřit svůj postoj k pasákovi, poměřím, které na pastvině vládnou, i ohodnotit míru bezpečí, kterou nám příslušnost ke stádu poskytuje.

A přínos ČLK pro zlepšení našeho postavení lékaře ve společnosti, zajištění ekonomické stability a perspektivy soukromého sektoru ve zdravotnictví hodnotíme celkovou sumou 0 (slovy: nula) Kč.

*MUDr. Anna Kříklánová, praktický lékař pro děti a dorost, alergolog-imunolog
MUDr. Tomáš Kříklán, praktický lékař pro dospělé, Dolní Bělá*

Nechci Tempus Medicorum

Jakožto člověk, který chce vykonávat povolání lékaře, musím být povinně členem ČLK. Toto je dáno zákonem, s tím bohužel momentálně nemohu nic dělat, i když bytostně nesouhlasím. Jedinou funkcí komory pro mě je, že mě každoročně připraví o peníze na povinném členském příspěvku. Nevím ale, proč musím být zároveň pravidelně obtěžován nějakým časopisem, který jsem si neobjednal, který nechci a který slouží pouze k prezentaci názorů určité skupiny a kolem kterého jsou navíc podezřelé okolnosti s financováním.

Proto vás žádám, abyste mě laskavě trvale vyřadili z databáze odběratelů. Nepřeji si již, aby mi byl nadále doručován. Pokud mi bude nadále tento komorový plátek zasílán, budu nucen vám ho obratem odesílat zpět na vaše náklady jako nevyžádanou listovní zásilku.

MUDr. Bořek Šindlář, Opava

MUDr. Herman viceprezidentem komory?

Za nadpis jsem dal otazník, možná si ho někteří z čtenářů dávají. Já osobně si myslím, že tam je zbytečný. Pro mne je MUDr. Herman kolegou, kterého bych si v této funkci přál. Znáám ho již 10 let a byl jsem stejně jako všichni členové vědecké rady pro to, aby po odchodu dr. Ratha na ministerstvo radu řídil on. Je to člověk nezátížený předsudky, snažící se vždy jednoznačně, ale přitom konsenzuálně dojít k cíli. Česky se říká, že takový člověk má tah na bránu a Česká lékařská komora už do „brány borců“ musí vstoupit a nehandrkovat se u vchodu pouze o ceny vstupenek.

Prof. Pavel Pafko, DrSc.



Stále aktuální problém smrtící tromboembolie

Stížnost na neodborný postup lékařů s následkem smrti podal ČLK pan Pavel, manžel zemřelé 46leté paní Taťany. Stížnost byla přijata a řešena podle zásad platného disciplinárního řádu ČLK.

Paní Taťana se 19. prosince v zaměstnání poranila v oblasti levého hlezna. Byla převezena k lékařskému ošetření do ambulance chirurgického zdravotnického zařízení. Rentgen ukázal nedislokovanou frakturu zevního kotníku. Byla ordinována nechodící imobilizační dlahou. Pacientka se znovu dostavila s pocitem bolesti v levém lýtku 12. ledna. Lékař po kontrolním vyšetření 16. ledna odeslal nemocnou k hospitalizaci pro podezření na tromboflebitidu. Flebotrombóza byla též den dopplerovským sonografickým vyšetřením v nemocnici vyloučena. Byla předepsána režimová opatření, léky aescin a glyvenol a pacientka se vrátila do ambulantní péče. Při kontrole 17. ledna ordinována ortéza a dodržování režimových opatření s výše uvedenými léky. Pacientka 23. ledna přišla znovu do ambulance s konstatováním zhoršujícího se otoku. Opět byla poslána do nemocnice a od 23. do 27. ledna byla hospitalizována. Byl jí podán augmentin a clivarin. Následoval ústup obtíží a pacientka byla propuštěna s diagnózou flebotrombosis cruris l. sin a st. po fract. trimaleol. cruris l. sin. Doporučena režimová opatření a podávání antibiotika. Také ambulantní lékař jí 31. ledna při kontrole doporučil nezatěžovat končetinu a předepsal antibiotickou léčbu.

13. února paní Taťana náhle zemřela. Podle pitevního protokolu z 21. března se tak stalo v důsledku masivní tromboembolie do plic po předchozí tromboflebitidě po trimaleolární zlomenině levé dolní končetiny.

Manžel podal stížnost

Stěžovatel zdůrazňuje ohrožení nemocné tromboflebitidou a tedy důležitost podávání léků, které snižují krevní srážlivost. Uvádí, že nemocné byl podán takový lék pouze během hospitalizace ve dnech 23.–27. ledna. V propuštěcí zprávě není uvedeno, že má být lék na snížení srážlivosti podáván i po propuštění z nemocniční péče. Dále si stěžuje, že ambulantní lékař po návratu z nemocnice nepředepsal heparin. Vzhledem k ověřené diagnóze u pacientky konstatuje stěžovatel neodborný postup lékařů, kteří neprovedli testy na srážlivost krve a nezajistili dostatečně dlouhou dobu podávání léků na snížení srážlivosti krve, aby se předešlo tromboembolii.

Jaký byl pitevní nález

Z pitevního protokolu vyplývá, že 46letá pacientka zemřela náhle v důsledku masivní tromboembolie do větve arterie pulmonalis pro dolní plicní lalok vpravo po předchozí tromboflebitidě levého bérce, která byla komplikací trimaleolární zlomeniny levého kotníku. Při pítvě nebyl nalezen přímý zdroj, odkud došlo k embolizaci.

Pitevní

diagnóza se opírá o pracovní diagnózu tromboembolické smrtící příhody.

Stížnost na čtyři lékaře a RZP

Stížnost na neodborný postup zahrnuje čtyři lékaře – ambulantního chirurga, dva lékaře nemocniční chirurgie, z nichž jeden neměl atestaci z chirurgie a primáře chirurgického oddělení. Revizní komise, která se zabývala šetřením stížnosti, měla k dispozici kompletní dokumentaci i všechny písemné výpovědi příslušných lékařů. Stížnost též zahrnuje podezření na nesprávný postup RZP převážející nemocnou na JIP v den jejího úmrtí.

Vyjádření ambulantního chirurga

Ošetřující ambulantní chirurg podrobně rozebral svůj postup den po dni. Popsal správné stanovení úrazové diagnózy 19. prosince, přiložení sádrové, nechodící dlahy na devět dní, pozvání na kontrolu v sobotu 28. prosince k dosádování na nechodící sádrovou fixaci s poučením, že při bolestech v lýtku nebo teplotách musí být ihned kontrola lékařem. Další návštěvu v ambulanci stanovil na 9. ledna, kdy byl přiložen podpatek. Pacientka byla jinak bez potíží. Pak přišla bez objednání 12. ledna pro bolesti lýtka levé nohy. Léčila se podle svého vyjádření sama doma cikanolem, nikam nešla. Sejmuta sádra, lýtko bolestivější. Nešlo o otok lýtka, ale o otok hlezna fibulárně i mediálně. Na rtg byla patrná širší lomná plocha a mírný posun periferního fragmentu dorzálně o 2-3 mm bez známek svalku. Kloubní šterbina asymetrická a výrazný otok měkkých tkání perimaleolárně a tibiálně. Při podezření na možnost počínající tromboflebitis byla nemocná odeslána k hospitalizaci na chirurgické oddělení. Končetina imobilizována Kramerovou dlahou. 17. ledna se pacientka opět dostavila do chirurgické ambulance s tím, že 16. ledna byla sonograficky flebotrombóza v oblasti levého lýtka vyšetřena a vyloučena. Proto jí byla přiložena hlezenná ortéza s poučením, aby na nohu nestoupala, pohybovala se jen o berlič. Lékař se domníval, že jde o zpomalené hojení fraktury a možné příznaky Sudeckovy nemoci. 23. ledna nemocná přišla do ordinace s větším otokem v oblasti lýtka a hlezna vlevo. Měla subfebrilie, podle jejího udání brala léky i wobenzym. Na rtg stále bez známek svalku. Levé lýtko širší než pravé. Ihned byla odeslána k hospitalizaci na chirurgické lůžko. Od 23. do 27. 1. byla hospitalizována s dg. flebotrombosis cruris l.sin, přeléčena terapeutickou dávkou clivarinu, medikován augmentin, glyvenol, escin.

K dalšímu kontaktu s pacientkou došlo 31. ledna. Lýtko vlevo bylo klidné, bez otoku, Homans negativní, hlezno rovněž klidné. Doporučeno pokračovat v režimu ortéza, nezatěžovat ještě 14 dnů, pak rtg kontrola, pokračovat v uvedeném medikaci s wobenzymem. Podle sdělení manžela pacientka 12. února doma prala. V noci 13. února klidově dušná, úzkost-

ná. Přesto manžel odešel do práce a ponechal manželku doma do dopoledních hodin. Téhož dne po převezení RZP na JIP pacientka zemřela.

Lékař byl podle svého sdělení smrtí pacientky otřesen. Pracoval jako chirurg 24 let a ve svém postupu neviděl pochybení. Dostatečně vše popsal ve zdravotní dokumentaci.

Vyjádření nemocničních lékařů

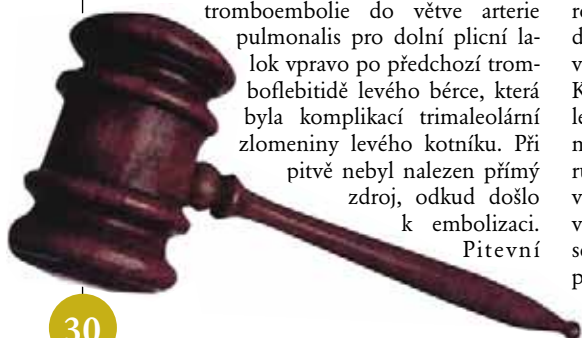
Primář oddělení shrnul výpovědi svých lékařů. Přijali nemocnou s diagnózou odeslajícího ambulantního chirurga, který pojal podezření na tromboflebitidu bérce oblasti pro uvedené příznaky. Postup v nemocnici se opíral o vyšetření z 16. ledna, kdy byla při podobných potížích udělána dopplerovská sonografie bez nálezu tromboflebitidy. Proto toto vyšetření během hospitalizace 23.–27. 1. nebylo znovu provedeno. Diagnóza byla pracovní a pro zabezpečení byla podána léčba clivarinem, augmentinem, glyvenolem, aescinem s tím, že předtím měla i wobenzym. Stav nemocné se do 24 hodin upravil a tak bylo rozhodnuto ji po čtyřech dnech propustit pro zcela normální nález. Nebylo přistoupeno k ambulantní anti-koagulační léčbě, protože podle názoru zkušeného chirurga s II. atestací, erudovaného v cévní chirurgii, nebyla pokládána za potřebnou. Je uvedeno, že pacientka byla v předchozí době medikována dalšími léky jako enap, geratam, citalec, anxiiron, podle diagnózy psychiatrické kliniky pro smíšenou úzkostně depresivní poruchu. K úmrtí na masivní embolizaci do plic došlo po 13 dnech od kontroly, kdy byla zcela bez příznaků tromboflebitidy. Primář je přesvědčen, že se jeho lékaři nedopustili nesprávného postupu. Domnívá se, že k akutní embolizaci došlo v návaznosti na tělesnou námahu, o které se dověděl od manžela.

Vyjádření praktické lékařky a RZP

Ve výpovědi praktické lékařky z 13. února se uvádí, že po přivolání našla pacientku v cyanóze, s bolestmi u srdce a v epigastriu s neměřitelným TK. Ihned přivolala RZP, čtyři záchranáři provedli transport pacientky z 8. patra bez výtahu. Výjezd i postup je kompletně časově dokumentován. Podle písemného vyjádření odpovědných lékařů s doložením akustického záznamu a podle dokumentace nedošlo při transportu nemocné na JIP k prodlevě. Nedošlo k pochybení v postupu RZP při zajištění životních funkcí při převozu. Nemocná zemřela na JIP, přes intervenci tří lékařů a tří sester, na masivní embolizaci do plic. Nebylo prokázáno žádné pochybení v postupu praktické lékařky, RZP a JIP.

Postup disciplinárních orgánů ČLK

Revizní komise OS ČLK vypracovala disciplinární návrhy. Opřela je o všechny sebrané údaje o průběhu ošetřování nemocné, včetně odborného posudku vybraných členů sekce pro interní medicínu v OS ČLK. V senátním říze-



ní Čestné rady OS ČLK byl zproštěn viny ambulantní chirurg, u kterého nebylo prokázáno odborné pochybení. Lékaři nemocnice, včetně primáře oddělení, byli na základě rozhodnutí senátu Čestné rady OS ČLK posouzeni jako vinní. Senát své rozhodnutí odůvodnil takto: „Při hospitalizaci 23.–27. 1. léčba divarínem odpovídala stanovené diagnóze, ne však následná léčba po propuštění nemocné. Chybělo opakované dopplerovské vyšetření ultrazvukem, laboratoř včetně KO a hemokoagulace. Při diagnóze flebotrombózy levého bérce po zlomenině kotníku měla být nasazena dlouhodobá antikoagulační léčba za kontroly krvácivosti, což potvrdil i posudek internistické sekce OS ČLK. Také byly zjištěny nedostatečné anamnestické údaje o předchozích onemocněních pacientky, kdy měla při vyšetření pro suspektní neuroboreliozu po infuzní léčbě tromboflebitidy na HK. Údaje mohly vést k větší pozornosti při prevenci. Tím se potvrdilo odborné pochybení ošetřujících lékařů. Pítevní nález převzal diagnózu kliniků bez nalezení zdroje embolizace, čímž vznikla pochybnost, zda smrtící embolus pocházel z oblasti levého lýtka. Při stanovení míry odpovědnosti vycházel senát z míry spoluodpovědnosti a uznal nejméně vinného lékaře bez atestace a vyšší míru odpovědnosti dal erudovaným lékařům s vyššími atestacemi a funkční odpovědností. Za zásadní pochybení uznal nedostatečné ověření tromboflebitidy i postup v jejím zabezpečení.“

Všichni nemocniční lékaři se odvolali proti disciplinárním opatřením senátu Čestné rady OS ČLK k nejvyššímu disciplinárnímu orgánu, k Čestné radě ČLK. Stěžovatel podal námitku proti rozhodnutí senátu Čestné rady OS ČLK.

Čestná rada ČLK v odvolacím řízení

Čestná rada si vyžádala pro odvolací řízení dva odborné posudky chirurgické a internistické, angiologické komise Vědecké rady ČLK. Tříčlenná chirurgická odborná komise posoudila, že neexistuje žádný standard nařizující dlouhodobou antikoagulační léčbu při vyloučení tromboflebitidy klinickým a sonografickým vyšetřením. V tomto případě mohla antikoagulační léčba zabránit smrtelné komplikaci, i když k ní může dojít i přes zavedení antikoagulační léčby. Při průkazu hluboké žilní tromboflebitidy je doporučena dlouhodobá antikoagulační léčba. Nebyly vyčerpány všechny možnosti vedoucí ke správné diagnóze. U ambulantního lékaře konstatovala postup lege artis. U lékařů ošetřujících v nemocnici non lege artis. Nejnižší míru odpovědnosti přisoudila neatestovanému lékaři.

Odborný posudek tříčlenné internistické komise, specialistů na cévní choroby, konstatoval, že zvolený diagnostický a léčebný postup nebyl v příčinné souvislosti s pozdějším úmrtím na plicní embolii, jejíž zdroj nebylo možné v danou chvíli určit.

Při pitvě u zemřelé nebyla prokázána trombóza hlubokých žil bérce. Je všeobecný souhlas, že dvakrát provedená duplexní sonografie v krátkém odstupu spolehlivě vylučuje trombózu hlubokých žil. Léčba za pobytu v nemocnici byla adekvátní. Ambulantní chirurg neměl důvod pro nasazení antikoagulační léčby. Komise našla hrubé nedostatky v práci nemocničního chirurgického oddělení při ve-

dení dekurzu. Nebyly doklady o vizitách prováděných primářem či jeho zástupcem, nebyla nalezena hodnocení stavu nemocné a rozvahy o dalším postupu. Byla použita pouze pracovní diagnóza ambulantního chirurga.

Rozhodnutí senátu Čestné rady ČLK

Senát Čestné rady ČLK v odvolacím řízení potvrdil disciplinární tresty lékařům nemocničního chirurgického oddělení v plném rozsahu. Námitku stěžovatele posoudil jako důvodnou. Opřel se o zásadní odborné posudky obou komisí Vědecké rady ČLK.

Poučení z této kauzy

Možnost využít vše pro důkladné stanovení diagnózy je prvořadým požadavkem při odborném postupu lékařů. Je zásadní ochranou nemocného a ochranou lékaře před pochybením. V tomto případě to platí jednoznačně, i když postup nemocničních lékařů nebyl v přímé souvislosti se smrtí a přestože pitevní nález neověřil zdroj embolizace.

Smrtící embolizace je stálou hrozbou. Je výzvou k odpovědnému přístupu při určování diagnostických postupů a při její prevenci. V tomto případě šlo především o souzení odborné odpovědnosti v postupu při vyšetřování nemocné.

MUDr. Jiří Jedlička
(pověřen zpracováním podle materiálů Čestné rady ČLK)

Křížovka o ceny

V minulém čísle Tempus Medicorum jste hledali správné znění tajenky: **Josef Thomayer proslul svými bleskovými diagnózami.** Knihu posíláme deseti úspěšným luštitelům, které jsme vylosovali: **MUDr. Jaroslava Doležalová**, Praha 3; **MUDr. Vladimír Hruška**, Praha 5; **MUDr. Lenka Kroupová**, Hroznová Lhota; **MUDr. Ivana Tympanová**, Šumperk; **MUDr. Petra Venháčová**, Olomouc-Svatý Kopeček; **MUDr. Květa Dousková**, Senohraby; **MUDr. Zuzana Bartošová**, Kolín; **MUDr. Antonín Liber**, Frýdek-Místek; **MUDr. Jitka Davidová**, Most; **MUDr. Šárka Tvarůžková**, Prachatice.

Na správné řešení tajenky z čísla 11 čekáme na adrese recepc@clkcr.cz do **8. prosince 2006**. Hodně štěstí!

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
A																	
B																	
C																	
D																	
E																	
F																	
G																	
H																	
I																	
J																	
K																	
L																	
M																	
N																	

VODOROVNĚ: **A.** Odhadem; zimní oblečení; kanadský zpěvák. – **B. 1. díl tajenky; 4. díl tajenky.** – **C.** Proud; pár; jinak zvaný; svobodný šlechtický statek; nebo. – **D.** Portugalské souostroví v Atlantiku; sourozenec; opar; populární píseň. – **E.** Výlek ve zdi; cizí směnka; tropické ovoce; druh lemura. – **F.** SPZ Jičina; chobotnatci; ranní vláha; úder hraný před dopadem míče. – **G.** Zvratné zájmeno; keře; české město; bojová chemická látka. – **H.** Mládáta osla; otec; městský stát ve starém Řecku; předložka. – **I.** Useknouti; údaje; být zavěšen; osten. – **J.** Jméno herečky Hlaváčové; druh pištuchy; orientální koberec; směnečný ručitel. – **K.** Polní míry; mzda; krmit mateřským mlékem; zdroj obživy. – **L.** SPZ Kolína; jméno zpěvačky Baezové; německý velkopřůmyslník; kvůli; snížený tón. – **M. 6. díl tajenky; 3. díl tajenky.** – **N.** Obyvatel kavkazské země; výzvy; škubaná.

SVISLE: **1.** Nasycený uhlovodík; **2. díl tajenky;** spojka. – **2.** Protilehlé postavení; stáří. – **3.** Opravná loď; smyčky; jílovité horniny; iniciály hudebního skladatele Ryby. – **4.** Domácky Ondřej; domácky Svatava; druh básně (říčej). – **5.** Pohyby kyvadla; práchnivěti; světlovlasé. – **6.** Japonská lovkyně perlorodek; český stolní tenista; patřící Dianě. – **7.** Slovensky „se“; maďarský básník; šetrnost; SPZ Klatov. – **8.** Křičeti; aromatická bylina; zmitá tkanina. – **9.** Ženské jméno; setnina; vřačské náčiní. – **10.** Podoba; nástroj žence; na půlky. – **11.** Zkratka radiokomunikační odrušovací služby; forma léku; český politik; tyhle. – **12.** Pokojový keř; přenášet; SPZ Pelhřimova. – **13.** Indické město; rychle; ouha. – **14.** Turovitý savec; hromadit; vůně. – **15.** Obyvatel Médie; český básník; tvoje; kov. – **16.** Pomlouvač (říčej); dávaná zpět. – **17.** Jméno Saxové; **5. díl tajenky;** háje.

Pomůcka: anoa, pika, polis, trata.



Vzdělávací kurzy České lékařské komory

Přehled pro zimní semestr 2006

Přihlášky zasílejte na adresu:

Oddělení vzdělávání ČLK
Lékařská 2, 150 30 Praha 5, fax: 257 220 618,
e-mail: vzdelavani@clkcr.cz, seminar@clkcr.cz
(uveďte celé jméno, odbornost, adresu, telefonní
číslo a číslo kurzu)

**Podrobné informace, týkající se organizace
a průběhu kurzu, obdrží přihlášení účastníci 10
dnů před zahájením kurzu.**

**Poplatky za účast na doškolovacích kurzech
České lékařské komory**

Cena doškolovacích kurzů ČLK určených pro
lékaře příslušných specializací:

- při přihlášení a platbě předem 650 Kč

- při přihlášení a platbě **na místě 720 Kč**
Cena doškolovacích kurzů ČLK **pro nečleny
České lékařské komory: 1190 Kč**
Součástí poplatku za kurz je studené
občerstvení, káva a minerální voda. Začátek
víkendových kurzů je v 8,30 hod.
**Každý doškolovací kurz České lékařské
komory je ohodnocen certifikátem v souladu
se systémem kontinuálního vzdělávání lékařů.
V případě jakýchkoli dotazů nás kontaktujte
na číslech 257 217 226 (linka 22, 24) nebo
603 252 483.**
**Veškeré informace o doškolovacích akcích
ČLK dále naleznete na internetových
stránkách www.lkcr.cz**

37/06 Kurz – Dorostový den

Datum konání: 2. 12. 2006

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

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

MUDr. Pavel Kabiček, CSc.

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

39/06 Kurz – Stenózy karotid z pohledu kardiologa a neurologa

Datum konání: 2. 12. 2006

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

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

MUDr. Aleš Tomek, MUDr. Martin Šrámek

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

38/06 Kurz klinická imunologie

Datum konání: 9. 12. 2006

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

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

Prof. MUDr. Terezie Fučíková, DrSc.

- Klinická imunologie: první kontakt s pacientem
- As. MUDr. Helena Marečková, CSc.
- Laboratorní výsledky v imunologii a jejich
interpretace
- As. MUDr. Jaroslav Svoboda
- Proč je interpretace klinických výsledků
v imunologii tak složitá
- As. MUDr. Tomáš Poch, CSc.
- Imunologie a chirurgické obory
- As. MUDr. Eva Závadová, CSc.
- Onkologický pacient v rukách imunologa
- As. MUDr. Pavlína Hrdá

- Jsou endokrinní onemocnění také
poruchou imunity
- As. MUDr. Zuzana Humlová, Ph.D.
- Alergie
- As. MUDr. Mgr. Jitka Petanová, CSc.
- Životní prostředí a imunita

01/07 Kurz – Pediatrie

Datum konání: 6. 1. 2007

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

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

MUDr. Pavel Frühauf, CSc.

- Autoimunitní onemocnění gastrointestinálního
traktu
- Doc. MUDr. Jiří Chomiak, CSc.
- Nové trendy v ortopedické léčbě DMO
- MUDr. Anna Zobanová
- Oční problematika v pediatrické praxi
- MUDr. Petr Smišek
- Leukopenie a neutropenie u dětí
- MUDr. Petr Smišek
- Dif. dg. trombocytopenií u dětí

02/07 Kurz – Novinky v neodkladné péči 2006

– opakování

Datum konání: 13. 1. 2007

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

*Koordinátor kurzu: Doc. MUDr. Jarmila Drábková,
OCHRIP, FN Praha Motol
(podrobné informace viz Kurz 35/06 – 4. 11. 2006)*

03/07 Kurz – Odborný seminář o PNP v ČR (EU) pro lékaře

Datum konání: 27. 1. 2007

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

*Koordinátor kurzu: MUDr. Zdeněk Schwarz, ředitel
Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy*

MUDr. Zdeněk Schwarz

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

04/07 Kurz – Úrazová chirurgie pro PL

Datum konání: 10. 2. 2007

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

*Koordinátor kurzu: doc. MUDr. Leopold Pleva,
CSc., předseda České společnosti pro úrazovou
chirurgii*

Doc. MUDr. Leopold Pleva, CSc.

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

07/07 Kurz – Infekční nemoci

Datum konání: 10. 2. 2007

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

*Koordinátor kurzu: doc. MUDr. Alena Lobovská,
CSc., doc. MUDr. Michal Holub, Ph.D.*

*III. klinika infekčních a tropických nemocí, 1. LF UK
Praha, FN Bulovka*

Doc. MUDr. Alena Lobovská, CSc.

- Výskyt infekčních nemocí – evoluce infektologie
- Doc. MUDr. Michal Holub, Ph.D.
- Antibiotika v primární péči
- Prof. MUDr. Pavel Chalupa, CSc.
- Novinky v diagnostice a terapii virových
hepatitid
- MUDr. Hanuš Rozsypal, Ph.D.
- Diferenciální diagnostika neuroinfekcí
- RNDr. Eva Nohýnková, Ph.D.
- Diagnostika laboratorní parazitárních infekcí
- MUDr. Hanuš Rozsypal, Ph.D.
- Invazivní mykózy a nové možnosti antimykotické
terapie
- MUDr. Marcela Kořínková
- Novinky v antitetanické a antirabické profylaxii
- Doc. MUDr. Michal Holub, Ph.D.
- Léčba recidivujících herpetických infekcí

9/07 Kurz – Aktuality v urgentních stavech v pediatrii – opakování

Datum konání: 17. 2. 2007

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

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

MUDr. Jan Melichar

- Novinky 2006 v resuscitaci novorozenců
- MUDr. Eva Dortová
- Domácí oxygenoterapie
- Nové postupy dlouhodobého sledování
nedonošených
- MUDr. Olina Černá
- Intoxikace kyslíčným uhelnatým
- MUDr. Pavla Pokorná
- Klinická farmakologie v pediatrii
- MUDr. Jan Radina
- Akutní stavy u dětí s chronickým plicním
onemocněním
- Doc. MUDr. Zbyněk Straňák, CSc., Prim. MUDr. Jan
Pajerek
- Nejčastější urgentní stavy v pediatrii

06/07 Kurz – Klíčové psychiatrické problémy v ordinaci nepsychiatra

Datum konání: 24. 2. 2007

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



Koordinátor kurzu: prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc., přednosta Dětské psychiatrické kliniky 2. LF UK v Praze

Prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc.

- Maniodepresivita – nové pohledy na klasické onemocnění

Prim. MUDr. Jiří Koutek

- Jak rozpoznat a řešit suicidální riziko?

Doc. PhDr. Jana Kocourková

- Traumatizované děti a jejich terapie

Prim. MUDr. Jiří Koutek

- Mentální anorexie a mentální bulimie

As. MUDr. I. Dudová

- Schizofrenie v éře atypických neuroleptik

As. MUDr. Michal Goetz

- ADHD u dětí a u dospělých

Prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc.

- Dětský autismus jako sociální porucha

As. MUDr. Michal Goetz

- Panická porucha v dospělosti a v dětství – stálý zdroj diagnostických omylů a poučení

05/07 Kurz – Bezpečná farmakoterapie

Datum konání: 14. 4. 2007

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

Koordinátor kurzu: MUDr. Ivana Kobliňová,

SÚKL, vedoucí Sekce klinického hodnocení a farmakovigilance

MUDr. Eva Jirsová, SÚKL, farmakovigilanční hodnotitel

- Farmakoterapie v těhotenství a při kojení
- Prof. MUDr. Jiří Beran, Infekční klinika FN Hradec Králové, vedoucí Centra pro očkování a cestovní medicínu, vedoucí subkatedry tropické a cestovní medicíny IPVZ

• Současné trendy v očkování
MUDr. Jana Mladá, SÚKL, vedoucí oddělení farmakovigilance

- Nežádoucí účinky po očkování
- Proč hlásit nežádoucí účinky léčiv?
- Farmakovigilance a bezpečné používání léčiv

MUDr. Ing. Radek Běla, SÚKL, farmakovigilanční hodnotitel

- Jak snadno a rychle hlásit nežádoucí účinky léčiv?

MUDr. Ivana Kobliňová, SÚKL, vedoucí Sekce klinického hodnocení a farmakovigilance

- Jak legálně používat neregistrované léčivé přípravky?

MUDr. Alice Němcová, SÚKL, vedoucí oddělení klinického hodnocení

- Jak legálně provádět klinické hodnocení léčiv – úloha zkoušejícího lékaře

08/07 Kurz – Novinky v pneumoftizeologii

Datum konání: 12. 5. 2007

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

Koordinátor kurzu: Prof. MUDr. Miloslav Marel, CSc., 1. klinika TRN, VFN, Kateřinská 19, Praha 2

Prof. MUDr. Jiří Homolka, DrSc.

- Nové možnosti léčby intersticiálních plicních procesů

Prim. MUDr. Stanislav Kos, CSc.

- Tuberkulóza – trvalý problém

Doc. MUDr. Jana Skříčková, CSc.

- Pneumonie

Doc. MUDr. Jaromír Musil, Ph.D.

- CHOPN

Prof. MUDr. Miloslav Marel, CSc.

- Pleurální výpotky

Prim. MUDr. Viktor Kašák

- Astma bronchiální

Prim. MUDr. Miloš Pešek, CSc.

- Plicní nádory

MUDr. Romana Davidová

- Transplantace plic

INZERCE

Příjem řádkové inzerce: recepce@clkcr.cz
Časopis ČLK, Lékařská 2, 150 00 Praha 5
Tel.: +420 257 217 226 • Fax: +420 257 220 618

Volná místa – zájem

Praktický lékař s I. atestací, licencí pro všeobecné lékařství a 25letou praxí přijme zaměstnání, možno i na zkrácený úvazek v Brně nebo okolí, zástup. Tel.: 549 255 016 a 606 580 483

Chirurg s atestací II. stupně a licencí ČLK hledá pracovní uplatnění v ČR. Tel.: 572 556 893, 739 267 426

Důchodce s licencí VL a akupunktury hledá místo v lázních nebo rehabilitaci. I dlouhodobý zástup. Mobil: +421 910 346 415, Slovenská republika

Anestezioložka s 30 lety praxe včetně ZS a kurzu IM, zkušenosti ve všech běžných operačních obořech i psychiatrii a praxí ve svodné anestezii s I. atestací a licencí, trvalým bydlištěm v Praze a nyní pracující několik let v Kadani, hledá místo v oboru v místě bydliště nebo blízkém okolí s možností dojíždění z rodinných důvodů. E-mail: h.vlastimila@seznam.cz, mobil 607 647 618

Volná místa – nabídka

Nestátní poliklinika v Berouně přijme praktického lékaře. Nabízíme práci v příjemném kolektivu, výhodné platové podmínky a možnost dalšího vzdělávání. Dobré spojení do Prahy. Atestace podmínkou. Informace na tel.: 311 746 424 nebo 311 746 155

Nemocnice Český Krumlov nabízí pracovní místo pro zástupce primáře na dětské oddělení. Kvalifikační předpoklady: atestace II. st. v oboru pediatrie, nebo základní atestace s licencí ČLK. Nabízíme výhodné platové podmínky. Nástup možný ihned, nebo dle dohody. Ubytování zajištěno. V případě zájmu kontaktujte MUDr. Vl. Čecha, zástupce ředitele pro LP, tel.: 602 109 647, nebo písemně na personální odd., Nemocnice Český Krumlov, Nad Nemocnicí 153, 381 27, tel.: 380 761 374

Přijmeme lékaře, lékařku na lůžkové odd. Dále lékaře s perspektivou práce na odd. invazivní kardiologie. Atestace I. stupně z vnitř. lékařství podmínkou. Nástup dohodou. Zájem na adresu: Kardiologie na Bulovce s. r. o., pí. Musilová, Na Truhláře 62, 180 85 Praha 8, tel.: 284 840 485, e-mail: kardiologie@kardiologie-sro.cz

Přijmu lékaře – lékařku s atestací z pneumologie do zavedené privátní plicní ambulance v Bruntále. Byt 2+1 k dispozici. Kontakt: Dr. Krupíková, 554 716 445

Nemocnice Vsetín, p. o., přijme do pracovního poměru: primáře UNK, 2 lékaře na oddělení LDN, 2 lékaře na neurologické odd., 1 lékaře na interní oddělení. Písemné přihlášky se strukturovaným životopisem zasílejte: Nemocnice Vsetín, přísp. organizace, OŘLU, Nemocniční 955, 755 32 Vsetín. E-mail: jkonarikova@nemocnice-vs.cz

Fakultní nemocnice v Motole přijme pro pneumologickou kliniku UK 2. LF lékaře/ku na JIP. Požadavky: At. z pneumologie nebo zájem o pneumologii a atestace I. st. z interny. Nástup od 1. 1. 2007. Písemné nabídky s CV zašlete na sekretariát Pneumologické kliniky 2. LF, FN Motol, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, nebo na e-mail: pneumologie@fnmotol.cz, informace: 224 436 601

Přijmu lékaře/lékařku i důchodce pro chirurgickou ambulanci v Plzni a Modřanech (12km od Plzně). Tel.: 736 679 824

Pro moderně vybavenou soukromou oční ordinaci v Jihlavě hledám oftalmologa na plný (i částečný) pracovní úvazek. Tel.: 606 736 888, 724 295 644

Ambulantní zařízení v Durýnsku (bývalá NDR) hledá praktického lékaře nebo internistu, neurologa a gynekologa. Evropský certifikát a němčina jsou nutné. Blíže informace na 241 728 795

Praktický lékař v Praze 4-Nusle přijme asistenta s atestací a licencí VL od ledna 07 s podmínkou odkoupení prosperující praxe. Tel.: 241 730 910 večer

Přijmeme lékaře revmatologa nebo lékaře s atestací vnitřního lékařství se zájmem o obor. Výhodné platové podmínky. Nástup dle dohody. Praha. Kontakt: 602 318 025, 261 006 427, 443

Přijmu kožního lékaře/lékařku do dermatovenerologické ordinace na Praze 6. Tel.: 608 886 941

Přijmu dermatologa jako zaměstnance do dermatovenerologické ordinace na Praze 10. Tel.: 608 886 941

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

Nemocnice Vsetín, p. o., přijme do pracovního poměru lékaře na oční oddělení se specializovanou způsobilostí v oboru oční lékařství. Nástup možný ihned. Písemné přihlášky se strukturovaným životopisem zasílejte: Nemocnice Vsetín, přísp. organiza-

ce, OŘLU, Nemocniční 955, 755 32 Vsetín. E-mail: jkonarikova@nemocnice-vs.cz

Přijmeme dětského neurologa nebo neurologa, resp. pediatra s praxí v oboru dětské neurologie. Nástup možný dle dohody. Praha. Kontakt: 602 318 025, 261 006 427, 443

Přijmeme lékaře odbornosti otorinolaryngologie, i na částečný úvazek. Výhodné platové podmínky. Nástup dle dohody. Praha. Kontakt: 602 318 025, 261 006 427, 443

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

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

Hradecké oční sanatorium, s. r. o., přijme 1 očního lékaře, I. či II. atestace výhodou, v Hradci Králové na úvazek 1,0 (včetně ambulantní operativy). Nástup dle dohody. Další informace na tel.: 495 535 752, 602 587 177, e-mail: horecky@ocni-sanatorium.cz

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

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

Okresní nemocnice Jindřichův Hradec přijme zdravotního laboranta do laboratoře se specializací na OKB, TO a PAO. Nástup dle dohody, ubytování zajištěno, práce v novém, moderním prostředí. V případě zájmu se ihned telefonicky obraťte na personální oddělení nemocnice, 384 376 321, paní Loskotová, případně písemně na adresu: Okresní nemocnice Jindřichův Hradec, U Nemocnice 380/II, 377 38 Jindřichův Hradec

Okresní nemocnice Jindřichův Hradec přijme lékaře na ORL oddělení se zájmem o operativu. Výhodné platové podmínky, nástup možný ihned, ubytování zajištěno, možnost přidělení bytu, práce v novém moderním prostředí. V případě zájmu se

ihned telefonicky obraťte na primáře ORL oddělení MUDr. Markalouse, 384 376143, případně písemně na adresu: Okresní nemocnice Jindřichův Hradec, U Nemocnice 380/III, 377 38 Jindřichův Hradec

Dětská psychiatrická léčebna Opařany přijme do pracovního poměru lékaře/lékařku se specializací z dětské a dorostové psychiatrie nebo psychiatrie, před ukončením předatestační přípravy v oboru dětská a dorostová psychiatrie, se specializací z oboru pediatrie nebo sociální lékařství s předpokladem doplnění specializace v oboru dětská psychiatrie, absolventa/absolventku se zájmem o obor dětská a dorostová psychiatrie. Nástup ihned nebo dle dohody. Možnost přidělení bytu nebo ubytování. Plat podle zákona č. 143/92 Sb. Informace na tel.: 381 287 030 – ředitelka léčebny, e-mail dploparany@dploparany.cz

Nemocnice Teplice, příspěvk. organizace, Duchcovská 53, 415 29 Teplice přijme lékaře na odd. LDN s atestací nebo v přípravě na atestaci. Informace poskytnou na personálním odd., tel. 417 519 216 nebo 417 519 200

Nemocnice Teplice, příspěvk. organizace, Duchcovská 53, 415 29 Teplice, přijme lékaře na interní oddělení s atestací v oboru interna nebo v přípravě na atestaci. Informace poskytnou na personálním odd., tel. 417 519 216 nebo 417 519 200

Nemocnice Sušice, o. p. s., přijme: 1) vedoucího lékaře JIP, zástupce primáře interního odd.. Požadujeme: atestace I. či II. stupně z interního lékařství či specializovaná způsobilost v tomto oboru (dle zákona č. 95/2004 Sb.), kardiologická či jiná specializace vítána, občanská a morální bezúhonnost. Nabízíme: práce v mladém kolektivu, nadstandardní pracovní a platové podmínky, pracovní růst, možnost ubytování na ubytovně nemocnice či přidělení služebního bytu. 2) primáře na oddělení LDN. Požadujeme: atestace I. či II. stupně z interního lékařství či specializovaná způsobilost (dle zákona č. 95/2004 Sb.), 10 let praxe, nástavbová atestace z geriatry či jiného oboru vítána, občanská a morální bezúhonnost. Nabízíme: práci v novém moderním prostředí pavilonu LDN nemocnice, možnost služeb na interním odd. nemocnice, nadstandardní pracovní a platové podmínky, pracovní růst, možnost ubytování na ubytovně nemocnice či přidělení služebního bytu. Nástup dohodou. Žádosti se stručným životopisem a kopiemi dokladů o dosaženém vzdělání zasílejte v co nejbližším termínu na adresu: Nemocnice Sušice, o. p. s., sekretariát ředitele, Pod nemocnicí 116/III, 342 01 Sušice. Blíže informace na tel.: 376 530 210 – sekretariát, 376 530 220, 777 113 976 – MUDr. Choc, nám. pro LP, e-mail: sekretariat@nemocnice-susice.cz nebo choc@nemocnice-susice.cz, internet: www.nemocnice-susice.cz

Psychiatrické centrum Praha vypisuje výběrové řízení na místo ambulantního psychiatra. Požadujeme atestaci z psychiatrie I. stupně. Nástup dle dohody. Písemné žádosti s životopisem zasílejte na adresu: primářka kliniky MUDr. Dagmar Seifertová, CSc., Psychiatrické centrum Praha, Ústavní 91, 181 03 Praha 8-Bohnice. E-mail: seifertova@pcp.fl3.cuni.cz

Přijmeme lékaře odbornosti otorinolaryngologie, i na částečný úvazek. Výhodné platové podmínky. Nástup dle dohody. Tel.: 261 006 427, 234

Francouzská společnost Rivière Consult Associates nabízí práci českým specializovaným lékařům ve Francii. Požadavky: atestace II. stupně, základní znalost francouzštiny. Kontakt: Nela Pavlousková, tel.: +33 153 05 93 65, e-mail: santeconsult@seznam.cz, adresa: 5, rue Tronchet, 750 08 Paris, Francie, www.riviereconsult.com

NZZ dlouhodobě úspěšně působící v oblasti pracovní a preventivní medicíny hledá pro své ordinace v centru Prahy, v Mostě a ve středoevropském regionu lékaře na HPP i VPP. Požadujeme: atestaci v oboru praktické lékařství pro dospělé či interní lékařství. Nabízíme: zaškolení interními odborníky, platové ohodnocení tržně odpovídající pracovní pozici, možnost zajištění ubytování nebo úhradu cestovního, v případě ochoty cestovat služební automobil, flexibilní pracovní dobu, pouze denní služby. V případě zájmu zašlete profesní životopis na info@syllabus.cz nebo volejte: Klára Moravcová, tel.: 267 205 569

NZZ Medacor, s. r. o. přijme do kardiologické a interní ambulance v Praze 4 lékaře či lékařku. Nabídka a strukturovaný životopis adresujte sekret@medacor.cz, informace na tel. 603 206 046

Nemocnice TGM Hodonín, p. o., přijme na interní oddělení lékaře/lékařku se specializovanou způsobilostí v oboru vnitřního lékařství. Výhodné pracovní i platové podmínky. Nástup možný ihned, ubytování zajištěno. Písemné žádosti včetně strukturovaného životopisu zasílejte na adresu: Nemocnice TGM Hodonín, p. o., Purkyňova 11, 695 26 Hodonín, příp. sekretariat@nemho.cz

Lékaře pro pracoviště společného příjmu interní nemocných přijme Všeobecná fakultní nemocnice v Praze. Kvalifikační předpoklady: optimální jsou obě atestace z vnitřního lékařství a alespoň 5 let praxe. Minimem je „Specializovaná způsobilost lékaře v oboru vnitřní lékařství“ vydaná MZ na základě osvědčení ČLK. Zkušenosti z JIP či práce na odd. urgentního příjmu výhodou. Přihlášky s vyplněným osobním dotazníkem, profesním životopisem, kopiemi dokladů o dosaženém vzdělání zasílejte nejpozději do 14 dnů od zveřejnění inzerátu na adresu: VFN v Praze, primář SPIN, U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2. Informace o pracovišti – tel. 724 021 117, MUDr. Novotný, e-mail: znovo@vfn.cz

Záchranná služba ASČR přijme lékaře s atestací a zkušeností na voze RLP na VPP na Zbraslav a do Kralup. Dále na HPP lékaře s atestací A+R nebo UM s možností funkce zástupce primáře. Podrobnosti Dr. Skácelová tel.: 603 222 422

Nemocnice Na Františku s poliklinikou vyhlašuje záměr pronajmout ordinaci lékařů specialistů – diabetologů. Blíže podmínky jsou uveřejněny na úřední desce MČ Praha 1.

Zástup

Hledám lékaře pro zástup od ordinace PL pro dospělé v Praze 10 pro I. čtvrtletí 2007. Odměna dohodou. Atestace v oboru nutná. Tel.: 604 231 748, 271 741 620, 271 723 593

Hledám oftalmologa na občasný zástup do oční ordinace v Mikulově na Moravě. Tel.: 737 781 461

Hledám na občasný zástup gastroenterologa-endoskopistu do privátní ambulance v Praze. Tel.: 602 805 497

Prodej a koupě

Prodám UZ patní kostní senzitivní HOLOGIC SAHARA, perfektní stav, značkový servis zajištěn. Výhodný pro UZ screening osteoporózy, zejm. v menopauze. Cena 115.000 Kč. Tel.: 602 702 930

Prodám šterbinovou oční lampu s jedním zvětšením. Rok výroby 1993, značka Carl Weiss Suna, málo používaná. Vhodná pro začínajícího oftalmologa či optika. Tel.: 777 919 687

Pro oční ordinaci prodám kulový perimetr, oftalmometr – Zeiss, refraktometr – Zeiss a tři podstavce pro přístroje. Tel.: 221 715 225, mobil: 776 346 507

Prodám sterilizátor 50litrový, horkovzdušný, funkční, za 1900 Kč. Tel.: 608 443 864

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

Železniční poliklinika Nymburk prodá oftalmologický přístroj: autorefraktometr TR – 1000 (rok výroby 1994). Cena dohodou. Kontakt: 325 514 318, 602 310 953, 607 774 736

Pronájem

NZZ CENTROMED, a. s., Poliklinika Budějovická, Praha 4, Antala Staška 80, pronajme gynekologický sálek s vybavením a s dospívacími lůžky. Telefon: 261 006 443

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

Nabízím možnost spoludílení nově zařízené a kolidované ordinace v blízkosti Vinohradského divadla na Praze 2. Místnosti 20 m², 16 m² a společný prostor 20 m² s gynekolog. ordinací. Vhodné pro neinvazivní obory. Fota na www.vinohrady.wz.cz. Cena 8 000 Kč/měs. včetně služeb. MUDr. Němec 603 319 309, drneme@volny.cz

Možnost pronájmu nebytových prostor, nejlépe jako lékařská ordinace na Praze 5-Barrandově, v těsné blízkosti lékárny. Celková výměra 280m². Velice zajímavá cena. Tel.: 603 267 765

Různé

Prodám ordinaci praktického lékaře v Praze 2. Tel.: 224 938 028

Zubní lékařka (14 let praxe) a praktický lékař (13 let praxe) s atestacemi a licencemi hledají ordinace nejlépe na Praze 6 k případnému převzetí. Tel.: 607 220 550

Přenechám ordinaci dětského neurologa v Praze 8, Poliklinika Mazurská. Ihned k dispozici. Telefon: 775 152 056

Přenechám zavedenou pedopsychiatrickou ambulanci v Chrudimi. Tel.: 732 387 770

Prodám zdravotní středisko i s ordinací praktického lékaře pro dospělé v okrese Tábor. Tel.: 723 744 726

Rychle a za výhodných podmínek přenechám venkovskou praxi PLDD s cca 650ti registrovanými, případně příjmu asistenta/ku na dobu určitou, kterému zajistím ubytování v místě okr. Uherské Hradiště. Tel.: 739 054 625

Přenechám – prodám – zavedenou praxi praktického lékaře pro dospělé v Otrokovicích. Tel.: 723 819 455 nebo 577 933 873 vč. záznamníku. Zn: Dúchod

Přenechám zavedené rehabilitační středisko 12km od Plzně, ve vlastním objektu, s možností prodeje, po kompletní rekonstrukci, vybavené pro nadstandardní péči. V bezprostřední blízkosti střediska je prostorná vila, umožňující další podnikání (ubytování klientů, personálu, další lékařské či jiné služby). Podrobné informace na www.volny.cz/rehab.hb/. Kontakt: p. Ševčíková, tel.: 605 842 434

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

Převezmu – koupím zavedenou interní ambulanci v Praze a okolí. I výhledově. Tel.: 603 727 823

Převezmu – koupím oční praxi v Praze. Tel.: 602 336 770

Převezmu – koupím ORL praxi v Praze. Tel.: 602 336 770

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

Dobře zavedenou všeobecnou praxi u Frankfurtu nad Mohanem předám odbornému lékaři pro všeobecnou medicínu k 01.01.2007 nebo později. Solidní podmínky, spolupráce v zapracování možná. Tel.: 06108-66778

Služby

Zájezd do Izraele pro zdravotníky za bezkonkurenční cenu, lze odepstat z daňového základu. Program: Tel Aviv, Betlém, Jeruzalém, Mrtvé moře, Sinaj, Mojžíšova Hora, Eilat, Genezaretské jezero, biblické památky, návštěva palestinské a židovské nemocnice, odborný program. Cena: 11 990 Kč. Letecký příplatek za palivo (dle současné cenyropy): 3600 Kč. Termín: 21.11.-28.11.2006. Kontaktní adresa AWERTOUR, s. r. o., Žižkova 15, Zábřeh na Moravě 789 01, tel./fax: 583 418 297, mobil 731 626 506

POSUZOVÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU PRO ÚČELY NEMOCENSKÉHO POJIŠTĚNÍ

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

v letošním roce byl přijat nový zákon o nemocenském pojištění, který nahrazuje zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců. Jeho účinnost byla stanovena na 1. 1. 2007.

Stávající právní úprava nemocenského pojištění byla od doby jejího vzniku mnohokrát novelizována, je roztržštěná do mnoha právních předpisů včetně podzákoných norem, stala se nepřehlednou a zastaralou.

Nově přijatý zákon o nemocenském pojištění č. 187/2006 Sb. řeší problematiku nemocenského pojištění komplexně včetně posuzování zdravotního stavu v souvislosti s dočasnou pracovní neschopností dosud upraveného vyhláškou č. 31/1993 Sb., o posuzování dočasné pracovní neschopnosti pro účely sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů. Vychází ze stávající právní úpravy, navazuje na ni a přidává řadu nových prvků, které by měly posílit stabilitu systému a přispět k ovlivnění nežádoucích trendů v nemocenském pojištění. Zákonem jsou dále upraveny podmínky posuzování zdravotního stavu i v jiných oblastech nemocenského pojištění a zvyšuje se odpovědnost lékařů související s touto jejich činností.

Cílem této příručky je stručně seznámit ošetřující lékaře s problematikou, která se jich bezprostředně dotývá a s níž se budou každodenně setkávat ve svých ordinacích nebo v lůžkových zařízeních. Věřím, že se stane dobrým průvodcem na tomto úseku jejich práce.

MUDr. Rostislav Čevela,
ředitel odboru posudkové služby MPSV

V r. 2006 byl přijat nový zákon o nemocenském pojištění č. 187/2006 Sb., jehož účinnost byla stanovena na 1. 1. 2007. V souvislosti s jeho přijetím se mění i některé aspekty posuzování zdravotního stavu pro účely nemocenského pojištění, které provádějí ošetřující lékaři. Zákon současně upravuje povinnosti jednotlivých subjektů působících v systému nemocenského pojištění a sankce, které je orgán nemocenského pojištění oprávněn uplatnit při jejich porušení.

V systému nemocenského pojištění posuzují ošetřující lékaři zdravotní stav pro účely:

- náhrady mzdy a nemocenského (dočasná pracovní neschopnost)
- peněžité pomoci v mateřství
- ošetřovného
- vyrovnávacího příspěvku v těhotenství a mateřství
- karantény

Ošetřujícím lékařem se v systému nemocenského pojištění rozumí zdravotnické zařízení, které svými lékaři poskytuje pojištěnci nebo jiné posuzované osobě ambulantní, ústavní nebo lázeňskou péči, s výjimkou zařízení záchranné služby, pohotovostní služby a zařízení závodní preventivní péče při ošetřování pojištěnce, pokud má oprávnění k léčebné péči. Posuzování zdravotního stavu provádí ošetřující lékař jen v rozsahu své odbornosti.

Pojmy, s nimiž se ošetřující lékař setká v systému nemocenského pojištění:

Náhrada mzdy

- je vyplácena zaměstnavatelem po dobu prvních 14 dnů dočasné

pracovní neschopnosti (dále DPN) nebo nařízené karantény.

Ochranná lhůta

- **nemocenské** - náleží rovněž v případě, jestliže ke vzniku DPN nebo k nařízení karantény došlo po zániku pojištění (pracovního poměru, služebního poměru nebo odhlásila-li se OSVČ z účasti na pojištění) v ochranné lhůtě. Ta činí 14 kalendářních dnů ode dne zániku pojištění. Pokud však pojištění trvalo kratší dobu, činí ochranná lhůta jen tolik kalendářních dnů, kolik dnů pojištění trvalo;
- **peněžité pomoci v mateřství** – ochranná lhůta pro poskytnutí peněžité pomoci v mateřství činí u žen, jejichž pojištění zaniklo v době těhotenství, 180 kalendářních dnů ode dne zániku pojištění.

Podpůrcí doba

Podpůrcí dobou je doba, po kterou je podle zákona o nemocenském pojištění vyplácena dávka.

- **U nemocenského** trvá nejdéle 380 kalendářních dnů ode dne vzniku DPN, a to včetně zápočtů. Předchozí období DPN se nezapočítávají tehdy, když od skončení poslední DPN uplynulo alespoň 190 kalendářních dnů. U poživatelů starobního nebo plného invalidního důchodu je nemocenské vypláceno od 15. kalendářního dne po dobu nejvýše 70 kalendářních dnů trvání DPN nebo karantény;
- **u peněžité pomoci v mateřství** činí 28 týdnů u pojištěnky, která porodila jedno dítě, 37 týdnů u pojištěnky, která zároveň porodila dvě nebo více dětí. V ostatních případech uvedených v zákoně trvá podpůrcí doba 22 týdnů, pečujeli pojištěnec o jedno dítě, a 31 týdnů, pečujeli o dvě nebo více dětí. Podmínkou nároku na peněžitou pomoc v mateřství je účast na pojištění alespoň po dobu 270 kalendářních dní v posledních 2 letech;



- u ošetřovného činí 9 kalendářních dnů. Jde-li o osamělého zaměstnance, který má v trvalé péči alespoň jedno dítě ve věku do 16 let, které neukončilo povinnou školní docházku, činí podpůrčí doba 16 kalendářních dnů;
- u vyrovnávacího příspěvku v těhotenství a mateřství trvá po dobu převedení na jinou práci nebo na jiné služební místo, nejdéle však do počátku šestého týdne před očekávaným dnem porodu (s výjimkou situací uvedených v zákoně).

I. POSUZOVÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU PRO ÚČELY DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

Zákon definuje DPN jako stav, který pro poruchu zdraví (nebo jiných v zákoně uvedených důvodů, které jsou důvodem ke vzniku dočasné pracovní neschopnosti [§ 57 zákona]) neumožňuje pojištěnci:

- vykonávat dosavadní pojištěnou činnost,
- jinou než dosavadní pojištěnou činnost, trvá-li porucha zdraví déle než 180 kalendářních dnů,
- plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání.

Oproti principům dnešní právní úpravy dochází ke změně v konstrukci dočasné pracovní neschopnosti. Změna je navržena tak, že po uplynutí 180 kalendářních dnů trvání pracovní neschopnosti musí dojít k posouzení pracovní schopnosti pojištěnce, a to již nejenom ve vztahu k dosavadní pojištěné činnosti, ale obecně k možnosti vykonávat jinou pojištěnou činnost nebo plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání. Bude-li zdravotní stav pojištěnce stabilizovaný, může být uznán praceschopným. Za stabilizovaný je považován takový zdravotní stav, který se ustálil na určité úrovni zdraví a pracovní schopnosti, která umožňuje pojištěnci vykonávat dosavadní nebo jinou pojištěnou činnost bez zhoršení zdravotního stavu, a který další léčení již podstatně nemůže ovlivnit; udržení stabilizace zdravotního stavu může být přitom podmíněno zavedením určité léčby nebo pracovních omezení.

Vznik dočasné pracovní neschopnosti

Vznik DPN je v nové právní úpravě řešen obdobně jako v úpravě stávající. Nově je upraveno posuzování pojištěnce ve vztahu k povinnostem uchazeče o zaměstnání a dále je-li posuzován zdravotní stav pojištěnce, který je v ochranné lhůtě nebo po skončení zaměstnání, trvá-li dočasná pracovní neschopnost.

Důvody k uznání dočasné pracovní neschopnosti pojištěnce (pojištěnky):

- zdravotní stav mu nedovoluje vykonávat dosavadní pojištěnou činnost a pokud jde o vznik dočasné pracovní neschopnosti v ochranné lhůtě, plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání, a to i v případě, že není uchazečem o zaměstnání,
- byl přijat do ústavní péče nebo mu byla poskytnuta komplexní lůžková péče,
- byl přijat do zdravotnického zařízení jako průvodce nezletilého dítěte,

- pro poškození nebo ztrátu ortopedické nebo kompenzační pomůcky nemůže vykonávat dosavadní pojištěnou činnost nebo plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání,
- závažné dlouhodobé onemocnění mu v době nároku na výplatu peněžité pomoci v mateřství znemožňuje pečovat o dítě (dlouhodobým onemocněním se pro účely tohoto zákona rozumí onemocnění, které má trvat déle než jeden měsíc),
- doložila-li pojištěnka, že nemá nárok na peněžitou pomoc v mateřství z žádné pojištěné činnosti, a to od 6. týdne před očekávaným dnem porodu.

Vykonává-li pojištěnec několik činností, posuzuje ošetřující lékař DPN pro každou pojištěnou činnost samostatně.

DPN začíná dnem, v němž ji ošetřující lékař zjistil. V odvodněných případech, zejména nemohl-li pojištěnec navštívit ošetřujícího lékaře a z povahy onemocnění plyne, že pravděpodobně vzniklo již dříve, může ošetřující lékař uznat pojištěnce praceneschopným

- 3 kalendářní dny zpětně,
- za období delší než 3 kalendářní dny jen po předchozím písemném souhlasu orgánu nemocenského pojištění uděleném na základě žádosti ošetřujícího lékaře. Pokud ošetřující lékař pracovní neschopnost uzná bez souhlasu orgánu nemocenského pojištění, bude její platnost uznána pouze 3 kalendářní dny před tím, než ji zjistil.

Byla-li DPN, kterou uznal ošetřující lékař, ukončena rozhodnutím orgánu nemocenského pojištění, může být další pracovní neschopnost pro stejnou nebo obdobnou nemoc téhož pojištěnce uznána týměž ošetřujícím lékařem až po uplynutí 7 dnů po ukončení dočasné pracovní neschopnosti orgánem nemocenského pojištění. Výjimkou je akutní vzplanutí téže nemoci. Je-li důvod k uznání dočasné pracovní neschopnosti v období do 7 dnů, může tak ošetřující lékař učinit pouze s předchozím písemným souhlasem tohoto orgánu, uděleným na základě žádosti ošetřujícího lékaře.

Pokud ošetřující lékař nezjistí důvody k uznání DPN, avšak pojištěnec na uznání trvá, vydá lékař rozhodnutí o tom, že DPN nevznikla. Další postup je upraven zvláštním právním předpisem o rozhodování při výkonu zdravotní péče (§ 77 a 77a zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů), který se vztahuje i na případy, kdy pojištěnec nesouhlasí s datem vzniku dočasné pracovní neschopnosti nebo s tím, že byl uznán dočasně praceneschopným.

Dočasnou pracovní neschopnost nelze uznat:

- po dobu ošetřování pojištěnce v nočním sanatoriu,
- v době detoxikace po požití alkoholu, omamných a psychotropních látek (s výjimkou případů, kdy pojištěnec požil tyto látky bez vlastního zavinění),
- při poskytování zdravotní péče v osobním zájmu z kosme-

tických nebo estetických důvodů za úhradu pojištěncem.

Průběh dočasné pracovní neschopnosti

V průběhu DPN ošetřující lékař stanoví termín příštího ošetření a kontroluje změny zdravotního stavu. Nemůže-li se pojištěnec z vážných důvodů dostavit v určeném termínu, stanoví lékař termín náhradní.

Nedostaví-li se pojištěnec ke kontrole ve stanovený den a následně prokáže vážné důvody, pro něž se nemohl dostavit, ošetřující lékař vydá nové rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti, které je pokračováním předchozí pracovní neschopnosti. Na novém rozhodnutí vyznačí číslo předchozího rozhodnutí o pracovní neschopnosti, jehož je nové rozhodnutí pokračováním.

V průběhu dočasné pracovní neschopnosti ošetřující lékař posuzuje, zda se pracovní schopnost k dosavadní pojištěné činnosti obnovila a zda je zdravotní stav pojištěnce stabilizovaný. Za stabilizovaný se pro účely tohoto zákona považuje takový zdravotní stav, který se ustálil na určité úrovni zdraví a pracovní schopnosti, která umožňuje pojištěnci vykonávat dosavadní nebo jinou pojištěnou činnost bez zhoršení zdravotního stavu, a který další léčení již podstatně nemůže ovlivnit; udržení stabilizace zdravotního stavu může být přitom podmíněno zavedením určité léčby nebo pracovních omezení.

Ukončování dočasné pracovní neschopnosti

Ošetřující lékař rozhodne o ukončení DPN:

- zjistí-li, že zdravotní stav umožňuje pojištěnci vykonávat dosavadní pojištěnou činnost,
- zjistí-li, že zdravotní stav pojištěnce je stabilizovaný a dočasná pracovní neschopnost trvá alespoň 180 dnů,
- při ukončení ústavní nebo komplexní lázeňské péče, pokud zdravotní stav umožňuje pojištěnci vykonávat dosavadní pojištěnou činnost,
- při ukončení ústavní péče nezletilého dítěte, s nímž byl pojištěnec přijat do zdravotnického zařízení jako jeho průvodce, nebo při ukončení pobytu tohoto pojištěnce v zařízení,
- po opravě nebo opatření nové ortopedické nebo kompenzační pomůcky, jejíž ztráta nebo poškození byly důvodem k uznání DPN,
- pojištěnky, která má nárok na peněžitou pomoc v mateřství k počátku šestého týdne před očekávaným dnem porodu, pokud tato nezačala pobírat peněžitou pomoc v mateřství již dříve,
- pojištěnky, která nemá nárok na peněžitou pomoc v mateřství a v souvislosti s porodem byla uznána práceneschopnou, a to uplynutím šestého týdne po porodu (není-li nadále práceneschopná z jiných důvodů),
- pojištěnce v době nároku na peněžitou pomoc v mateřství, jemuž závažné dlouhodobé onemocnění znemožňovalo pečovat o dítě a jeho zdravotní stav se již upravil,
- uchazeče o zaměstnání, jestliže mu jeho zdravotní stav umožňuje plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání. Vznik-

la-li DPN v ochranné lhůtě nebo trvá-li DPN po skončení dosavadní pojištěné činnosti, pohlíží se na pojištěnce při ukončení pracovní neschopnosti jako na uchazeče o zaměstnání, a to i když pojištěnec uchazečem o zaměstnání není,

- pojištěnce, který se nedostavil k lékařskému ošetření nebo kontrole zdravotního stavu v den, který je vyznačen na rozhodnutí, a to tímto dnem,
- pojištěnce, jemuž v době pracovní neschopnosti vznikl nárok na výplatu starobního důchodu a jehož pojištěná činnost skončila, a to nejpozději dnem, kterým podle písemného oznámení orgánu nemocenského pojištění byla ukončena výplata nemocenského,
- pojištěnce, který byl uznán plně nebo částečně invalidním, a to nejpozději třicátým dnem ode dne následujícího po dni, v němž byl pojištěnec uznán plně nebo částečně invalidním. O uznání plně nebo částečné invalidity je povinen ošetřujícího lékaře neprodleně informovat lékař okresní správy sociálního zabezpečení. Byl-li pojištěnec uznán plně nebo částečně invalidním na základě výsledku soudního řízení o žalobě, ošetřující lékař ukončí dočasnou pracovní neschopnost nejpozději do 10 dnů po písemném vyrozumění orgánem, který vydal rozhodnutí o plném nebo částečném invalidním důchodu, o výsledku tohoto řízení.

Ošetřující lékař dočasnou pracovní neschopnost neukončí u pojištěnce, který byl uznán částečně invalidním, pokud u tohoto pojištěnce po dni, v němž byl uznán částečně invalidním, nastala nebo trvá jiná porucha zdraví, než která byla důvodem uznání DPN, anebo nastaly nebo trvají jiné důvody, které by odůvodňovaly DPN. Ošetřující lékař je povinen stanovit den, od něhož DPN pokračuje z důvodů uvedených výše.

Nesouhlasí-li pojištěnec s ukončením DPN, je další postup upraven zvláštním právním předpisem o rozhodování při výkonu zdravotní péče (§ 77 a 77a) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů/.

Rozhodnutí ve věcech dočasné pracovní neschopnosti

Rozhodnutí o vzniku DPN, které po dobu jejího trvání slouží též jako průkaz dočasně práceneschopného pojištěnce, rozhodnutí o ukončení DPN a rozhodnutí o změně režimu dočasně práceneschopného pojištěnce vydává ošetřující lékař na předepsaných tiskopisech. Část těchto tiskopisů, která je určena pro zaměstnavatele, nesmí obsahovat statistickou značku diagnózy nebo jiný údaj, z něhož lze diagnózu dovodit.

Povinnosti ošetřujícího lékaře při posuzování zdravotního stavu pro účely DPN

Ošetřující lékař je povinen

- rozhodnout o vzniku DPN v den, kdy ji zjistil,
- vést evidenci dočasně práceneschopných pojištěnců. Evidenci se rozumí písemný záznam v evidenčním deníku, který obsahuje evidenční číslo předepsaného tiskopisu, jmé-

- no, popřípadě jména a příjmení pojištěnce, datum vzniku dočasné pracovní neschopnosti, diagnostický kód nemoci nebo úrazu, den a hodinu ošetření a datum další kontroly, datum ukončení dočasné pracovní neschopnosti a případný údaj o předání nebo převzetí dočasně práceneschopného pojištěnce s uvedením data předání nebo převzetí, jména a příjmení lékaře, kterému byl tento pojištěnec předán do péče nebo od něhož byl převzat do péče, včetně adresy pracoviště tohoto lékaře,
- stanovit režim práceneschopného pojištěnce a o tomto režimu jej informovat,
 - předat pojištěnci rozhodnutí o vzniku DPN (rozhodnutí o ukončení DPN, rozhodnutí o změně režimu práceneschopného pojištěnce) spolu s příslušnými hlášeními pro zaměstnavatele v den, kdy byly vydány (případně v den propuštění z ústavní péče),
 - příslušnému orgánu nemocenského pojištění odeslat nebo předat na předepsaném tiskopisu hlášení o vzniku DPN nejpozději v pracovní den následující po dni, kdy bylo vydáno (to se týká i hlášení o ukončení DPN, hlášení o změně režimu práceneschopného pojištěnce),
 - stanovit termín další kontroly,
 - na základě požadavku lékaře orgánu nemocenského pojištění předvolat pojištěnce ke kontrole posuzování DPN,
 - na žádost pojištěnce rozhodnout
 - o povolení vycházek, změně jejich rozsahu nebo doby,
 - o povolení změny místa pobytu v době DPN a o tomto rozhodnutí informovat nejpozději v následující pracovní den příslušný orgán nemocenského pojištění na předepsaném tiskopise (je-li k povolení změny pobytu třeba předchozí souhlas orgánu nemocenského pojištění, může ošetřující lékař povolit změnu jen na základě tohoto předchozího souhlasu),
 - posuzovat, zda je zdravotní stav pojištěnce stabilizovaný a zda došlo k obnovení jeho pracovní schopnosti,
 - při propuštění z ústavní péče (v případě, že není DPN ukončena) vyznačit na rozhodnutí o DPN den propuštění z ústavní péče a místo pobytu, kde se bude pojištěnec po propuštění zdržovat. Tyto skutečnosti oznámit nejpozději následující den po propuštění příslušnému orgánu nemocenského pojištění,
 - pro účely výplaty dávek nebo náhrady mzdy (platu) potvrdit pojištěnci na předepsaném tiskopisu trvání DPN, a to nejvýše 3 kalendářní dny dopředu. Trvá-li DPN déle než 14 kalendářních dnů, je ošetřující lékař povinen potvrdit její trvání vždy ke 14. kalendářnímu dni ode dne jejího vzniku,
 - zaznamenat v rozhodnutí o vzniku DPN
 - den převzetí pojištěnce do své péče,
 - den propuštění pojištěnce ze své péče,
 - den nástupu do ústavní péče,
 - den ukončení ústavní péče,
 - den dalšího ošetření nebo kontroly; pokud není pojištěnci při propuštění z ústavní péče nebo komplexní lázeňské péče DPN ukončena. Ošetřující lékař stanoví termín, do kterého

- je pojištěnec povinen dostavit se ke kontrole DPN ošetřujícím lékařem, a to nejdéle do pátého kalendářního dne ode dne ukončení ústavní péče nebo komplexní lázeňské péče,
- písemně informovat lékaře, který pojištěnce registruje, o vzniku a ukončení DPN u něho registrovaného pojištěnce,
 - rozhodnout o ukončení DPN v den, ve kterém zjistil, že neztvají důvody DPN,
 - oznámit pojištěnci a orgánu nemocenského pojištění na předepsaném tiskopisu změnu diagnózy nemoci, pro kterou dále trvá DPN, a to nejpozději v pracovní den následující po dni, kdy o této změně rozhodl,
 - oznámit orgánu nemocenského pojištění a zaměstnavateli porušení režimu dočasně práceneschopného pojištěnce, a to nejpozději následující pracovní den po dni, kdy se o tomto porušení dozvěděl,
 - poskytnout potřebnou součinnost příslušnému orgánu nemocenského pojištění při kontrole posuzování DPN, zejména umožnit provedení této kontroly na svém pracovišti nebo se za tím účelem dostavit na příslušný orgán nemocenského pojištění,
 - zaměstnancům orgánu nemocenského pojištění oprávněným provést kontrolu dodržování režimu dočasně práceneschopného pojištěnce nebo zaměstnancům zaměstnavatele pověřeným k provedení této kontroly na požádání sdělit skutečnosti potřebné k provedení kontroly, a to včetně stanoveného režimu dočasně práceneschopného pojištěnce v rozsahu, ve kterém jsou tito zaměstnanci oprávněni kontrolovat dodržování tohoto režimu,
 - oznámit příslušnému orgánu nemocenského pojištění na předepsaném tiskopisu propuštění dočasně práceneschopného pojištěnce ze své péče a převzetí dočasně práceneschopného pojištěnce z péče jiného ošetřujícího lékaře do své péče, a to nejpozději v pracovní den následující po dni, kdy k této skutečnosti došlo,
 - oznámit příslušnému orgánu nemocenského pojištění změnu sídla zdravotnického zařízení, popřípadě změnu svého pracoviště,
 - předat zařízení závodní preventivní péče na jeho vyžádání zprávu o zdravotním stavu dočasně práceneschopného pojištěnce a o průběhu a předpokládané délce trvání DPN; předat zařízení závodní preventivní péče zprávu o zdravotním stavu dočasně práceneschopného pojištěnce vždy, kdy je důvodný předpoklad, že v souvislosti s nemocí dojde ke změně nebo ztrátě zdravotní způsobilosti vykonávat dosavadní zaměstnání,
 - zabezpečit příslušné tiskopisy, které používá pro účely provádění pojištění, před zneužitím a sdělit neprodleně příslušnému orgánu nemocenského pojištění ztrátu, zničení nebo poškození předepsaných tiskopisů,
 - vést zdravotnickou dokumentaci o průběhu DPN včetně záznamů o výsledku vlastních vyšetření a lékařských zpráv pořízených jinými lékaři a vyplňovat potřebné údaje na předepsaných tiskopisech; do této dokumentace založit

rozhodnutí o vzniku DPN, které pojištěnec odevzdal při ukončení DPN,

- sdělit zaměstnavateli dočasně práceneschopného pojištěnce na jeho žádost informaci o místě pobytu zaměstnance v době DPN a o rozsahu a době povolených vycházek,
- vystavit ve stanovených případech doklady nebo tiskopisy v souladu s právem Evropských společenství a s mezinárodními smlouvami,
- informovat předem pojištěnce, že po stanovenou dobu nemá oprávnění rozhodovat ve věcech dočasné pracovní neschopnosti.

Povinnosti zařízení závodní preventivní péče

Zařízení závodní preventivní péče je povinno na základě žádosti a zprávy ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu dočasně práceneschopného pojištěnce vydat ve lhůtě do 7 dnů vyjádření o zdravotní způsobilosti dočasně práceneschopného pojištěnce vykonávat dosavadní zaměstnání a odeslat je ošetřujícímu lékaři, který si vyjádření vyžádal. V případě nutnosti došetření zdravotního stavu se lhůta k vyjádření prodlužuje na 15 dnů.

Oprávnění ošetřujících lékařů a zařízení závodní preventivní péče

Ošetřující lékař je při posuzování zdravotního stavu pro účely DPN oprávněn požadovat:

- součinnost lékaře orgánu nemocenského pojištění při hodnocení zdravotního stavu a při stanovení a kontrole režimu práceneschopného pojištěnce,
- od orgánu nemocenského pojištění
 - informace o průměrné době trvání DPN pro jednotlivé diagnózy a odbornosti v regionálním a celostátním průměru za uplynulý rok,
 - informace o čerpání podpůrní doby pro poskytování nemocenského,
- od zaměstnavatele
 - o pracovním zařazení, náplni práce a pracovních podmínkách pojištěnce,
- od zařízení závodní preventivní péče
 - vyjádření o zdravotní způsobilosti dočasně práceneschopného pojištěnce vykonávat dosavadní zaměstnání, a to ve stanovené lhůtě,
- od jiných subjektů
 - informace o lhůtě stanovené k opravě ortopedické nebo kompenzační pomůcky,
 - další informace související s posuzováním DPN.

Zařízení závodní preventivní péče subjektu, v němž je práceneschopný pojištěnec zaměstnán, je oprávněno vyžádat si zprávu ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu práceneschopného pojištěnce, o průběhu a předpokládané délce trvání DPN.

II. POSUZOVÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU PRO ÚČELY POSKYTOVÁNÍ PENĚŽITÉ POMOCI V MATEŘSTVÍ

Ošetřující lékař je pro výše uvedený účel povinen:

- stanovit těhotné pojištěnce očekávaný den porodu a ten potvrdit na předepsaném tiskopisu,
- potvrdit na předepsaném tiskopisu, že pojištěnka porodila, a den porodu, pokud se pojištěnce peněžitá pomoc v mateřství nevyplácela přede dnem porodu,
- zabezpečit příslušné tiskopisy před zneužitím a orgánu nemocenského pojištění nahlásit jejich event. ztrátu, zničení nebo poškození,
- ve stanovených případech vystavit doklady nebo tiskopisy v souladu s právem Evropských společenství a s mezinárodními smlouvami,
- potvrdit na předepsaném tiskopisu, že matka dítěte nemůže nebo nesmí o dítě pečovat pro závažné dlouhodobé onemocnění, pro které by byla uznána práceneschopnou, kdyby byla pojištěnkou.

III. POSUZOVÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU PRO ÚČELY POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVNÉHO

Ošetřující lékař rozhodne o vzniku potřeby ošetřování nebo péče, jestliže zjistí, že:

- dítě mladší 10 let je nemocné nebo utrpělo úraz,
- osoba nad 10 let věku je nemocná nebo utrpěla úraz a její zdravotní stav vyžaduje nezbytně ošetřování jinou osobou,
- žena, která porodila, vyžaduje z důvodu stavu v době bezprostředně po porodu nezbytně ošetřování jinou osobou,
- fyzická osoba, která jinak pečuje o dítě mladší 10 let, onemocněla, utrpěla úraz, byla přijata do ústavní péče sama nebo jako průvodce nezletilého dítěte nebo porodila, a proto nemůže o toto dítě pečovat.

Potřeba ošetřování začíná dnem, kdy ji ošetřující lékař zjistil. V odůvodněných případech může být potřeba ošetřování uznána dřívějším dnem, nejvýše však 3 kalendářní dny před dnem, v němž lékař potřebu ošetřování zjistil.

Ošetřující lékař rozhodne o ukončení potřeby ošetřování:

- zjistí-li, že potřeba ošetřování pominula,
- jestliže se fyzická osoba, která vyžaduje nezbytně ošetřování druhou osobou, nedostaví ke kontrole zdravotního stavu nebo se osoba poskytující ošetřování dítěti mladšímu 10 let nedostaví ke kontrole s tímto dítětem v den, který jí byl určen. Potřeba ošetřování se ukončí tímto dnem.

Potřeba ošetřování je potvrzována na předepsaných tiskopisech. Část pro zaměstnavatele nesmí obsahovat statistickou značku diagnózy.

Pokud ošetřující lékař po vyšetření nezjistí důvody k vydání

rozhodnutí o potřebě ošetřování, avšak pojištěnec na vydání rozhodnutí trvá, vydá ošetřující lékař rozhodnutí, že potřeba ošetřování nevznikla. Další postup je upraven zvláštním právním předpisem o rozhodování při výkonu zdravotní péče (§ 77 a 77a) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů/. Tento předpis platí též pro postup při nesouhlasu s rozhodnutím o ukončení potřeby ošetřování.

Povinnosti ošetřujícího lékaře při posuzování zdravotního stavu pro účely poskytování ošetřovného jsou obdobné jako při posuzování zdravotního stavu pro účely DPN. I zde je ošetřující lékař povinen poskytnout potřebnou součinnost orgánu nemocenského pojištění při kontrole posuzování potřeby ošetřování, zejména umožnit provedení této kontroly na svém pracovišti nebo se za tímto účelem dostavit na příslušný orgán nemocenského pojištění, a sdělit zaměstnancům orgánu nemocenského pojištění oprávněným provést kontrolu skutečnosti potřebné k provedení kontroly.

IV. POSUZOVÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU PRO ÚČELY POSKYTOVÁNÍ VYROVNÁVACÍHO PŘÍSPĚVKU V TĚHOTENSTVÍ A MATEŘSTVÍ

Posuzování zdravotního stavu pro poskytnutí této dávky náleží do kompetence lékaře závodní preventivní péče, který rozhodne o tom, že jsou dány důvody pro převedení těhotné pojištěnky, pojištěnky do konce devátého měsíce po porodu nebo pojištěnky, která kojí, na jinou práci nebo jiné služební místo. Důvodem pro převedení na jinou práci je:

- práce je zakázána těhotným ženám nebo ohrožuje těhotenství dané pojištěnky,
- práce je zakázána matkám do konce devátého měsíce po porodu nebo ohrožuje zdraví nebo mateřství dané pojištěnky,
- práce je zakázána kojícím matkám nebo ohrožuje zdraví nebo schopnost kojení dané pojištěnky,
- bezpečnost a ochrana zdraví při práci pojištěnky,
- nemožnost z důvodu těhotenství veřejně vystupovat (týká se těhotné zaměstnankyně nebo příslušnice činné v uměleckém oboru).

Rozhodnutí o převedení na jinou práci vydá lékař závodní preventivní péče na předepsaném tiskopisu. Na přezkoumání rozhodnutí v této věci a na další postup se použije právní předpis o rozhodování při výkonu zdravotní péče (§ 77 a 77a) zákona č. 20/1966 Sb., ve znění pozdějších předpisů).

V. NAŘÍZENÍ KARANTÉNY

Nařízení karantény, její trvání a ukončení potvrzuje na předepsaném tiskopisu příslušný orgán ochrany veřejného zdraví nebo ošetřující lékař. Příslušné části tohoto tiskopisu jsou zaslány příslušnému orgánu nemocenského pojištění a předány pojištěnci. Trvá-li karanténa déle než 14 kalendářních dnů, je povinnost potvrdit její trvání ke 14. kalendářnímu dni.

KONTROLA POSUZOVÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU PRO ÚČELY NEMOCENSKÉHO POJIŠTĚNÍ

Orgán nemocenského pojištění provádí svým lékařem kontrolu:

- správnosti posuzování zdravotního stavu a dočasné pracovní neschopnosti, potřeby ošetřování a správnosti vedení a úplnosti zdravotnické dokumentace při tomto posuzování,
- plnění povinností ošetřujících lékařů při posuzování zdravotního stavu a dočasné pracovní neschopnosti a potřeby ošetřování.

Kontrola se provádí na pracovišti ošetřujícího lékaře nebo na jiném místě určeném lékařem orgánu nemocenského pojištění, a to zpravidla za osobní účasti posuzovaného pojištěnce; lékař orgánu nemocenského pojištění může určit, v kterých případech není přítomnost posuzovaného pojištěnce potřebná.

O kontrole vyhotoví orgán nemocenského pojištění zápis, jehož stejnopis předá ošetřujícímu lékaři.

Ošetřující lékař je povinen poskytnout lékařům orgánu nemocenského pojištění potřebnou součinnost při kontrole, zejména umožnit vstup na své pracoviště a předložit potřebnou zdravotnickou dokumentaci. Za nesplnění povinnosti součinnosti při kontrole může orgán nemocenského pojištění uložit ošetřujícímu lékaři pořádkovou pokutu do výše 10 000 Kč.

Na základě jednání s ošetřujícím lékařem orgán nemocenského pojištění stanoví harmonogram kontrol posuzování dočasné pracovní neschopnosti na pracovišti ošetřujícího lékaře a ošetřujícího lékaře o něm písemně vyrozumí. Harmonogram musí být stanoven nejméně na dobu tří měsíců.

Pokud nastanou důvody k provedení mimořádné kontroly posuzování zdravotního stavu pro účely nemocenského pojištění, je orgán nemocenského pojištění povinen o tom vyrozumět ošetřujícího lékaře nejpozději 2 pracovní dny před dnem kontroly.

Zjistí-li orgán nemocenského pojištění, že nejsou důvody pro trvání dočasné pracovní neschopnosti nebo potřeby ošetřování, rozhodne o ukončení dočasné pracovní neschopnosti nebo potřeby ošetřování, pokud ji neukončil ošetřující lékař.

Toto rozhodnutí je vykonatelné dnem, který je v rozhodnutí uveden jako den ukončení dočasné pracovní neschopnosti nebo den ukončení potřeby ošetřování, ne však dříve než dnem jeho ústního vyhlášení přítomnému pojištěnci nebo písemného doručení nepřítomnému pojištěnci. Pokud by se pojištěnec osobně nezúčastnil kontroly, aniž by prokázal existenci vážných důvodů své neúčasti, je rozhodnutí vykonatelné dnem této kontroly.

REŽIM DOČASNĚ PRÁČENESCHOPNÉHO POJIŠTĚNCE

Režim dočasné práceneschopného pojištěnce stanoví ošetřující lékař při rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti. Ošetřujícím lékařem může být režim změněn v souladu se změnou zdravotního stavu.

Režim dočasné práceneschopného pojištěnce zahrnuje:

- stanovení léčebného režimu,
- povinnost zdržovat se v době dočasné pracovní neschopnosti v místě pobytu a dodržovat povolené vycházky. Místem pobytu dočasné práceneschopného pojištěnce je místo, které pojištěnec sdělil ošetřujícímu lékaři při vzniku dočasné pracovní neschopnosti,
- povolení vycházek včetně jejich rozsahu a doby, pokud zdravotní stav pojištěnce a stanovený léčebný režim tyto vycházky nevylučuje,
- povolení změny místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti, pokud zdravotní stav pojištěnce a stanovený léčebný režim tuto změnu nevylučuje. Jde-li o změnu místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti v České republice do 3 kalendářních dnů, je pojištěnec povinen předem písemně nebo jinak prokazatelně oznámit tuto změnu orgánu nemocenského pojištění, ošetřujícímu lékaři a jde-li o změnu místa pobytu v období prvních 14 kalendářních dnů dočasné pracovní neschopnosti, též zaměstnavateli. Na dobu delší než 3 kalendářní dny smí pojištěnec změnit místo pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti pouze se souhlasem ošetřujícího lékaře, a to na základě své žádosti. Ke změně místa pobytu dočasné práceneschopného pojištěnce z důvodu pobytu v cizině je nutný předchozí souhlas ošetřujícího lékaře, který tuto změnu může povolit jen po předchozím písemném souhlasu příslušného orgánu nemocenského pojištění; o souhlas orgánu nemocenského pojištění žádá tento orgán pojištěnec,
- provádění pracovní rehabilitace, pokud ji zabezpečuje úřad práce.

Pokud dočasné práceneschopný pojištěnec požádá o povolení vycházek nebo změnu jejich rozsahu a doby nebo o povolení změny místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti

na dobu delší než 3 kalendářní dny nebo do ciziny a ošetřující lékař vycházky nebo jejich změnu nebo změnu místa pobytu nepovolí, vydá ošetřující lékař rozhodnutí o tomto nepovolení, jen pokud pojištěnec vydání tohoto rozhodnutí požaduje. V případě nesouhlasu s rozhodnutím ošetřujícího lékaře, týkajícího se vycházek a povolení změny místa pobytu, postupuje se podle zvláštního právního předpisu o rozhodování při výkonu zdravotní péče, kterým je § 77 a 77a) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

KONTROLA DODRŽOVÁNÍ REŽIMU DOČASNĚ PRÁČENESCHOPNÉHO POJIŠTĚNCE

Kontrolu dodržování režimu dočasné práceneschopného pojištěnce provádí příslušný orgán nemocenského pojištění pověřenými zaměstnanci z vlastního podnětu, z podnětu ošetřujícího lékaře anebo zaměstnavatele. Podá-li podnět k provedení kontroly ošetřující lékař pojištěnce nebo zaměstnavatel, je orgán nemocenského pojištění povinen provést kontrolu do 7 dnů od obdržení žádosti a o jejím výsledku žadatele neprodleně písemně informovat.

O kontrole dodržování režimu dočasné práceneschopného pojištěnce se sepisuje písemný záznam, ve kterém je uveden výsledek kontroly. Pokud bylo při kontrole dodržování režimu dočasné práceneschopného pojištěnce zjištěno porušení tohoto režimu, zasílá orgán nemocenského pojištění záznam o kontrole dočasné práceneschopnému pojištěnci, ošetřujícímu lékaři a zaměstnavateli.

Pověření zaměstnanci orgánu nemocenského pojištění provádějící kontrolu dodržování režimu dočasné práceneschopného pojištěnce jsou povinni prokázat se průkazem s fotografií vydaným orgánem nemocenského pojištění.

Za nesplnění povinností součinnosti při kontrole dodržování režimu práceneschopného pojištěnce může orgán nemocenského pojištění uložit pojištěnci pořádkovou pokutu do výše 10 000 Kč.

Provedl-li kontrolu dodržování režimu práceneschopného pojištěnce zaměstnavatel (v rozsahu, který mu umožňuje zákon) a při kontrole bylo zjištěno porušení tohoto režimu, zasílá zaměstnavatel záznam o výsledku kontroly ošetřujícímu lékaři a orgánu nemocenského pojištění

SOUČINNOST ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ A FYZICKÝCH A PRÁVNICKÝCH OSOB

Zdravotnická zařízení jsou povinna na žádost orgánu nemocenského pojištění za úhradu

- provést vyšetření zdravotního stavu osoby, která je povinna se tomuto vyšetření podrobit (pro účely posuzování dočasné pracovní neschopnosti nebo kontroly posuzování dočas-

né pracovní neschopnosti a posuzování pracovní schopnosti po uplynutí podpůrní doby a vyšetření zdravotního stavu osoby pro účely posuzování potřeby ošetřování),

- zpracovat lékařské podklady v rozsahu určeném orgánem nemocenského pojištění, jichž je třeba k posouzení zdravotního stavu a pracovní schopnosti a pro kontrolu dočasné pracovní neschopnosti a potřeby ošetřování.

Zdravotnická zařízení jsou povinna lékaři orgánu nemocenského pojištění na jeho žádost bezplatně sdělit informace potřebné ke kontrole posuzování zdravotního stavu a DPN, umožnit lékaři orgánu nemocenského pojištění nahlížení do zdravotnické dokumentace a na nezbytně nutnou dobu zapůjčit lékaři orgánu nemocenského pojištění zdravotnickou dokumentaci v rozsahu určeném orgánem nemocenského pojištění.

Výše uvedené povinnosti plní zdravotnické zařízení ve lhůtě určené orgánem nemocenského pojištění a není-li tato lhůta určena, do 15 kalendářních dnů ode dne, kdy obdrželo žádost.

Výše úhrady za provedené výkony se řídí seznamem zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a zvláštními právními předpisy. Úhradu poskytuje ten, kdo si provedení výkonu vyžádal, a to na základě vyúčtování předloženého zdravotnickým zařízením. To platí obdobně i pro náhradu poštovného za zaslání zdravotnické dokumentace.

Fyzické a právnické osoby, které provádějí nebo zprostředkovávají opravy ortopedických nebo kompenzačních pomůcek, mají povinnost sdělit na vyžádání bezplatně informace o lhůtě stanovené k opravě ortopedické nebo kompenzační pomůcky nebo jiné informace, jež jsou v přímém vztahu k posuzování dočasné pracovní neschopnosti, ošetřujícímu lékaři nebo příslušnému orgánu nemocenského pojištění.

OPRÁVNĚNÍ ORGÁNŮ NEMOCENSKÉHO POJIŠTĚNÍ PŘI PORUŠOVÁNÍ POVINNOSTÍ LÉKAŘŮ PŘI POSUZOVÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU PRO ÚČELY NEMOCENSKÉHO POJIŠTĚNÍ

Orgán nemocenského pojištění je oprávněn v případě, kdy ošetřující lékař porušil své povinnosti při posuzování zdravotního stavu pro účely pojištění a za toto porušení mu byla pravomocně uložena pokuta

- upozornit zřizovatele zdravotnického zařízení nebo orgán, který rozhodl o registraci zdravotnického zařízení, a příslušnou zdravotní pojišťovnu na porušení povinnosti ošetřujícím lékařem stanovené zákonem o nemocenském pojištění,
- podat podnět České lékařské komoře nebo České stomatologické komoře k zahájení disciplinárního řízení. O výsledku to-

hoto řízení musí být orgán nemocenského pojištění příslušnou komorou do 1 měsíce od jeho skončení písemně informován,

- stanovit ošetřujícímu lékaři zákaz rozhodovat ve věcech dočasné pracovní neschopnosti nebo potřeby ošetřování na dobu až 2 let, pokud pokuta byla uložena za následující správní delikt:

- v období jednoho roku nerozhodl o ukončení neodůvodněné DPN nebo potřeby ošetřování alespoň ve 3 případech, o kterých proto muselo být rozhodnuto orgánem nemocenského pojištění, a v období do jednoho roku od uložení této pokuty rozhodl orgán nemocenského pojištění znovu o ukončení dočasné pracovní neschopnosti nebo potřeby ošetřování a ošetřující lékař byl na možnost stanovení tohoto zákazu písemně upozorněn; je-li ošetřujícím lékařem právnická osoba, lze uložit tento zákaz pouze tomu lékaři, který zavinil, že v tomto období do jednoho roku bylo znovu rozhodnuto orgánem nemocenského pojištění o ukončení dočasné pracovní neschopnosti nebo potřeby ošetřování.

V případě zákazu posuzovat zdravotní stav pro účely pojištění provádí po dobu trvání tohoto zákazu rozhodování ve věcech dočasné pracovní neschopnosti a potřeby ošetřování za ošetřujícího lékaře orgán nemocenského pojištění, který tento zákaz stanovil, pokud si pojištěnec nezvolil jiného ošetřujícího lékaře. Lékaři orgánu nemocenského pojištění přitom vycházejí z lékařských zpráv a posudků vypracovaných ošetřujícími lékaři, dalšími odbornými lékaři a z výsledků vlastních vyšetření.

Orgán nemocenského pojištění je povinen upozornit příslušnou zdravotní pojišťovnu na to, že

- průměrná doba trvání jedné DPN podle odbornosti lékaře stanovená za období nejméně 6 měsíců v rámci pracovních neschopností, o nichž rozhodl tentýž ošetřující lékař, se výrazně odlišuje od regionálního nebo celostátního průměru trvání jedné DPN zjištěného tímto orgánem,
- ošetřující lékař přes předchozí písemné upozornění porušuje povinnosti stanovené zákonem o nemocenském pojištění.

SPRÁVNÍ DELIKTY

V § 138 zákona o nemocenském pojištění jsou uvedeny správní delikty, jichž se zdravotnické zařízení dopustí nesplněním povinností uložených zákonem. Za nesplnění těchto povinností je orgán nemocenského pojištění oprávněn uložit pokuty, jejichž výše je diferencována podle závažnosti a důsledků nesplnění jednotlivých povinností stanovených zdravotnickým zařízením a dalším právnickým osobám. Výše pokut se pohybuje v rozmezí od 10 000 Kč do 100 000 Kč.