



TEMPUS MEDICORUM

09/2012
ROČNÍK 21

ČASOPIS ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY



OBAMOVO VÍTĚZSTVÍ:

V USA začala reforma zdravotnictví

DÁLE V TOMTO ČÍSLE:

Kolik budou pojišťovny platit lékařům v příštím roce?

Makroekonom Martin Fassmann: Zdravotnická zařízení jsou jako zhasínající svíčka

V Česku dochází k dalšímu poklesu výdajů na zdravotnictví

Tajná jednání zdravotních pojišťoven o veřejných penězích

Dejte o sobě vědět na www.lkcr.cz

Žádejte diplomy celoživotního vzdělávání

Nové právní předpisy o zdravotní způsobilosti lékařů

**ZDRAVOTNICKÉ
NOVINY**

www.zdravi.e15.cz



Za poslední rok máme
76% nových čtenářů

Zdroj: Media projekt, 1-6/11, 4-10/11, 7-12/11, 10/11-3/12, 1-6/12



OBSAH

REFORMA VE SPOJENÝCH STÁTECH 4-8

Jaká je podstata a důsledky
Obamovy reformy zdravotnictví

DOHODOVACÍ ŘÍZENÍ 9-13

Kolik budou pojišťovny platit lékařům v příštím roce?
Je unikátní systém prenatální detekce
vrozelených srdečních vad v ČR ohrožený?

EKONOMIKA 14-18

Jaké jsou příčiny současného stavu české ekonomiky
Rozhovor s Ing. Martinem Fassmannem,
makroekonomem ČMKOS
Sousední ekonomiky rostou, naše se propadá

FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ 19

Další pokles výdajů na zdravotnictví v ČR

REDUKCE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ 20-22

Tajná jednání o veřejných penězích
Konference ČLK

LÉKOVÁ POLITIKA 23

Trojí zdražení léků během jednoho roku
Komora varuje před personální devastací

eHEALTH 24

Lékaři se obávají zneužití databáze svých pacientů

ČINNOST ČLK 25-27

Veřejný seznam lékařů
Časopis Tempus medicorum musí zůstat nezávislý
Žádejte diplomy celoživotního vzdělávání

PRÁVNÍ PORADNA 28-33

Nová vyhláška o zdravotní způsobilosti lékařů
Znalci ve zdravotnictví
Je třicet haléřů za bod ústavně konformních?
Jak se zachovat při hygienické kontrole

NAPSALI JSTE 34-38

Diskuze o titulní straně minulého čísla TM

SERVIS 39-42

Vzdělávací kurzy ČLK
Inzerce
Křížovka

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. +420 257 217 226 • fax +420 257 220 618 •
recepc@clkr.cz • www.lkr.cz

Šéfredaktor: MUDr. Milan Kubek

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

Odpovědná redaktorka: PhDr. Blanka Rokosová

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

Pro Českou lékařskou komoru připravuje: Mladá fronta a. s.

Ředitel divize Medical Services: MUDr. Martin Hofman,

www.medical-services.cz

Art Director: Petr Honzátko

Grafická úprava, sazba: Bc. Karolína Hejná

Inzerce: inzerce-tempus@clkr.cz

Vedoucí distribuce:

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

Tisk: EUROPRINT a. s.

Uzávěrka čísla 9: 5. 9. 2012 • **Vyšlo:** 10. 9. 2012

Podávání novinových zásilek povoleno: Česká pošta, s. p.,

odštěpný závod Praha, č. nov. 6139/96 ze dne 22. 11. 1996

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

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

Příspěvky se nemusí shodovat se stanoviskem redakce.

Ta si současně vyhrazuje právo na redakční úpravu textů.

Řádková inzerce je pro lékaře do pěti řádků (včetně) zdarma.

Větší rozsah a inzerát nelékaře je zpoplatněn. Při zadávání

inzerátů je proto potřeba zadat fakturační kontaktní adresu,

IČO, DIČ, telefon, e-mail.

Bez těchto informací nebude inzerát zveřejněn.



Dvojí metr a promarněná šance

Urputně jako
lvi bojují pre-
miér Nečas, mi-
nistr financí Ka-
lousek i ostatní

členové vlády za prosazení církevních restitucí, tedy za splnění slibu, který dali představitelům církvi. Čelí při tom nevíli většiny národa, který v kontextu současné ekonomické situace považuje slíbené odškodnění za příliš velkorysé. Jejich odvaha možná opravdu není posilována postranními úmysly, ale pramení jen ze snahy dodržet dané slovo a neztratit tvář a čest. „Pánbůh zaplat za takto zásadové politiky,“ mohl by zvolat ten, kdo by si nepamatoval na písemný závazek podepsaný jménem České republiky členem této vlády panem ministrem Hegerem. Závazek vlády spolupracovat při reformě zdravotnictví s LOK a s Komorou a zajistit zvýšení platů lékařů v roce 2012 o 10 % s perspektivou dalšího výrazného nárůstu příjmů od ledna 2013 i valorizaci platů ostatních zdravotníků. Na rozdíl od prosazování církevních restitucí však vláda slib písemně daný zdravotníkům porušila a ani nadále jej plnit nehodlá. Stejná vláda, stejní politici, obdobně závazný slib, jen diametrálně rozdílný přístup k jeho plnění.

Kreslený vtíp na titulní straně minulého čísla časopisu Tempus v žádném

případě nebyl zamýšlen jako útok na řádové sestry či duchovní, kteří se obdobně jako mnoho laiků věnují charitativní činnosti, péči o nemocné, handicapované či pomoci chudým. Všichni tyto lidé mají moji úctu, a to bez ohledu na to, zda chodí v džínách nebo v sutaně. Cílem vtípu, který vzbudil mezi čtenáři našeho časopisu nebyvalý zájem, nebylo nic jiného než ukázat licoměrnost vlády České republiky, která nesplnila daný slib a podvedla desetitisíce lékařů i ostatních zdravotníků.

Většina kolegů, s nimiž jsem měl možnost hovořit, se zasmála vtípu, který považovala za více či méně podařený. Někteří mě upozornili i na další souvislost, která je však pouhým kouzlem nechtěného, a to na skutečnost, že zatímco nemocných neubývá a lékaři odcházejí do zahraničí, množství kněží v naší zemi roste bez ohledu na klesající počet věřících. Našli se však i tací kolegové, kteří vtíp pochopili úplně jinak. Jako nepřípustnou dehonestaci celého lékařského stavu, již se Tempus dopustil paušalizací skutečnosti, že na rozdíl od obětavých duchovních, kteří se

spokojí s málem, někteří neskrupní lékaři kvůli penězům opustili své pacienty a odešli tam, kde dostanou za svoji práci lépe zapláceno, přičemž jim osobně je tento pekuniární přístup k povolání lékaře zcela cizí.

Poslední skupinou jsou pisatelé žlučovitých dopisů, jejichž mozaiku si můžete přečíst v samostatné rubrice Napsali jste. Nedůtklivé, úzkoprsé, netolerantní až paranoidní útoky podsouvající redakci časopisu a vedení Komory ty nejpodlejší úmysly. Proč? Za to, že jsme odlehčenou formou, možná nezapným vtípem, ukázali pravdu? Nevím, ale při pročítání těch dopisů jsem byl rád, že žijeme v zemi, kterou neovládají náboženští fanatici a kde za literární dílo či kreslený vtíp nikomu fatva nehrozí.

Ve svobodné zemi zůstává víra niterní soukromou věcí každého člověka. Nikoli v majetkových převodech, ale v dodržování této zásady spočívá podstata odluky církvi od státu. V zemích, kde jakoukoli ideologii či náboženství povýšili na státní doktrínu, svoboda jednotlivce dříve či později skončila. Proto by církve neměly být finančně závislé na státu, ale měly by být financovány z příspěvků věřících.

Nikdo nezpochybňuje fakt, že stát by měl vrátit to, co ukradl. Měl by však měřit stejným metrem všem, tedy fyzickým i právnickým osobám. Staré křivdy nelze napravit za cenu páchaní křivd nových.

Restituce církevního majetku, která z nepochopitelných

důvodů nebyla dokončena ani za dvacet let, se stala horkým politickým tématem. Zejména katolická církev, které jde o více než sto miliard korun, projevuje ve snaze domoci se tohoto majetku nebyvalý tah na branku. Bylo by asi příliš zjednodušující odsuzovat příslušníky kléru za snahu získat zpět ukradený majetek jen proto, že Bible upřednostňuje bohatství duchovní před světskými statky. Přesto si myslím, že by církvím, jejichž podpora ve společnosti klesá, obecně prospělo více zdrženlivosti při prosazování svých, snad i oprávněných, nároků v době, kdy státní kasa zeje prázdnotou a vláda škudlí na sociálních dávkách pro ty nejobožejší.

Církve sice asi získají majetek, avšak za cenu dalšího odlivu věřících a ztráty kreditu v nemocné společnosti, která by přitom pro svoji nápravu naopak potřebovala morální autoritu a duchovní vzory mnohem více než kecy zkorumpovaných politiků o boji s korupcí. Škoda že církve tuto šanci stát se morální autoritou kvůli majetku promarnují.

Milan Kubek



Foto: archiv ČTK

Kontext, podstata a důsledky Obamovy reformy zdravotnictví

Zákon o dostupné zdravotní péči prezidenta Baracka Obamy, který na konci června potvrdil Nejvyšší soud, představuje klíčový milník v letité výměně názorů na způsob financování amerického zdravotnictví. Reformní zásah, rozšiřující v budoucnu mimo jiné počet zdravotně pojištěných a podporu stávajících federálních programů, je výsledkem hledání rovnováhy mezi mocí soukromého kapitálu, ekonomikou odvětví i celé země, snahou podpořit sociální reprodukci společnosti a udržením tempa inovací.

Při procesu schvalování navíc opět zazněla otázka vztahu federální vlády a států, která stejně jako celá diskuse o zdravotnictví nadále trvá.

Základní rámec debaty

Úvahy o zdravotnických reformních záklonech ve Spojených státech do určité míry odrážejí základní ideologický spor v představách demokratů (sociální liberalismus) a republikánů (ekonomický liberalismus) o distribuci sociální spravedlnosti a roli federální vlády. Prvně jmenovaní v čele s Barackem Obamou zastávají spíše koncepci viditelné ruky státu ve snaze pokud možno zrovnoprávnit podmínky pro lidi na federální úrovni. Druzí, zastoupení Mitttem Romneym, s přístupem neviditelné ruky trhu chtějí ponechat rozhodování o intervencích do zdravotnické soustavy na jednotlivých státech a na federální úrovni zajistit rovné podmínky pro tržní soutěž.

Jádro diskusí pak tvoří historická otázka zavedení všeobecného zdravotního pojištění,

kteřá se v USA začala probírat zhruba před sto lety, když jej po vzoru různých modelů z Evropy (zejména Bismarckova) plánoval na počátku minulého století zavést Theodore Roosevelt. Zamítavý postoj k návrhu zákona tehdy podporovala atmosféra první světové války a argumentace, že jde o německý socialismus. Nikdo z nejvyšších představitelů moci se v následujících dekadách nepokusil prosadit výraznější změnu, aby nevybočil z převažujícího individualistického smýšlení Američanů. Odpor zesílil nástup studené války, změnám nejednou bránila lobby soukromého sektoru.

Jako řešení se začalo od roku 1929 uplatňovat soukromé neziskové pojištění, u něhož je krytí spojeno s konkrétním zaměstnavatelem. Tento systém, známý později pod pojmy Blue Cross a Blue Shield, přinesl průlom pro

pojištění na principu zisku. Vyšlo totiž najevo, že si nabízené produkty mohou konkurovat a že u větších skupin zaměstnanců lze řídit riziko pomocí selekce (zaměstnají se mladí) a úprav (výši pojištění stanoví zdravotní stav). Zdravotní pojištění se dále rozšířilo při mzdové a cenové regulaci za druhé světové války, kdy zaměstnavatelům nahrazovalo zvyšování platů a působilo motivačně.

Absence všeobecného zdravotního pojištění dala v USA vzniknout skupině nepojištěných (v roce 2010 jejich počet dosahoval 49,9 milionu, 16,3 % populace) a přinesla nutnost ustavit v roce 1965 vládní program *Medicaid* pro sociálně slabé a *Medicare* pro obyvatele starší 65 let. Programy spolu s pokrokem ve vědě a technice i požadavky lékařů na vyšší mzdy a asistenty přinesly nárůst nákladů na zdravotnictví. Na to reagoval zákon o řízení péči (*Health Maintenance Organization Act*) z roku 1973, ustavující neziskové organizace pro administraci pojištěnců v *Medicare* a *Medicaid*. Norma, která vyžadovala širší politickou shodu (pro hlasovalo v Senátu 50 demokratů a 31 republikánů), na stranu druhou omezila pojištěncům možnost volby poskytovatele zdravotní péče a taxativně vymezila pojistné krytí, takže některé úkony nemusely být propláceny.

Zdravotnictví USA v letech 1990–2010

Nutno předeslat, že Obamovy kroky nepředstavují jediný pokus reformovat na přelomu tisíciletí americké zdravotnictví. Prvním výraznějším se v 90. letech stala intervence prezidenta Billa Clintona, který zamýšlel vytvořit základy pro veřejnou zdravotní péči (*Health Care Plan*) s povinností zaměstnavatelů platit zaměstnancům pojištění prostřednictvím neziskových organizací pro administraci pojištěnců. Úsilí pomohla zmařit lobby soukromého sektoru a reklamní kampaň. Schválen byl v roce 2005 naopak zákon na ochranu pacienta a zlepšení kvality péče (*Patient Safety and Quality Improvement Act*), který dal vzniknout organizacím odpovědným za sběr a analýzu medicínských dat od poskytovatelů péče s cílem předejít chybám lékařů. Ty podle zprávy Institute of Medicine z listopadu 1999 mohly za smrt nejméně 44 a možná až 98 tisíc pacientů ročně. S neúspěchem se před třemi lety setkal národní zákon o zdravotní péči (*National Health Care Act*), který chtěl zavést systém jednoho plátce financovaný federální vládou za předpokladu potlačení sektoru soukromých pojišťoven.

Reformu zdravotnictví, kterou tvoří dva zákony (podrobněji viz níže), podepsal Barack Obama v březnu 2010. Dnes víme, že výdaje USA na zdravotnictví dosáhly v tomto roce podílu 17,6 % HDP (průměr zemí OECD činí 9,5 % HDP), což je nejvíce na světě. V kontrastu k vysokým nákladům a v komparaci s jinými vyspělými státy má americké zdravotnictví méně příznivé indikátory zdravotního stavu a výsledků zdravotní péče (pod průměrem OECD jsou USA v dětské úmrtnosti, střední délce života očekávané při narození nebo v míře obezity).

Mezi rysy amerického zdravotnického systému v rozebíraném období patří v některých případech necitlivost ke změnám v životě jedinců. V situaci, kdy základní pilíř tvoří zdravotní plány, které jsou pro lidi v produktivním věku součástí smluvního vztahu se zaměstnavatelem, dochází ke zrušení pojistky v případě smrti nebo náhlé pracovní neschopnosti živitele rodiny. Zaznamenány jsou i paradoxní stavy, kdy se člověk ocitá uzamčen v manželském svazku, neboť partner je nositelem zdravotního pojištění a změna v soužití by znamenala problémy s placením pojistného.

Z pohledu vyspělých států evropského kulturního okruhu se může jevit jako tvrdé i nastavení vládních programů *Medicare* a *Medicaid*. Do prvně jmenované intervence nespádají úplně preventivní vyšetření ani péče o zrak, sluch a zuby, což nutí seniory vydávat 22 % příjmu na hrazení lékařských úkonů. K *Medicare* se též váže kontroverzní mezerka v krytí výloh na léky, tzv. *donut hole*. Zjednodušeně řečeno, pacient není krytý, jakmile při hrazení medikamentů jeho spoluúčast spolu se státním příspěvkem dovrší

2840 dolarů. Poté je nucen platit léky sám až do dosažení roční částky 4550 dolarů. Pokud prorazí i tento limit, hradí mu určité přípravy zčásti opět federální pokladna.

Medicaid zase v některých státech nezahrnuje bezdětné dospělé, a mnozí jedinci vydělávající více, než činí federální hranice chudoby pro přiznání *Medicaid* (např. letos pro tříčlennou domácnost 1591 dolarů hrubého měsíčně), žijí ve skutečnosti v bídě. Někteří se propadají ve spleti systémů do šedé zóny. Vdovy s věkem pod 65 let, které nedosáhly limitu nutného pro vstup do *Medicaid*, kvůli nákladům na zdravotní péči do chudoby brzy padají. Neuhrazené účty za lékařskou péči dostávají řadu lidí do osobních bankrotů, přičemž tento typ krachu je v USA nejčastější.

Na výkyvy trhu nedokáže úplně reagovat ani třetí veřejný zdravotní program *S-CHIP*, který funguje od roku 1997 na podporu dětí, jejichž rodiny vydělávají více, než činí úroveň pro vstup do *Medicaid*, ale nemají dost peněz na pojistku. Navzdory jeho zavedení stoupal podle dat Kaiserovy komise v letech 2004–2006 počet nepojištěných dětí. Kvůli zvýšení cen pojistek na trhu totiž docházelo ze strany zaměstnavatele k rušení krytí dětí nebo výpovědím smluv, markantně u skupin s příjmy 200 % federální hranice chudoby. Rozšíření veřejného programu přišlo v roce 2009, když Kongres schválil zákon na úpravu pojištění dětí (*Children's Health Insurance Reauthorization Act*). Rok nato, tedy v době podpisu Obamovy reformy, nemá pojistku 8 milionů dětí.

Další veřejný zdravotní program, *Veteran Administration*, zahrnuje válečné veterány a jejich pozůstalé. Péči za příznivých podmínek nebo zdarma poskytují federální



Ilustrační foto: shutterstock.com

zdravotnická zařízení. Pro vojenské složky funguje *TRICARE* financovaný americkým ministerstvem obrany.

Obamova zdravotnická reforma vstupuje do prostředí, kde podmínky do značné míry diktují soukromé společnosti. Ty v případě individuálních pojistek mohou při uzavírání smluv přihlížet ke zdravotnímu stavu pacienta a pohlaví, dávat do smluv roční nebo doživotní omezení rozsahu poskytované péče nebo odmítnout i v případě závažných onemocnění proplatit léčebné úkony kvůli chybně vyplněnému formuláři. U skupinových pojistek (agendu administrují soukromé ziskové i neziskové společnosti), které platí v rámci zaměstnaneckého poměru, je riziko rozloženo kolektivně. Zdraví a lidé

s nižší mírou rizika platí méně, nemocní více. Popisovaný systém, který využívá většina Američanů v produktivním věku, je navázán na daňovou soustavu, stanoví navzdory příspěvkům u pojištěnců spoluúčast a kryje péči v dosti rozdílném rozsahu podle individuálních zdravotních plánů.

Charakteristika reformy

Klíčovým prvkem Obamovy reformy, kterou tvoří dva zákony (vlastní normu *Patient Protection and Affordable Care Act* doplňuje *Health Care and Education Reconciliation Act*, souhrnně zákon o dostupné zdravotní péči), je tzv. osobní zmocnění. Toto ustanovení dává lidem od roku 2014 (až na výjimky) pod pohrůžkou pokuty (až 695 dolarů pro

jednotlivce) povinnost uzavřít pojistku u soukromé pojišťovny. Od stejného data nebudou moci pojišťovny odmítnout pojištěnce kvůli zdravotnímu stavu a riziku (kromě kouření) a dostanou povinnost zajistit pro ně rovné podmínky bez ohledu na věk a pohlaví. Zákaz se u pojišťoven vztáhne na uzavírání pojistek s doživotním nebo ročním omezením rozsahu krytí péče a neochotě krytí kvůli formálním chybám ve formulářích.

Změny navázané na reformu zdravotnictví se týkají nastavení daňového systému a tržních stimulačních impulzů. Zákon počítá s daňovými úlevami pro chudé pracující a nepojištěné osoby, které vydělávají do 88 tisíc dolarů ročně na pohyblivé stupnici, aby si mohly dovolit pojistku, čímž se vedle zvýšení počtu pojištěných (mluví se zhruba o 30 milionech lidí) sleduje cíl posílit konkurenci na pojišťovacím trhu. Za stejným účelem budou od roku 2014 spuštěny v jednotlivých státech burzy, kde lidé a menší firmy dostanou možnost porovnat nabídky a vybrat produkt odpovídající federálním kritériím. Uvádí se, že by to mělo snížit cenu pojistek a prostředí zprůhlednit.

K důležitým částem balíku se řadí zásah do programu *Medicare*, jehož výdaje se mají v následující dekádě snížit o 428 miliard dolarů (viz níže). Zastánci programu uvádějí, že zákon nemá vliv na rozsah hrazené péče a že nejen řeší situaci nedostatečného krytí preventivních vyšetření pro seniory, ale i pomocí změn ve způsobu úhrad zlepšuje platební schopnost programu. Mluvíme-li o změně lékové politiky seniorů v reakci na *donut hole*, zákon (kromě loňské jednorázové kompenzace ve výši 250 dolarů) zavádí pro letošek sražku 50 % na originální léčiva a 14 % pro generika. Obojí se bude průběžně zvyšovat do roku 2020, kdy se předpokládá vyřešení situace.

Pokud jde o veřejnou zdravotní službu *Medicaid*, posouvá se s postupnou účinností od roku 2014 limit pro vstup do programu na 133 % federální hranice chudoby. Opatření platí pro skupinu dospělých pod 65 let bez vyživovací povinnosti a mimo očekávání příchodu potomka. Dětem z pěstounské péče, pro které vznikl dříve nárok na *Medicaid* a které již nejsou podporovány ze sociálních programů, se od ledna 2014 tento nárok v plném rozsahu prodlužuje do 26 let.

Specifická situace se týká programu *S-CHIP*, u něhož se v návaznosti na legislativu z února 2009 (*Children's Health Insurance Reauthorization Act*), díky níž bylo na období 4,5 roku uvolněno 33 miliard dolarů, rozhodlo



ilustrační foto: shutterstock.com

o prodloužení financování o další dva roky, do září 2015. Nově se vydává 40 milionů na podporu přihlašování dětí do programů. Nutno podotknout, že nastavení *S-CHIP* do určité míry závisí na jednotlivých státech unie a že funguje souběžně s *Medicaid*.

Podstatnou oblast reformy představují úpravy zavedené v reakci na řešení specifických situací ve společnosti mimo rámec federálních podpůrných programů. Jedná se kupř. o osoby, které jdou předčasně do důchodu (věk 55–65 let) a nemají pojistku od zaměstnavatele, v důsledku čehož utrácejí úspory za soukromé pojistky. Pro ně se od roku 2014 zavádí program za pět miliard dolarů na podporu zdravotních plánů, které by přes zaměstnavatele zajistily pojistné krytí. Reforma dále zavádí pojištění lidí do 26 let ze zdravotního plánu rodičů, což platí i v případech, jsou-li potomci studující, v manželství nebo finančně nezávislí. Ženám, mužům a dětem se zdravotním plánem uzavřeným v březnu 2010 musí být poskytnuta preventivní vyšetření bez spoluúčasti.

Dále, řečeno pouze telegraficky, pojišťovny musejí odůvodnit, pokud u jedinců nebo malých firem zvýší pojistku o 10 % a více; zlepšuje se dostupnost péče pro lidi ze zemědělských oblastí; vzniká podpora poskytovatelům primární péče; zavádí se nebo rozšiřují programy asistence pacientům; investuje se do prevence a komunitních zdravotnických center; činí se kroky pro snížení opětovných přijetí seniorů do nemocnic; vynakládají se finance na integrovanou péči; bojuje se proti zdravotním nerovnostem; zavádí se program, na jehož základě se budou lékaři ohodnocovat podle úspěšnosti léčby a názorů pacienta; na firmy přes 50 zaměstnanců, které jim nezajistí pojištění, se uvaluje příspěvek dva tisíce dolarů ročně na federální subvence pojistek. Systémové změny i podpůrné kroky reformy se aplikují s postupnou účinností v rozpětí let 2010–2020.

Ekonomická stránka reformy

Financování amerického zdravotnictví patří k nejsložitějším na světě. Běží vedle sebe model jednoho plátce (*Medicare*), doplňující se veřejné programy *Medicaid* a *S-CHIP*, oddělený systém pro vojenské složky a veterány a individuální pojištění. V případě *opt-outu* vstupují do hry modely jednotlivých států. Hlavní tok peněz směřuje nadále přes soukromé ziskové a neziskové pojišťovny, přičemž se nepočítá, že by v nově vznikající situaci, kdy nebudou smět odmítnout ani nákladné pacienty, docházelo k redistribuci vybraného pojištění.

Lze předpokládat, že výdaje Spojených států na zdravotnictví do roku 2020 dosáhnou úrovně 19,8 % HDP (4,6 bilionu dolarů). Odhad hrubých nákladů samotné reformy podle studie nezávisle se prezentující rozpočtové kanceláře Kongresu (CBO) činí ve výhledu let 2012–2022 až 1,762 bilionu dolarů. Tatáž studie konkrétněji uvádí odhad čistých nákladů plynoucích ze zaopatření pojistných úhrad v rozmezí let 2012–2021; píše se o sumě pod 1,1 bilionu dolarů vzniklé kombinací povinných výdajů a federálních příjmů. Suma tedy odráží jednak hrubé výdaje ve výši asi 1,5 bilionu na *Medicaid*, *S-CHIP* a subvence pojistek, jednak kompenzace kolem 400 miliard, kam se zahrnují pokuty a efekt z uvalení spotřební daně na drahé pojistky (tzv. plán *Cadillac*). Nutno říci, že do uvedené částky nejsou zahrnuty mj. administrativní náklady a úspory plynoucí z restrukturalizace *Medicare*, která má podle informací z roku 2010 během 10 let vynést 428 miliard dolarů.

Diskuse o vlivu reformy na deficit Spojených států je do značné míry ideologická. Demokraté mluví o úsporách, zatímco republikáni o fiskální likvidaci a vyšších nákladech plynoucích z rozšíření péče. Faktem je nicméně vznik výboru pro kontrolu a rozšiřování nových programů a ustavení nezávislého poradního sboru (*IPAB*), jehož 15 členů si vezme na starost tvorbu platební politiky *Medicare*.

Separátní otázkou tvoří kapacitní možnosti systému při expanzi poptávky po zdravotní péči. Podle asociace sdružující v USA vysoké lékařské univerzity (AAMC) bude v zemi v roce 2015 chybět 62 900 lékařů a číslo se v následující dekádě zdvojnásobí i důsledkem stárnutí ročníků poválečné populační exploze. Experti na zdravotnictví upozorňují, že vláda činí málo, aby uvedený problém odstranila, a že vzdělat lékaře trvá zpravidla 10 let. V úvahu je třeba vzít i analýzy, podle kterých širší využívání zdravotních služeb u lidí ošetřovaných dosud jen v akutních stavech přináší kromě útrat též úspory z dlouhodobého hlediska, to kvůli prevenci onemocnění nákladných na léčbu.

Reforma před Nejvyšším soudem

Politická a společenská ožehavost Obamovy reformy se plně projevila, když se republikáni pokoušeli prokázat její neústavnost u Nejvyššího soudu, který takový podnět projednával podruhé za posledních 80 let. Stání neslo nejvyšší politickou váhu od roku 2000, kdy stejná instance rozhodovala o vítězi voleb ve střetu George W. Bush–Al Gore.

Nejvyšší soud začal tři dny řešit soulad zákona o dostupné zdravotní péči s ústavou letos v březnu na základě podání 26 států ovládaných republikány, rozhodnutí padlo 28. června. Pro hrubé zjednodušení soudci posuzovali čtyři hlediska: (1) Vztah osobního zmocnění k *Anti-Injunction Act* (zákon o pravomocech federálních soudů vůči soudům státním); (2) Ústavnost ustanovení o osobním zmocnění; (3) Určení části zákona, která se musí zrušit, když se prokáže neústavnost osobního zmocnění; (4) Ústavnost rozšíření programu *Medicaid*.

V pozadí procesu stojí kompetenční spor o pravomoci federální vlády vůči jednotlivým státům USA v rámci komerční klauzule upravující obchod. Meritem rozhodnutí se stala otázka, zda federace může postihovat osoby za neuzavření pojištění a zda totéž může činit u států, pokud se zřeknou rozšíření programu *Medicaid*. Ten je totiž stejně jako *S-CHIP* a na rozdíl od ryze federálního *Medicare* a *Veteran Administration* vykonáván ve spolupráci s nimi.

Rozhodnutí soudu odráží komplexnost mocenského prostředí Spojených států a fakt, že debata v tomto duchu se vede přes 200 let. Nejvyšší soud Obamovu reformu poměrem hlasování pět ku čtyřem (předseda John Roberts jmenovaný republikány se přiklonil na stranu soudců ustavených demokratickými prezidenty) nezrušil. Konstatoval, že federální vláda může vymáhat pojištění, protože nástroj vymahatelnosti není pokutou, ale daní, jejichž výběr podle komerční klauzule uplatňovat lze. Na stranu druhou federální vláda podle téže klauzule nemůže pokutovat státy, odmítnou-li rozšíření *Medicaid*, k čemuž může, ale nemusí dojít, protože vláda je připravena tři roky hradit náklady v plné výši s poklesem na 90 % v roce 2020.

Téma zdravotnictví vyvolává nadále politické a společenské kontroverze, očekávat totéž lze v blízké i vzdálené budoucnosti. Reformu, která se stejně jako v minulosti stává jedním z ústředních témat předvolebního boje, odmítla necelé dva týdny po rozhodnutí Nejvyššího soudu Sněmovna reprezentantů, kde teď mají republikáni většinu. Brání se také guvernéri stejné strany. Demokraté nadále hájí své kroky slovy, že zabezpečují život střední třídy, a upozorňují na klady spojené s omezeními pojišťoven. Reformovat v tak různorodé společnosti tak komplexní systém znamená slovy některých odborníků hledat tunel na konci tunelu.

Mgr. Lukáš Pfauser



Foto: Jana Bradley

Jana Bradley s osmiletou dcerou Annette

Češka popisuje strasti se zdravotnictvím USA

Jana Bradley (41), která od roku 1998 žije převážně v USA, má jako matka dvou dcer s tanním zdravotnictvím bohaté zkušenosti. Kvalita péče i přístup lékařů k pacientům podle jejich slov kontrastují s principem systému, kde se lékařská péče a zdraví považují ryze za finanční produkty. Speciální pedagožka to naplno pocítila v roce 2004, když jejímu lékaři pojišťovna odmítla bez objektivních důvodů proplatit prenatální péči, porod a den pobytu v nemocnici za rodičku i novorozence.

Přístup k americkému pojištění získala Jana Bradley poprvé roku 1999 díky práci ve škole pro postižené děti. Zaměstnavatel nabízel výhodnější pojistné podmínky i rodinným příslušníkům, čehož využil Janin muž, který do té doby jako osoba samostatně výdělečně činná platil jinde více za menší rozsah krytí. „Tehdy jsem poprvé pochopila, jakou cenu zdravotní pojištění má. Moje kolegyně pracovala jen kvůli němu. Domů si odnášela nepatrnou almužnu, ale manžel živnostník i děti byli solidně pojištěni,“ popsala Jana.

Když rodačka z Havířova čekala první dceru, pracovala až do posledního dne těhotenství, aby měla výhodné pojištění přes zaměstnavatele, které krylo prenatální péči. Měsíc po porodu zajišťovala novorozeně pojišťovna automaticky ještě přes zaměstnanecký poměr. Na dalších 18 měsíců rodina vstoupila do systému

COBRA (ten poskytuje v případě ukončení pracovního poměru výhodnější pojišťovnu přes zaměstnavatele – pozn. red.) a platila 700 dolarů měsíčně za kvalitní pojištění. „Poté, co bonus COBRA vypršel, jsme zůstali v šoku. Zjistili jsme, že rodinné pojištění stejného kalibru nenajdeme a že jako samoplátci máme v rámci našich finančních možností přístup jen k pojištění s vysokou spoluúčastí a malými výhodami,“ vysvětlila Jana s tím, že byla nucena riskovat nepojistit se a uklidňovat, že v případě vážnějších problémů poletí do ČR.

Na druhé dítě se Češka připravila pojišťovnou, která kryla prenatální péči a porod. Otěhotněla měsíc po jejím uzavření – v září 2003. Annette přišla na svět hladce následující rok v červnu. Problém se vynořil, když Janu odmítl přijmout lékař na postnatální prohlídku. Řekl, že pojišťovna neuhradila předchozí péči včetně porodu. Pojišťovna (Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey) požadovala za tyto úkony tisíce dolarů a argumentovala tzv. preexisting condition, tedy že těhoten-

ství existovalo ještě před uzavřením pojistky. „Četné telefonáty s pojišťovnou nepřinášely ovoce. Fakt, že jsem porodila v červnu, a tedy logicky nemohla otěhotnět v červenci a nosit dítě 11 měsíců, nikdo neakceptoval,“ uvedla Jana.

Neústupnost pojišťovny dovedla rodinu k rozhodnutí požádat o pomoc zákonodárce z New Jersey Anthonyho Bucca, který zaintervenoval. „Pojišťovna mi všechno proplatila, ale nikoli novorozené dceři, která zůstala v kategorii *preexisting condition*. Musela jsem se znovu obrátit na politika,“ vylíčila Jana hlavní body vleklého sporu.

Vzpomněla si přitom i na další strast s americkým zdravotnictvím. Když chtěla přejít na cenově výhodnější pojištění, pečlivě zjišťovala, zda s novou pojišťovnou spolupracuje stávající lékař, aby měla pro sebe i děti zachovanou kontinuitu péče. V době změn se ale dozvěděla pozdě, že pediatr smlouvu mezitím vypověděl. To přišlo zrovna v době nemoci novorozené dcery, kterou neošetřili.

Chybu Jana Bradley nevidí u lékařů, ale v systému. „Lékaři jsou stejně frustrováni jako pacienti. Mám s nimi dobré zkušenosti. Třeba naposledy mi ten můj řekl, že mohu být ještě ráda, že nejsem v jeho roli. To prý musíte neustále pojišťovně vysvětlovat, proč jste zvolili ten, a ne jiný diagnostický nebo léčebný postup,“ uzavřela vyprávění Češka.

Mgr. Lukáš Pfauser



Dopis od politika z New Jersey, který ženě pomohl

Kolik nám budou platit pojišťovny příští rok?

Dohodovací řízení o úhradách zdravotní péče pro rok 2013 skončilo většinou bez výsledku

Ministr zdravotnictví Leoš Heger změnou zákona o veřejném zdravotním pojištění zkrátí lhůty pro jednání a ztížil tak možnost dosažení dohody v době, kdy ještě nejsou známy aktuální údaje o vývoji finanční bilance systému veřejného zdravotního pojištění. Ministerstvo zároveň od počátku dávalo neoficiálním způsobem najevo svůj úmysl úplně zrušit dohodovací řízení, pokud nedojde mezi poskytovateli a pojišťovnami k dohodě, a přání nahradit sice řadou nedostatků trpící, leč přesto demokratický způsob jednání, direktivním rozhodováním ministerských úředníků.

Zdravotní pojišťovny od počátku dávaly najevo, že v dohodu nevěří, což dokazoval laxní přístup jejich vyjednávačů, kteří na rozdíl od připravených zástupců poskytovatelů přednesli své návrhy až na poslední chvíli. Stanoviska pojištěnec, které v souladu se zadáním Ministerstva zdravotnictví ČR navrhovaly snížení reálných úhrad, a představitelů zdravotnických zařízení, kteří logicky navrhovali alespoň takovou valorizaci plateb, která by pokryla zdravotnickým zařízením rostoucí náklady, byla natolik neslučitelná, že předběžné dohody bylo dosaženo pouze v segmentech praktických lékařů, gynekologie a dopravy.

Praktičtí lékaři

- Předběžná dohoda zachovává prakticky identická pravidla úhrady a stejné regulace, jaké známe z úhradové vyhlášky pro rok 2012.

Vzhledem k tomu, že ambulantním specialistům nebo komplementu, tedy dalším segmentům, v nichž vyjednával ČLK – o. s., nenabízely pojišťovny ani toto, po jistém váhání souhlasil s touto dohodou i zástupce ČLK – o. s.

Gynekologie

- Mělo by dojít k zavedení novinky v péči o těhotné ženy – péče nebude hrazena výkonově, ale tzv. agregovanou platbou.
- Gynekologem indukovaná péče o těhotné v odbornostech: 208 (lékařská genetika), 302 (dětská kardiologie), 809 (RTG)

a 816 (laboratoř lékařské genetiky) by měla být poskytujícím zdravotnickým zařízením hrazena prostřednictvím indukujícího zdravotnického zařízení z peněz, které pro tento účel obdrží od zdravotní pojišťovny (fund holding).

Tato část dohody zasahuje do úhrady v jiných segmentech, s nimiž nebyla projednána, a bude tedy pravděpodobně důvodem pro uplatnění veta ze strany dotčených segmentů.

Ještě závažnější by však byly pravděpodobné dopady na zdraví a bezpečnost pacientů. **Lékařská komora nemůže souhlasit s tímto útokem na autonomii lékařů v jejich rozhodování o způsobu léčení pacientů, byť je tento útok veden prostřednictvím tzv. pozitivní motivace. Lékař nemůže být existenčně závislý na tom, co uškodí na svých pacientech. Porušení toho etického imperativu, který hájí všechny profesní lékařské samosprávy na světě, by mohlo medicínu a lékaře zavést na scesti a poškodit pacienty.**

- Hodnota bodu zůstává stejná na 1,06 Kč, pouze výkony screeningu kolorektálního karcinomu (15120 a 15121) budou hrazeny s hodnotou bodu ve výši 1,03 Kč (toto snížení pro rok 2012 neexistovalo).
- Zdravotní služby poskytované nesmluvním poskytovatelem zdravotních služeb by měly být hrazeny výkonově s hodnotou bodu ve výši 50 % příslušné řádné hodnoty bodu.
- Zcela by měl zmizet institut nevýznamného počtu pojištěnců (50 od jedné pojišťovny za příslušné pololetí), a to v případě zákazu uplatnění regulací.
- Hodnoty a procenta regulačních mechanismů (s výjimkou již zmíněného zrušení nevýznamného počtu pojištěnců) zůstávají stejné.

Doprava

- U dopravní služby s nepřetržitým provozem dojednána stejná hodnota bodu, u ostatní dopravní služby pokles z 0,85 Kč na 0,80 Kč.
- Opět se zavádí maximální objemy úhrady touto základní hodnotou bodu, a to do 95 % objemu úhrady v referenčním období, pak se užije snížená hodnota bodu ve výši 0,50 Kč, a to max. do 105 % počtu uznaných

bodů referenčního období, možná výjimka na 108 %.

- U zdravotnické záchranné služby stejný stav oproti roku 2012, hodnota bodu 1,10 Kč pro zdravotní i dopravní výkony.
- U LSPP – stejný stav oproti roku 2012, hodnota bodu 0,95 Kč.

ČLK – o. s. se kromě praktických lékařů angažovala zejména v segmentech ambulantní specializované péče a komplement, v nichž byly návrhy zdravotních pojištěnec tak nevýhodné, že dohody nebylo možno dosáhnout.

Ambulantní specialisté

Zdravotní pojišťovny navrhovaly:

- Snížení hodnoty bodu u vyjmenovaných odborností.
- U ostatních hrazení péče základní hodnotou bodu 1,02 Kč, avšak pouze do výše 90 % objemu úhrady na unicitní rodné číslo v referenčním období.
- Sníženou hodnotou bodu (0,30 Kč) by byla péče hrazena pouze v rozmezí od 90 % do výše 110 % objemu úhrady v referenčním období, nad tento rámec už by nebyla hrazena vůbec.
- Zcela by zmizel institut nevýznamného počtu pojištěnců (50 od jedné pojišťovny za příslušné pololetí), a to jak v případě zákazu užití snížené hodnoty bodu, tak v případě zákazu uplatnění regulací. Regulační mechanismy i parametry by jinak zůstaly stejné.
- Hrazené služby poskytované nesmluvním poskytovatelem by byly hrazeny výkonově s hodnotou bodu ve výši 50 % řádné hodnoty bodu.

(Podrobný rozbor obsahuje článek kolegy dr. Jojka.)

Komplement

Zdravotní pojišťovny navrhovaly:

- Další snížení financí pro laboratorní komplement (plná hodnota bodu 0,67 Kč pouze do 90 % porovnávacího období, pak degrese do 110 % na 0,30 Kč, pak nic) i pro rtg komplement.
- Zastropování financí segmentu zdravotně pojistnými plány jednotlivých pojištěnec.
- Úhrada výkonů pro těhotné v odbornostech 809 (rtg) a 816 (genetika) prostřednictvím gynekologů.

Paradoxně došlo v tomto bodě ke shodě mezi pojišťovnami a Sdružením soukromých gynekologů, aniž by byly osloveny dotčené odbornosti komplementu.

Milan Kubek

Segment mimonemocniční ambulantní specializované péče: i pro rok 2013 nedohoda

Dne 21. 8. 2012 bylo tzv. velkým churalem ukončeno dohodovací řízení o hodnotě bodu a výši úhrad pro rok 2013 (dále také jen DŘ), jednání v segmentu ambulantních specialistů však fakticky skončilo již 24. 7. 2012, kdy proběhlo poslední izolované setkání zástupců příslušných zdravotnických zařízení (ZZ) a zdravotních pojišťoven (ZP). Výsledkem byla nedohoda. O úhradách naší péče bude i letos rozhodovat vedení ministerstva zdravotnictví (MZ).

Mám za to, že příčiny, proč jsme se se ZP nedohodili, lze rozdělit do dvou skupin:

1. Příčiny mimo samo DŘ.
2. Příčiny uvnitř DŘ.

Ad 1. Příčiny mimo samo DŘ jsou hlavně dvě:

- Od 1. 1. 2013 má být jako výsledek tzv. kultivace seznamu výkonů vydána jeho nová podoba, přičemž nikdo z účastníků jednání DŘ neměl nejmenší tušení, jak bude tento dokument vypadat. Je jisté pochopitelné, že domlouvat hodnotu bodu ve chvíli, kdy neznáte podobu základní legislativní normy, na niž máte navázat, vlastně nejde.
- Dle novely zákona 48/97 Sb. je letos poprvé nezbytné, aby výsledky jednání DŘ byly odezdány MZ nejpozději 120 dnů před koncem roku (dříve to bylo jen 90 dnů). Hlavní jednání tedy muselo proběhnout během prázdnin, kdy ještě nikdo neměl k dispozici solidní analýzy toho, jak dopadlo letošní první pololetí. Vedle legislativního prostředí tedy chyběly nezbytné ekonomické podklady.

Ad 2. Uvnitř DŘ bylo patrné, že představy ZZ a ZP o výši úhrady se velmi liší.

ZP navrhovaly:

- snížení ohodnocení naší práce. Za stejné množství práce bychom u VZP dostali asi o 7 %, u Svazu ZP (tj. u všech ostatních ZP) asi o 5 % méně peněz než v roce 2011. Pokud bychom chtěli vydělat alespoň tolik peněz jako před dvěma lety, museli bychom pro Svaz ZP odvést o 10 % výkonů více, u VZP bychom této výše úhrady nedosáhli nikdy. Strop byl zde stanoven na zhruba 96 % peněz. Limity chtěly všechny ZP stanovit jako absolutní z celkového objemu vyplacených peněz, nikoli (jak jsme zvyklí) podle průměru na unicitní rodné číslo. VZP navíc chtěla do výše

úhrad promítnout jakýsi index změny pojištěnců (myšleno změny jejich počtu, nikoli jejich nemocnosti), předběžné úhrady chtěla vyplácet ve výši jen 95 % úhrady v referenčním období. K tomu navíc VZP žádala, abychom souhlasili, že VZP nevydá za péči více, než si sama (nejspíše během příštího roku) naplánuje ve svém zdravotně-pojištném plánu.

- aby se limity úhrad vztahovaly i na ta ZZ, která ošetří i malý počet pojištěnců.
- jako referenční období rok 2011.
- aby služby genetiků a dětských kardiologů související s těhotenstvím pojištěnky byly hrazeny nikoli od ZP, ale přes gynekologa (přímou platbou snad ve výši vzájemně dohodnuté mezi ZZ), což ovšem se zástupci příslušných odborností nikdo nediskutoval. Ti se to dověděli až z textů návrhů ZP v rámci jednání našeho segmentu, přičemž kromě překvapení neskrývali radikální nesouhlas podložený řadou pádných odborných argumentů.
- aby výkony nenasmulované byly hrazeny 50procentní hodnotou bodu (tj. většinou 51 haléřů).
- významné přitvrzení regulačních limitů. U Svazu ZP by strop regulací u části položek (léky, ZÚM a ZÚLP) nebyl 40 % jako letos, ale 50 % (nad 100 % výdajů v referenčním roce), záleželo by na vůli ZP, zda by akceptovala medicínské zdůvodnění překročení mantinelů. VZP sice nechávala limity všude na 40 %, v jejím textu ale zcela chybělo ustanovení o 15% absolutním stropu pro všechny regulace, neuvědla ani 120denní lhůtu pro finanční vypořádání.

ZP tedy stručně shrnuto navrhovaly snížení úhrad, resp. tlak na ZZ, aby se jim vyplatilo pracovat max. jen v rozsahu do zhruba 90 % práce odvedené v roce 2011 s významným přitvrzením regulací.

ZZ navrhovala:

- zachovat stávající systém výpočtu úhrady, tj. při malém počtu pojištěnců (což jsme ze současných 50 navýšili na 100/pololetí) volný výkonový systém, jinak limitací průměrem na unicitní rodná čísla s navýšením hodnoty bodu o 13 % (procento, které plně odpovídá nárůstu našich nákladů se započtením inflace od doby, kdy bylo poslední zvýšení hodnoty bodu) se zachováním degrese (body nad limit podle vzorce by měly hodnotu 0,50 Kč – dnes máme jen 0,30 Kč).
- vzorec výpočtu úhrady doplnit o tzv. index výběru

pojištného, podle něhož by se úhrady ZZ navýšily (index by nesměl být menší než 1,00, takže by nemohlo dojít ke snížení úhrad) v případě, že by došlo k nárůstu výběru pojištného u ZP.

- jako referenční období příslušné pololetí roku 2012.
 - u péče o cizince hodnotu bodu 2 Kč.
 - regulovat ve všech položkách při překročení až 115 % nákladů referenčního období, a to max. do 40 % s absolutním stropem 15 % obrátu ZZ u dané ZP.
 - aby ZP mohly uplatnit regulace jen v případě, že ZZ prokážou, že nepostupovalo lege artis a že existuje jiný levnější způsob, který bylo možné užít.
 - aby ZP mohla regulační srážky uplatnit u max. 5% ZZ příslušné odbornosti, a to u těch, kde by překročení regulačních limitů bylo nejvyšší.
 - aby do regulací nebyly započítány zdravotnické prostředky s cenou již od 5000 Kč, nikoli až od 15 000 Kč, jak je tomu dosud. Také by zde nebyla uvedena dnes platná druhá podmínka, tj. nebyl by nutný souhlas revizního lékaře.
 - aby ZP měly povinnost ZZ zasílat průběžně informace o jejich nákladech na všechny regulované položky.
 - aby eventuální zálohové platby musely být minimálně 110 % objemu financí vyplacených v referenčním období.
- ZZ tedy chtěla roku 2013 odpovídající navýšení úhrady bez zhoršení rizika regulačních pokut, se zachováním dosavadního systému vycházejícího z limitu na unicitní rodné číslo, což doplnila několika ustanoveními, která by neznamena pro ZP žádné finanční výdaje navíc, ale jistě by měla za důsledek vylepšení komunikace mezi jednotlivými ZZ a ZP.

Během celého jednání poznamenaného, jak vyplývá z výše uvedeného, spěchem a neznalostí budoucí podoby seznamu výkonů nedošlo ke změně postoje ani jedné strany, takže jedinou zajímavostí navíc bylo to, že se opět projevila neochota ZP provadět kvalitně cílenou revizní činnost.

Během počáteční fáze jednání totiž bylo argumentováno tím, že ke snížení úhrad u nás všech dojít musí, neboť část z nás významným způsobem zneužívá např. výkazu výkonu telefonní kontakt, čímž si prý vždy dodatečně upravuje své průměry na rodná čísla, což má za důsledek nepřiměřený nárůst finanční zátěže ZP v našem segmentu.

V další fázi však ZP již konkrétní jednání k této věci odmítly, a to i přes naši výzvu, aby ZP toto sledovaly a s tím související finanční výdaje krátily cíleně a nepostihovaly kvůli tomu plošně segment jako celek.

Výsledkem je tedy nedohoda.

Zorjan Jojko

Unikátní systém prenatalní detekce vrozených srdečních vad v ČR je ohrožen

V Návrhu SZP ČR pro dohodovací řízení na rok 2013 je v oblasti gynekologie zakotven nový princip úhrad indukovaných prenatalních vyšetření, který stanoví, že tato vyšetření vykazuje indukující gynekolog a hraří je poskytovateli jiné odbornosti podle soukromé úmluvy. Indukujícímu gynekologovi mají být tyto výkony hrazeny agregovanou platbou, která bude vycházet z celostátních průměrů za výkony autorské odbornosti 208 a 816 ve výši 75 % celostátního průměru a za výkony autorské odbornosti 302 a 809 ve výši 90 % celostátního průměru.

Navržená změna může zásadním způsobem negativně ovlivnit dosavadní velmi úspěšný systém prenatalní detekce vrozených srdečních vad (VSV) a dalších srdečních onemocnění v ČR. Týká se úhrad dvou v této oblasti zásadních kódů, u nichž je hlavní odborností dětská kardiologie (302): kódu 32410 (screeningové prenatalní echokardiografické vyšetření) a kódu 32420 (specializované prenatalní echokardiografické vyšetření).

Česká republika patří k zakládajícím zemím prenatalního ultrazvukového screeningu v Evropě a v současné době také k zemím s nejvyšším prenatalním zachytem vrozených srdečních vad (VSV) na světě. Náš screeningový program je v zahraničí velmi ceněný a výsledky jsou průběžně publikovány v prestižních zahraničních časopisech (citace 1–3). Za vysokou úspěšností prenatalní detekce VSV v ČR (tab. 1) stojí unikátní program opírající se o úzkou spolupráci dětských kardiologů a gynekologů. Vysoký prenatalní zachyt kritických vrozených srdečních vad v ČR má velký podíl na skvělých výsledcích české dětské kardiologie a kardiochirurgie, protože umožňuje centralizaci porodů takto postižených dětí ve FN v Motole s jejich okamžitým předáním do specializované péče Dětského kardiocentra. **Program prenatalní kardiologie má i významné pozitivní ekonomické dopady,** ať již v důsledku ukončování těhotenství s komplexně postiženými plody, nebo pro výrazně nižší výskyt komplikací u včas diagnostikovaných a léčených novorozenců.



Česká kardiologická společnost ve svém stanovisku ze 30. 7. 2012 zásadně nesouhlasí se zamýšlenou změnou financování prenatalní detekce srdečních onemocnění, protože se obává, že nebude gynekology motivovat k ověření suspektních patologických nálezů specializovaným prenatalním echokardiografickým vyšetřením prováděným dětským kardiologem a v konečném důsledku výrazně naruší systém prenatalní detekce vrozených srdečních vad a dalších srdečních onemocnění srdce. Výsledkem může být jednak snížená detekce komplexních a těžko léčitelných vad s následným vyšším počtem novorozenců s těmito onemocněními v důsledku absence přesné diagnózy vedoucí dnes k ukončení těhotenství, jednak vyšší počet porodů kritických vrozených srdečních vad bez stanovené diagnózy s následným prodloužením v léčbě s vyšší pravděpodobností vzniku kom-

plicací a vyššími náklady. Dalším negativním důsledkem může být také zbytečné ukončení těhotenství při nepřesně určené diagnóze.

Podle údajů VZP bylo v roce 2011 provedeno 21 875 screeningových prenatalních echokardiografických vyšetření a 8162 specializovaných prenatalních echokardiografických vyšetření v celkové sazebníkové ceně 18 278 030 Kč. Tato vyšetření vedla v témže roce v ČR k 62 ukončením těhotenství z důvodu izolovaného nálezu komplexní vrozené srdeční vady bez přidružených malformací. Průměrná cena většinou chirurgické léčby takové srdeční vady činí ~400 000 Kč, tj. celkem 24 800 000 Kč jen v novorozeneckém období, s následně generovanými náklady v dalších letech v řádu milionů na jednoho pacienta. Přídavné náklady mohou v případě nefunkčnosti screeningu vzniknout také pozdním poznáním VSV a vznikem kardiogenního šoku s nutností řešit závažné komplikace. Z uvedené přibližné kalkulace vyplývá, že **prenatalní kardiologický screening je v současné podobě nejen medicínsky, ale také finančně efektivní,** a to i když se omezíme pouze na posuzování léčebných nákladů v bezprostředním novorozeneckém období.

Dětští kardiologové se budou rádi podílet na průběžné kontrole efektivity prenatalního screeningového programu srdečních onemocnění v ČR a mají k tomu veškeré potřebné údaje sbírané průběžně již od 80. let minulého století. Případné negativní zdravotní i finanční důsledky navržených úhradových změn v oblasti prenatalní detekce srdečních onemocnění by měly být velmi pečlivě zváženy.

Prof. MUDr. Jan Janoušek, Ph.D.,

předseda Pracovní skupiny pediatrické kardiologie ČKS,
vedoucí primář Dětského kardiocentra FN v Motole
(Odkazy na odborné prameny u autora textu.)

Tab.: Prenatalní detekce vrozených srdečních vad (VSV) v Evropě

Země	VSV		screening
	všechny VSV	kritické VSV	
Španělsko		52,6 %	regionální
Norsko		24,2 %	regionální
Francie	47,3 %		národní
Francie		90,2 %	regionální
Velká Británie	25 %		národní
Česká republika	30,2 %	81,7 %	národní
Skotsko	15 %	28 %	regionální
Evropa (EUROCAT, 12 zemí)	10–60 %		smíšený



ilustrační foto: shutterstock.com

Lékaři budou šetřit na těhotných

Nový systém plateb gynekology motivuje, aby neutráceli za drahá vyšetření genetikých vad dítěte. Část lékařů se podle zjištění MF DNES obává, že se v Česku může začít rodit více postižených dětí. Nový, úsporný systém plateb za vyšetření by totiž podle nich mohl zhoršit péči o těhotné ženy.

Dnes vyšetření a laboratorní testy proplácí pojišťovny přímo laboratorním, kam lékaři ženy posílají. To se však podle zjištění MF DNES změní a od příštího roku budou dostávat peníze od pojišťovny za péči o těhotnou jednotliví gynekologové – omezený balík, z něhož budou svým pacientkám vyšetření a testy platit.

Kritici se bojí, co se stane, až gynekolog překročí limit peněz, které mu zdravotní pojišťovna dala. „Neumím si představit, že to budou ženám platit z vlastní kapsy. Prostě ženy na vyšetření nepošlou,“ říká specialista na zdravotnické právo Ondřej Dostál.

Gynekologové navíc budou motivováni co nejvíce šetřit už od začátku – co uspoří, to jim zůstane.

„Naprostě s tím nesouhlasíme, je to návrat o čtyřicet let zpět. Pacientkám to nepři-

nese žádný užitek, naopak hrozí, že se budou rodit děti se srdečními vadami a geneticky postižené,“ kritizuje novinku Zorjan Jojko, předseda Sdružení ambulantních specialistů. Změnu si vymohli sami gynekologové, pro které je výhodná. Zároveň tvrdí, že se tak zamezí plýtvání, což prý péči prospěje.

Šéf České gynekologické a porodnické společnosti, která nový model financování gynekologů prosadila, nezastírá, že cílem je ušetřit. Avšak tvrdí, že pro pacientky to bude přínos. „Chceme jít do budoucna touto cestou nákupu péče. Je pravda, že se to radě subjektů nelíbí, ale je to krok správným směrem, zamezí to plýtvání a mohou vzniknout úspory,“ říká Vladimír Dvořák.

Jaké plýtvání má na mysli? „Třeba zdvojená vyšetření. Proto je to podle mě pro ženy přínos, když žena nemusí projít dalším zatěžujícím vyšetřením, které je stejné, jako se jí už jednou dělalo,“ vysvětluje. A tvrdí, že se nebojí, že by ženy nedostaly péči, kterou potřebují. „Česká pacientka je spíš převyšovaná než nedovyšetřená. Nebojím se, že by lékaři chtěli šetřit a neposlali ženy na potřebné testy,“ míní.

A spokojená je i největší zdravotní pojišťovna VZP. „U zubařů tento princip již léta funguje v případě zubních laboratoří a rentgenových snímků,“ říká její mluvčí Jiří Rod.

A dodává: „O tento model mají zájem i další lékařské segmenty, ale zatím se nepodařilo detailně rozpracovat konkrétní skupiny pojištěnců a specifický typ péče pro tento model.“ A to už je pro pacienty zlá zpráva.

Nemám na vás peníze, máte smůlu

Potíž je, že v dobách, kdy exministr zdravotnictví David Rath nastavil lékařům tvrdé limity na laboratorní vyšetření a fungoval tedy v jistém smyslu podobný model, jaký chtějí gynekologové, stalo se přesně to, čeho se kritici nového modelu financování obávají: lékaři na vyšetření skutečně přestali pacienty posílat. Jinak by je platili z vlastní kapsy.

„Gynekolog mi řekl, že má překročený limit a že mám přijít na kontrolu a stěry až za čtyři měsíce, že to stačí. Když jsem přišla, bylo už pozdě. Rakovina byla tak pokročilá, že jsem přišla o dělohu a nemůžu mít děti,“ popsala MF DNES jedna z žen, které úsporný systém lékařů postihl a která se s lékařem dodnes soudí o odškodné.

„Sám jsem z té doby taky jeden takový případ řešil a snažil se pomoci ženě vysoudit odškodné,“ říká právník Ondřej Dostál.

Proto také plán gynekologů řadu lidí nadzvedl. „Je to nesmysl, žádný přínos pro pacientku v tom nevidím,“ říká i patolog Aleš Ryška z fakultní nemocnice v Hradci Králové. Jeden z těch, u nichž se vzorky odebrané ženám vyšetřují a jejichž laboratoře přijdou ve prospěch gynekologů o peníze.

„Benefit je tu jediný – pro gynekology, kteří se budou snažit ušetřit peníze a mnohem snáz tak mávnou rukou nad některými vyšetřeními a nenechají je ženám udělat,“ obává se a dodává, že všechny laboratoře jsou zásadně proti a už sepisují nesouhlasné stanovisko. „Gynekologové se to snažili prosadit už v loňském roce, ale tehdy se to právě díky masivnímu odporu laboratoří povedlo zazit,“ vysvětluje Ryška.

Předseda Sdružení ambulantních specialistů Zorjan Jojko doplňuje, že také genetici, dětské kardiologové i rentgenologové už sepisují své veto k dohodě pojišťoven a gynekologů.

„Jsme na světové špici, co se týče péče o těhotnou ženu a o děti, a my si to tímto chceme sami rozbít a vrátit se o 40 let zpět? To budeme zase čekat, až se nám začnou rodit postižené děti?“ kroučí hlavou. Definitivně se má rozhodnout o novém způsobu plateb mezi gynekology a zdravotními pojišťovnami na konci srpna.

Lenka Petrášová

Mladá fronta Dnes, 11. 8. 2012



ilustrační foto: shutterstock.com

Péči o těhotné podle gynekologů změna plateb laboratorním neohrozí

Péči o těhotné ženy podle prezidenta České gynekologické a porodnické společnosti Vladimíra Dvořáka změna v platbách za laboratorní vyšetření neohrozí. Teď je platí laboratorním zdravotní pojišťovny, od příštího roku by si je měli u laboratorňáků kupovat gynekologové z peněz od pojišťoven.

Podle kritiků hrozí, že gynekologové budou svůj rozpočet šetřit, ženy na vyšetření nepošlou, a tak se bude rodit víc dětí s genetickou vadou.

„Je to naprosto absurdní tvrzení, na indikovaná genetická vyšetření, která jsou doporučena odbornou společností, budou mít gynekologové prostředků určitě dostatek,“ řekl Dvořák ČTK.

O laboratorní vyšetření dosud může žádat pro svoji pacientku, tedy i pro těhotnou ženu, kterýkoli lékař. Dvořák mluví o přínosu pro těhotné. Pokud bude testy koordinovat jejich gynekolog, nebudou muset podstupovat opakovaně stejná vyšetření, na která je pošle několik lékařů.

„Pacientkám to (změna v platbách) nepřinese žádný užitek, naopak hrozí, že se budou rodit děti se srdečními vadami a geneticky postižené,“ tvrdí kardiolog Zorjan Jojka. „Sto tisíc rodiček ročně znamená přes 200 000 bytostí, a to není málo osudů, o které lze mít starost,“ varoval senátor ČSSD Jan Žaloudík.

Dvořák uvedl, že podobně jdou formou nákupu péče zubaři s rentgenovými vyšetřeními a vše funguje dobře. Problém podle něj vidí zřejmě ti, kteří vyšetřují těhotné, aniž je k nim poslal gynekolog, případně ti, kteří doporučovali vyšetření, jež se rutinně z veřejných prostředků těhotným nedělají v ČR a podle Dvořáka ani jinde ve světě.

„Problém pro některé zřejmě je, že plátcí zdravotní péče a zástupci profesního sdružení a ambulantních gynekologů chtějí, aby péče o těhotné byla v souladu s odbornými doporučeními,“ poznamenal Dvořák.

Po změně by lékařům jiných odborností klesla úhrada od pojišťovny. „Nebude to proto, že by se zhoršila péče o těhotné, ale že ji bude předepisovat a její provádění kontrolovat registrující gynekolog, což je celosvětový trend,“ shrnul Dvořák.

Podle mluvčího Všeobecné zdravotní pojišťovny Jiřího Roda přinese změna pojišťovně úsporu, nebude platit opakovaně stejná vyšetření. Pojišťovna jedná o stejné změně i s dalšími lékařskými odbornostmi. Podle Jojky však lékaři nesouhlasí, genetici, dětská kardiologové a rentgenologové prý budou plánovanou dohodu pojišťoven s gynekology vetovat.

Ročně se v ČR narodí kolem 4600 dětí s vrozenou vadou, od nejzávažnějších, které ohrožují dítě na životě, až po vady, které při dobré lékařské péči nemusejí mít téměř žádný vliv na kvalitu života.

Podle nejnovějších dat za rok 2009 byly s použitím metod prenatalní diagnostiky odhaleny závažné vady plodu u 502 těhotných žen. Téměř 60 procent požádalo o umělé ukončení těhotenství ze zdravotních důvodů.

Nada Myslivcová

ČTK

STAGNACE ÚHRADY JE NEPŘIJATELNÁ A DRZÁ

V segmentu zdravotnické záchranné služby je stagnace úhrady na úrovni roku 2012 nejen absurdní, ale podle mého názoru nepřijatelná a neslušná, spíše drzá. Každý občan této země ví, že nárůst všech cen a cen vstupů probíhá a bude v příštím roce ještě větší. Podívejme se třeba na růst cen pohonných hmot. Z těchto důvodů by logicky měla pro zdravotnickou záchrannou službu vzrůst i úhrada. Zdravotní pojišťovny se chovají sprostě. Když vezmeme v potaz, jak nepatrné procento nákladů pojišťoven představují platby za záchrannou službu, tak i kdyby byla úhrada zvýšena na dvojnásobek (což by odpovídalo reálným cenám na trhu a růstu našich nákladů v uplynulých letech), šlo by jen o pouhé 0,02 % a to by nikdo ani nepocítil...

Zdeněk Schwarz

ředitel Pražské záchranné služby a senátor za ODS



ilustrační foto: shutterstock.com

Kde jsme? Proč jsme se tam dostali?

Ekonomická i sociální situace v ČR by byla mnohem lepší, kdyby zásadní rozhodnutí, včetně protikrizových, byla přijímána na základě skutečného sociálního dialogu a širokého celospolečenského konsenzu.

V České republice se privatizovalo v posledních 20 letech národního majetku za více než jeden a tři čtvrtě bilionu korun (1780 mld. Kč, z toho 1 bil. Kč do roku 1997). Tento objem je stále ještě o 14 % vyšší než současná úroveň celého veřejného dluhu České republiky. Na privatizaci vydělal kdejaký spekulant. Státu převádějícímu do soukromých rukou ohromné majetky nezůstalo téměř nic, jen stále rostoucí dluhy. Šance využít tento majetek k eliminaci dluhů a k nastartování dlouhodobého rozvoje ČR byla promarněna.

Soutěž ve snižování daní z příjmu, majetkových daní a pojistných odvodů

Soutěž ve snižování daní z příjmu, majetkových daní a pojistných odvodů, která akcelerovala v České republice v posledních 10 letech, vedla ke snížení příjmů veřejných rozpočtů v rádech stovek miliard korun. Předchozí tři tzv. reformy veřejných financí v letech 2004–2010 skončily pravidelně snižováním daní firmám, OSVČ a vysokopříjmovým skupinám obyvatelstva. Tento proces byl doprovázen zvyšováním

zdanění u středně- a nízkopříjmových skupin, a to zvyšováním DPH, spotřebních daní a zavedením zdravotních poplatků. Například přímý dopad tzv. Topolánkovy reformy (včetně zavedení rovné daně) na příjmovou stranu státního rozpočtu se pohyboval při plném náběhu okolo 90 mld. Kč ročně (polovina z této částky měla být kompenzována zvýšením DPH, polovina škrty na výdajové straně rozpočtu). K tomu je však třeba připočítat nepřímou ztrátu dalších 50 mld. Kč rozpočtových příjmů způsobenou touto reformou.

Vláda Mirka Topolánka přebírala českou ekonomiku ve výrazné růstové fázi. V roce 2006 dosáhl růst HDP 6,8 % a v roce 2007 6,0 % HDP. Takzvaná reforma veřejných financí, spuštěná v roce 2008, srazila meziročně ekonomický růst na pouhých 2,5 %. „Reformní“ zpomalení ekonomického růstu v roce 2008 znamenalo nerealizovaný růst HDP v rozsahu zhruba 126 mld. Kč, což reprezentovalo nerealizované příjmy veřejných rozpočtů v rozsahu okolo 50 mld. Kč. Právě tyto promarněné peníze mohly při nástupu světové ekonomické krize v roce 2009 významně pomoci zmírňovat její nejhorší dopady jak na obyvatelstvo, tak i na podniky.

Se snižováním daní vláda neskončila ani za ekonomické krize roku 2009, a jak se ukazuje, nezamezí mu ani další krizová etapa, na jejímž počátku se právě nalézáme. I již schválená daňová „reforma“ současné vládní

koalice s odloženou účinností do roku 2014 počítá se snížením daní a pojistného v celkovém rozsahu cca 20 mld. Kč, a to především u firem a OSVČ.

Masivní dlouhodobé snižování daní a výrazná restrukturalizace daňového inkasa od zdanění příjmů a majetku ke zdanění spotřeby vedla v České republice k vytvoření defektního daňového systému, který není schopen produkovat dostatečné příjmy pro nezbytné veřejné potřeby. Veřejné finance České republiky se dostaly do velmi vratké polohy, kdy vyrovnanost mezi vlastními příjmy státu a jeho nezbytnými výdaji je dnes možná jen v situaci, kdy ekonomika dosahuje velmi vysokého tempa nominálního růstu HDP (podle propočtů ČMKOS nad 10 % ročně). Toto je jedna z hlavních příčin, proč veřejné finance a zvláště státní rozpočet v současné době ekonomické stagnace, resp. poklesu, neustále směřují k velmi vysokým deficitům (okolo 200 mld. Kč ročně), a to přesto, že jsou přijímána další a další drastická omezení, především na výdajové straně veřejných rozpočtů.

Ignorování celosvětové krize a jejích dopadů na českou ekonomiku vedlo k přehnaným odhadům růstu HDP na rok 2009, a tím i k nereálné sestavenému státnímu rozpočtu i dalším veřejným rozpočtům. Státní rozpočet skončil proti plánu v deficitu vyšším o cca 190 miliard Kč.

„Reformní úsilí“ současné koalice ODS-TOP09-VV/LIDEM

Přes hesla o „rozpočtové zodpovědnosti“ prosazuje současná vláda „reformy“, které zřetelně prohlubují deficity veřejných financí.

Snaha o další absolutní snižování deficitů státního rozpočtu v období nástupu dalšího kola ekonomické krize je nesmyslná. Tlak na snižování deficitu v prvé řadě omezuje výrazně růst, a tím příjmy veřejných rozpočtů. To pak vyvolává další rozpočtové deficity. Deficit, který se vláda snaží vyhodit dveřmi, se nám vrací oknem. Bohužel již nejde o žádnou teoretickou úvahu, přesně tento proces můžeme v současnosti v ČR pozorovat.

Vedle toho však vláda přijímá „reformy“, které přímo způsobí další dodatečné „reformní“ deficity vedle již hrozivě narůstajících „běžných“ deficitů veřejných financí. V prvé řadě jde o tzv. důchodovou reformu, která vyvedením 3 % pojistného ze státního rozpočtu způsobí deficit zhruba 20 mld. Kč ročně. I do roku 2014 odsunutá daňová reforma v sobě skrývá další pokles daní a pojistného – především korporacím a OSVČ v rozsahu cca 20 mld. Kč ročně. Tzv. zdravotní reforma prohlou-

buje deficit veřejného zdravotního pojištění, který je navíc umocňován již uskutečněným či připravovaným zvyšováním DPH.

Vedle těchto základních „milníků“ však existuje jeden, který se může stát pro veřejné finance zničujícím. Jde o zjevnou neschopnost současné vlády – a co hůře i státní administrativy – zvládnout proces čerpání prostředků z Evropské unie. Najevo vycházejí nejen případy nekorektního, až korupčního nakládání s prostředky EU, ale také zásadní systémová pochybení v oblasti kontroly tohoto procesu. Deficity veřejných financí, které aktuálně hrozí kvůli výpadku evropských peněz pro nejbližší léta, jsou takového objemu, že je nelze vyrovnat bez zásadní a trvalé destrukce veřejných služeb, sociálního, důchodového a zdravotního systému České republiky.

Skryté dluhy

Vedle oficiálních deficitů a dluhů nelze v žádném případě zapomínat na skryté dluhy české společnosti. O skrytých dluhích se svého času velmi silně diskutovalo v souvislosti s bývalým komunistickým režimem. Tomu se především vytýkalo, že jeho oficiálně vyrovnané finanční hospodaření a v zásadě nulové zadlužení bylo vykoupeno enormním nárůstem skrytých dluhů. Šlo o zdevastované životní prostředí, zanedbanou infrastrukturu a bytový fond, zhoršující se zdravotní stav obyvatelstva atd. Kupodivu už méně se poukazyvalo na fakt, že nedílnou součástí skrytého dluhu byla dlouhodobá stagnace životní úrovně českých občanů.

I současná a předchozí vládní garnitura vytvořila a vytváří skryté dluhy. Tyto dluhy jsou přímým důsledkem vládních představ o tzv. nápravě veřejných financí. „Nápravě“ v prostředí rozbujelé korupce, v prostředí zdeformovaného systému zdanění, v prostředí bez ekonomického růstu. Jsou důsledkem vládní politiky plošných škrtů a přenášení daňového břemene od zdanění příjmů a majetku ke zdanění spotřeby, od zdanění firem a vysokopříjmových skupin obyvatelstva ke zdanění občanů s průměrnými a podprůměrnými příjmy, od zdanění bohatých ke zdanění chudých.

Celá infrastruktura České republiky v nejširším slova smyslu je dnes poznamenána narůstajícími vnitřními dluhy – obranou a bezpečností počínaje, přes zdravotnictví, školství, vědu, kulturu, ochranu životního prostředí až např. po dopravu.

Předávkované restrikce

Vláda dodnes nepředložila žádný aktivní protikrizový plán pro českou ekonomiku.

Budou-li pokračovat snahy o řešení dluhové krize především cestou škrtů, a tedy omezení výdajů státu, pak nevyhnutelně bude docházet k redukci vnitřní poptávky – tedy investic a soukromé či vládní spotřeby. Tyto složky ve všech vyspělých zemích tvoří více než tři čtvrtiny HDP a jejich zpomalení se projeví jak ve stagnaci, tak případně i v poklesu HDP.

Evropská ekonomika, jíž je ta česká nedílnou součástí, a – jak se ukazuje – v míře vyšší, než je obvyklé, však potřebuje především najít kompromis mezi politikou škrtů a politikou podpory hospodářského růstu. Hledání této rovnováhy chybí české hospodářské politice, pokud vůbec o něčem takovém můžeme v případě současné vlády hovořit.

Je třeba zdůraznit, že ani v roce 2012 naše ekonomika nepřekoná úroveň HDP z roku 2008. Takto katastrofální výsledek dělá z ČR ve středoevropském prostoru raritu. Předkrizové úrovně se totiž podařilo dosáhnout ve všech sousedních zemích – Polsku, Slovensku, Německu a Rakousku již v roce 2011. Mezinárodní pozice ČR v rámci zemí EU-27 se v předchozích třech letech výrazně zhoršila. I to je výsledek bezradné hospodářské politiky „rozpočtové odpovědné“ vlády.

Tento trend pokračuje i v letošním roce. Zatímco všichni sousedé České republiky zaznamenali v I. čtvrtletí ekonomický růst (Německo 1,2 %, Rakousko 0,7 %, Polsko 3,8 %, Slovensko 3,2 %), Česká republika zaznamenala ekonomický pokles –0,7 %. Tím se fakticky připojila k zemím, na které nejvíce dopadá ekonomická krize. Právě ta krize, proti které nás vláda údajně svými kroky brání?!

Česká ekonomika bude mít za sebou celkem 4 roky krize, kdy nebyla schopna překonat předkrizovou úroveň HDP, a nemá šanci ji s touto vládní politikou překonat ani letos. Byla to totiž především vládní politika „předávkované“ restrikce, která přivolala na českou ekonomiku další vlnu krize a která v následujícím období bude velmi negativně ovlivňovat její hloubku. Vláda se ráda vymlouvá na vnější vlivy, které měly krizi zavinit. Tyto ekonomické vlivy však v současnosti působí protikrizově. Růst sousedních ekonomik, především té německé, na které je ČR nejvíce závislá, dnes podporuje růst i v ČR, avšak nikoliv tak silně, aby převážil prokriзовě působící opatření naší vlády.

Schválený státní rozpočet počítal pro rok 2012 (při odhadu reálného růstu HDP o 2,5 % a nominálního o 5,2 %) se schodkem 105 mld. Kč. To znamená oproti skutečnosti roku 2011 snížení deficitu o 37 mld. Kč. Snížení odhadu

vývoje ekonomiky na počátku letošního roku zhruba na nulu (reálný HDP 0,2 %, nominální 2,2 %) vyvolalo nutnost, pokud má být zachován schválený schodek, eliminovat dodatečný deficit. Vláda přijala v únoru dodatečné škrtky ve státním rozpočtu v rozsahu 24 mld. Kč. Tím se meziročně snížila poptávka již o 61 mld. Kč.

Nicméně ani to, jak ukazuje vývoj plnění státního rozpočtu za leden až květen, nebude pro naplnění plánovaného schodku stačit. I přes zmíněnou únorovou restriktu totiž dosáhl deficit státního rozpočtu za leden až květen hodnoty –79 mld. Kč a je oproti alikvótně rozpočtu vyšší o 35 mld. Kč. Čili za prvních pět měsíců letošního roku byl plánovaný deficit naplněn již ze 75 %. I vývoj v jednotlivých daňových okruzích dává tušit, že deficit SR bude za letošní rok bez dalších dodatečných škrtů vyšší minimálně o 20–25 mld. Kč.

Obzvláště varovný je vývoj v oblasti DPH. Inkaso této daně, kterou lze považovat za reformní „vlajkovou loď“ vládní koalice, je za prvních pět měsíců nižší oproti skutečnosti minulého roku o 2,3 mld. Kč! A to za situace, kdy došlo ke zvýšení snížené sazby DPH o 4 procentní body! Zvýšení snížené sazby DPH výrazným způsobem zvýšilo spotřebitelské ceny základních životních potřeb, ale státní rozpočet na této dani vybral méně než loni! To je ve skutečnosti naprosté fiasco rozpočtové politiky této vlády. Rozpočet předpokládal, že ze zvýšené DPH zinkasuje navíc cca 23 mld. Kč (za pět měsíců to mělo být necelých 10 mld. Kč), a nezinkasoval nic. Naopak – zvýšení cen a jasný pokles spotřeby obyvatelstva přinesly do státní pokladny méně peněz než v minulém roce. Občan-spotřebitel dal jasně najevo, co si o těchto ekonomických eskamotážích současné koalice myslí...

Deficit rozpočtu však může být – a velmi pravděpodobně i bude – vyšší o další desítky miliard korun z titulu zastavení plateb z EU. Státní rozpočet totiž počítá celkem se 135 mld. Kč příjmů z EU. Pokud by vláda i nadále trvala na deficitu 105 mld. Kč, muselo by dojít k dalším škrtům v rozsahu minimálně 20–25 mld. Kč (bez vlivu plateb z EU) ještě v letošním roce. Celkově by se tedy z roku na rok z titulu „snížení schodků“ snížila vnitřní poptávka minimálně o 80–85 mld. Kč, které by nebyly ze státního rozpočtu vydány. Toto snížení poptávky reprezentuje proti roku 2011 pokles HDP cca o 2 %. To ovšem zase vytvoří další pokles příjmů veřejných rozpočtů o cca 40 mld. Kč a tak dále...

Vybráno z analýzy

Českomoravské konfederace odborových svazů

Zdravotnická zařízení jsou svíčka, která ohořívá z obou stran

Jedním ze spoluautorů rozsáhlého materiálu ČMKOS o současné tíživé ekonomické situaci České republiky a možných nástrojích k jejímu řešení je makroekonom Ing. Martin Fassmann. Je také členem Správní rady VZP, kde vede pracovní skupinu pro finance a audit. Z materiálu jsme citovali část popisující vývoj v posledních letech (redakčně krácenou, celý materiál i s východiský je k dispozici na webu ČMKOS). Ing. Fassmanna jsme proto požádali o rozhovor o dopadech ekonomického vývoje na zdravotnictví a o možných cestách k řešení.

Materiál odborů dosti zevrubně popisuje stávající situaci a vývoj, který jí předcházela. Jste také členem Správní rady VZP, takže určitě můžete posoudit, jak se celková ekonomická situace a vývoj odrážejí na finanční stabilitě zdravotnictví.

Problémy veřejných financí, speciálně státního rozpočtu, se samozřejmě přelévají do zdravotnictví, do oblasti zdravotního pojištění. Ministr Kalousek je známý dvěma charakteristikami, které jako červená nit procházejí celým jeho angažmá na ministerstvu financí, ať už za Topolánkovy vlá-

dy, či za současné, Nečasovy. On se veškeré problémy, které prvotně vznikají ve státním rozpočtu, speciálně v oblasti nedovýběru daní, snaží přesunout jinam, ať již do místních rozpočtů, či do rozpočtů zdravotního pojištění. A za druhé vyčerpává a již vyčerpával veškeré rezervy kdekoli. Nezvyšuje platbu za státního pojištěnce, protože na to kvůli nižšímu výběru daní nemá, a na druhou stranu zdravotnictví dále zatěžuje zvýšením DPH. Čili on nejenže peníze do zdravotnictví nepřidává, ale on je ještě vysává. A na té situaci, která zde nyní panuje, se podepsal ještě třetí kanál, který byl a je u zrodu aktuálního problému zdravotního pojištění a který se táhne od let 2008–2009. Tehdy se totiž pojistné plány odvodily od naprosto špatných odhadů dalšího vývoje ekonomiky zpracované MF ČR. To očekávalo razantní růst ekonomiky (+4,8 %) a výsledkem byl její razantní pokles –4,7 %. To pak vedlo k výdajům, které pak nebyly adekvátně kryty příjmy. A to se táhne dodnes. Tím vším došlo k vyčerpání rezerv zdravotního pojištění. A ono to platí pro celou tzv. rozpočtovou sféru. Kvůli krokům vlády – snižování daní, špatný výběr atd. – stát přestává být schopen platit některé sociální věci, vyčerpává se zdravotnictví, a dokonce již přestávají stačit

peníze na samotnou funkci státu, což může vést až k ohrožení demokracie.

Tohle vše pak sekundárně dopadá na zdravotnická zařízení – jak nemocnice, tak soukromé ordinace. Vy jste to kdysi popsali jako svíčku, která ohořívá z obou konců. Jak jste to myslel?

Zdravotnickým zařízením na jedné straně nestoupají adekvátně příjmy od pojišťoven, respektive jim dokonce klesají, a na druhé straně jim kvůli vyššímu DPH stoupají náklady. Překvapuje mne proto lehkost, s jakou to většina zdravotníků přijímá. Je pravda, že například lékaři možná ušetří nějaké peníze na daních, ale může se jim stát, že skončí, protože je pojišťovny z ekonomických důvodů nebudou chtít, nebo přijdou o zaměstnání. Každá hůl má dva konce. A jak jsem již řekl, prazákadem je dlouhodobá politika snižování daní a ořezávání veřejného sektoru.

Součástí onoho rozsáhlého materiálu, který odbory připravily, je i velmi podrobný výčet kroků, které by se měly udělat, aby se ekonomická situace zlepšila. Pokud jsem to dobře pochopil, tak jde zjednodušeně o dvě oblasti. Odstranění korupce a nastavení spravedlivých daňových pravidel na jedné straně a prorůstová politika na straně druhé. Je to tak?

V podstatě ano, jen bych dodal, že důsledné odstranění korupce je ještě takzvané „před závorkou“, jakási nultá etapa, ještě před vámi zmíněnými dvěma základními oblastmi. Korupce už napadá základní pilíře našeho státu, je prorostlá jako houba celou strukturou. Podle mě její odstranění je reálnou podmínkou pro uskutečnění dalších kroků, protože když to řeknu lapidárně, je nutné, aby se peníze, které by měly být věnovány na roztočení ekonomiky nebo na odstranění některých dopadů krize, nerozkradly.

Transparency International uvádí, že republika kvůli korupci přichází o 200–300 miliard ročně. Je to možné? Počítali jste to taky tak?

Otázka je, jak se to počítá. Jsou různé metody, ale s tím bych tady nechtěl zdržovat. Oni svůj odhad odvozují od množství peněz ve veřejných zakázkách a velikosti případné provize. Domnívám se, že jejich čísla jsou možná, ale vezměte si: kdybychom šli na nižší odhad, na polovinu, tedy na 100 miliard, tak



Foto: archiv ČTK

jsme na ročním deficitu státního rozpočtu. Čili když to hodně přeženu, tak by stačilo o polovinu snížit korupci a nemáme problém s rozpočtem.

Je pravda, že čím je korupce ve státě vyšší, tím nižší je ekonomický růst?

Samozřejmě. Korupce působí mnoha směry. Jednak deformuje ceny – cena podpořená korupcí je vyšší než cena na trhu. Za druhé: korupční prostředí staví zcela jiné hierarchie vztahů mezi jednotlivými podnikatelskými subjekty. Celosvětově se ukazuje, že vysoká korupce odrazuje některé firmy od chuti v té zemi podnikat. Naopak přitahuje kapitál podivného původu. Takže korupce brzdí ekonomiku a brzdí skutečně slušné podnikatele a firmy, protože ten, kdo dává, má navrch. Deformované vztahy také navíc znemožňují získávání relevantních dat pro řízení ekonomiky. A v neposlední řadě jde také o ohrožení samotné demokracie, kdy vzniká takzvaná kleptokracie.

Jaké jsou tedy základní principy vašich návrhů na kroky, které by se měly provést?

Náprava disproporcí, které jsou na trhu, obecně zrovnoprávnění subjektů v celém tržním prostředí, ať již se to týká daní, přístupu k veřejným službám atd. Hledání opatření k tomu, aby se dalo aktivně něco dělat, protože podle našeho názoru nelze jen nečinně sedět. Krize se bude ještě prohlubovat. Důležité je také hledání zdrojů, abychom ona opatření mohli provést. Přitom peníze, které chybějí, se dají najít. Dá se dokonce říct, že leží na ulici, jen je musí někdo chtít zvednout. Když se odstraní největší excesy v naší daňové soustavě, v podstatě devadesát procent občanů státu to negativně nepocítí. Je to také hodně o zlepšení prostředí. Například zavedení registračních pokladen by vedlo k tomu, že by se tolik nekradlo – nekrátily by se tolik tržby a tím pak daň z příjmu a pojištění. Někdo má stále s jejich zavedením problémy, ale bezpečně vím, že již po nich volají i sami podnikatelé. Dochází totiž k situaci, kdy na trhu není reálná kontrola tržeb, některé subjekty jsou takzvaně pod hladinou – nemusí platit DPH, čímž neoprávněně konkurují těm, kteří DPH platí. A nikdo to nekontroluje, protože neexistuje nástroj, jak to zkontrolovat.

Tohle je šedá ekonomika. Část peněz jde mimo systém a není zdaněna. Máte představu, o jak velkou částku jde?

Napsal jsem o tom celou knížku a odpovědět není úplně jednoduché. Opět existují různé metody a různé filozofie, jak šedou ekonomiku odhadovat či měřit. Odhad Českého

statistického úřadu je pět procent HDP. Čili pokud HDP tvoří čtyři biliony, pak jde o částku 200 miliard. Existují i odhady jdoucí až k dvaceti procentům, a to již tvoří 800 miliard. Není však úplně podstatné, kolik to je, ale fakt, že tyto jevy se stávají čím dál zjevnějšími a negativnějšími, a nic se neděje. Pokud se stanou takzvaně normálními, společností akceptovanými, mohou být již nevratné.

Druhý pilíř vašich návrhů se týká roztočení ekonomiky. Jde to bez zadlužování? Vláda vás často obviňuje, že chcete zadlužit stát a dovést nás do Řecka.

My jsme se snažili ukázat, že peníze jsou a je potřeba je pořádně vybrat a spravovat. Navíc – a za to nás vláda kritizuje a označuje za rozhazovačné – říkáme, že tak prudké snižování deficitu, jaké navrhuje, je nesmyslné a že bude ekonomice škodit. Navrhovali jsme, aby se na dva nebo na tři roky stabilizoval deficit na úrovni 110–120 miliard a nesnižoval se. Jsme přesvědčeni, že Kalouskovými experimenty se ekonomika dostává na sestupnou spirálu. Deficity se vytvoří stejně, ale jde o pasivní výsledek špatné politiky. Pro ekonomiku se aktivně neudělalo nic. Když nastupovala Topolánková vláda, byl státní dluh nějakých 970 miliard, nyní je již bilion a 600 miliard. Přitom vlády pravicové koalice stačily ještě vyčerpat rozpočtové rezervy, které ležely na účtech jednotlivých resortů, v rozsahu asi 140 miliard. K tomu ještě spotřebovaly rezervy na účtech zdravotních pojišťoven, speciálně VZP. Celkově, suma sumárum, jde o nějakých 170–180 miliard.

Čili vy nechcete další zadlužování, aby nám hrozilo Řecko, ale domníváte se, že ony peníze, které by se neškrály, by pomohly rozjet ekonomiku...

Samozřejmě, cesta do Řecka, která vedla k volebnímu výsledku a vládě této koalice, bude následovat po jejích krocích. Kombinace špatného výběru daní a ekonomického poklesu nemůže skončit ničím jiným než dalším nárůstem deficitu a potažmo státního dluhu. My říkáme, že nyní je prvotní ekonomický růst, protože ten je nejlepším stabilizátorem veřejných financí. K rozpočtové rovnováze ani k růstu se nelze proškrtat.

Kam by ty finance měly být směřovány, aby působily prorůstově?

Jde o dlouhodobější debatu, která vychází ze struktury ekonomiky a jejího směřování. Ale v krátkodobém horizontu je potřeba udělat některá rychlá opatření, která reagují na krizi. Například podpora nájemního bydlení a urychlení výstavby 50 tisíc bytů. Bytová výstavba má totiž výrazný multiplikační efekt



Ilustrační foto: shutterstock.com

na další resorty (vnitřní vybavení, mobilita pracovní síly atd.). Dále navrhuje dokončit některé velké infrastrukturní projekty, jako je JETE, rozvinutí vodní dopravy a podobně. Samozřejmě jsme si vědomi, že pokud přijde větší impuls k poklesu ekonomiky zvnějška, odrazí se na naší ekonomice a tato opatření nebudou stačit. Česká ekonomika je výrazně propojena se zahraniční, speciálně s Německem a Evropskou unií. Ted' jsme ale svědky paradoxu, kdy česká ekonomika je v regionu výjimečná. Politika, která je aplikována již od Topolánkových vlád, evidentně brzdí vývoj ekonomiky, a dokonce vede stále k poklesu. Ve všech sousedních zemích se již v roce 2011 pokles ekonomiky z roku 2009, z doby velké krize, podařilo překonat. U nás se to nepodařilo doted. Všechny okolní státy zaznamenaly v prvním čtvrtletí letošního roku ekonomický růst, zatímco naše republika zaznamenala pokles 0,7 procenta. Některé státy rostou méně, některé více, ale rostou – Polsko o 3,8 procenta, Slovensko o 3,2 procenta atd. Aktuální problém tedy nepřichází zvenku, ale vytváří ho špatná politika vlády. Horší je, že při jejím pokračování nám hrozí zpětná spirála – restriktive tlačí na pokles ekonomiky a pokles ekonomiky tlačí na nezaměstnanost a na snížení ekonomické aktivity s nižšími příjmy a nižším výběrem daní, které vedou k deficitu, a ten je v logice této politiky impulzem k dalším restrikcím. A to není nic nového, tohle se dělo a aktuálně stále děje v Řecku.

Michal Sojka



ilustrační foto: shutterstock.com

Německo roste, Česko se propadá

Tuzemská ekonomika klesá a ČR se v rámci EU propadá stále hlouběji

Ekonomika eurozóny i celé EU ve druhém čtvrtletí roku 2012 meziročně klesla. Zatímco u zemí platících eurem činí pokles **-0,4 %** a v rámci celé EU **-0,2 %**, tak česká ekonomika se dokázala ve stejném období propadnout o neuvěřitelných **1,2 %**. Hůře než my dopadli pouze Řekové, Portugalci, Italové a Kypřané.

Propad české ekonomiky je nepochopitelný již z toho důvodu, že okolní ekonomiky, s nimiž je ta naše nejvíce provázaná, rostou (Slovensko +2,9 %, Polsko +2,4 %, Německo +1,0 % a Rakousko +1,0 %). Recese české ekonomiky tak nemůže být způsobena vnějšími

vlivy, na které se vláda s oblibou vymlouvá. Příčinou je s největší pravděpodobností omezení výdajů veřejných rozpočtů a pokles spotřeby domácností. Část rodin nemá peníze, ostatní přestali utrácet proto, že poslechli varování provládních ekonomů. Výsledkem je smrtící koktejl dusící českou ekonomiku a snižující výběr daní navzdory růstu jejich sazeb. Restriktivní opatření ordinovaná naší vládou přitom nemají opodstatnění, když si uvědomíme, že veřejný dluh v ČR patří k těm nejmenším v rámci Evropské unie.

Navzdory obrovskému potenciálu danému geografickou polohou i historickým vývojem, který kvůli mnoha subjektivním důvodům nedokážeme využít, se česká

Tabulka: Jak se (ne)daří Evropě		
	Meziroční změna HDP (2. čtvrtletí 2012)	Vládní dluh (jako % vůči HDP)
Lotyšsko	+4,3 %	44,6 %
Slovensko	+2,9 %	46,4 %
Litva	+2,7 %	42,7 %
Estonsko	+2,5 %	6,6 %
Polsko	+2,4 %	56,1 %
Švédsko	+2,2 %	37,2 %
Rumunsko	+1,7 %	36,2 %
Německo	+1,0 %	81,6 %
Rakousko	+1,0 %	73,5 %
Lucembursko	+0,9 %	20,9 %
Finsko	+0,6 %	48,7 %
Bulharsko	+0,5 %	16,7 %
Dánsko	+0,4 %	45,1 %
Francie	+0,3 %	89,2 %
Irsko	???	108,5 %
Malta	???	75,0 %
EU	-0,2 %	
Eurozóna	-0,4 %	
Belgie	-0,4 %	101,8 %
Nizozemsko	-0,5 %	66,8 %
Slovinsko	-0,8 %	47,7 %
Velká Británie	-0,8 %	86,4 %
Španělsko	-1,0 %	72,1 %
Maďarsko	-1,0 %	79,0 %
ČR	-1,2 %	43,9 %
Kypr	-2,4 %	74,6 %
Itálie	-2,5 %	123,3 %
Portugalsko	-3,3 %	111,7 %
Řecko	-6,2 %	132,4 %

Zdroj: Eurostat

ekonomika ve vztahu ke svým bohatším sousedům postupně „pracovala“ do třetího stadia vývoje. Polistopadové nadšení a očekávání „dohnat a předejhat“ nejprve nepozorovaně vystrídalo realistické „neztratit krok“ a nyní se musíme spokojit s vírou „neztratit stopu“. Společně s českým velikanem Járou Cimrmanem mám chuť se našich minulých i současných politiků ptát: „Není to málo?“

Milan Kubek

Výdaje na zdravotnictví klesají

Předběžné údaje zveřejněné Ústavem zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) dokládají, že v roce 2011 již druhým rokem po sobě došlo k dalšímu poklesu celkových výdajů na zdravotnictví. Příčinou je drastické omezení výdajů z veřejných rozpočtů (výdaje státu, krajů a obcí), které se v roce 2011 v porovnání s rokem 2009 snížily o jednu třetinu (tab. 1).

Z tabulky mimo jiné vyplývá, že výdaje na zdravotnictví v uplynulých dvou letech klesaly ještě více, než by odpovídalo recesi a stagnaci naší ekonomiky. Důsledkem je snížení podílu výdajů na zdravotnictví z celkového HDP. Díky rozhodnutí našich politiků tedy krize dopadá na české zdravotnictví s intenzitou větší, než by odpovídalo stavu naší ekonomiky. Tento přístup, před jehož důsledky varují evropské lékařské organizace (viz TM 7-8/2012), je velmi krátkozraký. Investice do zdravotnictví patří totiž spo-

	2007	2008	2009	2010	2011
Výdaje zdravotních pojišťoven	183 713	197 280	217 658	222 500	225 545
Rozpočtové výdaje	22 851	21 439	26 034	20 781	16 863
Soukromé výdaje	35 370	45 801	47 954	45 754	46 376
Výdaje celkem	241 935	264 520	291 646	289 035	288 784
Podíl celkových výdajů na HDP	6,6 %	6,9 %	7,8 %	7,7 %	7,6 %

Zdroj: ÚZIS

lu s investicemi do vědy a školství v delším časovém horizontu k těm neefektivnějším. Vyspělé státy jsou si toho vědomy, a proto ani v čase ekonomické stagnace nedopustí

pokles výdajů na zdravotnictví spojený se zastavením rozvoje medicíny a s poklesem dostupnosti, kvality a bezpečnosti zdravotní péče (tab. 2).

Milan Kubek

	2007	2008	2009	2010	2011
Zdravotní pojišťovny	75,9 %	74,6 %	74,7 %	77,0 %	78,1 %
Rozpočtové výdaje	9,5 %	8,1 %	8,9 %	7,2 %	5,8 %
Veřejné výdaje celkem	85,4 %	82,7 %	83,6 %	84,2 %	83,9 %
Soukromé výdaje	14,6 %	17,3 %	16,4 %	15,8 %	16,1 %

Zdroj: ÚZIS

ČEŠI MEZI BANKROTÁŘI, STÁT ŠKRTÍ ZDRAVOTNICKÉ VÝDAJE

Češi jsou jedním z mála národů, které si nechaly sáhnout na zdravotnictví. Zjistili to experti OECD, kteří srovnali zdravotnické výdaje vyspělých zemí v období po finanční krizi. Více než Česká republika škrtají pouze země, které finanční krize přivedla na pokraj bankrotu a které musely žádat zahraniční pomoc. Konkrétně jde o Řecko, Irsko a Island.

Ve studii „Růst ve zdravotnických výdajích brzdí a zastavuje“ upozornila OECD, že rokem 2010 skončil dlouhodobý trend rychlého zvyšování veřejných výdajů.

„Během období 2000–2009 rostly zdravotnické výdaje skoro o pět procent ročně ve všech vyspělých zemích. V roce 2010 ale následoval nulový růst a předběžná data z některých zemí předpovídají malý nebo žádný růst v roce 2011,“ stojí ve studii uznávané světové organizace.

Z podrobných tabulek vyplývá, že průměrný roční růst zdravotnických výdajů českého státu v uplynulých letech dosahoval 5,4 % a mírně překračoval průměr OECD. Ještě rychleji však rostly veřejné výdaje v dalších zemích, které doháněly vysoký standard západní Evropy, například na Slovensku, v Polsku, Turecku, Řecku, Irsku, Estonsku, Koreji nebo Chile.

V klubu bankrotářů

V roce 2010 ovšem veřejné zdravotnické výdaje spadly v průměrné zemi OECD o polovinu procenta. Důvodem byly výpadky rozpočtových příjmů během krize v roce 2009. Pouze nejbohatší země jako Spojené státy, Nizozemsko, Německo, Francie nebo Švýcarsko si dovolily ten luxus, že zdravotnické výdaje nadále zvyšovaly aspoň tím tempem, kterým začaly v roce 2010 jejich ekonomiky opět posilovat.

Opačným extrémem byly v roce 2010 Řecko, Irsko a Island, tedy země, které během krize prakticky zbankrotovaly a kde ekonomika zpomalila, i když ve většině Evropy už bylo lépe. Snížily proto zdravotnické výdaje z roku na rok o desetinu.

Do klubu zdravotnických úspor se podle statistiky přidalo i Česko, které škrtlo zdravotnické výdaje skoro o pět procent. Jeho přístup je výjimečný, protože dynamika ekonomického růstu byla v ČR ještě v roce 2010 stejně rychlá jako například ve Švýcarsku.

Výrazněji škrtalo ještě Estonsko, avšak jeho úspory byly přesto oproti Česku poloviční, i když se tamní ekonomika v předchozím roce propadla o čtrnáct procent, tedy třikrát hlouběji než v ČR.

	Výdaje na zdravotnictví	Vývoj HDP
2010	4,3 %	+2,7 %
2011	1,4 %	+1,7 %
2012	3,3 %	-0,5 %

Zdroj: OECD, veřejné rozpočty

Škrty bez konce

Expertí OECD zjišťovali, na čem stát či veřejné pojišťovny nejvíc ušetřily. Češi, Irové, Islandané i Estonci slučovali nemocnice a nahrazovali nákladné hospitalizace nabídkou jednodenní chirurgie. Zaváděli či zvyšovali poplatky, například v Irsku za recepty, v Česku za pobyt v nemocnici.

Loňské údaje ze zemí OECD ukazují, že nadále šetří Islandané, ke kterým se přidali Italové, i když škrty tentokrát dosahují nejvyšší dvou

	Výdaje na zdravotnictví (meziroční změna v %)	HDP
Nizozemsko	2,5	1,7
Německo	2,4	3,7
Švýcarsko	1,9	3,0
Francie	1,5	1,7
Itálie	1,5	1,8
Švédsko	1,5	6,2
Polsko	0,7	3,9
Slovensko	0,7	4,2
Belgie	0,5	2,2
Maďarsko	0,5	1,3
Norsko	0,3	0,7
Rakousko	0,1	2,1
V. Británie	0,0	1,8
Finsko	0,0	3,3
Španělsko	0,0	-0,1
Portugalsko	-0,5	1,4
Dánsko	-1,6	1,3
Slovensko	-2,0	1,4
Estonsko	-2,8	2,3
Česko	-4,3	2,7
Island	-9,3	-4,0
Řecko	-9,9	-3,5
Irsko	-10,8	-0,4

Zdroj: OECD, Eurostat

procent. Z bilance ministerstva zdravotnictví, pojišťoven a krajů vyplývá, že se ke škuřilům na zdraví přiřadí opět Česko, kde reálné zdravotnické výdaje poklesly o další 1,5 %.

Pokud stát, pojišťovny a kraje dodrží v roce 2012 své rozpočty, sníží se reálné výdaje na zdravotnictví o dalších 3,3 %. Oproti roku 2009 tak Češi za své léčení vydají již o celou desetinu méně.

Petr Holub, Aktuálně.cz

Reforma po česku: Tajná jednání o veřejných penězích

Vyjednávání s pojišťovny? Přísně tajné

Leden 2013, kdy má dojít k tzv. restrukturalizaci lůžkového fondu, se blíží. Do té doby se hraje o hodně. Návrhy pojišťoven na rušení lůžek je možné ještě vzhledem k jednáním změnit. Velkou roli v dalších jednáních může hrát také veřejné mínění. (Například návrh pojišťoven zrušit pediatrické oddělení Nemocnice Na Bulovce vyvolal velký zájem veřejnosti, což má zpětný vliv na možný výsledek jednání.)

Odbornou i laickou veřejnost proto zajímá, jak pokračují jednání zdravotnických zařízení s pojišťovny. Pojišťovny však přes své sliby z letošního června žádné informace zveřejňovat nehodlají. Redakce Medical Tribune se snažila zjistit, která oddělení ve kterých zdravotnických zařízeních navrhuje pojišťovny rušit či slučovat. Jaké odborné důvody k tomu pojišťovny mají? V jakých nemocnicích ještě ke shodě nedošlo – jaké jsou návrhy pojišťoven pro restrukturalizaci v těchto nemocnicích? A jakým způsobem bude v těchto zařízeních zajištěna péče o pacienty v regionu?

Pojišťovny na tyto otázky odpovídat nechtějí. Všeobecná zdravotní pojišťovna odkazuje pouze na seznam zdravotnických zařízení, se kterými se již pojišťovny dohodly (viz tabulka).

VZP: Medicína prošla výrazným vývojem

Místo odpovědí na výše uvedené konkrétní dotazy posílají pojišťovny pouze obecné formulace. „Všichni vnímáme stoupající náklady na zdravotní péči a s tím související potřebu hledání úspor uvnitř resortu zdravotnictví. Cest k úsporám je mnoho a jednou z nich je restrukturalizace a optimalizace lůžkového fondu v České republice. Za posledních 20 let prošla medicína výrazným vývojem. Moderní diagnostické a léčebné postupy snižují potřebu hospitalizace, umožňují přesun vybrané operativy do jednodenní péče nebo přímo do

ambulantního režimu. Moderní léčba omezuje potřebu hospitalizace jen na nejzávažnější případy. Obecně nižší potřeba hospitalizace, a tím i nižší nároky na lůžkovou kapacitu si již vynutily organizační změny v provozu některých lůžkových oddělení, o dalších odděleních se stále jedná,“ píše tiskový mluvčí VZP Jiří Rod.

K tomu, do jaké míry jsou posuzována při redukcí lůžek odborná kritéria, mluví VZP Jiří Rod v písemných odpovědích uvádí: „Při redukcí akutního lůžkového fondu musí být zachována taková síť lůžkových zařízení, která zajistí dostupnost zdravotní péče. Při hodnocení dostupnosti zdravotní péče je zohledněna jak spádová oblast zařízení, migrace obyvatel za zdravotní péči, tak i samotná dojezdová vzdálenost. Posuzována jsou i další kritéria stanovená v příloze Memoranda, a to plnění věcného, technického vybavení a per-

sonálního zajištění podle platné legislativy, souběhy úvazků lékařů, využití lůžkového fondu, zhodnocení produkce ve vybraných oborech, minimální počet tzv. klíčových výkonů, kvalita a efektivita poskytované zdravotní péče, akreditace poskytovatelů zdravotních služeb, klinicko-ekonomické parametry, stanovení poměru mezi vybranými DRG skupinami a ostatními důvody pro hospitalizaci (poměr terapeutických a diagnostických hospitalizací) a podobně.“

Na ústní dotazy redakce, zda veřejnost má nárok na podrobné informace o průběhu jednání, mluví VZP odpovídá: „Nebudeme je zveřejňovat, nechceme jítřit atmosféru a vyvolávat mezi lidmi paniku.“

Také Svaz zdravotních pojišťoven odpovídá na konkrétní dotazy redakce velice obecně. „Cílem procesu restrukturalizace, deklarovaného Memorandy, uzavřenými mezi zdravotními pojišťovny a MZ ČR v říjnu 2011 a v červnu 2012, je zajištění vyšší kvality poskytované lůžkové péče pojištěncům a maximální míry bezpečí při současném zefektivnění poskytování této zdravotní péče. Hlavním cílem zdravotních pojišťoven je zajištění kvalitní, bezpečné a dostupné zdravotní péče pro naše pojištěnce. Tento cíl je promítnut ve všech jednáních, která jsou vedena ve věci optimalizace,“ odpovídá za Svaz pojišťoven JUDr. Vladimíra Těšitelová.

Iva Bezděková, www.tribune.cz

Stav jednání o restrukturalizaci a optimalizaci akutního lůžkového fondu k 9. 7. 2012

Název kraje	IČ	Zřizovatel	Název poskytovatele zdravotních služeb	Místo	Stav jednání o optimalizaci a restrukturalizaci akutního lůžkového fondu
Hl. m. Praha	73634085	Církev	Nem. Milosrdných sester sv. K. Boromejského v Praze	Praha 1	shoda
	49686356	Právnícká osoba	MEDITERRA s.r.o.	Praha 5	shoda
	61858366	Právnícká osoba	ISCARE I.V.F. a.s.	Praha 7	shoda
	29032806	Právnícká osoba	ORTO - REHA, s.r.o.	Praha 8	shoda
	26432471	Právnícká osoba	Centrum léčby polyhybového aparátu, s.r.o.	Praha 9	shoda
	25093126	Právnícká osoba	CLINICUM a.s.	Praha 9	shoda
Středočeský	873764	Obec, město	Městská nemocnice Čáslav	Čáslav	shoda
	27256537	Právnícká osoba	Oblastní nemocnice Kladno, a.s.	Kladno	shoda
	47540265	Právnícká osoba	Klinika Dr. Pirka s.r.o.	mladá Boleslav	shoda
	27256456	Právnícká osoba	Oblastní nemocnice mladá Boleslav, a.s.	mladá Boleslav	shoda
	26397943	Právnícká osoba	Nemocnice Rakovník	Rakovník	shoda
	27365867	Právnícká osoba	Nemocnice Říčany a.s.	Říčany	shoda
	875295	Obec, město	Nemocnice Slaný	Slaný	shoda
Jihočeský	26095157	Kraj	Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.	Jindřichův Hradec	shoda
Plzeňský	25202189	Právnícká osoba	Mulačova nemocnice s.r.o.	Plzeň	shoda
	46885251	Právnícká osoba	PRIVAMED a.s.	Plzeň	shoda
	25224301	Obec, město	Nemocnice Sušice o.p.s.	Sušice III	shoda
Karlovarský	26376709	Právnícká osoba	Nemocnice Mariánské Lázně s.r.o.	Mariánské Lázně	shoda
	47714913	Právnícká osoba	NEMOS PLUS s.r.o.	Ostrov	shoda
Ústecký	61538990	Právnícká osoba	Lužická nemocnice a poliklinika, a.s. - nemocnice	Rumburk	shoda
	61537713	Právnícká osoba	VITA, s.r.o. - Městská nemocnice Duchcov	Duchcov	shoda
	27283518	Právnícká osoba	Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, a.s.	Česká Lípa	shoda
Liberecký	47311576	Právnícká osoba	Nemocnice Frýdlant v Čechách s.r.o.	Frýdlant v Čechách	shoda
	829838	Obec, město	Nemocnice Jablonec nad Nisou, příspěvková organizace	Jablonec nad Nisou	shoda
	192546	Obec, město	Masarykova městská nemocnice v Jilemnici	Jilemnice	shoda
	27283933	Kraj	Krajská nemocnice Liberec, a.s.	Liberec 1	shoda
	193011	Obec, město	Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie	Vysoké nad Jizerou	shoda
Královéhradecký	49813692	Právnícká osoba	První privátní chirurgické centrum s.r.o.	Hradec Králové	shoda
	26001551	Kraj	Oblastní nemocnice Jičín a.s.	Jičín	shoda
	26000237	Kraj	Oblastní nemocnice Trutnov a.s.	Trutnov	shoda
Vysočina	179540	Kraj	Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace	Havlíčkův Brod	shoda
	90638	Kraj	Nemocnice Jihlava, příspěvková organizace	Jihlava	shoda
	842001	Kraj	Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace	Nové Město na Moravě	shoda
	511951	Kraj	Nemocnice Pelhřimov, příspěvková organizace	Pelhřimov	shoda
	839396	Kraj	Nemocnice Třebíč, příspěvková organizace	Třebíč	shoda
25542681	Právnícká osoba	Nemocnice Sv. Zdislavy, a.s.	Velké Meziříčí	shoda	

Konference ČLK

Připravované změny v síti zdravotnických zařízení a jejich důsledky



2. listopadu 2012
Clarion Congress Hotel Prague,
Praha 9, Freyova 33

Česká lékařská komora Vás zve k účasti na konferenci k připravovaným změnám v síti zdravotnických zařízení. Se svými příspěvky vystoupí pozvaní hosté a rovněž zástupci ČLK.



Pozvání přijali: **MUDr. Boris Šťastný** (předseda Výboru pro zdravotnictví PS ČR), **MUDr. Jiří Běhounek** (hejtman Kraje Vysočina a místopředseda Asociace krajů), **prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc.** (místopředseda Výboru pro zdravotnictví Senátu ČR), **MUDr. Pavel Horák, CSc., MBA** (ředitel VZP), **Ing. Jaromír Gajdáček, Ph.D., MBA** (prezident SZP ČR), **Bc. Dagmar Žitníková** (předsedkyně OSZSP ČR), **Václav Krása** (předseda NRZP ČR), **MUDr. Václav Šmatlák** (předseda SPL ČR).

O účasti zástupců Ministerstva zdravotnictví a dalších představitelů vedení ČLK nadále jedná.

14.00 Zahájení konference

Registrace od 13 hodin, ukončení v 18 hodin

Účast na konferenci bude hodnocena 4 kredity.
Odborná vzdělávací akce je pořádána v rámci celoživotního vzdělávání lékařů dle SP č. 16.
V Registru akcí ČLK je zařazena pod číslem **30076**.

Poplatek: člen ČLK – 300 Kč; nečlen – 1000 Kč.

Účastnický poplatek (zahrnuje večeři, nezahrnuje ubytování, vč. DPH).

✂ zde odstříhnete

Přihláška k účasti na konferenci ČLK 2. 11. 2012 Clarion Congress Hotel Prague, Praha 9, Freyova 33

Člen ČLK: 300 Kč

Nečlen ČLK: 1000 Kč

Člen OS ČLK

Zástupce firmy.....

Příslušnou částku uhradím na číslo účtu **19-1083620217/0100**, v. s. 6612, do **26. října 2012**.

Potvrzení o platbě přinesu s sebou k registraci účastníků.

Při zadávání platby uvádějte kvůli snazší orientaci do poznámky jméno účastníka, za něhož platbu provádíte, v případě platby za více účastníků uveďte všechna jména!

***Jméno, příjmení, titul:**

***Kontaktní adresa:**

PSČ:

***E-mail:** ***Telefon:**

** povinné údaje*

Podpis:

V případě zájmu je možné přihlášku zaslat buď na adresu Česká lékařská komora, odd. vzdělávání, Lékařská 2, 150 00 Praha 5, nebo elektronicky na www.lkcr.cz/kurzy ČLK.



Ilustrační foto: archiv ČLK

S personální vyhláškou jsem se nesmířil

Je to jednoznačně pokračování v personální devastaci českého zdravotnictví: vyhláška č. 99/2012 Sb., která vstoupila v platnost 1. dubna 2012 a nastavuje požadavky na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.

Tuto vyhlášku jsme opakovaně připomínkovali. ČLK v rámci připomínkového řízení navrhovala kompromisní řešení, které by vedlo k udržení současného, již tak poddimenzovaného personálního stavu českého zdravotnictví, avšak MZ ČR – v čele s panem ministrem Leošem Hegerem – na kompromisní řešení, navrhované změny či doplnění nerefletovalo.

Současné znění vyhlášky přivítalo ovšem vedení některých nemocnic. Ty jejím přijetím získaly legitimní nástroj pro snižování počtu lékařů v již tak mnohdy nedostatečně personálně zajištěných službách na jednotlivých odděleních nemocnic. MZ ČR v této souvislosti vytrvale prohlašuje, že vyhláška má pouze doporučující charakter. To však nic nemění na výše uvedené skutečnosti. Vedení nemocnic není motivováno, ba hůř – je legislativně nepřímou vedeno k neuspokojivému personálnímu zajištění českého zdravotnictví. Personální vyhláška je toho důkazem.

Snaha ČLK stanovit minimální doporučené personální obsazení na jednotlivých

odděleních nemocnic formou udělení certifikátu *Nemocnice 21. století* zůstala z důvodu legislativní benevolence bez většího zájmu, neboť pro vedení nemocnic je přece jednodušší postupovat dle vyhlášky než se snažit najít vlastní cestu včetně hledání finančních zdrojů a zajistit pacientům zdravotní péči v co nejvyšším standardu. A přístup ČLK nezhlednilo legislativně ani MZ ČR.

Vyhláška je v platnosti několik měsíců a již se objevují informace o jejím důsledném naplňování, které vede ke kritickému fungování či přežívání některých personálně zdevastovaných oddělení.

Vzhledem k tomu, že proti této vyhlášce jsem měl od samotného projednávání návrhu na její přijetí řadu věcných kritických připomínek a že má snaha po její změně či prokázání její nereálné aplikace v praxi přetrvává, obracím se na vás, vážené kolegyně a vážení kolegové, s prosbou o formální či neformální informace o jejím naplňování na vašem pracovišti.

Cílem je získání reálných informací z praxe. Ty budou po zobecnění – takže se nemusíte bát jakékoli adresnosti – využívány pro další jednání. A to tak, aby došlo k žádané úpravě legislativy směrem k pozitivnějšímu směřování českého zdravotnictví, co se týče personální politiky, a tím i úrovně poskytované péče.

Kontaktujte mne, prosím, na e-mailové adrese viceprezident@clkcr.cz nebo prostřednictvím mé sekretářky Petry Studené, tel. 585 222 218.

Předem vám děkuji za spolupráci, neboť pouze společný postup podložený faktickými informacemi může vést k žádoucím změnám. A pouze skutečné případy ze skutečné každodenní praxe mohou přesvědčit zodpovědné politiky, že vyhláška je jen krokem k další zbytečné devastaci českého zdravotnictví.

Zdeněk Mrozek, viceprezident ČLK

ŽALOBA MUDR. JANY UHROVÉ PROTI ČLK ZAMÍTNUTA

Rozsudkem Krajského soudu v Ostravě ze dne 31. 7. 2012 čj. 38 Ad 4/2011 byla v plném rozsahu zamítnuta žaloba MUDr. Jany Uhrové, zastoupené advokátem Mgr. Jakubem Uhrem, proti České lékařské komoře, zastoupené JUDr. Janem Machem. Současně byla MUDr. Janě Uhrové uložena povinnost nahradit České lékařské komoře náklady řízení.

MUDr. Jana Uhrová se domáhala, aby soud zakázal České lékařské komoře pokračovat v porušování jejího volebního práva (týkajícího se voleb do orgánů ČLK), aby uložil komoře svolat mimořádný volební sjezd k volbě nového představenstva, na kterém jí bude umožněno realizovat její volební právo, a aby soud přikázal komoře změnit do dvou měsíců volební řád komory tak, aby odpovídal stavu před přijetím jeho novely dne 19. 11. 2010 XXIV. sjezdem delegátů ČLK.

Soud dospěl k závěru, že žaloba není důvodná a žalobkyně nebyla zkrácena na svých právech.

Žalobu téměř totožného znění podalo na ČLK ještě několik dalších lékařů, někteří z nich jsou zastoupeni stejným advokátem jako MUDr. Jana Uhrová. O těchto dalších žalobách dosud nebylo soudem rozhodnuto.

(red)

Léků zdarma ubylo. O třetinu

Když letos v dubnu LN informovaly o zdražení několika set léků, namítalo ministerstvo zdravotnictví, že pacienti změnu příliš nepocítí. „Pacient, který měl svůj lék bez doplatku, ho zdarma dostane i nadále,“ bránil tehdy Hegerův úřad mluvčí resortu Vlastimil Sršeň. Jenže se ukazuje, že to nebyla zcela pravda.

Právě od dubna platí také změna, která dosud procházela bez větší pozornosti veřejnosti: radikální škrt ve skupinách léků, u nichž stát garantuje vždy minimálně jeden medikament zcela bez doplatku. Konkrétně se jejich počet snížil z 300 na 195. Výrazně se tak omezuje letitá mantra politiků, že na každou nemoc může pacient sehnat lék, který za něj zaplatí zdravotní pojišťovna. Ministr Leoš Heger (TOP 09), který změnu spolu se sněmovním zdravotnickým výborem prosazoval, svůj krok hájí tím, že se dotkne zejména léků na banální onemocnění.

„Hlavní myšlenkou je zbytečně nezaručovat plnou úhradu léků, kde by byly doplatky minimální. Naopak chceme poskytnout garanci u dražších léků, kde by finanční dopady na pacienty mohly být mnohdy neúnosné,“ vysvětloval Heger před senátory.

Trojí zdražení léků během jediného roku

Hluběji do kapsy tak každopádně musejí nyní sáhnout lidé, kteří potřebují například léky na tlumení kašle, vykašlávání, proti křečovým bolestem břicha, dále projímadla, promašťující krémy a mléka či přípravky léčící křečové žíly.

V lékárnách se změna projevuje postupně. Jenže už od července si lidé musejí platit ze svého i další čtyři stovky léků na alergie, žaludeční potíže, kašel a další přípravky, které byly dosud volně prodejné.

Také proto zdravotničtí experti upozorňují, že změna není zanedbatelná. „Vůbec se mi to nelíbí. Starší pacienti, kteří musejí brát více léků najednou, na to v dnešní době přestávají mít peníze,“ zlobí se expert na

lékovou politiku ze společnosti Infopharm Josef Suchopár.

Řešením přitom často nemusí být ani roční limit, který má chránit pacienty před neúměrnou spoluúčastí. Zaručuje, že při dosažení limitu pět tisíc korun (u seniorů je to 2500) se pacientovi každý další doplatek zpětně vrátí.

Jenže systém je pro většinu lidí nepřehledný. Do limitu se totiž nepočítá celá částka vydaná na léky, ale jen takzvaný započitatelný doplatek. Tedy cena nejlevnějšího léku, který má stejné účinky.

Opozice vytyká ministerstvu, že porušuje ústavu. Proti novince se postavili i další zastupci. Z podnětu delegace Svazu pacientů, zdravotnických odborů a Národní rady osob se zdravotním postižením ji bude zkoumat

úřad ombudsmana. „Čím méně skupin, tím hůř. Ovšem především by mělo ministerstvo a SÚKL zjednat nápravu a zajistit plně hrazené léky ve všech stávajících skupinách,“ řekl LN Václav Krása, předseda rady zdravotně postižených.

Naráží přitom na praxi, kterou připouštějí i státní úředníci. Tedy že ani v osekávaných skupinách léků nedokážou stoprocentně zaručit přítomnost nějakého medikamentu úplně bez doplatku. „Nemůžeme to zaručit. Neumím ovlivnit výpadky v dodávkách či situaci, kdy firma přestane lék zcela dovážet,“ krčí rameny šéf Státního ústavu pro kontrolu léčiv Pavel Březovský.

Právě kvůli absenci jistoty, že stát skutečně zaručuje občanům ze zákona v každé skupině jeden lék zdarma, útočí na ministerstvo i opozice. Zkraje srpna ČSSD upozornila Hegerův úřad, že porušuje ústavní právo na rovný přístup ke zdravotní péči a lékům. Místopředsedkyně Senátu Alena Gajdůšková (ČSSD) proto vyzvala resort, aby bezodkladně zajistil informace pro pacienty o výši doplatků za léky.

Adéla Čabanová, Lidové noviny

DVĚ ZPRÁVY O OBCHODU S VAKCÍNAMI V ČR

Přednedávnem přinesla média dvě informace, které se týkají obchodování s vakcínami v České republice. Přestože nemají nic společného, dokreslují představu, kterou mnozí odborníci o této oblasti mají.

Vakcíny za 110 milionů proti prasečí chřipce se vyhodí

Zhruba 600 000 pandemických vakcín proti prasečí chřipce za zhruba 110 milionů korun stát bez jakéhokoli užítu vyhodí. Nebude už je potřebovat, protože pandemický virus A (H1N1) se v populaci už vyskytuje jen málo. Naopak převažuje typ chřipky B. A proti němu pandemická vakcína nechrání.

Vakcína totiž nechrání proti typu B, a tak je nutné na podzim očkovat vakcínou novou, v níž typ B bude obsažen. „Bude to trojvakcína, v níž bude obsažen jak kmen A (H1N1), tak ještě jiný kmen A a také kmen B, který zřejmě na podzim bude dominantní,“ potvrdil Právu

hlavní hygienik republiky, doktor Michael Vít.

Zdráhal se ale říct naplno, že stát pandemickou vakcínou bude muset vyhodit. Podle něj by byla možnost očkovat jak pandemickou vakcínou, tak sezonní. Ale kdo si nechá aplikovat dvě injekce a zbytečné? Vždyť proti prasečí chřipce se nechalo očkovat necelých sto tisíc lidí a to je katastrofálně málo proti tomu, co ministerstvo předpokládalo.

„Na skladech máme asi 600 000 dávek. Zatím v nich zůstanou a likvidovat se nebudou, protože mají záruku dva roky,“ řekl Právu Vít. Příští rok už ale budou k ničemu a vyhodit se budou muset. Vniveč tak přijde 110 milionů korun.

(Václav Pergl, Právo, 2. 6. 2012)

ÚOHS povolil Agelu koupit distributora vakcín Avenir

Společnost Agel může koupit distributora očkovacích látek Avenir. Spojení firem povolil Úřad pro ochranu hospo-

dáské soutěže (ÚOHS). ČTK to řekl místopředseda úřadu Michal Petr. Rozhodnutí je pravomocné. Spojení firem nebude mít za následek podstatné narušení hospodářské soutěže, uvedl Petr.

ÚOHS ve správním řízení posuzoval zejména dopady fúze na distribuci očkovacích látek a na poskytování služeb týkajících se dobrovolného očkování. Na trhu distribuce očkovacích látek pro veřejný trh a pro privátní trh i v oblasti poskytování konzultačních služeb a aplikace očkovacích látek podle úřadu nehrází narušení hospodářské soutěže. „A to ať již z důvodů nízkých tržních podílů, či přítomnosti početné skupiny konkurenčních subjektů na trhu,“ uvedl Petr.

Avenir, a. s., působí od roku 2007 v oblasti očkování a patří mezi největší distributory očkovacích látek v ČR. Je také provozovatelem rozsáhlé sítě očkovacích center v krajských i některých okresních městech. Poskytuje též odborné konzultace.

(ČTK, 7. 6. 2012)

Lékaři nechtějí centrální databázi pacientů, obávají se zneužití citlivých informací



Projekt elektronických zdravotních knížek IZIP

byl na konci května ukončen. Podle odborníků by mohl být nahrazen celonárodním systémem se zdravotnickou dokumentací pacientů. Podle MUDr. Zorjana Jojka, předsedy Sdružení ambulantních specialistů ČR, se však ambulantním lékařům tato snaha získávat údaje o pacientech nelíbí, obávají se totiž možné ztráty a zneužití citlivých informací. Jsou ale ochotni investovat finance do specializovaných informačních systémů pro lékaře, kte-



ilustrační foto: shutterstock.com

ré jim usnadní práci a zjednoduší komunikaci s ostatními zdravotnickými institucemi.

Lékaři v českých ambulancích dnes aktivně využívají ve velké většině moderní informační a komunikační služby. Pokud jsou jim nabídnuty smysluplné systémy, které zefektivní nejen zdravotnictví, ale především jejich vlastní práci, jsou dokonce ochotni do této techniky investovat vlastní prostředky. Desítky procent z nich tak dnes aktivně pracují s dostupnými informačními systémy.

Tyto systémy umožňují lékařům vytvářet digitální podpisy, komunikovat elektronickou formou se zdravotními pojišťovnami nebo vést přehlednou databázi pacientů. Zásadní ovšem je, aby se v rámci vývoje nového systému myslelo především na samotné uživatele, tedy lékaře. Aby pro ně byl systém snadno ovladatelný, přehledný, spolehlivý a šetřil jim čas i peníze. Bez toho elektronické zdravotnictví nikdy nebude fungovat.

Snahy o zavedení povinnosti odesílat citlivá data pacientů do centrálních databází nevidí lékaři rádi. Práce s těmito systémy je přinejmenším těžkopádná. Navíc se zdravotníci obávají, že se jedná o pokus získat citlivé informace, které jim jejich pacienti s důvěrou poskytují a které mohou být touto cestou zneužity právě v neprospěch

pacientů. V tom spatřují závažnou překážku rozvoje elektronického zdravotnictví. Lékaře totiž odrazuje možnost případné ztráty či zneužití údajů. To může vést k tomu, že se do procesu elektronizace odmítnou aktivně zapojit. Podle mého názoru musí v první řadě cítit, že jim má elektronické zdravotnictví ulehčit práci.

Elektronickému zdravotnictví by prospělo, kdyby stát podporoval jeho přirozený rozvoj. Ať už svými finančními prostředky, nebo prostředky získanými z Evropské unie. Snahy vytvářet centrální skladiště dat a zavádět povinnost zdravotníků posílat data do takových skladišť jsou totiž podle mého názoru nevhodnou cestou. Stát by měl podporovat rozvoj elektronizace především v oblasti komunikace, a to jak mezi zdravotníky samotnými, tak mezi zdravotníky a pacienty.

V souvislosti s tím se často hovoří o nutnosti systematicky a povinně vzdělávat lékaře v oblasti elektronického zdravotnictví. Věřím, že by lékaři specializované vzdělávací kurzy uvítali. Osobně však nepovažuji za nezbytné nutně zavádět na těchto kurzech povinnou účast. Lékaři jsou již ve velké většině aktivními uživateli výpočetní techniky a informační systémy pro vedení zdravotnické dokumentace používají již celou řadu let.

Zorjan Jojka

předseda Sdružení ambulantních specialistů ČR

Komplexní lázeňská péče zůstává zachována

Od 1. října platí nový Indikační seznam, který upravuje nárok na komplexní a příspěvkovou lázeňskou léčbu. Dobrou zprávou pro všechny pacienty i lékaře je to, že oba typy lázeňské péče jsou i nadále v systému zdravotní péče České republiky zachovány. Nový Indikační seznam mimo jiné ponechává u většiny chronických onemocnění možnost opakovaní lázeňské léčby, ať už ve formě komplexní, či příspěvkové lázeňské péče, stanovuje délku lázeňské péče pro dospělé na 21 dnů, pro děti a dorost na 28 dnů. Délku příspěvkové lázeňské péče stanovuje na 21, nebo 14 dnů (dle dohody pacienta s lékařem) – možnost zkrácení dvoutýdenní příspěvkové lázeňské péče je výhodou i šancí pro všechny, kdo si dosud nemohli dovolit absolvovat třítydenní pobyt z finančních či časových důvodů.



Více informací naleznete na www.lecebnelazne.cz

Kampaň na propagaci léčebného lázeňství je realizována v rámci integrovaného operačního programu financovaného Evropskou unií z Evropského fondu pro regionální rozvoj



EVROPSKÉ UNIE
EVROPSKÝ FOND PRO REGIONÁLNÍ ROZVOJ
ŠANCE PRO VŠECHNY



MINISTERSTVO
PRO MÍSTNÍ
ROZVOJ ČR



Dejte o sobě vědět na stránkách komory

Aktualizujte informace o vás ve veřejném seznamu lékařů ČLK!

Od opětovného založení, respektive znovuobnovení České lékařské komory po listopadu 1989 již uběhla poměrně dlouhá doba. Vždyť právě minulý rok oslavila Česká lékařská komora 20. výročí své novodobé existence. S každým výročím přichází i čas bilancování a stanovení nových cílů a úkolů. Mimo jiné jsme si předsevzali provést důkladnou revizi veřejného seznamu členů, který ČLK povinně vede a spravuje v souladu se zákonem č. 220/1991 Sb.

S rozvojem elektronické komunikace a dalších prostředků umožňujících získávání a zveřejňování informací jsme zmodernizovali a rozšířili dosavadní veřejný seznam členů ČLK. Ten bude nadále dostupný na webu ČLK (<http://www.lkr.cz>), a to komukoli, kdo má zájem získat bližší informace o svém lékaři, případně si vyhledat lékaře ze svého okolí či zjistit, zda lékař je členem ČLK.

Z výše uvedených důvodů se na vás, kolegyně a kolegové, obracím s výzvou, abyste věnovali pár minut svého času a zkontrolovali si informace vztahující se k vaší osobě na pracovní webové adrese <http://www.lkr.cz/seznamlekaru>.

Tato adresa bude po dobu 4 týdnů (do 15. října 2012) k dispozici pouze vám, lékařům. Poté budou opravené informace

zveřejněny ve veřejném seznamu členů na webu ČLK.

Jak na to?

Po zadání výše uvedené webové adresy vyplňte své příjmení, jméno a stiskněte tlačítko: Hledej. Následně v seznamu vyberte své příjmení a klikněte na odkaz: Detail, pomocí kterého si zobrazíte informace, které v současné době v registru členů ČLK evidujeme. Zejména věnujte pozornost údajům o pracovišti a dalším údajům o vaší odbornosti, které jsou pro přehlednost označeny tmavě červenou barvou. Jsou-li uvedeny nesprávné či neúplné informace, kontaktujte, prosím, okresní (obvodní) sdružení, jehož jste členem. Uvedení úplných aktuálních údajů je nejen zákonnou povinností každého člena komory, ale je také nezbytným předpokladem k využití dále uvedených možností.

Po uplynutí lhůty 4 týdnů bude rozšířený veřejný seznam členů ČLK veřejně přístupný na webu ČLK.

Vedle doposud zveřejňovaných informací budou po 15. říjnu 2012 zpřístupněny i některé další informace související s výkonem lékařského povolání.

Služba pro soukromé lékaře

Novinkou pro soukromé lékaře bude od 15. října možnost dobrovolně a zcela bezplatně zveřejnit ordináční dobu svého zdravotnického zařízení, kontakty, seznam zdravotních pojišťoven, s nimiž má zdravotnické

zařízení uzavřenou smlouvu, a rovněž ceník ekonomicky náročnějších variant zdravotnických služeb, který musí být podle zákona (§ 13 odst. 5 zák. č. 48/1997 Sb.) poskytovatelem zveřejněn v prostorách zdravotnického zařízení nejenom na místě veřejně přístupném, ale také způsobem umožňujícím dálkový přístup. Tyto údaje budete moci nechat zveřejnit v seznamu po 15. říjnu 2012 pomocí webového formuláře.

Vedení ČLK se touto službou snaží reagovat na povinnosti, které lékařům, členům komory, ukládají nové zákony. Díky veřejnému seznamu lékařů nebudou muset soukromí lékaři investovat své peníze do zřizování vlastních webových stránek a do jejich správy. Cílem této výzvy je aktualizace, doplnění a ucelení stávajících údajů, které jsou lékaři v souladu se zákonem povinni ČLK sdělovat. Tento veřejný seznam je pro lékaře i bezplatnou reklamou, jak dát o sobě vědět svým pacientům.

Snad jen pro úplnost uvádím, že MZ ČR v zákoně o zdravotnických službách prosadilo tvorbu vlastní agendy, Národního registru poskytovatelů, který je součástí Národního zdravotnického informačního systému a jenž by měl z nepochopitelných důvodů kopírovat seznam členů ČLK. Tuto nadbytečnou dvojkolejnost totožných informací odmítl i Mgr. Josef Prokeš, ředitel legislativního odboru Úřadu pro ochranu osobních údajů, který se účastnil loňského sjezdu ČLK. Delegáti XXV. sjezdu ČLK přijali v této souvislosti následující usnesení: „*ČLK nesouhlasí se zřizováním Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb a národního registru zdravotnických pracovníků. Zřizování dalšího registru lékařů není ničím jiným než plýtváním penězi daňových poplatníků, neboť registr lékařů již vede ČLK dle zákona č. 220/1991 Sb., a to na vlastní náklady. ČLK nesouhlasí s porušením práva na ochranu osobních údajů zdravotnických pracovníků. Není důvod zdravotnické pracovníky diskriminovat poskytováním údajů do registru, jestliže taková povinnost na straně ostatních osob není.*“

Je jisté v zájmu každého lékaře, aby informace, které je ČLK povinná o něm evidovat a zveřejňovat, byly správné a aktuální. Doufám, že si každý z vás najde pár minut na jejich včasnou kontrolu na adrese <http://www.lkr.cz/seznamlekaru> a že ve spolupráci s kanceláří okresního (obvodního) sdružení provede potřebné změny. Ten, kdo si své údaje nezkontroluje, bude sice moci provést jejich opravu dodatečně, ale než tak učiní, budou od poloviny října pro veřejnost dostupné údaje chybné.

Zdeněk Mrozek,
viceprezident ČLK



Tempus – časopis za 6 Kč Nezávislost není zadarmo

Prohlubující se recese české ekonomiky spolu se změnami na trhu s reklamou neumožňují zajistit pravidelné vydávání časopisu České lékařské komory, aniž by komora svůj časopis nemusela finančně dotovat. Ostatně své časopisy dnes takto dotují prakticky všechny obdobné instituce.

Představenstvo ČLK považuje vydávání časopisu, kterým bude i nadále moci komora plnit pravidelně každý měsíc svoji informační povinnost vůči svým členům, za jednu z priorit v činnosti ČLK. Při vydávání časopisu je třeba pečlivě hledat rovnováhu mezi ekonomickou udržitelností na straně jedné a obsahovou nezávislostí na straně druhé. Obsahovou nezávislost časopisu na vnějších vlivech považuje představenstvo ČLK za nezbytný předpoklad objektivního informování lékařů o dění ve zdravotnictví. Dnes a denně se můžeme na vlastní oči přesvědčovat o tom, jak neobjektivní informace přináší média hájící zájmy finančně silných inzerentů. Obdobná cesta je pro časopis naší profesní lékařské samosprávy nepřijatelná. Za ztrátu svobody žádné peníze nestojí.

Náklady na vydávání časopisu jsme snížili na minimum

Od května 2012 platí nová smlouva o vzájemné spolupráci mezi ČLK a společností Mladá fronta a. s., kterou se mi podařilo vyjednat. Za cenu mírného snížení gramáže papíru přistoupila MF a. s., která má zájem o další spolupráci s tak významným partnerem, jakým lékařská komora je, na výrazné snížení ceny výroby i distribuce časopisu. Komora díky tomu uspoří na každém čísle časopisu asi 200 000 Kč. Další snížení nákladů již bohužel není reálně dosažitelné, a to ani snížením počtu výtisků. Případná změna periodicity časopisu z měsíčníku například na dvojměsíčník by si vynutila zásadní změny obsahu časopisu, který by již nemohl plnit funkci média zajišťujícího informování členů ČLK o aktuálním dění ve zdravotnictví a v komoře.

Snížení nákladů spojených s tiskem a distribucí časopisu sice umožnilo snížení ceny reklamního prostoru v časopise s cílem přilákat více inzerentů, avšak během letních měsíců se toto očekávání zatím naplnit nepodařilo.

O náklady na časopis se musí podělit celá komora

Je velmi pravděpodobné, že i nadále bude tedy lékařská komora muset vydávání časopisu podporovat ze svého rozpočtu. Zájem inzerentů ochotných za zveřejnění inzerce platit není za současné nepříznivé ekonomické situace příliš velký, přičemž pro případnou inzerci platí navíc velmi přísná omezení, aby inzerce neodporovala etice a poslání ČLK a neohrožovala nezávislost komory.

Z těchto důvodů jsem ve spolupráci s ekonomickým a právním oddělením komory předložil představenstvu návrh novely Stavovského předpisu č. 7 – Příspěvky na činnost ČLK, který řeší ekonomické problémy při vydávání časopisu Tempus medicorum tak, aby se na krytí nákladů podílelo jak centrum ČLK, tak i jednotlivá okresní sdružení komory, a to proporcionálně v souladu s dosud platnými pravidly pro odvod částí vybraných členských příspěvků z OS ČLK na centrum ČLK. Návrh současně nepočítá s navyšování členských příspěvků a jednotlivých členů komory se tedy nijak nedotýká.

Předsedové okresních sdružení návrh podpořili

Představenstvo ČLK návrh nejprve prodiskutovalo na svém červnovém zasedání a poté doporučilo předsedům OS ČLK, aby návrh novely SP-7 podpořili. Předsedové OS ČLK, kteří se účastnili porady 21. 6. 2012, návrh po diskusi absolutní většinou podpořili, když proti návrhu hlasoval jeden předseda a další dva se zdrželi. Na základě takto jasně vyjádřené vůle ze strany předsedů okresních sdružení představenstvo ČLK návrh 3. 8. 2012 schválilo s tím, že změny nabudou účinnosti k 1. 1. 2013, tedy k počátku kalendářního roku, v němž bude přerozdělení vybraných členských příspěvků na podporu ekonomické nezávislosti časopisu Tempus medicorum poprvé realizováno.

Časopis pro komoru za 6 Kč, pro lékaře nadále zdarma

Z členských příspěvků vybraných okresním sdružením bude od příštího roku nejprve na účet komory odváděna částka 66 Kč za každého člena okresního sdružení, který náleží do kategorie „soukromí a vedoucí lékaři“, „zaměstnanci a ostatní lékaři“, „absolventi platíci“ a „nepracující důchodci“. Vzhledem k periodi-



citě časopisu 11 čísel ročně a odvodu 66 Kč za jednoho platícího člena ročně tedy tento odvod znamená částku 6 Kč za jedno číslo časopisu, a to ještě pouze pro platící členy ČLK (netýká se tedy neplatících absolventů a lékařek na mateřské či rodičovské dovolené).

Smyslem představenstvem schválené novely předkládaného návrhu je, jak již bylo řečeno výše, spravedlivé rozdělení finančních nákladů na vydávání časopisu mezi centrum ČLK a OS ČLK. Prostřednictvím svého časopisu plní totiž nejenom centrum ČLK, ale celá ČLK, tedy včetně jednotlivých OS ČLK, svoji informační povinnost vůči svým členům, která vyplývá z § 7 odst. 1 písm. a) Stavovského předpisu ČLK č. 1 – Organizačního řádu ČLK.

Bez ohledu na velikost okresního sdružení je garantováno, že za každého platícího člena bude příspěvek na vydávání časopisu stejný. Jednotlivých členů ČLK se tato změna nijak nedotkne, neboť nedochází ke zvyšování členských příspěvků. Půjde pouze o odvod části z dosud vybíraných členských příspěvků na zvláštní analytický účet v rámci účetnictví komory. Očekávaná alokace finančních prostředků ve výši zhruba 3 miliony Kč ročně, na jejíž tvorbu se budou proporcionálně podle dosud platných pravidel pro odvod částí vybraných členských příspěvků z OS ČLK na centrum ČLK podílet jak okresní sdružení (celkem částkou asi 1,8 mil. Kč ročně), tak centrum komory (celkem částkou asi 1,2 mil. Kč ročně), umožní zajistit vydávání časopisu při zachování jeho obsahové nezávislosti na vlivech vně ČLK.

Časopis Tempus medicorum by zkrátka již neměl být ekonomicky závislý na příjmech z inzerce. Lékařská komora tak za pouhých 6 Kč za každého lékaře platícího členské příspěvky získá pro všechny lékaře časopis zcela nezávislý na vlivech mimo komoru. Jednotlivé lékaře přitom nebude stát tento časopis navíc ani jednu jedinou korunu. Členské příspěvky se totiž nenavýšují. Dál se budeme samozřejmě snažit reklamu získat, a tím vylepšit finanční stránku vydávání časopisu.

Milan Kubek, prezident ČLK

Žádejte Diplomy celoživotního vzdělávání

Každý, kdo splňuje podmínku získání alespoň padesáti kreditů během uplynulých pěti let, by si měl ve vlastním zájmu do konce roku 2012 zažádat u svého okresního sdružení ČLK o vystavení Diplomu celoživotního vzdělávání. Nová pravidla platná od příštího roku budou totiž klást na lékaře přísnější požadavky tak, aby naše diplomy byly kompatibilní a plnohodnotné v rámci celé Evropské unie.

Celoživotní vzdělávání garantované Českou lékařskou komorou dosud nebylo plně kompatibilní s evropským systémem garantovaným UEMS. Hlavní překážkou bránící uznávání našich Diplomů celoživotního vzdělávání v zahraničí byly jednoznačně příliš nízké požadavky kladené na lékaře pro získání tohoto diplomu. Podmínka nasbírání padesáti kreditů během pěti let byla skutečně pouze formálním požadavkem, k jehož splnění stačilo například vyplnit každý rok jeden jediný autodidaktický test v akreditovaném časopise. Skutečnost, že požadavky kladené na lékaře v rámci celoživotního vzdělávání garantovaného ČLK byly příliš mírné, rovněž komoře znemožňovala vyjednat nějaké ekonomické zvýhodnění pro držitele Diplomů celoživotního vzdělávání.

Představenstvo ČLK po opakované diskusi s předsedy okresních sdružení schválilo na svém červnovém zasedání zásadní novelu Stavovského předpisu č. 16 – Systém celoživotního vzdělávání lékařů, která přináší tyto změny:

- Počet kreditů nezbytných pro vydání Diplomu celoživotního vzdělávání se zvyšuje z dosavadních 50 za 5 let na 150 za 5 let. Pro toto ustanovení platí přechodné období umožňující všem lékařům, kteří splňují dosavadní podmínku padesáti kreditů získaných v uplynulých pěti letech, aby si do konce roku zažádali o vydání diplomu platného na pět let podle původních pravidel.
- Novinkou je odstranění limitace maximálního počtu kreditů udílených za účast na vícedenních vzdělávacích akcích, což znamená, že každý vzdělávací den bude posuzován samostatně a účastníci prestižních kongre-

sů či frekventanti stáží na specializovaných pracovištích budou zvýhodněni.

- V souladu s praxí většiny států EU došlo k úplnému zrušení kreditového ohodnocení pro publikační a přednáškovou činnost. U těchto aktivit totiž není možno objektivně posoudit jejich přínos, přičemž nelze ani zamezit jejich neustálému opakování. Dosavadní hodnocení publikační a přednáškové činnosti jako jedné z forem celoživotního vzdělávání znevýhodňovalo lékaře v terénu vůči lékařům z klinických pracovišť, pro které je přednášková a publikační činnost součástí jejich běžné náplně práce.
- Navzdory úvahám o prodloužení délky jedné vyučovací hodiny nakonec zůstává zachována délka jedné vyučovací hodiny na úrovni 45 minut.

Celý text Stavovského předpisu č. 16 najdete spolu s ostatními stavovskými předpisy na www.lkcr.cz v sekci legislativa ČLK.

Pokud má však být vzdělávání garantované komorou skutečně kvalitní, pokud mají

být naše diplomy uznávané v rámci celé EU a pokud chceme pro jejich držitele vyjednat nějaké ekonomické zvýhodnění typu příplatku k platu či bonusu od zdravotních pojišťoven, nemohli jsme se zpřísněním požadavků ani schválením změn zpřehledňujících celý systém otálet. Česká lékařská komora má sice nespornou výhodu, že jako jediná instituce v ČR má pro lékaře propracovaný systém celoživotního vzdělávání kombinující jeho různé formy včetně moderního e-learningu a že vede registr vzdělávacích akcí a zároveň také eviduje účast jednotlivých lékařů. Přesto však hrozilo nebezpečí, že pokud by podmínky kladené komorou na lékaře v rámci celoživotního vzdělávání zůstávaly i nadále příliš mírné, mohl by organizaci celoživotního vzdělávání převzít stát, jehož úředníci by lehce vytvořili podobný paskvil, jaký dnes ztrpčuje život a vytahuje peníze z kapes zdravotním sestram. Změny SP-16 jsou příspěvkem komory k zlepšování kvality celoživotního vzdělávání lékařů, a tím i ke zvyšování úrovně a bezpečnosti lékařské péče. Další službou pro členy komory v oblasti vzdělávání je elektronizace registrace vzdělávacích akcí a přihlašování se na ně ze strany lékařů. O dalších novinkách připravených oddělením vzdělávání se dočtete v příštích číslech časopisu Tempus medicorum.

Milan Kubek, prezident ČLK

Počty kreditů vyžadovaných k získání diplomu celoživotního vzdělávání (CME) v zemích s povinným celoživotním vzděláváním pro lékaře			
Země	CME povinné	Počet kreditů za rok	Počet kreditů za období
Rakousko	ano	50	150 (3 roky)
Belgie	ano	200	neuveďeno
Německo	ano	50	250 (5 let)
Řecko	ano	neuveďeno	
Maďarsko	ano	50	250 (5 let)
Irsko	ano	50	250 (5 let)
Itálie	ano	50	150 (3 roky)
Nizozemsko	ano	40	200 (5 let)
Rumunsko	ano	40	200 (5 let)
Slovensko	ano	50	250 (5 let)
Chorvatsko	ano	120	neuveďeno
Velká Británie	ano	50	250 (5 let)
Baltické státy	ano	40	200 (5 let)
Polsko	ano	40	200 (5 let)
Slovinsko	ano	75	neuveďeno
Švýcarsko	ano	50	150 (3 roky)
Kypr	ano	50	150 (3 roky)
ČR (dosud)	ano	10	50 (5 let)
ČR (od roku 2013)	ano	30	150 (5 let)

Nové právní předpisy a co z nich vyplývá

V posledních měsících po nabytí účinnosti tří nových zákonů (zákon o zdravotních službách, zákon o specifických zdravotních službách a zákon o zdravotnické záchranné službě) a dvou rozsáhlých novel zákona o veřejném zdravotním pojištění bylo přijato mnoho prováděcích vyhlášek vydaných Ministerstvem zdravotnictví ČR zpravidla v souvislosti s nově vydanými zákony. Jde o „legislativní smršť“ nových právních předpisů.

V této souvislosti si často vzpomenu na výrok bývalé místopředsedkyně Ústavního soudu ČR Elišky Wagnerové na setkání právníků zabývajících se problematikou zdravotnictví s rakouskými soudci, kde projevila názor, že by se přimlouvala za přijetí ústavního zákona, kterým by nejméně na pět let bylo v České republice zakázáno vydávat jakékoli nové právní předpisy, aby se stabilizovalo právní prostředí. Myslím, že měla pravdu. Musíme však vycházet z reality.

Vedení České lékařské komory uložilo právní kanceláři zveřejnit na webových stránkách České lékařské komory přehled právních předpisů, které se mohou dotýkat lékařského povolání, jejich plný text, případně též upozornění, co z kterého právního předpisu pro lékaře vyplývá. Tento úkol bude v nejbližší době splněn a členům České lékařské komory bude na webových stránkách komory k dispozici přehled právních předpisů vztahujících se k výkonu jejich profese (tedy nejen zdravotnických, ale i občanskoprávních, trestních, pracovních apod.). Tam, kde to bude třeba, upozorníme, co ze kterého právního předpisu pro lékaře vyplývá. Samozřejmě i přes tuto skutečnost budeme nadále v časopisu České lékařské komory v právní rubrice upozorňovat na nové právní předpisy, zajímavé judikáty Ústavního soudu ČR, Nejvyššího soudu ČR a nižších soudů a současně i na odbornou problematiku medicínského práva z hlediska praxe.

V současné době je třeba upozornit na některé nové prováděcí právní předpisy, které byly vydány v tomto roce a vztahují se k problematice zdravotnictví a výkonu lékařského povolání. Jde o tyto právní předpisy:

• vyhláška č. 39/2012 Sb., o dispenzární péči

- vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách
- vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče
- vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci
- vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb

- vyhláška č. 101/2012 Sb., o podrobnostech obsahu traumatologického plánu poskytovatele jednodenní nebo lůžkové zdravotní péče a postupu při jeho zpracování a projednání
- vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče
- vyhláška č. 116/2012 Sb., o předávání údajů do Národního zdravotního informačního systému
- vyhláška č. 104/2012 Sb., o posuzování nemocí povolání
- vyhláška č. 240/2012 Sb. k provedení zákona o zdravotnické záchranné službě
- vyhláška č. 271/2012 Sb., o zdravotní způsobilosti zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka.

JUDr. Jan Mach

NOVÁ VYHLÁŠKA O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI LÉKAŘŮ

Dnem 24. 8. 2012 vstupuje v účinnost nová vyhláška č. 271/2012 Sb., o zdravotní způsobilosti zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka. Jak je patrné už z tohoto jejího označení, uvedená vyhláška se vztahuje i na zdravotní způsobilost k výkonu povolání lékaře.

Předchozí vyhláška č. 470/2004 Sb., která upravovala tuto problematiku, byla zrušena ke dni 23. 8. 2006, posléze následovalo šestileté období bez právní úpravy zdravotní způsobilosti lékařů, kdy vše bylo ponecháno na rozhodnutí posuzujícího lékaře v každém individuálním případě. Pokud bychom mohli pouze rámcově porovnat předchozí, již 6 let neplatnou vyhlášku s tou stávající nově přijatou, lze konstatovat, že nová právní úprava stanoví méně přísná kritéria pro posuzování zdravotní způsobilosti lékařů, text je zároveň kratší, jednodušší a přehlednější. Seznam nemocí, stavů a vad v příloze č. 1 vyhlášky již není rozlišován na kategorie prací podle zákona o ochraně veřejného zdraví, podmínky jsou nyní stejné pro všechny kategorie, ať už se jedná o lékaře, či jiné zdravotnické pracovníky pracující v běžné ambulanci nebo v rizikovějším prostředí, kde je zvýšené nebezpečí ohrožení sluchu, zraku či ohrožení rentgenovým zářením. Pokud se jedná o jednotlivé diagnózy, které před 6 lety mohly být důvodem zdravot-

ní nezpůsobilosti, v nové vyhlášce již nejsou obsaženy ty z nich, jež neměly své odborné opodstatnění. Jedná se zejména o přechodné stavy, které sice původní návrh vyhlášky předložený komoře před více než dvěma lety obsahoval, ale které se v připomínkovém řízení k tomuto návrhu vyhlášky podařilo z návrhu odstranit, příp. je upravit do patřičné podoby, a to zejména díky aktivnímu přístupu ČLK ve spolupráci s Psychiatrickou společností ČLS JEP. Nutno uznat, že jednání s Ministerstvem zdravotnictví ČR bylo v tomto případě konstruktivně a věcně vedeno se společným zájmem, aby nová vyhláška neopodstatněně neomezovala lékaře ve výkonu jejich povolání, avšak aby na druhou stranu případnou zdravotní nezpůsobilost zřetelně vymezovala. Lze snad jen konstatovat, že vyhláška byla vydána až po více než dvou letech od vypořádání připomínek, což bylo pravděpodobně způsobeno zamýšleným budoucím přijetím nových zdravotnických zákonů.

Závěrem tohoto krátkého komentáře k nové vyhlášce (jejíž doslovné znění je k nalezení na webových stránkách ČLK) je potřeba zdůraznit, že ani přijetím nového zákona o zdravotních službách, ani přijetím této nové vyhlášky nevniká lékařům povinnost automaticky si nově vyžádat posudek o zdravotní způsobilosti a podrobit se lékařské prohlídce. Ani jed-

ním z citovaných právních předpisů totiž nebylo změněno ustanovení § 3 odst. 2 zákona č. 95/2004 Sb., v platném znění, které uvádí, že zdravotní způsobilost lékařů se zjišťuje:

- a) před zahájením výkonu povolání a před pokračováním ve výkonu povolání, byl-li výkon povolání přerušen na dobu delší než 3 roky,
 - b) v případě důvodného podezření, že došlo ke změně zdravotního stavu zdravotnického pracovníka,
1. na vyžádání správního úřadu, který vydal oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle zákona o zdravotních službách, jde-li o pracovníka, který poskytuje zdravotní služby vlastním jménem, nebo o odborného zástupce, je-li ustanoven, nebo
 2. na vyžádání zaměstnavatele, jde-li o zaměstnance, který podle lékařského posudku poskytovatele pracovních lékařských služeb pozbyl zdravotní způsobilost k práci.

Nová kritéria stanovená vyhláškou č. 271/2012 Sb. budou dopadat pouze na tyto citované případy. Dosud platná zdravotní způsobilost ostatních lékařů, u nichž nastaly situace vymezené v ustanovení § 3 odst. 2 zákona č. 95/2004 Sb., v platném znění, tedy zůstává přijetím nové vyhlášky nedotčena.

Mgr. Miloš Máca,
právní kancelář ČLK

Znalci ve zdravotnictví

Jako obhájce lékařů a právní zástupce poskytovatelů zdravotních služeb se o problematiku znalců ve zdravotnictví dlouhodobě zajímám. Proč? Znalecký posudek je zpravidla rozhodujícím důkazem v řízení o náhradu škody či ochranu osobnosti spojeném s poskytováním zdravotních služeb, jakož i v trestním řízení proti lékařům nebo jiným zdravotníkům.

Na otázku, zda bylo, či nebylo postupováno na náležité odborné úrovni v souladu s pravidly lékařské vědy a uznávanými postupy, tedy zda lékař a poskytovatel zdravotních služeb porušili svou základní právní povinnost vůči pacientovi, nebo tuto povinnost neporušili, nemůže soudce najít odpověď sám. Tuto odpověď získává důkazem ve formě znaleckého posudku, případně výsledkem znaleckých posudků před soudem. Také pokud policie obdrží trestní oznámení pro ublížení na zdraví nebo usmrcení z nedbalosti, nezbyvá než zadat znalecký posudek, který odpoví na otázku, zda byly porušeny profesní povinnosti lékaře, či nikoli.

Další neméně důležitou otázkou, kterou rovněž může posoudit jen medicínský expert příslušné odbornosti, je, zda v případě, kdy by k porušení pravidel lékařské vědy a profesních povinností nedošlo, by nenastal ani následek – újma na zdraví, úmrtí. V právníkové řeči tedy jde o otázku, zda je postavena najisto příčinná souvislost mezi případným odborným pochybením a porušením pravidel lékařské vědy na straně jedné a újmu na zdraví nebo úmrtím pacienta na straně druhé. Není-li tato příčinná souvislost prokázána, trestní odpovědnost lékaře nepřipadá v úvahu, a to ani tehdy, pokud hrubě porušil své profesní povinnosti. V takovém případě může orgán činný v trestním řízení (policie, státní zástupce, soudce) odevzdat, nebo je-li již zahájeno trestní stíhání, postoupit věc k disciplinárnímu řešení České lékařské komoře (v případě zubních lékařů České stomatologické komoře). Také v řízení o náhradu škody požadují soudy, aby byla nepochybně prokázána příčinná souvislost mezi porušením pravidel lékařské vědy a odborným pochybením na straně jedné, jakož i úmrtím nebo újmu na zdraví na straně druhé. Ne-

ní-li příčinná souvislost prokázána, nebývá zpravidla žaloba o náhradu škody úspěšná. Trochu jiné stanovisko zaujímají v současné době soudy, pokud jde o žaloby na ochranu osobnosti, kdy stačí, že kvůli odbornému pochybení měl pacient menší šanci na přežití, než by měl v případě, kdy by k odbornému pochybení nedošlo, nebo je více pravděpodobné, že by nedošlo k tak závažné újmě na zdraví, kdyby k odborné chybě nedošlo, byť to nelze postavit najisto. Stačí tedy „menší šance“ způsobená odbornou chybou k tomu, aby byla přiznána satisfakce pro zásah do práva na ochranu osobnosti.

Problémy se znaleckými posudky přetrvávají

V minulosti jsme poměrně rozsáhle, včetně speciálního kongresu ČLK k této problematice v roce 2009, prosazovali názory, které dnes převládají v judikatuře soudů – totiž že znalec z oboru soudního lékařství nemůže posuzovat, a to ani za účasti konzultanta, správnost či nesprávnost postupu lékaře klinického oboru, jakož i to, že správnost či nesprávnost postupu lékaře jisté odbornosti nemůže posuzovat znalec z jiné odbornosti. Například správnost či nesprávnost postupu všeobecného praktického lékaře nemůže posuzovat znalec z oboru kardiologie, byť by šlo o léčbu srdeční choroby – kardiolog nezná rozsah profesních povinností a vzdělávacího programu všeobecného praktika a posuzoval by případ ze svého hlediska podle nároků, které jsou kladeny na lékaře kardiologa, nikoli na lékaře praktika. Tyto otázky, které jsou předmětem výuky na Justiční akademii pro soudce a státní zástupce, na níž se osobně několik let podílím, jsou dnes u většiny soudů vyjasněny.

Přesto problémy se znaleckými posudky v oboru zdravotnictví přetrvávají. Nejde o problémy v případech posuzování přičetnosti či nepřičetnosti nebo způsobilosti či nezpůsobilosti k určitým právním úkonům u znaleckých posudků z odvětví psychiatrie ani o případy, kdy znalec z odvětví soudního lékařství posuzuje rozsah poranění nebo příčiny úmrtí. **Závažné problémy opakovaně zjišťujeme v případech, kdy znalec-lékař nebo znalecký ústav posuzují správnost či nesprávnost postupu jiného lékaře.** Můj „osobní rekord“ je zatím v případě, kdy

byl znalecky zkoumán postup dvou lékařů – chirurga a anesteziologa – při péči o starší pacientku po operaci o víkendové službě. K případu bylo vypracováno celkem dvanáct znaleckých posudků ve třech souběžně probíhajících soudních řízeních (trestním, občanskoprávním a pracovním), přičemž čtyři z těchto posudků byly ústavní. Shodné stanovisko nezaujaly ani ve dvou případech, každé stanovisko bylo jiné – od konstatování, že nedošlo vůbec k žádnému pochybení, ke konstatování, že pochybení bylo velké množství, přičemž jednotliví znalci a znalecké ústavy spatřovali pochybení každý jinde.

Kdo má být znalcem v oboru zdravotnictví?

Smyslem úsilí České lékařské komory a její právní kanceláře rozhodně není zabránit trestnímu stíhání nebo náhradě škody v případech, kdy jednoznačně došlo k porušení profesních povinností lékaře a v důsledku toho k úmrtí nebo vážnému poškození zdraví pacienta. Znalec je povinen vypracovat znalecký posudek pravdivě, podle svého nejlepšího svědomí, a nikdo mu nemůže mít za zlé, pokud zaujme kritické stanovisko vůči práci kolegy. To by byla nepochybně falešná



PŘÍKLADY Z PRAXE

Abychom nezůstávali v teoretické rovině, připojím několik případů z nedávné soudní praxe, kdy došlo k zásadnímu pochybení při zpracování znaleckých posudků hodnotících postup jiného lékaře, a to i ze strany znaleckých ústavů:

- Rodina pozůstalých podala trestní oznámení na druhoatestovaného chirurga, vedoucího ústavní pohotovostní služby na chirurgickém oddělení nemocnice, za údajné chyby při pooperační péči o pacienta, který zemřel. Policejní orgán ustanovil „osvědčeného znalce“, chirurga s druhou atestací a titulem CSc., kterému bylo přes osmdesát let, čtyřicet let nepracuje v nemocnici a dvacet let je v důchodu a nepracuje ve zdravotnictví. Tento znalec vypracoval poměrně kritický znalecký posudek a při výslechu na policii dospěl k závěru, že lékař porušil uznávané postupy a pravidla lékařské vědy a v důsledku toho došlo k úmrtí pacienta. Na základě toho byl lékař trestně stíhán a obžalován. Obhajoba předložila vlastní znalecký posudek renomovaného profesora chirurgie a přednosta kliniky, nemocnice pak předložila znalecký posudek primáře chirurgického oddělení velké nemocnice a současně soudního znalce z oboru chirurgie. Oba znalecké posudky vyvracely znalecký posudek znalce přibrávaného policejním orgánem. Při výslechu před soudem pak znalec – profesor chirurgie – velmi kvalifikovaně a systematicky vyvracel jednotlivá pochybení obsažená ve znaleckém posudku chirurga, který již nevykonává praxi a jehož znalecký posudek vedl k trestnímu stíhání. Soud zprostil chirurga obžaloby, rozsudek nabyl právní moci.
- Renomovaní a zkušení primáři chirurgie a gynekologie prováděli urgentní operační výkon u mladé pacientky, který byl vitálně indikován. Operace prováděná postupně jak primářem gynekologie, tak primářem chirurgie se zdařila, život pacientky byl zachráněn za cenu hysterektomie. Šlo o mladou pacientku. Pacientka nejprve projevovala vůči lékařům vděk, posléze však, když případ s někým konzultovala a získala „vědomosti z internetu“, podala trestní oznámení, neboť dospěla k závěru, že postup lékařů byl chybný. Na základě trestního oznámení policejní orgán přibral znalkyni z oboru gynekologie a porodnictví a uložil vypracování znaleckého posudku. Znalkyní

byla lékařka, která se převážně věnovala ambulantní gynekologické praxi. Její znalecký posudek vyzněl jednoznačně v neprospěch obou lékařů a na jeho základě bylo zahájeno trestní stíhání primáře chirurgie i gynekologie a byli obžalováni pro těžkou újmu na zdraví z hrubé nedbalosti. Na základě výhrad, které přednesla obhajoba proti zpracovanému znaleckému posudku i proti zkušenostem znalkyně v porovnání se zkušenostmi obou lékařů, jejichž práci posuzovala, soud uznal, že je třeba ověřit správnost znaleckého posudku ambulantní gynekoložky-znalkyně ústavním znaleckým posudkem, který zadal renomovanému znaleckému ústavu. Postup obou primářů pak hodnotil renomovaný profesor gynekologie a porodnictví a renomovaný docent chirurgie. Závěr jejich ústavního znaleckého posudku byl jednoznačný: oba primáři odvedli vynikající práci, nelze jim v jejich postupu nic vytknout a zachránili pacientce život – za to jsou nyní trestně stíhání. Soud na základě tohoto velmi kvalifikovaně zpracovaného a přesvědčivého ústavního znaleckého posudku zprostil oba primáře obžaloby. Rozsudek nabyl právní moci. Tento případ měl ještě další dozvuky, neboť když byl mnou prezentován na některých seminářích a odborných setkáních, včetně výuky na Justiční akademii, příslušná znalkyně napsala dopis prezidentovi České lékařské komory, ve kterém ho žádá, aby zařídil, abych nadále tento případ neprezentoval, neboť je přesvědčena, že její znalecký posudek byl správný. V této souvislosti předložila rovněž posudek několika gynekologů, kteří zaujali stanovisko, že její znalecký posudek nebyl chybný a že případ bylo možno posoudit i tímto způsobem. Naproti tomu jeden z obviněných primářů se snažil podnikat právní kroky proti osobě příslušné znalkyně. Prezident České lékařské komory samozřejmě nemohl vyhovět žádosti, abych případ dále neprezentoval, a požádal mě pouze, abych znalkyni sdělil své stanovisko. Za situace, kdy znám stanovisko této znalkyně, která poukazuje na to, že má i nemocniční praxi a vypracovala znalecký posudek podle svého přesvědčení správně, mohu pouze při prezentaci tohoto případu doplnit toto její stanovisko, podpořené stanoviskem několika dalších gynekologů. Závěry ústavního znaleckého posudku i rozhodnutí soudu však svědčí o tom, že její znalecký posudek

byl jednoznačně chybný. Na druhé straně jsem nevyhověl žádosti jednoho z nepravděpodobně trestně stíhaných primářů, abych ho právně zastupoval proti této lékařce, protože jde rovněž o členku ČLK. Případ podle mne především signalizuje potřebu neustanovovat jako znalce při posuzování postupu zkušených primářů a nemocničních lékařů ambulantního lékaře, ale spíše znalecký ústav, jak se posléze stalo.

- Lékař z oboru ortopedie byl obviněn, že nenařídil u pacienta v úrazové ambulanci CT mozku, když pacient předtím upadl a lehce se zranil na hlavě. Ortoped povolal konziliáře neurologa, který pacienta vyšetřil, bylo provedeno i rtg hlavy a nebylo indikováno provedení CT. Pacient posléze po propuštění domů zemřel. Na základě ústavního znaleckého posudku bylo zahájeno trestní stíhání ortopeda i neurologa. Ukázalo se však, že ústavní znalecký posudek zpracovali odborníci z oboru neurologie, chirurgie a soudního lékařství a v komisi nebyl odborník z oboru ortopedie. Po doplnění komise o kvalifikovaného ortopeda byl vypracován dodatek ústavního znaleckého posudku, který konstatoval, že se ortoped nedopustil žádného odborného pochybení a postupoval lege artis. Na základě této skutečnosti byl ortoped pravomocně zproštěn obžaloby. Zproštěn byl i neurolog, protože neindikování CT vyšetření v daném případě nebylo možno hodnotit jako porušení pravidel lékařské vědy.
- Na základě ústavního znaleckého posudku byla obviněna a obžalována lékařka internistka pro údajné zanedbání péče o pacienta při ústavní pohotovostní službě. Posudek ústavu vypracoval soudní lékař a chirurg, internista mezi zpracovateli nebyl. Na základě námitek obhajoby byl do komise znaleckého ústavu doplněn profesor vnitřního lékařství a závěry ústavního znaleckého posudku vyzněly v zásadě opačně než původně. Zajímavý byl výsledek zpracovatelů ústavního znaleckého posudku před soudem, kdy člen znalecké komise-chirurg trval na svých výhradách k postupu interní lékařky, zatímco profesor vnitřního lékařství tyto výhrady spolehlivě a přesvědčivě vyvracel (přitom šlo o odborníky z jednoho znaleckého ústavu). Lékařka byla pravomocně zproštěna obžaloby.

solidarita, která by deformovala funkci České lékařské komory, kam patří ochrana odbornosti a lékařské etiky. Přesto z vlastní praxe mohu konstatovat desítky případů, kdy proti lékaři bylo zahájeno trestní stíhání na základě znaleckého posudku, jehož závěry byly posléze spolehlivě vyvráceny a lékař byl zproštěn obžaloby, ale mezitím dehonestován, skandalizován a těžce poškozen ve své profesní cti, na pracovišti i v místě bydliště.

Tyto případy nemohou být České lékařské komoře a její právní kanceláři lhostejné, a protože k nespravedlivému a nedůvodnému trestnímu stíhání dochází zpravidla právě na základě nesprávných znaleckých posudků, pochopitelně se na tuto problematiku zaměřujeme, včetně otázky, jak by měl znalec odpovídat za chybný znalecký posudek a kdo by vlastně měl mít právo být znalcem v oboru zdravotnictví, který posuzuje správnost či nesprávnost postupu jiných lékařů. Kritéria pro jmenování znalců, ale i znaleckých ústavů totiž nejsou vůbec vyjasněna, řídí se stále vágními ustanoveními zákona z roku 1967, přičemž nový zákon o znalcích je ve stadiu přípravy jeho věcného záměru. Předsedové krajských soudů, kteří rozhodují o zápisu do seznamu znalců, nemají tedy žádné vodítko, podle jakých kritérií mohou či nemohou případného zájemce o zápis do tohoto seznamu schválit či neschválit, a relevantní kritéria chybějí i Ministerstvu spravedlnosti ČR při zapisování do seznamu znaleckých ústavů. V tomto směru Česká lékařská komora dosud úspěšně spolupracovala a spolupracuje s Ministerstvem spravedlnosti ČR a na základě doporučení prezidenta komory jsem rovněž členem komise pro přípravu nového zákona o znalcích.

Posudek musí být pravdivý a objektivní

Obdobných případů by bylo možno prezentovat velké množství. Česká lékařská komora proto apeluje na soudní znalce a zpracovatele ústavních znaleckých posudků, aby dobře zvažovali své závěry a svá hodnocení tak, aby zbytečně nepoškodili profesní čest svých kolegů, jejichž práci hodnotí. Tento apel rozhodně nelze vykládat tak, že je třeba vždy vypracovat znalecký posudek jedině ve prospěch posuzovaného lékaře. Znalecký posudek musí být pravdivý a objektivní, obsahuje-li však kritické údaje o postupu lékaře, které se posléze ukážou chybnými, měla by být odpovědnost soudního znalce, včetně případného vyškrtnutí ze seznamu znalců a náhrady škody, rozhodně aktuální.

K tomu nově připravovaná legislativa rozhodně spěje.

Již nyní, podle judikatury soudů, odpovídá znalec za škodu způsobenou chybným znaleckým posudkem. Do budoucna se předpokládá jeho kárná odpovědnost včetně možnosti odvolání z funkce znalce a vedle toho pochopitelně povinnost nahradit způsobenou škodu. Znalec a zpracovatel ústavního znaleckého posudku by si měl být ovšem vědom své velké odpovědnosti za to, aby na jednu stranu nepoškodil poškozené a nevypracoval nepravdivý znalecký posudek, který by kryl závažné chyby, na druhé straně však si musí být vědom i vysokého stupně své odpovědnosti za to, aby zbytečně nepoškodil profesní čest příslušného lékaře.

Znalec by měl mít dostatek soudnosti

Opakovaně při školeních na Justiční akademii dostávám od soudců a státních zástupců dotazy, jak tedy vlastně mají zjistit, že například znalce, kterou zvolili, je ambulantní lékařkou věnující se převážně ambulantní praxi, a má vlastně mnohem menší zkušenosti i dovednosti než dva primáři s dlouholetou praxí v operování, jejichž práci má posuzovat. Dát zde radu je velmi těžké, radím, aby se soudce zabýval dosavadní praxí a zaměřením příslušného znalce a sám se dotazoval, zda se cítí být kompetentním posuzovat například práci dvou primářů. Především však sám oslovený znalec by měl mít dostatek soudnosti k tomu, aby případně sdělil soudu, že se necítí být kompetentním posuzovat případ, který je komplikovaný, týká se třeba i jiné odbornosti, než je jeho vlastní, nebo se týká problematiky, které se v poslední době příliš nevěnuje. Soud zpravidla toto vysvětlení přijme.

Pokud jde o znalecké ústavy, v některých případech jak ředitel fakultních nemocnic, tak děkani lékařských fakult poměrně neuváženě rozhodnou o složení komise, nebo dokonce pověří vypracováním ústavního znaleckého posudku jediného lékaře, aniž zvažují, zda skutečně jeho vědomosti, zkušenosti a dosavadní praxe zahrnují vše, co je třeba k vypracování kompletního objektivního znaleckého posudku. Je pravda, že na základě námitek posléze tuto chybu uznají a znalecký posudek doplní o pohled z jiné (někdy té příslušné) odbornosti, a jak bylo již uvedeno, na posouzení případu to může mnohdy mít zcela zásadní význam.

Česká lékařská komora, jak již bylo také publikováno v našem časopisu, dala své doporučení k tomu, jak by mělo být postupováno a jaká kritéria by měla být splněna, aby

v lékařských oborech soud mohl jmenovat znalce z oboru zdravotnictví posuzujícího práci jiných lékařů. Další poznatky se snažíme uplatnit v rámci přípravy nového zákona o znalcích.

Co poradit v případech, kdy se lékař dostane do situace, že jiný lékař v postavení znalce zhodnotí nespravedlivě, neobjektivně a někdy vyloženě chybně jeho práci a orgány činné v trestním řízení pracují s jeho závěry jako s nepochybnitelnými fakty a trestně stíhají, postaví před soud, někdy i odsoudí?

V zásadě lze dát asi tyto rady:

1. konzultovat případ včas s právní kanceláří České lékařské komory
2. dojde-li k trestnímu stíhání, zvolit obhájce, který má s touto problematikou zkušenosti
3. požádat prezidenta České lékařské komory podle Stavovského předpisu č. 9 – O ochraně lékařského stavu, aby uložil příslušné oborové komisi vědecké rady České lékařské komory vypracování odborného posudku (tento posudek není sice znaleckým posudkem, ale může být použitelným důkazem v soudním řízení), a v případě, že bude závěr odborného posudku ve prospěch obviněného lékaře, jej předložit soudu jako listinný důkaz a žádat, aby se k němu vyjádřili znalci anebo aby byl na jeho základě vypracován revizní znalecký posudek
4. v případě, že to bude nutné, poté co byly již vypracovány znalecké posudky svědčící proti lékaři, nechat případ předběžně posoudit renomovaným znalcem příslušného oboru; pokud takový znalec dospěje k závěru, že lze vypracovat znalecký posudek ve prospěch příslušného lékaře, nebo že alespoň lze konstatovat některé skutečnosti, které budou svědčit v jeho prospěch, požádat na vlastní náklady o zpracování soukromého znaleckého posudku a předložit ho příslušnému orgánu činnému v trestním řízení nebo soudu jako důkaz, který podle zákona nemůže být odmítnut a musí být brán plně v úvahu; soudní znalec by měl být pokud možno vysoce renomovaným odborníkem; pokud dospěje k závěru, že nelze vypracovat znalecký posudek, který by obviněnému lékaři prospěl, je třeba ve spolupráci s obhájcem hledat jiné způsoby obhajoby, jakými jsou například některé odklony od klasického trestního řízení a stíhání, například podmíněné zastavení trestního stíhání, narovnání apod.

JUDr. Jan Mach

ředitel právní kanceláře ČLK

Je třicet haléřů za bod ústavně konformních?

Problematika tzv. regulací péče, pokud jde o objem poskytnutých zdravotních služeb, limity předepisování léčivých přípravků a indikací vyžádané péče je stále v popředí zájmu a vyjednávání jak v dohodovacím řízení o cenách a regulacích, tak pokud jde o některé soudní spory, které v této souvislosti poskytovatelé zdravotních služeb se zdravotními pojišťovnami vedli.

Pokud jde o regulaci předepisování léčivých přípravků a indikování vyžádané péče (zobrazovací metody, laboratorní metody apod.), lze stanoviska soudů zhodnotit asi takto:

Pokud poskytovatel zdravotních služeb prokáže, že kdyby nepředepsal léčivé přípravky v tom množství, v jakém je předepsal, nesplnil by povinnost poskytovat zdravotní péči v souladu s pravidly lékařské vědy a uznávanými medicínskými postupy, není možno regulace v jeho případě uplatnit. Stejně tak, pokud prokáže, že všechny případy vyžádané péče byly nezbytné, jinak by jeho postup nebyl v souladu s pravidly lékařské vědy a uznávanými medicínskými postupy, případně i s požadavky na respektování individuality pacienta, jak vyžaduje zákon, nelze uplatnit regulaci vyžádané péče. Důkazní břemeno o tom, že poskytovatel byl nucen překročit stanovené limity, jinak by nesplnil svou povinnost poskytovat péči lege artis, je však, podle převažujícího názoru soudů, na samotném poskytovateli. Pro mnohé soukromé lékaře nebylo problémem prokázat, že jejich postup by nebyl v souladu s pravidly lékařské vědy, uznávanými medicínskými postupy a požadavkem na individuální přístup k pacientovi, pokud by ve všech případech předepisování léčivých přípravků nebo indikace vyžádaných služeb komplementu nepředepsal příslušný lék nebo nevyžádal příslušné vyšetření. Je jen otázkou rozhodnutí každého poskytovatele, zda v daném případě „půjde do sporu se zdravotní pojišťovnou“, či nikoli. Ukazuje se, že ke smíru v případném sporu nedochází ani tak ve smířčím jednání, jako v případě, kdy již je podána žaloba, případ začne projednávat soud a posléze zdravotní pojišťovna přistoupí na smír.

Za poskytnutou péči musí pojišťovna zaplatit, ale...

Pokud jde o objem zdravotní péče a regulace tohoto objemu, je situace někdy složitější. I zde samozřejmě může lékař prokázat, že

veškeré zdravotní výkony, které provedl a veškeré návštěvy pacienta u něho, vyšetření a léčebné výkony byly nezbytné, aby splnil svou zásadní povinnost poskytnout péči v souladu s právem pacienta na ochranu jeho zdraví. Zdravotní pojišťovny také velmi kritizovaly přístup několika soukromých lékařů, kteří v určitý den v měsíci, když byl naplněn objem nasmlouvané zdravotní péče, kterou směli bez regulace poskytnout, oznámili pojištěncům, že již poskytují pouze nutnou a neodkladnou péči, protože běžnou zdravotní péči jim příslušná zdravotní pojišťovna již neuhradí. Problém byl nakonec v rámci úhradové vyhlášky řešen rádobý „šalamounsky“. Za poskytnutou zdravotní péči není možno lékaři nezaplatit, a to ani tehdy, pokud překročil objem zdravotní péče, do kterého se měl „vejít“. Na straně zdravotní pojišťovny by vznikalo bezdůvodné obohacení, pokud by lékař poskytoval jejím pojištěncům zdravotní služby zdarma. Pojištěnec má totiž na tyto služby právo a zdravotní pojišťovna je povinna je hradit, bez ohledu na regulace stanovené jednotlivým poskytovatelům zdravotních služeb. Našlo se proto „řešení“.

Úhradová vyhláška nově stanovila, že poskytovatelům zdravotních služeb, kteří překročí stanovený objem poskytnutých zdravotních služeb, nebude odepřena odměna ani v případě překročení příslušného limitu, ale tato odměna se sníží o více než dvě třetiny tak, že po překročení stanoveného objemu zdravotních služeb bude výše ceny za bod (hodnota bodu) pouze třicet haléřů. Poskytovatel tak nemůže tvrdit, že pracoval zdarma bez odměny, a nemůže odmítnout pojištěncům poskytování další zdravotní péče, kromě péče neodkladné, z důvodu, že mu tato nebude uhrazena, protože mu uhrazena bude, a to způsobem, který stanoví příslušný právní předpis – úhradová vyhláška. K vydání úhradové vyhlášky zmocňuje Ministerstvo zdravotnictví ČR zákon v případě, že v dohodovacím řízení nedojde k dohodě o hodnotě bodu a výši úhrad zdravotních služeb, včetně regulačních omezení. Ministerstvo tedy využívá svého práva a v úhradové vyhlášce stanoví hodnotu bodu pro poskytovatele, který již překročil stanovený regulovaný objem zdravotní péče, na méně než třetinu obvyklé ceny zdravotních služeb. Je to v pořádku?

Snížení hodnoty bodu je napadnutelné

Je zásadní otázkou, zda toto snížení hodnoty bodu na méně než třetinu jeho

obvyklé hodnoty je ústavně konformní – tedy, zda je v souladu s ústavním pořádkem a principy právního státu České republiky.

Domnívám se, že by bylo možno dovodit, že tomu tak není. Podle čl. 28 Listiny základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku České republiky, mají zaměstnanci právo na spravedlivou odměnu za vykonanou práci. Lze namítnout, že tato argumentace není případná, neboť poskytovatelé zdravotních služeb, kteří jsou ve smluvním vztahu se zdravotními pojišťovnami, nejsou zaměstnanci, ale jsou „soukromníci“. To je samozřejmě pravda. Na druhé straně, jak vícekrát zdůraznil Ústavní soud, není možno posuzovat právní normu a její výklad podle doslovného jazykového znění a gramatický výklad právní normy by měl ustoupit výkladu logickému – tedy měl by být podřízen smyslu, proč v daném případě ústavodárce zakotvil mezi základní práva člověka právo na spravedlivou odměnu za práci, kterou vykonává. Jestliže tedy soukromý lékař je nucen vykonávat práci za odměnu, která naprosto neodpovídá tržním principům, není výrazem svobodné smlouvy mezi ním a pacientem ani svobodné smlouvy mezi ním a pacientovou zdravotní pojišťovnou, ale tuto odměnu stanoví stát v podobě vyhlášky, pak je samozřejmě postavení soukromého lékaře zcela analogické postavení zaměstnance, který pracuje za odměnu určenou zaměstnavatelem. Odměna v daném případě není svobodně tržně domluvena, ale vrchnostensky stanovena podzákoným právním předpisem na základě zákonného zmocnění.

Sama tato skutečnost jistě není v rozporu s ústavními principy ani Listinou základních práv a svobod. **Pokud však odměna, která není výrazem dohody mezi „zákazníkem a poskytovatelem“, je zcela zjevně diskriminační, podstatně nižší, než je běžná odměna poskytovaná za zcela stejnou práci, pak je podle mého názoru státem určena občankovi odměna za práci, jejíž výše je v rozporu s principem práva na spravedlivou odměnu za vykonanou práci. V daném specifickém případě nelze toto právo prostým doslovným jazykovým výkladem omezit na zaměstnance, ale je třeba jej vyloučit tak, že jde o právo každého občana, který je nucen pracovat za podmínek, které si sám nedohodil, ale byly mu direktivně stanoveny, přičemž neodpovídají právu na spravedlivou odměnu za vykonanou práci.**

Co s tím lze dělat?

Cesta nápravy může vést přes Ústavní soud České republiky, případně Evropský soud pro lidská práva. Přednost má pochopitelně řešení

u Ústavního soudu. Návrh na zrušení ustanovení o výši odměny třicet haléřů za bod mohou podat subjekty stanovené Ústavou České republiky, které jsou oprávněny podat návrh na zrušení podzákoného právního předpisu. Pokud například skupina poslanců, skupina senátorů, zastupitelstvo kraje či některé další oprávněné instituce, podají takový návrh, Ústavní soud je povinen se jím v plénu zabývat a posoudit, zda úhradová vyhláška v tomto ustanovení není v rozporu s ústavními principy demokratického právního státu. Tato cesta je zpravidla rychlejší než cesta běžné ústavní stížnosti.

Druhou možností je podat ústavní stížnost a žádat, aby ji Ústavní soud projednal, byť o věci nerozhodovaly obecné soudy, neboť věc se týká většího množství poskytovatelů zdravotních služeb, tedy většího množství občanů, jejichž práva mohou být porušena, a za této situace může Ústavní soud rozhodnout, uzná-li, že je

to ve veřejném zájmu, aniž jeho rozhodnutí předcházelo rozhodování obecných soudů.

Třetí možností je běžná žaloba u soudu s žádostí o to, aby sám soudce předložil věc Ústavnímu soudu k posouzení, zda jde o ústavně konformní ustanovení úhradové vyhlášky, případně aby v souladu s jedním z nálezů pléna Ústavního soudu rozhodl tak, že vyhláška v tomto ustanovení není v souladu s ústavními principy a soud ji nepoužije. Protože běžné soudní řízení u jednotlivých soudů by zde bylo zdouhavé a nelze předjímat, že by soudce předložil věc Ústavnímu soudu k posouzení, je tato cesta asi nejméně efektivní, zejména z časového hlediska.

ČLK může pomoci

Mnozí soukromí lékaři se dotazují, proč ústavní stížnost nebo návrh na zrušení diskriminačního právního předpisu nepodá sama Česká lékařská komora. Odpověď je

prostá – nemá na to právo. Nemá dokonce právo, které má kterýkoli soukromý lékař nebo jiný poskytovatel zdravotních služeb, který se může přímo obracet na Ústavní soud ve věci, která se týká porušování základních práv většího počtu občanů. Toto právo není zákonem svěřeno profesním komorám zřízeným zákonem. Pokud však některý soukromý lékař dospěje k rozhodnutí, že zkusí podat ústavní stížnost, nebo (ještě lépe) se podaří získat subjekt, který je oprávněn podat návrh na zrušení podzákoného právního předpisu Ústavnímu soudu, pak **právní kancelář České lékařské komory poskytne potřebnou právní pomoc a konzultaci** k tomu, aby nalezla argumenty ve prospěch tvrzení, že odměna třicet haléřů za bod poskytovateli zdravotních služeb není v souladu s ústavními principy České republiky.

JUDr. Jan Mach

ředitel právní kanceláře ČLK

Hygienická kontrola musí ukázat služební průkaz

V poslední době se na právní kancelář ČLK obraceli lékaři, jejichž pracoviště bylo předmětem hygienické kontroly. Skutečnost, že jde o hygienickou kontrolu pracoviště, se však lékaři dozvěděli až z protokolu o kontrolním zjištění, neboť osoby provádějící kontrolu vstoupily na pracoviště bez řádné identifikace a poučení přítomných lékařů. Mohou takto zaměstnanci orgánů ochrany veřejného zdraví postupovat?

Problematiku ochrany a podpory veřejného zdraví a s tím související kontrolní činnost orgánů ochrany veřejného zdraví upravuje zejména zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění. Jednotlivé oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví jsou dále upraveny prováděcími předpisy.

Zaměstnanci orgánů ochrany veřejného zdraví (zpravidla krajské hygienické stanice) jsou povinni se při plnění úkolů orgánů ochrany veřejného zdraví a výkonu oprávnění prokázat služebním průkazem. Vzor služebního průkazu upravuje nařízení vlády č. 138/2003 Sb. **Služební průkaz je dokladem o pověření ke kontrolní činnosti.** Vzor průkazu může právní kancelář ČLK lékařům na vyžádání poskytnout.

Na základě identifikace služebním prů-

kazem jsou zaměstnanci orgánů ochrany veřejného zdraví oprávněni vstupovat do kontrolovaných prostor. Při zahájení kontroly musí být přítomna kontrolovaná osoba, zaměstnanec kontrolované osoby, statutární zástupce či jiná osoba, která zajišťuje výkon činnosti, jež jsou předmětem kontroly.

Kontrolované osoby jsou povinny orgánům ochrany veřejného zdraví při výkonu této státní kontroly poskytnout součinnost. Kontrolní orgány mohou požadovat doklad k ověření totožnosti kontrolované osoby.

Dle ustanovení § 88 odstavce 3 zákona č. 258/2000 Sb. jsou *zaměstnanci orgánů ochrany veřejného zdraví při výkonu státního zdravotního dozoru a při plnění dalších úkolů podle tohoto zákona a zvláštních právních předpisů dále oprávněni*

- a) provádět měření a odebírat materiál a vzorky potřebné pro plnění úkolů orgánů ochrany veřejného zdraví; o provedeném odběru vzorků a měření pořizují protokol,
- b) pořizovat obrazovou dokumentaci o zjištěných skutečnostech,
- c) nahlížet do dokladů, dalších písemností a záznamů dat, činit si z nich výpisy a požadovat písemná nebo ústní vysvětlení,
- d) v rozsahu nezbytném pro výkon zákonem stanovených oprávnění nahlížet do zdravotnické dokumentace vedené poskytovateli zdravotních služeb včetně zdravotnické do-

kumentace zaměstnanců vedené zařízením vykonávajícím pracovnělékařské služby a činit si z ní výpisy.

Práva a povinnosti zaměstnanců orgánů ochrany veřejného zdraví lze také dovodit z ustanovení § 11 až § 14 zákona č. 552/1991 Sb., o státní kontrole, v platném znění.

Po ukončení kontroly seznámí zaměstnanec orgánů ochrany veřejného zdraví kontrolovanou osobu či jinou fyzickou osobu (viz výše) s výsledky kontroly a současně kontrolovaná osoba obdrží protokol o kontrolním zjištění.

Proti protokolu o kontrolním zjištění může oprávněná osoba podat námitky ve lhůtě do 3 dnů ode dne seznámení s protokolem.

Kontrola orgánů ochrany veřejného zdraví by měla proběhnout ve výše nastíněném rámci, nicméně není přípustné, aby se osoby provádějící kontrolu řádným způsobem prostřednictvím služebního průkazu neidentifikovaly. Absence identifikace může vést k neposkytnutí součinnosti ze strany kontrolované osoby a zamezení vstupu do prostor (ordinace), které by měly být předmětem kontroly.

V úvahu rovněž přichází možnost písemné stížnosti na postup zaměstnanců orgánů ochrany veřejného zdraví, kteří nepostupují v souladu se zákonem – vstup do kontrolních prostor bez řádné identifikace.

Pro tyto případy, a to i během kontroly, je možno využít linku **rychlé právní pomoci**, kterou Česká lékařská komora zřídila na tel. č. **+420 721 455 456**.

Mgr. Daniel Valášek,
právní kancelář ČLK

Ad titulní strana Tempus medicorum 7/8

Titulní stránku čerstvého čísla časopisu ČLK Tempus medicorum téměř celou vyplňuje kreslený vtip. Informační zkratkou vykresluje, co dnes hýbe naší společností. Nesnaží se nikoho zesměšňovat či urážet. Je jen hrotem, jistě ostrým, jak satira má být, ukazujícím jako střelka kompasu na skutečnosti, které nyní jsou v centru pozornosti celé společnosti. Nic více a nic méně. A účinek tohoto upozornění na sebe nedává dlouho čekat. Reakce jsou různé. Jsme svědky i naplnění známého pořekadla: „Trefená husa se ozve.“ S lidmi jsem ve styku stále a již nyní je mi jasné, že autor kresby dobře odhadl případný dopad svého sdělení na čtenáře i další zúčastněné. Odezva je určitým signálem o stavu naší společnosti. Nadějná je skutečnost, že podle mé zkušenosti negativní stanoviska nepřevažují. ...

Sledujeme-li vývoj situace ve zdravotnictví v posledních dvou letech, je zřejmé, že jistě „není něco v pořádku“....

Všichni máme v živé paměti akci „Děkujeme, odcházíme“. Nelze ji označit za neúspěšnou. Přes veškeré nesnáze i projevy nepochopení z různých stran skončila úspěchem, který se promítl do uzavření „Dohody“ mezi lékaři (potažmo zdravotnickými pracovníky) a českým státem, která měla garantovat jistý postup při řešení kritizovaných problémů ve zdravotnictví, a to nejen zvýšení platů lékařů a ostatních zdravotníků. A jak dopadlo plnění této dohody? Na straně lékařů a ostatních zdravotníků závazky vyplývající z dohody splněny byly, ale na straně českého státu byl splněn, a to jen částečně, zatím jen jediný bod dohody, a navíc zástupci státu je

tento bod dohody veřejnosti vytrvale mediálně podsouván jako jediný a ještě prosazovaný z ryze „sobeckých“ zájmů lékařů. Stát tím vědomě podkopává pozici zdravotnických pracovníků ve společnosti a čas určený ke splnění dohody využívá k přípravě ofenzivy proti zdravotníkům, jejíž cíl je jediný. Odstranění i za stávajících podmínek stále dobře fungující základní sítě zdravotnických zařízení financované z výběru zdravotního pojištění a sloužící poskytování péče obyvatelům spádových oblastí na základní a místy i vyšší úrovni a pod hlavičkou reformy zdravotnictví ji co nejrychleji provedenou privatizací nesytematicky nahradit zdravotnickými zařízeními soukromými sloužícími jak jinak nežli přednostně ke tvorbě zisku, tedy k vydělávání. ...

Jaký hlavní podtext má neplnění uzavřené dohody ze strany státu? Finanční! Podle představitelů státu, není ve státní pokladně dostatek finančních prostředků ke splnění podmínek dohody. Na to ale měl stát myslet před uzavřením dohody, nešlo-li jen o „úhybný“ manévr k získání času. Navíc ekonomické nároky zdravotnictví nejsou hrazeny přímo ze státního rozpočtu, ale z velké většiny z vybraného zdravotního pojištění. A to je položka, která není přímou součástí státního rozpočtu. A nedostává-li se finančních prostředků

z vybraného zdravotního pojištění, jehož výběr v poslední době nejen neklesá, ale naopak spíše vzrůstá, pak se zcela mimoděk nabízejí otázky – kde ty peníze jsou?, kam se poděly?, za co byly utraceny? ...

A zde je druhý díl skládky výše zmíněného kresleného vtipu. Nemá-li stát na financování zdravotnictví a dále i vzdělávání, vědy, bezpečnosti, obrany, sociální oblasti, kultury atd., a to v řádech desítek miliard, jak může uvažovat o „vyrovnání“ s církvemi, a to v řádech stovek miliard i přesto, že některé z nároků církví

ví ani nejsou řádně zdokumentovány a podloženy? ... Všechny tyto skutečnosti pak vedou (použiji citát prezidenta Václava Havla) k „blbě náladě“ ve společnosti. ... Stát se k této situaci staví velmi „racionálně“ a ve všech svých aktivitách se snaží vždy rozdělit vlastně jedinou zájmovou skupinu obyvatelstva, a to zdravotníky + pacienti, a postavit je proti sobě. Stále totiž platí ono známé „divide et impera“ – rozděl a panuj. Abych použil mediálně nejvíce užívané proklamace k této situaci – kdo vlastně koho vydírá? Zdravotníci pacienti? Nebo stát zdravotníky + pacienti?! A kdo na to doplatí? Nenastane-li obrat ve státní zdravotní politice, pak jistě my všichni. ...

MUDr. Vratislav Škoda,

lékař radiodiagnostického oddělení NsP

Česká Lípa, a. s.

TEMPUS MEDICORUM

07 - 08/2012
ROČNÍK 21

ČASOPIS ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

DÁLE V TOMTO ČÍSLE:

- Co mohou lékaři očekávat v roce 2013?
- Začíná příprava další protestní akce lékařů
- Neprůhledné platby pojišťoven maskují tunelování
- Spolek českých lékařů oslavil 150. výročí
- Novým prezidentem Slovenské lékařské komory je Marian Kollár
- Omezování výdajů na zdravotnictví se vymstí
- Rozdíl mezi trestním oznámením a trestním stíháním

Univerzita medicínského práva ČLK startuje 2. 10. 2012

Podrobné informace a přihlášku najdete uvnitř čísla.

... Zmíněnou obálkou časopisu se však ČLK posouvá již zcela nepokrytě ke straně, v jejíž náplni je mimo jiné působit na primitivní pudy spíše méně přemýšlivých jedinců, a to poukazem na zvrhlost vlády, která se snaží ukončit církevní restituce a tak aspoň částečně napravit jednu z nespravedlností komunistické éry. Jistě je vám známa obětavost členů mužských i ženských řádů, které se starají o nemocné, a to většinou o ty „neperspektivní“, o ty, které již nikdo nechce

a jejichž práci nikdo neocení. Místo těchto úvah jste souhlasem s otištěním této komunální satiry posunul celou ČLK do stejné cenové skupiny, v níž jsou lidé ovládaní závidlivostí a neschopností aspoň trochu přemýšlet v širších souvislostech.

Současně jste však přetištěním předvolebních témat České strany sociálně demokratické na časopis Tempus medicorum jako představitel ČLK dopustil flagrantního porušení vámi proklamované apolitičnosti.

Pokud se redakční rada pod vašim vedením hodlá věnovat komunální satíře, doporučoval bych nejprve zaměřit do vlastních řad a zkusit reprezentanta ušlechtilosti, obětavosti, neúplatnosti, tedy našeho bývalého prezidenta – vašeho předchůdce, který je toho času ve vyšetřovací vazbě. Mám za jisté, že by se vtípků našlo na obálku celého ročníku.

MUDr. Tomáš Vodvářka,

Ostrava

(člen představenstva ČLK v roce 2006)

... Dosud jsem trpně toleroval příchod nevyžádané levicové propagandy do své schránky a nelitoval těch pěti kroků, které vedou od mého pracovního stolu ke koši. Co ale nepřipustím, je, aby mi za mé peníze chodily komunistické pamflety, připomínající praktiky aparátčků z 50. let. Invektiva směrem ke katolické církvi na přebalu posledního čísla TM je onou poslední kapkou, kterou číše mé trpělivosti přetekla. Rád bych vám připomněl, že to byly a jsou křesťanské církve, které se zcela zásadním způsobem podílely a podílejí na sociálním a kulturním životě této země. Jsou to jejich členové, kteří pracují bez nároku na honorář v ústavech, kam zdravotníci ani nepáchnou. ... Naznačujete-li, že z peněz neprovedených restitucí by bylo možné platit zdravotníky, tak vám sděluji toto: Děkuji, nechci! Z kradeného ani korunu. Pokud toto nechápete, pak nemáte ve své funkci co dělat. ...

MUDr. Jan Hlavička,

kardiochirurg, FN Královské Vinohrady

Nemuseli bychom na první straně našeho měsíčníku, na který přispívají všichni, tedy i věřící lékaři, hrubě zkreslovat situaci kněží. Naše komora tak znevažuje záslužnou práci nemocničních kaplanů i všech duchovních, kteří věnují svůj čas a dokážou nalézt správná slova pro posilu nemocných. Kněží mají ve srovnání s lékaři násobně menší mzdu. Navíc, na rozdíl od lékařů, platí závazek zmrazení kněžských platů. Kněží je málo – tři zároveň u jediného nemocničního lůžka je naprostým výsměchem realitě. ...

MUDr. Veronika Marešová,

Mladá Boleslav

Obrázek s „kněžími spokojenými na úkor českých lékařů“ je popudlivý, ne-

pravdivý a sprostý. Nedokážu pochopit, že něco podobného figuruje na titulní straně celostátního periodika českých lékařů. Nemusíte být věřící, nemusíte v knězi spatřovat Kristova zástupce na zemi, nemusíte znát podmínky, v jakých čeští kněží žijí a pracují – a přesto je nemusíte urážet. Poslání kněze i lékaře je totiž svou podstatou totožné – pomáhat.

MUDr. Pavel Polák,

FN Brno

... Obdobně se domnívám, že i motto k článku „Co mohou lékaři očekávat v roce 2013“ je hrubým zneužitím veršů Karla Kryla, míněných ve zcela odlišném kontextu.

Jako většina odběratelů Tempus medicorum jsem si již zvykl na ostře kritické invektivy vůči všem vládním garniturám a ministerstvům zdravotnictví posledních let, které neustanou dříve, než vládní otěže převezme sociální demokracie. Nemohu však souhlasit s vyvoláváním antipatií vůči osobám nezištně našemu zdravotnictví pomáhajícím, které se jako terč uve- deného „vtipu“ nijak nemohou bránit.

MUDr. Jaroslav Novák,

Plzeň

... Umím pochopit, že autor obrázku i redakční rada nemusí být věřící a že nemusí souhlasit s církevními restitucemi, ale to nikoho nikterak neopravňuje dehonestovat záslužné povolání mnoha kněží, kteří odpovědně konají své poslání. ...

MUDr. Pavel Jajtner, MBA,

lékař ve Znojmě a římský katolík

Nechci rozebírat tuto problematiku v celé šíři, ale vyjádřil bych se k odstavci nazvanému „Církev důležitější

než člověk“. Je známo z historie i současnosti, že církve kromě (cituji) „neprokazatelného církevního duchovna“ poskytují řadu sociálních a zdravotních služeb, věnují se pedagogické, kulturní a vydavatelské činnosti. Je tedy velmi nesolidní mluvit o nich zkratkovitě tak dehonestujícím způsobem. Je to stejné jako říci „Lékaři dávají přednost sobě před pacienty“. Pokud chceme, aby naše oprávněné požadavky byly brány vážně, neměli bychom se uchýlovat k laciné a závistivé argumentaci.

MUDr. Libor Válek,

Chlum u Třeboně

S velkým smutkem a znepokojením čtete vaše otevřené a polootevřené útoky proti církevním restitucím v časopise Tempus medicorum. Vždy jsme k vám vzhlíželi s úctou a aktivně jsme vám na poli zaměstnání, ČLK a politiky pomáhali v našem nerovném a „marném“ boji proti nespravedlnostem, kterých se společnost vůči lékařům desítky let dopouští. Máte právo na osobní názor, ale už pouhé srovnávání nespravedlnosti vůči lékařům s Nespravedlností, které se společnost dopustila a dopouští vůči církvi, je největší mravní a intelektová ubohost, jaké jste se během své funkce dopustil vy sám.

... Měl byste vědět, že se dobrovolně podílíme, a to i finančně, na činnosti církevního společenství, a jakékoli snahy „nám“ zase něco ukrást, zestátnit či státně řídit a ovládat jsou pro nás jasným znamením, jak hluboce je v lidech zakořeněna komunistická ideologie a představa, že všechno je všech, zadarmo a v duchu nějakých ideologií je to možné ukrást. ...

MUDr. Tomáš Preininger,

MUDr. Xenie Preiningerová

Nyní stát dává na církvě podle zákona č. 218/1949 Sb., o hospodářském zabezpečení církvi cirka 1,4 mld. Kč ročně. Podle analýzy Národohospodářské fakulty VŠE je roční výnos ze zabaveného církevního majetku cirka 3 mld. Kč (podle vyjádření Pavly Bendové, ředitelky odboru církvi Ministerstva kultury – zdroj: ekonom.ihned.cz). Současná situace je tedy přesně opačná, než jak si většina lidí myslí. Není to stát, kdo v konečném součtu přispívá na chod církvi, ale církvě (téměř výhradně katolická církev) jsou nyní asi největším sponzorem státu – byť nedobrovolným, a to částkou cirka 1,6 mld. Kč ročně.

Žádám o otištění v příštím Tempusu! Vaše komunistická rétorika je opravdu pod úroveň, viz poslední číslo s odpornou titulní stranou. Já osobně neznám jediného nespokojeného lékaře, který by odešel, všichni se drží svých ordinací a primariátů zuby nehty. Vždyť neodcházejí ani do důchodů!

Není lehké být fórem pro různorodou společnost a zůstat časopisem, když neapolitickým, tedy celkem vyváženým a seriózním. Dosud jsem se domníval, že se to časopisu Tempus medicorum víceméně daří. Vůbec mne nenapadlo, že snad pod dojmem článku MUDr. Pillmanna se dokonce na titulní straně zapojí do trapné proticírkevní kampaně ČSSD. Když už se stalo a byla nám nabídnuta jakási paralela řešení problémů zdravotnictví a tzv. církevních restitucí, pojďme se trochu zamyslet, zda náhodou brnkání dr. Pillmanna na lacinou stranickou strunu nenabízí trochu hlubší poučení. Ona tu totiž určitá souvztažnost skutečně je.

Stejně jako zatím zdravotníci byly církvě slušné, nechtěly dělat problémy, uvěřily, že žijeme v právním státě, a když postupně jim jedna vláda po druhé nabízela různé návrhy na realizaci svých původních slibů, „rozumně“ ustoupily a na ně přistoupily. Vždy ale do toho „něco přišlo“, „nebyl vhodný čas“ nebo někdo dokázal tvrdit, že „dosud nikdo relevantně o ničem nejednal a nic nerozhodl“. Náprava se stále odsouvala...

Je nabíledni, že dr. Pillmann si vybral dobré srovnání. Situace zdravotníků a církvi je skutečně hodně podobná. ... O to více zarází, že přesto hraje na populistickou notu, bájí o postižených daňových poplatnících a ve jménu nápravy křivd jemu (potažmo zdravotníkům) činěných radí páchat další nepravosti. ...

Jedině Smrtka občas nějakého sebere, tož aby nakonec nebyli někteří rádi, že k nim dorazí „proradný kněžour“. Výjimkou jsou samozřejmě absolventi, ti by měli odejít do jednoho, tam, kde šlápl bolševik, nebude nikdy dobře.

A čím se živí MUDr. František Pillmann, autor lžičlánku? Že podporuje Bobošíkovou, hovoří samo za sebe. Takový nemá nejen všech pět pohromadě, ale je schopen naprosto všeho.

MUDr. Eva Dratková, Opava,
praktická lékařka pro dospělé

Jsou situace, které nelze přejít mlčením. Znechtula se mi ilustrace na obálce č. 7/8. Někdo z řad militantních ateistů měl potřebu plivnout si na církvě a redakce TM mu dala k tomu prostor. Vždyť kresba nevyjadřuje nějakou podporu zájmům lékařů, ale naráží především na diskuse kolem restitucí církevního majetku a předkládá

Jakkoli lékaři a jejich organizace nejen u nás se léta angažují v prosazování univerzálního rovného přístupu k lidské důstojnosti, ochraně práv slabších a v osobním nasazení nejen pro zdraví společnosti dokonce i na úkor zdraví vlastního, ba občas i života, ve srovnání s úctyhodným příkladem tradice a kontinuity téhož úsilí nyní opět lacině ošňovanými církví by při zvažování priorit spíše bylo namísto trochu více pokory. Pokud však bohužel ta je také – řečeno slovy předsedy ČLK – „v podmínkách naší země hodnotou velmi vzácnou“, nezbyvá než spoléhat právě na úroveň vysokoškolské erudice. K ní by totiž mělo patřit vědomí, že v absolutní většině základem, na kterém se formovaly zdravotnické instituce a organizace, i zdrojem síly pro většinu nejen lékařů ale i sester a dalších našich spolupracovníků nesoucích tíhu lidských osudů v podmínkách, do kterých se právě díky nim snad nebudeme muset vracet, bylo právě to „neprokatelné duchovno“. ...

Reálie zdravotnické snad všichni známe a není třeba je připomínat. Víme, že v době, kdy to pan Lom nalomil a postupně různí jiní zkoušeli podobně jako jiné oblasti našeho společného bohatství různými zákonodárny mi smršťemi navléci i zdravotnictví do rubáše, licitovalo se cirka o 200 mld. Kč. Ty se různí Davidové ve jménu ideálů solidarity snažili uchránit a kupodivu se jim to dokonce zatím z větší (?) části podařilo. Bohužel v dnešních cenách jde ale ještě o mnohem zajímavější

je způsobem nikoli nepodobným nedávno zveřejněnému a kontroverznímu plakátu ČSSD. Tři dobře živěné starce v sutanách nezajímají otázky nezajištěné péče o pacienta, ale pokrytecky nabízejí duchovní útěchu. Tím TM zkrlesle prezentuje církvě jako zatuchlé instituce neschopné věcných řešení. Redakce asi nic neslyšela o díle matky Terezy a o jiných efektivních sociálních aktivitách církvi. Takto pojatá kresba s ideologickou konotací do odborného lékařského časopisu nepatří, je zneužitím jeho publikačního prostoru. Podle uznávaných pravidel politické korektnosti by si redakce TM nedovolila podobné narážky na jiné menšiny, jako jsou Romové, muslimové či homosexuálové. Je projevem ubohosti a zbabělosti otírat se o křesťanské církvě, z jejichž řad se tvrdý protiúder neočekává.

Prof. MUDr. Vladislav Klener, CSc.,
Praha 4

sumičku. Podobně je tu ještě jeden zajímavý, díky tzv. blokačním paragrafům alespoň částečně nerozkradený majetek, který byl určen pro ČASTEČNÉ odškodnění církvi za křivdy na nich spáchané. ... Logicky se tedy tlaky na obě uvedené oblasti zvyšují, protože jinde už takové příležitosti nekynou. Nemylme se. Hledání obezliček, jak se vyhnout podpoře spravedlnosti u jiných, abychom uspíšili dosažení spravedlnosti pro nás, nikam nevede. Zdánlivě velkorysý návrh, aby lékaři počkali s nápravou křivd stejně dlouho jako církvě, neobsahuje upřesnění autora, zda je myšlen ironicky, či nikoli. S přihlédnutím ke kontextu, jeví se ale poněkud nešťastným. Z poznání, že čekání na spravedlnost v obou případech má společného jmenovatele, a tudíž potřebuje společné řešení, totiž evidentně nevychází. ...

Jak tedy z toho ven? Nápadů se najde jistě hodně, neexistuje ale univerzální, rychlé a nenáročné řešení. Určitě však prospěje zchlazení hlav, oprášení selského rozumu a alespoň trochu koncepční SPOLUpráce. Priority, doufám, už jsou všem jasné. Místo škatulkování věci víc prospěje opětovné spojení, respektive co nejtěsnější spolupráce odborových a odborných organizací při stanovení taktiky a nalezení schůdného způsobu k jejich prosazení. ...

MUDr. František Matušína, Ivančice
(Příspěvky jsou významně redakčně kráceny, jejich plné znění najdete na www.clker.cz)

Ad Ambulantní specialisté nemohou sponzorovat péči o své pacienty

V článku **Ambulantní specialisté nemohou sponzorovat péči o své pacienty** MUDr. Bohuslava Machaně, předsedy OS ČLK Prostějov, bylo mj. zmíněno, že **osoby v hmotné nouzi** jsou na základě potvrzení od **okresní správy sociálního zabezpečení** osvobozeny od placení regulačních poplatků. Podle metodického pokynu ministerstva zdravotnictví jsou skutečně od platby regulačních poplatků osvobozeni pojištěnci, kteří se prokážou rozhodnutím, oznámením nebo potvrzením vydaným orgánem o dávce v hmotné nouzi, která je jim poskytována podle zákona o hmotné nouzi, přičemž tento doklad nesmí být starší 30 dnů.

Od 1. 1. 2012 o **dávkách pomoci v hmotné nouzi rozhodují a vyplácejí je příslušné krajské pobočky Úřadu práce ČR**, před tímto datem to byly pověřené obecní úřady a obecní úřady obcí s rozšířenou působností. Dávky v hmotné nouzi tedy nejsou ani v minulosti nebyly v kompetenci ČSSZ/OSSZ a potvrzení o jejich výplatě mohou vydat příslušná kontaktní pracoviště úřadu práce. Více o dávkách v hmotné nouzi na <http://www.mpsv.cz/cs/5>

Česká správa sociálního zabezpečení ani její územní organizační

jednotky, tj. okresní správy sociálního zabezpečení (v Praze Pražská a v Brně Městská), nejsou institucemi příslušnými k vyřizování dávek v hmotné nouzi, nemohou tedy vystavovat potvrzení o tom, že občan pobírá dávky v hmotné nouzi.

Mgr. Renáta Provazníková,

kancelář ústředního ředitele ČSSZ



ilustrační foto: shutterstock.com

Vzdělávací kurzy České lékařské komory

Oddělení vzdělávání ČLK

Lékařská 2, 150 30 Praha 5
fax 257 220 618
e-mail: vzdelavani@clker.cz
seminar@clker.cz

Přihlašujte se elektronicky na www.lker.cz/kurzy ČLK.

Podrobné informace týkající se organizace a průběhu kurzu obdrží přihlášení účastníci 10 dnů před konáním kurzu.

Věnujte pozornost zasláným informacím, neboť místo konání kurzu může být změněno.

Pro účastníky je zajištěno občerstvení. Začátek víkendových kurzů je v 8.30 hod., pokud není uvedeno jinak. Každá vzdělávací akce ČLK je pořádána v souladu se SP č. 16. V případě dotazů nás kontaktujte na telefonním čísle 257 211 329 (linka 22, 24).

UPOZORNĚNÍ: Případné změny jsou průběžně aktualizovány na www.lker.cz

Účastnické poplatky:

Pro členy ČLK při platbě předem 660 Kč, pro členy ČLK při platbě na místě 730 Kč, pro nečleny po dohodě s odd. vzdělávání.

38/12 Kurz – Komunikace lékaře a pacienta aneb komunikace pro každý den

OPAKOVÁNÍ

Datum: 15. 9. 2012

Místo: Praha 5, Lékařská 2, Klub ČLK

Délka: 6 hodin

Koordinátor: MUDr. Přemysl Slezák – LEGE ARTIS Kurz je věnován komunikaci lékaře a pacienta, tato dosud opomíjená problematika nabývá na významu a aktuálnosti.

- Kurz je určen pro lékaře – kliniky (kromě pediatriů) a je veden lékařem.
- Je zaměřen prakticky a komplexně – věnuje se všem aspektům komunikace mezi lékařem a pacientem od prvního kontaktu přes běžné každodenní situace až po situace specifické či problémové. Komunikační pochybení totiž vznikají nejen při sdělování nepříznivých zpráv, ale často právě při každodenní běžné komunikaci.
- Budou probírány praktické komunikační aspekty u různých skupin a typů pacientů. Zmíníme specifika komunikace s rodinou a blízkými pacienta a edukaci pacienta a jeho blízkých.
- Dotkneme se i komunikace mezi zdravotníky navzájem.
- Součástí kurzu bude i diskuse o komunikačních kauzistikách.
- Lékaři – účastníci kurzu si osvojí lepší dovednosti v oblasti komunikace lékaře a pacienta a uvědomí si, jak umění komunikace souvisí s uměním medicíny. Lepší komunikační dovednosti zefektivní a zlepši výsledky jejich každodenní klinické práce.

39/12 Kurz – Urgentní medicína

Datum: 15. 9. 2012

Místo: Praha 5, Lékařská 2, Klub ČLK

Délka: 8 hodin

Koordinátor: MUDr. Jana Šeblová, Ph.D., Územní středisko Záchrané služby Středočeského kraje

- Prim. MUDr. Jana Šeblová
 - Kompetence a dovednosti lékaře UM ve světle evropských požadavků.
- Prim. MUDr. Jiří Knor
 - Management závažného traumatu, šokové stavy.
 - Právní pastí prvního kontaktu.
- MUDr. Daniel Blažek
 - Urgentní stavy u dětí z pohledu dětského intenzivisty.
- Prim. MUDr. Tomáš Vaňatka
 - Komplikace porodu, jejich řešení v terénu a návčiv.
 - Telefonicky asistovaný porod.
- Prim. MUDr. Jana Šeblová, Ph.D., prim. MUDr. Jiří Zíka
 - Kazuistiky z urgentní medicíny aneb úskalí diferenciální diagnostiky (workshop).
 - Jedna hodina na urgentním příjmu (workshop).

40/12 Kurz – Dětská alergologie a imunologie

Datum konání: 22. 9. 2012

Místo konání: Praha 5, Lékařská 2, Klub ČLK

Délka: 8 hodin

Koordinátor: MUDr. Martin Fuchs, IMMUNO FLOW, Imunologická a alergologická ambulance

Kurz je zaměřen na praktické řešení problémů v ordinaci PDDL v oblasti dětské alergologie a imunologie,

tzn. kdy pomyšlet na možnou imunopatologii, kdy a jaká ordinovat vyšetření, kdy pacienta odeslat do ordinace pro klinickou imunologii a alergologii a jak správně interpretovat laboratorní výsledky.

- MUDr. Martin Fuchs
 - První krok alergického pochodu – potravinová alergie.
 - Sedá teorie a alergický pochod.
- MUDr. Simona Bělohávková
 - Diagnostický algoritmus alergie (a imunologie) dětského věku.
 - Anafylaxe (potravin, hmyz, léky, latex) se vším všudy.
- Prof. MUDr. Petr Pohnunek
 - Astma v dětském věku.
- MUDr. Jarmila Turzиковá
 - Alergická rýma a jednotné cesty dýchací.
 - GER, virové infekce, imunita a alergie.
 - Opakované infekce v dětském věku.

41/12 Kurz – Novinky v neodkladné péči 2012 a zajímavé kauzistiky

Datum: 6. 10. 2012

Místo: Praha 5, Lékařská 2, Klub ČLK

Délka: 8 hodin

Koordinátor: doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSC, OCHŘIP, FN Motol, Praha 5

- Doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSC.
 - Úvod, současná vedoucí tematika a její hlavní problémy v první linii a na emergency.
- Prim. MUDr. Aleš Tomek
 - Jaký je optimální diferenciální diagnostický postup při podezření na akutní neurologickou příhodu?

služby. Služby poskytujeme v rámci celé ČR, informace na tel. 775 679 982 a na webu www.admedica.cz. Kvalita a profesionální přístup.

Vyřídíme vám registraci zdravotního zařízení či jeho přeregistraci dle nové právní úpravy – komplexní poradenství – www.registracenzz.cz, registracenzz@seznam.cz, tel. 608 915 794

Různé

Lékařka (28) se synem (4) hledá vážné seznámení, nejlépe Jihomor. kraj. slunce.v@seznam.cz

Křížovka o ceny

V tajence křížovky v Tempus medicorum 7-8/2012 se skrýval citát z knihy *Richarda Gordona Doktor na větví: U zánětu slepého střeva platí víc než kdekoli jinde první chirurgická zásada: mám-li pochybnosti, řežu bez milosti.*

Ilustrované dějiny českého národa získává deset vylosovaných luštitelů: **Robert Baran**, Rychvald u Karviné; **Juraj Beňa**, Praha 6-Břevnov; **Jana Dohnalová**, České Budějovice; **Marcel Frýbl**, Ostrava-Poruba; **Ludmila Gelnarová**, Ostrava; **Marie Hrazdilová**, Brno; **Ladislav Koblížek**, Havlíčkův Brod; **Miloš Kotík**, Rakovník; **Marie Pazourková**, Brno; **Marie Ressová**, Brno.

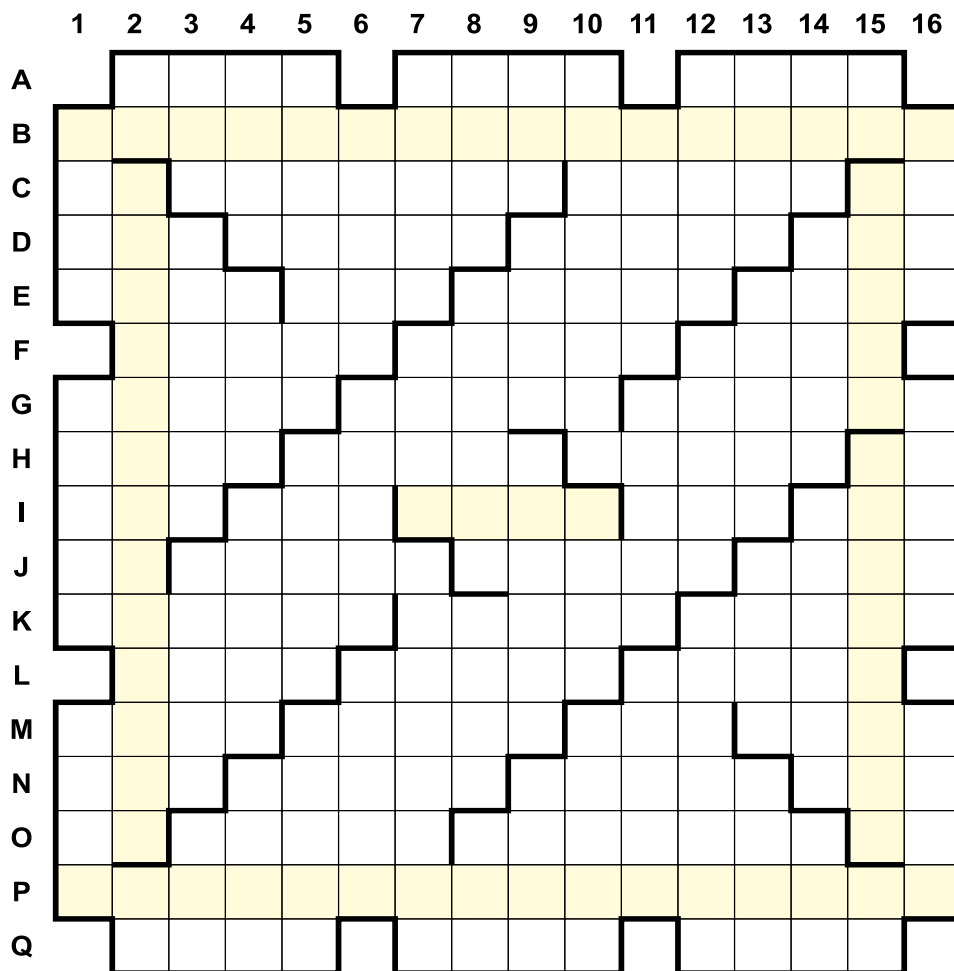
Na správné řešení tajenky z čísla 9/2012 čekáme na adrese recepce@clker.cz do 25. září 2012.

Hodně štěstí!



ILUSTROVANÉ
DĚJINY
ČESKÉHO NÁRODA

KŘÍŽOVKA O CENY



Údělem rodinného lékaře...

(dokončení citátu Richarda Gordona se skrývá v tajence).

VODOROVNĚ: **A.** Zdiřka počítače; sutura; jméno feny. – **B. 4. díl tajenky.** – **C.** Latinsky „kost“; osmina archu; zkratka bezpečnosti silničního provozu; předložka. – **D.** Primáti; micka; mařit; lidový svatební tanec. – **E.** Značka dětské stavebnice; skotská řeka; naplavenina; moravské město. – **F.** Odporová slitina; místní anestetikum; maso z části zad nad lopatkou. – **G.** Letec; asijský horský jelenovitý savec; spárek. – **H.** Český prozaik; import; maďarský básník; MPZ Polska. – **I.** Hluboký ženský hlas; šije; **2. díl tajenky;** pražské lázně; čtvrt tuctu. – **J.** Římskými číslicemi 501; velký podnos; vymílání zemského povrchu; výsledek skenování. – **K.** Velebení; týkající se povrchu těla; ruský veletok. – **L.** Rovněž; kovbojské soutěže; orientální koberec. – **M.** Noční pták; trochu zazpívat (básnický); kavkazský strunový hudební nástroj; vařené vepřové maso. – **N.** Vlastní kočkovitým šelmám; slovensky „notář“; ohrazený svršek povozu; jméno prozaika Pavla. – **O.** Německé sídlo; vlast; brněti; jméno zpěvačky Simonové. – **P. 1. díl tajenky.** – **Q.** Irská zpěvačka; otec; květenství obilí.

SVISLE: **1.** Sdružení podniků; madridská obrazárna; ložisko užitkového nerostu. – **2.** Sbohem; **5. díl tajenky;** celní kód Estonska. – **3.** Dotaz při sázce; umělá hmota; světlovlásk; španělský šlechtic. – **4.** Hazard; zkosení; placený potlesk; části obličejů. – **5.** Tužit; prudké; okázalost. – **6.** Slotka; zajikavě hovořící člověk; otáčející se část elektromotoru. – **7.** Kulečnickové údery; polynéský opojný nápoj; kypřit motykou. – **8.** Dámský klobouček; chudáček; odření; tvoje. – **9.** Praměti lidstva; český zpěvák; způsobit něčí zpoždění; krtek (nářečně). – **10.** Španělský tanec; jméno Chaplinovy manželky; domácí Antonín. – **11.** Hrací známka; milování; jméno krasobruslaře Divína. – **12.** Zvýšený tón; konání; najímání vojáků (zastarale). – **13.** Záře; mázdra; značka zápalek; korálový ostrov. – **14.** Vrcholný; zrnité tkaniny; dojemně (řídce); jméno herečky Janžurové. – **15.** Značka astatu; **3. díl tajenky;** **6. díl tajenky;** snad. – **16.** Vozidlo; změna v souvislých populacích organismů; vojenský odpočinek.

Pomůcka: *EE, klína; kret, Oy, tar, Vay.*

Právní seminář ČLK

PRÁVNÍ AKTUALITY A RADY PRO LÉKAŘE



Datum: 18. října 2012
Místo: Hotel Ilf, Praha 4, Budějovická 15/743
Kredity: 6
Poplatek: člen ČLK 500 Kč, nečlen 2000 Kč
Registrace: 9.00 hod.
Zahájení: 9.30 hod.
Zakončení: 16.00 hod.



ilustrační foto: shutterstock.com

Program:

Úvodní slovo MUDr. Milana Kubka, prezidenta ČLK

JUDr. Jan Mach, ředitel právní kanceláře ČLK

- Přípravovaná (případně již přijatá) novela zákona o zdravotních službách.
- Právní předpisy navazující na zákon o zdravotních službách, vyhláška o zdravotnické dokumentaci, nové požadavky na minimální personální zabezpečení, technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a některé další.
- Přípravované a probíhající změny ve výběru soudních znalců z oboru zdravotnictví posuzujících práci jiných lékařů.
- Některé nové judikáty k právní odpovědnosti ve zdravotnictví a nástin nové právní úpravy odpovědnosti poskytovatele zdravotních služeb podle nového občanského zákoníku účinného od 1. 1. 2014.

Mgr. MUDr. Dagmar Záleská, právnička ČLK

- Právní vztahy poskytovatelů zdravotních služeb a zdravotních pojišťoven po novelách zákona o veřejném zdravotním pojištění, hlavní problémy, doporučená řešení.

Mgr. Bc. Miloš Máca, právník ČLK

- Některé praktické problémy při aplikaci nových zdravotnických zákonů a doporučená řešení („preregistrace“, pohotovostní služby, mlčenlivost).

Právní tým ČLK

- Diskuse a odpovědi na dotazy účastníků semináře.

Upozornění: Doporučujeme zájemcům podat přihlášky včas, kapacita je omezena.

✂ zde odstráhněte

Přihláška k účasti na Právním semináři 18. října 2012

Člen ČLK: 500 Kč Nečlen ČLK: 2000 Kč

Příslušnou částku uhradím na číslo účtu **19-1083620217/0100**, v. s. 6112, **do 10. října 2012**.

Potvrzení o platbě přinesu s sebou k registraci účastníků.

Při zadávání platby uvádějte kvůli snazší orientaci do poznámky jméno účastníka, za něhož platbu provádíte, v případě platby za více účastníků uveďte všechna jména!

***Jméno, příjmení, titul:**

*Kontaktní adresa: PSČ:

*E-mail: *Telefon: * povinné údaje

Podpis:

V případě zájmu je možné přihlášku zaslat buď na adresu Česká lékařská komora, odd. vzdělávání, Lékařská 2, 150 00 Praha 5, případně elektronicky na www.lker.cz / kurzy ČLK.

Kontakty ČLK

Praha Lékařská 2, 150 00 Praha 5 • recepce: 257 215 285, 257 211 329, 257 217 226, 257 216 810

Pracoviště	Jméno	Linka	Telefon	Mobil	E-mail	Fax
recepce + sekretářka redakce	Helena Vognarová	11		603 116 383	recepce@clkcr.cz	257 220 618
registr členů ČLK + recepce	Bc. Romana Vlčková	13	234 760 701	734 316 532	registr@clkcr.cz	
ředitelka kanceláře	Jindra Štastná	23	257 220 617	603 417 168	kancelar@clkcr.cz	
sekretariát prezidenta	Hana Matějková	17	234 760 700	605 235 755	sekretariat@clkcr.cz	
vědecká rada	Andrea Špergerová	14	234 760 699	777 577 241	vr@clkcr.cz	
oddělení vzdělávání	Nada Reitschlägerová	22	234 760 711	603 252 483	seminar@clkcr.cz	
oddělení vzdělávání	Bc. Magda Řehořová	24	234 760 710	733 529 061	vzdelavani@clkcr.cz	
revizní komise a čestná rada	Pavla Zimová	33	234 760 707	603 428 595	cestnarada@clkcr.cz	
revizní komise a čestná rada	Pavla Bublová	15	234 760 708		reviznikomise@clkcr.cz	
revizní komise a čestná rada	Ivana Vaněčková	32	234 760 709	739 409 959	reviznikomise2@clkcr.cz	
právní oddělení – sekretariát	Jana Pelikánová	29	234 760 704		pravnikomise@clkcr.cz	257 219 280
právní oddělení	Mgr. Bc. Miloš Máca	27	234 760 705	737 258 825	pravni@clkcr.cz	
právní oddělení	Mgr. Ivana Kvapilová	26	234 760 706	731 527 470	pravni2@clkcr.cz	
právní oddělení	Mgr. Daniel Valášek			605 700 262	pravni3@clkcr	
právní oddělení	MUDr. Mgr. Dita Mlynářová			734 319 578	pravni4@clkcr.cz	
zahraniční odd., potvrzení o nečlenství	Ivana Vašková	21	234 760 702	777 941 701	foreign@clkcr.cz	
zahraniční odd., vzdělávání	Magdalena Janderová			734 213 802	magdalena.janderoval@clkcr.cz vzdelavani2@clkcr.cz	
tiskové oddělení	MUDr. Michal Sojka			603 878 582	tiskove@clkcr.cz	
farmakoekonom	Ing. Jindřich Gráf	25	234 760 703		kategorizace@clkcr.cz	
správce majetku, řidič	Jiří Vinš	20	234 760 698	603 116 381	jiri.vins@clkcr.cz	

Rychlá právní pomoc

721 455 456

Olomouc Dolní nám. 38, 772 00 Olomouc • fax: 585 222 133

Pracoviště	Jméno	Telefon	Mobil	E-mail
ekonomické odd.	Marie Lakvová	585 224 133	731 569 081	ekonom.olomouc@clkcr.cz marie.lakvova@clkcr.cz
ekonomické odd. (závěrky OS, DPH)	Věra Špundová	588 491 009	731 569 081	ekonom.olomouc@clkcr.cz vera.spundova@clkcr.cz
ekonomické odd.	Milena Strnisková	585 230 818	731 569 081	ekonom.olomouc@clkcr.cz milena.strniskova@clkcr.cz
personální a mzdové odd.	Olga Procházková	585 228 391	605 885 858	mzdy.olomouc@clkcr.cz olga.prochazkova@clkcr.cz
licence, registr	Petra Studená	585 222 218	605 885 858	licence.olomouc@clkcr.cz petra.studena@clkcr.cz
noví členové ČLK, profesní bezúhonnost	Hana Kuchyňová	588 491 011	605 885 858	licence.olomouc@clkcr.cz hana.kuchynova@clkcr.cz
právní odd.	Mgr. Daniel Valášek	588 491 011	605 700 262	pravni3@clkcr.cz
tajemník	MUDr. Jiří Mach		728 153 820	tajemnik.olomouc@clkcr.cz