



TEMPUS MEDICORUM

1/2023
ROČNÍK 32

ČASOPIS ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY



DÁLE V TOMTO ČÍSLE:

Kodex lékařské etiky
WMA

Světová lékařská
asociace proti rasismu
v medicíně

V některých věcech
jsme nepoučitelní,
říká Milan Kubek
ve výhledu na rok 2023

Změny ve vyhlášce
o pracovnělékařských
službách

Elektronizace českého
zdravotnictví

Čestné medaile ČLK
se předávaly v Berouně
a Uherském Hradišti

Mladí lékaři o spolupráci
s Ministerstvem
zdravotnictví

Pokud soudní znalec
nezná definici lege artis,
neměl by psát posudek

Spravedlnost v medicíně

12. ročník konference ČLK
Etika a komunikace



Svět spravedlivý není, ale zdravotnictví spravedlivé být může

Svět není spravedlivý, i když bychom si všichni jistě přáli, aby spravedlivým byl.

Někdo se narodí do dobře situované rodiny v bohaté zemi. Druhý tře od narození bídu s nouzí v nějaké bohem a civilizací zapomenuté končině bez reálné šance, že se kvalitata jeho života kdy zlepší.

Ani život není spravedlivý. Někdo je zdravý, silný a inteligentní. Druhý nemocný, slabý či různě handicapovaný. Někdo má štěstí, jinému se lepší smůla na paty. Jednoho obklopuje milující rodina, druhý se životem protlouká sám. A takových nerovností a nespravedlností osudu bychom mohli vyjmenovat celý seznam.

Absolutní spravedlnost zkrátka neexistuje. Určité nerovnosti však považujeme za přirozené, jiné jsme ochotni tolerovat, zatímco některé jsou pro většinu z nás nepřijatelné. Tato hodnocení přitom podléhají historickému vývoji a v rozdílných kulturách se velmi podstatně liší. V našem euroamerickém civilizačním okruhu považujeme za podstatnou, či dokonce určující hodnotu rovnost příležitostí. Chceme žít ve společnosti, kde má každý šanci vypracovat se ze dna až na pomyslný vrchol. Avšak i v takto svobodné zemi, která dává šanci každému, to někteří lidé mají lehké, druzí těžší a pro některé zůstává úspěch takřka nedosažitelný.

Moderní demokratická společnost se snaží zmenšovat rozdíly

mezi lidmi a mírnit sociální nespravedlnost. Hlavním nástrojem, který k tomu používá, je přerozdělování společenského bohatství prostřednictvím daní a využívání výnosu z nich pro zajišťování dotovaných či přímo bezplatných veřejných služeb. Díky tomu i chudí lidé mají právo na to, co by si jinak sami nikdy nemohli dovolit.

Vedle veřejného školství jsou typickým takovým statkem sociální služby a zdravotní péče. Právě co se zdraví a nemoci týče, vnímá to

tiž většina z nás nespravedlnosti a nerovnosti obzvláště úkorně.

Všeobecné veřejné zdravotní pojištění, na jehož základě máme všichni ze

zákona rovný přístup ke kvalitní a bezpečné zdravotní péči, patří bezesporu mezi základní prostředky, kterými se udržuje soudržnost naší společnosti. Moderní medicína je totiž tak finančně náročná, že by si léčbu některých nemocí nemohl dovolit zaplatit prakticky nikdo.

Jistě, ani superdrahé, moderní a veškeré etické principy respektující zdravotnictví nenapraví nespravedlnost, že jeden člověk je zdravý, zatímco druhý onemocní. Pokud však onemocní chudý či bohatý, měli by oba dostat stejnou šanci, že se vyléčí. A pokud tuto rovnost šancí na uzdravení, prodloužení či zlepšení kvality života zdravotnictví garantuje, pak je spravedlivé.

Přejme si, aby naše zdravotnictví spravedlivým zůstalo.

Milan Kubek

OBSAH

ETIKA V MEDICÍNĚ 3-11

Spravedlnost v medicíně
Mezinárodní kodex lékařské etiky WMA
Berlínská deklarace WMA
proti rasismu v medicíně

ROZHOVOR 12-14

Kubek: Přeji si, abychom na rok 2022
vzpomínali jako na ten špatný a následující
roky byly jen lepší, ale v některých věcech
jsme nepoučitelní

LEGISLATIVA 15

Pracovnílékařské služby v roce 2023

ELEKTRONIZACE ZDRAVOTNICTVÍ 16-17

Elektronizace zdravotnictví
z pohledu českých lékařů
Zapomněli jste heslo
aneb zpackaná digitalizace

ČESTNÁ MEDAILE ČLK 18-19

Beroun: doc. MUDr. Karel Sochor, CSc.
Uherské Hradiště: MUDr. František Němeček

SEKCE MLADÝCH LÉKAŘŮ ČLK 20-21

Spolupráce SML ČLK s Ministerstvem
zdravotnictví v roce 2022
Zasedání EJD v Oslu a problémy
tureckých lékařů

PLNÁ MOC 22-23

Bránit se musíme společně

FOTBALOVÝ TÝM ČESKÝCH LÉKAŘŮ 24-25

Fotbalový tým lékařů usiluje
o další úspěchy

PRÁVNÍ PORADNA 26-31

Uzákonit nadstandardy ve zdravotnictví?
Hodnotit práci lékaře je třeba z pozice
ex ante, nikoliv z pozice ex post

NEKROLOG 32-33

Opustili nás prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc.,
MUDr. Mojmír Ševčík
a MUDr. Dalibor Smetáček

NAPSALI JSTE 34-37

„Husákovy děti“ a vize 2033
Ad Pane profesore Charváte...

SERVIS 39-43

Vzdělávací kurzy ČLK
Inzerce
Křížovka

MĚSÍČNÍK TEMPUS MEDICORUM

Vydává: Česká lékařská komora, Lužická 419/14, 779 00 Olomouc
Registr. číslo MK ČR 6582 • ISSN 1214-7524 • IČ 43965024
Adresa redakce: Dům lékařů, Drahobejlova 27, 190 00 Praha 9
tel: +420 257 215 285, +420 257 216 810, +420 603 116 383
recepc@clkcr.cz • www.clkcr.cz
Šéfredaktor: MUDr. Milan Kubek
Redakční zpracování: EV public relations, s. r. o., Praha
Odpovědná redaktorka: PhDr. Blanka Rokosová
Příjem příspěvků: blanka.rokosova@ev-pr.cz
Grafická úprava, sazba: Jan Borovka
Inzerce: inzerce-tempus@clkcr.cz, blanka.rokosova@ev-pr.cz
Tisk: SEVEROTISK s.r.o., Mezní 3312/7, 400 11 Ústí nad Labem
www.severotisk.cz
Uzávěrka čísla 1: 4. 1. 2023 • Vyšlo: 16. 1. 2023
Podávání novinových zásilek povoleno: Česká pošta, s. p.,
odštěpný závod Praha, čj. nov. 6139/96 ze dne 16. 12. 1996
Distribuce: Česká pošta, s. p., Postservis OZ Přeprava
Předplatné pro nečleny ČLK 300 Kč/rok (přijímá redakce)
Příspěvky se nemusejí shodovat se stanoviskem redakce.
Ta si současně vyhrazuje právo na redakční úpravu textů.
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,
IČ, DIČ, telefon, e-mail.
Bez těchto informací nebude inzerát zveřejněn



Spravedlnost v medicíně

V krásných prostorách Domu lékařů České lékařské komory v Praze 9 se konal dne 1. prosince 2022 již 12. ročník konference ČLK Etika a komunikace v medicíně s podtitulem „Spravedlnost v medicíně“. Hlavními organizátory byli jako již tradičně prof. PhDr. Radek Ptáček, Ph.D., MBA a doc. MUDr. Petr Bartůněk, CSc. Konferenci moderoval Mgr. Tíbor A. Brečka, MBA, LL.M. Konference se konala jak offline, tedy v prostorách Domu lékařů, tak i online, což zvýšilo počet možných účastníků konference, který dosáhl téměř 500. To svědčí o silné tradici této konference i zájmu o etické a psychologické aspekty medicíny. I z této konference, jak je již samozřejmostí, vznikla monografie na toto téma.

Letošní konferenci zahájil prof. PhDr. Radek Ptáček, Ph.D., MBA, úvodní slovo pronesl prezident ČLK MUDr. Milan Kubek a následně pak i viceprezident ČLK MUDr. Zdeněk Mrozek, Ph.D. Konference byla jako již tradičně rozdělena do dopoledního a odpoledního bloku s prostorem na otázky po skončení každého z bloků. Dopolední blok zahájil prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc., s příspěvkem „Ekvita a zdraví populace“, kde se dotkl právě důležitého rozdílu mezi rovností a ekvitou. Následovala prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc., se svým příspěvkem „Může být medicína spravedlivá?“, v němž zmínila mj. otázku vlivových zájmových skupin a financování. A právě otázka financování se v různých ohledech vinula jako červená nit celou konferencí. Následoval příspěvek prof. MUDr. Pavla Pařka, CSc., „Některé možné distributivní spravedlnosti v našem zdravotnictví“, v němž se pan profesor dotkl mj. jak utilitárního a liberálního přístupu ke spravedlnosti, tak problematiky tzv. VIP ve zdravotnictví.



Dalším dopoledním řečníkem byl prof. MUDr. Petr Kalvach, DrSc., s příspěvkem s názvem „Spravedlnost v medicíně – úměrná kultivaci národa“, ve kterém se mj. opět dotkl již výše zmíněné otázky financí a její spravedlnosti. Následně navázal příspěvek prof. MUDr. Jana Žaloudíka, CSc., s názvem „Spravedlnost v medicíně z různých náhledů“ a vskutku ano, pan profesor do svého času vměstnal opravdu mnoho zajímavých náhledů na tuto problematiku. Posledním řečníkem dopoledního bloku konference byl Mgr. et Mgr. Marek Vácha, Ph.D., s tématem „Spravedlnost pro pacienty z různých důvodů ‚marginalizovaných‘, solidarita a odpovědnost společností“, ve kterém pan přednosta zmínil mj. jak aktuální etické otázky související s problematikou spravedlnosti, tak i hranici mezi protektivností a svobodou člověka jakožto jedince.

I odpolední blok přinesl další zajímavé příspěvky na téma spravedlnosti v medicíně. Prvním přednášejícím v odpoledním bloku byl MUDr. František Koukolík, DrSc., jehož příspěvek „Distributivní a retributivní spravedlnost v medicíně“ byl opět plný velice zajímavých témat, která souvisela jak s distributivní a retributivní spravedlností, tak také obecně s tématy, jimž je i přes jejich náročnost nutné čelit, a nikoliv se jim vyhýbat. Prof. MUDr. Eva Králíková, CSc., přispěla s příspěvkem nazvaným jednoduše „Spravedlnost a kouření“, který se samozřejmě nesl na vlně boje proti tabakismu. Doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc., nás pak z problematiky tabakismu přesunula do oblasti akutní péče s příspěvkem „Spravedlnost v medicíně akutních a kritických stavů“. Paní docentka mj. zmínila důležitost vnímání pocitu spravedlnosti i v těchto medicínských specializacích. Předposledním přednášejícím byl pak Mgr. Tibor A. Brečka, MBA, LL.M., s příspěvkem nazvaným „Spravedlnost Boží vs. spravedlnost lidská (nejen) ve zdravotnictví“, jehož hlavním bodem byla teze o neexistenci a nemožnosti lidské spravedlnosti. Posledním přednášejícím odpoledního bloku a tím i celé konference byl prof. MUDr. Richard Škába, CSc., s příspěvkem „Spravedlnost a disciplinární řízení v České lékařské komoře“, se kterým, jak je již z názvu patrné, rozebíral eticko-právní aspekty disciplinárního řízení. Závěrečného slova konference se zhostil opět prof. PhDr. Radek Ptáček, Ph.D., MBA.

Během konference se ukazovalo, jak problematičtější a složitější je koncept spravedlnosti. A přesto, jak je pro nás, ať už pro lékaře, či pro pacienta, ona spravedlnost důležitá. Téma vyvolalo i zajímavé diskuse mezi účastníky konference, což dokazuje, jak už tomu u etických

Radek Ptáček, Petr Bartůněk – editoři

SPRAVEDLNOST V MEDICÍNĚ



EDICE CELožIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ ČLK



GRADA

témat bývá, že jsou to právě tato témata, která, bez ohledu na to, jak velký čas je jim věnován, stále vzbuzují mnoho otázek.

Příští rok je plánována další, v pořadí již 13. konference Etika a komunikace v medicíně s tématem „Soucit v medicíně“. Děkujeme všem přednášejícím, všem účastníkům a těšíme se na viděnou a zároveň vybízíme odborníky, kteří by rádi přispěli svými znalostmi ke zdatu konference, aby se obrátili na organizátory!

Zde přinášíme krátké ukázky některých příspěvků:



prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc.: Ekvita a zdraví populace

Důležitý je zájem o zdraví lidí, snaha a možnost zjistit aktuální situaci i dobrá vůle pomoci těm, kteří to potřebují a kteří se shodou

okolností dostali do nepříznivé situace. Podstatná je rovněž schopnost jednat a rozhodovat na základě etických principů i při využití dobré informační základny a věrohodných analýz.

Pochopení významu ekvity a respektování spravedlnosti a slušnosti v péči o zdraví populace je nezbytnou součástí kompetentního řízení nejen zdravotnictví, ale i všech dalších odvětví podílejících se na rozhodování o zdraví a jeho determinantách i o kvalitě života obyvatel.

prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc.: Může být medicína spravedlivá?

Etickým i praktickým problémem je poptávka, indukovaná nabídkou, totiž zdraví pro zdravé, kteří budou „ještě zdravější“ a již rádi využívají lidé, kteří si ji mohou zaplatit. Nabídka nejrůznějších metod, jak medicínsky zlepšit i ty nejmenší a neobtěžující odchylky od aktuálně vyznávaného ideálu plného zdraví a krásy, stále stoupá. Jedná se o zbytečné a dnes už časté výkony estetické chirurgie. I laikům



jsou známé a mediálně sledované proměny lidí v rovině fyzické, ale zatím méně známé, ale už i u nás dostupné v rovině psychické. I když jsou takové metody poskytovány soukromým sektorem, přece jen vážou celou řadu kvalifikovaných lékařů, kteří pak chybějí jinde, tedy v systému péče o skutečně nemocné lidi. Pro ně spravedlivá dostupnost potřebné léčby klesá. Problematice human enhancement (vylepšování lidí) je proto třeba věnovat patřičnou pozornost.



prof. MUDr. Pavel Pafko, CSc.: Některé možné distributivní spravedlnosti v našem zdravotnictví

Samotné financování našeho zdravotního systému, ve kterém jsou všichni obyvatelé země účastníky povinného zdravotního pojištění, nerespektuje minimálně jejich ekonomickou nerovnost. Obyvatelé podle velikosti svých příjmů odvádějí různé vysoké pojistné. Přitom ale všichni mají nárok na stejnou péči, například srdeční operaci, tu lepší si mohou „koupit“ pouze v jejím malém segmentu. Z pohledu utilitárního je to jistě správné, z pohledu liberálního, respektujícího práva a svobodu jednotlivce, jistě ne. Neměli by ti, „co na to mají“, svobodně využít své prostředky ve prospěch toho, co je pro ně nejcennější – tedy svého zdraví? Z objemu peněz, které zdravotnické zařízení od pojišťoven obdrží, financuje vlastní péči o pacienty, ale hradí i mzdy zaměstnanců. Je spravedlivé, aby se o tyto peníze obě skupiny dělily? Nemohla by skupina zaměstnanců šetřit na léčbě pacientů? Možná, že by zbylo více na odměny...



prof. MUDr. Petr Kalvach, DrSc.: Spravedlnost v medicíně – úměrná kultivaci národa

V prostředí omezených ekonomických limitů nastává vždy zákonitý výběr služeb pro určitého pacienta v soutěži s jiným pacientem. V diskusích o poskytování takto selektivní péče se mnozí kolegové v posledních letech ozývali, že oni takovou roli distributora odmítají. Hájili se představou, že lékař musí vždy poskytnout pacientovi to nejlepší – podle svého svědomí a výtěžků poslední vědy. Chce-li do toho někdo vnášet selekci, pak ať si to provedou pojišťovny/stát a zodpoví si to před svým svědomím. Toto je stanovisko nešťastné. Někdo to rozhodnout musí. Je to lékař. Nikdo jiný než konající lékař nemůže totiž ve svém obvodu/praxi rozhodnout lépe a spravedlivěji, komu má která nedostatková služba být poskytnuta a komu upřena. On je ten, kdo zná nejlépe proporcionalitu utrpení, proporcionalitu efektivity diagnostického/terapeutického zákroku proti jiným, proporcionalitu vyhlídek na solidní následný život. Žádná pojišťovna, revizor, státní instituce nemůže mít tyto vědomosti lepší. Je to namáhavé a pro svědomí zatěžkávací, ale nevyhnutelné. Že je třeba se přitom vyhnout podnětům z oblasti osobního prospěchu/obohacení, je nabíledni.



prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc.: Spravedlnost v medicíně z různých náhledů

Spravedlnost sama o sobě zahrnuje princip rovnosti výsledků a princip rovnosti podmínek. V biomedicíně prvně jmenovaný princip vždy garantovat nelze, neboť živé objekty jsou příliš složitými a heterogenními systémy, aby postulovaný princip mohl být za všech

okolností a v plné míře naplněn. Druhý princip by naopak naplňován a plněn být měl a mohl, jakkoliv se to může zdát pracné a obtížné.

Také ve zdravotnictví platí, že právo bychom sice měli, ale problém může být s jeho vymahatelností. To není bonmot, ale vyjádřili se tak v minulosti kvalifikovaně a veřejně i předsedové ústavního či správního soudu. Je o tom také velká část úspěšných akčních filmů se sólohrdiny, zejména snímků historických a westernů.



Mgr. et Mgr. Marek Vácha, Ph.D.: Spravedlnost pro pacienty z různých důvodů „marginalizovaných“, solidarita a odpovědnost společnosti

V textu bylo argumentováno, že (1) v rámci principu spravedlnosti lékařskou péči je třeba poskytnout těm, kteří ji potřebují, a nikoliv těm, kteří si ji zaslouží. Princip byl demonstrován na třech příkladech pacientů – těch s „nesprávnou“ politickou orientací, na lidech bez domova typicky neplatících si zdravotní pojištění ani daně a na lidech, kteří, alespoň částečně ze svého rozhodnutí, konzumují návykové látky. Lékař nemá být ten, který morálně evaluuje pacienta, nýbrž tím, který nesoudí a poskytuje pomoc všem. Tím jistě není řečeno, že by společnost měla rezignovat na problém bezdomovectví nebo závislosti na návykových látkách, je pouze řečeno, že pokud se občané do této situace dostanou, je třeba jim poskytnout lékařskou pomoc stejnou jako jiným občanům. Druhým komentovaným etickým dilematem byla (2) alokace zdrojů, které vždy a v každém národě jsou z logiky věci vždy nedostatkové, zde na příkladu tří léků, které jsou pro dané nemoci velmi účinné, avšak jejich cena je natolik vysoká, že je obecně mimo finanční dosah pacienta. Přesto tam, kde to je možné, je úkolem lékaře třeba zachraňovat životy



a zdraví všem bez rozdílu a v rámci principu solidarity má společnost chránit i ty své členy, kteří by sami svou léčbu nebyli schopni z finančních důvodů zajistit.



MUDr. František Koukolík, DrSc.: Distributivní a retributivní spravedlnost v medicíně

Lékaři, sestry a další zdravotníci jsou jen lidé. Nejsou neomylní, dělají chyby, v naprosté většině neúmyslné, které mohou pacienta poškodit. Následuje retribuce, která může mít pro obviněného zničující důsledky i v případech průkazu nevin. Důsledkem obav z retribuce je vysoký podíl opakovaných nákladných a zatěžujících vyšetření, která mají chránit zdravotníky i pacienty, včetně byrokracie rostoucí nade všechny meze. Domnívám se, že zdravotnictví by bylo možné v tomto ohledu přirovnat k silniční dopravě. V ní je zavedeno povinné ručení. Za úvahu stojí, zda by zavedení podobného „povinného ručení“ před kontaktem se zdravotnictvím omezilo úzkost zdravotníků z retribuce a tím mimořádné náklady na opakovaná a zbytečně široká vyšetření, jimiž se lékaři „jistí“, jakož i počet stížností i žalob, a urychlilo odškodnění poškozených.



prof. MUDr. Eva Králíková, CSc.: Spravedlnost a kouření

Snižování prevalence kouření nemusí ještě vést k redukcí nerovností, naopak je může zvyšovat. Měla by zohledňovat různé potřeby a různé reakce, různý přístup ke zdravotnímu systému, různou zranitelnost či citlivost (Loring et al., 2014). Legislativa týkající se tabáku je roztroušena do více než deseti zákonů a vyhlášek, zabývá se zbytečně podrobnými definicemi jednotlivých výrobků namísto

obecnějších pojmů. Když se pak objeví nový výrobek, viz zahřívání tabák nebo nikotinové sáčky, je třeba novelizovat... Namísto toho všeho bychom měli mít jeden komplexní zákon na kontrolu tabáku podle vzoru Rámcové úmluvy WHO o kontrole tabáku, jako už některé země mají. Šestina úmrtí v zemi si to zaslouží.

Před nějakými 30 lety, kdy jsem se kouřením začala zabývat, mne fascinovala obrovská diskrepance mezi tak významným dopadem kouření na morbiditu a mortalitu a mezi faktem, jak málo pozornosti tomu věnujeme. Nejen ve společnosti, ale i jako lékaři. To se za tu dobu jistě zlepšilo, ale propast je tu stále.



Doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc.: Spravedlnost v medicíně akutních a kritických stavů

Spravedlnost se promítá i do medicínskoprávních sporů v souvislosti s akutními kritickými stavy a s jejich vývojem. V části případů vyžaduje hodnocení na rozmezí závažného poškození zdraví, zhoršení zdravotního stavu. Vyžaduje spravedlivé hodnocení se snahou o materiální podporu, odškodnění při nutnosti následné/trvalé intenzivní péče. Charakteristickými příklady jsou trvalé komatózní stavy, stavy minimálního vědomí, nutnost trvalé tracheostomie, trvalá závislost na podpoře dýchání, na protetických náhradách, na hemodialyzačním programu, na velmi omezených transplantačních možnostech. Pojem spravedlnosti se do urgentní medicíny dále promítá z hlediska ekonomické dostupnosti a náročnosti – nákladnosti. To se zejména vztahuje na možnosti užití nejnovějších a velmi účinných metod, na jejich dostupnosti, na ekonomické náročnosti vynaložených prostředků při nepříznivé celkové prognóze pacientů atd.

Mgr. Tibor A. Brečka, MBA, LL.M.: Spravedlnost Boží vs. spravedlnost lidská (nejen) ve zdravotnictví

Když se pokusíme definovat rozdíl mezi lidskou a Boží spravedlností, klíčové je zde ono dobro, tedy dopad spravedlivého rozhodnutí. Člověk se snaží o to, aby výsledkem jeho spravedlnosti bylo dobro, ale vzhledem k omezením, které má, se to tak často neděje, zejména když začneme rozšiřovat okruh entit, kterých se dotýká. Je jednodušší rozhodnout dobře a spravedlivě, když jediné, koho beru v potaz, jsem já sám. Naopak, když se snažíme rozhodnout dobře a spravedlivě pro větší skupinu lidí, např. na národní, či dokonce celosvětové úrovni, je to de facto nemožné. Naopak Boží spravedlnost v sobě vždy akcentuje i onen aspekt dobra. Problém je v tom, že se opět pohybujeme v božských a nikoliv lidských kritériích, a připoč-



teme-li naše omezení a neznalosti, vyjde nám, že Boží jednání je dobré a spravedlivé, avšak mi jej občas nechápeme a nerozumíme, výsledkem čehož je subjektivní pocit nespravedlnosti plynoucí však z objektivně – z Boží perspektivy – spravedlivého aktu. Mohli bychom to vyjádřit následujícím zápisem:

Bůh = spravedlnost + dobro

Člověk! = spravedlnost + dobro



prof. MUDr. Richard Škába, CSc.: Spravedlnost a disciplinární řízení v České lékařské komoře

Objektivnost posouzení často ztěžuje emotivně a expresivně psaná stížnost s evidentními neobjektivními výpady a nepřátelským postojem, což může ovlivnit nestrannost postoje ke stěžovateli. Zde se zčásti projevuje obecné zhrubnutí společenského kontaktu v oblasti vyjadřování; stačí se zaposlouchat do vysílání některých médií včetně těch veřejnoprávních. A pak je tu samotná osobnost lékaře, která na jedné straně stojí na vrcholu pomyslného společenského žebříčku – mimochodem o tuto pozici se nemusíme nijak drát nebo bojovat, tu máme, obtíž je pouze v tom, abychom ji svým konáním naplnili – a na druhé straně je to právě lékař, kdo je okamžitě osočen, nenaplní-li pacientovo očekávání nebo provede-li něco špatného, co by u jiné profese zcela běžně prošlo či dokonce zapadlo, avšak u lékaře je to tvrdě pranýřováno. Pochopení se má vždy věnovat v případech citově vypjatých, jako jsou stížnosti spojené například se ztrátou dítěte nebo úmrtím matky při porodu, i když zde se spíš setkáváme s onou tichou, silnou bolestí.

Mgr. Tibor A. Brečka, MBA, LL.M.
prof. PhDr. Radek Ptáček, Ph.D., MBA

Mezinárodní kodex lékařské etiky WMA

Přijatý na 3. valném shromáždění Světové lékařské asociace, Londýn, Anglie, říjen 1949. Revidovaný na 22. shromáždění Světové lékařské asociace, Sydney, Austrálie, srpen 1968, 35. shromáždění Světové lékařské asociace, Benátky, Itálie, říjen 1983, 57. valném shromáždění WMA, Pilanesberg, Jihoafrická republika, říjen 2006 a 73. valném shromáždění WMA, Berlín, Německo, říjen 2022.

Preambule

Světová lékařská asociace (WMA) vypracovala Mezinárodní kodex lékařské etiky jako soubor etických zásad pro zástupce lékařských profesí po celém světě. Lékařská přísaha a celý soubor zásad WMA v souladu s Ženevskou deklarací WMA definují a objasňují profesní povinnosti lékařů vůči jejich pacientům, ostatním lékařům a zdravotnickým pracovníkům, jim samotným a společnosti jako celku.

Lékař musí znát platné vnitrostátní etické, právní a regulační normy a standardy, jakož i příslušné mezinárodní normy a standardy. Tyto normy a standardy nesmějí omezovat závazek lékaře, že bude dodržovat etické zásady stanovené v tomto kodexu.

Mezinárodní kodex lékařské etiky je třeba uplatňovat jako jeden celek a každý z jeho odstavců má být uplatňován s ohledem na všechny ostatní relevantní odstavce. Kodex je určen lékařům v souladu s mandátem WMA. WMA vyzývá všechny osoby, které se podílejí na poskytování zdravotní péče, aby tyto etické zásady přijaly.

Obecné zásady

1. Hlavní povinností lékaře je pečovat o zdraví a pohodu jednotlivých pacientů kompetentně, včas a soucitně, v rámci své odbornosti a v souladu s lékařskou etikou.

Lékař má také povinnost přispívat ke zdraví a blahu jednotlivců, kterým jako lékař slouží, a celé společnosti, včetně budoucích generací. Lékař musí poskytovat péči s maximálním respektem k lidskému životu, důstojnosti člověka, svéprávnosti a právům pacienta.

2. Lékař musí vykonávat lékařskou praxi čestně a spravedlivě a poskytovat péči na základě zdravotních potřeb pacienta, a to bez podjatosti nebo diskriminačního jednání na základě věku, nemoci nebo postižení, vyznání, etnického původu, pohlaví, národnosti, politické příslušnosti, rasy, kultury, sexuální orientace, sociálního postavení nebo jakéhokoliv jiného faktoru.

3. Lékař musí usilovat o využití zdrojů zdravotní péče způsobem, který je pro pacienta optimální, v souladu s poctivým, spravedli-



vým a obezřetným hospodařením se sdílenými zdroji, které mu byly svěřeny.

4. Lékař musí vykonávat svou praxi svědomitě, čestně, poctivě a odpovědně a přitom musí vždy uplatňovat nezávislý odborný úsudek a dodržovat nejvyšší standardy profesionálního chování.

5. Lékaři nesmějí dopustit, aby byl jejich individuální odborný úsudek ovlivněn možností prospěchu pro ně samotné nebo pro jejich pracoviště. Lékař musí rozpoznat skutečný či potenciální střet zájmů a vyhnout se mu. Pokud jsou takové střety nevyhnutelné, musejí být předem oznámeny a řádně řešeny.

6. Lékaři musejí nést odpovědnost za svá individuální lékařská rozhodnutí a nesmějí měnit své odborné lékařské úsudky na základě pokynů, které jsou v rozporu s lékařskými hledisky.

7. Pokud je to z lékařského hlediska vhodné, musí lékař spolupracovat s dalšími lékaři a zdravotnickými pracovníky, již se podílejí na péči o pacienta nebo kteří jsou kvalifikováni k posouzení či doporučení možností péče. Tato komunikace musí respektovat důvěrnost informací o pacientovi a musí být omezena na nezbytné informace.

8. Při vydávání odborných potvrzení smí lékař potvrdit pouze takové skutečnosti, které si osobně ověřil.

9. Lékař by měl poskytovat pomoc v naléhavých zdravotních případech a přitom by měl brát v úvahu vlastní bezpečnost a způsobilost a dostupnost jiných reálných možností péče. Lékař se nikdy nesmí podílet na mučení nebo jiných krutých, nelidských či ponižujících

praktikách a trestech, ani je nesmí usnadňovat. 10. Lékař se musí po celý profesní život průběžně vzdělávat, aby si udržoval a rozvíjel odborné znalosti a dovednosti.

11. Lékař by měl usilovat o výkon lékařské praxe způsobem, který je udržitelný z hlediska životního prostředí, s cílem minimalizovat zdravotní rizika pro současné i budoucí generace.

Povinnosti vůči pacientovi

12. Při poskytování lékařské péče musí lékař respektovat důstojnost, svéprávnost a práva pacienta. Lékař musí respektovat právo pacienta svobodně přijmout nebo odmítnout péči v souladu s hodnotami a preferencemi pacienta.

13. Lékař se musí zavázat, že zdraví a blaho pacienta mají přednost, a musí poskytovat péči v nejlepším zájmu pacienta. V rámci této činnosti musí lékař usilovat o to, aby zabránil či minimalizoval poškození pacienta, a musí hledat pozitivní rovnováhu mezi zamýšleným přínosem pro pacienta a možným poškozením.

14. Lékař musí respektovat právo pacienta na informace v každé fázi procesu péče. Lékař musí získat dobrovolný informovaný souhlas pacienta před poskytnutím jakékoliv zdravotní péče a zajistit, aby pacient obdržel informace potřebné k nezávislému a informovanému rozhodnutí o navrhované péči a těmto informacím rozuměl. Lékař musí respektovat rozhodnutí pacienta kdykoliv a z jakéhokoliv důvodu takový souhlas odepřít či odvolat.

15. Pokud má pacient podstatně omezenou, nedostatečně rozvinutou, narušenou nebo kolísavou schopnost rozhodování, je lékař povinen zapojit pacienta do lékařských rozhodnutí v maximální možné míře. Kromě toho musí lékař spolupracovat s důvěryhodným zástupcem pacienta, pokud je takový zástupce k dispozici, s cílem učinit rozhodnutí v souladu s pacientovými preferencemi, pokud jsou známy nebo je lze rozumně odvodit. Pokud nelze určit pacientovy preference, musí lékař rozhodovat v nejlepším zájmu pacienta. Všechna rozhodnutí musejí být přijímána

v souladu se zásadami stanovenými v tomto kodexu.

16. V naléhavých případech, kdy se pacient nemůže podílet na rozhodování a není k dispozici žádný zástupce, může lékař zahájit zákrok bez předchozího informovaného souhlasu v nejlepším zájmu pacienta a s ohledem na jeho preference, pokud jsou známy.

17. Pokud pacient znovu získá schopnost rozhodování, musí lékař získat informovaný souhlas s dalším zákrokem.

18. Lékař by měl brát ohled na ostatní osoby blízké pacientovi a komunikovat s nimi, pokud jsou k dispozici, v souladu s preferencemi a nejlepšími zájmy pacienta a s ohledem na důvěrnost informací o pacientovi.

19. Pokud některý z aspektů péče o pacienta přesahuje možnosti lékaře, musí se lékař poradit s jiným lékařem nebo zdravotnickým pracovníkem, který má příslušnou kvalifikaci a potřebné schopnosti, nebo pacienta na takového lékaře či zdravotnického pracovníka odkázat.

20. Lékař musí včas zajistit přesnou zdravotní dokumentaci.

21. Lékař musí respektovat soukromí a důvěrnost pacienta, a to i po jeho úmrtí. Lékař může předat důvěrné informace, pokud pacient poskytne dobrovolný informovaný souhlas. Dále ve výjimečných případech, kdy je předání důvěrných informací nezbytné k naplnění významného a naléhavého etického závazku, u něhož byla vyčerpána všechna ostatní možná řešení, a to i v případě, že pacient k takovému předání informací neposkytne či nemůže poskytnout souhlas. Toto předání musí být omezeno na nezbytné minimum informací, příjemců a dobu trvání.

22. Pokud lékař v souvislosti s péčí o pacienta jedná jménem třetích stran nebo jim podává zprávy, musí o této skutečnosti náležitým způsobem informovat pacienta na počátku a případně i v průběhu všech interakcí. Lékař musí pacientovi sdělit povahu a rozsah těchto závazků a musí získat souhlas s interakcí.

23. Lékař se musí zdržet vtíravé nebo jinak nevhodné reklamy a marketingu a zajistit, aby všechny informace, které lékař v reklamě a marketingu používá, byly věcné a nezavádějící.

24. Lékař nesmí připustit, aby jeho odborný úsudek ovlivňovaly komerční, finanční nebo jiné konfliktní zájmy.

25. Při poskytování lékařské péče na dálku musí lékař zajistit, aby tato forma komunikace byla lékařsky odůvodnitelná a aby byla zajištěna nezbytná lékařská péče. Lékař musí rovněž informovat pacienta o výhodách

a omezeních lékařské péče poskytované na dálku, získat jeho souhlas a zajistit, aby byla zachována důvěrnost informací o pacientovi. Je-li to z lékařského hlediska vhodné, musí lékař usilovat o to, aby pacientovi poskytl péči prostřednictvím přímého osobního kontaktu.

26. Lékař musí zachovávat odpovídající profesní hranice. Lékař se nikdy nesmí podílet na zneužívání, vykořisťování nebo jiném nevhodném vztahu či chování k pacientovi a nesmí navázat sexuální vztah se stávajícím pacientem.

27. Lékaři musejí dbát o své zdraví, pohodu a schopnosti, aby byli schopni poskytovat péči na nejvyšší úrovni. To zahrnuje vyhledání vhodné péče, aby bylo zajištěno, že budou schopni vykonávat svou praxi bezpečně.

28. Tento kodex obsahuje etické povinnosti lékaře. V některých otázkách však existují hluboká morální dilemata, o nichž mohou mít lékaři a pacienti hluboce promyšlená, ale protichůdná přesvědčení.

Lékař má etickou povinnost minimalizovat narušení péče o pacienta. Výhrada lékaře proti poskytnutí jakékoliv zákonné lékařské intervence může být uplatněna pouze tehdy, pokud nedojde k poškození nebo diskriminaci konkrétního pacienta a pokud není ohroženo jeho zdraví.

Lékař musí neprodleně a zdvořile informovat pacienta, o této výhradě a o právu pacienta poradit se s jiným kvalifikovaným lékařem a poskytnout pacientovi dostatek informací, aby mohl takovou konzultaci včas zahájit.

Povinnosti vůči ostatním lékařům, zdravotnickým pracovníkům, studentům a jiným pracovníkům

29. Lékař musí s ostatními lékaři, zdravotnickými pracovníky a jinými pracovníky jednat s respektem a spolupracovat bez předsudků, obtěžování nebo diskriminačního chování. Lékař musí také zajistit, aby byly dodržovány etické zásady i při týmové práci.

30. Lékař by měl respektovat vztahy mezi pacienty a jinými lékaři a neměl by do nich zasahovat, pokud o to některá ze stran nepožádá nebo pokud to nebude nutné k ochraně pacienta před poškozením. Tento postup by neměl lékaři bránit v tom, aby doporučil alternativní postupy, které jsou považovány za nejlepší v zájmu pacienta.

31. Lékař by měl příslušným orgánům oznámit podmínky nebo okolnosti, které brání lékaři či jiným zdravotnickým pracovníkům v poskytování péče na nejvyšší úrovni nebo v dodržování zásad tohoto kodexu. K těm patří jakákoliv forma zneužívání či násilí vůči lékařům a dal-

šímu zdravotnickému personálu, nevhodné pracovní podmínky nebo jiné okolnosti, které vyvolávají nadměrný a trvalý stres.

32. Lékař musí projevovat náležitou úctu k učitelům a studentům.

Povinnosti vůči společnosti

33. Lékař musí podporovat spravedlivé a rovnocenné poskytování zdravotní péče. To zahrnuje řešení nerovností v oblasti zdraví a péče, jejich determinantů a porušování práv pacientů i zdravotnických pracovníků.

34. Lékaři hrají důležitou roli v oblasti zdraví, zdravotní výchovy a zdravotní gramotnosti. V rámci plnění této povinnosti musejí lékaři postupovat obezřetně při diskusích o nových objevech, technologiích nebo léčebných postupech v laickém veřejném prostoru, včetně sociálních médií, a měli by zajistit, aby jejich prohlášení byla vědecky přesná a srozumitelná.

Pokud jsou názory lékařů v rozporu s vědeckými informacemi založenými na důkazech, musejí lékaři na tuto skutečnost upozornit.

35. Lékař musí podporovat řádný lékařský vědecký výzkum v souladu s Helsinskou a Tehaj-pejskou deklarací WMA.

36. Lékař by se měl vyvarovat jednání, které by mohlo oslabit důvěru veřejnosti v lékařské povolání. Pro udržení této důvěry musejí jednotliví lékaři dodržovat nejvyšší standardy profesionálního chování a musejí být ochotni hlásit příslušným orgánům chování, které je v rozporu se zásadami tohoto kodexu.

37. Lékař by měl sdílet lékařské znalosti a zkušenosti ve prospěch pacientů a rozvoje zdravotní péče, jakož i ve prospěch veřejného a globálního zdraví.

Povinnosti zástupců lékařské profese

38. Lékař by měl dodržovat, chránit a podporovat etické zásady tohoto kodexu. Lékař by měl pomáhat při ochraně před národními nebo mezinárodními etickými, právními, organizačními či regulačními požadavky, které narušují některou z povinností stanovených v tomto kodexu.

39. Lékař by měl podporovat kolegy lékaře v dodržování povinností stanovených tímto kodexem a přijmout opatření na jejich ochranu před nepatřičným ovlivňováním, zneužíváním, vykořisťováním, násilím nebo útlakem.

©2022 Světová lékařská asociace. Všechna práva vyhrazena. Veškerá práva duševního vlastnictví k Mezinárodnímu kodexu lékařské etiky náleží Světové lékařské asociaci.

Berlínská deklarace WMA proti rasismu v medicíně

Přijata na 73. valném shromáždění Světové lékařské asociace (WMA), Berlín, Německo, říjen 2022

Preambule

Rasismus má kořeny ve falešné představě, že lidské bytosti mohou být hodnoceny jako nadřazené nebo podřadné na základě zděděných fyzických vlastností. Tento škodlivý sociální konstrukt nemá žádný základ v biologické realitě, nicméně rasistická politika a myšlenky v minulosti byly a nadále jsou používány k udržování a ospravedlňování nerovného zacházení.

Přestože rasy v genetickém smyslu neexistují, v některých kulturách se rasové kategorie používají jako forma kulturního vyjádření nebo identity nebo jako prostředek odrážející společnou historickou zkušenost. Je to jeden z aspektů pojmu „etnicita“ nebo „původ“.

Vzhledem k tomu, že pojmy „rasa“ a „rasový“ mají v různých jazykových a kulturních kontextech různé konotace, jsou tyto termíny v tomto dokumentu používány pro označení sociálně konstruovaných kategorií, nikoliv biologické reality.

Falešné spojování rasových kategorií s vrozenými biologickými nebo genetickými znaky sice nemá vědecký základ, avšak škodlivý dopad rasové diskriminace na historicky marginalizované a menšinové komunity je dobře zdokumentován. Zkušenost s rasismem ve všech jeho formách – například mezilidská, institucionální a systémová – je považována za sociální determinantu zdraví a příčinu přetrvávajících nerovností v oblasti zdraví, jak je uvedeno v dokumentu „Deklarace WMA z Osla o sociálních determinantách zdraví“. Tyto nerovnosti mohou být umocněny dalšími faktory, jako je národnost, věk, pohlaví, sexuální orientace, náboženství, socioekonomický status, zdravotní postižení a další. Osoby vystavené rasismu jsou často negativně ovlivněny i dalšími sociálními determinan-
tami zdraví.

Rasově motivované násilí a zjevné před-
sudky, diskriminace v oblasti bydlení a za-
městnání, nerovnost v oblasti vzdělávání
a zdravotní péče, nespravedlnost v oblasti
životního prostředí, každodenní mikroag-
rese, rozdíly v odměňování a dědictví me-
zigeneračního traumatu, které zažívají ti,

kdo jsou vystaveni rasismu, jsou jen některé z mnoha faktorů, které mohou mít dopad na zdraví, a ilustrují, proč rasismus představuje vážnou hrozbu pro veřejné zdraví. Tyto a další strukturální překážky, kterým čelí historicky marginalizované komunity, mohou vést k větší míře kojenecké i mateřské úmrtnosti, většímu výskytu některých nemocí, problémům s duševním zdravím, k horším zdravotním výsledkům a kratší průměrné délce života.

Rasismus v medicíně

V lékařském slibu (Ženevská deklarace WMA) slibuje lékař, že bude respektovat důstojnost všech pacientů, že bude respektovat učitele, kolegy a studenty a že „nedovolí, aby do jeho služby jako lékaře vůči pacientovi zasahovaly ohledy na věk, nemoc nebo postižení, vyznání, etnický původ, pohlaví, národnost, politickou příslušnost, rasu, sexuální orientaci, společenské postavení nebo jakýkoliv jiný faktor“.

Nicméně rasismus ve všech svých podobách existuje, a to i v medicíně na celém světě a má přímý dopad na pacienty a jejich zdraví. Systémové rasové rozdíly v přístupu k péči a zdravotním zdrojům v globálním i místním měřítku se mohou projevit v rozdílech ve zdravotních výsledcích.

Na mezilidské úrovni mohou předsudky a stereotypy, jež zdravotníci mají a podle kterých jednají, vést k neochotě navštěvovat pacienty nebo k odmítavému postoji k příznakům u pacientů z marginalizovaných komunit, což může ovlivnit komunikaci a vést k nevhodné či opožděné léčbě. Rasismus může narušit nebo podkopat základy důvěry, která je pro úspěšný vztah mezi pacientem a lékařem nezbytná.

Avšak naopak také lékaři z marginalizovaných komunit čelí rasismu ze strany pacientů, ostatních lékařů a zdravotníků. Může mít podobu šikany, obtěžování a profesního poškozování na pracovišti. Tyto nepříjemné zážitky mohou mít vliv nejen na zdraví a pohodu lékaře, ale následně i na jeho výkonnost. Lékaři z marginalizovaných komunit mohou také přistupovat s menší dů-

věrou k možnosti upozorňovat na problémy týkající se bezpečnosti pacientů, protože se obávají, že budou obviněni nebo ponесou nepříznivé následky. Velké a rostoucí rasové rozdíly v adekvátním profesním zacházení a možnostech postupu mohou mít dopad na kariéru lékaře.

Kromě toho může systémový rasismus bránit vstupu některých historicky vyloučených skupin do lékařské profese, což vede k jejich nedostatečnému zastoupení a může přispívat k nepříznivým zdravotním výsledkům pacientů z těchto komunit. Tyto překážky jsou způsobeny řadou faktorů včetně skrytých a zjevných před-
sudků při přijímání a náborových řízeních, nedostatku inkluzivního profesního prostředí a celoživotních rasových rozdílů ve financování vzdělávání.

Pro řešení zdravotních rozdílů mezi pacienty je zásadní, aby lékařské povolání bylo reprezentativní pro celou populaci.

Rasismus v lékařském vzdělávání

V lékařském vzdělávání mají implicitní a explicitní před-
sudky vliv nejen na přijímací řízení, ale také na učební osnovy, na rozvoj fakulty a na způsob, jakým se zachází s marginalizovanými studenty a jak jsou hodnoceni. Neinkluzivní a škodlivé vzdělávací prostředí může vést u minoritních studentů k zvýšenému riziku úzkosti a deprese. Navíc výukové materiály a osnovy často neodrážejí rozmanitost zkušeností, obrazů a projevů nemocí a neřeší problematiku rasismu v medicíně.

Rasismus v lékařském výzkumu a lékařských časopisech

Strukturální rasismus rovněž ovlivňuje účast a tím i inkluzivitu v lékařském výzkumu. Historické příklady neetických experimentů nebo výzkumu bez informovaného souhlasu na marginalizovaných komunitách vedly k vysoké míře nedůvěry v lékařské instituce. Na druhou stranu vyloučení marginalizovaných skupin z klinických studií vede k nedostatku údajů o tom, jaký dopad mohou mít určité léky, léčba nebo určitý zdravotní stav na zástupce těchto skupin.

Nedostatečná transparentnost rasových údajů může vést k nepochopení toho, jak rasové rozdíly vedou k nerovnostem v oblasti zdraví. Může také ohrozit potenciál umělé inteligence odhalit a překonat předsudky v medicíně. Algoritmy odrážejí inkluзивitu zdravotnických a technologických odborníků, kteří je vytvářejí.

Kromě toho lékařské časopisy – strážci úrovně výzkumu založeného na důkazech – obecně opomíjejí téma rasismu a jeho dopadu na nerovnosti v oblasti zdraví a stejně tak otázku nedostatečného zastoupení mezi rozhodujícími pracovníky a autory časopisů.

Prohlášení

Proto Světová lékařská asociace (WMA)

- jednoznačně odsuzuje rasismus ve všech jeho formách kdekoli a kdykoli k němu dochází;
- prohlašuje rasismus za hrozbu pro veřejné zdraví;
- bere na vědomí, že rasismus je ve zdravotnictví strukturálně a hluboce zakořeněn;
- tvrdí, že rasismus je založen na sociálním konstraktu, který nemá žádný základ v biologické realitě, a že jakákoliv snaha o získání nadřazenosti zneužitím rasistických předpokladů je neetická, nespravedlivá a škodlivá;
- uznává, že zkušenost s rasismem je sociální determinantou zdraví a je příčinou přetrvávajících nerovností v oblasti zdraví;
- zavazuje se aktivně podporovat rovnost

a diverzitu v medicíně a usilovat o inkluзивní a spravedlivé zdravotnické prostředí.

Doporučení

Světová lékařská asociace (WMA) vyzývá své členy a všechny lékaře, aby:

1. přijali výše uvedené prohlášení ve svých organizacích;
2. uznali škodlivý dopad rasismu na zdraví a blaho marginalizovaných komunit a jednali v souladu s tímto závěrem;
3. podporovali rovný přístup ke zdravotním a společenským zdrojům na místní, národní i celosvětové úrovni;
4. se zavázali aktivně pracovat na odstranění rasistických politik a praktik ve zdravotnictví a na prosazování protirasistických politik a praktik, které podporují rovnost ve zdravotnictví a sociální spravedlnost;
5. prováděli organizační a institucionální změny na podporu diverzity v lékařské profesi a v organizacích, které ji podporují;
6. podporovali a pokud možno prováděli změny v přijímacím řízení a učebních plánech lékařského vzdělávání, které podporují inkluзивitu a zvyšují povědomí o škodlivém dopadu rasismu na zdraví;
7. podporovali spravedlivé a bezpečné vzdělávací prostředí v lékařském vzdělávání;
8. podporovali rovný přístup ke kvalitnímu vzdělávání v oblasti lékařství a veřejného zdraví;
9. se soustředili na zkušenosti lékařů z ne-

dostatečně zastoupených komunit, aby byla zajištěna viditelnost typických vzorců a podpořil se pocit inkluзивity a posílení postavení budoucích studentů z historicky marginalizovaných komunit;

10. zajistili bezpečné, podporující a respektující pracovní prostředí pro všechny lékaře, včetně lékařů z historicky marginalizovaných komunit;
11. zřídili komunikační kanály pro lékaře a studenty medicíny pro možnost bezpečného nahlášení případů rasově motivovaného obtěžování nebo předsudků;
12. přijali disciplinární opatření proti pachatelům rasového obtěžování nebo předsudků v lékařské profesi a zavedli opatření k prevenci takového obtěžování a diskriminace, k ochraně těch, kteří jím trpí, a k jeho odstranění z lékařské oblasti;
13. přijali opatření k identifikaci mezer ve výzkumu a podpořili výzkum dopadu rasismu na zdraví založený na důkazech;
14. povzbudili lékařské časopisy k posílení hlasů lékařských výzkumníků a zdravotnických odborníků z nedostatečně zastoupených a historicky vyloučených komunit;
15. vynaložili veškeré úsilí na podporu zastoupení v eticky prováděných klinických hodnoceních v souladu s Helsinskou deklarací WMA jako prostředku k prosazování rovnosti v oblasti zdraví;
16. podporovali další výzkum dopadu rasismu ve zdravotnictví.



VÍC NEŽ JEN TISKÁRNA...

VŠE, CO MŮŽETE POTŘEBOVAT VE VAŠÍ PRAXI

VYDAVATELSTVÍ

GRAFICKÉ SLUŽBY



TISKÁRNA REKLAMA

- Objednávací kartičky, patientské karty...
- Brožury, knihy, učebnice, časopisy...
- Vizitky, letáky, plakáty, zápalky, samolepky...
- Personální inzerce v lékařských časopisech...
- Cedule, bannery, velkoplošný tisk...
- Potisk firemních a reklamních předmětů...

 www.prager-print.cz

 +420 602 377 675

 tiskarna@prager-print.cz

Kubek: Přeji si, abychom na rok 2022 vzpomínali jako na ten špatný a následující roky byly jen lepší, ale v některých věcech jsme nepoučitelní

Shrnutí loňského roku a výhled do roku budoucího. Jak hodnotí vývoj prezident České lékařské komory Milan Kubek? Čeho se obává v roce 2023? Které lékařské obory jsou podle něj nejohroženější z důvodu nedostatku lékařů a co s tím jde dělat? A jaké jsou hlavní cíle České lékařské komory pro příští rok?



Milan Kubek na sjezdu ČLK v Brně (listopad 2022)

Minulý rok byl hodně turbulentní. Covid ještě dobíhal a dobíhá, nastoupila nová vláda, začala válka na Ukrajině. Jak celkově rok 2022 hodnotíte?

Letošní rok byl zvláštní a ukázal nám, že svět není tak bezpečné místo, jak bychom si ho přáli mít. Popsala jste to přesně, epidemiologická krize najednou přechází v krizi bezpečnosti. K tomu přibyla krize ekonomická. Takže rozhodně tento rok nelze hodnotit kladně a myslím, že na něj budeme vzpomínat spíše jako na špatný rok z hlediska České republiky a celé společnosti. Ostatně já si přeju, abychom na něj vzpomínali jako na ten špatný rok a aby

roky následující byly jen lepší. Abychom si jednou neřekli, že v roce 2022 to bylo ještě docela dobré.

Co se vám v roce 2022 povedlo, na co jste hrdý?

Největší radost mám z toho, že se nám podařilo dokončit Dům lékařů a zahájit jeho plný provoz. Komora získala sídlo důstojné lékařského stavu a lékaři mají kde se scházet na vzdělávacích i společenských akcích. V našem společném domě jsme uspořádali několik významných vzdělávacích konferencí, například v září o nemoci covid-19 a o přínosech očkování nebo počátkem prosince konferenci z cyklu Etika a komunikace

v medicíně, tentokrát na téma „Spravedlnost v medicíně“.

Na konci října jsme u příležitosti českého předsednictví v Radě EU hostili plenární zasedání Stálého výboru evropských lékařů (CPME) a myslím, že jsme se úlohy hostitele zhostili opravdu důstojným způsobem.

Naopak mě mrzí to, že jsme nedokázali zabránit ministru Vlastimilu Válkovi v tom, aby se ve prospěch státního rozpočtu vzdal 14 miliard korun, o které ochudil systém veřejného zdravotního pojištění. Kvůli této hlouposti se zhorší kvalita a dostupnost zdravotní péče a lékaři ani ostatní pracovníci v resortu nedostanou přidáno na platičkách.

S jakým výhledem tedy jdete do roku 2023? Ani ekonomové nemají moc pozitivní očekávání, což se samozřejmě dotkne i zdravotnictví a lékařů.

Očekávám, že poroste napětí ve společnosti. Určitě k tomu přispěje nešťastná přímá volba prezidenta hned na začátku roku. Nejsem politolog, ale podle mého názoru je přímá volba neštěstím naší země, protože způsob volby vůbec neodpovídá kompetenci, kterou má prezident republiky v našem právním řádu. A pokud prezidentem bude zvolen někdo normální, tedy osoba bez psychopatických rysů, která nebude zneužívat danou funkci, tak pozice prezidenta je spíše reprezentativní a ceremoniální. Prezident by měl samozřejmě sjednocovat občany, ale samotný způsob volby spíše k tomu, že se spíše vytváří další příkopy a bariéry. Již kvůli tomu každý, kdo bude zvolen, bude mít postavení ze začátku velmi komplikované.

A kromě volby prezidenta?

Na občany také dopadnou důsledky ekonomické krize, tzn. pokles reálných příjmů, obrovské zdražování, a to vše bude mít samozřejmě i negativní dopad na zdravotnictví. To



S předsedou Čestné rady ČLK prof. Richardem Škábou a předsedkyní Revizní komise ČLK MUDr. Janou Vedralovou

mě velmi mrzí, zvláště poté, co zdravotnictví udržovalo v rámci epidemických vln v chodu jak společnost, tak nakonec i ekonomiku díky tomu, že se například nezavřely továrny a lidé mohli pracovat. Vláda spíše zavírala školy. Díky pracovní síle se ekonomice ušetřily velké peníze a mě mrzí, že zdravotnictví je tím resortem, kde se bude šetřit nejvíce. Stagnace výdajů na zdravotnictví, nebo ještě raději mám výraz pocházející z Německa – investic do zdraví – se negativně projeví na poklesu dostupnosti a kvality zdravotní péče. Zdravotnictví není perpetuum mobile. Když platby od zdravotních pojišťoven nepokryjí náklady poskytovatelů zdravotních služeb, tak oni se budou logicky v rámci boje o přežití snažit svůj provoz ekonomizovat, což bude mít dopad na pacienty.

Myslíte, že tyto dopady na pacienty se projeví již v příštím roce?

Určitě se v příštím roce projeví, protože máme 18procentní inflaci a nárůst úhrad pan ministr Vlastimil Válek deklaroval na osm procent, ale skutečnost je ještě horší. Naši ekonomičtí experti na úhrady v rámci České lékařské komory počítají podle úhradové vyhlášky s nárůstem okolo čtyř až pěti procent. Vláda sama tvrdí, že se nebudou navyšovat platy ve veřejném sektoru kromě drobných výjimek, a to se samozřejmě projeví nespokojeností mezi zdravotníky. Už teď máme nedostatek kvalifikovaného zdravotnického personálu, nejenom lékařů, ale i zdravotních sester, a to se bude zhoršovat. Práce ve zdravotnictví je velmi náročná a odměna té náročnosti neodpovídá. **Dotkli jsme se úhradové vyhlášky. ČLK navrhovala nárůst úhrad o 13 procent,**

což se nenaplnilo. Jak vyhlášku kromě tohoto velkého nedostatku hodnotíte? Jaká největší úskalí v ní vidíte? Ke shodě vlastně došlo jen v 10 ze 14 segmentů.

Mě zaskočilo, že Ministerstvo zdravotnictví zneužilo nedohody například u ambulantních specialistů a zasáhlo do mechanismu úhrad, což nikdo nechtěl. Nechtěli to ani pojišťovny, ani poskytovatelé zdravotnických služeb. Co mám na mysli? Například to, že se svévolně stanoví rozdílná hodnota bodu pro jednotlivé odbornosti bez jakéhokoliv zdůvodnění. To je naprosto netransparentní rozhodnutí a dovolím si tvrdit, že to vzbuzuje podezření z nějakého korupčního jednání. Arogance úředníků Ministerstva zdravotnictví navíc dosáhla takové úrovně, že na připo-

mínky ČLK vůbec nereagovali. Vyhlášku tedy hodnotím negativně.

Změny budou probíhat i ze strany zdravotních pojišťoven. Například Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) plánuje změnit strukturu lůžek formou takzvaných balíčkových úhrad. Pokud se ale pacientovi přitíží, bude to k tíži nemocnice, protože nedostane tolik zaplacené? Bude tento krok ku prospěchu?

Detailní informace nemám. VZP o této záležitosti s komorou nejednala, ale hned jak jsem návrh z veřejných zdrojů uslyšel, tak mě napadlo riziko, že v případě, kdy bude pacient komplikovaný, bude mít problém dostat se ke zdravotní péči, protože takového rizikového pacienta nikdo nebude chtít operovat. Proč by někdo operoval člověka, u kterého hrozí, že bude mít větší pooperační komplikace, čímž také hrozí delší a náročnější léčení, když za něj dostane zaplacené stejně jako za někoho, u koho jsou rizika nižší? Postřehl jsem, že pan ředitel VZP Zdeněk Kabátek vyjádření mírnil tím, že by se změna měla týkat jen velkých nemocnic. Pak to ale zase nejde dohromady se změnou struktury lůžkového fondu. Víím o tom příliš málo, ale toto riziko mi první vyvstalo na mysli.

Dostali jsme zřejmě málo za uši

Vedle covidu nastoupila letos na podzim další respirační onemocnění, která byla v minulých letech upozaděna. Mezi nimi dominuje chřipka a RS virus, se kterými se trápí hlavně v Německu. Očekáváte zhoršení situace i u nás?

Stále ještě nejde o chřipkovou epidemii v pravém slova smyslu, protože ta nás asi teprve čeká, ale dá se očekávat, že vlna respi-



S prezidentem CPME dr. Christiaanem Keijzerem na konferenci v Praze (říjen 2022)

račních onemocnění bude sílit. A to z toho důvodu, že jsme přestali dodržovat byt i jen ta nejbanálnější protiepidemická opatření. Doufal jsem, že jedním z pozitiv covidu by mohlo být, že lidé budou více dbát na hygienu, že budeme navzájem ohleduplnější. Ukazuje se ale, že jsme dostali za uši zřejmě málo a jsme nepoučitelní. Kašlající a smrkající lidé stále chodí do metra, do tramvaje, do autobusů bez roušek.

Nemocní lidé chodí do zdravotnických zařízení mezi další nemocné také bez roušek. Nedodržuje se prakticky vůbec nic. Dezinfekci nikdo nepoužívá. Asi jci žijící ve velkých aglomeracích dobře vědí, proč používají roušky – že tím chrání své okolí a zpomalují a snižují vlny respiračních infekcí. Je tu pak také velký dopad ekonomický, protože nemusíme mít epidemii jako covid, kdy nám umírali lidé po tisících, ale stačí, když budou statisíce lidí v pracovní neschopnosti, a ztráty vzniknou obrovské.

Není vedle nedodržování základních ochranných mechanismů příčinou většího růstu respiračních onemocnění také to, že jsme byli poslední roky v podstatě v izolaci, bez kontaktu s běžnými nemocemi, což se projevilo na naší imunitě? Přece jen aspektů může být více.

Myslím, že toto takovou roli nehraje. Panují diskuse, jak se projevila absence dětí v kolektivech. Tam bych to byl schopen pochopit. Děti nechodily do školky, tak si nemohly navzájem předávat základní infekce a imunitu ztratit, ale u dospělých toto roli nehraje.

Lékaři chybějí. Loď českého zdravotnictví najíždí na mělčinu

Přejdeme k samotným lékařům. Je spousta oborů, kde panují obavy z nedostatku lékařů do budoucna. Stačí jmenovat třeba pediatrii, praktické lékaře nebo diabetologii. Který z oborů je podle vás v největším ohrožení a jaké máte návrhy řešení?

Máme povšechně nedostatek lékařů. Někde je nedostatek katastrofální a někde „jen“ vážný. Mě mrzí, že došlo na slova, která komora nebo minimálně já opakujeme 15 let, že hrozí nedostatek lékařů. Pracující lékaři stárnou a loď českého zdravotnictví najíždí na mělčinu a do toho navíc přicházejí do zdravotnictví úsporná opatření. Vláda navíc oznámila, že se zdravotníkům nezvýší platy. To je přesně symbolická herda do zad těm, kteří zatím váhali a rozhodovali se, jestli nejlépe pracovat jinak.

Zmínila jste pediatrii, tak tam je situace opravdu kritická. Obrovskou chybou bylo



S ředitelem Právní kanceláře ČLK JUDr. Janem Machem na sjezdu v Brně (listopad 2022)

vytvořit před asi 20 lety samostatný obor praktického lékařství pro děti a dorost (*v současnosti existují atestace „dětské lékařství“ a „praktické lékařství pro děti a dorost“, pozn. red.*), rozštěpit tak pediatrii na nemocniční a ambulantní část a postavit mezi ně takřka neprostupnou zeď. Autorky tohoto nápadu se zřejmě bály konkurence, nově vzniklý obor opevnily a po letech překvapeně zíraly, že o něj není mezi mladými lékařkami zájem. Před několika lety se podařilo tuto chybu napravit tím, že se obě pediatrie znovu sloučily. Lékařky (ty tvoří 85 procent pediatrického oboru) jsou díky tomu flexibilnější, mohou pracovat jak v nemocnici, tak v ambulanci a práci časově kombinovat úměrně své rodinné situaci. Ale pořád je tam situace mimořádně vážná, a to především v obcích do dvou tisíc obyvatel.

Část studentů medicíny ani nenastoupí do lékařské praxe, i když dle průzkumů valná většina studujících plánuje do českých nemocnic nastoupit. Je větší problém zde, nebo je i menší zájem o medicínu obecně? Nebo lékařské fakulty nabízejí málo míst?

Na našich osmi lékařských fakultách promuje v oboru všeobecné lékařství každý rok zhruba 1700 studentů, 70 procent z toho jsou ženy, z čehož také vyplývají určité konsekvence. Avšak ještě závažnější je to, že mezi tím celkovým počtem je 300 zahraničních studentů v anglickém programu. Nikdo z nich si neplatí školné proto, aby nastoupil za český plat do české nemocnice. Těchto 300 lidí je tedy pro naše zdravotnictví úplně ztraceno. A dalších 200 nezačne vykonávat praxi. Letos komora vystavila 170 studentům doklad o bezúhonnosti, což znamená, že odcházejí do zahraničí, aniž by do našeho zdravotnictví nastoupili. Pak další část odchází mimo medicínu.

Jaké je řešení?

Není jen jedno. Drobné dílčí změny se udělaly. Lékařské fakulty navýšily kapacitu studentů o 15 procent, avšak narážejí jak na strop prostorový, protože nemají kde mediky učit, tak také na strop personální, protože je nemá kdo učit. Není dostatek učitelů. Příspěvek státu na jednoho medika je tuším 115 tisíc korun ročně – a to je velmi malá částka, která nepokrývá náklady na studium. Stát by měl platit lékařským fakultám mnohem více a finance by měly být přímo cílené na lékařské fakulty, aby se peníze neztrácely v tom, co dostává univerzita.

Jaké jsou hlavní cíle pro letošní rok? Co byste rád dotáhl?

Z vnějšího pohledu bych si asi přál, aby hůř nebylo, ale obávám se, že se nám to nepodaří. Jestliže za ministra zdravotnictví Adama Vojtěcha byl přístup ministerstva ke komoře špatný, tak za ministra Vlastimila Válka je ještě horší. Ministerstvo zdravotnictví se snaží Českou lékařskou komoru ignorovat. A my jako profesní lékařská samospráva sami nemáme potřebné kompetence, abychom velké problémy ve zdravotnictví řešili. Budeme však každopádně dál hájit zdravotnictví a zdravotníky. Budeme pokračovat v zajišťování celoživotního vzdělávání pro lékaře, protože to je v naší kompetenci, a budeme se snažit, abychom byli ještě lepší, než jsme dosud byli.

Pavlna Zítková,

www.nasezdravotnictvi.cz

**Oblastní nemocnice
Náchod a.s.
přijme**

Pracovnílékařské služby v roce 2023

Vyhláška 452/2022 Sb., ze dne 28. 12. 2022 novelizuje vyhlášku 79/2013 Sb. o pracovnílékařských službách a některých druzích posudkové péče. Obsahuje 53 změn. Některé zrušují stávající paragrafy a zásadně mění texty, jiné nové paragrafy a texty přidávají.

Vzhledem ke krátkému času, který na nastudování této novely byl, a také vzhledem k tomu, že se novela týká především praktických lékařů, se vám nyní v rychlosti pokusím představit některé podstatné změny, jež tato novela přináší. Na webu ČLK najdete kompletní text aktualizovaného znění vyhlášky se zvýrazněním změn. Praktickým lékařům, jichž se tato vyhláška týká především a kteří dali ČLK svoji e-mailovou adresu, pošleme aktualizované znění s komentáři a poznámkami.

Vyhláška o pracovnílékařských službách a některých druzích posudkové péče je zejména o prevenci. Jejím smyslem je předcházet nebo alespoň minimalizovat poškození zdraví při práci.

Nyní se podívejme, co vlastně novela mění.

Protože budeme často používat pojem „kategorie“, řekněme si, co o kategorizaci říká legislativa. Podle míry faktorů, které mohou ovlivnit zdraví zaměstnanců a jejich rizikovitost pro zdraví, se práce zařazují (stručně řečeno) do čtyř kategorií: od kategorie 1, což jsou práce, z nichž nevyplývá pravděpodobný nepříznivý vliv na práci, po kategorii 4, což jsou práce, při kterých hrozí vysoké riziko ohrožení zdraví při práci.

V poslední době často používaný pojem „nerizikové práce“ legislativa nezná.

Nyní stručně k základním změnám:

- v kategorii první se nově budou prohlídky provádět jen tehdy, když si to zaměstnavatel nebo zaměstnanec vyžádají;
- i v kategorii druhé se budou prohlídky provádět (až na několik výjimek) jen tehdy, když si to zaměstnavatel nebo zaměstnanec vyžádají;

- vstupní prohlídky zatím zůstávají stejné – nově se musejí provést i v případě pracovního úrazu a pracovní neschopnosti v souvislosti s tímto úrazem;

- podstatně se mění pracovnílékařské prohlídky a lékařské prohlídky k posouzení zdravotního stavu ke vzdělávání a v jeho průběhu;

- prodlužuje se interval dohledu, který provádí poskytovatel pracovnílékařských služeb na pracovišti zaměstnavatele, ze dvou na tři roky.

K dalším výrazným změnám dochází v příloze vyhlášky. Definuje rizikové faktory a nemoci, které vylučují nebo omezují zdravotní způsobilost k práci a rozsah odborných vyšetření. Je rozdělena do dvou částí.

V části I., rizikové faktory pracovních podmínek, došlo jen k několika drobnějším změnám v definici nemocí nebo stavů, které vylučují či omezují zdravotní způsobilost.

V části II., profesní rizika, vpadly celé skupiny dosud definovaných rizik, a to

- pracovníci ve školách,
- pracovníci ve zdravotnictví, kteří nemají přímý kontakt s pacienty nebo klienty,
- pracovníci v sociálních službách, kteří neposkytují služby v přirozeném sociálním prostředí osob,
- činnosti epidemiologicky závažné,
- řidiči motorových vozidel, tzv. řidiči referenti, tedy osoby, které v rámci své pracovní činnosti řídí motorová vozidla, ale není to hlavní náplň jejich činnosti,
- hlasová zátěž.

Část II. dále uvádí položku s názvem „Další práce nebo činnosti v profesním riziku“. Stanoví je zaměstnavatel ve spolupráci

s poskytovatelem pracovnílékařských služeb v rámci prevence rizik v těch případech, kdy nelze tato rizika odstranit. Na tuto položku navazuje 30 položek ze seznamu rizikových prohlídek podle části I., u kterých se budou provádět prohlídky, i když budou zařazeny jen do kategorie druhé, nebo tehdy, když se v rámci prevence rizik zjistí, že tato rizika nelze odstranit.

Na závěr jen připomenu, že nic z pracovnílékařských služeb není a nadále nebude hrazeno z rozpočtu Ministerstva zdravotnictví, takže o žádnou finanční úsporu ve zdravotnictví nepůjde.

Zajímavé bude, jak se k novele postaví zaměstnavatelé. Na ně je nyní z velké části přenesena odpovědnost za rozhodování, zda budou své zaměstnance na periodické prohlídky v kategorii 1 a 2 posílat. Mnozí se v současné nelehké situaci možná přikloní k filozofii, že co není nařízeno, nemusí se dělat.

Pokud jde o nejčastěji používaný argument pana ministra, že se praktickým lékařům uvolní ruce k provádění preventivních prohlídek ze zdravotního pojištění, jsem k tomu dosti skeptický. Mnozí praktičtí lékaři totiž vítali, když k nim zaměstnanci přicházeli pro výpis ze zdravotnické dokumentace pro zaměstnavatele. Byla to totiž zároveň příležitost k provedení preventivní prohlídky jejich registrovaných pojištěnců, které bylo jinak obtížné k jejímu absolvování donutit.

Zcela zřejmé je však to, že někteří praktičtí lékaři mohou z důvodu redukce prevence v oblasti pracovnílékařských služeb přijít o nemalou část svých příjmů.

MUDr. Petr Němeček

praktický lékař, člen představenstva ČLK

V Olomouci 4. 1. 2023

**specialistu/ku
lékaře/ku
na oddělení
klinické
hematologie
a transfúzní
služby**

Požadujeme:

- specializovaná způsobilost v příslušném oboru výhodou
- trestní bezúhonnost

Nabízíme:

- smluvní mzdu pro lékaře se specializovanou způsobilostí minimálně 70 000 Kč měsíčně
- poskytujeme stabilizační odměnu 500 000 Kč pro lékaře se specializací při setrvání v pracovním poměru minimálně 48 měsíců při úvazku 1,0
- nástup možný ihned
- pracovní poměr na dobu neurčitou
- využití nemocniční knihovny
- pomoc se zajištěním ubytování
- příspěvek na ubytování (pro nově přijímané zaměstnance s trvalým bydlištěm mimo Královéhradecký kraj)
- dotovaná strava v areálu nemocnice
- příspěvek na penzijní a životní pojištění
- úhrada členského příspěvku České lékařské komory při úvazku 0,5

**V případě zájmu
o bližší informace
nás kontaktujte:**

Bc. Eva Jará,
+420 728 215 931,
jara.eva@nemocnicenachod.cz

Elektronizace zdravotnictví z pohledu českých lékařů

Čeští lékaři byli v počátcích elektronizace zdravotnictví plni entuziasmu, nadějí a odhodlání a mnozí z nich věnovali nezištně spoustu svého času a úsilí k vybudování toho, čemu se nyní říká eHealth. Bohužel plynula desetiletí a lékaři zažívali v oblasti elektronizace zdravotnictví výrazné rozčarování a zklamání z mnohých roky se vlekcoucích, vládami schválených strategií, nedodržených realizačních termínů, neefektivně vynaložených finančních prostředků a zejména z toho, jak se vše nakonec tiše rozplývalo a končilo v propadlišti dějin bez jakéhokoliv přínosu pro lékaře a pacienty.



To bylo pro lékaře opravdu velmi frustrující. Přes všechnu tuto pachut' je ČLK přesvědčena, že drtivá většina lékařů v ČR chápe nezbytnost rozumné a smysluplné elektronizace zdravotnictví a přes dosavadní špatné zkušenosti a zklamání nejsou jejími odpůrci. Lékaři dobře vědí, že výsledky těch, kteří elektronizaci zdravotnictví připravují a řídí, se budou bezprostředně týkat jejich práce, a proto vědí, že je zejména v jejich zájmu s nimi spolupracovat.

Bude však záležet na tom, jak instituce a konkrétní lidé, kteří za elektronizaci zdravotnictví zodpovídají nebo budou zodpovídat, ke spolupráci s lékaři přistoupí. Jsme přesvědčeni, že pokud bude tato naše nabídka ke spolupráci zodpovědnými institucemi přijata, bude to přínosem pro celý budovaný eHealth a hlavně pro naše občany a pacienty. Rozhodně však nechceme dopustit, aby se elektronizace zdravotnictví,

tak jako dříve, připravovala a realizovala bez spolupráce s námi lékaři a jednalo se o nás bez nás.

Česká lékařská komora vidí v současné době z pohledu lékařů v oblasti elektronizace zdravotnictví tyto zásadní problémy:

1. V ČR není funkční základní národní elektronická komunikační struktura pro elektronizaci zdravotnictví a standardy elektronického zdravotnictví. To mělo, a stále má, za následek vznik nesourodých individuálních aktivit různých zdravotnických zařízení a softwarových firem, což sice někdy vedlo k vytvoření různých užitečných projektů (e-recept, e-neschopenka...), ale zároveň tato živelnost a nesystematičnost výrazně zhoršila a nadále zhoršuje a znesnadňuje vytvoření jednotné národní elektronické komunikační platformy.

2. Všechna zdravotnická zařízení již více než deset let čekají na zavedení jasné koncepce a strategie elektronizace zdravotnictví. Vše podstatné včetně struktur, úkolů, jednotlivých kroků, stanovení odpovědnosti a kompetencí jednotlivých subjektů a realizačních termínů již bylo mnohokrát napsáno v předchozích vládou schválených strategiích, ale prakticky nic nebylo dotaženo a realizováno v praxi. Nadále chybějí základní stavební kameny nezbytné pro elektronizaci zdravotnictví, jakými jsou celostátně platné datové, technologické a bezpečnostní standardy, jasné stanovené požadavky na kyberbezpečnost a ochranu osobních dat, zásady strukturované zdravotnické dokumentace a mnoho dalšího.

3. Přestože jsou zákonem o elektronizaci zdravotnictví stanovené kmenové zdravotnické registry, nezbytné pro fungování elektronického zdravotnictví, zdravotníkům stále nejsou k dispozici, což má mimo jiné za

následek přetrvávání mnoha nesourodých elektronických agend, které zdravotníkům nesmyslně komplikují a znesnadňují jejich práci. Důsledkem chybějícího jednotného identifikátoru zdravotníka je například složitá a nejednotná přihlašování zdravotníků a zdravotnických zařízení do jednotlivých vzájemně nespolupracujících agend různými certifikáty.

4. Za hrubě podceněnou považuje ČLK situaci v elektronizaci ambulantního sektoru, který je odkázán na necertifikované a vzájemně nekomunikující produkty vyvinuté různými softwarovými firmami, které však za tuto neutěšenou situaci také nejsou plně zodpovědné, protože jim chybí zodpovědný koordinátor, jasně daná komunikační struktura, datová rozhraní a mnohé další.

5. Dalším problémem je alokace finančních prostředků na elektronizaci zdravotnictví. Nemalé finanční prostředky z mnohých dotačních programů, ať již evropských, nebo národních, zcela míjejí ambulantní sféru, která je na rozdíl od velkých nemocnic a různých zdravotnických institucí odkázána jen na to, co si vydělá poskytováním zdravotní péče. Tato diskriminace ambulantního sektoru v něm vyvolává oprávněný pocit nespravedlnosti a frustrace a je výrazně demotivující. Ambulantní sektor je stejně tak důležitou součástí zdravotní péče jako nemocnice a finanční prostředky vkládané do elektronizace zdravotnictví musejí být rozdělovány spravedlivě, ne jednostranně jako dosud.

6. Zcela zanedbávána je spolupráce zdravotníků s tvůrci softwarů při vývoji aplikací, které budou ve své každodenní praxi používat. Právě toto bývá často zdrojem zbytečného rozčarování zdravotníků ze systémů a aplikací, jež ke své práci dostali a které jsou často na hony vzdálené tomu, co by pro

svou efektivní práci skutečně potřebovali. 7. Tristní je také chybění certifikace jednotlivých současných i budoucích aplikací elektronického zdravotnictví. Neexistuje žádná národní certifikační instituce, které by používané softwarové aplikace podléhaly a jež by těmto aplikacím vydávala certifikáty pouze tehdy, pokud by splňovaly celostátně dané požadavky datového rozhraní, podmínky elektronické bezpečnosti a přenositelnosti zdravotnických dat a jež

by byly důkladně testovány těmi, kteří je budou používat.

8. Za zcela nezbytné považuje ČLK z pohledu zdravotnických zařízení legislativní změny týkající se elektronizace zdravotnictví, a to zejména změnu zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, a to hlavně části, která se týká elektronického vedení zdravotnické dokumentace. Musí dojít ke zjednodušení podmínek vedení elektronické dokumentace, jasnou

definici patientského souboru a odstranění dalších zbytečných, legislativou daných komplikací.

Je jisté celá řada dalších věcí, které by se daly vyjmenovat, ale v tuto chvíli považuje ČLK za nejdůležitější, aby ti, kteří za elektronizaci zdravotnictví v ČR zodpovídají, přijali nabídku ČLK ke spolupráci, zamysleli se nad uvedenými problémy a začali s lékaři diskutovat a spolupracovat.

MUDr. Petr Němeček, V Olomouci 12. 12. 2022

Zapomněli jste heslo aneb zpackaná digitalizace

Lékař je povinen svou činnost zdokumentovat, předepsat pacientům léky, zdravotní pomůcky a nakonec provedené výkony odeslat k proplacení zdravotním pojišťovnám. Máme za povinnost vyplňovat statistická hlášení pro stát a vést pracovní neschopnost. Celá tato agenda přešla do elektronické podoby, denně používáme počítač s různými zdravotnickými programy. Položíme-li si otázku, jak nám to všechno funguje, kolik času a někdy i nervů nám to bere, odpověď bude spíše negativní.



Jedním z nejčastěji udávaných problémů, které lékaře trápí, je přihlašování do systémů. Ráno začneme na svém počítači, spustíme zdravotnický program a je tu žádost o první heslo. To je třeba pravidelně aktualizovat a mít jej dostatečně silné, aby ho nikdo neprolomil. Asi jen málokomu se daří si své nové (kolikáté?) heslo zapamatovat. Pokračujeme v odesílání e-receptu, samozřejmě v bytelně chráněném úložišti

SÚKL, s nutností pravidelně obnovovat osobní certifikát. Statistiky a další hlášení do ÚZIS lze již odeslat přihlášením se pomocí stále více využívané identity občana, na výběr dostaneme sedm možností. Osobně používám bankovní identitu a nezbyvá mi než doufat, že je tak bezpečná a že ji nikdo nezneužije. Nakonec soukromí lékaři odesílají každý měsíc dávky do zdravotních pojišťoven a ani zde neexistuje jednotný systém přihlašování.

Příliš přívětivá stále není výměna informací mezi poskytovateli, pro mnoho lékařů je obtížné dostat se třeba k výsledkům laboratorních vyšetření provedených v různých laboratořích. Nelze se proto divit, že řada (nejen) starších kolegů má s celou digitalizací problém. Naši pacienti často poukazují, že v průběhu návštěvy lékař mnohem víc času tráví prací s počítačem než samotným vyšetřením a rozhovorem s nemocným. Lékaři netvoří legislativu, nevytvářejí programy, nemají vliv na totálně nesourodé a nekomunikující systémy.

Drahocenný čas musíme věnovat udržování hesel a certifikátů. To je jeden z důvodů, proč si ČLK dala za úkol do procesu digitalizace aktivně vstoupit a tlačit na její humanizaci, efektivitu a zjednodušení. Některé dosavadní kroky v digitalizaci zdravotnictví byly v České republice zpackané,

proto musíme dát jasně najevo, že současnou situaci je třeba řešit. Prvním krokem z pohledu ČLK by proto měla být výzva ke sjednocení přihlašování do elektronických systémů státu a zdravotních pojišťoven.

MUDr. Jan Meřl

člen představenstva ČLK pověřený koordinací pracovní skupiny pro digitalizaci zdravotnictví



- interní a praktické lékařství (možno i odděleně)
- anesteziologie
- radiologie

Nabízíme práci ve špičkovém zdr. zařízení, nadstandardní platové podmínky a zajímavé benefity, možnost zajištění pronájmu bytu, zkrácený úvazek možný.

Požadujeme spec. způsobilost v oboru, oceníme vstřícný přístup a kolegiální, zájem o obor.

Více informací:

www.upmd.cz/kariéra - volná místa
tel.: 296 511 240, 800
e-mail: personalni@upmd.eu

Čestná medaile ČLK putuje do berounské nemocnice k docentu Karlu Sochorovi

V rámci slavnostního shromáždění okresního sdružení ČLK Beroun, které se konalo 6. prosince 2022, obdržel doc. MUDr. Karel Sochor, CSc., Čestnou medaili ČLK za svoji celoživotní práci.

„Členem ČLK je od jejího založení v roce 1992. V roce 1994 pak přestoupil do našeho okresního sdružení a od začátku se zapojil do práce v představenstvu, kde působí dodnes. Velmi si jeho práce vážíme a jsme šťastni, že mu můžeme toto ocenění předat,“ poděkovala docentu MUDr. Miroslava Aszalayová, předsedkyně OS ČLK Beroun.

Primář interního oddělení Rehabilitační nemocnice Beroun, doc. MUDr. Karel Sochor, CSc., se narodil na pražském Smíchově. Tatínek byl pracovník Akademie věd a věnoval se českému jazyku, což u budoucího primáře podnítilo zájem o vzdělání a studium i o český jazyk jako takový. Docent Sochor promoval na III. lékařské fakultě Karlovy univerzity v roce 1970 a po povinném absolvování základní vojenské služby a krátkém působení v tehdejší Okresní nemocnici v Berouně nastoupil do Nemocnice Na Míčankách na interní oddělení.

Postupně se seznámil s celou škálou interních onemocnění a jejich složitostí v plné šíři. Čerpal též zkušenosti od moudrých starších kolegů, kteří se dříve museli především spoléhat na lékařský úsudek.

Svoji pozornost začal však více a více soustřeďovat na kardiologii. Snažil se najít odpovědi na otázky koronární ischemie, invazivní arytmiologická vyšetření – hisogramy, podílel se na formování a budování akutní nemocniční kardiologické péče. Byl u zakládání interního JIP v Nemocnici Na Míčankách.

Od roku 1994 pracuje v berounské nemocnici. Zde, v rámci JIP, zavedl řadu nových postupů, často zajišťoval i dočasnou kardiostimulaci, protože v té době nebyla ještě implantace trvalého kardiostimulátoru v přílehlých pražských nemocnicích okamžitě dostupná. Je zastáncem úzké spolupráce nejen s pražskými pracovišti, nyní zejména s Nemocnicí Hořovice, Kardiocentrem v Praze Na Homolce, Fakultní nemocnicí Motol a IKEM. Celý život klade



velký důraz na přesnost a smysluplnost práce na celém interním oddělení a ambulancích s důrazem na uplatňování novinek v léčebných a vyšetřovacích postupech. Rehabilitační nemocnice Beroun spadající do holdingu AKESO se tak může plně spolehnout na vysoký standard práce týmu

docenta Sochora v moderně vybaveném interním oddělení.

Za všechny členy ČLK doc. MUDr. Karlu Sochorovi gratulujeme k ocenění a přejeme hlavně pevné zdraví do dalších let.

MUDr. Miroslava Aszalayová
předsedkyně OS ČLK Beroun

MUDr. František Němeček oceněn medailí za OS ČLK Uherské Hradiště

Čestnou medaili České lékařské komory za rok 2022 převzal na slavnostním zasedání 6. prosince v Uherském Hradišti MUDr. František Němeček, praktický lékař pro dospělé, emeritní delegát sjezdů ČLK.

Medaili spolu s diplomem předal oceněnému předseda OS ČLK Uherské Hradiště MUDr. Jan Pištěk. Současně mu jménem členské základny ČLK vyjádřil poděkování za jeho celoživotní práci pro pacienty nejen uherskohradištského regionu a taktéž za činnost pro Českou lékařskou komoru.

František Němeček v roce 1974 absolvoval LF UJEP v Brně, v roce 1979 atestaci interního lékařství I. st., roku 1981 atestaci všeobecné lékařství I. st. A v roce 1987 kurz akupunktury.

Do OÚNZ Uherské Hradiště nastoupil v roce 1975 a pracoval zde jako sekundární lékař do roku 1978. V letech 1978–1982 byl závodním lékařem v podniku Barvy a laky Staré Město, v období 1982–1984 obvodním lékařem OZS Traplice. V září 1984 nastoupil jako obvodní lékař na OZS Buchlovice. Prvního ledna 1993 se stal praktickým lékařem pro dospělé v Buchlovicích, kde pracoval do konce roku 2013.

Od 1. 1. 2014 do 31. 12. 2017 působil jako lékař Zdravotnického zařízení MV ČR – pro Policii a HZS Uherské Hradiště. Od 1. 1. 2018 doposud pracuje jako posudkový lékař OSSZZ Uherské Hradiště.

Oceněnému gratulujeme.

OS ČLK Uherské Hradiště



Inzerce



POJĎTE S NÁMI DĚLAT MEDICÍNU!

... o vše ostatní se postaráme my!

 **moje@ambulance**
praktický lékař pro dospělé

www.mojeambulance.cz/kariera

Spolupráce SML ČLK s Ministerstvem zdravotnictví v roce 2022

Během roku 2022 jsme s MZ spolupracovali zejména na řešení problematiky specializačního vzdělávání a elektronizace administrativy postgraduálního vzdělávání lékařů

Specializační vzdělávání

K účasti v pracovní skupině věnující se specializačnímu vzdělávání jsme byli přizváni Ministerstvem zdravotnictví před rokem. Spolu se zástupci akreditačních komisí, fakult a odborných společností jsme diskutovali problematika místa ve specializačním vzdělávání a snažili se navrhnout jejich řešení.

Společně se spolkem Mladí lékaři jsme prezentovali data z našich dotazníků, která poukazují zejména na velká úskalí v administrativě vzdělávání a jeho reálného průběhu. Problematický je především nefunkční vztah mezi školitelem a školencem. Ze strany MZ ani fakult nebylo zatím navrženo progresivní řešení.

Elektronizace administrativy postgraduálního vzdělávání

Základy IT projektu byly položeny již před covidem. Poté byl projekt bohužel



pozastaven a nyní se rozběhl s pracovním názvem „administrátor“. Úvodní fáze projektu byla vedena odborem vzdělávání MZ. Nyní byl projekt předán IPVZ ve spolupráci s ÚZIS.

Cílem aplikace je průkazná, transparentní a efektivní evidence postgraduálního vzdělávání pro všechny zúčastněné (lékaři, fakulty,

MZ, IPVZ, poskytovatelé zdravotních služeb). Navzdory pomalému vývoji „administrátora“ a značným finančním nákladům má projekt naši velkou podporu. V porovnání se současným stavem bude mít řadu nesporných výhod.

V současné době jsou nejen ministerští úředníci na oddělení vzdělávání zavalemi časově náročnou neefektivní a chybovou administrativou. Většina práce spočívá v ručním kopírování a archivování již existujících položek, což elektronizace nejen urychlí, ale zpřesní a zprůhlední.

Odkdy nám bude „administrátor“ pomáhat? Celý letošní rok budeme společně ladit projekt, který poté bude soutěžen. Následující rok bude snad realizován vývoj a předběžný plán testovacího spuštění je v roce 2025. Budme tedy optimisty a doufejme, že v mezidobě budou úředníci efektivnější a nebude lékařům nabíhat další časový dluh.

Za Sekci mladých lékařů ČLK

MUDr. Marie Svobodová



**OBLASTNÍ NEMOCNICE
PŘÍBRAM, a. s.**



vyhledává výběrové řízení

PRIMÁŘ / PRIMÁŘKA

ODDĚLENÍ REHABILITAČNÍ A FYZIKÁLNÍ MEDICÍNY

Požadujeme:

- specializaci v oboru • licenci ČLK pro výkon funkce vedoucího lékaře • velmi dobré organizační, řídicí a komunikační schopnosti • zdravotní způsobilost • bezúhonnost

Nabízíme:

- nadstandardní smluvní mzdové podmínky • moderní pracovní prostředí - ambulantní a lůžkové oddělení • široký spádový region s potenciálem pestrého spektra pacientů • vysoký standard akreditované, komplexně vybavené nemocnice • zaměstnanecké benefity (28 dní řádné dovolené, závodní stravování + příspěvek na stravování, příspěvek na penzijní připojištění, přednostní zdravotní péče v rámci ONP, a.s., slevy na vybrané rehabilitační služby a zdravotní výkony, MultiSport benefit, věrnostní zaměstnanecký program v ústavní lékárně a další)
- maximální podporu vzdělávání – účast na školeních, seminářích a kongresech, vlastní rozpočet na vzdělávací akce lékařů oddělení • možnost vyhrazeného parkování v areálu nemocnice • možnost ubytování • možnost využití předškolního zařízení pro děti od 1 do 6 let v areálu nemocnice se slevou na poplatek

UZÁVĚRKA PŘÍHLÁŠEK: 28. 2. 2023

<https://www.nemocnicepribram.cz/kariera>

Kontakt: Ing. Michaela Králíčková, tel: 318 641 108
E-mail: michaela.kraliczkova@onp.cz



**MASARYKOVO
SANATORIUM
DOBŘÍŠ**



Hledáme kolegu na pozici

LÉKAŘ

S ATESTACÍ I. STUPNĚ
nebo KMENEM

Nástup a výše úvazku
dle dohody.

**Jsmo ekonomicky stabilní a moderní zařízení
typu LDN s velmi dobře vybavenou rehabilitací.
Výborné dopravní spojení z Prahy.**

Nabízíme: Stabilitu zaměstnání, mzdu 100 000 Kč hrubého včetně pravidelných měsíčních odměn, 5 týdnů dovolené, závodní stravování, flexipassy, multisportkarty, příspěvek na penzijní/životní pojištění a další benefity. Možnost ubytování.

Kontakt: prim. MUDr. Tereza Horálková,
e-mail: horalkova.t@medi-help.cz, telefon: 604 757 296.



Zasedání EJD v Oslu a problémy tureckých lékařů

Zasedání Evropských mladých lékařů (EJD) v Oslu se zúčastnilo snad nejvíce delegací (23) z celé Evropy. Mimo jiné byly mezi jednotlivými státy prezentované problémy zdravotnictví a delegace si vyměňovaly nápady a myšlenky o společných výzvách.

Nejvíce ohlasů vzbudila prezentace turecké delegace. V Turecku je nyní obrovská inflace (85 procent), což vzbuzuje velkou vlnu demonstrací a nepokojů mezi obyvateli. Lékaři již dlouhodobě mají velké problémy, nyní je největší problém finanční, kdy jim plat vystačí sotva na živobytí. Nyní se hranice pro přežití pro čtyřčlennou rodinu pohybuje v Turecku kolem 7245 lir (8860 Kč) měsíčně a lékař rezident si vydělá průměrně 10 000 lir (12 200 Kč). Lékaři pracují 136 hodin týdně, zatímco evropská směrnice o pracovní době „povoluje“ pracovat pouze 48 hod. týdně. Turečtí lékaři jsou napadáni, v červenci byl například jeden kardiolog 15krát postřelen pacientem kvůli obvinění, že zabil jeho matku. Nemají žádná zastání ve svých zaměstnavatelích, neboť ti mají často svázané ruce. Prezidentka Turecké lékařské asociace prof. Dr. Şebnem Korur Fincancı byla zatčena poté, co vyzvala k prošetření tvrzení, že turecká armáda použila chemické zbraně proti kurdským ozbrojen-

cům v severním Iráku. Stále nebyla propuštěna. Prezident Erdogan vzkazuje tureckým lékařům, že když chtějí odejít, ať jdou. Lékaři chtějí odejít ze země, ale nemohou, protože jim stát odchod neumožní.

Dále na zasedání představili hostující řečníci z NHS – Health Education England a WHO Europe – inspirativní prezentace o zdraví a pracovních podmínkách mladých lékařů, stejně jako o současných výzvách v Evropě v oblasti zdravotnictví (nové výzkumy u antibiotik, inovativní technologie, například e-logbook) a plánování pracovní síly ve zdravotnictví. Poté následovalo samotné zasedání EJD, na kterém členové představenstva informují o aktivitách v minulém roce na evropské úrovni, prezentují budoucí projekty a iniciativy a diskutují o navrhovaných politických prohlášeních EJD o zdravotnických pracovnících a implementaci evropské směrnice o pracovní době. Valné shromáždění svolalo a přijalo dvě velmi důležitá politická



Prof. Dr. Şebnem Korur Fincancı

prohlášení, jmenovitě EJD „Politika týkající se zdravotnické pracovní síly“ a EJD „Politika evropské směrnice o pracovní době“. Schválila také zprávy členů správní rady a předsedů výborů a aktualizovaný rozpočet na rok 2023.

MUDr. Ing. Monika Hilšerová
mluvčí Sekce mladých lékařů ČLK

JIŽ NYNÍ JE TŘEBA MYSLET NA BUDOUCNOST

O tom, zda Česká lékařská komora bude mít dost síly hájit zájmy soukromých lékařů v dohodovacím řízení o úhradách zdravotních služeb se rozhoduje již nyní.

- Chcete, aby vaše ekonomické zájmy hájilo nejsilnější sdružení poskytovatelů s profesionálními právníky a ekonomy?
- Jste soukromým lékařem - ambulantním specialistou, gynekologem, praktickým lékařem nebo provozujete vlastní laboratoř či radiodiagnostické pracoviště?



- Chcete se bránit ekonomické zvlí státní a zdravotních pojišťoven, které zneužívají nejednotnost nás lékařů?

Pokud jste alespoň na jednu z těchto otázek odpověděli ANO, pak neváhejte a zašlete plnou moc pro ČLK - o.s., z.s., abychom mohli v dohodovacích řízeních hájit také vaše oprávněné zájmy.

Žádáme o vyplnění formuláře plné moci také ty poskytovatele zdravotních služeb, kteří svoji plnou moc ČLK - o.s., z.s. udělili již dříve.

zde odstříhnete ✂

PLNÁ MOC

Zmocnitel - poskytovatel zdravotních služeb

název: _____

sídlo: _____

IČ: _____ **IČZ*:** _____

zastoupený: _____

tímto zmocňuje

Zmocněnce - profesní (zájmové) sdružení poskytovatelů zdravotních služeb:

Českou lékařskou komoru - o.s., z.s., Drahobejlova 1019/27, 190 00 Praha 9 - Libeň
IČ: 70885117

aby jej jako smluvního poskytovatele zdravotních služeb zastupoval

- v dohodovacím řízení o rámcové smlouvě ve smyslu ust. § 17 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění
- v dohodovacím řízení o hodnotě bodu, výši úhrad hrazených služeb a regulačních omezeních dle ust. § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění

a to za

- skupinu poskytovatelů praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost
- skupinu poskytovatelů ambulantních gynekologických služeb
- skupinu poskytovatelů mimolůžkových ambulantních specializovaných služeb, vysokoškolsky vzdělaných pracovníků ve zdravotnictví (zejména klinických psychologů a klinických logopedů) a ortoptistů
- skupinu poskytovatelů mimolůžkových laboratorních a radiodiagnostických služeb

(příslušnou skupinu zmocnitel označuje křížkem)

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

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

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

V _____ dne: _____

Pozn.: IČZ je fakultativní údaj, na jehož základě ČLK - o.s., z.s. získává komplexní představu o smluvních poskytovatelích zdravotních služeb, které v rámci dohodovacích řízení reprezentuje. **Nevyplnění tohoto údaje nezákládá neplatnost plné moci.**

* **IČZ - identifikační číslo poskytovatele zdravotních služeb nebo části poskytovatele zdravotních služeb:** osmimístný číselný kód, číslo přiděluje místně příslušné pracoviště VZP na základě žádosti té zdravotní pojišťovny, která první uzavře smlouvu na poskytování zdravotní péče s daným poskytovatelem.

Zmocnitel (podpis a razítko)

Bránit se musíme společně

Chceme-li obstát, musíme se bránit společně. Jste-li soukromým lékařem či lékařkou, dejte komoře plnou moc, abychom vás mohli zastupovat a hájit vaše zájmy.



Vážené kolegyně a kolegové, úvodem mi dovoluji, abych vám jako prezident vaší profesní samosprávy popřál pevné zdraví a šťastný nový rok 2023.

Přál bych si, abychom mohli na loňský rok vzpomínat jako na rok špatný, neboť rok letošní i léta následující budou pro nás pro všechny jen a jen lepší a úspěšnější. Bohužel, přinejmenším z ekonomického hlediska, zlepšování situace lékařů a zdravotníků nic nenasvědčuje.

Naše zdravotnictví v uplynulých letech v průběhu opakujících se epidemických vln podalo obrovský výkon. Díky enormnímu nasazení lékařů, zdravotních sester i dalších zdravotníků se nám podařilo zachránit desítky tisíc lidských životů. Navíc jsme dokázali udržet v chodu ekonomiku, a zabránit tak dalším stamiliardovým ztrátám.

Místo poděkování jsme od politiků dostali prapodivný dárek v podobě úhradové vyhlášky, kvůli které se propadnou reálné příjmy prakticky všech poskytovatelů zdravotních služeb včetně soukromých lékařů.

Tak jako všichni občané, i zdravotníci se musejí vyrovnávat se všeobecným zdražováním. Tak jako ostatní podnikatelé, tak také soukromí lékaři se musejí vypořádávat s růstem cen prakticky veškerého zboží a služeb. Tak jako ostatní podnikatelé, tak se i nemocnice, léčebny a ambulantní lékaři musejí vyrovnávat s oprávněnými požadavky svých zaměstnanců na růst platů a mezd. Na rozdíl od ostatních podnikatelů však ve zdravotnictví poskyto-

vatelé služeb nemají možnost upravovat svoji cenu v souladu s rostoucími náklady. O cenách zdravotní péče i o výši úhrad, které nám za ni pojišťovny platí, rozhodl ministr Válek a jeho arogantní úředníci.

Většina ekonomů se sice shoduje na tom, že příčinou deficitu státního rozpočtu rozhodně nejsou výdaje na zdravotnictví, stejně tak jako příčinou současné vysoké míry inflace není výše platů a mezd. Přesto ministr Válek zcela nesmyslně obětoval minimálně 14 miliard korun, které měly podpořit systém veřejného zdravotního pojištění, a místo toho skončily v bezedné jámě státního rozpočtu.

Ekonomická destabilizace již beztak personálně zdevastovaného zdravotnictví za současné mimořádné bezpečnostní situace je hloupost, na kterou doplatíme my všichni. Nejvíce soukromí lékaři, kterým, na rozdíl od nemocnic, na provoz praxí nikdo nepřispěje. Jediným zdrojem našich příjmů jsou úhrady od zdravotních pojišťoven, které nám kvůli rozhodnutí ministra Válka zvyšující se náklady nepokryjí.

Tak jako v uplynulých letech, i tentokrát jsem se snažil přesvědčit o nezbytnosti zvyšování úhrad za zdravotní péči přímo předsedu vlády ČR. Pan premiér Fiala nám bohužel v této věci nepomohl a zůstal loajální k rozhodnutí svého vicepremiéra a ministra zdravotnictví profesora Válka.

Rozhodnutí ministra Válka ochudit zdravotnictví o miliardy korun je jistě jednou z příčin ekonomických problémů, do kterých se zdravotnictví v letošním roce bude propadat. Nemůžeme však všechno svadět jen na ministra a jeho arogantní, vůči lékařům nepřátelsky naladěné úředníky. To by bylo příliš velké zjednodušení. Hlavní příčinou našich problémů je nejednotnost lékařského stavu, která politikům jednajícím v souladu s poučkou „divide et impera“ situaci ulehčuje.

Doslova učebnicovým příkladem je dohodovací řízení o úhradách zdravotní péče, v jehož rámci se navzájem škorpí desítky různých organizací poskytovatelů zdravotních služeb, místo aby společně tlačily na zdravotní pojišťovny.

Výsledky dohodovacího řízení sice mohou být někdy na první pohled komické. Tak jako na jaře roku 2022, kdy zástupci poskytovatelů v několika segmentech přehlasovali komoru

a podepsali pro své členy tak nevýhodné dohody, že je nakonec ani Ministerstvo zdravotnictví nemohlo posvětit. Důsledky tohoto selhání však budou mít v roce 2023 tragický dopad na poskytovatele zdravotních služeb v podobě ministerské úhradové vyhlášky, která ani nekryje nárůst našich nákladů.

Mohu vám slíbit, že Česká lékařská komora se pod mým vedením bude i nadále ze všech sil snažit prosazovat pro lékaře dobré profesní podmínky, a to včetně podmínek ekonomických. Ostatně pokud má komora plnit úlohu garanta kvality lékařské péče a strážce etiky výkonu lékařského povolání, musí se samozřejmě zajímat jak o problematiku financování zdravotnictví, tak i o příjmy lékařů.

O tom, zda a v jaké míře budeme úspěšní, o tom však rozhodujete právě vy a právě teď. Pokud si přejete, aby vaše zájmy hájila nejsilnější lékařská organizace – profesní samospráva, kterou si platíte, pak zašlete svoji plnou moc k zastupování v dohodovacím řízení právě ČLK-o.s.

Čím více plných mocí ČLK-o.s. od vás obdrží, tím budeme společně silnější, a tím více toho dokážeme pro soukromé lékaře prosadit. A v neposlední řadě, proč byste platili podruhé za něco, co vám bezplatně poskytuje komora, jejímiž členy beztak všichni jsme?

Vzhledem k tomu, že mandátová komise DR každoročně některé plné moci zpochybňuje a jejich platnost neuznává, prosím pro jistotu o zaslání plné moci i ty z vás, kdo jste tak již v minulosti učinili. Zároveň připomínám, že jeden poskytovatel zdravotních služeb může zplnomocnit v rámci segmentu jen jednu organizaci, přičemž nová plná moc navíc ruší platnost těch předcházejících.

Podepsanou plnou moc lze zaslat na adresu: ČLK-o.s., Dům lékařů, Drahobejlova 27, 190 00 Praha 9, případně je možno originál plné moci dodat vašemu (či jakémukoliv jinému) OS ČLK. Další možností je zaslání plné moci e-mailem nebo datovou schránkou. V těchto případech je však nutno, aby byla plná moc elektronicky podepsána, přičemž můžete využít elektronický podpis, který užíváte v rámci vystavování e-receptů.

S kolegiálním pozdravem a přáním všeho dobrého

Milan Kubek

Fotbalový tým lékařů usiluje o další úspěchy

Pandemie covidu zavinila, že na delší čas ustal život sportovců a jejich týmů. To se pochopitelně týkalo i fotbalového týmu českých lékařů, který dlouhodobě patří ke světové špičce. O tom, co se po tu dobu dělo v rodině českých lékařů-fotbalistů, jsme hovořili s předsedou spolku a hráčem MUDr. Vladimírem Teplanem, Ph.D.

Pane doktore, máme za sebou covidové roky. Jak poznamenaly lékařský fotbal? Předpokládám, že se nekonala mistrovství světa kvůli omezení cestování. Hráli jste aspoň na republikové úrovni?

Před covidem bylo poslední lékařské mistrovství v roce 2019 v Mexiku, následující rok bylo pořadatelství přiděleno Argentině s tím, že se bude hrát v netradičním podzimním termínu. Bohužel vzhledem k pandemii byl šampionát několikrát odsunut a mohl se uskutečnit až v září 2022. Světová lékařská fotbalová asociace nechtěla měnit přidělené pořadatelství Argentině, čekalo se tedy, až celosvětově pandemie ustoupí a budou menší restriktce ohledně cestování a pořádání hromadných akcí.

Naše reprezentace se v tomto období pravidelně scházela na víkendových kempech po České republice, trénovali jsme a hráli přátelské zápasy proti místním týmům.

V září se konečně konalo mistrovství světa v Mar del Plata. Koukal jsem, že z Evropy se nezúčastnilo moc týmů, takže to spíše bylo otevřené mistrovství Jižní Ameriky. Jak to ovlivnilo průběh šampionátu? Jaký vlastně byl?

Vůbec to, že se po třech letech mistrovství uskutečnilo, je velký úspěch. Osobně mám zkušenost s pořádáním turnaje v roce 2018 v Praze a vím, jak je náročné celou akci organizovat. Proto představa, že domluvený termín několikrát posouváte a stejně nemáte jisto-

tu, že se příště nezhorší covidová situace a vše se bude opakovat, je pro pořadatele noční můrou. My jsme byli od začátku odhodlaní, že na mistrovství pojedeme. Jednak jsme cítili, že to náš tým potřebuje, protože přípravné zápasy a soustředění přece jenom nenahradí atmosféru šampionátu a chtěli jsme v tomto směru naše hráče motivovat. Zadruhé bylo nutné po třech letech oprášit myšlenku události, kde se scházejí lékaři z celého světa a kromě hraní fotbalu si vyměňují odborné poznatky. Osobně jsem byl proto trochu zklamán, že z Evropy se kromě nás zúčastnil jen tým Katalánska. Na druhou stranu o to víc si nás argentinští pořadatelé a ostatní týmy vážili a oceňovali naši účast. Byli jsme příjemně překvapeni z organizace

celé akce a profesionálního zajištění průběhu turnaje.

Skončili jste na šestém místě. Oproti předchozím finálovým účastem (tři zlata a čtyři stříbra) je to „horší“ výsledek, a to horší říkám s uvozovkami, protože ve sportu nelze pořád jen vítězit. Co se stalo? Kde byla příčina?

Bohužel sportovní cíle a naše ambice jsme letos nenaplnili. Podařilo se nám sice vyhrát skupinu, kde jsme narazili i na pozdějšího vítěze z Kolumbie, ale ve čtvrtfinále jsme po smolném průběhu prohráli na penalty s týmem Austrálie. Zážitkem byl alespoň následující zápas s pořadatelskou zemí, který se hrál ve skvělé atmosféře.

Český lékařský fotbal sledují od počátku a hodně zblízka.



Stojící zleva: Václav Svoboda, Roman Čapek, Pavel Buchvald, Adam Nedvěd, Jakub Šedivý, Luboš Nachtnebl, Vasileios Apostolopoulos, Lukáš Hlouch, David Chmela, Jan Drugda, Jan Němec, Zbyněk Rychlý
Klečící zleva: Leoš Kolář, Petr Hladíš, Lukáš Fišer, Ladislav Šindelář, Vladimír Teplan (C), Lukáš Trejtnar (trenér), Martin Bořke, Jan Bialek, Marek Fiala, Milan Čermák, David Kíntr, Roman Hála



A v současné reprezentaci je mnoho nových hráčů. Došlo tedy ke generační obměně?

K obměně hráčů dochází průběžně, ale je pravda, že letos bylo v týmu nejvíce nováčků od jeho vzniku. I to může být jeden z důvodů sportovního neúspěchu, přece jenom atmosféra mistrovství dolehne na každého a na nováčky o to více.

Někteří reprezentanti už skončili úplně a do starší kategorie se přesunuli jiní. Součástí mistrovství je i turnaj veteránů. Jednou jsme měli i toto družstvo. Nyní ale nikoliv. Proč?

Turnaj veteránů, říkáme raději masters, je pro hráče nad 45 let. Tým České republiky se zúčastnil v roce 2019 v Mexiku, do Argentiny ale bohužel mužstvo nesložil. Hraje se sice v malém fotbalu (šest hráčů + brankář), ale i tak dát dohromady minimálně 12 hráčů je v této věkové kategorii již hodně

náročné. Mám ale zprávy, že by se naši hráči měli zúčastnit ve smíšeném týmu s jinou zemí následujícího mistrovství ve Vídni.

Jsme po covidu. Jak vypadá současná činnost týmu?

Jak jsem zmínil výše, scházeli jsme se a trénovali sice i během covidového období, ale jsme rádi, že jsme se mohli vrátit k pravidelným víkendovým soustředěním, která probíhají po celé republice. Před následujícím mistrovstvím, které se bude konat první týden v červenci 2023, máme v plánu čtyři srazy. V květnu navíc oslavíme desetileté fungování naší lékařské reprezentace a plánujeme charitativní zápas proti týmu bývalých ligových fotbalistů a známých osobností.

V červenci bude další mistrovství, zřejmě už standardní. Tentokrát ve Vídni. Jak se připravujete? A nabíráte ještě nové členy?

Ano, příští šampionát bude ve Vídni a zúčastnit by se mělo v obou kategoriích vždy 24 týmů. Bude se tedy jednat o mistrovství s největším počtem účastníků v historii. Nové členy momentálně nena-

bíráme, nominace na Vídeň bude vybrána ze současných členů. Na další cyklus bude však opět možnost se do reprezentace přihlásit. **Pane doktore, jste předsedou spolku fotbalistů, který lékařský fotbal zastřešuje. Co ta funkce znamená?**

Naše reprezentace funguje jako spolek, složený ze členů, kteří si volí předsednictvo. Kromě administrativních úkonů vyplývajících z této funkce jde především o komunikaci s ostatními týmy v rámci Světové lékařské fotbalové asociace. Dále se jedná o organizační záležitosti, koordinaci týmových událostí a v neposlední řadě zajišťování financí a shánění sponzorů na chod týmu. Naštěstí se ale pořád cítím víc jako hráč než jako funkcionář.

Na závěr musím zmínit, že na sportovním chodu týmu se nejvíce podílí trenér Lukáš Trejtnar a pořádání srazů během roku organizují vždy hráči z dané lokality, za což jim patří velké poděkování.

Michal Sojka

POŘADÍ MISTROVSTVÍ SVĚTA 2022:

- | | |
|---------------|--------------------|
| 1. Kolumbie | 6. Česká republika |
| 2. Katalánsko | 7. Kolumbie B |
| 3. Brazílie | 8. Venezuela |
| 4. Austrálie | 9. Kostarika |
| 5. Argentina | 10. Kanada |

KZ Krajská zdravotní, a.s. Nemocnice Litoměřice, o.z.

přijme lékaře na ORL

Požadujeme:

- ▀ vysokoškolské vzdělání – lékařská fakulta
- ▀ zájem o vzdělání v oboru
- ▀ bezúhonnost a zdravotní způsobilost
- ▀ spolehlivost, dobré komunikační schopnosti
- ▀ schopnost samostatné a týmové práce
- ▀ znalost práce na PC (Word, Excel)
- ▀ **výhodou specializovaná způsobilost v oboru**
- ▀ **vhodné pro absolventy**

Nabízíme:

- ▀ **nadstandardní platové podmínky**
- ▀ **náborový příspěvek až 300 000 Kč**
- ▀ **pozice – lékař s indikační pravomocí L2**
- ▀ **pozice – lékař s indikační pravomocí L1**
- ▀ flexibilní úvazek (0,1 – 1,0)
- ▀ **zájem úspěšné a stabilní společnosti**
- ▀ podporu a podmínky pro další vzdělávání financované zaměstnavatelem
- ▀ podpora dalšího profesního rozvoje
- ▀ řadu oborů s nejvyšším stupněm akreditace a specializovaná centra
- ▀ moderní a příjemné pracovní prostředí
- ▀ **možnost zajištění bydlení**
- ▀ **zaměstnanecké benefity (příspěvek na penzijní připojištění, nadstandardní pokoje v případě hospitalizace, 5 týdnů dovolené, příspěvek na dovolenou, závodní stravování, slevy na služby či produkty u vybraných partnerů)**



Kontakt:
Krajská zdravotní a.s.
– Nemocnice Litoměřice, o.z.
Žitenická 2084, 412 01 Litoměřice
MUDr. Lukáš Fuhrmann
Tel. 416 723 648
Email: lukas.fuhrmann@kzcr.eu

Uzákonit nadstandardy ve zdravotnictví?

Co nezakazuje zákon, je dovoleno. Zákon nabídku nadstandardu nezakazuje

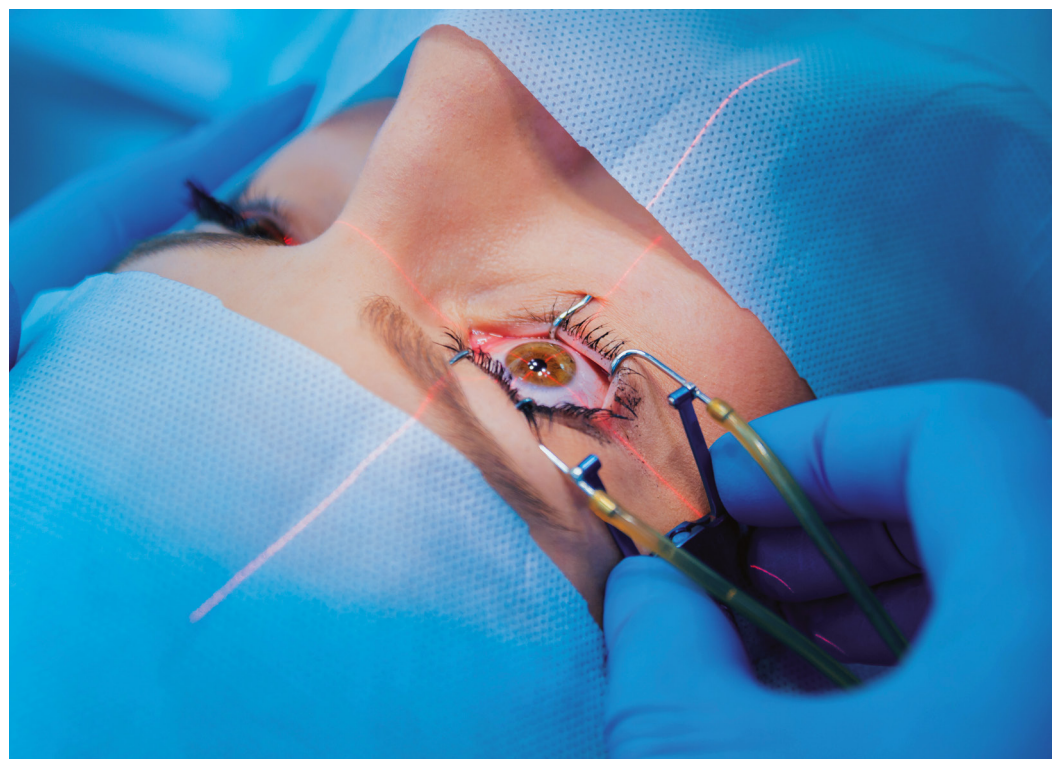
Zákon nezakazuje dohodu poskytovatele zdravotních služeb s pacientem o ekonomicky náročnějším provedení zdravotního výkonu, než je hrazen ze zdravotního pojištění za dohodnutou úhradu. Stejně tak zákon nezakazuje uzavřít s pacientem dohodu o poskytování dohodnutých služeb nehrazených ze zdravotního pojištění. Tyto dohody musejí být dobrovolné a nesmí jimi být podmíněno poskytování běžných zdravotních služeb.

V České republice platí od přijetí ústavy ústavním zákonem č. 1/1993 Sb. a od přijetí Listiny základních práv a svobod ústavním zákonem č. 2/1993 Sb., že každý může činit, co není zákonem zakázáno. Pokud tedy zákon výslovně nezakazuje dohodu mezi lékařem a pacientem o poskytnutí určitých výkonů nebo služeb nehrazených nebo plně nehrazených ze zdravotního pojištění, je dán prostor pro takovou dohodu, aniž by k tomu bylo třeba přijímat zvláštní zákon. Zvláštní zákon, který by stanovil, co lze a co nelze považovat za „nadstandard ve zdravotnictví“ a za co lze a za co nelze přijmout úhradu nad rámec úhrady ze zdravotního pojištění, by byl naopak kontraproduktivní a zbytečně by tuto možnost omezoval. Jinou záležitostí je uzákonit možnost připojištění na zdravotní péči, pokud by ovšem s ohledem na současný systém v ČR, kdy je téměř vše hrazeno z veřejného zdravotního pojištění, byl vůbec prostor k připojištění na něco, co nyní hrazeno z veřejného zdravotního pojištění není.

Podle článku 2 odstavce 4 ústavního zákona č. 1/1993 – Ústavy České republiky:

„Každý občan může činit, co není zákonem zakázáno, a nikdo nesmí být nucen činit, co zákon neukládá.“

Rovněž podle článku 2 odstavce 3 ústavního zákona č. 2/1993 Sb. – Listiny základních práv a svobod:



ilustrační foto: shutterstock.com

„Každý může činit, co není zákonem zakázáno, a nikdo nesmí být nucen činit, co zákon neukládá.“

Zakázány jsou poplatky a duplicitní účtování pacientovi i zdravotní pojišťovně

Zákon zakazuje požadovat od pojištěnce, s jehož zdravotní pojišťovnou má poskytovatel zdravotních služeb uzavřenu smlouvu o poskytování hrazené péče, jakékoliv poplatky či úhrady za zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění. Pokud by poskytovatel zdra-

vozních služeb duplicitně účtoval poskytnuté zdravotní služby pacientovi, jednak jeho zdravotní pojišťovně a jednak samotnému pacientovi, mohl by to být důvod k ukončení smlouvy se zdravotní pojišťovnou, a pokud by tak činil soustavně, a získal by tak neoprávněný prospěch na úkor pacientů, mohlo by to být posouzeno i jako trestný čin. Uplatňovat duplicitně úhradu jednak od zdravotní pojišťovny a jednak od samotného pacienta za totožné zdravotní služby je tedy zákonem zakázáno.

Zákon rozhodně nezakazuje, aby pokud poskytovatel zdravot-

ní služby nabídne pacientovi pro něho více komfortní, avšak ekonomicky náročnější provedení zdravotního výkonu než to, které je hrazeno standardně ze zdravotního pojištění, byla uzavřena dohoda s pacientem na úhradě rozdílu mezi standardním a ekonomicky náročnějším provedením zdravotního výkonu. Protože by šlo o věcně usměrňované ceny, musel by poskytovatel zdravotní služby provést podle kalkulačního vzorce kalkulaci ekonomicky náročnějšího způsobu provedení výkonu a na jeho základě stanovit, jakou úhradu pacientovi za toto provedení výkonu nabídne.

V žádném případě by nesmělo být akceptování ekonomicky náročnějšího provedení zdravotního výkonu pacientem podmínkou k přijetí pacienta do péče příslušného poskytovatele. Tato služba by musela být nabízena jako zcela dobrovolná a její přijetí či nepřijetí by nesmělo mít jakýkoliv vliv na poskytování běžné hrazené péče pacientovi.

Nález Ústavního soudu k „nadstandardům“ ve zdravotnictví

Již v roce 2013 Ministerstvo zdravotnictví ČR a vláda ČR navrhly a Parlament přijal zákon, který umožňoval ekonomicky náročnější provedení zdravotního výkonu než to, které je hrazeno ze zdravotního pojištění, za příplatek s tím, že jednotlivé výkony, za něž lze požadovat příplatek a které lze provést ekonomicky náročnějším způsobem, stanoví prováděcí právní předpis – vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR. Když byl tento zákon ještě připravován v legislativním procesu, v rámci připomínkového řízení Česká lékařská komora a její právní kancelář důrazně upozorňovaly ministerstvo i vládu na to, že Ústavní soud ČR ve své praxi vylučuje možnost, aby jakákoliv úhrada zdravotní péče byla stanovena jinak než zákonem, tedy zejména ji nelze stanovit formou prováděcího podzákonného předpisu, vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR. Tehdejší ministr pro legislativu tyto připomínky odmítl s tím, že „vyhláška není problém“. Nález Ústavního soudu ČR ze dne 2. 7. 2013 naopak ukázal, že vyhláška je zásadní problém, protože jakékoliv úhrady zdravotní péče mohou být stanoveny pouze zákonem na základě článku 31 Listiny základních práv a svobod, podle něhož podmínky úhrady zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění stanoví zákon. Tím však nebyla učiněna tečka za možnostmi uplatnit nadstandardy. Ústavní soud ve svém nálezu zdůraznil, že nabídka ekonomicky náročnějšího provedení



ilustrační foto: shutterstock.com

zdravotního výkonu při stejném terapeutickém účinku sama o sobě není v rozporu s ústavním pořádkem České republiky. Jde-li však o jakékoliv úhrady zdravotní péče, musí jejich možnost být stanovena jedině zákonem, nikoliv podzákonným právním předpisem. Odkaz na vyhlášku byl proto nadbytečný a kontraproduktivní. Byl také jediným důvodem, proč Ústavní soud novelu zákona zrušil.

Zákon by neměl zbytečně omezovat lékaře i pacienty tím, že taxativně stanoví, kdy jde o ekonomicky náročnější provedení výkonu

Vezmeme-li v úvahu shora citované články Ústavy ČR a Listiny základních práv a svobod, lze dospět k závěru, že taxativní zákonná úprava není potřeba a mohla by být spíše kontraproduktivní. Zákon totiž nezakazuje, aby se poskytovatel zdravotní služby dohodl s pacientem – pojištěncem zdravotní pojišťovny na tom, že mu bude proveden zdravotní výkon ekonomicky

náročnějším a pro pacienta komfortnějším způsobem, než je hrazen z veřejného zdravotního pojištění, za dohodnutý příplatek odpovídající cenové kalkulaci poskytovatele. Nic tedy nebrání poskytovateli zdravotní péče nabídnout pacientovi nadstandardní provedení zdravotního výkonu při stejném terapeutickém účinku (tak jak to označovala zrušená část zákona o veřejném zdravotním pojištění), tedy komfortnější provedení výkonu za ekonomicky náročnějších podmínek za předem dohodnutou a vykalkulovanou úhradu. Naopak, pokud by byl přijat zákon, který by snad měl ambici taxativně stanovit jednotlivé typy zdravotních služeb nebo jednotlivé zdravotní výkony, kde toto lze požadovat, mohlo by to zbytečně „svazovat“ poskytovatele zdravotních služeb i pacienty, protože zákon, který by toto taxativně jednoznačně stanovil, by vlastně neumožňoval dohodnout se s pacientem na jiných výkonech, provedených komfortnějším a ekonomicky náročnějším způsobem při stejném terapeutickém účinku. Šlo by o zbytečné

omezení jak poskytovatele, tak zejména pacienta.

Pro právní jistotu poskytovatelů zdravotních služeb, že mohou ekonomicky náročnější způsob provedení výkonu pacientům nabídnout, by možná prospělo přijetí takové novely zákona, která by obecně stanovila, že se poskytovatel zdravotních služeb může s pacientem dohodnout na provedení zdravotního výkonu ekonomicky náročnějším způsobem při stejném terapeutickém účinku na žádost pacienta za přiměřenou úhradu. **Jednotlivé typy zdravotních výkonů, na které by bylo možno uzavřít takovou dohodu, by rozhodně zákon taxativně stanovit neměl, mohl by je stanovit leda demonstrativně – tedy formou příkladů,** neboť demonstrativní právní normy uvozené v zákoně zpravidla slovem „zejména“ jsou přípustné, a zákon tak ukazuje, v čem zejména lze takové ustanovení zákona využít, aniž by současně „zakazoval“ jakékoliv další výkony prováděné ekonomicky náročnějším způsobem při stejném terapeutickém účinku za přiměřený dohodnutý příplatek.

Dohodnuté služby nehrazené ze zdravotního pojištění jsou běžné a legální

Mezi poskytovateli zdravotních služeb a pacienti jsou v současné době již také zcela běžné dohodnuté služby nehrazené ze zdravotního pojištění, poskytované na žádost pacienta. Je věcí jednotlivých odborností a věcí každého poskytovatele, co může a chce pacientovi nabídnout nad rámec úhrady ze zdravotního pojištění a jaké dohodnuté služby nad rámec této úhrady si bude pacient přát. Rozhodně však není možné pacientovi tyto služby jakkoliv vnucovat nebo přijímat pacienty do péče pouze s podmínkou, že budou souhlasit současně s úhradou dohodnutých služeb nehrazených ze zdravotního pojištění, jinak do péče přijati nebudou. Je již myslím dostatečně známo, že také jakékoliv „registrační poplatky“ za přijetí do péče nebo ponechání pacienta v péči jsou v rozporu se zákonem. Jakékoliv poplatky může stanovit pouze zákon a nemůže je jednostranně pacientovi stanovit poskytovatel zdravotních služeb. V případě dohodnutých služeb nehrazených ze zdravotního pojištění by však nešlo o žádné poplatky, ale o úhradu za služby, které si pacient přeje poskytnout, jež ze zdravotního pojištění nejsou hrazeny a které je pacient ochoten za dohodnutou finanční částku uhradit. A protože tyto služby nemají zpravidla povahu zdravotních výkonů, ale jistých doplňkových služeb, není na ně zpravidla třeba činit žádnou kalkulaci a je věcí smluvní volnosti, na jaké částce se poskytovatel zdravotních služeb s pacientem dohodne za poskytování těchto služeb.

Možnost připojištění ke zdravotnímu pojištění?

Jinou záležitostí je uzákonit možnost připojištění ke zdravotnímu pojištění nad rámec dosavadního všeobecného veřejného zdravotního pojištění tak, jak je dosud vymezeno zákonem. Připojištění v rámci zdravotního pojištění občanů je v zemích Evropské unie obvyklé. Jako účastníci evropského zdravotního pojištění mají naši občané právo na úhradu zdravotní péče v zemích Evropské unie za podmínek, za které je hrazena občanům příslušného státu EU. Někdy se pak podivují, jak je tato úhrada nízká a kolik zdravotních výkonů není hrazeno ze základního zdravotního pojištění, protože většina občanů příslušné země má uzavřeno zdravotní připojištění a občan země Evropské unie je oprávněn k poskytování zdravotní péče za podmínek základního zdravotního pojištění příslušného státu. Celá řada výkonů, která je v České republice hrazena z dosud jediného veřejného zdravotního pojištění, je v některých zemích Evropské unie hrazena pouze na základě připojištění ke zdravotnímu pojištění. Existuje připojištění na určité druhy zdravotní péče a zdravotních služeb podle toho, jaký je zdravotní stav pacienta a jaké zdravotní služby si přeje poskytovat na vysoké odborné úrovni za vyšší úhradu



Ilustrační foto: Shutterstock.com

nebo obecné připojištění, někdy i ve více stupních.

Je otázkou, zda by v České republice bylo možno efektivně uzákonit připojištění ke zdravotnímu pojištění, což je jiná záležitost než „uzákonit nadstandardy“. Za situace, kdy většina zdravotních výkonů je v současné době plně hrazena ze zdravotního pojištění, je otázka, co by mohl nabídnout ten, kdo by pacientům nabízel připojištění k současnému veřejnému zdravotnímu pojištění. Snad by mohlo jít o některé stomatologické výkony a výrobky, případně o některé kosmetické zdravotní výkony v oblasti korektivní dermatologie nebo plastické chirurgie apod. Pokud jde o zdravotní výkony, náš zákon stanoví, že tyto výkony jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, pokud jsou v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, jsou pro pacienta přiměřeně bezpečné, odpovídají zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejich poskytnutím dosaženo, a existují důkazy o jejich účinnosti vzhledem k účelu jejich poskytování. Zdravotní služby, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního

pojištění, jsou taxativně uvedeny v přílohách k zákonu o veřejném zdravotním pojištění č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Z toho vyplývá, že případné zdravotní připojištění by se mohlo týkat především zdravotních služeb uvedených v jednotlivých přílohách k zákonu o veřejném zdravotním pojištění č. 48/1997 Sb. Bylo by samozřejmě věcí zákonodárce, stanovit nikoliv vyhláškou, ale zákonem, jaké zdravotní výkony dosud nehrazené z veřejného zdravotního pojištění by mohly být hrazeny ze zdravotního připojištění.

Bylo by také důležité stanovit systém zdravotního připojištění tak, aby finanční prostředky tímto získané nezískávaly komerční pojišťovny, ale byly příjmem do zdravotnictví.

Je skutečností, že v některých případech mnozí zejména soukromí ambulantní lékaři poskytují pacientům i takové služby, za které by mohli požadovat, v případě dohody, úhradu. Často je přitom poskytovány jaksi automaticky bez úhrady, ač to není jejich povinností. Je věcí každé odbornosti zvážit, zda lze nabídnout pacientovi dohodnuté služby nehrazené ze zdravotního

pojištění, jsou taxativně uvedeny v přílohách k zákonu o veřejném zdravotním pojištění č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Z toho vyplývá, že případné zdravotní připojištění by se mohlo týkat především zdravotních služeb uvedených v jednotlivých přílohách k zákonu o veřejném zdravotním pojištění č. 48/1997 Sb. Bylo by samozřejmě věcí zákonodárce, stanovit nikoliv vyhláškou, ale zákonem, jaké zdravotní výkony dosud nehrazené z veřejného zdravotního pojištění by mohly být hrazeny ze zdravotního připojištění.

Je skutečností, že v některých případech mnozí zejména soukromí ambulantní lékaři poskytují pacientům i takové služby, za které by mohli požadovat, v případě dohody, úhradu. Často je přitom poskytovány jaksi automaticky bez úhrady, ač to není jejich povinností. Je věcí každé odbornosti zvážit, zda lze nabídnout pacientovi dohodnuté služby nehrazené ze zdravotního

pojištění, případně za jakých podmínek, a zda poskytovatel vůbec chce takové služby nabízet. Pak například přijetí pacienta po ordinačních hodinách, v době, která pacientovi vyhovuje, za situace, kdy mu nevyhovují běžné ordinační hodiny poskytovatele, je již takovou dohodnutou službou, za niž poskytovatel, který věnuje pacientovi svůj čas po ordinačních hodinách, může legitimně požadovat příslušnou úhradu, na níž se s pacientem dohodne. Také to, že pacient má k dispozici soukromý mobilní telefon na lékaře a může mu volat i po ordinačních hodinách a konzultovat s ním případně svůj zdravotní stav nebo zdravotní stav svých blízkých, například dítěte, není „povinností lékaře“ a je jeho dobrou vůlí a může být zahrnuto do dohodnutých služeb nehraných ze zdravotního pojištění. Lékař také není povinen poskytovat pacientovi e-mailové konzultace a odpovědi na jeho otázky, například o tom, co lékař míní o údajích zveřejněných na internetu apod. Pokud si pacient přeje e-mailové konzultace s lékařem a lékař je ochoten je pacientovi poskytovat, může jít rovněž o dohodnutou službu nehranou ze zdravotního pojištění a poskytovanou za úhradu, snad s výjimkou případů, kdy e-mailová komunikace například v době pandemie nahrazuje návštěvu pacienta u lékaře.

V jakých případech je v jednotlivých odbornostech možno nabízet pacientovi ekonomicky náročnější provedení zdravotního výkonu za stejného terapeutického účinku za dohodnutý přiměřený příplatek, je samozřejmě věcí každé odbornosti, každé nemocnice a každého ambulantního poskytovatele zdravotních služeb, zda lze v dané odbornosti stanovit takové způsoby ekonomicky náročnějšího (nadstandardního) a pro pacienta komfortnějšího provedení zdravotního výkonu při stejném terapeutickém účinku, zda je vůbec pro poskytovatele ekonomicky výhodné takové na-

bídky činit a za jakých podmínek. **Je však třeba konstatovat, že k tomu, aby toto poskytovatel zdravotních služeb, zejména v současné ekonomicky svízelné situaci, pacientovi nabídl, není třeba žádného zvláštního zákonného ustanovení, protože podle Ústavy ČR každý může činit to, co zákon nezakazuje, a zákon takovou nabídku poskytovateli nezakazuje a ani přijetí takové nabídky nezakazuje pacientovi.**

Shrnutí

Žádný zákon nezakazuje poskytovateli zdravotních služeb nabídnout pacientovi ekonomicky náročnější a pro pacienta komfortnější provedení zdravotního výkonu za předem dohodnutou úhradu, odpovídající ekonomické kalkulaci poskytovatele. Případná novela zákona o veřejném zdravotním pojištění by mohla konstatovat, že tuto možnost pacient i poskytovatel mají, případně demonstrativně (rozhodně nikoliv taxativně) stanovit, jakých výkonů by se taková nabídka mohla týkat. Rovněž smlouva s pacientem o poskytování dohodnutých služeb nehraných ze zdravotního pojištění je zcela legální a nyní již běžná. Někdy lékaři poskytují pacientům služby nehrané ze zdravotního pojištění automaticky a bez úhrady, ač to není jejich povinností. Možnost připojištění k veřejnému zdravotnímu pojištění je v zemích EU obvyklá, je otázkou, čeho by se připojištění v ČR mohlo týkat za situace, kdy úhrada z veřejného zdravotního pojištění nyní pokrývá velkou většinu zdravotních služeb. Pokud by možnost připojištění uzákoněna byla, bylo by třeba, aby finanční prostředky takto získané byly příjmem ve prospěch českého zdravotnictví.

JUDr. Jan Mach,

advokát, ředitel právní kanceláře ČLK



Nemocnice Tábor a.s.

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

Lékaře/ku pro dětskou a dorostovou psychiatrii

Požadujeme:

- **lékař (i absolvent lékařské fakulty bez praxe) se zájmem o obor**
- uvítáme zařazení do oboru, ale není podmínkou
- specializovaná způsobilost v oboru vítána, ale není podmínkou
- zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost
- iniciativní přístup k práci, zodpovědnost, pečlivost a spolehlivost
- komunikační a organizační dovednosti vítány

Nabízíme:

- práci ve stabilní společnosti na moderně vybaveném pracovišti
- přátelský pracovní kolektiv zaměřený na medicínskou kvalitu a empatii
- plný pracovní úvazek (možno i zkrácený)
- dobré mzdové ohodnocení
- **náborový příspěvek od 300.000,- Kč**
- plně hrazené specializační vzdělávání
- rozsáhlou nemocniční knihovnu
- pro „mimotáborské“ příspěvek na bydlení či dojíždění 10.000,- Kč měsíčně po dobu prvních 12-ti měsíců zaměstnání
- 6 týdnů dovolené + 2 dny sickdays
- parkování v areálu nemocnice zdarma
- zvýhodněný mobilní tarif
- vlastní jídelna
- další benefity

Nemocnice Tábor, a.s. je akreditovaným pracovištěm pro specializační vzdělávání lékařů v oboru psychiatrie, dětské lékařství aj. (v současné době usiluje o získání akreditace I. stupně v oboru dětská a dorostová psychiatrie).

Na podzim 2020 byla dokončena výstavba nového pavilonu psychiatrie, jehož součástí je oddělená a moderně vybavená sekce pro ambulantní péči o dětského psychiatrického pacienta. Na pracovišti se nachází pracovna pro dětského a dorostového psychiatra, dětského klinického psychologa a dětskou psychiatrickou sestru s prostornou a funkčně vybavenou čekárnou pro děti a dorost od 0 do 18 let. V odpoledních hodinách je možné využívat i společné prostory stacionáře pro dospělé: místnost pro individuální psychoterapii, místnost pro skupinovou psychoterapii či rodičovský trénink a relaxační místnost.

Zavedená dětská psychiatrická ambulance se zaškoleným personálem nabízí nadstandardní péči oboru, zajišťuje komplexní a individualizovanou péči s interdisciplinárním přístupem díky úzké spolupráci s dětským lůžkovým oddělením a specializovanými ambulancemi pro děti a dorost. Kontinuita péče je zajištěna ve spolupráci s ambulantní a lůžkovou částí psychiatrického oddělení pro dospělé. V rámci komplexní péče o dětského pacienta a jeho rodinu hraje naše ambulance důležitou roli v multidisciplinárním týmu a má navázanou dobrou spolupráci se školními psychology, pedagogicko-psychologickou poradnou, speciálně pedagogickými centry, střediskem výchovné péče, poskytovateli rané péče, organizacemi zaměřujícími se na sociálně aktivizační služby, na podporu péčovské péče, na podporu lidí s autismem apod.

Přijďte se podívat, rádi Vás uvítáme v našem týmu
Dětská psychiatrická ambulance
Nemocnice Tábor, a.s.
detska.psychiatrie@nemta.cz

Bližší informace podá MUDr. Chocholová Jana - primářka Dětského oddělení (777140384)
event. MUDr. Kristenová Pavlína - lékařka Psychiatrického oddělení (775897486)

Hodnotit práci lékaře je třeba z pozice ex ante, nikoliv z pozice ex post

Kriminalizace lékařů a žaloby o peníze mají často původ v kritickém posudku soudního znalce. Součástí definice lege artis jsou konkrétní podmínky a objektivní možnosti. Pokud je znalec nezná, neměl by psát znalecký posudek. Měl by znát i vyjádření lékařů, jejichž práci hodnotí.

Soudních znalců ve zdravotnictví ubývá. Bohužel zejména těch kvalitních. Velmi se omezil počet znaleckých ústavů, částečně kvůli naprosto nepřiměřeně nízké odměně za práci ve znaleckém ústavu, jako je například fakultní nemocnice nebo lékařská fakulta, a jednak také proto, že nový znalecký zákon poměrně nesmyslně požaduje, aby znalecký ústav měl v každém oboru alespoň jednoho zapsaného soudního znalce. Tento požadavek je naprosto zbytečný, protože velká část špičkových odborníků si nepřeje být zapsána jako soudní znalci, a mít tudíž povinnost kdykoliv na pokyn soudu vypracovat znalecký posudek a dostavit se k soudu třeba na druhý konec republiky. Na druhé straně dokážou v rámci týmové práce na fakultě nebo ve fakultní nemocnici vypracovat opravdu objektivní a kvalitní znalecký posudek. Zatímco medicínských kauz u soudů přibývá, soudních znalců a znaleckých ústavů v oboru zdravotnictví ubývá. Soudci někdy zoufale hledají znalce, který je schopen a ochoten vypracovat znalecký posudek, protože často jsou ti znalci, kteří ještě zbyli, nebo znalecké ústavy, které ještě zbyly, přetížení a z kapacitních důvodů nemohou další požadavky na další znalecké posudky přebírat. Je třeba zdůraznit, že v těchto případech nemám na mysli znalecké posudky dle metodiky Nejvyššího soudu ČR k náhradě nemajetkové újmy, ale znalecké posudky, které posuzují, zda postup lékaře byl na náležité odborné úrovni, v souladu s uznávanými postupy a pravidly lékařské vědy.

Již zakladatelé českého medicínského práva, zejména Jaromír Štěpán a Jitka Stolínová, zdůrazňovali, že práci lékaře je třeba posuzovat tak, jak se případ jevil lékaři v okamžiku, kdy rozhodoval o dalším postupu, tedy z pozice ex ante, nikoliv podle toho, jak případ dopadl, tedy z pozice ex post, kdy výsledek je již znám. **Lékař neodpovídá za výsledek, ale za správný odborný postup** (Stolínová, J., Mach, J.: *Právní odpovědnost v medicíně*, Galén 1998, recenzent prof. JUDr. Jiří Švestka, DrSc., Katedra občanského práva Právnické fakulty UK Praha, 2. vydání Galén



ilustrační foto: shutterstock.com

2010, recenzent prof. JUDr. Jiří Jelínek, CSc., Katedra trestního práva Právnické fakulty UK Praha).

Tyto zásady převzaly i senáty Nejvyššího soudu ČR, a to jak v trestním, tak občansko-právním kolegiu. Prvním velmi významným judikátem v tomto směru bylo rozhodnutí trestního senátu Nejvyššího soudu ČR ze dne 22. března 2005, spisová značka 7 Tdo 219/2005, ve kterém se uvádí:

„Chyba v diagnóze bez dalšího neznamená postup non lege artis, který představuje porušení povinnosti lékaře poskytovat zdravotní péči v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy (článek 4. Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, § 11 odstavec 1 a § 55 odstavec 1,2 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů). Naproti tomu, pokud nesprávná diagnóza spočívá v závažném porušení lékařských postupů při jejím určování (například tím, že lékař bezdůvodně nevyužije dostupné diagnostické metody), jde zpravidla o po-

stup non lege artis, který za splnění dalších podmínek odůvodňuje závěr o trestní odpovědnosti lékaře, například za trestný čin ublížení na zdraví. Postup lékaře je přitom třeba hodnotit ex ante, tedy na základě informací, které měl v době rozhodování.“

Na tento judikát navázala další rozhodnutí trestního kolegia Nejvyššího soudu ČR např. 8 Tdo 1048/2009 nebo 6 Tdo 1286/2014.

Také v občansko-právní judikatuře se podobné judikáty jednoznačně stavějí za zásadu hodnocení postupu lékaře z pozice ex ante. Například rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR ze dne 5. 9. 2019 spisová značka 25 Cdo 2217/2017 obsahuje následující právní věty:

„Postup lékaře a jeho soulad se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a praxe se vždy hodnotí tzv. ex ante, tj. na základě poznatků, které měl lékař k dispozici v době svého rozhodování. Stanoví-li lékař při výkonu svého povolání chybnou či opožděnou diagnózu, pak to samo o sobě ještě nemusí opodstatňovat závěr, že již tímto porušil svou povinnost

vyplývající pro něj ze zákona. Pouze tehdy, je-li diagnostické pochybení lékaře, zakládající porušení právní povinnosti doloženou příčinou újmy na zdraví pacienta (vztah příčinné souvislosti), vzniká odpovědnostní vztah. I když je pro tzv. medicínské spory obvyklé, že vztah příčiny a následku nelze vždy postavit zcela najisto, tj. na sto procent, vyžaduje se splnění této podmínky prokázané alespoň s vysokou mírou pravděpodobnosti či stupněm hraničícím s jistotou. Nelze totiž ukládat povinnost k náhradě, jestliže podmínky vzniku odpovědnosti nejsou dány.“

Podobně rozsudek Nejvyššího soudu ČR ze dne 18. 4. 2019 spisová značka 25 Cdo 3386/2018 obsahuje následující právní věty:

„Okolnost nezamýšleného poškození tělesného orgánu při poskytování zdravotní péče ještě sama o sobě neznamená, že její poskytovatel postupoval non lege artis. Samotný negativní výsledek zdravotnického výkonu nemusí být nutně vyvolán postupem, který není v souladu s dostupnými lékařskými poznatky, neboť při zásazích do lidského organismu působí mnoho faktorů, které v konečném výsledku mohou vést k nedosažení předpokládaného stavu či dokonce k jeho zhoršení, tj. k újmě na zdraví. Právní závěr v tomto směru musí být zpravidla podložen znaleckým posudkem z oboru zdravotnictví a příslušného odvětví či specializace a právní úvaha soudu o nedodržení současných dostupných poznatků lékařské vědy nemůže být s ním logicky ve zjevném rozporu.“

Do zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování č. 372/2011 Sb. ve znění pozdějších předpisů, který nabyl účinnosti dne 1. dubna 2012, se podařilo prosadit, že **je třeba při hodnocení práce lékařů brát zřetel na konkrétní podmínky a objektivní možnosti, které při své práci měli.** Toto ustanovení § 4 odstavce 5 zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování bylo okamžitě důvodem k reakci několika právníků zaměřených na problematiku medicínské práva, kteří tvrdili, že jde o ustanovení protiústavní, protože nelze brát ohled na konkrétní podmínky a objektivní možnosti a pacient má právo na tu nejmodernější a nejlepší péči vždy a všude. Jasným a konečným stanoviskem byl nález pléna Ústavního soudu ČR, spisová značka Pl. ÚS1/12, kdy **Ústavní soud ČR jednoznačně konstatoval, že tato definice, včetně důrazu na konkrétní podmínky a objektivní možnosti, je zcela v souladu s ústavním pořádkem České republiky, neboť odráží**



Ilustrační foto: shutterstock.com

realitu. Za této situace, pokud znalec píše znalecký posudek pouze na základě kopie zdravotnické dokumentace, nezajímá se o konkrétní podmínky a objektivní možnosti ani o vyjádření lékařů, svých kolegů, jejichž práci hodnotí, nedodržuje zákonnou definici stanovenou pro náležitou odbornou úroveň poskytování zdravotních služeb, což je termín, který v zásadě nahrazuje pojem lege artis. **Má-li tedy znalec posoudit, zda lékař postupoval s náležitou odborností, a nezajímá se o jeho stanovisko ani o konkrétní podmínky a objektivní možnosti, které při své práci měl, neřídí se zákonem** a znalecký posudek nelze uznat jako správný. Lékaři a jejich obhájci a právní zástupci mohou tuto skutečnost vždy u soudu právem namítat.

Lékař, který je trestně stíhán nebo je proti němu vedena žaloba o náhradu škody a nemajetkové újmy, není odkázán nikdy pouze na jediný znalecký posudek opatřený protistranou nebo soudem. Může si vyžádat znalecký posudek znalce, kterého si vybere, pokud je možné, aby tento znalecký posudek vyzněl v jeho prospěch. Bohužel, přední čeští odborníci v jednotlivých medicínských oborech jsou stále méně ochotni zabývat se znaleckou činností, což je velká škoda. Vynikajícím znalcem, který, bohužel, právě v těchto dnech odešel, byl prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc., znalec z oboru chirurgie, který v řadě „mých procesů“ působil velmi úspěšně a přesvědčivě a jsem přesvědčen o tom, že nebyť jeho, byli by někteří lékaři nespravedlivě odsouzeni.

Členové České lékařské komory mají také právo požádat cestou prezidenta ČLK s využitím stavovského předpisu č. 9, o ochraně lékařského stavu a jednotlivce, o vypracování odborného posudku oborové komise Vědecké rady ČLK pro jednotlivé odbornosti. Vypracování tohoto posudku, bohužel, nemůže být příliš rychlé, protože se na něm podílejí tři přední odborníci. Nejde o znalecký posudek, ale tzv. listinný důkaz, ovšem podle konstantní judikatury Ústavního soudu ČR znalecký posudek není žádným „nadřazeným důkazem“ a nemá vyšší právní váhu než jiné důkazy, zvláště jde-li o odborný posudek, který byl vypracován předními odborníky daného oboru. Posudek oborové komise Vědecké rady ČLK nemusí vždy vyznít ve prospěch lékaře, ale je jen na jeho úvaze, zda jej použije v soudním sporu či při obhajobě, nebo jestli jej nepoužije, neboť je určen pouze pro něho.

Bylo by velmi žádoucí, aby zákon o znalcích, znaleckých kancelářích a znaleckých ústavech byl co nejrychleji novelizován tak, aby jednotlivé fakultní nemocnice a lékařské fakulty bez toho, že budou mít v každém oboru jednoho „zapsaného“ znalce, mohly vypracovávat ústavní znalecké posudky, aby bylo upuštěno od zbytečných zkoušek osvědčených soudních znalců z jakýchkoli právních znalostí a zejména, aby byla podstatně zvýšena odměna za znalecké posudky.

JUDr. Jan Mach, advokát
ředitel právní kanceláře ČLK

Odešel vzácný člověk, lékař i soudní znalec, prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc.

Počátkem prosince tohoto roku jsem prosil pana prof. MUDr. Miroslava Rysku, CSc., zda by byl ochoten vypracovat znalecký posudek na činnost chirurga, kterého obhajují. Pan profesor mi 6. prosince 2022 odpověděl, že pro vytížení nemůže, bohužel, vyhovět, ale velmi rád by se se mnou ještě o adventu setkal. Dne 13. prosince 2022 mi přišla od manželky pana profesora esemeska, že 12. prosince tohoto roku pan profesor, bohužel, zemřel. Tato zpráva mě velmi zarmoutila.

O panu profesorovi Ryskovi by jistě mohli psát jeho kolegové, studenti i pacienti jako o vynikajícím lékaři, učiteli i kolegovi. Já ho znám především jako vynikajícího soudního znalce z oboru chirurgie. Případů trestního stíhání lékařů v oboru chirurgie je poměrně hodně a přibývá též žalob týkajících se chirurgických případů, kdy je požadováno vysoké odškodnění a náhrada nemajetkové újmy. Bez podpory kvalitního uznávaného soudního znalce je obhájce lékaře v těchto případech prakticky bezmocný. Pan profesor MUDr. Miroslav Ryska, CSc., byl vždy ochotný, uvážlivě zhodnotil celý případ, logicky, jasně a srozumitelně se předem vyjádřil, zda případný znalecký posudek může být ve prospěch obhajoby, a pokud ano, znalecký posudek vypracoval a u soudu brilantně obhájil. Nikdy neopomenul zdůraznit, že posuzovat práci lékaře je třeba z pozice tzv. ex ante, tedy jak se stav jevil lékaři v době, kdy rozhodoval o dalším postupu, nikoliv z pohledu tzv. ex post, kdy výsledek je již znám a lze vždy spekulovat, že by možná bývalo bylo lépe postupovat ještě jinak. Pan profesor se vždy zajímal o vyjádření lékařů, jejichž práci posuzoval, k danému



případu, a o konkrétní podmínky a objektivní možnosti, které v době, kdy se událost stala, na pracovišti měli. V některých případech musel zaujmout i kritický názor, což bylo spíše v občanskoprávních a nikoliv trestních případech. Vždy však současně vysvětlil, že k neúmyslné-

mu pochybení lehce dojde u každého lékaře a nemusí jít o neznalost, nešikovnost nebo nedbalost.

Pan profesor měl vynikající rétoriku. Je známo, že například v USA v porotním soudním systému dochází před porotami často k „souboji soudních znalců“, přičemž na porotu působí především, jak dokáže znalec přesvědčivě vystupovat a logicky a srozumitelně argumentovat. Domnívám se, že v těchto soubojích by v amerických poměrech pan profesor vždy vítězil. Nenechal se nikdy vyvést z míry ani v případech, kdy byl napadán jinými znalci, kteří projeví opačný názor. Klidným, mírným, ale rozhodným hlasem obhájil své stanovisko. Ani u nás soudci vždy nevědí, kdo je v medicíně jak významnou osobností, a je pro ně často „znalec jako znalec“. Pan profesor Ryska měl však takové kouzlo osobnosti, že soudci zpravidla pochopili, že před nimi stojí vysoce renomovaný odborník, který se snaží posoudit věc objektivně a spravedlivě.

Pan profesor Ryska nám bude velmi chybět jako vynikající lékař, vynikající soudní znalec a skvělý člověk.

JUDr. Jan Mach, advokát, ředitel právní kanceláře ČLK

Zemřel MUDr. Mojmír Ševčík

Smutná zpráva nás zastihla v polovině listopadu, kdy náhle zemřel kolega MUDr. Mojmír Ševčík. Svou osobností byl výraznou a respektovanou postavou olomoucké lékařské obce.

Narodil se na Nový rok v roce 1931. Jeden rok svého středoškolského studia strávil na chlapeckém lyceu ve francouzském Dijonu a většinu svého středoškolského vzdělání stihl do roku 1948. Získal tak klasické gymnaziální vzdělání s širokým jazykovým vybavením (latina, řečtina, francouzština, němčina a také maďarština, díky tomu, že první třídu absolvoval v maďarské škole na jižním Slovensku). Dostalo se mu také bohatého vzdělání ve filozofii, která výrazně ovlivnila jeho způsob myšlení.

Po absolvování lékařské fakulty v Olomouci dostal umístěnku do nemocnice ve

slovenské Levoči. Jeho první zkušenost s medicínou dokládá, jak jiné v tehdejší době vše bylo. V den jeho příchodu na interní oddělení levočské nemocnice mu jako čerstvému absolventovi lékařské fakulty primář sdělil, že je na oddělení o bezmála stovce lůžek už delší dobu sám, dlouho neměl pracovní volno, a tak mu vše předává a na 14 dní odchází na dovolenou. Kolega Ševčík zažil nefalšovaný medicínský křest ohněm, který je dnes zcela nemyslitelný. Ale byla to také medicínská škola života. V Levoči se seznámil se svou pozdější manželkou Helenou, také lékařkou.

V roce 1962 vyhrál konkurz na neurologickou kliniku ve FN Olomouc, kde se díky svým rozsáhlým všeobecným a odborným znalostem stal výborným neurologem a mimo jiné se zde také podílel na rozvoji neuroradiologie. Slibně se před ním rozvíjela akademická kariéra. V roce 1968 veřejně vyjádřil svůj nesouhlas s okupací Československa. Své vyjádření odmítl vzít zpět a z kliniky byl následně propuštěn. Přestože v té době měl dvě malé děti, po delší dobu ho žádný z ředitelů tehdejších zdravotnických zařízení neměl odvahu zaměstnat. Po mnoha měsících

byl přijat jako závodní lékař ve Vojenském automobilovém opravárenském závodě, kde setrval tři roky. Teprve po této době se mohl vrátit k profesi neurologa v OÚNZ Olomouc a založil zde EEG laboratoř.

Na základě jeho vysokých odborných kvalit mu byl několikrát nabídnut návrat na neurologickou kliniku FN v Olomouci s podmínkou vstupu do komunistické strany. Pro svůj vysoce vyvinutý morální kredit, smysl pro spravedlnost a osobní čest to však vždy odmítl.

Po roce 1989 byl jedním ze zakládajících členů lékařské komory. Byl členem představenstva OS a následně členem revizní komise. Jakožto liberálně smýšlející člověk byl zastáncem občanské společnosti. Byl přesvědčen, že úkolem starší generace bylo v nově se rodící svobodné společnosti znovu nastolit občanské organizace, instituce a spolky, které dříve utvářely společenské dění. Nicméně věřil, že budoucnost patří především mladým lidem, kterým by měl být poskytnut prostor a příležitost ujmout se organizace, vedení a řízení těchto spolků a společenství. To byl důvod, proč se po ně-



kolika počátečních letech vzdal všech funkcí v OS ČLK. Dále se plně věnoval medicínské praxi a svým sportovním zálibám, tenisu a volejbalu, a byl také vášnivým a výborným hráčem taroků. Průběžně se zajímal o vše nové, záběr jeho zájmu byl široký, ale

hodně jej přitahovaly poznatky o vesmíru a v posledních letech pak kvantová fyzika. Lékařskou praxi vykonával až do konce svého života.

Kolega Ševčík byl pravděpodobně jeden z posledních polyhistorů s klasickým vzděláním, širokým jazykovým vybavením a dobrou znalostí filozofie, kterou aplikoval do svého myšlení a přemýšlení o běžném životě. Jeho postřehy a často jen jednoduché komentáře byly velmi inspirující a podnětné. Často jsem si vedle něj uvědomoval, jak moc velká škoda je, že filozofie vedoucí k abstraktnímu a kritickému myšlení už dnes není běžným obsahem středoškolského studia.

Nevím, jestli není ironií osudu, že na naší poslední schůzce, tři týdny před svým odchodem, hovořil o smrti a možných souvztažnostech s kvantovou fyzikou. Domluvili jsme se, že za měsíc budeme v této debatě pokračovat.

Odešel noblesní, vysoce morální, charismatický, velmi vzdělaný a přemýšlivý člověk. Zůstává po něm velké prázdno. A tak nezbyvá než jen říci: „Mojmíre, díky, že jsi tu s námi byl.“

MUDr. Jaroslav Imrych

Opustil nás MUDr. Dalibor Smetáček

Ve zcela zaplněném kostele sv. Jakuba v Kutné Hoře jsme se v pátek 25. listopadu 2022 naposledy rozloučili s doktorem Daliborem Smetáčkem, který zemřel 19. listopadu 2022 po těžké nemoci. Rodina, přátelé, kolegové i vděční pacienti vzdali úctu lékaři, který obětavě dlouhá léta pečoval o nemocné kutnohorského regionu.

Dalibor Smetáček se narodil 8. listopadu 1951 v Domažlicích, jeho tatínek byl vojákem z povolání, takže se často stěhovali, ale od roku 1963 žil s rodiči a bratrem v Kutné Hoře. Po složení maturity na zdejší gymnáziu vystudoval I. lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Praze. Po promoci v roce 1976 a absolvování vojenské služby na Slovensku nastoupil v roce 1977 do kutnohorské nemocnice na interní oddělení, kde získával první zkušenosti a postupně složil atestaci I. a II. stupně z vnitřního lékařství.

Jako lékař vynikal svědomitostí, pílí a lidským přístupem k pacientům, neustále na sobě pracoval, sledoval nejnovější trendy v medicíně, což zákonitě vedlo k tomu, že po náhlém úmrtí svého přednosty MUDr. Padourka byl pověřen vedením interního oddělení v Kutné Hoře. Během výkonu primářské funkce udržoval vysokou úroveň léčebné péče na svém oddělení, vychoval mnoho mladých lékařů, kterým nezištně předával své zkušenosti a těšil se z jejich profesního růstu.



V roce 1996 osvědčil doktor Smetáček svou charakterovou pevnost, když po neshodách s tehdejšími ředitelem nemocnice opustil primariát, protože při stávajících podmínkách

nemohl garantovat úroveň péče, na jakou byl zvyklý. Od roku 1996 až do konce roku 2021 provozoval soukromou interní a gastroenterologickou praxi, k velké spokojenosti svých pacientů.

Dalibor byl velmi činorodý člověk mnoha aktivit, byl dobrý manžel a starostlivý otec, pracovitý lékař, kutnohorský patriot, hrdý zvoník v kostele sv. Jakuba, měl rád hudbu, cestování, ale hlavně miloval sport – tenis, lyže, kolo, vysokohorskou turistiku...

Před rokem Dalibora postihla zákeřná nemoc, se kterou statečně bojoval. Podstoupil těžkou neurochirurgickou operaci i další náročnou onkologickou léčbu, byl klidný a vyrovnaný, i když v pozdějších fázích věděl, že naděje na vyléčení se neúprosně zmenšuje. Zemřel tiše v přítomnosti své rodiny.

Milý Dalibore, děkuji Ti jménem všech Tvých pacientů za vše, co jsi pro ně vykonal. R. I. P.

MUDr. Petr Skalický

za Okresní sdružení ČLK Kutná Hora

„Husákovy děti“ bez lékařů a vize 2033

Poslední tři roky přinesly události, které nikdo zažít nechtěl. Predikovat je mohl jen velký pesimista nebo drsný realista postrádající jakoukoliv špetku optimismu. Na časově bezprostředně navazující „bídu, svrab a neštovice“ – tedy covidovou pandemií, ceny energií, v souvislosti s tím ztřeštěně rostoucí inflaci a válku na Ukrajině – by v pohodovém roce 2019 nikdo nevsadil ani pověstný pětník. Bohužel stalo se.



„Kdo je připraven, nebývá překvapen“ či věta Louise Pasteura „Náhoda přeje připraveným“ jsou známými a nesčetněkrát prověřenými a užitečnými výroky. Je otázkou, jak moc mohl svět uvedené trials předvídat, připravit se a díky tomu jim úspěšněji čelit.

Stárnutí populace ve vyspělých zemích je však známou a velmi složitou výzvou už mnoho let. Patříme mezi vyspělé země, stárnutí populace se týká i České republiky. U nás ještě akcentované demografickým faktem, který se v západoevropských státech nevyskytuje. Nemají tam velmi silné populační ročníky let 1970–1980, kdy se u nás ročně narodilo více než 180 tisíc dětí; přibližně o 50 tisíc více než v letech předcházejících a o 70 tisíc více než v současnosti. „Husákových dětí“ (tak nehezky se této velmi silné populaci říká) je více než 1,8 milionu. Teď je jim mezi padesátým třetím a čtyřicátým třetím rokem života. Z titulu svého věku je zatím většina z nich v uspokojivém zdravotním stavu. Za deset let tomu bude výrazně jinak. Znat a analyzovat demografická data by mělo být povinností pro každého, kdo se nechá zvolit či jmenovat

do jakékoliv veřejné funkce. Bez této znalosti není možné být připraven na budoucnost ani blízkou, ani střednědobou.

Největší plátcí zdravotního pojištění budou strádat nedostatkem lékařů

Život není spravedlivý. Může být proto vědomě nespravedlivý i stát, lépe řečeno ti, kteří ho řídí? Je to etické, morální, omluvitelné, akceptovatelné? Pohled na demografii obyvatel naší země a demografii nás lékařek a lékařů jasně ukazuje, že náš demokratický stát bez mrknutí oka a uzardění hodil „Husákovy děti“ přes palubu, co se budoucí dostupnosti lékařské péče týče. Přesto, že právě tato silná populační skupina je teď největším plátcem zdravotního pojištění. Už kolem roku 2000 měl v lodivodech naší země vyvolat pohled na demografická data a budoucí dostupnost zdravotní péče úzkost motivující k řadě potřebných opatření. Naši lodivodi buď tato data vůbec nečetou, nebo při vědomí krátkosti volebního období a zcela nevymahatelné zodpovědnosti v budoucnosti hluboce zastrčili hlavu do písku. Čas plyne všem stejně, stárneme všichni. Zestárne i velmi početná skupina lékařek a lékařů peridůchodového věku. Lékařky a lékaři, kteří do této věkové skupiny patří, ve víru medicínského kvapíku stále ve vysokém tempu a kvalitně „tančí“ třicet čtyřicet let; je jich 9631, z toho žen 5311, tedy 55,1 procenta. Takový počet svých členů „zdravotnický parket“ hustě zaplňovat právě „Husákovy děti“. Většinu současných peridůchodových medicínských „tanečníků“ dojde za těch deset let profesní dech a z parketu ustoupí. Pokud budou mít ještě chuť a sílu dění na zdravotnickém parketu sledovat, uvidí nedostatečně početnou skupinu nositelů zdravotních výkonů – lékařek, zdravotních sester, farmaceutek, stomatoložek a fyzioterapeutek, mužů zahlédnou jen málo, snažící se zvládnout stále rostoucí počet nemocných,

kteří na přelomu let 2022 a 2023 jejich odbornou náruč ještě nepotřebovali. Náruč žen je zvykle velmi široká, sil máme my ženy často víc, než samy tušíme. Přesto ženská medicínská náruč nejde rozšiřovat donekonečna, i sily žen mají svoje limity. Zvláště, když početní převaha nemocných jednoznačně za deset let překročí zvládnutelnou mez.

V naší zemi netolerujeme násilí na ženách, přesto...

...ho pracovně pácháme vytrvale už desetky let na ženách, ale i mužích, kteří svůj profesní život spojili s medicínou. V profesi lékař je žen více než 65 procent, ve věkové kategorii pod třicet let dokonce 70 procent, na lékařských fakultách studuje medicínu 70 procent žen. V profesi zdravotní sestra je zatím stále téměř 100 procent žen. Mezi stomatology, farmaceuty i fyzioterapeuty představují ženy 80 procent. Zásadní převaha žen ve zdravotnických profesích je desetky let známá. Známý je i fakt, že zdravotníků je málo. Proč asi? Odpověď je jednoduchá – jedná se o práci velmi náročnou, psychicky, fyzicky i časově, a tato náročnost není dostatečně finančně kompenzována. Nikdo se nezamýšlí nad tím, jak skloubit mateřství, rodinný a osobní život s medicínou. Vlastně se nad tím už v polovině devadesátých let minulého století zamysleli mladí maturanti gymnázií a medicínu při volbě své profese masově ignorují. Lodivodi naší země, bez ohledu, z jaké politické partaje pocházeli a pocházejí, tento fakt bohorovně přehlíželi. Stejně bohorovně přehlížejí do nebe volající znásilňování zákoníku práce v počtu přesčasových hodin, které musejí lékařky a lékaři v nemocnicích odpracovat, aby byla zachována dostupnost 24/7 všude tam, kde je to potřebné.

Propast, do které jsme nemuseli spadnout

Personální krize ve zdravotnictví se prohlubuje, její prohlubování se zrychluje. Naše zdravotnictví sviští bohužel nezadržitelně



Ilustrační foto: shutterstock.com

k zásadnímu nedostatku lékařské péče. Ten s sebou přinese výrazný pokles dostupnosti, a kvůli tomu i kvality zdravotní služby, což vyústí do zhoršeného zdravotního stavu populace a nepěkně zkrátí očekávanou dobu dožití. Od roku 2019 je přijímáno na naše lékařské fakulty o 15 procent studentů více, opět vesměs ženy. Ani toto opatření nevyřeší nedostatek lékařů při výrazném a již neodklonitelném nárůstu pacientů. Více než 22 procent studentů lékařskou fakultu nedokončí, fakt známý celá desetiletí. Je pošetilé se domnívat, že všichni z těch 15 procent navíc přijatých budou stoprocentně úspěšní. S čím naopak jako s jistotou kalkulovat musíme, je správná a pochopitelná nechuť mladých lékařek a lékařů podílet se na soustavném znásilňování zákoníku práce. Čím déle budou naši lodivodi ignorovat demografická data determinující fungování našeho zdravotnictví, čím déle si bu-

deme všichni nalhávat, že medicína je při profesní volbě konkurenceschopná při současné ceně práce nositelů výkonů, tím déle budou budoucí pacienti a jejich zdravotníci vězet na dně personální propasti, kde bude značně nevlídno a životu nebezpečno. Česká lékařská komora dlouhodobě usiluje o navýšení ceny práce nositelů výkonů v seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Přes odpor všech se jí podařilo prosadit dorovnání inflace minutové sazby osobních nákladů od roku 2006 a zakotvit její každoroční navyšování podle míry inflace. Hodinová cena práce nositele L3 tak vzrostla z 465 bodů v roce 2005 na 643 body v roce 2023. Vzhledem k tomu, že cena práce nositelů výkonů byla kdysi stanovena ostudně nízko, ani toto navýšení nedostačuje. Nedostačuje k tomu, aby motivovala dost inteligentních a pracovitých mladých lidí, kteří se rozhodují o své profesní volbě. Medi-

cína těm, kteří s ní spojí profesní život, ze své podstaty nikdy nemůže nabízet home office, flexibilní pracovní dobu nebo pouze čtyřdenní pracovní týden. Tedy benefity, jimiž o chytré a pracovité lidi nekompromisně soutěží jiné vysokoškolské profese, které nadto nabízejí i vysoké příjmy. Medicína v této těžké profesní konkurenci není schopná uspět s pojmy „poslání“, „přísahali jste“ a „vystudovali za naše peníze“. Jen příjmy opravdu velmi vysoké jsou schopny zvýšit zájem o profesi lékaře. Nic jiného nemáme k dispozici. Lodivodi naší země a našeho zdravotnictví měli umět číst demografická data, měli z nich vyvozovat ty správné důsledky. Žel, nestalo se tak. V roce 2033 s velmi vysokou pravděpodobností nebude většina současných vrcholových politiků již v žádné rozhodující pozici. Kvůli jejich ignoraci bude naše zdravotnictví vězet v hluboké personální propasti. Velký počet lidí silných populačních ročníků bude zoufalý a frustrovaný z toho, že se jim nedostává zdravotní péče. Mnoho z těch zoufalých se stane agresivními a budou na lékaře podávat trestní oznámení a žaloby. Bylo by vhodné, aby si současní lodivodi uvědomili, že to tak nemuselo být, kdyby prožřeli a jednali. Zavedení nadstandardů demografická data nezvrátí a nepřinese ani dostatek peněz. Do nadcházejících let vstupuje naše zdravotnictví opět nedostatečně financováno, tedy opět nepřipraveno. Není proto moudré spoléhat, že našemu zdravotnictví pomůže nějaká náhoda. Ta přeje připraveným. A rozhodně není ani etické dál spoléhat na nevyčerpatelné síly zdravotníků. Bez navýšení počtu zdravotníků nic vyřešit nejde. A počty zdravotníků bez výrazného navýšení jejich příjmů rozhodně nenavýšíme.

MUDr. Eva Klimovičová

Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami 2023

Znáte bodovou hodnotu výkonů, které denně provádíte?

Víte, jak se projevila valorizace ceny práce a režijních nákladů podle roční inflace?

Odovědi přináší knižní verze „Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami 2023“

U každého výkonu je uvedena bodová hodnota platná v roce 2023 a pro srovnání i hodnota platná v roce 2022

Objednávejte na www.novysazebnik.cz

Ad Pane profesore Charváte...

V minulém čísle časopisu Tempus medicorum (12/2022) jsme v rubrice „Napsali jste“ zveřejnili popis vlastních zkušeností, které udělal jeden lékař coby pacient III. interní kliniky. Nyní otiskujeme ohlasy na příspěvek, jež došly do redakce TM.

Článek vnímám jako poplašnou zprávu

Se zájmem, ale současně i smutkem jsem si přečetl výše uvedený článek, pod kterým ale není jméno ani adresa autora. I mediky učíme, že řeknou-li i napíšu-li svůj názor, nemá tento být anonymní. Autor článku popisuje, podle něj, svou strastiplnou cestu za zdravím na III. interní klinice I. LF v Praze.



Autor píše: „Jsem polymorbidní stařec (asi lékař) s popliteální trombózou a k ní rovnou plicní embolií.“ Z chaty pacient zajel do Prahy za svou praktickou lékařkou a přes Prahu se dostal pěšky na urgentní příjem Fakultní nemocnice na Karlově náměstí, odkud ho již odvezli na III. interní kliniku. Tam se na lůžko dostal, jak píše, bez kloudného vyšetření a bez večere ve 20 hodin. Teprve při propuštění z nemocnice se dozvěděl, že čtyři ze šesti jeho plicních laloků jsou „v čudu“. Již tato část textu vede k zamyšlení, a to nejen o počtu plicních laloků, ale i o tom, kdo „dušného starce“ pošle pěšky do nemocnice, ale navíc i o tom, kolik takový stařec má vlastně plicních laloků. Je riskantní pro něj pěší túra po Praze? Navíc při přijetí na lůžko by se měl informovat o nemocničním řádu, kde by se dozvěděl i o nemocničním stravování... Na dobu jídla totiž navazují práce dalších zaměstnanců, a to nejen v kuchyni.

Následují vzpomínky na profesory Charváta a Pacovského. Ten druhý opustil místo přednosta kliniky po revoluci v roce 1990 ve svých pouhých 62 letech. To byla doba tzv. všeobecné interny. Nebyla postgraduální zkouška z různých specializací v interním oboru, a nebyli tedy certifikováni například kardiologové, nefrologové, diabetologové atd. Bylo to minulé století. Prostě přibýlo informací. Autor článku má jistě pravdu v tom, že tato postupně se prohlubující specializace má často tu nevýhodu, že se vytrácí současně „duše“ pacienta.

Jako pacient III. interní kliniky jistě měl právo na informace o svém zdravotním stavu, ale i toto právo je kodifikováno v nemocničním řádu, tedy i jeho forma. Dále uvádí, že se nedopátral svých výsledků. Píše, že jeho medikace byla „v přísném utajení“ a že byla změněna ta, s kterou do nemocnice přišel. Přitom píše, že jedinou touhou pro něj bylo „zalézt do tepla a tmy a pokud možno nebýt s nikým v kontaktu“. Mohl si „vykverulovat návrat aspoň části svých léků“. Pět dní neměl na informace „šanci“. Tento údaj nelze z napsaného ověřit. Je ovšem třeba vysvětlit, že za pacienta na lůžku odpovídá ošetřující lékař. A zejména medikace je v jeho kompetenci. Opět, jak žádat o informace? Nevíme-li to, zjistíme to v nemocničním řádu.

Že se kolem postele nemocného pohybuje více lékařů a sester víme (služby) a je to samozřejmé. Všichni mají na bílých pláštích jmenovky, takže identifikace stejně tak u sester je jednoduchá. Kritizovat to, že během hospitalizace se v péči o nemocného vystřídá mnoho jedinců, osobně vidím jako přednost.

Následuje kritika sester. Přes mladé, nezkušené přistoupil pacient na kritiku těch zkušenějších, po kterých měl na rukách „několik hematomů“. Byly ovšem i starší, bohužel, ale „silně nevrle“. Takové obecné

hodnocení sester odmítám, letos po šedesátileté praxi v nemocnici. Každá sestra má na uniformě visáčku se jménem, a navíc i my lékaři se učíme, a to neustále. Osobně obdivuji ty, kteří vždy například napíchlí bez komplikací každému pacientovi žílu. Po kritice práce lékařů a sester chválí autor článku aspoň sanitáře.

Jaký je jeho vztah ke spolupacientům? Jeho „sousedí“, zřejmě pacienti na pokoji, se chovají „maligně“. Jeden sleduje ráno televizi, jiný v noci „zběsile kašle“ a jiný zase telefonuje a „píše esemesky“ a někdo zasiluje hlas Hercula Poirota v televizi... Klid ruší i návštěvy spolupacientů. Prostě ani spolupacienti nejsou podle jeho představ. Jsou jednoduše „maligní“.

V části textu věnovaném preparátu Buronilu má pacient pocit, že „kdybych byl paranoik, byl bych přesvědčen, že mě chtějí zabít“.

Velmi tvrdý odsudek. Jak musí být opravdovým paranoikům? Je správné takhle hodnotit úsilí zdravotníků navrátit pacientovi zdraví? Velkou vizitu přednosta kliniky, univerzitního profesora, shrnuje takto: „Pacovský by se musel v hrobě obrátit.“

Smutný pohled na to, jak jeden z nás hodnotí práci kolektivu kliniky. Nevím, zda byl autor článku členem velkého pracoviště.

Autor předmětného článku tedy kladně hodnotí pouze sanitáře a přístrojové vybavení kliniky. Nezmiňuje se o lidech, kteří těmito přístroji diagnostikují a léčí. Abych byl objektivní, chválím jídlo, kdy měl k obědu „hovězí se žampiony a pórkem“...

Bohužel článek vnímám jako poplašnou zprávu při představě, s jakou myslí nastupují na kliniku další pacienti po přečtení článku (dá se najít na internetu).

V článku jsem nenašel žádná slova chvály (až na jídlo a sanitáře) a o poděkování za péči už vůbec nic. Jsme různí...

prof. MUDr. Pavel Pafko

Kam se dnes to zdravotnictví řítí?

Nemohu nezareagovat na článek „Pane profesore Charváte, vy to se vidíte!“ Bohužel musím dát kolegovi za pravdu, kam se dnes to zdravotnictví řítí.

Měla jsem tu čest poznat oba velikány naší interní medicíny z několika pohledů. Moje maminka po 2. světové válce nastoupila na III. interní kliniku jako asistentka a působila zde do konce 50. let. Takže jsem se už jako dítě setkala jak s panem profesorem Charvátem, tak i s panem prof. Pacovským. Pro nás děti byl pan prof. Charvát velmi milý a laskavý strašitě pán a měl pro nás vždy laskavé slovo.

Podruhé jsem se s panem prof. Charvátem i prof. Pacovským setkala již jako studentka 1. ročníku tehdejší FVL UK, dnes 1. lékařské fakulty UK. Zde probíhala výuka propedeutiky a my jako studenti jsme se účastnili i vizit na pokojích a ošetrovatelských prací. Všichni tehdejší asistenti i střední zdravotní personál byli k nám velmi laskaví, vše podrobně vysvětlovali a sestřičky nás učily zacházet nejen se zdravotnickým materiálem, ale i jak připravovat a podávat injekce a infuze. V té době vládl na klinice opravdu velký pořádek, ale i kolegalita mezi personálem i mezi námi studenty.

Dalším mým setkáním s III. interní klinikou byly stáže od 3. ročníku až po státní závěrečnou zkoušku z interny. V té době již byl pan prof. Charvát na klinice jako emeritní profesor a kliniku vedl prof. Pacovský. Stáže na klinice probíhaly velmi intenzivně, oba páni profesori nás vedli k empatii k pacientům, vstřícnosti a laskavosti. Vizity, kterých jsme se účastnili i my studenti, trvaly celé dopoledne, pan profesor Pacovský vyžadoval klid a soustředění a i během vizit nás zkoušel z diferenciální diagnostiky. Občasně jsme něco nevěděli a bylo velmi roztomilé, jak se nám pan prof. Charvát, který byl také vizitám přítomen, snažil napovědět, čehož si všiml i pan prof. Pacovský a vždy s úsměvem a laskavou tváří ho pokáral.

Vzpomínám na jednu velmi milou příhodu ze zimních měsíců, kdy po vizitě měla být domů propuštěná stará babička, která se bránila se slovy, že nemá na zimu uhlí. Pan prof. Charvát vstoupil do debaty s tím, že se to nějak zařídí. Po odchodu z pokoje, za dveřmi na chodbě se pan prof. Pacovský na pana profesora Charváta zlobil, že klinika není zabezpečovací ústav a že to takhle nelze dělat. Pan prof. Charvát mu tehdy odpověděl: „A, Vládó, ty bys mě také poslal domů?“ „To ne,



ilustrační foto: shutterstock.com

pane profesore,“ odpověděl pan prof. Pacovský. „No tak vidíš,“ odpověděl pan prof. Charvát, „tak to prosím nějak zařídí.“ Což pan profesor Pacovský zařídil. Na tuto situaci nikdy nezapomenu, byla tam obrovská lidskost i empatie obou pánů profesorů. Babička ještě několik dnů pobyla na klinice a odešla domů s tím, že sociální pracovnice vše pro ni zařídila.

Jedno z mých posledních setkání s oběma pány profesory bylo již po mé promoci, kdy jsem měla tu čest na III. interní klinice atestovat. Pan profesor Charvát občasně vyšel ze své pracovny, a když nás viděl sedět na chodbě, celé ustrašené, tak s námi začal rozprávět, čímž dosáhl toho, že z nás pomalu opadával stres. Během atestace se vždy občasně objevil na chodbě a zjišťoval mezi námi, jak to jde. Když jsme mu sdělili, že jsme prošli jak odbornou zkouškou, tak i zkouškou z organizace a řízení zdravotnictví, tak nám pogratuloval a řekl, že jsme to určitě udělali. Vysvětlil nám, že pokud projedeme právě přes zkoušku z organizace, tak je vše v nejlepším pořádku. Musím přiznat, že měl pravdu.

S oběma pány profesory jsem se pak ještě mnohokrát viděla nejen na kongresech, ale i na klinice, kde bylo zvykem při určitých příležitostech zvát i své bývalé kolegy a kolegyně. Moje maminka, která hodně cestovala a pracovala v zahraničí i jako lékařka v méně

vyspělých zemích, musela vždy po návratu vyprávět, kde byla, a já jí během jejího vyprávění promítala diapozitivy z cest.

Na III. interní klinice jsem nikdy neviděla nevraživost mezi kolegy a o pacienty byl velký zájem i starostlivost. Nepamatuji si při našich stážích, že by byly sestřičky od pacientů odtažené a nekomunikativní.

Závěrem mého vzpomínání bych chtěla ještě dodat, že jsem měla štěstí, že jsem se po promoci dostala na interní kliniku k prof. Marátkovi, který byl zrovna tak laskavý a vstřícný k nám kolegům i elévům, ale i k pacientům. Na pokojích byl pořádek, každý z nás se staral o svěřené pacienty až do jejich propuštění a vizity probíhaly obdobně jako na III. interní klinice.

Moc si vážím toho, že jsem měla tu čest se s těmito vzácnými, ale i skromnými pány profesory poznat. Velmi to ovlivnilo i moji práci a empatie k pacientům mi zůstala i po 50 letech od promoce. Tento přístup k medicíně se snažím vštípit i mému synovi, který je pokračovatelem v oboru.

Velká škoda, že dnes medicína kráčí spíše směrem k byznysu než k pacientům. Kam se ztratila Hippokratova přísaha? Pro nás znamenala medicína poslání a péči o naše pacienty.

MUDr. Zdeňka Králová

Pracujte tam,
kde to budete
MÍT RÁDI!

Hledáme praktické lékaře

EUC Kliniky Brno, České Budějovice, Kladno, Liberec a Praha

Jste praktický/á lékař/ka a přemýšlíte o profesní změně? Připojte se k nám do týmu! Nabízíme dobré finanční podmínky, ale víme, že stejně důležité je, abyste se u nás v práci cítili dobře. Proto se snažíme minimalizovat administrativu a ponechat vám v ordinaci maximum autonomie. Vládne u nás pohodová atmosféra založená na přátelských vztazích. Podporujeme rovnováhu mezi profesí a soukromým životem. Užijete si u nás 25 dní dovolené + pět dní osobního volna. A rádi vyhovíme i konkrétním individuálním požadavkům.



Kontakt | [✉ kariera@euc.cz](mailto:kariera@euc.cz) [☎ 222 500 796](tel:222500796) [🌐 www.karieraveuc.cz](http://www.karieraveuc.cz)


ZAMĚSTNÁNÍ + ve ZDRAVOTNICTVÍ

Jsme tu pro Vás již 11 let

**CELÉ ZNĚNÍ INZERÁTŮ
+ DALŠÍ PRACOVNÍ NABÍDKY
A ZAJÍMAVÉ INFORMACE NAJDETE NA
WWW.ZAMESTNANI.VEZDRAVOTNICTVI.CZ**

**VOJENSKÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČR
PŘIJME REVIZNÍHO LÉKAŘE** **VOZP**
■ **Výkon práce:** pobočka VozP Hradec Králové
■ **Náplň práce:** Kontrolování využívání a poskytování potřebné zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě, dodržování cen u smluvních...

**ONK, A.S., NEMOCNICE KUTNÁ HORA
PŘIJME LÉKAŘE/LÉKÁRKU
VÍCE SPECIALIZACÍ**  Oblastní nemocnice Kolín, a.s.
NEMOCNICE KUTNÁ HORA
nemocnice Středočeského kraje
Přijme: **lékaře/lékařky se
specializací kardiologie, diabetologie a radiodiagnostika a lékaře
na ústavní pohotovostní služby** ■ **Nabízíme:** motivační platové...

**OBEC MODLETICE – PRONÁJEM
LÉKAŘSKÝCH ORDINACÍ** 
Obec Modletice nabízí k pronájmu v nově zrekonstruovaném
a zkolaudovaném lékařském domě **prostory pro výkon soukromé praxe
praktického lékaře pro dospělé a praktického lékaře pro děti.**

NEMOCNICE PELHŘIMOV, P.O.  **Nemocnice
Pelhřimov**
**HLEDÁME PRIMÁŘE
A ZÁSTUPCE PRIMÁŘE NA NEUROLOGII**
Ředitel Nemocnice Pelhřimov, příspěvkové organizace, vypisuje **VŘ na PRI-
MÁŘE neurologie** a zároveň přijme **LÉKAŘE se SZ na pozici ZÁSTUPCE
ZÁSTUPCE PRIMÁŘE neurologie.** ■ **Nabízíme:** nadstandardní...

**REVMATOLOGICKÝ ÚSTAV
VŘ – PRIMÁŘ/KA ODD.
ZOBRAZOVACÍCH METOD**
Ředitel Revmatologického ústavu, Praha 2, Na Slupi 4 vyhlašuje přijímací
řízení na obsazení vedoucího pracovního místa: Primář/ka oddělení zo-
brazovacích metod. Jedná se o vedoucí funkci, přímo řízenou vedoucím...

**DOMOV SV. KARLA BOROMEJSKÉHO
HLEDÁ LÉKAŘE VÍCE SPECIALIZACÍ**
Domov sv. Karla Boromejského v Praze Řepích hledá nové spolupracovníky
na pozici: lékař/lékařka (atestace interna, geriatry, prakt. lékařství). ■ **Pro
zaslání životopisu prosím použijte mail** konzolata@domovrepy.cz...

**REPROGENESIS A.S.
HLEDÁME: LÉKAŘ/LÉKAŘKA – IVF SPECIALISTA**
Jsme soukromá brněnská klinika reprodukční medicíny a do našeho týmu
hledáme na plný či částečný úvazek posilu na pozici lékař / lékařka - IVF
specialista. ■ **Požadavky:** atestace/ specializovaná způsobilost v oboru gy-
nekologie a porodnictví (nebo v přípravě na atestaci); AJ na komunikativní...

KABEG

Pro státní nemocnici provozující společností KABEG pro **LKH Laas** obsazujeme tyto pozice:

- Lékař pro všeobecné lékařství na plný i částečný úvazek
- Specialista pro vnitřní lékařství na plný i částečný úvazek

Pro více informací o výběrových řízeních si prohlédněte naši burzu práce na internetu na **www.kabeg.at**.

ZDENĚK SVĚRÁK

POVÍDKY
JEDNA BÁSEŇPovídky
a jedna báseň

Zcela nové povídky různého ladění z pera českého velikána, z nichž některé jsou humorné, jiné vedou k zamyšlení, ale všechny jsou protkané autorovou laskavostí a životní moudrostí. Inspirací pro povídky Zdeňka Svěráka je život sám a kdokoliv z nás se mohl v životě dostat do stejné situace jako jejich hrdinové.

Bonusem knihy je báseň, která nečekaně předpovídá budoucnost českého národa, a navíc v jedné povídce mohou jen sami čtenáři odhalit pachatele trestného činu.

„Moje třetí knížka povídek vás má svým názvem oklamat, že se jedná o skvělé čtení. Proto jsem jejího grafika ponoukl, aby spojka, a' byla na obálce nenápadná. Pravda je, že obsahuje povídky různého ladění. Nejveselejší je asi Ruina (1963), nejsmutnější je možná Generál (2020). Některé jsou ze života, jiné jsou vymyšlené, ale tak věrohodně, že to nemůžete odhalit.

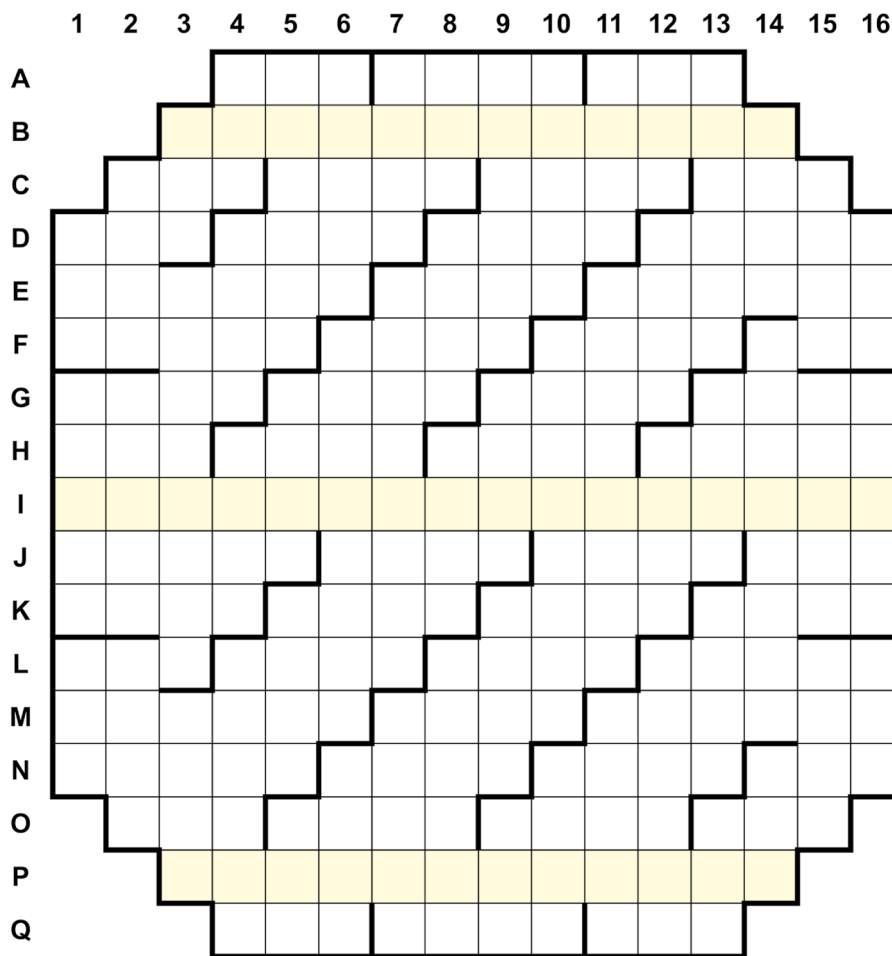
Byl bych rád, kdybyste ve všech našli dávku humoru. Je tam různě poschovávaný, ale doufám, že tam je, protože jinak by mě psaní ani nebvilo.“

Zdeněk Svěrák

Cena: 249 Kč, stran: 104, vydáno: 2021

<https://www.grada.cz/povidky-a-jedna-basen-podepsano-autorem-12663/>

KŘÍŽOVKA O CENY



Je třeba uvést filozofii do lékařství a lékařství do filozofie, neboť... (dokončení citátu, jehož autorem je Hippokrates, najdete v tajence).

VODOROVNĚ: **A.** Trinitrotoluen; strčení dovnitř; SPZ vozidel Bruntálu. – **B. 1. díl tajenky.** – **C.** Seveřan; jemenský přístav; opotřebovat jízdu; a sice. – **D.** Jednotka času; posvátný egyptský býk; slanina; sevření. – **E.** Biblická hora; Abelův bratr; hlas vepře. – **F.** Rádiovka; privilegované postavení; chobotnatec; prkenné stropy (nářečně). – **G.** Druh obalu; pravidla; živočich; sourozenec (slovensky). – **H.** Italská řeka; přístavní hráze; lihovina z rýže; na straně srdce. – **I. 2. díl tajenky.** – **J.** Těkávé kapaliny užívané dříve k narkóze; odvěta; edém; domácí Ilona. – **K.** Jméno italské zpěvačky Pavone; semknuté řady vojáků; pevný spoj; turistické přístřeší. – **L.** Japonská potápěčka; japonské víno; stařeč; často hlídat na pastvě. – **M.** Druh střely; část zad nad lopatkou; glazury. – **N.** Palmy; kosodřevina; šachty; sedlina. – **O.** Polní plošná míra; zrnitá tkanina; značka limonády; pohřební hostina. – **P. 3. díl tajenky.** – **Q.** Tím způsobem; švýcarská řeka; někdejší vládce Rusi.

SVISLE: **1.** Otok; spropitné; americký papoušek. – **2.** Ibsenovo drama; sáním odčerpání; americký hlodavec. – **3.** Doušek; botanické zahrady s dřevinami; sušenka. – **4.** Dehet; plošná výměra pozemku; značka sporáků; výměšek. – **5.** Stéct po krupějích; hony; obleky; ledovec. – **6.** Harmonovat; útočně zahrocený názorový spor; Libušin otec. – **7.** Keřík s jehlicovitými listy; pocházející z dánské metropole; autor knihy Malý Bobeš. – **8.** Iničiály básníka Neumanna; podvozek; bolestivé vrídky na ústní sliznici; drbna. – **9.** Usmrtit ponořením do vody; umělecké trojice; prudký sportovní úder; dvojice. – **10.** Nikoli pouze; kulturista; čas. – **11.** Pláč; prudce se vařit; podpora. – **12.** Rýpat; metamorfovaná hornina; předloha; pozice. – **13.** Dezinfekční prostředek; uskupení; velké místnosti; vyvýšené místo pro hudebníky a zpěváky v chrámu. – **14.** Mravouk; zasáhnout; na jaké místo. – **15.** Slovensky „osel“; značka koupelové pěny; vymřelý kočovník. – **16.** SPZ vozidel Klatov; český básník; autor Strakonického dudáka.

Pomůcka: Aara, Uso.

Křížovka o ceny

V tajence křížovky v časopise Tempus medicorum 12/2022 se skrýval citát z knihy Vladislava Havla *Malý zdravotnický lexikon: Léčivo je látka, která, byvši podána ve dvojitěm slepém pokusu vybraným pacientům, způsobí publikační explozi na příslušném pracovišti.*

Knihu *Povídky a jedna báseň*

od Zdeňka Svěráka z nakladatelství Grada (viz anotace), vyhrává deset vylosovaných luštitelů: **Jana Emlerová**, Unhošť; **Richard Fryč**, Soběslav; **Stáňa Jakoubková**, Osice; **Ladislav Koblížek**, Havlíčkův Brod; **Alena Kuřová**, Vendryně; **Jarmila Míková**, Turnov; **Věra Odehnalová**, Tábor; **Jan Rolíček**, Plzeň; **Jaroslav Vedral**, Praha 12; **Jozef Zákopčan**, CSc., Brno.

Na správné řešení tajenky z TM 1/2023 čekáme na adrese recepce@elker.cz do 1. 2. 2023. Výherci se mohou těšit na knížku *Statek* od Ladislava Vrchovského. Hodně štěstí!

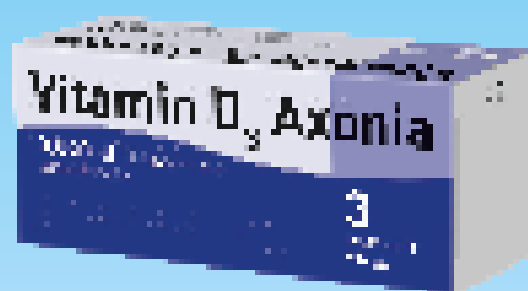
Upozornění: Do slosování o ceny mohou být zařazeni pouze lékaři registrovaní v České lékařské komoře.

Prevence a léčba deficience vitaminu D



Vitamin D₃ Axonia calciferolum

30000 IU
potažovaná tablety



30 000 IU vitaminu D₃ v 1 tabletě

7000 IU
potažovaná tablety



7 000 IU vitaminu D₃ v 1 tabletě

1000 IU
potažovaná tablety



1 000 IU vitaminu D₃ v 1 tabletě

Pouze na lékařský předpis!

Důležité informace a upozornění

Měření a dávkování: Vitamin D₃ Axonia 30000 IU[®] potažovaná tablety (prekalciferolum 300 µg) a 30 000 IU vitaminu D₃ v (jedné potažované tabletě); Vitamin D₃ Axonia 7000 IU[®] potažovaná tablety (prekalciferolum 700 µg) a 7 000 IU vitaminu D₃ v (jedné potažované tabletě); Vitamin D₃ Axonia 1000 IU[®] potažovaná tablety (prekalciferolum 100 µg) a 10 000 IU vitaminu D₃ v (jedné potažované tabletě). **Indikace:** D₃ je důležitou složkou vitamínu D₃ a prevence a léčba nedostatku D₃ v organismu člověka. Použití přípravku Axonia 30000 IU[®] potažovaná tablety (prekalciferolum 300 µg) a 30 000 IU vitaminu D₃ v (jedné potažované tabletě) je vhodné v případě užívání kortikosteroidů a u lidí, kteří jsou v léčbě s vysokou dávkou kortikosteroidů. Použití přípravku Axonia 7000 IU[®] potažovaná tablety (prekalciferolum 700 µg) a 7 000 IU vitaminu D₃ v (jedné potažované tabletě) je vhodné u lidí, kteří jsou v léčbě s vysokou dávkou kortikosteroidů. Použití přípravku Axonia 1000 IU[®] potažovaná tablety (prekalciferolum 100 µg) a 10 000 IU vitaminu D₃ v (jedné potažované tabletě) je vhodné u lidí, kteří jsou v léčbě s vysokou dávkou kortikosteroidů. **Upozornění:** D₃ je důležitou složkou vitamínu D₃ a prevence a léčba nedostatku D₃ v organismu člověka. Použití přípravku Axonia 30000 IU[®] potažovaná tablety (prekalciferolum 300 µg) a 30 000 IU vitaminu D₃ v (jedné potažované tabletě) je vhodné v případě užívání kortikosteroidů a u lidí, kteří jsou v léčbě s vysokou dávkou kortikosteroidů. Použití přípravku Axonia 7000 IU[®] potažovaná tablety (prekalciferolum 700 µg) a 7 000 IU vitaminu D₃ v (jedné potažované tabletě) je vhodné u lidí, kteří jsou v léčbě s vysokou dávkou kortikosteroidů. Použití přípravku Axonia 1000 IU[®] potažovaná tablety (prekalciferolum 100 µg) a 10 000 IU vitaminu D₃ v (jedné potažované tabletě) je vhodné u lidí, kteří jsou v léčbě s vysokou dávkou kortikosteroidů. **Společnost Axonia s.r.o. poskytuje zdravotní služby v rámci svého programu Axonia s.r.o. poskytuje zdravotní služby v rámci svého programu.**