

Univerzita Karlova v Praze
Právnická fakulta

Eva Rylichová

Pojem lege artis v systému veřejného zdravotního pojištění

Diplomová práce

Vedoucí práce: Doc. JUDr. Kristina Koldinská, Ph.D.

Katedra: Pracovního práva a práva sociálního zabezpečení

Datum uzavření rukopisu: srpen 2013

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci vypracovala samostatně, všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 9. srpna 2013

.....

Eva Rylichová

Poděkování

Děkuji paní Doc. JUDr. Kristině Koldinské, Ph.D. za cenné rady a připomínky k této práci.

Obsah

Úvod.....	1
1. Lege artis	6
1.1. Vymezení pojmu.....	6
1.2. Právní předpisy	8
1.3. Vymezení pojmu standardy	11
1.4. Standardy, doporučené postupy, závazná stanoviska	13
1.5. Závaznost standardů	15
1.6. Dynamika pojmu lege artis	17
1.7. Omezení lege artis	17
1.8. Hodnocení lege artis	21
2. Veřejné zdravotní pojištění	24
2.1. Vymezení pojmu.....	24
2.2. Právní předpisy	26
2.3. Zdravotní pojišťovny	27
2.4. Síť zdravotnických zařízení	33
3. Pracovněprávní aspekty.....	41
3.1. Právní předpisy	41
3.2. Osobní prvek ve zdravotnictví.....	45
4. Aktuální nález Ústavního soudu ČR	48
Závěr	54
Seznam použité literatury a pramenů.....	57
Resumé.....	62
The concept lege artis in the system of public health insurance.....	63

Úvod

Lege artis, synonymum odborně správného postupu, nejčastěji medicínského. Pojem často užívaný, běžně srozumitelný, zároveň pojem lehce archaický, bez přesné definice, neurčitý. Jinak je tento pojem vnímán zdravotníky, jinak právníky, jinak laickou veřejností.

Přáním i právem každého z nás jako potencionálního pacienta je dostat v případě potřeby odborně správnou, moderní, současným vědeckým poznatkům odpovídající zdravotní péči. Medicína ovšem není jen vědou, zůstává a do jisté míry vždy zůstane uměním. Každý člověk je individualitou, proto v medicíně neplatí nic absolutně. Vývoj vědy postupuje v posledních letech velmi rychle. Je a bude proto nemožné odborný postup v medicíně závazně standardizovat a podřídít detailním pravidlům, mnohé zůstane vždy na odborném individuálním posouzení a rozhodnutí lékaře, jeho intuici a umění.

Spojení pojmu lege artis s termínem veřejné zdravotní pojištění v názvu práce není náhodné, upozorňuje na problém v současnosti velmi aktuální. Stejně jako v jiných oblastech naší společnosti je stále větší pozornost věnována finančním otázkám. Ve většině případů jiný subjekt rozhoduje o úhradě zdravotní péče a jiný subjekt je povinen poskytnout odborně správnou péči a je za ni odpovědný.

Léčení, poskytování správné, dobré zdravotní péče je základní povinností a podstatou práce zdravotníků. Zdravotní péče je u nás na velmi dobré úrovni, personálně již tradičně, v přístrojovém vybavení a medikamentózní léčbě bylo odstraněno zaostávání z minulé éry. V několika posledních letech ve zdravotnictví probíhají změny shrnované pod pojem reforma. Objevují se nové pojmy jako nadstandardy, regulace, klient, zdravotní služby, limity úhrad. Tradiční pojetí medicíny jako vzájemného vztahu důvěry a spolupráce mezi pacientem a lékařem je zdůrazňováním ekonomických aspektů zdravotní služby ohroženo.

1. dubna 2012 nabyly účinnosti řada nových tzv. reformních zdravotnických zákonů. Především je to zákon o zdravotních službách, dále zákon o specifických zdravotních službách, zákon o zdravotnické záchranné službě a také významná novela zákona o veřejném zdravotním pojištění. Všechny zákony s výjimkou jednoho byly již opět novelizovány, což je sice v našem právním řádu běžné, nesvědčí to ale o precizní přípravě norem zásadních pro tak celospolečensky důležitou oblast. Navržena je další novela zákona o zdravotních pojišťovnách a další významná novela zákona o veřejném zdravotním pojištění. Aktuálně ovlivnil zdravotnictví nálezy Ústavního soudu zveřejněné 2. července, týkající se nadstandardů, regulačních poplatků a pravomocí zdravotních pojišťoven.

Současná situace ve zdravotnictví opravňuje ke konstatování, že zdravotnické a sociální oblasti nevěnovala dostatečnou pozornost žádná z polistopadových vlád. Dosavadní

prováděné změny jsou často nedostatečně připravené, bez potřebné analýzy dat a dopadů, bez předchozího prodiskutování s odborníky. Do praxe jsou změny zaváděny ukvapeně, po krátké době jsou rušeny nebo opakovaně upravovány. Příkladem takových změn jsou vyhlášené rušení deseti tisíc akutních nemocničních lůžek nebo ohlášené zrušení úhrady amalgámových zubních výplní nebo aktuální situace kolem tzv. úhradové vyhlášky. Restrikce je možné dělat, pokud je připraveno, kdo a kde poskytne zdravotní péči za omezený segment péče nebo pokud někdo převezme jakoukoliv odpovědnost za to, že část péče je plánovaně vyřazována ze systému veřejného zdravotního pojištění.

Dosavadní praxí je, že většina restriktivních opatření ministerstva a pojišťoven vedoucí k omezení péče nejsou veřejnosti oznámena. Hledání řešení a nepříjemné vysvětlování pacientům jsou ponechána na zdravotnících. Některé oblasti zdravotní péče již z úhrady ze systému veřejného zdravotního pojištění prakticky vyřazeny byly.

Problematika financování zdravotnictví je složitá, většina států světa řeší rozpor rychle se rozvíjející medicíny jako vědy a reálných konkrétních ekonomických možností. Většina evropských zemí vydává na zdravotnictví mnohem více prostředků než Česká republika¹. Jednou z hlavních příčin podfinancování našeho zdravotnictví je řadu let stagnující platba státu za tzv. státní pojištěnce. Za péči o tuto početně silnou skupinu občanů, často potřebujících nejnákladnější péči, zejména děti a příjemce důchodů a nezaměstnané, stát hradí již řadu let nezměněnou, velmi nízkou částku.

Příkladem rozporu možného a skutečného bylo také naše zdravotnictví do roku 1989. Poznatky vědy a techniky byly již v rozvinutém světě mnohem dál, než úroveň péče, kterou mohli nabídnout zdravotníci běžnému občanovi. Na druhé straně je třeba uvést, že některá organizační opatření z tehdejší doby například v oblasti prevence fungovala velmi dobře. V polistopadových letech velkých změn byly mnohé z nich opuštěny, patrně s představou, že každý občan se bude aktivně o své zdraví zajímat a pečovat o ně. V poslední době dochází ke znovuzavedení jednoho z důležitých preventivních opatření, rozesílání pozvánek, a to na některá preventivní onkologická vyšetření. Praktický byl také systém odborníků a hierarchicky organizované nemocniční síť.

Po roce 1989 byl u nás zahájen proces přechodu od paternalistického přístupu k partnerskému vztahu mezi lékařem a pacientem. Důraz je kladen na zlepšení vzájemné komunikace, zejména poskytování informací pacientovi, opomíjeno bývá, že součástí partnerského vztahu je i potřebná spolupráce pacienta. Někteří pacienti přichází po prostudování dat na internetu dobře informováni, někdy s jasnou představou a požadavkem, kterou moderní vyšetřovací metodu či lék potřebují, doporučení lékaře o aktivním přístupu k léčbě nebo změně životního stylu ale odmítají.

¹ Zdroj: OECD Health Data, Health at Glance 2012, z <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi>; v roce 2010 Česká republika 7,5%, Slovensko 9%, Rakousko 11%, Německo a Francie 11,6 % HDP

Část pacientů paternalistický přístup nadále vyžaduje, nechce být plně informována a nechce spolurozhodovat, někdy ani dodržovat léčebný postup. Ukazuje se, že zdaleka ne každý občan je ochoten a schopen ujmout se odpovědnosti za své zdraví. Značná část pacientů očekává, že někdo za ně rozhodne, jejich zdravotní potíže vyřeší, nejlépe ihned, trvale a ad integrum. Otázka informovaného souhlasu, v právu jasně vyřešená, zůstává v každodenní praxi z mnoha důvodů problematickou.

V oblasti péče o zdraví jsou stále více zdůrazňována práva a svoboda rozhodování jednotlivce, méně se mluví o současném omezování práv jiných jednotlivců či o povinnostech, vyplývajících z toho jiným. Klasickými příklady jsou kuřáci, pacienti odmítající léčebná doporučení, rodiče dětí striktně odmítající pro své děti jakékoliv očkování nebo podání transfuze.

Nejsložitější otázky vůbec, často víc etické a filosofické než medicínské a právní jsou ty spojené se začátkem a koncem lidského života- genetika, kmenové buňky, klonování, nevyléčitelné nemoci, eutanazie. Moderní medicína není všemocná. Dokáže zachránit nemocné, kteří by ještě nedávno neměli šanci na přežití, například velmi těžce poraněné pacienty nebo nezralé, předčasně narozené novorozence, ne vždy jim ale dokáže navrátit plné zdraví. Je stále mnoho onemocnění, které medicína vyléčit neumí, například většina těžších postižení centrálního nervového systému - mozku a míchy. K mnoha limitům medicínským a etickým, přistupují stále více ekonomické limity péče.

Zdravotnické problematice je věnována ve společnosti narůstající pozornost. Média se, kromě útržkovitých a mnohdy nepřesných informací, začínají věnovat zdravotnictví i seriózněji. Politická reprezentace vnímá problém v resortu zdravotnictví, stále se mu ale nevěnuje dostatečně, částečně ho bagatelizuje, při rozhodování vítězí často politická vůle a zájem vlivných skupin nad zájmem většiny.

Pacienti a zdravotníci se již s problémy delší dobu setkávají. Zdravotníci denně s enormně narůstající administrativou, ekonomickými limity péče, náročnými pracovními podmínkami a také zvyšujícími se požadavky, nervozitou i agresivitou některých pacientů. Pacienti například s problémem dostat se do některých zdravotnických zařízení zejména následné péče, s nedostatkem času a přepracováním lékařů nebo s problémem obdržet předpis na některé pomůcky či léky hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

Zdravotní péče je u nás na vysoké úrovni. Je tomu tak do značné míry díky pracovnímu nasazení zdravotníků. Zdravotníci pracují pod stále větším tlakem pojišťoven, zaměstnavatelů a veřejnosti. Někteří z nich doplácí na horšící se stav oboru svým zdravím, někteří odchází do komerční sféry, někteří ze zdravotnictví, někteří ze země. O studium na lékařských fakultách je mnohem menší zájem, než tomu bylo před několika lety, mnozí z nastupující generace v podmínkách českého zdravotnictví pracovat nechtějí. Zdravotníci se denně setkávají s nemocemi a strádáním, což samotné je psychicky náročné, ne vždy mohou pomoci. Odkaz na Hippokratovu přísahu jako

zdůvodnění téměř jakékoliv povinnosti zdravotníků je u nás, na rozdíl od sousedních zemí s kontinuitou tradičních hodnot, hojně užíván až zneužíván.

Právní literatura zabývající se zdravotnictvím se podrobně věnuje povinnostem zdravotníků a jejich odpovědnosti občanskoprávní a trestněprávní, nejčastěji konkrétně informovanému souhlasu, dokumentaci, povinnosti mlčenlivosti a postupu non lege artis. Legislativa obsahuje velmi málo práv zdravotníků, patrně na základě úvahy, že pacient je vždy v postavení slabší strany. Nevyváženost práv a povinností ve vztahu zdravotník- pacient, v praxi většinou také zdravotník - zaměstnavatel a vždy zdravotník- zdravotní pojišťovna je zřejmá.

Právní povědomí lékařů, z řady pochopitelných důvodů tradičně nízké, se postupně zlepšuje. Právní úhel pohledu na zdravotnickou problematiku bývá mnohdy velmi vzdálen reálné situaci a podmínkám fungování zdravotnictví. Zdravotníkům je při jejich spíše přírodovědecké orientaci jazyk práva cizí, s ojedinělými výjimkami jim nikdo problematiku medicínského práva nepřiblížil. Předpokládat že budou schopni při svém profesním vytížení průběžně studovat kontinuálně se měnící a přibývající právní předpisy je iluzorní. Lékaři musí rozhodovat a jednat jednoznačně, často velmi rychle, jsou k tomu vedeni celou profesní přípravou a hlavně potřebami praxe.

V posledních letech vznikla řada publikací a článků zabývajících se medicínským právem v širším kontextu, problematice lege artis byl věnován předloňský kongres medicínského práva a řada přednášek na půdě fakult právnických a lékařských. Česká lékařská komora pořádá opakovaně právní semináře a letos již druhý běh Univerzity medicínského práva. Tématu lege artis bude letos v listopadu v Praze věnována 3. konference Etika a komunikace v medicíně.

Osobně si velmi přeji, aby to vše byl začátek nového pojetí medicínského práva, kdy právo a celá společnost bude na zdravotnictví nahlížet nezaujatě a bude napomáhat jeho fungování jako celku. Pouze administrativní a sankční pojetí nepřinese potřebné zlepšení fungování zdravotnictví.

Ve své diplomové práci chci propojit své zkušenosti z medicínské praxe domácí i zahraniční s nově nabytými poznatky právními a věnovat se z medicínského práva jeho části podstatné, poskytování správné péče.

Práce je rozdělena do čtyř hlavních kapitol. V první z nich se věnuji různým aspektům pojmu lege artis, v druhé pojmu veřejného zdravotního pojištění a organizaci českého zdravotnictví. Následující kapitola je věnována zdravotníkům, kteří zůstávají podstatným prvkem každého zdravotního systému. Průběžně jsou zařazeny judikatura a příklady situací z českého zdravotnictví, související s poskytováním péče lege artis. V poslední kapitole se věnuji velmi zajímavému, aktuálnímu judikátu Ústavního soudu, který se významně dotýká tématu práce a byl vyhlášen bezprostředně před jejím dokončením. Závěr je shrnutím obsahu práce a mých názorů k danému tématu.

Cílem práce je upozornit na význam komplexního vnímání zdravotnické problematiky, ukázat složitost konkrétních situací a mnohé rozpory mezi nejruznějšími administrativními a legislativními pravidly a praxí. Pochopit odlišné vnímání zdravotnické problematiky medicínou a právem se sama pokouším několik let. Vědoma si obtížnosti až nemožnosti odlišný pohled sjednotit, snažím se alespoň na problémy zdravotnictví a zdravotnického práva pohledem lékaře s právním povědomím poukázat.

1. Lege artis

1.1. Vymezení pojmu

Z původního latinského *de lege artis medicinae* se v současnosti používá zkrácený pojem *lege artis*, překládaný jako podle pravidel (zákona) umění. Pojem je nejčastěji uváděn v medicínské problematice v souvislosti s právní odpovědností zdravotníků, s posuzováním péče *lege artis* resp. *non lege artis*.

Pojem je obvykle užíván jako synonymum odborně správného (lékařského) postupu^{2 3}, původně se jedná o pojem čistě medicínský. Postup *lege artis* je předmětem výuky všech klinických oborů vyučovaných na lékařských fakultách a také dalšího vzdělávání zdravotníků, typicky celoživotního vzdělávání lékařů. Jeho obsah je utvářen názory odborníků, stanovisky jejich odborných společností, odbornou literaturou.

Definici pojmu *lege artis* a *non lege artis* z trestněprávního hlediska obsahuje judikát Nejvyššího soudu ČR 7 Tdo 219/2005. V odůvodnění usnesení, kterým zamítl dovolání podané v neprospěch lékařů- porodníků, obviněných z trestného činu ublížení na zdraví v souvislosti s porodem který vedli a po kterém dítě zemřelo na následky asfyktického syndromu, se mimo jiné uvádí:

„V trestněprávní nauce se běžně považuje za porušení *lege artis*, pokud lékař při výkonu svého povolání nedodrží rámec pravidel vědy a medicínských způsobů a to v mezích daných rozsahem svých úkolů podle pracovního zařazení i konkrétních podmínek a objektivních možností.

Nejvyšší soud v této souvislosti konstatuje, že chyba v diagnóze sama o sobě ještě nemusí mít charakter nedbalosti ani jednání *non lege artis*. Může tomu tak být v případě, je-li nesprávná diagnóza důsledkem závažného porušení postupů pro její určování, například v případě bezdůvodného nevyužití dostupných diagnostických metod. Postup lékaře je ovšem vždy nutno hodnotit tzv. *ex ante*, tj. na základě informací, které měl lékař v době rozhodování k dispozici.“⁴

Některé právnícké autority zabývající se medicínským právem považují termín *lege artis* jako pojem právní za velmi vágní a neurčitý, důvod teoretické nevyjasněnosti shledávají v tom, že se jedná o pojem medicínský, nikoliv právní. Zároveň však upozorňují, že dojde-li k hodnocení správnosti postupu lékaře před soudem, děje se tak dle právních kritérií.⁵

² Těšínová, J., Žďárek, R., Polícar, R., *Medicínské právo*, s. 24

³ Mach, J., *Lékař a právo*, s. 15

⁴ Zdroj ASPI, navštíveno dne 30. 5. a Mach, J., *Přehled judikatury v oblasti zdravotnictví II*, Wolters Kluwer, s. 227

⁵ Císařová, D., Sovová, O., *Trestní právo a zdravotnictví*, s. 18, 21 a 55

Pojem lege artis není výslovně uveden v žádném novějším právním předpise, bývá nahrazován spojeními odborně správný postup nebo náležitá odborná úroveň. Méně často se s termínem lege artis setkáváme přeneseně v souvislosti s výkonem advokacie.

U pojmu lege artis je také nutno odlišit jeho pojetí stricto sensu a largo sensu. Jako synonymum odborně správného postupu se jedná o pojetí tohoto pojmu v užším smyslu.⁶ Někteří autoři interpretují pojem lege artis jako synonymum nejen správného, ale zákonného postupu.⁷ V tomto širším pojetí by šlo o posuzování postupu lege artis nejen z hlediska medicínského, nýbrž co do souladu se všemi právními předpisy⁸, tedy například včetně vyžádání si informovaného souhlasu. Základním rozporem širšího pojetí by bylo, zda léčit lege artis v medicínském smyslu nebo zcela upřednostnit autonomii pacienta, jeho právo na svobodné rozhodnutí o léčbě.

Problematika informovaného souhlasu je v právní literatuře široce zpracována⁹ a zakotvena v zákoně o zdravotních službách¹⁰, péči je nutno poskytovat se souhlasem pacienta. Lze ale podrobným informováním poučit pacienta dostatečně k tomu, aby převzal rozhodnutí o léčbě na sebe? Určitá míra paternalistického přístupu v rozhodování o léčbě je nutně dána předchozím vzděláním a erudicí lékaře. Úvahy do jaké míry kupříkladu opravdu přenáší negativní revers odpovědnost na pacienta a jak se lékař vnitřně vyrovná s porušením povinnosti léčit, ke které byl vždy veden, nás odvádí z roviny čistě právní.

Převládá pojetí lege artis jakožto odborné správnosti lékařského postupu¹¹, k němuž se přikláním i v této práci.

Určitý rozdíl ve vnímání pojmu lege artis ve zdravotnictví a v právu je dán již základním zaměřením oborů a patrně nadále zůstane. Pojem lege artis, který jasně a nesporně nelze definovat, bude v právu spíše vnímán jako nepřesný a možná postupně i méně užíván, v medicíně bude nadále chápán jako správný léčebný postup vyučovaný na lékařských fakultách a uznávaný konsenzem příslušných odborníků. I v samotné právní literatuře je patrný rozdílný pohled na zdravotnické otázky podle toho, zda se autoři zabývají medicínským právem teoreticky nebo jsou jim známy každodenní situace ve zdravotnictví.

⁶ Žďárek, R., IV. kongres medicínského práva, kniha abstrakt, s. 22

⁷ Sokol, T., Lege artis, známý pojem neznámého obsahu, Právní rádce 4/2010

⁸ Ryška, M., IV Kongres medicínského práva, kniha abstrakt, s. 56

⁹ Šustek, P., Holčepek, T.: Informovaný souhlas

¹⁰ § 28 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

¹¹ Žďárek, cit. 6

1.2. Právní předpisy

Pojem *lege artis* je v praxi hojně užíván, v právních předpisech není ale nikde výslovně definován.

V Listině základních práv a svobod¹² je zdravotní péči věnována druhá věta článku 31: „Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“ Formulace bezplatnosti byla opakovaně předmětem diskusí a výkladu. Celospolečenská diskuse zahájená zavedením regulačních poplatků zákonem o stabilizaci veřejných rozpočtů¹³ skončila rozhodováním u Ústavního soudu. Ústavní soud se zrušením vybraných částí tohoto zákona zabýval v nálezu sp. zn. Pl. 1/08. Regulační poplatky neshledal vzhledem k jejich regulativní funkci a existenci tzv. ochranných limitů jejich platby za protiústavní, ponechal je v platnosti a příslušná ustanovení zákona nezrušil.

Pojem *lege artis* je obvykle vykládán v souladu se dvěma základními předpisy medicínského práva, a to Úmluvou o lidských právech a biomedicíně¹⁴, mezinárodní smlouvou kterou jsme vázáni od roku 2001 a zákona č.372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen zákon o zdravotních službách), který nahradil mnohokrát novelizovaný zákon o péči a zdraví lidu z roku 1966.

Článek 4 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně stanoví, že: „Jakýkoliv zákrok¹⁵ v oblasti péče o zdraví včetně vědeckého výzkumu je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy.“

Zákon o zdravotních službách uvádí v § 4 odst. 5 v platném znění: „náležitou odbornou úroveň se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti.“ Diskuse vedená kolem poslední části je převážně teoretická, v praxi nikdy nebylo a nebude možné odhlédnout od konkrétních podmínek a objektivních možností. V praxi je neuskutečnitelné, aby měl pacient vždy zaručenu péči podle posledních vědeckých poznatků.¹⁶ Platí ustanovení § 13 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění: „Ze zdravotního pojištění se hradí

¹² Usnesení předsednictva České národní rady č.2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky)

¹³ Zákon č. 261/2007 Sb.

¹⁴ Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 96/2001 Sb. m. s., o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluvy o lidských právech a biomedicíně.

¹⁵ Zde musím vzpomenout poznámku vyučujícího z dob mých lékařských studií, který nám opakoval, že zákrok je policejní, lékařský, například chirurgický je výkon. Praxe se ale patrně ustálila jinak

¹⁶ Představa, že je v praxi například možné kdykoliv odeslat pacienta na špičkově vybavené pracoviště neodpovídá skutečnosti. Takové pracoviště může být velmi vzdálené, jediné v celé republice, plně kapacitně vytižené, finančně limitované a pacienta proto nepřijme, navzdory jeho teoretické svobodné volbě. Chybí struktura nadřízeného pracoviště vyššího typu a speciální systém hrazení péče v něm, fakultní nemocnice jsou placeny většinou paušálně, nikoliv za konkrétního pacienta dle provedené specializované péče.

zdravotní služby poskytnuté pojištěnci s cílem zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav nebo zmírnit jeho utrpení, pokud:

- a) odpovídají zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejich poskytnutím dosaženo, a jsou pro pojištěnce přiměřeně bezpečné,
- b) jsou v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy,
- c) existují důkazy o jejich účinnosti vzhledem k účelu jejich poskytování.“

Nový zákon o zdravotních službách, který loni nahradil zákon č. 60/1966 Sb., o péči a zdraví lidu a zákon č. 160/1992 Sb., o podmínkách poskytování zdravotní péče v nestátních zdravotnických zařízeních, užívá tedy nikoliv pojem *lege artis*, ale pojem náležitá odborná úroveň, patrně analogický. Pojem se objevuje v zákoně také v § 28 odst. 2: „Pacient má právo na poskytování zdravotních služeb na náležitě odborné úrovni“ a § 45 odst. 1: „Poskytovatel je povinen poskytovat zdravotní služby na náležitě odborné úrovni, vytvořit podmínky a opatření k zajištění uplatňování práv a povinností pacientů a dalších oprávněných osob, zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků při poskytování zdravotních služeb.“¹⁷

Pro srovnání znění dle § 11 odst. 1 zákona č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu: „Zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy“.

Uvedené citace mohou sloužit ke stanovení kritérií správné odborné zdravotnické péče, tedy tzv. *lege artis*. Zásadní je tedy soulad s příslušnými standardy, pravidly vědy a uznávanými medicínskými postupy. V praxi ovšem nastává problém s neexistencí kompletních standardů a limity jejich závaznosti.

Výslovně byl pojem *lege artis* uveden v § 51 zákona č. 48/1998 Sb., o veřejném zdravotním pojištění¹⁸ v souvislosti s výběrovým řízením před uzavřením smlouvy zdravotní pojišťovny se zdravotnickým zařízením o poskytování a úhradě zdravotní péče do března 2012, novelou byl pojem vypuštěn. V § 13 téhož zákona je nadále zakotveno právo pojištěnce na zdravotní péči v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy.

S pojmem *lege artis* se setkáme v podzákoných normách. Ve vyhlášce č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy, je v přílohách uvedeno poskytování hrazené péče zdravotnickým zařízením „*lege artis*“. Ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků je v § 2 vymezen standard zdravotní péče, pokus o jeho definici.

¹⁷ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

¹⁸ „Při posuzování přihlášek členové komise přihlížejí zejména k dobré pověsti zdravotnického zařízení (k dodržování postupu *lege artis*)“, novelou č. 369/2011 Sb. byl obsah závorky zrušen

Stavovský předpis č. 10 České lékařské komory Etický kodex k péči lege artis v § 2 odst. 1 uvádí: „Lékař v rámci své odborné způsobilosti a kompetence svobodně volí a provádí ty preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a které pro nemocného považuje za nejvýhodnější. Přitom je povinen respektovat v co největší možné míře vůli nemocného (nebo jeho zákonného zástupce).“

Etický kodex České lékařské komory byl přijat v roce 1996, o pět let dříve než Česká republika ratifikovala Úmluvu o lidských právech a biomedicině.

Zákon o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře stanoví: „Každý člen komory má povinnost vykonávat své povolání odborně, v souladu s jeho etikou a způsobem stanoveným zákonem.“¹⁹

K profesním pravidlům v širším smyslu můžeme zařadit i tzv. Hippokratovu přísahu, kterou ve značně modifikované podobě slibu skládají absolventi lékařských fakult během promoce. Na I. lékařské fakultě Univerzity Karlovy je tato tzv. doktorská sponze přečtena promotorem v latině ve znění (v překladu):

„Především: že si budete vědomi poslání vzdělání a vědy pro společnost, že budete stále usilovat o společenský pokrok a šťastnou budoucnost lidstva, že své vědomosti a svou činnost zaměříte ku prospěchu všech lidí a své povinnosti budete konat řádně a svědomitě, že budete stále prohlubovat vědecké poznání, ke kterému tato věda došla, a v něm budete stále pokračovat. Dále: že budete podle svých možností a svého nejlepšího svědomí řídit život zdravých i nemocných vždy jen k jejich prospěchu, že zachováte svůj život a své lékařské umění čisté a bez jakéhokoli provinění a že budete mít na zřeteli jen dobro člověka, že to, co uvidíte nebo uslyšíte při provádění svého povolání nebo vůbec v životě lidí, co by nemělo být zveřejněno, zachováte v tajnosti...“²⁰

Současný občanský zákoník²¹ ukládá každému obecnou povinnost počínat si tak, aby nedocházelo ke škodám na zdraví. De lege ferenda, nový občanský zákoník obsahuje rozsáhlejší úpravu týkající se zdravotní péče než zákoník stávající.²²

Bylo by vhodné, kdyby nová právní úprava zahrnula také rozrůstající se oblast alternativní péče o zdraví neposkytovanou zdravotníky. Dnes chybí podmínky poskytování této péče, postižitelnou odpovědnost například léčitelé, na rozdíl od zdravotníků, nenesou. V zákoně o zdravotních službách nejsou alternativní postupy upraveny, nejsou zahrnuty do pojmu zdravotní služby. Existují situace, kdy klasická

¹⁹ § 9 odst. Zákona č. 220/1991 Sb. v platném znění (platné znění u dalších zákonů neuváděno)

²⁰ www.lf1.cuni.cz/file/37370/WEBKarolinka_2012.pdf, navštíveno dne 15. 5. 2013 (rok 2013 dále neuváděn u data návštěv webových stránek)

²¹ § 415 zákon č. 40/1964 Sb.

²² Zejm. v části čtvrté relativní majetková práva, hlavě II závazky z právních jednání, dílu 9 zákona č. 89/2012 Sb.

medicína nemůže pacientovi účinně pomoci a seriózně poskytovaná alternativní léčba může být určitým přínosem. Úplná absence pravidel v této oblasti péče o zdraví je v kontrastu s nárůstem přísných pravidel ve zdravotnictví. Nutno ale doplnit, že pojem alternativní léčba je u nás zahrnuje mnohé, od podvodů až k metodám, které výsledky mají a provádí je lékaři. Veřejností jsou alternativní metody hojně využívány, byť oficiálně vědeckými kruhy tvrdě kritizovány. V západních zemích je na fytoterapii, homeopatii či akupunkturu pohlíženo smířlivěji, kupř. v Německu na léčbu akupunkturou přispívají zdravotní pojišťovny.

1.3. Vymezení pojmu standardy

Obsah pojmu je obtížné definovat, je užíván nejednotně, v několika odlišných významech. Původně hlavně ve smyslu profesního standardu, správného postupu *lege artis*, v poslední době nejčastěji ve smyslu standardní zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Tato práce se zabývá zejména standardy ve smyslu Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, tedy profesními standardy, souladem odborné péče se současnými uznávanými postupy a poznatky lékařské vědy, tedy v prvně uvedeném významu. Obě pojetí pojmu *lege artis* spolu souvisejí, o standardech péče v ekonomickém smyslu bude pojednáno v kapitole druhé.

Složitost a zdlouhavost procesu tvorby standardů dokumentuje citace z oficiálních webových stránek Ministerstva zdravotnictví, publikovaná tam již v září 2008:

„Nový zákon vymezí přesněji obecné podmínky, za kterých jsou zdravotní služby hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Zároveň ministerstvo zdravotnictví již dnes iniciovalo založení Odborného fóra, v jehož rámci budou zástupci poskytovatelů zdravotní péče, odborných společností, zdravotních pojišťoven a Ministerstva zdravotnictví společně vytvářet doporučené postupy- standardy poskytování hrazené péče. Tyto standardy budou následně zveřejněny ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR a zohledněny ve smlouvách mezi pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb. Takový postup je v souladu s praxí v ostatních rozvinutých zemích.

Opačný postup, tedy popsání standardů poskytování hrazené zdravotní péče v zákonu nebo ve vyhláškách by byl nesmírně zdlouhavý a hlavně by znemožnil naplnění odpovědnosti lékaře vůči pacientovi a zohlednění individuální potřeby pacienta. Není přeci možné určit natvrdo, jaké léky má dostávat například 60letý muž, který již prodělal dva srdeční infarkty, zda má nárok na operaci (jakou) nebo na jiný postup. Navrhované řešení povede k tomu, že většina pacientů bude léčena v plném souladu se standardy. Ve zvláštních případech, které se v medicíně vždy mohou vyskytnout, se ale dostane pacientům péče, kterou potřebují, i když je výjimečná.“²³

²³ www.mrcz.cz/KvalitaaBezpeci/dokumenty/archiv--standarty-lekarske-pece. Navštíveno dne 20.5.

Citace evokuje řadu otázek dnes aktuálních týkajících se ekonomických limitů zdravotní péče. V současnosti existují například na řadě pracovišť tzv. pozitivní listy, označující lékaři léky, které má předepisovat. Nově se objevily podobné pozitivní listy od zdravotních pojišťoven.²⁴ Nejlevnější lék se stejnou účinnou látkou není vždy zcela stejný co do účinku či snášenlivosti. Autonomie lékařů začíná být výrazně omezována administrativními a ekonomickými zásahy. Zatím nemá závaznost pozitivních listů zákonný podklad. Problematice léků a zdravotnických přístrojů se, vzhledem k její komplikovanosti a zaměření práce, zde jinak nevěnuji.

Ministerstvo zdravotnictví uvádí dále na svých webových stránkách stav přípravy standardů odborné zdravotní péče, aktualizovaný naposledy v říjnu 2009:

„Přípravou podkladů pro proces tvorby standardů odborné zdravotní péče bylo pověřeno Odborné fórum pro tvorbu standardů (dále jen OF). OF bylo ustanoveno v roce 2008 jako poradní orgán Ministerstva zdravotnictví a zdravotních pojišťoven. V rámci činnosti OF byly doposud zpracovány následující dokumenty: Metodika tvorby standardů, Procesní model tvorby standardů, První dva modelové standardy: standard pro diagnostiku a léčbu pacientů se zlomeninami horního konce kosti stehenní a standard pro diagnostiku a léčbu pacientů s mozkovým infarktem.

Tvorba dalších 6 pilotních standardů a aktualizace metodiky pro tvorbu standardů probíhá na základě smlouvy mezi NRC²⁵/OF a Ministerstvem zdravotnictví v současnosti. Aktualizace metodiky spočívá především v rozpracování jejich významných komponent, jako je jednotná terminologie, klasifikace klinických doporučených postupů, způsob, jakým jsou navrhovány a zpracovány ukazatele, řešení ekonomických aspektů a algoritmizace doporučených postupů. V srpnu 2009 byl dále zahájen projekt Vývoj národní sady standardů zdravotních služeb financovaný z prostředků grantu IGA MZČR. Jeho úkolem je další ověřování až dosud zpracovaných metodik a vývoj cca 30 konkrétních klinických standardů celé řady odborností. Na grantu spolupracují odborné společnosti...“²⁶

Odborné fórum pro tvorbu standardů péče a koncentraci vybrané vysoce specializované péče uvedlo na svých webových stránkách čtyři dokumenty k veřejné oponentuře a závěrečné konstatování, že v průběhu roku 2010 vypršel mandát všem členům předsednictva Odborného fóra.²⁷ Národní referenční centrum (dále NRC) bylo založeno

²⁴ Na pozitivním listu Všeobecní zdravotní pojišťovny je nyní 7 léků, VZP se o jejich nižší ceně dohodla s farmaceutickými firmami

²⁵ Národní referenční centrum bylo založeno jako zájmové sdružení právnických osob. Zakládajícími členy jsou všechny zdravotní pojišťovny v České republice a Sdružení soukromých nemocnic České republiky, později přistoupila Asociace zdravotnických zařízení Středočeského kraje, Asociace českých a moravských nemocnic a Asociace nemocnic ČR.

²⁶ Viz citace 23

²⁷ Metodika vývoje standardu, Procesní model správy řízených dokumentů Odborného fóra pro standardy, Souhrn výchozí rešerše vývoje klinických standardů v zahraničí, Osnova standardu, z www.odborneforum.nrc.cz, navštíveno dne 20.5.

v roce 2003, mezi jeho hlavní cíle patří „podpora sektoru akutní lůžkové péče při širším zavádění DRG jako úhradového mechanismu, revize seznamu výkonů, využití produkčních dat pojišťoven pro sledování kvality poskytované péče a školení a certifikace v oblasti kódování DRG.“²⁸

Tvorba odborných standardů a jejich zveřejňování ve Věstnicích Ministerstva zdravotnictví postupně pokračuje, podrobněji v následující podkapitole.

V příloze vyhlášky č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče jsou uvedeny minimální hodnotící standardy a ukazatele kvality a bezpečí a způsob jejich tvorby a sledování. Pojetí standardu v této normě bych označila za standard standardu.²⁹

1.4. Standardy, doporučené postupy, závazná stanoviska

Tato část práce je věnována existujícím oficiálním zdrojům, které mají pomoci konkretizovat obsah náležité odborné úrovně požadované zákonem o zdravotních službách. Standardy zdravotní péče jsou normy stanovené odborníky, reprezentující v medicíně uznávaný postup tzv. „evidence based medicine“, medicíny založené na důkazech, podložené průkaznými klinickými studiemi a tzv. „consensus based“, postup široce akceptovaný konsenzem odborníků.

Profesní standardy ve smyslu Úmluvy o lidských právech a biomedicíně neexistují ve formě obecně závazného právního předpisu. Výjimkou je stanovení postupu zjišťování smrti v případech prokazování smrti mozku, uvedený v příloze transplantačního zákona č. 285/2002 Sb., změněném zákonem č.44/2013.³⁰

Ministerstvo zdravotnictví vydalo několik dokumentů v této oblasti, jedná se o doporučené postupy optimální z hlediska odborného a přijatelné z hlediska nákladů, nikoliv o závazné postupy. Většina těchto dokumentů je publikována ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví (dále MZ), nazývají se metodický pokyn nebo návod, méně často standard.³¹ Řada metodických pokynů se týká vzdělávacích programů, některé

²⁸ www.nrc.cz, navštíveno dne 20.5.

Poznámka: DRG-Diagnosis Related Group je velmi složitý klasifikační systém týkající se hospitalizace a její úhrady. Jednotliví pacienti (slovníkem DRG „případy“) jsou na základě tzv. atributů případů (tj. diagnóz hlavních i vedlejších, tzv. kritických výkonů- př. operačních, věku...) řazeni do jednotlivých DRG skupin.

²⁹ Např. v části 1.5 Standard využívání doporučených diagnostických, léčebných a ošetrovatelských postupů, 1.5.1 ukazatele kvality a bezpečí pro splnění standardu: „standard je splněn, jestliže poskytovatel lůžkové zdravotní péče využívá diagnostické, léčebné a ošetrovatelské postupy doporučené odbornými a profesními organizacemi zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ve zdravotnictví a b) jsou zpracovány interní diagnostické, léčebné a ošetrovatelské postupy při péči o pacienty se smyslovým nebo tělesným postižením“.

³⁰ Těšinová, citace 2, s. 25

³¹ Na terminologickou nedůslednost upozorňuje Těšinová, citace 2.

provozu a sledování kvality zdravotní péče, jeden z posledních kupř. hygieně rukou při poskytování zdravotní péče.³²

Pokynů týkajících se bezprostředně zdravotní, léčebné péče nacházím ve Věstnicích MZ za posledních pět let do dvou desítek.³³ Oba modelové standardy péče, zmíněné v předchozí podkapitole, jsou ve Věstnicích MZ obsaženy, první v několika z nich, standard péče o pacienty se zlomeninou horního konce stehenní kosti jako doporučený postup péče ve Věstníku MZ z roku 2011, částce 5. Ve věstnicích je také upraveno poskytování specializované péče v traumatologických, cerebrovaskulárních a kardiologických centrech. V závěru stati o standardech odkazuje Ministerstvo zdravotnictví také na další informační zdroje.³⁴

Česká lékařská komora vydala závazná stanoviska, závazná pro lékaře, členy této stavovské profesní organizace. Tato stanoviska však zdaleka nepokrývají všechny oblasti poskytování zdravotní péče, je jich pouze velmi omezený počet. Na webových stránkách České lékařské komory³⁵ jsou uvedeny necelé dvě desítky platných závazných stanovisek, například závazné stanoviska pro poskytování porodní péče v České republice³⁶, závazné stanovisko pro konziliární vyšetření³⁷, závazné stanovisko pro udělování licencí v oboru urgentní medicína.³⁸ Chronologicky poslední stanoviska z roku 2011 se týkají vedoucího lékaře léčebny dlouhodobě nemocných a vedoucího lékaře hospicu.³⁹ Některá dříve vydaná stanoviska⁴⁰ nejsou mezi platnými závaznými stanovisky aktuálně uvedena.

Prakticky je tedy obsah profesních standardů nadále v mnoha případech určován konsenzem odborníků a doporučeními odborných společností. Doporučení odborných společností nejsou však závaznými. Na rozdíl od České lékařské komory, organizace profesní samosprávy s povinným členstvím, je Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně sdružením fyzických osob, „dobrovolné nezávislé sdružení fyzických osob, lékařů, farmaceutů a ostatních pracovníků ve zdravotnictví a příbuzných oborech.“⁴¹

³² Věstník MZ 2012 částka 5

³³ Několik národních radiologických standardů ve Věstníku MZ 2011 č. 5, standard substituční léčby ve věstníku MZ 2008 č. 3, standard pro léčbu virových hepatitid u uživatelů drog ve věstníku MZ 2008 č. 7, standard při poskytování a vykazování výkonů screeningu nádorů kolorekta ve věstníku MZ 2009 č. 2. Metodické pokyny týkající se cerebrovaskulární péče- iktových center, péče o pacienty s akutní cévní mozkovou příhodou ve věstnicích MZ 2010 č. 8 a 2012 č. 8 a 10, metodický 2010 č. 4

³⁴ První z nich na stránky nakladatelství Dashöfer, kde je nabízena publikace Standardy léčebných postupů a kvalita ve zdravotní péči, editoři publikace Forýtková, Bourek

³⁵ www.lkcr.cz/legislativa

³⁶ Závazné stanovisko č.3/ 2007

³⁷ Závazné stanovisko č. 2/ 2003

³⁸ Závazné stanovisko č.2/ 2004

³⁹ Závazné stanovisko č. 1 a č. 2/ 2011

⁴⁰ Např. závazná stanoviska č. 1/2001 k léčbě osteoporózy, č. 4/2004 k léčbě akutní fáze mozkového infarktu, č.1/ 2006 invazivní meningokoková onemocnění a další

⁴¹ Stanovy, www.cls.cz, navštíveno dne 25.5.

Na stránkách České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně je uvedena řada doporučených postupů odborných společností, úvod a většina postupů jsou z let 2001 a 2002. Některé odborné společnosti jsou organizovány samostatně⁴², mimo tuto lékařskou společnost, na tvorbě doporučených postupů se tyto odborné společnosti podílely a podílejí.

Dříve se kromě pojmu *lege artis* objevoval v souvislosti s hodnocením odborného postupu lékaře pojem *vitium artis*, chápáný jako chyba, vada lékařského umění.⁴³ Souvisel s chápáním lékařské profese jako výjimečné, stavovsky privilegované s modifikovanou odpovědností, která byla posuzována profesní organizací nebo komisí. Tento pojem je většinou považován za překonaný.⁴⁴

1.5. Závaznost standardů

Obtížnost tvorby odborných standardů stejně jako terminologická nejednotnost názvu těchto postupů byla již uvedena. V právních předpisech tyto odborné postupy vymezeny jednoznačně nejsou. Z hlediska medicínské i právní praxe existují pochybnosti o možnosti přijetí právně závazných postupů vzhledem k množství situací a rozhodnutí, kterým je lékař vystaven.⁴⁵

Z pohledu právní závaznosti tvoří profesní standardy pouze ty dokumenty, které jako právně závazné přijala Česká lékařská komora nebo byly vydány formou obecně závazných právních předpisů.

K závaznosti standardů, doporučených a závazných postupů se vyjádřil Nejvyšší soud ve svém rozhodnutí 8 T do 1421/2008, v usnesení o dovolání lékaře záchranné služby proti rozsudku krajského soudu:

„Pokud odvolací soud k této problematice uvedl, že se jedná o otázku etickou, k níž sice ani odborníci nezaujali jednoznačné stanovisko, ale právní řád České republiky takový postoj striktně odmítá a považuje jej za postoj *non lege artis*, když ještě předtím zdůraznil závaznost standardů obsažených v metodických pokynech České lékařské komory Jana Evangelisty Purkyně, je třeba uvést, že Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně nemohla vydat takové závazné standardy, které by byl obviněný jako lékař záchranné služby povinen dodržovat. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně je totiž dobrovolné nezávislé sdružení fyzických osob - lékařů, farmaceutů a ostatních pracovníků ve zdravotnictví a příbuzných oborech, příp. osob právnických (srov. § 1 odst. 1 jejích Stanov). Je tedy občanským sdružením, a už proto její doporučení nemohou být pro lékaře (příp. další sdružené osoby) závazná, natož aby mohla být považována za obecně závazné standardy nejen pro její členy, ale dokonce i

⁴² Např. Společnost pro ortopedii a traumatologii pohybového aparátu

⁴³ Např. při celkově správném postupu došlo k pochybení nedostatkem manuální zručnosti

⁴⁴ Císařová, D., Sovová, O., Trestní právo a zdravotnictví, s. 22

⁴⁵ Sovová, O., Zdravotnická praxe a právo, s. 25

pro všechny zdravotnické pracovníky v České republice, jak snad chtěl odvolací soud dovodit.

To na druhé straně neznámá, že by povinnosti lékařů a ostatních pracovníků ve zdravotnictví nebyly právními normami upraveny. Postup při poskytování zdravotnické péče je obecně upraven v již výše citovaném zák. č. 20/1966 Sb., podle jehož § 11 odst.1 zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. Podmínky poskytování zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních stanoví zvláštní zákony. Zdravotní péči poskytují dále zařízení sociálních služeb s pobytovými službami, jde-li o ošetrovatelskou a rehabilitační zdravotní péči o pojištěnce v nich umístěné, a to za podmínek a v rozsahu stanoveném ve zvláštním právním předpisu.

Lékař je tedy povinen řídit se pravidly lékařské vědy, vykonávat povolání v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a dodržovat pouze závazná stanoviska profesní komory zřízené zákonem. Tímto zákonem je shora již také citovaný zákon č.220/1991 Sb. Podle něho Česká lékařská komora, která je samosprávnou nepolitickou organizací sdružující všechny lékaře zapsané v seznamu vedeném komorou (§ 1 odst. 2 zákona), dbá na to, aby členové komory vykonávali své povolání odborně, v souladu s jeho etikou a způsobem stanoveným zákony a řády komory [§ 2 odst. 1 písm. a) zákona], a je (mimo jiné) oprávněna vydávat pro členy komory závazná stanoviska k odborným problémům poskytování zdravotní péče [§ 2 odst. 2 písm. i) zákona]. Každý člen komory má povinnost vykonávat své povolání odborně, v souladu s jeho etikou a způsobem stanoveným zákony [§ 9 odst. 2 písm. a) zákona]. Oprávnění vyplývající z § 2 odst. 2 písm. i) citovaného zákona Česká lékařská komora, využila vydáním Etického kodexu, podle jehož § 2 odst. 1.⁴⁶

Subjektem, který by mohl rozhodovat o odborných postupech, je Ministerstvo zdravotnictví, kterému ale chybí výslovné zákonné zmocnění k vydání takového obecně závazného právního předpisu. Subjekty, mající zájem hodnotit odbornost péče jsou zdravotní pojišťovny, nejsou k tomu oprávněny. Názory Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, odborných společností nebo uznávaných odborníků nejsou právně závazné.

Na závěr připomenu jeden užitečný organizační prvek předlistopadového zdravotnictví, který zabezpečoval koordinaci a poskytování péče *lege artis* v jednotlivých medicínských oborech. Při ministerstvu zdravotnictví byli ustaveni hlavní odborníci, kteří ve svém oboru určovali preventivní, diagnostické a léčebné postupy v souladu se současnými poznatky lékařské vědy, odborně řídili a prováděli kontrolu nad úrovní zdravotních služeb. Obdobně působili na krajské úrovni krajské a na okresech okresní

⁴⁶ Sp. zn. 8 T do 1421/2008. Zdroj ASPI, navštíveno dne 30.5. V citaci uvedený zákon o zdraví lidu byl loni nahrazen zákonem o zdravotních službách.

odborníci. Organizovali vzdělávání zdravotníků, byli oprávněni určovat odborné postupy ve svém oboru, kontrolovat odborné znalosti zdravotníků.⁴⁷

V současném, organizačně a vlastnický různorodém systému je kontrola kvality poskytování péče lege artis složitá. Na jedné straně podrobná akreditační šetření v nemocnicích často silně formalizovaná a zbyrokratizovaná, na druhé straně řada pracovišť, kde kontrola chybí.

1.6. Dynamika pojmu lege artis

Obsah pojmu lege artis se mění s rozvojem medicíny, vývojem nových metod, technologií a léků. Proměnlivost jeho obsahu je jedním z hlavních důvodů, proč je tak obtížné zpracovat závazné odborné postupy, téměř nepřetržitě by je bylo nutné aktualizovat. Některé postupy vyučované a uznávané před několika lety nejsou dnes již považovány za lege artis. V zákoně o péči zdraví lidu byla tato proměnnost zohledněna formulací „současné dostupné poznatky lékařské vědy“, v odborné literatuře byla opakovaně rozebírána.

Z nové právní úpravy v zákoně o zdravotních službách: „podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti“ vyplývá, že lékař postupuje lege artis příkloní-li se kterémukoliv z uznávaných postupů.⁴⁸

V praxi se vyskytují situace, kdy standardů je více a lékař rozhoduje o nejvhodnějším z nich, může zvolit kterýkoliv z doporučených a dodrží tak postup lege artis. V případě potřeby se může od doporučených postupů i odchýlit, musí to však v dokumentaci zdůvodnit. Při hodnocení je nutno přihlížet ke konkrétním podmínkám a objektivním možnostem. Postup by měl být hodnocen podle zásady ex ante, nikoliv ex post, protože následně se může jevit zcela odlišně.

1.7. Omezení lege artis

Povinnost poskytovat zdravotní služby lege artis, na náležité odborné úrovni, podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů je limitováno dvěma hlavními faktory. Svobodnou vůlí, souhlasem či nesouhlasem pacienta a v praxi stále více finančně.

Lékař je povinen akceptovat, odmítne-li poučený pacient souhlas s určitým výkonem a výkon neprovést, i když je to v rozporu s jeho povinností poskytovat péči lege artis. Lékař pak hledá se souhlasem pacienta jiný postup lege artis, nesmí však přijmout požadavek pacienta na postup non lege artis.⁴⁹ V reálné praxi se lékaři tomuto způsobu

⁴⁷ Gecík, K., Právna odpovědnost v zdravotnictví a medicíně, s. 139

⁴⁸ Mach, J., Tempus Medicorum 01/2012, časopis České lékařské komory, s. 28

⁴⁹ Mach, J., Stolínová, J., Právni odpovědnost v medicíně, s. 169

myšlení učí, primárně je pro ně těžké nepoužít postup, který považují podle svého vědomí a svědomí za nejlepší léčbu a byli k němu školeni dosavadní profesní přípravou.

V souvislosti s odmítáním léčby bývá typicky uváděn příklad členů jedné náboženské skupiny, odmítající za jakékoliv situace krevní transfuzi. Častější jsou situace, kdy pacienti odmítají některé léky nebo určité vyšetření, rodiče odmítají jakékoliv očkování svého dítěte. Na jedné straně přesvědčení rodičů, že očkování může jejich dítěti uškodit vedlejšími účinky a obava, že očkování je doporučováno pod vlivem tlaku výrobců a distributorů očkovacích látek. Na druhé straně nutná ochrana před infekčními nemocemi a většinou i právo ostatních nebýt jimi nakaženi. Zákon o ochraně veřejného zdraví uvádí podrobení se stanoveným očkováním jako podmínku přijetí do mateřské školky.⁵⁰ Na druhé straně řada rodičů na očkování svých dětí trvá i v případech, kdy to povinné není, například u tuberkulózy, proti které bylo u nás nedávno očkování zrušeno, stejně jako v řadě jiných evropských států.

Aktuálními se stávají finanční limity úhrady zdravotní péče. Lékaři se často dostávají do situace, kdy proti zákonné povinnosti léčit lege artis stojí závazný pokyn nadřízeného omezit poskytovanou péči a limitace úhrady od zdravotních pojišťoven. Pacienta pochopitelně žádné limitace nezajímají a vědom si svých práv se dožaduje péče podle svých představ, tj. nejmodernější a neomezené. Velmi obtížná argumentace a samozřejmě i odpovědnost zůstávají zatím plně na zdravotnících. Pojišťovny ani zaměstnavatelé písemně limit nesdělí, pojišťovny naopak pacienta informují, že proplatí jakoukoliv lékařem indikovanou léčbu, což pak reálně neučiní a řídí se svými obvyklými postupy. Lékař je nucen na úkor své odborné práce vysvětlovat pacientovi limity péče, se kterými sám nesouhlasí nebo psát na pojišťovnu rozsáhlá zdůvodnění, proč léčil nad uvedený limit.

Přesně je tato problematika shrnuta v článku právníka, znalce poměrů českého zdravotnictví. Uvádí nejprve závěr judikátu Nejvyššího soudu ČR sp. zn. Cdo 3507/2008, kde je stanoveno, že pokud poskytovatel při dodržení limitů předepisovaných léčivých přípravků nemohl postupovat lege artis, regulace se neuplatní. Pokračuje nálezem Ústavního soudu sp. zn. I. ÚS 2785/08, který výše uvedené stanovisko rozšířil tak, že vše musí být poskytnuto dle náležité odborné péče, tedy nejen preskripce léků, ale veškerá zdravotní péče, včetně vyžádaných služeb a objemu hrazených zdravotních služeb. Pokud k tomu úhrada od zdravotních pojišťoven nedostačuje a poskytovatel toto prokáže, má právo na řádnou úhradu všech poskytnutých služeb. Reálný stav shrnuje autor v závěru stati: „Je tedy zřejmé, že poskytovatel zdravotních služeb může u soudu...uspět. Je však otázkou, kolik poskytovatelů zdravotních služeb bude žalovat velkou zdravotní pojišťovnu za situace,

⁵⁰ § 50 zákona č. 282/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví: „Zařízení poskytující péči o dítě do 3 let věku v denním režimu nebo předškolní zařízení mohou přijmout pouze dítě, které se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci.“

kdy o tom, zda obdrží „červenou kartu“, či nikoli, nerozhoduje svobodná volba pojištěnce, ale právě zdravotní pojišťovna, se kterou by případně vedl soudní spor.“⁵¹

Tato situace je velmi nepříjemná, jedním z důsledků je zhoršení vztahu lékaře a pacienta.⁵² V souvislosti s událostmi z poslední doby mnozí mluví o krizi zdravotnictví.⁵³ Spíš než slova krize použila bych termín postupné zhoršování stavu uvnitř resortu zdravotnictví, zejména díky chybám v organizaci na nejvyšší úrovni. Systémových chyb mnozí využívají, vůle ke změně je malá.

Zásahy zvyšující již tak značnou nestabilitu systému se pravidelně opakují. Nejprve šlo na začátku loňského roku o organizační zmatek v hrazení péče v nemocnicích. Zdravotní pojišťovny vypověděly na konci roku 2011 stávající smlouvy a nemocnice fungovaly v naprosté nejistotě, bez vyjasněné úhrady za péči. Podobná situace hrozí v blízké budoucnosti u ambulantních specialistů, byť nový ředitel Všeobecná zdravotní pojišťovny slibuje, že tomu tak nebude.⁵⁴ O některých praktikách zdravotních pojišťoven v této oblasti pojednává následující kapitola.

Na poslední chvíli byly přijímány dokumenty klíčové pro úhradu zdravotní péče v letošním roce. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 475/2012 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013, je z 20. prosince 2012, publikována byla 31. prosince 2012. Spolu s novým seznamem zdravotních výkonů, vyhláškou č. 467/2012 Sb. rozeslanou 27. prosince 2012, znamená výraznou restriktci úhrad zdravotní péče.

Podle § 28 zákona o zdravotních službách má pacient právo na služby náležité odborné úrovni, povinnost poskytovatele poskytovat zdravotní služby na této úrovni je dána v § 45 téhož zákona. Požadavek zdravotní péče poskytované „v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy“ je obsažen v zákoně o veřejném zdravotním pojištění.⁵⁵

Na rozhraní omezení lege artis a omezení práv pacienta na svobodnou volbu zdravotnického zařízení je situace vyskytující se v českém zdravotnictví v různých

⁵¹ Mach., J., Krize ve zdravotnictví- pohled právníka. *Tempus Medicorum* 5/2013, s. 13

⁵² Česká lékařská komora pořádá již delší dobu pro lékaře kurzy jednání s problémovými pacienty, nově chystá roční kurz „Akademie lékařské etiky“- semináře praktického rozhodování konfliktních a eticky složitých situací. Z praxe mohu dodat, že za několik let práce v zahraničí jsem se tam s konfliktním jednáním pacienta nesečkala nikdy, v českém prostředí pravidelně.

Limity úhrad jsou navíc obtížně vysvětlitelné, v podstatě má pojištěnec zdravotní pojišťovnou v určitém období uhrazenou u specialisty péči průměrnou, odvíjející se od počtu tzv unikátních pojištěnců (jejich rodných čísel), péče vykázané před dvěma lety a od vůle zdravotní pojišťovny.

⁵³ Např. tzv. úhradová vyhláška pro rok 2013 znamenající redukci úhrad zdravotní péče, chystaná novela zákona o všeobecném zdravotním pojištění posilující dále vliv zdravotních pojišťoven, trvajících vyvádění peněz ze zdravotního pojištění mimo poskytování vlastní zdravotní péče

⁵⁴ Kabátek, Z., *Tempus Medicorum* 5/2013, v rozhovoru na s. 24: „Rád bych oslovil i všechny lékaře a slíbil jim, že do budoucna budeme přistupovat ke všem jednáním otevřeně a budeme citlivě vnímat problémy našich partnerů.“

⁵⁵ § 13 odst. 1, zákona č. 48/1997 Sb.

variantách denně. Pacientovi je na specializovaném pracovišti poskytnuta zdravotní péče, doléčení je doporučeno na tzv. spádovém pracovišti, nemocnici v místě bydliště. Názor sdílený právní kanceláří České lékařské komory je, že pacient se nemůže domáhat další hospitalizace na vysoce specializovaném pracovišti, která již není indikována a kde obsadil místo pacientům, kteří tuto péči akutně potřebují.

V praxi jsem řešila obdobnou situaci, kdy pacientka s několika závažnými chronickými onemocněními, ve stabilizovaném stavu odmítala opakovaně překlady ze specializovaného oddělení nemocnice (dříve vyššího typu) do spádové nemocnice. Přeložit ji do jiné nemocnice nebylo přes řadu pokusů možné, všechna zařízení pacientku odmítala z důvodu obsazenosti. Spekulovat, zda také z důvodu velmi nákladné péče o závažně, nevléčitelně chronicky nemocnou pacientku, je zbytečné. Stanovisko České lékařské komory z předchozího odstavce jsem tehdy k dispozici neměla, konkrétní odpověď od právníka nemocnice jsem nezískala.

Současné realita následné péče v českém zdravotnictví je složitá. Pouhé proklamace o plánované restrukturalizaci akutních lůžek na lůžka následné péče nestačí, stejně jako jen kritika hospitalizací nahrazujících sociální péči, nezajistí tuto péči o potřebné. Úhradová vyhláška omezující péči v nemocnicích s paralelním omezením péče v léčebných ústavech a směřování následné péče do privátních komerčních zařízení není řešením přijatelným pro většinu občanů.

Ve srovnání s tímto problémem se omezení svobodné volby pacienta v sektoru ambulantním jeví méně závažné, přestože v konkrétním případě nemožnost dostat se ke specialistovi v určité době je pacienty vnímána velmi citlivě. Případy praktického vyřazení některých druhů zdravotní péče ze systému veřejného zdravotního pojištění bez možnosti připojištění na ně, proběhly (například protetika z oblasti zubního lékařství, hrazení pomůcek z oblasti očního lékařství, zčásti nefarmakologická léčba v psychiatrii).⁵⁶ Pokračující limitací úhrad je, byť poněkud nekonceptně a netransparentně, zvyšována spoluúčast pacientů i u péče, která ještě ze systému pojištění plně vyřazena nebyla.

Omezením lege artis nepřijatelné dle práva, ale existující v praxi je odmítnutí pacienta s odkazem na „spádové zařízení“. V posledním časopise ČLK byl uveden příklad⁵⁷, kdy právnička, zabývající se zdravotnickým právem, bylo jako pacientce zdravotní sestrou odmítnuto vyšetření v jedné pražské nemocnici, následná stížnost byla uznána

⁵⁶ Vzhledem k nemožnosti pojistit se na tyto případy, považuji tato rozhodnutí za chybná. Stav chrupu občanů není dán pouze péčí o něj (jak opakovaně tvrdí zastánci zrušení úhrad stomatologické péče), ale významně i geneticky, navíc signalizuje nepřímo sociální úroveň dotyčné země. Krátkozrakost, dalekozrakost, astigmatismus jsou nemoci očí, nikoliv svobodná volba či vina pacienta. U brýlí je symbolický příspěvek pojišťovny nereálně nízký při tržních cenách brýlí a argument, že i za tuto sumu lze brýle koupit, je alibistický. V psychiatrii- psychologii se jedná o psychoterapii. Příklady, kdy do systému úhrady z veřejného zdravotního pojištění není zavedena určitá nová metoda, i ověřená, je v současnosti z ekonomických důvodů více, první zde jmenované proběhly nepovšimnuty, v době prosperity.

⁵⁷ Mach, J., Porušování některých práv pacientů a hrozící pokuty. *Tempus Medicorum* 6/2013, s. 22

jako oprávněná a nemocnici byla udělena pokuta. I já jsem byla opakovaně odmítnuta jako pacientka s odkazem na „spádové zařízení“, vzhledem k tomu, že znám české zdravotnictví jako zdravotník, nestěžovala jsem si. Často zaměstnavatel nebo zřizovatel určité pokyny vydá, ovšem nepřímou, nekonkrétně, nikoliv písemně. Dovedu si představit také nevhodnou formu, kterou zdravotní sestra měla pacientka odmítnout. Proč je jednání českých zdravotníků často poznamenáno nervozitou nebo netrpělivostí, je pojednáno v kapitole třetí. Neomlouvá to možné nepřípustné excesy v chování.

1.8. Hodnocení lege artis

Posoudit, zda lékař v konkrétním případě postupoval v souladu se svou profesní povinností, lege artis nebo non lege artis je otázkou odbornou a může ji zodpovědět jen odborník. V případě žaloby je znalecký posudek jako důkaz zásadní při posuzování odpovědnosti, ať už občanskoprávní nebo trestní, významný je i ve správním řízení.

Platná a účinná úprava je dána zákonem č. 36/1967 Sb., o znalcích a tlumočnících.

Znalec v posudku odpovídá zejména na otázky, zda při léčbě bylo postupováno lege artis, v souladu s profesními povinnostmi a zda případná chyba, porušení profesní povinnosti nebo postup non lege artis jsou v příčinné souvislosti s újmou na zdraví nebo úmrtím pacienta.⁵⁸

V občanskoprávním řízení v případě žaloby o náhradu škody nebo na ochranu osobnosti lze vyžádat odborné vyjádření, případně přizvat znalce. V trestním řízení: „Je-li k objasnění skutečnosti důležité pro trestní řízení třeba odborných znalostí, vyžádá orgán činný v trestním řízení odborné vyjádření. Jestliže pro složitost posuzované otázky takový postup není postačující, přibere orgán činný v trestním řízení znalce.“⁵⁹

Znalcem je odborník jmenovaný ministrem spravedlnosti nebo předsedou krajského soudu do funkce soudního znalce a vedený pak v seznamu soudních znalců. Seznam znalců se člení na základní obory, z nichž některé se člení na odvětví. Znalcem může být jmenován prakticky kterýkoliv kvalifikovaný lékař. V současnosti má většina lékařů specializovanou způsobilost a kvalifikaci na úrovni atestace druhého stupně nebo nové jednostupňové atestace podle zákona č. 95/2004 Sb., o získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.⁶⁰

Znalec sděluje své odborné stanovisko ke konkrétnímu případu, pravidelně v písemném znaleckém posudku. Je důležité, aby znalecký posudek zhotovil soudní znalec v oboru zdravotnictví a z příslušného lékařského oboru, příslušné specializace.⁶¹ Vzhledem

⁵⁸ Mach, J., *Medicína a právo*, s. 65 a 66

⁵⁹ § 105, odst. 1, zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním, trestní řád (dále TR)

⁶⁰ Mach, J., *IV. Kongres medicínského práva, sborník abstrakt*, s. 98

⁶¹ Štefan, J., Mach, J., *Soudně lékařská a medicínsko-právní problematika v praxi*,

k diferenciaci medicíny a úzké specializaci není možné, aby správnost či nesprávnost postupu zdravotníka hodnotil specialista jiné odbornosti, který nemůže mít dostatečné a aktuální znalosti dané oblasti. V praxi jsou známy případy, kdy znalci odvětví soudní lékařství byli přizváni k posuzování postupů v jakémkoliv oboru medicíny, což bylo možné v minulosti, ale těžko představitelné dnes.

K otázce specializace znalců se vyjádřil Nejvyšší soud ve svém rozhodnutí 1 Tzn 9/97: „K otázce, zda léčení poškozeného na chirurgickém zdravotnickém zařízení probíhalo lege artis (v souladu se stavem lékařské vědy), se musí vyjádřit znalec z tohoto lékařského odvětví, nikoli jen znalec z odvětví soudního lékařství.“⁶²

Znalecký posudek může zpracovat znalecký ústav (fakultní nemocnice, lékařská fakulta, léčebna) zapsaný do seznamu znaleckých ústavů. Zákon nestanoví, že by ústavní znalecký posudek muselo zpracovat více osob.

V trestním řízení: „Ve výjimečných, zvláště obtížných případech, vyžadujících zvláštního vědeckého posouzení, může policejní orgán nebo státní zástupce a v řízení před soudem předseda senátu přibrat státní orgán, vědecký ústav, vysokou školu nebo instituci specializovanou na znaleckou činnost k podání znaleckého posudku nebo přezkoumání posudku podaného znalcem.“⁶³

Platné právní předpisy neznají pojem revizní znalecký posudek, v praxi se jím označuje znalecký posudek, který přezkoumává správnost posudku dříve v řízení podaného. Není stanoveno, že by revizní posudek musel zpracovávat jednotlivec s vyšší kvalifikací než posudek původní.⁶⁴

K situaci, kdy se v trestním řízení došlo k rozdílným závěrům znaleckých posudků, se vyjádřil Ústavní soud v nálezu ze dne 30. 4. 2007, sp. zn. III. ÚS 299/2006, byť netýkajícím se zdravotnictví:

„Znalecký posudek je nepochybně významným druhem důkazních prostředků a v rámci dokazování v trestním řízení mu přísluší významné místo. Nelze však pustit ani na okamžik ze zřetele, že ze stěžejních zásad dokazování v novodobém trestním procesu vyplývá požadavek kritického hodnocení všech důkazů, včetně znaleckého posudku. Znalecký posudek je nutno hodnotit stejně pečlivě jako každý jiný důkaz, ani on nepožívá žádné větší důkazní síly a musí být podrobován všestranné prověrce nejen právní korektnosti, ale též věcné správnosti. Hodnotit je třeba celý proces utváření znaleckého důkazu, včetně přípravy znaleckého zkoumání, opatřování podkladů pro znalce, průběh znaleckého zkoumání, věrohodnost teoretických východisek, jimiž znalec odůvodňuje své závěry, spolehlivost metod použitých znalcem a způsob vyvozování závěrů znalce.

⁶² Sp. zn. 1 Tzn 9/97. Zdroj ASPI, navštíveno dne 30.5.

⁶³ § 110, odst. 1 TR

⁶⁴ Mach, J., citace 60

Metodologie znaleckého dokazování vyžaduje, aby jak orgány činné v trestním řízení, tak samotný znalec kriticky hodnotili úplnost a bezvadnost podkladových materiálů, které znalec podrobuje svému zkoumání. Znalec nesmí sám vyloučit některé z předložených podkladů jen proto, že nezapadají do jím vytyčené verze události. Ponechávat bez povšimnutí věcnou správnost znaleckého posudku, slepě důvěřovat závěrům znalce, by znamenalo ve svých důsledcích popřít zásadu volného hodnocení důkazů soudem podle svého vnitřního přesvědčení, privilegiovat znalecký důkaz a přenášet odpovědnost za skutkovou správnost soudního rozhodování na znalce; takový postup nelze z ústavněprávních hledisek akceptovat.

Vyvstanou-li pochybnosti o věcné správnosti znaleckého posudku, je orgán činný v trestním řízení povinen, v souladu se zásadou oficiality a zásadou vyhledávací (§ 2 odst. 4, 5 trestního řádu), pokusit se odstranit vzniklé pochybnosti obstaráním dalších důkazů. V případě závažných skutkových rozporů a pochybností o správnosti znaleckého posudku, které se nepodaří odstranit, musí soud postupovat podle pravidla *in dubio pro reo* a rozhodnout ve prospěch obviněného.⁶⁵

Do loňského roku mohla být při Ministerstvu zdravotnictví ustavena ústřední, a obdobně na krajské úrovni územní, znalecká komise k posouzení jednotlivého konkrétního sporného případu. Šlo o poradní orgány, nikoliv o nejvyšší znalecké orgány. Příslušné vyhlášky Ministerstva zdravotnictví o znaleckých komisích pozbyly účinnosti k 1. dubnu 2012 zrušovacími ustanoveními zákona o zdravotní péči.

Dosavadní platná a účinná úprava z roku 1967 je již v mnohém překonaná a nevyhovující, připravována je úprava nová. Znalci by měli být pouze nejvýše kvalifikovaní odborníci, předpokládá se ověření jejich odbornosti a určité doporučení či garance osoby znalce, přísnější zásady odpovědnosti znalce a možnost jeho odvolání.⁶⁶

⁶⁵ Zákon č.141/1961 Sb. Zdroj ASPI, navštíveno 30.5.

⁶⁶ Mach, citace 60. Poznámka: v příspěvku je uvedena řada zajímavých příkladů vlivu odbornosti zvoleného znalce na průběh řízení.

2. Veřejné zdravotní pojištění

2.1. Vymezení pojmu

Jak již bylo řečeno, jedním z největších problémů současného zdravotnictví je rozpor rostoucích možností medicíny a omezených finančních zdrojů. Ve financování našeho zdravotnictví je uplatňován model soustavy s povinným zdravotním pojištěním, který se zdá být nejlepším z existujících. Historicky jsme se zapojili do budování sociálního státu časně, mezníkem pro oblast zdravotnictví bylo přijetí zákona o národním pojištění v roce 1948, náš zdravotnický systém patřil v té době k jednomu z nejpokrokovějších. Zhruba od poloviny 60-tých let minulého století se řada neřešených problémů související se zdravotním stavem obyvatelstva začala projevovat jeho zhoršením.⁶⁷ Od začátku 90-tých let minulého století se ve stavu zdravotnictví a ve zdravotním stavu obyvatelstva vracíme na úroveň vyspělých států.

Již dříve zmiňované ustanovení Listiny o „bezplatnosti zdravotní péče“ otvírá sice široce prostor k diskusi, zda jde o právo na celý rozsah zdravotní péče či zda jde o právo nebo povinnost občanů zapojit se do systému veřejného zdravotního pojištění.⁶⁸ Některé otázky jsou z pohledu práva zodpovězeny výkladem a rozhodnutími soudů, mnohé zůstávají otevřeny.

Veřejné zdravotní pojištění nadále patří ke složitým institutům, diskutován je zejména jeho obsah. Veřejné zdravotní pojištění je nezbytnou podmínkou fungování zdravotnictví, na jeho základě je oprávněným osobám poskytována zdravotní péče hrazená z prostředků tohoto zákonného pojištění. Veřejné zdravotní pojištění je povinné pojištění veřejnoprávního typu, založené na principu obligatornosti pojišťovacího systému a principu sociální solidarity pojištěnců. Volbu zdravotní pojišťovny provádí pojištěnec (princip plurality pojišťovacích institucí a svobodné volby), jedná se o pojištění dostupné všem osobám v zákoně vyjmenovaných (princip univerzality osobního rozsahu).⁶⁹

K problematice bezplatnosti zdravotní péče poskytované na základě veřejného zdravotního pojištění se k jako jednomu ze sociálních práv Ústavní soud vyjadřoval opakovaně.

Dle nálezu sp. zn. Pl. ÚS 14/02: „Ze znění zákona však současně vyplývá, že nic nebrání ani tomu, aby za zdravotní péči poskytnutou nad rámec podmínek pro bezplatnou péči přímá úhrada od pojištěnců vybírána být mohla... Má-li se veřejné zdravotní pojištění přibližovat evropskému standardu, bylo by patrně třeba, aby zákon

⁶⁷ Kotous, J., Munková, G., Úvod do sociální politiky, s. 91

⁶⁸ Havlíček, K., Hemelík, T., Nad veřejným zdravotním pojištěním

⁶⁹ Tröster, P. a kol., Právo sociálního zabezpečení, s. 136

jednoznačně a srozumitelně vymezil možnosti soukromé platby pojištěnců, patrně podobně, jako je tomu ve vyspělých evropských státech....⁷⁰

V nálezu sp. zn. Pl. ÚS 2/08 ústavní soudci konstatují, že tato práva: „nemají bezpodmínečnou povahu a je možné se jich domáhat pouze v mezích zákonů (čl. 41 odst. 1 Listiny). V rámci těchto mezí má zákonodárce poměrně širokou možnost upravit provedení jednotlivých sociálních práv, včetně možnosti jejich změn a jsou závislá zejména na ekonomické situaci státu. Úroveň jejich poskytování reflektuje nejen hospodářský a sociální vývoj státu, ale i vztah státu a občana, založený na vzájemné odpovědnosti a na uznání principu solidarity.“⁷¹

V judikátu sp. zn. Pl. ÚS 1/08, ve kterém se Ústavní soud zabýval návrhem poslanců na zrušení části zákona o stabilizaci veřejných rozpočtů, který zavedl regulační poplatky, a tento návrh zamítl, je uvedeno:

„...Formalistické lpění na bezplatnosti lékařství pro jednotlivce v rozšiřujícím pojetí by mohlo spíše vést ke snížení úrovně bezplatné lékařské péče... Zákonem zavedené poplatky regulují přístup k zdravotní péči hrazené z veřejného pojištění, čímž zamezují jejímu nadužívání; to v důsledcích zvyšuje procento pravděpodobnosti, že se zdravotnická péče dostane opravdu těm skutečně nemocným. Tímto, skrze poplatky, dochází i k naplňování legitimního cíle ústavodárce, a to aniž by se použitý prostředek jevil nerozumný... Ústavní soud neshledal, že by regulační poplatky měly všeobecně „rdousící efekt“ a činily by reálně pro kohokoliv zdravotní péči či zdravotní pomůcky nedostupnými. V individuálních konkrétních případech lze postupovat podle § 16a odst. 2 písm. d) zákona o veřejném zdravotním pojištění, dle něhož se regulační poplatek neplatí, jde-li o pojištěnce, který se prokáže rozhodnutím, oznámením, nebo potvrzením vydaným orgánem pomoci v hmotné nouzi o dávce, která je mu poskytována podle zvláštního předpisu, ne starším 30 dnů. Nelze přehlédnout ani limit 5.000,- Kč daný § 16a odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Ústavní soud si je vědom multifunkčnosti regulačního poplatku, neboť vedle regulačního prvku je zde utilitární hledisko, spočívající v tom, že zdravotnickému zařízení je regulačními poplatky přispíváno k tomu, aby vedle bezplatné zdravotní péče mohlo lépe fungovat, zajišťovat související činnosti či zkvalitňovat personální aspekty a úroveň prostředí, v němž je zdravotní péče poskytována apod.“⁷²

V odlišném stanovisku tohoto nálezu uvedl ústavní soudce: „Vůbec nechci tvrdit, že veškerá zdravotní péče musí být poskytována bezplatně... Zákonem je možné stanovit, které úkony lékařské péče jsou z veřejného zdravotního pojištění hrazeny plně, které částečně a které vůbec ne, stejně jako je tomu u úhrady léčivých přípravků a potravin pro zvláštní účely. Současně ale musí být vytvořena možnost dobrovolného pojištění, ze

⁷⁰ Sp. zn. Pl. ÚS 14/02. Zdroj ASPI, navštíveno 30.5.

⁷¹ Sp. zn. Pl. ÚS 2/08. Zdroj ASPI, navštíveno 30.5.

⁷² Sp. zn. Pl. ÚS 1/08 Zdroj ASPI, navštíveno 30.5.

kterého by bylo možné hradit náklady na léčbu, které nebudou z prostředků veřejného zdravotního pojištění hrazeny. Okolnost, že stát přinejmenším od roku 1995 nebyl schopen připravit zákon, který by určil zdravotní péči plně nebo částečně hrazenou ze zdravotního pojištění, a tím i vymezil péči z těchto prostředků vůbec nehrazenou, tak aby rozpočet veřejného zdravotního pojištění byl vyrovnaný, ačkoliv po celou řadu let je zřejmé, že výdaje jsou vyšší než příjmy, nemůže být důvodem k porušení ústavního pořádku.⁷³

Nejnovějšímu nálezu, ve kterém se Ústavní soud znovu zabýval, kromě jiného, nadstandardy a regulačními poplatky, je věnována samostatná kapitola.

2.2. Právní předpisy

Základním předpisem v této oblasti je zákon č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Zákon byl vypracován jako reakce na konstatování Ústavního soudu, že pokud podmínky poskytování zdravotní péče mohou být upraveny pouze zákonem, nelze připustit, aby vymezení rozsahu péče za plnou nebo částečnou úhradu bylo upraveno jiným předpisem než zákonem. Původně byl zákon zamýšlen jako provizorní, který bude brzy nahrazena normou propracovanější, nakonec však zůstal platným a účinným dodnes, byl mnohokrát novelizován.

Zákon upravuje v úvodu osobní rozsah zdravotního pojištění, zdravotně pojištěny jsou osoby, které mají trvalý pobyt na území České republiky a osoby, které jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území České republiky. Plátcí pojistného jsou pojištěnci uvedení v § 5 zákona (zaměstnanci a osoby samostatně výdělečně činné), zaměstnavatelé a stát. Stát je prostřednictvím státního rozpočtu plátcem pojistného za tzv. státní pojištěnce. Jsou to početně silné skupiny, většinou sociálně slabší, podrobný taxativní výčet je uveden v § 7 zákona o veřejném zdravotním pojištění.⁷⁴ Dále upravuje zákon práva a povinnosti plátců a pojištěnců.

Zdravotní péči hrazená ze zdravotního pojištění je věnována část pátá zákona, podmínky poskytování zdravotní péče a její úhrady. Právě té se dotkla nejvíce novela zákona o veřejném zdravotním pojištění provedená zákonem č. 298/2011 Sb. a zákonem č. 369/2011 Sb., která zavedla pojem základní varianta a ekonomicky náročnější

⁷³ Citace 72

⁷⁴ Nezaopatřené děti, poživatele důchodů z důchodového pojištění, příjemce rodičovského příspěvku, ženy na mateřské a osoby na rodičovské dovolené a osoby pobírající peněžitou pomoc v mateřství, uchazeče o zaměstnání, osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi a osoby s nimi společně posuzované, osoby, které jsou závislé na péči jiné osoby ve stupni II, III a IV, a osoby pečující o tyto osoby, a osoby pečující o osoby mladší 10 let, které jsou závislé na péči jiné osoby ve stupni I, osoby konající službu v ozbrojených silách, s výjimkou vojáků z povolání, a osoby povolané k vojenskému cvičení, osoby ve výkonu zabezpečovací detence nebo vazby nebo osoby ve výkonu trestu odnětí svobody a dále dle písm. j až q § 7 zákona č. 48/1997 Sb.

varianta. Standard a nadstandard byly již dříve uváděny v souvislosti s tzv. reformou zdravotnictví a spoluúčastí pacientů na zdravotní péči, v úpravě účinné od 1. prosince 2011 jako „základní a ekonomicky náročnější varianta způsobu zdravotní péče“.

Podrobně byly v zákoně uvedeny povinnosti poskytovatele nabídnout vždy péči v základní variantě, zveřejnit ceník ekonomicky náročnějších variant, zaznamenat v dokumentaci nabídnutí variant a souhlas s poskytnutím určité varianty. Bylo zakázáno upřednostňování pojištěnců s volbou ekonomicky náročnější péče, stanoveny sankce za porušení uvedených povinností. Právě tato ustanovení § 13 odst. 3 až 8 byla aktuálním nálezem Ústavního soudu zrušena dnem vyhlášení ve Sbírce zákonů, tento týden. Čas přítomný v tomto odstavci přepisují tedy na minulý s odkazem na kapitolu čtvrtou.

Veřejnosti bylo měsíce opakováno několik málo příkladů nadstandardních výkonů: lepší umělá oční čočka nebo odlehčená plastová fixace místo klasické sádrové. Kompletní seznam nadstandardů v současnosti chybí, stejně jako širší užívání nadstandardů v praxi. Na přípravě nadstandardů se dále pracuje, odborné lékařské společnosti připravují dosud návrhy. Po důkladné odborné diskusi a současném umožnění připojištění se na nadstandardní péči mohou být nadstandardy jedním z dílčích řešení problému s financováním zdravotnictví.

Poskytování zdravotní péče zajišťují zdravotní pojišťovny prostřednictvím zdravotnických zařízení, se kterými uzavírají smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče. Zdravotnická zařízení tvoří síť smluvních zdravotních zařízení, které je věnována část devátá zákona o veřejném zdravotním pojištění.

Institucionální zajištění veřejného zdravotního pojištění představují zdravotní pojišťovny, je patrná trvalá tendence k posilování jejich postavení.

2.3. Zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovny mají klíčové postavení v systému veřejného zdravotního pojištění. Jejich hlavním úkolem je zprostředkovat poskytování zdravotní péče občanům z prostředků, které si občané hradí formou pojistného.

Povinné pojistné na veřejné zdravotní pojištění je odváděno na účty zdravotních pojišťoven a zdravotnickým zařízením je z nich hrazena provedená zdravotní péče. Zdravotní pojišťovny rozhodují o uzavření či ukončení smluvního vztahu mezi příslušnou pojišťovnou a zdravotnickým zařízením. Rozhodují o tom, jaká péče v jakém rozsahu a komu bude uhrazena. Přerozdělují velké finanční částky z pojistného⁷⁵, o kterém mluví někteří vzhledem k jeho obligatornosti, byť nesprávně, jako o dani sui generis.

⁷⁵ Za rok 2011 příjmy zdravotního pojistného včetně plateb za pojištěnce, za které je plátcem pojistného stát 215,5 mld. Kč (z toho předepsané pojistné 167,5 mld. Kč). Zdroj Český statistický úřad.

Zdravotní pojišťovny jsou právnické osoby, finanční instituce sui generis. V současnosti existuje na našem území sedm zdravotních pojišťoven:

Všeobecná zdravotní pojišťovna 111, Vojenská zdravotní pojišťovna 201. Česká průmyslová zdravotní pojišťovna 205, Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví 207, Zaměstnanecká pojišťovna Škoda 209, Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra 211 a Revírní bratrská pokladna 213.

Praxe budí pochybnosti, zda jsou ještě v plné míře respektovány v úvodu kapitoly uvedené principy plurality a svobodné volby. Rozhodující vliv má největší z pojišťoven, Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky. Svobodná volba, změna zdravotní pojišťovny byla pojištěnci novelami výrazně časově znesnadněna. Mezi zdravotními pojišťovnami již delší dobu probíhá boj o pojištěnce, dění při náboru pojištěnců zdravotních pojišťoven bylo předmětem pozornosti médií i zákonodárců, v poslední době i kontroly Ministerstva zdravotnictví u jedné z nich.⁷⁶

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (dále VZP) byla založena státem, zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky s účinností k 1. lednu 1992, tehdy byla jedinou, pro všechny pojištěnce. Další zdravotní pojišťovny, tzv. zaměstnanecké⁷⁷ byly založeny zákonem č.280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, před zahájením své činnosti potřebovaly povolení Ministerstva zdravotnictví po vyjádření Ministerstva financí.

Kdo nebo co přesně jsou zdravotní pojišťovny, jaké jsou mechanismy jejich účinné kontroly? Najít jednoznačnou odpověď není snadné, přestože pojišťovny fakticky rozhodují o poskytování zdravotní péče v naší zemi. Otázce pravomocí zdravotních pojišťoven se již věnoval také Ústavní soud.

„Zdravotní pojišťovny hospodaří s vlastním majetkem a majetkem jim svěřeným. Nesmějí však zřizovat a provozovat zdravotnické zařízení ani podnikat s prostředky plynoucími z veřejného zdravotního pojištění. Zdravotní pojišťovny samy kontrolují⁷⁸ využívání a poskytování zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě. Vnější kontrolu činnosti všech zdravotních pojišťoven provádí Ministerstvo zdravotnictví v součinnosti s Ministerstvem financí.“⁷⁹

V případě závažných nedostatků v činnosti zdravotní pojišťovny může být na ni zavedena nucená správa, což se stalo v roce 2005 VZP. Zda toto opatření splnilo beze

⁷⁶ www.mz.cz/novinky z 22. 5. 2013, navštíveno dne 27.5.

⁷⁷ Termín zákonný, byť jde v současnosti o označení zavádějící, tyto zdravotní pojišťovny jsou otevřeny všem pojištěncům. Někdy je používáno místo něj souhrnné označení oborové.

⁷⁸ Prostřednictvím revizních lékařů, zaměstnanců zdravotních pojišťoven

⁷⁹ Tröster, citace 69, str. 144

zbytku svůj účel, napravit nedostatky v činnosti regulovaného subjektu, není z dnešního pohledu jednoznačné.⁸⁰

Jiné významné nástroje dohledu a kontroly všech pojišťoven stát nemá. V minulosti také proběhly kontroly pojišťoven Nejvyšším kontrolním úřadem. O tom že kontrola není příliš efektivní, svědčí ekonomická situace největší zdravotní pojišťovny. Jednou z posledních velmi drahých kauz pro pojištěnce VZP, potažmo pro všechny občany, byl projekt elektronických zdravotních knížek IZIP.⁸¹ Státem prostřednictvím VZP dlouho udržovaný a připravovaný projekt byl nakonec ukončen, ztráta dvě miliardy Kč, nikdo se odpovědným necítí.

Zákon o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky stanoví: „Pojišťovna provádí všeobecné zdravotní pojištění, pokud toto pojištění neprovádějí resortní, oborové a podnikové zdravotní pojišťovny. Pojišťovna je právnickou osobou, v právních vztazích vystupuje svým jménem, může nabývat práv a povinností a nese odpovědnost z těchto vztahů vyplývajících. Pojišťovna hospodáří s vlastním majetkem a s majetkem jí svěřeným.“⁸² Dle § 12 téhož zákona organizační strukturu VZP tvoří Ústředí, regionální pobočky a další klientská pracoviště.

K vedení a orgánům VZP zákon uvádí: „Ústředí řídí činnost organizačních složek Pojišťovny. Ústředí provádí rozhodnutí Správní rady, rozhoduje o činnosti Pojišťovny, zabezpečuje součinnost se státními orgány, dalšími orgány veřejné správy, právníckými a fyzickými osobami a další činnost související s prováděním veřejného zdravotního pojištění. Statutárním orgánem Pojišťovny je ředitel. Ředitele Pojišťovny jmenuje a odvolává Správní rada. Orgány Pojišťovny jsou Správní rada a Dozorčí rada. Prostřednictvím orgánů Pojišťovny je zajišťována účast pojištěnců Pojišťovny, zaměstnavatelů, pojištěnců a státu na řízení Pojišťovny.“⁸³

V ústředí naší největší zdravotní pojišťovny došlo k personálním změnám. Nový ředitel VZP nastoupil do funkce 1. prosince 2012. Vysoké odměny odstupujícího vedení neodpovídají hospodářským výsledkům této instituce. Aktuálně proběhla také změna v čele ministerstva zdravotnictví, současně s výměnou celé vlády na začátku července 2013. Do úřadu nastoupil 17. listopadový ministr zdravotnictví. Na ministerstvu již proběhly další personální změny, přestože vláda vládne bez důvěry Poslanecké sněmovny.

⁸⁰ Kupř. kontroverzní situace kolem Protonového centra v Praze, se kterým uzavřel tehdejší nucený správce VZP smlouvu zavazující VZP k mnohaleté vysoké úhradě zdravotní péče tomuto centru (celkem 16 miliard Kč), je dosud předmětem sporu mezi VZP a Protonovým centrem.

⁸¹ Správní rada VZP aktuálně schválila návrh na převzetí portálu, který společnost IZIP pro VZP provozuje (ročně 72 milionů Kč, cena převzetí 63 milionů Kč), následně zvažuje VZP svůj 51% podíl na akciích společnosti IZIP dle slov ředitele VZP „přenechat jiným akcionářům.“ Zdravotnické noviny 13/2013 z 1. 7. 2013, s. 6. Usnášení schopnost rady není nepřítomností dvou zadržených expozlanců, podle vyjádření dalšího člena rady v uvedeném článku, ohrožena.

⁸² § 2 odst. 1 a 2 a § 3 zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky

⁸³ § 13, § 14 odst. 1 a § 17 zákona č. 551/1991 Sb.

Orgány VZP mají významné, zásadní postavení v této veřejnoprávní finanční instituci, zákonem je pro její členy požadován věk na 25 let, bezúhonnost, státní občanství a trvalý pobyt na území České republiky. Ve správní radě VZP nacházíme mezi 20 členy volenými Poslaneckou sněmovnou většinu politiků, straníků, beze změny za poslední roky, mezi 10 členy jmenovanými vládou došlo k obměně.⁸⁴ Odchod části politiků ze správní rady je jednou z odborníky nejpříznivěji hodnocených změn zdravotnické reformy.⁸⁵ Příklady dobrého fungování dozorčí rady a vnitřních i vnějších kontrolních mechanismů VZP se nezdá být mnoho. Jedním z nich by mohla před měsícem zveřejněná kontrola v pražské laboratoři, přibližující způsoby podnikání vlivných v systému veřejného zdravotního pojištění.⁸⁶

Některými prvky připomíná VZP obchodní společnost, kterou ze své veřejnoprávní podstaty zcela být nemůže. Přesto argumenty o obratu zazněly od členů správní rady VZP kupř. v souvislosti s odměnami vedení pojišťovny. Prvky praktické účasti pojištěnců na řízení pojišťovny garantované zákonem se mi nalézt nepodařilo. Kupř. v Rakousku mohli nedávno konstatovat, že pozitivní roli v úspěšné 145-leté existenci Vídeňské zemské všeobecné pojišťovny sehrály zejména solidarita a samosprávnost jejího řízení. O všech otázkách tam rozhodují zástupci pojištěnců a zaměstnavatelů, občané jsou spokojeni se zdravotní péčí v rámci veřejného zdravotního pojištění, jen ojediněle se připojišťují soukromě.⁸⁷

Na oficiálních webových stránkách Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky je o této pojišťovně uvedeno: „Provádí zdravotní pojištění v souladu s platnými právními předpisy, je právnickou osobou, v právních vztazích vystupuje svým jménem, může nabývat práv a povinností a nese odpovědnost z těchto vztahů vyplývajících. Zajišťuje výběr pojistného na veřejné zdravotní pojištění a úhradu zdravotní péče z prostředků zdravotního pojištění a další činnosti, které jí umožňuje zákon, vede registr pojištěnců veřejného zdravotního pojištění, je správcem zvláštního účtu veřejného zdravotního pojištění.

Podle dostupných zdrojů má VZP něco přes šest milionů pojištěnců. Podle vyjádření mluvčího VZP z tohoto měsíce dochází poprvé k poklesu počtu pojištěnců této největší zdravotní pojišťovny pod šest milionů pojištěnců, k 1. lednu 2014 ji opustí téměř 100 tisíc pojištěnců. U této pojišťovny jsou pojištěni ti z výdělečně činných, kteří se

⁸⁴ Proti stavu před 4 lety, kdy jsem se poprvé zabývala obsazením správní a dozorčí rady VZP, z www.vzp.cz. Mnoho let jsou poslanci za zasedání v radách odměňováni, což v jiných státních či polostátních organizacích to dle zákona o střetu zájmů možné není.

⁸⁵ Hodnocení neziskové organizace České zdravotnické fórum, zdroj www.zpravy.idnes.cz. České zdravotnické fórum je obecně prospěšná společnost, jejím cílem je aktivní role v kultivaci českého zdravotnictví, www.czf.cz. Navštíveno 31.5.

⁸⁶ Kontrola zahájena VZP na podnět Útvaru pro odhalování organizovaného zločinu. Laboratoř molekulární diagnostiky provádí m. j. genetické krevní testy. Dle vyjádření mluvčího VZP dostává ročně tato laboratoř od VZP úhradu sto milionů Kč. Nyní jí pro nesrovnalosti ve vyúčtování hrozí vrácení cca 45 milionů Kč Všeobecné zdravotní pojišťovně. Zdroj www.parlamentnilisty.cz

⁸⁷ Zdravotnické noviny 13/2013, str. 14, Bošková, V., Vídeňáci jsou s pojišťovnou spokojeni

nepřehlásili k jiné pojišťovně a většina těch, za které zdravotní pojištění platí stát, tzv. státní pojištěnci. V roce 2011 bylo ze šesti milionů státních pojištěnců 3,7 milionů pojištěno u VZP.⁸⁸ Dojde-li ke zrušení některé zaměstnanecké, resortní pojišťovny bez likvidace, přechází její pojištěnci k VZP nebo k jiné zaměstnanecké pojišťovně, se kterou byla sloučena.⁸⁹

Ostatní zdravotní pojišťovny jsou upraveny v zákoně č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. K provádění veřejného zdravotního pojištění potřebují povolení Ministerstva zdravotnictví po vyjádření Ministerstva financí. Musí také před podáním žádosti složit na zvláštní účet peněžní prostředky (kauci) a do určité doby získat určený počet pojištěnců.⁹⁰

V zákoně o zaměstnaneckých pojišťovnách nacházíme mnohé formulace o činnosti obdobné jako u VZP. Na rozdíl od VZP se zaměstnanecká pojišťovna zapisuje do obchodního rejstříku.⁹¹ Zaměstnanecké pojišťovny jsou soukromým prvkem v systému veřejného zdravotního pojištění.

Diskutována je otázka opodstatněnosti několika zdravotních pojišťoven, v situaci kdy všechny nabízí prakticky totéž, faktickým hegemonem je jedna, maximálně dvě až tři největší zdravotní pojišťovny. Na místě je také diskuse o narůstajícím vlivu zdravotních pojišťoven v systému.

Aktuální věrohodná data o hospodaření pojišťoven se nezískávají snadno, údaje se navíc v jednotlivých zdrojích liší. Největší zdravotní pojišťovna se od roku 2009 pohybuje každoročně v deficitu hospodaření.⁹² V roce 2012, kdy dalšímu propadu mělo zabránit přerozdělování prostředků z pojistného ve prospěch této pojišťovny, byl schodek 4,6 miliardy Kč. Rezervy této pojišťovny jsou vyčerpány, podle údajů Ministerstva financí k 31. prosinci 2012 stačily finanční prostředky VZP na poskytování zdravotní péče na 0,3 dne.⁹³ Aktuálně, od 16. července 2013 začalo Ministerstvo zdravotnictví na svých webových stránkách uveřejňovat informace o hospodaření zdravotních

⁸⁸ Zdroj Ročenka VZP 2011, poslední, která byla před dokončením práce k dispozici.

⁸⁹ Zdravotní pojišťovna Média, která byla v roce 2011 sloučena (ze zákona, schválením své správní rady) s VZP, protože nezískala minimální předepsaný počet sto tisíc klientů. Přinesla s sebou téměř půlmiliardový dluh.

⁹⁰ Částka i počet pojištěnců byly upravovány novelou, nyní je kauce 100 milionů Kč a povinnost do jednoho roku získat 100 tisíc pojištěnců.

⁹¹ § 5 odst. 3 zákona č. 280/1992 Sb.

⁹² V roce 2007 měla přebytek hospodaření 19,5 miliardy Kč

⁹³ Diskusní pořad Otázky V. Moravce z 24.3.2013, www.ceskatelevize.cz/ivysilani/1126672097-otazky-vaclava-moravce/213411030500324, m.j. zaznělo: deficit zdravotních pojišťoven 2012 předběžně 1,5-2,5 miliardy Kč (příjmy 229, výdaje 231 miliard Kč), deficit hospodaření VZP 2012 předběžně 4,6 miliardy Kč, výdaje na zdravotnictví 7,3% HDP, 723 Kč/měsíc za tzv. státní pojištěnce. Plán ministra (Heger) zveřejňovat smlouvy zdravotních pojišťoven, "přísně zakázat" a sankcionovat vlastnictví zdravotnických zařízení zdravotními pojišťovnami, podpora zvýšení platby za státní pojištěnce. Konstatována absence transparentního systému úhrad pojišťovnami (Roithová)

pojišťoven.⁹⁴ Ekonomická data uvedená u VZP problém potvrzují, výdaje VZP byly v roce 2012 o téměř 1,5 miliardy vyšší než příjmy, rezervní fond je druhý rok prakticky na nule.

Výběr pojistného na zdravotním pojištění a platba za státní pojištěnce je měsíčně cca 20 miliard Kč, téměř stejná částka je zdravotními pojišťovnami uhrazena poskytovatelům zdravotní péče. Přibývá subjektů, které dluží na zdravotním pojištění. Zveřejněny byly také základní údaje z roku 2012 o počtu pojištěnců a celkových příjmech a výdajích jednotlivých pojišťoven. Data ovlivňuje návratná tzv. předsunutá platba poskytnutá Ministerstvem financí do 1. přerozdělování pojistného na veřejné zdravotní pojištění v roce 2013. Z této návratné pomoci splatné koncem letošního roku obdržela VZP 2,5 miliardy Kč.⁹⁵

Vláda a ministerstvo se snaží o úsporná opatření, jejich úspěchu brání kromě jasných pravidel hlavně dostatečná předchozí komunikace s odborníky a následná kontrola. Příkladem nepředvídatelné, direktivní restrikce úhrad zdravotní péče je tzv. úhradová vyhláška pro letošní rok, které se věnuji podrobně později. Nyní pár jiných příkladů předvídatelnosti a stability prostředí ve zdravotnictví.

Plánovaná rozsáhlá restrukturalizace lůžkové péče, vedená avizovanou snahou převést část akutních lůžek na lůžka péče následné, selhala. Pojišťovny nakonec uzavřely smlouvy téměř se všemi lůžkovými zdravotnickými zařízeními, kterým je nejprve neočekávaně neprodloužily a přispěly tak jen k dalšímu chaosu v systému.

Dalším pokusem je zavedení nadstandardů, vedené snahou o umožnění příplacení si za kvalitnější péči, většinou za kvalitnější zdravotnický materiál. Opatření realizované tradičně nepřipraveně, nepřinášející zdaleka očekávané úspory prostředků veřejného zdravotního pojištění.⁹⁶ Stále není propracována možnost připojištění se na nadstandardní péči, ani ucelenější seznam standardních a nadstandardních výkonů. Výrazné změny přinesl v oblasti nadstandardů nález Ústavního soudu vyhlášený 2. července 2013, kterému se budu věnovat v samostatné kapitole.

Jiný nález Ústavního soudu vyhlášený 27. listopadu 2012, sp. zn. Pl. ÚS 1/12 zrušil na poslední chvíli povinnost tzv. přeregistrací všech zdravotnických zařízení. V době, kdy rozsáhlým administrativním přípravám věnovala většina poskytovatelů zdravotní péče již čas, mnohdy i příslušný správní poplatek.

⁹⁴ Zůstatky na fondech zdravotních pojišťoven. www.mzcr.cz/dokument/fondy_8058_1.html. Navštíveno 29.7.

⁹⁵ Číslo znepokojující ekonomicky, méně pak osobně, neboť jsem dosud pojištěncem této zdravotní pojišťovny. M. j. o částku stejné výše s posledně uvedenou byla předloni vedena emotivní celospolečenská diskuse o oprávněnosti zvýšení platu zdravotníků. I tam, kde ke splnění tzv. memoranda ministra zdravotnictví došlo, jim byly již platy, tentokrát bez mediální pozornosti, opět sníženy. Měsíční příjem ředitele VZP je podle několika zdrojů (např. z 31. 5.2013 mediafaxnews.cz) 225 tisíc Kč.

⁹⁶ Oproti očekávanému příjmu 200 milionů Kč za nadstandarty v roce 2012 to bylo podle různých odhadů kolem 46 milionů Kč (z toho cca 40 milionů Kč za nadstandardní oční čočky).

Na propojení jedné zdravotní pojišťovny s největším poskytovatelem zdravotnických služeb je opakovaně upozorňováno⁹⁷, k posílení vlivu této pojišťovny došlo loni v říjnu sloučením s jinou pojišťovnou, a to navzdory počátečním výhradám Ministerstva zdravotnictví. Tato Česká průmyslová zdravotní pojišťovna patří k největším v zemi, pojištěnců má jen o málo méně než Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra, obě necelých 1,2 milionu.

Posilování vlivu silných finančních skupin a jejich řetězců ve zdravotnictví je dosud diskutováno poměrně málo. Mnozí vidí v dalším vstupu tohoto kapitálu do zdravotnictví nebezpečí, zejména s ohledem na pragmatické podnikatelské postupy těchto skupin. Stát dává svým váhavým postojem najevo buď nezájem spolu s nedostatkem účinných prostředků státní moci, anebo účelové jednání svých představitelů. Připustit takovou privatizaci znamená, že z prostředků veřejného zdravotního pojištění budou financovány soukromé pojišťovny a řetězce zdravotnických zařízení těchto podnikatelů. Ti si budou najímat zdravotníky, jejichž nemocnice nebo soukromé praxe předtím zlikvidovali. Zájem ovšem mají jen o lukrativní segmenty zdravotní péče. Nejedná se o teoretickou konstrukci, již se tak děje.⁹⁸

Poněkud nejasné postavení zdravotních pojišťoven, bylo opakovaně diskutované. Závěr o jejich veřejnoprávní povaze s řadou pravomocí komplikuje několik faktů. Statut VZP a zejména mechanismy její kontroly zůstávají nejasné a nedostatečné vzhledem k zásadnímu postavení v péči o zdraví občanů. Její postavení je ztížené množstvím státních pojištěnců, o to profesionálnější by měl být management této polostátně-státní instituce. Vedení ostatních zdravotních pojišťoven je ekonomicky úspěšnější. U těchto soukromých společností hospodařících s pojistným občanů hrozí jiný problém. Zda dál pouštět do zdravotnictví velký kapitál, vzniklý v naší zemi specifickým způsobem a umožňovat tak podnikání s prostředky veřejného zdravotního pojištění.

2.4. Síť zdravotnických zařízení

Do roku 1990 existovala u nás síť pouze státních zdravotnických zařízení, organizovaná na územním principu, celorepubliková, krajská a státní. O rok později byla zahájena privatizace zdravotnických zařízení, od roku 1992 mohly zdravotní služby poskytovat i jiná než státní zařízení. Ani zdravotnictví se zcela nevyhnuly problémy podobné těm z privatizace jiných odvětví. Řada ekonomicky silných subjektů vnímá zdravotnictví jako oblast svých obchodních zájmů, vlastnictví zdravotnických zařízení je pro tyto

⁹⁷ Aktuálně v dubnu 2013 kupř. na informačním portálu nakladatelství Medical tribune, www.tribune.cz, navštíveno 27.5.

⁹⁸ Zda je osobní vztah důvěry pacienta a lékaře lepší v malé soukromé praxi dotyčného lékaře nebo v nejmenovaném zdravotnickém řetězci, kde se praktičtí lékaři- zaměstnanci střídají ve směnách, ponechám na úvaze každého.

subjekty jen jedním z důvodů zájmu, ještě důležitější je právě systém následného financování z veřejných zdrojů.⁹⁹

Stát by měl víc hájit zájmy a práva svých občanů na dostupnou kvalitní zdravotní péči, nepodléhat nátlaku určitých skupin, ponechat si a provádět dostatečnou kontrolu. Momentálně se zdá, že v mnohých ohledech se stát omezuje se na opatření následná, izolovaná, selektivně uplatňovaná. Fakticky rozhodují o chodu zdravotnictví zdravotní pojišťovny, velmi často bez jasných a transparentních pravidel. Narůstajícím pravomocím zdravotních pojišťoven se věnoval v posledním nálezu také Ústavní soud.

Zdravotní pojišťovny rozhodují o tom, s kým uzavřou smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče. Tyto smlouvy mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou lze uzavřít po konání výběrového řízení. Výběrové řízení vyhlašuje na návrh zdravotní pojišťovny nebo zdravotnického zařízení krajský úřad, v Praze Magistrát hlavního města Praha a pro ústavní a lázeňskou péči Ministerstvo zdravotnictví. Česká lékařská komora vydala doporučení představenstva členům pověřeným účastí ve výběrových komisích, většinu těchto komisí tvoří zástupci pojišťoven, účasten je i zástupce vyhlášovatele.¹⁰⁰

První dva roky platnosti zákona o všeobecném zdravotním pojištění¹⁰¹ byla rozhodující svobodná volba pacienta. Pojištěnec si mohl zvolit kterékoliv registrované zdravotnické zařízení a touto volbou se zařízení stalo smluvním zařízením zdravotní pojišťovny. V současnosti si pacient pokud chce mít péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění, musí zvolit zdravotnické zařízení, se kterým má jeho zdravotní pojišťovna uzavřenu smlouvu.¹⁰²

O uzavření smlouvy rozhodují dnes zdravotní pojišťovny, výsledek předcházejícího výběrového řízení pro ně není závazný. Již řadu let ve většině regionů a oborů nové smlouvy s běžným žadatelem, fyzickou osobou, kvalifikovaným lékařem neuzavírají s odkazem na dostatečnou síť zdravotnických zařízení. Opakovaně se ovšem děje, že s určitou konkrétní osobou smlouva uzavřena je. Pravidla výběru nebyla a nejsou jasná a srozumitelná, mnohdy účelová rozhodnutí jsou nepostižitelná.¹⁰³

⁹⁹ V této souvislosti poznámka, proč po roce 1989 nebylo umožněno alespoň v ambulantním sektoru pouze lékařům, aby mohli provozovat lékařskou praxi, tj. obdrželi smlouvy o úhradě zdravotní péče se zdravotními pojišťovnami. Důsledkem je často podnikatelské, pouze ekonomické myšlení a jednání vlastníků zdravotnických zařízení převažující nad medicínským, vstup silných finančních skupin do z jejich pohledu další perspektivní oblasti podnikání. Srovnání s právní úpravou advokacie, kde lze mluvit o obdobném vztahu důvěry s klientem.

¹⁰⁰ Doporučení představenstva ČLK č. 1/2013 k výkonu funkce členů ČLK pověřených komorou účastí ve výběrových komisích pro zajišťování sítě smluvních poskytovatelů zdravotních pojišťoven a pro obsazování vedoucích funkcí ve zdravotnictví. Dostupné na www.lkcr.cz

¹⁰¹ Zákon č. 550/1991 Sb.

¹⁰² Mach, citace 58, s. 224

¹⁰³ Opakovaně se děje, že zdravotní pojišťovny vyberou a smlouvu uzavřou z několika žadatelů s méně kvalifikovaným uchazečem, na základě netransparentních rozhodnutí a předchozích jednání

„Pro konečné rozhodnutí zdravotní pojišťovny, se kterým z uchazečů uzavře smluvní vztah, nejsou stanovena žádná bližší kritéria a toto rozhodování tedy nemusí být transparentní.“¹⁰⁴

V té souvislosti je třeba zmínit prvorepublikový pokladenský systém, jehož obdobu by někteří považovali za vhodný zejména pro ambulantní sektor i v dnešní době. Trojstranný vztah pacient/ klient- pojišťovna/ stát- lékař/ zdravotnické zařízení s mnohé komplikujícím prostředním mezičlánkem by se tím vrátil k průhlednějšímu a kontrolovatelnějšímu vztahu pacient- lékař. Pacient by si jistě důsledněji hlídal komu a za co v hotovosti zaplatí peníze, z nichž by mu pojišťovna vrátila částku odpovídající jeho typu pojištění. Praktických překážek zavedení takového systému je momentálně mnoho.

Zdravotnické zařízení je v zákoně o zdravotních službách, v jeho první části definováno jako prostory pro poskytování zdravotní péče, poskytovatel zdravotních služeb jako fyzická nebo právnická osoba, která má oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle tohoto zákona.¹⁰⁵ V druhé části zákona jsou rozlišeny druhy (podle časové naléhavosti a účelu jejího poskytnutí) a formy zdravotní péče (ambulantní, jednodenní, lůžková, ve vlastním sociálním prostředí pacienta). Část třetí upravuje udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb (tzv. registrace).

Smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče mezi zdravotnickými zařízeními zdravotními pojišťovnami je upravena rámcovou smlouvou, konkrétní individuální smlouvy mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou se nesmí odchýlit od ustanovení rámcové smlouvy. Rámcové smlouvy jsou v současnosti stanoveny vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy. Smlouva obsahuje dobu účinnosti smlouvy, práva a povinnosti účastníků, způsob provádění úhrady, obecné podmínky kvality poskytování zdravotní péče, ustanovení o kontrole, sankcích, smířícím řízení.

Vyhláška má 9 příloh, rámcových smluv pro jednotlivé segmenty poskytovatelů zdravotní péče. Kupř. příloha 2 obsahuje rámcovou smlouvu pro zdravotnická zařízení poskytující ambulantní specializovanou péči, s výjimkou zdravotnických zařízení poskytujících fyzioterapii, ergoterapii, gynekologii a logopedii. V článku 3 přílohy jsou uvedeny četné povinnosti zdravotnických zařízení:

„a) poskytuje hrazenou zdravotní péči v souladu s právními předpisy v odbornostech a rozsahu dohodnutých a vymezených ve smlouvě, pro které je věcně a technicky vybaveno a personálně zajištěno,

b) poskytuje hrazenou zdravotní péči pojištěncům z EU z a stejných podmínek jako pojištěncům pojišťovny, v rozsahu dle jimi předložených dokladů, tak aby nedocházelo

¹⁰⁴ Mach, citace 58, s. 243

¹⁰⁵ § 4 odst. 1 a § 2 odst. 1 zákona č. 372/ 2011 Sb., o zdravotních službách

k jejich diskriminaci ani upřednostňování zejména při přijímání na lékařské zákroky, na které se čeká, a to ani v případě, že by pojištěnec z EU hradil zdravotní péči v hotovosti,

c) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci, kteří budou pojištěncům poskytovat ve smlouvě sjednanou hrazenou zdravotní péči, splňují požadavky stanovené právními předpisy pro výkon této činnosti,

d) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytovanou zdravotní péči podle zvláštního právního předpisu,

e) poskytuje hrazenou zdravotní péči "lege artis" bez nadbytečných nákladů, vždy však se zřetelem k tomu, aby potřebného diagnostického nebo léčebného efektu bylo dosaženo s ohledem na individuální zdravotní stav pojištěnce,

f) odpovídá za účelnost indikace při odesílání pojištěnce ke komplementárním a konziliárním vyšetřením a na základě jejich výsledků upravuje diagnózu nebo léčebný postup,

g) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtované zdravotní péče v průkazné formě zdravotní dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které budou zaznamenávány provedené zdravotní výkony, vyžádaná zdravotní péče včetně zdravotní dopravy, předepisované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a uchovány v ní i doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření a ošetření, v souladu se zvláštním právním předpisem

h) zajistí, v případě nepřítomnosti ve smlouvě dohodnutého nositele výkonu, zástup jiným kvalifikovaným nositelem výkonu a ve smluvně dohodnutých případech tuto skutečnost oznámí pojištěncům a pojišťovně,

i) poskytne v souladu s právními předpisy zdravotnickým zařízením, kterým pojištěnce předá do péče nebo které si pojištěnec zvolí, informace potřebné pro zajištění návaznosti zdravotní péče a k zamezení duplicitního provádění diagnostických a léčebných výkonů a při převzetí pojištěnce do péče bude takové informace od příslušných zařízení vyžadovat,

j) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v § 11 odstavci 1 písmenu b) zákona,

k) nepodmíní právo pojištěnce na svobodnou volbu lékaře, zdravotnického zařízení nebo na poskytnutí hrazené zdravotní péče žádnými registračními poplatky nebo sponzorskými dary a za poskytnutou zdravotní péči hrazenou pojišťovnou nebude od pojištěnce, pokud to nevyplývá z právních předpisů, vybírat žádnou finanční úhradu,

l) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazené zdravotní péče změnou pojišťovny nebo jiným způsobem,

m) nebude zvýhodňovat pojištěnce jedné nebo více pojišťoven v neprospěch pojištěnců pojišťoven ostatních a zhoršovat dostupnost zdravotní péče hrazené pojišťovnou přednostním poskytováním péče hrazené jiným způsobem,

n) oznámí pojišťovně, v souladu s § 55 zákona úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytlo hrazenou zdravotní péči, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnícké nebo fyzické osoby,

o) odpovídá podle zvláštního právního předpisu za správné a úplné vyplnění tiskopisu receptu; dále odpovídá za správné a úplné vyplnění poukazu na zdravotnické prostředky nebo poukazu na vyšetření/ošetření nebo příkazu ke zdravotní dopravě. Pokud při preskripci nebylo respektováno preskripční omezení vyplývající z právních předpisů a pojišťovna tento léčivý přípravek zařízení lékárenské péče uhradila, má pojišťovna právo požadovat od zdravotnického zařízení úhradu zaplacené částky,

p) doloží při uzavírání smlouvy s pojišťovnou doklad o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou občanům v souvislosti s poskytováním zdravotní péče a bude pojištěno po celou dobu trvání smluvního vztahu s pojišťovnou.¹⁰⁶

Na straně pojišťoven kromě základní povinnosti uhradit zdravotnickému zařízení provedenou zdravotní péči, uvádí rámcová smlouva již jen poskytnutí metodiky a jejích změn, oprávnění ke kontrole a konstatování, že nebude vyžadovat zvýhodňování svých pojištěnců. Úhrada péče zdravotnickým zařízením probíhá podle složitých, nepředvídatelných a někdy i zpětně měněných pravidel, mnohdy ne v plném rozsahu.¹⁰⁷

Rámcová smlouva je přijímána v dohodovacím řízení mezi zástupci svazů zdravotních pojišťoven a zástupci zdravotnických zařízení, reprezentovanými příslušnými zájmovými (občanskými) sdruženími. Existence rámcové smlouvy je zárukou alespoň určité vyváženosti následně uzavíraných individuálních smluv mezi zdravotními pojišťovnami. Podmínky v individuálních smlouvách se sice i tak navzájem značně liší, hlavním kriteriem rozdílů se jeví rozdílná výchozí vyjednávací pozice provozovatele zdravotnického zařízení.

¹⁰⁶ Příloha 2 vyhlášky č.618/2006 Sb., zdroj portál veřejné správy, <http://portal.gov.cz>, navštíveno 1.8.

Ženské lékařství je vyčleněno ze skupiny ambulantních specialistů podobně jako zubní lékařství patrně proto, že patří spolu s praktickými lékaři pro dospělé a praktickými lékaři pro děti a dorost k tzv. primární péči, mají sjednány jiné podmínky úhrady péče od zdravotních pojišťoven.

K bodu i) poznámka:lékař nemůže zabránit duplicitnímu vyšetřování, nemá dostupné informace, kolik odborníků stejného zaměření pacient v poslední době navštívil. Pacient nemusí dle platné legislativy ke specialistům pouze s doporučením praktického lékaře a centrální elektronický informační systém chybí (pro neschopnost zajistit opravdu bezpečnou úschovu těchto citlivých dat a zprovoznit systém bez přemrštěných nákladů a finančních úniků). Zabránit duplicitním vyšetřením by měla zdravotní pojišťovna aktuální elektronickou informací o vykázaném příslušném kódu péče v uplynulém období.

¹⁰⁷ Je běžnou praxí našeho současného zdravotnictví, že zdravotnické zařízení poskytuje zdravotní péči několik měsíců bez smlouvy se zdravotní pojišťovnou, tedy bez jistoty uhrazení zdravotní péče, a pak je mu se zpětnou platností předložena k podpisu smlouva se zhoršenými podmínkami úhrady.

Výše úhrad zdravotní péče v určitém roce se řídí dvěma základními dokumenty, Seznamem zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (tzv. sazebník) a rozhodnutím o hodnotě bodu, výši úhrad hrazených služeb a tzv. regulačních opatřeních.¹⁰⁸

Seznam zdravotních výkonů obsahuje zdravotní výkony hrazené z veřejného zdravotního pojištění, stanoví podmínky a výši jejich úhrady (v bodech, nikoliv přímo korunách). Do roku 2007 probíhalo dohodovacího řízení o vzniku seznamu za účasti zástupců zdravotních pojišťoven a poskytovatelů zdravotní péče, profesních komor, odborné lékařské společnosti a zájmových sdružení pacientů. Novelou zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění účinnou k 1. lednu 2008 byl proces tvorby schvalování jednotlivých výkonů pro zařazení do seznamu zdravotních výkonů přenesen na Ministerstvo zdravotnictví, kde byla k tomu ustavena pracovní skupina, jejímž stálým členem je i zástupce VZP.

Dohodovacího řízení o hodnotě bodu a výši úhrad se účastní zástupci zdravotních pojišťoven a občanská sdružení poskytovatelů jednotlivých segmentů zdravotní péče. Pokud v určené lhůtě nedojde k uzavření dohody, což je řadu let pravidlem pro většinu segmentů péče, stanoví výši úhrad Ministerstvo zdravotnictví, které vydá příslušný právní předpis, tzv. úhradovou vyhláška Ministerstva zdravotnictví. V současnosti probíhá dohodovací řízení pro rok 2014, předběžnou dohodu se zdravotními pojišťovnami uzavřeli zatím pouze praktiční lékaři (speciální, tzv. kapitační platba), gynekologové, lázně a fyzioterapie, částečně radiodiagnostika.¹⁰⁹

Pro rok 2013 byla vyhláška č. 475/2012 Sb., vydána na poslední chvíli, její velmi restriktivní obsah komplikuje momentálně poskytování zdravotní péče. Skupina senátorů podala 25. března 2013 ústavní stížnost s návrhem na zrušení této tzv. úhradové vyhlášky.

Stručně k obsahu této vyhlášky a rozdílům, které znamenají zhoršení stavu proti minulému roku. Úhrada péče zdravotnickým zařízeními probíhá léta poněkud zvláštním způsobem. Zdravotnická zařízení jsou dlouhodobě nucena snažit se poskytnout péči v rozsahu (počtem ošetřených pojištěnců i objemem péče) stejném jako před dvěma lety. Referenčním obdobím, ke kterému pojišťovna vztahuje platby pro současné období je stejné období dva roky dozadu, nyní 2011. Pokud zdravotnické zařízení překročí objem tehdy vykázané péče, tj. ošetří více pojištěnců nebo poskytne jednotlivým pacientům více péče, je za to potrestáno výraznou restrikcí úhrad této péče od zdravotní pojišťovny.

¹⁰⁸ Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 467/2012 Sb., seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a č. 475/2012 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013

¹⁰⁹ Nedohodli se zatím zástupci ambulantních specialistů, doprava, domácí péče, stomatologie a komplementu, s výjimkou radiodiagnostiky (laboratoře...). Zdroj: Zápis z jednání představenstva ČLK z 26. 7. 2013, dostupné na oficiálních stránkách ČLK, www.lkcr.cz. Navštíveno 9. 8.

Nově pro rok 2013 je referenčním obdobím místo pololetí celý rok, v praxi to znamená, že pojišťovny v současnosti oznámily, že místo dvojnásobku pololetní částky uhradí za celý rok jen, patrně odlišně dle individuálních smluv, cca 70 % této sumy. Například u ambulantních specialistů je nyní bod vykázané péče ohodnocen částkou 1,02 Kč, nad tento limit je uhrazeno 0,30 Kč, hodina práce většiny ambulantních specialistů-kvalifikovaných odborníků má, přepočteno z klinických vyšetření dle sazebníku, hodnotu cca 480 bodů, necelých 500Kč. Nově se do úhradového vzorce započítávají jen body proplacené v roce 2011 plnou hodnotou, nikoliv již ty s degressí. Dalším zpřísněním je nulová tolerance pro překročení průměrných nákladů za léky a zdravotnické prostředky na jednoho pojištěnce ve srovnání s rokem 2011 a regulace 40 % u indukované péče (vyžádaná vyšetření u jiných specialistů). Již jen z tohoto náznaku výpočtu úhrady zdravotní péče je jasné, o jak nesrozumitelnou, patrně záměrně komplikovanou, proceduru se jedná.

V případě, že pacient navštíví několik pracovišť stejné odbornosti, tato stejná zdravotní péče je uhrazena opakovaně. Má snad tedy pacient obcházet několik specialistů stejné odbornosti v pravidelných časových intervalech, místo aby zůstal u svého lékaře, který má ovšem již vyčerpán limit péče? Jsou pacienti, kteří tak na systémové chyby ve zdravotnictví již reagují.

Legislativním procesem postupuje další zásadní novela zákona č. 48/ 1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, která by přinesla další výrazné posílení moci zdravotních pojišťoven. Na webových stránkách ministerstva je u novely (patrně této, v oddílu připravovaná legislativa) uvedeno pouze, že návrh byl předložen k projednání vládě a jejím pracovním komisím. Dle České lékařské komory neprošla novela vnitřním připomínkovým řízením. Bude zarážející, pokud tato významná norma projde v současné nestabilní politické situaci vládou a Parlamentem.¹¹⁰

Tato novela navrhuje zrušení dohodovacích řízení o úhradách péče i rámcových smlouvách a rámcových smluv vůbec. Vypsání výběrové řízení na uzavření nové smlouvy s poskytovatelem zdravotních služeb by mohla pouze zdravotní pojišťovna, už ne tento poskytovatel nebo samospráva, pojišťovna by stanovila kritéria výběru a z praktických kroků pojišťoven je dnes jasné, že rozhodující cena. Zdravotní pojišťovny by mohly dle návrhu poskytovateli zdravotních služeb vypovědět smlouvu bez udání důvodu, poskytovatel smlouvu vypovědět nesmí.¹¹¹

Došlo by tak k prohloubení nevyváženosti práv a povinností ve smluvních vztazích zdravotních pojišťoven s poskytovateli zdravotních služeb. Spíše než smlouvě v klasickém právním smyslu se tyto úkony podobají jednostrannému diktátu

¹¹⁰ Současná vláda, nazývaná prezidentem vládou odborníků, nezískala před 2 dny, 7. 8. 2013 důvěru Poslanecké sněmovny

¹¹¹ Zdroj www.lkcr.cz. Novinky-zápis jednání představenstva ČLK z 26. 7. 2013. Navštíveno 9. 8.

zdravotních pojišťoven. Další posílení vlivu pojišťoven by odporovalo i závěrům aktuálního nálezu Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 36/11.

Nově zveřejněná data o síti zdravotnických zařízení udávají, že: „koncem roku 2012 bylo v České republice evidováno 28 753 zdravotnických zařízení (o 303 více než v roce 2011), z toho 20 224 samostatných ambulantních ordinací (oproti roku 2011 nárůst o 103 zařízení). Rozdělíme-li zařízení dle zřizovatele, pak 213 zařízení bylo státních - zřizovatel Ministerstvo zdravotnictví (117 zařízení) a ostatní centrální orgány (96 zařízení), 28 540 zařízení bylo nestátních (zřizovatel kraj - 149 zařízení; zřizovatel město nebo obec - 169; zřizovatel fyzická osoba, církev, jiná právnická osoba -28.222). Ve všech zdravotnických zařízeních pracovalo koncem roku 46 968 lékařů a 107 478 samostatných zdravotnických pracovníků nelékařů (přepočtený počet vždy na celý úvazek). V průměru připadalo v ČR na 1 lékaře 224 obyvatel. Ve státních zařízeních (zřizovatel MZ a ostatní centrální orgány) pracovalo 19,6 % všech lékařů. V roce 2012 pracovalo v ambulantní péči vč. ambulantní péče v lůžkových zařízeních 71,1 % lékařů...v lůžkové péči pracovalo koncem roku 2012 celkem 11 979 lékařů.“¹¹²

Například k často diskutované otázce primární péče Ústav zdravotnických informací a statistiky uvádí: „Primární péči o dospělou populaci zajišťovalo k 31. prosinci. 2012 v České republice celkem 5 290 praktických lékařů pro dospělé (přepočtený počet na plné úvazky). Na 1 lékaře pro dospělé připadalo v republikovém průměru 1 632 registrovaných pacientů a 7,4 tisíce ošetření. Na 1 registrovaného pacienta bylo vykázáno 4,5 ošetření-vyšetření za rok. Preventivní prohlídky představovaly 6,2 % z celkového počtu ošetření - vyšetření. Zajištění primární péči o dospělou populaci se dlouhodobě výrazně nemění, nepříznivě se však vyvíjí věkové složení praktických lékařů pro dospělé.“¹¹³

Přestože systém našeho zdravotnictví má narůstající problémy, fungování je zatím dobré až výborné, nejen z pohledu srovnání ceny (procento HDP) a kvality. Základnímu článku poskytování péče lege artis, zdravotníkům, je věnována následující kapitola.

¹¹² www.uzis.cz/rychle-informace/zdravotnicka-zarizeni-cr-roce-2012, Aktuální informace č 30/2013 z 8. srpna. 2013, navštíveno 9. 8. Uvedeny i další údaje, např. dostupnost péče, počty lůžek v nemocnicích

¹¹³ www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-prakticky-lekaru-pro-dospel-roce-2012, z 8. července 2013, navštíveno 9.8.

3. Pracovněprávní aspekty

3.1. Právní předpisy

V kapitole se chci věnovat pracovněprávní problematice ve zdravotnictví z širšího, nikoliv jen právního, pohledu. Uvědomění si některých souvislostí a změnu pracovních podmínek zdravotníků považuji za důležité pro budoucnost poskytování péče lege artis.

Zásadně ve zdravotnictví samozřejmě platí základní pracovně právní norma, zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce. Způsobnosti k výkonu zdravotnických povolání se týkají zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta a zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. Významně ovlivnila zdravotnictví vyhláška č. 99/2012 Sb., o minimálním personálním zajištění zdravotních služeb.

Posledně jmenovaná vyhláška umožnila kroky vedoucí spíše ke snížení než zvýšení kvality a bezpečnosti péče lege artis. V mnoha nemocnicích byl snížen počet středního a pomocného zdravotnického personálu. Přes argumentaci Ministerstva zdravotnictví, že vyhláška stanoví pouze nepodkročitelná minima, řada ředitelů nemocnic byla k propouštění personálu donucena ekonomicky, snížením úhrad za péči. Nemocnice mohou spojovat lůžková oddělení různých odborností, ústavní pohotovostní služby mohou nově sloužit bez dozoru lékaři bez specializované způsobilosti v oboru.¹¹⁴ I tak lze řešit dle názoru ministerstva personální zabezpečení kvalifikovanými zdravotníky. Realita připomíná mnohým návrat ke stavu před několika desetiletími, kdy chirurg sloužil všechny obory i jen vzdáleně příbuzné, včetně ušního, zubního a anesteziologie, obory bližší interně sloužil druhý přítomný lékař, internista. Rozpor s propracovanými pravidly specializované způsobilosti je zřejmý.

Povinnosti zdravotníků jsou obsahem většiny norem týkajících se zdravotnictví, práva a pracovní podmínky zdravotníků zdůrazňována nebývají. Práva zdravotnického pracovníka, konkrétně tři (částečně podmíněná, hraničící s povinnostmi), jsou uvedena v § 50, právo poskytovatele odmítnout přijetí pacienta do péče v § 48 zákona o zdravotních službách.¹¹⁵

Zdravotníci jsou těmi, bez jejichž práce se žádné zdravotnictví neobejde. Platné pracovní právo je v naší zemi dlouhodobě obcházeno v praxi četnými způsoby, nejen ve

¹¹⁴ Kubek, M., Reforma nebo „reforma“?. Tempus Medicorum 5/2013, s. 8.

V praxi se již děje, že na lůžkovém oddělení urologickém koná službu specialista na ušní a nosní apod.

¹¹⁵ Zákon č. 372/2011 Sb., část pátá. Postavení poskytovatele, zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. Předchozí část zákona je věnována postavení pacienta, část následující dokumentaci.

zdravotnictví. Během mé dosavadní profesní dráhy jsem se mnohokrát sama sebe ptala, zda ve zdravotnictví platí nějaká právní pravidla, a to nejen pracovněprávní. Jako ukázkou reálného stavu uvedu několik typických příkladů pracovněprávní praxe českého zdravotnictví.

První příklad se týká dodržování pracovní doby. Donedávna zcela běžný byl nepřetržitý výkon práce trvající od pátku ráno do pondělních odpoledních hodin. Na běžnou pracovní dobu v pátek navázala služba ústavní pohotovostní tzv. víkendová, trvající do pondělí ráno, po ní opět celý běžný pracovní den. V podmínkách chirurgicko-traumatologických služeb (na okresní nemocnici celkem dva lékaři ve službě, zároveň na ambulanci, oddělení i operační sál) to znamenalo prakticky nepřetržitou práci náročnou fyzicky i psychicky trvající 80 hodin.¹¹⁶

Únava zásadně ovlivňující soustředění i pozornost a odčerpávající energii. Dodnes poznám na lékaři, že má za sebou podobnou službu. Realita mnohých služeb, odměna za ně je v této zemi běžně automaticky uváděna jako součást základního příjmu lékařů. Nejedná se jen o situace z dávné minulosti, předloni proběhla medií zpráva o polském anesteziologovi, který zemřel vyčerpáním během pět dní trvající služby v nemocnici, kde podobné rozpisy služeb nebyly výjimkou.

Pravda je, že bez příjmů za tzv. ústavní pohotovostní služby by většina nemocničních lékařů finančně nevystačila a také to, že bez nich nelze zajistit chod zdravotnictví. Pracovněprávní předpisy i délka služeb se od té doby změnily, jsou však nadále nejrůznějšími způsoby obcházeny, protože není dost lékařů, aby bylo možné nechat skutečně všechny lékaře po službě odejít domů. Situace je řešena pomocí dohod mimo pracovní poměr, výkonu práce mimo pracoviště a podobných praktik. Problém který je známý, ke správnému řešení, přijetí dostatečného množství lékařů, chybí vůle a finance v resortu. Dohoda o další dohodnuté práci přesčas, jak zní oficiální název dle § 93 a zákoníku práce,¹¹⁷ má v praxi zdravotnictví různé formy.

Na řadě oddělení se lékařům přes plné nasazení nepodaří dokončit práci v běžnou pracovní dobu a zůstávají po jejím skončení, bez nároku na odměnu k základnímu platu

¹¹⁶ Devadesátá léta minulého století. Nepřetržitý výkon práce čtyři dny, probdělé a odpracované tři noci, jen výjimečně hodina dvě spánku, pokud vůbec šlo z ambulance odejít, pravidelně celou noc telefonáty sestry z ambulance o příchodu dalšího pacienta. Během několika minut se musí lékař přes únavu a nevyspání zkoncentrovat, soustředit, rozhodovat, šit ránu, přemlouvat opilého pacienta aby se nechal ošetřit, bránit se slovníma často i fyzickým útokům takového pacienta. Lékař, sestra, výjimečně i sanitář. Jeden úraz za druhým, rentgenový snímek, sádra, bolest břicha, pacientka s klíštětem, rychlá záchranná služba přiváží autohavárii, pak pacient, který se v neděli cestou z chaty zastavil k ošetření týden starého podvrknutí kotníku, v noci pacient, který se rozhodl, že si ve dvě hodiny... pacienta z havárie je třeba operovat, operační sál. V noci po návratu z operačního sálu čeká na ambulanci několik pacientů na ošetření, někteří nespokojení, že museli čekat. Pak běžný pracovní den, mnohdy začínající na operačním sále, kde se mohl operační protáhnout i přes oficiální pracovní dobu a lékaři zůstávají i po jejím skončení, následuje běžný pracovní týden.

¹¹⁷ Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce. Od 1. ledna 2014 přinese evropská legislativa změny do této oblasti, na které se původní členské země intenzivně připravují, v České republice bude pravděpodobně pokračovat stav obcházení těchto pracovněprávních předpisů.

nebo mzdě. Stovky přesčasových hodin, které zdravotníci nedostanou proplaceny, protože tak je to již tradičně ve zdravotnictví považováno za samozřejmost.

Vybavuji si diskusi na semináři na právnické fakultě, věnovanou rozboru případu ledviny odoperované na chybné straně. Kolegové studenti vznášeli argumenty a dotazy typu: proč šel ten den dotyčný mladší lékař na ambulanci, když nebyl schopen bezchybně rozhodovat a napsat správnou stranu, že neměl chodit, pokud nebyl dostatečně erudován... Nikdo se nikdy neptá lékaře, zda se ten den cítí schopen převzít odpovědnost za rozhodování na ambulanci, na operačním sále, v noční službě. Prostě je tam nadřazeným vypsán, přidělen, určen.

Proč předchozí odstavce v práci týkající se lege artis? Bez konkrétní představy o práci lékařů je lehké určovat jim další povinnosti. Teoreticky dnes již několikadenní výkon pohotovostní služby není možný, lékaři mají po službě odejít domů, o něco lepší je pracovní právní stav i prakticky. Služby jsou nadále náročné z řady důvodů. Kromě pacientů, kteří pohotovostních služeb vědomě zneužívají, aby nemuseli následující den čekat jinde na běžné ošetření je tu fakt, že si někteří zvykli téměř s čímkoliv navštívit pohotovostní službu. Věrohodná, aktuální data o vývoji počtu návštěv ve zdravotnických zařízeních, z toho v pohotovostních službách, nenacházím.

Jsou tu i dopady roky uměle podporovaného rozdělení lékařského stavu na nemocniční a soukromé lékaře. Mnozí soukromě působící lékaři nechtějí vykonávat další práci po skončení jejich běžné ordinací doby, jsou redukovány či rušeny LSPP (lékařské služby první pomoci), více pacientů pak směřuje do nemocnic. Přes oficiálně avizované úspěchy regulačních poplatků, na pohotovosti a v ordinacích patrný úbytek pacientů není, věrohodná statistická data dokazující regulační efekt dostupná nejsou.

Příklad pracovní právní praxe českých nemocnic, kterou jsem opakovaně zažila, týkající se postupu před vznikem pracovního poměru. Nemocnice tuto metodu nejčastěji používají (používaly, doufám) na mladé lékaře, ale nejen na ně. Lékař chce pracovat v nemocnici jinak než na plný úvazek, protože potřebujete praxi na daném oddělení pro svou profesní přípravu nebo pracuje jako zaměstnanec na poliklinice a do nemocnice chcete chodit na tzv. klinický den kvůli udržení kontaktu s prací na lůžkovém oddělení či operačním sále. Nemocnice, aniž by o tom při předchozích jednáních cokoli zaznělo, předloží prostřednictvím personální pracovnice k podpisu pracovní smlouvu, kde za celý jeden den práce týdně, který byl dohodnut, je místo skutečného napsán mnohonásobně (řádově) nižší rozsah práce a odpovídající odměna za něj. V současnosti je ve většině zdravotnických zařízení nabídnuta v podobné situaci nejčastěji dohoda o provedení práce.

Lékaři nuceně rozepisovat výkon ústavní pohotovostní služby do několika pracovních výkazů, dohod mimo pracovní poměr. Stejná dohoda vnucovaná ředitelstvím nemocnice lékařce k úhradě části její řádné mzdy. Vedoucí lékař jiného oddělení, který se řadu základních informací o dotyčném oddělení od vedení nemocnice nedozví ani po

několika měsících. Velmi složité podmínky nabízené začínajícím lékařům během jejich povinné odborné přípravy před atestační zkouškou. Potíže zdravotníků při uvolnění na odborné kurzy a stáže nezbytné pro jejich specializační přípravu a další celoživotní vzdělávání, zaměstnavatel často odmítá na tyto kurzy i jen částečně finančně přispět.

Zvyšování a prohlubování kvalifikace¹¹⁸ je ve zdravotnictví nutností, adekvátní práva zdravotníků v souvislosti se získáváním kvalifikace jsou v praxi významně omezována. Celoživotní vzdělávání je nejen potřebou, ale i povinností zdravotníků a mělo by, stejně jako předatestační specializační příprava, být posuzováno jako prohlubování kvalifikace. V praxi mají zdravotníci problém získat jakékoliv úlevy uvedené v zákoně u zvýšení kvalifikace, většinou si musí kurzy sami zaplatit a absolvovat je o dovolené, i v nemocnicích jsou výdaje na vzdělávání prvními krácenými. V některých případech zaměstnavatel záměrně neumožňuje zdravotníkovi včasné dokončení odborné přípravy, ze mzdových důvodů.

Nestabilita prostředí, ve kterém jsou podmínky poskytování zdravotní péče pravidelně měněny zaměstnavateli, ministerstvem a nejčastěji zdravotními pojišťovnami, často dokonce zpětně. Narůstající administrativa je nadřizenými přidělena opět zdravotníkům. V mnoha zdravotnických zařízeních nevyhovující pracovní prostředí v zastaralých budovách, vyšší riziko infekce i mimo tzv. riziková pracoviště. Jinde obvyklé výdobytky, jako například klimatizace, tzv. „sick days“ nebo jakékoliv zaměstnanecké benefity, většinou neexistují.

Ve kterém jiném oboru kvalifikované činnosti, ve které jiné rozvinuté evropské zemi si lze představit podobné zacházení s odborníky. Jednání známé, celospolečensky akceptované. Důvody proč čeští zdravotníci odcházejí, někteří jsou rezignovaní a demotivovaní.

Poslední příběh přibližující mzdovou praxi českého zdravotnictví se týká fyzioterapeutů, častěji fyzioterapeutek.¹¹⁹ Většina vysokých škol zabývajících se, někdy i vzdáleně medicínou, zřídila směry zabývajících se výukou vysokoškolsky vzdělaných rehabilitačních pracovníků, bez jasného plánu jejich uplatnění v systému zdravotnictví. Jejich práce je náročná fyzicky i psychicky. V tzv. státních zdravotnických zařízeních je fyzioterapeut odměňován dle platových tabulek, v tzv. nestátních zdravotních zařízeních nemá garance žádné. Pro podnikatelsky myslící zaměstnavatele je ekonomicky výhodnější zaměstnat fyzioterapeuta bez vysokoškolského vzdělání. Tento vysokoškolsky vzdělaný odborník bývá v praxi mnohdy ohodnocen základní mzdou blízkou se mzdě minimální. Ne všichni se mohou uplatnit v privátním sektoru, mnohé nově ohrožují důsledky restriktivního indikačního seznamu lázeňské péče.

¹¹⁸ § 230 až 235 zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce

¹¹⁹ Rehabilitaci si představme jako kvalifikovanou komplexní činnost, nezbytnou podmínku návratu pacienta vážně poraněného nebo postiženého těžkou cévní mozkovou příhodou do aktivního života, nikoliv jako masáže, jak je mylně chápána nejen laiky.

Další příklady týkající se velmi náročné práce v oblasti následné péče hraničící se sociální problematikou či rozhodování lékařů v urgentních situacích,¹²⁰ již vynechám.

3.2. Osobní prvek ve zdravotnictví

Povolání zdravotníka je psychicky náročné. Že v některých oborech je velmi náročné i fyzicky jsem demonstrovala na uvedených příkladech. Míra zátěže se liší v jednotlivých oborech, všeobecně je však ve zdravotnictví a sociálních službách velmi vysoká. Problém nadměrné zátěže zdravotníků konečně přestává být přehlížen, zabývá se jím skupina odborníků, převážně psychologů. Objevují se odborné publikace a články týkající syndromu vyhoření zdravotníků, Česká lékařská komora pořádala loni symposium s názvem „Psychická zátěž a stres lékařů a zdravotníků“.

Začnu výňatky z článku psychologa, věnujícího se uvedené problematice. Uvedu i výsledky rozsáhlého průzkumu,¹²¹ týkajícího se vyhoření lékařů, na jejichž základě má být zřízeno centrum pomoci zdravotníkům.

„Skutečnost, že lékařská profese je velmi náročná psychicky i fyzicky, je dnes obecně uznávaným faktem. Ten nicméně zůstává buď zcela ignorován, nebo nabývá romantického nádechu, kdy je lékař prezentován jako zachránce, který i ve fyzicky nebo emočně vypjatých situacích volí správné řešení a odměnou je mu dobře vykonaná práce. Ve skutečnosti jsou ovšem lékaři unavení, vyhořelí cyničtí, ztrácejí zájem o svůj obor, jsou silně demotivovaní a efektivita jejich práce klesá. Ruku v ruce s tímto jevem jde kriticky zvýšené riziko závažných profesních pochybení, snížená efektivita volených postupů i celého systému.“¹²²

Syndrom vyhoření je obvykle definován jako ztráta profesionálního zájmu a zaujetí, stav vyčerpání, únavy a demotivace, zvláště u profesionálů v pomáhajících profesích. „Dostavuje se pokles až úplná ztráta zájmu o témata související z profesí, negativní hodnocení instituce, v níž byla profese až dosud vykonávána, sebelítost, intenzivní prožitek nedostatku uznání, projevy negativismu, cynismu a zvýšené iritability ve vztahu k pacientům, redukce činnosti na rutinní postupy, přesvědčení o vlastní postradatelnosti až bezcennosti.“¹²³

Zdravotníci patří k nejohroženějším syndromem vyhoření. Příčiny jsou známé, vychází z podstaty profese a z pracovních podmínek. Kromě vysoké zodpovědnosti a pracovního tempa, nutnosti rozhodovat se a rychle reagovat, neustálého kontaktu a

¹²⁰ Druhá oblast patří, na rozdíl od první uvedené, k oblíbenému tématu řady autorů děl z prostředí zdravotnictví. Realitě je obraz jejich tvorby, ovlivňující nazírání veřejnosti na zdravotnictví, většinou velmi vzdálen.

¹²¹ Výzkum „Syndrom vyhoření u českých lékařů“, iniciovaný Českou lékařskou komorou a odborně garantovaný a realizovaný Psychiatrickou klinikou 1. LF UK, přednosta prof. MUDr. J. Raboch, DrSc. Výzkumu se zúčastnilo přes 10 tisíc českých lékařů a lékařek.

¹²² Ptáček, R., článek Vyhořelý lékař nebo zdravotnictví, *Tempus Medicorum* 4/ 2013, str. 24

¹²³ Kebza, V., *Psychická zátěž, stres a psychohygienu v lékařských profesích*, s. 77

komunikací s pacienty a jejich rodinou, se speciálně v aktuálním českém výzkumu na prvních místech objevily vysoká administrativní zátěž lékařů a mnoho přesčasových hodin strávených v práci.

Z úvodu téže knihy: „Nejenom extrémní množství přesčasové práce, která by pro jiné profese byla něčím nepředstavitelným a pocit drtící odpovědnosti vyplývající z vědomí následků v případě chybných rozhodnutí či pouhých manuálních nezdarů, ale též frustrace z nedostatečného finančního ohodnocení, to vše u většiny lékařů zvyšuje riziko vzniku psychického a fyzického vyhoření. Někteří lékaři se z trvalého pracovního stresu zhroutní, jiní onemocní. Jsou však mezi námi i takoví jedinci, kteří propadnou velikášskému pocitu vlastní neomylnosti a nenahraditelnosti.“¹²⁴

První výsledky rozsáhlého výzkumu týkajícího se duševního stavu českých lékařů byly nedávno zveřejněny. Vyplývá z nich, že syndromem vyhoření trpí více než polovina českých lékařů, což je v mezinárodním srovnání velmi vysoké číslo. Statistiky ukazují, že lékařky trpící syndromem vyhoření mají až 270krát vyšší pravděpodobnost, že spáchají sebevraždu, lékaři 200krát vyšší pravděpodobnost. Mnohem častěji se u nich vyskytují vážná onemocnění jako infarkty, deprese, problémy s návykovými látkami.

Z uvedeného článku instruktivní úryvek z vyprávění uznávané lékařky: „Hrnuly se na mě denně tuny lidské bolesti. Do toho jsem bojovala s úřady, ministerstvem, pojišťovnou, protože oni vymýšlejí stále nová a nová byrokratická pravidla jak něco ztížit, nedovolit, zakázat, utáhnout finanční toky... dostala jsem se do bodu, kdy jsem se nedokázala zvednout a jít do práce kvůli absolutní neschopnosti podívat se na pacienta nebo papír. Je to pryč, ale za cenu, že budu doživotně brát antidepressiva.“¹²⁵

Syndrom vyhoření není uveden v oficiální mezinárodní klasifikaci nemocí. Bývá zahrnut pod diagnosu Z 73.3 Problémy spojené s obtížemi uspořádání života. Většina lékařů díky pracovnímu vytížení nevstupuje většinou do pracovní neschopnosti, často nestihá vlastní preventivní prohlídky a rozhodně nenavštěvuje zbytečně kolegy, nehrozí tedy, že by chtěli této diagnózy zneužít. V seznamu nemocí z povolání¹²⁶ není syndrom vyhoření uveden. Podle výzkumů jsou nejčastěji tímto syndromem postiženi zdravotníci pracující v léčebnách dlouhodobě nemocných a v oborech onkologie, chirurgie, psychiatrie a intenzivní péče.

Znám či znala jsem lékaře a lékařky, které potkaly všechny výše uvedené situace. Příběhy lékařů pod enormním tlakem, těžké až nemožné dokázat příčinnou souvislost. Zná mnoho zdravotníků a výsledky výzkumu považují za relevantní. Argument, že je

¹²⁴ Kebza, citace 123, s. 7

¹²⁵ Petrášová, L., Polovina lékařů u nás vyhořela. MF Dnes, 1. června 2013, s. A 4

¹²⁶ Příloha Vyhlášky č. 104/2012 v platném znění. Dle aktuální informace uveřejněné na www.mzcr.cz - novinky 1. 8. 2013 bylo loni nahlášeno 1099 nemocí z povolání. Nejvíce případů je z oborů těžba černého uhlí a kovodělná výroba, dále ve zdravotní péči a výrobě motorových vozidel. 89 případů nahlášených ze zdravotnictví, 73 onemocnění svrabem u zdravotních sester pracovníků sociálních služeb. Navštíveno 2.8.

plno spokojených, relaxovaných lékařů fungujících mimo systém veřejného zdravotního pojištění mne neuklidňuje, ti se nesoustředí na léčení pacientů podle potřeby péče.

Administrativní zátěž zdravotníků je enormní, nehodlám zde popisovat, co vše musí zdravotnický personál zaznamenávat.¹²⁷ Pravdou je, že většinu pracovní doby zdravotní sestra v nemocnici vykazuje a zaznamenává tolik údajů o pacientovi a péči o něj do dokumentace, že na to podstatné, samotnou péči jí nezbyvá čas. Lékař tráví víc času u počítače než u pacienta ne z vlastní vůle, ale donucen systémem. Na rozdíl od našich jižních a západních sousedů není se zdravotní sestrou ve službě dostatek nižšího zdravotnického personálu, který by vždy vykázanou péči opravdu provedl, lékařům chybí pomoc personálu vyškoleného v administrativě.

Právní řešení řady problémů našeho zdravotnictví je stížnost, žaloba, sankce, další předpis. Řešením faktickým by bylo více zdravotnického personálu, zejména na některých odděleních, pomoc s administrativou ze strany managementu i nezdravotnického personálu, zredukovat množství formulářů, výkazů a formálních hlášení, přehnaných a od reality mnohdy odtržených požadavků nejrůznějších komisí. Rozsáhlejší dokumentace a více administrativy neznamena zlepšení zdravotní péče lege artis, může tomu být dokonce naopak. Jeden ze základních rozdílů proti praxi zdravotnictví v sousedním Německu, kde zdravotníci, zejména lékaři mají k dispozici potřebný administrativní servis a mohou se více soustředit na podstatné, na léčení pacientů.

Poslední citát z uvedeného výzkumu, který s péčí lege artis a obvyklým právním nazíráním medicíny již úzce souvisí: „Statistiky ukazují, že vyhořelí lékaři mají až pětkrát vyšší riziko, že udělají chybu a poškodí pacienta. Dokud se nezmění vnější podmínky, tedy třeba právě nesníží byrokratická zátěž nebo počet přesčasů, nic moc se nezmění.“¹²⁸ Stejný autor zakončil svůj článek doporučením: „Nechme lékaře vydechnout a vytvořme jim podmínky pro výkon náročného povolání. Jinak se může stát, že budeme mít skvělé nemocnice, propracované zákony a vyhlášky, ale nemocnice budou prázdné.“

Přejme si, aby toto konstatování bylo lehce nadneseným. Již dnes existují zdravotnická zařízení, která musí z personálních důvodů poskytování zdravotní péče redukovat nebo ukončit.

¹²⁷ Namátkou příklady z praxe: označit na každém dávkovači s tekutým mýdlem nebo dezinfekcí rukou na pokoji pacientů kým a čím bylo naplněno a do kdy smí být použito, uzamknout nádobu s čajem pro pacienty, měřit teplotu v chladničce na soukromé potraviny pacientů.

Běžná dokumentace, v současnosti vedená paralelně lékařská a sesterská- ošetřovatelská obsahuje údaje tradiční, potřebné (stav pacienta, teplota, váha, výška, krevní tlak, příjem a výdej tekutin, vylučování, medikace, prevence proleženin a pádů), ale nově i mnohé další, které již péči spíš komplikují a okrádají pacienta o čas zdravotníků (další zvláštní záznamy o výživě, o bolesti, o proleženinách, záznam reakce na přijetí laboratorního výsledku...). Za raritní považuji sdělení zdravotní sestry, která musela zmáčknout tlačítko vždy předtím a potom když podávala lék pacientovi nebo lékařky, která nesmí mít na pracovním stole žádný nápoj.

¹²⁸ Ptáček, citace 122

4. Aktuální nález Ústavního soudu ČR

Tuto kapitolu věnuji významnému nálezu Ústavního soudu, který byl zveřejněn 2. července 2013, před dokončením této práce. Jejího obsahu se velmi dotýká a v mnohém ho mění. Jedná se o nález Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 36/11, publikovaný ve Sbírce zákonů pod č. 238/2013 Sb. dne 5. srpna 2013.

Ústavní soud vyhověl tímto nálezem návrhu skupiny poslanců z 14. prosince 2011 a zrušil některá ustanovení zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, kterými byla rozdělena zdravotní péče na základní a ekonomicky náročnější, zvýšen poplatek za den lůžkové péče z 60 Kč na 100 Kč a upravena pravomoc zdravotních pojišťoven ukládat pokuty zdravotnickým zařízením. Právní úpravu tzv. standardů a nadstandardů zrušil okamžikem vyhlášení ve Sbírce zákonů:

„Ustanovení § 11 odst. 1 písm. f), § 12 písm. n), § 13 odst. 3 až 7, § 17 odst. 4 ve slovech „a s označením variant zdravotní péče podle § 13“ zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a § 12 odst. 1 písm. n) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění po novelizaci provedené zákonem č. 458/2011 Sb., se ruší dnem vyhlášení nálezu ve Sbírce zákonů.“¹²⁹

Dnem publikování tohoto nálezu ve Sbírce zákonů pozbyly současně platnosti části přílohy vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, a to ty části přílohy, kde je symbolem „E“ označeno, že jde o ekonomicky náročnější variantu zdravotní péče podle § 13 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. U poplatků a pokut odložil Ústavní soud vykonatelnost nálezu do 31. prosince 2013.

Problematikou se Ústavní soud v rozsáhlém judikátu zabýval velmi podrobně a komplexně. V odůvodnění nejprve rekapituloval návrh poslanců. U rozdělení zdravotních služeb na základní a ekonomicky náročnější variantu kritizovali poslanci zejména absenci definičních znaků jediného rozlišení obou variant a kritérií, podle kterých by bylo možné určit nákladnost zdravotní péče při rozlišování její základní a ekonomicky náročnější varianty a také stanovení výše úhrad základní varianty a vymezení ekonomicky náročnější varianty v podzákoném, prováděcím předpisu. V otázce zvýšení regulačních

¹²⁹ Nález Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 36/11, www.usoud.cz/aktualne. Navštíveno 25. 7.

poplatků argumentovali poslanci bariérou v přístupu ke zdravotní péči pro některé sociální skupiny, zvláště když nejsou stanoveny žádné ochranné limity.

U třetího okruhu stížnosti, oprávnění zdravotních pojišťoven sankcionovat poskytovatele zdravotních služeb navrhovatelé uvádějí:

„Pojišťovná je předmětné oprávnění dáno, ačkoliv nejsou orgány veřejné moci a nejsou zásadně vůči poskytovatelům zdravotních služeb ani v nadřízeném postavení ani v postavení orgánu oprávněného uplatňovat vůči nim veřejnou moc. Vztahy mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb stojí na soukromoprávním základě a uplatňuje se mezi nimi princip privátní autonomie. Ostatně tento přístup zákonodárce kritizovali někteří soudci Ústavního soudu ve svých odlišných stanoviscích k výše citovanému nálezu sp. zn. Pl. ÚS 1/08. Zdravotní pojišťovny mají velmi širokou volnou úvahu při ukládání pokut, a to jak co do výše, tak i jejího opakovaného ukládání. Maximální výše pokut je značná a lze jí ohrozit samotnou hospodářskou existenci poskytovatele zdravotních služeb. Navrhovatelé vyjadřují obavu, že zdravotní pojišťovna může prostřednictvím tohoto sankčního oprávnění přímo či nepřímo působit na poskytovatele zdravotních služeb ve vztahu k uzavírání, plnění nebo ukončení smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb, zvláště jsou-li či byli spolu ve sporu.“¹³⁰

V oddílu stanoviska dalších dotčených subjektů odmítají Ministerstvo zdravotnictví, Všeobecná zdravotní pojišťovna i Svaz zdravotních pojišťoven argumenty navrhovatelů. Česká lékařská komora se vyjádřila následovně:

„Česká lékařská komora u rozdělení péče rozlišuje dva aspekty. Zaprvé je to samotné rozdělení zdravotních výkonů stejného terapeutického účinku na výkony provedené v základní variantě a variantě ekonomicky náročnější s příplatkem pojištěnce, které samo o sobě za protiústavní nepovažuje. Pojištěnec má při stávající právní úpravě vyplývající z § 13 zákona o veřejném zdravotním pojištění zaručeno, že ze zdravotního pojištění jsou hrazeny všechny zdravotní služby, které jsou potřebné k ochraně jeho zdraví, avšak způsob jejich provedení, může-li být v některých případech rozdílný, si může sám zvolit a za komfortnější si dobrovolně připlatit. Za situace, kdy se české zdravotnictví opakovaně potýká se závažnými ekonomickými problémy a kdy i v okolních demokratických zemích existuje pro občany možnost se regulérně připojistit, přičemž všeobecné zdravotní pojištění pokrývá jen péči nejnutnější, je možnost připlácení za určitý nadstandard žádoucí a poskytovatelé zdravotních služeb po něm sami volali. Navíc nově se kalkuluje jen s rozdílem mezi komfortnějším a méně komfortním provedením zdravotního výkonu či zdravotní pomůckou, což je dle České lékařské komory pro pojištěnce pozitivní, neboť dosud si museli takové výkony či pomůcky hradit zcela sami.

¹³⁰ Citace 129, s. 5

Pokud jde o druhý aspekt, tedy způsob výběru jednotlivých úkonů, u nichž lze varianty péče a pomůcek nabízet, ten je ponechán na ryze administrativním úřednickém postupu – ministerské vyhlášce (stávající praxe je taková, že Ministerstvo zdravotnictví rozhodne ve vyhlášce, kterou se stanoví seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, jaké výkony lze nabízet kromě základní i v ekonomicky náročnější variantě).

K poplatku za poskytování lůžkové péče má ČLK jen terminologickou výhradu, neboť jde ve skutečnosti o platbu za hotelové služby... Konečně oprávnění zdravotních pojišťoven sankcionovat poskytovatele je dle České lékařské komory v situaci, kdy jde o smluvní partnery bezprecedentní a v demokratických zemích vyloučené. V širším rámci připomíná opakovaně kritizované nerovné postavení pojišťoven a zdravotnických zařízení a upozorňuje na problém ještě tíživější, než je ten obsažený v návrhu, a sice pokřivená a netransparentní pravidla uzavírání smluv o poskytování péče mezi pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními; o bytí a nebytí soukromého lékaře, resp. zdravotnického zařízení rozhoduje fakticky přízeň či nepřízeň úředníka monopolní zdravotní pojišťovny, nikoliv preference pacientů.¹³¹

V další části se Ústavní soud věnoval zajímavému přehledu zahraničních úprav v sousedních, s ohledem na historické souvislosti, pro nás relevantních zemí. Na Slovensku se Ústavní soud vyjádřil ve svém nálezu č. 396/2004 Z. z. týkajícím se zpoplatnění části zdravotní péče, při analogickém znění čl. 40 slovenské a čl. 31 naší Ústavy: „Bezplatná starostlivosť podľa čl. 40 Ústavy má svoj rozsah, tj. že nie všetko sa poskytuje bezplatne.“ Poplatek za den hospitalizace se na Slovensku neplatí. Z úpravy regulačních poplatků v nemocnicích v Německu a Rakousku je podstatná informace, že doplatek/spoluúčast za den hospitalizace 10 Euro je omezena na maximálně 28 dní v kalendářním roce.

V replice k vyjádřením a stanoviskům zejména Ministerstva zdravotnictví a Všeobecné zdravotní pojišťovny navrhovatelé trvají na tom, že v zákoně chybí meze základní a ekonomicky náročnější varianty péče a formulace napadených ustanovení činí rozsah péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění závislým na ministerské vyhlášce

Stran sankcí ukládaných poskytovateli zdravotních služeb navrhovatelé: „připomínají, že nikterak nezpochybovali možnosť pověřit osobu soukromého práva výkonem veřejné správy, ale kritizovali absenci zákonných mezí volné úvahy zdravotní pojišťovny o výši a možnosti opakovaného ukládání pokut, neadekvátní nastavení horního limitu a nepřiměřené zvýšení horní hranice pokuty za nevybírání regulačních poplatků.“

Ústavní soud se ve vlastním přezkumu věnuje nejprve problematice standardů a nadstandardů. Ve svém hodnocení vyšel z přecházející judikatury, v níž se dané

¹³¹ Citace 129

problematice již věnoval (nálezy sp. zn. Pl. ÚS 35/95, Pl. ÚS 14/02 a Pl. ÚS 1/08). Konstatoval, že zákonodárce nevyhověl požadavku úpravy limitů takto rozdělené péče v zákoně a právní úpravu standardů a nadstandardů proto zrušil.

„Obecný základ variant základní a ekonomicky náročnější je obsažen přímo v zákoně. Z pohledu Ústavního soudu je ale podstatné, zda úprava v zákoně sama o sobě, tedy i bez prováděcí vyhlášky, je adresátům dostatečně srozumitelná a zda by byla aplikovatelná. Prováděcí předpis má stanovit již jen její detaily. Napadená úprava variant péče v současné době funguje tak, že kromě výše reprodukováného obecného rámce v zákoně o veřejném zdravotním pojištění jsou ve vyhlášce, kterou se vydává seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami, Ministerstvem zdravotnictví označeny zdravotní výkony, u nichž lze pojištěncům nabízet volbu mezi základní a ekonomicky náročnější variantou. Poskytovatelům zdravotních služeb, pojišťovnám i pojištěncům je tedy teprve z vyhlášky zřejmé, co je základní variantou a za jaké zdravotní výkony, pomůcky, prostředky a zdravotní materiál je možno či nutno doplácet nad rámec úhrady z veřejného pojištění. Ze zákona samotného to neplyne a nelze to z něj dovodit ani nejvolnější interpretací. Zákon o veřejném zdravotním pojištění tedy udělal pouze první krok k vymezení standardu a nadstandardu (slovy zákona o veřejném zdravotním pojištění základní a ekonomicky náročnější varianty). Druhá, ovšem podstatná část, bez níž je institut neživotaschopný, tedy konkrétní určení toho, co je v intencích čl. 31 Listiny bezplatnou péčí, je upravena až v prováděcí vyhlášce.“¹³²

Dále se Ústavní soud věnuje zvýšení regulačního poplatku za den hospitalizace z 60 Kč na 100 Kč. Ústavní soud napadené ustanovení podrobil, tak jako v předchozím nálezu, testu racionality, napadená právní úprava neobstála, a to z několika důvodů.

„Zakotvená povinnost nijak nediferencuje případy, kdy je pobyt na lůžku pouze běžnou součástí léčby, se zdravotní službou pouze související, v krajním případě nahraditelnou pobytem mimo zdravotnické zařízení, jakkoliv by to nebylo praktické a pro pacienta optimální řešení, a kdy jde již o nutnou součást vlastního medicínského výkonu. Těžko lze akceptovat, že během hospitalizace na jednotce intenzivní péče je pacientovi poskytována „hotelová služba“. V těchto případech se již povinnost hradit poplatek dostává do rozporu s dikcí čl. 31 Listiny. ...Dalším faktorem, který způsobuje ústavněprávní deficit, je absence limitů u této platby; v tomto směru musel Ústavní soud navrhovatelům zcela přisvědčit. Zákon o veřejném zdravotním pojištění povinnost ukládá plošně, musí jej platit i osoby výdělečně nečinné včetně skupin sociálně ohrožených, dětí, osob zdravotně postižených apod. Stejně tak není povinnost platit poplatek ohraničena časově, pacient jej tedy má hradit v plné výši bez ohledu na délku hospitalizace.“¹³³

¹³² Citace 129, s. 26

¹³³ Citace 129, s. 29, Test racionality se skládá ze čtyř kroků: 1) vymezení smyslu a podstaty sociálního práva, tedy jeho esenciálního obsahu, 2) zhodnocení, zda se zákon nedotýká samotné existence sociálního práva nebo skutečné realizace jeho esenciálního obsahu, 3) posouzení, zda zákonná úprava sleduje legitimní cíl, tedy zda není svévolným zásadním snížením celkového standardu základních práv, 4)

Obiter dictum Ústavní soud doporučil změnit nepřesnou terminologii a nepoužívat označení poplatek. Poplatek znamená platební povinnost osoby v souvislosti s činností orgánu veřejné moci. Poskytovatelé zdravotních služeb jsou subjekty soukromého práva, žádná pravomoc státu při zajišťování jeho funkcí na ně nebyla přenesena.

Na závěr se Ústavní soud zabýval posouzením ústavnosti pravomoci zdravotních pojišťoven ukládat poskytovatelům zdravotních služeb pokuty (dramaticky navýšené z původních 50.000 Kč na 1.000 000 Kč) za nerespektování rozdělení péče na standardní a hrazenou a za nevybírání tzv. regulačních poplatků za lůžkovou péči. Dospěl k závěru, že dominantní postavení pojišťoven v kombinaci se sankční pravomocí zakládá již ústavně neakceptovatelnou nerovnost a není na straně poskytovatelů zdravotních služeb ničím vyváženo, například povinností pojišťoven uzavřít smlouvu, jsou-li objektivně splněny stanovené podmínky.

„Ústavní soud se, však až dosud – tedy ani v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 1/08, kde to ani nebylo namítáno – nezabýval otázkou, zda takto nastavená sankční pravomoc nevylučuje rovný vztah mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnami, který je v první řadě vztahem soukromoprávním. Tomu by měla odpovídat i intenzita jeho deformace plynoucí ze specifického postavení zdravotních pojišťoven daná tím, že spravují zejména veřejné, nikoliv privátní prostředky. Ústavní soud nepochybně, že je obecně přijatelné, aby určitý subjekt vystupoval v soukromoprávních vztazích a současně byl nadán vrchnostenskou pravomocí, ale ve vztahu poskytovatel zdravotní péče (služby) – zdravotní pojišťovna je třeba zohlednit specifika plynoucí z reality českého prostředí. Předpokladem životaschopnosti poskytovatele zdravotních služeb je uzavření smlouvy o jejich poskytování a úhradě se zdravotní pojišťovnou, zejména s dominantní Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. Přes tuto objektivní existenční závislost na vstřícnosti zdravotní pojišťovny nejsou pro uzavírání smluv dána žádná formální, přezkoumatelná a hlavně transparentní pravidla ve smyslu nároku poskytovatele na její uzavření v případě splnění určitých předpokladů. Toto fakticky nerovné postavení je dále prohlubováno širokým sankčním oprávněním pojišťoven. ...

...Dominantní postavení pojišťoven, zejména Všeobecné zdravotní pojišťovny, v kombinaci se sankčním oprávněním a regulacemi vůči poskytovatelům zdravotních služeb, konkrétně limitací výkonů, finančními sankcemi za preskripci léků a vyžádanou péči při překročení stanovených limitů, není na straně poskytovatelů zdravotních služeb ničím vyváženo, například kontraktační povinností ze strany pojišťoven v případech, kdy jsou splněny objektivně obecně závaznými právními předpisy stanovené podmínky. Sankční oprávnění zdravotních pojišťoven, které vyplývá z napadených ustanovení § 16a odst. 10 a 11, jakož i § 32 odst. 5 a § 44 odst. 5 a odst. 6 ve slovech „uložená

zvážení otázky, zda zákonný prostředek použitý k jeho dosažení je rozumný (racionální), byť nikoliv nutně nejlepší, nejvhodnější, nejúčinnější či nejmoudřejší.

podle odstavců 1 až 5“ zákona o veřejném zdravotním pojištění, tak vybočuje z mezí ještě ústavně přijatelné nerovnosti, jak ji Ústavní soud vymezil ve shora citovaných nálezech. Tuto nerovnost ještě navíc násobí velké rozpětí většiny sankcí.“¹³⁴

V závěru jsou uvedena odlišná stanoviska, tři soudci Ústavního soudu je uplatnili ke všem výrokům. Argumentují, že zákonné určení bezplatné péče v § 13 odst. 1 a 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění je dostačující, v případě poplatků za hospitalizaci, že pouze na základě jejich zvýšení se neměl Ústavní soud odklonit od svých dřívějších závěrů. Konečně ve věci sankčních oprávnění zdravotních pojišťoven zdůrazňují veřejnoprávní pozici VZP a logicky její regulativní pravomoci včetně sankčních. Ve filosofické rovině je v jednom z odlišných stanovisek pojednáno o důvěře, lítosti nad opuštěním principu minimalizace zásahu a připomenuto, že ve zdravotnictví vždy v konkrétním případě záleží na profesní etice lékařově a důvěře pacienta.

¹³⁴ Citace 129, s. 31 a 32

Závěr

Žijeme v době, kdy penězům je přikládána větší váha než jiným hodnotám. Slušnost a duchovní hodnoty se dostaly v naší zemi ve veřejném životě do pozadí, právo nemůže nahradit chybějící morálku. Právo a jeho vymahatelnost by ale měly být stabilní zárukou rovného zacházení pro každého občana. Není tomu tak, neboť současným permanentně měněným právním řádem je zpochybňována jedna ze základních právních zásad: „neznalost zákona neomlouvá“. V nepřehledné, proměnlivé a někdy protichůdné právní úpravě mají problém se orientovat i odborníci, natož občan – laik, například zdravotník. Je těžké dodržovat něco, co není možné poznat.

Paralelní existence dvou stavů, administrativně- právního a reálného, není u nás skutečností jen ve zdravotnictví. Právo je mnohými občany považováno, spíše než za záruku právního státu, za nástroj sloužící vybrané skupině těch, na jejichž straně stojí nejlepší právníci. K řadě potřebných kroků, například účinnosti služebního zákona nebo přijetí nové normy o státních úřednících, chybí dlouhodobě politická vůle, politická odpovědnost je spojení nedávající valný smysl.

Odpovědnost ve zdravotnictví je naopak velmi konkrétní, vysoká, sledovaná a postihovaná odpovědnost. Chceme-li přísně posuzovat každé rozhodnutí zdravotníků, musíme vidět i podmínky, v jakých se mnohokrát denně rozhodují.

Financování zdravotnictví je složitým problémem celosvětově, přeci jen však na různých úrovních. Je pravdou, že systém zdravotnictví dokáže spotřebovat na moderní zdravotní péči jakýkoliv objem peněz. Nelze však proto objem finančních prostředků vynakládaný v naší zemi na zdravotní péči, již tak nízký ve srovnání se zeměmi obdobné úrovně, nadále snižovat, navíc nepromyšleně a nepředvídatelně. Pokusy zavádět parametry efektivnosti nákladů na zdravotnictví, založené na letech života, která mohou být přidána léčebnou intervencí (tzv. QUALY- quality adjusted life year), budí spíše rozpaky a přivádí nás zpět do roviny etické a filosofické, zmíněné dříve. Těmi, kdo by měli rozhodovat, budou patrně opět zdravotníci, neboť o podobná fatální rozhodnutí nikdo zájem nemá. Lékaři ale nechtějí převzít za politiky a ekonomy odpovědnost za nejtěžší otázky naší civilizace. Rozhodovat a nést za to odpovědnost musí už teď mnohokrát denně častěji než jiní, chtějí léčit lege artis, to je jejich poslání.

Netroufám si navrhnout zásadní řešení komplikované situace českého zdravotnictví, navíc jsem si vědoma, že každému kdo je s problematikou obeznámen, jsou mnohá opatření zřejmá. Na úvod ten hlavní, který platí pro celou naši společnost a je tím nejtěžším: zabránit dalším únikům peněz nás všech na účty mocných této země. Na návrat morálky do politických špiček a celé společnosti si budeme muset očividně počkat v řádu generací. Vzhledem ke konečnosti našeho pozemského bytí vyjmenuji několik možných podnětů ke zlepšení péče lege artis ve zdravotnictví.

Zvýšit platby státu za tzv. státní pojištěnce je nezbytností, navzdory jakékoliv krizi či řečem o ní, bez ohledu na vládnoucí politickou stranu. Neposilovat dál těžko kontrolovatelnou moc zdravotních pojišťoven, odpolitizovat a zprofesionalizovat rady a vedení zejména největší z nich, kterou by měl stát kontrolovat úměrně tomu, že je u ní pojištěna většina občanů. Posílit reálnou volbu pacienta ve vztahu pacienta k pojišťovně a lékaři. Nespouštět další experimenty typu nadstandard, dokud nebude připravena možnost se připojistit na tyto případy a nebude odborníky řečeno, co nadstandardem skutečně může být. Omezit čerpání péče stejného druhu pacientem na několika místech krátce po sobě, uhradit pouze první z těchto vyšetření a tzv. druhý názor, ne víc.

Revizní lékaři s jistým platem od své zdravotní pojišťovny nechtějí problémy, soustředí se při kontrole na určitý úsek, sami komplexní hospodaření s prostředky veřejného zdravotního pojištění nezajistí. Chybí účinné kontrolní mechanismy státu, zprostředkované politiky, kteří hájí zájmy své země víc než své vlastní. Na zvážení v tomto případě je nezávislá státní kontrolní instituce, jakkoliv se zdráhám toto napsat vědoma si dosavadního fungování a pravomocí obdobného úřadu.

Zlepšit pracovní podmínky zdravotníků a zastavit politicko-populistickou kampaň proti nim, vedenou patrně k zastření podstaty problémů ve zdravotnictví. Neplatí čím rozsáhlejší dokumentace, tím kvalitnější samotné poskytování péče lege artis. Nebrat zdravotníky jako někoho, kdo chce a priori pacientům škodit a je třeba ho za to neprodleně trestně stíhat. Není tomu tak, drtivá většina lékařů jde studovat medicínu proto, aby pomáhala lidem, obdobně je tomu u ostatních zdravotníků.

Regulační poplatky nevykompenzují špatnou koncepci financování českého zdravotnictví. Považuji za nedůstojné, že lékař nebo zdravotní sestra jsou nuceni při každém klinickém vyšetření žádat pacienta o 30 Kč. Pokud se naše zdravotnictví opravdu neobejde bez této formy spoluúčasti pacientů, považuji za rozumné zachování limitovaného (vyšší, ale zejména časově) příspěvku na hospitalizaci a regulační platby na pohotovostech. Ostatní poplatky buď vůbec, nebo formou kvartální platby.¹³⁵

Cíl práce, upozornit na komplexnost zdravotnické problematiky, byl splněn, byť možná netradičně pro diplomovou práci právnickou. Nemohu se po desetiletích práce ve zdravotnictví vyhnout osobnímu pohledu, nechci se mu ani zcela vyhnout. Stále více se obávám, co nás za pár let v oblasti zdravotní a sociální čeká jako pacienty a klienty.

Ve své práci jsem se pokusila shrnout, alespoň z mého pohledu, vše důležité pro budoucnost poskytování zdravotní péče lege artis v systému veřejného zdravotního pojištění. Samotný pojem lege artis považuji pro právo za obtížně definovatelný a

¹³⁵ Obdobně systému, který byl nedávno zrušen v Německu. 10 Euro zaplatil pacient jednou za 3 měsíce u svého domácího/praktického lékaře, který ho pak doporučoval na vyšetření ke specialistům. Pokud chtěl pacient bez tohoto doporučení rovnou ke specialistovi, zaplatil poplatek přímo u něj. Systém byl zrušen politickým rozhodnutím vzhledem k dobrým hospodářským výsledkům/přebytkům německých zdravotních pojišťoven.

nepřesný a jeho širší užívání v právu za nevhodné, jakkoliv zažité. Posouzení postupu lege artis, v jeho proměnlivosti a složitosti, zůstane vždy na příslušných odbornících.

Cituje-li v odlišném stanovisku aktuálního nálezu jeden z ústavních soudců z Knihy o životě a smrti i mého oblíbeného autora Axela Muntheho: ... „Štěstí můžeme najít pouze v sobě samých, hledat je u jiných je ztracený čas a my nemáme času nazbyt“¹³⁶, vzpomenu já Alberta Schweitzera, po přečtení jehož knihy Lidé v pralese jsem se rozhodla studovat medicínu:

„Kdo se rozhodne konat dobro, nesmí očekávat, že mu proto lidé budou odklízet kameny z cesty, nýbrž musí být připraven na tu osudovou skutečnost, že mu je spíše budou do cesty klást... Jen ten si zachrání lidský život vedle svého povolání, kdo hledá příležitost, aby i v nejnepatrnějším osobním jednání byl člověkem všem lidem, kteří potřebují člověka.“¹³⁷

Vážím si svobody nejen akademické. Vážím si Univerzity Karlovy, mé alma mater.

¹³⁶ Munthe, A., Kniha o životě a smrti, s. 365

¹³⁷ Schweitzer, A., Lidé v pralese, s. 283

Seznam použité literatury a pramenů

Literatura

- Císařová, D., Sovová, O., Trestní právo a zdravotnictví. Orac. 2004. ISBN 80-86199-75-4
- Forýtková, L., Bourek, A., Standardy léčebných postupů a kvalita ve zdravotní péči. Dashöfer. 2012.
- Gecík, K., Právna zodpovědnost v zdravotnictví a medicíně. Martin: Osveta. 1982
- Havlíček, K., Hemelík, T., Nad veřejným zdravotním pojištěním. Orac. 1998. ISBN 80-86199-04-5
- Kotous, J., Munková, G., Úvod do sociální politiky. Univerzita Karlova v Praze-Právnická fakulta, ediční středisko. 2003. ISBN 80-85889-50-1
- Kebza, V., Psychická zátěž, stres a psychohygienu v lékařských profesích. Grada. 2013
- Mach, J., Lékař a právo. Grada. 2010. ISBN 978-80-247-3683-9
- Mach, J., Medicína a právo. C.H.Beck, edice ABC. 2006. ISBN 80-7179-810-X
- Mach, J., Přehled judikatury v oblasti zdravotnictví II: odpovědnost ve zdravotnictví. 2012. Wolters Kluwer, ISBN 2012978-80-7357-739-1
- Mach, J., Stolínová, J., Právní odpovědnost v medicíně. Galén. 2010. ISBN 978-80-7262-686-1
- Munthe, A., Kniha o životě a smrti. Melantrich Praha. 1969
- Sovová, O., Zdravotnická praxe a právo. Leges. 2011. ISBN 978-80-87212-72-1
- Schweitzer, A., Lidé v pralese. Orbis Praha. 1966
- Štefan, J., Mach, J., Soudně lékařská a medicínsko-právní problematika v praxi. Grada. 2005. ISBN 80-247-0931-7
- Šustek, P., Holčepek, T., Informovaný souhlas. ASPI. 2007. ISBN 978-80-7357-268-6
- Těšínová J.; Žďárek R., Polícar R., Meicínské právo. C.H.Beck. 2011. ISBN 978-80-7400-050-8
- Tröster, P., a kol., Právo sociálního zabezpečení. C.H.Beck. 2010. ISBN 978-80-7400-322-6

Další publikace

- Bošková, V., Vídeňáci jsou s pojišťovnou spokojeni. Zdravotnické noviny 13/2013
- Kabátek, Z., Tempus Medicorum 5/2013, časopis České lékařské komory
- Kubek, M., Reforma nebo „reforma“?. Tempus Medicorum 5/2013
- Mach, J., Krize ve zdravotnictví- pohled právníka. Tempus Medicorum 5/2013
- Mach, J., Porušování některých práv pacientů a hrozící pokuty. Tempus Medicorum 6/2013
- Mach, J., IV. Kongres medicínského práva, sborník abstrakt 2011
- Petrášová, L., Polovina lékařů u nás vyhořela. Vznikne pro ně centrum pomoci, MF dnes 1. června 2013
- Ptáček, R., Vyhořelý lékař nebo zdravotnictví. Tempus Medicorum 4/2013
- Ryška, M., IV Kongres medicínského práva, kniha abstrakt 2011
- Sokol, T., Lege artis, známý pojem neznámého obsahu. Právní rádce 4/2010
- Žďárek, R., IV. kongres medicínského práva, kniha abstrakt 2011

Zákony a smlouvy

- Listina základních práv a svobod. Usnesení předsednictva České národní rady č.2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky
- Úmluva o lidských právech a biomedicíně. Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 96/2001 Sb. m. s., o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluvy o lidských právech a biomedicíně.
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění
- Zákona č.372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen zákon o zdravotních službách), v platném znění
- Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, v platném znění
- Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, v platném znění

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, v platném znění

Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, v platném znění

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských povolání, v platném znění

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, v platném znění

Zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád), v platném znění

Zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, v platném znění

Zákon č. 282/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění

Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon), v platném znění

Zákon č. 36/1967 Sb., o znalcích a tlumočnících, v platném znění

Zákon č. 550/1991 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu

Zákon č. 160/1992 Sb., o podmínkách poskytování zdravotní péče v nestátních zdravotnických zařízeních

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (předpokládaná účinnost 1. ledna 2014)

Vyhlášky

Vyhláškou č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy

Vyhláška č. 475/2012 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013

Vyhláška č. 467/2012 Sb., seznam zdravotních výkonů

Vyhláška č. 99/2012 Sb., o minimálním personálním zajištění zdravotních služeb.

Vyhláška č. 104/2012 Sb. o stanovení bližších požadavků na postup při posuzování a uznávání nemocí z povolání a okruh osob, kterým se předává lékařský posudek o

nemoci z povolání, podmínky, za nichž nemoc nelze nadále uznat za nemoc z povolání, a náležitosti lékařského posudku

Vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče

Judikatura

Nález Ústavního soudu ČR, sp. zn. Pl. ÚS 36/11

Nález Ústavního soudu ČR, sp. zn. III. ÚS 299/2006

Nález Ústavního soudu ČR, sp. zn. Pl. ÚS 14/02

Nález Ústavního soudu ČR, sp. zn. Pl. ÚS 1/08

Nález Ústavního soudu ČR, sp. zn. Pl. ÚS 2/08

Nález Ústavního soudu ČR, sp.zn. I.ÚS 2785/08

Nález Ústavního soudu ČR, sp.zn. Pl.ÚS 1/12

Usnesení Nejvyššího soudu ČR, sp. zn. 8 Tdo 1421/2008

Usnesení Nejvyššího soudu ČR, sp.zn. 25 Cdo 3507/2008

Usnesení Nejvyššího soudu ČR, sp. zn. 7 Tdo 219/205

Usnesení Nejvyššího soudu ČR, sp. zn. 1 Tzn 9/97

Nález Ústavního soudu Slovenska, č. 396/2004 Z. z.

Jiné prameny

www.cls.cz

www.ceskatelevize.cz/ivysilani/1126672097-otazky-vaclava-moravce/213411030500324/

www.lf1.cuni.cz/file/37370/WEBKarolinka_2012.pdf

www.lkcr.cz Doporučení představenstva ČLK č. 1/2013

Stavovský předpis č. 10 České lékařské komory Etický kodex

Závazná stanoviska ČLK

www.mrcz/KvalitaaBezpeci/dokumenty/archiv--standardy-lekarske-pece.cz

www.mzcr.cz novinky

Věstníky Ministerstva zdravotnictví

www.mzcr.cz/dokument/fondy_8058_1.html

www.nrc.cz

www.odborneforum.nrc.cz

www.parlamentnilisty.cz

www.portal.gov.cz

www.tribune.cz

www.usoud.cz

www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi

www.uzis.cz/rychle-informace/zdravotnicka-zarizeni-cr-roce-2012

www.vzp.cz

www.zpravy.idnes.cz

Resumé:

Předmětem této diplomové práce je poskytování zdravotní péče lege artis v systému veřejného zdravotního pojištění. Cílem práce je analyzovat základní pojmy, stávající právní úpravu a její uplatňování v praxi. Pojem lege artis je pro právo nepřesným a obtížně definovatelným, proto by mělo jeho časté užívání být v budoucnosti omezeno.

V práci je vzhledem k osobním zkušenostem autorky použita řada příkladů z praxe českého zdravotnictví. Zohledněna je judikatura týkající se tématu, většinou je zařazena průběžně, výjimkou je samostatně uvedený aktuální nález Ústavního soudu.

Práce je rozdělena do čtyř hlavních kapitol, úvodu a závěru. První kapitola se podrobně věnuje pojmu lege artis, nejprve terminologii a jeho vztahu k současné právní úpravě. Další podkapitoly se zabývají dostupnými standardy zdravotní péče a jejich závazností. V posledních podkapitolách jsou uvedeny situace omezení lege artis a způsoby jeho hodnocení.

Druhá kapitola je věnována veřejnému zdravotnímu pojištění. Nejprve je pojem vymezen a je uvedena jeho právní úprava. Následující podkapitoly rozebírají problematiku zdravotních pojišťoven a sítě zdravotnických zařízení.

Třetí kapitola se zabývá pracovními právními aspekty poskytování péče lege artis. Po přehledu platné legislativy je kapitola věnována zdravotníkům a jejich pracovním podmínkám.

Čtvrtá kapitola seznamuje s judikátem Ústavního soudu, který byl vyhlášen před dokončením práce a jejího tématu se významně dotkl. Závěr obsahuje shrnutí názorů autorky na danou problematiku.

The concept lege artis in the system of public health insurance

Summary:

The subject of this paper is providing of lege artis health care in the system of public health insurance. The aim of the thesis is to analyse the basic terminology, current legislation and its application in practice. Lex artis is in law an uncertain term, difficult to define, therefore its frequent usage should be restricted in the future.

Due to the personal experience of the author there are many practical examples from the Czech health care system used in the paper. Related case law is taken into account continuously with the exception of the separately stated recent court judgment of the Constitutional Court of the Czech Republic.

The study is divided into four main chapters, introduction and conclusion. The first chapter is dedicated to the concept of lege artis in detail, its terminology and relation to the current legislation. Further subchapters deal with available health care standards and their obligation. The final parts analyze the lege artis restrictions and way of its assessment.

The second chapter is dedicated to the concept of public health insurance. First, the term is defined and the current law is considered. The following parts examine the issue of health insurance companies and the network of health care facilities.

Chapter three presents the labor law aspects of lege artis health care. After the overview of the legislation in force, the chapter is dedicated to medical staff members and their labor law conditions, which can influence the providing of the lege artis care.

The fourth chapter introduces the finding of the Constitutional Court which was declared short before the completion of this study and touched its subject significantly. The conclusion summarizes the author's ideas on the issue of lege artis in the public health insurance system.

Klíčová slova: Lex artis - veřejné zdravotní pojištění – zdravotníci/poskytovatelé zdravotní péče.

Keywords: Lex artis - public health insurance – health professionals/health care providers