

6. ROČNÍK KONFERENCE ZDRAVOTNICKÉHO PRÁVA

LIDÉ, ZDRAVOTNICTVÍ A PRÁVO

8. – 9. 9. 2016

Brno – Bohuňice, univerzitní kampus Masarykovy univerzity



**VŠEOBECNÁ
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY**



BÝT KLIENTEM VZP SE VYPLATÍ

IV ROCE 2016 VÁM NABÍZÍME NĚCO NAVÍC. FINANČNÍ PŘÍSPĚVKY MŮŽETE VYUŽÍT VŠICHNI,

DĚTI

- › až 500 Kč na vybraná očkování nehrazená z veřejného zdravotního pojištění
až 500 Kč na pohybové aktivity organizované AŠSK
 - › až 500 Kč na sestavení jídelníčku lékařem nebo mimoškolní pohybové aktivity
 - › až 500 Kč diabetikům na dezinfekční prostředky, testovací a diagnostické proužky, příslušenství k inzulinové pumpě a edukační jehly
 - › až 500 Kč na prevenci a léčbu poruch duševního zdraví – na meditační či relaxační cvičení, pomoc v doléčovacích skupinách při onemocnění anorexií nebo bulimií, diagnostické proužky pro zjištění přítomnosti návykových látek
 - › až 500 Kč na vyšetření kožních znamének dermatoskopem
 - › až 1 200 Kč na tuzemský ozdravný pobyt. Navíc mohou děti absolvovat na doporučení
- › až 500 Kč na vybraná očkování nehrazená z veřejného zdravotního pojištění
 - › až 500 Kč na prevenci kardiovaskulárního onemocnění (na sestavení jídelníčku lékařem nebo vhodnou pohybovou (aktivitu)
 - › až 500 Kč diabetikům na dezinfekční prostředky, testovací a diagnostické proužky, příslušenství k inzulinové pumpě
 - › až 500 Kč na prevenci a léčbu poruch duševního zdraví – na meditační či relaxační cvičení, diagnostické proužky na přítomnost návykových látek nebo kognitivní pomůcky pro trénink paměti
 - › až 500 Kč na vyšetření kožních znamének dermatoskopem

DÁRCI KRVE A KOSTNÍ DŘENĚ

- › až 1 000 Kč na rehabilitační aktivity lázeňského typu nebo vitaminové preparáty
- › 35 dní cestovního zdravotního pojištění zdarma nebo roční cestovní pojištění pro opakované pobyty v cizině za zvýhodněnou sazbu pojistného u PVZP, a. s.
- › další příspěvky můžete získat ve skupině DOSPĚLÍ

DOSPĚLÍ


- › až 2 500 Kč na odvykání kouření

BUDOUCÍ MAMINKY

- › až 1000 Kč na prvotrimestrální screening, na podpůrné aktivity těhotných nebo kojících žen (vhodné pohybové aktivity, kurzy přípravy k porodu, pomůcky pro doprovod u porodu, kompresivní těhotenské punčocháče, pomůcky ke kojení apod.)
- › další příspěvky můžete získat ve skupině DOSPĚLÍ

BUDOUCÍ MAMINKY

- › až 6 000 Kč dětem do 18 let a studentům do 26 let s diagnózou celiakie na nákup potravin s označením „bezlepkové“ nebo „bez lepku“
- › slevy na produkty a služby od smluvních partnerů Klubu pevného zdraví
- › zvýhodněné pojistné produkty PVZP, a. s.




Vážené kolegyně, vážení kolegové,

stejně, jako v předchozích pěti letech, si Vás i v roce letošním dovoluujeme přivítat na Konferenci zdravotnického práva „Lidé, zdravotnictví a právo“. Po minulém ročníku, kdy jsme s konferencí slavili malé jubileum, jsme stáli před rozhodnutím, zda a jak v organizaci tohoto setkání zájemců o problematiku zdravotnického práva pokračovat. Letošní konference je nakonec výsledkem společného snažení Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a Masarykovy univerzity v Brně. Při její přípravě jsme se snažili zachovat vše, co činilo předchozí ročníky atraktivní – tedy bezpochyby zajímavá a aktuální témata nebo přednášející z řad odborníků mnoha profesí, ale i časně podzimní (či pozdně letní) termín a místo konání v jedné z nejkrásnějších částí naší země, kde jsme se letos jen posunuli z Uherského Hradiště o několik kilometrů dále na západ.

Hlavním tématem letošního ročníku jsou kvalifikace, kompetence a licence ve zdravotnictví. Jde o problematiku, která zatím nebyla v rámci přechodných ročníků konference rozsáhleji řešena, a to přesto, že bezpochyby zasahuje do života zdravotnických pracovníků, nebo pacientů, ale i do praxe managementu poskytovatelů zdravotních služeb, zdravotních pojišťoven, či krajských úřadů. Dokladem toho jsou konec konců i titulky článků v médiích – jen za posledních pár dnů před konáním konference byly publikovány např. články s názvy: „Kraj chce nechat zaškolit mladé praktické lékaře“, „Poslanecký pozměňovací návrh k novele zákona o vzdělávání rozzlobil lékaře“, „Lékový ústav chystá tendr na dalšího pěstitele českého konopí“ nebo „Výstavba pavilonu čínské medicíny“. Informace, podané v každém z článků, nadepsaných uvedenými titulky, v sobě nesou řadu otázek, které by zcela jistě bylo možné zařadit na letošní konferenci.

Pevně věříme, že budete s letošním výběrem témat spokojeni. Přejeme všem účastníkům, aby oba konferenční dny strávili v příjemné a inspirující atmosféře.

Váš realizační tým 6. ročníku Konference zdravotnického práva
Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
Masarykova univerzita



REALIZAČNÍ TÝM

JUDr. Jaroslav Blatný



V roce 1999 absolvoval Právnickou fakultu Masarykovy univerzity v Brně, kde rovněž v roce 2012 složil rigorózní zkoušku. Je vedoucím Oddělení právních služeb Právního úseku Ústředí VZP ČR.

Ing. Renata Bělošková



Vystudovala Obchodně podnikatelskou fakultu Slezské univerzity v Opavě. Ve VZP ČR působí od roku 2013 na Oddělení právních služeb Právního úseku Ústředí, kde má pravidelně na starosti koordinaci příprav a průběhu konference zdravotnického práva.

Mgr. Bc. Michal Koščík Ph.D.



Michal Koščík je akademickým pracovníkem Lékařské fakulty a právnické fakulty Masarykovy univerzity. Je publikačně a pedagogicky činný v oblasti zdravotnického práva, práva ICT a ochrany osobních údajů. Praxi vykonává jako vedoucí právního oddělení lékařské fakulty MU, kde se vedle generální praxe věnuje právním otázkám biomedicínského výzkumu a klinických studií. Je absolventem Právnické fakulty a Ekonomicko-správní fakulty Masarykovy univerzity.

doc. JUDr. Filip Křepelka, Ph.D.



Vyučující práva Evropské unie, práva světové hospodářské integrace a zdravotnického práva na Masarykově univerzitě v Brně. Zabývá se dlouhodobě především problematikou jazykového režimu v Evropské unii, liberalizace služeb v evropském a světovém měřítku a evropskou integrací zdravotnictví.

PROGRAM

Čtvrtek 8. září 2016

- 9:15 – 10:00** **Slavnostní otevření konference a úvodní slovo**
Mgr. Radomíra Jahodářová, náměstkyně ředitele VZP ČR pro právo a legislativu
prof. MUDr. Jaroslav Štěrba, Ph.D., proděkan Lékařské fakulty MU
doc. JUDr. Michal Radvan, Ph.D., proděkan Právnické fakulty MU
- 10:00 – 11:15** **Secke řízení zdravotnictví a pracovního práva I.**
Reforma specializačního vzdělávání lékařů
Mgr. Zbyněk Podhrázký, MZČR
Rámec, praxe a úskalí dělby kompetencí mezi lékaře a zdravotní sestry
MUDr. Mgr. Štěpánka Bibrová, Ph.D., FN Brno a LF MU
- 11:15 – 11:30** **Coffee break**
- 11:30 – 12:45** **Secke řízení zdravotnictví a pracovního práva II.**
Výběr poskytovatelů zdravotních služeb s právem na úhradu z veřejného zdravotního pojištění
JUDr. Jaroslav Blatný, VZP ČR
Licencování poskytovatelů zdravotních služeb
JUDr. Radek Policar, MZČR
Vybrané pracovněprávní aspekty práce ve zdravotnictví
JUDr. Jaroslav Stránský, Ph.D., PrF MU
- 12:45 – 13:45** **Oběd**
- 13:45 – 15:15** **Secke mezinárodní a evropské integrace zdravotnictví**
Možnost veřejných zdravotních pojišťoven nasmlouvat poskytovatele za hranicemi, aspekty smluvních vztahů s mezinárodním prvkem
JUDr. Iva Šimková, VZP ČR
Hodnocení připravovaných změn zákona o zdravotních službách v komparaci se zahraniční praxí
JUDr. Ladislav Švec, KZP
Uznávání zdravotnických kvalifikací nabytých v zahraničí
Mgr. Bc. Michal Koščík, Ph.D., LF a PrF MU
- 15:15 – 15:30** **Coffee break**
- 15:30 – 16:30** **Secke právní filosofie a lékařské etiky**
Právní aspekty léčitelství v mezinárodní a evropské perspektivě
doc. JUDr. Filip Křepelka, Ph.D, PrF a LF MU
Několik právně-historických a právně-filosofických úvah o posudkové a znalecké činnosti a donucování pacienta
JUDr. Stanislav Balík, Ph.D., advokát, PrF ZČU Plzeň

Kompetence lékařů a dalších zdravotnických pracovníků pohledem bioetiky

doc. Mgr. Josef Kuře, Ph.D., LF MU

19:00 – 24:00 Společenský večer

Restaurace Baroko
Orlí 469/17, 602 00 Brno

Pátek 9. září 2016



9:15 – 10:45 Sekce kvalifikace a odpovědnosti ve zdravotnictví

Důsledky omylu či podvodu v oblasti kvalifikace a licence při poskytování zdravotní péče a problematika pomocníka a jeho odpovědnosti, omezená odpovědnost pracovníků

doc. JUDr. Filip Melzer, Ph.D., LL.M., advokát, PrF UPOL

Kompetence lékaře v trestním řízení

JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D., advokát, PrF MU

Pojištění odpovědnosti poskytovatele zdravotních služeb

JUDr. Petr Šustek, Ph.D., advokát, PrF UK

10:45 – 11:00 Coffee break

11:00 – 12:00 Sekce kvalifikace ve specifických aspektech zdravotnické činnosti I.

Kompetence a kvalifikace v soudním lékařství

MUDr. Mgr. Bc. Tomáš Vojtíšek, Ph.D., LF MU

Kvalifikace a vzdělávání lékařů a dalších zdravotnických pracovníků v paliativní péči

Mgr. et. Mgr. Veronika Oškerová, Ph.D., PrF MU

Spolupráce a specifické kompetence psychiatra a klinického psychologa

prof. MUDr. Tomáš Kašpárek, Ph.D., FN Brno a LF MU

12:00 – 13:00 Sekce kvalifikace ve specifických aspektech zdravotnické činnosti II.

Právní povaha lékařského posudku konstatujícího zdravotní (ne)způsobilost zaměstnance k výkonu práce

Mgr. Vojtěch Kadlubiec, PrF MU

Role nelékařských zdravotnických pracovníků při zacházení s léčivý

Mgr. Mgr. Eva Prošková, Ph.D., Roche, s.r.o. a 1. LF UK

Veřejné financování zdravotních služeb z pohledu revizního lékařství a personální aspekty

MUDr. Zdeňka Salcman Kučerová, MBA, SRL ČLS JEP

13:00 - 13:15 Závěrečné slovo a ukončení konference

Změna programu vyhrazena.

PROFILY AUTORŮ KONFERENCEČNÍCH PŘÍSPĚVKŮ

Mgr. Zbyněk Podhrázký



Mgr. Zbyněk Podhrázký je absolventem Právnické fakulty Masarykovy univerzity (2006). V současnosti působí jako Ředitel odboru vědy a lékařských povolání Ministerstva zdravotnictví České republiky.

MUDr. Mgr. Štěpánka Bibrová, Ph.D.



Absolventka Lékařské a Právnické fakulty Masarykovy univerzity v Brně, na Lékařské fakultě MU Brno rovněž úspěšně ukončen doktorský studijní program v oboru chirurgie. Působí jako vedoucí lékařka a zástupkyně přednosty pro školství na Klinice dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie FN Brno. Má specializaci v oboru dětská chirurgie. Dlouhodobě se věnuje přednáškové a publikační činnosti na mezinárodní úrovni i v rámci ČR v oblasti dětské chirurgie. Po absolvování právnické fakulty se zaměřuje rovněž na problematiku zdravotnického práva.

Mgr. Mgr. Eva Prošková, Ph.D.



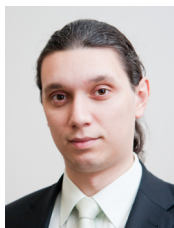
Po střední zdravotní škole a bakalářském studiu ošetřovatelství na 1. LF UK vystudovala management zdravotnictví v magisterském studiu na LF UPO a Právnickou fakultu UPOL, kde rovněž získala doktorský titul oboru Sociální lékařství. Odborné pracovní zkušenosti v odvětví zdravotnictví a práva nabyta svým působením mimo jiné na Ministerstvu zdravotnictví mimo jiné na pozici ředitelky odboru vzdělávání a vědy, Unii zaměstnavatelských svazů, v advokátní kanceláři. V současné době působí na 1.LF UK a v Roche s.r.o.

JUDr. Radek Polícar



JUDr. Radek Polícar je absolventem Právnické fakulty Masarykovy univerzity. V letech 2000-2015 působil v brněnských nemocnicích. Od června 2015 je náměstkem ministra zdravotnictví pro legislativu a právo. V oblasti práva ve zdravotnictví je také činný lektorsky a publikačně.

JUDr. Jaroslav Stránský, Ph.D.



JUDr. Jaroslav Stránský, Ph.D. je odborníkem na pracovní právo a právo sociálního zabezpečení. Po absolvování Právnické fakulty Masarykovy univerzity pracoval na právním oddělení Českomoravské konfederace odborových svazů. V současné době působí jako odborný asistent na Katedře pracovního práva a sociálního zabezpečení Právnické fakulty Masarykovy univerzity v Brně. Věnuje se přednáškové a lektorské činnosti v oblasti pracovního práva a personalistiky.

JUDr. Iva Šimková



Iva Šimková je absolventkou magisterského (2013) a rigorózního (2016) studijního programu Právnické fakulty Masarykovy univerzity v Brně, kde zároveň pokračuje v doktorském studijním programu zaměřeném na mezinárodní právo soukromé. Ve Všeobecné zdravotní pojišťovně působí na pozici Specialistky pro oblast mezinárodně právní v rámci Oddělení mezinárodně právního, zařazeného na Právním úseku Ústředí.

JUDr. Ladislav Švec



Vzdělání:

Právnická fakulta Karlovy univerzity v Praze ukončena 1997,
rigorózní zkouška 2008

Profesní životopis:

1999 – 2001 – Ministerstvo zdravotnictví ČR, Mezinárodní odbor

2002 – 2013 – ředitel CMU, národního kontaktního orgánu ČR
pro oblast zdravotní péče

Publikační činnost:

Manuál provádění koordinačního práva EU

Průvodce po EU – zdravotní péče v zemích EU, EHP a Švýcarska, CMU
Sociální zabezpečení osob migrujících mezi státy EU, Beck, (2.
aktualizované vydání 2012)

JUDr. PhDr. Stanislav Balík



JUDr. PhDr. Stanislav Balík je emeritním soudcem Ústavního soudu, vysokoškolským učitelem a advokátem. Věnuje se právním dějinám a ústavnímu právu. V roce 2008 byl soudcem zpravodajem ve věci poplatků ve zdravotnictví.

doc. Mgr. Josef Kuře, Ph.D.



Doc. Mgr. Josef Kuře, Dr.phil., filosof a bioetik, je přednostou Ústavu lékařské etiky na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity.

doc. JUDr. Filip Melzer, Ph.D., LL.M.



Kromě Právnické fakulty Masarykovy univerzity v Brně, kterou absolvoval, studoval též na Právnické fakultě Universität Viadrina Frankfurt (Oder) ve Spolkové republice Německo a na Právnické fakultě Universität Wien v Rakousku. V roce 2002 dokončil postgraduální studium (Magister legum, LL.M.) na Universität Passau v Německu. Rigorózní zkoušku složil na Právnické fakultě Masarykovy univerzity a v roce 2004 ukončil tamtéž postgraduální doktorské studium v oboru občanské právo. Působí na katedře občanského a pracovního práva Právnické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. V roce 2006 složil advokátní zkoušku a je zapsán jako advokát České advokátní komory. V letech 2007-2012 byl členem kodifikační komise Ministerstva spravedlnosti pro přípravu nového občanského zákoníku a od roku 2008 i členem pracovní komise pro soukromé právo Legislativní rady vlády. Od roku 2010 do roku 2012 byl náměstkem ministra spravedlnosti pro oblast justice, současně se podílel na vedení legislativních prací na rekodifikaci soukromého práva. Působí rovněž jako lektor Justiční akademie ČR při školení soudců v oblasti nového soukromého práva. Pravidelně publikuje v odborných časopisech, je autorem učebnice Metodologie nalézání práva, základy právní argumentace (C. H. Beck, 2. vydání, 2011), spoluautorsky se podílel např. na tvorbě Velkého akademického komentáře k občanskému zákoníku (Linde, 2008).

JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.



JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D. Od roku 1997 působí na Masarykově univerzitě. Od roku 2000 vykonává vlastní advokátní praxi. Je autorem a spoluautorem velké řady odborných textů. Přednáškovou činnost vykonává nejen v rámci České republiky, ale aktivně se účastní i odborných fór v zahraničí.

JUDr. Petr Šustek, Ph.D.



Jmenovaný se dlouhodobě zabývá zdravotnickým právem. Je spoluautorem monografie Informovaný souhlas (WoltersKluwer, 2007). Přednáší v rámci odborných konferencí po celé ČR a reprezentoval ČR i na mezinárodních kolokviích na návrh Ministerstva zdravotnictví ČR. Je odborným asistentem na Katedře občanského práva Právnické fakulty Univerzity Karlovy v Praze a rovněž koordinátor Centra zdravotnického práva na téže fakultě. Přednáší zdravotnické právo také na 3. LF UK v Praze, 2. LF UK v Praze a na Právnické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Je členem poradního kolegia ministra zdravotnictví ČR pro medicínské právo a zároveň člen rozkladové komise Ministerstva zdravotnictví ČR. Působí v advokacii a je partnerem advokátní kanceláře nesoucí jeho jméno.

MUDr. Mgr. Bc. Tomáš Vojtíšek, Ph.D.



Lékař a právník, působí jako odborný asistent Ústavu soudního lékařství Lékařské fakulty Masarykovy univerzity a FN u sv. Anny v Brně a jako znalec pro obor zdravotnictví, odvětví soudní lékařství. Je členem výboru Společnosti soudního lékařství a soudní toxikologie ČLS JEP, výkonné redakční rady časopisu Soudní lékařství a předsedou kreditační komise Ministerstva zdravotnictví ČR pro obor soudní lékařství.

Mgr. et. Mgr. Veronika Oškerová, Ph.D.



Právníčka, absolventka doktorského studijního programu Sociální lékařství na LF MU a Advanced Certified Program in Research Ethics na Union Graduate College - Mount Sinai School of Medicine. Členka Etické komise pro výzkum na MU.

prof. MUDr. Tomáš Kašpárek, Ph.D.



Přednosta Psychiatrické kliniky FN Brno a LF MU a Ústavu psychologie a psychosomatiky LF MU; člen akreditační komise MZ pro obory Psychiatrie a Psychosomatika; člen Specializační oborové rady specializačního programu Psychiatrie; organizace administrativní podpory vědy a výzkumu ve FN Brno – náměstek pro vědu, výzkum a školství; pre a postgraduální výuka v oborech Psychiatrie a Neurovědy na LF MU; výzkum neurobiologie duševních poruch na Psychiatrické klinice FN Brno a ve skupině Behaviorálních a sociálních neurověd CEITEC-MU.

Mgr. Vojtěch Kadlubiec



Student pracovního práva v doktorské prezenční formě na Právnické fakultě Masarykovy univerzity. Autor odborných článků k pracovněprávní problematice. Zabývá se lektorskou a přednáškovou činností. Stěžejní oblasti jeho zájmu je právní úprava náhrazování nemajetkové újmy na zdraví v právu pracovním a občanském.

MUDr. Zdenka Salcman Kučerová, MBA



Absolvovala 2. lékařskou fakultu UK Praha v roce 1992. V letech 1992 – 1995 pracovala v Nemocnici Česká Kamenice. V roce 1995 získala atestaci 1. stupně v oboru interního lékařství. Od roku 1995 do roku 1999 pracovala na Ministerstvu zdravotnictví jako vedoucí oddělení přednemocniční a pak oddělení nemocniční péče. Od roku 1999 pracovala ve VZP ČR, od roku 2001 jako vedoucí oddělení revizí ústředního odboru kontrol a revizní zdravotní péče, od roku 2007 do roku 2016 jako ředitelka tohoto odboru. Od roku 2015 je předsedkyní Společnosti revizního lékařství ČLS JEP.

VZDĚLÁVÁNÍ LÉKAŘŮ, ZUBNÍCH LÉKAŘŮ A FARMACEUTŮ

Mgr. Zbyněk Podhrázký

Popis vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů v ČR

Vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů se uskutečňuje v rámci pregraduálního studia a v rámci tzv. postgraduálního studia.

Pregraduální studium se uskutečňuje podle zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách, ve znění pozdějších předpisů, který je v gesci Ministerstva školství. Toto studium se realizuje na lékařských a farmaceutických fakultách.

Úspěšným absolvováním pregraduálního studia se získává odborná způsobilost k výkonu povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. Lékař může po dosažení této odborné způsobilosti vykonávat povolání lékaře (tj. provádět preventivní, diagnostickou, léčebnou a rehabilitační a dispenzární péči) pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru. Zubní lékař je oprávněn po dosažení odborné způsobilosti vykonávat povolání zubního lékaře (tj. preventivní, protetickou, diagnostickou, léčebnou, dispenzární, vzdělávací, výzkumnou, vývojovou, revizní a posudkovou činnost v oblasti péče o zuby, ústa, čelisti a související tkáně) samostatně, a to bez prokazování praxe. Farmaceut je po získání odborné způsobilosti oprávněn samostatně vykonávat činnosti při přípravě lékových forem léčivých přípravků, při kontrole léčiv v lékárně a v laboratoři pro kontrolu léčiv, při přípravě, kontrole, skladování a výdeji léčiv v rámci poskytování lékárenské péče a u poskytovatelů lůžkové péče a při poskytování odborných informací o léčivech, včetně informací o prevenci onemocnění a informací o podpoře zdraví, a při výdeji, kontrole a uchování zdravotnických prostředků. Dále je způsobilý vykonávat činnosti, které nejsou poskytováním zdravotních služeb, a to při výrobě a kontrole léčiv a při skladování a distribuci léčiv dle zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech, ve znění pozdějších předpisů.

Část tzv. postgraduálního studia specializační vzdělávání, se uskutečňuje na základě zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře,

zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon č. 95/2004 Sb.), jež je v gesci Ministerstva zdravotnictví.

Úspěšným ukončením specializačního vzdělávání atestační zkouškou získává lékař, zubní lékař a farmaceut tzv. specializovanou způsobilost. Specializovaná způsobilost opravňuje lékaře k samostatnému výkonu povolání, v případě farmaceutů je pak podmínkou pro samostatný výkon činností při vedení lékárny dle zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech, ve znění pozdějších předpisů, a při přípravě zvláště náročných lékových forem.

Obory specializačního vzdělávání, minimální délku specializačního vzdělávání v daném oboru, označení odbornosti a převedení specializačních oborů podle dřívějších právních předpisů na nové obory specializačního vzdělávání stanoví vyhláška č. 185/2009 Sb. ve znění vyhlášky č. 361/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů (dále jen vyhláška č. 185/2009 Sb.). V současnosti existuje 41 základních oborů specializačního vzdělávání lékařů, 3 obory specializačního vzdělávání zubních lékařů a 7 oborů specializačního vzdělávání farmaceutů. V roce 2009 bylo specializační vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů rozšířeno o tzv. certifikované kurzy, jejichž účelem je prohloubení již získané specializované způsobilosti a v případě farmaceutů taktéž odborné způsobilosti. Obory certifikovaných a minimální délka vzdělávání v nich jsou stanoveny taktéž vyhláškou č. 185/2009 Sb. V současné době existuje 47 certifikovaných kurzů pro lékaře a 5 certifikovaných kurzů pro farmaceuty.

Zákon č. 95/2004 Sb. rovněž stanoví povinnost lékařů, zubních lékařů a farmaceutů se celoživotně vzdělávat, a to především formou samostatného studia odborné literatury, účasti na kurzech a školicích akcích, seminářích a kongresech, atd. Toto vzdělávání je pak považováno za prohlubování kvalifikace ve smyslu zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů.

Problémy stávajícího pojetí specializačního vzdělávání **Novela zákona č. 95/2004 Sb.**

ČR se v současné době, stejně jako prakticky všechny evropské země, potýká s nedostatkem lékařů v určitých oborech a v určitých oblastech a do budoucna lze očekávat, že se situace bude jen zhoršovat. K tomuto zhoršování bude přispívat i vývoj demografické křivky v Evropě, kdy stárnoucí populace bude potřebovat více zdravotní péče. Situace je zatím nevyvážená, nedostatek lékařů je asymetrický stran oborů i krajů. Jsou oblasti, kde je lékařů relativní dostatek – například velká města, pak jsou oblasti, kde je lékařů, zvláště v určitých oborech, již nyní nedostatek (menší pohraniční obce).

Situaci zhoršuje i skutečnost, že řada mladých lékařů odchází vykonávat zdravotnické povolání do zahraničí ihned po absolvování vysoké školy. Samotný zákon č. 95/2004 Sb. je pak dlouhodobě kritizován, že již plně neodpovídá požadavkům praxe a je pravděpodobně také jednou z příčin odlivu zdravotnických profesí do zahraničí, kde jsou mnohdy podmínky specializačního vzdělávání nastaveny pro mladé lékaře příznivěji.

Ministerstvo zdravotnictví proto přistoupilo k tvorbě návrhu zákona, kterým se mění zákon č. 95/2004 Sb. Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 95/2004 Sb. je v současné době projednáván v PSP ČR po I. čtení.

Cílem návrhu zákona je předně stabilizovat a zjednodušit systém specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů.

Návrh redukuje celkový počet základních oborů specializačního vzdělávání lékařů a snižuje minimální délky vzdělávání v těchto oborech (avšak za dodržení minimálních standardů stanovených evropským právem, konkrétně Směrnicí Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES ze dne 7. září 2005 o uznávání odborných kvalifikací). Právě časté změny ve struktuře a počtu základních oborů specializačního vzdělávání lékařů vedly ke skutečnosti, že po sečtení základních oborů a certifikovaných kurzů existuje celkem 96 různých odborností, což je jistě jeden z nejvyšších počtů na světě. Je proto nutné tento počet racionalizovat, zvláště s přihlédnutím k demografickým předpovědím, kdy v příštích desetiletích v EU hrozí nedostatek lékařů prakticky ve všech oborech. Dále na základě podnětů z praxe vyplynula potřeba zkrácení stávajících minimálních délek specializačního vzdělávání lékařů v základních oborech. Stávající systém minimálních délek je dle řady názorů z odborné praxe nevyhovující a mnohdy převyšuje průměrnou délkou v jiných členských státech EU. Zkrácení minimálních délek specializačního vzdělávání lékařů v základních oborech by rovněž mohlo řešit i problém nedostatku lékařů se specializovanou způsobilostí v určitých oblastech, neboť umožní lékařům dřívější vstup do odborné praxe a současně dle našeho předpokladu povede ke snížení celkového počtu lékařů odcházejících realizovat specializační vzdělávání do zahraničí, kde může být minimální celková délka tohoto vzdělávání kratší než v České republice. Novinkou je dále ukotvení výčtu základních oborů specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů přímo v příloze zákona č. 95/2004 Sb. Tímto krokem tedy dojde ke stabilizaci systému tak, že případné budoucí změny budou moci být provedeny pouze změnou zákona a budou tak podrobeny širší diskuzi v rámci legislativního procesu.

Návrh předpokládá sloučení stávajících oboru dětské lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost do společného oboru pediatrie. Specializační vzdělávání by tak opět mělo být společné (obdobně jako podle právních předpisů účinných před účinností zákona č. 95/2004 Sb., tj. před 2. 4. 2004) a jeho absolventi by měli být oprávněni k výkonu zdravotnického povolání u poskytovatelů lůžkové péče i ambulantní péče.

Obdobně návrh také ve svém znění ukotví výčet základních kmenů lékařů, přičemž nově budou základní kmene vymezeny též pro zdravotnické povolání farmaceuta.

Významnou změnou bude dále zpřesnění vymezení pojmu odborný dohled nad lékařem ve specializační přípravě. Stávající zákonná definice byla nejasná a umožňovala nejednotný výklad. Novela zákona č. 95/2004 Sb. proto zavádí rozdělení pojmu na „odborný dozor“ (přísnější forma; uplatňující se do momentu absolvování základního kmene) a „odborný dohled“ (volnější forma; uplatňující se po absolvování základního kmene do získání specializované způsobilosti).

Na základě nového zákonného zmocnění budou dále připraveny prováděcí předpisy k zákonu č. 95/2004 Sb., a to vyhláška o činnostech a kompetencích lékařů po získání odborné způsobilosti a po úspěšném absolvování základního kmene. Tento krok má pro praxi stěžejní význam, neboť doposud žádný právní předpis takový výčet neobsahuje. Případné právní spory v této oblasti se v současné době řeší víceméně bez legislativního podkladu jen ze zkušeností s běžně prováděnou klinickou praxí.

Návrh dále administrativně zjednoduší a zpřesní akreditační řízení. Parametry pro udělení této akreditace budou obecně nastaveny tak, aby co nejširšímu počtu pracovišť bylo umožněno akreditaci získat a poskytovat tak specializační vzdělávání. Předpokládáme, že tímto se zvýší dostupnost akreditovaných pracovišť i v menších regionech a tím i dostupnost specializačního vzdělávání jako takového. Návrh rovněž předpokládá, že dojde k významnému omezení délky povinné praxe na akreditovaných pracovištích tzv. vyššího typu (v současné době jde zejména o fakultní nemocnice). Lékař ve specializační přípravě tak bude moci absolvovat většinu z povinné praxe na svém domovském pracovišti.

Změny se budou týkat také uznávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání v rámci aprobačního řízení (tj. u uchazečů z tzv. třetích zemí mimo EU). Ministerstvo zdravotnictví připravuje novou vyhlášku o zkouškách lékařů, do které by se měly promítnout zkušenosti z provádění aprobačních zkoušek a měly by být odstraněny nedostatky v tzv. aprobačním řízení.

Co se týče změn v oblasti uznávání odborných kvalifikací mezi členskými státy EU, které vyplynuly z přijetí směrnice 2013/55/EU, kterou se mění směrnice 2005/36/ES o uznávání odborných kvalifikací, tyto již byly do českého právního řádu transponovány, a to zákonem č. 126/2016 Sb., kterým se mění č. 18/2004 Sb., o uznávání odborné kvalifikace a jiné způsobilosti státních příslušníků členských států EU a některých příslušníků jiných států a o změně některých zákonů (zákon o uznávání odborné kvalifikace), ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony, a to s účinností ode dne 1.5.2016.

RÁMEC, PRAXE A ÚSKALÍ DĚLBY KOMPETENCÍ MEZI LÉKAŘE A ZDRAVOTNÍ SESTRY

MUDr. Mgr. Štěpánka Bibrová, Ph.D.

Ve 20. století dochází k výraznému rozvoji lékařské vědy a vznikají nové medicínské obory. Současně s tím dochází k tomu, že vznikají jednotlivé lékařské specializace a sesterská péče o pacienty se osamostatňuje. Postupně dochází k rozdělení kompetencí mezi lékaři a zdravotními sestrami. Zatímco lékaři se v rámci své specializace obecně zaměřují na diagnostiku, indikaci jednotlivých vyšetření a terapii onemocnění, sestry se zaměřují na ošetrovatelskou péči, prevenci a následnou péči.

Kompetence jednotlivých zdravotnických pracovníků vycházejí z právních předpisů a legislativně stanovené kompetence bývají základem pro stanovení konkrétních pracovních náplní jednotlivých zaměstnanců. Vždy je nutno přihlížet nejen k právnímu rámci, ale je důležité rovněž vycházet ze schopností, teoretických vědomostí a praktických dovedností daného zdravotnického pracovníka. Jak u lékařů, tak i u zdravotních sester dochází k postgraduálnímu vzdělávání a u jednotlivých pracovníků se kompetence mohou zásadně měnit.

Po přijetí České republiky do Evropské unie bylo nutné naplnit normy a podmínky Evropské unie (např. směrnice Evropského parlamentu a Rady Evropy č. 2005/36/ES týkající se odborných kvalifikací). Došlo k přijetí a změnám řady zákonů, které se týkají lékařské profese a ošetrovatelství (např. zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, včetně prováděcích vyhlášek, zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, včetně prováděcích vyhlášek).

Od zdravotních sester bylo nově požadováno, aby se kontinuálně vzdělávaly a doplnily si vysokoškolské vzdělání či vyšší odbornou školu. V současné době jsou kompetence zdravotních sester upraveny ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Dříve se směrnice zaměřovali spíše na organizaci preventivní a následné péče a na ošetrovatelskou péči (viz např. směrnice č. 33/1967 Věstníku MZ ČSR o rozsahu oprávnění a náplni činnosti středních a nižších zdravotnických pracovníků, nahrazena směrnicí č. 27/1972 Věstníku MZ ČSSR o náplni činnosti středních, nižších a pomocných zdravotnických pracovníků), nyní je ve vyhláškách kladen důraz spíše na odbornou činnost zdravotních sester. Samostatně pracující zdravotní sestra musí mít osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu, které vydává MZ ČR. Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povolání, byl několikrát novelizován. Došlo k upřesnění definic některých pojmů dříve upravených vyhláškami a nelékařským zdravotnickým pracovníkům bylo umožněno vykonávat některé činnosti do získání specializované způsobilosti pod dohledem nelékařských zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu. Od 18. ledna 2016 došlo k novelizaci vyhlášky 55/2011 Sb. vyhláškou č. 2/2016 Sb. a došlo k rozšíření kompetencí činností všeobecné sestry, které je oprávněna provádět bez odborného dohledu a bez indikace.

Postgraduální vzdělávání lékařů je upraveno v zákoně č. 95/2004 Sb., o způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, a v prováděcích vyhláškách. Podmínky postgraduálního vzdělávání byly v jednotlivých lékařských specializacích během posledních let několikrát měněny (např. se měnil počet základních oborů či délka praxe a akreditovaná pracoviště, kde lékaři mohou absolvovat potřebnou praxi k získání specializované způsobilosti). Řadu absolventů lékařských fakult tyto změny vedly k tomu, že své profesní uplatnění realizují např. ve farmaceutických společnostech či odcházejí pracovat do zahraničí, kde jsou podmínky pro postgraduální vzdělávání lékařů jednodušší a nedochází k jejich tak častým změnám jako v České republice. Nyní je připravována novela zákona, která má snížit počet základních oborů. V současné době v České republice přespecializovaný systém má být novelou přiblížen systému v okolních evropských státech a celý systém postgraduálního vzdělávání by pro nové lékaře měl být vstřícnější, jednodušší a přístupnější. Jasně má být definováno, co se rozumí odborným dohledem a odborným dozorem. Současná běžná praxe, kdy (i z nedostatku personálu) u některých poskytovatelů zdravotních služeb noční služby slouží sami lékaři bez odborné způsobilosti a bez dostatečné praxe, by měla být postupně eliminována. Lékaři tak ve službě mohou překračovat své kompetence, případně je delegují na zdravotní sestry. V praxi se v současnosti zcela nevyhneme situacím, kdy lékaři,

zdravotní sestry a další členové ošetrovatelského týmu překročí své kompetence a provádějí činnosti, které jim nepřísluší.

V posledních letech přibývá zdravotních sester, které si doplňují vysokoškolské vzdělání v různých ošetrovatelských oborech. Své vzdělání chtějí uplatnit i v rozšířené péči o pacienty a požadují vyšší kompetence, které by odpovídaly jejich dosaženému vzdělání. V běžné praxi zdravotní sestry se specializací dělají některé úkony, které jim nepřísluší. Nejen, že provádějí činnosti, které by mohly být svěřeny zdravotnickému asistentovi bez dozoru odbornou sestrou (např. podávání výživy, péče o vyprazdňování), ale na druhou stranu provádějí činnosti, které jsou v kompetenci lékařů (např. podávání léků bez ordinace lékaře, psaní receptů na lékařem předem podepsaných formulářích, extrakce drénů a stehů, ordinace po telefonu, úprava ordinací lékaře v dokumentaci pacienta). V běžné praxi se ukazuje, že zdravotní sestry a lékaři se o rozsahu svých kompetencí dle dosaženého stupně postgraduálního vzdělání správně neinformují a své kompetence přesně neznají.

Pokud nahlédneme do jiných států a porovnáme vzdělávací systémy a kompetence zdravotních sester, zjistíme, že zdravotní sestra v České republice má vyšší míru autonomie. V Německu platný zákon o zdraví a zdravotní péči přesně nedefinuje rozsah činností zdravotnických pracovníků, je zde pouze obecný odkaz na stupeň dosaženého vzdělání. Neexistuje tedy přesný rozsah výkonů, které mohou být lékařem na zdravotní sestry delegovány. Přenesení kompetence na zdravotní sestry musí být vždy písemně doloženo. Kvalifikační příprava zdravotních sester v Německu je v jednotlivých spolkových zemích rozdílná. Na rozdíl od České republiky je kvalifikace v základním programu rozdělena na dětskou a všeobecnou sestru. V Německu není povinná registrace sester.

V USA je školský systém včetně systému vzdělávání zdravotních sester a lékařů výrazně odlišný od evropských zemí. V USA existuje několik stupňů vzdělávání. Bakalářský titul, který zdravotní sestře umožňuje širší kompetence a větší pracovní příležitosti, lze získat jak na univerzitách, tak i na vyšších odborných školách. Nurse Practitioner (praktická sestra) je v USA nejvzdělanější všeobecnou sestrou, která má kompetence provádět některé úkony, které jsou v ČR svěřeny pouze lékařům, např. může provádět preskripci léků, diagnostikovat pacienta a ošetřovat nemocné, může vykonávat soukromou praxi, na kterou dohlíží lékař na základě podepsané smlouvy. V kompetenci sester je např. i uspávání pacientů před operací. Naopak sestry s nejnižší kvalifikací (Licensed Practical Nurses) mohou pracovat pouze pod dohledem registrovaných sester a lékařů a poskytují základní péči u lůžka pacienta. Nemohou např. kontaktovat lékaře, pokud nedostaly svolení od registrující sestry.

S vyššími kompetencemi souvisí i vyšší odpovědnost. V případě provádění úkonů, které jsou mimo rámec kvalifikace či kompetence daného zdravotnického pracovníka, zejména pokud má nižší kvalifikaci, může dojít k ohrožení bezpečnosti pacienta. Je nutné si uvědomit, že v případě překračování kompetencí jednotlivých zdravotnických pracovníků může být porušováno i právo pacienta na poskytování zdravotních služeb na náležité odborné úrovni. Často slyšíme, že zdravotní sestry chtějí v praxi více využívat své teoretické znalosti získané při vysokoškolském studiu. Naopak pokud se zeptáte v jednotlivých nemocnicích či ambulancích, zdravotní sestry (se specializací i bez ní) příliš nechtějí navyšovat své kompetence, neboť se obávají zvýšené odpovědnosti. Nejvyšší odpovědnost za bezpečnost pacienta má vždy lékař, ať své kompetence deleguje na sestry či dané úkony provádí sám. Stále více se v praxi ukazuje, že zde oproti USA chybí zdravotní sestry s nižší kvalifikací a zdravotničtí asistenti, kteří by zajišťovali komplexní hygienickou péči o pacienta, podávali mu stravu, upravovali lůžko atd. V České republice tyto činnosti běžně provádějí zdravotní sestry se specializací a s vysokoškolským vzděláním.

I v případě kompetencí lékařů a zdravotních sester na všech úrovních vzdělání se ukazuje, že je velmi podstatná i ekonomická stránka. V řadě případů se zaměstnavatelé, poskytovatelé zdravotní péče, finančně podílí na vzdělávání lékařů a sester. Náklady na vzdělávání bývají často poměrně vysoké. Dosažené vzdělání pak v každodenní praxi zdravotními sestrami, méně často i lékaři, není v nemocnicích plně využito. V důsledku nedostatku finančních i personálních zdrojů mají zdravotní sestry se specializací často svěřené kompetence v rozsahu, v kterém je mohou vykonávat i zdravotní sestry bez této specializace. A naopak, zdravotní sestry bez specializace často překračují jim odpovídající kompetence. Touto situací mohou být zdravotní sestry částečně negativně ovlivněny a mohou mít pocit, že dosažené vzdělání je jim vlastně k ničemu. Mohou se pak snadněji rozhodnout, že poskytovatele zdravotních služeb, který jim vzdělání umožnil a financoval, opouštějí a odchází tam, kde mají pocit lepší seberealizace. Nejen finanční ohodnocení, ale i tento pocit jsou jedním z motivů, proč část lékařů i kvalifikovaných zdravotních sester odchází pracovat do zahraničí.

Již v průběhu pregraduálního a následně i postgraduálního vzdělávání lékařů i zdravotních sester by měl být kladen větší důraz na seznámení se s rozsahem svých kompetencí, který je rámcově stanoven právními předpisy a konkretizován v jednotlivých náplních práce. Poskytovatelé zdravotních služeb by měli provádět kontroly a monitorovat dodržování příslušných kompetencí, aby bylo eliminováno riziko snížení kvality poskytované zdravotní péče a poškození pacienta.

Ve vztahu kompetencí lékařů a zdravotních sester, jejich náplní práce a zaznamenávání činností, které jsou v rámci léčebného procesu prováděny, by i nadále měl vždy být na prvním místě pacient, jeho kvalita života a zdraví.

ROLE NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ PŘI ZACHÁZENÍ S LÉČIVY

Mgr. Mgr. Eva Prošková, Ph.D.

Pojem léčivý přípravek

Vymezení toho, jaké výrobky zahrnuje pojem léčivý přípravek, je důležité pro zacházení s nimi, jelikož zařazení do příslušné kategorie určuje nejen regulační režim, kterému podléhá, a instituci, která je za regulaci výrobku odpovědná, ale má vztah i ke kompetencím zdravotnických pracovníků při zacházení s ním. Léčivé přípravky definuje zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů, a to buď svým určením (prezentací), nebo svým předpokládaným účinkem. Legální definice léčivého přípravku nezahrnuje nutnost jeho registrace jako léčivého přípravku. Definice léčivých přípravků je tedy velmi široká, není rozhodná forma aplikace, ani nutnost specifického léčebného účinku. Léčivými přípravky tak jsou i infuzní roztoky bez specifických léčebných vlastností (např. fyziologický roztok), některé masti používané za účelem prevence opruzenin, glycerinové čípky, některé kožní dezinfekční prostředky aj. Ne zcela jednoznačné je v některých případech rozlišení mezi léčivým přípravkem a zdravotnickým prostředkem, potravinovým doplňkem, potravinou pro zvláštní výživu, biocidním přípravkem či kosmetickým přípravkem.

Povinnosti při zacházení s LP

Povinnosti při zacházení s léčivými přípravky vyplývají jednak ze zákona o léčivech, jednak při jejich podávání v rámci zdravotní péče je nutné aplikovat též obecné povinnosti vyplývající ze zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, zejména povinnost postupovat lege artis, a to včetně dodržování hranic své způsobilosti (kompetenci), a dále povinnost postupovat kvalitně a bezpečně. Z těchto obecných povinností lze dovodit povinnost nepoužívat (nejen) při aplikaci léčivých přípravků ty postupy, u nichž bylo prokázáno, že jsou méně bezpečné. Povinnost dbát na maximální prospěšnost léčiv při jejich použití a omezit na nejnižší možnou míru nepříznivé důsledky působení léčiv, vyplývá ostatně i ze zákona o léčivech. Zákon o léčivech a zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně

některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, upravují dále specifické požadavky na věk, bezúhonnost a zdravotní způsobilost osob zacházejících s léčivými přípravky. Velmi významná je též povinnost všech zdravotnických pracovníků hlásit závažné či neočekávané nežádoucí účinky léčivých přípravků.

Kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků při zacházení s léčivými přípravky

Oprávnění přejímat, kontrolovat, ukládat léčivé přípravky, včetně návykových látek, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečné zásoby mají podle vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kromě sester též porodní asistentky, radiologičtí asistenti, zdravotničtí laboranti, optometristi, ortoptisti, nutriční terapeuti, zdravotničtí záchranáři a fyzioterapeuti. Pod odborným dohledem se na přejímání, kontrole, manipulaci a uložení léčivých přípravků podílí i zdravotnický asistent, nutriční asistent, řidič vozidla zdravotnické záchranné služby, ošetřovatel, zubní instrumentářka a sanitář. Specializovanou profesí pro zacházení s léčivými přípravky je farmaceutický asistent, který jako jediný z nelékařských zdravotnických povolání může připravovat léčivé přípravky, s určitou výhradou týkající se radiofarmak, a může rovněž bez odborného dohledu i indikace v lékárnách vydávat léčivé přípravky, jejichž výdej není vázán na lékařský předpis, a podávat informace o jejich správném užívání a uchovávání a veškeré léčivé přípravky na žádanky poskytovatelů zdravotních služeb. Podávat léčivé přípravky pacientům mají kromě sester a porodních asistentek jen zdravotničtí záchranáři, radiologičtí asistenti, ortoptisti a zdravotničtí asistenti.

Všeobecné sestry jsou oprávněné hodnotit a ošetřovat poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřovat stomie, centrální a periferní žilní vstupy. Tato kompetence v sobě zřejmě zahrnuje i volbu léčivých přípravků pro péči o kůži. Základní zakotvení oprávnění sestry podávat léčivé přípravky nalezneme v § 4 odst. 3 odst. a) vyhlášky o činnostech, podle něž bez odborného dohledu na základě indikace lékaře mohou podávat léčivé přípravky s výjimkou nitrožilních injekcí nebo infuzí u novorozenců a dětí do tří let a s výjimkou radiofarmak a zavádět a udržovat kyslíkovou terapii. Výjimky zde stanovené jsou zároveň činnostmi sester se specializovanou způsobilostí. V pravomoci lékaře je určit, zda léčivý přípravek bude aplikovat sám či tím pověřit sestru. Cesty aplikace, včetně např. aplikace léčivých přípravků do epidurálního katétru, nejsou vyhláškou o činnostech omezeny a jsou tak na individuálním zvážení lékaře a jeho indikaci. Pokud jde o aplikaci krve a krevních derivátů, může sestra bez specializované způsobilosti aplikovat krevní deriváty pouze pod odborným dohledem lékaře (a nepochybně jen na základě jeho indikace, přestože

to není výslovně řečeno), a asistovat při zahájení aplikace transfuzních přípravků a dále bez odborného dohledu na základě indikace lékaře ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji. Sestra bez specializované způsobilosti tedy není oprávněna transfúzi, na rozdíl od infúze, zahajovat. Aplikovat infuzní roztoky a nitrožilní léčiva s výjimkou radiofarmak dětem do tří let věku je oprávněna dětská sestra, a to bez odborného dohledu, ale opět pouze na základě indikace lékaře. Aplikace radiofarmak je vyhrazena sestře pro nukleární medicínu. Péče o pacienty, kterým selhávají fyziologické funkce nebo toto selhání bezprostředně hrozí, tedy péče v rámci anesteziologicko-resuscitační a intenzivní péče a akutního příjmu, je vyhrazená sestře pro intenzivní péči. Mezi činnosti, které zahrnují i aplikaci léčivých přípravků, patří tracheobronchiální laváže u pacienta se zajištěnými dýchacími cestami, které může provádět nejen bez odborného dohledu, ale i bez indikace lékaře. Na základě indikace lékaře může vykonávat činnosti spojené s přípravou, průběhem a ukončením aplikace metod léčby bolesti, což zřejmě zahrnuje i aplikaci analgetik. Na základě indikace lékaře a pod jeho odborným dohledem (tj. při dostupnosti jeho rady a pomoci) je oprávněna aplikovat transfuzní přípravky a přetlakové objemové náhrady. Pokud sestra pro intenzivní péči působí v rámci přednemocniční neodkladné péče, vykonává přitom činnosti zdravotnického záchranáře. Intenzivní péči dětem všech věkových kategorií je pak oprávněna věnovat dětská sestra pro intenzivní péči, přitom vykonává stejné činnosti jako sestra pro intenzivní péči. Aplikovat léčivé přípravky do mimotělního oběhu a krevní deriváty na základě indikace lékaře, avšak bez jeho odborného dohledu, může sestra pro klinickou perfuziologii. Zde se nabízí otázka, jak je to s kompetencí sestry pro intenzivní péči ohledně krevních derivátů. Vyhláška zde mlčí, máme proto za to, že její kompetence zde navýšeny nejsou a stejně jako sestra bez specializované způsobilosti tuto činnost může vykonávat jen pod odborným dohledem lékaře.

Porodní asistentka vykonává stejné činnosti jako sestra při péči o těhotné a rodící ženy, ženy do šestého týdne po porodu a pacientky s gynekologickým onemocněním. Porodní asistentka pro intenzivní péči je oprávněna provádět stejné činnosti jako sestra pro intenzivní péči, avšak pouze na úseku péče o ženu a o patologického novorozence.

Zdravotnický záchranář kromě přednemocniční neodkladné péče v rámci zdravotnické záchranné služby může působit i na pracovištích anesteziologicko-resuscitační péče a akutního příjmu. Zde může mimo jiné zajišťovat periferní žilní vstup, aplikovat krystaloidní roztoky a provádět nitrožilní aplikaci roztoků glukózy u pacienta s ověřenou hypoglykemií, tj. aplikovat léčivé přípravky, a to vše i bez indikace lékaře a bez jeho odborného dohledu. Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře může zavádět a udržovat inhalační kyslíkovou terapii, podávat léčivé přípravky, včetně

krevních derivátů, asistovat při zahájení aplikace transfuzních přípravků, ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji a zajišťovat intraoseální vstup. Zdravotnický záchranář pro urgentní medicínu je dále oprávněn provádět tracheobronchiální laváže pacientů s tracheální intubací (bez odborného dohledu a na základě indikace lékaře). Je též způsobilý vykonávat veškeré činnosti sestry pro intenzivní péči.

Zdravotnický asistent je ošetřovatelskou profesí, která odpovídá „sestrě druhé úrovně“ uváděné v zahraničních materiálech. Jeho role při poskytování ošetřovatelské péče je závislá, může nyní své činnosti provádět pouze pod odborným dohledem, a to buď sestry (porodní asistentky) v případě vlastní ošetřovatelské péče, nebo sestry, porodní asistentky či lékaře v případě činností, jimiž se sestry podílejí na preventivní, diagnostické a léčebné roli lékaře. Pokud jde o podávání léčivých přípravků, má zdravotnický asistent velmi podobné kompetence jako sestra, avšak chybí zde kompetence v péči o kůži – i pokud bychom tedy připustili způsobilost sestry (respektive porodní asistenty) indikovat léčivé přípravky v rámci této péče, tuto kompetenci nebude mít zdravotnický asistent, tím spíše, že veškeré činnosti při uspokojování potřeb pacienta má provádět pod odborným dohledem sestry. Dále zdravotnický asistent může pod odborným dohledem sestry nebo lékaře podávat léčivé přípravky s výjimkou aplikace nitrožilně a do epidurálních katétrů a intramuskulárních injekcí u novorozenců a dětí do tří let věku a zavádět a udržovat kyslíkovou terapii.

Ošetřovatel kromě již zmíněné kompetence při přejímání, kontrole a uložení léčivých přípravků nemá v oblasti zacházení s léčivými přípravky žádné vlastní kompetence. Nemůže tedy, a to ani pod odborným dohledem sestry, léčivé přípravky podávat. Může však při jejich podávání asistovat, neboť podávání léčivých přípravků je nepochybně léčebným výkonem. Pokud jde o určování přípravků pro preventivní péči o kůži, platí o ošetřovateli totéž, co bylo řečeno o zdravotnickém asistentovi.

Řidič vozidla zdravotnické záchranné služby může pod odborným dohledem (a nepochybně též na základě indikace) v rámci záchranné zdravotní služby udržovat inhalační kyslíkovou léčbu, a dále pod přímým vedením lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka způsobilého k poskytování neodkladné péče bez odborného dohledu asistovat při provádění dalších zdravotních výkonů v rámci přednemocniční neodkladné péče. Takovým výkonem může nepochybně být i podávání léčivých přípravků.

Radiologický asistent je způsobilý na základě indikace lékaře aplikovat léčivé přípravky nutné k provedení léčebného ozáření nebo jiných zobrazovacích metod trávícím traktem, dýchacími cestami, formou podkožních, kožních a nitrosvalových

injekcí. Nitrožilní injekce za stejným účelem může provádět pouze pod odborným dohledem lékaře.

Ortoptista je oprávněn bez odborného dohledu a na základě indikace podávat léčivé přípravky do spojivkového vaku nebo jiným neinvazivním způsobem.

Nutriční terapeut je oprávněn zcela samostatně (tj. nejen bez odborného dohledu, ale i indikace) doporučovat výživové doplňky, ovšem podotýkáme, že výživové doplňky nejsou léčivými přípravky.

Další profesí oprávněnou podávat léčivé přípravky, byť jen na velmi úzce vymezeném úseku zubní péče, je **dentální hygienistka**, která pod přímým vedením zubního lékaře může aplikovat povrchovou anestézii pro povrchové znecitlivění dásní.

Součástí provedení každého výkonu je rovněž řádné podání informace. Tato povinnost vyplývá ze zákona o zdravotních službách a je konkretizovaná v obecných ustanoveních vyhlášky o činnostech. Podle této vyhlášky mohou tyto informace podávat pouze samostatní zdravotničtí pracovníci (nikoli tedy zdravotničtí asistenti nebo ošetřovatelé), a to bez odborného dohledu, bez indikace a v rozsahu své odborné způsobilosti, v souladu s případnými pokyny lékaře. Rozsah podané informace závisí tedy na kompetenci nelékařského zdravotnického pracovníka.

Indikace léčivého přípravků

Indikací se rozumí pověření k výkonu činnosti na základě pokynu, ordinace, objednávky nebo lékařského předpisu. Forma indikace tedy není obecně stanovena, může mít jakoukoli formu, ústní či písemnou, pokud jiný právní předpis výslovně neuloží formu písemnou. To však právní předpisy neukládají dokonce ani u návykových látek; zákon o návykových látkách stanovuje pouze písemnou evidenci podání. Skutečnost, že lék musí být indikován lékařem, a to písemně, je (nejen) v české odborné literatuře, a to včetně ošetřovatelské odborné literatury či doporučení akreditátorů kvality, považován za notorietu, kterou není nutné dále odůvodňovat. Z toho vyplývá, že bez ohledu na výslovnou právní úpravu je indikace lékařem tradičním doporučeným postupem, tedy postupem lege artis, otázka však je, v jakém rozsahu. Lze mít totiž pochybnosti o tom, zda autoři všech učebnic, kteří vycházeli z tradičního pojetí a reálné praxe, skutečně vnímali pojem léčivý přípravek tak široce, jak ho definuje zákon o léčivech, tj. včetně např. přípravků pro prevenci opruzenin (Pityol, Infadolol apod.) nebo pro kožní dezinfekci (Ajatin, Septonex) – a zejména, zda pomyslný „národní standard“ založený na tradici, jenž autoři učebnic zachytili, je ve shodě s touto zákonnou definicí. Pochybnosti opíráme zejména o to, že se v žádném z těchto

učebních textů nedočteme, že by sestra odezinfikovala kůži či preventivně ošetřila kojence lékem podle ordinace lékaře. Takové věty zní každé sestře absurdně a rozhodně je nelze považovat za souladná s doporučeními založenými na tradici českého ošetrovatelství.

Existuje však výslovná právní úprava, která by prikazovala indikovat veškeré léčivé přípravky výhradně lékařem?

Zákon o léčivech skutečně stanovuje, že léčivé přípravky „předepisují podle své odbornosti lékaři poskytující zdravotní služby a veterinární lékaři, a to vystavením lékařského předpisu.“ Výjimkou z této povinnosti jsou jen léčivé přípravky, které lze vydávat i bez lékařského předpisu. Ovšem v § 8, který upravuje zacházení s léčivými přípravky při poskytování zdravotních služeb, je výslovně uvedená indikace lékaře pouze u léčivých neregistrovaných nebo u off label indikace, tj. použití léčivého přípravků způsobem, který není v souladu se souhrnem údajů o přípravku.

Z uvedeného nepochybně vyplývá, že předepisovat léčivé přípravky mohou ze zákona pouze lékaři. Ovšem základní otázkou, na kterou je nutné odpovědět, je zda jsou pojmy předepisování a indikace totožné. Pojem předepisování, jak je používán v § 80, se však výslovně vztahuje pouze k lékařskému předpisu, tedy k písemnému pokynu, na jehož základě vydává léčivý přípravek lékárna. Pojem indikace byl definován výše, rozumí se jím jakékoli pověření k výkonu činnosti na základě pokynu, ordinace, objednávky nebo lékařského předpisu. Je tedy zřejmé, že jde o pojem širší, který zahrnuje mimo jiné i předpis, ale logicky nelze mezi tyto pojmy klást rovnítko.

Lze tudíž dovodit, že výslovné právní zakotvení indikace léčivého přípravku lékařem vyplývá jen z vyhlášky o činnostech a v rozsahu jí stanoveném, tj. včetně výjimek uvedených výše.

Pojem odborník podle zákona o reklamě

Zákon č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy a o změně a doplnění zákona č. 468/1991 Sb., o provozování rozhlasového a televizního vysílání, ve znění pozdějších předpisů, ve znění pozdějších předpisů, definuje pro účely reklamy na léčivé přípravky odborníka jako osobu oprávněnou je předepisovat nebo vydávat léčivé přípravky (§ 2a). Jak vyplývá z výše uvedeného, lze za takové osoby z nelékařských zdravotnických povolání považovat přinejmenším farmaceutické asistenty, nicméně i další nelékařští pracovníci mohou v určitých vymezených případech indikovat léčivé přípravky. Státního ústavu pro kontrolu léčiv však považuje za odborníky pouze zdravotnické pracovníky způsobilé podle zákona č. 95/2004 Sb. a nelékařské

zdravotnické pracovníky považuje za běžnou laickou veřejnost. Z toho plynou i problémy při vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků v tom, jak uchovávat léčivé přípravky, jak je aplikovat, jaké příznaky sledovat po jejich aplikaci a jaké nežádoucí účinky se mohou vyskytnout po jejich aplikaci, tedy v plnění jejich profesních povinností.

VÝBĚR POSKYTOVATELŮ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB S PRÁVEM NA ÚHRADU Z VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

JUDr. Jaroslav Blatný

V České republice je převážná část poskytovaných zdravotních služeb hrazena ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění. Pro poskytovatele zdravotních služeb, jako podnikatelské subjekty, je tedy před zahájením vlastní podnikatelské činnosti obvykle důležité zodpovězení otázky, zda se jim podaří dosáhnout uzavření smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb se zdravotními pojišťovnami – samozřejmě pak především s těmi, které disponují nejširším pojistným kmenem. Vzhledem k tomu, že zdravotní pojišťovny hradí zdravotní služby z veřejných zdrojů a současně při plnění smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb dochází k zajišťování péče o zdraví a životy pojištěnců, je logické, že by měl mít stát zájem na transparentním a účinném výběrů poskytovatelů, tvořících síť tzv. smluvních poskytovatelů zdravotních služeb¹. V dalším bude pozornost zaměřena na nejobvyklejší případy vstupu poskytovatelů zdravotních služeb do sítě smluvních poskytovatelů – tzn. na oblast výběrových řízení a případy, spadající pod § 17 odst. 8 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZVZP“). Stranou pozornosti zůstanou případy, které stát rovněž „vybral“ za žádoucí k úhradě z veřejného zdravotního pojištění, mezi které patří např. poskytovatelé, zajišťující v danou chvíli neodkladnou péči nebo péči, poskytující poskytovatelé určení Vězeňskou službou pojištěncům ve výkonu vazby nebo výkonu trestu odnětí svobody nebo výkonu zabezpečovací detence a další².

¹ Ust. § 46 odst. 1 ZVZP: Zdravotní pojišťovna je povinna zajistit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům, včetně jejich místní a časové dostupnosti. Tuto povinnost plní prostřednictvím poskytovatelů, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb. Tito poskytovatelé tvoří síť smluvních poskytovatelů zdravotní pojišťovny (dále jen „síť“).

² Viz např. § 17 odst. 1 písm. a) až c) ZVZP, § 17 odst. 7 ZVZP a další.

Výběrová řízení

Stát se rozhodl regulovat vstup do sítě smluvních poskytovatelů především prostřednictvím institutu výběrových řízení, upravených v části deváté v § 46 až § 52 ZVZP. Ze ZVZP plyne, že není možné uzavřít smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb, aniž by jejímu uzavření předcházelo konání výběrového řízení; současně však ZVZP přináší výčet případů, kdy se výběrové řízení nekoná³. Je otázkou, zda současná podoba výběrových řízení může skutečně plnit účel, pro který obvykle bývají obdobné výběrové mechanismy zakotvovány do právního řádu – tím je zpravidla nalezení vhodného dodavatele, schopného řádně splnit požadovaný závazek za ekonomických podmínek co možná nejvýhodnějších pro vyhledávatele výběrového řízení.

Podle § 47 odst. 1 ZVZP výběrové řízení vyhlašuje způsobem v místě obvyklým krajský úřad, v hlavním městě Praze Magistrát hlavního města Prahy (dále jen "krajský úřad"). Místní příslušnost krajského úřadu se řídí místem poskytování zdravotních služeb. Výběrové řízení na poskytování lůžkové a lůžkové léčebné rehabilitační péče vyhlašuje Ministerstvo zdravotnictví. Už tato skutečnost napovídá, že část z účelů výběrového řízení (tedy dosažení výhodných ekonomických podmínek pro plátce zdravotních služeb) bude těžko dosažitelná s ohledem na to, že vyhledávatel výběrového řízení není subjektem, který s poskytovatelem uzavírá smlouvu. Mimo to, ZVZP vůbec nepočítá s možností využít institut výběrových řízení k úhradové soutěži mezi zájemci o vstup do sítě smluvních poskytovatelů a naopak jde cestou úhradové regulace prostřednictvím vyhlášek, vydávaných Ministerstvem zdravotnictví na základě zmocnění v § 17 odst. 5 ZVZP. Ten sice umožňuje smluvním stranám dosáhnout i dohody mimo rámec vyhlášky, jde však o dohodu, která bude případně nalezena až po proběhlém výběrovém řízení.

ZVZP dále nepříliš rozsáhle upravuje procesní stránku výběrových řízení – konkrétně stanoví okruh možných navrhovatelů výběrového řízení, obsah vyhlášení výběrových řízení, pravidla komisionálního rozhodování o přihláškách jednotlivých uchazečů, obsah přihlášek, způsob jejich posuzování, zveřejňování výsledků výběrového řízení a vztah výsledků výběrových řízení k možnosti uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou. Shora rekapitulovaný obsah procesní úpravy výběrových řízení může navodit dojem existence kvalitní právní úpravy, která zajišťuje výběr nejlepšího

³ Viz § 46 odst. 2 a 3 ZVZP.

uchazeče. Při podrobnějším zkoumání právní úpravy však lze tento dojem do značné míry zpochybnit.

Diskutabilní je např. samotný obsah nabídky, kterou musí uchazeč předložit. ZVZP nepožaduje nic více, než pouze povinnost prokázat, že uchazeč splňuje, nebo je ve lhůtě stanovené ve výběrovém řízení schopen splnit, předpoklady pro poskytování hrazených služeb v příslušném oboru zdravotní péče. Současně nijak nedefinuje, o jaké předpoklady má jít, byť lze očekávat, že by mělo jít alespoň o doložení příslušné kvalifikace a prokázání reálné připravenosti zahájit poskytování zdravotní péče v určeném oboru a území. V rámci praxe krajských úřadů lze ve vyhlášení výběrových řízení nalézt formulace, které pouze opisují znění ZVZP a požadují prosté prokázání schopnosti splnit předpoklady pro poskytování zdravotních služeb, ale i řešení, kdy krajský úřad požaduje předložení podnikatelského záměru uchazeče na zajištění hrazených služeb. Přesto, že ZVZP tedy neobsahuje podrobnější vymezení obsahu přihlášky, upravuje kritéria, která budou výběrovou komisí při hodnocení přihlášek uchazečů hodnocena. ZVZP stanoví, že členové komise přihlížejí zejména k síti zdravotní pojišťovny v daném oboru a území, k dobré pověsti uchazeče, k praxi uchazeče v příslušném oboru, k disciplinárním opatřením uloženým podle zákona o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, k etickému přístupu k pacientům, ke stížnostem na poskytování zdravotních služeb. Dále mají členové komise posuzovat záměr uchazeče na zajišťování hrazených služeb a jeho možnosti splnit předpoklady pro zajištění hrazených služeb ve lhůtě stanovené ve vyhlášení výběrového řízení. Čtenáře zákona může jistě napadat, jak např. komise hodnotí, který z uchazečů má „lepší“ dobrou pověst, jak hodnotí mnohdy rozdílnou, různě pestrou a různě dlouhou praxi uchazečů, či jak je vážen záměr uchazeče na zajišťování hrazených služeb, když ani zákon, ani krajský úřad při vyhlášení výběrového řízení nedefinuje žádná kritéria, či očekávání, jichž má být dosaženo.

Další místa právní úpravy výběrových řízení, která mohou vyvolávat jisté otázky, jsou skryta např. v ustanovení určujícím okruh subjektů oprávněných navrhnout výběrové řízení nebo definujícím složení komise, která posuzuje přihlášky uchazečů. ZVZP rovněž neupravuje možnost vznesení námítky podjatosti členů komise, resp. procesní postup rozhodnutí o takové námitce. Potíží je rovněž absence procesního mechanismu, který by umožňoval neúspěšnému uchazeči domáhat se přezkumu výsledků výběrového řízení.

Výsledek výběrového řízení je určujícím pro možnost zdravotní pojišťovny uzavřít smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb s poskytovatelem. Zdravotní pojišťovna je oprávněna smlouvu uzavřít jen tehdy, pokud bylo uzavření smlouvy ve

výběrovém řízení doporučeno. Současně však příznivý výsledek výběrového řízení nezakládá poskytovateli právo na uzavření smlouvy. Rozhodnutí o uzavření smlouvy tak zůstává na zdravotní pojišťovně. ZVZP však současně neobsahuje žádná pravidla, na základě kterých by rozhodnutí zdravotní pojišťovny mělo být přijato.

Výsledek výběrového řízení může být dále důležitým i při definování rozsahu smlouvy, na který je uzavírána, vč. územního rozsahu smlouvy. Ten může být významným zvláště u některých poskytovatelů, kteří neposkytují zdravotní služby v rámci zdravotnického zařízení (ordinace apod.) – zejm. u poskytovatelů domácí péče. Smluvní strany v takových případech mohou uzavřít smlouvu nejvýše v takovém územním rozsahu, pro který bylo výběrové řízení vyhlášeno.

Ust. § 17 odst. 8 ZVZP

Od 1. 9. 2015 je účinným ust. § 17 odst. 8 ZVZP, kterým se zákonodárce rozhodl řešit problematiku tzv. převodů praxí. Za tím účelem je stanoveno, že: *Došlo-li k převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb z poskytovatele, který požádal o odnětí oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle zákona o zdravotních službách⁴, na jinou osobu, které bylo v návaznosti na to uděleno oprávnění k poskytování zdravotních služeb, nebo poskytuje-li jiná osoba zdravotní služby na základě osvědčení o splnění podmínek pro pokračování v poskytování zdravotních služeb po zemřelém poskytovateli podle zákona o zdravotních službách nebo následně jí uděleného oprávnění k poskytování zdravotních služeb, uzavře zdravotní pojišťovna s touto osobou na její žádost smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb ve stejném rozsahu, jako s původním poskytovatelem (...).*

Ustanovení, které mělo zřejmě vyřešit nejasnosti u možností tzv. převodů praxí, však vyvolává řadu otázek – ty se týkají především případů smluvních ujednání mezi poskytovateli, kterými převádí své praxe, a proto bude věnována pozornost právě jim, případům pokračování v praxi po zemřelém poskytovateli se tento příspěvek věnovat nebude. Fakticky v uvedeném případě vlastně ani nejde o převod či přechod

⁴ ZVZP zde odkazuje na postup podle § 23 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), který zní: *Poskytovatel, který žádá o odnětí oprávnění k poskytování zdravotních služeb a hodlá převést majetková práva vztahující se k poskytování zdravotních služeb na jinou osobu, oznámí tuto skutečnost příslušnému správnímu orgánu současně s podáním žádosti o odejmutí oprávnění. Pokud nabyvatel majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb hodlá zahájit poskytování zdravotních služeb dnem odejmutí oprávnění dosavadnímu poskytovateli, uvede tuto skutečnost v žádosti o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Je-li podána žádost o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb nejpozději v den podání žádosti o odejmutí oprávnění dosavadním poskytovatelem a jsou splněny podmínky pro udělení oprávnění, rozhodne příslušný správní orgán o odejmutí oprávnění a o udělení oprávnění ke stejnému dni; odvolání proti rozhodnutí nemá odkladný účinek.*

smlouvy v souvislosti s převodem praxe, ale o zakotvení smluvního přímusu, v rámci něž se zdravotní pojišťovně ukládá, při splnění určitých podmínek, povinnost uzavřít smlouvu s poskytovatelem. Ke vzniku smluvního přímusu dojde za splnění podmínek, že:

- došlo k převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb,
- půjde o případ poskytovatelů, z nichž jeden požádal o odnětí oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle § 23 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZZS“), na jinou osobu, a druhému bylo v návaznosti na to uděleno oprávnění k poskytování zdravotních služeb.

Již první podmínka může v konkrétních případech vyvolávat praktické obtíže. Za převod všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb bude zřejmě možné považovat koupi závodu (nebo jeho části) poskytovatele a nejspíše i pacht závodu (nebo jeho části) poskytovatele, není však jasné, zda podmínky § 17 odst. 8 ZVZP budou splněny i v případech, kdy mezi poskytovateli dojde např. jen k uzavření kupní smlouvy na movité věci, představující zařízení ordinace.

I druhá podmínka může přinášet praktické obtíže. Při prostém gramatickém výkladu tohoto ustanovení bude muset vždy dojít k odnětí celého oprávnění. Fakticky však mohou nastávat různé situace. V případě, že půjde o poskytovatele, který poskytuje zdravotní služby jen na jednom místě a v jednom oboru, opravdu bude moci dojít k odnětí celého oprávnění a následně k udělení oprávnění novému poskytovateli. Zákonná podmínka tak bude splněna. Pokud však půjde např. o poskytovatele, který má krajským úřadem vydáno oprávnění (jedno) pro více oborů a má v úmyslu ukončit svůj provoz pouze v rámci jednoho z nich (v ostatních bude dále poskytovat zdravotní péči), dojde v takovém případě pouze ke změně jeho oprávnění, nikoliv k odnětí. Z hlediska poskytovatelů dva kvalitativně obdobné případy budou řešeny zcela rozdílně. V prvním případě vznikne novému poskytovateli právo na uzavření nové smlouvy, ve druhém případě nikoliv a bude muset žádat o uzavření smlouvy po proběhlém výběrovém řízení.

Problematické mohou být i případy fúzí. Nejvyšší soud v minulosti řešil otázku, zda v případě sloučení zdravotních pojišťoven dochází k zániku smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb, která byla uzavřena se zdravotní pojišťovnou, která v důsledku sloučení zaniká, či zda smlouva nadále trvá. Nejvyšší soud uzavřel, že smlouva o poskytování a úhradě hrazených služeb zaniká v důsledku smluvního

ujednání stran smlouvy, které spojuje zánik zdravotní pojišťovny (zde zánik v důsledku sloučení), či poskytovatele se zánikem smlouvy⁵. Smlouva tedy ani v důsledku fúze poskytovatelů nepřejde na poskytovatele, s nímž se zanikající poskytovatel slučuje. Pro možnost aplikace § 17 odst. 8 ZVZP by pak musela být nejprve splněna podmínka předchozího postupu podle § 23 odst. 3 ZZS. To však bude přinejmenším v případě fúze splynutím vyloučeno. U fúze sloučením pak v praxi zřejmě dochází spíše ke změně oprávnění poskytovatele, který v důsledku fúze nezaniká.

LICENOVÁNÍ POSKYTOVATELŮ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

JUDr. Radek Polícar

První věta čl. 31 Listiny základních práv a svobod zní: „Každý má právo na ochranu zdraví.“ Stát aktivně usiluje o garanci tohoto práva. Činí tak celou plejádou

⁵ Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 29. 4. 2014, sp. zn. 23 Cdo 3137/2013: Odvolací soud při řešení otázky, zda došlo k přechodu práv a závazků ze smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče, kterou žalobkyně uzavřela se Zdravotní pojišťovnou MÉDIA dne 16. dubna 2010, na žalovanou, považoval za rozhodující skutečnost pro posouzení uplatněného nároku to, že došlo k zániku této smluvní pojišťovny. Vyšel z obsahu této smlouvy, ze zákona č. 280/1992 Sb. a z vyhlášky č. 618/2006 Sb. Smluvním ujednáním upravujícím zánik smlouvy v jejím článku VIII, odstavci 1, písmenu b) byla přejata úprava vyhlášky č. 618/1992 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy. Podle článku 8 písm. b) přílohy č. 1 této vyhlášky smlouva nebo její část zaniká dnem zániku zdravotnického zařízení nebo pojišťovny nebo dnem úmrtí fyzické osoby, která byla provozovatelem zdravotnického zařízení. Stejně tak podle uvedené smlouvy účastníků dochází k zániku smlouvy v citovaném ustanovení článku VIII, bodu 1, písmenu b) dnem zániku pojišťovny. Nejvyšší soud dospěl k závěru, že uvedené ujednání smlouvy stanoví podmínky jejího zániku nelze pro případ, že dojde k zániku Zdravotní pojišťovny MÉDIA s právním nástupcem, hodnotit jinak než jako rozvazovací podmínku podle ustanovení § 36 obč. zák. Podle § 36 odst. 1 obč. zák. vznik, změnu nebo zánik práva či povinnosti lze vázat na splnění podmínky. K podmínce nemožné, na kterou je vázán zánik práva nebo povinnosti, se nepřihlíží. Podle odstavce 2 téhož ustanovení je podmínka odkládací, jestliže na jejím splnění závisí, zda právní následky úkonu nastanou. Podmínka je rozvazovací, jestliže na jejím splnění závisí, zda následky již nastalé pominou. Z uvedené právní úpravy vyplývá, že při naplnění rozvazovací podmínky podle § 36 obč. zák. nastává zánik právních účinků smlouvy bez dalšího. V dané věci, kdy v předmětné smlouvě byl sjednán její zánik v návaznosti na zánik Zdravotní pojišťovny MÉDIA, pak nelze dojít k jinému závěru, než že zánikem této pojišťovny zanikly právní účinky této smlouvy. Jestliže tedy nastala sjednaná rozvazovací podmínka smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče uzavřené mezi žalobkyní a Zdravotní pojišťovnou MÉDIA spočívající v zániku této pojišťovny, k čemuž došlo jejím výmazem z obchodního rejstříku k datu 28. března 2011, nemůže se žalobkyně podle této smlouvy domáhat úhrady zdravotní péče poskytnuté v období květen a červen 2011.

nástrojů. Část z nich jsou nástroje právní. Některé mají soukromoprávní povahu, jiné povahu veřejnoprávní. Stát musí důkladně zvažovat volbu těchto nástrojů.

Přeregulovanost je ve výsledku stejně špatná jako slabá regulace. Pokud stát naklade na poskytovatele zdravotních služeb množství povinností v dobré víře, že tím dosáhne kvalitního poskytování zdravotních služeb, může se taky stát, že nikdo nebude takto právně složitou a v důsledku nebezpečnou činnost vykonávat. Pravidla tak budou zaručovat vysokou kvalitu zdravotní péče, ta se však pacientovi nedostane pro absenci poskytovatelů.

Důležité je i hledání správné povahy nástroje. Bude-li řada povinností veřejnoprávních, bude to znamenat, že bude potřeba hodně úředníků, aby schvalovali, posuzovali, kontrolovali a ukládali pokuty. Takový aparát něco stojí a náklady musí zaplatit státní rozpočet. Pak mohou v eráru chybět peníze na jiné potřebné cíle včetně kvalitnějšího poskytování zdravotní péče.

Je tak třeba pečlivě posuzovat, v kterých případech je na místě nechat obranu svého práva na dobré zdravotní služby na pacientovi a kdy již mají do hry vstoupit orgány veřejné moci. S touto druhou variantou je však skutečně třeba celkem šetřit, neboť se pak může lehce stát, že povinností kladených na správní úřady, zejména na jejich kontrolní a sankční činnost, bude hodně, ale z úsporných důvodů se na tyto aktivity nevyčlení adekvátní množství kvalitních úředníků. Výsledkem pak není větší ochrana práv konzumentů zdravotních služeb, ale všeobecná nespokojenost všech, snad jen s výjimkou těch, kteří budou porušovat pravidla.

Jedním z veřejnoprávních nástrojů, jejichž cílem je zajištění kvalitních zdravotních služeb pacientům, je požadavek, aby ten, kdo hodlá poskytovat zdravotní služby, nejprve získal licenci v podobě oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Příslušná právní úprava se nachází v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.

Bez získání oprávnění k poskytování zdravotních služeb je možné pouze:

- poskytovat odbornou první pomoc,
- poskytovat zdravotní služby v zařízeních sociálních služeb podle zákona o sociálních službách,
- zajistit převoz osoby, jejíž zdravotní stav to vyžaduje, ze zahraničí do České republiky nebo z České republiky do zahraničí osobou oprávněnou k této činnosti podle právních předpisů jiného státu, z jehož území nebo na jehož

území se převoz uskutečňuje a jde-li o činnost na území České republiky dočasnou, nebo

- poskytovat zdravotní služby v případě tzv. hostujících osob z jiných členských států Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru nebo Švýcarské konfederace.

O udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb rozhoduje zpravidla místně příslušný krajský úřad, v některých specifických případech pak také Ministerstvo obrany, Ministerstvo spravedlnosti a Ministerstvo vnitra.

Zdravotní služby lze poskytovat pouze prostřednictvím osob způsobilých k výkonu zdravotnického povolání nebo k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotních služeb. Numerus clausus zdravotnických povolání stanoví dva jiné zákony, a to zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, který reguluje celkem čtyři povolání, a zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), který reguluje na čtyři desítky dalších zdravotnických povolání.

Personální zabezpečení zdravotních služeb musí odpovídat oborům, druhu a formě poskytovaných zdravotních služeb. Podrobné požadavky stanoví vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.

Zdravotní služby mohou být až na výjimky poskytovány pouze ve zdravotnických zařízeních v místech uvedených v oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Zdravotnické zařízení musí být pro poskytování zdravotních služeb technicky a věcně vybaveno. Technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení musí odpovídat oborům, druhu a formě poskytovaných zdravotních služeb. I v tomto případě konkrétní požadavky stanoví prováděcí právní předpis, kterým je vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče.

Ten, kdo chce získat oprávnění k poskytování zdravotních služeb, musí též doložit provozní řád zdravotnického zařízení podle zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, schválený orgánem ochrany veřejného zdraví.

Není-li budoucím poskytovatelem fyzická osoba, která je způsobilá k samostatnému výkonu zdravotnického povolání v oboru zdravotní péče, kterou bude

poskytovat jako zdravotní službu, pak musí, stejně jako právnická osoba, ustanovit odborného zástupce, který takovou podmínku splní.

Poskytovatel, stejně jako jeho odborný zástupce, popř. statutární orgán právnické osoby musí splnit specificky definovanou podmínku bezúhonnosti. Za bezúhonného se pro tento účel považuje ten, kdo nebyl pravomocně odsouzen za úmyslný trestný čin k nepodmíněnému trestu odnětí svobody v trvání alespoň jednoho roku, nebo za trestný čin spáchaný při poskytování zdravotních služeb, anebo se na něho hledí, jako by nebyl odsouzen.

V některých zvláštních případech je pak též nutné doložit souhlasná stanoviska určitých správních úřadů. Například ten, kdo hodlá provozovat lékárnu, musí předložit souhlasné závazné stanovisko Státního ústavu pro kontrolu léčiv. Ten, kdo by rád provozoval lázně, si musí zajistit souhlas s poskytováním lázeňské léčebně rehabilitační péče od Ministerstva zdravotnictví.

Tolik základní představení podmínek, které musí splnit ten, kterému český právní řád následně dovolí poskytovat zdravotní služby. Věřím, že tato veřejnoprávní regulace je přiměřená. Prostor pro vylepšování jejích detailů však jistě také existuje.

VYBRANÉ PRACOVNĚPRÁVNÍ ASPEKTY PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ

JUDr. Jaroslav Stránský, Ph.D.

Zaměření příspěvku spočívá v uplatnění vybraných výšečí právní úpravy pracovněprávních vztahů pro oblast zdravotnictví.

Zdravotničtí pracovníci, kteří svou činnost vykonávají v pracovněprávním vztahu, jsou, stejně jako jejich zaměstnavatelé, z hlediska úpravy práv a povinností v pracovněprávním vztahu plně podřízeni obecnému režimu. Ten představuje v první řadě úprava obsažená v zákoně č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů. Navzdory mnoha specifikům oblasti zdravotnictví neexistuje žádná speciální úprava, která by pro obsah pracovněprávních vztahů zakládala odchýlnou úpravu. V minulosti se ve vztahu ke zdravotnictví objevil zcela speciální institut přímo v zákoníku práce. Jednalo se o úpravu další dohodnuté práce přesčas ve zdravotnictví v jeho § 93a. Účinnost této úpravy nicméně skončila 31. prosince 2013.

Cílem mého příspěvku je upozornit zejména na ty aspekty úpravy pracovněprávních vztahů, jejichž aplikaci, resp. dodržování, lze v oblasti zdravotnictví označit za kontroverzní a problematické.

Výše zmíněná poznámka týkající se institutu další dohodnuté práce přesčas ve zdravotnictví názorně ilustruje to, že zřejmě nejkritičtější oblast úpravy pracovněprávních vztahů z hlediska uplatňování ve zdravotnictví představuje pracovní doba. Podobu právní úpravy pracovní doby, kterou obsahuje zejména část čtvrtá zákoníku práce, silně determinují pravidla obsažená ve směrnici Evropského parlamentu a Rady 2003/88/ES o některých aspektech úpravy pracovní doby.

Za značně diskutabilní bod lze ve vztahu ke zdravotnictví označit již samotné definiční vymezení pojmu pracovní doba a souvisejícího institutu pracovní pohotovosti. V této záležitosti sehrála v minulosti značnou roli i rozhodovací činnost tehdejšího Evropského soudního dvora. Za pracovní dobu musí být považována veškerá doba, kdy zaměstnanec vykonává práci, nebo kdy sice nepracuje, ale podle pokynů zaměstnavatele prodlévá na pracovišti a je připraven k výkonu práce podle pokynů zaměstnavatele. Za pracovní pohotovost může být označena pouze doba, v níž je zaměstnanec připraven k případnému výkonu práce, která musí být v případě naléhavé potřeby vykonána nad rámec rozvrhu směn, a nachází se přitom na místě odlišném od pracovišť zaměstnavatele, například u sebe doma. Neexistuje tedy nic takového, jako „pohotovost na pracovišti“.

Zákoník práce omezuje rozsah stanovené týdenní pracovní doby na nejvýše 40 hodin. Nad rámec stanovené týdenní pracovní doby smí zaměstnanec odpracovat ještě práci přesčas. Počet přesčasových hodin ovšem nesmí překročit 8 hodin týdně v průměru za 26týdenní nebo 52týdenní vyrovnávací období. Vzhledem k provozním potřebám, počtu zdravotnických pracovníků a stavu organizace práce ve zdravotnických zařízeních představuje v mnoha případech dodržení limitů rozsahu pracovní doby poměrně náročné zadání, a to mimo jiné i v kontextu nutnosti považovat za pracovní dobu i dobu, kdy je zaměstnanec na pracovišti připraven k případnému výkonu práce.

Objevují se případy, kdy zdravotničtí pracovníci, nejčastěji lékaři, sjednávají za účelem zajištění „pohotovostí“ další pracovněprávní vztahy, existující souběžně s jejich pracovními poměry. Takový postup ovšem naráží na pravidlo obsažené v § 34b odst. 2 zákoníku práce, podle něhož nesmí zaměstnanec v dalším základním pracovněprávním vztahu u téhož zaměstnavatele vykonávat práce, které jsou stejně druhově vymezeny. Za legální řešení pak rozhodně nelze označit ani stav, kdy zdravotnický pracovník vedle svého pracovního poměru vykonává svou činnost v jiném

než pracovněprávním vztahu (například jako podnikatel). Platí totiž, že činnost naplňující definiční znaky závislé práce (práce konaná v podmínkách nadřízenosti a podřízenosti, osobně, podle pokynů zaměstnavatele a jeho jménem) smí být konána výlučně v základním pracovněprávním vztahu (v pracovního poměru nebo ve vztahu založeném některou z dohod o pracích konaných mimo pracovní poměr).

Vedle výše uvedeného je třeba upozornit ještě na další pravidla obsažená v zákoníku práce a dopadající i na výkon práce zdravotnických pracovníků. Jde například o nejvyšší přípustnou délku směny (12 hodin), přestávky v práci a úpravu nepřetržitého odpočinku mezi směnami a v týdnu.

MOŽNOST VEŘEJNÝCH ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN NASMLOUVAT POSKYTOVATELE ZA HRANICEMI, ASPEKTY SMLUVNÍCH VZTAHŮ S MEZINÁRODNÍM PRVKEM

JUDr. Iva Šimková

Úvod

Jedna s výzev, se kterou se současné české zdravotnictví potýká, je nedostatek lékařů v příhraničních oblastech. Existují regiony, kde mají čeští pojištěnci poskytovatele na druhé straně hranice blíže než v ČR. Situaci lze ze strany zdravotních pojišťoven řešit například pomocí různých zvýhodnění a bonifikací českých lékařů ordinujících v těchto oblastech. Bylo by však zajímavé se zamyslet nad tím, zda by tento problém nebylo možné řešit i tak, že by české zdravotní pojišťovny v těchto regionech uzavíraly smlouvy se zahraničními poskytovateli zdravotní péče. Následující příspěvek se proto touto možností bude zabývat, a to zejména z toho pohledu, zda je to z hlediska práva vůbec možné a jak by bylo potřeba takový vztah případně smluvně nastavit.

Obecný zákonný rámec uzavírání smluv s poskytovateli zdravotních služeb

Postup uzavírání smluv s poskytovateli zdravotních služeb je upraven v ustanoveních § 46 a násl. zákona o veřejném zdravotním pojištění (dále jen „ZVZP“). V souladu s touto úpravou může zdravotní pojišťovna uzavřít smlouvu s poskytovatelem zdravotních služeb pouze za předpokladu, že je uzavření takové

smlouvy doporučeno ve výběrovém řízení.⁶ Z toho tedy plyne, že aby pojišťovna mohla s nějakým poskytovatelem uzavřít smlouvu, musí tomu předcházet výběrové řízení. Potencionální nově nasmlouvaný poskytovatel musí proto splnit veškeré podmínky, které zákon klade na uchazeče výběrových řízení.

Právní úprava uchazeče definuje jako „poskytovatele oprávněného poskytovat zdravotní péči v příslušném oboru, nebo fyzickou nebo právnickou osobu, která hodlá poskytovat zdravotní služby a je schopna ve lhůtě stanovené ve vyhlášení výběrového řízení splnit předpoklady k poskytování zdravotních služeb v příslušném oboru zdravotní péče.“⁷ ZVZP však dále výslovně nerozvádí, jaké podmínky musí poskytovatel splnit, aby byl považován za „oprávněného poskytovatele zdravotní péči v příslušném oboru“.

V praxi se vychází z toho, že oprávněným poskytovatelem je takový poskytovatel, který je držitelem „oprávnění k poskytování zdravotní péče“ podle § 15 a násl. zákona o specifických zdravotních službách (dále jen „ZSS“). Z dikce tohoto zákona pak nepřímo vyplývá, že o takové oprávnění může žádat pouze fyzická osoba s trvalým bydlištěm či alespoň pobytem na území ČR,⁸ resp. právnická osoba se sídlem nebo usazeným závodem či organizační složkou na území ČR.⁹

Současný právní rámec tedy v podstatě neumožňuje zahraničnímu poskytovateli zdravotních služeb žádat a získat oprávnění k poskytování zdravotní péče podle ZSS. To je i bez ohledu na zákonná ustanovení logický závěr – ZSS je teritoriálně účinný pouze na území ČR a nelze tedy podle něj rozhodovat o právech a povinnostech osob sídlících a podnikajících mimo území ČR.

Z toho však zároveň na první pohled plyne, že zahraniční poskytovatel zdravotní péče nemůže naplnit definici uchazeče podle § 46 odst. 4 ZVZP a účastnit se

⁶ Zákon zároveň taxativně vyjmenovává výjimky, kde se výběrové řízení se nekoná. Jedná se o tyto případy:

- a) smlouva pro poskytovatele lékárenské péče,
- b) je-li poskytovatelem hrazených služeb Vězeňská služba,
- c) v případech rozšíření sítě již smluvního poskytovatele zdravotnické záchranné služby,
- d) při uzavírání nové smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb, pokud se jedná o smluvní vztah se stejným subjektem a současně nedochází k rozšíření rozsahu poskytovaných hrazených služeb,
- e) jde-li o vysoce specializovanou péči zajišťovanou poskytovatelem, kterému byl na poskytování takové zdravotní péče udělen podle zákona o zdravotních službách statut centra vysoce specializované zdravotní péče, nebo
- f) při uzavírání smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb podle § 17 odst. 8.

⁷ Srov. § 46 odst. 4 ZVZP.

⁸ Srov. § 18/a/1 ZSS.

⁹ Srov. § 18/b/1 ZSS.

tak výběrového řízení. Jinými slovy, že zdravotní pojišťovna nemůže se zahraničním poskytovatelem uzavřít smlouvu.

Hledisko práva EU

Konstatování, že uchazečem výběrového řízení nemůže být zahraniční poskytovatel, vychází z předpokladu, že požadavek podle § 46 odst. 4 ZVZP lze naplnit pouze oprávněním podle § 15 a násl. ZSS. Nabízí se nicméně otázka, zda je takovýto výklad, resp. takováto právní praxe, správná a v souladu s právem EU, konkrétně s volným pohybem služeb uvnitř EU.

Volný pohyb služeb je jedním ze základních prvků jednotného vnitřního trhu uvnitř EU. Upraven je v člancích 56 až 62 Smlouvy o fungování Evropské unie (SFEU) a v souladu s konstantní judikaturou Soudního dvora EU dopadá i na přeshraniční zdravotní péči.¹⁰

Právo poskytovat přeshraniční služby není právem absolutním. Existují dovolená omezení volného pohybu služeb, která nelze považovat za diskriminační. Mezi tato dovolená omezení se řadí i omezení na základě kvalifikačních předpokladů pro výkon určité služby. V obecné rovině tedy s právem EU není v rozporu situace, kdy stát podmiňuje výkon určitého povolání na svém území osvědčením kvalifikačních předpokladů.¹¹ Toto však platí pro situace, kdy chce osoba vykonávat tzv. regulované povolání (např. právě v oblasti zdravotnictví) v jiném státě, než ve kterém získala svou odbornou kvalifikaci, buď jako osoba samostatně výdělečně činná, nebo jako zaměstnanec.

V našem případě se jedná o situaci odlišnou. Poskytovatel zdravotních služeb má v úmyslu i nadále provozovat povolání ve státě, kde získal svou odbornou kvalifikaci (např. v Německu), a přesouvá se pouze příjemce služby, tedy pacient. Poskytovatel tedy ve státě provozování služby splňuje veškeré kvalifikační předpoklady pro výkon zdravotnického povolání.

Hlavní překážkou, která znemožňuje zdravotní pojišťovně uzavřít smlouvu se zahraničním poskytovatelem, je *de facto* bydliště, resp. sídlo poskytovatele služby. Soudní dvůr EU se dříve již otázkou stanovení podmínky bydliště pro výkon služby

¹⁰ Srov. Rozsudek Soudního dvora Evropské unie ze dne 31. 1. 1984, spojené věci 286/82 a 26/83; Rozsudek Soudního dvora Evropské unie ze dne 28. 4. 1998, věc C-158/96; Rozsudek Soudního dvora Evropské unie ze dne 12. 7. 2001, věc C-368/98.

¹¹ Pro lékařská, ostatní zdravotnická a farmaceutická povolání navíc platí zvláštní režim dle čl. 53 odst. 2 SFEU.

zabýval.¹² Judikoval, že takový zvláštní požadavek je přípustný pouze za podmínky, že nemá diskriminační charakter, je objektivně odůvodněn (např. veřejným zájmem) a není v nepoměru ke svému účelu.

Odpověď na otázku, zda jsou tyto podmínky v daném případě naplněny, není zcela jednoznačná. Nejzásadnějším otazníkem je, zda existuje veřejný zájem, aby zdravotní pojišťovny měly ve své síti poskytovatelů pouze subjekty sídlící v České republice. Já osobně momentálně nejsem schopná žádný takový identifikovat.

Na druhou stranu zde zcela jistě existuje jiný veřejný zájem, a to dostupnost zdravotní péče v pohraničních oblastech České republiky. Podle mého mínění druhý zmíněný veřejný zájem v tomto případě převažuje, a proto podmínky stanovené Soudním dvorem EU nejsou naplněny. Kloním se proto k názoru, že interpretovat § 46 odst. 2 ZVZP tím způsobem, že jej lze naplnit pouze oprávněním dle § 15 ZSS, je v rozporu s volným pohybem služeb uvnitř EU. Uvědomuji si nicméně, že se může jednat o názor kontroverzní a doposud bezprecedentní. Proto následující úvahy berte prosím jako teoretický návrh řešení, který by zdravotní pojišťovna případně měla konzultovat například s Ministerstvem zdravotnictví.

Co by se tedy týkalo praktického naplňování podmínky dle § 46 odst. 4 ZVZP - domnívám se, že v případě zdravotnických služeb lze bezpečně předpokládat, že každý zahraniční poskytovatel zdravotních služeb je držitelem veřejné listiny svou povahou odpovídající českému „oprávnění k poskytování zdravotní péče“ podle § 15 ZSS. V konečném důsledku by se tedy jednalo o problematiku uznávání veřejné listiny vydané v zahraničí. V závislosti na tom, kde by byla listina vydaná, by se pak ověřování veřejné listiny svou povahou odpovídající oprávnění k poskytování zdravotní péče dělo buď skrze superlegalizaci, příp. na základě bilaterální smlouvy či Haagské úmluvy o zrušení požadavku ověřování cizích veřejných listin ze dne 5. října 1961.

MPS aspekty smlouvy zdravotní pojišťovny se zahraničním poskytovatelem

Lze konstatovat, že k dnešnímu dni existuje v rámci právníkové obce konsensus, že právní vztah mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem je soukromoprávního charakteru (ačkoliv s existujícím prvky veřejnoprávního vztahu, např. kontrola apod.). Z toho důvodu by v případě uzavření smlouvy se zahraničním poskytovatelem bylo s ohledem na existenci mezinárodního prvku nutné zvažovat MPS aspekty takového vztahu a hledat rozhodné právo pro tento typ smlouvy.

¹² Rozsudek Soudního dvora ze dne 3. prosince 1974, věc 33/74.

Jedná se o smluvní vztah nevyložený z aplikace Nařízení Řím I a kurčení rozhodného práva by se tedy muselo použít toto nařízení. Z hlediska české zdravotní pojišťovny by bez debat bylo nejvhodnější rozhodné právo podle čl. 3 určit pomocí volby českého práva. Volbou práva by se český právní řád zvolil jako celek, tedy včetně veřejnoprávní regulace dopadající na vztah mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb.

V případě, že by volba neproběhla, určovalo by se rozhodné právo podle čl. 4 Nařízení Řím I. Podle mého názoru smlouva mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb svou povahou neodpovídá ani jednomu z typu smluv vyjmenovaných v odst. 1 článku 4 Nařízení Řím I a rozhodné právo by se tedy při absenci volby práva určovalo podle odst. 2 tohoto článku.

Podle tohoto ustanovení se smlouva řídí právem země, v níž má strana, která je povinna poskytnout plnění charakteristické pro smlouvu, své obvyklé bydliště. Plnění charakteristické pro smlouvu u takové smlouvy poskytuje zahraniční poskytovatel zdravotních služeb a rozhodné by tedy bylo právo země jeho bydliště. Takové řešení je z hlediska české zdravotní pojišťovny zcela jistě nevýhodné.

I přes případnou volbu českého práva nelze opomenout tzv. **imperativní normy** (čl. 9 Nařízení), tedy *„ustanovení, jejichž dodržování je pro stát při ochraně jeho veřejných zájmů, jako např. jeho politického, společenského a hospodářského uspořádání zásadní do té míry, že se vyžaduje jejich použití na jakoukoli situaci, která spadá do jejich oblasti působnosti, bez ohledu na právo, které by se jinak na smlouvu podle tohoto nařízení použilo.“*

V režimu nařízení Řím I se vždy aplikují imperativní normy místa sudiště. I proto by z hlediska mezinárodního práva procesního bylo pro českou zdravotní pojišťovnu vhodné prorogovat české soudy (zvolit jako sudiště ČR).

Imperativní normy práva země, v níž mají být nebo byly povinnosti vyplývající ze smlouvy splněny (tedy práva země poskytovatele) se nepoužijí pouze, pokud tato imperativní ustanovení činí plnění smlouvy protiprávním. Je otázkou, zda by při tomto typu smluv mohla taková situace nastat. Spíše se však kloním tomu, že ne.

Samotná smlouva s poskytovatelem

Samotná smlouva mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb by musela vycházet z rámcových smluv daných vyhláškou č. 618/2006 Sb., které se používají při kontraktaci s českými poskytovateli. Rámcové smlouvy jsou poměrně

rozsáhlé a od jejich znění se lze odchýlit pouze, pokud tak rámcová smlouva výslovně uvádí. Na první pohled se tedy jedná o rigidní úpravu, ale v praxi řada ustanovení rámcových smluv umožňuje dohodou smluvních stran upravit jejich smluvní vztah odlišně od stavu předpokládaného rámcovými smlouvami. Pro smlouvu se zahraničním poskytovatelem by bylo potřeba u jednotlivých ustanovení rámcové smlouvy pečlivě zkoumat a zvážit jejich znění.¹³

Rámcová smlouva navíc může být rozšířena i o další ujednání nezbytná pro její plnění a kontrolu, pokud jsou v souladu s rámcovou smlouvou a právními předpisy. Při kontraktaci se zahraničním poskytovatelem by se jednalo zejména o včlenění doložek volby práva a volby sudiště.

Pokud by bylo zvoleno české právo, aplikovalo by se na smlouvu jako celek. Na právní vztah by se tedy aplikovaly i například právní normy upravující kontrolu ze strany zdravotní pojišťovny, systém hrazení péče apod. Zahraniční poskytovatel by tedy zdravotní služby měl poskytovat a vykazovat v souladu se Seznamem zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a podle českých cenových tarifů.

Právě tato praktická stránka věci by mohla být důležitým důvodem neochoty zahraničních poskytovatelů vstupovat do smluvních vztahů s českou zdravotní pojišťovnou. Zahraniční poskytovatel by totiž musel pracovat a vykazovat zdravotní péči ve dvou režimech – v režimu domácím a v režimu českém. Otázkou také je, zda by nastavení výše českých cenových tarifů bylo například pro německého lékaře finančně atraktivní.

Shrnutí

Jak je vysvětleno hned v úvodu příspěvku, současná právní praxe vykládá ZVZP takovým způsobem, že zdravotní pojišťovny nemají možnost uzavřít smlouvu se zahraničním poskytovatelem zdravotních služeb (podmiňují účast ve výběrovém řízení držbou oprávnění dle ZSS). Kloním se však k názoru, že by tato interpretace měla být podrobena diskusi, a to zejména ve světle práva EU.

Pokud bychom se však přiklonili k výkladu, že lze oprávnění k poskytování zdravotní péče vydané v zahraničí v ČR uznat a tedy uzavřít smlouvu i se zahraničním poskytovatelem, je potřeba vzít v úvahu řadu faktorů. Zároveň bych doporučila požádat o stanovisko Ministerstvo zdravotnictví.

¹³ Například ustanovení rámcové smlouvy, které jako jeden s důvodů ukončení smlouvy stanovuje zánik oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle § 15 ZSS by bylo nutné modifikovat.

V případě nasmlouvání poskytovatele sídlícího v zahraničí by bylo nutno smlouvu upravit z hlediska MPS, abychom si zajistili, že bude rozhodné právo a případné soudní spory budou řešeny v ČR. Dále by pak bylo potřeba samotný obsah smlouvy formulovat velmi pečlivě, a to z hlediska existence rámcových smluv a specifčnosti daného vztahu.

HODNOCENÍ PŘIPRAVOVANÝCH ZMĚN ZÁKONA O ZDRAVOTNÍCH SLUŽBÁCH V KOMPARACI SE ZAHRANIČNÍ PRAXÍ

JUDr. Ladislav Švec

Novelizace zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, účinná od 1. 7. 2016, je přes svůj zdánlivě technický charakter výraznou právní úpravou, dotýkající se nepřímo podstaty systému veřejného zdravotního pojištění.

Lze na ni pohlížet z více hledisek, z nichž hledisko právní je pouze jedním z možných úhlů pohledu. Neméně zajímavé je hledisko politické, systémové, popřípadě technické.

Ačkoliv jde o úpravu s potenciálně velkým dopadem do budoucího uspořádání a fungování systému veřejného zdravotního pojištění, bylo jeho projednávání a schvalování až překvapivě nekonfliktní.

Přesto vyvolala úprava, doplňující národní zdravotnický informační systém o další centrálně provozované registry, včetně registru úhrad ze zdravotního pojištění, i rozporuplné a odmítavé reakce.

Vytvoření zákonných předpokladů pro zavedení a správu několika nových typů centrálních zdravotních registrů, obsahujících mimořádně citlivá data o pojištěncích, tak mimo jiné vyvolala otázku konformity s ústavními principy, chránícími soukromí pojištěnců/pacientů.

Některá odůvodnění potřeby vzniku nové právní úpravy, obsažená v důvodové zprávě k návrhu zákona, mohla být nahlížena z hlediska systémového a politického i jako další krok k nenápadné etatizaci systému veřejného zdravotního pojištění.

Z technicko - právního hlediska pak mohl obsah novely vzbudit potřebu porovnání s existujícími pravidly a předpisy, kterými se řídí proces elektronizace státní správy, tzv. e-Government.

Zavedení povinnosti zdravotních pojišťoven zpracovávat a pravidelně zasílat exporty úhradových dat by ve světle související judikatury mohl představovat také zajímavou výzvu z hlediska možnosti požadovat data systému zdravotního pojištění podle zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím.

Výše uvedené otázky jsou pozoruhodné i s ohledem na skutečnost, že se změny nedotýkají pouze určité definované skupiny pacientů, ale celé populace, jejíž údaje budou nadále centrálně shromažďovány, evidovány a zpracovávány organizační složkou státu, zřizovanou Ministerstvem zdravotnictví a spravující současně řadu dalších registrů.

Právě s ohledem na diskuzi, kterou novela v průběhu schvalování vyvolala, může být zajímavé srovnání obsahu, rozsahu a způsobu nakládání se zdravotními daty v jiných státech s obdobnou kulturou a existujícími pluralitními systémy veřejného zdravotního pojištění.

Pro tento účel se prezentace kromě základního shrnutí výše uvedených zajímavých souvislostí, které vzešly z odborné v diskuze v rámci projednávání předpisu, zaměří na shrnutí dostupných informací o řešení nakládání s údaji ve vybraných státech.

UZNÁVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH KVALIFIKACÍ NABYTÝCH V ZAHRANIČÍ

Mgr. Bc. Michal Koščik, Ph.D.

S ohledem na téma konference, kterým je kompetence a kvalifikace zdravotnických pracovníků, je namíste pojednat také o relevanci kvalifikací dosažených v zahraničí. Cílem tohoto příspěvku je základní představení legislativy upravující tuto problematiku a popsání procesu uznávání odborného vzdělávání zdravotnických profesí před jednotlivými orgány veřejné moci.

1. Právní úprava

Legislativní úprava uznávání odborných kvalifikací zdravotnického personálu je značně fragmentovaná a to jak z hlediska země původu (pro zdravotníky z různých zemí se uplatní různé postupy), tak z hlediska konkrétní zdravotnické profese (právní úprava profesního vzdělávání lékařů a farmaceutů je odlišná od právní úpravy tzv. nelékařských zdravotnických profesí). Uznávání odborné kvalifikace často spočívá ve dvou samostatných procesech, přičemž výstup prvního procesu - uznání vysokoškolského vzdělání podle zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách, je vstupem pro druhý proces, nímž je uznání způsobilosti k výkonu zdravotnického pracovníka dle zákonů 95/2006 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta¹⁴, a 96/2006 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních¹⁵. Členění na akademické a profesní kvalifikace však není důsledně dodržováno u mezinárodních úmluv, což proces uznávání vzdělání dále komplikuje.

Ze stěžejních právních předpisů pro uznávání odborné kvalifikace je vedle tří výše zmíněných zákonů nezbytné zmínit také **Směrnici Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES o uznávání odborných kvalifikací** (dále jen Směrnice o uznávání odborné kvalifikace) a jí provádějící tuzemský **zákon č. 18/2004 Sb., o uznávání odborné kvalifikace a jiné způsobilosti státních příslušníků členských států Evropské unie a některých příslušníků jiných států a o změně některých zákonů**.

Z mezinárodních úmluv je při postupu uznávání zahraničního vzdělání zohlednit rovněž **Úmluvu o uznávání kvalifikací týkajících se vysokoškolského vzdělávání v evropském regionu č. 60/2000 Sb.m.s.** (dále jen „Lisabonská úmluva“), **pět bilaterálních smluv** (s Maďarskem, Německem, Slovenskem, Slovinskem, Rakouskem) a **šest multilaterálních úmluv** o vzájemném uznávání rovnocennosti dokladů o vzdělání¹⁶. Složitost a délka jednotlivých procesů dále může záviset na textaci **smluv o spolupráci** a **smluv o právní pomoci**, které má ČR uzavřeny s mateřskou zemí zdravotníka.

¹⁴ Zákon o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.

¹⁵ Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních.

¹⁶ Zveřejněny na stránkách Ministerstva školství mládeže a tělovýchovy.

V takto nepřehledné situaci bývá pro uchazeče o práci a jeho potenciálního zaměstnavatele vskutku nelehké odhadnout délku celého procesu. Nejsou výjimečné ani případy, kdy celý proces uznání odborné kvalifikace trval déle než jeden rok.

2. Uznávání zahraničního studia v rámci vysokých škol

2.1. Země Lisabonské úmluvy

Součástí tzv. Boloňského procesu bylo přijetí mezinárodní Úmluvy o uznávání kvalifikací týkajících se vysokoškolského vzdělávání v evropském regionu, č. 165, přijatá v Lisabonu dne 11. dubna 1997 (dále jen Lisabonská úmluva). Navzdory často zažitým představám není Boloňský proces projektem Evropské unie, ale širší mezinárodní spoluprací, které se účastní téměř všechny Evropské země včetně všech post-sovětských zemí a Izraele¹⁷. Jednou ze stěžejních zásad úmluvy je, že *„každá strana úmluvy uzná vysokoškolské kvalifikace přiznané v jiné Straně, ledaže by mohl být prokázán podstatný rozdíl mezi kvalifikací, o jejíž uznání je žádáno, a odpovídající kvalifikací ve Straně, ve které je o uznání žádáno“*. (srov. Čl. VI.1. Lisabonské úmluvy).

V České republice jsou orgánem odpovědným za posuzování ekvivalence vzdělávání vysoké školy, ve výjimečných případech Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy¹⁸. U zdravotnických kvalifikací není dána příslušnost konkrétní vysoké školy, žadatel se může obrátit na kteroukoliv vysokou školu, která uskutečňuje obsahově obdobný studijní program. V praxi to vede k situacím, kdy si uchazeč podá žádost na hned několika vysokých školách současně s nadějí, že aspoň na jedné z nich dospěje k žádanému výsledku. To vede ke značnému zahlcování systému, zejména uchazeči ze zemí východní Evropy, severní Afriky a Blízkého východu. Systém nostrifikací vysokoškolských kvalifikací je stavěn především na uznávání předchozí vysokoškolské kvalifikace uchazečů o studium na dané vysoké škole a není připraven na stovky (často duplicitních) žádostí od osob, které nemají v úmyslu pokračovat ve

¹⁷ Albánie, Andora, Austrálie, Ázerbájdžán, Belgie, Bělorusko, Bosna a Hercegovina, Bulharsko, Černá Hora, Dánsko, Estonsko, Finsko, Francie, Gruzie, Chorvatsko, Irsko, Island, Izrael, Kazachstán, Kypr, Kyrgyzstán, Lichtenštejnsko, Litva, Lotyšsko, Lucembursko, Makedonie/ FYROM, Malta, Moldavsko, Nizozemsko, Norsko, Nový Zéland, Portugalsko, Rakousko, Rumunsko, Rusko, Spojené království, Srbsko, Španělsko, Švédsko, Švýcarsko, Turecko, Ukrajina nebo Vatikán.

¹⁸ (1) Na žádost absolventa zahraniční vysoké školy vydá osvědčení o uznání vysokoškolského vzdělání nebo jeho části v České republice:

- a) ministerstvo, jestliže je Česká republika vázána mezinárodní smlouvou se zemí, kde je zahraniční vysoká škola zřízena a uznána, a ministerstvo je touto smlouvou k uznání zmocněno,
- b) v ostatních případech veřejná vysoká škola, která uskutečňuje obsahově obdobný studijní program.

studiu. Stávající novela vysokoškolského zákona reaguje na současnou situaci tím, že k 1. září 2016 zavádí centralizovaný Registr řízení o žádostech o uznání zahraničního vysokoškolského vzdělání a kvalifikace, v jehož rámci níž mohou mít ministerstvo a vysoké školy přehled o souběžných a předchozích řízeních žadatele.

V praxi se vysoké školy nejvíce potýkají s definicí pojmu „podstatný rozdíl“ mezi kvalifikacemi ze země původu a ČR. Ministerstvo školství ve svém metodickém stanovisku zveřejněném na svém webovém portálu uvádí, že žádost o uznání může být zamítnuta pouze tehdy, pokud rozdíly mezi studijními programy budou značné; tyto podstatné rozdíly musí být přitom prokázány. Prakticky vznikají největší problémy v případech, kdy je uznávané univerzitě předkládáno vzdělání obdobné tuzemskému programu všeobecné lékařství, nicméně liší se buď v době studia (v řadě evropských zemí je studium medicíny pětileté) nebo ve struktuře závěrečných zkoušek. Problematické je také uznávání úžeji specializovaných oborů, například v případě dětského lékařství, které je v některých zemích východní Evropy samostatným studijním oborem, který dnes nemá v tuzemské struktuře oborů ekvivalent.

2.2. Země EU

I když jsou všechny členské státy Evropské unie zároveň signatáři Lisabonské úmluvy, je proces uznávání vysokoškolského vzdělání o něco jednodušší díky evropské harmonizaci v podobě Směrnice o uznávání odborné kvalifikace. Tato směrnice stanoví minimální požadavky na hodinové rozsahy a strukturu předmětů u lékařů, zubních lékařů, porodních asistentek a zdravotních sester¹⁹. Díky této harmonizaci je téměř nemožné, aby existovaly podstatné rozdíly mezi studijními obory, na základě nichž by mohlo dojít k neuznání vysokoškolského vzdělání dosaženého v rámci Evropské unie po roce 2005.

2.3. Země Mimo systém Lisabonské úmluvy

Při neexistenci mezinárodní úmluvy je pro uznávání vzdělání vysokou školou vodítkem §89 odst. 3 zákona o vysokých školách, který stanoví, že veřejná vysoká škola vydá osvědčení na základě znalosti úrovně zahraniční vysoké školy nebo na základě rozsahu znalostí a dovedností osvědčených vysokoškolskou kvalifikací. Nutno říct, že institut uznávání na základě znalosti úrovně zahraniční vysoké školy z velké míry pozbyl přijetím Lisabonské úmluvy význam. S ohledem na mezinárodní úpravu je §89 odst. 3 nyní aplikovatelný pouze na vysoké školy mimo evropský kontinent, tedy na vysoké školy, kde je tuzemské povědomí o jejich úrovni zpravidla nízké až mizivé. Dochází tak

¹⁹ V ČR je ve vztahu k lékařským povoláním částečně implementována také.

na formální posuzování struktury vysokoškolského vzdělání podle obsahu dodatků k diplomům. Domnívám se, že s ohledem na základní zásady činnosti správních orgánů platí i pro uchazeče ze zemí mimo lisabonskou úmluvu, že žádost o uznání může být zamítnuta pouze tehdy, pokud rozdíly mezi studijními programy budou značné; a že tyto podstatné rozdíly musí být vysokou školou prokázány. Největším problémem při uznávání zahraniční kvalifikace u zemí mimo systém Boloňského procesu a Lisabonské úmluvy je nesrovnalost v akademických hodnotech, kdy zejména země Commonwealthu udělují po vystudování medicínského směru titul „Bachelor“. Studium navíc bývá v zemích Commonwealthu a bývalých britských koloniích často pouze tříleté, avšak podmínkou je předchozí absolvování jiného vysokoškolského studia. V těchto případech je obtížné najít formální shodu mezi tříletými bakalářskými a šestiletými magisterskými studijními obory a žadatelé bývají odmítáni navzdory svým často odpovídajícím odborným znalostem.

3. Uznávání profesní kvalifikace v rámci řízení před Ministerstvem zdravotnictví

3.1. Uchazeči ze zemí Evropské unie

Konečným cílem harmonizace v oblasti odborných kvalifikací je umožnit, aby bylo volné poskytování služeb v rámci Společenství stejně snadné jako v rámci jednotlivého členského státu²⁰. Směrnice o uznávání odborných kvalifikací dokonce výslovně zmiňuje zásadu automatického uznávání u oborů lékařství a zubního lékařství²¹. Navzdory tomu není hostování či usazování Evropských odborníků v ČR zcela automatizovaný a bezformální proces.

3.1.1. Hostující osoby

Hostující lékař²², zubní lékař a farmaceut (dále bude použita pouze zkratka „hostující osoba“) s diplomem z některé země Evropské unie může dočasně provozovat zdravotnické povolání na základě tzv. oznámení dle §27a zákona č. 95/2004 Sb. V rámci oznámení se mimo jiné předkládají doklady o odborné kvalifikaci a oprávnění vykonávat zdravotnické povolání v zemi původu, bezúhonnosti, pojištění odpovědnosti za škodu a prohlášení o znalosti českého jazyka. Hostující osoba nemůže zahájit svou činnost dříve, než ministerstvo na dané oznámení zareaguje. Ministerstvo může za podmínek §27 odst. 3 rozhodnout, že od dalšího ověřování upouští, a to

²⁰ Srov. odst. 2 preambule ke směrnici.

²¹ Čl. 20 preambule.

²² Hostující lékař je pro účely zákona 95/2004 Sb. osobou, která je „usazena na území jiného členského státu než České republiky za účelem výkonu zdravotnického povolání a na území České republiky vykonává odpovídající zdravotnické povolání dočasně nebo příležitostně v rámci volného poskytování služeb“.

zejména v případech, kdy hostující osoba předloží doklady způsobilé pro tzv. automatické uznání (srov. níže) a o této skutečnosti hostující osobu informovat. Od okamžiku sdělení může hostující osoba dočasně poskytovat zdravotní služby na území ČR. V případě, že Ministerstvo uzná, že nejsou splněny podmínky pro upuštění od ověření, přistoupí k formálnímu ověření dokladů. Pokud ministerstvo uzná za vhodné, může hostující osobě nařídít absolvování tzv. rozdílové zkoušky.

Z výše uvedených pravidel pro hostování zahraničních osob existuje několik výjimek. Nejvýznamnější výjimka je obsažena §27a, odst. 6. zákona 95/2004 Sb.: Oznamení se nepožaduje, pokud by to vedlo k opožděnému poskytnutí služby. V případě neodkladných zdravotních služeb tak lze legálně zdravotní službu poskytnout ještě před formálním uznáním kvalifikace ze strany MZDR. Proces oznamování a ověřování nemusí absolvovat rovněž osoby pozvané poskytovatelem zdravotních služeb k provedení jednorázových výkonů (srov. §27b zákona 95/2004), nebo školící odborníci pozvaní organizační složkou státu, školou, vysokou školou nebo akreditovaným zařízením (srov. tamtéž).

Výkon povolání zdravotnického povolání v režimu „hostující osoby“ je možný také pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Postup oznámení činnosti a ekvivalence vzdělávání je obdobný postupu u lékařů, zubních lékařů a farmaceutů. Postu pro nelékařská zdravotnická povolání je ale upraven v samostatném zákoně 96/2004 Sb., přesněji v §§ 76 – 76b.

3.1.2. Usazené osoby

Za usazenou osobu lze považovat fyzickou osobu, která na území České republiky vykonává zdravotnické povolání soustavně a na základě uznání odborné kvalifikace získané v jiném členském státě Evropské unie (srov. §25 zákona 95/2004 Sb.). Uznání odborných zdravotnických kvalifikací probíhá v tzv. automatickém režimu, pokud uchazeč předloží diplom s názvem, který je uveden v příloze Směrnice o uznávání odborné kvalifikace. Jinými slovy, členské státy sdílejí informace o názvech dokladů, které dokládají příslušné zdravotnické kvalifikace. Pokud se doklad předložený uchazečem shoduje s informacemi uvedenými členským státem, v němž byl doklad vydán, dochází k uznání automaticky. Tento režim sdílení informací se navíc nevztahuje pouze na vysokoškolské vzdělání, ale také na většinu dalších profesních kvalifikací, jakými jsou kupříkladu zahraniční analogie tuzemských atestací. Ani automatické uznávání však není důvodem k upuštění od jazykové zkoušky nebo obdobnému doložení relevantních jazykových schopností v souladu se zákonem.

3.2. Uchazeči mimo Evropské unie

Uchazeči mimo Evropskou unii musí v rámci procesu uznávání doložit nostrifikované vysokoškolské vzdělání (srov. část 2). Pokud nostrifikaci nezíská, nemůže přistoupit k dalším krokům, kterými jsou tzv. aprobační zkouška (srov. §34 odst. 4 zákona č. 95/2004 Sb.) a ověření schopnosti uchazeče odborně se vyjadřovat v českém jazyce.

Česká republika je navíc díky evropské harmonizaci vázána povinností uznat odbornou způsobilost také zdravotnickému pracovníkovi, který by měl nezískal vysokoškolské vzdělání v EU, již jednou proces uznání absolvoval v jiném členském státě a v tomto státě vykonával příslušné zdravotnické povolání po dobu nejméně tří po sobě následujících let v průběhu předcházejících pěti let (srov. §28b. zákona č. 95/2004 Sb.)

4. Evropský profesní průkaz jako nový trend

Evropský profesní průkaz lze zatím považovat za pilotní projekt součinnosti členských států při uznávání profesního vzdělání. V současné době se dotýká pouze pěti regulovaných profesí, mimo jiné zdravotních sester a porodních asistentek. Tuzemská právní úprava obsahuje úpravu tohoto institutu v §§ 24a – 24h zákona o uznávání odborné kvalifikace.

Slovo průkaz je zde metaforou, nejedná se o žádnou kartu ve fyzické podobě. Pojmem Evropský profesní průkaz se označuje administrativní procedura, která probíhá elektronicky. Proceduru zahajuje uchazeč za asistence orgánů vysílajícího státu, které napomáhají s kompletací podkladů. Po posouzení podkladů orgány přijímacího státu je o úspěšném výsledku procedury vytvořen záznam ve veřejném rejstříku přijímacího státu, který je pak ověřitelný online u všech zaměstnavatelů.

5. Shrnutí

Není překvapením, že uznávání odborných kvalifikací ve zdravotnictví funguje ve dvou rychlostech. Zatímco u odborníků ze zemí Evropské unie je proces uznání kvalifikace poměrně jednoduchý a největší překážkou je jazyková zkouška, u odborníků z dalších zemí, je procedura mimořádně složitá a v mnoha případech končí neúspěchem kvůli problémům formálního rázu. Domnívám se, že je načase zrevidovat současnou právní úpravu uznávání zahraničního vzdělávání, kterému by pomohlo důsledné rozdělení nostrifikací vysokoškolských diplomů pro účely dalšího vzdělávání a uznávání profesních kvalifikací.

PŘÁVNÍ ASPEKTY LÉČITELSTVÍ V MEZINÁRODNÍ A EVROPSKÉ PERSPEKTIVĚ

doc. JUDr. Filip Křepelka, Ph.D.

A. Uchopení léčitelství

Léčitelství vzbuzuje vášně. Již užití výrazy naznačují hodnocení. Skeptici vyzdvihují, že to není žádná alternativní medicína, neboť se jedná o omezeně účinné či neúčinné postupy, mezi nimiž některé mohou být vyloženě škodlivé nejen samy o sobě, ale především nevyužitím medicíny.

Mezi medicínou označovanou jako vědecká (evidence-based) či konvenční a léčitelstvím existují hraniční obory (psychosomatická medicína) a v některých oborech (klinická psychologie) různé odborné směry.

Poměry se mohou měnit v čase. Některé postupy byly dříve součástí léčitelství, aby je přijala konvenční medicína. Naopak některé postupy přestaly být součástí konvenční medicíny, aby si je osvojilo léčitelství.

Léčitelství je dobré též odlišit od medicíny neprofesionální, jíž bývá první pomoc, léčení sebe sama a blízkých v domácím prostředí na základě dílčích znalostí medicíny a s domácími prostředky. Léčitelstvím není ani minulá medicína, založená na z dnešního pohledu omezených či mylných poznatcích a překonaných metodách a technologiích.

B. Přehled léčitelství

Existují četné směry léčitelství: známé jsou homeopatie, akupunktura, antroposofie či fytoterapie. Zakládají se na různých interpretacích života, jeho těla a duše. Některé se váží na náboženství či zvyklosti. Díky globalizaci a imigraci se rozšiřují etnická léčitelství jako „tradiční čínská medicína“ (TCM) či indická „ajurvéda“.

Některé směry vyrůstají z tradiční medicíny. Další mají zakladatele, který je vytvořil, a následovníky. Někdy se vzájemně uznávají, jindy popírají.

C. Související praktiky

Léčitelství se překrývá s rozmanitými činnostmi majícími za cíl zlepšení tělesného a duševního zdraví v širším smyslu a společenských vztahů.

Jimi jsou výživové praktiky (odmítání určitých potravin či jejich vypouštění v čase či naopak jejich upřednostňování), též medicínou žádaná či doporučovaná

abstinance od alkoholických nápojů, tabákových výrobků a drog, hygienické praktiky (lázně, sauna), tělesná cvičení, zájmy a záliby, ba náboženské a světonázorové myšlení a činnosti.

D. Podoby působení léčitelů

Některé směry pacienti využívají sami. Jiné sice šíří léčitelé, omezují se však na vysvětlování a návody. V jiných zákroky vykonávají jen léčitelé, přičemž pacienti jejich dovednost uznávají. Někteří léčitelé vyzdvihují svoji výlučnost, jiní své nauky naopak šíří. Některé směry rozvíjejí celé školy.

Mnozí léčitelé působí jen příležitostně a zdarma. Jenom někteří na léčitelství založili výdělek. Značný hospodářský význam má nicméně výroba a prodej léčitelských přípravků a přístrojů.

Někteří léčitelé jsou o správnosti svého léčitelství přesvědčení, vyplývá z jejich náboženství či světonázoru. Najdou se však též léčitelé podvodníci.

Některé léčitelské směry se snaží stát součástí medicíny, ta je však odmítá či uznává jen s výhradami. Mnohé se pojmají jako doplněk (komplementární medicína) medicíny. Jiné se vůči medicíně, některým jejím oborům a zákrokům naopak stavějí zdrženlivě, pochybovačně, odmítavě až nenávisťně a nabízejí se náhradou (proto alternativní medicína).

Za léčitelství bychom neměli považovat odmítání medicínských zákroků, jakkoli může být a bývá ospravedlňováno léčitelstvím (typicky vakcinace).

E. Poptávka ze strany pacientů

Vyhledávání léčitelů je krokem mnohých pacientů trpících vážným či přímo smrtelným onemocněním nebo úrazem. Psychologie toto vysvětluje jako etapu a způsob vypořádávání se s takovou situací.

Léčitelství nahrává střízlivost medicíny. Medicína nedokáže vyléčit všechna onemocnění, některá jsou vždy či často smrtelná či výrazně zhoršují život pacienta, a dokáže to přiznat.

Též pacienti trpící běžnými onemocněními či úrazy mohou nicméně vnímat léčitelství jako doplněk či náhradu medicíny. Léčitelství se běžně nabízí jako nástroj zmírnění či odstranění běžných útrap, zejména bolesti.

Část obyvatelstva o konvenční medicíně či některých jejích zákrocích pochybuje či jí odmítá (vakcinace) a za náhradu považuje právě léčitelství.

Možnosti a meze léčitelství zvažuje jednotlivec často až při konkrétním onemocnění či úrazu souběžně při zvažování možností a mezí medicíny.

Mnohé pacienty dokáží přimět využívat léčitelství příbuzní či přátelé. Zdá se, že větší ochotu zvažovat a vyhledávat léčitelství vykazují ženy.

F. Léčitelství a média

Tisk, rádio a televize přistupují k medicíně a léčitelství různě. Veřejnoprávní média mají poskytovat objektivní informace a uměřené komentáře. Zřetelné zadání podporovat medicínu a odrazovat od léčitelství však nemají. Snaha skeptiků takové zadání postulovat není úspěšná.

Soukromá média mají obecně svobodu svých názorů.

Naskýtá se přitom otázka, jaký vliv má reklama zadávaná výrobcí léčitelských přípravků a prostředků.

Léčitelské směry vyjadřuje rozsáhlá literatura. Některá nakladatelství a knihkupectví se léčitelskou literaturu vyloženě specializují.

V minulosti se léčitelství šířilo především většinou léčitelů mezi lidmi. Ve státech s liberálními režimy mohla hrát roli reklama. Rychlé šíření informací též o léčitelství umožnil zhruba po roce 2000 Internet.

G. Vzdělávání a léčitelství

Zdravotní výchova dětí a mládeže je omezená. Léčitelství nebývá při vzdělávání dětí a mladistvých tematizováno.

Nezapomínejme v této souvislosti, že vedle standardního vzdělávání existují rovněž alternativní modely a metody vzdělávání, která jsou vzdělávací obdobou léčitelství (waldorfské školy, školy Montessori).

H. Politika a léčitelství

Léčitelství je předmětem jisté dlouhodobé společenské debaty. Proti němu se angažuje tzv. skeptické hnutí, v Česku zejména Sysifos – Český klub skeptiků. Podpora

léčitelství je – též s ohledem na jeho povahu – agendou různých skupin léčitelů, zájemců a pacientů.

Pacientské organizace jsou v Česku roztržštěné – Svaz pacientů, Unie pacientů - a postrádají větší vliv. Není patrné zřetelné angažmá ve prospěch léčitelství či jeho odmítání. Liga lidských práv jako aktivistická organizace nemá podporu léčitelství jako prioritu, s léčiteli se však spojuje při kritice nucené péče (vakcinace).

Léčitelství nepředstavuje v Česku zásadní politické téma, vůči kterému by zaujímaly klíčové politické strany svá stanoviska. To odráží nepřítomnost zřetelné nespokojenosti se současným stavem. Viditelně se angažují jen jednotliví politici. Prosazování větší akceptace, nebo naopak restrikce léčitelství jde přitom „napříč politickým spektrem“.

I. Oddělení medicíny a léčitelství

Léčitelství zůstává na jedné straně od medicíny zřetelně odděleno.

V Česku nevstoupilo na půdu lékařských a zdravotnických fakult. Vstup do veřejných nemocnic zůstává ojedinělý a čelí pochybám (níže).

Lékaři-pedagogové a vědci patří mezi nejvyhraněnější odpůrce léčitelství ochotných působit proti léčitelství (Sysifos).

Léčitelství se netěší veřejnému financování v rámci veřejného zdravotního pojištění. Jen ojediněle je předmětem veřejně financovaného výzkumu.

Právo medicínu od léčitelství odděluje podrobnou regulací. Léčitelství samo vlastně upraveno není. Předpisy toto slovo či jeho odvozeniny až na výjimku (níže) neobsahují.

J. Prolínání a potýkání medicíny a léčitelství

Na druhé straně se léčitelství s českým zdravotnictvím viditelně mísí.

Lékárny běžně vydávají vedle registrovaných léčivých přípravků též potravní doplňky se sporným přínosem. Běžný je prodej homeopatik, pro něž notabene platí lékárenský monopol. Toliko lékárny, které provozují velké veřejné výzkumné nemocnice, se zdržují tohoto výdělku.

Komerzializace nevyvolává rozruch. Česká lékárnická komora se viditelně vyhýbá vyjádřením vůči praxi, jestliže oficiální internetové stránky neuvádějí jediný dokument s příslušnými slovy.

Mnozí lékaři používají některé metody alternativní medicíny. Uvádí se, že až desetina praktických lékařů nabízí svým pacientům homeopatii. Děje se tak nicméně zpravidla vedle konvenční medicíny a opatrně (níže).

Centrum tradiční čínské medicíny Fakultní nemocnice v Hradci Králové představuje výjimečný případ výrazného průniku léčitelství do velké veřejné nemocnice. Obtíže vyvolává hostování čínských lékařů kvůli absenci oboru tradiční čínská medicína, využívá se institut stáže.

Česká lékařská komora jako profesní samospráva homeopatii legitimizovala zdráhavě. Toleruje podíl svých členů na ní. Zaujala zároveň kritický postoj vůči léčitelským praktikám v onkologii, který lze zobecnit.

Třenice probíhají zejména na půdě dobrovolné odborné organizace, jíž je Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně. Po diskusích a polemikách zůstaly členy Česká lékařská akupunkturická společnost a Společnost psychosomatické medicíny. Naopak vyloučená byla v roce 1996 Českomoravská homeopatická společnost. Sice následně dosáhla po vícestupňovém soudním projednání možnosti soudního vyhodnocení svého vyloučení, na výsledku to však nic nezměnilo. Jako Česká lékařská homeopatická společnost tak působí samostatně.

K. Represe léčitelství

V Česku se léčitelství obecně nevnímá jako podvod. Patrně se předpokládá, že pacient jej dokáže rozeznat od medicíny. Platí to dokonce tehdy, nabízí-li se pacientům trpícím vážnými či smrtelnými onemocněními.

Léčitelské zákroky se jen vzácně hodnotí jako ublížení na zdraví. Omezování osobní svobody či nepřijatelný nátlak bývají totiž ojedinělé. Drtivá většina pacientů využívá léčitelství dobrovolně.

České soudy již postihly lékaře, jež používali léčitelství – v tomto případě homeopatii - namísto medicíny, byla-li výsledkem působení smrt, a to bez ohledu na informovaný souhlas. Nelze však hovořit o ustálené judikatuře.

Přísnější bývají soudy vůči těm, jimž byla uložena péče o pacienta a svěřeno rozhodování o nich. Za zanedbání péče odsoudili například rodiče, kteří upírali dítěti

nezbytnou diabetologickou léčbu a místo něj volili modlitby a zařikávání, když dítě následně zemřelo.

L. Reglementace prodeje a nabízení léčitelských přípravků a prostředků

Nejvýraznější reglementací léčitelství jsou standardy týkající se potravinových doplňků, jejich označování, informace a reklama.

Zde sehrály značnou roli standardy Evropské unie požadující odpovídající označování výrobků, zejména regulace tzv. zdravotních tvrzení.

Státní ústav pro kontrolu léčiv, Ministerstvo zdravotnictví a Česká zemědělská a potravinářská inspekce vydaly varování před nebezpečnými látkami vydávanými za léky – případ Miracle Mineral Supplement – přičemž dokázaly propojit oddělené internetové prezentace prodejců a propagátorů.

Navrhuje se zpřísnění vyvozování odpovědnosti vydavatelů tisku za reklamu na takové výrobky.

M. Léčitelství jako hospodářská činnost

Živnostenský zákon zřetelně stanoví, že zdravotnické činnosti ani činnosti přírodních léčitelů nejsou živností. Oficiálně tedy působit jako léčitel nelze.

Někteří léčitelé tak působí pod různými zástěrkami umožněnými svobodou podnikání a širokým pojetím volných živností: každý může mít poradenství či provádět výpomoc v oblasti životního stylu. Volná je činnost literární a vědecká. Léčitelství bývá ale též působením nejen obchodních společností, ale také nadací, zapsaných spolků či náboženských společností, jež ve skutečnosti mohou poskytovat výdělek svým představitelům.

Výdělečně činní léčitelé podléhají zdanění jako kdokoli jiný. Česko ale obecně nesvede vybírat daně nejen z výdělků z dalších neregulovaných činností (prostituce), ale nedokáže řádně zdanit celá odvětví (stavebnictví).

N. Soukromoprávní rámec léčitelství

Smluvní typ „péče o zdraví“ zakotvil nový občanský zákoník. Překrývá s úpravou vztahu pacienta a poskytovatele v zákoně o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Jako vysvětlení této podvojnosti se uvádělo, že smluvní typ se uplatní na zdravotnické činnosti nepodléhající propracované úpravě, například právě na léčitelství. To vyvolalo dojem, že je léčitelství touto cestou legalizováno.

Uplatnění smluvního typu na léčitelství vyvolává pochybnosti. Evidence jednotlivých zákazníků se zdá být u určitých léčitelů problematická, sporné je postulování standardů u činnostech z podstaty excentrických.

O. Opatrnost léčitelství a hraničních praktik medicíny

Na příkladu tradiční čínské medicíny v Hradci Králové je patrná opatrnost léčitelů či lékařů při hraničních metodách. Raději se všeobecně vylučují děti. Stanoví se okruh vážnějších onemocnění, které centrum nehodlá léčit.

Podobně se česká homeopatie v rozporu se svými východisky často prezentuje jako komplementární a nikoli alternativní medicína a připouští svou neúčinnost u závažných onemocnění.

P. Zastřené etablování léčitelství

Absence represe vede zastánce léčitelství ke snaze o jeho etablování pomocí nástrojů na ochranu podnikání: ochranné známky na výrobky a metody, chránění názvů či dovozování existence know-how.

Dovolávání se pravidel proti nekalé soutěži či cti v některých zemích vede k soudním procesům s kritiky, které sice zpravidla končí jejich osvobozením, mohou však od kritiky odrazovat.

Q. Reglementace léčitelství v zahraničí – příklad Německo

Některé země – například Německo - ukládají léčitelům (*Heilpraktiker*) povinnost registrace. Stanoví jim obecné povinnosti srovnatelné se zdravotníky: mlčenlivost a nutnost informování o povaze své léčitelské praxe. Nicméně se neočekává, že by ji představovali kriticky či odmítavě. Tato regulace je zároveň předmětem debat.

R. Váhavé veřejné financování léčitelství – příklad Švýcarsko

V některých zemích se čas od času prosadí určité veřejné financování některých léčitelských postupů. Děje se tak na základě politického rozhodnutí a přes odmítání lékařských a vědeckých kruhů.

Ve Švýcarsku na základě lidové iniciativy referendum založilo ústavní ohled na komplementární a alternativní medicínu. Vláda následně na zkoušku připustila dočasné a zkušební zařazení vybraných léčitelských směrů do základního standardu veřejného zdravotního pojištění.

S. Lege artis léčitelských nauk jako kvadratura kruhu

Jakékoli etablování léčitelství vyvolá úvahy o standardizaci. Ta je v případě léčitelství obtížná, jestliže se léčitelské směry rozcházejí, přičemž žádný si nemůže nárokovat výsadní postavení jako medicína na základě vědeckosti.

Soudní spory však nepřicházejí, protože pacienti zjevně nezpochybňují svoji volbu a nedostatečnost informací.

T. Meze a obtíže potlačování léčitelství

Ve svobodné společnosti a liberálním státu západního typu má potlačování, odmítání a zesměšnění alternativní medicíny své meze, přestože nejen možnou škodlivostí, ale především neúčinností působí bezpochyby léčitelství jisté společenské a hospodářské škody.

Pacienti obecně nemají povinnost využívat medicínu. Pokud jimi vyhledané diagnostické úkony ukáží onemocnění, tak – s několika výjimkami zejména kvůli ochraně veřejného zdraví - nemají povinnost se léčit.

České zdravotnictví obecně léčí též pacienty, kteří si úraz či onemocnění zavinili sami hrubou nedbalostí či špatným životním stylem. Léčí tedy též ty, kteří využívali léčitelství.

Mnohé aktivity hodnocené jako škodlivé se připouštějí: alkohol a cigarety, gambling, promiskuita, extrémní sporty. Lidem se obecně nebrání, aby své peníze vydávali za zboží a služby nevalné hodnoty. Český stát nesvede zabránit lidem předlužovat se. Až na výjimky není důvod léčitelství považovat za srovnatelně nebezpečné.

Žádoucí je rovněž široký výklad svobody náboženství a světonázoru. Ten zahrnuje též výstřední a podivné výklady všemožných skutečností. Svoboda slova pak znamená, že lze tyto výklady šířit. Jejich omezování je podobně problematické jako nenávistných politických či náboženských vyjádření.

Potlačovat tak lze ve svobodné společnosti jen neškodlivější druhy alternativní medicíny, nemá-li přestat být svobodnou.

Důraznější zásahy vůči léčitelství by navíc patrně postrádaly společenskou podporu. Většina obyvatel patrně není přesvědčená o účinnosti léčitelství a nevyužívá jej soustavně, může jej však přát menšině zájemců.

U. Globalizace a internacionalizace na léčitelství

Uvolnění mezinárodního obchodu, přijímání přistěhovalců a časté lákání kapitálu doprovází snaha být zadobře s dalšími státy. Diplomatický respekt vůči rozdílným kulturám, zvykům a náboženstvím se dotýká též léčitelství.

Mezinárodní integrace umožní potlačované prakticky přesunout do jiného státu, Internet umožňuje víceméně volné šíření informací. Státy nanejvýš mohou omezovat dovoz předmětů. Uvnitř Evropské unie prakticky nelze bránit ani šíření informací, ani převozu léčitelských preparátů.

Úroveň zdravotnictví v chudších zemích je neuspokojivá. Primitivní domácí zdravotní péče zahrnující léčitelství – zejména představuje náhražku nedostupné profesionální moderní zdravotní péče.

Zmíněným diplomatickým respektem a uvedenou skutečností je třeba vysvětlovat deklaraci Světové zdravotnické organizace (WHO) uznávající význam tradiční medicíny.

Etablování homeopatie v Evropské unii bezpochyby napomáhá regulace homeopatických přípravků v rámci harmonizace lékového práva členských států potřebná pro volný obchod s léčivými jako zboží a její určitá podpora například v Evropském parlamentu.

Zviditelnění a povýšení – již také přítomné - tradiční čínské medicíny souvisí se vstřícností části české politické elity usilující o rozšíření obchodu s Čínskou lidovou republikou.

V. Akceptované kategorie hraničních praktik

Jak je patrné, v Česku můžeme hovořit o vysoké míře tolerance léčitelství, avšak její velmi omezené akceptaci.

Najdeme jak země, kde je alternativní medicína předmětem důraznějšího vytlačení (například Švédsko vůči homeopatii), stejně jako země, kde se přijímá více (vedle zmíněných zemí Francie či Indie).

W. Balneologie a lázeňství jako česká hraniční medicína?

V Česku a v dalších středoevropských zemích je obecně uznán hraniční obor medicíny - balneologie. To se jinde vnímá spíše jako praktika wellness bez zřetelných léčebných výsledků. Vědecká balneologie je přitom omezená jak v Česku, tak sousedních zemích se srovnatelnou kulturou.

V Česku je lázeňská péče zdravotní péče dílem veřejně hrazená podle zvláštních zákonných a podzákonných pravidel – indikační seznam.

Není důvod pochybovat, že po lázeňství je v Česku společenská poptávka. Ta má patřičné politické zaštitění. Hospodářský význam pro lázeňská místa je zjevný. Zásadní zpochybnění tak není představitelné.

X. Možnosti zadržování léčitelství

Na druhé straně je přípustné, když se stát rozhodne medicínu různými nástroji upřednostňovat a podporovat a od léčitelství odrazovat.

Postihovat lze klamání spotřebitele zejména u prodávaných výrobků, zjevné zneužití nouze v případě vážných onemocnění, ukládání pokut, ba volání k odpovědnosti vydavatelů tisku za reklamu jsou představitelná opatření.

Přiměřené je též trvání na vědeckém hodnocení medicíny z hlediska její účinnosti, bezpečnosti a hospodárnosti při jejím veřejném financování.

Na místě je odmítání dovolávání se ochrany před nekalou soutěží ze strany léčitelů a jejich organizací proti kritice. Argumentovat lze přitom úkolem lékařů vysvětlovat při zdravotní péči pacientům (informovaný souhlas) všechny okolnosti zdravotní péče včetně možných alternativ. Srovnatelně totéž platí pro osvětu.

Nicméně nelze doporučit posílení kritiky léčitelství. Část veřejnosti totiž může léčitele začít vnímat jako pronásledované mučedníky.

Jakkoli bych uvítal zřetelné zákonné zdůraznění přednosti medicíny před léčitelstvím, nepovažuji to za prosaditelné. Podle dostupných výzkumů veřejného mínění je většina Čechů vůči léčitelství tolerantní.

Možná právě vytvoření samostatného režimu pro léčitele podle německého vzoru by umožnilo jeho kanalizaci.

Y. Možné klady léčitelství z pohledu skeptiků

Vedle profesionální znalosti školených zdravotníků existuje zdravotnická zkušenost laiků, často intuitivní. Bylo by přehnané tuto zkušenost potlačovat jen proto, že její částí je léčitelství. Zkušenost je součástí znalosti lidí o svém zdraví, napomáhá zdravému a přiměřenému životnímu stylu.

Také na výchovu a vzdělávání koneckonců nemají monopol profesionálové, ani na právo a politiku.

Pravidelně se uvádí, že léčitelé se vyhledávají proto, že lékaři selhávají při vysvětlování povahy onemocnění a léčení a vůbec jednání s pacienty.

Z. Závěr ve stylu kritiků léčitelství

Někteří skeptici požadují od státu a práva nějakou „medicínu na léčitelství“. Přemýšlejme tedy o ní způsobem, který sami požadují.

Léčitelství je obtížně potlačitelné. Dostupné postupy a nástroje jsou jen částečně účinné. Ty, jež by patrně byly účinné, jsou nákladné a mají závažné nežádoucí vedlejší účinky. Jejich užívání je tedy třeba zvažovat a dávkovat.

Otázka je, zda je potřebné usilovat o vymícení léčitelství. Léčitelství se patrně nerozšiřuje. Jen o něm víc víme. Velká většina lidí nepřijímá léčitelství nekriticky. Lidé využívají medicínu řádově více než léčitelství.

NĚKOLIK PRÁVNĚHISTORICKÝCH A PRÁVNĚ-FILOSOFICKÝCH ÚVAH O POSUDKOVÉ A ZNALECKÉ ČINNOSTI A DONUCOVÁNÍ PACIENTA.

JUDr. PhDr. Stanislav Balík

Problematika posudkové a znalecké činnosti a donucování pacienta patří v dnešní době, jak ukazuje i program této konference, k vysoce aktuálním a diskutovaným tématům. Můj příspěvek bude – jak jinak – pokusem o pohled právně-historický a právně-filosofický.

Pole, na něž jsem se pustil, není polem neoraným. K dispozici je zatím, s výjimkou knižních kapitol o historii soudního lékařství, především časopisecká literatura, která je však roztroušena spíše v časopisech lékařských a zdravotnických (Hygienu, Vojenské zdravotnické listy, apod.), než právnických a právně-historických. Prameny, z nichž lze čerpat, tvoří především historické a u nás již vesměs zrušené právní předpisy, dobová judikatura i například zmínky v literatuře beletristické.

Předjeme nyní k jednotlivým tematickým okruhům.

Znalecká činnost v oboru lékařství, respektive soudního lékařství, se v soudních procesech uplatnila v českých zemích v zásadě až v novověku. Do značné míry to souviselo s tím, na jaké úrovni věrohodnosti byla dobová lékařská věda. Nelze přehlédnout, že tomuto kroku ve středověku po dlouhou dobu předcházela aplikace iracionálních důkazních prostředků, božích soudů – ordálů. Není pak bez zajímavosti, že iniciátorem zákazu božích soudů byl až přítel a rádce letos jubilujícího Karla IV., pražský arcibiskup Arnošt z Pardubic.

Lékařským oborem, který se v počátcích znalectví a moderní medicíny rozvíjel nejvíce, byla nepochybně patologie. První pitvy jsou doloženy v 16. století, nejvýznamnější osobností doby předbělohorské se v tomto oboru stal Jan Jesenius. Počínaje koncem 17. století jsou k dispozici dobrozdání pražské lékařské fakulty. Na této fakultě se soudní lékařství začalo povinně vyučovat v době Josefa II., kdy byla zřízena stolice pro policejní a soudní lékařství, přičemž kontinuita tohoto oboru sahá až do dnešních dnů.

Důkaz znaleckým posudkem se pak stal jedním z důkazních prostředků jak podle předpisů trestního, tak civilního soudnictví. O tom, že se závěry a postupem znalců – lékařů nebyla vždy spokojenost a že jejich činnost nebyla vždy zcela *lege artis*, se lze přesvědčit i z kritických příspěvků v advokátském časopise z počátku 20. století Právnických rozhledech. Lapidárně je možné konstatovat, že otázka, zda soudní znalec je v dané věci skutečně znalcem a odborníkem na slovo vzatým, se opakuje po generace a odpověď na ni je v jednotlivých případech vždy zcela individuální.

Lékařské posudky zdravotního stavu v mimosoudní sféře dříve než pro účely související se zdravotním či sociálním pojištěním nabyly na důležitosti v souvislosti s odvody branců.

Podle branných zákonů č. 151/1868 ř. z. a č. 193/1920 Sb. z. a n., respektive podle jejich prováděcích předpisů, byly pro odvody vytvářeny odvodní komise, které mimo jiné posuzovaly zdravotní způsobilost odvodem povinných. Podle ustanovení

§ 24 vládního nařízení č. 269/1921 Sb. byl jedním z členů této komise „lékař stanovený u politického úřadu I. stolice a je-li zaneprázdněn, jeho zástupce“. Podle ustanovení § 26 citovaného vládního nařízení „důstojník zdravotnictva podává posudek o zdravotním stavu odvodem povinných; jsou-li proti posudku námítky, podává podle § 35 (10) posudek také civilní lékař“.

Nutno říci, že právě v této oblasti, jak se lze ostatně dočíst i z Haškových Osudů dobrého vojáka Švejka, docházelo k simulantství, z meziválečného časopisu Česká advokacie se lze naopak dozvědět o horlivcích z řad lékařů, kteří dělali vše proto, aby bylo v době I. světové války co nejvíce odvedenců.

Posudková činnost se postupně rozvíjela i pro účely posouzení schopnosti k výkonu nejrůznějších dalších činností. Od 20. let 20. století se tak datují počátky leteckého posudkového lékařství, jež zákonitě dospělo k rozmachu po II. světové válce.

Typickým příkladem posudků pro účely poskytování sociálních dávek a příspěvků byla dobrozdání ve věcech nároků válečných poškozců po obou světových válkách. Pro tyto účely byli jmenováni lékaři-důvěrníci.

K rozvoji posudkového lékařství došlo pak zákonitě se zavedením všeobecného nemocenského pojištění a důchodového zabezpečení po únoru 1948.

Z oblasti donucování pacienta jsem vybral problematiku povinného očkování proti neštovicím.

V českých zemích bylo toto povinné očkování zavedeno československým zákonem č. 412/1919 Sb. z. a n. Povinné očkování proti neštovicím mělo v té době již více než stoletou tradici v Bavorsku, Francii, Dánsku a Švédsku, v Anglii platilo od roku 1853.

Podle citovaného zákona hradil očkování stát, rodiče, kteří by odmítli dát dítě očkovat, se dopustili minimálně přestupku a hrozila jim pokuta od 10 do 100 korun, případně vězení v délce 24 hodin až 8 dnů. Za další oddalování očkování hrozila pokuta 200 K či vězení v délce do 14 dnů. U majetných osob mělo být přistoupeno rovnou k trestu vězení.

Jak se ukazuje, proti zavedení povinného očkování byli především němečtí obyvatelé pohraničních území, zákon byl však přesto vcelku bezproblémově přijat. Zpravodajem byl v Národním shromáždění poslanec a významný internista profesor Ladislav Syllaba.

Syllabova zpravodajská zpráva se mi jeví jako aktuální i pro dnešní debaty na téma očkování, a to nejen proti neštovicím:

„Vážené Národní shromáždění!

Zpráva výboru sociálně-politického, kterou máte ve svých rukou, poučuje nás o otázce potřeby očkování proti neštovicím. Proti tomuto očkování jest, jak vám známo, v německých krajích našeho státu odpor.

S projevy odporu byly mi zaslány z těchto krajin brožury a obrátili se na mně jednotlivci. Zpráva sociálně-politického výboru netají Vám, dámy a pánové, že povinné očkování jest spojeno s určitým risikem, ale snaží se oceniti velikost tohoto risika a ukazuje cesty, kterými by bylo možno risiko toto zmenšiti. Zpráva se při tom opírá o úřední číslice ze země, ve které původně povinné očkování bylo omezeno námitkou svědomí a ve které se tedy jistě povinnému očkování nikterak nenadržuje, t. j. z Anglie. Podle těchto zpráv úředních úmrtnost dětí zavedením vakcinace v Anglii nikterak nestoupla, spíše klesla. Počet smrtí přisuzovaných vakcinaci se jeví v Anglii tak, že jedno úmrtí přicházelo ve starší době asi na 14.000 vakcinací, v pozdější době, díky zlepšené methodě a asi nejspíše větší čistotě tělesné, jedna smrt asi na 30.000 vakcinací. Uvážíme-li, že při narkose chloroformem jedna smrt přichází asi na 2000 narkos, vidíme, že risiko při vakcinaci jest značně menší.

Při tom mám dojem, že do smrtí přisuzovaných vakcinacím se počítají v Anglii podle anglických zpráv také případy, kde smrtí nebylo vinno tak očkování samo, nýbrž nečistota. Mám ten dojem, že procento smrtí, způsobených vakcinací u nás, by bylo rozhodně menší, aspoň ve svých rozhovorech s kollegy praktickými lékaři nikdy jsem neslyšel o nějakém případě smrti a sám ze své zkušenosti vím jen o 2 případech, kde jednou přidružila se po očkování růže, podruhé chránička zhnisala. Naproti tomu veliké statistiky, jak naše, tak německé ukazují na ohromný pokles úmrtí neštovicemi při povinném očkování a statistika anglická, uváděná ve zprávě výboru sociálně-politického, dokumentuje ten rozdíl, kolik lidí umíralo v Anglii při očkování omezeném námitkou svědomí a kolik jich umíralo v Německu při očkování povinném za období 1892 - 1902. V Německu za toto období zemřelo neštovicemi pouze 607 lidí, kdežto v Anglii, kde tedy jest povinné očkování omezeno námitkou svědomí, zemřelo jich 6771, tedy více než desetkrát tolik při mnohem menším počtu obyvatel. Celková škoda není v nijakém poměru s celkovým dobrodiním. Neváháme, jak jsem již prohlásil ve výboru soc.-politickém, podrobiti se narkose, je-li nutna operace, a neváháme sednouti si do rychlíku, ačkoli víme, že každá jízda rychlíková je spojena s určitým nebezpečím. Ostatně tím, že se neužívá lymfy humanisované, nýbrž kravské a že se dbá při tom úzkostlivě čistoty, lze omeziti risiko plynoucí z očkování na minimum. Konečně děti oslabené a špatně živené mohou býti podle příslušného odstavce b) 9. paragrafu sprostěny povinnosti očkovací potud, pokud se jejich

zdravotní stav nezlepší. Prosím tedy, abyste předložené osnově zákona dali svůj souhlas, jsa si plně vědom své povinnosti proti Vám jako referent a ke státu a obyvatelstvu jeho, českému i německému jako lékař, člověk i jako otec.“

Co říci závěrem?

I tento stručný exkurs ukazuje, že danými oblastmi se od počátků jejich historie jako pověstná červená nit v oblasti znaleství táhne otázka skutečné odbornosti znalce, v oblasti posudků otázka objektivity a věrohodnosti posudku a jeho autorů, v oblasti donucování pacienta pacientovy obavy na jedné a direktivní zásah státu v zájmu ochrany zdraví a prevence na straně druhé.

KOMPETENCE LÉKAŘŮ A DALŠÍCH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ POHLEDEM BIOETIKY

doc. Mgr. Josef Kuře, Ph.D.

Medicína a zdravotní péče čelí v současnosti celé řadě výzev. První z nich je „technické“ povahy a vyplývá z historicky bezprecedentní transformace medicíny v nedávné minulosti: v celých svých tisíciletých dějinách medicína neprodělala tak zásadní proměnu jako v několika minulých desetiletích. Obrovský rozvoj medicíny umožněný enormním pokrokem vědy a techniky znamená radikální proměnu způsobu, jak medicína dnes „funguje“. Tato technologická transformace medicíny je pro nás samozřejmostí, nicméně její důsledky jsme si spíše teprve začali uvědomovat, než že bychom je stačili domyslet. Pro medicínu samotnou je tato technologická transformace mimo jiné výzvou k (novému) hledání odpovědi na základní a zdánlivě samozřejmou otázku „Co je medicína?“ a „Co je cílem medicíny?“

Intenzivní propojení medicíny s technologiemi nezbytně vtahuje zdravotní péči do komplexu zdravotního průmyslu. K němu patří nejen informační a komunikační technologie, zobrazovací technologie tolik důležité pro diagnostiku a farmaceutický průmysl, bez něhož by nebylo nových účinných léků, ale i další technologie jako například robotická chirurgie, genetické vyšetření či množství dalších laboratorních technik.

S technologickou medicínou souvisí další výzva vyplývající z techniky coby akumulované moci. Medicína se stala specifickou mocí značného rozsahu: žádná jiná oblast lidského konání si neosvojila takovou moc nad lidským životem, v jeho počátcích, v jeho koncích a v celé fázi mezi počátkem a koncem, jako medicína. Moc

medicíny a medicinalizace lidského života s sebou také přináší rostoucí závislost pacientů/lidí na medicíně. To na druhé straně vede k obecné nespokojenosti se stinnými stránkami medicínského pokroku.

Další výzvou je vztahová proměna. Medicína, snad s výjimkou oborů jako je praktické lékařství, už není primárně vztahem 1:1, tedy vztahem jednoho lékaře a jednoho pacienta, daleko spíše je vztahem terapeutického týmu a pacienta. V některých případech je pacientovi znám ošetřující lékař, který pro pacientovo vnímání má specifické a privilegované postavení, ale to nemění nic na tom, že se vztah pacienta a lékaře zásadním způsobem proměnil. Jednajícím subjektem je kolektivní subjekt (terapeutický tým), z pacientovy perspektivy instituce (nemocnice), či prostě „oni“. Pacient povětšinou jasně nevidí do komplexnosti složení terapeutického týmu, k němuž patří nejen lékaři, ale další zdravotníci i nezdravotníci pracovníci. Kolektivní subjekt (terapeutický tým) ze své podstaty vyžaduje jinou dělbu práce a tím i jiné dělení kompetencí než dřívější model založený na vztahu 1:1. Nová dělba kompetencí je rovněž dána zmíněným obrovským rozvojem medicíny a její technologizací: specifické kompetence náleží jednotlivým lékařským specializacím a subspecializacím a specifickým zdravotnickým profesím.

Na vztahové rovině to není jen nahrazení individuálního subjektu (lékaře či zdravotní sestry) kolektivním supersubjektem, ale je to i zásadní změna vztahu lékař – pacient: dřívější model medicínského paternalismu byl nahrazen něčím, pro co ještě ani přesně nemáme označení (není to partnerství, jak se často v literatuře uvádí, ale spíše něco na způsob „kooperativního“ či „participačního“ modelu).

Navíc některé zdravotnické profese vznikly nově, například profese porodní asistentky, třebaže báby pupkořezné (či jakkoliv se v dějinách nazývaly) byly od nepaměti a představují jednu z nejstarších nelékařských profesí. Věcnou kompetenci vést fyziologický porod získaly absolventky studijních programů porodní asistence poměrně nedávno, formalizující kompetenci dosud nemají. Jiné profese, například zdravotní sestra, doznaly výrazných změn svojí role, postavení v systému zdravotní péče, edukace i kompetencí. S tím souvisí dvojí úroveň dělby kompetencí: dělení kompetencí mezi lékaře a nelékaře (zejména zdravotní sestry) a mezi jednotlivými nelékařskými zdravotnickými profesemi.

V neposlední řadě je výzvou samotná transformace zdravotní péče po roce 1989. Opustili jsme socialistický model paternalistického státu, který vše zajistí, zorganizuje a uhradí, ale nový model jsme ještě docela nenašli. Nemáme konsens ohledně významu zdraví pro jednotlivce a společnost; zdraví jako hodnota smíšená se tu hegelíánsky přelévá na stranu sociální solidarity a odpovědnosti státu, tu se

rawlsovky přesouvá na stranu jednotlivce a jeho odpovědnosti za svoje zdraví, kdy to je tentýž stát, který se svojí odpovědností (řád) zbavuje, neb každý má právo „dosahovat štěstí po svém“ a zdraví je bráno jako každá jiná komodita.

To je jen stručně kontext metamorfóz, v němž je kompetence zdravotnických pracovníků – a není třeba se divit – vším jiným než usazenou, vyjasněnou záležitostí. Ke kontextualizaci patří i ujasnění samotného pojmu „kompetence“. Kompetence je totiž pojmem polysémantickým a mnohvrstevnatým, užívaným s odlišným sémantickým obsahem v jednotlivé konkrétní souvislosti a situaci.

V běžném jazykovém úzu „kompetence“ většinou znamená předpoklady či schopnost zvládnout určitou funkci, roli, profesi, činnost či situaci. Kompetence je tedy celkovou schopností/vybaveností/způsobilostí řádně zvládnout/vykonávat určitou pracovní roli (profesi) a to na základě získaných potřebných znalostí, osvojených příslušných dovedností, nabytých odpovídajících zkušeností a získání požadované (formální) kvalifikace. V právním jazyce termín „kompetence“ většinou označuje udělené či svěřené pravomoci (včetně specifikace rozsahu pravomoci) a vymezuje působnost (způsobilost) orgánu či osoby, již tato pravomoc byla udělena. V tomto významu je kompetence (uděleným) oprávněním. V psychologii kompetence souvisí s osobnostním rozvojem; kompetence tak jsou souhrnem vědomostí, schopností, dovedností a hodnotových postojů umožňujících uplatnění a osobnostní rozvoj jedince. Klíčové kompetence v pedagogice označují dovednosti rozhodující pro budoucí profesní či společenské uplatnění jedince.

Kompetence v širším významu tedy zahrnuje nejen formální kvalifikaci, ale i celkovou schopnost umět něco vykonávat, včetně vnitřní kvality člověka (kompetentnost), jež je výsledkem jeho osobnostního rozvoje a která ho uschopňuje podávat požadovaný (standardní) výkon. Ke kompetenci či kompetentnosti patří nejen požadovaná (formální) kvalifikace, znalosti, schopnosti, dovednosti, zkušenosti, ale i postoje a osobnostní charakteristika daného jedince.

V kontextu zdravotní péče kromě tohoto významu kompetence je důležitý význam kompetence ve smyslu standardizované dělby práce, kdy je v rámci zdravotní instituce jasně definováno, co přesně pracovník dané profese má konat (co přesně je v jeho „popisu práce“) a za co rovněž nese odpovědnost. Tedy kdy existují pro jednotlivé profese jasné a srozumitelné standardy jednotlivých kompetencí jakožto konkrétních úkonů náležejících dané profesi. Ke stanovení kompetencí rovněž patří profesní kompetentnost ve smyslu zajišťování návaznosti a provázanosti kompetencí v rámci jednotlivých profesí i mezi profesemi, aby nedocházelo k alibismu typu „co tě nepálí, nehas“ (neb hasit to bude někdo jiný...). Bude to spíše *soft law* než *hard law*, co

specifikuje rozsahy kompetencí jednotlivých zdravotnických profesí. Je vícero regulačních nástrojů, které mohou stanovit, které všechny úkony jsou v kompetenci dané profese (a tím také které v její kompetenci nejsou), včetně zmíněné kompetenční návaznosti.

Jasně definovaná „dělba práce“ je důležitá nejen pro pacienta, který ví, co daný zdravotnický pracovník pro něho může (nebo také nemůže) udělat, ale také pro všechny zdravotnické pracovníky, nejen jako jeden z momentů prevence syndromu vyhoření, ale i jako pozitivní motivace těšení se do práce, kde je spíše slunečné jasno a nevládnou (nejen kompetenční) ranní, odpolední a noční mlhy na blatech.

DŮSLEDKY OMYLU ČI PODVODU V OBLASTI KVALIFIKACE A LICENCE PŘI POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE A PROBLEMATIKA POMOCNÍKA A JEHO ODPOVĚDNOSTI, OMEZENÁ ODPOVĚDNOST PRACOVNÍKŮ.

doc. JUDr. Filip Melzer, Ph.D., LL.M.

I. Úvod

Toto velmi široce stanovené téma se týká dvou základních oblastí. Jednak soukromoprávních důsledků omylu ohledně povahy poskytovatele zdravotní služby a jednak problematice odpovědnosti lékařů jako tzv. pomocníků při poskytování zdravotních služeb, zejména pak možnosti jejich přímé odpovědnosti.

Poskytování zdravotních služeb se děje zejména na soukromoprávním základě, výjimečně má základ veřejnoprávní. Typickým soukromoprávním důvodem poskytování zdravotních služeb je smlouva o péči o zdraví (§ 2636 an.). Tuto smlouvu podle mého názoru nelze označit za svébytný smluvní typ, nýbrž je určitým doplňkem, nadstavbou k základním smluvním typům, zejména k příkazní smlouvě nebo smlouvě o dílo; rozhodující je, zda se poskytovatel zdravotní služby zavázal k samotné činnosti (příkaz), což bude pravidlem, nebo k jejímu výsledku (dílo). Soukromoprávním základem poskytování zdravotních služeb může být i nepřikázané jednatelství, zejména tam, kde pacient nebo zástupce nemůže udělit souhlas; např. poskytnutí neodkladné péče, kdy pacient nemůže vyslovit souhlas; § 38 odst. 1. písm. c) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, (dále jen „ZZS“). Také v tomto případě, kdy je zdravotní péče poskytována na nikoli smluvním základě, se použijí pravidla pro péči o zdraví (§ 1723 odst. 2), i zde samozřejmě jen v tom rozsahu, v jakém to připouští zvláštní právní

předpisy (např. ZZS). Příkladem poskytování zdravotních služeb, které se neopírá o soukromoprávní základ, je § 38 odst. 1 písm. a) ZZS.

II. Omyl v oblasti kvalifikace či licence při poskytování zdravotní péče

Omyl pacienta ohledně kvalifikace poskytovatele zdravotních služeb, případně existence oprávnění k jejich poskytování, je relevantní samozřejmě jen v tom případě, kdy je pro jejich poskytování rozhodující vůle pacienta, zejména jsou-li poskytovány na smluvním základě. V takovém případě se jedná o omyl v osobě (*error in personam*).²³ Omyl v osobě se může týkat např. i její zvláštní kvalifikace.

Úmyslné uvedení v omyl, tzv. soukromoprávní podvod, klasifikuje soukromé právo jako lest (§ 584 odst. 4 OZ), a sankcionuje je též relativní neplatností.

Jde-li o nedostatek kvalifikace, který vůbec vylučuje, aby poskytovatel poskytoval zdravotní služby (např. absence požadovaného oprávnění), pak je taková smlouva neplatná pro rozpor se zákonem. Vzhledem k tomu, že zdraví není ve výlučné dispozici osoby (srov. 93 odst. 1 věta druhá OZ), je třeba považovat požadavek poskytování zdravotních služeb k tomu způsobilými osobami za součást veřejného pořádku. Proto je taková smlouva neplatná absolutně (§ 588).

Existence právně relevantního omylu znamená, že se pacient podle § 583 OZ může dovolat neplatnosti smlouvy o péči o zdraví. Zásadní otázkou pak je, zda a jak se toto řešení uplatní ve vztazích veřejného zdravotního pojištění, zejména v případě registrujícího poskytovatele zdravotních služeb. Podle § 11 odst. 1 písm. b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, má pojištěnec právo na výběr poskytovatele zdravotních služeb, avšak v případě registrujícího poskytovatele může toto právo uplatnit jen jednou za 3 měsíce. Pokud se však dříve dovolal relativní neplatnosti smlouvy s poskytovatelem, může si ihned zvolit poskytovatele jiného? Zásadnějším problémem je, zda v případě, kdy již pojišťovna plnila za poskytnutí zdravotní péče pacientovi, který se následně dovolá relativní neplatnosti smlouvy s registrujícím lékařem, jsou tato plnění poskytnuta bez právního důvodu? Problematičnost následků připuštění takových důsledků v rámci českého systému veřejného zdravotního pojištění není třeba blíže rozvádět. Podrobnější řešení přesahuje rámec tohoto příspěvku, který je zaměřen na soukromoprávní stránku zde pojednávaných problémů. Spíše však lze mít za to, že systém úpravy veřejného zdravotního pojištění je třeba chápat jako systém relativně svébytný, který není přímo

²³ K omylu v osobě viz Melzer in Melzer, F., Tégl, P. a kol. Občanský zákoník. Velký komentář. Svazek III. Praha: Leges, 2014, komentář k § 853-585, m.č. 74 an.

a důsledně navázán na soukromoprávní základ poskytování zdravotních služeb. Proto příše nelze všechny soukromoprávní aspekty promítat do této úpravy. Je-li proto např. provedení volby poskytovatele ve smyslu tohoto zákona samo o sobě platným právním jednáním, pak ji nelze zpochybnit jen tím, že se zakládá na neplatné smlouvě s poskytovatelem; omyl v osobě poskytovatele působí vůči právnímu jednání adresovanému zdravotní pojišťovně jen za předpokladu § 585. Jiná je samozřejmě situace, kdy poskytovatel vůbec není oprávněn poskytovat zdravotní služby.

III. Odpovědnost lékaře jako pomocníka při plnění

1. Obecně

Zcela jiného charakteru je otázka odpovědnosti lékařů za poskytnutí zdravotní péče postupem *non lege artis*, je-li poskytovatelem zdravotních služeb osoba odlišná od příslušného lékaře, zejména je-li lékař zaměstnancem poskytovatele. Zde jde o zcela klasický případ odpovědnosti za pomocníka.

Ať již jde o poskytnutí zdravotní služby ve smluvním nebo mimosmluvním vztahu, přičítá se pochybení lékaře příslušnému zdravotnickému zařízení. Lékař zde vystupuje jako tzv. pomocník při plnění dluhu (§ 1935). Zdravotnické zařízení tedy bude za takové pochybení vždy odpovídat.

Otázkou je, zda může poškozený požadovat náhradu přímo vůči pomocníkovi, tj. lékaři.

Zatímco § 420 odst. 2 věta druhá OZ 1964 ve znění účinném do 31. 12. 2013 pašálně vylučoval přímou občanskoprávní odpovědnost pomocníka, OZ obdobné pravidlo neobsahuje. Z toho lze dovodit, že i pomocník odpovídá za své zavinění přímo. V případě použití samostatného pomocníka to § 2914 dokonce zjevně předpokládá [„jeho (tj. pomocníkovy) *povinnosti k náhradě škody*“], avšak ani v případě nesamostatného pomocníka nelze z dikce zákona ani jeho smyslu a účelu zásadně dovodit něco jiného. Ostatně § 2915 odst. 2 věta druhá s možností přímé odpovědnosti pomocníka vedle odpovědnosti principála výslovně počítá („*má-li škůdce hradit škodu způsobenou pomocníkem a vznikla-li povinnost k náhradě také pomocníkovi*“).²⁴

²⁴ Toto ustanovení je zjevně inspirováno čl. 9:101 odst. 1 písm. c) PETL: „*Odpovědnost je solidární, pokud c) osoba je zodpovědná za škodu způsobenou pomocníkem za okolností, za kterých je pomocník také odpovědný.*“

OZ tedy vychází z přímé odpovědnosti pomocníka; k problematice omezení odpovědnosti zaměstnance viz níže. Pomocník pak bude odpovídat vedle principála; pluralitu subjektů je třeba řešit podle § 2915 an.²⁵

Z přímé odpovědnosti pomocníka vycházelo i starší české právo;²⁶ dokonce i za účinnosti OZ 1950.²⁷

Za pozornost stojí též závěry Evropské skupiny pro deliktní právo, která uznala dvě možnosti k otázce přímé osobní odpovědnosti nesamostatného pomocníka. 1) Jednak vyloučit jeho osobní odpovědnost za malou nebo střední nedbalost. 2) Druhou možností je připustit jeho osobní odpovědnost. Při této možnosti je však vyžadováno, aby měl zaměstnanec možný regres proti zaměstnavateli v případě malé nebo střední nedbalosti. Uvedená skupina se vyslovila pro preferenci přímé odpovědnosti pomocníka.²⁸

PETL tedy vychází z přímé odpovědnosti pomocníka vůči třetím osobám. Vědomě však také neobsahují žádné zvláštní pravidlo o odpovědnosti pomocníka, neboť odpovědnost založená na protiprávním a zaviněném způsobení škody plyne již z obecných ustanovení.²⁹ Jde tedy o totožné řešení jako OZ.

Stejně řešení volí i právo německé: „§ 831 [BGB] zakládá odpovědnost principála vůči poškozenému, aniž by odpovědnost pomocníka omezovala nebo rozšiřovala. Pokud pomocník naplnění skutkové podstaty odpovědnosti ustanovení § 823 an. [BGB], odpovídá

²⁵ Obdobně i německé právo; Wagner, G. in: Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch. Svazek 5. 6. vydání. München: C.H. Beck, 2013, komentář k § 831, m.č. 12.

²⁶ Srov. rozhodnutí NS ze dne 20. 9. 1921, Rv I 242/21, Vážný č. 1185: „Z ustanovení § 1295 obč. zák. lze ovšem dovodovati, že i zmocněnec, vykonávající příkaz mu daný, může svým osobním zaviněním státi se zodpovědným za škodu, třetí osobě způsobenou (...).“

²⁷ Např. Hlavsa s Tylem, když řeší případ, při kterém je prokázáno, že havárii letadla zavinil zaměstnanec letiště nebo zaměstnanec letecké zabezpečovací služby. V takovém případě podle nich „nebrání nic poškozenému cestujícímu, aby nárok na náhradu škody uplatnil jak proti provozovateli letadla, tak i proti onomu zaměstnanci letiště (letecké zabezpečovací služby), popř. i proti jeho zaměstnavateli“. Hlavsa, J., Tyl, K. Náhrada škod způsobených provozem dopravních prostředků. Praha: Dopravní nakladatelství, 1960, komentář k § 4, s. 145.

²⁸ Srov. Moréteau, O. In: European Group on Tort Law. Principles of European Tort Law. Text and Commentary. 1. vydání. Wien: Springer-Verlag, 2005, komentář k čl. 6:102, s. 118, m.č. 19.

²⁹ Srov. Moréteau, O. In: European Group on Tort Law. Principles of European Tort Law. Text and Commentary. 1. vydání. Wien: Springer-Verlag, 2005, komentář k čl. 6:102, s. 118, m.č. 20.

vedle principála.“³⁰ Stejně i právo rakouské: „Pomocník odpovídá třetí osobě podle obecných zásad deliktního práva.“³¹

2. Přímá odpovědnost zaměstnance

Zvláštní problémy však nastávají v případě přímé odpovědnosti zaměstnance. Zákoník práce obsahuje v § 257 ZP omezení odpovědnosti vůči zaměstnavateli, a to zejména jen na škodu skutečnou (odst. 1) a v případě nedbalostního způsobení škody maximální hranicí ve výši čtyřapůlnásobku průměrného měsíčního výdělku zaměstnance před porušením povinnosti. Toto ustanovení bylo formulováno s ohledem na právní úpravu OZ 1964 jen jako rozsah odpovědnosti vůči zaměstnavateli, nikoli vůči třetí osobě. Pokud by však nyní měl zaměstnanec vůči třetím osobám odpovídat bez jakéhokoli omezení, zcela by to popřelo smysl příslušné úpravy ZP.

Ve vztahu k odpovědnosti zaměstnanců vůči třetím osobám lze uvažovat o třech způsobech řešení tohoto problému: 1) Připustit, že ZP vychází ze zásady přímé neodpovědnosti zaměstnance a tuto zásadu přímo aplikovat. 2) Připustit, že ZP stanoví jen určitý zvláštní rozsah odpovědnosti zaměstnance, neupravuje však jeho odpovědnost vůči třetím osobám, který přenechává úpravě OZ. Vzhledem k tomu, že OZ již připustil přímou odpovědnost pomocníků, je připuštěna i u zaměstnanců, avšak aby se naplnil smysl úpravy zvláštního rozsahu odpovědnosti zaměstnance, odpovídají i vůči třetím osobám jen v tomto rozsahu. 3) Pomocník je odpovědný plně vůči třetím osobám, je-li však odpovědnost v rámci zaměstnaneckého poměru omezená, má následně zaměstnanec regres vůči zaměstnavateli; toto řešení volí německé právo (srov. § 840 odst. 2 BGB).³²

Hodnotovému rozhodnutí ZP odpovídá jen takové řešení, podle kterého se omezený rozsah odpovědnosti dle ZP uplatní vůbec pro případ způsobení škody při výkonu závislé práce, bez ohledu na to, zda je způsobena zaměstnavateli nebo třetím osobám. Z výše uvedených možností, odpovídá konstrukci OZ více řešení, které připouští přímou odpovědnost vůči třetím osobám, ovšem jen v uvedeném rozsahu, tedy řešení sub 2). Z hlediska rozsahu odpovědnosti zaměstnance se tedy nic nemění oproti dosavadní úpravě účinné do 31. 12. 2013, jen z hlediska subjektů, kteří mohou

³⁰ Wagner, G. in: Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch. Svazek 5. 6. vydání. München: C.H. Beck, 2013, komentář k § 831, m.č. 12.

³¹ Reischauer, R. In: Rummel, P. (vyd.) Kommentar zum Allgemeinen bürgerlichen Gesetzbuch. Svazek II/2b. 3. vydání. Wien: Manz, 2004, komentář k § 1315, s. 59, marg.č. 19.

³² Srov. Wagner, G. in: Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch. Svazek 5. 6. vydání. München: C.H. Beck, 2013, komentář k § 831, m.č. 13, srov. též tamtéž komentář k § 840, m.č. 18.

náhradu škody žádat. Toto řešení též více odpovídá principům spravedlnosti. Dosavadní řešení totiž např. umožňovalo, aby poškozený i při úmyslně způsobené škodě zaměstnancem v případě insolvence zaměstnavatele vyšel naprázdno, byť by přímý škůdce (zaměstnanec) náhradu mohl poskytnout.

Nepochybně by však bylo *de lege ferenda* vhodné, aby ZP upravil rozsah odpovědnosti zaměstnance i vůči třetím osobám výslovně.

KOMPETENCE LÉKAŘE V TRESTNÍM ŘÍZENÍ

JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.

V současné době dochází k nárůstu trestně stíhaných zdravotnických pracovníků, zejména lékařů, pro trestné činy, které měly být spáchány v souvislosti s výkonem povolání. V těch případech, kdy se na péči o pacienta podílí více lékařů, typicky v nemocničním prostředí, nabývá na důležitosti hodnocení jejich trestní odpovědnosti s ohledem na dosaženou kvalifikaci. Musí být, a je, zohledňována jak formální kvalifikace, tedy získání specializované způsobilosti v oboru, tak i reálná praxe, kterou ten který lékař má. V případě, že lékař nemá specializovanou způsobilost nebo alespoň tzv. kmen, řeší se rovněž otázka případné odpovědnosti lékaře, který měl vykonávat dohled. Někdy nastávají poměrně složité situace, kdy je třeba zkoumat nejen organizační uspořádání v tom kterém zdravotnickém zařízení, ale i to, jaké bylo skutečně personální obsazení v okamžiku, kdy mělo dojít ke spáchání trestného činu. K tomu ještě přistupuje skutečnost, že zákony o vzdělávání zdravotnických pracovníků se často měnily, bývá tak někdy obtížné zjistit, jaká je vlastně kvalifikace konkrétního zdravotníka.

Rozhodovací praxe orgánů činných v trestním řízení není bohužel v rámci České republiky jednotná, ve skutkově obdobných případech někdy nedochází ani k zahájení trestního stíhání, jindy pak naopak k vynášení odsuzujících rozsudků.

Příspěvek bude zaměřen zejména na kazuistiku, se zohledněním výkladových stanovisek Ministerstva zdravotnictví ČR a České lékařské komory.

KOMPETENCE A KVALIFIKACE V SOUDNÍM LÉKAŘSTVÍ

MUDr. Mgr. Bc. Tomáš Vojtíšek, Ph.D.

Úvod

Cílem příspěvku je stručně přiblížit kompetence a kvalifikace sice tradičního, nicméně malého oboru soudní lékařství (neuvezeného ve výčtu Přílohy V Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES ze dne 7. 9. 2005 o uznávání odborných kvalifikací). Tento velmi zajímavý lékařský obor má svá specifika, která se projevují jak ve smyslu určování kompetencí směrem navenek, tak i naopak směrem dovnitř v rámci nastavení podmínek pro získání plné kvalifikace v soudním lékařství.

Obor s cca devadesáti lékaři v celé České republice je a v minulosti i byl citlivý na právní regulaci zejména v oblasti kvalifikace. Svým zaměřením patří soudní lékařství mezi medicínské obory diagnostické a jeho hlavní zvláštností je zaměření na znaleckou činnost. Tím se soudní lékařství výrazně odlišuje od jiných lékařských oborů, s určitou výjimkou soudní psychiatrie, které se však zdaleka nevěnuje každý psychiatr. Naopak volba soudního lékařství pro absolventa lékařské fakulty automaticky předznamenává usilování o pozdější jmenování znalcem. V činnosti oboru se navzájem propojují a překrývají kompetence resortů zdravotnictví i spravedlnosti.

Kompetence

V oblasti provádění zdravotních pitev, což je hlavní náplní zdravotnické činnosti oboru soudního lékařství, jsou kompetence oboru soudního lékařství v praxi poměrně jasné, a to i vůči příbuznému medicínskému oboru patologie. Hlavním pramenem právní regulace provádění pitev je zák. č. 372/2009 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen „ZZS“), a přes interpretační problémy po nabytí účinnosti zák. č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, je hranice pitev prováděných poskytovateli v oboru soudního lékařství a patologie zpravidla dostatečně vymezena. Pomáhá zde i seznam zdravotních výkonů (88101 Provedení pitvy na soudnělékařském pracovišti zdravotnického zařízení), resp. příslušný registrační list. V praxi nečiní potíže ani vymezení náplně předmětu soudní lékařství v rámci pregraduálního studia na lékařských fakultách.

Složitější situace je u kompetencí soudních lékařů jako znalců jmenovaných dle zák. č. 36/1967 Sb., o znalcích a tlumočnících (dále jen „ZZT“). Soudní lékařství je dlouholetým tradičním odvětvím základního oboru zdravotnictví, kdy jednotlivé znalecké obory a odvětví jsou teprve od 1. 6. 2015 kodifikovány ve vyhlášce č. 123/2015

Sb. Pokud vzniknou v praxi pochybnosti, zda odpověď na určitou otázku je v kompetenci znalce – soudního lékaře či nikoliv, může být cenným vodítkem k jejímu řešení obsah vzdělávacího programu oboru soudního lékařství, vydaným ministerstvem zdravotnictví po schválení příslušnou akreditační komisí na základě zák. č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta (dále jen „ZLP“ nebo „atestační zákon“). Nejedná se však o obecně závazný právní předpis a kompetence znalců zůstávají na úrovni odborné doktríny a ojedinele se touto otázkou zabývá zejména trestněprávní judikatura. V posledních letech byla zejména ze strany České lékařské komory zvláště diskutována otázka kompetencí znalců z odvětví soudního lékařství k posuzování správnosti odborného postupu klinických lékařů (tzv. postupu „lege artis“). Dlužno však zdůraznit, že všeobecně přijímaný názor v soudním lékařství zapovídá hodnotit správnost medicínských postupů klinických lékařů a pokud k tomuto v praxi ojedinele dochází, tak je nutno tyto případy považovat za excesy. Na druhou stranu z povahy věci soudní lékaři na případech podezření na medicínské pochybení participují, a to pokud došlo k úmrtí pacienta a byla provedena obligatorní pitva. Nezřídka též bývají soudní lékaři členové hodnotícího kolektivu, a to buď při zpracovávání ústavních znaleckých posudků nebo při konstituování nezávislé odborné komise dle části osmé ZZS, kde jejich účast vyplývá v určitých případech ze zákona.

Kvalifikace

Ačkoliv je náplň vlastní činnosti soudního lékařství výrazně odlišná od patologie, jsou tyto obory příbuzné a v rámci atestačního zákona mají společný tzv. základní kmen. V současnosti nejméně pětileté vzdělávání v základních oborech patologie i soudní lékařství má společný dvouletý základní kmen, po jehož absolvování následuje tříleté vzdělávání zaměřené výhradně na zvolený jeden z těchto oborů. Není bez zajímavosti, že tento systém fungoval zcela analogicky i před přijetím atestačního zákona, a to ve formě atestace I. stupně z patologie (dříve patologické anatomie), po jejímž složení patologové skládali atestaci z II. stupně z patologie a soudní lékaři tzv. nástavbovou specializaci ze soudního lékařství. Celková minimální délka přípravy byla zcela srovnatelná (5,5 roku) a protože na rozdíl od jiných lékařských oborů bylo zvykem, že nástavbovou atestaci skládali všichni soudní lékaři, přinesl ZLP v podstatě většinou jen formální změny postgraduálního vzdělávání soudních lékařů.

To se ovšem změnilo v okamžiku, kdy ministerstvo zdravotnictví v důsledku politického tlaku na snížení vysokého počtu základních oborů vydalo jako prováděcí předpis k ZLP vyhlášku č. 185/2009 Sb. Ta obor soudní lékařství přeřadila ze základních

oborů mezi tzv. certifikované kurzy k získání nástavbové specializace k základnímu oboru patologie. Ačkoliv se na první pohled mohlo zdát, že se jedná o analogické řešení k systému uplatňovanému do roku 2004 (I. st. patologie + nástavbová specializace soudní lékařství), ve skutečnosti to teoreticky odpovídalo dřívějšímu složení atestace I. st. z patologie, II. stupně z patologie a po dalších třech letech nástavbové atestaci ze soudního lékařství, která byla ovšem nástavbová k I. stupni patologie. Tato nová situace znamenala pro budoucího soudního lékaře povinnost se plně kvalifikovat v patologii, jejíž náplň je po základním kmeni zaměřena zcela jiným způsobem, tj. na velmi náročnou bioptickou diagnostiku, v soudním lékařství neuplatnitelnou. Jednalo se tedy o velmi demotivující faktor ztěžující přístup ke kvalifikaci soudního lékaře, teoreticky způsobilý v dlouhodobém časovém horizontu vést až k zániku oboru pro nedostatek mladých lékařů. O nově zavedený certifikovaný kurz nikdo z patologů se specializovanou způsobilostí neprojevil žádný zájem a ministerstvo s účinností od 1. 1. 2011 vyhláškou č. 361/2010 Sb. převedlo soudní lékařství zpět mezi základní obory.

Jak bylo již uvedeno v úvodu, obor soudního lékařství nelze plně vykonávat bez jmenování znalcem dle ZZT. Protože stále platný ZZT z roku 1967 uplatňuje u jmenování znalců výběrový princip, není na jmenování znalcem doposud právní nárok. Absolvent lékařské fakulty, který si zvolil obor soudní lékařství, tedy nemá jistotu, že ani po splnění všech obvyklých kritérií v budoucnu získá oprávnění svoje povolání vykonávat. V roce 2012 vydalo ministerstvo spravedlnosti v rámci sjednocování praxe při jmenování znalců u jednotlivých krajských soudů tzv. Odborné podmínky pro jmenování znalcem v oboru zdravotnictví, které zveřejnilo na svých webových stránkách. Tyto podmínky obsahují mj. požadavek minimálně 10 let odborné zdravotnické praxe zaměřené na dané odvětví, příp. specializaci znalecké činnosti, po ukončení vysokoškolského studia bezprostředně předcházející podání žádosti o jmenování. Pro srovnání, požadovaná délka praxe na Slovensku pro jmenování znalcem je sedm let, vyplývá přímo ze zákona a na jmenování existuje právní nárok. Požadavek praxe 10 let samozřejmě nevádí u znalců z klinických medicínských oborů, zvláště pokud mají posuzovat správnost poskytnuté zdravotní péče ve svém oboru a pokud znaleckou činnost vykonávají spíše příležitostně. U soudních lékařů však doba deseti let již výrazně odsouvá dosažení plné kvalifikace, když v předchozím období byli znalci pro soudní lékařství jmenováni v průměru 6 – 7 let po získání odborné způsobilosti podle ZLP. Současný návrh zcela nové právní úpravy znalectví pak dokonce počítá se zakotvením požadavku odborné praxe u lékařů v délce 10 let po získání specializované způsobilosti (tzn. po atestaci), což znamená minimálně cca 15 let po dokončení vysokoškolského vzdělání. Neúměrně dlouhá praxe jako požadavek přístupu ke kvalifikaci může vést opět k ohrožení celého oboru soudního lékařství

v důsledku nedostatku zájemců o jeho vykonávání a nikoliv ke zkvalitnění znalecké činnosti, což bylo deklarovaným cílem návrhu.

Závěr

V příspěvku byly stručně zmíněny kompetence a kvalifikace v soudním lékařství, v jednom z tzv. malých lékařských oborů, a to z hlediska problematických oblastí. Na příkladu soudního lékařství bylo demonstrováno, jak i pozitivně zamýšlené a zdánlivě drobné změny právních předpisů mohou výrazně změnit podmínky pro vykonávání konkrétního medicínského oboru.

Kvalifikace a vzdělávání lékařů a dalších zdravotnických pracovníků v paliativní péči

Mgr. et. Mgr. Veronika Oškerová, Ph.D.

„Paliatívna starostlivosť je prístup, ktorý zlepšuje kvalitu života pacientov a ich rodín vzhľadom na problémy spojené so život ohrozujúcou chorobou, prostredníctvom predchádzania a zmierňovania utrpenia včasnou identifikáciou, dokonalým posúdením, liečbou a miernením bolesti a ostatných problémov fyzických, psychosociálnych a spirituálnych.

Paliatívna starostlivosť

- poskytuje úľavu od bolesti a ďalších symptómov spôsobujúcich utrpenie,
- vyznáva život a na smrť nazerá ako na prirodzený proces,
- nemá v úmysle urýchlenie ani oddialenie smrti,
- integruje psychologické a spirituálne aspekty starostlivosti o pacienta,
- ponúka systém podpory, ktorý pomáha pacientom žiť čo najaktívnejšie až do smrti,
- ponúka systém podpory, ktorý má pomôcť rodine v priebehu choroby pacienta a v čase jej zármutku,
- používa tímový prístup k riešeniu potrieb pacientov a ich rodín, vrátane podpory v zármutku, ak je indikovaná,
- zlepšuje kvalitu života a môže pozitívne ovplyvniť priebeh choroby,
- je použiteľná v ranom štádiu choroby spolu s inými terapiami, ktoré sú určené na predĺženie života, ako chemoterapia a rádioterapia, zahŕňa aj vyšetrenia

potrebné k lepšiemu pochopeniu a zvládaniu ťaživých klinických komplikácií.“³³

Takto definuje paliatívnu starostlivosť Svetová zdravotnícka organizácia. K tomu, aby táto definícia bola naplnená, je potrebné eliminovať bariéry adekvátneho rozvoja paliatívnej starostlivosti. Všetky tieto bariéry sú spôsobené nízkym povedomím o jej funkciách a dôležitosti.

Nedostatočné vzdelávanie lekárov a ostatného zdravotníckeho personálu v paliatívnej medicíne a pridruženej starostlivosti je prekážkou, pri ktorej zmena súčasného stavu musí vzišť zo zmeny úplne na začiatku formovania povedomia budúceho zdravotníka o tejto problematike. Jedná sa o zmenu v pregraduálnom vzdelávaní potenciálnych lekárov a ostatných zdravotníckych pracovníkov. Určujúcim dokumentom, návodom k tejto zmene v európskom kontexte, môže byť Odporúčanie Európskej asociácie paliatívnej starostlivosti (EAPC) pre tvorbu pregraduálneho vzdelávacieho programu v paliatívnej medicíne na lekárske fakultách v Európe.³⁴

Ako uvádza Derek Doyle, predseda prvej komisie EAPC, v predhovore k prvému vydaniu tohto Odporúčania, „v roku 1988, kedy bola EAPC založená, v mnohých krajinách Európy neexistovali žiadne služby paliatívnej starostlivosti a iba niekoľko lekárske fakúlt ponúkalo vzdelanie v tomto odbore. Fakulty, na ktorých bola paliatívna starostlivosť alebo paliatívna medicína zaradená do kurikula, sa jej venovali len okrajovo, študenti z tejto odbornej oblasti neboli skúšaní.“

Takmer polovica úmrtí v Európe nastáva v súvislosti s chronickými ochoreniami, ktoré postupne zhoršujú stav pacienta. Zároveň je pacient udržiavaný pri živote s takýmto ochorením dlhú dobu, mnohokrát za cenu klesajúcej kvality života. Mnoho ľudí o paliatívnej starostlivosti počulo a očakávajú, že bude dostupná. Toto všetko je výzvou pre praktických lekárov, nakoľko do starostlivosti špecialistov by sa mal pacient na sklonku života dostať len vo výnimočných prípadoch³⁵. Predhovor k prvému vydaniu k tejto problematike ďalej uvádza: „každý študent všeobecného lekárstva bude musieť byť vzdelaný v paliatívnej starostlivosti, bude musieť poznať úskalia tohto odboru, jeho komplexnú povahu, a taktiež nesmierne profesné a osobné obohatenie, ktoré jej

³³ World Health Organisation. WHO Definition of Palliative Care. 2013. Available at: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Accessed December 10, 2013.

³⁴ Advisory Board. *Reccomendation of the European Assotiation for Palliative Care (EAPC) for the Development of Undergraduate Curricula in Palliative Medicine*. Milano: EAPC (European Association for Palliative Care); 2013.

³⁵ Stanovisko pracovnej skupiny pro lekárske vzdelávaní a výcvik v paliatívni péči. *Doporučení Evropské asociace paliativní péče (EAPC) pro tvorbu pregraduálního vzdělávacieho programu v paliativní medicíně na lékařských fakultách v Evropě*. 2013. s. 4,5

poskytovanie prináša. Študenti zistia, že hoci sú princípy paliatívnej starostlivosti totožné so základnými princípmi dobrej klinickej práce, ich osvojenie nie je vrozeným darom. Vyžaduje odborné znalosti, súcitiť, citlivosť a pokoru. Učiteľia tohto odboru musia jednak mať hojnosť týchto schopností a zároveň musia majstrovsky ovládať výukové metódy. Pokiaľ možno, mali by mať štandardné pedagogické vzdelanie na adekvátnej úrovni“³⁶

Dôležitosť vzdelávania v paliatívnej starostlivosti uvádza v predhovore k druhému vydaniu Franco De Conno, vtedajší čestný predseda EAPC: „Výkonný výbor EAPC považuje integráciu vzdelávania v paliatívnej starostlivosti do odbornej prípravy lekárov za jednu z najdôležitejších úloh. Je to významné nielen pre rozvoj odboru samotného, ale hlavne zásadné pre pacientov a ich rodiny.“³⁷

EAPC ako podporu vzdelávania v oblasti paliatívnej starostlivosti a zároveň vydobytia samostatnosti ako špecializácie v roku 2004 navrhla Odporúčanie pre paliatívne vzdelávanie v ošetrovatelstve, v roku 2007 vydala Kurikulum v paliatívnej starostlivosti pre pregraduálne lekárske vzdelávanie a v roku 2009 Odporúčanie pre tvorbu postgraduálneho kurikula vedúce ku špecializačnému vzdelávaniu v paliatívnej medicíne. Ďalej bola ustanovená pracovná skupina, ktorej cieľom bolo revidovať a aktualizovať doterajšie vydania týchto odporúčaní. Aktuálne je revidované Odporúčanie Európskej asociácie paliatívnej starostlivosti pre tvorbu pregraduálneho vzdelávacieho programu v paliatívnej medicíne na lekárske fakultách v Európe³⁸ vydané v roku 2013. Aktualizované Odporúčanie pre tvorbu postgraduálneho kurikula ešte nie je dokončené.³⁹

Vzdelávaniu v oblasti paliatívnej starostlivosti sa na lekárske fakultách v Európe venuje viac priestoru. Hoci konkrétne v českých podmienkach z dôvodu nedostatočného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov v oblasti paliatívnej medicíny Česká spoločnosť paliatívnej medicíny zahájila projekt „Implementace paliatívnej medicíny do pregraduálnej výuky v oboru Všeobecné lékařství na lékařských fakultách v ČR“. Výstupom tohoto projektu, ktorý skončil v júni 2015, je preklad dokumentu „Doporučení Evropské asociace paliatívnej péče pro tvorbu pregraduálního“

³⁶ Stanovisko pracovnej skupiny pro lékařské vzdělávání a výcvik v paliativní péči. *Doporučení Evropské asociace paliativní péče (EAPC) pro tvorbu pregraduálního vzdělávacieho programu v paliativní medicíně na lékařských fakultách v Evropě*. 2013. s. 4,5.

³⁷ Stanovisko pracovnej skupiny pro lékařské vzdělávání a výcvik v paliativní péči. *Doporučení Evropské asociace paliativní péče (EAPC) pro tvorbu pregraduálního vzdělávacieho programu v paliativní medicíně na lékařských fakultách v Evropě*. 2013. s. 6.

³⁸ Advisory Board. *Reccomendation of the European Assotiation for Palliative Care (EAPC) for the Development of Undergraduate Curricula in Palliative Medicine*. Milano: EAPC (European Association for Palliative Care); 2013.

³⁹ Stav k 1/2016.

vzdělávacího programu v paliativní medicíně na lékařských fakultách v Evropě⁴⁰. Výsledkem realizace tohoto projektu by malo byť odporúčanie zmien, ktoré by zlepšili začlenenie tematiky paliatívnej starostlivosti do výučby na lekárskech fakultách v ČR.⁴¹ V súčasnosti sa paliatívna starostlivosť ako samostatný predmet vyučuje na niektorých školách v študijných programoch ošetrovateľstva⁴². Paliatívna medicína, ako samostatný predmet sa vo výučbe budúcich lekárov objavuje od 2010 na lekárskej fakulte v Brne⁴³ a od 2014 na 1. lekárskej fakulte Univerzity Karlovej v Prahe⁴⁴. Tento predmet je zaradený medzi voliteľné⁴⁵. Témy paliatívnej starostlivosti sú cielene vyučované iba v rámci špecializačnej prípravy v odbore všeobecné lekárstvo a v odbore onkológia.⁴⁶

Na Slovensku došlo v roku 2006 k zriadeniu Subkatedry algeziológie Slovenskej zdravotníckej univerzity v Banskej Bystrici pri Katedre Anesteziológie a intenzívnej medicíny Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave. Podľa Špecializačného študijného programu, ktorý bol akreditačnou komisiou MZ SR prijatý 11. 4. 2006, je algeziológia nadstavbovým špecializačným odborom nad základnými odborními anesteziológia a intenzívna medicína, neurológia, pediatria, onkológia, ortopédia a vnútorné lekárstvo.⁴⁷ Od roku 2012 získala Lekárska fakulta Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave akreditáciu v zdravotníckom povolání **lekár** v špecializačnom odbore paliatívna medicína. V rámci pregraduálneho vzdelávania lekárov sa paliatívna medicína vyučuje len na niektorých lekárskech fakultách, a to v rámci predmetu Lekárskej etiky.

Vzdelávanie ošetrovateľov je roztrieštené. Neexistuje akreditovaný špecializačný program v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť o nevyliciteľne chorých a umierajúcich.

⁴⁰ Stanovisko pracovní skupiny pro lékařské vzdělávání a výcvik v paliativní péči. *Doporučení Evropské asociace paliativní péče (EAPC) pro tvorbu pregraduálního vzdělávacího programu v paliativní medicíně na lékařských fakultách v Evropě*. 2013.

⁴¹ Implementace paliativní medicíny do pregraduální výuky v oboru Všeobecné lékařství na lékařských fakultách v ČR. *ČSPM ČLS JEP*. Available at: <http://www.paliativnimedicina.cz/implementace-paliativni-mediciny-do-pregradualni-vyuky-v-oboru-vseobecne-lekarstvi-na-lekarskych-fak>. Accessed October 16, 2014.

⁴² napr. Předměty. *CUNI*. Available at: <http://is.cuni.cz/studium/predmety/index.php?do=predmet>. Accessed January 19, 2015.

⁴³ Paliativní medicína. *Informační systém Masarykovy univerzity*. Available at: <https://is.muni.cz/auth/predmet/med/podzim2010/VSPM091>. Accessed January 19, 2015.

⁴⁴ Předměty. *CUNI*. Available at: <http://is.cuni.cz/studium/predmety/index.php?do=predmet>. Accessed January 19, 2015.

⁴⁵ informácie od doc. Petry Tesařové, garantky predmetu 1.LF UK Praha a info is.muni.cz.

⁴⁶ Sláma O, Kabelka L, Špinková M. *Paliativní péče v ČR v roce 2013 perspektiva České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP*. 2013.

⁴⁷ Hasarová D, Kulichová M. *20 rokov SSŠLB – čo sme dosiahli*. Prezentácia k podujatiu XV. ČESKO - SLOVENSKÉ DIALÓGY O BOLESTI, XXI. SLOVENSKÉ DIALÓGY O BOLESTI. Martin: 3. - 5. október 2013.

Výučba v rôznych krajinách a na jednotlivých univerzitách sa líši a neexistuje jednotné kurikulum, preto je nutné snažiť sa o presadenie paliatívnej starostlivosti ako povinného predmetu v rámci kurikula na všetkých európskych lekárske fakultách. Navrhnuté Odporúčania môžu pomôcť lekárske fakultám skvalitniť výučbu paliatívnej starostlivosti, pričom ich obsah je považovaný za nevyhnutný základ pre všetkých absolventov štúdia všeobecného lekárstva. Jedným z hlavných cieľov je celková zmena postoja voči starostlivosti o vážne chorých a umierajúcich pacientov a ich rodiny. Ďalším dôležitým aspektom je zdôrazňovanie špecifických schopností jednotlivých profesií v rámci multidisciplinárneho tímu a základy symptomatickej kontroly. Obsahovo tieto Odporúčania odkazujú na základné princípy paliatívnej starostlivosti podľa WHO.⁴⁸

Aktualizované odporúčanie pre tvorbu pregraduálneho vzdelávacieho programu v paliatívnej medicíne obsahuje ciele, výukové stratégie, sylaby navrhnutého delenia kurikula a ich časovú dotáciu a všeobecné princípy tvorby vzdelávacieho programu. V celom dokumente sa hovorí o horizontálnej a vertikálnej integrácii výučby paliatívnej starostlivosti, pričom horizontálnou sa myslí rozdelenie vyučovaných tém v rámci rôznych predmetov, vertikálnou ich rozvrstvenie do jednotlivých ročníkov štúdia⁴⁹. Uplatnenie tohto kurikula na konkrétnej lekárskej fakulte je otázkou vôle vedenia, prítomnosti skupiny alebo jednotlivca, ktorý sa o takéto zavedenie usiluje, otázkou existencie a možnosti potenciálnych zúčastnených vyučujúcich, otázkou splnenia formálnych požiadaviek pre možnosť vyučovania a ďalších faktorov. V prípade úspechu zavedenia takéhoto kurikula je možné na nadobudnutých schopnostiach absolventov stavať a na tomto základe je predstavené aj Odporúčanie EAPC pre postgraduálne vzdelávanie.⁵⁰ Rozvoj postgraduálneho kurikula sa pokladá za predpoklad úspešného dosiahnutia paliatívnej starostlivosti ako špecializácie. Odporúčanie definuje ciele, obsahuje desať konkrétnych odporúčaní, vzdelávacie stratégie a sylaby.

Vzhľadom na kvalitu vypracovania týchto odporúčaní a autoritu EAPC je ich využitie pri integrácii paliatívnej starostlivosti do vzdelávania určite dobrým krokom.

⁴⁸ Stanovisko pracovnej skupiny pro lékařské vzdělávání a výcvik v paliativní péči. *Doporučení Evropské asociace paliativní péče (EAPC) pro tvorbu pregraduálního vzdělávacího programu v paliativní medicíně na lékařských fakultách v Evropě*. 2013. s. 5-8.

⁴⁹ Stanovisko pracovnej skupiny pro lékařské vzdělávání a výcvik v paliativní péči. *Doporučení Evropské asociace paliativní péče (EAPC) pro tvorbu pregraduálního vzdělávacího programu v paliativní medicíně na lékařských fakultách v Evropě*. 2013.s. 12.

⁵⁰Elsner F, Centero C, De Conno F et al. *Recommendations of the EAPC for the Development of postgraduate Curricula leading to Certification in Palliative Medicine*. Milano: EAPC (European Association for Palliative Care); 2013.

Ďalšie riešenia môžu poskytnúť skúsenosti z iných krajín, kde zavedenie paliatívnej starostlivosti do pregraduálneho i postgraduálneho vzdelávania už prebehlo.

Paliatívna medicína a paliatívna starostlivosť by za pomoci vyššie uvedených nástrojov mali byť integrálnou súčasťou vzdelávacích programov sociálnych pracovníkov a zdravotníkov vrátane lekárov. Splnenie tejto podmienky je nepochybnou podmienkou k rozšíreniu myšlienky a rozvoju paliatívnej starostlivosti v praxi.

SPOLUPRÁCE A SPECIFICKÉ KOMPETENCE PSYCHIATRA A KLINICKÉHO PSYCHOLOGA

prof. MUDr. Tomáš Kašpárek, Ph.D.

V péči o duševne nemocné pôsobí niekoľko profesií, jejichž činnosť sa často prolína, čo je vo väčšine prípadov k dobru, veš, ve špecifických situáciách však môže viesť k nejasnostiam ohľadne kompetencií a zodpovedností – nehľadé na to, že laické verejnosti tieto profesie splyvajú. Z vysokoškolských zdravotníckych profesií jde zejména o psychiata a klinického psychologa; v této souvislosti je ještě relevantní - a matoucí – pojem psychoterapeut.

Tyto profesie se liší vzděláním i oblastí zájmu. Psychiatr je absolventem lékařské fakulty a specializačního vzdělávání v klinickém oboru Psychiatrie. Klinický psycholog je absolventem oboru Psychologie, dnes většinou filosofické fakulty a specializačního vzdělávání v klinickém oboru Klinická psychologie. Psychiatr je tedy kvalifikován pro diferenciální diagnostiku všech možných příčin duševních potíží a komplexní léčbu a dlouhodobé vedení, resp. dispenzarizaci duševně nemocných. Klinický psycholog je kvalifikován k přesnému popisu kvantitativních a kvalitativních změn duševních funkcí a jejich struktury. Profese psychoterapeuta je hůře ohraničená – v zásadě je to absolvent certifikovaného vzdělávacího programu v některém z psychoterapeutických směrů, který jej opravňuje k léčbě pomocí konkrétní formy psychoterapie. V systému zdravotnictví se může psychoterapeutem stát a psychoterapií léčit lékař a klinický psycholog, psychoterapeutické prvky má však i práce jiných profesií ve zdravotnictví, jako jsou zdravotní sestry, ergoterapeutičtí či fyzioterapeutičtí pracovníci.

Tyto profesie tedy spolupracují v několika oblastech péče o duševně nemocné, zejména v diagnostice a terapii. Diagnózu duševní nemoci stanovuje lékař – psychiatr. Pro potřeby diagnostiky využívá informace z mnoha zdrojů, včetně nástrojů somatické medicíny, objektivní informace od blízkých posuzovaného, sociálních služeb,

v indikovaných případech pak z výsledků vyšetření psychických funkcí klinickým psychologem. Důvodem je fakt, že žádný příznak poruchy duševních funkcí není diagnosticky specifický, jasně způsobený nějakou konkrétní duševní nemocí - jakékoliv neobvyklé chování či subjektivní prožívání může být projevem tělesného onemocnění, několika různých duševních poruch, extrémním projevem přirozené adaptace na složitou životní situaci - a nebo dokonce naprosto přirozeným projevem zdravé psychiky. Pouze psychiatr je kvalifikován provést tuto širokou diferenciální diagnostiku, zejména však diferenciaci či vyloučení somatogenních příčin a proto je jeho role v diagnostice duševních poruch nezastupitelná.

Projevy duševní nemoci však zachytí a rozpozná z klinického rozhovoru a výsledků testování i klinický psycholog, který by měl rozpoznat též diagnostické příznaky jednotlivých duševních nemocí (jsou konkrétně uvedeny v oficiálních diagnostických systémech Mezinárodní klasifikace nemocí). Může tak vyslovit podezření na přítomnost konkrétní duševní poruchy, diagnózu však z výše uvedených důvodů nemůže stanovit, není schopen posoudit, zda neplatí obecné vylučovací kritérium, tj. že příznaky jsou způsobeny tělesným onemocněním. V některých případech však existuje výrazný společenský tlak na stanovení diagnózy a jako dostačující a platná diagnóza duševní nemoci je chápána i ta stanovená klinickým psychologem – nebo dokonce psychologem pedagogicko-psychologické poradny. To se týká zejména problematiky dětského autismu a hyperaktivní poruchy, kde spolu se sociálními faktory působí též rozpad pedopsychiatrické péče.

Druhou významnou oblastí, kde se kompetence psychiatra a klinického psychologa potkávají, je léčba duševních nemocí pomocí psychoterapie. Tu může v systému zdravotního pojištění poskytovat pouze kvalifikovaný psychoterapeut, tj. psychiatr či klinický psycholog vzdělaný v rámci certifikovaného programu. Větší část psychoterapie je však poskytována mimo systém zdravotnictví, v rámci tzv. poradenství. Poradenství je pak poskytováno v rámci smluvního vztahu mezi klientem a „poradcem“ či „koučem“, což je jistě v pořádku, zvyšuje se tak potřebná kapacita psychoterapeutických služeb, která je v rámci zdravotnických zařízení nedostatečná. Vyžaduje však od klienta jistou dávku zvědavosti, měl by si zjistit, na základě jaké kvalifikace (či zda je vůbec nějaká) své služby poskytuje – což je však určitě vhodná aktivita i u terapeuta, který pracuje v rámci zdravotnictví; je dobré vědět, jaké přístupy terapeut používá a co se ode mě očekává. Je rozdíl, pokud podstupuji psychoanalýzu se čtyřmi hodinovými sezeními týdně a hledám zdroje řešení v sobě nebo jsem léčen behaviorálním terapeutem, který mi jednou měsíčně zadá domácí úkoly k pravidelnému tréninku nového způsobu chování.

Potenciální problém poradenského systému poskytování psychoterapie je spíše v tom, že psychoterapie je vhodná nejen pro léčbu některých duševních nemocí, ale též k zvládnutí životních těžkostí zdravých lidí či ke změně povahových rysů, které takové těžkosti mohou způsobovat. Je na zodpovědnosti každého, kdo poskytuje psychoterapii, aby duševní nemoci u svých klientů rozpoznával a zvažoval meze a možnosti svých schopností a kvalifikace v komplexní léčbě těchto nemocných.

Pole působnosti klinických psychologů se neomezuje pouze na spolupráci s psychiatrem. Naopak, v rámci tzv. psychosomatické medicíny mají významnou roli v multioborových týmech, které v posledních letech v rámci zdravotnických zařízení v ČR vznikají a které poskytují komplexní bio-psycho-sociální péči o pacienty s chronickými tělesnými nemocemi, které samy o sobě nemusí být způsobeny poruchami psychiky, ale díky vleklému průběhu a změnám životního stylu k nim mohou přispívat a uzavírat tak bludný kruh cirkulární kauzality stresem navozených zhoršení tělesného stavu, kterou může pomoci přerušit právě adekvátní psychologická a psychotherapeutická péče.

Sdělení nemá vyznít ve smyslu nadřazenosti psychiatra nad klinickým psychologem. Naopak, rovné partnerství a otevřená spolupráce mezi těmito profesemi přináší obohacení pro všechny zúčastněné, navíc je stále víc zřejmé, že kliničtí psychologové mají velmi významné místo v léčbě chronických tělesných nemocí. Na druhou stranu, legislativní regulace zdravotnických služeb přesouvá větší část zodpovědnosti za diagnostiku a léčbu na lékaře, který by měl být centrem koordinace péče o pacienta i v oblasti duševního zdraví.

PRÁVNÍ POVAHA LÉKAŘSKÉHO POSUDKU KONSTATUJÍCÍHO ZDRAVOTNÍ (NE)ZPŮSOBILOST ZAMĚSTNANCE K VÝKONU PRÁCE

Mgr. Vojtěch Kadlubiec

1.Zdravotní (ne)způsobilost zaměstnance k výkonu práce v relevantních souvislostech

Zdravotní způsobilost zaměstnance k plnění úkolů v rámci sjednaného druhu práce je dle stávajících právních předpisů zcela rozhodujícím předpokladem pro možnost výkonu takové práce pro zaměstnavatele. Právní úprava přitom vychází z logického předpokladu, že pouze člověk, jehož zdravotní stav odpovídá požadavkům

kladeným v rámci sjednaného druhu práce, je schopen plnit předmětné úkoly řádně, včas a bez (dalšího) ohrožení svého zdraví a zdraví jiných osob.

Konkrétním zákonným projevem výše uvedeného je mimo jiné ustanovení § 103 odst. 1 písm. a) zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů (dále také jen „ZPr“), podle kterého zaměstnavatel nemůže připustit, aby zaměstnanec vykonával práce, jejichž náročnost neodpovídá jeho zdravotní způsobilosti. Pokud tedy zaměstnavatel kvalifikovaným způsobem zjistí, že určitý zaměstnanec pozbyl zdravotní predispozici k plnění určitých úkolů v rámci sjednaného druhu práce, musí jej bezodkladně z práce vyřadit. Jedná-li se přitom o zdravotně nezpůsobilého uchazeče o zaměstnání, není podle platné právní úpravy s takovým člověkem možné uzavřít pracovní smlouvu či dohodu o pracích konaných mimo pracovní poměr. Po vyřazení nezpůsobilého zaměstnance z práce jej zaměstnavatel dle dikce zákona musí převést na jinou vhodnou práci (pokud takovou disponuje)⁵¹ nebo může využít možnosti jednostranného ukončení pracovního poměru výpovědí.⁵²

Zaměstnanec je zdravotně nezpůsobilý tehdy, pokud mu nepříznivý zdravotní stav znemožňuje vykonávat konkrétní práci na konkrétním pracovišti v konkrétních pracovních podmínkách dlouhodobě. Zákoník práce sice výslovně neuvádí, kdy zaměstnanec pozbyl způsobilost konat práci dlouhodobě, s přihlédnutím k tomu, jak je vymezen „dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav“ pro účely jiných právních předpisů (např. zákona o důchodovém pojištění), lze však považovat nezpůsobilost zaměstnance konat dále dosavadní práci za dlouhodobou zpravidla tehdy, má-li trvat podle poznatků lékařské vědy déle než rok.⁵³

Právě prvek dlouhodobosti přitom odlišuje zdravotní nezpůsobilost zaměstnance k výkonu práce od tzv. dočasné pracovní neschopnosti, která je pojímána jako překážka v práci na straně zaměstnance s omezenou maximální dobou trvání (méně než jeden rok).

Právní předpisy vyžadují, aby posouzení zdravotní způsobilosti zaměstnance provedl s konečnou platností vždy lékař poskytovatele, který vykonává pro zaměstnavatele tzv. „pracovnílékařské služby“ podle zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále též jen „ZSZS“), formou lékařského posudku. Pouze lékařský posudek vydaný oprávněným subjektem je přitom způsobilým (a nutným) podkladem pro určitá jednání, která zákoník práce

⁵¹ Viz § 41 odst. 1 písm. a) a b) ZPr.

⁵² Viz § 52 písm. d) a e) ZPr.

⁵³ Rozhodnutí Nejvyššího soudu ze dne 4. 10. 2011, sp. zn. 21 Cdo 2785/2010.

se zdravotní nezpůsobilostí zaměstnance spojuje (vyřazení zaměstnance z práce, převedení zaměstnance na jinou práci, ukončení pracovního poměru). Proti lékařskému posudku je dle stávající právní úpravy možné podat tzv. návrh na přezkum, o kterém rozhoduje krajský úřad.

Příčiny zdravotní nezpůsobilosti mohou mít svůj původ jednak uvnitř konkrétního základního pracovněprávního vztahu (pracovní úraz, nemoc z povolání...), a jednak mimo něj (porucha zdraví, která vzniká a rozvíjí se bez přímé souvislosti s výkonem práce – tzv. „obecné onemocnění“), což má velký vliv na následnou kompenzaci případné změny nebo ukončení pracovního poměru z důvodu pozbytí způsobilosti a také na odškodnění zaměstnancovy újmy na zdraví.

Ukončit pracovní poměr výpovědí může zaměstnavatel pouze z taxativně uvedených důvodů (§ 52 ZPr), mezi které patří také dva výpovědní důvody pro zdravotní nezpůsobilost, které odlišuje (stejně jako v případě převedení na jinou práci dle ustanovení § 41 ZPr) příčina dlouhodobého pozbytí zdravotní způsobilosti zaměstnance, konstatována lékařským posudkem poskytovatele pracovnělékařských služeb nebo rozhodnutím správního orgánu, kterým se lékařský posudek přezkoumává. Podle § 52 písm. d) ZPr může zaměstnavatel rozvázat jednostranně pracovní poměr, pokud zaměstnanec nesmí konat dosavadní práci z příčin souvisejících s výkonem práce (pracovní úraz, nemoc z povolání...). Druhým výpovědním důvodem, spočívajícím v nevyhovujícím zdravotním stavu zaměstnance, je dle § 52 písm. e) ZPr dlouhodobé pozbytí zdravotní způsobilosti zapříčiněné obecným onemocněním.

Rozdělení výpovědních důvodů podle příčiny pozbytí zdravotní způsobilosti je odůvodněno tím, že v případě výpovědi podle ustanovení § 52 písm. d) ZPr náleží zaměstnanci odstupné ve výši nejméně 12násobku průměrného výdělku⁵⁴.

Pokud zaměstnavatel ve výpovědi nesprávně vymezí výpovědní důvod (např. pokud lékařský posudek uvádí, že je zdravotní nezpůsobilost zaměstnance způsobená obecným onemocněním, i když je pravou příčinou úraz z povolání), je výpověď ztížena, vadou a bude v případě namítnutí prohlášena soudem za neplatnou se všemi následky, které toto prohlášení s sebou nese (povinnost hradit zaměstnanci náhradu mzdy za období, kdy mu zaměstnavatel nepřiděloval práci atd.)

2. Právní povaha lékařských posudků a přezkumných rozhodnutí správního orgánu

⁵⁴ Viz § 67 ZPr.

Názor ohledně toho, jakou právní povahu má lékařský posudek poskytovatele pracovnělékařských služeb o zdravotní (ne)způsobilosti zaměstnance k výkonu práce a rozhodnutí správního orgánu, jimž se lékařský posudek přezkoumává, se v nedávné době změnil zcela zásadním způsobem.

Prakticky až do roku 2007 vycházela soudní praxe z pojetí lékařského posudku jako správního rozhodnutí, které zakládá konkrétní práva a povinnosti účastníkům pracovněprávních vztahů. Tento názor vycházel z logické argumentace, že předpokladem převedení zaměstnance na jinou práci či rozvázání pracovního poměru výpovědí dle ZPr není pouze nevyhovující zdravotní stav zaměstnance, ale tento stav potvrzený (konstatovaný) lékařským posudkem či rozhodnutím správního orgánu, neboť „objektivizování“ zdravotního stavu prostřednictvím odborného posouzení představuje součást skutkové podstaty právní normy, bez jejíhož naplnění učiněný právní úkon nemůže obstát.⁵⁵ V soudním řízení o určení neplatnosti ukončení pracovního poměru pak z důvodů výše uvedených nebylo možné posudek věcně přezkoumat, neboť již byl učiněn právní úkon, jehož je předpokladem, nebo, jinými slovy, již nastaly důsledky, které jsou s tímto rozhodnutím spojeny.⁵⁶

Po vytvoření zvláštní soustavy správních soudů v roce 2001 začaly být lékařské posudky (a přezkumná rozhodnutí správních orgánů) napadány žalobami proti rozhodnutí správního orgánu dle § 65 a násl. zákona č. 150/2002 Sb., soudní řád správní, ve znění pozdějších předpisů (dále též jen „s.ř.s.“), přičemž soudy měly v počáteční fázi za to, že předmětné akty jsou přezkoumatelné v soudním řízení správním.⁵⁷ Následně Nejvyšší správní soud naznal, že přezkumné rozhodnutí správního orgánu je sice správním rozhodnutím, na které se však vztahuje kompetenční vyluka podle § 70 písm. d) s. ř. s., neboť není samo o sobě překážkou výkonu povolání.⁵⁸

Dne 20. 9. 2007 vydal rozšířený senát Nejvyššího správního soudu průlomové rozhodnutí sp. zn. 4 Ads 81/2005, ve kterém naznal, že lékařský posudek není vůbec správním rozhodnutím, neboť neukládá zaměstnavateli přímo žádnou povinnost ani neingeruje sám o sobě do práv a svobod zaměstnance. Tentýž závěr přitom prý platí i o přezkumném aktu správního orgánu, jenž se sice formálně řídí v procesu správním řádem, což ovšem materiálně na povaze tohoto úkonu nemůže nic změnit, neboť ani

⁵⁵ DRÁPAL, Ljubomír. Lékařské posudky v pracovněprávních vztazích. *Právní rozhledy: časopis pro všechna právní odvětví*. Praha: C.H. Beck, 2008, č. 7. ISSN 1210-6410. str. 252 – 256.

⁵⁶ Viz např. rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 8. 3. 2005 sp. zn. 21 Cdo 1936/2004.

⁵⁷ Viz např. rozsudek Krajského soudu Moravskoslezského kraje ze dne 23. 11. 2005, č. j. 22 Ca 381/2004-52.

⁵⁸ Viz např. rozhodnutí NSS ze dne 2. 8. 2006 sp. zn. 3 Ada 51/2006.

tento přezkumný akt nezakládá, nemění, neruší ani závazně neurčuje práva či povinnosti ve smyslu § 65 odst. 1 s.ř.s. Poskytovatel pracovnělékařských služeb je dle Nejvyššího správního soudu ve smluvním vztahu se zaměstnavatelem, což již samo o sobě vylučuje jeho vrchnostenské postavení. Posudek takového smluvního partnera je pouze odborným posouzením (dobrozdáním), které umožňuje zaměstnavateli zjistit, zda byla naplněna hypotéza právní normy (dlouhodobé pozbytí zdravotní způsobilosti zaměstnance). Přezkum zdravotního stavu zaměstnance v rámci správního soudnictví z důvodu neexistence správního rozhodnutí tedy nepřichází dle Nejvyššího správního soudu v úvahu.

Do celé věci se následně vložil i Ústavní soud, který ve svém nálezu ze dne 23. 9. 2008, sp. zn. Pl. ÚS 11/08, přejal z velké části argumentaci NSS stran nemožnosti posuzování lékařského posudku (a přezkumného rozhodnutí) jako správního rozhodnutí a dodal, že tyto akty mají být přezkoumávány v občanskoprávním řízení o neplatnost výpovědi. Lékařský posudek (a přezkumné rozhodnutí) v něm mají mít povahu jakéhokoliv jiného důkazu, který je možné vyvrátit důkazem jiným (nejedná se totiž o správní rozhodnutí, ze kterého musí soud při rozhodování vycházet).

V dnešní době se tedy na lékařské posudky (a přezkumná rozhodnutí) nahlíží jako na dobrozdání, vydané lékařem poskytovatele pracovnělékařských služeb, které není správním rozhodnutím, nýbrž pouze důkazem o tom, zda byla naplněna hypotéza právní normy. Tento právní názor vyslovený Nejvyšším správním soudem a Ústavním soudem přitom přejala také důvodová zpráva k ZSZS.

3. Stěžejní argument proti novému pojmání a návrh změny právní úpravy

Názor, podle kterého se nelze vyhýbat věcnému zkoumání správnosti obsahu lékařského posudku (a přezkumného rozhodnutí) a že v soudním řízení je třeba s takovým posudkem nakládat jako s každým jiným skutkovým podkladem, neboť není nadán presumpcí správnosti, dle mého názoru v první řadě vážně zasahuje do principu právní jistoty, který je součástí pojetí materiálního právního státu. Tento princip lze vyložit tak, že jednotlivec, veden důvěrou v právo, by měl mít vždy alespoň rámcovou představu o tom, zda jednání, kterého se dopouští, je jednáním právně dovoleným nebo zakázaným.

V případech pracovněprávních jednání činěných na základě lékařských posudků toto však není ani v nejmenším garantováno, neboť je z jedné strany zákoníkem práce stanovena povinnost řídit se posudkovým závěrem, jehož věcnou správnost

zaměstnavatel není schopen nijak přezkoumat ani ovlivnit, a z druhé strany je dáno, že lékařský posudek může být v soudním řízení zpětně věcně přezkoumán. Platnost či neplatnost úkonu učiněného na základě lékařského posudku tedy závisí pouze na tom, zda další lékař, znalec v soudní při o neplatnost ukončení pracovního poměru, bude mít na zdravotní stav posuzované osoby nebo na příčinu tohoto stavu stejný názor jako lékař poskytovatele pracovnělékařských služeb. Z praxe jsou přitom známy případy, kdy je v jednom soudním řízení zdravotní stav zaměstnance přezkoumáván několika soudními znalci, případně znaleckými ústavy, přičemž mnohokrát jsou jejich závěry ohledně zdravotní nezpůsobilosti, či její příčiny, zcela protichůdné.

Zaměstnavatel tedy nemůže nijak ovlivnit závěry lékaře, který je při svém posuzování zcela nezávislý, ale nese důsledky jeho případného nesprávného posouzení zdravotního stavu zaměstnance, neboť pokud soud rozhodne o neplatnosti výpovědi, je to právě zaměstnavatel, který bude povinen zaměstnanci nahradit mzdu.

Nelze přehlédnout také skutečnost, že zaměstnavatel (ač nemůže ovlivnit lékařský závěr poskytovatele pracovnělékařských služeb) je povinen dodržovat pracovněprávní předpisy, a to pod sankcí pokuty až do výše 300 000,- Kč. Nerespektováním závěrů lékařského posudku by podle § 12 a § 25 zákona č. 251/2005 Sb., o inspekci práce, ve znění pozdějších předpisů, zaměstnavatel porušil stanovené povinnosti při vzniku, změnách a skončení pracovního poměru, dohody o provedení práce nebo dohody o pracovní činnosti. Zaměstnavatel může být přitom dle ustanovení § 92 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů, za nerespektování závěrů lékařského posudku o zdravotní způsobilosti při zařazování zaměstnanců potrestán pokutou až do výše 1 000 000,- Kč.

Vnímám jako spravedlivé, že je možné lékařské posudky přezkoumat z hlediska jejich věcné správnosti, neboť v praxi může nastat situace, kdy bude zdravotní stav, ať již z důvodu nedbalosti zaměstnance, zaměstnavatele nebo posuzujícího lékaře či z důvodu složitosti případu nebo nezákonného působení zaměstnavatele na rozhodovací činnost lékaře, posouzen nesprávně. Bylo by přitom nespravedlivé, aby toto nesprávné posouzení šlo k tíži zaměstnance jako slabší strany pracovního poměru. Myslím si však, že by se tento přezkum neměl odehrávat v civilních soudních řízeních o určení neplatnosti ukončení pracovního poměru, ale v rámci správního řízení příslušného správního orgánu, který na základě opravného prostředku vydá rozhodnutí, jenž bude závazné jak pro účastníky pracovněprávního vztahu, tak pro státní orgány na všech úrovních. Pokud by zaměstnanec či zaměstnavatel nebyl spokojen s tím, jak správní orgán rozhodl, měl by mít možnost proti tomuto rozhodnutí podat žalobu podle § 65 s. ř. s., neboť je to dle mého názoru právě rozhodnutí

správního orgánu, a nikoliv až jednání zaměstnavatele, co zasahuje do právní sféry zaměstnance. Není také dle mého názoru daná kompetenční výluka z přezkumu ve smyslu § 70 písm. d) s. ř. s., neboť již toto rozhodnutí znamená pro zaměstnance překážku ve výkonu povolání. Soudy ve správním soudnictví by pak mohly i z hlediska věcné správnosti rozhodnutí krajského úřadu přezkoumat, a pokud by naznaly, že je nesprávné, mohly by jej zrušit a nahradit.

Mělo by také dojít ke změně právní úpravy v zákoníku práce, která nyní stanoví dva výpovědní důvody pro zdravotní nezpůsobilost, rozdělené podle příčiny dlouhodobého pozbytí zdravotní způsobilosti zaměstnance k výkonu dosavadní práce. Navrhuji návrat k úpravě předešlé, která umožňovala zaměstnavateli podat výpověď pouze z jediného důvodu spočívajícího ve zdravotním stavu zaměstnance, a to z důvodu dlouhodobého pozbytí zdravotní způsobilosti, konstatovaného lékařským posudkem poskytovatele pracovnělékařských služeb nebo rozhodnutím správního orgánu, jenž lékařský posudek přezkoumává. Tento důvod by měl zahrnovat všechny příčiny pozbytí zdravotní způsobilosti. Nárok na odstupné by byl zachován, ovšem nebyl by nadále navázán na výpovědní důvod, ale na skutečnou příčinu dlouhodobého pozbytí zdravotní způsobilosti, uvedenou v lékařském posudku nebo prokázanou jiným způsobem. Navrhovanou změnou právní úpravy by odpadly všechny soudní spory o neplatnost výpovědi z pracovního poměru, ve kterých je platnost výpovědi napadána pouze z důvodu uvedené příčiny zdravotní nezpůsobilosti k práci. Pro samotnou schopnost vykonávat určitou práci je totiž důvod zdravotní nezpůsobilosti zcela irrelevantní.

VEŘEJNÉ FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB Z POHLEDU REVIZNÍHO LÉKAŘSTVÍ A PERSONÁLNÍ ASPEKTY

MUDr. Zdenka Salcman Kučerová, MBA

Provádění kontrol využívání a poskytování zdravotní péče hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění v jejím objemu a kvalitě je významnou aktivitou a současně povinností revizních zaměstnanců zdravotních pojišťoven vyplývající z § 42 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Revizní lékaři a další odborní pracovníci kontrolují, jestli poskytnutá péče odpovídá péči vyúčtované zdravotní pojišťovně, jestli byly vyúčtované pouze ty výkony, léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, které je pojišťovna povinna uhradit, a jestli rozsah a druh zdravotní péče odpovídá

zdravotnímu stavu pojištěnce. Součástí každé kontroly má být také soulad poskytovaných a vykázaných služeb s obsahem smlouvy o jejich poskytování a úhradě.

Cílem kontrolních a revizních činností zdravotních pojišťoven by měla být snaha o maximální racionalizaci prostředků veřejného zdravotního pojištění a to, aby pojištěnec obdržel právě takové zdravotní služby, jaké jeho zdravotní stav vyžaduje a jejichž ekonomická náročnost není při zachování požadované kvality vyšší, než je ze zdravotního hlediska nezbytně nutné.

Výsledky a poznatky z kontrolních a revizních aktivit by se pak měly promítat do smluvní a úhradové politiky pojišťoven a jejich snah o kultivaci či změnu pravidel pro úhradu zdravotních služeb.

V České republice neexistuje ucelený systém pregraduální a postgraduální výuky a vzdělávání v oboru revizního lékařství, resp. v oblasti principů a pravidel celkem širokého rozsahu kontrolně revizních činností (činností zdravotních pojišťoven vůbec), vyplývajících z obecně závazných právních předpisů, ale také rámcových a typových smluv či interních pravidel jednotlivých zdravotních pojišťoven. Na výuce a vzdělávání revizních zaměstnanců se bez větší koordinace podílí jednak zaměstnavatelé (zdravotní pojišťovny), Společnost revizního lékařství ČLS JEP, Subkatedra revizního lékařství při IPVZ a sami zaměstnanci individuální výukou a účastí na různých kurzech a seminářích. Chybí politická vůle umožnit vznik nástavbového oboru revizního lékařství v rámci postgraduálního vzdělávání lékařů, uzákonit pravidla pro nábor, základní kvalifikaci a další povinné vzdělání pro výkon činností revizních zaměstnanců (nejen lékařů) akreditovaným pracovištěm. Vedle toho chybí v České republice nezávislá instituce v podobě Úřadu pro dohled nad úhradami zdravotních služeb z prostředků veřejného zdravotního pojištění, který by zajistil provádění a vyvedení kontrol ze zdravotních pojišťoven s cílem eliminovat situaci stávajících nejednotných kontrol a revizí co do rozsahu, způsobu a kvality provedení i podoby formálních výstupů.

Smlouva o poskytování a úhradě zdravotních služeb je stěžejní dokument upravující vztah mezi poskytovatelem zdravotních služeb a zdravotní pojišťovnou. Má zásadní význam při kontrolách správnosti vykázaných zdravotních služeb a posuzování legitimacy postupu kontrolovaného poskytovatele zdravotních služeb a oprávněnosti realizovaných úhrad z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Relativně častým kontrolním nálezem je nesoulad faktického rozsahu poskytovaných služeb s ohledem na stav uvedený v Příloze č. 2. Stává se, že poskytovatel zdravotních služeb vykazuje k úhradě zdravotní služby, které poskytl nad

rámec nasmlouvané kapacity (lůžkové, personální, územní), popř. jinými zdravotníky, než kteří jsou oficiálně uvedeni v Příloze číslo 2 Smlouvy. Takové zdravotní služby obecně nejsou hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Jejich úhrada je možná jen v případě, že jejich poskytnutí bylo nutné a lze prokázat, že byly poskytnuty příslušně kvalifikovanými zaměstnanci za podmínek hrazených výkonů zdravotní péče.

Smlouva o poskytování a úhradě zdravotních služeb má být vzájemně respektovaný a právně závazný dokument, obsahující pravdivé a relevantní informace s ohledem na faktické oprávnění k poskytované zdravotní péči v jejím objemu, kvalitě i místním rozsahu. Poskytování a vykazování péče, která není přísně v souladu s obsahem Smlouvy, včetně jejích příloh, ztrácí nárok na úhradu z prostředků veřejného zdravotního pojištění, pokud není s plátcem domluveno jinak, a tato dohoda má formální charakter.

Připravené sdělení přináší informaci o revizní zkušenosti z jednoho zdravotnického zařízení lůžkové péče, které neoprávněně poskytovalo a vykazovalo k úhradě zdravotní služby, které nemělo ani nasmlouvané, ani registrované, resp. uvedené ve zřizovací listině zařízení. Navíc poskytovalo i služby, které nejsou hrazenou zdravotní službou. Poskytovali je zaměstnanci uvedení v Příloze č. 2 Smlouvy. Přes celkem jasná zjištění nebylo úplně jednoduché revizní nález obhájit a s vedením zařízení proběhla řada nelehkých jednání.

Příkladů revizních nálezů stran personálních nedostatků by mohla být celá řada. Specifickou kapitolou je pak poskytování a úhrada zdravotních služeb v ústavech sociální péče na základě tzv. Zvláštních smluv a problematika kontrol v těchto zařízeních.

Obory lékařské fakulty Masarykovy univerzity v roce 2017/2018

Zahájeno přijímací řízení

magisterské – prezenční

Všeobecné lékařství

- Všeobecné lékařství

Zubní lékařství

- Zubní lékařství

magisterské navazující – prezenční

Specializace ve zdravotnictví

- Fyzioterapie
- Intenzivní péče
- Nutriční specialista
- Optometrie

magisterské navazující – kombinované

Specializace ve zdravotnictví

- Intenzivní péče

bakalářské – prezenční

Specializace ve zdravotnictví

- Fyzioterapie
- Dentální hygiena
- Nutriční terapeut
- Optika a optometrie
- Ortoptika
- Radiologický asistent
- Zdravotní laborant
- Zdravotnický záchranář

Porodní asistence

- Porodní asistentka

Ošetřovatelství

- Všeobecná sestra

bakalářské – kombinované

Ošetřovatelství

- Všeobecná sestra

Specializace ve zdravotnictví

- Zdravotní laborant

Den otevřených dveří na LF MU

sobota 14. 1. 2017 (9:00 a 11:00 hod.) a středa 18. 1. 2017 (15:00 hod.)

Termíny pro podání elektronických přihlášek

Magisterské obory (ZL a VL) a Bakalářské obory

Od 1. 11. 2016 do 28. 2. 2017

Navazující magisterské obory

Od 1. 2. 2017 do 30. 4. 2017

www.med.muni.cz <http://www.med.muni.cz/index.php?id=28> (Přijímací řízení)



www.vzpkonference.cz

