

SPECIÁLNÍ ČLÁNEK

Pojem standardu péče v kontextu reformních změn

Dostál Ondřej

Univerzita Karlova v Praze, Fakulta humanitních studií a D&D Health s. r. o.

Anest. intenziv. Med., 25, 2014, č. 2, s. 147–152

Nejdůležitějším prvkem zdravotnického práva a základním kamenem každé soustavy medicín-skoprávních předpisů je definice standardu péče. (Ve významu *standard of care* obvyklém v teorii a v zahraniční literatuře, nikoliv ve významu úhradového „standardu a nadstandardu“, jak je někdy používán v českém mediálním diskursu.)

Tato definice je měřítkem pro soudní přezkum kvality poskytnuté péče v patientských sporech, je základním kritériem pro registraci a dohled nad poskytovateli zdravotní péče, nelze se bez ní obejít při tvorbě pravidel úhrady péče ze solidárních zdrojů. Kvalita a preciznost této definice vypovídá hodně o kvalitě zdravotnického práva daného státu a o míře právní jistoty, kterou poskytuje pacientům a zdravotníkům.

Definice standardu péče, tedy slovy platného zákona **definice náležité odborné úrovně**, je pojmem právním, nikoliv medicínským. Oborová pravidla, jejichž zdrojem je medicína jako vědní obor, respektive pravidla určovaná významnými představiteli tohoto oboru a jejich sdruženími, mohou, ale nemusejí být totožná se zákonnou definicí standardu péče. Zákonné požadavky vyjadřují společenskou volbu, politické preference všech občanů, co jsou ochotni uznat jako povolené a dostatečné; to se může (a mělo by) s odbornými pravidly překrývat, avšak legislativa vyjadřující vůli lidu může nastavit zákonný požadavek na standard péče mírněji (chce-li například volbou mírnějšího měřítka vytvořit pro lékaře částečnou imunitu před soudními žalobami) či odlišně (například požaduje-li se, aby mohly být nabízeny též některé metody vědecky neověřené či dokonce prokazatelně neúčinné, které požadují určité skupiny populace v důsledku svého náhledu na svět). Právní definice standardu péče tedy nemusí nutně odpovídat tomu, čemu se někdy říká péče **lege artis**.

(Pojem *lege artis* se používá v mnoha společenských kontextech, avšak v praxi jím zpravidla řečník-lékař míní představu

lékařské obce o medicínském optimu. Pojem *lege artis* dosud nemá v českém právu legislativní definici a patrně by ji mít ani neměl – jedná-li se v překladu o pravidla umění či profese, měla by být jejich definice i pojem sám přenechán příslušníkům daného svobodného povolání, a pro právníkový kontext používat ten pojem, který zvolil zákonodárce pro popis standardu péče, u nás tedy náležitou odbornou úroveň.)

Definice standardu péče také nemá automaticky vazbu na úhradu péče. To, že je nějaké konání zákonem uznáno jako povolené, správné, „standardní“, ještě nemusí znamenat, že musí být hrazeno ze solidárních zdrojů. Pouze velmi rigidní, etatistické systémy zdravotnictví prosazují tezi, že veškerá státem uznaná péče je také státem hrazena (a opačně, péče nehrazená ze státních zdrojů neexistuje a nemůže být tedy nabízena ani zdarma, ani za přímou platbu). Liberálnější systémy (respektive systémy, které si přiznaly nemožnost hradit veškerou péči z veřejných zdrojů) rovnítko mezi standard péče a nárok na úhradu nekladou; logickým důsledkem je existence péče hrazené zčásti či zcela z vlastních zdrojů pacienta.

Zdravotnické právo prošlo v posledních několika letech rozsáhlými změnami, které se dotkly též vymezení standardu péče. Tomuto pojmu se podrobně věnovala jak legislativa, tak judikatura nejvyšších soudů. Tento článek se po krátkém shrnutí legislativního vývoje věnuje třem významným momentům. Zaprvé, rozhrančením mezi zákonnou definicí měřítka kvality péče a názorem odborných společností, v rozsudku Nejvyššího soudu ČR z roku 2008. Zadruhé, propojení standardu péče a úhradového nároku v zákonné definici standardu péče v zákoně o zdravotních službách z roku 2011 a nálezů Ústavního soudu z roku 2012. A zatřetí, opětovnému oddělení standardu péče od úhradového nároku v novém Občanském zákoníku a v nálezů Ústavního soudu z roku 2013.

VÝVOJ DEFINICE STANDARDU PÉČE V ČESKÉ LEGISLATIVĚ

Základní rámec vnitrostátní právní úpravy ve zdravotnictví vymezuje ústavní pořádek České republiky, zejména Listina základních práv a svobod, která je jeho součástí, dále pak mezinárodní Úmluva o lidských právech a biomedicíně, která má nadzákonnou právní sílu. Zmíněná Úmluva sice obsahuje ustanovení k profesním standardům v článku 4, který stanoví, že **jakýkoliv výkon v oblasti péče o zdraví, včetně vědeckého výzkumu, je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy**, tento článek však není sám o sobě definicí, spíše odkazem na národní definici neboť, jak uvádí i Vysvětlující zpráva k Úmluvě, náplň profesních standardů, povinností a pravidel chování není ve všech zemích identická. (Vysvětlující zpráva k Úmluvě Rady Evropy č. 164 na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, body 30 a 31: „Všechny zákroky se musí provádět v souladu s platným právem obecně, jak je doplněno a rozvíjeno profesními pravidly. V některých zemích mají tato pravidla formu profesního etického kodexu (vypracovaného státem nebo profesními organizacemi), jinde formu disciplinárního kodexu lékařů, zdravotnické legislativy, lékařské etiky nebo jakýchkoli jiných prostředků zaručujících práva a zájmy pacientů, přičemž v nich může být pamatováno na právo námitky profesionálních zdravotnických pracovníků z důvodů svědomí. Tento článek se týká jak psaných, tak nepsaných pravidel. Pokud existuje rozpor mezi různými normami, měl by právní řád obsahovat pravidlo a způsob, jak tento rozpor mezi právními normami řešit.(...) Náplň profesních standardů, povinností a pravidel chování není ve všech zemích identická. Tytéž lékařské povinnosti se mohou v jednotlivých společnostech poněkud lišit. Ve všech zemích však platí základní zásady řádného výkonu lékařského povolání. Lékaři a obecně všichni profesionální pracovníci, kteří se podílejí na lékařském výkonu, podléhají zákonným a etickým imperativům. Jsou povinni jednat s péčí a odborností a věnovat bedlivou pozornost potřebám každého pacienta.)

Podrobnější definici je proto zapotřebí hledat teprve na úrovni zákonné.

Základním zákonem pro zdravotnické právo byl po několik desetiletí zákon o péči o zdraví lidu, 20/1966 Sb., jehož § 11 stanovil, že **zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy**. V době svého přijetí šlo o poměrně moderní, objektivní vymezení standardu péče, určené pouze **současnými dostupnými poznatky vědy**, bez ohledu na individuální či lokální zvláštnosti či limitace. (K právnímu vývoji nazírání na standard péče v mezinárodním srovnání podává výborné shrnutí již historická, avšak velmi kvalitní publikace Giesen, D., „International Medical Malpractice Law: a Comparative Law Study of Civil Liability Arising from Medical Care“, Mohr/Nijhoff 1988.)

Z hlediska **de iure** šlo tedy o definici v zásadě vyhovující.

(Situace *de facto* byla dle dostupné literatury zřejmě odlišná, rozsah a kvalitu skutečně poskytované péče patrně výrazně ovlivňovaly podzákonné předpisy a metodické řízení tehdejšího centralizovaného systému zdravotnictví, včetně ekonomických omezení; již literatura vydaná před rokem 1989 zmiňuje problém, že v oblasti zdravotnictví je vydáno množství podzákonných předpisů z pera ministerstva zdravotnictví, které nevycházejí nebo přímo odporují předpisům vyšší právní síly; Drgonec, J., Holländer, P.: *Moderná medicína a právo*. 2. vydání. Bratislava: Obzor, 1988, 304 s., s. 13 a násl., cit. in Červená, K., *Vztah lékaře a pacienta z pohledu správního práva (disertační práce)*, PrF MU Brno.)

Právní předpisy pro oblast zdravotní péče, byly mezi lety 2010 a 2014 podrobeny rozsáhlým změnám. Záměrem zákonodárce bylo nahradit starou právní úpravu, pocházející původně ze šedesátých let minulého století, mnohokrát novelizovanou a údajně nevyhovující, sérií nových zákoníků, které by byly přehledné a srozumitelné i pro právního laika. Jde zejména o následující rekodifikace:

- **Zákon o péči o zdraví lidu**, č. 20/1966 Sb. a celá řada navazujících zákonů a prováděcích vyhlášek, upravujících organizaci zdravotní péče, byla s účinností k 1. 4. 2012 zrušena a nahrazena balíkem **zákonů o zdravotních službách**. Jde zejména o „základní“ zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ale též o doprovodné zákony o specifických zdravotních službách a zdravotnické záchranné službě, a o celou sérii vyhlášek upravujících podrobněji například vedení zdravotnické dokumentace či personální zajištění zdravotních služeb.

- **Trestní zákon**, č. 140/1961 Sb. byl s účinností k 1. lednu 2010 nahrazen novým trestním zákoníkem, 40/2009 Sb. Došlo ke změnám a doplnění některých skutkových podstat, pro zdravotnictví je významná též zákonná definice některých okolností vylučujících odpovědnost, zejména svolení poškozeného v § 30 a přípustného rizika v § 31.

Občanský zákoník, 40/1964 Sb. je k 1. lednu 2014 nahrazen zcela novým a přepracovaným občanským zákoníkem 89/2012 Sb. (dále též „nový občanský zákoník“). Zde se nalézá mnoho zásadních změn, zejména nově upravený právní vztah „Péče o zdraví“ v § 2636 a následujících.

Poněkud paradoxně nedošlo k nahrazení nejdůležitějšího předpisu pro oblast ekonomiky a úhrady péče, tedy zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Tento zákon byl sice opakovaně novelizován, zůstává však předpisem značně nekvalitním a vágním. Zásadní pravidla úhrady péče jsou vytvářena teprve na úrovni podzákonné, jedná se zejména o triádu vyhlášek dle § 17 zákona. (Jde o vyhlášku o rámcových smlouvách, vyhlášku o seznamu výkonů a každoročně vydávanou tzv. úhradovou vyhlášku.

Nemalou roli v praxi hraje též „parazitní normotvorba“ na úrovni zdravotních pojišťoven, poskytovatelů či různých expertních entit, která mnohdy *de facto* určuje rozsah hrazené péče, ač pro to zákonný základ chybí či je zcela nedostatečný; jde například o metodiky úhrady případovým paušálem, tvorbu sítě center specializované péče před 1. 4. 2012, pravidla úhrady zdravotnických prostředků použitých při hospitalizaci aj.)

Úhradová pravidla jsou následkem toho velmi nestabilní a proměnlivá v čase, obsahují problematické zásahy do základních práv pojištěnců, ale i poskytovatelů a dalších dotčených subjektů, následkem čehož se logicky stávají předmětem zájmu Ústavního soudu, který je opakovaně zrušuje, viz například nálezy Pl. ÚS 36/05 ke stanovování úhrad léčiv, Pl. ÚS 36/11 o „nadstandardech“ a validitě Seznamu výkonů s bodovými hodnotami, či nejnověji Pl. ÚS 19/13 k protiústavnosti tzv. úhradové vyhlášky

Zákon o zdravotních službách stanoví v § 28 dvě základní zásady. Zaprvé, zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem, nestanoví-li tento zákon jinak. Zadruhé, pacient má právo na poskytování zdravotních služeb na náležitě odborné úrovni. Nejdůležitější definicí v nové zdravotnické legislativě je definice „**náležité odborné úrovně**“, popsáné v § 4 odst. 5 zákona o zdravotních službách tak, že „**náležitou odbornou úroveň se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti.**“

STANDARD PÉČE A STANOVISKA ODBORNÝCH SPOLEČNOSTÍ

Nejvyšší soud ČR se ve významném rozhodnutí z roku 2008 (8 Tdo 1421/2008 ze dne 10. prosince 2008) zabýval vztahem mezi zákonnou definicí standardu péče v tehdejší zákoně č. 20/1966 Sb. a stanovisky odborných společností, když zkoumal otázku existence trestní odpovědnosti dle § 207 odst. 2 tehdejšího trestního zákona (trestný čin neposkytnutí pomoci).

Šlo o případ lékaře-záchranáře, který dle názoru prvostupňového soudu neposkytl potřebnou pomoc tím, že nevyužil veškerých možností resuscitace u několika pacientů a konstatoval předčasně jejich smrt. Lékař se hájil tím, že ve všech případech údajného neposkytnutí pomoci konstatoval smrt pacientů na základě indikace tzv. Tonelliho příznaku, který je považován za nepochybnitelnou známku biologické smrti člověka. Znalec však konstatoval postup **non lege artis**, přičemž se odvolal na metodické pokyny České lékařské společnosti J. E. Purkyně; tento negativní znalecký posudek byl pro prvostupňové soudní rozhodnutí určující.

Nejvyšší soud podrobil postup soudů nižších stupňů kritice, když konstatoval, že „(...) Česká lékařská společnost J. E. Purkyně nemohla vydat takové závazné standardy, které by byl obviněný jako lékař záchranné služby povinen dodržovat. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně je totiž „dobrovolné nezávislé sdružení fyzických osob – lékařů, farmaceutů a ostatních pracovníků ve zdravotnictví a příbuzných oborech, příp. osob právnických“ (srov. § 1 odst. 1 jejích Stanov). Je tedy občanským sdružením, a už proto její doporučení nemohou být pro lékaře (příp. další sdružené osoby) závazná, natož aby mohla být považována za obecně závazné standardy nejen pro její členy, ale dokonce i pro všechny zdravotnické pracovníky v České republice, jak snad chtěl odvolací soud dovodit.(...) To na druhé straně neznamená, že by povinnosti lékařů (příp. ostatních pracovníků ve zdravotnictví) nebyly právními normami upraveny. Postup při poskytování zdravotnické péče je obecně upraven v již výše citovaném zák. č. 20/1966 Sb., podle jehož § 11 odst. 1 zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy.“

K otázce standardu péče pak Nejvyšší soud uvedl, že „pojem *lege artis* je v současnosti obvykle vykládán jako takový preventivní, diagnostický nebo terapeutický postup, který odpovídá nejvyššímu dosaženému vědeckému poznání. Za zdravotní péči *lege artis* je tedy považována taková zdravotní péče, která je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. Naopak za zdravotní péči *non lege artis* je považována taková zdravotní péče, při jejímž poskytování lékař volí postupy zastaralé, nedostatečně účinné, neověřené nebo dokonce nebezpečné“. Soud dále konstatoval potřebu důkladného soudního přezkumu znaleckých posudků jako důkazních prostředků, když uvedl s odkazem na judikaturu Ústavního soudu, že „znalecký posudek je nepochybně významným druhem důkazních prostředků a v rámci dokazování v trestním řízení mu přísluší významné místo. Nelze však pustit ani na okamžik ze zřetele, že ze stěžejních zásad dokazování v novodobém trestním procesu vyplývá požadavek kritického hodnocení všech důkazů, včetně znaleckého posudku. Znalecký posudek je nutno hodnotit stejně pečlivě, jako každý jiný důkaz, ani on nepoužívá žádné větší důkazní síly a musí být podrobován všestranné prověrce nejen právní korektnosti, ale též věcné správnosti. (...) Ponechávat bez povšimnutí věcnou správnost znaleckého posudku, slepě důvěřovat závěrům znalce, by znamenalo ve svých důsledcích popřít zásadu volného hodnocení důkazů soudem podle

svého vnitřního přesvědčení, privilegiovat znalecký důkaz a přenášet odpovědnost za skutkovou správnost soudního rozhodování na znalce; takový postup nelze z ústavněprávních hledisek akceptovat.“

Na základě tohoto významného rozsudku lze uzavřít, že jako měřítko správnosti postupu lékaře před soudy by měla být vždy použita zákonná definice standardu péče (byť ji soud zde nazývá pojmem *lege artis*), nikoliv stanoviska odborné společnosti, která nejsou bez dalšího závazným zdrojem povinností lékařů. Je zřejmé, že tato stanoviska budou působit při zpracování znaleckých posudků značnou silou přesvědčivosti a budou mít na hodnocení správnosti postupu lékaře v konkrétním případě značný nepřímý vliv; pro znalce a tím spíše pro soud však nejsou jediným ani nevyvratitelným zdrojem informací o tom, co je po právu. Odporovalo-li by stanovisko odborné společnosti obsahu zákona, přednost by měl na právním fóru vždy zákon.

STANDARD PÉČE A EKONOMICKÉ LIMITACE V ZÁKONĚ O ZDRAVOTNÍCH SLUŽBÁCH

Zákonem č. 372/2011 Sb., o péči o zdraví lidu, byl standard péče nově definován tak, že „**náležitou odbornou úroveň se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti.**“ Ihned po přijetí zákona vyvolal pozornost právních teoretiků dovětek „ohledu na konkrétní podmínky a objektivní možnosti“, a to zejména v kontextu dřívější úpravy, kdy § 11 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, požadoval po zdravotnických zařízeních péči „**dle současných dostupných poznatků medicínské vědy**“, bez korektivu „podmínek a možností“. Tento dovětek se jevil jako omezení odpovědnosti lékaře a současně jako relativizace práva pacienta na kvalitní péči – ve spojení s § 28 lze dovodit, že pacient nemá právo na péči dle pravidel vědy, nemožňují-li to konkrétní podmínky či objektivní možnosti.

Co může být těmito „podmínkami a možnostmi“? Je zřejmé, že po lékaři není možno očekávat dodržení nejvyššího standardu medicínské vědy při péči o pacienta „na ulici“ nebo v případě krizového stavu, např. hromadné havárie. Toto však již za dřívější právní úpravy pokrýval dostatečně institut tzv. krajní nouze, popsany v trestním i občanském zákoníku. Je tedy otázkou, v jakých dalších situacích ještě zákonodárce zamýšlel vyloučit povinnost postupovat dle poznatků vědy. Z přípravných prací na zákoně vyplývá vůle tvůrců této právní normy omezit rozsah standardu péče na úroveň ekonomicky udržitelnou v systému rozsáhlé garance solidární úhrady péče.

Zákon jako celek i jeho jednotlivé části byly napadeny ústavní stížností, kde k definici standardu péče byla zmíněna i obava, že zákonodárce dává lékaři pravomoc zavést pro skupinu „svých“ pacientů určitou formu **rationingu**, „přídělového systému“, aby vyšel s přiděleným „rozpočtem“ od zdravotní pojišťovny – ke škodě pacientů, kteří přijdou později a nebudou z důvodu „objektivní nemožnosti“ ošetřeni tak, jak by jejich medicínský stav vyžadoval. Odpověď k namítané protiústavnosti dává rozhodnutí Ústavního soudu z roku 2012, které tuto obavu do jisté míry potvrzuje – a tvrdí, že to tak „přece odjakživa bylo“.

V nálezu Pl. ÚS 1/2012 Sb. v bodech 352-354 Ústavní soud uvedl: „**Za novum nelze označit ani ohled „na konkrétní podmínky a objektivní možnosti“, jimiž jsou nepochybně míněny jak specifické okolnosti, za nichž k poskytnutí zdravotních služeb došlo, tak i aktuální možnosti jednotlivých zdravotnických zařízení postupovat při jejich poskytování určitým způsobem.** (...) Právě k tomuto znaku definice náležité odborné péče vztahují vedlejší účastníci své námítky, když tvrdí, že v jeho důsledku již zákon o zdravotních službách (oproti předchozí právní úpravě) netrvá na co nejlepší možné léčbě pacienta, tedy – jinými slovy – na tom, aby byl léčen v souladu s nejvyšším stupněm vědeckého poznání. Ústavní soud však zastává názor, že takovýto požadavek z ústavního pořádku dovodit nelze. Především je třeba uvést, že vymezení podmínek, za nichž se jednotlivec může domoci práva na zdravotní péči, náleží ve smyslu čl. 31 ve spojení s čl. 41 odst. 1 Listiny zákonodárci. (...) Je tedy na něm, aby vymezil takové podmínky uplatňování práva podle čl. 31 Listiny, jež jednotlivým pojištěncům umožní přístup ke zdravotní péči, jež dostojí výše uvedeným požadavkům její kvality. Jakékoliv přiznané nároky jsou však vázány na rámec zdravotního pojištění a s tím spojený limitující faktor, kterým je omezený objem finančních zdrojů na úhradu zdravotní péče. (...) Zákonný požadavek garance z celosvětového hlediska nejlepší úrovně poskytování zdravotní péče by proto místo skutečného zvýšení jejího standardu vedl s největší pravděpodobností k tomu, že by se tato úroveň stala v převážném množství případů nedosažitelnou a s ohledem na své náklady by přístup jednotlivce k zdravotní péči naopak fakticky omezovala. Jiný výklad nakonec nepřipouštěl ani § 11 odst. 1 zákona o péči o zdraví lidu, který vedlejší účastníci považují za ústavně konformní. Ani v jeho případě nemohly být přehlíženy faktické (finanční, znalostní i personální) limity, které byly a jsou určující pro rozsah a podobu poskytované zdravotní péče v České republice. (...) Odpověď na otázku, zda bude konkrétní typ

léčby vždy tím nejlepším možným, nebo zda bude upřednostněna jiná (levnější) varianta, proto vždy závisí na uvážení zákonodárce, respektive na tom, jakým způsobem stanoví pravidla, jež budou pro rozhodnutí v této otázce určující. (...) Z těchto důvodů dospěl Ústavní soud k závěru, že napadená ustanovení zjevně nejsou v rozporu s čl. 31 Listiny ani s čl. 4 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, se kterým je v obsahové shodě.“

Tento právní vývoj lze označit za poněkud překvapivý. Nejen proto, že Ústavní soud spojil dohromady otázku kvalitativního standardu s problémem objemu zdrojů veřejného pojištění na hrazenou péči, což jakoby popíralo možnost pacienta připlatit si za služby nehrazené, a to služby libovolné úrovně a libovolné ceny, s omezením jen na jeho individuální solventnost a ochotu platit. Za podstatnější lze považovat, že zákonodárce i Ústavní soud otevřeně umožnili vníknout ekonomické limitaci do definice kvalitativního standardu péče, tedy vytvořili lékaři prostor zohlednit při poskytování péče aktuální možnosti veřejných rozpočtů a rozpočtu svého zdravotnického zařízení. Příměji řečeno, byla omezena vázanost lékaře výhradně zájmem konkrétního pacienta, došlo k návratu ke společenské úloze lékaře jako osoby oprávněné rozdělovat dostupné zdroje zdravotního pojištění tak, aby „na všechny zbylo“, byť i s důsledkem zkrácení konkrétního nemocného v přístupu k moderní medicínské péči, zatížila-li by neúměrně společný rozpočet. Logika odůvodnění výroku Ústavního soudu vede k závěru o možnosti použití nástrojů **triage** nejen v konkrétní krizové situaci (což i dříve umožňoval institut krajní nouze), ale i jaksi globálně ve vztahu k věčné deficitním veřejným rozpočtům, včetně vyloučení lékařovy odpovědnosti za případné škody na zdraví u těch pacientů, kteří nebyli v dané ekonomické situaci vyhodnoceni jako prioritní.

Tento přístup není apriori možno odmítnout jako mylný, zejména byl-li potvrzen jako ústavně konformní Ústavním soudem jako nejvyšší soudní autoritou. Lze však přinejmenším říci, že je špatně slučitelný s moderními právy pacienta na informace o alternativách a volbu péče, které se tak v hraničních situacích stávají pouhou formalitou. Lékař je sice dle § 31 odst. 2 zákona povinen pacienta poučit o veškerých možnostech léčby, povinen poskytnout je ovšem jen tolik péče, kolik odpovídá konkrétním podmínkám a objektivním možnostem finančních prostředků veřejného systému a patrně i jeho konkrétního zařízení.

Jak dlouhá a trvalá bude tato cesta do dávné historie zdravotnického práva a etiky, založená na lokálním standardu kvality péče a přednosti zájmu society před potřebou a volbou konkrétního

nemocného, zodpoví až soudní praxe ve sporech o stávající definici standardu.

(Proč hovoříme o lokálním standardu péče? Je-li do definice standardu, tedy měřítka kvality, vepsán korektiv „konkrétních podmínek a objektivních možností“, docházíme k definici kruhem – „konkrétní zdravotnické zařízení má povinnost být kvalitní do té míry, ve které to umožňují jeho konkrétní podmínky“. Tento přístup k určování standardu péče byl v západoevropských zemích překonán již v 70. letech (a u nás již v zákoně 20/1966 Sb.). Lze jen doufat, že současnou definici nepojmou managementy nemocnic tak, že čím větší zhoršení věcného a personálního zajištění dopustí, tím více zhorší „konkrétní podmínky“ – a omezí svou odpovědnost ve smyslu zákonné definice...)

STANDARD PÉČE A EKONOMICKÉ LIMITACE NOVÉM OBČANSKÉM ZÁKONÍKU A RECENTNÍ JUDIKATUŘE ÚSTAVNÍHO SOUDU

Nejnovější právní vývoj ukazuje, že s tímto nastavením ani legislativa, ani soudy zcela srozuměny nejsou. Za pozornost stojí již to, že zákon o veřejném zdravotním pojištění ve svém § 13 odst. 1, ani nový občanský zákoník s korektivem „podmínek a možností“ nadále nepracují. Zákon o veřejném zdravotním pojištění i po novele převzal jako jedno z kritérií úhrady znění původní definice standardu ze zákona o péči o zdraví lidu, tedy bez „podmínek a možností“. Nový občanský zákoník, zdá se, vrací též právní stav k objektivnímu kvalitativnímu standardu, pokud ve svém § 2642 odst. 1 stanoví, že „**poskytovatel postupuje podle smlouvy s péčí řádného odborníka, a to i v souladu s pravidly svého oboru**“, též se tedy jedná, byť jinými slovy, o tradiční definici bez „podmínek a možností“ – byť dokud nebude zákon č. 372/2011 Sb. výslovně změněn, bude mít v něm obsažená definice patrně aplikační přednost před definicí standardu v novém občanském zákoníku.

Dokonce i Ústavní soud jakoby svůj předchozí přístup změnil či alespoň doplnil, zaujímá i v rozhodnutí Pl. ÚS 13/19 z konce roku 2013 tezi, že regulační omezení nemohou být uplatněna, došlo-li k jejich překročení vlivem potřeby poskytnout nákladnou, zejména neodkladnou péči, přičemž objem celkových prostředků na zdravotnictví musí zohlednit i nárůst nákladů. V tomto rozhodnutí Ústavní soud již konstatoval: **Realizace práva podle čl. 31 Listiny závisí na objemu finančních prostředků, které jsou prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění vynakládány na zdravotní péči. Tento objem přitom musí reflektovat i případný nárůst nákladů vznikajících v souvislosti s jejím poskytováním, neboť v opačném případě by dřív nebo později vedl k ztížení přístupu pacientů ke zdravotní péči nebo dokonce k jejich ohrožení. Nalezení**

optimálního způsobu financování zdravotnictví je v plné kompetenci Parlamentu a exekutivy. Náleží-li proto Ústavnímu soudu v rámci řízení o kontrole norem možnost určité ingerence, pak jejím smyslem není nahrazovat uvedené orgány při hledání věcného řešení, nýbrž dbát o to, aby si tyto řádně plnily svou z ústavního pořádku vyplývající povinnost a aktivně využívaly své pravomoci k zajištění ochrany života, zdraví a důstojnosti jednotlivce. Prostor pro zásah Ústavního soudu tak v zásadě může vzniknout i tehdy, pokud by se tyto orgány při výkonu své normotvorní pravomoci nezbývaly okolnostmi, které by mohly mít dopad z hlediska práva na bezplatnou zdravotní péči podle čl. 31 Listiny, mezi něž nárůst nákladů na poskytování zdravotních služeb nepochybně patří. Takové posouzení lze přitom od nich očekávat ve vztahu ke všem segmentům hrazené zdravotní péče. Zbývá jen dodat, že realizace uvedeného práva může za určitých okolností vyžadovat i navýšení prostředků veřejného zdravotního pojištění. Dosažení (objemového limitu z úhradové vyhlášky) se významným způsobem dotýká výše úhrady, na kterou vznikne poskytovatelům nárok vůči zdravotní pojišťovně, nemá však vliv na rozsah, v jakém jsou povinni poskytovat zdravotní péči. Ti totiž ani po jeho dosažení nemohou odmítnout poskytnutí neodkladné péče a nestanoví-li zákon jinak, tak v případě pojištěnců, s jejichž zdravotní pojišťovnou mají uzavřenou smlouvu, ani poskytnutí péče jiné. (Pl. ÚS 13/19, body 67 a 69)

Oproti dříve citovanému nálezu tedy nyní Ústavní soud říká, že vyšší náklady na kvalitní a potřebnou péči by měly vést k navýšení objemu zdrojů, nikoliv že daný objem zdrojů může zdůvodnit podkročení kvalitativního standardu.

ZÁVĚR

Vzato pragmaticky a z pohledu lékaře, výhodou současného stavu práva je, že dává prostor soudci přijmout vyvinění lékaře, který nepostupoval v souladu s poznatky vědy, avšak namítl pro svou obhajobu rozumně znějící „podmínky a možnosti“, které plnému využití medicínských možností bránily nebo by je činily neúčelnými.

Současné právo nicméně vychází z principu autonomie pacienta. Má-li tomu tak zůstat i nadále, rozhodovací proces lékaře by měl být omezen na právní rovinu medicínského zhodnocení stavu pacienta a možného přínosu léčby, případně jejích různých alternativ, a tvorby návrhu léčebného postupu. Lékař je v tomto směru odborně vzdělán, toto je role a kompetence. Správcem fondů zdravotního pojištění je však při dnešním stavu

práva zdravotní pojišťovna, nikoliv lékař, zdravotní pojišťovně svěruje zákon rozhodovat o přidělení či nepřidělení těchto fondů, přičemž pojištěnec může volit, zda se spokojí s péčí hrazenou či zda bude chtít čerpat péči nehrazenou za podmínky zaplacení její ceny. Dnes již tedy ve vztahu k ekonomice lékaři rozhodovací roli de iure nemají. Logika poreformního systému práva stojí tak, že zdravotní služby jsou zákonem rozděleny na hrazené a nehrazené. Lékař navrhuje pacientovi potřebné služby ryze dle medicínských kritérií; ty hrazené plně zaplatí zdravotní pojišťovna, ty nehrazené pak pacient, případně jeho zákonný zástupce, který byl poučen o ceně a souhlasil s ní.

Je samozřejmě možné vrátit se zpět tam, kam nás vede definice náležité odborné úrovně v platném zákoně o zdravotních službách. Je možné, aby lékař opět přijal právní roli toho, kdo rozhodnutím o návrhu léčby rozhoduje současně též o přidělení hrazené zdravotní služby pojištěnci, neboli o přiznání věcné dávky zdravotního zabezpečení v podobě např. výkonu či léku. To by vcelku odpovídalo stavu de facto – v současnosti je zákonné vymezení hrazené péče značně vágní, rozhodování lékařů je ovlivněno faktem objemové limitace úhrad pojišťovnou, respektive stanoveného rozpočtu oddělení, jehož nedodržení se postihuje. Je možné, že (znovu) přidělení zákonem dané alokační role lékaři by bylo postupem společensky vhodným a ekonomicky efektivním. Zřejmé však je, že takový přístup není slučitelný s moderním přístupem k autonomii pacienta, která by musela být v takovém případě významně popřena ve prospěch závazného rozhodování lékaře o volbě léčby. Lékař nemůže úspěšně řídit náklady s ohledem na objektivní ekonomické danosti jeho zdravotnického zařízení, zasahuje-li mu do toho pacient, nadaný právem na poučení a spoluúčast při rozhodování formou souhlasů, reversů a koneckonců i volby poskytovatele.

Volba mezi oběma modely, tradičním i moderním, je na budoucím zákonodárci. Jak je zjevné z výše popsané debaty o definici standardu péče, probíhající mezi legislativou a vysokými soudy, právní řád se v posledním roce pokusil o oba protichůdné přístupy současně. Tento stav se nejeví jako dlouhodobě udržitelný.

Poznámka: Text je součástí učebnice Intenzivní medicína, editor: Pavel Ševčík, Galén 2014 (v tisku).

Adresa pro korespondenci:

JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M.

D&D Health s.r.o.

Na Václavce 1176/17

150 00 Praha 5-Smíchov

e-mail: ondrej.dostal@zdravopravo.cz