

Standardy zdravotních služeb a jejich vzájemný vztah

Standards of health care and their mutual relationship

JUDr. Ivo Smrž, Ph.D., Kabinet zdravotnického práva a bioetiky, ÚSP AV ČR, v. v. i.

Abstract: The article focuses on the standards of health care and their mutual relationship. Firstly, the article deals with different types of standards, i.e. with the medical standard, civil law (liability) standard and with the standard for the purposes of public health insurance law. The second part of the paper is aimed at their mutual relationship, primarily with an emphasis on the relationship between the civil law standard and standard for the purposes of public health insurance law, where there could evidently exist tension between them.

Key words: standards of health care – civil law – public health insurance law – collision

Abstrakt: Článek je zaměřen na problematiku standardů při poskytování zdravotních služeb a jejich interakci. Nejprve se v článku pojednává o jednotlivých druzích standardů, tedy o standardu medicínském, civilněprávním (deliktním) a standardu zdravotních služeb pro účely práva veřejného zdravotního pojištění. Druhá část článku se věnuje jejich vzájemnému vztahu, a to s důrazem na vztah standardu civilněprávního a standardu práva veřejného zdravotního pojištění, kde může docházet k jejich vzájemné kolizi.

Klíčová slova: standardy zdravotních služeb – civilní právo – právo veřejného zdravotního pojištění – kolize

ÚVOD

O povinnosti lékařů a ostatně všech zdravotnických pracovníků poskytovat zdravotní služby na náležité odborné úrovni či v souladu s uznávanými odbornými – medicínskými – standardy, jinak řečeno *lege artis*, bylo již v minulosti napsáno mnoho a stejně tak bylo toto téma poměrně široce diskutováno. Takové tvrzení však nelze učinit ve vztahu k diferenciaci jednotlivých typů relevantních standardů při poskytování zdravotních služeb a k jejich vzájemnému vztahu, který ne vždy bude zcela bezkonfliktní.

Při poskytování zdravotních služeb můžeme a současně i musíme rozlišovat primárně tři typy standardů. Prvním z nich je bez jakýchkoliv pochybností standard zdravotně odborný, tedy medicínský. Druhým z nich je standard vytyčený pro účely civilního práva v soukromoprávním vztahu poskytovatele zdravotních služeb a pacienta projevující se ve smluvní či zákonné povinnosti poskytovat zdravotní služby na náležité odborné úrovni v souladu s medicínskými standardy, včetně případného porušení této povinnosti mající za následek vznik povinnosti k náhradě tím způsobené újmy. A konečně je třeba také zmínit standard pro účely práva veřejného zdravotního pojištění, který určí, jaké zdravotní služby jsou z tohoto systému veřejného práva pacientům hrazeny.

Medicína, soukromé i veřejné právo se standardy poskytovaných zdravotních služeb pracují. Mají nicméně ve všech uvedených oblastech stejný obsah, jsou napříč těmito obory jednotné? Hned na tomto místě je třeba uvést, že nikoliv. Dominantní roli při vymezování obsahu standardů hraje účel, kterému standard v daném oboru slouží. Vezmeme-li například v potaz, že právo veřejného zdravotního pojištění je financováno z veřejných rozpočtů, což značí jistou omezenost nejen finančních zdrojů, a to za současného dynamického rozvoje medicíny, je zřejmé, že každému účastníku veřejného zdravotního pojištění nemůže být z tohoto systému hrazena zdravotní péče, která odpovídá vždy nejmodernějším postupům v lékařské vědě. Takovým množstvím finančních prostředků solidární systém veřejného zdravotního pojištění nedisponuje.

Nadto mezi tyto dva „světy“ vstupuje soukromé (civilní) právo,¹ které určuje, na jaké úrovni má lékař povinnost poskytovat zdravotní služby, přičemž je zřejmé, že její porušení dá vzniknout občanskoprávní odpovědnosti, jejíž jednou z funkcí je ochrana právních statků, zde zdraví a života člověka.

Nelehkým úkolem je naleznout vzájemnou rovnováhu všech těchto tří oblastí tak, aby pacientovi byla vždy poskytnuta zdravotní péče na odpovídající medicínské úrovni, tato byla uhrazena z veřejného zdravotního pojištění a současně korespondovala s náležitou úrovní zdravotní péče, kterou musí lékař pacientovi podle civilního práva poskytnout.

Zřejmá diskrepance nastane, pokud bude pro pacientův zdravotní stav vhodné, popřípadě nutné, poskytnout zdravotní péči, která ovšem nebude hrazena ze systému veřejného zdravotního pojištění, což lékaři bez dalšího neumožní splnit povinnost poskytnout péči na takové úrovni, aby byla

¹ A současně i právo veřejné, viz ustanovení § 4 odst. 5 zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů. Dále jen jako „ZZS“.

s ohledem na funkci civilního deliktního práva zajištěna ochrana zdraví či života pacienta. Nežádoucí zatížení vztahu lékaře a pacienta tímto konfliktem je nasnadě, pacient bude s nastalou situací primárně konfrontován lékařem ve zdravotnickém zařízení, a nikoliv svojí zdravotní pojišťovnou.

S ohledem na výše uvedené si předkládaný článek klade za cíl přispět k diskusi o nutnosti rozlišování jednotlivých typů standardů při poskytování zdravotních služeb a současně nastínit možná řešení směřující k odstranění vzájemné tenze mezi nimi. První část článku uvede jednotlivé typy standardů při poskytování zdravotních služeb, jejich charakteristiku a význam, návazně druhá část předestře třecí plochy především mezi civilněprávním (deliktním) standardem a standardem v právu veřejného zdravotního pojištění, včetně východisek jejich eliminace.

Významným zdrojem, se kterým bude v článku pracováno a z něhož budou čerpány cenné poznatky i zkušenosti pro českou právní úpravu, bude zejména německá doktrína i judikatura. Upozaděna samozřejmě nezůstane domácí doktrína ani judikatorní praxe vysokých soudů České republiky.

1. DRUHY STANDARDŮ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

1.1 MEDICÍNSKÝ STANDARD

Nejprve je vhodné pojednat o standardu zdravotně odborném, tedy medicínském, jenž je inherentně ústředním standardem, od něhož se následně odvíjí i standard pro účely jak soukromého, tak i veřejného práva při poskytování zdravotních služeb.

Dnes v první řadě vychází medicínský standard z tzv. „*evidence-based medicine*“,² jejímž účelem je determinace nejvhodnějších diagnostických a terapeutických lékařských postupů za pomoci epidemiologických dat získaných formalizovanými studiemi.³ EBM lze definovat jako vědomé, zřejmé a uvážlivé užití aktuálně nejlepších důkazů při rozhodování o péči o individuálního pacienta. Postup v souladu s EBM velí kombinovat nejlepší dostupné důkazy ze systematického výzkumu se zkušenostmi nabytými každodenním výkonem lékařského povolání.⁴ Zdůraznit je při tom zapotřebí roli zkušeností nabytých při péči o jednotlivého pacienta – vzhledem k individualitě organismu každého člověka není vždy možné bez dalšího převzít výsledky dosažené systematickým výzkumem pro jeho léčbu. Na druhé straně, nezohlednění výsledků aktuálních výzkumů zase může znamenat ignoraci nejnovějších poznatků, jinak řečeno, léčbu pacienta zastaralým způsobem.

Léčbu reflektující pravidla EBM můžeme rozdělit do následujících kroků:

- transformace klinického problému do individuální otázky, jež má být zodpovězena;
- shromáždění interních důkazů;

² Volně přeloženo jako medicína založená na důkazech. Dále jen jako „EBM“.

³ STEFFEN, Erich. Einige Gedanken zur Arzthaftung unter einer evidenz-basierten Medizin. In: AHRENS, Hans Jürgen (eds). *Medizin und Haftung. Festschrift für Erwin Deutsch zum 80. Geburtstag*. Berlin – Heidelberg: Springer, 2009, s. 615.

⁴ SACKETT, David L. – ROSENBERG, William M. – GRAY, J. A. Muir – HAYNES, R. Brian – RICHARDSON, W. Scott. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996, 312, s. 71.

- shromáždění externích důkazů;
- integrace externích a interních důkazů;
- vyhodnocení důkazů a aplikace na individuální případ.⁵

Lékař, jenž respektuje pravidla EBM, by měl plnit tři základní úkoly – užívat výsledky aktuálního medicínského výzkumu v klinické praxi, pomáhat rozvíjet a aktualizovat *clinical guidelines* v oblasti jeho erudice a konečně zapojovat pacienty do relevantních klinických studií dle své odbornosti.⁶

Ruku v ruce s rozvojem EBM dochází k vydávání *clinical guidelines*, pro něž EBM bývá pravidelně základem. *Clinical guidelines* jsou systematicky vytvářené směrnice, jejichž úkolem je napomoci především lékařům v rozhodnutí, jaká zdravotní péče je pro každého pacienta nejvhodnější.⁷ Na tyto směrnice můžeme pohlížet jako na jeden ze zdrojů, z nichž lze seznat medicínský standard poskytování zdravotních služeb.⁸

V České republice si vytvoření *clinical guidelines* v současné době vytyčila Agentura pro zdravotnický výzkum České republiky, která počala v minulém roce řešit projekt s názvem: *Klinické doporučené postupy*,⁹ jehož cílem je vytvořit návrhy KDP se záměrem dlouhodobé udržitelnosti metodického zázemí pro jejich tvorbu, aktualizaci a současně pomáhat lékařům rozhodovat ve specifických klinických situacích.¹⁰

V Německu vytvořila systém směrnic *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften*, jenž zastřešuje většinu vědeckých lékařských společností v Německu. Směrnice *Leitlinien* se dělí do tří tříd, a sice do třídy S1, S2 a S3, přičemž na nejvyšším stupni dle metodiky vývoje jsou S3 *Leitlinien*, jež by zásadně měly vyjadřovat obecně uznávaný lékařský standard založený na EBM.

S jedinečností každého pacienta také souvisí skutečnost, že ne vždy v medicíně existuje jeden správný postup, jenž lékař může zvolit, aby pacienta řádně léčil. Lékař disponuje určitou mírou svobody – klinické diskrece. V mnoha případech je navíc zjišťování správné léčby postupné, proto by lékař měl v průběhu poskytování zdravotních služeb volit dle svého uvážení takové diagnostické a terapeutické metody, jež rovněž zohledňují individualitu daného pacienta a jeho konkrétní zdravotní stav, to vše na

⁵ Viz např. údaje dostupné z: <<https://www.cochrane.de/de/ebm>>, č zde: <<https://www.knihovna.upol.cz/fileadmin/userdata/cm/knihovna/LF/Projekty/INNOMED/INNO1.pdf>>.

⁶ MASIC, Izet – MIOKOVIC, Milan – MUHAMEDAGIC, Belma. Evidence Based Medicine – New Approaches and Challenges. *Acta Informatica Medica*. 2008, Vol. 16, No. 4, s. 219–225.

⁷ FIELD, Marilyn J. – LOHR, Kathleen N. (eds). *Guidelines for clinical practice: from development to use*. Washington, D.C.: National Academy Press, 1992, s. 27.

⁸ Podrobněji k problematice týkající se *clinical guidelines* viz SMRŽ, Ivo. Význam „clinical guidelines” pro určení náležité odborné úrovně poskytování zdravotních služeb. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2017, Vol. 7, No. 1, s. 13–27.

⁹ Dále jen jako „KDP“.

¹⁰ Viz webové stránky projektu dostupné z: <<https://kdp.uzis.cz/index.php?pg=o-projektu>>.

náležité odborné úrovni. Zdá se proto, že je vhodnější užívat plurál, nikoliv tedy „medicínský standard“, nýbrž „medicínské standardy“.¹¹

Respektování individuality každého pacienta rovněž vyžaduje zohlednění jeho preferencí a přání, samozřejmě v mezích právního řádu. Tento požadavek je vtělen do institutu informovaného souhlasu,¹² jehož kořeny vychází z etiky. Z pohledu etického lze říci, že respekt k přáním pacienta slouží rovněž k jeho blahu, což se v současnosti vyjadřuje zásadou *salus et voluntas aegroti suprema lex*.¹³

S ohledem na výše uvedené lze shrnout, že odborný standard v oblasti medicíny by měl představovat současný stav vědeckého poznání v oblasti medicíny v kombinaci se zkušenostmi lékařů nabytými každodenním výkonem svého povolání, včetně respektování individuality lidského organismu každého jednotlivého pacienta, což značí, že medicína nerozeznává pouze jeden „správný“ standard péče, nýbrž jejich pluralitu.¹⁴ Zároveň je patrné, že standardy pro oblast medicíny vytvářejí samotní lékaři, a to ať už lékaři působící ve výzkumu či klinické praxi.

1.2 CIVILNĚPRÁVNÍ (DELIKTNÍ) STANDARD

Jednou ze základních právních povinností lékaře je při poskytování zdravotních služeb postupovat v souladu s péčí řádného odborníka, či jinak řečeno, poskytovat zdravotní služby na náležité odborné úrovni. Obvykle se tato povinnost označuje jako povinnost postupu *lege artis*. Porušili-li lékař tuto povinnost a způsobí-li tím újmu na zdraví pacienta, nastoupí občanskoprávní povinnost lékaře k náhradě způsobené újmy.

V českém právním řádu vymezuje povinnost lékaře postupovat při poskytování zdravotních služeb *lege artis* několik právních předpisů. Na prvním místě je třeba jmenovat Úmluvu o biomedicíně, konkrétně její článek 4: „*Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví, včetně vědeckého výzkumu, je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy.*“ Jak je ze čtvrtého článku patrné, zakotvuje Úmluva o biomedicíně pouze obecně, bez dalšího konkrétního upřesnění, že lékař musí postupovat v souladu s profesními povinnostmi a standardy.

Dalším z relevantních právních předpisů je zákon o zdravotních službách a jeho ustanovení § 4 odst. 5 upřesňující povinnost poskytovat zdravotní služby na náležité odborné úrovni: „*Náležitou odbornou úroveň se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných*

¹¹ FRAHM, Wolfgang et al. *Medizin und Standard – Verwerfungen and Perspektiven. Medizinrecht.* 2018, Vol. 36, s. 448.

¹² V právu viz např. čl. 5 Úmluvy o biomedicíně: „*Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích.*“ Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně, vyhlášena pod č. 96/2001 Sb. m. s. Dále jen jako „Úmluva o biomedicíně“.

¹³ KATZENMEIER, Christian. *Arzthaftung.* Tübingen: Mohr Siebeck, 2002, s. 58.

¹⁴ V Německu je široce přijímáno vymezení medicínského standardu ze strany Gerta Carstensena již z roku 1989: „*Standard in der Medizin repräsentiert den jeweiligen Stand naturwissenschaftlicher Erkenntnis und ärztlicher Erfahrung, der zur Erreichung des ärztlichen Behandlungsziels erforderlich ist und sich in der Erprobung bewährt hat.*“ Citováno z: JANSEN, Christoph. *Der Medizinische Standard.* Köln: Springer-Verlag, 2019, s. 13.

medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti.“ Z citovaného ustanovení lze seznat, že míra konkretizace vyžadovaného standardu péče při poskytování zdravotních služeb není opět nijak široká, významný je nicméně oproti definici v Úmluvě o biomedicíně poukaz na nutnost zohlednění konkrétních okolností daného případu, tedy zejména individuálních vlastností pacienta a objektivních možností při poskytování zdravotních služeb reflektující logickou omezenost zdrojů při poskytování zdravotních služeb.

Jelikož je mezi lékařem a pacientem při poskytování zdravotních služeb pravidelně uzavírána smlouva o péči o zdraví dle ustanovení § 2636 a násl. občanského zákoníku,¹⁵ je třeba připomenout i povinnost lékaře postupovat při péči o zdraví ošetřovaného (pacienta) s péčí řádného odborníka, a to i v souladu s pravidly svého oboru, viz ustanovení § 2643 odst. 1 o. z. O míře konkretizace této povinnosti platí shodné, co již bylo uvedeno ve vztahu k Úmluvě o biomedicíně i ZZS, tedy její konkrétní neurčitost či abstraktnost.

Co plyne z výše uvedených definic pro vymezení občanskoprávního standardu v oblasti poskytování zdravotních služeb?

Výrazy jako náležitá odborná úroveň, dodržování příslušných profesních standardů, péče řádného odborníka či vyžadovaný standard péče, jsou tzv. neurčitými právními pojmy (*unbestimmte Rechtsbegriffe, open norms*), jejichž obsah je vymezován až konkrétními okolnostmi jednotlivých případů, přičemž do popředí vstupuje hodnotový úsudek osoby, jež jejich obsah vykládá.¹⁶ Bez znalosti markantů jednotlivých případů, proto nemůže být jejich obsah určen.

Z toho lze jednak odvodit, že občanskoprávní standard poskytování zdravotních služeb není reprezentován standardem v singuláru, nýbrž stejně jako v případě medicíny standardy v množném čísle. Neexistuje postup, o němž by mohlo být pro tyto účely rozhodnuto, že je jediným správným při léčbě pacienta vyznačujícího se svou jedinečností.

Současně je patrné, že je to právě medicína, která v základu určí obsah příslušných neurčitých právních pojmů skrývajících se v citovaných definicích pro účely civilního (deliktního) práva, viz poukaz na profesní standardy, pravidla vědy, uznávané medicínské postupy, péči řádného odborníka atd. Nečiní tak sama. Judikatura vysokých soudů nejen v České republice připomíná potřebu kontroly a korekce lékařského stavu odborníky z oblasti práva. Proto platí, že: „Závěr, zda zdravotnické zařízení (ne)postupovalo v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, je závěrem právním, a tudíž v kompetenci nezávislého soudu. Znalecký posudek může být jen skutkovým podkladem (nejčastěji jedním z více podkladů) pro tento právní závěr o postupu (non) lege artis.“¹⁷ Nejedná se o nic jiného, než o dělbu úkolů mezi soudy a lékařský stav. Subsumpci skutkových okolností pod konkrétní právní normu činí soud, a to na základě své vlastní úvahy zpravidla vycházející z odborných závěrů

¹⁵ Zák. č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů. Dále jen jako „o. z.“.

¹⁶ VELTEN, Wolfram. *Der medizinische Standard im Arzthaftungsprozeß: ein Beitrag zu Umfang und Grenzen der Darlegungslast von Arzthaftungsklägern bezüglich der Standards medizinischer Heilbehandlung*. Baden-Baden: Nomos, 2001, s. 38–39.

¹⁷ Nález Ústavního soudu sp. zn. III. ÚS 2253/13 ze dne 9. 1. 2014.

medicínských expertů, což pregnantně vyjadřuje následující teze Deutsche a Spickhoffa: „Právo je sice závislé na odborných znalostech medicíny, nicméně je normativně filtruje.“¹⁸

Kontrola a korekce lékařského stavu soudu rovněž souvisí s ochrannou funkcí¹⁹ civilního deliktního práva, které i když pochopitelně s pomocí lékařů, nastavuje standard poskytovaných zdravotních služeb z pohledu zajištění alespoň minimální ochrany nejvýznamnějších právních statků – života a zdraví člověka. Právní řád nesvěřil výlučně lékařům a souvisejícím profesím roli, aby rozhodovali o tom, na jaké úrovni má být zdravotní péče pacientovi poskytnuta. O tom vždy nakonec rozhodne soud.

Je-li zodpovězení právní otázky o obsahu civilnědeliktního standardu poskytování zdravotních služeb svěřeno soudům, platí také, že již výše zmíněné *clinical guidelines* a jejich obsah nejsou pro tuto oblast práva závazné. V případě opaku by nedocházelo pouze k suplování role soudců lékaři, nýbrž také v nevyhnutelné rigiditě v oboru vyžadujícím flexibilitu volby adekvátních diagnostických a terapeutických metod. V této souvislosti bývá poukazováno, že medicína nemá být vykonávána „podle kuchařky“ (tzv. „cookbook medicine“).²⁰

Lze zrekapitulovat, že civilní (deliktní) právo vymezuje pro své účely standardy poskytování zdravotních služeb za pomoci neurčitých právních pojmů, jejichž obsah naplní až konkrétní okolnosti jednotlivého případu zohledňující individualitu každého pacienta. Na rozdíl od medicíny determinuje obsah těchto standardů soud podle své úvahy vycházející z expertních medicínských posudků, což podporuje zachování ochranné funkce civilního deliktního práva a rovněž i s tím související nutnost kontroly a korekce medicínského standardu vytvářeného lékaři.

1.3 STANDARD PRÁVA VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

Systém českého práva veřejného zdravotního pojištění je vystavěn na principu sociální solidarity pojištěnců, což značí jednak solidaritu zdravých s nemocnými a jednak solidaritu bohatších s chudšími. Zdravý čerpá ze systému méně než nemocný, bohatší zase do systému přispívá větší mírou než chudší. Za některé skupiny obyvatel navíc hradí pojistné stát.²¹ Současně dynamický pokrok v lékařských vědách neustále rozšiřuje a prohlubuje možnosti zdravotní péče o pacienty. Ruku v ruce s ním se ale také zvyšují nejen finanční požadavky na zajištění zdravotní péče o pacienty.²²

¹⁸ „Das Recht ist zwar vom Sachverstand der Medizin abhängig, filtert ihn aber normativ.“ – DEUTSCH, Erwin – SPICKHOFF Andreas. *Medizinrecht Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinprodukte-recht und Transfusionsrecht*. 7. Auflage. Berlin – Heidelberg: Springer, 2014, s. 234.

¹⁹ Viz např. normativní kritérium přičitatelnosti při posuzování příčinné souvislosti v podobě teorie ochranného účelu normy, respektive smlouvy. Nález Ústavního soudu zn. I. ÚS 312/05 ze dne 1. 11. 2007.

²⁰ SAMANTA, Ash – MELLO, Michelle M. – FOSTER, Charles – TINGLE, John. The Role of Clinical Guidelines in Medical Negligence Litigation: A Shift from the Bolam Standard? *Medical Law Review*. 2006, Vol. 14, No. 3, s. 349.

²¹ KOLDINSKÁ, Kristina – TRÖSTER, Petr. *Právo sociálního zabezpečení*. Praha: C. H. Beck, 2018, s. 108.

²² Příkladem lze poukázat na léčbu pomocí buněčné genové terapie a její finanční náročnost v řádech desítek milionů Kč na jednoho pacienta. Více např. zde: <https://www.idnes.cz/brno/zpravy/leukemie-genova-terapie-fakultni-nemocnice-brno-dystrofie-miliony.A191219_522249_brno-zpravy_mls>.

Tyto okolnosti na straně druhé indikují zřejmý limit objemu finančních prostředků na úhradu zdravotní péče, který se získává primárně na základě povinnosti platit pojistné na všeobecné zdravotní pojištění.²³ Připomenout je v této souvislosti možné také článek 3 Úmluvy o biomedicině, který explicitně poukazuje na omezenost zdrojů, avšak za současného zajištění zdravotní péče patřičné kvality.

Účelem práva veřejného zdravotního pojištění by proto mělo být nalezení takového standardu hrazených zdravotních služeb, aby bylo dosaženo rovnováhy mezi možnostmi, které při péči o pacienta nabízí současný (špičkový) stav lékařské vědy, a tím, co je třeba považovat s ohledem na zdravotní stav pacienta za nutné,²⁴ to vše při zohlednění dostupných finančních prostředků pro tento systém. Například v německém právním řádu se explicitně odkazuje na kategorii hospodárnosti (*Wirtschaftlichkeitsgebot*) poskytování zdravotních služeb hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění.²⁵ Jinak řečeno, každému účastníkovi veřejného zdravotního pojištění nemůže být z tohoto systému hrazena zdravotní péče, která odpovídá vždy nejmodernějším postupům v lékařské vědě (nejvyššímu stupni vědeckého poznání).²⁶

Tuto tezi lze podpořit i vymezením veřejného zájmu v zákoně o veřejném zdravotním pojištění²⁷ pro účely posuzování obsahu rámcových smluv sloužících jako východisko jednotlivých smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnami. Jde o veřejný zájem na zajištění kvality a dostupnosti hrazených služeb, fungování systému zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění.²⁸

Věcný rozsah (standard) zdravotních služeb hrazených ze systému veřejného zdravotního pojištění je zakotven v ustanovení § 13 a násl. ZVZP. První odstavec tohoto ustanovení pro úhradu vyžaduje, aby zdravotní služby:

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

²³ Podrobněji viz např. náleží Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 35/95 ze dne 10. 7. 1996.

²⁴ Viz např. náleží Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 3/15 ze dne 30. 5. 2017, bod 101: „Vhodnost a účinnost léčby jednoduše nesmí být závislá na finančních možnostech občana, jemuž má být poskytnuta. Bude-li však tento požadavek naplněn, pak je věcí zákonodárce, aby – nad tento nezbytný rámec – stanovil, zda a jaká další zdravotní péče či zdravotní pomůcky mají být poskytovány bezplatně, případně za částečnou úhradu, a které nikoliv.“ (zvýraznění autor).

²⁵ Viz ustanovení § 12 odst. 1 věta první německého sociálního zákoníku, kniha pátá.

²⁶ Viz např. náleží Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 1/12 ze dne 27. 11. 2012.

²⁷ Zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Dále jen jako „ZVZP“.

²⁸ Viz ustanovení § 17 odst. 2 ZVZP.

Ze systému veřejného zdravotního pojištění nicméně nejsou hrazeny veškeré dostupné a do úvahy přicházející zdravotní služby – viz ustanovení § 15 ZVZP a především přílohu č. 1 ZVZP. Současně ale ukládá český systém veřejného zdravotního pojištění zdravotní pojišťovně povinnost²⁹ ve výjimečných případech uhradit zdravotní služby jinak nehrazené, jsou-li jedinou možností z hlediska zdravotního stavu pacienta.³⁰

Z nastíněné struktury právní úpravy zakotvené v ZVZP by bylo možné obecně dovodit, že standard českého systému veřejného zdravotního pojištění garantuje každému (pojištěnému) pacientovi úhradu takových zdravotních služeb, jež vyžaduje jeho zdravotní stav, a pakliže je takový typ zdravotní služby z úhrady vyjmut, umožňuje s ohledem na výjimečnost případu a zdravotní stav pacienta uhradit i zdravotní službu jinak nehrazenou.^{31, 32}

I přesto se může stát a stává, že pojišťovna hrazenou zdravotní službu fakticky neuhradí. To je zapříčiněno způsobem, jakým dochází k úhradě poskytnutých zdravotních služeb ze strany zdravotních pojišťoven jednotlivým poskytovatelům.

Poskytovatel zdravotních služeb a zdravotní pojišťovny uzavírají za účelem zajištění věcného plnění při poskytování hrazených zdravotních služeb smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb, které se mj. týkají způsobu úhrady, výše úhrady a regulačních omezení úhrady.³³ Obsah těchto smluv se řídí rámcovou smlouvou, která je výsledkem dohodovacího řízení mezi zástupci svazů zdravotních pojišťoven a zástupci poskytovatelů zdravotních služeb zastupovaných svými zájmovými sdruženími. Rámcové smlouvy posuzuje ministerstvo zdravotnictví z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem na zajištění kvality a dostupnosti hrazených služeb, fungování systému zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění.³⁴

Co se týče konkrétního způsobu úhrad za poskytnuté zdravotní služby, subsidiárně platí, že hodnotu bodu za zdravotní výkon, výši úhrad hrazených zdravotních služeb, včetně regulačního

²⁹ Jedná se o právo pacienta, které není omezeno volnou diskrecí zdravotní pojišťovny. Podle Ústavního soudu se spíše jedná o dobrodiní, viz usnesení Ústavního soudu sp. zn. I. ÚS 1254/19 ze dne 14. 5. 2019.

³⁰ Ustanovení § 16 ZVZP.

³¹ Shodně ŠUSTEK, Petr – HLAVÁČEK, Karel – POVOLNÁ, Michaela. *Právo na zdravotní péči a jeho ekonomické limitace 1*. Dostupné z: <<https://www.vclp.cz/news/pravo-na-zdravotni-peci-a-jeho-ekonomicke-limitace-1>>.

³² Pro pacienta, zdá se, jde o velmi přívětivý systém, pokud zdravotní pojišťovna přistoupí k aplikaci ustanovení § 16 ZVZP rozumně. Relativně restriktivní výklad neurčitých právních pojmů ze strany zdravotních pojišťoven, na nichž je ustanovení § 16 ZVZP vystavěno, je patrný z judikatury Nejvyššího správního soudu. Ze všech lze zmínit velmi aktuální rozsudek sp. zn. 4 Ads 394/2019-105 ze dne 17. 12. 2019, v němž Nejvyšší správní soud mj. odmítl názor žalované zdravotní pojišťovny (a potvrzený soudem nižšího stupně), že požadavek na jedinou možnost z hlediska zdravotního stavu pojištěnce není splněn, pokud pacientovi může být poskytnuta jiná, méně účinná hrazená zdravotní služba. Jako poněkud absurdní navíc považuji v tomto řízení uvedený „návod“ zdravotní pojišťovny, aby pacient na úhradu své léčby využil kupř. veřejnou sbírku.

Současně Nejvyšší správní soud připomenul, že v případě ustanovení § 16 ZVZP se: „[...] jedná o poslední pojistku pro výjimečné případy, která ovšem nesmí sloužit k prolomení principů veřejného zdravotního pojištění vyplývajících z části páté zákona o veřejném zdravotním pojištění“.

³³ § 17 odst. 1 ZVZP.

³⁴ § 17 odst. 2 ZVZP.

omezení, dohodnou zdravotní pojišťovny a profesní sdružení poskytovatelů zdravotních služeb zastupující jednotlivé poskytovatele. Zdravotní pojišťovna se s konkrétním poskytovatelem zdravotních služeb může dohodnout i jinak, avšak při dodržení zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny.³⁵

Bude-li proto v příslušné smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb ujednáno regulační omezení, ať už místem či frekvencí, a poskytovatel poskytne takové množství zdravotních služeb, že dosáhne limitu regulačního omezení, nemusí mu zdravotní pojišťovna další poskytnutou zdravotní službu uhradit. Pro ilustraci lze uvést případ řešený Nejvyšším soudem pod sp. zn. 33 Odo 389/2001,³⁶ v němž Nejvyšší soud posuzoval vztah ustanovení § 13 ZVZP, tedy věcný rozsah hrazených zdravotních služeb, a ustanovení § 16 ZVZP, tedy výjimečné úhrady jinak nehrazených zdravotních služeb, přičemž se ve svém odůvodnění dotknul i faktické limitace úhrady hrazených služeb pro místní či frekvenční omezení.³⁷ V takových případech zdravotní pojišťovna jinak hrazenou zdravotní službu poskytovateli neuhradí. Paradoxní v této souvislosti je, že ZVZP zakazuje poskytovateli přijmout za hrazené služby od pojištěnce jakoukoliv úhradu.³⁸ Důsledkem této skutečnosti pak bývá vytvoření faktických pořadníků (*Wartelisten*) na určité typy zákroků.³⁹

Vzhledem k výše uvedenému lze uzavřít, že standard zdravotních služeb hrazených ze systému veřejného zdravotního pojištění by měl reflektovat rovnováhu mezi možnostmi, jež nabízí aktuální stav medicíny a tím, co je třeba považovat s ohledem na zdravotní stav pacienta za nezbytné, a to při současném zohlednění inherentně omezených finančních zdrojů v této oblasti. Jde o projev veřejného zájmu na zajištění kvality a dostupnosti hrazených zdravotních služeb, včetně zajištění fungování a stability systému zdravotnictví v rámci omezených zdrojů veřejného zdravotního pojištění.

Český standard zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění primárně vychází ze standardu medicínského, viz zákonný poukaz na zdravotní stav pacienta, dostupné poznatky lékařské vědy a důkazy o účinnosti zdravotních služeb, tedy na EBM (ustanovení § 13 ZVZP) a současně zohledňuje kautelu hospodárnosti v rámci tohoto systému (viz např. příloha 1 ZVZP), což mimo jiné značí, že systém veřejného zdravotního pojištění negarantuje úhradu léčby v souladu s nejvyšším

³⁵ § 17 odst. 5 ZVZP.

³⁶ Rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 33 Odo 389/2001 ze dne 30. 1. 2002.

³⁷ „Na uvedeném závěru nic nemění skutečnost, že Ministerstvo zdravotnictví ČR vyhláškou, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, stanovilo v rámci obecných pravidel pro vykazování výkonů zdravotní péče omezení pro vykazování výkonu místem jeho provedení a frekvencí jeho provedení vztahenou na jednoho pojištěnce a jedno nebo více časových období. Byť je vykázání některých výkonů zdravotní péče (výkonů hrazených ze zdravotního pojištění) takto omezeno, nelze na tyto výkony pohlížet jako na výkony zdravotní péče zdravotní pojišťovnou nehrazené, jejichž úhradu lze výjimečně ve smyslu ustanovení § 16 zákona přiznat. Předpokladem aplikace uvedeného ustanovení není skutečnost, že v konkrétním případě není zdravotní péče hrazená proto, že nebylo dodrženo místo výkonu zdravotní péče či jeho frekvence.“ (zvýraznění autor).

³⁸ Viz ustanovení § 11 odst. 1 písm. d) ZVZP.

³⁹ Pro situaci v Německu viz SCHMITZ-LUHN, Björn. *Priorisierung in der Medizin. Erfahrungen und Perspektiven*. Berlin – Heidelberg: Springer, 2015, s. 151.

stupněm vědeckého poznání v oblasti medicíny.⁴⁰ K faktické limitaci rozsahu hrazených zdravotních služeb navíc může docházet skrze regulační omezení zakotvená ve smlouvách o poskytování a úhradě hrazených služeb.

Úplným závěrem je vhodné zmínit, že primárním subjektem, který vymezí obsah standardu zdravotních služeb hrazených ze systému veřejného zdravotního pojištění, je pochopitelně zákonodárce.⁴¹

2. VZÁJEMNÝ VZTAH STANDARDŮ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

2.1 DIFERENCIACE STANDARDŮ

První kapitola zřetelně demonstrovala, že při poskytování zdravotních služeb musíme rozlišovat tři základní standardy, podle kterých se tyto služby poskytují, a to standard odborný – medicínský, standard civilněprávní (deliktní) a standard zdravotních služeb hrazených ze systému veřejného zdravotního pojištění.

V každé z uvedených oblastí má standard svůj specifický význam, zejména s ohledem na funkce, jaké v těchto oblastech plní. Medicína je zaměřena na dosažení co možná nejvyšší kvality vycházející z nejvyššího stupně vědeckého poznání, civilní deliktní právo se orientuje v této souvislosti na ochranu právních statků, tedy života a zdraví člověka a konečně právo veřejného zdravotního pojištění na přiměřenost kvality hrazených zdravotních služeb zohledňující omezené množství nejen finančních zdrojů. Jinak řečeno, dynamika jednotlivých oborů determinuje jejich zaměření, medicína se orientuje na „co možná nejlepší“, civilní deliktní právo na „očekávané“ a právo veřejného zdravotního pojištění na „ufinancovatelné“.⁴²

Obsah standardů tedy určuje disciplína, pro jejíž účely se užívá. Pamatovat je nezbytné také na skutečnost, že v jednotlivých oborech standard vymezují různé subjekty, ať už samotní lékaři, soudci či zákonodárci. Jednotlivé druhy standardů, stejně jako jejich obsah, nelze zaměňovat, jelikož by takový postup vedl minimálně k nejen nechtěným, ale rovněž k právně vadným výsledkům.

V této souvislosti lze uvést jeden příklad za všechny – pasáž z odůvodnění recentního rozsudku Nejvyššího soudu 25 Cdo 4518/2018,⁴³ který řešil mediálně poměrně známou věc pochybení dvou plzeňských lékařek, jedné začátečnice a druhé atestované, které vedlo ke smrti pacienta. Nejvyšší soud v tomto rozhodnutí uvedl: „Zdravotnická zařízení jakožto příspěvkové organizace jsou navíc z důvodů ekonomických značně limitována co do reálné možnosti přijetí efektivních organizačních opatření potřebných k nápravě nežádoucího stavu, jenž se podílel na vzniku újmy, neboť mohou činit jen takové kroky, které jim umožní finanční prostředky od zřizovatele.“⁴⁴ Mínil touto tezí Nejvyšší soud vyjádřit, že

⁴⁰ Nález Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 1/12 ze dne 27. 11. 2012, bod 353.

⁴¹ Ibidem.

⁴² FRAHM, Wolfgang et al. *Medizin und Standard – Verwerfungen and Perspektiven*, s. 452.

⁴³ Rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 4518/2018 ze dne 16. 10. 2019.

⁴⁴ Pro účely tohoto článku je však třeba dodat, že Nejvyšší soud zde posuzoval nárok pozůstalých (sekundárních obětí) na náhradu nemajetkové újmy podle ustanovení § 2959 o. z.

civilně deliktní standard poskytování zdravotních služeb rovněž závisí na výši dostupných finančních zdrojů poskytovatele zdravotních služeb? Doufám, že nikoliv. Při zohlednění nutnosti diferenciaci jednotlivých druhů standardů by zřetelně takový závěr být učiněn nemohl. Spíše se domnívám, že Nejvyšší soud citovanou argumentaci podal striktně ve vztahu k represivní funkci (respektive její absenci) civilního deliktního práva, přičemž nezamýšlel odůvodnit možnost jakéhokoliv snížení deliktního standardu péče poukazem na nedostatek finančních či lidských zdrojů ve zdravotnictví. Tomu by odpovídala i skutečnost, že soudy, včetně Nejvyššího, základ nároku žalobců jako sekundárních obětí na náhradu nemajetkové újmy dle ustanovení § 2959 o. z. bez dalšího potvrdily.

Z výše uvedeného je patrné, že diferenciaci jednotlivých druhů standardů může vést ke vzájemné kolizi mezi nimi. Následující text si proto klade za cíl nastínit interakci civilněprávního (deliktního) standardu poskytování zdravotních služeb a standardu pro účely práva veřejného zdravotního pojištění, včetně vzájemných třecích ploch, které komplikují nejen každodenní práci lékařů, ale které také zatěžují již tak křehký vztah s pacienty vycházející ze vzájemné důvěry a respektu.

2.2 KOLIZE CIVILNĚPRÁVNÍHO (DELIKTNÍHO) STANDARDU A STANDARDU PRO ÚČELY PRÁVA VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ, VČETNĚ NASTÍNĚNÍ VÝCHODISEK JEJÍHO ŘEŠENÍ

Neustálý pokrok v oblasti medicíny dnes umožňuje léčbu, o které před několika málo lety nemohla být vůbec řeč. Ruku v ruce s dynamikou rozvoje lékařských věd a neustálým zdokonalováním léčebných metod jde ale i finanční náročnost takových postupů. Příkladem lze připomenout nákladnost buněčné léčby rakoviny či biologické léčby.⁴⁵

S rozvojem medicíny se samozřejmě zvyšuje i úroveň civilního deliktního standardu poskytování zdravotních služeb, který se primárně odvozuje od stavu medicínského poznání. To současně znamená i vyšší náklady na léčbu pacientů, včetně výdajů ze systému veřejného zdravotního pojištění.

Jak již bylo uvedeno v textu výše, účelem civilního deliktního standardu v této oblasti je ochrana zdraví a života člověka (pacienta), zatímco cílem standardu v oblasti práva veřejného zdravotního pojištění je dosažení přiměřené kvality poskytovaných zdravotních služeb co nejširšímu množství pojištěnců reflektující omezené zdroje nacházející se v tomto systému. Zřejmé je, že systém veřejného zdravotního pojištění negarantuje a ani neumožňuje úhradu léčby pojištěnce na úrovni nejvyššího stupně vědeckého poznání v oblasti medicíny, ba o to ani neusiluje.

Pnutí mezi oběma zmíněnými standardy nastane, pokud bude civilní deliktní standard vyžadovat poskytnutí zdravotní služby na úrovni, která převyšuje standard garantovaný systémem práva veřejného zdravotního pojištění, jenž takovou úroveň zdravotních služeb neuhradí. Problém v konkrétním případě primárně manifestuje v soukromém právu, a nikoliv v právu veřejného zdravotního pojištění. Pnutí mezi standardy nemusí nastat pouze v důsledku vyloučení určitého typu

⁴⁵ K výdajům týkajícím se léčby rakoviny, včetně léčby biologické, viz např. tiskové zprávy Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky: <<https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/vydaje-za-lecibu-rakoviny-rostou-rychleji-nez-pocty-nemocnych-za-5-let-o-2-miliardy>>; či <<https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/vydaje-na-lecibu-rakoviny-se-priblizily-14-miliardam-rostou-kvuli-biologicke-lecbe>>.

zdravotní služby z úhrady z veřejného zdravotního pojištění, nýbrž, jak již bylo vysvětleno v podkapitole 1.3, také v důsledku regulačních omezení zakotvených ve smlouvách o poskytování a úhradě hrazených služeb uzavíraných mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami.

Clemens⁴⁶ v této souvislosti uvádí, že se lékař v předestřeném případě nachází „v pasti“. Na jednu stranu buď dodrží standard systému veřejného zdravotního pojištění, nicméně již nedodrží vyžadovaný standard civilněprávní s možnými odpovědnostními dopady, nebo naopak dodrží požadavky stanovené civilním právem, avšak poskytne více než kolik bude uhrazeno z veřejného zdravotního pojištění. Lékař pacientovi „dluží“ civilněprávní standard zdravotních služeb, nikoliv standard plynoucí ze systému veřejného zdravotního pojištění. Sprau⁴⁷ v této souvislosti dodává, že na lékařem poskytovaný standard péče zásadně nemá vliv, zda je úhrada za péči provedena ze soukromého či zákonného zdravotního pojištění pacienta, nerelevantní jsou v tomto směru rovněž problémy související s financováním zdravotnictví. Nadto, podle českého práva existuje při poskytování zdravotních služeb smluvní přímus na straně poskytovatele. Poskytovatel může odmítnout přijmout pacienta jen ze zákonných důvodů (viz ustanovení § 48 odst. 1 ZZS), mezi nimiž nefiguruje absence úhrady poskytnuté zdravotní služby ze strany zdravotní pojišťovny.⁴⁸

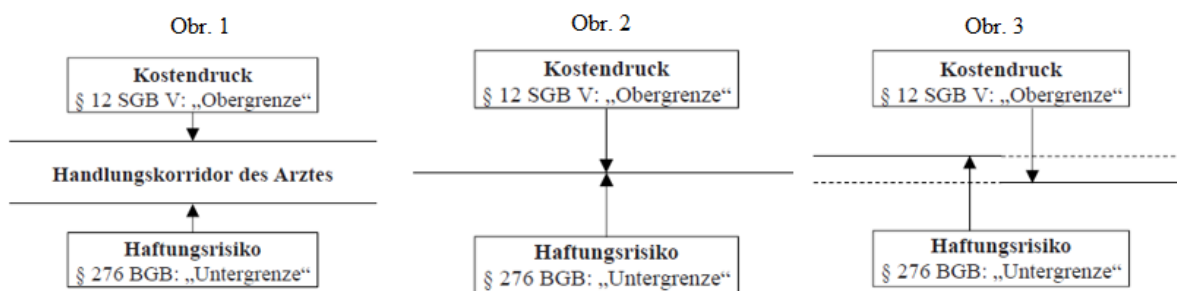
Možnou kolizi lze schematicky představit na následující ilustraci.⁴⁹ Obrázek č. 1 ukazuje optimální stav, kdy úhrada zdravotních služeb z veřejného zdravotního pojištění umožňuje lékaři diskreci při volbě adekvátní péče o pacienta, aniž by hrozilo podkročení standardu vyžadovaného civilním právem. Druhý obrázek představuje již hraniční situaci, kdy míra klinické diskrece lékaře je s ohledem na úhradu ze systému veřejného zdravotního pojištění a s ohledem na civilněprávní standard nulová. Konečně třetí obrázek představuje, slovy Clemense, lékaře „v pasti“, který buď nedodrží standard péče vyžadovaný civilním deliktním právem a v případě vzniku újmy se vystaví riziku odpovědnosti, nebo tento standard dodrží, avšak poskytnutá péče mu nebude ze systému veřejného zdravotního pojištění uhrazena.

⁴⁶ ARNADE, Johannes. *Kostendruck und Standard*. Berlin – Heidelberg: Springer, 2010, s. 193.

⁴⁷ SPRAU, Hartwig. In: PALANDT, Otto. *Bürgerliches Gesetzbuch*. 69. nebearbeitete Auflage. München: C. H. Beck, 2010, s. 1318.

⁴⁸ Zákonný důvod v písm. c) tohoto ustanovení, tedy skutečnost, že pacient není pojištěncem zdravotní pojišťovny, se kterou má poskytovatel uzavřenu smlouvu podle zákona o veřejném zdravotním pojištění, se v tomto případě neuplatní. Je třeba si uvědomit, že poskytovatel uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou mít může, nicméně ta mu určitou zdravotní službu neuhradí, ať už z důvodu vyluky či regulačního omezení.

⁴⁹ Převzato z SCHMITZ-LUHN, Björn. *Priorisierung in der Medizin. Erfahrungen und Perspektiven*, s. 150 an.



Jak předestřené pnutí mezi oběma standardy zdravotních služeb eliminovat nebo alespoň zmírnit? Jedná se o velmi obtížnou problematiku, již vyžaduje celospolečenský konsenzus, a nikoliv pouze parciální právní řešení. Jelikož se německá doktrína k otázce řešení této kolize již obširněji vyjadřovala, využije následující text její závěry.

Nejprve je možno zmínit, že se objevila řešení, která nezanechala širší ohlas.⁵⁰ Jedná se například o (analogické) užití okolnosti vylučující protiprávnost spočívající v přípustném riziku, kdy lékař nebude jednat protiprávně, pokud poskytne zdravotní službu v souladu se standardem veřejného zdravotního pojištění, jelikož požadavek na hospodárnost systému veřejného zdravotního pojištění vyloučí případnou protiprávnost spočívající v nedosažení civilněprávního standardu zdravotních služeb. Dále je možné uvést návrh přenesení civilní delikt ní odpovědnosti z poskytovatelů zdravotních služeb na zdravotní pojišťovny, eventuálně stát. Tento návrh ale pnutí nevyřeší, pouze zamění odpovědné subjekty, i když lze patrně intuitivně seznat vyšší míru spravedlnosti takového řešení.

Další a současně velmi diskutovaný návrh řešení kolize mezi oběma standardy spočívá ve snížení civilnědelikt ního standardu zdravotních služeb na standard veřejného zdravotního pojištění. Po obdobném postupu ostatně volali i němečtí lékaři na svém sjezdu již v roce 2008.⁵¹ Ani toto řešení se v širším měřítku neujalo, jmenovat lze zejména následující důvody.

Každý z uvedených standardů plní svoji inherentní funkci, civilní právo, respektive civilní delikt ní právo, je zaměřeno na nastavení standardu poskytovaných zdravotních služeb z pohledu zajištění alespoň minimální ochrany nejvýznamnějších právních statků – života a zdraví člověka, zatímco

⁵⁰ ARNADE, Johannes. *Kostendruck und Standard*, s. 212.

⁵¹ „Wenn der Gesetzgeber nicht gewillt ist, die für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung erforderlichen Mittel im Gesundheitswesen zur Verfügung zu stellen und weiterhin auf eine Steuerung der Gesundheitsausgaben durch Budgets setzt,

- muss das Haftungsrecht angepasst werden,

- muss der Gesetzgeber die Verantwortung für einen Leistungskatalog unter dem Primat allein der Beitragssatzstabilität übernehmen,

- muss der Gesetzgeber die Absenkung von Versorgungsstandards verantworten und

- muss er sich letztlich zur expliziten Priorisierung und Rationierung bekennen.“

Beschluss des 111. Deutschen Ärztetages (20.–23. 5. 2008). Dostupné z: <<https://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/aerztetage-der-vorjahre/111-daet-2008-in-ulm/ulmer-papier/>>.

standard zdravotních služeb hrazených ze systému veřejného zdravotního pojištění sleduje zajištění jejich přiměřené kvality a dostupnosti, včetně fungování a stability systému zdravotnictví v rámci omezených zdrojů. Snížení civilního deliktčního standardu zdravotních služeb na standard veřejného zdravotního pojištění by znamenal jisté snížení ochranné funkce civilního deliktčního práva. S tím úzce souvisí skutečnost, že každý standard vytváří jiné subjekty. Tvorba civilnědeliktčního standardu by v takovém případě byla nevyhnutelně odňata z rukou soudů.

Snížení civilního deliktčního standardu zdravotních služeb na standard veřejného zdravotního pojištění by dále zakládalo nerovnost na jedné straně mezi pacienty, kteří poskytované zdravotní služby hradí právě ze systému veřejného zdravotního pojištění, a na straně druhé pacienty, kteří využijí jiné formy úhrady, ať už zdroje soukromého zdravotního pojištění či přímou úhradu. Buď by za takových okolností musely existovat standardy dva, jeden pro „soukromě“ a druhý pro „veřejně“ platící pacienty, nebo by muselo dojít právě ke snížení civilního deliktčního standardu i pro „soukromě“ platící pacienty. Je zřejmé, že obě varianty jsou v rozporu s účelem a funkcemi civilního deliktčního práva, ústavněprávní pochybnosti o zachování rovnosti v právech všech pacientů nevyjímáje.⁵²

Civilní deliktční právo, respektive standard poskytovaných zdravotních služeb v této oblasti, se ale nesmí uzavírat samo do sebe a zcela rezignovat na vliv ekonomických možností veřejného zdravotního pojištění. Současně nesmí být narušena jeho ochranná funkce.⁵³ V této souvislosti je vhodné připomenout český požadavek ZZS vymezující náležitou odbornou úroveň poskytování zdravotních služeb, především jeho část „s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti“. A právě příkaz k zohlednění konkrétních podmínek a objektivních možností při poskytování zdravotních služeb umožňuje vzít v úvahu omezené zdroje ve zdravotnictví. Nicméně nikoliv tak, že poukazem na nedostatek zdrojů bude snížen civilní deliktční standard zdravotních služeb poskytovaných pacientovi.

Je zřejmé, že každé zdravotnické zařízení nemůže být vybaveno takovým technickým a věcným vybavením jako například fakultní nemocnice či centra vysoce specializované péče. Shodné platí i o personálním zabezpečení. Proto musí být vymezen určitý minimální standard, kterému musí tenkterý poskytovatel zdravotních služeb vždy dostát a který nesmí podkročit. Bude-li konkrétní zdravotní stav pacienta vyžadovat určité specifické vybavení, jímž poskytovatel nedisponuje, bude třeba pacienta odeslat k poskytovateli lépe vybavenému, např. do fakultní nemocnice. Lze tedy říci, že civilněprávní standard poskytování zdravotních služeb je určitým způsobem odstupňován, a to za současné

⁵² Viz např. SCHMITZ-LUHN, Björn. *Priorisierung in der Medizin. Erfahrungen und Perspektiven*, s. 165, či FRAHM, Wolfgang et al. *Medizin und Standard – Verwerfungen and Perspektiven*, s. 454.

⁵³ FRAHM, Wolfgang et al. *Medizin und Standard – Verwerfungen and Perspektiven*, s. 457.

existence nepodkročitelného minima.⁵⁴ Přesné určení spodní hranice standardu je pak vše než jednoduchý úkol.^{55, 56}

Zohlednění *konkrétních podmínek a objektivních možností* při určování civilněprávního standardu poskytování zdravotních služeb tedy umožňuje do jisté míry této oblasti práva reflektovat omezenost zdrojů soudobého zdravotnictví. Reflexe omezenosti zdrojů však neznamená snížení civilnědeliktčního standardu poskytování zdravotních služeb pod stanovenou minimální hranici. Pro opak v této souvislosti proto nelze argumentovat již výše zmíněným rozhodnutím Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 4518/2018 s odůvodněním, že zdravotnická zařízení mohou činit pro zajištění náležité odborné úrovně poskytování zdravotních služeb jen taková opatření, která jim dovolí finanční prostředky od jejich zřizovatelů.

Jak tedy důsledky nastíněného pnutí mezi standardem civilněprávním (deliktčním) a standardem pro účely práva veřejného zdravotního pojištění alespoň zmírnit? Literatura podporuje řešení skrze informační povinnost lékaře vůči pacientovi.⁵⁷ Informace sdělená pacientovi, že určitá zdravotní služba není hrazena ze systému veřejného zdravotního pojištění, umožní pacientovi rozhodnout se, jak dále postupovat (např. zda si předmětnou péči uhradí sám). Takový přístup rovněž respektuje právo pacienta na sebeurčení (*Selbstbestimmungsrecht*),⁵⁸ přičemž lékař nebude nucen podkročit civilní deliktční standard poskytovaných zdravotních služeb nebo si zajistit jejich úhradu z jiných zdrojů (či vůbec žádnou neobdržet).

Řešení pomocí informování pacienta pnutí mezi oběma standardy koncepčně nevyřeší. Přenáší pouze odpovědnost za rozhodnutí o dalším postupu na pacienta. To je ale třeba kvitovat, jelikož lékař nemá být v pozici „arbitra“, na jehož bedrech bude ležet řešení tohoto typu kolizních situací.

Informační povinnost bude moci být bez dalšího využita v případě, že určitá zdravotní služba bude vyňata z úhrady ze systému veřejného zdravotního pojištění. V případě, že úhrada nemůže být provedena v důsledku naplnění regulačního omezení zakotveného ve smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb uzavírané mezi poskytovatelem a zdravotními pojišťovnami, nebude informační povinnost podle českého práva východiskem, jelikož jak bylo výše uvedeno, ZVZP explicitně zakazuje

⁵⁴ Tato teze plně koresponduje s vyjádřením Ministerstva zdravotnictví v řízení před Ústavním soudem (sp. zn. Pl.ÚS 1/12): „Tyto ‚konkrétní podmínky a objektivní možnosti‘ však nesmí podkročit hranici minimálního standardu poskytovaných zdravotních služeb [...]“

⁵⁵ ARNADE, Johannes. *Kostendruck und Standard*, s. 185 an.

⁵⁶ V českém právu byly vytvořeny vyhlášky č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče ve znění pozdějších předpisů, a č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů.

⁵⁷ Viz např. FRAHM, Wolfgang et al. *Medizin und Standard – Verwerfungen and Perspektiven*, s. 456, či SCHMITZ-LUHN, Björn. *Priorisierung in der Medizin. Erfahrungen und Perspektiven*, s. 166, či ARNADE, Johannes. *Kostendruck und Standard*, s. 215.

⁵⁸ V českém právu k tomu viz ustanovení § 28 odst. 3 písm. f) ZZS: „Pacient má při poskytování zdravotních služeb dále právo být předem informován o ceně poskytovaných zdravotních služeb nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění [...]“

poskytovateli přijmout za hrazené služby od pojištěnce jakoukoliv úhradu. A právě takové situace dávají vzniknout již zmiňovaným pořadníkům.

Z výše uvedeného textu jasně plyne, že jiné komplexní řešení, než koncepční změna systému, se nenabízí.⁵⁹ Lze proto uzavřít, že informační povinnost je určitým „nouzovým“ a navíc jen částečným řešením, jak alespoň zmírnit dopady pnutí mezi oběma standardy poskytování zdravotních služeb.

ZÁVĚR

Předložený článek v první kapitole upozornil na nezbytnost rozlišování jednotlivých druhů standardů při poskytování zdravotních služeb, tedy standardu odborného – medicínského, standardu civilněprávního (deliktního) a standardu zdravotních služeb hrazených ze systému veřejného zdravotního pojištění. Obsah každého ze standardů určuje disciplína, pro jejíž účely se užívá, a to rovněž s ohledem na funkce, jaké v nich plní. Zaměňování, respektive nerozlišování, jednotlivých druhů standardů při poskytování zdravotních služeb vede nejen k nechtěným, ale rovněž k právně nepřijatelným výsledkům, jak bylo ukázáno na jednom z rozhodnutí českých vysokých soudů.

Cílem druhé kapitoly bylo předejít třecí plochy vzniklé v důsledku rozlišování standardů při poskytování zdravotních služeb, a to předně mezi civilněprávním (deliktním) standardem a standardem pro účely práva veřejného zdravotního pojištění, a nastítnit východiska jejich eliminace či zmírnění. Dominantní návrh řešení alespoň částečně překlenující třecí plochy nabízí informační povinnost lékaře vůči pacientovi o tom, že určitá zdravotní služba není hrazena ze systému veřejného zdravotního pojištění, což pacientovi umožní rozhodnout se, jak dále postupovat. Pnutí mezi oběma standardy informační povinnost zcela nevyřeší, sejme ale zčásti rozhodnutí o dalším postupu z lékaře a přesune jej na pacienta. Je sice zřejmé, že tím dojde k dalšímu zatížení vztahu mezi lékařem a pacientem, na druhou stranu by bylo nesprávné, aby důsledky, jež má nést primárně společnost, na svých bedrech nesl lékař.

Jiné než komplexní řešení tedy pnutí mezi oběma standardy při poskytování zdravotních služeb nevyřeší. V naší zemi zastavil poslední snahu zákonodárce o rozlišení tzv. zdravotnických standardů a nadstandardů svým nálezem Ústavní soud.⁶⁰ Nutno dodat, že nikoliv z důvodu nesouhlasu se základním členěním zdravotních služeb na standardní a nadstandardní, nýbrž z důvodu zákonodárcem zvolené

⁵⁹ K tezi, že by snad část nákladů na zdravotní služby měl nést sám poskytovatel, se odmítavě vyjádřil Ústavní soud v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 19/13 ze dne 22. 10. 2013: „Ačkoliv z práva podnikat a provozovat jinou hospodářskou činnost podle čl. 26 odst. 1 Listiny základních práv a svobod neplyne právo na zisk, stát je povinen vytvářet takové podmínky, které umožní jednotlivcům usilovat o jeho dosažení. Tento závěr se v plné míře uplatní i ve specifických poměrech podnikání v oblasti poskytování zdravotní péče, kde jsou v některých odbornostech hrazeny zdravotní výkony převážně nebo dokonce výlučně z veřejného zdravotního pojištění. Důsledkem jsou tak požadavky ve vztahu k regulaci úhrad za poskytnuté výkony, které by při normálním běhu věcí, odhlédnouv od případných rizik přirozeně spojených s podnikáním, měly umožňovat (nikoliv zajišťovat) víc než jen pokrytí nákladů poskytovaných služeb. Z hlediska práva na podnikání by naopak byla nepřijatelná taková úprava, která by tyto náklady, byť jen částečně, systémově přenášela na poskytovatele [...]“ (zvýraznění autor).

⁶⁰ Nález Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 36/11 ze dne 20. 6. 2013.

legislativní techniky.⁶¹ Ve snahách o koncepční řešení nicméně nelze polevit a je třeba hledat cestu vyhovující všem relevantním aktérům v oblasti zdravotnictví. Na paměti při tom musíme mít, že problémy vyvstávající z omezených zdrojů ve zdravotnictví nesmí v první řadě tížit lékaře, nýbrž společnost jako celek. Lékařský stav má řešit zdraví lidí, nikoliv kondici zdravotnictví.

Tento článek vznikl s podporou na dlouhodobý koncepční rozvoj výzkumné organizace Ústavu státu a práva AV ČR, v. v. i., RVO 68378122.

⁶¹ Nedodržení požadavku úpravy v zákoně, a nikoliv až v sekundární normotvorbě.

REFERENČNÍ SEZNAM:

ARNADE, Johannes. *Kostendruck und Standard*. Berlin – Heidelberg: Springer, 2010. ISBN 978-3-642-11946-0.

DEUTSCH, Erwin – SPICKHOFF, Andreas. *Medizinrecht Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinprodukterecht und Transfusionsrecht*. 7. Auflage. Berlin – Heidelberg: Springer, 2014. ISBN 978-36-423-8149-2.

FIELD, Marilyn J. – LOHR, Kathleen N. (eds). *Guidelines for clinical practice: from development to use*. Washington, D.C.: National Academy Press, 1992. ISBN 0-309-04589-4.

FRAHM, Wolfgang et al. Medizin und Standard – Verwerfungen and Perspektiven. *Medizinrecht*. 2018, Vol. 36, s. 447–457.

JANSEN, Christoph. *Der Medizinische Standard*. Köln: Springer, 2019. ISBN 978-9-662-59997-6.

KATZENMEIER, Christian. *Arzthaftung*. Tübingen: Mohr Siebeck, 2002. ISBN 978-3-16-147681-5.

KOLDINSKÁ, Kristina – TRÖSTER, Petr. *Právo sociálního zabezpečení*. Praha: C. H. Beck, 2018. ISBN 978-80-7400-692-0.

MASIC, Izet – MIOKOVIC, Milan – MUHAMEDAGIC, Belma. Evidence Based Medicine – New Approaches and Challenges. *Acta Informatica Medica*. 2008, Vol. 16, No. 4.

SACKETT, David L. – ROSENBERG, William M. – GRAY, J. A. Muir – HAYNES, R. Brian – RICHARDSON, W. Scott. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996, 312, s. 71.

SAMANTA, Ash – MELLO, Michelle M. – FOSTER, Charles – TINGLE, John. The Role of Clinical Guidelines in Medical Negligence Litigation: A Shift from the Bolam Standard? *Medical Law Review*. 2006, Vol. 14, No. 3.

SCHMITZ-LUHN, Björn. *Priorisierung in der Medizin. Erfahrungen und Perspektiven*. Berlin – Heidelberg: Springer, 2015. ISBN 978-3-662-45077-2.

SMRŽ, Ivo. Význam „clinical guidelines“ pro určení náležité odborné úrovně poskytování zdravotních služeb. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2017, Vol. 7, No. 1.

SPRAU, Hartwig. In: PALANDT, Otto. *Bürgerliches Gesetzbuch*. 69. neubearbeitete Auflage. München: C. H. Beck, 2010. ISBN 978-340-6594-885.

STEFFEN, Erich: Einige Gedanken zur Arzthaftung unter einer evidenz-basierten Medizin. In: AHRENS, Hans Jürgen (eds). *Medizin und Haftung. Festschrift für Erwin Deutsch zum 80. Geburtstag*. Berlin – Heidelberg: Springer, 2009. ISBN 978-3-642-00612-8.

ŠUSTEK, Petr – HLAVÁČEK, Karel – POVOLNÁ, Michaela. *Právo na zdravotní péči a jeho ekonomické limitace 1*. Dostupné z: <<https://www.vclp.cz/news/pravo-na-zdravotni-peci-a-jeho-ekonomicke-limitace-1>>.

ŠUSTEK, Petr – HOLČAPEK, Tomáš a kol. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016. ISBN 978-80-7552-321-1.

VELTEN, Wolfram. *Der medizinische Standard im Arzthaftungsprozeß: ein Beitrag zu Umfang und Grenzen der Darlegungslast von Arzthaftungsklägern bezüglich der Standards medizinischer Heilbehandlung*. Baden-Baden: Nomos, 2001. ISBN 3-7890-7099-8.