



Vysoká škola ekonomická v Praze

Fakulta managementu v Jindřichově Hradci

Bakalářská práce

Hana Zeinerová

2007



Vysoká škola ekonomická v Praze

Fakulta managementu v Jindřichově Hradci

Institut managementu zdravotnických služeb

Práva a povinnosti praktického lékaře v systému poskytování zdravotní péče

Vypracovala:

Hana Zeinerová

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Lenka Navarová

Bechyně, duben 2007

Vysoká škola ekonomická v Praze
Jarošovská 1117/II, 377 01 Jindřichův Hradec

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

pro akademický rok 2006/2007

Název práce: Práva a povinnosti praktického lékaře v systému poskytování zdravotní péče.

Zadání práce: Cílem práce je vymezení základních povinností praktických lékařů při poskytování zdravotní péče a jednotlivých úkonů s tím souvisejících s vymezením návrhů de lege ferenda ochrany práv praktického lékaře a ochrany pacientů.

Jméno studenta: Hana Zeinerová

Ročník: 2.

Obor: MANAGEMENT

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Navarová

Katedra: Katedra společenských věd

Termín zadání: 23.6.2006

Termín odevzdání: Dle vyhlášky o průběhu státních závěrečných zkoušek v ak. roce 2006/2007

V Jindřichově Hradci 23.6.2006



Ing. Vladimír Příbýl

proděkan pro pedagogickou činnost

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářskou práci na téma
»Práva a povinnosti praktického lékaře v systému poskytování zdravotní péče«
jsem vypracovala samostatně.

Použitou literaturu a podkladové materiály
uvádím v příloženém seznamu literatury.

Bechyně, duben 2007

podpis studenta

Anotace

Práva a povinnosti praktického lékaře v systému poskytování zdravotní péče

Cílem práce je vymezení základních povinností praktických lékařů při poskytování zdravotní péče a jednotlivých úkonů s tím souvisejících s vymezením návrhů de lege ferenda ochrany práv praktického lékaře a ochrany pacientů.

duben 2007

Poděkování

Za cenné rady, náměty a inspiraci

při tvorbě bakalářské práce

bych chtěla poděkovat

Mgr. Lence Navarové.

Obsah

| | |
|--|---------------|
| ÚVOD | - 1 - |
| 1 PRÁVNÍ VZTAHY A ČAS | - 2 - |
| 2 PRÁVNÍ PŘEDPISY UPRAVUJÍCÍ PROBLEMATIKU MEDICÍNSKÉHO PRÁVA..... | - 4 - |
| 3 ZÁKONY UPRAVUJÍCÍ PROBLEMATIKU MEDICÍNSKÉHO PRÁVA | - 6 - |
| 3.1 PODZÁKONNÉ PRÁVNÍ PŘEDPISY UPRAVUJÍCÍ PROBLEMATIKU MEDICÍNSKÉHO PRÁVA | - 6 - |
| 4 PRAKTICKÉ LÉKAŘSTVÍ | - 8 - |
| 5 POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE | - 12 - |
| 5.1 <i>Ambulantní péče.....</i> | - 14 - |
| 5.2 <i>Primární zdravotní péče.....</i> | - 14 - |
| 5.3 <i>Specializovaná ambulantní zdravotní péče.....</i> | - 15 - |
| 5.4 <i>Zvláštní ambulantní péče.....</i> | - 16 - |
| 5.5 <i>Pohotovostní a záchranná služba.....</i> | - 16 - |
| 5.6 <i>Preventivní péče.....</i> | - 17 - |
| 6 PRAVOMOCI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE | - 18 - |
| 6.1 DOPORUČENÍ K AMBULANTNÍMU SPECIALISTOVÍ | - 18 - |
| 6.2 VYSTAVOVÁNÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI..... | - 18 - |
| 6.2.1 Dočasná pracovní neschopnost (dále jen "PN") | - 18 - |
| 6.2.2 Uznání PN..... | - 18 - |
| 6.2.3 Potvrzení PN | - 18 - |
| 6.2.4 Povinnosti ošetřujícího lékaře po uznání PN..... | - 18 - |
| 6.2.5 Ukončení PN | - 20 - |
| 6.2.6 Povinnosti ošetřujícího lékaře po ukončení PN | - 20 - |
| 6.3 DOPORUČENÍ K LÁZEŇSKÉ LÉČBĚ..... | - 20 - |
| 6.4 POSUDKOVÁ ČINNOST..... | - 21 - |
| 6.5 PREVENTIVNÍ PROHLÍDKY..... | - 21 - |
| 6.5.1 Obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek v oboru praktický lékař pro dospělé | - 21 - |
| 6.5.2 Dispenzární péče | - 22 - |
| 7 VZDĚLÁVACÍ PROGRAM PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE..... | - 23 - |
| 7.1 <i>Specializovaná způsobilost lékaře.....</i> | - 23 - |
| 7.2 <i>Minimální požadavky na specializační vzdělávání</i> | - 23 - |
| 7.3 <i>Vzdělávací cíle v oboru praktické lékařství pro dospělé</i> | - 24 - |
| 7.4 <i>Všeobecné požadavky.....</i> | - 24 - |
| 7.5 <i>Hodnocení specializačního vzdělávání</i> | - 25 - |
| 7.6 <i>Charakteristika činností, pro které absolvent specializačního vzdělávání získal způsobilost... - 26 -</i> | - 26 - |
| 8 PRÁVNÍ OCHRANA LÉKAŘŮ..... | - 27 - |
| 8.1 JAK PŘEDCHÁZET SITUACÍM, KTERÉ MOHOU VÉST K PRÁVNÍ ODPOVĚDNOSTI..... | - 27 - |
| 9 SDRUŽENÍ PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ | - 28 - |
| 9.1 <i>Činnost SPL ČR</i> | - 28 - |
| 9.2 <i>Poslání a úkoly SPL.....</i> | - 28 - |
| 10 PRÁVA PACIENTŮ | - 30 - |
| 10.1 <i>Co jsou patientská práva?.....</i> | - 31 - |
| 10.2 <i>Volba lékaře a zdravotní pojišťovny</i> | - 31 - |
| 10.3 <i>U lékaře.....</i> | - 32 - |
| 10.3.1 <i>Co dělat, když lékař odmítne zaregistrovat pacienta</i> | - 32 - |
| 10.3.2 <i>Kdy může lékař požadovat platbu v hotovosti.....</i> | - 32 - |
| 10.3.3 <i>Co je a co není hrazeno ze zdravotního pojištění</i> | - 32 - |
| 10.4 <i>Zdravotnická dokumentace – vazba na základní povinnost podle vyhlášky č. 479/2006 Sb.</i> | - 33 - |
| 10.5 <i>Když vše nefunguje tak, jak má</i> | - 33 - |
| 11 SVAZ PACIENTŮ ČR..... | - 35 - |

| | | |
|-----------|---|---------------|
| 12 | PRAKTICKÝ LÉKAŘ PRO DOSPĚLÉ – SOUKROMÁ PRAXE | - 37 - |
| 12.1 | Požadavky na minimální plochy ordinací a na jejich nezbytné vybavení lékařskou technologií a nábytkem - 38 - | |
| 13 | AKTUÁLNÍ PROBLÉM V OBLASTI PRAKTICKÉHO LÉKAŘSTVÍ | - 40 - |
| | ZÁVĚR | - 41 - |
| | LITERATURA | - 43 - |

Přílohy

| | | |
|----------|---|---------------|
| A | ETICKÝ KODEX PRÁVA PACIENTŮ | - 45 - |
| B | PRIMÁRNÍ PÉČE V JIHOČESKÉM KRAJI 2005 | - 47 - |
| | TABULKA 1 – PRAKTICKÝ LÉKAŘ PRO DOSPĚLÉ – ZABEZPEČENÍ A VYUŽÍVANÍ PÉČE | - 47 - |
| | TABULKA 2 – ČINNOST PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DOSPĚLÉ | - 48 - |
| | TABULKA 3 – POČET OŠETŘENÍ (VYŠETŘENÍ) V OBORU PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DOSPĚLÉ ¹⁹ | - 48 - |
| C | ČINNOST PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DOSPĚLÉ DLE KRAJŮ (2005) | - 48 - |
| | TABULKA 2 – ČINNOST PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DOSPĚLÉ | - 48 - |
| | TABULKA 3 – POČET OŠETŘENÍ (VYŠETŘENÍ) V OBORU PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DOSPĚLÉ | - 48 - |
| | GRAF 1 – POČET REGISTRVANÝCH PACIENTŮ NA 1 PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DOSPĚLÉ | - 49 - |
| | GRAF 2 – POČET OŠETŘENÍ NA 1 PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DOSPĚLÉ ²⁰ | - 49 - |

Úvod

Každý z nás se již určitě potýkal s menšími či většími zdravotními problémy. Ať už to jsou jen pouhá nachlazení, chřipky, úrazy či nemoci vážnějšího charakteru, prvním krokem, který většina z nás udělá, je návštěva praktického lékaře. Není pochyb, že praktický lékař je důležitým článkem zdravotního systému a neměl by být přehlížen.

Praktické lékařství je obor rovnocenný se všemi oblastmi medicíny a předatestační příprava je jedna z nejtěžších a nejkompexnějších v celé medicíně. Praktický lékař musí projít všemi základními medicínskými obory od interny a chirurgie ke gynekologii, plicní lékařství, ušní-nosní-krční nebo třeba psychiatrii a psychologii.

Povolání lékaře je spojenou s velkou mírou odpovědnosti, a proto znalost práv a povinností je nutná. V současné době, kdy je každý proces s lékařem velmi přitažlivým a vděčným tématem pro tisk a ostatní média, je tento nápor na psychiku zdravotníka o to vyšší, oč častěji se o těchto případech hovoří či píše. Nicméně setká-li se lékař se svými kolegy ze západní Evropy nebo USA, dozví se, že zde je situace v tomto směru pro zdravotníky ještě mnohem těžší. Existují advokátní kanceláře, které se přímo zaměřují na procesy proti lékařům a žaloby o náhradu škody způsobené pacientům. Ve větších nemocnicích mají dokonce tyto kanceláře mezi zdravotnickým personálem své „špióny“, kteří mezi pacienty vyhledávají eventuální klienty. Také ovšem existují advokátní kanceláře zaměřené naopak na právní ochranu lékařů. Je jistě nesporné, že problematika právní odpovědnosti v medicíně bude pro lékaře, zdravotní sestry a další zdravotnické pracovníky v České republice stále aktuálnější, a to především s ohledem na zvýšenou ochranu práv pacientů.

Dalším významným prvkem, který praktický lékař i ostatní zdravotničtí pracovníci, musí brát na vědomí je komunikace s pacienty. V dnešní době nelze s pacientem nekomunikovat. Na lékaře je kladen požadavek jednat s každým trpělivě a laskavě a respektovat pacienta jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy a povinnostmi, včetně odpovědnosti za své zdraví. Komunikace lékaře s pacientem má závratný význam jak z hlediska ovlivňování jeho zdravotního stavu, tak z hlediska právních aspektů a dopadů.

Jak již bylo řečeno, obor praktického lékařství vyžaduje velké množství znalostí, jak z oblasti medicíny, tak z oblasti právní problematiky. V této práci se pokusím některá z nich vymezit a popsat základní povinnosti praktického lékaře.

1 Právní vztahy a čas

Každý z nás je pacient a během svého života vstupuje nutně do právních vztahů v souvislosti s medicínou. Poprvé při narození, pak při dětské prevenci, péči dětského lékaře, povinném očkování, při péči u svého praktického lékaře, zubního lékaře, gynekologa. Vstoupíme-li do lékařské ordinace, přichází-li lékař k nám, přijíždí-li záchranka, automaticky vstupujeme do právních vztahů s lékaři, dalšími zdravotníky a zdravotnickými zařízeními. Většinou si přejeme především vysokou odbornost a jistou vlivnost. Často si ani moc dobře neuvědomujeme všechna svá práva. Ale i přesto máme více než v minulosti tendenci získat co nejvíce informací, rozhodovat se také trochu sami a třeba si i vybírat lékaře a zdravotnické zařízení, kde nám bude poskytnuta zdravotní péče.

Vztah lékaře a pacienta postupem času přestává být paternalistický a začíná být přece jen více „partnerský“. Asi jen těžko lze reálně dosáhnout toho, aby byl tento vztah úplně partnerský. Lékař poskytuje pacientovi své dovednosti, nyní často za pomoci vyspělých technických prostředků, odpovídá za odbornost a korektnost svého postupu, ale také za to, že pacient nebude omezen ve svých právech .

Vztah lékaře a pacienta se s dobou mění. Král Chamurapi trestal například neúspěšné chirurgy utětím ruky. Jan Lucemburský dal svého lékaře utopit, když se mu nepodařilo vyléčit jeho oční chorobu. Fridrich II. své vojenské lékaře vyplácel holí, pokud se mu zdálo, že úmrtnost raněných je vysoká.

„Prvorepublikový“ lékař byl u pacientů většinou nesmírnou autoritou. Často byl zasvěcen do vztahů v celé rodině a radil jim i v jiných než lékařských otázkách. Žaloby a stížnosti v tehdejší době nebyly časté. Za první republiky byl soukromý lékař většinou dobře finančně zajištěn, ale „ve službě“ musel být 24 hodin denně, musel být schopen sešít ránu (kdyby poslal pacienta na tento zákrok k chirurgovi, znemožnil by se), provést porod a vedle všeobecného lékařství provozoval také současně zubní praxi. O radách a léčení s lékařem pacient většinou nediskutoval, jeho pokyny byly „svaté“.

V období socialismu byl lékař, aniž by si to přál, považován za součást státní moci. Také medicínské právo bylo většinou pokládáno za součást správního práva. Vztah k pacientovi byl spíše direktivní, v tom stylu „o nic se nestarejte, do ničeho nám nemluvte, my sami víme nejlépe, co je pro vás nejlepší“. Nebylo zvykem, aby pacient žádal o informace, na které měl podle tehdejší i dnešní právní úpravy nárok (§ 23 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, zněl tehdy stejně jako dnes – ačkoli v této době projednává Poslanecká sněmovna návrh novely, která by měla znění tohoto ustanovení více přizpůsobit

Úmluvě o lidských právech a biomedicině). Nutno přiznat, že mnohdy i pro lékaře byla „medicína mlčení“ pohodlnější, než nutnost patřičně s pacientem komunikovat, udělovat mu podrobné informace, vyžadovat jeho kvalifikovaný souhlas a rozhodnutí.

Po roce 1990 v tomto směru došlo k mnoha změnám. Etický kodex České lékařské komory pobízí lékaře, aby se vzdal paternalitních pozic v postojích vzhledem k pacientovi a respektoval ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy a povinnostmi, včetně odpovědnosti za své zdraví. Lékaři již s pacienty podstatně více komunikují. Pokud existuje více léčebných postupů, lékař pacienta většinou informuje o všech z nich, jejich výhodách a nevýhodách, včetně vlastního doporučení kterých z možných postupů je vhodný a proč.

Nová doba klade na lékaře a další zdravotníky nové požadavky nejen pokud jde o vlastní odbornost. Nezbytnou součástí se u lékařů stávají právní znalosti. Lékař, který vykonává samostatně své povolání musí být schopen odpovědět na řadu mnohdy ne zrovna jednoduchých otázek. O čem a v jaké míře pacienta informovat? Koho z pacientových blízkých informovat? Má pacient a jeho blízcí právo nahlížet do zdravotnické dokumentace? Komu náleží toto právo po smrti pacienta? Jak postupovat, nesouhlasí-li pacient s nutnou, životně důležitou péčí? Má lékař respektovat jeho přání i za cenu smrti? Má lékař respektovat povinnou mlčenlivost i vůči policii a soudu? Kdy je musí dodržet povinnou mlčenlivostí, a kdy naopak má oznamovací povinnost? Kdo a jakým způsobem zhodnotí, zda lékař postupoval *lege artis*? A co to vlastně znamená postup *lege artis*? Takto by bylo možno sepsat desítky dalších velmi aktuálních otázek, na které lékaři hledají při své každodenní praxi správnou odpověď a leckdy ji nemohou najít ani u právníků, nebo u nich nacházejí odpovědi a právní názory rozdílné a vzájemně si odporující. Kromě těchto obecných otázek medicína také přináší řadu specifických problémů podle jednotlivých oborů a často úzce specializovaných činností.

2 Právní předpisy upravující problematiku medicínského práva

Problematiku medicínského práva upravují desítky a desítky právních předpisů. Neexistuje jen jeden kodex s případnou prováděcí vyhláškou, ale jde o celou řadu zákonů i podzákoných právních předpisů, které lze případně diferencovat podle různých kritérií. Jedním z možných kritérií je právní síla jednotlivých právních předpisů. Oblast medicínského práva upravují i mezinárodní úmluvy a ústavní právní předpisy, které mají vyšší právní sílu než zákon, dále celá řada zákonů a mnoho dalších podzákoných právních předpisů. Druhým možným kritériem je otázka, zda problematiku medicínského práva právní předpis upravuje obecně, nebo zda upravuje jenom jeden specifický úsek zdravotní péče.

Do problematiky medicínského práva značně zasahují i některé právní předpisy občanského práva hmotného i procesního, trestního práva hmotného i procesního a správního práva. Například zákon č.40/1964 z občanského zákoníku, ve znění pozdějších předpisů, upravuje problematiku právních úkonů a podmínek pro platný právní úkon, přičemž tato právní úprava má zásadní význam i při právních úkonech, které provádí pacient či lékař při poskytování zdravotní péče.

Zákon č. 140/1961 Sb. z trestního zákona, ve znění pozdějších předpisů, se dotýká medicínského práva v celé řadě ustanovení; mezi obecnými je třeba uvést zejména krajní nouzi. Některá ustanovení trestního zákona se přímo dotýkají poskytování zdravotní péče – nedovoleného přerušování těhotenství, podávání anabolických látek mládeži, šíření nakažlivé choroby, padělání a vystavování nepravdivých lékařských zpráv, posudků a nálezů.

V jiných případech skutková podstata trestného činu zasahuje závažným způsobem do problematiky poskytování zdravotní péče, např. trestný čin neoznámení trestného činu a nepřekažení trestného činu obsahující výčet trestných činů, které je každý povinen oznámit nebo překazit, významným způsobem také zasahuje do povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků. S poskytováním zdravotní péče úzce souvisí problematika trestného činu neposkytnutí pomoci, účasti na sebevraždě, neoprávněného nakládání s osobními údaji, omezování nebo zbavení osobní svobody a poškozování cizích práv.

Zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád), ve znění pozdějších předpisů, se v některých ustanoveních dotýká otázek povinné mlčenlivosti ve zdravotnictví i zkoumání duševního stavu. Některé právní předpisy z oblasti správního práva se týkají situací, ve kterých lékař někdy nutně vystupuje nejen jako pomoc a služba pacientovi, ale do

jisté míry supluje postavení orgánů státní správy. Jde například o posuzování dočasné pracovní neschopnosti k práci, jinou posudkovou činnost, ochranu veřejného zdraví, apod.

V této souvislosti je možno si povšimnout, že problematiku medicínského práva nelze jednoduše zařadit pod některé jiné právní odvětví. Běžný vztah mezi lékařem a pacientem, poskytování zdravotní péče pacientovi, jeho informovaný souhlas, informační povinnost lékaře, povinnost pacienta uhradit poskytnutou zdravotní péči, která není hrazena ze zdravotního pojištění, apod. jsou jistě významnými občanskoprávními prvky v medicínském právu. Naproti tomu, celá problematika veřejného zdravotního pojištění jakož i posuzování dočasné pracovní neschopnosti a ochrana veřejného zdraví spíše zasahuje do oblasti správního práva. Některé uvedené trestné činy i současná praxe, kdy právní odpovědnost v medicíně je stále řešena převážně prostředky trestního práva, svědčí také o významné úloze trestního práva při poskytování zdravotní péče.

3 Zákony upravující problematiku medicínského práva

Jak již bylo uvedeno, zákony upravující problematiku medicínského práva lze rozdělit na „obecné“ – tedy takové, které upravují všechny oblasti medicínského práva – a „specifické“ – upravující konkrétní oblasti poskytování zdravotní péče.

Základními zákony upravujícími problematiku medicínského práva a zasahujícími do všech oblastí poskytování zdravotní péče jsou:

- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů – rozsáhle novelizovaný po roce 1990, který by měl být v dohledné době nahrazen novým zákonem o zdravotní péči;
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů;
- Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, který by měl být do budoucna nahrazen novým zákonem o zdravotnickém zařízení;
- Zákon 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;
- Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče, ve znění pozdějších předpisů;
- Zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, ve znění pozdějších předpisů.

3.1 Podzákoné právní předpisy upravující problematiku medicínského práva

Další podzákoné právní předpisy, které upravují oblast praktického lékařství jsou:

- Vyhláška o posuzování dočasné pracovní neschopnosti pro účely sociálního zabezpečení č. 31/1993 Sb., ve znění pozdějších předpisů;
- Vyhláška o znaleckých komisích č. 221/1995 Sb., ve znění pozdějších předpisů;
- Vyhláška o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnického zařízení č. 49/1993 Sb., ve znění pozdějších předpisů;
- Vyhláška, kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek č. 56/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů;

- Vyhláška, kterou se stanoví indikační seznam pro lázeňskou péči o dospělé, děti a dorost č. 58/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů;
- Vyhláška, kterou se stanoví nemoci, u nichž se poskytuje dispenzární péče, časové rozmezí dispenzárních prohlídek a označení specializace dispenzarujícího lékaře č. 60/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů;
- Vyhláška, kterou se vydává Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů;
- Vyhláška, kterou se vydávají rámcové smlouvy č. 618/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů;
- Vyhláška o odškodnění bolesti a ztížení společenského uplatnění č. 440/2001 Sb., ve znění pozdějších předpisů;
- Vyhláška, kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavy sociální péče č. 195/2005 Sb.;
- Vyhláška o zdravotnické dokumentaci č. 479/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů;
- Směrnice Ministerstva zdravotnictví o posuzování zdravotní způsobilosti k práci č. 49/1967 Sb.

4 Praktické lékařství

Základním článkem zdravotnického systému je primární péče, která kombinuje metody léčení nemocí se způsoby jejich prevence. Primární péče je integrovaná komplexní zdravotní péče, která je poskytována nejen v oblasti akutních onemocnění, ale i v průběhu chronických onemocnění a také v terminální péči. Hlavním představitelem primární péče je praktický lékař pro dospělé. Jestliže tento praktický lékař pečuje navíc i o děti je plně na místě mluvit o rodinném lékaři.

Praktický lékař dle Charty

„Mnohá dědictví dlouholetého vývoje zdravotnictví po sovětském vzoru se u nás již podařilo napravit. Pro obnovení dřívější role praktického lékaře se však dosud vykonalo dosti málo. Ve srovnání s jinými zeměmi střední a východní Evropy jsme v tomto směru příliš nepokročili. Péče praktického lékaře přitom do značné míry rozhoduje nejen o úrovni poskytované zdravotní péče, ale také o spokojenosti občanů se zdravotnictvím. Co je třeba učinit pro zkvalitnění primární péče? Pokusme se nad touto otázkou zamyslet pod zorným úhlem návrhu Charty evropského praktického/rodinného lékařství (dále Charta), který nedávno zveřejnila Evropská úřadovna Světové zdravotnické organizace. Zaměříme se přitom především na požadavky, které u nás teprve čekají na splnění“, říká Doc.MUDr.Květoslav Šipr, CSc. (je vedoucím Ústavu rodinného lékařství LF Masarykovy univerzity v Brně)

„Praktický lékař má být lékařem rodinným. Péče poskytovaná praktickým lékařem nemá být omezena na určité skupiny populace. Podle Charty jde o péči, která je "pro každého, bez ohledu na věk, pohlaví, sociální postavení, rasu nebo náboženství". U nás je dosud primární péče rozdělena podle věku nemocných. Naše zdravotnictví rozlišuje dvě odlišné profese: "praktický lékař pro dospělé" a "praktický lékař pro děti a dorost". Podle studie uskutečněné Evropskou akademií učitelů praktického lékařství je ČR jednou ze čtyř evropských zemí, kde dosud o výchově všeobecně orientovaného praktického lékaře nebylo rozhodnuto. Kromě ČR existuje striktní oddělení péče o děti a o dospělé pouze na Slovensku, ve Svazové republice Jugoslávie (Srbsko) a v Portugalsku. Pro rodinný typ praktického lékaře svědčí důvody odborné i ekonomické. Proč tedy u nás dvě odlišné skupiny lékařů primární péče dosud existují? Jednou z hlavních námitek proti ustavení instituce rodinných lékařů je obava, že by tak byli existenčně ohroženi pediatři, kterých jsme v minulosti vychovali velký

počet. Je ovšem třeba zdůraznit, že zavedení instituce rodinných lékařů neznamena převzetí péče o děti praktickými lékaři. Spíše jde o oboustranné a postupné rozšiřování kompetencí. Praktičtí lékaři pro děti, kteří se stanou rodinnými lékaři, nebudou své nemocné po dosažení určité věkové hranice povinně předávat praktickým lékařům pro dospělé. A praktičtí lékaři pro dospělé, kteří se rozhodnou pro rodinné lékařství, budou přebírat do péče i osoby mladší patnácti let. Připomeňme, že klientelu pediatriů neohrožuje konkurence praktických lékařů, ale spíše očekávaný populační vývoj. V roce 1994 v České republice poprvé klesl počet porodů pod počet úmrtí. Přirozený "přírůstek" obyvatel za rok činil minus 10.794. Podle předpovědi demografů bude u nás i nadále počet dětí klesat: z 1.893 tisíc v roce 1995 na 1.225 až 1.006 tisíc v roce 2020. Jestliže v polovině devadesátých let bylo v naší populaci zhruba stejně obyvatel ve věku 0 až 14 let a ve věku 60 a více let, do roku 2015 bude činit počet osob mladších patnácti let méně než polovinu šedesátiletých a starších. Stát se rodinným lékařem tedy může být pro pediatriy naopak výhodné. Nikdo nepředpokládá, že rodinní lékaři převezmou veškerou péči o děti. Rozhodování o volbě typu lékaře primární péče by však mělo být ponecháno na pacientech, u dětí na jejich rodičích. Ve městech bude péče o děti nepochybně i nadále doménou ambulantních pediatriů, na venkově se spíše uplatní rodinný lékař.

Vytvoření možnosti získat odbornost rodinného lékaře je žádoucí i vzhledem k našim snahám o integraci do evropských struktur. Vždyť kompetence českého praktického lékaře je ve srovnání s jeho západoevropskými kolegy podstatně nižší již s ohledem na věkové omezení jeho klientely. Mobilita pracovních sil je přitom jednou z hlavních idejí Evropské unie.

Zárukou kvalitní péče o zdraví je vysoká odbornost praktického lékaře
Praktické lékařství je v Chartě označováno jako všeobecné, dostupné, integrované a kontinuální. Nevylučuje žádné zdravotní problémy a posuzuje je z hlediska somatického, psychického i sociálního. Nelze popřít, že kvalita přípravy dřívějších obvodních lékařů jako internistů I. stupně neodpovídala nárokům kladeným na praktické lékaře ve vyspělých evropských zemích. Avšak tendence kalkulovat s nízkou pravomocí praktického lékaře i do budoucna je v rozporu s potřebou zajišťovat kvalitní zdravotní péči při relativně nízkých finančních nákladech. V zájmu nemocných má za terapeutický plán odpovídat praktický lékař, a nikoli specialista. Integrovaná role praktického lékaře je nezastupitelná. Zkušenost ukazuje, že praktický lékař je schopen vyřešit sám zhruba 90 % zdravotních problémů, s nimiž se lidé na něho obracejí, přibližně desetinu nemocných odesílá ke konziliárnímu vyšetření. Podle Charty by měl o výsledku konziliárního vyšetření pacienta informovat

rodinný lékař. Zdroje pro úhradu zdravotní péče jsou samozřejmě omezené. Je třeba uznat, že preskripci nákladných léků je nutno limitovat. Omezování preskripce podle odbornosti lékaře však je příliš jednoduchým řešením, rozhodujícím kritériem by mělo být spíše přesné vymezení indikace. Jinak budou nemocní odesíláni na odborné vyšetření nezdědka jen proto, že praktický lékař jim nemůže indikovaný lék předepsat. Z ekonomického hlediska je racionální, aby praktický lékař byl kompetentní předepisovat všechny léky, potřebné pro terapii jím léčených nemocných. Způsobilst praktického lékaře k provádění výkonů by měla být omezována pouze jeho erudicí a vybavením ordinace. Snahy o administrativní zásahy, například určování, kolik stehů může praktický lékař při povrchním poranění ještě aplikovat, neodpovídají potřebě ani zvyklostem v jiných zemích.

Praktický lékař - advokát nemocných

Podle Charty má být rodinný lékař obhájcem nemocného ve všech jeho zdravotních záležitostech a ve vztahu ke všem poskytovatelům zdravotní péče. Lidé právem očekávají, že budou svým rodinným lékařem ošetřeni s naprostou diskretností a že rodinný lékař bude chránit důvěrnost všech informací. Všichni jsme se přesvědčili, že platba podle výkonů vede ke zbytečným vyšetřením a léčebným úkonům, ale také k náročné administrativě a nadměrnému zatěžování zdravotnických pracovníků. Kapitační systém odměňování je proto očekáván s velkými nadějemi. Varujme se ovšem iluzí, že se tak zbavíme všech problémů ve zdravotnictví. Nebezpečí poklesu zájmu o nemocné je reálnou hrozbou. Ze zahraničních zkušeností je zřejmé, že kapitační platba je účinná pouze tehdy, jestliže přístup k sekundární péči důsledně otevírá pouze praktický lékař. Nemá-li dojít k poklesu spokojenosti se zdravotní péčí i k objektivnímu zhoršení její úrovně, musí být pečlivě stanovena hranice, po kterou se za registrovaného nemocného poskytuje plná platba a od které se platba snižuje, případně neposkytuje vůbec. Možnost svobodné volby lékaře by mělo být spojeno s právem lékaře nemocného do péče přijmout nebo nepřijmout. Územní síť zdravotnických zařízení by měla pamatovat také na zajištění primární péče o osoby, které nikomu "nepřísluší". Již dnes vznikají problémy, například u méně přizpůsobivých jedinců.

Výchova rodinného lékaře

Většina lékařských fakult České republiky již obor rodinného lékařství zařadila do pregraduální výuky. Zmiňovaná Charta zdůrazňuje, že uznání praktického lékařství jako akademické disciplíny má podstatný význam pro uznání významu oboru. Akademická

pracoviště mají být vedena praktikujícími rodinnými lékaři s dostatečnou zkušeností v praktickém lékařství. Hlavní poslání výuky rodinného lékařství je seznámení studentů s terapeutickou a diagnostickou aktivitou lékaře všeobecné praxe. Vždyť lékař kteréhokoli oboru potřebuje znát možnosti i meze péče poskytované praktickým lékařem. Jen tak může být spolupráce mezi specialisty a všeobecně zaměřenými praktickými lékaři skutečně racionální.

Během výuky rodinného lékařství si student má osvojit také znalosti a dovednosti, které může využít při práci v ambulantní složce kteréhokoliv klinického oboru. Patří k nim volba omezeného, ale pro rozpoznání choroby dostatečného rozsahu vyšetření ("umění rychlého stanovení diagnózy"). Student se učí správnému pořadí při indikování jednotlivých vyšetřovacích postupů. Ke specifickým dovednostem dobrého praktického lékaře patří také správná komunikace s nemocným i jeho rodinou. Systém postgraduální výchovy se proti dosavadním zvyklostem nepochybně brzo změní. Vzhledem k potřebě přijetí zákonné úpravy nejde ovšem o záležitost vyřizovanou příliš rychle. Rozšíření kompetencí by nepochybně mělo být časově spojeno s rozšířením kvalifikace, nově připravovaní praktičtí lékaři by již měli být vychováni jako lékaři rodinní. Jestliže v České republice dosud vychováváme odděleně praktické lékaře pro děti a praktické lékaře pro dospělé, dopouštíme se křivdy na nejmladší generaci lékařů primární péče. V každém případě je třeba brát v úvahu zahraniční zkušenosti.

Závěr

Praktické lékařství je oborem, jehož rozvoj u nás ve srovnání se stavem ve vyspělých zemích zaostal. Podmínky pro zkvalitnění primární péče má přinést zavedení pregraduální výuky i zlepšení postgraduální výchovy. Ustavení oboru rodinného lékařství je žádoucí i s ohledem na přípravy ke vstupu do Evropské unie. Řadu užitečných podnětů poskytuje také návrh Charty praktického/rodinného lékařství, který vypracovala Evropská úřadovna Světové zdravotnické organizace.“¹

¹ viz http://www.zdrav.cz/web/mpz/mpz1708__i__sivr_k__zdr.htm

5 Poskytování zdravotní péče

Zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. Podmínky poskytování zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních stanoví zvláštní zákony.²

Ustanovení § 11 odst. 1, věta první, je v současné době považováno za definici pojmu „postup lege artis“. (Lege artis = odborně správně, podle pravidel lékařského umění). Týká se všech zdravotnických zařízení bez rozdílů forem vlastnictví. Definice „v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy“ je velmi diskutabilní, v nové právní úpravě se předpokládá přesnější a méně obecné vysvětlení pojmu „lege artis“. I současný výklad však nepředstavuje aplikaci tohoto ustanovení tak, že každé zdravotnické zařízení je povinno poskytnout každému pacientovi péči na nejvyšší možné úrovni poznatků světové lékařské vědy. Tomu neodpovídají ani ekonomické možnosti ČR. Proto je tento pojem vykládán tak, že je potřeba využívat těch poznatků lékařské vědy, které jsou zdravotnickému zařízení dostupné, které jsou při dané diagnóze považovány za obvyklé a jejichž použití představuje odborně správný postup, avšak vždy s přihlédnutím ke konkrétním možnostem včetně ekonomických podmínek. Neznamená to tedy, že každý pacient má automaticky právo na tu nejlepší a nejdražší zdravotní péči, i když existuje její levnější alternativa. Oproti tomu každý pacient má nepochybně právo na to, aby byl při jeho léčbě použit odborně správný postup v souladu se současnými, pro Českou republiku a dané zdravotnické zařízení dostupnými poznatky lékařské vědy.

Podmínky poskytování zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních stanoví kromě samotného zákona o péči o zdraví lidu též zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotních zařízeních, zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství a zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantaci tkání a orgánů (transplantační zákon).

Zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení, na základě spolupráce a účelné dělby práce při zachování jednoty odborné péče o zdraví člověka a osobní odpovědnosti

² viz zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, § 11, hlava první, oddíl 1

za poskytovanou péči. V těchto zařízeních mohou vyšetřovací a léčebné výkony provádět jen oprávnění zdravotničtí pracovníci. ³

Toto ustanovení pozitivně vymezuje, kdo v České republice poskytuje zdravotní péči a způsob spolupráce zdravotnických zařízení. Dále kogentně stanoví, že v těchto zařízeních, tedy ve zdravotnických zařízeních, mohou léčebné a vyšetřovací výkony provádět jen oprávnění zdravotničtí pracovníci. V praxi to znamená, že zdravotní péči ve zdravotnických zařízeních nemohou poskytovat například léčitelé či laici bez zdravotnického vzdělání. To však neznamená, že pomocné výkony nemohou po přiměřeném zaškolení vykonávat dobrovolníci v rámci dobrovolnické služby, popř. členové Červeného kříže. Rovněž toto ustanovení neznamená zákaz činnosti léčitelů v České republice, jak již někdy bylo nesprávně interpretováno.

1) Zdravotní péči poskytují ve zdravotnických zařízeních, nebo je-li to nezbytné s ohledem na zdravotní stav pojištěnce, na jiném místě, kde je nutno péči poskytnout, zdravotničtí pracovníci, popřípadě další odborní pracovníci ve zdravotnictví, a to v rozsahu své odborné způsobilosti. Jiní zdravotničtí pracovníci než lékaři poskytují hrazenou péči na základě ordinace ošetřujícího lékaře, není-li dále stanoveno jinak.

2) Zdravotní péče je pojištěnci poskytována formou ambulantní nebo formou ústavní péče.

3) Ošetřujícím lékařem se rozumí:

a) praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost, zubní lékař, u žen ženský lékař, který registruje pojištěnce (dále jen „registrující lékař“),

b) lékař poskytující pojištěnci specializovanou ambulantní zdravotní péči,

c) lékař poskytující pojištěnci zdravotní péči v zařízení ústavní péče. ⁴

V § 18 se stanoví místa, kde k poskytování zdravotní péče dochází, osoby, které jsou oprávněny ji poskytovat, a forma jejího poskytování. Vymezení místa je poněkud nejasné. Prioritou je poskytování zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních, nicméně s ohledem na zdravotní stav pojištěnce je možno zdravotní péči poskytnout i kdekoliv jinde, tedy i mimo jakékoliv zdravotnické zařízení (např. péče poskytnutá pojištěnci v jeho domácnosti).

Pokud jde o osobní vymezení, tak k poskytování zdravotní péče jsou oprávnění lékaři a nelékařští zdravotničtí pracovníci.

³ viz zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, § 12, hlava první, oddíl 1

⁴ viz zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, část pátá, § 18

Hrazenou zdravotní péči poskytují přímo lékaři nebo jiní zdravotničtí pracovníci na základě ordinace lékaře (nestanoví-li zákony nebo prováděcí předpisy něco jiného). A v obecné rovině by tedy bylo možno dovodit, že jinou než hrazenou péči jsou další zdravotničtí pracovníci oprávněni poskytovat i bez lékařské ordinace, nicméně v rozsahu daném svojí odbornou způsobilostí. Chybí však určení, za jakých podmínek poskytují zdravotní péči další odborní pracovníci ve zdravotnictví – lze odvodit, že za stejných podmínek jako jiní zdravotničtí pracovníci než lékaři.

Ošetřujícím lékařem, a tedy i tím lékařem, který indikuje hrazenou péči, je buď registrující lékař, nebo ambulantní specialista, nebo lékař poskytující zdravotní péči v zařízení ústavní péče.

Zdravotní péče je poskytována ve dvou základních formách, a to buď jako péče ambulantní, nebo jako ústavní s tím, že obsah obou forem péče je upřesněn v dalších ustanoveních zákona.

5.1 Ambulantní péče

Ambulantní péči se rozumí

- a) primární zdravotní péče,**
- b) specializovaná ambulantní zdravotní péče,**
- c) zvláštní ambulantní péče.⁵**

5.2 Primární zdravotní péče

1) Primární zdravotní péči poskytuje pojištěncům jejich registrující lékař, popřípadě ošetřující lékař.

2) Při převzetí do péče vyplní registrující lékař registrační list. Současně si vyžádá od předchozího registrujícího lékaře informace potřebné k zajištění návaznosti zdravotní péče. Předchozí registrující lékař je povinen novému registrujícímu lékaři tyto informace předat písemně. Nový registrující lékař seznámí pojištěnce při převzetí do péče s plánem preventivních prohlídek podle § 29.

3) Registrující lékař je povinen zajišťovat zdravotní péči o registrované pojištěnce; praktický lékař a praktický lékař pro děti a dorost je povinen zajišťovat pro registrované pojištěnce též návštěvní službu.⁶

⁵ zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, část pátá, § 19

⁶ viz zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, část pátá, § 20

Primární zdravotní péči, jako součást ambulantní péče, vykonávají registrující lékaři, kterými jsou praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost, zubní lékař, ženský lékař a ostatní ošetřující lékaři.

Pouze registrující lékaři mají registrační povinnost, tzn. při převzetí pojištěnce do péče vyplní registrační list a o registraci pojištěnce informují příslušnou zdravotní pojišťovnu.

Další povinností registrujícího lékaře je vyžádat si od předchozího registrujícího lékaře informace, které jsou potřebné k zajištění návaznosti zdravotní péče. Předchozí registrující lékař je povinen potřebné informace předat. Rozsah potřebných informací, které jsou předávány, posoudí předchozí registrující lékař. Porušení povinnosti předat potřebné informace novému registrujícímu lékaři může být sankcionováno jak příslušnými orgány stavovské samosprávy, tak za určitých podmínek mohou vzniknout i občanskoprávní nebo trestněprávní odpovědnosti za poškození zdraví, ke kterému došlo v důsledku nedostatečného informování nového lékaře. Nový registrující lékař je oprávněn vyžádat si doplňující informace, má-li za to, že jemu předané informace nejsou dostačující k zajištění návaznosti péče. Chybou je, pokud si registrující lékaři předávají celou zdravotnickou dokumentaci. Ta by v případě změny registrujícího lékaře měla, z mnoha důvodů, zůstat u bývalého registrujícího lékaře a novému lékaři by se tak měl dostat pouze relevantní výpis (příp. opis nebo kopie části zdravotnické dokumentace).

Registrující lékař je povinen seznámit nově registrovaného pojištěnce s plánem předepsaných preventivních prohlídek a následně mu poskytovat zdravotní péči. Navíc musí praktičtí lékaři pro dospělé a praktičtí lékaři pro děti a dorost zajišťovat také návštěvní službu pro své pojištěnce. Někteří pacienti, kvůli svému zdravotnímu stavu, nejsou schopni se ke svému lékaři dostavit, a tak je lékař navštěvuje sám v jejich bytě. Návštěvní služba může být buď plánovaná nebo akutní, kdy z důvodu náhlého zhoršení zdravotního stavu musí být uskutečněna okamžitě. Tuto návštěvní službu mohou zajišťovat osobně nebo jiným způsobem, avšak odpovědnost za její zajištění je dána jim.

5.3 Specializovaná ambulantní zdravotní péče

1) Vyžaduje-li zdravotní stav pojištěnce poskytnutí specializované ambulantní zdravotní péče, doporučí registrující lékař pojištěnci takové smluvní zdravotnické zařízení, které je schopno specializovanou ambulantní zdravotní péčí na náležité úrovni poskytnout; právo na volbu lékaře a zdravotnického zařízení podle tohoto zákona tím není dotčeno. Spolu s doporučením k přijetí specializovaným lékařem zasílá registrující

lékař též písemné odůvodnění a důležité zdravotní údaje včetně výsledků předem provedených vyšetření a informace o provedeném léčení.

2) V indikovaných případech registrující lékař, popřípadě ošetřující lékař sám dojednává vyšetření nebo ošetření pojištěnce v jiném zdravotnickém zařízení, a to i ve spádovém zdravotnickém zařízení, to platí i pro dojednání péče ústavní.

3) Ošetřující lékař nebo jiný odborný pracovník ve zdravotnictví informuje registrujícího lékaře o zjištěných skutečnostech a o průběhu a ukončení léčení, zejména o skutečnostech důležitých pro posouzení zdravotní způsobilosti k práci a o epidemiologické situaci. Totéž platí pro poskytování informací mezi registrujícím lékařem a lékařem závodní preventivní péče.⁷

Druhou složkou ambulantní péče je specializovaná ambulantní zdravotní péče. Ta by měla být zpravidla uskutečněna na základě doporučení registrujícího lékaře. Nicméně doporučení není podmínkou pro vykonání specializované ambulantní péče, tzn. pojištěnec může navštívit příslušného specialistu i bez tohoto doporučení (není zde tedy zaveden tzv. gate-keeping).

Pojištěnec má tedy i nadále právo, za zákonem stanovených podmínek, zvolit si lékaře, který poskytuje ambulantní specializovanou péči.

5.4 Zvláštní ambulantní péče

Poslední ze složek ambulantní péče je zvláštní ambulantní péče, do které patří domácí zdravotní péče, zdravotní péče ve stacionářích, zdravotní péče poskytovaná určitým osobám v zařízeních ústavní péče a zdravotní péče v ústavech a sociální péče.

Typickým znakem této péče je to, že je poskytována v sociálním prostředí pojištěnců.

Další podmínkou poskytování zvláštní ambulantní péče v podobě domácí péče nebo péče ve stacionářích je doporučení lékaře.

5.5 Pohotovostní a záchranná služba

1) Hrazená péče zahrnuje zdravotní výkony provedené v rámci

- a) zdravotní péče poskytované v akutních případech praktickými a zubními lékaři mimo jejich ordinační hodiny,
- b) lékařské služby první pomoci a ústavní pohotovostní služby,
- c) zdravotnické záchranné služby při poskytování odborné přednemocniční neodkladné péče.

⁷ viz zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, část pátá, § 21

2) Hrazená péče zahrnuje i neodkladné zdravotní výkony provedené při pohotovostní službě lékařem mimo jeho odbornost.⁸

5.6 Preventivní péče

1) V rámci hrazené péče se u pojištěnců provádějí preventivní prohlídky. Účelem preventivních prohlídek je včasné zjištění ohrožení nebo poruch zdraví. Preventivní prohlídky provádí registrující lékař, není-li ze zdravotnické dokumentace pojištěnce zřejmé, že prohlídka byla provedena nebo že pojištěnec byl v dále uvedených lhůtách v požadovaném rozsahu preventivní prohlídky vyšetřen.

2) Obsahem preventivních prohlídek je zjištění údajů nutných pro posouzení zdravotního stavu a zdravotních rizik pojištěnce, jakož i podrobné klinické vyšetření a zajištění potřebných laboratorních vyšetření. Obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.⁹

Nedílnou součástí hrazené zdravotní péče je i péče preventivní, která je poskytována registrujícími lékaři, a to s cílem předejít včas vzniku či rozvoji onemocnění.

Podrobnější stanovení obsahu a časového rozmezí preventivních prohlídek je popsáno vyhláškou Ministerstva zdravotnictví ČR č. 56/1997 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek, v platném znění.

Základní časové rozmezí preventivních prohlídek je dáno podle jednotlivých odborností a skupin pojištěnců přímo ustanoveními § 29 odst. 2, 3 a 4 zákona. Ze znění ustanovení § 29 odst. 1, věta druhá, zákona plyne, že registrující lékař není povinen preventivní prohlídku provést, jestliže ze zdravotnické dokumentace vyplývá, že pojištěnec byl ve daných lhůtách v dostatečném rozsahu vyšetřen.

Preventivní prohlídky jsou dvojího druhu. Jednak společné pro všechny občany a jednak závodní preventivní péče § 35, která se liší v závislosti na vykonávaném povolání. Závodními lékaři jsou právě praktičtí lékaři.

⁸ viz zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, část pátá, § 28

⁹ viz zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, část pátá, § 29

6 Právní moc praktického lékaře

6.1 Doporučení k ambulantnímu specialistovi

Ambulantní péči, jejíž součástí je i návštěvní služba, zajišťují praktičtí a jiní odborní lékaři v jednotlivých ordinacích a sdružených ambulantních zařízeních. Zjistí-li lékař, že zdravotní problémy jsou vážnějšího rázu, pošle pacienta k ambulantnímu specialistovi.

Vyžaduje-li stav nemocného péči, kterou nelze poskytnout ambulantně, poskytne se mu péče ústavní, a to zpravidla v nemocnici, popřípadě v odborném léčebném ústavu.;

6.2 Vystavování pracovní neschopnosti

6.2.1 Dočasná pracovní neschopnost (dále jen "PN")

„Pracující občan je dočasně neschopen, když lékař zjistí a uzná, že není schopen nadále dočasně vykonávat současnou činnost. Ale pokud občan vykonává více různých činností, může pro některou z nich být neschopen a pro jinou zase schopen (např. se zlomeninou dolní končetiny může být schopen práce účetní, ale neschopen práce uklízečky).“¹⁰

6.2.2 Uznání PN

„Uznáním PN je konstatování lékaře (zaznamenané ve zdravotnické dokumentaci) o tom, že pacient je neschopen dosavadní činnosti.“¹⁰

6.2.3 Potvrzení PN

„je formální právní akt, kdy lékař vystaví Potvrzení o dočasné pracovní neschopnosti (dále "PoPN") - tzv. kladenský tiskopis, na jehož základě je občan:

- 1) řádně omluven v zaměstnání
- 2) zabezpečen nemocenskými dávkami (splňuje-li podmínky pro jejich poskytnutí).

Právním podkladem postupu lékaře při posuzování dočasné pracovní neschopnosti je především zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, a Vyhláška MPSV č. 31/1993 Sb., o posuzování dočasné pracovní neschopnosti pro účely sociálního zabezpečení, v platných zněních.“¹⁰

6.2.4 Povinnosti ošetřujícího lékaře po uznání PN

- Ošetřující lékař je povinen vystavit tiskopis potvrzení o pracovní neschopnosti a poučit nemocného o tom, že je povinen odevzdat díl III zaměstnavateli či Úřadu práce a dostavit se na předepsanou kontrolu s dílem I.

¹⁰ viz http://www.clk.cz/poradna/neschop_vse.html

(Díl II slouží ošetřujícímu lékaři k evidenci práce neschopných a díl IV je ošetřující lékař povinen odeslat evidenci PN, a to nejpozději v pracovní den následující po dni, kdy bylo vystaveno).

- Ošetřující lékař je povinen vést evidenci potvrzení o pracovní neschopnosti (jedná se o zúčtovatelné tiskopisy, jejich ztrátu nebo odcizení je nutno hlásit Policii ČR). U každého z převzatých tiskopisů (lékaři je vydává OSSZ) musí být lékař schopen dohledat KOMU byl vystaven, KDY byl vystaven a DO KDY byl pacient v PN nebo KDY BYL PŘEDÁN jinému lékaři (viz níže).

- Ošetřující lékař je povinen vést evidenci občanů, kterým vystavil PoPN, s uvedením data zahájení a ukončení PN, a případně s uvedením kdy a kterému lékaři byl občan v PN předán.

- Ošetřující lékař je také povinen sledovat, zda se občan v PN dostavil na předepsanou kontrolu, a pokud se nedostavil, zda se řádně omluvil; v opačném případě je povinen ukončit PN!

- Ošetřující lékař je povinen spolupracovat s lékaři OSSZ, zejména s nimi konzultovat v případech, kdy je nutno zhodnotit dosavadní vývoj zdravotního stavu v případě dlouhodobé či opakované PN, nebo kdy se domnívá, že současná léčba nevede k zlepšení zdravotního stavu nebo hrozí přechod do invalidity.

- Ošetřující lékař je spoluodpovědný za sledování délky vyčerpané podpůrní doby, zejména v případě opakovaných nebo dlouhodobých PN (informaci o vyčerpání 9 měsíců podpůrní doby je povinen poskytnout ošetřujícímu lékaři zaměstnavatel nebo OSSZ¹⁾. Není-li ošetřující lékař současně registrujícím praktickým lékařem, je povinen - i ve vlastním zájmu - u dlouhodobější PN informovat o onemocnění a délce PN tohoto praktického lékaře. Pokud uplynulo 6 měsíců PN (včetně zápočtu dřívějších PN), je ošetřující lékař povinen projednat průběh onemocnění a zdravotní stav občana s lékařem OSSZ.

- Předat pacienta jinému ošetřujícímu lékaři je možné pouze se souhlasem občana; předání je nutno oznámit OSSZ v den předání.

Ošetřující lékař je oprávněn v odůvodněných případech povolit změnu pobytu občana v PN, avšak na dobu delší než 3 dny pouze s předchozím schválením lékaře OSSZ.

- Rozsah vycházek je ošetřující lékař povinen vyznačit na díl I a díl IV PoPN, změnu doby a rozsahu vycházek je rovněž povinen oznámit příslušné OSSZ; přitom změna může nastat teprve v den následující po dni, kdy toto oznámení učinil.

Neexistuje žádný právní předpis, který by vymezoval délku vycházek nebo jejich stanovení v průběhu dne; délka vycházek však nesmí být v rozporu s diagnózou a předpokládaným způsobem léčení.

- Pro účely další výplaty dávek nemocenského je ošetřující lékař povinen potvrdit trvání PN.

Ani zákon, ani Vyhláška MPSV č. 31/1993 Sb. nestanovují žádné konkrétní lhůty. Obecně ovšem platí, že potvrzení musí být pravdivé, tedy nemůže být vystavováno předem nebo na budoucí období.

Vystavení Potvrzení o trvání pracovní neschopnosti je zákonnou povinností ošetřujícího lékaře (včetně lékařů ústavní nebo lázeňské péče).

6.2.5 Ukončení PN

Pokud ošetřující lékař na základě svého vyšetření a skutečností, které jsou mu známy, neshledá důvody k další PN, je povinen trvání PN ukončit.

6.2.6 Povinnosti ošetřujícího lékaře po ukončení PN

Ošetřující lékař je povinen odebrat díl I PoPN nemocnému a po doplnění kódu diagnózy a dne ukončení PN ho odeslat příslušné OSSZ nejpozději následující pracovní den.

Díl II PoPN po doplnění data ukončení PN odevzdá občanovi a poučí ho o povinnosti odevzdání zaměstnavateli či Úřadu práce pro účely omluvení nepřítomnosti a vyplacení poslední dávky nemocenského.

Potvrzení o trvání PN se již nevystavuje!

Ukončení PoPN si ošetřující lékař poznamená v evidenci vydaných PoPN.

6.3 Doporučení k lázeňské léčbě

Lázeňskou péčí, včetně určení stupně naléhavosti, poskytovanou jako nezbytnou součást léčebného procesu, doporučuje ošetřující lékař, potvrzuje revizní lékař a hradí příslušná zdravotní pojišťovna. Návrh na lázeňskou péči podává na předtištěném formuláři zdravotní pojišťovny registrující praktický lékař nebo ošetřující lékař při hospitalizaci.

Podle diagnózy a dle indikačního seznamu jsou lázně buď komplexní nebo příspěvkové. U komplexního lázeňského léčení zdravotní pojišťovna hradí léčení, ubytování i stravu; u příspěvkového lázeňského léčení hradí zdrav. pojišťovna pouze léčení, ubytování a stravu si pacient musí zaplatit sám. Druh lázeňské léčby vyplývá z tzv. indikačního seznamu. U komplexní léčby je většinou nutné doporučení odborného lékaře.

6.4 Posudková činnost

Posudková činnost zahrnuje posuzování dočasné neschopnosti k práci nebo ke studiu ošetřujícími lékaři a posuzování skutečností, které jsou podle § 127 zákoníku práce důležitými osobními překážkami v práci, a obdobné výkony u žáků a studentů.

Mezi důležité osobní překážky v práci patří dočasná pracovní neschopnost, lázeňská péče nebo přijetí do ústavní péče ve zdravotnickém zařízení, doba mateřské a rodičovské dovolené, karanténa, ošetřování nemocného člena rodiny a doba péče o dítě mladší než deset let, které nemůže být z důležitých důvodů v péči dětského výchovného zařízení nebo školy, v jejichž péči dítě jinak je, nebo jestliže osoba, jež jinak o dítě pečuje, onemocněla nebo jí byla nařízena karanténa, popřípadě se podrobila vyšetření nebo ošetření ve zdravotnickém zařízení, které nebylo možno zabezpečit mimo pracovní dobu zaměstnance.

6.5 Preventivní prohlídky

Účelem preventivních prohlídek je včasné zjištění ohrožení nebo poruch zdraví. Obsahem preventivních prohlídek je zjištění údajů nutných pro posouzení zdravotního stavu a zdravotních rizik pojištěnce. Podrobnější stanovení obsahu a časového rozmezí preventivních prohlídek je dáno vyhláškou Ministerstva zdravotnictví ČR č. 56/1997 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek, v platném znění.

6.5.1 Obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek v oboru praktický lékař pro dospělé

Preventivní prohlídka se provádí od doby dovršení 18 let věku vždy jednou za dva roky, nejdříve však 23 měsíce po provedení poslední preventivní prohlídky. Obsahem preventivní prohlídky je:

a) doplnění anamnézy se zaměřením na změny, rizikové faktory a profesní rizika; v rodinné anamnéze je zvláštní důraz kladen na výskyt kardiovaskulárních onemocnění, výskyt hypertenze, diabetes mellitus, poruchy metabolismu tuků a nádorových onemocnění,

b) kontrola očkování proti tetanu,

c) kompletní fyzikální vyšetření interního charakteru, včetně orientačního vyšetření zraku a sluchu, změření krevního tlaku a změření hmotnosti; povinnou součástí preventivní prohlídky je onkologická prevence, včetně vyšetření kůže, vyšetření per rectum a vyšetření testes a prsou spolu s poučením o nutnosti a způsobu samovyšetřování; vyšetření EKG se provádí u osob od 40 let věku ve čtyřletých intervalech, při zjištění hypertenze, pro kterou není pacient dispenzarizován, vždy,

d) laboratorní vyšetření, jehož obsahem je

1. orientační chemické vyšetření moče,
 2. vyšetření plasmatického cholesterolu celkového a plasmatických lipoproteinů včetně triacylglycerolů (LDL+HDL) v rámci první preventivní prohlídky u praktického lékaře v 18 letech a dále ve 40, 50 a 60 letech věku,
 3. vyšetření glykemie od 45 let věku ve dvouletých intervalech,
 4. stanovení okultního krvácení ve stolici standardizovaným testem u osob od 50 let věku ve dvouletých intervalech,
- e) u žen od 45 do 69 let věku ověření, zda bylo v posledních dvou letech provedeno mamografické vyšetření [§ 4 odst. 1 písm. k)], popřípadě doplnění tohoto vyšetření předáním doporučení k vyšetření. V případě, že žena již vyšetření v období kratším než dva roky absolvovala a je k dispozici výsledek, vyšetření se nezajišťuje.

Preventivní prohlídky se provádějí i v dalších oborech zdravotní péče, kterými jsou: praktický lékař pro děti a dorost, stomatologie, gynekologie a porodnictví.

Mezi preventivní péči by se dala zařadit také tzv. dispenzární péče.

6.5.2 Dispenzární péče

Dispenzární péčí se rozumí pravidelný lékařský dohled nad pacientem trpícím určitou chorobou. Součástí této péče bývá pravidelné zvaní pacienta na prohlídky.

Uvedená péče je poskytována vybraným skupinám pojištěnců, kdy podmínkou pro její poskytování je buď jejich zdravotní stav, nebo příslušnost do dané skupiny. U některých skupin (děti do jednoho roku a mladiství) je výběr konkrétních pojištěnců, kteří budou dispenzarizováni, ponechán na registrujícím lékaři, který jej provede na základě posouzení konkrétních zdravotních rizik a odborných kritérií.

O zařazení do dispenzární péče a za její účelnost a koordinaci odpovídá registrující lékař. Jediným omezením je, že pojištěnec může být pro jednu diagnózu dispenzarizován jen u jednoho ošetřujícího lékaře. Tím ale není omezeno jeho právo na volbu lékaře, pojištěnec si může konkrétního lékaře v dané odbornosti vybrat.

Prováděcím předpisem k tomuto ustanovení je v současné době vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 60/1997 Sb., kterou se stanoví nemoci, u nichž se poskytuje dispenzární péče, časové rozmezí dispenzárních prohlídek a označení specializace dispenzarizujícího lékaře.

7 Vzdelávací program pro praktické lékaře

Cílem specializačního vzdělávání je naučit budoucího praktického lékaře pro dospělé s rozšířeným vzděláním v pediatrii, gynekologii a porodnictví, aby se dokázal postavit ke každému problému, který mu bude pacientem předložen, a to nejen v oblasti prevence, diagnostiky a léčby, ale také v problematice psychosociální a kontinuální péče.

7.1 Specializovaná způsobilost lékaře

Specializovaná způsobilost, na rozdíl od způsobilosti odborné, opravňuje lékaře ke zcela samostatnému výkonu lékařského povolání a po odborné stránce tedy i k provozování soukromé praxe.

Specializovaná způsobilost se získává na základě účasti lékaře ve specializačním vzdělávání probíhajícím již při výkonu lékařského povolání a úspěšným složením atestační zkoušky v příslušném specializačním oboru.

Vzhledem k tomu, že průběh specializačního vzdělání nemusí být uskutečňován v rámci pracovněprávního vztahu, měl by být stanoven alespoň minimální úvazek nutný pro jeho realizaci.

Specializační vzdělání se provádí podle vzdělávacích programů jednotlivých specializačních oborů schválených a zveřejněných Ministerstvem zdravotnictví ve Věstníku. Ačkoliv minimální délka specializačního vzdělávání je u lékařů stanovena zákonem na dobu čtyř let, mohou vzdělávací programy tuto lhůtu prodloužit, a to s ohledem na jejich odbornou náročnost a v souladu s právem Evropských společenství.

7.2 Minimální požadavky na specializační vzdělávání

Podmínkou pro přijetí do specializačního vzdělávání v oboru praktické lékařství pro dospělé je získání odborné způsobilosti k výkonu povolání lékaře ukončením nejméně šestiletého prezenčního studia, které obsahuje teoretickou a praktickou výuku v akreditovaném magisterském studijním programu všeobecné lékařství na lékařské fakultě.

Specializační vzdělávání se uskutečňuje při výkonu lékařského povolání formou celodenní průpravy v rozsahu odpovídajícím stanovené týdenní pracovní době podle § 83 a zákoníku práce.

Podmínkou pro získání specializace v oboru praktické lékařství pro dospělé je zařazení do tohoto oboru a absolvování praxe v minimální délce 5 let.

7.3 Vzdělávací cíle v oboru praktického lékařství pro dospělé

Zahrnují:

- výcvik na **školicím pracovišti praktického lékaře**
- výcvik ve **vnitřním lékařství** (včetně oddělení TRN a infekce)
- výcvik na **chirurgickém oddělení** (včetně urologického a ortopedického oddělení)
- výcvik na **anesteziologicko-resuscitačním oddělení (ARO)**
- výcvik na **hygienické stanici** (včetně oddělení protiepidemického)
- výcvik na **gynekologii a porodnictví** (ženském oddělení)
- výcvik n **neurologickém oddělení**
- výcvik na **psychiatrickém oddělení**
- výcvik na **ORL oddělení**
- výcvik na **očním oddělení**
- výcvik na **kožním oddělení**
- výcvik na **infekčním oddělení**
- výcvik na **rehabilitačním oddělení**
- výcvik na **dětském oddělení**

Uchazeč o specializaci v oboru praktického lékaře pro dospělé musí z výše uvedených výcviků zvládnout praktické a teoretické znalosti v požadovaném rozsahu.

7.4 Všeobecné požadavky

Praktický lékař pro dospělé, samostatně pracující, musí být vybaven požadovanými znalostmi a dovednostmi nejen pro práci v ordinaci, ale také v návštěvní službě a pro tuto službu být vybaven.

Mezi významné povinnosti primární péče patří dále prevence a znalost jejího rozsahu a skupin obyvatelstva, kterým má být poskytována.

Praktický lékař pro dospělé musí ovládat nejdůležitější právní předpisy platné ve zdravotnictví.

Významnou součástí povinností praktického lékaře pro dospělé je posudková činnost, řešená ve spolupráci s posudkovým lékařem na základě platných právních předpisů.

Praktický lékař pro dospělé musí znát a řídit se základními etickými normami lékařského povolání.

Dále musí lékař vlastnit a poradit si se základními tiskopisy, výkazy a posudky.

Poskytování zdravotní péče s využitím zdrojů ionizujícího záření vyžaduje absolvování certifikovaného kurzu radiační ochrany

7.5 Hodnocení specializačního vzdělávání

a) Průběžné hodnocení budoucího praktického lékaře probíhá jednak u specialisty v jednotlivých úsecích přípravy a je zaznamenáváno do logbooku.

V pětíměsíčních intervalech hodnotí kandidáta oboru také jeho akreditovaný praktický lékař-školicel na základě pravidelných kontrolních návštěv. Významné je závěrečné hodnocení spolupráce v ordinaci školitele v průkazu odbornosti, které je rovněž součástí přihlášky k atestační zkoušce.

b) Předpoklad přístupu k atestační zkoušce

- absolvování výše uvedeného seznamu odborné praxe se zhodnocením v průkazu odbornosti a v logbooku,
- absolvování povinných školicích akcí – záznam v průkazu odbornosti,
- úspěšné absolvování písemného testu,
- předložení přehledu klinických dovedností – logbooku, potvrzených školiteli jednotlivých částí přípravy,
- úspěšné absolvování praktické atestační zkoušky, složené 1 měsíc před částí teoretickou.

c) Vlastní atestační zkouška

- praktická část - zkoušku skládá školenev v místě svého působení před komisí sestavenou z akreditovaných praktických lékařů-školicelů. Obsahem zkoušky je: vyšetření několika pacientů s diferenciálně diagnostickým závěrem, doporučením léčebné intervence a dalšího kontinuálního sledování; zhodnocení pacienta po stránce posudkové se schopností ujmout se návrhu na důchodového řízení.
- teoretická část - 3 odborné otázky z různých oborů medicíny, se kterými se praktický lékař pro dospělé ve své praxi setkává, s důrazem na diferenciální diagnostiku a holistický přístup k nemocnému. Praktický lékař pro dospělé musí prokázat orientovanost také v organizaci zdravotnictví a v legislativě.

7.6 Charakteristika činností, pro které absolvent specializačního vzdělávání získal způsobilost

Praktický lékař pro dospělé poskytuje soustavnou zdravotní péči registrovaným pacientům a neodkladnou péči všem kategoriím obyvatelstva bez ohledu na trvalé bydliště, věk, pohlaví, rasu či vyznání, a to ve své ordinaci i v místě bydliště pacientů. Provádí základní vyšetření a ošetření, základní diferenciální diagnostiku, léčbu a posudkovou činnost. Podílí se na lékařské přednemocniční péči, prevenci, diagnostice, léčení, rehabilitaci a posuzování všech onemocnění jak v iniciálním stadiu, tak v chronickém průběhu onemocnění. Nemocné, u nichž zjistil neodkladnou příhodu, vyžadující hospitalizaci, odesílá do nemocniční péče. Určuje, která onemocnění může léčit sám, která vyžadují konziliární vyšetření specialistou a která je nutno hospitalizovat.

Jako smluvní nebo závodní lékař se podílí na péči o zaměstnance. Formou prevence provádí základní opatření na úseku boje proti přenosným nemocím. Sám nebo ve spolupráci s hygienickou službou se účastní na realizaci protiepidemických a hygienických opatření, na zdravotní výchově obyvatelstva a spolupracuje s orgány místní správy a službami sociální péče.

Po získání specializované způsobilosti v oboru praktické lékařství pro dospělé je možné získat oprávnění k posuzování zdravotní způsobilosti leteckého personálu absolvováním navazujícího vzdělávacího programu, který bude zakončen ověřením znalostí a vydáním osvědčení pro posuzování zdravotnické způsobilosti leteckého personálu.

8 Právní ochrana lékařů

8.1 Jak předcházet situacím, které mohou vést k právní odpovědnosti

V zájmu pacienta jistě je, aby lékař pracoval s klidem, potřebnou sebejistotou a sebevědomím. K tomu by určitě nepřispělo, pokud by byl ve své práci neustále provázen obavami z eventuální právní odpovědnosti. Na druhé straně bude v jeho zájmu, aby si možná právní úskalí svého povolání uvědomoval.

Pokusím se zde shrnout několik rad, jak předcházet situacím, které by mohly vést ke vzniku právní odpovědnosti lékařů a dalších zdravotních pracovníků.

1. Znat „pravidla hry“, tj. základní zdravotnické právní předpisy
2. Držet odborně krok se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a zásadami ošetrovatelské péče.
3. Patřičná komunikace s pacienty (nikoli „medicína mlčení“). Respekt k právům nemocného.
4. Pečlivé vedení zdravotnické dokumentace.
5. Nikdy neodmítnout poskytnutí první pomoci a akutní péče.
6. Dbát na povinnost mlčenlivosti zdravotnického pracovníka.
7. Vyvarovat se lehkomyšlného „ordinování po telefonu“.
8. Je-li lékař nebo jiný zdravotnický pracovník v pracovně-právním vztahu a vynucuje-li si to situace, upozornit nadřízené na možnost vzniku škody, včetně škody na zdraví, a to písemnou formou. Lze rovněž písemně odmítnout protiprávní pokyn nadřízeného, zejména pokud by ve svých důsledcích znamenal postup non lege artis.
9. Dbát na pojištění odpovědnosti za škodu a znalost pojistných podmínek.
10. Při přebírání hmotné odpovědnosti a pracovních předmětů „na potvrzení“ dobře zvažovat, zda jsou na daném pracovišti vytvořeny vhodné podmínky.

9 Sdružení praktických lékařů

„Sdružení praktických lékařů ČR je dobrovolná nezávislá organizace, která na profesním principu sdružuje praktické lékaře pro dospělé vykonávající praxi v České republice. Jeho posláním je uplatňování a hájení reformy ve zdravotnictví, rozvoj oboru všeobecného lékařství a spolupráce na jeho odborném vedení. Bylo založeno již v roce 1990 ve snaze vytvořit určitou protiváhu při jednáních s centrálními organizacemi. Od svého vzniku informuje své členy prostřednictvím Bulletinu SPL ČR o své činnosti a zároveň i o odborné problematice. V současné době má 4000 členů (přibližně 80% z celkového počtu PL pro dospělé v ČR), což z něj činí vůbec největší dobrovolnou profesní organizaci lékařů v ČR.“¹¹

9.1 Činnost SPL ČR

„Kromě hlavní náplně, tedy profesní problematiky spojené s ekonomickou praxí, zastupováním při jednáních o smlouvách, řešení sporů mezi SPL a zdravotními pojišťovnami, účasti v Dohodovacích řízeních a celé řadě komisí, se jeho zástupci podílí také na koncepční činnosti důležité pro obor všeobecného lékařství a primární péči. SPL se též výrazně zapojilo do pořádání postgraduálních vzdělávacích kurzů pro praktické lékaře po celé ČR v rámci programu kontinuálního vzdělávání.“¹¹

9.2 Poslání a úkoly SPL

„Posláním Sdružení je sdružovat praktické lékaře za účelem uplatnění a hájení jejich profesních zájmů. Sdružení usiluje zejména o:

- a) vytváření podmínek pro výkon svobodného povolání praktického lékaře
- b) stanovení zásad smluvních vztahů mezi nestátními zdravotnickými zařízeními a zdravotními pojišťovnami, prosazování ekonomických zájmů praktických lékařů a řešení sporů.
- c) zvyšování odborné a etické úrovně praktických lékařů
- d) prosazování účasti zástupců praktických lékařů na všech stupních řízení zdravotnictví, při jednáních týkajících se koncepce a zajištění primární péče v ČR.

¹¹ viz <http://www.splcr.cz/default.aspx/cz/spol/sssppplll/default/menu/osplcr>

Sdružení je jako zástupce smluvních zdravotnických zařízení svých členů zplnomocněno k jejich zastupování na:

a) dohodovacích řízeních dle zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění a ve znění pozdějších předpisů

b) výběrových řízeních dle zákona č. 48/1997 Sb. v platném znění a ve znění pozdějších úprav

c) smírčích řízeních mezi praktickými lékaři a zdravotními pojišťovnami

d) dalších jednáních, které souvisejí s profesní činností praktických lékařů

Sdružení se spolupodílí na přípravě a realizaci koncepce kontinuálního vzdělávání členů a postgraduálního vzdělávání, včetně s tím souvisejícího výběru akreditovaných pracovišť a jejich financování.

Sdružení se spolupodílí na přípravě a tvorbě diagnostických a léčebných standardů pro primární péči.

Sdružení zastupuje své členy ve vztahu k orgánům veřejné správy a institucím na území České republiky i v cizině.

Sdružení spolupracuje zejména s orgány Poslanecké sněmovny a Senátu Parlamentu ČR, ministerstvem zdravotnictví ČR, ministerstvem financí ČR, civilně správním úsekem ministerstva vnitra ČR a ministerstvem pro regionální rozvoj ČR.

Sdružení při plnění úkolů též úzce spolupracuje zejména s odbornou společností všeobecného lékařství a dalšími orgány České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, dále s Českou lékařskou komorou, lékařskými fakultami a ostatními zdravotnickými organizacemi na území ČR i zahraničními partnerskými lékařskými organizacemi.

Sdružení vydává odborný časopis Bulletin praktických lékařů a informační časopis Appel.

Sdružení vyvíjí vlastní hospodářskou činnost.¹²

¹² viz <http://www.splcr.cz/default.aspx/cz/spol/sssppplll/default/menu/dokumenty>

10 Práva pacientů

Dne 25. února 1992 Etická komise Ministerstva zdravotnictví ČR přijala dokument "Práva pacientů." Dokument byl vytvořen na základě toho, že vztahy mezi nemocnými a zdravotníky se podstatným způsobem mění, a to hned z několika důvodů (rozvoj technologie, prosazování lidských práv, požadavek odpovědnosti nemocných za vlastní zdravotní stav, aj.). Hlavní podstatou změny je však přechod od tzv. paternalistického systému k systému autonomie pacienta a aktivní vzájemné spolupráce.

Podstatou dřívějšího systému medicíny již od Hippokrata bylo, že plnou odpovědnost za zdravotní stav svých nemocných měl lékař. V duchu Hippokratovy přísahy byl vázán povinností vždy konat v zájmu jejich dobra a jeho profesionální kvalifikace měla být plnou zárukou, že tak bude činit. Lékař tedy vystupoval jako expert, který rozumí zdravotní problematice a pacient byl spíše pasivním příjemcem jeho péče. To mělo své výhody v dobách, kdy medicína byla něco "čímsi mezi vědou a uměním," kdy léčba se spojovala s "otcovskou" (odtud pojem paternalismus; pater = otec) péčí lékaře.

S vývojem medicíny a s jejími významnými pokroky ve druhé polovině minulého století nabízí medicína mnoho reálných možností vysoko nad rámec dosavadního "láskyplného doprovázení pacienta jeho chorobou." Také proto pacienti začali požadovat, aby o svém léčení mohli také spolurozhodovat. A tak se vedle základních hippokratovských principů nepoškodit a pomáhat objevuje dále požadavek autonomie (tedy určité samostatnosti a rozhodovací možnosti pacienta) a požadavek spravedlnosti při poskytování zdravotní péče.

Je totiž smutnou skutečností v medicíně, že ani ten nejbohatší zdravotní systém není schopen zajistit všechny požadavky, které jsou na něj vznášeny. Tím spíše to platí o chudších systémech, kam se řadí i naše zdravotnictví. Deklarovaná práva pak pacientům slouží jako určitá kontrola celého systému. Na druhé straně dobře poučený pacient se tak stává "expertem" na svůj zdravotní stav, ví, proč má to či ono dělat a jeho autonomie (tedy v jistém smyslu větší "svěprávnost") ho zavazuje k tomu, aby se svým zdravotním stavem nakládal odpovědně.

Díky patientským právům mají nemocní a jejich rodiny větší zodpovědnost než dosud a stávají se tak o něco více partnery zdravotníků.

Práva pacientů by správně měla být viditelně vystavena ve všech zdravotnických zařízeních. Pohříchu se tak však dosud neděje. Někde přetrvává zastaralé přesvědčení, že zdravotníci rozumějí nemocem (a všemu co s nimi souvisí) nejlépe, jinde se objevují obavy, že při uplatňování svých práv budou pacienti vyžadovat i nemožné (také se stává...), vyskytují

se i obavy, že pacienti pochopí svá práva špatně a budou sabotovat léčení a nakonec jsou i tací, kteří v povolání zdravotníka vidí určité mocenské ambice a nechtějí se této roli "mocných" vzdát. Existuje ale také spousta nemocných, kteří ochotně svěřují své problémy do lékařských rukou s myšlenkou: "Ať se starají, na mně nikdo žádné povinnosti chtít a vymáhat nebude. Vždyť si na to platím!"

10.1 Co jsou patientská práva?

Práva pacientů v České republice vycházejí z Ústavy a Listiny základních práv a svobod a podrobněji jsou definována zejména zákony 20/1966 Sb. (Zákon o péči o zdraví lidu) a 48/1997 Sb. (Zákon o veřejném zdravotním pojištění) ve znění pozdějších předpisů a nově též z Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, publikované pod č. 96/2001 Sb. m. s.. Vedle toho na straně pacientů se také vyskytuje i již zmíněný Etický kodex Práva pacientů, který vydalo v roce 1996 Ministerstvo zdravotnictví. Mezi základní patientská práva patří například právo na ohleduplnou zdravotní péči, právo znát jména zdravotníků, kteří nás léčí, právo na soukromí, právo na informace, na základě kterých můžeme souhlasit či nesouhlasit s postupem léčby, či právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče.

10.2 Volba lékaře a zdravotní pojišťovny

Právo na výběr lékaře vychází ze zákona č. 20/1966. Nicméně lékař se smí znovu změnit vždy nejdříve za tři měsíce. Před uplynutím stanovené tříměsíční lhůty může pacient zvolit jiného praktického, zubního či ženského lékaře pouze při změně pracoviště lékaře nebo trvalého bydliště pacienta, z jiného důvodu jen se souhlasem zdravotní pojišťovny. Současně pacient může být registrován pouze u jednoho lékaře z každé ze zmíněných kategorií.

Na změnu zdravotní pojišťovny má zákonný nárok každý občan ČR. Změnit zdravotní pojišťovnu se však může vždy nejdříve za 1 rok od poslední takové změny. Při změně zdravotní pojišťovny je nutné navštívit některé z kontaktních míst nebo poboček zvolené pojišťovny a zde sepsat přihlášku ke zdravotnímu pojištění. Odhlášení od stávající zdravotní pojišťovny již zajistí pojišťovna, ke které budete přecházet. Změna zdravotní pojišťovny pak bude účinná až od prvního dne nejbližšího následujícího čtvrtletí (tedy od 1. ledna, 1. dubna 1. července nebo 1. října).

10.3 U lékaře

Nyní bych uvedla pár informací a rad, které by měli pacienti znát.

10.3.1 Co dělat, když lékař odmítne zaregistrovat pacienta

Odmítne-li pacienta do své evidence registrovat lékař primární péče (praktický lékař, stomatolog, gynekolog), má pacient právo požadovat od něj vysvětlení. Jestliže ho nezaregistruje z důvodu plného stavu pacientů, musí se obrátit na jiného lékaře. Odmítne-li ho lékař zaregistrovat z jiného důvodu, může se obrátit se na vedení či zřizovatele zdravotnického zařízení, svou zdravotní pojišťovnu nebo na odbor zdravotnictví příslušného krajského úřadu nebo může požádat o radu svou patientskou organizaci, sdružení.

10.3.2 Kdy může lékař požadovat platbu v hotovosti

Lékař může požadovat platbu v hotovosti pouze za zákroky, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění, a to pouze po předchozím poučení. Lékař je povinen vydat potvrzení o platbě. Pokud by lékař požadoval platbu i za zákroky, které hradí zdravotní pojišťovna, je nutné upozornit na tuto skutečnost svou zdravotní pojišťovnu, případně odbor zdravotnictví příslušného krajského úřadu. Za neoprávněné vybírání peněz hrozí lékaři pokuta, ztráta licence či smlouvy s pojišťovnou.

10.3.3 Co je a co není hrazeno ze zdravotního pojištění

Ze zdravotního pojištění je hrazena především základní péče. Aktuální informace o rozsahu hrazené péče a odpovědi vztahující se ke konkrétním situacím by měla poskytnout zdravotní pojišťovna. Ze zdravotního pojištění pak zpravidla nejsou hrazena vyšetření, prohlídky a jiné výkony na pacientovu žádost, která jsou v jeho osobním zájmu (např. vyšetření k vydání řidičského nebo zbrojního průkazu), a nadstandardní péče a některé další, například stomatologické, zákroky nebo plastická chirurgie. Seznam nehrazené péče obsahuje příloha č. 2 zákona č. 48/1997 Sb.

10.4 Zdravotnická dokumentace – vazba na základní povinnost podle vyhlášky č. 479/2006 Sb.

Podle zákona má pacient právo na poskytnutí veškerých informací o svém zdravotním stavu. Lékař mu v žádném případě nesmí lhát, ale zároveň je povinen poskytnout informace vhodným způsobem. O tom, kdo další smí být o jeho stavu informován, rozhodujete on sám. Protože jsou lékaři vázáni mlčenlivostí, nemohou tyto informace bez souhlasu pacienta předávat nikomu dalšímu, což platí i pro jeho příbuzné. Pokud z nějakého důvodu nechce informace o svém zdravotním stavu znát, musí požádat lékaře, aby mu je nesdělovali, či je naopak sdělili pouze členům jeho rodiny. V těchto situacích je vhodné zanést písemné vyjádření do zdravotnické dokumentace nebo sepsat plnou moc.

Platná právní úprava nestanoví lékaři či zdravotnickému zařízení povinnost umožnit pacientovi nahlédnout do jeho zdravotnické dokumentace, jinak ji studovat, pořizovat z ní kopie či nechat si pořizovat kopie. Zároveň však nahlížet do dokumentace nebo pořizovat si ze své dokumentace opis nebo fotokopii není zakázáno. Dokumentace je majetkem zdravotnického zařízení a to může, avšak nemusí povolit do ní nahlédnout, zejména subjektivní poznámky lékaře při pozorování a léčbě psychiatrického pacienta nemusí být vydány k nahlédnutí. Ze zákona však má pacient právo na poskytnutí veškerých informací, které vaše zdravotní dokumentace obsahuje, může si tedy požádat o jejich výpis, který mu musí být vydán.

10.5 Když vše nefunguje tak, jak má

Co dělat, když má pacient pochybnosti o průběhu své léčby nebo si chce ověřit, že lékař léčí správně

V první řadě by pacient měl navštívit revizního lékaře své zdravotní pojišťovny. Při podezření na odborné pochybení lékaře pak může podat stížnost na Českou lékařskou komoru (ČLK), Českou stomatologickou komoru, či jinou profesní organizaci nebo patientské sdružení. Česká lékařská komora může lékaři udělit důtku, nařídít mu doškolení v oboru nebo mu udělí pokutu. Ve zvláště závažných případech může lékaři odebrat i licenci či ho z ČLK vyloučit, což v praxi znamená zákaz výkonu lékařské praxe.

Co dělat při špatném „lidském přístupu“ lékaře

Pokud má pacient pocit, že se mu lékař náležitě nevěnuje nebo se k němu chová hrubě, Může ho upozornit a žádat o nápravu. Může se také obrátit na vedení či zřizovatele zařízení, Českou lékařskou komoru nebo Ministerstvo zdravotnictví. Jako praktické se ukazuje využít rady od patientských sdružení.

Pokud nedošlo k řádnému prošetření, může se pacient obrátit na veřejného ochránce práv (ombudsmana), který v případě, že došlo k procedurálnímu pochybení, může nařídit přešetření případu Ministerstvem zdravotnictví. V krajním případě, pokud má pocit, že došlo k trestnému činu (například k zanedbání povinné péče), může podat trestní oznámení na policii nebo se obrátit přímo na soud. Takovému řešení by ale mělo předcházet využití všech ostatních možností. V momentě podání trestního oznámení se totiž všechna ostatní šetření případu musí zastavit a případ vyšetřuje pouze policie.

11 Svaz pacientů ČR

„Svaz pacientů ČR je nezisková nevládní organizace, která hájí práva a zájmy pacientů při tvorbě zákonů a vyhlášek a pomáhá pacientům poškozeným nesprávnou léčbou. Svaz poukazuje na chyby v organizaci a hospodaření veřejného zdravotnictví a podává návrhy řešení. Svaz byl založen v roce 1996 a je členem IAPO (Mezinárodní aliance patientských organizací).“¹³

Svaz pacientů

- „podílí se na přípravě zákonů, vyhlášek a předpisů ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví
- prosazuje zastoupení pacientů v dozorčích radách zdravotnických zařízení
- prosazuje volbu zástupců organizací pacientů ve správních orgánech zdravotních pojišťoven
- účastní se jednání Zdravotního a soc. výboru Poslanecké sněmovny a v zájmu pacientů předkládá doporučení k návrhům zákonů
- Svaz pacientů ČR vede bezplatnou poradnu pro pacienty“¹⁴

„Svaz pacientů ČR jen svou aktivitou a obhajobou zájmů a práv většiny občanů a pacientů si získal autoritu, byť je z kruhu zájmových sdružení poskytovatelů občas osočován, že nemá právo mluvit za patientskou veřejnost. Nicméně, právo pracovat pro veřejnost má každý a nikomu v tom není bráněno, ale málokdo to dělá. Kromě Svazu pacientů ČR je v ČR registrováno více než 160 patientských organizací, ale až na jednu jsou specializovány na problémy určitých chorob jsou sdruženy v Národně radě zdravotně postižených. Na rozdíl od Svazu pacientů jsou podporovány státem a nadacemi.“¹³

„Svaz pacientů ČR je humanitární a sociálně-poradenská všeobecná organizace pacientů v České republice, která prosazuje přímou účast zástupců pacientů v Dozorčích radách nemocnic, správních a dozorčích orgánech zdravotních pojišťoven, zejména VZP, v pracovních komisích Poslanecké sněmovny, Ministerstva zdravotnictví, a proto své úsilí směřuje k získávání spolupracovníků.“¹⁴

„K důstojnému zastupování pacientů ve výše vyjmenovaných orgánech institucí, spolu s některými dalšími organizacemi se jako člen ASOCIACE ZÁSTUPCŮ PACIENTŮ podílí

¹³ viz <http://www.pacienti.cz/clanek.php?id=187>

¹⁴ viz <http://www.pacienti.cz/clanek.php?id=svaz>

na přípravě a delegování zástupců pacientů do dozorčích rád nemocnic nebo zdravotních pojišťoven.“¹⁵

Je členem Mezinárodní aliance patientských organizací IAPO, která má sídlo v Londýně.

Svaz pacientů ČR spolupracuje s advokáty, kteří jsou připravení po dohodě s pacientem převzít zastupování v případech, kdy došlo zejména k poškození na zdraví při poskytované zdravotní péči. Jejich snahou je vytvoření krajské sítě spolupracujících advokátů, specializovaných na zdravotnické právo.

¹⁵ viz <http://www.pacienti.cz/clanek.php?id=svaz>

12 Praktický lékař pro dospělé – soukromá praxe

V následujících řádcích se pokusím vytvořit určitý „obraz“ o práci praktického lékaře a vzniku jeho soukromé ordinace se sídlem v Bechyni.

Zmíněný lékař se věnuje praktickému lékařství již 26 let. Absolvoval Lékařskou fakultu Palackého univerzity v Olomouci, kde promoval v roce 1977. Po promoci nastoupil na povinnou roční vojenskou základní službu. Poté působil v lázních v Bechyni jako ošetřující lékař, kde pracoval necelé 2 roky. Odtud přešel do OÚNZ v Táboře na tzv. „kolečko“, což je praktická příprava k atestaci ze všeobecného lékařství. Zde postupně získával znalosti při práci na interním, chirurgickém a gynekologickém oddělení. V květnu 1981 nastoupil na Zdravotní středisko v Bechyni jako obvodní lékař. Nadále se připravoval k absolvování atestace ze všeobecného lékařství, kterou úspěšně vykonal v listopadu roku 1982 v nemocnici v Českých Budějovicích.

Od roku 1993 provozuje soukromou praxi v oboru praktického lékaře pro dospělé. K založení soukromé ordinace předcházelo spousta administrativní agendy. Nejprve se muselo zažádat o registraci na tehdejší okresním úřadě referátu zdravotnictví a sociálních věcí – bylo nutné předložit výpis z rejstříku trestů a osvědčení o odborné způsobilosti od lékařské komory. Dle zákona oprávnění k provozování nestátního zařízení vzniká rozhodnutím o registraci krajského úřadu příslušného podle místa provozování nestátního zařízení. Dále je třeba u bankovního ústavu zařídit účet, na statistickém úřadě zažádat o identifikační číslo organizace (IČO), začátek podnikání sdělit finančnímu úřadu a na okresní správě sociálního zabezpečení se přihlásit k platbě důchodového a nemocenského pojištění a u zdravotní pojišťovny zdravotní pojištění. Získat zdravotní sestru a uspořádat pracovněprávní záležitosti. Poté navázat smlouvy se zdravotními pojišťovnami. Nezbytnou podmínkou provozování činnosti praktického lékaře je také pojištění odpovědnosti za škodu. Následovala kontrola povinné výbavy a schválení provozního řádu orgánem hygieny. Jelikož prostory, kde je ordinace umístěna, byly dříve využívány ke zdravotnickým účelům, nemusela se místnost již více vybavovat povinným zařízením. Po splnění všech potřebných úkonů, mohl začít provozovat soukromou činnost, což bylo k datu 1.7. 1993.

„Dle vyhlášky zdravotnické zařízení musí:

- a) tvořit provozně uzavřený celek,
- b) být umístěno tak, aby k němu byl umožněn snadný přístup pacientů a příjezd motorových vozidel,

- c) být umístěno v nebytových prostorech objektů se zdravotně nezávadným provozem,
- d) být vybaveno schválenou přístrojovou zdravotnickou technikou,
- e) mít zajištěnu účinnou likvidaci speciálního zdravotnického odpadu v souladu se zvláštními předpisy,
- f) mít zajištěnu dodávku pitné vody a odvod odpadních vod,
- g) být vybaveno systémem vytápění,
- h) být vybaveno dostupnou telefonní linkou.

12.1 Požadavky na minimální plochy ordinací a na jejich nezbytné vybavení lékařskou technologií a nábytkem

Ordinace praktického lékaře pro dospělé

a) plochy provozních místností: ordinace - 15 m²

b) vybavení:

- stůl pro lékaře se dvěma místy pro lékaře a pacienta, lehátko vyšetřovací (stůl) s minimální výškou 60 cm se svítidlem a odkladním mobilním stolem,
- optotypy a váha s výškoměrem,
- stolek pro administrativní práce sestry,
- pracovní plocha pro přípravu zdravotnického materiálu a orientačního laboratorního vyšetření,
- sterilizátor, pokud není možnost smluvních dodávek z centrální sterilizace nebo dodávek materiálu na jedno použití,
- skříň a chladnička na léčiva a zdravotnický materiál, dřez,
- umývadlo,
- svlékací kout se sedačkou a věšákem.

V každé ordinaci je nutná činnost zdravotní sestry. V tomto konkrétním případě ji vykonává manželka lékaře. Zdravotní sestra vykonává spousty potřebných činností.

Úkoly zdravotní sestry:

- v rozsahu své kvalifikace a podle úkolů stanovených praktickým lékařem vykonává odbornou činnost v léčebně preventivní péči, hygienicko-epidemiologické a zdravotně výchovné péči o obyvatele zdravotnického obvodu,

- v době nepřítomnosti lékaře poskytuje první pomoc dle svých odborných znalostí a zajišťuje další odbornou pomoc,
- řídí plynulý příchod nemocných k praktickému lékaři, zabezpečuje plynulý a hygienický provoz pracoviště,
- připravuje nemocné k vyšetřovacím a léčebným výkonům, včetně přípravy nástrojů a zdravotnických pomůcek; asistuje při provádění zdravotnických výkonů; samostatně provádí ošetrovací výkony odpovídající její kvalifikaci,
- odpovídá za správné uložení a označení léků; sleduje dobu jejich expirace,
- odebírá na vyšetření biologický materiál s výjimkou odběru ke zkoušce na alkohol; zabezpečuje dezinfekci, sterilizaci přístrojů, nástrojů a zdravotnických pomůcek a materiálu, dbá na jejich stálou pohotovost a včasné doplňování,
- účastní se realizace a přípravy preventivních prohlídek
- koná návštěvní službu v rodinách dle pokynů praktického lékaře a informuje ho o potřebě lékařské, ošetrovatelské a sociální péče
- vede předepsanou dokumentaci, výkazy a záznamy.¹⁶

¹⁶ viz zákon č. 49/1993 Sb. o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotního zařízení

13 Aktuální problém v oblasti praktického lékařství

V posledních letech rapidně ubývá praktických lékařů, což je určitě neopomenutelným problémem, o kterém jedná už i Poslanecká sněmovna. Zde bych uvedla vyjádření poslance Ludvíka Hovorky k této problematice:

„Průměrný věk praktických lékařů v České republice činí 52,5 roku a jejich počet neustále klesá. V roce 2003 byl 5252, v roce 2007 klesne na 4338 a v roce 2015 na 3172. Z těchto čísel je evidentní zásadní pokles počtu praktických lékařů, a existuje tedy reálné možné ohrožení péče o pacienty v blízké budoucnosti, pokud nedojde k zásadnímu obratu v tomto sestupném trendu. Přitom počet připravovaných praktických lékařů je naprosto nedostatečný a není schopen nahradit přirozený úbytek. Specializační příprava těchto lékařů je velice časově náročná a samozřejmě i finančně náročná a je jedinečná tím, že probíhá v deseti různých oborech, většinou v několikaměsíční praxi, která nezakládá uzavření pracovního poměru. Původní vzdělávací program trval dva a půl roku, potom byl rozšířen na čtyři roky v souladu s praxí v Evropské unii a Ministerstvem zdravotnictví prodloužen v roce 2005 až na pět let. Předatestační příprava je ve všech zemích EU financována státem. Bohužel v České republice dosud není vypracován systém ekonomického zajištění specializačního vzdělávání praktických lékařů. Tuto situaci po zrušení OÚNZ řešil Institut postgraduálního vzdělávání lékařů, katedra všeobecného lékařství, a v roce 1996 získal finanční prostředky ve výši 27 mil. korun na projekt nové formy specializační formy pro získání atestace v oboru všeobecného lékařství. Program se udržel do června 2006, ale z ekonomických důvodů musel IPVZ zastavit přijímání nových lékařů k přípravě. Pro letošní rok IPVZ potřebuje na zajištění přípravy již zařazených lékařů 11 milionů korun. K přijetí je připraveno dalších 25 absolventů, ale potom pak chybí dalších 9 mil. korun. V celém Zlínském kraji se připravují na povolání pouze dva praktičtí lékaři, což je naprosto neúnosné.“¹⁷

Ministerstvo zdravotnictví vykonává a plánuje určitá opatření, která by v budoucnu měla pomoci. Například se provedlo zkrácení výuky praktického lékaře na čtyři roky v podzákonném předpisu, nyní se revidují předpisy na přeškolení jiných oborů na praktické lékaře, pokusí se změnit financování vzdělávání, což ale bude trvat přibližně dva roky, protože to bude vyžadovat zásadnější novelu zákona 95/2004 Sb. a 96/2004 Sb.

¹⁷ viz <http://psp.cz/eknih/2006ps/stenprot/013schuz/s013115.htm>

Závěr

Práce lékaře je po všech stránkách velice náročná. Po šestiletém intenzivním studiu není ještě zdaleka způsobilý k samostatné praxi, čeká ho „kolečko“, odborné stáže, práce pod vedením zkušenějších kolegů a atestace. Tedy asi až okolo třicátého roku věku může začít pracovat skutečně samostatně.

Lékař dosud není za svou práci dostatečně finančně oceněn, a při současném systému vznikají někdy až nepochopitelné nepoměry. Vedle samotné léčby musí dbát na řádné a pečlivé vedení zdravotnické dokumentace a řádné zpracování všech podkladů pro přiznání ohodnocení jednotlivých výkonů zdravotní pojišťovnou. A přitom vše musí léčit lege artis a ještě mít na mysli mnohé právní aspekty při výkonu svého povolání a možné případy právní odpovědnosti. Jen samotné vědomí této míry odpovědnosti vytváří u některých lékařů a zdravotních sester nepříjemný pocit.

Dobrá znalost všech práv a povinností občanů i zdravotnických pracovníků je významnou podmínkou pro zkvalitnění zdravotní péče a předpokladem pro vytvoření dobrého vztahu mezi pacientem a lékařem. Respektování základních právních zásad a požadavků je v zájmu každého zdravotnického pracovníka i v zájmu samotného pacienta.

Jistě není pochyb, že kvalitní zákony v oblasti práva a medicíny jsou nesmírně důležité. Týkají se totiž ochrany toho nejcennějšího a nejdražšího co máme – našeho života a zdraví. Proto by měly být jasné a srozumitelné lékařům i pacientům, také by do nich měly být promítnuty naše mezinárodní závazky atp. Skutečnost je ovšem bohužel taková, že např. pravidla chování stanovená zákony, jsou poměrně značně překombinovaná, jednotlivá ustanovení lze interpretovat různými způsoby, což právě hlavně v oblasti medicínského práva může vyvolat velmi negativní dopady. Kvůli tomu určitě stojí za vážnou úvahu, aby zpracovatelé nových právních předpisů vždy velmi podrobně prodiskutovali jejich přijetí či nepřijetí nejenom s lékaři, ale i dalšími odborníky u oblasti medicínského práva.

Oblast medicínského práva zřejmě čekají významné legislativní změny. Myslím, že je velmi naléhavé přijetí nového zákona o péči o zdraví lidu, kterým by se nahradil dosavadní, čtyřicet let starý zákon. Další právní úpravu by bylo zapotřebí provést u zákona o veřejném zdravotním pojištění a u zákona o poskytování zdravotní péče v nestátních zdravotnických zařízeních, který by byl rovněž třeba nahradit novým zákonem o zdravotnickém zařízení.

Můžeme věřit, že společenské postavení i ekonomické ohodnocení práce lékaře se u nás bude postupně přibližovat stavu v západní Evropě a USA. Současně je ovšem třeba předpokládat, že se – stejně jako v těchto zemích – bude i u nás klást stále větší důraz na

práva pacientů a jejich ochranu a budou se zvyšovat nároky na právní odpovědnost při výkonu lékařského povolání.

Literatura + prameny

1. MACH, J.: *Medicína a právo*. Praha: C. H. Beck, 2006. ISBN 80-7179-810-X. 257 s.
2. MACH, J. A KOL.: *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy*. Praha: Lexis Nexis, 2005.
3. STOLÍNOVÁ, J., MACH J.: *Právní odpovědnost v medicíně*. Praha: Galén, c1998. ISBN 80-8582-488-4, 352 s.
4. KOŘENEK, J.: *Lékařská etika*. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-538-8, 234 s.
5. KOLEKTIV AUTORŮ: *Příručka obvodního lékaře I*. Praha : Avicenum, 1986. 209 s.
6. Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.
7. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.
8. Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních.
9. Zákon č. 49/1993 Sb. o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotního zařízení.
10. Vyhláška č. 31/1993 Sb. o pracovní neschopnosti.
11. Vyhláška č. 479/2006 Sb. o zdravotní dokumentaci.
12. Praktické lékařství.
http://www.zdrav.cz/web/mpz/mpz1708_i_sipr_k_zdr.htm
12. Česká lékařská komora: Pracovní neschopnost.
http://www.clk.cz/poradna/neschop_vse.html
13. Vzdělávací program praktického lékaře.
http://www.mzcr.cz/data/c1404/lib/Prakticke_lekarstvi_dospeli.rtf
14. Sdružení praktických lékařů.
<http://www.splcr.cz/default.aspx/cz/spol/sssppplll/default/menu/osplr>
15. Časopis Společnosti dialyzovaných a transplantovaných nemocných, jejich rodinných příslušníků a přátel dialýzy; stěžeň 3/2001: Práva pacientů.
<http://www.znovu.cz/sdat/301/st301.htm#pravo>
16. Informační portál pro oblast zdravotnických prostředků: Příručka pacienta.
<http://forum.czechmed.cz/nove/?q=archive/2006/11/8>

17. Svaz pacientů ČR.

<http://www.pacienti.cz/clanek.php?id=svaz>

<http://www.pacienti.cz/clanek.php?id=187>

18. Svaz pacientů ČR: Etický kodex práv pacientů.

<http://www.pacienti.cz/clanek.php?id=14>

19. Portál veřejné správy ČR.

http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=&number2=&name=&text=praktick%C3%BD+1%C3%A9ka%C5%99

20. Ústav zdravotnických informací a statistiky.

<http://www.uzis.cz/>

21. Poslanecká sněmovna.

<http://psp.cz/eknih/2006ps/stenprot/013schuz/s013115.htm>

A Etický kodex Práva pacientů

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, která se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré správy a záznamy týkající se jeho léčby, jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.

9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních následcích takového rozhodnutí.

10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

B Primární péče v Jihočeském kraji 2005

Tabulka 1 – Praktický lékař pro dospělé – zabezpečení a využívání péče ¹⁸

| Území | Počet lékařů vč. smluvních | Počet ordinací (pracovišť) | Počet registrovaných pacientů na 1 lékaře | Počet km ² na 1 lékaře |
|--|----------------------------|----------------------------|---|-----------------------------------|
| Jihočeský kraj | 325,55 | 319 | 1 544,3 | 30,9 |
| Okres | | | | |
| České Budějovice | 97,92 | 91 | 1 519,9 | 16,7 |
| Český Krumlov | 27,87 | 28 | 1 684,2 | 57,9 |
| Jindřichův Hradec | 42,63 | 44 | 1 718,3 | 45,6 |
| Písek | 39,30 | 39 | 1 453,3 | 28,7 |
| Prachatice | 26,75 | 28 | 1 536,3 | 51,4 |
| Strakonice | 34,50 | 34 | 1 525,0 | 29,9 |
| Tábor | 56,58 | 55 | 1 465,5 | 23,4 |
| Správní obvod obce s rozšířenou působností (ORP) | | | | |
| Blatná | 6,65 | 8 | 1 585,1 | 42,0 |
| České Budějovice | 82,89 | 76 | 1 507,8 | 11,1 |
| Český Krumlov | 19,00 | 19 | 1 642,9 | 59,5 |
| Dačice | 9,10 | 10 | 1 639,2 | 51,9 |
| Jindřichův Hradec | 21,53 | 23 | 1 738,7 | 43,3 |
| Kaplice | 8,87 | 9 | 1 772,6 | 54,7 |
| Milevsko | 10,40 | 11 | 1 504,2 | 37,0 |
| Písek | 28,90 | 28 | 1 435,0 | 25,7 |
| Prachatice | 17,20 | 18 | 1 611,7 | 48,8 |
| Soběslav | 11,73 | 12 | 1 500,1 | 27,6 |
| Strakonice | 22,65 | 20 | 1 547,1 | 25,3 |
| Tábor | 44,85 | 43 | 1 456,5 | 22,3 |
| Trhové Sviny | 8,03 | 8 | 1 524,2 | 56,3 |
| Třeboň | 12,00 | 11 | 1 741,5 | 44,9 |
| Týn n. Vltavou | 7,00 | 7 | 1 658,3 | 37,4 |
| Vimperk | 9,55 | 10 | 1 400,6 | 56,0 |
| Vodňany | 5,20 | 6 | 1 351,7 | 34,4 |
| Rok 2000 | 303,53 | 306 | 1 572,1 | 33,1 |
| Rok 2004 | 322,52 | 313 | 1 529,3 | 31,2 |

¹⁸ viz <http://www.uzis.cz/>

C Činnost praktických lékařů pro dospělé dle krajů (2005)

Tabulka 2 – Činnost praktických lékařů pro dospělé¹⁹

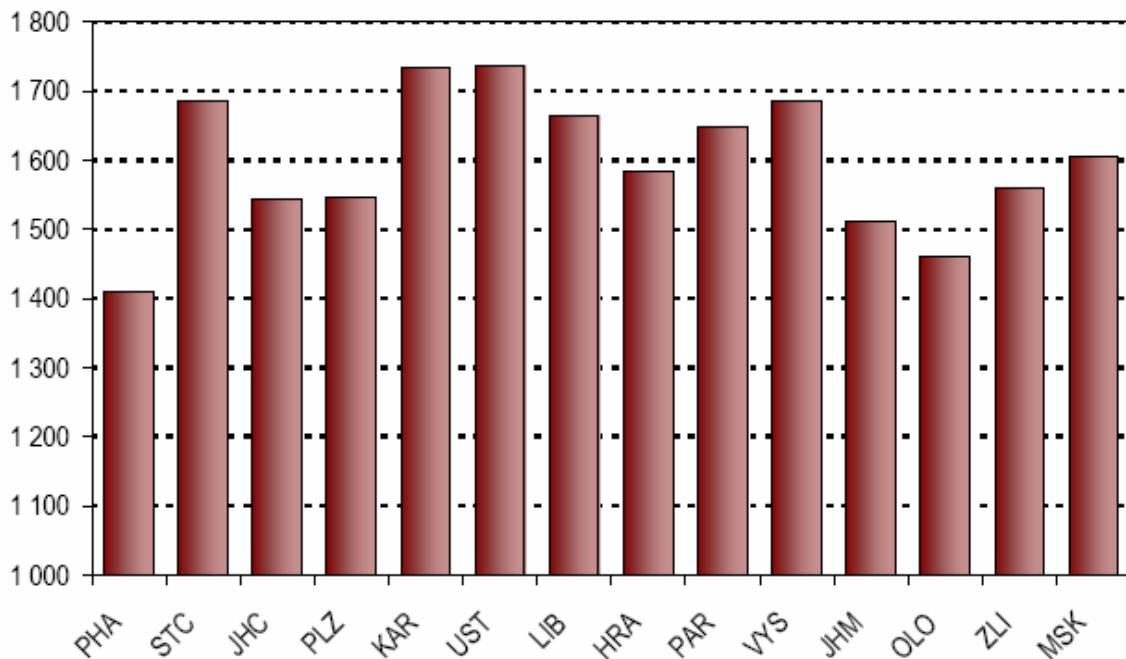
| Území, kraj | Lékaři | ZPBD | Registrovaní pacienti | |
|-----------------|--|-------------|-----------------------|--------------|
| | přepočtené počty na 10 000 registr. pacientů | | celkem | na 1 lékaře |
| Hl. m. Praha | 7,09 | 6,63 | 997 344 | 1 411 |
| Středočeský | 5,93 | 6,16 | 888 977 | 1 685 |
| Jihočeský | 6,48 | 6,41 | 502 762 | 1 544 |
| Plzeňský | 6,46 | 6,75 | 452 989 | 1 547 |
| Karlovarský | 5,77 | 6,08 | 227 739 | 1 734 |
| Ústecký | 5,76 | 6,45 | 630 908 | 1 735 |
| Liberecký | 6,01 | 6,00 | 338 178 | 1 665 |
| Královéhradecký | 6,32 | 6,56 | 434 024 | 1 583 |
| Pardubický | 6,06 | 6,41 | 390 274 | 1 649 |
| Vysočina | 5,94 | 5,92 | 383 578 | 1 685 |
| Jihomoravský | 6,61 | 6,38 | 892 369 | 1 512 |
| Olomoucký | 6,85 | 7,23 | 497 911 | 1 459 |
| Zlínský | 6,41 | 6,19 | 458 494 | 1 559 |
| Moravskoslezský | 6,23 | 6,41 | 956 256 | 1 606 |
| ČR | 6,35 | 6,42 | 8 051 803 | 1 576 |

Tabulka 3 – Počet ošetření (vyšetření) v oboru praktického lékaře pro dospělé¹⁹

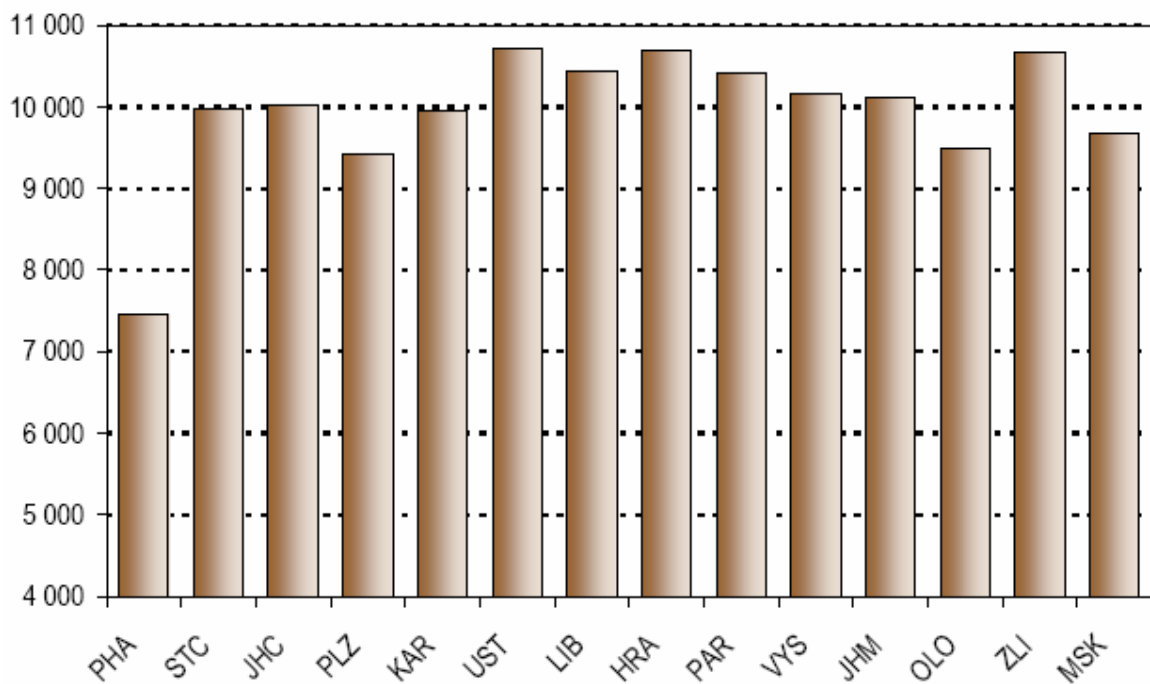
| Území, kraj | Počet ošetření (vyšetření) | | | | | na 1 registr. pacienta |
|-----------------|------------------------------|------------------|--------------------------|-----------------------------|----------------|------------------------|
| | celkem | v tom | | z toho | na 1 lékaře | |
| | | v ordinaci (v %) | v návštěvní službě (v %) | preventivní prohlídky (v %) | | |
| Hl. m. Praha | 5 273 290 | 96,8 | 3,2 | 5,6 | 7 459,6 | 5,3 |
| Středočeský | 5 258 078 | 96,1 | 3,9 | 4,8 | 9 966,2 | 5,9 |
| Jihočeský | 3 261 280 | 95,9 | 4,1 | 4,1 | 10 017,8 | 6,5 |
| Plzeňský | 2 755 986 | 96,6 | 3,4 | 4,2 | 9 413,8 | 6,1 |
| Karlovarský | 1 306 246 | 98,0 | 2,0 | 4,1 | 9 944,8 | 5,7 |
| Ústecký | 3 896 546 | 97,2 | 2,8 | 5,1 | 10 715,7 | 6,2 |
| Liberecký | 2 121 189 | 96,2 | 3,8 | 4,7 | 10 443,5 | 6,3 |
| Královéhradecký | 2 930 683 | 95,5 | 4,5 | 4,0 | 10 687,7 | 6,8 |
| Pardubický | 2 465 328 | 96,4 | 3,6 | 4,0 | 10 415,9 | 6,3 |
| Vysočina | 2 311 354 | 95,9 | 4,1 | 4,3 | 10 152,7 | 6,0 |
| Jihomoravský | 5 962 915 | 96,5 | 3,5 | 4,0 | 10 106,5 | 6,7 |
| Olomoucký | 3 240 248 | 96,2 | 3,8 | 5,0 | 9 495,5 | 6,5 |
| Zlínský | 3 134 529 | 95,9 | 4,1 | 4,1 | 10 658,8 | 6,8 |
| Moravskoslezský | 5 756 350 | 96,9 | 3,1 | 4,6 | 9 666,6 | 6,0 |
| ČR | 49 674 022 | 96,4 | 3,6 | 4,5 | 9 720,4 | 6,2 |

¹⁹ viz <http://www.uzis.cz/>

Graf 1 – Počet registrovaných pacientů na 1 praktického lékaře pro dospělé²⁰



Graf 2 – Počet ošetření na 1 praktického lékaře pro dospělé²⁰



²⁰ viz <http://www.uzis.cz/>