

Práva a povinnosti lékařů léčebně preventivní péče, kompetence a vzájemná spolupráce

Od roku 2006 zaznamenala odborná i laická veřejnost poměrně zásadní změnu ve financování zdravotní péče zavedením institutu „úhradových vyhlášek“. Počínaje Vyhl. Ministerstva zdravotnictví č. 546/2005, ale zejména se současnou prohlubující se resp. pokračující celosvětovou hospodářsko - ekonomickou recesí, která se samozřejmě nevyhýbá ani eurozóně a České republice, přirozeně sílí i tlak na úsporná opatření v resortu zdravotnictví, úhradové vyhlášky zpřísňují pro smluvní zdravotnická zařízení jak limity preskribce, tak vlastní i indukované péče. Ekonomické tlaky se dotýkají jak lékařů účastných procesu léčebně preventivní péče (LPP) tak přirozeně i pacientů. O tom, že by systém našeho zdravotnictví, jeho legislativní rámce a celé prostředí, včetně řídicího managementu, fungovaly optimálně lze s úspěchem pochybovat. O nutnosti globální racionalizace naopak myslím nepochybuje nikdo zasvěcený. Mnohdy nekontrolovaný a nekontrolovatelný pohyb pacienta v systému LPP, duplicita vyšetření a medikace, polypragmazie a mnoho dalších negativních a ekonomicky zatěžujících momentů po kontrole a korekci přímo volají. Z pohledu ambulantního lékaře primární péče bych rád zmínil několik bodů, styčných a mnohdy i třecích momentů, mezi lékaři první linie a ambulantní specializované péče, jejichž ujasnění, resp. připomenutí, racionální zdůvodnění a následné praktické respektování a dodržování by usnadnilo práci jak praktickým lékařům tak ambulantním specialistům, ale mnohdy by z nich v první řadě profitoval objekt našeho zájmu, tedy pacient, a v neposlední řadě by přinesl ekonomický benefit pro celý systém a tedy jistě finančně zpětně i pro lékaře a další zdravotnický personál.

Vymezení pojmu ošetřující lékař

Dříve než se dostaneme ke konkrétním styčným a potenciálně kolizním bodům, domnívám se, že je nutné, vymežit pojem „ošetřujícího lékaře“ jehož definice, její explikace a pochopení jsou zcela zásadní pro pochopení dílčích práv a povinností lékařů LPP. Dovolil bych si zde citovat dvě právní normy – citace jsou prakticky identické. V první řadě znění § 18 Zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění:

Poskytování zdravotní péče

- (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.

Dále je tento pojem vymezen i platnou Metodikou pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR verze 6.29

2. Základní pojmy, druhy smluvní zdravotní péče a přiřazení příslušných druhů dokladů

OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ

Ošetřujícím lékařem (dále jen OL) se rozumí:

- praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost, praktický zubní lékař, ženský lékař, který registruje pojištěnce (dále jen „registrující lékař“),
- lékař poskytující pojištěnci specializovanou ambulantní zdravotní péči, který v souladu se svou specializací převzal pojištěnce pro určitý diagnostický závěr do péče,
- lékař poskytující pojištěnci zdravotní péči v zařízení ústavní péče.

Lege artis

Druhou, možná ještě důležitější a primárně medicínskou okolností, je uvědomění si pojmu **lege artis**. Tento pojem vychází již ze Zák. č. 20/1966 a každý lékař by jej měl mít v každém okamžiku své práce na paměti. Jeho aktuální znění je: **Náležitou odbornou úrovní se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti**

Princip lege artis musí respektovat a naplňovat veškerá vzájemná komunikace a kooperace lékařů LPP.

Práva a povinnosti

Bude-li mít každý lékař LPP na paměti principy lege artis, respektovat vymezení pojmu ošetřující lékař a aplikovat je na další notoricky známé existující níže uvedené a případně citované legislativní normy, ale zejména a především se podle nich chovat a pracovat, pak nemůže docházet k vzájemným zcela zbytečným neshodám, mnohdy až animositám, mezi jednotlivými profesními skupinami lékařů. Korektní vzájemné vztahy a svědomitá a hlavně zodpovědná odborná práce pak jistě zrychlí a zefektivní celý diagnosticko - terapeutický proces a bude přínosem pro každého našeho pacienta.

V neposlední řadě je si také nutno uvědomit, že praktický lékař i ambulantní specialista jsou v systému LPP v drtivé většině případů samostatné ekonomické a právní subjekty, se všemi důsledky z toho vyplývajícími.

Na základě výše uvedeného bych viděl jako racionální a v zájmu adekvátní kontinuity poskytování LPP, její odpovídající rychlosti, efektivity a úrovně hodné moderní evropské medicíny 21. století dodržovat následující elementární zásady:

1. Každý lékař **bez výjimky** je povinen poskytnout **ošetření akutního stavu**.

2. Praktický lékař, který odesílá pacienta k vyšetření ambulantnímu specialistovi, **vypisuje doporučení odpovídající významu role erudovaného lékaře primární péče !** V doporučení uvádí zejména důležitá anamnestická data, výsledky již provedených vyšetření, a to nejen, aby se předešlo duplicitě vyšetření, ale především proto, že **PL je a musí být také specialistou ve svém oboru**, jeho náplní práce, ale především profesním cílem, musí být

pacienta v rámci své specializace a odbornosti vyšetřovat a léčit, **nikoli** k vyšetření odesílat, tedy i informace o dosud ordinované terapii, jejím efektu, diferenciatně diagnostická rozvaha atd.

Každý ošetřující lékař - ambulantní nebo nemocniční specialista - písemně informuje odesílajícího či registrujícího praktického lékaře pacienta o provedeném vyšetření, každé změně terapie a o výsledku dispenzárního vyšetření. Tato zpráva je nedílnou součástí náplně výkonu daného seznamem výkonů (SV) a hrazeného příslušnou zdravotní pojišťovnou. *(Vyhl. č. 134/1998 - Vyhláška Ministerstva zdravotnictví, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami v platném znění, a její stěžejní body jsou uvedeny v závěru, specifikuje v Kapitole 2, Vykazování výkonů, odst 4, výkon je hrazen jen byl-li naplněn jeho obsah, a v Kapitole 3, Výkony klinických vyšetření, je uvedena jejich náplň).*

3. Dispenzární péče: Vyhláška č. 60/1997 Sb. stanoví nemoci, u kterých se provádí dispenzární péče. Mimo jiné určuje časové rozmezí dispenzárních prohlídek a specializaci lékaře, který je provádí. Dispenzarizující lékař se současně stává pro danou chorobu ošetřujícím lékařem (§18 zák. č. 48/97 – *specializovaná ambulantní péče*) se všemi povinnostmi s tím souvisejícími - předepisování léků, indikace dalšího potřebného vyšetření, předání zprávy o výsledku vyšetření i léčby atd./ *(Opět viz Vyhl. č. 134/98 v platném znění, Kapitola 2, 1. Vykazování výkonů, odst 4. a 6. a Kapitola 3, Klinická vyšetření).*

4. Předepisování medikace: Podle Zák. č. 48/1997 a Metodiky VZP předepisuje léky ošetřující lékař. To je buď registrující praktický lékař nebo specialista, který provedl akutní ošetření či převzal pacienta do péče na základě požadavku k převzetí na dokladu VZP-06k od jiného lékaře. Pokud specialista na základě tohoto požadavku přebírá pacienta do své péče *(do disp. zařazuje registrující lékař, podle §31 odst 2 zák 48/97 při resp. Zák 60/97)*, vede po celou tuto dobu kompletně léčbu pro dané onemocnění včetně předpisu léků a žádank o další pro něho potřebná vyšetření. U **konziliárních** vyšetření je přípustný výklad, že specialista pouze **doporučí** další postup včetně **návrhu** medikace. *(Pokud bude navrhopvat léky omezené odborností – L - může tuto pravomoc na registrujícího lékaře delegovat, ten ji může, ale nemusí přijmout! Předpis medikace omezené diagnózou- P- spadá do kompetence dispenzarizujícího lékaře).*

5. Ordinace doplňujících klinických, laboratorních nebo zobrazovacích vyšetření. Otázka kompetencí resp. povinností zajistit v diagnosticko – terapeutickém procesu potřebná doplňující vyšetření ať klinická, laboratorní či zobrazovací je analogická situaci s předpisem medikace a stejně tak vychází ze zákonných povinností a náplně výkonu konkrétního klinického vyšetření daných již opakovaně zmíněnou Vyhl. MZd, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami **č. 134/98 Sb.** v platném znění. V Kapitole 3 vyhláška specifikuje náplň konkrétního typu vyšetření. Společnou a nedílnou součástí obsahu každého vyšetření je:

- rozhodnutí o dalším diagnostickém postupu, včetně předepsání dalších klinických, laboratorních nebo zobrazovacích vyšetření,
- rozhodnutí o terapeutickém postupu vč. předpisu léku či ZP
- administrativní činnost spojená s výkonem (vystavení legitimace práce neschopného pojištěnce, žádost o podporu při ošetřování nemocného člena rodiny, poukaz o trvání pracovní neschopnosti, povinná hlášení, žádanka o zdravotní transport a podobně)

6. Příkaz ke zdravotnímu transportu vystavuje ta ambulance, která pacienta k vyšetření odesílá nebo která si pacienta ke kontrole zve. Vypsání tohoto tiskopisu je opět nedílnou součástí legislativně přesně vymezené náplně výkonu konkrétního typu vyšetření, hrazeného

zdravotní pojišťovnou – viz bod 5. Není možné, aby pro „lístek na sanitku“ chodili příbuzní či pečovatelka k registrujícímu praktickému lékaři. Jako u všech předchozích kolizních situací jednoznačnou a dostatečnou argumentací by mělo být, že každý zúčastněný lékař resp. jeho ambulance, je samostatný ekonomický a právní subjekt, pokud cokoli na účet všeobecného zdravotního pojištění indikuje a ordinuje, musí být připraven podle okolností zdůvodnit a obhájit ve vztahu jak ke zdravotní indikaci, tak platné legislativě. Je zcela nepřijatelné, aby cokoli bylo ordinováno jedním subjektem, ale prakticky prováděno druhým. A na jeho účet i zdravotní pojišťovnou „účtováno“.

(Souvislost s definicí výkonů jakož i náplní výkonů a možností jej vykázat a ze strany ZP uhradit je opět jednoznačná. Se zákonem koreluje též Metodika pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR verze 6.29: 2.23. VZP-34/2009 Příkaz ke zdravotnímu transportu - vyplňuje vždy ten odesílající ošetřující lékař, který poskytnutí zdravotní péče požaduje – indikuje. Lékař, který poskytl pojištěnci zdravotní péči v SZZ je povinen zhodnotit, zda je indikován zdr. transport do místa pobytu a ev vyplní i příkaz pro cestu zpět).

7. Lázeňská péče: Ze zákona č.48/1997 i Metodiky VZP o správném postupu při navrhování této péče vyplývá, že lázeňskou péči **doporučuje ošetřující lékař** - praktický lékař, ambulantní specialista nebo ošetřující lékař při hospitalizaci (dle indikačního seznamu pro jednotlivé indikace) a **podává navrhující lékař** - to je stále ještě registrující praktický lékař nebo ošetřující lékař při hospitalizaci. (**kapitola 2.13 VZP-15/2004 str 42 Metodiky**). Doporučení ošetřujícího ambulantního specialisty může být vystaveno buď na formuláři “Návrh na lázeňskou péči” nebo na samostatném listu, který bude k návrhu přiložen. V tomto případě musí doporučení obsahovat všechny předepsané náležitosti návrhu (**Podle platné metodiky musí být doporučení minimálně v rozsahu odborného nálezu, pro který se doporučuje lázeňská léčba ...včetně určení stupně naléhavosti poskytovanou jako nezbytnou součást léčebného procesu**) a musí být opatřeno podpisem a razítkem doporučujícího lékaře a taktéž datem, které je vždy dřívější než datum ověřujícího registrujícího praktického lékaře, který návrh následně podá..

Závěr

Každý lékař v systému stávající LPP by měl být především lékařem nezávislým a svéprávným, aby se mohl věnovat odborné práci podle svého uvážení a podle potřeb pacienta, resp. jeho zdravotního stavu, a dobře zaplacený. V žádném případě by se neměl dostávat do konfliktních situací se svými kolegy a už vůbec ne s pacienty. Tomu se pohříchu nikdy spolehlivě vyhnout nedá, ale příčinou by nikdy neměl být spor o to, kdo a jaké vyšetření nebo léčbu bude poskytovat, indikovat nebo platit. Nesmíme dopustit „honit“ pacienty kvůli více či méně schopnému či spíše neschopnému managementu celého sektoru zdravotnictví z místa na místo. Jejich vědomosti totiž takřka nikdy nestačí na to, aby pochopili, čím je to vinou. Pokusme se dodržovat pravidla seriózně a smysluplně, v rámci kolegiální, korektní (případně i gentlemanské) dohody a domluvy, tak, aby nikdo za dané situace (v legislativním prostředí úhradových vyhlášek) zbytečně netrpěl, zejména ne pacient. Ale zcela jistě ani lékař. A i toto je dle mého soudu cesta k racionalizaci toku finančních prostředků v našem zdravotnickém systému, k úspoře času pacienta, zkrácení jeho času a počtu jeho pobytů ve zdravotnických zařízeních různého typu, ale zároveň i cesta k efektivnímu využití našeho času při komunikaci, vyšetřování a léčbě pacienta a v neposlední řadě možný zdroj navýšení finančních prostředků směřujících k vyššímu ohodnocení práce lékaře.

Citace kapitol souvisejících zákonů a norem

Metodika pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR verze 6.29

2.23. VZP-34/2009 Příkaz ke zdravotnímu transportu

Příkaz ke zdravotnímu transportu (dále jen Příkaz) je tiskopis s jednou průpisovou kopií pro indikaci zdravotnických transportů a převozu zemřelého pojištěnce na zdravotní pitvu.

Zdravotnický transport vyžádá lékař, pokud je pro pojištěnce ze zdravotních důvodů indikován.

Příkaz pro cestu do SZZ, kde má být pojištěnci poskytnuta zdravotní péče, **vyplňuje** vždy ten odesílající OL, který poskytnutí zdravotní péče požaduje.

Současně s Příkazem pro cestu do SZZ **musí** odesílající OL vystavit i Příkaz pro cestu zpět, pokud požaduje poskytnutí péče jiných odborných zdravotnických pracovníků než lékařů.

Lékař, který poskytl pojištěnci zdravotní péči v SZZ, je povinen zhodnotit, zda je indikován zdravotnický transport pojištěnce do místa pobytu, a v případě, že ano, **vyplní** Příkaz pro cestu zpět.

Vyhl. č. 134/1998 - Vyhláška Ministerstva zdravotnictví, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami v platném znění

Kapitola 2

Obecná pravidla pro vykazování výkonů

1. VYKAZOVÁNÍ VÝKONŮ

..

..

4. Výkon hradí zdravotní pojišťovna pouze tehdy, byl-li naplněn **celý obsah výkonu**.

..

6. Výkon může být vykázán pouze tehdy, **byl-li proveden úplně**. Částečně provedený výkon nemůže být zdravotní pojišťovně vykázán.

Kapitola 3

Výkony klinických vyšetření

.

.

.

4.2. Obsahem výkonu cíleného vyšetření je především:

1. anamnéza cíleně zaměřená k subjektivním potížím pacienta vztahujícím se k danému vyšetření

nebo k požadavku odesílajícího lékaře

2. zhodnocení subjektivních obtíží

3. zhodnocení předcházejících vyšetření klinických, laboratorních a zobrazovacích
4. objektivní vyšetření zaměřené k subjektivním potížím pacienta (vztahujícím se k danému vyšetření) nebo k požadavku odesílajícího lékaře
5. měření výšky, hmotnosti, krevního tlaku, pulsu, dechové frekvence, rychlosti výdechu peakflowmetrem pokud je ve vztahu k subjektivním potížím pacienta nebo k požadavku odesílajícího lékaře
6. základní orientační preventivní onkologické vyšetření
7. diagnostická rozvaha a závěr
8. rozhodnutí o dalším diagnostickém postupu, včetně předepsání dalších klinických, laboratorních nebo zobrazovacích vyšetření
9. rozhodnutí o terapeutickém postupu, včetně předpisu léků či ZP
10. provedení drobného terapeutického výkonu
11. rozhodnutí o termínu další kontroly
12. poskytnutí odpovídajících informací nemocnému, rodině nebo zákonnému zástupci
13. psychoterapeutický pohovor
14. individuální zdravotní výchova
15. edukace pacienta
16. sepsání lékařské zprávy - nálezu
17. administrativní činnost spojená s výkonem (vystavení legitimace práce neschopného pojištěnce, žádost o podporu při ošetřování nemocného člena rodiny, průkaz o trvání pracovní neschopnosti, povinná hlášení, žádanka o zdravotní transport a podobně), poskytnutí informace praktickému lékaři, včetně záznamu o souhlasu či nesouhlasu pacienta s navrženými diagnosticko - terapeutickými postupy
18. zápis o celém postupu do zdravotní dokumentace

5.2. Obsahem výkonu kontrolního vyšetření je především:

1. anamnéza cíleně zaměřená k průběhu nebo výsledku léčby
2. zhodnocení subjektivních obtíží a jejich změn
3. zhodnocení předcházejících vyšetření klinických, laboratorních a zobrazovacích
4. objektivní vyšetření zaměřené k průběhu nebo výsledku léčby
5. měření výšky, hmotnosti, krevního tlaku, pulsu, dechové frekvence, rychlosti výdechu peakflowmetrem pokud je ve vztahu k průběhu choroby nebo výsledku léčby
6. diagnostická rozvaha a závěr
7. rozhodnutí o termínu další kontroly
8. poskytnutí odpovídajících informací nemocnému, rodině nebo zákonnému zástupci
9. psychoterapeutický pohovor
10. individuální zdravotní výchova
11. edukace pacienta
12. sepsání lékařské zprávy - nálezu
13. administrativní činnost spojená s výkonem (vystavení legitimace práce neschopného pojištěnce, žádost o podporu při ošetřování nemocného člena rodiny, průkaz o trvání pracovní neschopnosti, povinná hlášení, žádanka o zdravotní transport a podobně)
14. zápis o celém postupu do zdravotní dokumentace

6.2. Obsahem konziliárního vyšetření je především:

1. anamnéza cíleně zaměřená k subjektivním potížím pacienta vztahujícím se k danému vyšetření nebo k požadavku odesílajícího lékaře
2. zhodnocení subjektivních obtíží
3. zhodnocení předcházejících vyšetření klinických, laboratorních a zobrazovacích

4. objektivní vyšetření zaměřené k subjektivním potížím pacienta (vztahujícím se k danému vyšetření) nebo k požadavku odesílajícího lékaře
5. měření výšky, hmotnosti, krevního tlaku, pulsu, dechové frekvence, rychlosti výdechu peakflowmetrem pokud je ve vztahu k subjektivním potížím pacienta nebo k požadavku odesílajícího lékaře
6. základní orientační preventivní onkologické vyšetření
7. diagnostická rozvaha a závěr
8. rozhodnutí o dalším diagnostickém postupu včetně předepsání dalších klinických, laboratorních nebo zobrazovacích vyšetření v rozsahu potřebném k získání diagnostického závěru – odpovědi na otázku položenou odesílajícím ošetřujícím lékařem
9. doporučení terapeutického postupu
10. doporučení termínu další kontroly nebo předání do péče
11. poskytnutí odpovídajících informací nemocnému, rodině nebo zákonnému zástupci
12. psychoterapeutický pohovor
13. individuální zdravotní výchova
14. edukace pacienta
15. sepsání lékařské zprávy - nálezu
16. administrativní činnost spojená s výkonem (vystavení legitimace práce neschopného pojištěnce, žádost o podporu při ošetřování nemocného člena rodiny, průkaz o trvání pracovní neschopnosti , povinná hlášení, žádanka o zdravotní transport a podobně), poskytnutí informace praktickému lékaři, včetně záznamu o souhlasu či nesouhlasu pacienta s navrženými diagnosticko - terapeutickými postupy
17. zápis o celém postupu do zdravotní dokumentace.