

**Ako ďalej s LSPP alebo:
Od nútenej práce k trestnej zodpovednosti.**

Ústavný súd SR (ďalej len ÚS SR) v konaní PL. ÚS 113/2011, ktorý sa dotýkal niektorých aspektov v lekárskej službe prvej pomoci (ďalej len LSSP), vrátane vzťahov medzi prevádzkovateľom LSPP a poskytovateľmi všeobecnej ambulantnej starostlivosti (ďalej len poskytovateľ/ia, prípadne všeobecný/í lekár/i), nevyhovел návrhu generálneho prokurátora o nesúlade niektorých ustanovení týkajúcich sa LSPP v zákone 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve (ďalej len zákon o poskytovateľoch). Hoci tomuto rozhodnutiu ÚS SR sa po formálne-právnej stránke dá rozumieť, už opakovane sa pri konaniach ÚS SR, ktoré sa dotýkajú zdravotníctva, nedá zbaviť pocitu (očividne od r. 2004, začalo to povinnými platbami – teda súlad donútenia pacientov platiť v ambulanciách a nemocniciach, pritom bez vyžiadanej konkrétnej protislužby, s ústavou – PL ÚS 38/2003), že ÚS SR venuje maximum pozornosti vedľajším, nepodstatným, zvyčajne ani nespochybnovaným či nenamietaným záležitostiam, a tie zásadné veci i fundamentálne detaily nejako opomína. **Aj v predmetnom rozhodnutí ohľadom LSPP sa ÚS SR precízne a podrobne zaoberal tým, čo nikto nespochybnuje približne 50 rokov, teda že LSPP zabezpečuje v nevyhnutnom rozsahu ambulantnú starostlivosť občanom v prípadoch ohrozenia života, náhleho ochorenia alebo zhoršenia zdravotného stavu vzniknutého v čase mimo pravidelnej prevádzky obvodných (dnes všeobecných) ambulancií** (vyhl. MZ 42/1966 Zb.). Až do konca 90-tych rokov patrili LSPP zvyčajne pod štátne či mestské nemocnice a polikliniky, vykonávali svoju činnosť za účelom poskytovania zdravotnej starostlivosti pacientom mimo bežných ordinačných hodín a najmä, všeobecní lekári mali za pohotovostné služby štandardný (to neznamená, že dobrý) plat v zmysle zákona obdobne, ako iní lekári. Takže nie je vôbec jasné, prečo sa ÚS SR (zbytočne a pre vec samú absolútne nedôvodne) tejto stránke venoval tak dopodrobna a riešil, podľa môjho názoru, neexistujúcu kolíziu práv pacienta (verejného záujmu) a práv lekára v LSPP. Je zrejmé, že povinnosť slúžiť na LSPP je konanie uložené zákonom na ochranu života, zdravia alebo práv iných a teda ho ani nemožno *a priori* považovať za nútenú prácu, ktorá by bola v rozpore s Ústavou SR ako i s medzinárodnými dokumentami.

Avšak v ďalšom desaťročí (21. storočí) sa zmenil pohľad na zdravotníctvo v SR a tak sa začal zásadným spôsobom meniť aj účel LSPP (a nielen tej). To viedlo k zásadnej zmene postavenia všeobecných lekárov v LSPP. **LSPP sa postupne stávajú obchodnými subjektami, teda podnikateľmi vykonávajúcimi činnosť za účelom vytvorenia zisku** tak, ako predpokladá §2 ods.1 Obchodného zákonníka (podobne ako od roku 2005 sú aj zdravotné poisťovne, a.s., považované za podnikateľské subjekty konajúce za účelom

vytvorenia zisku, a to v predmete činnosti – vykonávanie zdravotného poistenia, vid' aj nález ÚS SR PL. ÚS 3/2009). A tu je podstata veci: štátne donútenie na výkon LSPP nikto nespochybňuje (ako bolo uvedené, už minimálne 50 rokov), ale **všeobecný lekár je od roku 2005 z dôvodu legislatívnych zmien štátnym donútením prinútený vykonávať činnosť za účelom vytvorenia zisku nejakého iného subjektu obchodného práva** (teda prevádzkovateľa LSPP zvyčajne vo forme s.r.o., prípadne i fyzickej osoby ako podnikateľa a tá dokonca nemusí byť ani lekárom). To by neznamenal problém, ak by sa majiteľ či prevádzkovateľ LSPP ako podnikateľský subjekt (ÚS SR vo svojom rozhodnutí o činnosti LSPP jednoznačne hovorí ako o podnikaní) snažil na „trhu“ (všeobecných lekárov – poskytovateľov, prípadne internistov či pediatrov) týchto získať pre prácu vo svojej LSPP a títo by sa slobodne rozhodli a na základe dobrovoľne uzavretej zmluvy ju aj vykonávali. Ale to sa nedeje!!! **Prevádzkovateľ LSPP proti všeobecným lekárom za účelom svojho zisku využíva sankčný aparát štátu**, hrozbu pokuty až do 3319 €, ktorú možno uložiť i opakovane. Ba dá sa povedať, že **lekári vykonávajúci LSPP nejdennokrát dokonca sanujú stratu, ktorá by prevádzkovateľovi LPSS v právnom postavení podnikateľa inak vznikla.**

Ako už bolo uvedené, výkon pohotovostí v LSPP všeobecní lekári uskutočňujú pre pacientov a vo verejnom záujme desiatky rokov, a nikto nespochybňuje, že to bola povinnosť daná štátom. **Ale v 21. storočí sa v SR presadila myšlienka rozšíriť štátne donútenie z dôvodov verejného záujmu aj na súkromný záujem;** a pod hrozbou sankcií sa prinútili všeobecní lekári vykonávať činnosť v prospech vytvorenia zisku iného podnikateľa (i na úkor vlastných nákladov). Toto je tá nová vec v právnej úprave povinností k LSPP, zásadne vstupujúca do legitímnych očakávaní všeobecných lekárov, avšak touto fundamentálnou „maličkosťou“, pritom jediným podstatným meritom veci, sa ÚS SR prakticky vôbec nezaoberal. A podľa môjho názoru úplne mylne, nielen z aspektu reality, ale i z aspektu právneho, konštatuje, že prevádzkovateľ LSPP ako i vykonávateľ LSPP (všeobecný lekár – poskytovateľ) majú v podnikaní rovnaké postavenie a obaja si plnia len svoje zákonné povinnosti. Pritom je zjavné, že **všeobecný lekár vykonáva LSPP na základe štátneho donútenia** (bez štátom garantovaného práva na primeranú odplatu za službu), kým **prevádzkovateľ LSPP ju uskutočňuje čisto a iba na základe svojho vlastného a slobodného rozhodnutia!**

ÚS SR problematiku LSPP napokon hodnotí len ako legislatívne opomenutie: „Legislatívne opomenutie je stav, keď zákonodarca upravujúc určitú oblasť spoločenských vzťahov opomenul niektoré významné prvky tejto právnej úpravy.“ A ďalej uvádza: „Zákon stavia aspoň nepriamo obe zmluvné strany (poskytovateľa LSPP a lekára povinného slúžiť LSPP) do pozície najsť dohodu. A hoci zákon priamo nerieši odmeňovanie lekárov

slúžiacich LSPP, neznamená to, že prevádzkovatelia LSPP nie sú povinní ich primerane odmeňovať. A platí, že všeobecný súd nesmie pri rozhodovaní odmietnuť spravodlivosť ani v prípade medzery v práve.“ Takže ÚS SR postavenie všeobecných lekárov v LSPP nepovažuje za v rozpore s ústavou a odkazuje týchto všeobecných lekárov na rokovania s prevádzkovateľmi LSPP; a ak sa nedohodnú, majú podať žalobu na všeobecný súd.

Myslím, že pri prípadnej žalobe by asi vec opäť skončila na ÚS SR. Je zrejmé, že v zmluvnom vzťahu prevádzkovateľ LSPP a všeobecný lekár – poskytovateľ ide na oboch stranách formálne o podnikateľské subjekty. A teda nie je absolútne žiaden dôvod, aby nárokováná odmena lekára LSPP bola akokoľvek naviazaná na ostatné zmluvné vzťahy prevádzkovateľa LSPP, na úhrady od zdravotných poisťovní a teda by sa mala „podriaďovať“ príjmom prevádzkovateľa LSPP. (Záležitosťou lekára je ošetriť pacientov, zabezpečiť si výnosy je výsostne záležitosťou prevádzkovateľa, a ak sa mu v podnikaní v jeho predmete činnosti nedarí, môže jednoducho skončiť s podnikaním.) Tvorba zisku je len cieľom, ktorý nikto nespochybňuje, no v žiadnom prípade nie je právom, takže prevádzkovateľ LSPP pokojne môže vytvárať stratu, ktorú môže dorovnávať napr. majiteľ/zriaďovateľ LSPP a **neexistuje žiaden relevantný dôvod, prečo by túto stratu mali kompenzovať všeobecní lekári ako poskytovatelia z vlastných zdrojov.** Na rozdiel od všeobecných lekárov, ako už bolo uvedené, prevádzkovateľ LSPP môže kedykoľvek prestať LSPP vykonávať, kým všeobecnému lekárovi za to hrozí pokuta.

Avšak posuňme sa teraz sa od vynucovanej povinnosti k práci na LSPP (či už ide o donútenie lekára ako zamestnanca alebo ako podnikateľa) k zdravotníckemu obsahu tejto práce, teda i k tomu, v akom právnom prostredí vykonáva lekár LSPP. Začneme od definície z Koncepcie zdravotnej starostlivosti vo všeobecnom lekárstve pre deti a dorast z r. 2006, ktorá uvádza: „Všeobecný lekár **na základe symptómov určuje**, ktoré ochorenia môže liečiť sám, ktoré vyžadujú špecializované konziliárne vyšetrenie, dispenzarizáciu a ktoré je nutné hospitalizovať.“ Koncepcia pre dospelých tiež z r. 2006, podľa môjho názoru, dosť nešťastne, uvádza: „Všeobecný lekár **má rozpoznáť vlastné možnosti a schopnosti** diagnostikovať a liečiť stav vlastnými silami a včasne rozhodnúť o vhodnosti pomoci konziliárnych služieb.“ No my tu máme na druhej strane ustanovenie §4 ods.3 zákona 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (ďalej len zákon o zdravotnej starostlivosti): „Poskytovateľ je **povinný** poskytovať zdravotnú starostlivosť **správne**. Zdravotná starostlivosť je poskytnutá správne, ak sa **vykonajú všetky zdravotné výkony** na správne určenie choroby so zabezpečením **včasnej** a účinnej liečby s cieľom uzdravenia osoby alebo zlepšenia stavu osoby pri zohľadnení súčasných poznatkov lekárskej vedy“; a toto je v zmysle §80 ods.1 písm.e) zákona o poskytovateľoch i povinnosťou lekára. Okrem

rigidnosti samotného znenia uvedeného ustanovenia (povinnosť vykonať **všetko!**), v aplikačnej praxi je toto ustanovenie navyše aj výrazne extenzívne vykladané nielen orgánmi verejnej správy v zdravotníctve, najmä Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len ÚDZS), ale sa javí, že už aj orgánmi činnými v trestnom konaní (ďalej len OČTK) a súdmi. Takže ani v LSPP sa všeobecný lekár nemôže uspokojiť len s anamnézou a klinickým vyšetrením, ale musí „vykonať všetko“. A čo znamená „všetko“ pri uskutočňovaní dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou ... ? (Uvedené citácie sú pre potreby textu parafrázované, no bez akejkoľvek zmeny obsahu.)

Ak sa budeme opierať o kazuistiky ÚDZS, v ktorých sa uvádzajú také problémy, s ktorými sa bežne musí „popasovať“ lekár LSPP, hneď na začiatok uvedieme, že **správny** postup podľa dohľadov ÚDZS pri bolestiach brucha vyžaduje tiež chirurgické vyšetrenie (inak sa, samozrejme, nevykoná **všetko!**) za účelom vylúčenia akútneho brucha a **vždy** musia byť ordinované „za účelom diferenciálnej diagnostiky nálezu na bruchu laboratórne, hematologické, biochemické vyšetrenia krvi, vyšetrenie moču, USG vyšetrenie brucha“ (napr. kazuistika ÚDZS 2010). Taktiež lekár LSPP sa nesmie uspokojiť s len klinickým vyhodnotením bolesti brucha a chrbta, pretože vždy „**v rámci LSPP má byť vykonaná diferenciálna diagnostika** možných príčin pacientom udávaných ťažkostí“, keďže môže ísť aj o disekciu aneurizmy hrudnej a brušnej aorty, takže aby sa vykonalo správne všetko, sú v zmysle zákona vždy potrebné i rádiodiagnostické vyšetrenia (SONO, RTG, CT). A za VAS Th chrbtice, hoci aj po vyšetrení internistom, sa môže v podstate vždy skrývať akútna koronárna príhoda (mnohé kazuistiky napr. kazuistiky ÚDZS 2010, 2008, 2006). Ďalej možno spomenúť, že polymorbidita pacienta v takom štádiu, ktoré v podstate znamená klinicky terminálny stav (konkrétne 81 rokov, ICHS NYHA IV, kardiostimulátor pri AVB III. st., DM s komplikáciami, chronická renálna insuficiencia, Parkinsonova choroba, Ca prostaty atď.) neznamená, že pre túto osobu sa nemá urobiť všetko, keďže v zmysle rozhodnutí ÚDZS sa nemôže stať, že by „odborné vyšetrenia neboli poskytovateľom odporúčané v dostatočnom rozsahu“. A napriek nálezu u inej osoby „incontinentio urinae et alvi, syndróm immobility, st.p. NCMP, ICHS NYHA III“, lekár je povinný zahájiť aj resuscitačnú liečbu na OAIM (bez hospitalizácie na OAIM by predsa nebolo vykonané všetko, napr. kazuistiky ÚDZS 2010, 2007 – ale tu sa už dostávame až na hranicu medicínskej etiky, ktorá sa dostáva do rozporu s právnym predpisom). Možno tiež spomenúť bolesť hlavy (môže byť buď nová, ale i opakujúca sa), ktorá vyžaduje vždy neurologické vyšetrenie a CT vyšetrenie (inak sa nevykoná všetko za účelom určenia choroby), keďže môže ísť o SAK (kazuistiky ÚDZS 2009, 2008). A bolesti v krížoch môžu znamenať aj akútne hnisavý zápal obličiek (napriek negatívne sonografickému i nefrologickému vyšetreniu) s následným exitom, takže je potrebné vykonať všetko, včas a „rýchlejšie a agresívnejšie diferenciálne

diagnosticky uvažovať“ (napr. kauzistika ÚDZS 2009). Teploty sú asi dosť častým symptómom v LSPP, avšak nikdy nemožno prorocky, na 100% vylúčiť, že febrilný stav nevyústi do meningoencefalitídy, takže hoci ÚDZS konštatuje, že „priebeh ochorenia môže byť u každého pacienta iný a netypický“, nebráni to jeho záveru, že ak sa nevykoná všetko za účelom vylúčenia, že teploty určite nespôsobuje rozvíjajúci sa infekčt CNS, tak sa „nepostupovalo správne“. Podobne aj chrípka, ktorá sa napokon preukáže ako spôsobená vírusom H1N1, môže zakrátko skončiť exitom; a ÚDZS na základe informácií získaných *ex post(!)* vyhodnotí, že „pacientka už dňa 29.11.2009 mala byť hospitalizovaná“ (kauzistiky ÚDZS 2006, 2009). A keď už sme pri teplotách, treba uviesť, že údajne je v SR „akceptovaný algoritmus u detí, že v prípade TT nad 38,5 st.C sa má vždy vyšetriť FW, Leu, CRP a hemokultúra(!?)“ (kauzistika 2010). A ako je v SR zvykom, zvyčajne nasleduje trestné oznámenie a vecou sa začnú zaoberať OČTK.

Takže sa nám začína vynárať úplne legitímna otázka: **Sú výkony a postupy v LSPP, ako boli a vlastne stále sú zaužívané niekoľko desiatok rokov v súlade s legislatívou účinnou od 1. januára 2005, konkrétne §4 ods.3 zákona o zdravotnej starostlivosti?** „Všetko“ sa na LSPP vykonať nedá, pritom lekár (a to zďaleka nielen v LSPP) je v zmysle zákona i aplikačnej praxe dnes **povinný neuspokojiť sa s diagnózou** len na základe anamnézy, objektívneho vyšetrenia, základných laboratórnych vyšetrení, prípadne EKG, či dokonca stanovenou konziliárnym vyšetrením. (Pozn. autora: málokto pacient s bolesťami chrbta či teplotou nad 38,5 st.C býva odoslaný do nemocnice a v medicíne 100%-ná istota neexistuje, dokonca ani po vykonaní pitvy. Aj akútna koronárna príhoda môže byť pokojne EKG-nemá, aj laboratórne parametre majú svoju dynamiku, majú dokonca len určitú senzitivitu a teda pokojne môžu byť i falošne negatívne – no lekár v zmysle §4 ods.3 zákona o zdravotnej starostlivosti musí s takouto variantou počítať! A pri febrilitách by teda mal odobrať aj hemokultúru. Inak môže očakávať „záujem“ zo strany OČTK.)

A preto sa tento príspevok volá tak, ako sa volá. **Lekár sa výkonu LSPP nemôže vyhnúť, inak bude potrestaný.** Pritom vie, že aj tak **by mal každého pacienta odoslať do nemocnice, kde môžu urobiť „všetko“, vrátane odsledovania dynamiky ochorenia v určitom časovom horizonte.** Taktiež vie, že ak bude jeho postup preverovaný ÚDZS (na čo môže naväzovať i následné trestné stíhanie, čo inak platí pre lekárov všeobecne), bude sa postupovať úplne naopak: teda **až zo zistenej diagnózy sa vyvodí vyšetrenia, ktoré mali byť indikované a vykonané, a tiež sa dodatočne vyabstrahujú tie vraj dôležité symptómy, ktoré mali upriamiť pozornosť lekára.** (Teda nie „od symptómu k diagnóze“, ale naopak „od pitevného nálezu k diagnóze“. Mimochodom, ako sa dohliada na to, či bola pitva vykonaná „správne“ a či bolo pri pitve vykonané „všetko“? Pretože ani patologické nálezy nebývajú 100%-né.)

Dnes už môžeme povedať, že, vychádzajúc z kazuistík a rozhodovacej činnosti ÚDZS, musí každý lekár, nielen lekár LSPP, vykonať všetko v rámci zdravotnej starostlivosti – teda vykonať **včas všetky vyšetrenia vylučujúce aj veľmi málo pravdepodobné choroby a stavy, navrhnúť hospitalizáciu**, pretože aj ochorenie v čase vyšetrenia s minimálnymi príznakmi (oligosymptomatické) sa môže následne ukázať ako závažné ochorenie, tiež sa stav môže vyvíjať perakútne až fulminantne. A to sa pri 20-30 minútovom vyšetrení bez následnej napr. aspoň ambulantnej observácie, teda do 24-hodín (§8 ods.1 zákona o zdravotnej starostlivosti), nedá predvídať. V skutočnosti **lekár u absolútne žiadneho pacienta (nielen) na LSPP nemôže so 100%-nou istotou vylúčiť fatálne vyústenie pacientových ťažkostí** (a u polymorbidných pacientov sa uvedené percentá progresívne znižujú).

Myslím, že je najvyšší čas začať intenzívne diskutovať, **či výkon LSPP v takej forme, ako sa dnes vykonáva, je vôbec v súlade s ustanovením §4 ods.3 zákona o zdravotnej starostlivosti**. Lekár je pod hrozbou sankcií donútený v LSPP pracovať, v podstate musí dotovať zisk jej prevádzkovateľa zo svojich zdrojov, a pri tom všetkom je priamo postavený do výrazného trestnoprávneho rizika. Pretože ak je nielen medicínsky zdatný (a teda vie, že 100% istota pri diagnostike ani liečbe neexistuje), ale i primerane právne zdatný (a teda vie, že musí vykonať všetko s cieľom 100% istoty) vie, že s každým pacientom neodoslaným do nemocnice vlastne koná protiprávne, teda v rozpore s ustanovením §4 ods.3 zákona o zdravotnej starostlivosti (nevykonaním úplne všetko, odkazujeme na vyššie uvedené kazuistiky). A z formálne právneho hľadiska to platí bez ohľadu, či nastane nepriaznivý následok na zdraví pacienta alebo nenastane – došlo k spáchaniu správneho deliktu. Je to obdobné dopravnému priestupku; tiež k jeho naplneniu dôjde bez ohľadu, či ním bola alebo nebola spôsobená dopravná nehoda. (Pozn. autora: práca v LSPP okrem toho, že má akútny charakter, je predsa len zásadný rozdiel oproti bežnému výkonu ambulancie všeobecného lekára, kedy tento vyšetruje **svojich pacientov, ktorých pozná**, a teda má oveľa lepšie možnosti vyhodnotiť vývoj, dynamiku ochorenia ako u pacienta, o ktorom nevie nič.)

Už len na záver: právny názor, ktorý zastávajú mnohí právnicki, pretože vyplýva zo zásad tzv. gramatického výkladu zákona a ktorý už bol v texte naznačený, je, že význam slova „všetko“ znamená naozaj *všetko*, teda že „nechýba ani kúsok“. Do poskytovania zdravotnej starostlivosti sa od roku 2005 zaviedla objektívna zodpovednosť, pričom protiprávnosť poskytnutia zdravotnej starostlivosti je v podstate daná, ibaže sa zvyčajne vyhodnocuje dohliadajúcimi orgánmi až dodatočne v prípade podnetu pri nepriaznivom následku na zdraví či živote pacienta. Pretože či sa to niekomu páči alebo nie, nikdy sa nevykoná úplne všetko s absolútnou 100%-nou istotou, ako to

predpokladá, úplne mimo realitu, zákon; a ani výsledky pitvy nie sú 100%-né.

Takže lekári LSPP nielenže vynútené „plnia peňaženky“ zriaďovateľov a prevádzkovateľov LSPP, ale súčasne to robia pri významnom až trestnoprávnom riziku, pretože už zo samej podstaty LSPP vyplýva, že sa v LSPP určite nevykonávajú všetky úkony. Takže na záver otázka: **Má za takýchto podmienok LSPP dnešného typu ešte „právo na existenciu“?**

Miroslav Pavlák, Via practica č. 6/2013, str.240, ISSN 1336-4790, uverejnené pod názvom: Ako ďalej s LSPP alebo od nútenej práce k trestnej zodpovednosti