

**Administratívnoprávne konanie
pred Úradom pre dohľad
nad zdravotnou starostlivosťou,
správne poskytovanie zdravotnej starostlivosti
a postup lege artis.**

**Administratívnoprávne konanie
pred Úradom pre dohľad
nad zdravotnou starostlivosťou,
správne poskytovanie zdravotnej
starostlivosti a postup lege artis**

Miroslav PAVLÁK

Úvod

V prípade nespokojnosti pacienta či jeho príbuzných s poskytnutou zdravotnou starostlivosťou, títo v súčasnosti vec začínajú riešiť zvyčajne najprv prostredníctvom Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len Úrad). Výsledok tohto administratívneho konania/postupu (rozhodnutie či protokol) môže byť ďalej podkladom

pre civilný proces, pre začatie trestného stíhania, prípadne môže mať vplyv na pracovnoprávne vzťahy. Avšak administratívne konanie vo veci správnosti poskytnutej zdravotnej starostlivosti je v dostupnej literatúre spracované minimálne (niekedy takmer vôbec) a pri postupe Úradu vznikajú viaceré nejasnosti a aplikačné problémy, na ktoré existujú nejednotné právne názory, vrátane použitia (či nepoužitia) Správneho poriadku.

Hneď na úvod je potrebné povedať, že v prípade skúmania správnosti poskytnutia zdravotnej starostlivosti treba oddeliť dve konania, presnejšie dva rôzne postupy, ktoré môžu a nemusia na seba nadväzovať: je to výkon dohľadu prebiehajúci podľa zákona 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len Zákon o dohľade) a správne konanie prebiehajúce s určitými modifikáciami podľa Správneho poriadku.

(Pozn.: Tu by som chcel podotknúť, že ustanovenia o dohľade boli takmer doslova odpísané zo zákona 96/2002 Z.z. o dohľade nad finančným trhom a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Dnes už dohľad nad finančným trhom vykonáva Národná banka Slovenska podľa zákona 747/2004 Z.z. o dohľade nad finančným trhom a o zmene a doplnení niektorých zákonov, pričom aktuálna právna úprava dohľadu a konania pred Národnou bankou Slovenska vzťahujúca sa na finančný trh je oveľa precíznejšia, jasnejšia a dôslednejšia v porovnaní s právnou úpravou vzťahujúcou sa na poskytovanie zdravotnej starostlivosti.)

Správne orgány v zdravotníctve

Ak sa chceme dôsledne zaoberať administratívnoprávnym konaním v zdravotníctve, je potrebné si trochu ozrejmiť štruktúru orgánov

verejnej správy v zdravotníctve:

Správne orgány v zdravotníctve

➤ **Ministerstvo zdravotníctva SR**

Ústredný orgán štátnej správy pre zdravotnú starostlivosť

Vykonáva dozor nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti

➤ **Samosprávne kraje**

Prenesený výkon štátnej správy (dozor, povolenia, organizácia)

Originálne právomoci (utváranie podmienok, zriaďovateľ)

➤ **Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou**

Orgán sui generis zriadený zákonom (ďalej len Úrad)

Vykonáva dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti

Správne orgány v zdravotníctve

➤ **Obce (miestna samospráva)**

Majú len originálne právomoci (utváranie podmienok, zriaďovanie ambulancií, polikliník, nemocníc I. typu)

➤ **Profesijná (záujmová) samospráva**

Komory majú len dobrovoľné členstvo

Právomoc konať voči svojim členom, ale i voči držiteľom licencií

➤ **Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti**

Fyzické alebo právnické osoby, ktorým zákon zveril rozhodovanie o právach, právom chránených záujmoch a povinnostiach iných

A) Ministerstvo zdravotníctva SR (ďalej len Ministerstvo) je **ústredným orgánom štátnej správy pre zdravotnú starostlivosť** (zákon

575/2001 Z.z. o organizácii činnosti vlády a organizácii ústrednej štátnej správy), ktorý odborne usmerňuje poskytovanie zdravotnej starostlivosti, vydáva štandardné diagnostické postupy a štandardné terapeutické postupy, a tiež vykonáva **dozor nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti** (§45 zák. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ďalej len Zákon o zdravotnej starostlivosti).

B) Úrad – orgán sui generis – vykonáva **dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti** (aj nad zdravotnými poisťovňami a verejným zdravotným poistením).

Už tu môžeme vidieť určitú **kompetenčnú kolíziu** Ministerstva a Úradu, keďže pojmy „dozor“ a „dohľad“ v značnej miere sémanticky splývajú; rozdiely medzi nimi sú dané až konkrétnym obsahom príslušného ustanovenia zákona.

(Pozn.: Táto kolízia má príčinu v pôvodnej a neskôr nedôsledne novelizovanej právnej úprave z roku 2005, v zmysle ktorej „je Úrad zložený ad hoc z významných odborníkov daného odboru a má povahu poradného orgánu. V žiadnom prípade však tomuto orgánu nie je daná rozhodovacia právomoc. Úrad len predkladá ministrovi záver prejednávaného prípadu, a to najmä s vyjadrením, či bol zachovaný postup lege artis.“ (Vlček, 2007) Dnešná právna úprava umožňuje Úradu ukladať sankcie a opatrenia, takže rozhodovacia právomoc je mu už daná.)

Ak budeme vychádzať z aplikačnej praxe, tak pod dohľadom nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti rozumieme (§18 ods.1 písm.b) Zákona o dohľade) zisťovanie a kontrolu, či zdravotná starostlivosť bola poskytnutá správne (§4 ods.3 Zákona o zdravotnej starostlivosti), vrátane oprávnenia Úradu ukladať sankcie. A pod dozorom nad

poskytovaním zdravotnej starostlivosti rozumieme zisťovanie a kontrolu, či poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti dodržiava povinnosti poskytovateľa uvedené v §79 zákona 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len Zákon o poskytovateľoch), vrátane oprávnenia Ministerstva (prípadne samosprávneho kraja) ukladať sankcie podľa §§81-83 Zákona o poskytovateľoch. Avšak medzi sankcionovateľné povinnosti poskytovateľa podľa §79 ods.1 písm.a) spadá aj povinnosť dodržiavať osobitné predpisy, teda zjavne i všetky povinnosti dané Zákonom o zdravotnej starostlivosti.

(Pozn.: Takže v zdravotníckych zákonoch stále pretrváva prelínanie kontrolných oprávnení – dozoru a dohľadu – Ministerstva ako ústredného orgánu štátnej správy pre zdravotnú starostlivosť a jej poskytovanie, a Úradu. A keďže § 79 okrem mnohých iných povinností v ods.1 písm.a) výslovne ustanovuje poskytovateľovi pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti i povinnosť dodržiavať osobitné predpisy, zjavne sa to vzťahuje i na povinnosti dané Zákonom o zdravotnej starostlivosti, a teda aj na §4 ods.3 tohto zákona. A podľa §82 Zákona o poskytovateľoch môže byť za porušenie ustanovenia § 79 ods.1 písm.a) Zákona o poskytovateľoch udelená od Ministerstva, prípadne samosprávneho kraja, pokuta až 16.596 €. Len na porovnanie, Úrad môže dať pokutu až 9.958 €, avšak do roku 2007 to mohlo byť po prepočítaní až 165.969 €. Toto prelínanie robí do istej miery problematickou interpretáciu vzájomného vzťahu na jednej strane Ministerstva ako ústredného orgánu pre zdravotnú starostlivosť a na druhej strane Úradu s jeho samostatnými oprávneniami; pritom obe inštitúcie majú právomoc ukladať poskytovateľom sankcie za delikty pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Mám za to, že v prípade kolízie predmetných právnych noriem je potrebné pri ich výklade považovať ustanovenia Zákona o poskytovateľoch za lex generalis a ustanovenia Zákona o dohľade za lex specialis, pričom platí, že osobitná právna úprava má prednosť pred všeobecnou.)

Ďalšími správnymi orgánmi pôsobiacimi na úseku zdravotnej starostlivosti sú:

- C) Samosprávny kraj, ktorý vykonáva na úseku zdravotníctva **prenesený výkon štátnej správy**, ako i **originálne právomoci** miestnej samosprávy.
- D) Obce, tie majú len **originálne právomoci**.
- E) Profesijná (záujmová) samospráva nie je príliš podstatná, keďže profesijné komory v zdravotníctve nemajú povinné členstvo, no táto samospráva má isté **oprávnenia voči držiteľom licencií**, ktoré vydávajú komory.
- F) Ďalej sú to poskytovatelia zdravotnej starostlivosti (ďalej len poskytovatelia) ako fyzické alebo právnické osoby v rozsahu, v ktorom im **zákon zveril rozhodovanie o právach, právom chránených záujmoch alebo povinnostiach iných osôb**.
- G) A pre úplnosť, za správne orgány pri výkone verejného zdravotného poistenia treba považovať aj zdravotné poisťovne, keďže im tiež **zákon zveril rozhodovanie o právach, právom chránených záujmoch alebo povinnostiach iných osôb**.

Správne poskytnutie zdravotnej starostlivosti

V príspevku sa zaoberáme najmä týmito subjektami – Úradom a poskytovateľmi. Dohľadom, ktorý vykonáva Úrad, rozumieme dohľadanie na správne poskytovanie zdravotnej starostlivosti zo strany poskytovateľov. Takže položíme si otázku, kedy je zdravotná starostlivosť poskytnutá riadne, správne? Odpoveď nám dáva znenie §4 ods.3 Zákona 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.“

Poskytnutie zdravotnej starostlivosti **SPRÁVNE**

§4 ods.3 zák. 576/2004 Z.z.:

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.

Dá sa povedať, že predkladateľovi zákona a následne zákonodarcovi sa v podstate podarilo celú medicínu vtesnať do jedinej vety v Zákone o zdravotnej starostlivosti. Avšak pri právnej interpretácii a medicínskej aplikácii tohto ustanovenia vzniká viacero zásadných problémov:

- 1) Ako vykladať pojem „**všetky** zdravotné výkony“ v kontexte reálneho uskutočňovania zdravotnej starostlivosti, vrátane nutnosti dodržiavať aj ďalšie povinnosti (charakteru ekonomického, etického, organizačného a pod.)?

- 2) Ako vykladať pojem „zabezpečiť **včasnú** liečbu“ v tomto kontexte?
- 3) Čo znamená pojem „**zlepšenie** stavu osoby“?
- 4) Čo treba pokladať za „**súčasnú** poznatky lekárskej vedy“?

Tu je potrebné podotknúť, že do 31.12.2009 existovalo rozlíšenie medzi Zoznamom a Katalógom zdravotných výkonov:

- a) Podľa §3 ods.1 Zákona o zdravotnej starostlivosti: „**Katalóg zdravotných výkonov** je súhrn všetkých zdravotných výkonov s uvedením ich charakteristík.“
- b) Podľa §3 ods.2 Zákona o zdravotnej starostlivosti: „**Zoznam zdravotných výkonov** indikovaných pri jednotlivých chorobách je súhrn zdravotných výkonov uvedených v katalógu zdravotných výkonov, ich frekvencií a indikačných obmedzení patriacich k jednotlivým chorobám podľa prílohy č.1, ktoré predstavujú nevyhnutný predpoklad na správne poskytnutie zdravotnej starostlivosti (§4 ods.3).“

A podľa ods.10 a 11 Katalóg a Zoznam zdravotných výkonov vydáva vláda Slovenskej republiky nariadením.

Katalóg vydaný bol (nariadením vlády 776/2004 Z.z.), Zoznam však nie. Následne novelou 489/2008 Z.z. bol uvedený §3 zmenený a Zoznam tak, ako bol pôvodne definovaný, bol zo zákona úplne vypustený (a Katalóg sa premenoval na Zoznam). Vidno, že nebolo šťastné, ak spolu so Zákonom o zdravotnej starostlivosti nebol prijatý takýto fundamentálny vykonávací právny predpis, ktorý by obsahovo napĺňal §4 ods.3 Zákona o zdravotnej starostlivosti.

(Pozn.: A zdá sa, že exekutíva o niečom takom zatiaľ ani neuvažuje.)

Začatie administratívneho konania

Dohľad či iné právne konanie zvyčajne iniciuje pacient, alebo jeho príbuzný (ďalej len podávateľ) na základe spokojnosti či nespokojnosti s poskytnutou zdravotnou starostlivosťou. Avšak právna úprava už tohto prvého procesného úkonu podávateľa je problematická, ako to vidíme najmä z oprávnení a povinností podávateľa, a tiež z nejasného právneho titulu (charakteru) podania.

V prvom rade sa ponúka možnosť postupu podľa všeobecného predpisu - zákona 9/2010 Z.z. o sťažnostiach (ďalej len Zákon o sťažnostiach). Možnosť podať sťažnosť predvída §11 Zákona o zdravotnej starostlivosti: „Osoba nesmie byť ... postihovaná za to, že podá ... sťažnosť, žalobu alebo návrh na začatie trestného stíhania.“ Avšak na druhej strane je tu osobitná právna úprava podľa Zákona o zdravotnej starostlivosti, ktorá určuje dva možné na seba nadväzujúce postupy pacienta v §17 – rozhodovanie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti:

- a) **Žiadosť poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti o nápravu**, ak sa osoba domnieva, že sa jej neposkytla zdravotná starostlivosť správne. Poskytovateľ je povinný písomne informovať žiadateľa o spôsobe vybavenia žiadosti do 30 dní.
- b) **Žiadosť Úradu o vykonanie dohľadu**, ak poskytovateľ žiadosti nevyhoví alebo neinformuje žiadateľa o spôsobe vybavenia žiadosti.

V prípade požiadania Úradu však zákon ani nestanovuje lehoty na vybavenie žiadosti žiadateľa (ďalej tiež podávateľ), ale ani nič neudáva o povinnosti informovať podávateľa (žiadateľa/pacienta) o výsledku

dohľadu. Navyše podľa §43 ods.10 Zákona o dohľade sa na výkon dohľadu nevzťahujú predpisy o správnom konaní – je to nové ustanovenie, ktoré v podstate vylučuje podávateľa z výkonu dohľadu aj v zmysle oznámenia jeho výsledku, hoci zvyčajne je dotknutou osobou pri predmetnej zdravotnej starostlivosti. Pritom nie je možné postupovať ani podľa Zákona o sťažnostiach, pretože podľa §4 ods.1 tohto zákona sťažnosťou nie je podanie, ktoré má charakter žiadosti.

V skutočnosti je priebeh taký, že podávateľ formuluje svoju žiadosť ako podnet alebo sťažnosť, túto podá *a priori* na Úrad s tým, že podanie žiadosti (sťažnosti, podnetu) poskytovateľovi vôbec nevykoná. Úrad napriek tomu podanie prijme (dokonca akceptuje aj podania od inej osoby, ako je osoba priamo dotknutá zdravotnou starostlivosťou) a po ukončení dohľadu informuje podávateľa o výsledku dohľadu; to však treba hodnotiť skôr ako dobrovoľný akt slušnosti zo strany Úradu voči podávateľovi, keďže táto povinnosť (podobne ako právo žiadateľa na výsledok dohľadu) nijako nevyplýva zo zákona.

Podanie (správne poskytnutie ZS)

➤ Všeobecná právna úprava:

Zákon 9/2010 Z.z. o sťažnostiach (umožňuje to §11 zák. 576/2004 Z.z.)

Správny poriadok (návrh účastníka - umožňuje to §77 zák. 581/2004 Z.z.)

➤ Osobitná právna úprava:

Žiadosť poskytovateľovi o nápravu (§17 ods.1 zák. 576/2004 Z.z.)

Žiadosť na Úrad o vykonanie dohľadu (§17 ods.3 písm.a) zák. dtto)

➤ Problematická aplikácia:

Sťažnosťou nie je podanie charakteru žiadosti (§4 ods.1 zák. 9/2010 Z.z.)

Pri sťažnostiach sa nepostupuje podľa Správneho poriadku (§25 dtto)

Ani výkon dohľadu nie je postupom podľa Správneho poriadku, ale podľa osobitného zákona (§§ 43-49 zák. 581/2004 Z.z.)

Pri žiadosti o vykonanie dohľadu nie je žiadateľ účastníkom dohľadu

Pri žiadosti o nápravu pôjde najskôr o disciplinárne a organizačné postupy poskytovateľa z pozície zamestnávateľa

Na základe uvedeného skúsime popísať určitú právnu konštrukciu, ktorá by nielen zohľadňovala procesnú realitu v postupe Úradu, ale najmä by súčasne zaistovala práva a právom chránené záujmy subjektov, ktoré sú zúčastnené na poskytovaní zdravotnej starostlivosti, a to použitím §77 ods.1 Zákona o dohľade: „Na konanie a rozhodovanie Úradu sa vzťahujú všeobecné predpisy o správnom konaní, ak tento zákon neustanovuje inak.“

Analýzou úvodného procesného úkonu podávateľa by sme tak dospeli k záveru, že ide o **návrh** podávateľa ako účastníka konania (teda o koho právach a právom chránených záujmoch sa má konať), v ktorom žiada o vykonanie dohľadu. Z toho by mu vyplývali aj procesné oprávnenia patriace účastníkovi konania, najmä čo sa týka **oznámenia rozhodnutia**. V tomto kontexte by sa výkon dohľadu, teda zisťovanie a kontrola, či bola zdravotná starostlivosť poskytnutá správne, v podstate javil ako **konanie o predbežnej otázke**, ktorej zodpovedanie podmieňuje rozhodnutie vo veci, ktorá je predmetom konania. V prípade konania o predbežnej otázke sa správne konanie prerušuje (teda lehoty neplynú).

Takže ako vidíme už v prípade úvodných procesných úkonov, precíznejšia a jasnejšia právna úprava by bola veľmi vhodná, v tomto prípade najmä **pre posilnenie právneho postavenia pacienta**.

Dohľad nad zdravotnou starostlivosťou

Medzi zdravotníckymi pracovníkmi sa dostatočne nerozlišujú dva postupy Úradu:

- A) **výkon dohľadu** (na ktorý sa nevzťahuje Správny poriadok) a
 B) **správne konanie** (ktoré môže nasledovať po výkone dohľadu).

Dohľad nad ZS

➤ Dohľad na mieste:

Získavanie informácií **priamo u dohliadaného subjektu** alebo **od jeho zamestnancov** a vyhodnocovanie informácií
(má konkrétnejší, teda skôr kazuistický charakter)

➤ Dohľad na diaľku:

Získavanie a vyhodnocovanie informácií **inak** ako dohľadom na mieste – ide o informácie z **hlásení, výkazov, iných podkladov** predložených Úradu, či vyžiadaných Úradom
(má všeobecnejší, teda akoby skôr štatistický charakter)

Dohľadom na mieste je získavanie informácií u poskytovateľa alebo od jeho zamestnancov. Dohľad na mieste, ako vidno, má viac konkrétny, kazuistický charakter.

Dohľad na diaľku má skôr všeobecnejší charakter, nazveme ho štatistický; ide o vyhodnocovanie a získavanie informácií inak ako dohľadom na mieste, teda z rôznych hlásení, výkazov, či iných podkladov.

(Pozn.: Tu treba povedať, že oba dohľady je potrebné procesne odlišovať. Pritom si tiež treba uvedomiť, že ani pri dohľade na mieste osoba vykonávajúca dohľad nemusí nevyhnutne ísť osobne k poskytovateľovi, do nemocnice či ambulancie - je to zvyčajne aj tak už neaktuálne - takže si len vyžiada od poskytovateľa informácie a podklady k dohliadanej veci.)

Len pre ilustráciu, v istej veci na základe podania Úrad začal u poskytovateľa dohľad na mieste – poskytovateľ zaslal Úradu svoje odborné vyjadrenie k danej veci, poskytol žiadané informácie a tiež doručil príslušné nálezy a vyšetrenia zo zdravotnej dokumentácie. Poskytovateľ sa po určitom čase na Úrade dožadoval výsledku dohľadu a protokolu, keďže bol vážne narušený vzťah medzi súkromným lekárom a pacientkou-podávateľkou a nevedel, ako má k tejto osobe ďalej pristupovať. Na to mu bolo z Úradu oznámené, že to bol dohľad na diaľku a tam sa protokol poskytovateľovi nezasiela. Avšak je zjavné z definícií oboch typov dohľadu, že nie je možné začať dohľad na mieste a skončiť ako dohľad na diaľku. Tiež vid' nasledujúci text.)

O vykonanom dohľade sa podľa §47 Zákona o dohľade vyhotovuje **protokol**, ktorý obsahuje: identifikačné údaje dohliadaného subjektu, miesto, čas, predmet a obdobie dohľadu, zistené skutočnosti, námietky dohliadaného subjektu, opatrenia či povinnosti prijať opatrenia na odstránenie nedostatkov a meno a priezvisko zamestnanca Úradu, ktorý dohľad vykonal. Dohľad je skončený dňom prerokovania námietok.

Protokol

- Obsahuje **identifikačné údaje** dohliadaného **subjektu**, predmet a obdobie dohľadu, **zistené skutočnosti**, identifikačné údaje **zamestnanca** Úradu
- Jeho súčasťou je doklad o doručení, písomné **námietky dohliadaného** subjektu a **zápisnica z prerokovania** písomných námietok
- Jeho súčasťou môžu byť **opatrenia** na odstránenie zistených nedostatkov a ich príčin alebo **povinnosť** prijať takéto opatrenia
- Dohľad je skončený v deň prerokovania námietok
- Ak Úrad pri výkone dohľadu zistí, že zdravotná starostlivosť nebola poskytnutá správne, môže uložiť poskytovateľovi
 - **pokutu**
 - **zákaz výkonu zdravotníckeho povolania až na 1 rok**

(Pozn.: Tu si treba upresniť, že zdravotníci si niekedy mýlia podanie námietok s opravným konaním – akoby odvolaním voči protokolu. Nie je to tak, nejde o opravné konanie, Úrad námietky v protokole buď akceptuje, neakceptuje alebo akceptuje čiastočne.)

Podľa aktuálnej právnej úpravy §§46 a 47 Zákona o dohľade protokol **už neobsahuje údaje osoby vykonávajúcej dohľad** (konzultanta), ale len údaje zamestnanca Úradu; a súčasne **zamestnanec poskytovateľa už nemá právo písomne sa vyjadriť k zisteniam osoby oprávnenej na výkon dohľadu, ani oboznámiť sa s protokolom!** Ani pri dôkladnom štúdiu dôvodových správ sa nedá vyzistiť, čo viedlo zákonodarcu k tomu, že anonymizuje osobu konzultanta počas výkonu dohľadu. Totiž **anonymizácia konzultanta Úradu zásadne oslabuje právne postavenie poskytovateľa** pri výkone dohľadu; ten tým konzultanta nemôže napr. ani namietat' pre zaujatosť. Súčasne úplné vyčlenenie dotknutých zdravotníckych zamestnancov z výkonu dohľadu, teda ich informovanosti aj možnosti vyjadriť sa, tiež zásadne **zneisťuje právny status a znižuje právnu istotu zdravotníckych zamestnancov**. V aplikačnej praxi títo nie sú považovaní za účastníkov konania ani pri postupe Úradu v správnom konaní po skončení dohľadu, hoci v zmysle §14 Správneho poriadku by zdravotnícki zamestnanci mali byť považovaní za účastníkov konania až do času, kým sa preukáže opak; tu opäť vidíme nie dostatočne jasnú aplikáciu Správneho poriadku.

(Pozn.: Možnosť nepripustenia zamestnancov poskytovateľa k výkonu dohľadu môže mať za následok, že zdravotnícky zamestnanec sa o výsledku dohľadu dozvie, pritom bez akejkoľvek možnosti namietat', napr. až v čase uplatnenia disciplinárnej zodpovednosti voči nemu zo strany zamestnávateľa, či zodpovednosti za škodu v prípade uloženia pokuty poskytovateľovi-zamestnávateľovi na základe

protokolu o dohľade. Tiež netreba zabúdať na civilné konania o náhradu škody alebo nemajetkovej ujmy, kde protokol má svoju dôkaznú rolu; prípadne Úrad môže na základe protokolu aj iniciovať trestné stíhanie vo veci. Chcem podotknúť, že v kazuistikách Úradu sa dá nájsť i zásadný zásah Úradu do pracovnoprávných vzťahov, keď sám Úrad „iniciatívne“ konšatoval porušenie §81 Zákonníka práce – základné povinnosti zamestnanca.)

Skutková podstata správneho deliktu:

Nesprávne poskytnutá zdravotná starostlivosť

Ak z protokolu vyplynie, že zdravotná starostlivosť nebola poskytnutá správne, znamená to spáchanie správneho deliktu poskytovateľom.

(Pozn: Zdravotnícky pracovník môže byť, ako bolo už spomenuté vyššie, následne postihnutý v rámci pracovnoprávných vzťahov zo strany poskytovateľa-zamestnávateľa v kontexte §420 ods.2 Občianskeho zákonníka a Zákonníka práce - či už v zmysle disciplinárnej zodpovednosti, alebo zodpovednosti za škodu.)

Subjektom predmetného správneho deliktu je poskytovateľ – teda nie zdravotnícky pracovník.

Objektom správneho deliktu je spoločenský záujem chránený zákonom na správnom, riadnom poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

V prípade správnych deliktov ide o objektívnu zodpovednosť, takže **zavinenie** (ako **subjektívna stránka**) sa nedokazuje

Objektívna stránka správneho deliktu spočíva:

- **v konaní**, nekonaní či opomenutí pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti,
- **v následku**, ktorým je porušenie právom chráneného záujmu na riadnom poskytovaní zdravotnej starostlivosti a nedodržanie zákonnej povinnosti poskytovať zdravotnú starostlivosť správne a, prirodzene,
- medzi konaním a následkom musí byť **príčinná súvislosť**.

(Pozn.: Tu je potrebné zdôrazniť, že treba odlišovať následok **správneho deliktu** – **nesprávne poskytnutá zdravotná starostlivosť** a následok trestného činu, teda **súdneho deliktu** – **ublíženie na zdraví, ťažká ujma na zdraví či usmrtenie**, ktoré spadajú už do právomoci orgánov činných v trestnom konaní a súdov, nie správnych orgánov. Treba pripomenúť, že spáchanie správneho deliktu, a dokonca aj v prípade, že napokon došlo k úmrtiu pacienta, vôbec neznamena, že došlo aj k spáchaniu trestného činu v zmysle prvej hlavy osobitnej časti Trestného zákona.)

Skutková podstata správneho deliktu

➤ Objekt:

spoločenský záujem chránený zákonom na správnom (riadnom) poskytovaní zdravotnej starostlivosti

➤ Subjekt:

poskytovateľ zdravotnej starostlivosti (právnická osoba alebo fyzická osoba – SZČO)

➤ Subjektívna stránka

zavinenie sa neskúma

Skutková podstata správneho deliktu

➤ Objektívna stránka:

konanie – teda konkrétne konanie, zdržanie sa konania, či opomenutie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti

následok – porušenie právom chráneného záujmu na riadnom poskytovaní zdravotnej starostlivosti a teda nedodržanie zákonom danej povinnosti poskytovať zdravotnú starostlivosť správne

príčinná súvislosť – medzi konaním a následkom

Diferenciálna diagnostika zvýšenej teploty

Diferenciálna diagnostika horúčky

Ferlinz, R. a kol: Diferenciálna diagnostika vo vnútornom lekárstve

Infekcie: vírusové, lymphocytosis infectiosa acuta, baktériové, mykoplazmové, mykotické, protozoárne (a rôznych orgánových systémov)

Imunologické príčiny: akútna sarkoidóza, reumatická horúčka, autoimúnne ochorenia, perniciózna anémia, alergická alveolitída

Endogénne toxické príčiny: infarkt myokardu, morbus Schoenlein-Henoch, hemolýza, recidivujúce pulmonálne mikroembólie

Exogénne toxické príčiny: inhalácia kovových pár, lieky

Centrálne podmienené poruchy: apoplexia, contusio cerebri

Fyzikálne príčiny: prehriatie

Nádory: nádorová horúčka pri zhubných novotvaroch, morbus Hodgkin, akútna leukémia

Endokrinné príčiny: hypertyreóza, hyperkaciemické krízy, feochromocytóm, premenštruačné obdobie

- **Anamnéza a klinické vyšetrenie**
- **Presné meranie teploty**
- **Laboratórne vyšetrenia** (sedimentácia, diferenciálny krvný obraz, ďalšie biochemické vyšetrenia a vyšetrenia moču)
- **Röntgenologické a sonografické vyšetrenia** (zamerané na rôzne orgánové systémy)
- **Mikrobiologické vyšetrenia a hemokultivácie**
- **Sternálna punkcia**
- **Vyšetrenia poukazujúce na imunoalergickú horúčku**
- **Cielené endokrinologické vyšetrenie**
- **Ďalšie vyšetrenia** (podľa predbežného zhodnotenia nálezu, vývoja ochorenia atď.)

Skôr ako postúpime ďalej, ako príklad uvedieme diferenciálnu diagnostiku zvýšenej teploty, číslo diagnózy R50.9; teda len pre

ilustráciu, ako približne by malo vyzeráť vykonať a zohľadniť **všetko(!)** na správne určenie choroby.

(Pozn.: spracované podľa **Ferlinz, R. a kol: Diferenciálna diagnostika vo vnútornom lekárstve**. Vydavateľstvo Osveta Martin, 1987. Str.68-102 - Horúčka:

Výskyt:

- **Infekcie:** vírusové, lymphocytosis infectiosa acuta, baktériové, mykoplazmové, mykotické, protozoárne - rôznych orgánových systémov
- **Imunologické príčiny:** akútna sarkoidóza, reumatická horúčka, autoimúnne ochorenia, perniciózna anémia, alergická alveolitída
- **Endogénne toxické príčiny:** infarkt myokardu, morbus Schoenlein-Henoch, hemolýza, recidivujúce pulmonálne mikroembólie
- **Exogénne toxické príčiny:** inhalácia kovových pár, lieky
- **Centrálne podmienené poruchy:** apoplexia, contusio cerebri
- **Fyzikálne príčiny:** prehriatie
- **Nádory:** nádorová horúčka pri zhubných novotvaroch, morbus Hodgkin, akútna leukémia
- **Endokrinné príčiny:** hypertyreóza, hyperkalciemické krízy, feochromocytóm, premenštruačné obdobie

Postup

- **Anamnéza a klinické vyšetrenie**
- **Presné meranie teploty**
- **Laboratórne vyšetrenia** - sedimentácia, diferenciálny krvný obraz, ďalšie biochemické vyšetrenia a vyšetrenia moču
- **Röntgenologické a sonografické vyšetrenia** - zamerané na rôzne orgánové systémy
- **Mikrobiologické vyšetrenia a hemokultivácie**
- **Sternálna punkcia**
- **Vyšetrenia poukazujúce na imunoalergickú horúčku**
- **Cielené endokrinologické vyšetrenie**

- **Ďalšie vyšetrenia** - podľa predbežného zhodnotenia nálezu, vývoja ochorenia atď.)

Z uvedeného je zrejmé, že ak by mal lekár vždy úplne exaktne vylúčiť všetky choroby a vykonať všetky odporúčané vyšetrenia, ako napr. sú vyššie uvedené, tak napríklad lekárska služba prvej pomoci, ktorej značnú časť činnosti zaberajú práve pacienti so zvýšenou telesnou teplotou, nie je schopná už v princípe poskytovať zdravotnú starostlivosť správne.

Postup „lege iuris medicinalis“ a jeho aplikačné problémy

V predmetnej problematike považujeme za dôležité odlišovať pojmy **„správne poskytnutie zdravotnej starostlivosti podľa objektívneho medicínskeho práva“** – teda postup **„lege iuris medicinalis“** (upravený zákonom, podzákonnými právnymi predpismi, odbornými usmerneniami Ministerstva, prípadne Úradu atď.) a **„postup podľa pravidiel lekárskeho umenia“** – teda **„lege artis medicinae“**. Že tieto dva pojmy nemožno stotožňovať sa dá argumentovať na konkrétnych medicínskych okolnostiach, s ktorými sa musí lekár v procese diagnostiky a liečby vysporiadať.

Takže najprv diagnostika, tu budeme pracovať s dvoma pojmi:

Senzitivita vyšetrenia – tento pojem znamená falošne negatívne výsledky, teda vyšetrenie (klinické, laboratórne, rádiodiagnostické a pod.) nepotvrďuje existujúcu, prítomnú chorobu.

Špecificita vyšetrenia – tento pojem znamená falošne pozitívne výsledky, teda vykonané vyšetrenie potvrdzuje chorobu, ktorá však v skutočnosti nie je prítomná.

Ak by mal lekár dôsledne v zmysle objektívneho práva „vykonať všetky zdravotné výkony na správne určenie choroby“ (bez bližšej špecifikácie v právnych predpisoch, napr. v už spomínanom Zozname zdravotných výkonov) a súčasne sa vysporiadať so senzitivitou a špecificitou, tak *stricti iuris* sa nikdy nesmie uspokojiť s určenou chorobou, keďže vždy musí počítať s tým, že ho falošný výsledok odkloní od správnej diagnózy (viď Kazuistiky Úradu).

(Pozn.: V kazuistikách úradu sa v odôvodnení napr. opakovane uvádza, že „neboli vyčerpané všetky diagnostické možnosti“, prípadne že išlo o „nekritické prevzatie záverov konziliárneho vyšetrenia“, čím sa ustúpilo od ďalších vyšetrovacích metód. Takže postup podľa ustanovenia §4 ods.3 Zákona o zdravotnej starostlivosti pri takomto výklade správnym orgánom, neexistencií vyššie uvádzaného Zoznamu výkonov, tak ako bol pôvodne zákonodarcom mienený, a pri vždy existujúcich istých pochybnostiach pri stanovovaní diagnózy pacienta, aj s uvedením si právnej zodpovednosti a právnych následkov pre lekára, má dôsledná aplikácia tohto zákonného ustanovenia tendenciu viesť k neustálemu dovyšetrovávaniu pacienta a pritom, paradoxne, takýto postup nezodpovedá ani medicínskej racionalite, ani ekonomickej efektívite procesu diagnostiky. Takže aj v týchto súvislostiach je potrebné vnímať mnohokrát kritizované duplicitné či vraj neefektívne ordinované vyšetrovacie výkony – pre lekára takýto postup môže napokon znamenať ľahšie uniesť dôkazné bremeno, či už v prípade civilného sporu alebo trestného stíhania.)

Čo sa týka povinnosti zabezpečiť účinnú liečbu, v medicínskej praxi sa musíme vysporiadať s niektorými aspektami, ktoré sa týkajú terapeutického postupu:

Treba zdôrazniť, že pojmy „**odňatie liečby**“ (withdrawing) či „**nezahájenie liečby**“ (withholding) sa v tomto príspevku nepoužívajú v rovine medicínskej etiky (pri tzv. EOL-rozhodnutiach, end-of-live). V kontexte tohto príspevku sa „odňatie“ či „nezahájenie“ liečby chápe ako štandardná indikácia, úprava alebo modifikácia určitého liečebného postupu v procese poskytovania zdravotnej starostlivosti u bežného (teda nie terminálneho) pacienta.

Na účinnosť liečby nejakého ochorenia môžu mať rôzni lekári odlišné, niekedy až protichodné odborné názory, ktoré sú pritom úplne relevantné. Ako príklad sa dá uviesť, keď na jednej strane existujú názory, že pre určitú chorobu je účinná operačná liečba a na druhej strane sú názory, ktoré jednoznačne uprednostňujú konzervatívnu liečbu. Avšak neindikovanie operácie v podstate znamená **nezabezpečenie (nezahájenie) operačnej liečby**, hoci iný lekár má odborný názor, že pre daný stav je účinnou liečbou iba operácia. Obdobne to môže platiť aj pri použití alebo nepoužití konkrétnej farmakoterapie.

(Pozn.: Tu by som ako príklad spomenul vyskytujúce sa rôznorodé názory na používanie či nepoužívanie statínov – liekov na zvýšený cholesterol – ktoré napr. dosť zásadne odmietajú niektorí lekári združení vo Fóre nezávislých názorov. Ale položme si legálnu otázku: Je či nie je nepodávanie statínu pacientovi so zvýšeným cholesterolom porušením Zákona o zdravotnej starostlivosti? Ako by to vyhodnotil Úrad?)

V prípade tzv. **odňatia liečby** môže ísť o vylúčenie podávania určitého lieku, ktorý evidentne nemá taký efekt na zdravotný stav, ako sa očakáva. Avšak v zmysle liekopisu a odporúčaní je tento liek pri danej chorobe považovaný za plne indikovaný. Taktiež preklad

pacienta z oddelenia intenzívnej medicíny na štandardné oddelenie sa dá považovať za **odňatie intenzívnej liečby** a na jeho dôvodnosť i načasovanie môže existovať viacero úplne legitímnych medicínskych názorov.

Úrad pri dohľade nemá až takú náročnú úlohu pri vyjadrovaní sa k účinnosti liečby, keďže pri dohľade zvyčajne už pozná definitívny výsledok liečby. Avšak treba povedať, že ak by sa Úrad vyjadril, že iný spôsob liečby by bol určite účinný, by jednoznačne išlo o čisto špekulatívny záver.

Na dôslednú analýzu právneho ponímania „účinnnej liečby“ je potrebné vyjadriť sa k tzv. **off-label indikáciám**. Ide napr. o použitie lieku na inú chorobu (iným spôsobom), ako je tento liek určený podľa svojich terapeutických indikácií. Pri použití off-label liečby lekár vychádza zo svojich vedomostí v patofyziológii, farmakodynamike, biochémii a pod. Lenže uplatňovaná indikácia a realizovaná aplikácia lieku u pacienta neboli ani súčasťou žiadosti o registráciu a teda nie sú ani súčasťou liekopisu, ani informácie pre používateľa humánneho lieku. To v podstate znamená, že off-label použitie lieku je v rozpore s objektívnym právom (aktuálny zákon 362/2011 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach), ale v medicínskej praxi sa používa (napr. intenzívna medicína v pediatrii bez off-label používania liekov je len veľmi ťažko predstaviteľná).

Je zrejmé, že vyhodnotenie poskytovateľa ohľadom správneho určenia choroby a zabezpečenia účinnej liečby je *ex post* pomerne jednoduché; už sa zvyčajne choroba pozná (buď na základe klinického vývoja alebo pitvy), a taktiež sa vie, či liečba bola alebo nebola

úspešná, či mala nežiadúce účinky alebo komplikácie. Avšak **zvažovanie *ex ante* je oveľa problematickejšie, pretože prebieha nie od už určenej choroby k správne mu postupu v diagnostike a liečbe, ale práve úplne naopak!**

Poskytnutie zdravotnej starostlivosti **LEGE IURIS (MEDICINALIS)**

Problematika naplnenia §4 ods.3 zák. 576/2004 Z.z.
v zmysle pojmu „všetko“ podľa objektívneho práva:

➤ Diagnostika

- senzitivita vyšetrenia (falošne negatívne výsledky)
- špecifická vyšetrenia (falošne pozitívne výsledky)

➤ Liečba

- withdrawing postup (tzv. odňatie liečby)
- withholding postup (tzv. nezahájenie liečby)
- off label postup (použitie lieku mimo schválených podmienok)

(Pozn.: V kazuistikách Úradu sa pri zistených pochybeniach v liečbe najčastejšie vyskytujú: pacient nebol vôbec prijatý do nemocnice, prípadne nebol prijatý na adekvátne oddelenie (napr. nezabezpečenie intenzívnej liečby), alebo nebol preložený na špecializované pracovisko (pri nemožnosti zabezpečiť určitú liečbu u poskytovateľa), či bolo príliš skoré prepustenie do ambulantnej starostlivosti (teda priskoré odňatie nemocničnej starostlivosti, hoci bola zabezpečená ambulantná liečba, ale ešte v nestabilnom stave), otáľanie s operačnou liečbou, ale i nesprávne indikovaná operácia, ktorá sa skomplikovala a napokon, nerozpoznané nežiadúce účinky liekov či nerozpoznané alebo neskoro rozpoznané komplikácie invazívnych výkonov. Treba však povedať, a z kazuistík úradu tento problém tiež vyplýva, že je právne veľmi sporné ako postupovať u zjavne prognosticky nepriaznivého stavu pacienta; je zabezpečovanie liečby, ktorá síce je schopná život predĺžiť dôsledným dodržaním §4 ods.3 Zákona o zdravotnej starostlivosti, alebo ide len o predlžovanie

utrpenia takéhoto pacienta a tým pádom konanie, ktoré je zjavne v rozpore s etickými pravidlami lekárskeho umenia a povolania?)

Postup „lege artis medicinae“ a jeho princípy

V prvom rade je potrebné zdôrazniť, že výkon **„lege artis“ sa úplne jednoznačne vzťahuje na lekára** (zdravotníckeho pracovníka, fyzickú osobu), **nie na poskytovateľa**. Takže čo znamená postup „lege artis medicinae“ a aké sú jeho základné princípy?

Prvým princípom je:

„Salus aegroti suprema lex“ – Blaho chorého je najvyšším pravidlom, čo znamená povinnosť lekára snažiť sa prospieť pacientovi podľa svojich vedomostí a skúseností, využitím výsledkov a zistení medicínskej vedy. Ide o pozitívne vymedzenie, napr. pre dobré zhojenie je určitý typ zlomeniny vhodnejšie operovať ako neoperovať.

(Pozn.: Tento princíp v podstate legitimizuje aj off-label postupy, hoci sú v rozpore s objektívnym právom.)

Druhým princípom je:

„Primum non nocere“ – Predovšetkým neuškodiť, teda nepoškodiť pacienta. To pre lekára znamená povinnosť vo svojom konaní postupovať tak, aby neuškodil, teda používať lekárske umenie bezpečným spôsobom. Tu ide skôr o negatívne vymedzenie, takže cieľom je napr. vykonať operáciu zlomeniny ako invazívny výkon tak, aby operačný postup ešte viac nepoškodil pacienta. Tento druhý princíp je veľmi dôležitý, pretože v podstate **každý medicínsky výkon**

zasahuje do fyzickej, biochemickej či psychickej integrity pacienta, teda má reálny potenciál poškodiť.

Poskytnutie zdravotnej starostlivosti LEGE ARTIS (MEDICINAE)

Princípy naplnenia postupu lege artis:

podľa pravidiel lekárskeho umenia, lekárskej vedy a
v súlade s lekárskou etikou

- **Salus aegroti suprema lex** (beneficiencia – prospieť pacientovi využitím poznatkov a postupov lekárskej vedy)
- **Primum non nocere** (non-maleficiencia – neuškodiť pacientovi pri použití lekárskeho umenia)

Všeobecné ustálenie postupu lege artis v medicínskej obci je potrebné chápať obdobne ako ustálenie judikatúry. A pod pojmom „lege artis“ je potrebné rozumieť nielen tie najmodernejšie poznatky (ktorých aplikácia vôbec nemusí splniť očakávania, ba dokonca sa v budúcnosti pri retrospektívnom skúmaní preukáže ako škodlivá), ale všetky poznatky, ktoré boli získané počas celého vývoja medicíny a medicínske postupy vykonávané na základe týchto poznatkov neboli jednoznačne prekonané.

Na základe uvedeného je zrejmé, že bez určenia minimálnych štandardov v zmysle právnych aktov je hodnotenie postupu „lege iuris“ značne dubiózne. A je legitímna otázka, či hodnotenie postupu „lege artis“ spadá už vo svojej podstate do kompetencie

administratívneho orgánu štátu, keďže „pravidlá lekárskeho umenia“ zjavne nie je možné upraviť právnou normou.

Obrazne povedané postup „lege artis“ nie je „vykonanie všetkého“, ale vyhodnotenie anamnézy a klinického nálezu, každý údaj a príznak **osobitne** a všetky **vo vzájomnej súvislosti**, s určením pracovnej diagnózy **bez dôvodných pochybností**. Nasleduje použitie liečby a ďalších postupov tak, aby zodpovedali poznatkom medicínskych vied a najmä aby liečebný postup **nepoškodil** pacienta. **A tu sa dostávame k podstate „lege artis“ pri medicínskom rozhodovaní: zvažovať benefit versus risk** – teda spojenie oboch vyššie spomínaných princípov v rámci jedinej medicínskej úvahy!

Z uvedeného je zrejmý rozdiel, čo prikazuje (a zakazuje) postup „lege iuris“ – podľa právnych noriem a postup „lege artis“ – podľa pravidiel (lekárskeho) umenia. Pre úplnosť treba opäť podotknúť, že povinnosť postupovať „lege iuris“ dáva zákon poskytovateľovi (inštitúcii), kým „lege artis“ je individuálnym umením nezanedbateľne ovplyvneným schopnosťami, vedomosťami a skúsenosťami viazanými na konkrétneho lekára a jeho osobnosť.

Správne konanie úradu

Na záver sa dostávame k správne konaniu po vykonaní dohľadu. Takže v prípade, že dohľad zistí porušenie §4 ods.3 Zákona o zdravotnej starostlivosti, nasleduje (či pokračuje po zodpovedaní predbežnej otázky?) správne konanie a uloženie sankcie. Hoci Správny poriadok umožňuje využitie viacerých inštitútov dokazovania, vzhľadom na existenciu protokolu, ktorý priamo

konštatuje správny delikt, a vysporiadanie sa s námietkami ešte pred správnym konaním, je toto konanie v značnej miere formálne. Tu tiež treba pripomenúť, že nie je úplne zrejmé, či zamestnanci poskytovateľa, ale i podávateľ sú alebo nie sú účastníkmi správneho konania; a ak nie sú, nie sú tým porušené ich ústavné práva na súdnu a inú právnu ochranu?

Správne konanie

- Jeho podkladom je protokol
- Účastníkom konania je poskytovateľ (podľa §14 ods.1 Správneho poriadku účastníkom konania je ten, o koho právach, právom chránených záujmoch alebo povinnostiach sa má konať alebo môžu byť rozhodnutím priamo dotknuté; účastníkom je aj ten, kto tvrdí, že môže byť rozhodnutím priamo dotknutý, a to až kým sa preukáže opak)
- Možno uplatniť ďalšie inštitúty správneho konania (vylúčenie členov správneho orgánu, zastupovanie, nazeranie do spisov, doručovanie, lehoty, dokazovanie, znalecké posudky)
- Proti rozhodnutiu je opravným prostriedkom rozklad

Opravným prostriedkom je rozklad. To vyplýva iba z §23 ods.1 písm.e) Zákona o dohľade, podľa ktorého predseda Úradu rozhoduje o **rozkladoch** proti rozhodnutiam vydaným v prvom stupni, a to na návrh ním ustanovenej poradnej komisie. Ako už bolo spomínané, Ministerstvo síce vykonáva dozor nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti, avšak v zmysle hierarchie orgánov štátnej (verejnej) správy nie je považované za nadriadený orgán pre Úrad.

Možnosť preskúmať rozhodnutie je v zmysle Občianskeho súdneho poriadku (ďalej len O.s.p.), jeho piatej časti, takže vecne príslušný súd

je krajský súd a odvolacím súdom je Najvyšší súd. Tu treba upozorniť na §250 ods.2 O.s.p., ktorý určuje, kto môže byť žalobcom na správnom súde: „Žalobcom je fyzická alebo právnická osoba, ktorá o sebe tvrdí, že ako účastník správneho konania bola rozhodnutím a postupom správneho orgánu ukrátená na svojich právach. **Podatť žalobu môže aj fyzická alebo právnická osoba, s ktorou sa v správnom konaní nekonalo ako s účastníkom, hoci sa s ňou ako s účastníkom konať malo.**“ To, že poskytovateľ je aktívne legitimovaný na podanie žaloby, je zrejmé. Do budúcnosti ostáva otvorená otázka, ako by správny súd rozhodol o oprávnení byť účastníkom správneho konania (či dokonca výkonu dohľadu), a teda aj možným žalobcom v prípade osoby podávateľa (pacienta) alebo zamestnanca poskytovateľa.

Vplyv na trestné konanie je v tom, že Úrad je povinný oznámiť podozrenie zo spáchania trestného činu (proti životu a zdraviu) v zmysle §3 ods.2 Trestného poriadku, ale orgány činné v trestnom konaní nie sú viazané protokolom ani rozhodnutím úradu a v trestnom konaní postupujú na základe znaleckých posudkov. Na druhej strane podľa §135 O.s.p. je civilný súd viazaný rozhodnutím príslušných orgánov, že bol spáchaný správny delikt postihniteľný podľa osobitných predpisov, ako aj kto ho spáchal. To môže mať dôležitú závažnosť napr. pri konaniach o náhrade škody na zdraví či nemajetkovej ujmy pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Záver

Precízna a dôsledná právna úprava riadneho poskytovania zdravotnej starostlivosti de lege ferenda znamená nielen zvýšenie

právnej istoty poskytovateľa a zdravotníckeho pracovníka, ale najmä by znamenala zásadné zvýšenie právnej a zdravotnej istoty pre toho, komu je zdravotná starostlivosť určená a kto by mal byť v centre záujmu, teda pacienta. Na druhej strane je potrebné si uvedomiť, že právna úprava (*lege iuris*) môže zahŕňať len určitú vybranú časť zdravotnej starostlivosti, či základné hranice postupu poskytovateľa. Výkon zdravotnej starostlivosti zdravotníckym pracovníkom *lege artis* má oveľa širší a komplexnejší záber a je otázka, či v podstate štátny orgán je ten správny na „dohľad nad umením“, keďže častokrát postup *lege artis* a reálne podmienky zásadne presahujú okolnosti, ktoré v zmysle prísneho chápania právneho poriadku zohľadňujú príslušné právne či iné normy.

Precízna a dôsledná právna úprava riadneho poskytovania zdravotnej starostlivosti *de lege ferenda* znamená nielen zvýšenie právnej istoty poskytovateľa a zdravotníckeho pracovníka, ale najmä by znamenala zásadné zvýšenie právnej a zdravotnej istoty pre toho, komu je zdravotná starostlivosť určená a kto by mal byť v centre záujmu, teda

PACIENTA

Ďakujem za pozornosť

HUMAN RIGHTS FORUM 2012

Medicínske právo

Košice 20.-21. marca 2012

Zdroje:

- [1] Vlček, R. – Hrubešová, Z.: *Zdravotnícke právo*. Bratislava: Epos, 2007. ISBN 978-80-8057-705-6
- [2] Barancová, H. a kol: *Medicínske právo*. Bratislava: Veda, vydavateľstvo SAV, 2008. ISBN 978-80-224-1007-6
- [3] Tóth, K. a kol.: *Právo a zdravotníctvo*. Bratislava: Herba, vydavateľstvo zdravotníckej literatúry, 2008. ISBN 978-80-89171-57-6
- [4] Ševčík, M. a kol: *Správne právo procesné*. Bratislava: Eurounion, 2009. ISBN: 978-80-89374-05-2
- [5] Pavlák, M.: *Pracovnoprávne postavenie zdravotníckeho pracovníka v Slovenskej republike*. Košice, 2009. Rigorózna práca na Právnickej fakulte Univerzity P. J. Šafárika v Košiciach.
- [6] Humeník, I.: *Konanie o náhradu škody na zdraví a možnosti využitia výsledkov dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou*. In: *Právnik, Ústav štátu a práva AV ČR, 07/2010*. Dostupné na internete: < http://www.pravo-medicina.sk/detail-aktuality?new_id=147&PHPSESSID=d16a225523f1080fac09e0cce3a08cee >
- [7] Kováč, P.: *Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a výkon dohľadu*. In: *Via practica, 4/2006*. Dostupné na internete: < http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=1454&magazine_id=1 >
- [8] Pastíriková, L.: *Na okraj právnických úvah lekára. Reakcia ÚDZS*. In: *Zdravotnícke noviny, 28/2008*.

- [9] Kazuistiky Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou 2005 – 2010. Dostupné na internete: < http://www.udzs-sk.sk/poskytovatelia/kazuistiky.html?page_id=368 >
- [10] Rozsudky Najvyššieho súdu SR: 3Szd7/2009, 3Szd12/2009 [ASPI]
- [11] Právna úprava zdravotníctva a dôvodové správy, najmä: zák. 581/2004 Z.z., 576/2004 Z.z., 578/2004 Z.z. [ASPI]
- [12] Declaration on Physicians Autonomy of European Forum of Medical Associations and WHO (Warsaw declaration, 2000). Dostupné na internete < <http://legeforeningen.no/efma-who/members/declarations-statements-and-recommendations-of-the-forum/declaration-on-physicians-autonomy/> >

Skrátená verzia príspevku publikovaná:

Pavlák, M.: *Administratívnoprávne konanie pred Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, správne poskytovanie zdravotnej starostlivosti a postup lege artis*. In: *Human Rights Forum 2012. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie konanej v dňoch 20. a 21. marca 2012 v Košiciach*. Bratislava: Eurokódex, 2012 – Košice: ELSA, 2012, str.163-176. ISBN: 978-80-89447-87-9