

Odmítání pacientů: Jak se bránit?

Koncem každého roku se pacienti v nemocnicích setkávají s odmítáním nebo odkládáním péče. Nemocnice to zdůvodňují tím, že již vyčerpaly přidělené roční rozpočty od příslušných pojišťoven. Někdy to nemocnice vyhlásí veřejně, v horším případě se tak děje skrytě – lékaři dostanou příkázáno „udržet finanční limity“, současně však o tom nesmí mluvit. Právo zakazuje poskytovatelům péče přenášet své ekonomické problémy na pacienty, pro ně je taková praxe velmi nebezpečná, neboť prodleva může snadno způsobit vážnou újmu na jejich zdraví. Aby se pacienti uměli bránit, přinášíme následující návod.

1. Co je příčinou odmítání péče?

Zdravotní pojišťovny mají povinnost zajistit dostupnost veškeré péče hrazené ze zdravotního pojištění, a to cestou smluv se zdravotnickými zařízeními. Správně by pojišťovny měly platit nemocnicím tak, aby „peníze šly za pacientem“, tedy aby u každého ošetřeného pacienta dostala nemocnice zapláceno za péči, kterou čerpal.

Ve skutečnosti ale nemocnice dostává zapláceno „paušálem“, jehož výši a výpočet stanoví tzv. úhradová vyhláška, případně vyplývá z dohody mezi nemocnicí a pojišťovnou. Když nemocnice tento paušál za daný rok vyčerpá, zpravidla nedostane víc. Na konci roku proto pravidelně vzniká problém tzv. „nadpočetných pacientů“, které by nemocnice léčila z jejího pohledu zadarmo, proto se snaží odložit jejich léčbu až na další rok, předat je do jiné nemocnice nebo se jich jinak zbavit.

2. Smí nemocnice odmítat pacienty, když jí došel paušál?

Nesmí. Ústavní soud v roce 2013 řekl: „Dosažení (objemového limitu z úhradové vyhlášky) se významným způsobem dotýká výše úhrady, na kterou vznikne poskytovatelům (...) nárok vůči zdravotní pojišťovně, nemá však vliv na rozsah, v jakém jsou povinni poskytovat zdravotní péči.“

Již v roce 2011 Ústavní soud také poradil ředitelům nemocnic, co mají dělat, když narazí na limit: Pokud nemocnice neplýtvala, tedy poskytovala jen péči „z nezbytných důvodů, aby nutného léčebného efektu bylo dosaženo s ohledem na individuální zdravotní stav konkrétních pojištěnců“, potom "je příslušná pojišťovna povinna tuto péči uhradit i v situaci, že byl dohodnutý finanční limit v daném období vyčerpán". Soud výslovně uvedl, že možnost překročit smluvně dohodnutý limit je zde například při nárůstu počtu pacientů dané pojišťovny, nebo u preskripce drahých léků u chroniků.

Nemocnice by správně měla v případech, kdy jí „dojdou peníze“, vstoupit v jednání s příslušnou pojišťovnou a dohodnout se o úhradě péče nad limit, případně se s pojišťovnou o tyto vícenáklady soudit. Ředitel nemocnice ale často radši přenesení problém na slabší – vyhlásí „stop-stav“ na léčbu nákladných pacientů a lékařům-zaměstnancům zakáže léčit „nadpočetné“ pacienty.

3. Kdy zákon umožňuje odmítnout pacienta?

Nemocnice může odmítnout péči pouze z důvodů, popsaných v § 48 zákona 372/2011 Sb. Nikdy není možno odmítnout pacienta, který potřebuje neodkladnou péči, nebo rodičku, u které začal porod.

Ostatní pacienty je možno odmítnout pouze z kapacitních či provozních důvodů, které musí nemocnice prokázat. O každém odmítnutí je nemocnice povinna vystavit pacientovi písemný záznam s uvedením konkrétního důvodu odmítnutí péče. Tento záznam je pro pacienta důležitý, díky němu bude moci nechat postup nemocnice přezkoumat svoji zdravotní pojišťovnu, nebo příslušný úřad, který nad poskytovateli zdravotní péče dohlíží.

Ony „provozní a kapacitní důvody“ si nemocnice nemůže vykládat libovolně. Samozřejmě, pokud jsou naplněna všechna lůžka, nebo na oddělení probíhá rozsáhlá rekonstrukce, zákonná výjimka je naplněna. Ale pokud nemocnice pacienty odmítá jen proto, že se jí to kvůli paušálu nevyplatí, pod zákonnou výjimku se nevejde. Tento podvod se odhalí zejména tehdy, pokud nemocnice nepřijímá pacienty od jedné zdravotní pojišťovny s odvoláním na „kapacitní důvody“, ale nadále přijímá pacienty jiné pojišťovny, kde ještě finanční limit nepřecherpal.

4. Jak může pacient chránit svá práva?

Pokud je pacient odmítnut, nebo je jeho péče „odložena na příští rok“, může se bránit. Nejprve by měl upozornit lékaře, že podle § 48 odst. 1 zákona 48/1997 Sb. ho nemocnice nesmí odmítnout ani bezdůvodně, ani jen z ekonomických důvodů. Pokud lékař na odmítnutí trvá a odvolává se například na kapacitní důvody, měl by si pacient vždy vyžádat:

- písemný záznam o odmítnutí péče, včetně uvedení konkrétního důvodu (§ 48 odst. 5 zákona 372/2011 Sb.)
- kopii nebo výpis z lékařské zprávy, ze které vyplývá, že pacient péči potřebuje (§ 65 odst. 1 zákona 372/2011 Sb.)

Nejlepší je, pokud pacient jde do nemocnice s blízkou osobou, která mu pomůže s vyjednáváním. Pokud lékař pacienta odmítne, ale zároveň mu odepře vystavení písemného záznamu, je to samo o sobě správním delikt s pokutou až 50 000 Kč; blízká osoba pak může skutečnost odmítnutí péče dosvědčit.

5. Pomůže zdravotní pojišťovna?

Zdravotní pojišťovna je povinna zajistit svým pojištěncům dostupnost péče hrazené ze zdravotního pojištění. Nestačí, že pojišťovna uzavře na poskytování péče smlouvu s nemocnicí – měla by dohlédnout, aby nemocnice smlouvu neporušovaly a pacienti skutečně dostávali péči, řádně a včas. Pojišťovně, kterou jsme si vybrali, odvádíme z každé výplaty nemalé zdravotní pojistné, nebo ho za nás platí stát. Máme tedy právo, aby se o nás pojišťovna starala, pokud na oplátku něco potřebujeme.

S písemným záznamem o odmítnutí by se měl pojištěnec obrátit na pobočku své zdravotní pojišťovny, nebo na její asistenční službu. Některé zdravotní pojišťovny nabízejí, že svým pojištěncům pomohou do 24 hodin s problémy s dostupností péče, stačí zatelefonovat či zaslat e-mail. Vybírat pojišťovnu by si pacienti měli zejména podle kvality asistenční služby. Pojišťovně je třeba zaslat kopie zpráv z nemocnice a požadovat, aby buďto zajistila pacientovi péči v jiné nemocnici, nebo aby zajistila přijetí pacienta v té nemocnici, která jej protiprávně odmítla.

V některých případech pomůže, pokud se pacient cestou stížnosti obrátí zároveň na vedení příslušné nemocnice. Některá odmítnutí péče jsou pouze komunikačními nedorozuměními a ředitel či nemocniční ombudsman, pokud je zřízen, může pacientovi vyhovět bez dalšího.

6. Pokud jednání selže - sankce, tresty, postihy

Zákon o zdravotních službách stanoví za nezákonné či nedůvodné odmítnutí péče sankci až do 300 000 Kč, samotné nevystavení písemného záznamu s důvodem odmítnutí lze potrestat pokutou až 50 000 Kč. Se stížností je možno obrátit se na příslušný krajský úřad či pražský magistrát.

Pokud svému pojištěnci zdravotní pojišťovna nezajistí hrazenou léčbu řádně a včas, hrozí jí podle § 45a zákona 48/1997 Sb. pokuta až ve výši 10 milionů korun. Pokutu ukládá ministerstvo zdravotnictví.

Vynutit si dodržení práva být léčen je možno též soudně, a to nejlépe s využitím institutu předběžného opatření. Žalovanou osobou je nemocnice, po příslušném soudu může žalobce požadovat, aby nemocnici uložil splnění povinnosti přijmout pacienta, která pro ni vyplývá ze smlouvy s jeho pojišťovnou.

Pokud odmítnutím nebo odkladem léčby nastane zdravotní újma, je možno žádat po nemocnici náhradu škody, případně i podat trestní oznámení. Nemocnice i lékaři by se měli protiprávního odmítání péče vyvarovat, protože případná škoda na zdraví nebude hodnocena jako „obyčejná“ nedbalostní chyba při léčení (kde jsou soudy zpravidla mírné), ale jako vědomá nedbalost či dokonce nepřímý úmysl (lékař věděl, že pacient léčbu potřebuje a má na ní právo; věděl, že prodlením může nastat zhoršení zdraví; přesto léčbu neposkytnul, s případným následkem byl tedy srozuměn). V zahraničí jsou tyto případy přísně trestány, v našem právu tomu není jinak.