

1. Úvod do historie návrhu
2. Současný stav předepisování fyzioterapie a rehabilitace z pohledu pacientů
3. Současné předepisování fyzioterapie z pohledu indikujících lékařů (mimo rehabilitačních lékařů)
4. Současná právní úprava předepisování rehabilitační péče z hlediska *Lege artis*
5. Fyzioterapie, rehabilitace a její předepisování z pohledu zdravotních pojišťoven
6. Postavení Fyzioterapie a její předepisování z pohledu fyzioterapeutů
7. Současný stav legislativního rámce pro fyzioterapii a rehabilitaci v ČR
8. Současná fyzioterapie a rehabilitace z pohledu MZ ČR
9. Ekonomické aspekty současného stavu a konkrétní příklady vytváření korupčního prostředí v systému zdravotní péče
10. Návrh řešení výše popsáného stavu

## 1. Úvod do historie návrhu

V polovině roku 2018 byl podán Zdravotnímu výboru PS ČR první podnět k řešení problematiky předepisování rehabilitační péče, jakož i problematiky postavení odborníků – fyzioterapeutů v rámci systému zdravotní péče. Tyto otázky byly opakovaně projednávány na zasedání Zdravotního výboru PS ČR. Dle 160. usnesení Výboru pro zdravotnictví ze 41. schůze ze dne 20. března 2019 k Indikaci rehabilitační péče, Výbor pro zdravotnictví Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR

I. bere na vědomí zprávu k indikacím rehabilitační péče

II. žádá MZ ČR o předání výsledků z pracovní skupiny pro řešení následné léčebné rehabilitační péče do června 2019.

Tehdejší pan ministr zdravotnictví pověřil řešením věci dnes již bývalého náměstka, pana prof. Prymulu. Doposud proběhla tři jednání (16. 4. 2019, 17. 9. 2019 a 22. 11. 2019) „Pracovní skupiny pro řešení následné léčebné rehabilitační péče“. Ve výsledku však dosud nebylo nalezeno žádné konkrétní řešení problému. Na posledním jednání ZV PSP dne 9. 9. 2020 bylo opětovně konstatováno, že problémy v této oblasti existují a pan ministr opětovně přislíbil jejich řešení, které má předložit na zasedání ZV PSP v listopadu 2020. Doposud poslední vyjádření, vedené pod č.j.: MZDR 27650/2020-2/OZP, bylo v této věci dáno dne 23. 7. 2020 tehdejším ministrem zdravotnictví Adamem Vojtěchem, viz příloha. Věc byla také opakovaně zasílána (20. 9. 2020 a 4. 12. 2020) k vyjádření Výboru pro zdravotnictví a sociální politiku Senátu Parlamentu ČR. Odpověď, která přišla ze dne 21. 1. 2021, konstatuje, že předmětný problém řeší MZ ČR, konkrétně Pracovní skupina pro léčebnou rehabilitaci, viz příloha. Dále byla věc opakovaně zasílána s žádostí o vyjádření na Etickou komisi MZČR (19. 1. 2019, 3. 2. 2019 a 14. 9. 2020). Na žádnou z těchto žádostí nám doposud nebyla dána odpověď. Věc byla zaslána s žádostí o vyjádření také na Českou lékařskou komoru (20. 9. 2020), také nám doposud nebyla z ČLK dána žádná odpověď.

Pro objasnění celospolečenské závažnosti výše uvedené problematiky je nezbytné, abychom současnou situaci v rehabilitační péči a její preskripci popsali z více pohledů.

## 2. Současný stav předepisování fyzioterapie a rehabilitace z pohledu pacientů

Současný způsob preskripce rehabilitační péče vypadá v praktické podobě následovně:

- A. Pacient od praktického lékaře nebo od lékaře specialisty (neurologa, ortopeda, revmatologa...) obdrží poukaz **06FT** se kterým může jít přímo na fyzioterapii
- B. Pacient od praktického lékaře obdrží poukaz „**K**“, s nímž musí navštívit lékaře specialistu, který mu následně vystaví poukaz **06FT**, s nímž může na fyzioterapii
- C. Pacient od praktického lékaře obdrží poukaz „**K**“, s nímž musí navštívit lékaře specialistu (neurologa, ortopeda, revmatologa...), který mu opět vystaví poukaz „**K**“ pro rehabilitačního lékaře (specializace FBLR), a teprve rehabilitační lékař vystaví poukaz **06FT**, s nímž může jít pacient na fyzioterapii
- D. Pacient od praktického lékaře obdrží poukaz „**K**“, s nímž musí navštívit lékaře specialistu (neurologa, ortopeda, revmatologa...), který mu opět vystaví poukaz „**K**“ pro rehabilitačního lékaře (specializace

FBLR), ale rehabilitační lékař již nevystaví poukaz **06FT**, ale nutí pacienta, aby absolvoval fyzioterapii v jeho ambulantním zařízení, a tak de facto omezí pacienta v jeho právech svobodné volby zdravotnického zařízení

- E. Speciální postup je vytvořen, když pacient od praktického lékaře nebo od lékaře specialisty (neurologa, ortopeda, revmatologa...) obdrží poukaz **06FT**, se kterým sice jde přímo na fyzioterapii, ale zde se jej nejprve ujme rehabilitační lékař (specializace FBLR), který mu opětovně vystaví „ze strany zdravotních pojišťoven správně vyplněný poukaz **06FT**“, a teprve pak následuje skutečná fyzioterapeutická péče

### Dopady tohoto stavu na pacienty:

- V případě „A“ a „D“ má pacient naději, že obdrží nezbytnou péči v dohledné době v řádu několika týdnů. V případech „B“, „C“ a „D“ se doba může prodloužit na řádu měsíců. Tento systém je pro pacienty značně obstrukční, stresující a časově oddaluje poskytování nezbytné následné péče se všemi důsledky, které takovéto jednání sebou nese
- Pacient je často odeslán do spřátelených praxí rehabilitačních lékařů.
- Systém umožňuje nepřehledné čerpání prostředků ze zdravotního pojištění.
- Tento stav je primárně umožněn neexistencí elektronické evidence žádanek.
- Současný stav preskripce rehabilitační péče zároveň zasahuje do práv pacientů, která jsou jim garantována zákony ČR, neboť vytváří zcela nadbytečné obstrukce v přístupu k tomuto typu péče, viz Práva pojištěnce dle § 11 z. 48/1997

Nutno dodat, že získat doporučení k rehabilitaci a konkrétní rozpis péče vnímají pacienti jako obstrukční proceduru. Lékař, který jim předpis dává, nemá často o vlastní rehabilitaci a fyzioterapeutických technikách dostatečné povědomí. Můžeme se domnívat, že paušalizovaný přístup k předepisování rehabilitační péče má u pacientů své následky. Může ve svém důsledku ohrožovat vážnost a hodnověrnost odesílajících lékařů a v posledku vést k obecnějšímu snižování důvěryhodnosti lékařských doporučení, např. ve věcech jako jsou režimová opatření u obezit, kardiovaskulárních onemocnění či diabetu.

Současný systém je také faktickou diskriminací pacientů na základě diagnóz. Jsou preferováni pacienti s určitým typem diagnóz a tím diskriminováni pacienti s ekonomicky „méně výnosnými“ diagnózami. Jde o objektivní odírání péče. Bližší vysvětlení viz část 6 Postavení fyzioterapie a její předepisování z pohledu fyzioterapeutů.

### 3. Současné předepisování fyzioterapie z pohledu indikujících lékařů (kromě rehabilitačních lékařů)

Praktičtí lékaři i lékaři specialisté jsou při předepisování rehabilitační péče povinni řídit se metodikou pro pořizování a předávání dokladů verze 6.2.XXXIV a verze následující. Tyto normy byly vytvořeny v součinnosti se zástupci zdravotních pojišťoven, MZ a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotních služeb a stanoví v části 2.5.3 VZP-06ft/2009 „Poukaz na vyšetření/ošetření FT“, ve věci předepisování rehabilitační péče, podmínku nutného požadavku, aby tento poukaz byl vyplňován „dle obecně uznávaných zásad fyzioterapie či ergoterapie.“ Znalosti těchto zásad jsou faktickou náplní toliko postgraduálního vzdělávacího programu, a to programu „Vzdělávací program oboru REHABILITAČNÍ A FYZIKÁLNÍ MEDICÍNA“. Rehabilitační péče předepisovaná lékaři jiných specializací než FBLR nesplňuje tuto věcnou podmínku pro předpis „lege artis“ jako náležité odborné úrovni poskytování zdravotních služeb. Lékaři praktičtí a stejně tak i lékaři jiných specializací mívají v oboru rehabilitace a fyzioterapie nedostačující vzdělání k tomu, aby byli schopni vyplnit tento poukaz podle náležitých zásad.

Lékaři v terénu a stejně tak i na renomovaných klinikách pak i při dobré vůli předepisují rehabilitaci prakticky „na slepo“, neboť o kinezioterapeutických metodikách, fyzikálních prostředcích, technikách a rehabilitačních přístrojích mají povědomí spíše okrajové. Pacienti odeslaní těmito lékaři k rehabilitační péči jsou vybaveni FT formuláři, které jsou povětšinou vyplněny paušálně, častěji nevyplněny vůbec. Stanovená doporučení jsou z odborného fyzioterapeutického hlediska často nevhodná. Fyzioterapeutická pracoviště pak terapii stanovují na základě skutečného kineziologického rozboru a s ohledem na vývoj stavu pacienta a jeho individuální snášenlivosti té které techniky a procedury. Právní postavení lékařů vůči pacientům zakládá lékařům, a ostatně všem zdravotnickým pracovníkům povinnost poskytovat zdravotní služby na náležité odborné úrovni či v souladu s

uznávanými odbornými – medicínskými – standardy, jinak řečeno lege artis. Lékař je garantem, který odpovídá za odbornou úroveň předepisované péče. Tato odborná garance spočívá v teoretických znalostech a praktické erudici. Požadavky na odbornou, popř. specializovanou nebo zvláštní odbornou způsobilost vyplývají ze zaměření každého lékaře.

Účelem medicínského standardu tzv. „evidence-based medicine“ (dále EBM) je determinace nejvhodnějších diagnostických a terapeutických lékařských postupů za pomoci epidemiologických dat získaných formalizovanými studiemi. EBM lze definovat jako vědomé, zřejmé a uvážlivé užití aktuálně nejlepších důkazů při rozhodování o péči o individuálního pacienta. Postup v souladu s EBM velí kombinovat nejlepší dostupné důkazy ze systematického výzkumu se zkušenostmi nabytými každodenním výkonem lékařského povolání. Lékař, který respektuje pravidla EBM, by měl plnit tři základní úkoly: užívat výsledky aktuálního medicínského výzkumu v klinické praxi, pomáhat rozvíjet a aktualizovat clinical guidelines v oblasti jeho erudice a konečně zapojovat pacienty do relevantních klinických studií dle své odbornosti. S jedinečností každého pacienta také souvisí skutečnost, že ne vždy v medicíně existuje jeden správný postup, jenž lékař může zvolit, aby pacienta řádně léčil. Lékař disponuje určitou mírou svobody – klinické diskrece. V mnoha případech je navíc zjišťování správné léčby postupné, proto by lékař měl v průběhu poskytování zdravotních služeb volit dle svého uvážení takové diagnostické a terapeutické metody, které zohledňují individualitu daného pacienta a jeho konkrétní stav, to vše na náležitě odborné úrovni. S ohledem na výše uvedené lze shrnout, že odborný standard v oblasti medicíny by měl představovat současný stav vědeckého poznání v oblasti medicíny v kombinaci se zkušenostmi lékařů nabytými každodenním výkonem svého povolání, včetně respektování individuality lidského organismu každého jednotlivého pacienta, což značí, že medicína nerozeznává pouze jeden „správný“ standard péče, nýbrž jejich pluralitu. Zároveň je patrné, že standardy pro oblast medicíny vytvářejí samotní lékaři, a to ať už lékaři působící ve výzkumu či v klinické praxi.

Tím se dostáváme k vyplňování formulářů 06FT. Z výše uvedeného vyplývá, že ne všichni lékaři mají odborné kompetence ke správnému („lege artis“) předepisování rehabilitační péče. Proto není možné dostát podmínkám pro vyplňování formulářů 06FT. Preskripce jiné nelékařské péče, např. logopedické či psychoterapeutické, se děje tím způsobem, že lékaři vyžadují po zmíněných odbornících toliko zahájení péče z důvodů klinického opodstatnění, tedy na formulářích typu „K“. Není myslitelné, aby lékaři všech specializací, kteří logopedickou či psychoterapeutickou péči předepisují, byli schopni přesně vyspecifikovat, jaké konkrétní metodiky a technické prostředky musí být při této péči využity, a to včetně nezbytně uvedeného přesného časového rozpisu provádění diagnostických a terapeutických úkonů. **Bohužel tento požadavek platí pro předepisování rehabilitační péče.** Faktem dále zůstává, že se v praxi tyto vyhláškami stanovené postupy pro lékaře nedodržují, neboť toho jednak lékaři nejsou schopni, a jelikož za způsob této preskripce nenesou žádnou faktickou zodpovědnost, nemají motivaci věnovat přílišnou pozornost správnosti předepisování rehabilitace. Z tohoto důvodu je nezbytné, aby rehabilitační péče přešla do režimu předepisování na žádanky typu „K“ užívané pro předpisy odborné péče lékařské či nelékařské.

Další právně-etický problém lze spatřovat i v tom, že pokud by byla litera výše uvedeného předpisu striktně dodržována, bude většina pacientů jdoucích na rehabilitaci fakticky poškozována. MUDr. Cyril Mucha, vážený praktický lékař a člen Etické komise MZ k této věci uvádí trefný ekvivalent: „*Já, když posílám pacienta na chirurgii s nejasnými bolestmi břicha, nepíši chirurgovi: „sáhni mu na břicho, udělej krevní obraz, nativní RTG břicha, SONO, vyšetři p.r. apod.“, ale nechávám na něm, co uzná za vhodné v dané situaci udělat (on je odborník v tomto oboru a ví, co je pro pacienta nejvhodnější). A nyní ta paralela: pokud bych např. zapomněl na SONO a chirurg ho neudělal (nebylo indikováno), nepoznal by např. subkapsulární slezinné krvácení a pacient by možná v druhé době zemřel. Zrovna tak, když posílám k RHB, je nesmysl vypočítávat kolikrát a kam má tento vysokoškolsky vzdělaný kolega položit ruku (většinou sice není MUDr., ale to např. prof. Kolář také není a jistě by si nikdo z nás neodvažoval mu takto terapii předepisovat). Neobstojí také argument, že se může pacient vrátit k lékaři ke schválení navrhované terapie: při obrovském (zejména administrativním) zatížení lékařů to je jen fikce a v praxi tedy fakticky neproveditelná záležitost.“*

Na jednání Zdravotního výboru parlamentu ČR dne 20. 4. 2019 při projednávání předpisů pro rehabilitaci se přítomní poslanci – lékaři vyjádřili, že vědí, že odesílající lékaři vyplňují formuláře 06FT špatně, a to i oni sami. Nelze tedy než konstatovat, že i poslanci, na něž byla vložena odpovědnost a oni ji svým slibem přijali, se vědomě dopouštějí porušování výše uvedených zákonných norem.

#### 4. Současná právní úprava předepisování rehabilitační péče na formulářích 06FT z hlediska Lege artis

Současná právní úprava je v rozporu z řadou ustanovení ETICKÉHO KODEXU ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY, a to konkrétně v bodech:

##### §1 - Obecné zásady

(3) Lékař má znát zákony a závazné předpisy platné pro výkon povolání a tyto dodržovat. S vědomím osobního rizika se nemusí cítit být jimi vázán, pokud svým obsahem nebo ve svých důsledcích narušují lékařskou etiku či ohrožují základní lidská práva.

(4) Lékař je povinen být za všech okolností ve svých profesionálních rozhodnutích nezávislý a odpovědný.

##### §2

(1) Lékař v rámci své odborné způsobilosti a kompetence svobodně volí a provádí ty preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a které pro nemocného považuje za nejvýhodnější.

(5) Lékař nemůže být donucen k takovému lékařskému výkonu nebo spoluúčasti na něm, který odporuje jeho svědomí.

##### §3

(1) Lékař plní vůči každému nemocnému své profesionální povinnosti. Vždy včas a důsledně zajistí náležitá léčebná opatření, která zdravotní stav nemocného vyžaduje.

**Současná právní úprava předepisování rehabilitační péče na formulářích 06FT je v jasném rozporu s výše uvedenými právními normami pro postupy Lege artis. Zároveň je nutné zdůraznit, že vada poukazu, který vyhotovil někdo jiný, není sama o sobě důvodem jeho neplatnosti a tyto vady nelze přičítat poskytovateli.**

Dále se tyto normy řídí nařízením dle § 4 odst. 5 ZZS, které definuje **náležitou odbornou úroveň, podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů**. Ve stejném duchu jako ZZS apeluje na lékaře i Úmluva o lidských právech a biomedicíně (čl. 4: „Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví, včetně vědeckého výzkumu, je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy“) a dále Evidence Based Medicine, která uznává lege artis postup, který lze definovat jako „vědomé, zřetelné a soudné používání nejlepších současných důkazů při rozhodování o péči o jednotlivé pacienty“.

Současný stav předepisování rehabilitační péče, ke kterému jsou lékaři nuceni, by v určitých případech mohl být pokládán jako **počinání nedbalostní** se všemi právními důsledky. Poruší-li lékař tuto povinnost a způsobí tím újmu na zdraví pacienta, nastoupí občanskoprávní povinnost lékaře k náhradě způsobené újmy. Další z relevantních právních předpisů je zákon o zdravotních službách a jeho ustanovení § 4 odst. 5 upřesňující povinnost poskytovat zdravotní služby na náležité odborné úrovni: „*Náležitou odbornou úroveň se rozumí poskytování zdravotnických služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti.*“

Jelikož je mezi lékařem a pacientem při poskytování zdravotních služeb pravidelně uzavírána smlouva o péči o zdraví dle ustanovení § 2636 a násl. občanského zákoníku, je třeba připomenout i povinnost lékaře postupovat při péči o zdraví ošetřovaného s péčí řádného odborníka, a to i v souladu s pravidly svého oboru, viz ustanovení § 2643 odst. 1 o. z. Medicína nemá být vykonávána „podle kuchařky“ (tzv. „cookbook medicine“).

#### 5. Fyzioterapie, rehabilitace a její předepisování z pohledu zdravotních pojišťoven

Zdravotní pojišťovny trvají na bezchybném vyplnění 06FT poukazů. Pojišťovny samy vědí, že toho lékaři i při dobré vůli nejsou schopni a že k tomuto nejsou nikterak motivováni, neboť za chybně vyplněné 06FT poukazy nese zodpovědnost příjemce, tedy fyzioterapeut. Naprostá většina lékařů celkem logicky předpokládá, že fyzioterapeuti, dnes povětšinou již magistři, jsou stejně jako kliničtí logopedi či psychologové ve svém oboru dostatečně vzděláni, a mají-li své praxe, tak také erudovaní, aby byli schopni provést řádné diagnostické a terapeutické úkony, které povedou ke kýženým výsledkům u jejich pacientů.

V doporučení VZP, které jsem obdržel v dopise ze dne 24. 5. 2019, se píše:

***„Je třeba i nadále trvat na tom, že pouze ošetřující lékař, indikující další vyšetření/ošetření pacienta, zná veškeré podrobnosti zdravotního stavu pacienta. Indikuje fyzioterapii a její požadovaný rozsah s přihlédnutím na konkrétní poruchy funkce, ale také na všechny kontraindikace a rizika vzniku komplikací během léčby. Za svoji indikaci nese plnou zodpovědnost. Proto také velká řada našich smluvních poskytovatelů zdravotních služeb ve fyzioterapii má svého spolupracujícího lékaře – specialistu odbornosti FBLR (odbornost 201 – rehabilitační a fyzikální medicína) a to alespoň na částečný úvazek, který splní požadavky na úplné a účelné vyplnění poukazu 06FT, včetně specifikace konkrétních indikovaných procedur dle obecně uznávaných zásad pro fyzioterapie či ergoterapie. Tím odpadají případy špatně vyplňovaných poukazů u jednotlivých skupin pacientů.“***

Takovéto doporučení ze strany VZP, aby fyzioterapeutické praxe zaměstnávali lékaře s odborností FBLR, a to primárně za účelem získání správně vyplněných 06FT poukazů, je ukázkou špatného nakládání s prostředky veřejného zdravotnictví ze strany zdravotních pojišťoven. Pokud lékaři jiných odborností než FBLR, kteří by dle vyhlášky měli umět správně vyplnit výše uvedený poukaz, toho nejsou schopni či ochotni, ale přesto za tuto práci jsou ze strany zdravotních pojišťoven honorováni, a následně jejich práci má dokončit další lékař specializací FBLR tím, že tento poukaz vyplní již správně a následně také vykáže zdravotní pojišťovně výkon komplexního vyšetření rehabilitačním lékařem, a teprve pak se pacientům může dostat skutečné rehabilitační péče, pak takovýto systém jistě nelze považovat za hospodárný. Zároveň lze tento postup, který značným způsobem komplikuje pacientům přístup k fyzioterapeutické péči, označit jako šikanující a neopodstatněný.

Věcný rozsah (standard) zdravotních služeb hrazených ze systému veřejného zdravotního pojištění je zakotven v ustanovení § 13 a násl. ZVZP. První odstavec tohoto ustanovení pro úhradu vyžaduje, aby zdravotní služby: a) odpovídaly zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejich poskytováním dosaženo, a byly pro pojištěnce přiměřeně bezpečné, b) byly v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, c) existovaly důkazy o jejich účinnosti vzhledem k účelu jejich poskytování. V této souvislosti je vhodné připomenout požadavek ZZS vymezující **náležitou odbornou úroveň poskytování jakož i předepisování zdravotních služeb.**

Velmi významným faktorem je také nucení fyzioterapeutů k podrobným záznamům o prováděné terapeutické péči. Představa, že fyzioterapeut po každém vyšetření pacienta a po každém provedeném cviku poběží k počítači, aby tuto situaci zaznamenal, řádně popsal, a tak se připravil na revize, vede k tomu, že se věci odvíjejí zcela paušálně systémem „CTRL+C a CTRL+V“. Osobně mám zkušenost, že záznamy, které řadu let vedu, nebyly shledány jako dostatečné, a to ani po předložení rozsáhlé fotodokumentace pacientů, která byla vytvářena právě z důvodů přesného zaznamenávání změn tělesných proporcí pod vlivem terapeutických intervencí. Stejně tak bylo odmítnuto jako zcela bezcenné a neprůkazné předložení desítek hodin videozáznamů pořizovaných za účelem sledování psychomotorického vývoje stovek pacientů kojeneckého věku, byť takovéto záznamy zákon jasně deklaruje jako validní. Je smutnou realitou, že o tom, co je a co není ten „správný a nezpochybnitelný“ záznam o provedené péči, a zda je platně vyplněný poukaz 06FT, rozhoduje pouze revizní úředník dané pojišťovny. Opět z dopisu VZP ze dne 24. 5. 2019 se píše: ***„Vedení zdravotnické dokumentace se, kromě legislativy uvedené v Revizní zprávě, týká i standard č.5 a č.14, vydaný UNIFY, který je závazný pro všechny fyzioterapeuty stejně tak jako povinnost celoživotního vzdělávání v oboru i příslušné legislativě.“***

Nutno k tomuto dodat, že UNIFY je toliko neziskovou organizací, spolkem, který v současnosti sdružuje méně než 6 % fyzioterapeutů v ČR. Doporučení pro vedení zdravotní dokumentace, která jsou na výše uvedených stránkách, jsou právně nezávazná, a to i pro členy UNIFY. Tato doporučení nabádají k mimořádně obsáhlým a podrobným zprávám, které je možné tvořit na univerzitních klinikách, ale v běžné praxi je nemyslitelné tvořit

elaboráty v rozsahu A4 a více stran. UNIFY není profesní komorou, která by mohla vydávat právně závazná stanoviska. Tedy i odkazy ze strany vedení zdravotních pojišťoven na doporučení UNIFY nemohou být závazné.

## 6. Postavení Fyzioterapie a její předepisování z pohledu fyzioterapeutů

Zákon umožňuje, aby erudovaní samostatně pracující fyzioterapeuti mohli *lege artis* stanovovat odborné diagnostické rozvahy a na jejich základě provádět terapeutické výkony, které považují za vhodné a účelné. Tento postup je fyzioterapeutům umožněn ze zákona, neboť jsou nelékařští specialisté. Tato důvěra, a s ní nesená zodpovědnost, jim byla zákonem dána, neboť jejich vzdělání a následná praktická erudice je k tomuto plně zmocňuje. Tato samostatnost však fakticky platí jen za předpokladu, že fyzioterapeut jako fyzická či jako právnická osoba nemá uzavřenou smlouvu se zdravotními pojišťovnami. Pokud smlouvu uzavře, tak tuto svou samostatnost ztrácí a stává se odborně „nesvéprávným“.

V této situaci fyzioterapeuti vnímají svou hodnotu jako námezdní pracovní síla, která je povinována vykonávat, co je jí předepsáno, a to i v případech, kdy na poukazu 06FT není napsáno zhora nic. Za současné situace se zdá, že se systém domnívá, že tito odborníci, absolventi magisterského oboru rehabilitace, nejsou schopni samostatně přemýšlet ve smyslu diagnostických a terapeutických postupů. Je tomu tak i u fyzioterapeutů, kteří dosáhli akademických hodností docentů či profesorů a jsou světově proslulí, píšou odborné publikace, akreditují nové rehabilitační postupy či patentují originální technické pomůcky a mají desítky let praktické erudice ve svém oboru. Současným systémem veřejného zdravotnictví jsou fyzioterapeuti považováni za osoby neoprávněné k samostatné práci, pro které je nezbytné v předpisech péče 06FT zakreslovat do předtištěných piktogramů místa obtíží pacienta. Tento systém, který je podle mého názoru výsměchem dané odbornosti, nese bohužel své neblahé ovoce.

Změna právního postavení fyzioterapeutů na základě skutečnosti, zda pracují v systému placeného z veřejného zdravotnictví, nebo v systému privátních plateb, je jednoznačně diskriminující. Tato diskriminace je fakticky odůvodňována ze strany MZ a ze strany zdravotních pojišťoven tím, že „*musí být minimalizovány situace, kdy by docházelo k úhradě zbytečné péče z prostředků veřejného zdravotního pojištění*“, viz dopis v příloze ministra zdravotnictví Vojtěcha Adama ze dne 23. 7. 2020 a další stanoviska představitelů zdravotních pojišťoven. Tímto nelze než chápat, že fyzioterapeuti jsou v rámci systému veřejného zdravotního pojištění pokládáni za nespolehlivou skupinu odborníků, pro kterou je nezbytné, aby byly ze strany lékařů vytvářeny návody jejich péče, a to právě předepisováním 06FT poukazů. Ze strany MZ a zdravotních pojišťoven tak přichází zpráva, že fyzioterapeuti nejsou hodni důvěry ve způsobu vykazování své péče.

**Takovouto diskriminací na základě povolání, respektive povolání ve smluvním vztahu se zdravotními pojišťovnami, jsou flagrantním způsobem porušována občanská práva daná Ústavou ČR a Listinou základních práv a svobod.** Není známo, že by se podobným diskriminujícím způsobem zacházelo s jinými skupinami pracujícími ve zdravotnictví.

Současná situace je petrifikována neexistencí skutečného profesního zastoupení odborníků Fyzioterapie. Unie fyzioterapeutů, jak je výše uvedeno, je právním postavením toliko spolkem, který nemá váhu prosazovat oprávněné odborné zájmy, a tedy zájem se v této Unii angažovat je mezi fyzioterapeuty mizivý. Snaha vytvořit skutečnou profesní společnost – Komoru fyzioterapeutů s dostatečným právním postavením, není v zájmu MZ ČR. Přestože návrh a důvodová zpráva na zřízení takovéto komory leží již několik let na MZ, nebyly dosud podniknuty praktické kroky. V posledním vyjádření ministra zdravotnictví ze dne 23. 7. 2020, viz příloha, se pan ministr Adam Vojtěch sice staví za vznik nelékařských komor, avšak s nepovinným členstvím. Tedy vytvořit organizaci stejné právní váhy, respektive právní bezmoci, jako je Unie fyzioterapeutů.

Podobně jako lékaři, tak i fyzioterapeuti se musí rozhodovat diferencovaně. S jedinečností každého pacienta také souvisí skutečnost, že ne vždy v rehabilitaci a fyzioterapii existuje jeden jediný správný postup, jenž fyzioterapeut může zvolit, aby pacienta řádně léčil. Bohužel fyzioterapeut na rozdíl od lékaře nedisponuje žádnou mírou svobody – klinické diskrece. V mnoha případech je navíc zjišťování správného fyzioterapeutického postupu poznamenáno, proto by i fyzioterapeut měl v průběhu poskytování svých zdravotních služeb volit dle svého uvážení takové diagnostické a terapeutické metody, jež rovněž zohledňují individualitu daného pacienta a jeho konkrétní stav, to vše na náležitě odborné úrovni. Nic takového mu v rámci služeb smluvně svázaných se zdravotním pojištěním

není, bohužel i ke škodě pacientů, umožněno. Současnou situaci využívají agentury nabízející speciální doplňky pro SW vykazování rehabilitační péče, které umně kombinují nejrůznější omezení nastavená jednotlivými pojišťovny vzhledem k jednotlivým diagnózám. Pokud, dle „mínění SW“, pacient již vyčerpal peníze, které zdravotní pojišťovna bude ochotna konkrétnímu zdravotnickému zařízení uhradit, tak dojde k ukončení péče bez ohledu na jeho faktický stav. Je lhostejno, zda pacient objektivně péči potřebuje, neboť ještě nechodí, má bolesti, dítě roste křivě, další péče nebude hrazena, a tedy není jí možné poskytovat.

Rozhodování schopných a motivovaných fyzioterapeutů velmi často inklinuje k odchodu do zahraničí, kde si mohou polepšit v mnoha směrech (ekonomickém, sociálním statusem, kariérním postupem). Pro tento krok se rozhodují hned po škole nebo po prvních praktických zkušenostech. Dalším častým rozhodnutím po vystudování oboru fyzioterapie je odejít do sféry sportu a fitness, kde fyzioterapeuti získávají lepší ohodnocení a svobodné možnosti pro svou práci. Práce v tomto prostředí jim přináší mnoho benefitů, neboť pracují se zdravou a motivovanou populací, která je za jejich péči ocení ekonomicky i statusem. Z odborného pohledu je také dlouhodobě zanedbávaná supervizní činnost, která by dbala na dobrou úroveň poskytované péče. Chybí motivace ke kontinuálnímu postgraduálnímu vzdělávání. Je zanedbáváno systematické sledování úspěšnosti akreditovaných fyzioterapeutických metodik, čestnou výjimku tvoří metodika DNS prof. Koláře a Vojtova metodika.

Za velmi přínosné a inspirativní považuji své zkušenosti z Německa, kde jsem pět let pracoval v ambulanci i na klinikách. Německý zdravotní systém je celkově ve velmi dobré kondici. Zvláště mám zkušenosti, jak tam prakticky funguje rehabilitační péče. Jednak nemají žádné rehabilitační lékaře, kteří by se věnovali rozepisování FT poukazů, dopodrobna určujících, co mají fyzioterapeuti s pacienty provádět. Lékaři se věnují medicíně a pacienty odesílají na rehabilitaci s recepty, kde je pouze uvedeno, kolikrát se má pacientovi dostat LTV (či neuro-LTV) a kolikrát fyzikální terapie. Obdobně jako recept do lékárny určuje, jaký lék a jak často se bude užívat. Tot' vše. Pak je na fyzioterapeutech, jaké metodiky a jaké fyzikální terapie pacientovi poskytnou. Žádné přesné a „nezpochybnitelné“ rozepisování procedur na FT06 poukazy dle vyhlášky. Další významný rozdíl je v tom, že fyzioterapeuti mají plnou důvěru, že pacientovi chtějí poskytnout co možná nejlepší terapii. Tuto důvěru mají jak ze strany lékařů, zdravotních pojišťoven, státních orgánů, tak samozřejmě i pacientů. V této souvislosti si dovoluji připomenout výroky bývalého ministra MZ ČR i ředitele VZP o tom, že fyzioterapeuti jsou zloději. Pacient v Německu přichází na rehabilitaci plně vyšetřen a dostává se mu to co potřebuje, tedy kinezioterapie a fyzikální terapie. Fyzioterapeuti tedy netvoří žádné kineziologické rozborů, záznamy o péči, nezpochybnitelné argumentace kdo, kdy a jak s pacientem pracoval, tak, aby v případě revize zdravotních pojišťoven „byli z obliga“, neboť každý ví, že pacient dostal péči v konkrétní praxi, a tedy zda s ním pracoval ten či onen terapeut je irrelevantní, neboť je každému zřejmé, že všichni, kdo tam pracují, jsou k terapii kompetentní. Něco takového by bylo v Německu považováno za mrhání časem, neboť se ví, že podobné záznamy nikdo v budoucnu číst nebude, a hlavně fyzioterapeuti mají dělat terapii, nikoli diagnostiku a o ní vést záznamy. Tedy čas je využíván zcela a plně pro terapii s pacienty. Tento systém je efektivní a terapeuticky velmi přínosný. Němečtí fyzioterapeuti, kteří při práci nemusejí psát žádné nesmyslné bláboly, o to více publikují ve svých odborných časopisech. Těchto časopisů, které jsou většinou na vysoké odborné úrovni, je mnohonásobně více než v ČR.

Co se týká kontroly provedených výkonů, ta je tvořena tím, že pacient se na recept, kde má napsán počet terapií, průběžně podepisuje. Po ukončení terapie je na receptu příslušný počet podpisů, čímž pacient stvrzuje, že péči obdržel. Následně jsou podepsané recepty zaslány s fakturou pojišťovně k proplacení. Dnes jsou tyto transakce prováděny elektronicky, obdobně jako E-recept. Dle smluv mezi zdravotními pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními je přesně stanoveno, kolik která terapie stojí a kolik tedy zdravotnické zařízení za péči obdrží. Systém je jasný a neumožňuje vstup žádným korupčním mechanismům a už vůbec si nelze představit, že by fyzioterapeuti nesli zodpovědnost za nedostatečně vyplněné recepty ze strany odesílajících lékařů, byli za to penalizováni, a případně nuceni k zaměstnávání rehabilitačních lékařů za účelem vytváření „správných a nezpochybnitelných FT06 poukazů“. Zároveň je nutné podotknout, že v Německu je rehabilitačních zařízení výrazně více v poměru k počtu obyvatel než v ČR. Tuto rozsáhlou péči si vynutili předně světové války, a také aféra s lékem Contergan. Zároveň mají německé zdravotní pojišťovny velmi dobře spočítané, že se jim, a také pacientům, celkově ekonomicky vyplatí poskytování dostupné, včasné a intenzivní rehabilitační péče, neboť se tak objektivně snižují náklady na farmakoterapii a operativu. Ve vyúčtování péče neexistují žádné *PURo koeficienty*, paušální zálohy a následná dohodovací řízení o tom, kolik a komu se doplatí, nebo nedoplatí.

Rehabilitaci předepisují ponejvíce praktičtí lékaři pro dospělé či dětské pacienty, pak ortopedi a neurologové, tedy odbornosti, které mají co do činění s pohybovým aparátem. Jak jsem se výše zmínil, píše jen počet opakování kinezioterapie a fyzikální terapie, nic víc. Lékaři se netváří, že vědí, jak a co konkrétně má fyzioterapeut s pacientem dělat. Německý systém, na rozdíl o systému našeho, nenutí lékaře lhát, nenutí fyzioterapeuty kličkovat v houšti předpisů, nenutí k diskriminování pacientů dle diagnóz, neumožňuje zdravotním pojišťovnám malá zdravotní zařízení vydírat, a v zásadě neumožňuje korupční jednání, a to nejpodstatnější, německý systém rehabilitační péče je primárně nastaven tak, aby uspokojoval oprávněné potřeby pacientů.

Současný, a zvláště novelizovaný český systém, kromě šikanování a faktického odpírání oprávněné péče pacientům, umožňuje systémem předepisování a následným prováděním kontrol rehabilitační péče zdravotním pojišťovnám provádět faktickou likvidaci zvláště malých zdravotnických zařízení.

Není bez zajímavosti, že v bývalém SSSR žádná rehabilitační péče neexistovala. Prostě se mělo za to, že se každý sám po úraze, operaci, po nemoci, nějak „rozhybá“, a pokud ne, tak nevadilo – dle hesla „nas mnoho“. Věřím, že snahou současné politické garnitury bude směřovat rehabilitační péči, a nejen ji, k západnímu civilizovanému způsobu, než tam, kam zjevně doposud směřuje, tedy k východní korupční despotii.

## 7. Současný stav legislativního rámce pro fyzioterapii a rehabilitaci v ČR

Současný stav legislativního rámce, ve kterém se musí fyzioterapeuti pohybovat, rozhodně nelze vnímat jako dobrý, a to z mnoha důvodů. Jako exemplární případ může sloužit konglomerát předpisů upravující předepisování rehabilitační péče na formuláře 06FT. Jsou zde právní nejasnosti o nesení odpovědnosti za provedenou fyzioterapeutickou péči: předepisuje ji lékař, který o vlastní diagnostice a fyzioterapii má často nedostatečnou znalost (pokud nemá specializaci FBLR), ale má nést zodpovědnost, na druhé straně péči vykonávající fyzioterapeut poskytující nevhodnější péči dle své erudice a vzdělání žádnou zodpovědnost dle zákona nenese, neboť vykonává jen indikované výkony.

Dovolím si tomuto tématu připojit zkušenosti z provádění rehabilitační péče. Za příklad může posloužit využití Vojtovy metodiky u dětí kojeneckého věku. Tato metodika má kromě vlastních terapeutických postupů i postupy diagnostické. Ty slouží jak pro včasný primární záchyt pacientů ohrožených rozvojem psychomotorických poruch, tak také jako nástroj pro posuzování zvoleného terapeutického směru. Jedná se mimořádně důležitý úkon, neboť zavčas podchycená vývojová porucha a správně vedená terapie může zásadním způsobem ovlivnit budoucí život pacienta i jeho rodiny. Provádění Vojtovy metodiky vyžaduje dvouleté postgraduální studium i další erudici, aby byly výsledky terapie skutečně dobré.

Pokud by se mělo postupovat dle výše uvedeného systému, pak by praktický lékař pro děti a dorost musel přesně rozpoznat *stav vyžadující FT (nejčastěji jde o specifikaci poruchy funkce)*, tedy konkrétně rozpoznat stupeň CKP (centrální koordinační poruchy), a to na základě podrobného kineziologického rozboru spontánní a provokované motoriky a primitivní reflexologie. Dále *jednoznačnou specifikaci požadovaných procedur, jejich trvání v minutách, celkový počet procedur a jejich frekvenci*. Nelze předpokládat, že odesílající pediatr bude mít schopnost předem stanovit trvání terapie v minutách, počet a frekvenci intervencí, ani nemůže vědět, jak v budoucnu bude terapie probíhat. Vlastní terapie se musí přizpůsobovat tomu, jak zdárně, nebo naopak komplikovaně probíhá psychomotorický vývoj kojence, a to na počátku nemůže vědět na 100 % nikdo. Problematický je také předpis *u kódu 21221 – cvičení na neurofyziologickém podkladě je navíc nutné uvést metodu, která má být v léčbě použita*. Díky své praxi se domnívám, že chytit po odesílajících lékařích, aby specifikovali nevhodnější postup kinezioterapie (LTV) je požadavkem neproveditelným, neboť metodik, které jen v rámci akreditovaných řízení byly uznány jako licencované, jsou desítky. Jejich určení k terapeutickému využití je značně široké, vzájemně se překrývající a doplňující. Tak, jak se obor fyzioterapie vyvíjí, těchto metodik stále přibývá, a zároveň jsou některé terapeutické způsoby opouštěny jako obsolentní. Je obtížně představitelné, že lékaři praktičtí a lékaři různých specializací budou permanentně vzdělávání v řadě komplikovaných kinezioterapeutických metodik, aby byli schopni dostát podmínkám pro předpisy 06FT doporučení. Zároveň by bylo nezbytné, aby odesílající lékaři trvale udržovali přehled o tom, které rehabilitační zařízení je schopné poskytovat ty či ony specifikované kinezioterapeutické metodiky.



Dovolím si popsat reálnou situaci do úplného konce. I kdyby odesílající lékař byl na patřičné odborné výši, věděl by přesně jakou metodiku kinezioterapie a dalších technik chce pro pacienta v předpise na formulář 06FT použít, věděl by, že zařízení, kam pacienta odesílá je schopné jeho předpis beze zbytku dodržet a předepsané úkony udělat, tak je to jen předpoklad úspěchu. Pacient má dle zákona zcela svobodnou volbu zdravotnického zařízení, a tedy s řádně vyplněným poukazem se může vydat kam mu libo bez ohledu, zda jím preferované zařízení může předepsané výkony provést či nikoliv. **Z hlediska právního lze současný legislativní stav označit za „Hlavu XXII“.**

Vzhledem k výše uvedenému a ke skutečnosti, že ani MZ, ani zdravotní pojišťovny nejsou ochotny vytvořit vzorové formuláře FT s jednoznačným a nezpochybnitelným obsahem a ani vzorové záznamy vykázané péče, ale pouze do omrzení odkazují na legislativu a doporučení UNIFY, vidíme, že tento současný stav legislativy vztahující se k rehabilitační péči je zastaralý a nereflektuje současnou situaci. Byť je dosud tento stav kodifikován vyhláškou, lze jej z pohledu obecně nadřazených právních norem vnímat jako vadný, neboť přenášení sankční zodpovědnosti na osoby, které vady nezpůsobily, je nepřijatelné. Za více než třicet let své klinické práce jsem nashromáždil tisíce poukazů 06FT a u žádného z nich není zcela jasné, zda skutečně může odpovídat výše uvedeným předpisům. Zde připomínám, že rozhodnutí o tom, je-li vyplnění poukazu 06FT správné, či nikoliv, závisí na libovůli revizních úředníků zdravotních pojišťoven. To platí i o tom, zda provedení zdravotního záznamu o provedené péči je, či není validní. Jak skutečně má vyplnění poukazu vypadat a jak má vypadat validní zdravotní záznam, se není možné nikde dozvědět, neboť jediné, co je na tyto dotazy řečeno, že to vše je ve vyhláškách.

## 8. Současná fyzioterapie a rehabilitaci z pohledu MZ ČR

Z mého čtyřletého vcelku intenzivního kontaktu s představiteli MZ ČR a jejich postoji k fyzioterapii a s ní spojené problematice jsem zklamaný. UNIFY nemá právní ani jiné předpoklady k dosažení významnějších změn a z dosavadní komunikace není vidět, že by na MZ ČR byl někdo další, koho by skutečné změny v oboru rehabilitace a fyzioterapie interesovaly. Na základě doporučení Zdravotního výboru PS ČR byla ustanovena „Pracovní skupina pro řešení následné léčebně rehabilitační péče“. Doposud proběhla tři jednání (16. 4. 2019, 17. 9. 2019 a 22. 11. 2019) této skupiny, kterou vedl dnes již bývalý náměstek MZ prof. Prymula. Ve výsledku nebylo nalezeno žádné řešení problému. Stejně tak Odbor dohledu nad zdravotními pojištěními, se kterým jsem měl možnost si vyměnit vícero dopisů, celou mou snahu uzavřel poukazem na již existující výše uvedenou pracovní skupinu, která ponejprv musí věc „komplexně vyřešit“. Vedení MZ sice deklaruje, že vnímá současný stav preskripce rehabilitační péče jako závažný problém, ale není vidět aktivní ochota jej řešit. **Tento stav vede k vytváření korupčního prostředí, umožňuje svévolnou penalizaci fyzioterapeutických praxí i rehabilitačních oddělení nemocnic ze strany zdravotních pojišťoven a zároveň umožňuje nevhodné nakládání se svěřenými prostředky ze zdravotního pojištění.** Tuto skutečnost potvrzuje i fakt, že ani zdravotní pojišťovny, ani kompetentní činitelé MZ ČR nejsou ochotni vydat závazné vzory poukazů 06FT, podle kterých by se dalo řídit.

V dopise bývalého ministra zdravotnictví Vojtěcha Adama ze dne 23. 7. 2020, jako odpověď na interpelaci pana poslance Víta Rakušana, viz příloha, lze nalézt postoje MZ k výše uvedené problematice, které se dají shrnout do několika bodů:

- Máme na MZ „Pracovní skupinu pro řešení následné léčebně rehabilitační péče“, která na tom pracuje.
- Máme Komisi pro metodiku pro pořizování a předávání dokladů, ta na tom pracuje, ale Komise má soukromoprávní základ a MZ do její činnosti nemůže zasahovat...
- Pan ministr se ztotožňuje s názorem, že je současný systém nastavený příliš rigidně a může být pro pacienta obstrukční.
- Ministerstvo v obecné rovině podporuje rozvolnění pravidel pro indikaci fyzioterapie jako hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění, musí však být minimalizovány situace kdy by docházelo k úhradám zbytečné péče z prostředků veřejného zdravotního pojištění.
- Ministerstvo jednoznačně podporuje vystavování elektronických žádanek, do budoucna i zavedení elektronického procesu na indikaci tzv. vyžádané péče včetně fyzioterapie.
- V současnosti probíhá ohledně potřeby ustavení profesních komor pro nelékařská zdravotní povolání diskuze, ministerstvo preferuje profesní komory s nepovinným členstvím.

Z výše uvedeného je zřejmé, že byt' byly vytvořeny komise a pracovní skupiny, které o problematice dlouze diskutují a připouští obstrukce a rigiditu systému, žádné konkrétní změny a kroky ke zlepšení situace nebyly vykonány. Důvod je zřejmý, není vůle ke změně.

## 9. Ekonomické aspekty současného stavu a konkrétní příklady vytváření korupčního prostředí v systému zdravotní péče

Zcela vyčerpávajícím způsobem podává pohled na právní problematiku zdravotní péče senátní stížnost, která vyústila v žalobní návrh u ústavního soudu v Brně. Viz: Pl. ÚS 49/18 - **senátní stížnost na úhrady pojišťoven – návrh žaloby**, [https://www.usoud.cz/projednavane-plenarni-veci?tx\\_odroom%5Bdetail%5D=2861&cHash=833093961eef425e8a2f6db0439402b6](https://www.usoud.cz/projednavane-plenarni-veci?tx_odroom%5Bdetail%5D=2861&cHash=833093961eef425e8a2f6db0439402b6)

Zákonné normy upravující uzavírání smluv mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnami vytváří v rámci Výběrových řízení značný prostor pro možné **korupční jednání**. Tato skutečnost je dána především faktem, že doporučujícím výsledkem výběrového řízení nejsou zdravotní pojišťovny nikterak vázány. Zároveň neexistují žádná známá kritéria, podle kterých by byly zdravotní pojišťovny vázány smlouvu uzavřít. Tedy výsledné rozhodnutí ZP není žádným způsobem zdůvodňováno a není proti němu možné odvolání. Tím jsou ZP postaveny do zcela monopolní pozice, neboť nad jejich rozhodováním fakticky neexistuje žádná kontrola.

Poslední novelizace vyhlášky upravuje smluvní vztahy mezi ZP a zdravotnickými zařízeními tím způsobem, že ZP umožňuje v rámci výpovědní lhůty 6 měsíců k 1. 1. následujícího roku ukončit smlouvu z jakéhokoliv důvodu, či bezdůvodně. Za této situace se stává právní postavení zdravotnických zařízení v rámci poskytování zdravotních služeb pro pojištěnce ZP značně nejisté. Také koupě zdravotnického zařízení, které má smluvní vztahy se ZP, se může vzhledem k výše uvedenému stát vysoce rizikovou investicí. I tato novelizace vytváří velmi příhodné **korupční prostředí**.

Současné znění úhradové vyhlášky stanoví hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení se zřetelem na následující kalendářní rok, pokud se ZP a zdravotnické zařízení dohodnou v dohodovacím řízení. Zároveň může ministr zdravotnictví vydat vyhlášku a stanovit úhradu bodu jinak (do 30. 10.). Tato vyhláška se použije poté, pokud se ZP a poskytovatel nedohodnou jinak. Zároveň není dáno, jak by měla dohoda vypadat, což je komplikované z hlediska právně hospodářské soutěže.

V rámci smířčích řízení cílených na řešení sporů v rámci vyúčtování plateb za poskytnutou péči zdravotnickými zařízeními lze sice vyvolat smířčí řízení, ale neexistují jasné a objektivní parametry, které by určovaly, jaké námitky lze pokládat za validní a které musí či nemusí zdravotní pojišťovny uznat. Lze sice dále sporné otázky řešit soudní cestou, ale vzhledem k výše uvedenému je velmi pravděpodobné, že zdravotnická zařízení takovýto způsob řešení preferovat nebudou. Tedy i tyto skutečnosti vytváří velmi příhodné **korupční prostředí**.

Zároveň současná úhradová vyhláška vytváří změt' nepřehledných předpisů, které ukazují, že je pro zdravotnické zařízení výhodnější mít méně výkonů a větší limity, než mít sice všechny nasmlouvané výkony, ale limity malé. Významně záleží na individuálním cenovém ujednání mezi poskytovatelem zdravotních služeb a ZP. Tato ujednání jsou čistě individuální a fakticky nemají žádné právní zajištění. Pro dosažení výhodnějších smluv se sice mohou zdravotnická zařízení opírat o věcné argumenty typu: výše úhrady jiným zařízením (VZP registr smluv), nebo poukazováním na výše úhrady jiných ZP, ale bohužel zde nejsou žádné faktické právní opory, které by dávaly zdravotnickým zařízením skutečnou jistotu. Umožňuje se tak zvýhodňování oproti konkurenci z důvodů, které nemohou být prokázány jako opodstatněné.

Vzniklá rizika spojená s poskytováním zdravotní péče nad rámec vybraného pojistného jsou přenesena na poskytovatele péče, a to prostřednictvím nástrojů řízené péče, jako jsou:

- rozsah úhrady ZP, která neodpovídá výkonům,
- regulační omezení a podmínky úhrady poskytovatelům,
- poskytovatel si sám musí vyhodnotit, aby neposkytoval zbytečnou péči.

Výše uvedené vede jednak k omezování potřebné péče, ale i odmítání poskytnout péči, která je plně hrazená ze zdravotního pojištění, v případě, že poskytovatel dosáhl či přesáhl svůj limit. Vyhláška 618/2006 čl. 2 odst. 2 j), k), m) sice říká, že nelze neposkytnout péči, která je plně hrazena jen proto, že už poskytovatel dosáhl limitu, ale fakticky se zdravotnická zařízení chovají tržně. Je také nutné poznamenat, že ta zdravotnická zařízení, která poskytují péči nad rámec limitu, a to i z důvodu, že jej aktuálně nemohou vysledovat, se ve finále stávají objektem penalizací ze strany ZP v rámci tzv. „šetření v souvislosti s revizní správností a oprávněností vykázané zdravotní péče“.

Jako konkrétní problémy lze uvést např. kdy podle smluv se zdravotními pojišťovnami „o poskytování a úhradě hrazených služeb pro fyzioterapii“ jsou zdravotnická zařízení vázána k tomu, že **„neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v § 48 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb.“**, a dále, že **„nepodmíní právo pojištěnce na svobodnou volbu lékaře, poskytovatele nebo na poskytnutí hrazených služeb žádnými registračními poplatky nebo sponzorskými dary a za poskytnuté hrazené služby nebude od pojištěnce, pokud to nevyplývá z právních předpisů, vybírat žádnou finanční úhradu“**, a také, že **„nebude zvýhodňovat pojištěnce jedné nebo více pojišťoven v neprospěch pojištěnců pojišťoven ostatních a zhoršovat dostupnost hrazených služeb přednostním poskytováním zdravotních služeb hrazených jiným způsobem“**.

Na druhé straně dle smluvních dodatků **„Pojišťovna poskytne Poskytovateli měsíční předběžnou úhradu v určité výši.“** Do loňského roku tyto dodatky upravující předběžné úhrady byly sjednávány toliko s pojišťovnou VZP, ostatní „malé pojišťovny“ hradily bez větších problémů, co jim bylo naučováno. Toto se změnilo a nyní již i ostatní pojišťovny si vyhradily platby formou předběžných úhrad. Kromě těchto **„Maximálních měsíčních předběžných úhrad“** je zároveň ze strany pojišťoven sjednána tzv. **„Průměrná roční úhrada na jednoho unikátního pojištěnce z referenčního období (PURo), např. 3.331,- Kč“**.

Nyní se dostáváme k onomu „jádro pudla“. Pokud přijde např. rodič s kojencem, kterému pediatr předepsal fyzioterapii na poukaz s tím, že se mu má dostat 10x kód 21221 (v hodnotě 617 bodů) a 10x kód 21003 (v hodnotě 127 bodů), pak při 0,81 Kč za bod činí celkový náklad na předepsanou terapii 6.026,- Kč. Pokud však dle výše uvedené průměrné roční úhrady na jednoho unikátního pojištěnce je pojišťovna ochotna uhradit pouze částku 3.331,- Kč, pak je tato částka vyčerpána prakticky po 5. terapii. Jenže pacient má předepsaných terapií 10, a také je dost dobře možné, že jich bude potřebovat, vzhledem ke svému stavu, i více než 10. Pokud by se jednalo o výjimečné případy, tak by se jistě dala takováto nesrovnalost pominout, ale jedná se prakticky o 99 % případů.

Je tedy otázkou, jak s touto situací naložit. Ví se, že jsou zdravotnická zařízení, kde se pacientům a rodičům dětských pacientů „natvrdo“ řekne, máte vyčerpané peníze od pojišťovny, a tedy si běžte najít jinou praxi, kde budete v terapii pokračovat. Takovýto postup bych si dovolil považovat z terapeutického hlediska za hodně špatný, a i z hlediska etického nejspíš za hranou „dobrého vychování“. Dle smlouvy se zdravotními pojišťovnami není možné péči dále neposkytovat a také není možné po pacientech chtít, aby si další zdravotní pojišťovnou již nehrazené terapie hradili sami. Zároveň je zdravotnické zařízení povinno postupovat dle lékařského předpisu a samozřejmě také dle stavu pacienta. Možností, jak obcházet smluvní ustanovení **„nepodmiňovat poskytnutí hrazených služeb žádnými registračními poplatky nebo sponzorskými dary“**, se ve zdravotnických zařízeních etablovala celá řada. Platby za objednání a rezervace termínu, klubové poplatky, administrativní poplatky a jiné.

Do nedávna, kdy se výše uvedená omezení týkala jen VZP, a také byla naděje, že si zdravotnická zařízení svou plíí postupně zvýší budoucí měsíční úhradu, mělo smysl se s jistým sebezapřením snažit pracovat více, než dostaneme zapláceno. Nyní takové snažení zjevně pro zdravotnická zařízení postrádá smyslu, a naopak je smysluplné ze strany zdravotních pojišťoven, neboť tak nutí zdravotnická zařízení svou aktivitu tlumit. Fakt, že je to také na úkor pacientů, je nejspíš jen vedlejší **„zanedbatelný efekt“**.

Předpisy vztahující se k této problematice:

- Platný zákon 48/1997 o zdravotním pojištění
- <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>

- Novela zákona 48/1997 Sb. od 1.1.2022:
- <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2021-371>
- Úhradová vyhláška 2022:
- <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2021-396>
- Kompenzační zákony 2020 a 2021
- <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2020-301>
- <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2021-160>
- Kompenzační vyhlášky 2020 a 2021:
- <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2020-305>
- <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2021-172>

## 10. Návrh řešení výše popsaného stavu předepisování rehabilitační péče

Řešení výše uvedených problémů lze spatřovat v narovnání právních vztahů mezi zdravotními pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními. Vytvoření zákonných novel a novelizací vyhlášek, které zprůhlední smluvní vztahy, finanční odměňování za odvedené výkony vytvoří férové podmínky pro vstup nových zdravotnických zařízení na trh. V rámci preskripce lze využít pro fyzioterapeutickou péči žádanku poukaz na **vyšetření/ošetření "K"**. Celkové usnadnění a zprůhlednění vyžádané péče je možné vytvořením evidence elektronickým způsobem, a to vydávání poukazů **e-žádanka**. Zkušenost s přechodem na **e-recept** se ukázala jako velmi dobrá, a to po mnoha stránkách.

Jako nezbytné se ukazuje vytvořit vhodné legislativní změny, které uloží odborníkům na fyzioterapii povinnost péče o jejich obor, tedy vytvořit **Komoru fyzioterapeutů s povinným členstvím**.

Z výše uvedených faktů pravděpodobně vyplynou i další právní, organizační a ekonomické dopady, které zde nejsou uvedeny. Jsme přesvědčeni, že tyto změny povedou k:

1. usnadnění přístupu pacientů k této nezbytné odborné péči, a to bez obstrukcí;
2. omezení zbytečných a neoprávněných výdajů ze systému zdravotního pojištění;
3. usnadnění práce vysílajících lékařů;
4. umožní provádění fyzioterapie odborníkům, kteří jsou svým studiem a praxí dostatečně vzdělaní a erudovaní;
5. narovnání právních podkladů pro vykonávání odbornosti fyzioterapie bez rizik zneužívání ze strany zdravotních pojišťoven;
6. povede k větší stabilitě těchto odborníků, zastaví jejich úbytek;
7. povede k odbornému růstu fyzioterapie jako takové;
8. povede k odstranění diskriminačního postavení fyzioterapeutů.

Ve snahách o koncepční řešení je třeba hledat cestu vyhovující všem relevantním aktérům v oblasti zdravotnictví. Na paměti přitom musíme mít, že problémy vyvstávající z omezených zdrojů ve zdravotnictví nesmí v první řadě tížit zdravotníky, nýbrž společnost jako celek. Lékaři i nelékařští zdravotníci jsou dle zákona primárně povinováni řešit stav zdraví lidí, nikoliv ekonomickou kondici zdravotnictví.

Mgr. Václav Krucký  
tel. 733 134 838  
[www.rehabilitace.org](http://www.rehabilitace.org)  
mail: [krucky.vaclav@volny.cz](mailto:krucky.vaclav@volny.cz)

V Praze 25. 08. 2022