



VŠEOBECNÁ
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY

4. ročník

KONFERENCE
ZDRAVOTNICKÉHO
PRÁVA

LIDÉ, ZDRAVOTNICTVÍ A PRÁVO

**Uherské Hradiště
11. - 12.9. 2014**



Být klientem VZP je správné rozhodnutí

VÝRAZNĚ JSME ZJEDNODUŠILI PODMÍNKY PRO ČERPÁNÍ MNOHA PŘÍSPĚVKŮ A VÝHOD!

DĚTI AŽ 500 KČ

- Očkování nehrazené ze zdravotního pojištění – proti hepatitidě, rotavirovým infekcím, klíšťové encefalitidě, meningitidě, pneumokokovým nákazám, proti chřipce, na cesty
- Fixní ortodontické aparátky
- Rehabilitační aktivity a cvičení
- Příspěvek na letní tábory
- Ve skupině **MAMINKA** – pro dívky do 18 let

DĚTI MOHOU ZÍSKAT VÍC:

- Dárkové balíčky pro novorozence
- Ozdravné pobyty u moře Mořský koník – až 2/3 nákladů hradí VZP

DOSPĚLÍ AŽ 500 KČ

- Očkování nehrazené ze zdravotního pojištění – proti hepatitidě, rotavirovým infekcím, klíšťové encefalitidě, meningitidě, pneumokokovým nákazám, proti chřipce, na cesty
- Rehabilitační aktivity a cvičení
- Prevence melanomu
- Ve skupině **MAMINKA** – předporodní kurzy, cvičení a plavání pro těhotné, přítomnost partnera u porodu, příspěvek na prvotrimestrální screening
- Ve skupině **DÁRCE KRVE** – rehabilitační aktivity a cvičení.
Navíc jako dárce krve 35 dní cestovního zdravotního pojištění zdarma

MAMINKA AŽ 500 KČ

- Předporodní kurzy cvičení a plavání pro těhotné
- Přítomnost partnera u porodu
- Příspěvek na prvotrimestrální screening
- Ve skupině **DOSPĚLÍ** – očkování nehrazené ze zdravotního pojištění, rehabilitační aktivity a cvičení, prevence melanomu
- Ve skupině **DÁRCE KRVE** – rehabilitační aktivity a cvičení.
Navíc jako dárce krve 35 dní cestovního zdravotního pojištění zdarma

PROGRAM

- 9.00 – 9.15 Úvodní slovo
- 9.15 – 10.15 JUDr. Filip Melzer, Ph.D., LL.M.
Některé otázky odpovědnosti v souvislosti s poskytováním zdravotní péče
- 10.15 – 10.30 Přestávka
- 10.30 – 11.30 JUDr. Tomáš Holčapek, Ph.D.
Náhrada újmy ve zdravotnictví - prokazování předpokladu odpovědnosti za způsobené újmy při poskytování zdravotních služeb
- 11.30 – 12.30 Oběd
- 12.30 – 13.30 JUDr. Petr Šustek, Ph.D.
Smlouva o péči o zdraví dle občanského zákoníku ve vztahu k zákonu o zdravotních službách
- 13.30 – 14.20 JUDr. Miroslav Růžička, Ph.D.
Trestné činy ve zdravotnictví a povinná mlčenlivost
- 14.20 – 14.35 Přestávka
- 14.35 – 15.35 doc. JUDr. Filip Křepelka, Ph.D.
Právní nástroje řízení nákladů ve zdravotnictví ve sjednující se Evropě
- 15.35 – 15.45 Přestávka
- 15.45 – 16.45 JUDr. et PhDr. Stanislav Balík
Zamyšlení nad judikaturou Ústavního soudu ve věcech zdravotnictví
- 16.45 – 17.00 Prostor pro diskuzi
-
- 9.00 – 9.45 Mgr. Radomíra Jahodářová
Vize pro legislativu v oblasti zdravotnictví a veřejného zdravotního pojištění
- 9.45 – 10.45 JUDr. Jaroslav Blatný
Obtíže právní úpravy smluvních závazkových vztahů mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb
- 10.45 – 11.00 Přestávka
- 11.00 – 12.00 JUDr. Ladislav Švec
Důsledky transpozice směrnice o právech pacientů z hlediska ČR a EU
- 12.00 Závěrečné slovo

změna programu vyhrazena



Milé kolegyně a kolegové, přátelé,

jsem rád, že jste si našli cestu do Uherského Hradiště, které i v roce 2014 hostí konferenci zdravotnického práva, pořádanou Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky. Letošní IV. ročník konference jsme se opět snažili naplnit přednáškami na aktuální témata, které zazní z úst těch nejpopovolanějších řečníků a sladit je tak, aby spolu tvořily harmonický celek.

Zvolili jsme proto témata tradiční, týkající se otázek odpovědnosti i smluvního závazkového práva, ale i méně obvyklá, jakými bude problematika právních nástrojů řízení nákladů ve zdravotnictví, nebo téma, které na předchozí zmíněné do jisté míry navazuje, a to zamyšlení nad judikaturou Ústavního soudu ve věcech zdravotnictví. Právě Ústavní soud se totiž v posledních letech nenápadně přesunul z pozice šlechtitelského ochránce ústavnosti, chránícího české pacienty, zdravotníky a zdravotní pojišťovny jako blanciřtí rytíři, kteří na pomoc vyjedou teprve, až bude nejhůř, do pozice aktivistického vládce, dohlížejícího ve zdravotnictví na vše, co zavání revoltou proti starým pořádkům. Stranou ale letos neponecháme ani přednášky, pronesené zástupci, Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a Centra mezistátních úhrad, které jsou na programu druhého dne konference, a které umožní účastníkům „nahlédnout do kuchyní“ těchto významných institucí v systému veřejného zdravotního pojištění a zdravotnictví vůbec.

Budu velmi rád, když během naší konference uslyšíte odpovědi alespoň na některé otázky, na něž zatím marně hledáte odpověď, když se dozvíte něco, co jste dosud nevěděli a především, když se setkáte s lidmi, s nimiž můžete vzájemně diskutovat nejen o tom, jak dosáhnout stability našeho zdravotního systému. Vždyť i tato konference by nás měla učit, jak dosáhnout našeho přirozeného práva brát se o vlastní štěstí a štěstí našich rodin a lidí nám blízkých takovým způsobem, jenž nepůsobí bezdůvodně újmu druhým (viz § 3 odst. 1 občanského zákoníku).

Přeji Vám příjemně strávený čas v Uherském Hradišti.

JUDr. Jaroslav Blatný
odborný garant konference

JUDr. Filip Melzer, Ph.D., LL.M.



Kromě Právnické fakulty Masarykovy univerzity v Brně, kterou absolvoval, studoval též na Právnické fakultě Universität Viadrina Frankfurt (Oder) ve Spolkové republice Německo a na Právnické fakultě Universität Wien v Rakousku. V roce 2002 dokončil postgraduální studium (Magister legum, LL.M.) na Universität Passau v Německu. Rigorózní zkoušku složil na Právnické fakultě Masarykovy univerzity a v roce 2004 ukončil tamtéž postgraduální doktorské studium v oboru občanské právo. Působí na katedře občanského a pracovního práva Právnické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. V roce 2006 složil advokátní zkoušku a je zapsán jako advokát České advokátní komory. V letech 2007-2012 byl členem kodifikační komise Ministerstva spravedlnosti pro přípravu nového občanského zákoníku a od roku 2008 i členem pracovní komise pro soukromé právo Legislativní rady vlády. Od roku 2010 do roku 2012 byl náměstkem ministra spravedlnosti pro oblast justice, současně se podílel na vedení legislativních prací na rekodifikaci soukromého práva. Působí rovněž jako lektor Justiční akademie ČR při školení soudců v oblasti nového soukromého práva. Pravidelně publikuje v odborných časopisech, je autorem učebnice Metodologie nalézání práva, základy právní argumentace (C. H. Beck, 2. vydání, 2011), spoluautorsky se podílel např. na tvorbě Velkého akademického komentáře k občanskému zákoníku (Linde, 2008). V současné době připravuje jako hlavní redaktor (spolu s JUDr. Petrem Téglem, Ph.D.) a spoluautor velký komentář k novému občanskému zákoníku (Leges).



JUDr. Tomáš Holčapek, Ph.D.

Absolvent Právnické fakulty a Fakulty sociálních věd Univerzity Karlovy v Praze. Studoval též na Cardiff Law School, University of Wales. Působí jako advokát v Praze. Je členem Centra zdravotnického práva Právnické fakulty Univerzity Karlovy v Praze a pravidelně přednáší jak na ní, tak i na 2. lékařské fakultě téže univerzity. Je autorem či spoluautorem odborných knih a článků zaměřených mimo jiné na občanské soudní řízení a na medicínskoprávní problematiku, z knih například Informovaný souhlas (s P. Šustkem, 2007), Dokazování v medicínskoprávních sporech (2011), Občanský zákoník – komentář, svazek I (v kolektivu autorů, 2014).

JUDr. Petr Šustek, Ph.D.



Jmenovaný se dlouhodobě zabývá zdravotnickým právem. Je spoluautorem monografie Informovaný souhlas (WoltersKluwer, 2007). Přednáší v rámci odborných konferencí po celé ČR a reprezentoval ČR i na mezinárodních kolokviích na návrh Ministerstva zdravotnictví ČR. Je odborným asistentem na Katedře občanského práva Právnické fakulty Univerzity Karlovy v Praze a rovněž koordinátor Centra zdravotnického práva na téže fakultě. Přednáší zdravotnické právo také na 3. LF UK v Praze, 2. LF UK v Praze a na Právnické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Je členem poradního kolegia ministra zdravotnictví ČR pro medicínské právo a zároveň člen rozkladové komise Ministerstva zdravotnictví ČR. Působí v advokacii a je partnerem advokátní kanceláře nesoucí jeho jméno. Je členem Legislativní rady vlády České republiky.



JUDr. Miroslav Růžička, Ph.D.

Působí od listopadu 1999 jako ředitel analytického a legislativního odboru Nejvyššího státního zastupitelství. Je členem redakční rady časopisů Právní rádce, Trestněprávní revue a Státní zastupitelství a dále je členem vědecké rady Právnické fakulty Masarykovy univerzity v Brně a členem trestní komise Legislativní rady vlády.



doc. JUDr. Filip Křepelka, Ph.D.

Vyučující práva Evropské unie, práva světové hospodářské integrace a zdravotnického práva na Masarykově univerzitě v Brně. Zabývá se dlouhodobě především problematikou jazykového režimu v Evropské unii liberalizace služeb v evropském a světovém měřítku a evropskou integrací zdravotnictví.

JUDr. et.PhDr. Stanislav Balík



Ukončil Právnickou fakultu Univerzity Karlovy v roce 1979, v roce 1981 absolvoval obor archivnictví na Filosofické fakultě téže univerzity. Doktorem práv se stal v roce 1983, doktorem filosofie o tři roky později. Stanislav Balík pracoval do roku 1989 jako podnikový právník, poté se věnoval advokacii. Jako samostatný advokát působil od roku 1990. V roce 1994 se stal náhradníkem představenstva ČAK, v roce 1999 jejím prvním místopředsedou a v roce 2002 byl zvolen předsedou. V letech 2002–2003 zastupoval českou advokacii v Radě evropských advokátních komor. V roce 2003 se stal nositelem stříbrné Randovy medaile. Od roku 1996 působí na katedře právních dějin PF ZČU, přednáší i na Právnické fakultě MU a Právnické fakultě UP. Stanislav Balík hojně publikuje a je autorem a spoluautorem řady učebnic a článků v odborných časopisech. Byl vedoucím autorského kolektivu monografie "Dějiny advokacie v Čechách, na Moravě a ve Slezsku" (2009), vydané též v anglické verzi "History of the Legal Profession in Bohemia, Moravia and Silesia" (2010). Působí také v redakčních radách časopisů Bulletin advokacie, Historický obzor a časopisu pro právní vědu a praxi Journal on European History of Law. Soudcem Ústavního soudu České republiky byl jmenován prezidentem Václavem Klausem dne 26. května 2004. Po ukončení mandátu Ústavního soudce České republiky bude od 1.9.2014 působit jako právník v Praze. Nikdy nebyl členem žádné politické strany.

Mgr. Radomíra Jahodářová



Je absolventkou Právnické fakulty Univerzity J. E. Purkyně v Brně. V posledních letech zastávala pozici náměstkyně pro právní vztahy a personalistiku ve Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně. V současné době působí ve Všeobecné zdravotní pojišťovně jako náměstkyně ředitele pro právní vztahy a legislativu.

JUDr. Ladislav Švec



Je absolventem Právnické fakulty Karlovy univerzity v Praze ukončena. Rigorózní zkoušku složil v roce 2008. V letech 1991 – 2001 působil na Ministerstvu zdravotnictví na Mezinárodním odboru. Od roku 2002 do roku 2013 byl ředitelem CMU, národního kontaktního orgánu ČR pro oblast zdravotní péče. Publikační činnosti se věnoval v Manuál provádění koordinačního práva EU, Průvodce po EU – zdravotní péče v zemích EU, EHP a Švýcarska, CMU a Sociální zabezpečení osob migrujících mezi státy EU, Beck, (2. aktualizované vydání 2012).

JUDr. Jaroslav Blatný



Působí ve Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky jako vedoucí Oddělení právních služeb Právního úseku Ústředí. Je absolventem Právnické fakulty Masarykovy univerzity v Brně, kde absolvoval i rigorózní řízení s obhajobou práce „Právní vztahy mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb v systému veřejného zdravotního pojištění“. Věnuje se přednáškové činnosti v oblasti zdravotnického práva. Je odborným garantem pravidelně pořádané konference zdravotnického práva „Lidé, zdravotnictví a právo“.

Mgr. Eliška Dvořáková



Je absolventkou právnické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, kterou dokončila v roce 2007. V letech 2007 a 2008 studovala na právnické fakultě University de La Rochelle ve Francii, obor Evropské teritoriální právo, specializace právo hospodářské a veřejné politiky. V roce 2008 absolvovala stáž v Evropské komisi v rámci právního oddělení Úřadu pro spolupráci a pomoc EuropeAid („Financial and Contractual Matters and Legal Affairs“). Ve Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky je zaměstnána od roku 2009, nyní jako vedoucí Oddělení mezinárodně právního, zařazeného na Právním úseku Ústředí.



Mgr. Petra Vopatová

V roce 2005 absolvovala Právnickou fakultu Univerzity Karlovy v Praze. Poté pracovala v Českém helsinském výboru na projektu zaměřeném na integraci cizinců a následně působila v advokacii. V roce 2013 složila advokátní zkoušku. Od roku 2014 působí ve Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky v Oddělení právních služeb Právního úseku Ústředí.



Mgr. Karel Kvasnička

Absolvoval Právnickou fakultu Univerzity Karlovy v Praze. Od roku 2000 je zaměstnán ve Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR. Vedl právní oddělení regionální pobočky v Plzni se zaměřením na všechny oblasti práva, které s sebou přináší každodenní praxe zdravotní pojišťovny. Následně se stal ředitelem právního odboru Ústředí VZP, kam spadá řešení otázek zejména zdravotnického práva a právních vztahů s mezinárodním prvkem.



Mgr. Michaela Lavičková

Je absolventkou Právnické fakulty Plzeňské univerzity a Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. V letech 2009 až 2013 byla členkou Mezirezortní pracovní skupiny pro prevenci dětských úrazů při Ministerstvu zdravotnictví ČR. Ve Všeobecné zdravotní pojišťovně pracuje od roku 2011, od roku 2012 pak jako vedoucí právního oddělení Regionální pobočky Plzeň, pobočky pro Jihočeský, Karlovarský a Plzeňský kraj.



Mgr. Sylva Štěrbová

Vystudovala Právnickou fakultu Univerzity Palackého v Olomouci, kde pokračuje v doktorském studiu na katedře Ústavního práva. V diplomové práci se zabývala problematikou očkování a v disertační práci v tématu zdravotnického práva pokračuje.

Některé otázky odpovědnosti v souvislosti s poskytováním zdravotní péče

JUDr. Filip Melzer, Ph.D., LL.M.

Obsahem mého příspěvku by měl být zejména rozbor nejvýznamnějších změn, které přinesla úprava nového občanského zákoníku ohledně předpokladů odpovědnosti za škodu. Nová právní úprava rozlišuje smluvní a deliktní odpovědnost, tj. odpovědnost za porušení smlouvy na straně jedné a za porušení zákonného povinnosti na straně druhé. Jak zařadit jednání non lege artis při poskytování zdravotní péče? Jaké praktické důsledky má zařazení do jedné, nebo druhé skupiny? Příspěvek se dále zaměří na nově upravenou odpovědnost za škodu způsobenou věcí a odpovědnost za škodu z provozní činnosti. Konečně se bude zabývat i zvláštní odpovědností za škodu způsobenou informací nebo radou, který nový občanský zákoník opět výslovně upravuje, neboť má též zásadní dopad do poskytování zdravotní péče.

Náhrada újmy ve zdravotnictví – prokazování předpokladů odpovědnosti za způsobení újmy při poskytování zdravotních služeb

JUDr. Tomáš Holčapek, Ph.D.

Přednáška rozvíjí téma odpovědnosti za způsobení újmy nesprávným poskytnutím zdravotních služeb, a to především z hlediska uplatnění takové odpovědnosti v rámci občanského soudního řízení. Předmětem je dokazování jednotlivých předpokladů pro vznik odpovědnosti, zejména protiprávního jednání a příčinné souvislosti mezi ním a následkem. Diskutována je i situace, kdy chybí či je nesprávná zdravotnická dokumentace, a její vliv na možný výsledek soudního sporu. V přednášce se zmiňují i různorodé přístupy právních řádů jiných zemí k usnadnění břemene prokázání předpokladů odpovědnosti poškozeným pacientem a možné inspirace pro český právní řád

Smlouva o péči o zdraví dle občanského zákoníku ve vztahu k zákonu o zdravotních službách

JUDr. Petr Šustek, Ph.D.

Obsahem příspěvku je komplexní vysvětlení vztahu lékař – pacient podle občanského zákoníku č. 89/2012 Sb., a to i v návaznosti na speciální zdravotnické předpisy, zejména na zákon o zdravotních službách. Bude vysvětlena podstata a význam smlouvy o péči o zdraví a zdůrazněn rozdíl v odpovědnosti za porušení zákona a v odpovědnosti za porušení smlouvy. Pozornost bude věnována také základním smluvním povinnostem poskytovatele zdravotních služeb, zvláště pak povinnosti postupovat s „péčí řádného odborníka, a to i v souladu s pravidly svého oboru“.

JUDr. Miroslav Růžička, Ph.D.

Příspěvek „Trestné činy ve zdravotnictví a povinná mlčenlivost ve zdravotnictví“ se zaměřuje na tematiku trestných činů páchaných ve zdravotnictví, jejich zvláštnosti a zejména pak na otázky spojené se zaviněním, tedy nedbalostí a hrubou nedbalostí. Dále se věnuje velice komplikovanému souboru problémů spojených s povinností mlčenlivosti ve zdravotnictví po přijetí nových zdravotnických zákonů a jmenovitě nabytí účinnosti zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Jde o zprostředkování pohledu na danou tematiku (trestných činů ve zdravotnictví i povinné mlčenlivosti) z hlediska jejího posuzování orgány činnými v trestním řízení a především státním zastupitelstvím.

Právní nástroje řízení nákladů ve zdravotnictví ve sjednocující se Evropě

Doc. JUDr. Filip Křepelka, Ph.D., Masarykova univerzita, Brno

Soustavy veřejného financování zdravotnictví kdekoli ve světě nedokáží platit jakoukoli zdravotní péči, kterou by chtěli pacienti-pojištěnci a politici dostat a nemocnice a další poskytovatelé zdravotní péče poskytovat z hlediska jak úrovně péče, tak odměn zdravotnických pracovníků. Zdroje jsou omezené. Státy a jejich úřady, agentury, veřejné fondy či pokladny proto plánují zdravotní péči obyvatelstvu různými nástroji. Tyto nástroje vyplývají z modelu organizace a financování zdravotnictví příslušného státu: národní zdravotní služby, monopolních fondů kontraktujících péči, konkurujících si pokladen kontraktujících péči či fondů a pokladen péči propílačející. Používá se například cenová regulace zdravotnických služeb a zboží (léčiv), vytváření sítí poskytovatelů, placení podle diagnóz namísto zákroků, ocenění výsledků zdravotní péče,

schvalovací postupy pro přidělování, ale také stropy hrazení péče poskytované určitým poskytovatelem. Uvažuje se v rostoucí míře o přínosnosti jednotlivých druhů zdravotní péče obecně a ve vztahu k jednotlivým pacientům.

Přesto výdaje na zdravotní péči všude ve vyspělém světě rostou, leckde představují více jak 10% HDP. Za příčiny se považuje leccos, mimo jiné stárnutí obyvatelstva, rychlá modernizace medicínských metod a technologií, růst očekávání pacientů, ale také nemožnost automatizace jako v jiných odvětvích. Plánování přesto nelze považovat za neúspěšné či zbytečné, protože nárůst výdajů mírní.

Ve světě lze pozorovat tendence, které toto plánování činí daleko složitější než dříve. Během 20. století se ve vyspělých zemích veřejné financování zdravotnictví převládlo, nicméně stát a jeho politické a odborné elity určovaly míru dostupnosti péče a pacienti ji přijímali bez účinných námitek. Nyní se to mění. Na straně pacientů-pojištěnců roste připravenost – daná novými informačními zdroji stejně jako rozmachem právních služeb a působením lidskoprávního aktivismu – žádat jednotlivě či skupinově o dodatečné či nepředpokládané financování od institucí veřejného financování. Rozmáhá se rovněž soudní přezkum. Přitom lze stále úspěšněji argumentovat základními právy a antidiskriminačními opatřeními. Ze strany poskytovatelů zdravotní péče už nejde jenom o tlak zdravotnických pracovníků na udržení a zvýšení mezd, ale také komerční a politické zájmy. Argumentuje se právy na ochranu hospodářské soutěže či ochranou investic. Značný je tlak výrobců zdravotnického materiálu, zejména léčiv. Do hry přitom vstupuje rovněž ochrana práv duševního vlastnictví. Plánování v souvislosti se zabezpečováním zdravotní péče se stává ve stále větší míře politickou záležitostí na úrovni celostátní stejně jako oblastní a místní. Zmínit je potřeba též internacionalizaci a zejména europeizaci zdravotnictví. Aktivistická judikatura Soudního dvora a legislativní uvolnění prostřednictvím patientské přeshraniční směrnice dokáže výrazně ztížit plánování zdravotní péče.

České veřejné financování zdravotnictví odráží zásadní společenské, politické a hospodářské změny posledních pětadvaceti let. Na jedné straně zde byla částečná privatizace a dalekosáhlá komercializace včetně. Změny zásadně dopadly na zdravotnické pracovníky jako profesní skupinu. Na druhé straně je zájem podstatné části obyvatelstva na zachování dostupné péče zdarma, odrážející se ve ztroskotání dalších liberalizačních záměrů. Do toho vstoupila rychlá modernizace zdravotnickým metod a technologií. Zvolený model financování konkurujícími si veřejnými zdravotními pojišťovnami, které obstarávají zdravotní péči pojištěncům u nasmlouvaných nemocnic a dalších poskytovatelů zdravotní péče, posloužil nejlépe vyrovnávání těchto změn a tlaků. Tento model nicméně postupně upadá. Prvky kolektivního vyjednávání se vytratily. Stát vše reguluje stále složitějšími nástroji. Od placení za jednotlivé zákroky jsme se dostali přes nejrůznější další paušály ke stropům objemu hrazené péče a dalším limitům až k bonusům za různá plnění a koeficientům specializace. Tlaky jednotlivých zájmových skupin pochopitelně nevymizely. Český stát je v

mnoha ohledech nedostatečně pozorný a pružný při sledování obtíží a stanovování pravidel a důrazný při prosazování skutečně zásadních požadavků.

Výše připomenuté tendence se zpožděním a proto zrychleně nyní přicházejí též do českého zdravotnictví. Do přidělování a plánování začínají promlouvat patientské organizace. Lze očekávat, že soudy budou řešit spory ohledně financování v malém jak z podnětu pacientů, tak poskytovatelů a dodavatelů souvisejících vstupů. Vícekrát se už před vrcholnými soudy řešily politické konflikty týkající se plánování. Důraznost jejich zásahu narůstá (pochybnosti Ústavního soudu o úhradových vyhláškách). Dosud se jenom postupně projevují účinky nových právních úprav, které vesměs přišly s evropskou a mezinárodní integrací. Domácí zdravotní péče zůstává jako trh z různých příčin uzavřená vůči cizině, lze však pozorovat první průlomy.

Právní rámec plánování a přidělování zdravotní péče – v tuzemsku tedy zejména zákonné a podzákonné působení státu ve spojení se smluvní politikou veřejných zdravotních pojišťoven - si tak začíná žádat srovnatelnou pozornost jako vztahy mezi pacientem a poskytovatelem zdravotní péče či úprava jednotlivých citlivých zdravotnických zákroků.

Zamyšlení nad judikaturou Ústavního soudu ve věcech zdravotnictví

JUDr. et.PhDr. Stanislav Balík

Příspěvek je pokusem o ucelenou analýzu dosavadních rozhodnutí Ústavního soudu ČR, dotýkajících se zdravotnictví.

Pozornost je v první řadě v obecné rovině věnována hledání odpovědi na otázku, zda a proč by měl být v této oblasti rovněž uplatněn princip minimalizace zásahu, či zda se jedná o problematiku natolik specifickou, aby mohl být akceptovatelný soudní aktivismus.

Autor po stručném přehledu plenárních nálezů Ústavního soudu ve věcech zdravotnictví představuje nosné důvody těchto nálezů a argumentaci odlišných stanovisek disentujících soudců. Nálezy jsou rozlišeny podle toho, zda jejich výrok byl zamítavý či derogační, v druhém případě podle toho, zda k derogaci napadeného právního předpisu došlo z důvodů formálních či materiálních.

Příspěvek se zamýšlí nad okruhem navrhovatelů v řízeních o kontrole norem ve věcech zdravotnictví, názorovou konzistentností soudců Ústavního soudu, dobovou předvídatelností jejich způsobu hlasování a

názorovým posunem pléna Ústavního soudu jako celku.

Judikatura Ústavního soudu ve věcech zdravotnictví je pak vsazena do širšího rámce rozhodování Ústavního soudu, přičemž autor akcentuje především některé Ústavním soudem v jiných plenárních rozhodnutích vyslovené právní věty, na něž by nemělo být zapomenuto v případných budoucích řízeních o návrzích na zrušení právních předpisů ve věcech zdravotnictví.

Autor, který se ve druhé dekádě Ústavního soudu ČR osobně účastnil rozhodování v těchto věcech, přibližuje své postoje a zkušenosti a zamýšlí se nad dopadem nálezů Ústavního soudu ve společnosti.

Obtíže právní úpravy smluvních závazkových vztahů mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb

JUDr. Jaroslav Blatný

Přednáška se bude věnovat charakteristice smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb a její problematické existenci na pomezí soukromého a veřejného práva. Rozboru bude podrobeno dohodovací řízení, předcházející vydání vyhlášky o rámcových smlouvách, a to včetně ústavněprávních konsekvencí. Pozornost bude dále zaměřena na konkrétní (jak teoretické, tak praktické) obtíže, plynoucí z právní úpravy smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb a na problematické zakotvení tzv. zvláštní smlouvy podle § 17a zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. Závěr přednášky bude věnován úvahám de lege ferenda.

Legislativa v oblasti veřejného zdravotního pojištění pohledem zdravotní pojišťovny

Mgr. Radomíra Jahodářová

Důsledky transpozice směrnice o právech pacientů z hlediska ČR a EU

JUDr. Ladislav Švec

Od roku 2013 probíhala ve státech EU transpozice Směrnice o uplatňování práv pacientů při přeshraniční zdravotní péči. Jde o předpis, který doplnil desítky let existující a fungující evropský systém koordinace sociálního zabezpečení, v jehož rámci čerpá ročně přeshraniční zdravotní péči na účet veřejných zdravotních pojišťoven více než deset milionů Evropanů. Vznik samostatné směrnice, tedy dalšího právního předpisu, řešícího nároky ze zdravotního pojištění, byl zdůvodňován jiným právním základem a jeho vazbou na princip volného pohybu služeb ve smyslu judikatury ESD.

Dle očekávání se obsah a rozsah transpozice v jednotlivých státech liší. V některých státech proběhla transpozice aktivistickým přístupem, zakládajícím nová práva a povinnosti, vytvářejícím nové instituce a dotýkajícím se i provádění přímo aplikovatelných nařízení EU. V jiných byla transpozice spíše minimalistická, odkazující na již existující ustanovení a instituce. Obsah transpozice se věcně lišil zejména dle toho, zda státy ponechaly zdravotním pojišťovnám u vymezených zdravotních služeb možnost trvat na požadavku předchozího schválení pro refundaci nákladů. Většina států k tomuto ochrannému opatření přistoupila, několik málo států se rozhodlo svůj systém veřejného zdravotního pojištění zcela otevřít.

V této souvislosti je zajímavé srovnání obsahu transpozice některých států s transpozicí českou. Česká transpozice na rozdíl od sousedních států nezavádí podmínku předchozí autorizace pro vznik nároku na refundaci nákladů plánované péče. Přestože připouští potenciální zavedení podmínky nařízením vlády v budoucnu, de facto takovou možnost významně omezuje. Podmínka by totiž mohla být uplatněna pouze vůči službám, uvedeným v dalším specifickém nařízení vlády o časové dostupnosti, což je řešení velmi specifické.

V ostatních státech byl přístup k transpozici rozdílný. Od německého zachování faktického stavu, spočívajícího v zachování podmínky předchozího souhlasu u nemocniční péče, po vytvoření mnohastránkového seznamu zdravotních služeb, podmíněných předchozí autorizací a vydaných ve formě vyhlášky na Slovensku. Některé státy, jako např. Polsko, stále transpozici neprovedly.

Praktické provádění transponované Směrnice každopádně povede k dalším sporům a interpretačním nejasnostem. U nás, stejně jako v jiných státech i na úrovni evropských institucí. Některé otázky jsou obecného charakteru a vyplývají z rozdílných představ o tom, co vlastně směrnice řeší a má řešit, umožňují a má umožňovat. Tato ideologická rozdílnost se přitom projevovala už při sjednávání směrnice mezi zástupci jednotlivých států, Evropské komise a Evropského parlamentu, resp. jeho frakcí. Zjednodušeně řečeno jde o rozsah práv a nároků, která mají být směrnici řešena. Zatímco dle názoru části subjektů (včetně zástupců ČR), měla směrnice v zásadě pouze přiznat nároky na plnění z veřejného zdravotního pojištění, vyplývající ze základní Smlouvy o EU, jiné subjekty, zejména v rámci EP, prosazovaly směrnici jako zdroj šířeji definovaných práv, často sporné a neurčité povahy. Z tohoto mixu představ vyplývá i nevyváženost textu směrnice, která je relativně přesná v tom, co mělo být její podstatou, která ale obsahuje řadu ustanovení, o jejichž právním významu lze pochybovat, které si mohou protičeřit a které mohou jít nad rámec původního cíle, smyslu a právního základu směrnice.

Z těchto obecných sporných témat lze zmínit například použitelnost pravidel o nároku na refundaci i na péči, nebo zboží, předepsané v jednom státě, ale reálně poskytnuté na území státu pojištění, nebo ne zcela zřejmé postavení pacienta ve vztahu k zdravotnickému zařízení. Společným praktickým problémem je obtížná kalkulace refundovatelných nákladů, která logicky vyplývá z odlišnosti vykazování poskytnutých služeb mezi státem léčení a státem pojištění stejně tak jako z různých způsobů a výší úhrady stejné služby v

rámci státu pojištění.

Důsledky transpozice v jednotlivých státech vidíme v několika rovinách.

Na celoevropské úrovni lze očekávat tlak ze strany EK na provedení dalších legislativních změn ve státech, s jejichž transpozicí nebude EK spokojena. V rámci tohoto tlaku očekávám otevření výše zmíněných základních otázek původního účelu a smyslu směrnice, který může být vnímán jinak úředníky EU, poslanci EP a odborníky členských států. Tento střet se bude týkat i české interpretace a jde v něm mimo jiné i o míru garantované státní nezávislosti, pokud jde o organizaci vlastního systému veřejného zdravotního pojištění.

Souběžně lze v návaznosti na první sporné případy očekávat další judikaturu SD EU k dané oblasti.

V rámci EK jsou a budou propagovány a vytvářeny projekty za účelem odstranění praktických překážek. Evropská komise takto podporuje např. projekt vytvoření společné evropské faktury, společného předpisu, vytváří modely fungování národních kontaktních míst, vzorové webové stránky a podobně. Přínos těchto projektů považuji spíše za problematický.

Na úrovni národních států bude důsledkem transpozice další komercializace přeshraničních zdravotních služeb a vytváření pojistných produktů a služeb, které s ní souvisí. Souběžně vnímáme aktivní přístup některých zdravotnických zařízení a municipalit (zejména v pohraničí) k přilákání klientely ze zahraničí, včetně ochoty přizpůsobit ceny služeb a jejich vykazování podmínkám států pojištění. Dále dochází k podstatnému zvýšení informovanosti pacientů o existenci a možnostech přeshraničního čerpání zdravotní péče. Nezanedbatelným důsledkem transpozice je na národní úrovni některých států významné zvýšení administrativní náročnosti zavedením režimu správního řízení do refundační procedury. Se zvýšením počtu případů a současnou formalizací procesu souvisí i zvýšení počtu sporů mezi pojištěnci a jejich zdravotními pojišťovnami. Ad absurdum pak může aplikace nových pravidel vést v některých situacích i ke snížení standardu pojištěnců v porovnání se situací před transpozicí (menší využití výhodnějších nařízení EU, překážky vyplývající z formalizace procesů ad).

Všechny výše naznačené konkrétní důsledky lze vidět i na úrovni našeho státu. Typická je pro nás větší pasivita na straně zdravotnických zařízení, malá veřejná podpora komerčního využití nových možností pro české poskytovatele a naprostá otevřenost českého systému zdravotního pojištění, který je jako jediný ze středoevropských systémů povinen nahradit náklady jakékoliv hrazené péče, poskytnuté v jiném členském státě. Z věcného a výkladového hlediska bude pro ČR významná další diskuse, případně judikatura o výše naznačených systémově sporných otázkách. Jde například o přístup k případům, kdy je péče/lék předepsán mimo stát pojištění a poskytnut ve státě pojištění, kde by zavedení nároku na refundaci vedlo k částečnému

odstranění překážek čerpání péče u nesmluvních poskytovatelů. Důsledkem transpozice může být v budoucnu i mnou preferovaný způsob zajištění péče v konkrétních příhraničních regionech s malou dostupností přímým nasmlouváním zahraničních zdravotnických zařízení.

Pokud jde o finanční důsledky transpozice na úrovni EU a ČR, nejsou přirozeně prozatím zcela vypovídající. Relevantnější údaje budeme mít po několika letech od transpozice. Známý jsou pouze předběžné údaje za Česko a období od dubna 2014. Finanční rozsah důsledků závisí především na tom, zda se v oblasti přehraniční péče podaří komerčním subjektům vytvořit prostředí pro obchodní využití ve větším rozsahu.

Směrnice a její transpozice je na jedné straně pozitivním příspěvkem k mobilitě služeb, poskytovaných zdravotnickými zařízeními, která může pro některá z nich představovat ekonomický přínos. Jistě představuje i zvýšení úrovně nároků a možností pojištěnců. Na druhé straně pro instituce dotčených států představuje často těžko řešitelnou výzvu a reálnou (byť objemově omezenou) ztrátu kontroly nad kvalitou a financováním péče. Původního smyslu směrnice (přiznání nároku na refundaci) bylo každopádně možné dosáhnout podstatně subtilnějším a přesnějším způsobem, např. drobným doplněním platných koordinačních nařízení. Vzhledem ke způsobu a obsahu provedení je tak směrnice a její transpozice příkladem širšího proudu evropského myšlení, které mění naše kulturní, právní a ekonomické prostředí směrem k větší regulaci a menší přehlednosti.

PÍSEMNÉ KONFERENCEČNÍ PŘÍSPĚVKY

O jedné velmi zvláštní smlouvě

JUDr. Jaroslav Blatný

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZVZP“), umožnil od roku 2007 poskytovat jako hrazené zdravotní služby i ošetrovatelskou péči pojištěncům umístěným v zařízeních sociálních služeb poskytujících pobytové sociální služby (dále rovněž „pobytová zařízení sociálních služeb“ nebo „PZSS“). Motivaci k zařazení ošetrovatelské péče mezi hrazené služby lze pochopit, neboť tím došlo k rozšíření komfortu a přístupu k hrazeným zdravotním službám pro pojištěnce, resp. klienty PZSS, kteří s ohledem na svůj zdravotní stav mohli mít obtížnější podmínky při jejich čerpání mimo PZSS. Způsob, jakým byla ošetrovatelská péče v PZSS zařazena mezi hrazené služby, však nebyl příliš šťastný a lze na něm demonstrovat celou řadu právních problémů, které mohou vzniknout v důsledku nepředvídatelné legislativní práce.

Právní úprava, věnující se ošetrovatelské péči v PZSS, jako hrazené službě, je fakticky obsažena jen ve dvou ustanoveních ZVZP. Prvním je § 22 písm. e) ZVZP, z něž vyplývá, že ošetrovatelská péče poskytovaná na

základě ordinace ošetřujícího lékaře¹ pojištěncům umístěným v PZSS odborně způsobilými zaměstnanci těchto zařízení, je hrazenou službou jako tzv. zvláštní ambulantní péče za předpokladu, že PZSS uzavřou zvláštní smlouvu s příslušnou zdravotní pojišťovnou podle § 17a ZVZP.² Druhým ustanovením je pak právě § 17a ZVZP, z něhož plyne, že mezi zdravotními pojišťovnami a PZSS jsou uzavírány zvláštní smlouvy, kdy zdravotní pojišťovna zvláštní smlouvu uzavře, pokud o to PZSS požádá a prokáže splnění odborných personálních předpokladů.³ Právě § 17a ZVZP nutně vyvolá první otázku, plynoucí z problematiky právní úpravy, a to otázku, zda zákonodárce zamýšlel dosáhnout zakotvení kontraktační povinnosti pro zdravotní pojišťovny. V dalším textu bude pozornost věnována takto nastolené otázce a dalším souvisejícím problémům, které s sebou zodpovězení této otázky přinese.

Ještě před tím se však bude vhodné krátce zabývat posouzením povahy právních vztahů, vznikajících na základě zvláštních smluv. V rámci takového posouzení je možné porovnat právní úpravu zvláštních smluv a smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb, uzavíraných mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb. Už při prvotním srovnání § 17 odst. 1, který upravuje smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb a § 17a, týkajícího se zvláštní smlouvy, je zřejmé, že oba smluvní typy vychází z obdobných principů. Obě smlouvy mají za cíl zajistit „věcné plnění“ při poskytování hrazených služeb, pouze zvláštní smlouva je ve „věcném plnění“ omezena jen na ošetrovatelskou péči pojištěncům umístěným v PZSS. Objektem obou smluv je tak zajištění hrazených zdravotních služeb pojištěncům zdravotních pojišťoven a úhrada poskytovatelům zdravotních služeb nebo PZSS, kteří hrazené zdravotní služby poskytnou. Obdobné jsou rovněž subjekty těchto smluvních závazkových vztahů – tedy zdravotní pojišťovny na straně jedné a subjekty, poskytující hrazené zdravotní služby, na straně druhé. Obě smlouvy jsou si tedy svými prvky a fungováním v systému veřejného zdravotního pojištění velmi blízké. Pokud pak bylo v minulosti

¹Obecně pak plyne oprávnění poskytovat hrazenou službu jinými zdravotnickými pracovníky než lékaři pouze na základě indikace ošetřujícího lékaře pojištěnce z § 18 ZVZP.

²Znění § 22 písm. e) je: Hrazenými službami je i zvláštní ambulantní péče poskytovaná pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně, smyslově nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci a paliativní péče, poskytovaná pojištěncům v terminálním stavu, v jejich vlastním sociálním prostředí; tato péče se poskytuje jako (...) e) ošetrovatelská péče poskytovaná na základě ordinace ošetřujícího lékaře pojištěncům umístěným v zařízeních pobytových sociálních služeb odborně způsobilými zaměstnanci těchto zařízení, pokud k tomu poskytovatelé pobytových sociálních služeb uzavřou zvláštní smlouvu s příslušnou zdravotní pojišťovnou podle § 17a.

³Znění § 17a je: Za účelem zajištění věcného plnění při poskytování ošetrovatelské péče pojištěncům umístěným v zařízeních sociálních služeb poskytujících pobytové sociální služby uzavírají Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky a ostatní zdravotní pojišťovny zřízené podle zvláštního zákona zvláštní smlouvy s poskytovateli sociálních služeb. Příslušná zdravotní pojišťovna zvláštní smlouvu uzavře, pokud o to poskytovatel sociálních služeb požádá a současně prokáže, že ošetrovatelská péče bude poskytována zdravotnickými pracovníky poskytovatele sociálních služeb, kteří jsou způsobilí k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštních právních předpisů.

již mnohokrát judikováno⁴, že smlouva o poskytování a úhradě hrazených služeb je soukromoprávní vztahem, pak zřejmě není důvod se domnívat, že pro zvláštní smlouvu by měl platit jiný závěr, a to i přes její velmi strohou a otázky vyvolávající právní úpravu. I pro právní vztahy, vznikající na základě zvláštní smlouvy, platí, že zde absduje právní závislost smluvních stran, existuje zde autonomie vůle směrem k uzavření smlouvy a volbě smluvního partnera (byť s limity, jak bude dále uvedeno) a přehlédnout nelze ani existenci autonomie vůle, směřující k volbě obsahu smlouvy, u níž lze dokonce uvažovat o jejich rozsáhlejších dopadech, než je tomu u významně regulovaného obsahu smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb.

Smluvní přímus? Ano, či ne?

Smluvní přímus, nebo také kontraktační povinnost, stanoví vždy někomu povinnost k uzavření smlouvy. Tím dochází ke značnému omezení autonomie vůle, které by mělo být vždy odůvodněno povahou smluvního vztahu, resp. účelem, jakého má být existenci smluvního vztahu dosaženo. Stranou v tuto chvíli bude ponechán smluvní přímus, který je založen dohodou smluvních stran na základě smlouvy o smlouvě budoucí⁵. Pozornost bude dále věnována zákonnému smluvnímu přímusu, tedy povinnosti uzavřít smlouvu, plynoucí přímo ze zákona. V praxi nejsou případy existence zákonného smluvního přímusu až tak neobvyklé – zmínit je možné např. povinnost poskytovatele zdravotních služeb uzavřít smlouvu s pacientem⁶, povinnost vlastníka vozidla uzavřít smlouvu o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou provozem vozidla nebo předkupní právo. V systému veřejného zdravotního pojištění je možné nalézt několik případů, které se v určitých rysech kontraktační povinnosti blíží, jako je například povinnost zdravotních pojištěnec uhradit poskytnutou neodkladnou péči i poskytovateli zdravotních služeb, s nímž jinak nemá zdravotní pojišťovna uzavřít smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb, jejímž vzniku předcházela povinnost poskytovatele zdravotních služeb neodkladnou péči poskytnout, nebo povinnost zdravotních pojištěnec uhradit léčivé přípravky a zdravotnické prostředky poskytovatelům lékárenské péče.⁷

⁴ Usnesení Ústavního soudu ze dne 27. 1. 1999, sp. zn. I ÚS 247/98. Dále lze zmínit rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 2. 10. 2004, sp. zn. 29 Odo 405/2003, který rovněž posoudil smluvní vztah mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením jako vztah soukromoprávní, popř. rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 25. 1. 2006, sp. zn. 32 Odo 518/2005. Blíže např. BLATNÝ, Jaroslav: Zamyšlení nejen nad smlouvou o poskytování a úhradě hrazených služeb. Konference zdravotnického práva – Lidé zdravotnictví a právo, 2013, 3. ročník, Sborník: s. 25 – 34. Dostupné z: <http://www.vzpkonference.cz/dok/sbornik2013.pdf>

⁵ Smluvní přímus založený dohodou je upraven v § 1785 až 1788 OZ.

⁶ Blíže POLICAR, Radek: Smluvní přímus poskytovatelů zdravotních služeb. Časopis zdravotnického práva a bioetiky, Ročník 2012, č. 2, s. 26 – 31. Dostupné z: <http://www.ilaw.cas.cz/medlawjournal/index.php/medlawjournal/article/view/30/37>

⁷ Viz § 40 odst. 2 ZVZP.

V těchto případech však fakticky nedochází k uzavření smlouvy, i když obsah takto vzniklého závazkového vztahu může být v mnoha ohledech smluvnímu závazkovému vztahu podobný.

Jinak je tomu však u právních vztahů, vznikajících podle § 17a ZVZP mezi zdravotními pojišťovnami a PZSS. ZVZP zde totiž přímo předpokládá uzavření zvláštní smlouvy. Současně se zde stanoví, že „příslušná zdravotní pojišťovna zvláštní smlouvu uzavře, pokud o to poskytovatel sociálních služeb požádá (...)“. Z důvodu tohoto ustanovení tedy nejspíše plyne pravidlo, že zdravotní pojišťovna je povinna na výzvu PZSS uzavřít smlouvu a má tedy ve prospěch PZSS kontraktační povinnost. Jediným limitem pro uzavření smlouvy, který přímo plyne z § 17a ZVZP, je splnění odborných personálních předpokladů ze strany PZSS. Tím se však právní úprava zvláštní smlouvy, uzavírané mezi zdravotními pojišťovnami a PZSS, do značné míry vyčerpává. ZVZP pro zvláštní smlouvu nepočítá s detailnější úpravou smluvního typu, jako je tomu u smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb, který je částečně upraven v § 17 odst. 1 a 2 ZVZP a především pak v tzv. rámcových smlouvách, které jsou ve formě vyhlášky vydávány Ministerstvem zdravotnictví na základě zmocnění v § 17 odst. 2 ZVZP. Stejně tak není žádným způsobem upraven způsob tvorby cen zdravotních služeb, poskytovaných PZSS, neboť tzv. úhradové vyhlášky, k jejichž vydávání je na základě § 17 odst. 5 ZVZP zmocněno Ministerstvo zdravotnictví, se vztahují pouze na poskytovatele zdravotních služeb, což je kategorie, do které PZSS nespádají.⁸

Tento stav je generátorem řady otázek, z nichž lze zmínit např.: Do kdy musí zdravotní pojišťovna smlouvu uzavřít? Jak bude postupováno v případě, kdy zdravotní pojišťovna odmítne uzavření smlouvy? Platí stále smluvní přímus i po jednostranném ukončení zvláštní smlouvy výpovědí ze strany zdravotní pojišťovny podané pro porušení smlouvy PZSS? Jak bude určena cena zdravotních služeb v případě, kdy se na ní smluvní strany nedohodnou?

Uzavření zvláštní smlouvy a její obsah

ZVZP neupravuje okamžik, k jakému má být zvláštní smlouva uzavřena a neupravuje ani obsah žádosti, kterou PZSS o uzavření zvláštní smlouvy požádá. Zákonná kontraktační povinnost není upravena ani žádným

⁸Podle § 2 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZS“), se poskytovatelem zdravotních služeb rozumí fyzická nebo právnická osoba, která má oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle tohoto zákona. PZSS však mohou v souladu s § 11 odst. 2 písm. b) ZS poskytovat zdravotní služby i bez oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Jejich „licenční režim“ je upraven v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

obecným způsobem. V tomto případě by však v úvahu mohlo přicházet analogické použití pravidel, upravujících smluvní kontraktační povinnost dle zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, (dále jen „OZ“).⁹ Zdravotní pojišťovna by potom byla povinna uzavřít zvláštní smlouvu bez zbytečného odkladu poté, co jí k tomu vyzve PZSS. Časová limitace pro uzavření zvláštní smlouvy, vymezená slovy „bez zbytečného odkladu“ může v závislosti na konkrétních okolnostech nabývat samozřejmě různých hodnot. Nelze jistě předpokládat, že zdravotní pojišťovna uzavře zvláštní smlouvu v řádu minut po obdržení osobní výzvy k jejímu uzavření. Obvykle bude naopak nutné, aby zdravotní pojišťovna ověřila, zda PZSS splňuje veškeré předpoklady, za nichž je možné zvláštní smlouvu uzavřít vč. v ZVZP vyžadovaných odborných personálních předpokladů a od výzvy k uzavření zvláštní smlouvy tak může uběhnout i delší čas.

Otázkou je i obsah výzvy,¹⁰ která založí právní účinky, vedoucí k uzavření zvláštní smlouvy, nebo alespoň k jednání o ní. Výzva bude jistě moci obsahovat úplný návrh zvláštní smlouvy, častěji však bude jen prostá výzva k uzavření zvláštní smlouvy, bez dalších podrobností, kdy je naopak ze strany PZSS očekávána reakce zdravotní pojišťovny, která navrhne konkrétní podobu zvláštní smlouvy, zahrnující veškeré obsahové podrobnosti. I taková výzva by však často měla být dostačující, neboť z ní plyne vůle PZSS zvláštní smlouvu uzavřít. Na některých obsahových náležitostech by však přeci jen mělo být trváno, protože jejich přítomnost lze nalézt buď přímo v textu ZVZP, nebo se jedná o logické součásti výzvy, bez nichž se zdravotní pojišťovna nedozví základní parametry požadované smlouvy. Nezbytnou součástí výzvy by tak vždy měly být doklady, jimiž PZSS prokáže splnění odborných personálních předpokladů, neboť z § 17a ZVZP plyne, že PZSS o smlouvu požádá a současně jejich splnění prokáže. Bez splnění této obsahové náležitosti výzvy by neměla být případná žaloba na splnění kontraktační povinnosti úspěšná. Ve vztahu k nezbytným součástem obsahu výzvy lze dále uvažovat i o vymezení rozsahu ošetrovatelské péče, kterou PZSS hodlá poskytovat na účet veřejného zdravotního pojištění – tedy např. označení konkrétních zdravotních výkonů, místo poskytování ošetrovatelské péče apod. Bez těchto údajů totiž nemůže získat zdravotní pojišťovna přesnou představu o rozsahu požadavku oprávněné strany – tedy PZSS.

Dalším problematickým bodem může být otázka obsahu zvláštní smlouvy. Vzhledem k tomu, že nejde o smluvní kontraktační povinnost, není mezi stranami předem obsah zvláštní smlouvy nijak ujednáno. Ze ZVZP pak plyne jen předpoklad, že PZSS bude na základě zvláštní smlouvy pojištěncům zdravotní pojišťovny poskytovat ošetrovatelskou péči na účet veřejného zdravotního pojištění. Zde je nutné znovu zdůraznit, že

⁹Viz § 1785 - 1788

¹⁰Nebo, jak plyne z § 17a ZVZP, „žádosti“, neboť PZSS má zdravotní pojišťovnu o uzavření zvláštní smlouvy požádat.

na rozdíl od smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb neexistuje v ZVZP žádné zmocnění, na základě něhož by Ministerstvo zdravotnictví podrobně upravilo obsah smlouvy ve formě vyhlášky,¹¹ již jsou vydány jednotlivé rámcové smlouvy. Tím méně pak existuje postup, jaký v případě smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb předchází vydání vyhlášky o rámcových smlouvách – v případě zvláštních smluv se totiž nepočítá s dohodovacím řízením, probíhajícím za účasti zdravotních pojišťoven a profesní reprezentace PZSS,¹² které by mělo vyústit v dohodu o rámcové smlouvě a následnou publikaci ve formě vyhlášky. Existuje sice možnost svolání jakéhosi kvazidohodovacího řízení za účasti profesní reprezentace PZSS,¹³ které může být završeno dohodou o rámcové, či jakési „vzorové“, smlouvě, vymahatelnost naplnění takové dohody při kontraktaci mezi individuálními stranami však může být někdy problematická. Přesto je, v rámci současné nedokonalé právní úpravy, rozhodně přijatelnější pokusit se o dosažení právě takové vzorové dohody, která by měla šanci na její aplikaci v praxi, než vstupovat v jednání o unikátních individuálních zvláštních smlouvách s jednotlivými PZSS. Pokud dojde k situaci, že zdravotní pojišťovna odmítne uzavřít zvláštní smlouvu, neboť nebude souhlasit s jejím obsahem, navrženým PZSS, který se bude odlišovat od její představy (která však např. může odpovídat „vzorové“ zvláštní smlouvě) a PZSS bude trvat na jejím uzavření právě s tímto obsahem, nezbyde PZSS nic jiného, než se obrátit na soud s návrhem na určení obsahu zvláštní smlouvy. Soud by se při svých úvahách o spravedlivém uspořádání poměrů mezi stranami mohl na základě analogie ke smluvní kontraktační povinnosti inspirovat § 1787 OZ.

V takovém případě by měl obsah smlouvy určit podle účelu, který má uzavření zvláštní smlouvy zřejmě sledovat; přitom by měl vyjít z návrhů stran a k tomu, aby práva a povinnosti stran byly poctivě uspořádány. V úvahu však dále přichází i myšlenka, že by bylo možné na základě analogie aplikovat i některou z rámcových smluv, které sice nebyly vydány pro segment PZSS, týkají se však některého ze segmentů, jehož působnost je s PZSS srovnatelná. Takové řešení by mělo být i v souladu s účelem, který má uzavření zvláštní smlouvy sledovat za předpokladu, že účelem je naplnění ekonomických zájmů subjektu, poskytujícího zdravotní službu a zajištění přístupu k hrazeným službám pro pojištěnce zdravotní pojišťovny. Současně by stanovení obsahu zvláštní smlouvy na základě analogie nemělo být v rozporu se zásadou poctivého uspořádání práv a povinností, neboť přijetí opačného předpokladu by současně vedlo k závěru, že

¹¹Viz § 17 odst. 2 ZVZP.

¹²Otázkou je i to, kdo vlastně může být profesní reprezentací PZSS. Logicky se nabízí Asociace poskytovatelů sociálních služeb, ale uvažovat by bylo možné např. i o Charitě Česká republika.

¹³K datu publikace tohoto článku existuje v ČR více než 600 PZSS, poskytujících hrazenou ošetrovatelskou péči, která jsou ve smluvním závazkovém vztahu alespoň s některými zdravotními pojišťovnami.

rámkové smlouvy práva a povinnosti mezi stranami poctivě neupravují. K právní úpravě smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb, vč. rámcových smluv lze jistě mít řadu výhrad, týkajících se některých nevhodně formulovaných ustanovení, případně ustanovení, která do značné míry duplicitně (avšak nepřesně) upravují práva a povinnosti, které jsou již upraveny v jiných právních předpisech, jako celek však rozhodně nelze rámcové smlouvy hodnotit jako nepoctivé. O tom nakonec svědčí i skutečnost, že rámcové smlouvy byly vydány na základě dohodovacího řízení, na kterém bylo dosaženo dohody¹⁴ o obsahu rámcových smluv.

V tuto chvíli bude vhodné věnovat se ještě otázce, zda kontraktační povinnost bude platit absolutně – tedy zda nemá v některých případech přeci jen zdravotní pojišťovna možnost odmítnout uzavření zvláštní smlouvy, a to i přesto, že ze strany PZSS budou strohé zákonné předpoklady pro akceptaci její žádosti o uzavření zvláštní smlouvy splněny. Při hledání limitů kontraktační povinnosti lze pozornost upřít především na některé základní právní principy, zakotvené i v OZ. V dalším textu bude aplikace těchto principů popsána ve vztahu k modelové situaci, kdy by PZSS uplatnilo své „právo na smlouvu“ za okolností, kterým předcházela výpověď pro porušení smlouvy, podaná ze strany zdravotní pojišťovny.¹⁵

V prvé řadě je nutné zmínit princip dobrých mravů, který je zakotven v § 2 odst. 3 OZ¹⁶ a v dalších ustanoveních OZ. Jde o princip, jenž je významným korektivem ve vztahu k oprávnění PZSS dle § 17a ZVZP. Obsah pojmu dobré mravy plyne především z judikatury a zmínit lze např. často zmiňovanou definici, uvedenou v rámci již staršího usnesení Ústavního soudu¹⁷, který konstatoval, že: „Dobré mravy jsou souhrnem etických, obecně zachovávaných a uznávaných zásad, jejichž dodržování je mnohdy zajišťováno i právními normami tak, aby každé jednání bylo v souladu s obecnými morálními zásadami demokratické společnosti.“ Pojem dobrých mravů se však nevyčerpává jen touto definicí, ale souvisí i s dalšími principy, kterými jsou např. slušnost a spravedlnost. Zde lze zmínit další rozhodnutí Ústavního soudu, který ve vztahu k pojmu dobré mravy zdůraznil právě tyto zásady, které musí najít své neplnění i v rámci soudní praxe. Z něj plyne, že „spravedlnost musí být přítomna vždy v procesu, kterým soudce interpretuje a aplikuje právo, jako hodnotový činitel. Spravedlnost je hodnotovým principem, který je společný všem demokratickým právním

¹⁴Bliže viz náleze Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 6/07 ze dne 9. 2. 2010, který ve svém odůvodnění obsahuje i podrobný popis proběhlého dohodovacího řízení a jeho výsledků.

¹⁵Zvláštní smlouvy, uzavírané v době publikace tohoto článku, do značné míry odpovídají textu rámcových smluv, které počítají s možností výpovědi pro porušení smlouvy.

¹⁶Ustanovení § 2 odst. 3 zní: Výklad a použití právního předpisu nesmí být v rozporu s dobrými mravy a nesmí vést ke krutosti nebo bezohlednosti urážející obyčejné lidské citění.

¹⁷Usnesení Ústavního soudu sp. zn. II. ÚS 249/97 ze dne 26. 6. 1998.

řádům. Zásada souladu práv, resp. jejich výkonu s dobrými mravy představuje významný princip, který v odůvodněných případech dovoluje zmírňovat tvrdost zákona a dává soudci prostor pro uplatnění pravidel slušnosti (ekvity). Pojem dobré mravy nelze vykládat pouze jako soubor mravních pravidel užívaných jako korektiv či doplňující obsahový faktor výkonu subjektivních práv a povinností, ale jako příkaz soudci rozhodovat v souladu s ekvitou (haec aequitas suggerit), což ve svých důsledcích znamená nastoupení cesty nalézání spravedlnosti.¹⁸ Bezbrhéhá realizace „práva na smlouvu“ podle § 17a ZVZP, by proto mohla být v rozporu principy spravedlnosti a slušnosti, neboť by příkazovala VZP vstoupit do smluvního vztahu s PZSS, které se v předchozím smluvním vztahu nechovalo „férově“ a dopustilo se natolik intenzivního porušení smlouvy, jež vedlo až k uplatnění výpovědi ze strany zdravotní pojišťovny. Pokud je zde zmíněn i korektiv spravedlnosti, pak je na tomto místě vhodné upozornit i na relativně nedávny rozsudek Nejvyššího soudu,¹⁹ který se zabýval právě trváním smluvního přímusu. V rámci tohoto rozsudku sice byla řešena situace, kdy kontraktační povinnost byla založena smluvně, a proto není možné závěry tohoto rozsudku, jenž se zabýval aplikací zásady „rebus sic stantibus“, jednoduše bez dalšího vztáhnout i na zde řešenou situaci, přesto však umožňuje uvažovat nad řešením, které bude právě v intencích principu spravedlnosti. Z rozsudku plyne, že „výjimku z kontraktační povinnosti tvoří jen takové změny poměrů (oproti původním podmínkám smlouvy o smlouvě budoucí), za nichž by se jevilo nespravedlivým trvat na splnění povinnosti uzavřít smlouvu“. V případě, který je modelován v tomto článku, jde o zákonný smluvní přímus, a proto nelze uvažovat o změně dohodnutých podmínek, lze však uvažovat o podmínkách obvyklých. Tzn., o výchozích podmínkách, kdy jejich součástí není situace, kdy se jedna ze stran vůči druhé dopustila v minulosti vážného protiprávního jednání. Taková situace neodpovídá obvyklým výchozím podmínkám, ty byly naopak významně modifikovány, a proto by trvání na naplnění smluvního přímusu bylo v rozporu s principem spravedlnosti, resp. v rozporu s dobrými mravy.

Dalším korektivem aplikace § 17a ZVZP, který je vhodné zmínit, je princip poctivosti. Rovněž i on je upraven OZ.²⁰ Poctivost bývá chápána jako určitý standard chování, spočívající v čestnosti, otevřenosti a ohledu na zájmy druhé strany.²¹ V modelovém případě využila zdravotní pojišťovna možnosti vypovědět zvláštní smlouvu za situace, kdy druhá smluvní strana závažným způsobem porušovala své smluvní závazky. Pokud by přesto existovala povinnost zdravotní pojišťovny opět vstoupit do nového smluvního vztahu, a to zejména bezprostředně navazujícího na zaniklou zvláštní smlouvu, pak by byla zdravotní pojišťovna

¹⁸Nález Ústavního soudu sp. zn. I. ÚS 643/04 ze dne 6. 9. 2005.

¹⁹Rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 33 Cdo 3216/2010 ze dne 30. 1. 2012.

²⁰Ustanovení § 6 odst. 1 OZ: Každý má povinnost jednat v právním styku poctivě.

²¹Viz Lavický, P. a kol.: Občanský zákoník I. Obecná část (§§ 1–654). Komentář. 1. vydání, Praha: C. H. Beck, 2014, s. 77.

nepochybně nucena jednat v rozporu se svými oprávněnými zájmy a fakticky setrvávat ve smluvním vztahu, ve kterém by pro PZSS platila zásada „pacta sunt servanda“²² jen velmi omezeně a protiprávní jednání by fakticky nikdy nemohlo být postiženo takovou výpovědí, která by splnila svůj účel – tedy únik ze smlouvy, jejíž trvání by mohlo dokonce být pro systém veřejného zdravotního pojištění nevhodné a nebezpečné. Takový výsledek by nemohl být považován za čestný, resp. za poctivý.

Shora uvedené korektivy lze doplnit i o princip zákazu zneužití práva, plynoucí z § 8 OZ. Z § 17a tedy lze obecně plyne subjektivní „právo PZSS na smlouvu“, avšak výkon takového práva může být v individuálním případě s ohledem na konkrétní okolnosti nepřijatelný. Zásada zákazu zneužití subjektivního práva brání především takovému výkonu práva, který směřuje k účelu, který právní důvod, o němž se opírá subjektivní právo, jež má být vykonáno, vůbec nepředpokládá. Nositel subjektivního práva jej tedy realizuje za účelem, který je se zákonem neslučitelný.²⁴ Ve zde řešené situaci si strany sjednaly v předchozí smlouvě, že jí je možné vypovědět pro případ závažného porušení povinnosti druhé smluvní strany. V takovém případě pak strana porušující smlouvu musí strpět výpověď, jako následek jejího protiprávního jednání. Výsledkem aplikace subjektivního práva zdravotní pojišťovny smlouvu vypovědět a subjektivní povinnosti PZSS strpět výpověď je zánik smluvního vztahu. Předpokládaný konzistentní průběh právního vztahu mezi PZSS a zdravotní pojišťovnou tedy na počátku zahrnoval mj. vědomost o účelu smlouvy, o závazcích ze smlouvy plynoucích, ale také o okolnostech, za nichž je možné smlouvu ukončit ve formě výpovědi s tím, že strany logicky mohly předpokládat, že oprávněným podáním výpovědi právní vztah skončí – tzn., nebude pokračovat, ani nebude nahrazen kvalitativně shodným právním vztahem, který fakticky vyloučí jakékoliv snahy uniknout z nevyhovující smlouvy. Pokud se smluvní strany zavázaly ve zvláštní smlouvě, že jejich smluvní vztah za určitých okolností může skončit výpovědí, pak by PZSS jednalo ve vztahu ke svému závazku výpověď strpět zcela nekonzistentně. Zdravotní pojišťovna by se v takovém případě ocitla v situaci, kdy by se na faktické dodržení ustanovení o výpovědi naprosto nemohla spolehnout. Takové jednání lze považovat za zneužití práva ve smyslu OZ. Požadavek OZ na tzv. zjevnost zneužití práva je pak věcí případného dokazování.

S ohledem na shora nastíněné úvahy lze shrnout, že v případě, kdy zvláštní smlouva, uzavřená mezi PZSS a zdravotní pojišťovnou zanikla na základě výpovědi, podané zdravotní pojišťovnou v souladu s touto smlouvou v reakci na protiprávní jednání PZSS, nelze uplatnit ze strany PZSS právo, odpovídající smluvnímu přímusu podle § 17a ZVZP. Je však nutné upozornit, že tento závěr by měl platit pro případy, kdy se PZSS domáhá uzavření nové zvláštní smlouvy bezprostředně

²² V OZ zakotvená v § 3 odst. 2 písm. d).

²³ Ustanovení § 8 OZ: Zjevné zneužití práva nepoživá právní ochrany.

²⁴ Lavický, P. a kol.: Občanský zákoník I. Obecná část (§ 1–654). Komentář. 1. vydání, Praha: C. H. Beck, 2014, s. 89.

po ukončení smlouvy předchází. S odstupem času může docházet k postupnému oslabování tohoto závěru. Soud by v případném soudním sporu nemusel stejně hodnotit situaci, kdy se PZSS bez jakékoliv míry sebekritiky bude domáhat ještě ve výpovědní době uzavření nové zvláštní smlouvy a situaci, kdy PZSS bude navrhopvat uzavření nové smlouvy po uplynutí např. pěti let, po výměně managementu, změně vnitřních postupů, distancování se od dřívější praxe apod. Korektivy dobrých mravů, poctivosti i zneužití práva by měl soud vždy hodnotit v intencích konkrétního případu, které se mohou v čase výrazně měnit. V případech, kdy soudy rozhodují případy s odkazem na princip ekvity, který se bude prolínat i v úvahách nad otázkami, řešenými v tomto příspěvku, bude nutné vždy zohlednit, co je ještě spravedlivé a rozumné s ohledem na veškeré relevantní okolnosti.²⁵

V předchozím textu byla pozornost věnována obsahu zvláštní smlouvy, stranou zatím ale zůstávala cena ošetrovatelské péče. Následující řádky proto budou krátce věnovány této problematice, a to i proto, že právě ona je nejčastějším zdrojem sporů mezi zdravotními pojišťovnami a PZSS. Cena zdravotních služeb ve systému českého veřejného zdravotního pojištění obsažena v tzv. úhradových vyhláškách, vydávaných Ministerstvem zdravotnictví na základě zmocnění v § 17 odst. 5 ZVZP. Podobně jako u zmocnění pro vydání vyhlášky o rámcových smlouvách se však ani tady nepočítá s účastí profesní reprezentace PZSS na dohodovacím řízení a obsahem vyhlášek o rámcových smlouvách tak doposud není segment PZSS. Skutečností však je, že úhradové vyhlášky obsahují cenu zdravotních služeb, které druhově odpovídají ošetrovatelské péči, poskytované PZSS.²⁶ I zde tedy lze uvažovat o možnosti, že v případě, kdy nedojde k dohodě o ceně zdravotních služeb mezi zdravotní pojišťovnou a PZSS, bude cena zdravotních služeb určena per analogiam příslušnou částí úhradové vyhlášky. Na tomto místě lze doplnit, že na základě této teoretické úvahy už v některých případech pravomocně rozhodl i soud, řešící právě spory o cenu mezi Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky a PZSS, kdy v rámci odůvodnění konstatoval, že „Za situace, kdy mezi účastníky nedošlo k dohodě, při neexistenci právní úpravy, která by přímo dopadala na zařízení sociálních služeb provozované žalobcem, a současně při existenci právní úpravy, která upravuje úhradový mechanismus v zařízeních obdobného typu (lišících se z hlediska příjemců péče fakticky pouze označením „zdravotnické zařízení“), je namístě (a odpovídá to i rozumnému uspořádání vztahů mezi účastníky), při určení úhrady zdravotní péče v zařízeních sociálních služeb daného typu (provozovaného žalobcem), analogicky použít úpravu úhradového mechanismu zakotvenou v úhradové vyhlášce, a to konkrétně v její

²⁵Viz např. rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 32 Cdo 2108/2010 ze dne 26. 6. 2012.

²⁶Pro rok 2014 jde o přílohu č. 1 část B) bod 2. písm. b) vyhlášky č. 428/2013 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2014.

Příloze 1 části B) bod 2. písm. b)²⁷. Je však třeba dodat, že v některých jiných skutkově shodných sporech se soud neztotožnil s úvahami o analogickém použití úhradové vyhlášky a dal přednost použití ceny, užitě pro předchozí úhradové období.

Závěr

V posledních několika letech proběhla, či stále probíhá, mezi některými zdravotními pojišťovnami a PZSS řada soudních sporů. Jejich předmětem jsou obvykle ceny ošetrovatelské péče, ale i otázky trvání zvláštních smluv nebo spory o oprávněnost úhrady některých zdravotních výkonů. Všechny spory ale mají stejného jmenovatele a tím je strohá právní úprava, neodpovídající významu zvláštní smlouvy, skrze niž je zdravotním pojištěncům zajišťována ošetrovatelská péče. Bylo by rozhodně vhodné přiblížit právní úpravu zvláštní smlouvy podmínkám, jaké mají poskytovatelé zdravotních služeb a tím vyloučit neodůvodněné rozdíly, které v současné době mezi oběma typy subjektů, poskytujícími zdravotní služby, existují. Pokud de lege ferenda skutečně dojde k úvahám nad změnou současné právní úpravy, tak se při naplňování těchto úvah bude nutné vyrovnat s celou řadou potíží, zahrnující jak otázky obsahu zvláštní smlouvy vč. cenotvorby, tak i samotného smluvního přímusu, který od roku 2007, kdy PZSS obohatily ZVZP, již dost možná poněkud ztratil na významu. Původní význam smluvního přímusu mohl totiž tkvět jen v účelu co nejrychleji utkat síť smluvních PZSS, která je v současné době již fakticky konstituována. Další související otázky se pak týkají postavení PZSS a jejich představitelného zařazení pod licenční režim poskytovatelů zdravotních služeb, upravený v ZS. Naprosto zásadním problémem je rovněž nepřehledné vícezdrojové financování PZSS, které samo o sobě může vést k dalším sporům mezi PZSS, zdravotními pojišťovnami i klienty PZSS, resp. zdravotními pojištěnci.

²⁷ Rozsudek Městského soudu v Praze sp. zn. 69Co 67/2014 ze dne 25. 6. 2014

Práva pacientů na přeshraniční čerpání zdravotní péče nejsou sýrem

Mgr. Eliška Dvořáková

Vloni touto dobou, a na tomto místě, jsem se zabývala úvahami o rozšiřování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči ve světle Směrnice č. 2011/24/EU (dále jen „Směrnice“) a možnými riziky zvětšující se liberalizace pravidel regulujících přeshraniční zdravotní turistiku v rámci EU. Jednalo se stále o poměrně teoretické úvahy v době, kdy ještě nebyla dokončena její transpozice do vnitrostátního právního řádu, a zainteresovaná část společnosti žila diskusemi o nejlepším možném řešení. Již v té době bylo nicméně zřejmé, že se najít kompromis mezi všemi navrhovanými „nejlepšími možnými řešeními“ do termínu stanoveného pro transpozici Směrnice Evropskou komisí, tedy do 25.10.2013, České republice nepodaří. Pacienti volali po co možná největší liberalizaci pravidel a podpoře přeshraniční zdravotní turistiky, tedy

možnosti bez omezení vycestovat za zdravotní péčí do jiného státu EU na účet své zdravotní pojišťovny, zdravotní pojišťovny žádaly co možná největší omezení možnosti pro české pacienty léčit se v jiném státě EU „za jejich peníze“, poskytovatelé zdravotních služeb zájem na odlivu českých pacientů do zahraničí také neměli a zákonodárci hledali řešení, které by bylo především to nejlepší možné pro Evropskou komisi, aby se tak ČR vyhnula možnému uložení sankcí za opožděnou, a ještě navíc chybnou transpozici. Všechny pak hrálo vědomí, že „ostatní“ (rozuměj, většina ostatních členských států EU), to také nestihně.

Nakonec byly všechny diskuse ukončeny tzv. transpoziční novelou zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (dále jen „ZVZP“), která nabyla účinnosti dne 22. 4. 2014, a kam byla ustanovení Směrnice inkorporována. A začaly se ozývat hlasy nové, řekněme, hodnotící.

Téma dnešní „po transpoziční“ diskuse se již netočí kolem rozsahu nároků pacientů v přeshraniční zdravotní péči. Ty jsou jasně a jednoznačně zakotveny v ZVZP. Pojištěnec tak má dle ustanovení §11 odst. 1 písm. m) ZVZP nárok na náhradu nákladů, které vynaložil na zdravotní služby čerpané v jiném členském státě Evropské unie, pokud jde o zdravotní služby, které by byly při poskytnutí na území České republiky hrazeny ze zdravotního pojištění (dále jen „hrazené přeshraniční služby“), a to pouze do výše stanovené pro úhradu takových služeb, pokud by byly poskytnuty na území České republiky. Písm. n) pak zakotvuje právo pojištěnců na informace týkající se možnosti čerpat zdravotní služby v jiných členských státech Evropské unie.

Aktuálním tématem diskuse tedy je, jaký dopad bude mít transpozice na český systém zdravotního pojištění, resp. zdravotnictví, tedy, zda k nárůstu zájmu o léčbu v zahraničí stran českých pojištěnců dojde či nikoliv. Zatím jsou tedy zdravotní pojišťovny ve fázi vyčkávací, pacienti se pak již probrali z prvotního šoku a zjišťují, jak to tedy všechno vlastně je.

Tak si pojdme říci, jak to tedy je V dalším z nových ustanovení ZVZP, konkrétně v §14 odst. 2, se dozvíme, že si český pojištěnec k uplatnění svého nároku na náhradu nákladů vynaložených na hrazené přeshraniční zdravotní služby musí podat žádost, a je zde zopakováno důležité omezení, že mu bude náhrada poskytnuta do výše stanovené pro úhradu takových hrazených služeb, pokud by byly poskytnuty na území České republiky. Jestliže je náhrada nákladů na hrazené přeshraniční služby podmíněna udělením předchozího souhlasu podle § 14b, poskytne se mu náhrada nákladů pouze tehdy, byl-li předchozí souhlas udělen. Možnost požádat o náhradu nákladů, které český pojištěnec za léčbu v zahraničí vynaložil, dále omezena není. Vztahuje se tedy na ambulantní ošetření, ale i hospitalizační zdravotní péči, která mu byla poskytnuta ve veřejné nemocnici, ale i u soukromého lékaře. Institut předchozího souhlasu, který byl pro české zdravotní pojišťovny nadějí, že přeci jen budou moci určitým způsobem ovlivnit své výdaje na přeshraniční

zdravotní péči a náhradu nákladů na určité zdravotní výkony, které by chtěl pojištěnec absolvovat v zahraničí, budou moci podmínit svou preautorizací, zůstal jen teoretickou možností. Nechceme-li použít nepřekpné spojení, *aby se vlk nažral* (v tomto případě rozuměj české zdravotní pojišťovny volající po zachování možnosti regulovat své výdaje), *ale koza zůstala celá* (aby důsledkem transpozice Směrnice do českého právního řádu byla přeci jen liberalizace přeshraničního pohybu pacientů za léčbou, což bylo přáním Evropské komise), řekneme, že si zákonodárce ponechal zadní vrátka pro případ, že se „únik“ českých pacientů za léčbou do ciziny ukáže být skutečně pro český systém problémem. Omezení migrace pacientů je tak „připraveno“ v podobě výše uvedeného zákonného ustanovení §14b ZVZP, kde je zakotvena možnost vydat nařízení vlády, které by dodatečně předchází souhlas do českého právního řádu zavedlo. Je tedy naprosto na uvážení vlády, posoudit, zda již nazrál čas, kdy je třeba ohrožení stability českého systému zdravotního pojištění, resp. českého zdravotnictví, řešit, a nárůst výdajů českých zdravotních pojišťoven na léčbu jejich pojištěnců v EU regulovat obdobným způsobem, jako to běžně dělají v rámci vnitrostátního systému.

A tak české zdravotní pojišťovny, které jediné mohou monitorovat výdaje za zdravotní služby svých pojištěnců, tyto náklady monitorují. Na hodnocení nárůstu nákladů je ještě, po čtyřech měsících účinnosti transpoziční novely, brzy, ale vzrůstající zájem o zdravotní turistiku již jednoznačně pozorovat lze. Počet dotazů na tyto možnosti stoupá, stejně jako počet podaných žádostí o refundace. A administrativní zátěž s těmito žádostmi související, roste též.

Nárůst administrativní zátěže Vrátime-li se k zákonným podmínkám, které musí být splněny, aby pacient/český pojištěnec svůj nárok na náhradu nákladů, které vynaložil na zdravotní služby čerpané v zahraničí, mohl u své zdravotní pojišťovny úspěšně uplatnit, zjistíme, proč tomu tak je. Jak již uvedeno výše, především si český pojištěnec musí o náhradu požádat. O žádosti pak musí být, logicky, rozhodnuto. Podáním žádosti, resp. dnem, kdy zdravotní pojišťovna, jako správní orgán, žádost obdrží, dochází k zahájení správního řízení o žádosti. Zdravotní pojišťovny tak musí vést správní spis, přerušovat řízení, zastavovat řízení, poučit žadatele o jeho procesních právech a povinnostech, a tato zákonná práva respektovat, a to vše bez ohledu na výši částky, o níž je žádáno. Toto je jedna z dalších novinek, které transpoziční novela přinesla. Jedná se o přetlumočení požadavku Směrnice 2011/24/EU, aby byla výše částky za zdravotní služby čerpané v zahraničí, která má být pacientům nahrazena, vypočítána dle předem známých, objektivních a nediskriminačních kritérií uplatňovaných ve správním řízení. Okruh případů explicitně vyjmenovaných ve zvláštním zákoně, konkrétně v ustanovení §53 ZVZP, které musí zdravotní pojišťovny posuzovat ve světle správního řádu, resp. rozhodovat ve správním řízení, byl tak rozšířen. A přidal další polínko do ohně diskusí o problematice správního řízení v životě zdravotní pojišťovny Proč v případě přeshraničních otázek správní řízení vést, v případě vnitrostátních otázek, např. v případě rozhodování revizních lékařů, správní řízení nevést, apod. Do těchto diskusí ale v tomto článku zasahovat nechci. Vezměme jako fakt skutečnost, že správní řízení v případě žádostí o náhradu nákladů na přeshraniční

zdravotní péči zdravotní pojišťovny od 22. 4. 2014 vedou.

Je jistě zbytečné na tomto místě uvádět, že správní řízení je formalizované, v zákoně zakotvené, řízení, které tak s sebou nese práva, ale i povinnosti všech účastníků řízení. Pojištěnec, ze kterého se momentem čerpání přeshraniční zdravotní péče stal pacient, se podáním žádosti o náhradu nákladů (refundaci), mění v žadatele, který se může svých práv na finanční plnění ze strany zdravotní pojišťovny domáhat na základě zákona. Má nárok na to, aby byl řádně poučen o svých procesních právech, má nárok na vydání rozhodnutí o své žádosti v zákonné lhůtě, tedy, jak správní orgány často rády zapomínají, bezodkladně, a až pokud tuto lhůtu nelze dodržet, pak nejpozději do třiceti dnů, resp. do šedesáti ve zvlášť složitých případech.

Nicméně, ruku v ruce s právy jdou i výše zmíněné povinnosti. Žadatel musí správnímu orgánu dodat podklady pro rozhodnutí v takové kvalitě, aby správní orgán, tedy zdravotní pojišťovna, podle nich mohl rozhodnout. Součástí žádosti musí být zpráva od zahraničního ošetřujícího lékaře a originál dokladu o zaplacení předmětného ošetření. Ze zákona je dáno, že je správní řízení vedeno v českém jazyce, tolerantní jsme pak pouze k našim východním sousedům, kdy je v §16 správního řádu uvedeno, že účastníci řízení mohou jednat a písemnosti mohou být předkládány i v jazyce slovenském.

Až na výjimku je tedy nutné podklady správnímu orgánu předložit v češtině a jejich obsah musí být tak jednoznačný a srozumitelný, aby bylo možné provést správní posouzení, resp. jejich zhodnocení, a ve věci rozhodnout. Úskalím správního řízení, v rámci kterého musí dojít k rozhodnutí na základě písemných podkladů vystavených zahraničním subjektem, v našem případě lékařem, je to, že jsou tyto písemnosti vystavovány v souladu s právními předpisy země ošetření, tedy právními předpisy, které se na daného lékaře vztahují, a kterými se on řídí. Pokud jsou tedy stíženy, řekněme, vadami, ať už právními nebo fatickými, je téměř nemožné tyto vady zhojit a vydat, často pro žadatele pozitivní, rozhodnutí ve věci. Vady právního charakteru mohou být vadami právními z hlediska českých právních předpisů, nicméně z hlediska předpisů státu ošetření mohou být podklady naprosto bezvadné. Studium zahraničních právních předpisů je ale často nad možnosti správního orgánu, a to jak časové, tak personální. Pokud má písemnost z pohledu českých institucí vady faktické, které by bylo možné zhojit doplněním příslušných informací, bývá již pro žadatele nemožné od zahraničního poskytovatele doplnění získat. Musíme se nicméně správního orgánu trochu zastat. Až na výjimky, kdy pojištěnec na základě dotazu mylně informuje, není jeho chybou, že se žadatel dozvídá o potřebných náležitostech podkladů pro rozhodnutí až v okamžiku, kdy se stal žadatelem, tedy v okamžiku, kdy podal žádost o náhradu nákladů, a správní orgán jej poučil. Již v době, kdy žadatel nebyl žadatelem, ale pacientem, resp. zatím „pouze“ pojištěncem, se měl informovat na podmínky čerpání přeshraniční zdravotní péče. Neznalost zákona neomlouvá, a v tomto případě tomu není jinak.

Vraťme se ale k ustanovení, že pojištěnec má nárok na náhradu nákladů, které vynaložil na zdravotní služby čerpané v jiném členském státě Evropské unie, pokud jde o zdravotní služby, které by byly při poskytnutí na území České republiky hrazeny ze zdravotního pojištění,¹ a to do výše stanovené pro úhradu takových hrazených služeb, pokud by byly poskytnuty na území České republiky.² Jinak řečeno, náhrada bude pojištěnci přiznána do výše ceny vypočítané dle českých právních předpisů, maximálně však do výše, kterou pacient skutečně zaplatil, a za dodržení všech náležitostí, které české právní předpisy stanovují, tedy např. po udělení souhlasu revizním lékařem pojišťovny tam, kde je právními předpisy takový souhlas vyžadován.

Mou ambicí není rozebrat český systém úhrad zdravotních služeb, resp. jednotlivých, řekněme, způsobů úhrad, zdravotních služeb z českého veřejného zdravotního pojištění, byť je to tématem velmi zajímavým. Pro potřeby tohoto článku a mých úvah plně postačí konstatování, že se jedná o systém velmi složitý, ve kterém provést kalkulaci částky, která má být pojištěnci nahrazena na základě zahraničních lékařských zpráv a podle českých právních předpisů, není vůbec jednoduché, a to i s tak „jednoznačným“ zákonným vodítkem, jako je to „do výše stanovené pro úhradu takových služeb, pokud by byly poskytnuty na území České republiky“.

Systémy úhrad, resp. vykazování zdravotní péče, v jednotlivých státech EU, jsou totiž rozdílné, stejně tak jako, jak již uvedeno výše, i náležitosti lékařských zpráv, které může pacient obdržet. Při výkonovém systému úhrad v ČR, který je pro výpočet výše náhrady nákladů na hrazené přeshraniční služby stanoven v Cenovém předpise Ministerstva zdravotnictví 1/2014/DZP, ze dne 2. prosince 2013, o regulaci cen poskytovaných zdravotních služeb, stanovení maximálních cen zdravotních služeb poskytovaných zubními lékaři hrazených z veřejného zdravotního pojištění a specifických zdravotních výkonů, je téměř nemožné provést kalkulaci výše náhrady, pokud je v lékařské zprávě, kterou předložil, uvedeno např. obecné „jednodenní hospitalizace“. Situace není mnohdy lepší ani v případě podrobných lékařských zpráv, kde jsou jednotlivé provedené výkony vyspecifikovány. Seznamy zdravotních výkonů se totiž stát od státu také liší, a tak je spíše výjimkou, že jsou uvedené zdravotní služby lehce ztotožnitelné s výkony uvedenými v českém seznamu hrazených výkonů obsažených ve Vyhlášce č.134/1998 Sb. Evropský zákonodárce tedy opět řekl to „A“ – pacienti, máš právo vycestovat za zdravotní péčí do jiného členského státu EU na účet své zdravotní pojišťovny, ale to „B“ – výpočet náhrady, již nechal na členských státech samých, přičemž ve Směrnici „pouze“ alibisticky zakotvil, že se tak má dít na základě předem známých, objektivních a nediskriminačních kritérií uplatňovaných ve správním řízení. Výsledkem tedy je, že nejsou-li naplněna objektivní a předem známá kritéria (na která se ale předem pojištěnci často zapomenou informovat), jsou jejich žádosti

¹§11 odst. 1 písm. m) ZVZP

²v §14 odst. 2 ZVZP

zamítány, resp. řízení o jejich žádostech zastavována z důvodu vad řízení spočívajících v nedostatečných podkladech pro rozhodnutí.

A tak v Evropě, potažmo v Evropské Unii, kde se podařilo úspěšně zregulovat velikost děr v síru, resp. garantovat, že jsou ve všech členských státech v jednom druhu síru díry stejné, stoupá rozčarování pojištěnců - pacientů – žadatelů (euroobčanů) z toho, že jejich práva na přeshraniční čerpání zdravotní péče nejsou sýrem.

Kontrolní činnost zdravotní pojišťovny

Mgr. Petra Vopatová

Jednou z činností zdravotních pojišťoven, mezi poskytovateli zdravotních služeb určitě tou nejméně oblíbenou, je kontrola využívání a poskytování hrazených služeb a jejich vyúčtování zdravotní pojišťovně. Tato činnost patří k jednomu ze stěžejních úkolů zdravotní pojišťovny, proto je dobré znát právní východiska a základní zásady, z nichž pojišťovna při kontrole vychází. Těmto institutům je věnován následující článek.

Právní rámec kontrolní činnosti zdravotních pojišťoven

- **Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování**

Problematiku kontrolní činnosti upravují zejména zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (dále „ZVZP“) a určitých jejích aspektů se dotýká i zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále „ZS“). Pokud jde o úpravu práv a povinností pojišťovny a poskytovatele, oba předpisy se do značné míry překrývají.

Základním ustanovením, které určuje, co je předmětem kontroly, osoby oprávněné ke kontrole povinnosti poskytovatele při kontrole, je § 42 ZVZP. Toto ustanovení stanoví, že zdravotní pojišťovny kontrolují využívání a poskytování hrazených služeb a jejich vyúčtování zdravotní pojišťovně, a to z hlediska objemu a kvality, včetně dodržování cen u poskytovatelů a pojištěnců. Na základě tohoto ustanovení tedy kontrola probíhá jak u smluvních partnerů, tak nesmluvních poskytovatelů zdravotních služeb, kteří pojišťovně vykazali k úhradě poskytnuté zdravotní služby.

Při kontrolní činnosti je revizními lékaři posuzována odůvodněnost léčebného procesu. Revizní lékaři a odborní pracovníci dále kontrolují, zda poskytnuté hrazené služby odpovídají službám vyúčtovaným zdravotní pojišťovně, zda byly vyúčtovány pouze ty výkony, léčivé přípravky, potraviny pro zvláštní účely a zdravotnické prostředky, které je pojišťovna povinna uhradit a zda rozsah a druh hrazených služeb odpovídá zdravotnímu stavu pojištěnce.

Ustanovení § 42 odst. 4 ZVZP dává revizním lékařům a odborným pracovníkům oprávnění vstupovat do zdravotnických zařízení s tím, že výkon kontrolní činnosti nesmí narušit prováděný léčebný výkon. Poskytovatelé jsou povinni poskytnout nezbytnou součinnost, zejména předložit požadované doklady, sdělit údaje a poskytnout vysvětlení. Přístup ke zdravotnické dokumentaci je poskytovatel oprávněn umožnit pouze revizním lékařům nebo odborným pracovníkům. Tito pracovníci mají přístup ke zdravotnické dokumentaci pouze v rozsahu odpovídajícím kontrole.

ZZS definuje i práva a povinnosti poskytovatelů při poskytování zdravotních služeb v podstatě stejně jako ZVZP pouze s tím rozdílem, že stanoví povinnosti poskytovatele pouze ve vztahu k jeho smluvní zdravotní pojišťovně.¹ Kontrolu nesmluvních poskytovatelů ovšem pokrývá § 42 ZVZP, takže v praxi tento rozdíl nečiní problémy.

ZZS je pro pojišťovnu i poskytovatele zásadní tím, že definuje celou řadu institutů, kterých se činnost poskytovatelů a následně i kontrolní činnost pojišťovny dotýká a které mohou mít při eventuálním sporu vzniklého z kontrolní činnosti velmi podstatnou výkladovou funkci. Definuje, mimo jiné, pojem poskytovatele zdravotních služeb (§ 2 odst. 1), pojem zdravotních služeb (§ 2 odst. 2), pojem zdravotní péče (§ 2 odst. 3), náležitě odbornou úroveň poskytované péče (§ 2 odst. 5), definuje druhy zdravotní péče podle časové naléhavosti jejího poskytnutí (§ 5 odst. 1), podle účelu jejího poskytnutí (§ 5 odst. 2), formy zdravotní péče (§ 6–§ 10).

· **Vyhláška MZ ČR č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy**

Oba výše uvedené zákony upravují oprávnění zdravotních pojišťoven při kontrole činnosti poměrně stručně. Podrobnější úprava kontrolní činnosti je pak obsažena ve **vyhlášce MZ ČR č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy** (dále jen „vyhláška“), již je Ministerstvo zdravotnictví ČR oprávněno vydat na základě zmocnění uvedeného v § 17 odst. 2 ZVZP.

Byť sama vyhláška hovoří o tom, že „stanoví podmínky, za nichž se uzavírají smlouvy“, její obsah se netýká

¹Srov. § 45 odst. 3 ZZS a § 42 odst. 4 ZVZP

„podmínek uzavírání smluv“, ale povinných náležitostí smlouvy mezi poskytovateli a pojišťovnami, které obsahově upravuje. Zároveň stanoví, že se nelze odchýlit od ustanovení rámcové vyhlášky s výjimkou těch, u kterých je taková možnost v rámcové vyhlášce výslovně uvedena.

Vyhláška dále uvádí, že „smlouva může obsahovat i další ujednání nezbytná pro její plnění a kontrolu, pokud jsou v souladu s rámcovou smlouvou, tj. pokud neodporují kogentním ustanovením vyhlášky, a právními předpisy.“ Domnívám se, že i pokud by vyhláška o rámcových smlouvách toto ustanovení neobsahovala, neměnilo by to nic na právu stran vtělit do smlouvy i další ujednání, vyhláškou neupravená nebo ujednání zpřesňující určité ustanovení vyhlášky, za předpokladu, že nebudou v rozporu s kogentními ustanoveními právních předpisů. Jak bylo opakovaně judikováno, smluvní vztah mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou je vztahem soukromoprávním, byť s jistými limity,² a těžko si představit jakýkoliv soukromoprávní vztah, ve kterém je smluvní volnost stran potlačena natolik, že obsah smlouvy je od prvního do posledního článku „nadiktován“ vyhláškou. V takovém případě by se totiž obsah pojmu „smluvní volnost stran“ redukoval na rozhodnutí účastníků smlouvy, zda smlouvu uzavřou či nikoliv.

V praxi ovšem smlouvy upravují postup při kontrole a oprávnění pojištěnec velmi často zcela identicky jako vyhláška.

U zdravotních služeb, které již byly poskytovateli pojištěncům poskytnuty a následně pojišťovně vykázány k úhradě, kontrolují revizní lékaři a odborní pracovníci především to, zda poskytovatel vyúčtoval jen ty zdravotní služby, které je mu pojišťovna povinna uhradit, zda vykázané služby odpovídají záznamům v lékařské dokumentaci. Kromě toho jsou dále oprávněni posoudit, zda zvolený způsob poskytnutí zdravotních služeb byl odůvodněně a řádně indikován s ohledem na zdravotní stav pojištěnce, v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, poskytnut pouze v rozsahu indikace, řádně zdokumentován a zda nebyl zbytečně ekonomicky náročný.

Průběh kontroly

Vyhláška o rámcových smlouvách upravuje postup pojišťovny při kontrole u poskytovatele. Na místě je zpracován záznam s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska pobytového zařízení. Kontrola má být ukončena zpravidla do 30 kalendářních dnů od jejího zahájení a jejím výsledkem je zpráva o průběhu kontroly (tzv. revizní zpráva), která má být předána do 15 dnů po ukončení kontroly. Pokud není možné lhůtu

²Usnesení Ústavního soudu ze dne 27.1.1999, sp.zn. IÚS 247/98, rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 2.10.2004, sp.zn. 29 Odo 405/2003 nebo rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 25.1.2006, sp.zn. 32 Odo 518/2005

z objektivních důvodů dodržet, oznámí tuto skutečnost pojišťovna poskytovateli. Poskytovatel je oprávněn do 15 dnů od převzetí závěru kontroly podat pojišťovně písemně zdůvodněné námitky proti revizní zprávě, k nimž pojišťovna sdělí své stanovisko, tj. zda potvrzuje nebo mění své závěry do 30 dnů od doručení námitek. Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost poskytování zdravotních služeb, pojišťovna takové služby neuhradí a je oprávněna postupovat podle sankčních ujednání uvedených ve smlouvě.

Terminologie použitá v rámci úpravy kontroly u poskytovatelů je bohužel značně matoucí. Použité výrazy vyvolávají dojem, že tato ustanovení upravují postup orgánu veřejné moci a kontrola u poskytovatele snad probíhá v rámci jakéhosi řízení. Smluvní ujednání o lhůtách k podávání a vyřizování námitek například stanoví, že pokud „nebude možné z objektivních důvodů tyto lhůty dodržet, lze je na žádost příslušné smluvní strany prodloužit na až na dvojnásobek“.³

Nedodržení těchto lhůt má ovšem fakticky za následek jen to, že příslušná strana je v prodlení s plněním smluvní povinnosti. Nedodržení lhůty k podání námitek k revizní zprávě nevede k oslabení či ztrátě práva poskytovatele zpochybnit závěry pojišťovny a doložit je svými argumenty. I pokud by poskytovatel nepodal námitky ve stanovené lhůtě a nepožádal o její prodloužení, není vyloučeno, aby své námitky adresoval pojišťovně později. Vystavuje se ovšem riziku, že do doby než bude jeho argumentace pojišťovnou posouzena, ta již na základě svých závěrů učiní následné právní kroky.

Rovněž tak nedodržení lhůty k předání revizní zprávy nedává poskytovateli možnost domáhat se vydání rozhodnutí cestou žaloby na ochranu proti nečinnosti správního orgánu podle zákona č. 150/2002 Sb., soudního řádu správního. Jediným způsobem, jak se soudně domoci předání revizní zprávy, je podání žaloby na plnění, v tomto případě vydání revizní zprávy.

Stejný dojem jakéhosi „probíhajícího řízení“ budí i další články rámcové smlouvy: „Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků pojišťovny vůči poskytovateli odkladný účinek.“ Toto ustanovení je zcela nadbytečné, protože finanční nároky pojišťovny vůči poskytovateli nevznikají ‘vydáním’ revizní zprávy. Není tedy nutné účinky námitek nijak „odkládat“, protože žádné účinky na vznik, změnu nebo zánik nároků pojišťovny nemají. Revizní zpráva je pouze listina, kterou jeden účastník smlouvy dokládá druhému účastníkovi, popřípadě soudu v eventuálním soudním řízení, důvod a výši svých finančních nároků vůči smluvnímu partnerovi.

³ Srov. § 39 odst. 2 správního řádu: Lhůtu určenou správním orgánem může na žádost účastníka správní orgán za podmínek stanovených v odstavci 1 usnesením přiměřeně prodloužit.

Na výše zmíněné ujednání navazuje další: „Tím není dotčeno právo poskytovatele uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím pojišťovny v jiném řízení.“ Pojišťovna však žádné rozhodnutí nevydává, na případné námitky reaguje pouze tak, že buď ponechá revizní zprávu beze změn, nebo ji s ohledem na rozumnou argumentaci poskytovatele upraví. Pokud měl autor předpisu na mysli návrh na zahájení smírčího jednání nebo např. mediaci, pak jistě nelze proti takovému postupu nic namítat. Je ovšem otázkou, zda je nutné toto právo poskytovatele přímo zakotvovat ve vyhlášce. Stejně právo by poskytovatel měl, i pokud by toto ustanovení vyhláška neobsahovala. Pokud měl zákonodárce na mysli řízení soudní, pak je možné uvažovat výhradně o řízení občansko-právním. V takovém případě ale není jasné, čeho by se poskytovatel žalobou, kterou by uplatnil svůj nesouhlas s rozhodnutím pojišťovny, vlastně domáhal. Poskytovatel nemá právo na vydání revizní zprávy, s jejímž obsahem bude ztotožněn. Vzhledem k neexistenci takového práva zde není nic, čemu by soud mohl poskytnout ochranu.

Řešení sporů vzniklých v souvislosti se závěry kontroly ve smírčím jednání

Pokud poskytovatel se závěry kontroly nesouhlasí, může svůj nesouhlas projevit prostřednictvím některého z nástrojů, který mu rámcová smlouva dává. Smlouva obsahuje proklamativní ujednání, že smluvní strany budou případné spory týkající se plnění smlouvy řešit především vzájemným jednáním zástupců smluvních stran, a to zpravidla do 14 dnů od výzvy jedné ze stran. Pokud mezi nimi nedojde k dohodě, mohou sporné otázky projednat ve smírčím jednání. Tím není dotčeno právo smluvních stran uplatnit svůj nárok na řešení sporu u soudu nebo v rozhodčím řízení podle zvláštního právního předpisu. Zde je třeba opět podotknout, že jednání mezi stranami o smírném řešení sporu nemá vliv na možnost jedné ze stran uplatnit své právo u soudu.

Smírčí jednání je tedy alternativou k neprodlenému uplatnění eventuálních finančních nároků vůči druhé smluvní straně, například cestou započtení vzájemných pohledávek nebo podáním soudní žaloby o zaplacení. Text vyhlášky je opět trochu zavádějící, protože může vzbuzovat dojem, jako by snad podmínkou zahájení smírčího jednání bylo nějaké předchozí neúspěšné jednání stran. Strany pochopitelně mohou smírčí jednání zahájit kdykoliv, kdy mezi nimi dojde ke sporu.

Průběh smírčího jednání s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR se obvykle řídí Jednacím řádem smírčího jednání, který byl přijat po schvalovacím řízení, jehož se účastnili představitelé jednotlivých segmentů poskytovatelů a VZP ČR.

Jeho účelem je „objasnění vzniklého sporu a na základě zjištěných skutečností, v souladu s příslušnými právními předpisy, přijetí řešení ve formě stanoviska, které bude výsledkem dohody mezi zúčastněnými

stranami.“ Smírčí jednání končí buď odstoupením jedné ze stran od smírčího jednání v jeho průběhu nebo vyhotovením zápisu obsahující smír nebo závěr, že rozpor nebyl odstraněn s uvedením stanovisek obou stran.

Při formulaci závěrů smírčího jednání ukončeného smírem je třeba velmi důsledně dbát na to, aby tyto závěry nebyly v rozporu se zákonem. Strany by si měly být vědomy toho, že smírčí jednání se týká prostředků veřejného zdravotního pojištění. Zákon stanoví, že pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování, zdravotní pojišťovna takové služby neuhradí. Vzhledem k tomu, že jde o veřejné prostředky, není pojišťovna oprávněna s nimi nakládat podle svého uvážení, jak je tomu v běžných soukromoprávních vztazích. Smír by se tedy měl omezit na pouhé konstatování, že na základě smírčího jednání došlo obě strany ke shodnému závěru, že jsou nebo nejsou dány zákonem a smlouvou stanovené předpoklady pro odmítnutí úhrady hrazených služeb.

Soudní řešení sporů

Pokud revizní zpráva obsahuje závěry, z nichž vyplývá neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazených služeb a tyto závěry nebyly z pohledu pojišťovny poskytovatelem vyvráceny, je zdravotní pojišťovna povinna takové služby neuhradit. V případě, že již takové služby již byly uhrazeny, vznikla jejich úhradou na straně pojišťovny škoda, kterou je pojišťovna oprávněna požadovat zpět.

Tuto škodu je pojišťovna oprávněna vymáhat po poskytovateli, který o poskytnutí služby rozhodl a následně ji i poskytl a pojišťovně vyúčtoval. Ne vždy je ale totožný ten poskytovatel, který o poskytnutí služby rozhoduje s poskytovatelem, který takovou službu skutečně poskytuje a vyúčtovává. Tak je tomu v případech, že zdravotní služba je poskytnuta jako služba vyžádaná, navržená či předepsaná jiným poskytovatelem. V těchto případech lze škodu vymáhat pouze po tom poskytovateli, který porušil své povinnosti a rozhodl o jejím poskytnutí, tj. tuto službu vyžádal, navrhnul, předepsal. Výslovně je toto právo pojišťovny upraveno v § 42 odst. 3 ZVZP pro případ předepsání léčivého přípravku v rozporu s podmínkami stanovenými v rozhodnutí Ústavu pro kontrolu léčiv o výši a podmínkách úhrady, kdy zdravotní pojišťovna má právo na úhradu zaplacené částky za léčivý přípravek poskytovatelem, který léčivý přípravek předepsal.

Způsob, jakým pojišťovna svůj nárok vymáhá, záleží na konkrétní situaci. Pokud nedojde k jiné dohodě, je u smluvního poskytovatele obvykle využít institut započtení vzájemných pohledávek, kdy nárok pojišťovny je započten na nároky poskytovatele vůči pojišťovně vzniklé v dalších zúčtovacích obdobích. U nesmluvních poskytovatelů započtení samozřejmě nepřipadá v úvahu, takže pokud není částka uhrazena dobrovolně, je třeba se jí domáhat soudní cestou. I poskytovatel je oprávněn, v případě, že je přesvědčen o to, že služby měly být pojišťovnou uhrazeny, domáhat se neoprávněně započtené částky zpět z titulu bezdůvodného obohacení na straně pojišťovny.

Průběh soudního řízení pak do značné míry závisí na možnostech či schopnostech té které strany prokázat, že služby byly poskytnuty správně a oprávněně. Postavení zdravotní pojišťovny je o to komplikovanější, že není konzumentem zdravotní služby, ale pouze jejím plátcem. Ve sporu vzniklého na základě závěrů revizní zprávy s nejméně pravděpodobností nepůjde o „technické“ chyby při poskytování služeb týkající se například chyb ve vykazování výkonů, chybně stanovené hodnoty bodu apod., ale o odůvodněnost zdravotních služeb. O tom, jaký byl stav pojištění v daném okamžiku, je pojišťovna schopna udělat si závěry primárně na základě záznamů ve zdravotnické dokumentaci. Z tohoto důvodu klade zákonodárce na poskytovatele značné nároky, pokud jde o úroveň vedení zdravotnické dokumentace⁴. Úroveň vedení dokumentace je klíčová pro kontrolu a posuzování oprávněnosti úhrad za zdravotní služby. Je i v zájmu poskytovatelů, aby jimi vedená dokumentace splňovala kritéria stanovená příslušnými předpisy, neboť v případě nedostatků ve zdravotnické dokumentaci by povinnost prokázat odůvodněnost vyúčtování hrazených služeb byla výhradně na poskytovateli bez ohledu na to, zda by byl v postavení žalobce či žalovaného.

Ke shora uvedenému je třeba doplnit, že ustanovení ZVZP, ZZS a na ně navazujících podzákoných právních předpisů, které upravují kontrolní činnost pojišťovny, nemění nic na charakteru smluvního vztahu mezi pojišťovnou a poskytovatelem. Ten je nadále soukromoprávní, byť z důvodu veřejného zájmu je jeden z jeho subjektů ze zákona nadán jistými oprávněními, která je jeho smluvní partner povinen respektovat. Z charakteru smluvního vztahu jako soukromoprávního pak plyne závěr, že pojišťovna je oprávněna eventuální neoprávněné či nesprávné využívání hrazených služeb zjistit i jinak než postupem stanoveným v § 42 ZVZP a vyhlášce o rámcových smlouvách. Upřít pojišťovně toto právo by bylo v rozporu se jednou ze základních zásad soukromého práva vyjádřených i v Článku 2 odst. 3 Ústavního zákona č. 2/1993 Sb., Listiny základních práv a svobod, že každý může činit, co není zákonem zakázáno, a nikdo nesmí být nucen činit, co zákon neukládá. Zákon rozhodně neukládá pojišťovně kontrolovat využívání veřejných prostředků pouze způsobem zde stanoveným, pouze vymezuje, jakým způsobem kontrola probíhá v případě, že pojišťovna přikročí ke kontrole způsobem, který právní předpis předvídá.

V občanskoprávním řízení soudem mohou v souladu s § 125 zákona č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, za důkaz sloužit všechny prostředky, jimiž lze zjistit stav věci, zejména výslech svědků, znalecký posudek, zprávy a vyjádření orgán, fyzických a právnických osob, notářské nebo exekutorské zápisy a jiné listiny, ohledání a výslech účastníků.

⁴Viz vyhláška MZ ČR č. 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci

Závěrem

Problematika kontrolní činnosti zdravotních pojišťoven, resp. jejích závěrů, bude nepochybně mezi poskytovateli často budít velké emoce. Zdravotní pojišťovny ale nelze vnímat jako osobu, která pouze mechanicky přelévá finance od jednoho subjektu k druhému. Bez využití kontrolních oprávnění by zdravotní pojišťovny velmi těžko plnily svoje základní poslání. Je však třeba vždy mít na paměti, že zájmem obou smluvních partnerů je v první řadě kvalitní zdravotní služby poskytnuté pojištěncům.

Rozhodování revizních lékařů zdravotních pojišťoven

Mgr. Karel Kvasnička

Účelem tohoto zamyšlení je shrnout stávající rámec rozhodování zdravotních pojišťoven, resp. revizních lékařů, ve vztahu k nárokům jejich pojištěnců na čerpání některých zdravotních služeb. Jedná se o rozhodování, zda určité zdravotní služby budou uhrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění či nikoli v režimu zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, dále jen „ZVZP“. Typicky jde o rozhodování o čerpání léčebně rehabilitační péče, § 33 ZVZP (zde revizní lékař „potvrzuje“, dále např. § 16 ZVZP, zde revizní lékař „vydává souhlas“, nebo § 36, odst. 3 a), zde revizní lékař „schvaluje“. I přes pojmovou nesourodost úkonu revizního lékaře se však vždy jedná o tentýž úkon. Tedy revizní lékař resp. zdravotní pojišťovna rozhoduje o tom, zda jejímu pojištěnci budou v systému veřejného zdravotního pojištění poskytnuty zdravotní služby v rámci soukromoprávního vztahu mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pojištěncem. Zároveň pojišťovna za tento svůj souhlasný akt nezískává žádné protiplnění a navíc se zavazuje k úhradě určité částky poskytovateli zdravotních služeb v právního vztahu mezi ní a poskytovatelem.

Je nepochybné, že zdravotní pojišťovna má v rámci tohoto komplexu právních vztahů určité privilegované nebo vrchnostenské postavení, neboť je tím, kdo rozhoduje a z jejího rozhodnutí vzniká jednak nárok na čerpání péče ve vztahu k pojištěnci a její povinnost na úhradu péče ve vztahu k poskytovateli zdravotních služeb. Toto rozhodování se děje buď v rámci v rámci určitých pravidel, např. 267/2012 Sb., vyhláška o stanovení Indikačního seznamu pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči o dospělé, děti a dorost, nebo v jen velice vágně stanovených mantinelech, viz §16 ZVZP „zdravotní pojišťovna hradí ve výjimečných případech zdravotní služby jinak zdravotní pojišťovnou neuhrazené, je-li poskytnutí takových zdravotních služeb jedinou možností z hlediska zdravotního stavu pojištěnce“.

Přestože se jedná o poměrně zásadní oprávnění zdravotních pojišťoven je proces tohoto rozhodování ve stávající právní úpravě ZVZP upraven velice stroze, téměř vůbec. Nicméně mnohaletou praxí užívání rozhodovacího oprávnění revizních lékařů se u zdravotních pojišťoven vyvinula víceméně shodná praxe, která se svou povahou blíží rozhodování podle správního řádu. Existuje zde první stupeň – revizní lékař, který rozhoduje/schvaluje/potvrzuje a následně druhý stupeň, hierarchicky výše postavená složka zdravotní pojišťovny, která rozhoduje o námitkách či odvolání proti primárnímu rozhodnutí revizního lékaře.

Charakter tohoto rozhodování nebyl dlouhou dobu zřejmý, neexistovala k němu vhodná judikatura, zákonná úprava byla minimalistická. V loňském roce však Nejvyšší správní soud judikoval právě k této problematice a to rozhodnutím Ads 134/2012 ze dne 30.9.2013, které lze v dané věci považovat za zlomové. Zde vymezen základní charakter rozhodnutí revizního lékaře resp. zdravotní pojišťovny. Toto rozhodnutí je:

- individuálním právním aktem, neboť se týká konkrétního pojištěnce a konkrétní věci
- vydáváno z pozice vrchnostenského postavení pojišťovny
- zakládá, mění, ruší nebo závazně určuje práva a povinnosti pojištěnce a musí tedy být přezkoumatelné soudem
- vztahem mezi zdravotní pojišťovnou a jejím pojištěncem dle ZVZP

NSS došel k závěru, že rozhodnutí zdravotní pojišťovny je rozhodnutím ve smyslu § 65 odst. 1 s.r.s., na které není možné aplikovat výluky ze soudního přezkumu podle ustanovení § 70 písm. d) s.r.s. (vyloučení úkonů správního orgánu, jejichž vydání závisí výlučně na posouzení zdravotního stavu osob ze soudního přezkumu). Ačkoli se v daném případě jednalo o otázku medicínskou, přímo se dotýkala základních práv zaručených Listinou základních práv a svobod, konkrétně práva na zdravotní péči podle čl. 31 Listiny, neboť rozhodnutím zdravotní pojišťovny bylo rozhodováno o tom, zda žalobci bude poskytnuta komplexní léčebně rehabilitační péče a v jaké formě, tj. bylo rozhodováno o plnění ze zdravotního pojištění ve prospěch stěžovatele. Ze závěrů NSS vyplývá, že správní soudy by měly mít pravomoc rozhodovat o zákonnosti a správnosti rozhodnutí, jehož obsahem je posouzení nároku pojištěnce vůči zdravotní pojišťovně na poskytnutí plnění podle ZVZP.“

Ve světle tohoto judikátu má rozhodnutí revizního lékaře zdravotní pojišťovny o nároku pojištěnce autoritativní povahu a jako takové má být realizováno v transparentním režimu a zajistit účastníkovi řízení, pojištěnci, právo na spravedlivý proces ve smyslu § 36 LZPS. Toto právo v praxi naráží na řadu nejasností. Lze uvést např. absenci definice odvolacího orgánu, který by rozhodoval o oprávněném prostředku proti rozhodnutí revizního lékaře. Je třeba klást si otázku, kdo je tímto odvolacím orgánem. Přičemž odpověď na

ni dle stávající právní úpravy neexistuje a můžeme jen dovozovat, zda tímto odvolacím orgán by mělo být ministerstvo zdravotnictví, ředitel zdravotní pojišťovny, vyšší organizační složka zdravotní pojišťovny nebo pojištěnec může obrátit přímo na soud podle ustanovení § 65 odst. 1 zákona č. 150/2002, soudní řád správní, ve znění pozdějších předpisů?

Dále je zde třeba zmínit paradoxní situaci, která nastala přijetím novely ZVZP č. 60/2014 Sb. Ta pro rozhodování zdravotních pojišťoven ve věcech nároků na čerpání a náhradu přeshraničních zdravotních služeb stanovila správní řád. Jedná se však o rozhodování, které je s posuzováním nároků na čerpání vnitrostátních zdravotních služeb podle ZVZP obsahově srovnatelné. Oblast správních postupů týkajících se čerpání přeshraniční péče upravuje v Článek 9 směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU, o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči. Z něj plyne významný důraz na posuzování nároků pojištěnců v transparentním a nediskriminačním procesním režimu.¹

Praxe zdravotních pojišťoven samozřejmě určitá procesní pravidla již dávno přinesla. Přesto se domnívám, že je zřejmé na místě zvolit obecný procesní postup, tedy správní řád, z. č. 500/2004 Sb. a to alespoň v míře, která bude garantovat právo pojištěnce na spravedlivý proces.

V této souvislosti je zároveň potřeba mírnit obavy zdravotních pojišťoven z obrovského nárůstu administrativní agendy, kterou by s sebou přinesla úplná aplikace správního procesu do rozhodování revizních lékařů. Tyto obavy jsou pochopitelné, neboť revizní lékaři zdravotních pojišťoven rozhodují ročně o desítek tisíc žádostí a vedení správního řízení o všech těchto žádostech by činnost revizních lékařů prakticky paralyzovalo.

Bylo by proto na místě přijít s takovým legislativním řešením, které by zaručilo právo pojištěnce na spravedlivý proces a zároveň neblokovalo kapacitu zdravotních pojišťoven nárůstem administrativy. Lze si představit zjednodušené řízení o žádostech pojištěnců, v rámci kterého se při vyhovění žádosti v plném rozsahu správní řád nepoužije. Tato úprava je nutná z důvodu zjednodušení procesu při kladném rozhodnutí o žádosti, kdy lze předpokládat, že pravděpodobnost podání opravného prostředku – odvolání – u pojištěnce, jehož žádosti je zcela vyhověno, je minimální. Pokud by přesto pojištěnec, a toto je samozřejmě jen hypotetická možnost, nesouhlasil s výsledkem zjednodušeného řízení o jeho žádosti, má možnost požádat zdravotní pojišťovnu o vydání rozhodnutí ve správním řízení.

Naopak o žádostech, kde by pojištěnec nebyl zcela vyhověno by byly použity standardní instituty správního řádu, tedy plnohodnotné rozhodnutí a přesně definovaná možnost podání opravného prostředku. O

¹ Viz např. Článek 9 odst. 4: Členské státy zajistí, aby individuální rozhodnutí týkající se využívání přeshraniční zdravotní péče a náhrady nákladů na zdravotní péči vynaložených v jiném členském státě byla řádně odůvodněna a podléhala individuálně správnímu přezkumu a aby mohla být předmětem soudního přezkumu, včetně ustanovení o předběžných opatřeních

odvolání proti rozhodnutí zdravotní pojišťovny o úhradě zdravotních služeb by mohl rozhodovat např. nově zřízený Revizní nebo Odvolací sbor složený z odborníků, zástupců příslušné zdravotní pojišťovny. Variantou je i to, že by tato pravomoc mohla být delegována na Rozhodčí orgán, ovšem v jiném odborně zaměřeném složení.

Shora uvedená úvaha si neklade za cíl definovat, jak mají zdravotní pojišťovny cestou svých revizních lékařů rozhodovat o nárocích pojištěnců, jako být spíše příspěvkem do diskuze o charakteru tohoto rozhodování. Rozhodování revizních lékařů, tak jak jej nyní známe, je přijímané jako status quo, přesto si zaslouží detailnější úpravu zaručující jeho větší transparentnost.

Způsoby ukončení Smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb

Mgr. Michaela Lavičková

Zdravotní pojišťovny v rámci své činnosti uzavírají s poskytovateli zdravotních služeb *Smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb* (dále jen „Smlouva“). Základní smluvní ustanovení „Smlouvy“, uzavírané mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnami, jsou formalizována právním předpisem nižší právní síly, vyhláškou, jako tzv. rámcové smlouvy. Vyhláška o rámcových smlouvách je vydávána Ministerstvem zdravotnictví ČR na základě zákonného zmocnění obsaženého v § 17 odst. 3) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Aktuálně je obsah „Smlouvy“ upraven v přílohách vyhlášky č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy.

Rámcové smlouvy jsou ve vyhlášce č. 618/2006 Sb. členěny dle jednotlivých segmentů poskytovaných zdravotních služeb. Původní legislativa, platná v době počátku účinnosti (1.1.2007) však již doznala značných změn, které mají formální (změna terminologie přijetím zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách), ale i zásadní (větší smluvní volnost, sjednocení duality občanského a obchodního práva zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník) vliv na závazkové smluvní vztahy, těmito rámcovými smlouvami založenými.

Obecná ustanovení všech příloh vyhl. č. 618/2006 Sb., ve svém čl. 1 odst. 1) vymezují účel uzavření „Smlouvy“, kterým je zajištění věcného plnění při poskytování a úhrada zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění. Zároveň v čl. 1 odst. 2) je omezena smluvní volnost mezi stranami natolik, že změna oproti ustanovení rámcové smlouvy je možná jen tam, kde je to vyhláškou výslovně připuštěno.

V rámcových smlouvách, jsou kromě formy, která je obligatorně písemná, podrobně upravena práva a povinnosti smluvních stran, která musejí být obsažena ve „Smlouvě“ mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou. Rámcová smlouva tak také restriktivně vymezuje možnosti ukončení „Smlouvy“. Tyto možnosti jsou chápány jako taxativní a „Smlouva“ není o další možnosti rozšiřována. Tento příspěvek je zaměřen na „Smlouvy“ mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovateli, uzavřenými do 31.12.2013, a dále právě jen na možnosti ukončení tohoto smluvního vztahu. Pro tuto potřebu budu vycházet ze vzorových „Smluv“ uzavíraných s poskytovateli Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR.

Nejběžnějším a nejméně komplikovaným způsobem ukončení smlouvy, ostatně jako u většiny závazkových vztahů, je zánik „Smlouvy“ uplynutím doby, pro kterou byla sjednána. Tomuto způsobu ukončení není nutné dále věnovat pozornost, a to s ohledem na skutečnost, že dosud byly „Smlouvy“ standardně uzavírány na dobu určitou, a to dobu pěti, resp. osmi let (dle daného segmentu).

Další možnosti ukončení „Smlouvy“ jsou interpretačně již více náročné. V první řadě jsou uvedeny podmínky, při jejichž splnění „Smlouva“ nebo její část zaniká, a to ke dni, ke kterému tyto podmínky nastanou:

- a) zánikem oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle § 22 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a dnem právní moci rozhodnutí o odejmutí, pozastavení a změně oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle § 23 a § 24 téhož zákona,
- b) dnem zániku poskytovatele nebo pojišťovny nebo dnem úmrtí poskytovatele - fyzické osoby,
- c) dnem uvedeným v písemném oznámení pojišťovně, pokud poskytovatel ze závažných zdravotních či provozních důvodů nemůže hrazené služby nadále poskytovat,
- d) dnem, kdy poskytovatel pozbyl věcné, technické nebo personální předpoklady pro poskytování hrazených služeb ve sjednaném rozsahu, stanovené právním předpisem nebo smlouvou, ve smyslu čl. 3 odst. 2 písm. a), pokud poskytovatel nedostatky neodstraní ani po dodatečně stanovené přiměřené lhůtě; smlouva nebo její část zaniká pouze v části vymezující rozsah nasmlouvaných hrazených služeb, ve kterých poskytovatel nespĺňuje právním předpisem nebo smlouvou stanovené předpoklady, ledaže by šlo o tak závažné okolnosti, pro které nelze očekávat další plnění smlouvy v celém rozsahu.

Výkladem ustanovení § 22 až § 24 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, které je uvedeno pod písm. a) jako první z rozvazovacích podmínek, lze dále dospět k závěru, že pouze zde taxativně uvedené možnosti změny oprávnění, které spočívají spíše v porušení zákonem daných povinností, by vedly k ukončení „Smlouvy“ bez dalšího. Nelze tak pod tuto možnost ukončení podřadit jakoukoliv změnu oprávnění, např. z důvodu změny jeho rozsahu.

Při naplnění některé z rozvazovacích podmínek dojde k zániku „Smlouvy“ ex nunc. Je však vždy nutné vážít, zda naplnění podmínky je takového charakteru, že další plnění „Smlouvy“ není možné. V opačném případě je nutné chápat rozvazovací podmínku jen do té části „Smlouvy“, vymezující rozsah hrazených služeb,

jejichž realizace se stala nemožnou. Již při letmém zhodnocení výše uvedených rozvazovacích podmínek je jasné, že výklad dělitelnosti plnění „Smlouvy“ může být značně obtížný.

Před uplynutím sjednané doby lze „Smlouvu“ dále ukončit písemnou výpovědí s výpovědní lhůtou pěti měsíci, která začne běžet prvním dnem měsíce následujícího po doručení výpovědi druhé smluvní straně, jestliže v důsledku závažných okolností nelze rozumně očekávat další plnění smlouvy, a to v případě, že:

a) smluvní strana

1. uvedla při uzavření smlouvy nebo při jejím plnění druhou smluvní stranu v omyl ve věci podstatné pro plnění smlouvy,
2. ve smluvních vztazích hrubým způsobem porušila závažnou povinnost uloženou jí příslušným právním předpisem, upravujícím veřejné zdravotní pojištění nebo poskytování zdravotních služeb, nebo smlouvou,
3. opakovaně poruší povinnost vyplývající z § 40 odst. 6 zákona č. 48/1997 Sb.,
4. vstoupí do likvidace nebo na její majetek soud prohlásí konkurz,

b) poskytovatel

1. bez předchozí dohody s pojišťovnou bezdůvodně neposkytuje hrazené služby ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
2. přes písemné upozornění bez předchozí dohody s pojišťovnou opakovaně účtuje hrazené služby poskytnuté nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti,
3. přes písemné upozornění neodůvodněně omezuje pro pojištěnce pojišťovny ordinační dobu sjednanou ve smlouvě,
4. poskytuje hrazené služby bez odpovídajícího věcného a technického vybavení a personálního zajištění,
5. prokazatelně neposkytuje pojištěncům hrazené služby kvalitně a "lege artis", popřípadě opakovaně odmítne poskytnutí hrazených služeb z jiných, než právními předpisy stanovených důvodů,
6. požaduje v rozporu s právními předpisy od pojištěnců finanční úhradu za hrazené služby nebo za přijetí pojištěnce do péče,
7. přes písemné upozornění prokazatelně opakovaně neoprávněně účtuje hrazené služby,
8. neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti prováděné pojišťovnou v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb.,

c) pojišťovna

1. přes písemné upozornění opakovaně neoprávněně neuhradí poskytovateli poskytnuté hrazené služby,
2. přes písemné upozornění opakovaně nedodrží lhůty splatnosti dohodnuté ve smlouvě,

3. přes písemné upozornění opakovaně překračuje rozsah kontrolní činnosti stanovený zákonem č. 48/1997 Sb.,

4. poskytne třetí straně údaje o poskytovateli nad rámec právních předpisů nebo smlouvy.

Výše stanovené výpovědní důvody jsou taxativním výčtem možností ukončení „Smlouvy“ výpovědí s obligatorní pětiměsíční výpovědní dobou. Z jiných, než zde uvedených důvodů, nelze „Smlouvu“ vypovědět, a lze tak učinit jen v důsledku závažných okolností bez rozumné možnosti očekávat další plnění „Smlouvy“. K výpovědi „Smlouvy“ je tak možno přistoupit jen za velmi striktních podmínek. V prodloužené výpovědní době je dále jednoznačně deklarovaný zájem zákonodárce na postupném, nikoliv okamžitým, ukončení poskytování hrazených služeb.

„Smlouva“ dále stanoví, že před uplynutím sjednané doby lze smlouvu ukončit:

a) stanoví-li tak zákon,

b) písemnou dohodou smluvních stran, a to za podmínek a ve lhůtě uvedených v této dohodě.

Pojem zákon uvedený pod písm. a) je obvykle vykládán jako přepis legislativní zkratky použité v definici zákonného zmocnění Ministerstva zdravotnictví ve vyhl. č. 618/2006, kterou se vydávají rámcové smlouvy. Zákonem je zde myšlen zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění ve znění zákonů pozdějších. I pokud by bylo této argumentaci přisvědčeno, nelze souhlasit s restriktivním výkladem nemožnosti aplikace dalších důvodů k ukončení „Smlouvy“, při použití kodexů civilního práva.

„Smlouva“ mezi poskytovatelem a Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR je dohodou smluvních stran podřízena režimu zákona č. 513/1991 Sb., obchodní zákoník, ve znění platném do 31.12.2013. Z toho ujednání vyplývá, že otázky „Smlouvy“ neupravené budou i do budoucna vykládány dle zákona č. 513/1991 Sb., a to ve spojení s § 3028 odst. 3) zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v platném znění. Není-li dohodou stran ujednáno, což je na svobodné vůli účastníků závazkového vztahu, že se nadále budou práva a povinnosti ze „Smlouvy“ vztahovat k ustanovením zákona č. 89/2012 Sb., platí, že se řídí právními předpisy účinnými v době jejího uzavření. Toto přechodné ustanovení dopadá na veškeré právní poměry vzniklé přede dnem nabytí účinnosti nového občanského zákoníku.

Jak bylo již uvedeno, lze se setkat s názory, že výše uvedené alternativy ukončení ujednané ve „Smlouvě“, jsou jedinou přípustnou možností ukončení „Smlouvy“, resp. že je vyloučeno aplikovat ustanovení §§ 344–351 obchodního zákoníku, tedy ustanovení o odstoupení od smlouvy. Jsem opačného názoru, když se domnívám, že je možné od „Smlouvy“ také platně odstoupit.

V § 263 obchodního zákoníku jsou vyjmenována ta ustanovení tohoto zákona, která jsou bez dalšího

ustanoveními kogentními a nelze je tak dispozitivně upravovat, resp. nelze je smluvně vyloučit. V § 263 je jako kogentní uveden nejen § 344, ale také § 365 a § 370, které jsou z hlediska možnosti zákonem stanovených důvodů pro odstoupení od smlouvy principiální.

Nebylo tomu tak však od počátku účinnosti obchodního zákoníku. Do výčtu kogentních ustanovení se § 344 dostal novelizací obchodního zákoníku provedenou zákonem č. 370/2000 Sb. Avšak i pro období před účinností novely Nejvyšší soud dovedl nemožnost smluvního vyloučení § 344 pro rozpor s dobrými mravy. Ustanovení §§ 344 – 351 obchodního zákoníku tak je nutné od počátku vykládat jako kogentní povahy (NS sp. zn. 32 Odo 1043/2004).

I pokud by ve „Smlouvě“ bylo obligatorně písemně ujednání o vzdání se práva od „Smlouvy“ v budoucnu odstoupit, i přestože je smlouva prokazatelně porušována podstatným způsobem, resp. dochází k prodlení a toto prodlení je možné chápat jako podstatné porušení smlouvy (NS sp. zn. 29 Odo 207/2001), jednalo by se o ujednání neplatné. Důvodem neplatnosti by byl rozpor s § 574 odst. 2). Dohoda o vzdání se práv, která mohou v budoucnu teprve vzniknout, je neplatná. Takováto dohoda by i velmi pravděpodobně byla shledána rozpornou s dobrými mravy.

§ 344 stanoví jako eventualitu smluvní ujednání podmínek, za nichž je možné uplatnit jednostranné právní jednání ve formě odstoupení od smlouvy, resp. ujednat podmínky pro odstoupení od smlouvy odlišné od zákona. Pokud tak strany neučiní, lze uplatnit odstoupení od smlouvy na základě zákonem explicitně stanovených podmínek. Rámcové smlouvy žádné speciální ujednání o odstoupení od „Smlouvy“ neobsahují. Lze tak využít díkce zákonné úpravy.

Možnost jednostranně od smlouvy, při splnění zákonných podmínek, odstoupit, je nutné chápat jako ochranu práv té strany, která je, bez vlastního zavinění či možnosti zjednat nápravu, vystavena prodlení druhé smluvní strany. Ten účastník smluvního vztahu, který řádně a včas plní své závazky, by byl nucen setrvat ve smluvním vztahu bez možnosti ochrany svých práv.

Ochrana zdraví onkologicky nemocného dítěte navzdory vůli jeho rodičů

Mgr. Sylva Štěřbová

Právo na ochranu zdraví je zakotveno v čl. 31 Listiny základních práv a svobod. Nejednou se však stalo, že

toto právo kolidovalo s jinými individuálními právy a svobodami. V krajních případech může dokonce dojít i k situaci, že bude zdraví člověka chráněno proti jeho vůli.¹

Úmluva o lidských právech a biomedicíně ve svém čl. 5 stanovuje, že jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Nutnost informovaných souhlasů ve zdravotnictví plyne i z čl. 7 Listiny základních práv a svobod, jelikož jakýkoli zásah do tělesné a duševní integrity je právě bez svobodného a informovaného souhlasu nepřipustný.² Na úvod tohoto příspěvku je potřeba připomenout, že u nezletilých osob, které dle zákona nejsou způsobilé k udělení souhlasu se zákrokem, je třeba informovaného souhlasu jejich zákonného zástupce, úřední osoby či jiné osoby nebo orgánu, které jsou k tomu zmocněny zákonem. Poskytování zdravotní péče nezletilým se může z právního hlediska velmi zkomplikovat zejména v tom případě, kdy každý z rodičů má odlišný názor na způsob léčby jejich dítěte, anebo pokud mají rodiče odlišný názor než lékaři. A právě druhé nastíněné bude tématem tohoto příspěvku.

Dětská onkologie patří k těm lékařským oborům, které vzbuzují již při svém vyslovení přinejmenším úlek. Klinika dětské onkologie Fakultní nemocnice Brno se při léčbě svých pacientů dostala i do soudní síně, a to ne jednou, právě z důvodu poskytnutí informovaného souhlasu rodičů při léčbě jejich dítěte.

Jedním z těchto případů se zabýval i Ústavní soud v roce 2004,³ který konstatoval, že autonomie rodičů při rozhodování o zdravotnických zákrocích vůči jejich dětem není absolutní.⁴ Rodiče nezletilého D.J.⁵ podali ústavní stížnost proti usnesení Krajského soudu v Ostravě i jemu předcházejícímu usnesení Okresního soudu v Karviné, jelikož předběžným opatřením byl jejich nezletilý syn předán do péče léčebného zařízení.⁶ Důvodem tohoto předběžného opatření byla skutečnost, že u nezletilého D.J., bylo diagnostikováno vysoce

¹WINTR, Jan. Právo na ochranu zdraví. In WÁGNEROVÁ, Eliška (ed). Listina základních práv a svobod. Komentář. Praha: Wolters Kluwer, 2012. s. 649.

²LANGÁŠEK, Tomáš. Nedotknutelnost osoby. In WÁGNEROVÁ, Eliška (ed). Listina základních práv a svobod. Komentář. Praha: Wolters Kluwer, 2012. s. 189.

³Nález Ústavního soudu III. ÚS 459/03 ze dne 20. 8. 2003

⁴ŠIMÁČKOVÁ, Kateřina. Ochrana rodičovství. In WÁGNEROVÁ, Eliška (ed). Listina základních práv a svobod. Komentář. Praha: Wolters Kluwer, 2012. s. 669s.

⁵nar. 1996

⁶Kliniky dětské onkologie Fakultní nemocnice Brno

zhoubné nádorové onemocnění, které vede nezvratně, pokud není adekvátně léčeno, ke smrti pacienta. K léčbě tohoto konkrétního onemocnění bylo zapotřebí aplikovat krevní deriváty a následně i krevní transfúzi, s čímž rodiče nezletilého nesouhlasili. Jako Svědci Jehovovi trvali na léčbě pouze pomocí prostředků zmírňujících bolest, jelikož pro své náboženské přesvědčení nemohli dát souhlas k léčbě chemoterapií, po které by nutně následovala i transfúze krve.

Dle ošetřujících lékařů však byla právě chemoterapie spojená s transfúzí krve nutná k léčbě nezletilého, a proto navrhli soudu vydání předběžného opatření. Okresní soud v Karviné jej vydal a na následné odvolání rodičů jej potvrdil i Krajský soud v Ostravě, jelikož bylo prokázáno bezprostřední ohrožení života nezletilého. Shodně se vyjádřil i veřejný ochránce práv JUDr. Otakar Motejl⁷, který byl nezletilému ustanoven opatrovníkem pro řízení před Ústavním soudem. Ústavní stížnost rodičů byla zamítnuta se závěrem, že ochrana zdraví a života dítěte, a o ni vzhledem ke konkrétním okolnostem skutečně šlo, je zcela relevantním a více než dostatečným důvodem pro zásah do rodičovských práv, kdy jde o hodnotu, jejíž ochrana je v systému základních práv a svobod jednoznačně prioritní a nezletilý D.J. byl následně léčen dle postupu, který stanovili lékaři. Ačkoli nedošlo k úplnému vyléčení, díky postupu soudů v Moravskoslezském kraji a následně i III. senátu Ústavního soudu, byl život D.J. prodloužen, a to o tři roky.⁸ Za zmínku jistě stojí, že s touto konkrétní diagnózou se v nejlepších onkologických centrech na světě dosahuje 40% přežití 5 let po stanovení diagnózy.⁹ Shrneme-li stručně tento nálezní, rodiče (Svědci Jehovovi) postavili své náboženské přesvědčení nad život svého dítěte, a to při odmítnutí aplikace krevních derivátů a použití léčebných prostředků, které byly pro vyléčení a další život jejich syna naprosto nezbytné.

⁷ „Stěžovatelé svým vědomým postojem k léčbě nezletilého, který osvědčili svým prohlášením ze dne 6. 8. 2003, rozhodli ukončit proces aktivního léčení bezprostředně život ohrožující nemoci nezletilého a požadovali, aby léčba chemoterapií byla přerušena a nezletilý byl léčen pouze paliativní léčbou; poskytli tedy ošetřujícím lékařům pouze souhlas s použitím medicínských prostředků utišujících, neovlivňujících však podstatně průběh vlastní choroby. Vzhledem k diagnóze by to znamenalo nezvratný konec života, takže vznikla nesporně situace, kterou k realizaci práva na život a ochranu zdraví zákon v ustanovení § 76a o. s. ř. předpokládá, a nic nemohlo zpochybnit v souvislosti s předpokládanými výjimkami autoritativního rozhodování rodičů postup, který obecné soudy zvolily.“

⁸ Léčen od 2003, zemřel 2007

⁹ dle informací lékařů z Kliniky dětské onkologie Fakultní nemocnice Brno

Posuneme-li se v čase o dva roky po vydání výše uvedeného nálezu Ústavního soudu, tedy do roku 2006, avšak zůstaneme na též Klinice dětské onkologie v Brně, kde došlo v částečně podobném případě k opačnému názoru soudu. Okresní soud Brno-venkov rodičovská práva neomezil a nezletilý N.C. s Ewingovým sarkomem v obličejové části lebky byl, po sporech rodičů a lékařů, léčen dle vůle rodičů.¹⁰

Zpočátku probíhala léčba ve spolupráci rodičů a lékařů, kdy N.C. podstoupil chemoterapii. Následovat měla lokální léčba operací nebo radioterapií, kdy lékaři zvolili právě radioterapii, jelikož operace by vedla k drastickému poškození pacienta a indikovaná radioterapie je u tohoto typu onemocnění uznávána jako standardní součást léčby. Kombinací chemoterapie a následné radioterapie lze dosáhnout trvalého vyléčení v 70 – 90 % případů, kdy se nádor během života pacienta již nevrátí, avšak na druhou stranu může radioterapie mít pozdější nežádoucí účinky.¹¹ Tyto nežádoucí účinky však jsou lékařsky řešitelné a jejich rizika jsou nižší než riziko Ewingova sarkomu bez místní léčby. Rodiče N.C. však s radioterapií v rozsahu nálezů¹² ze začátku léčby nesouhlasili, neboť byli přesvědčeni, že by mohlo dojít k tak závažným následným komplikacím, že by byla kvalita života N.C. velmi ovlivněna. Dle názoru lékařů totiž radioterapií nebylo možné provést pouze „cílené“ ozáření zbytku tumoru, ale bylo nutné ozářit původní rozsah nálezů.

Jelikož se v tomto případě nejednalo o neodkladné provedení vyšetřovacího nebo léčebného výkonu nezbytného k záchraně života nebo zdraví dítěte, nebylo možné aplikovat ustanovení § 23 odst. 3 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů. S ohledem na tuto skutečnost se Fakultní nemocnice Brno obrátila na příslušný orgán sociálně právní ochrany dětí, jelikož další léčebný zákrok mohl být poskytnut jen se souhlasem zákonných zástupců nezletilého, anebo v případě omezení rodičovské zodpovědnosti se souhlasem ustanoveného opatrovníka.

Okresní soud Brno-venkov provedl šetření vyjádřením lékařů – ošetřujících i konzultantů a také pohovorem s rodiči N.C. Z těchto šetření soud zjistil, že dle jednoho z lékařů je v případě neaplikace radioterapie

¹⁰rodiče nezletilého poskytli s použitím informací souhlas, anonymizováno autorkou

¹¹např. porucha funkce hypofýzy, oka, růstu ozářených kostí

¹²dle informací lékařů z Kliniky dětské onkologie Fakultní nemocnice Brno

statisticky o 50% zvýšeno riziko recidivy, dle názoru dalšího konzultujícího lékaře jen o 30%. Rodiče však zastávali názor, že s ohledem na možné zdravotní následky, které však byly popsány lékaři jako život neohrožující, s radioterapií nesouhlasili, a to především z důvodu příliš vysoké ceny za nejistý výsledek.

Jelikož názor konzultujících lékařů nebyl zcela jednoznačný a určitou roli sehrál i časový faktor,¹³ soud nezahájil řízení o omezení rodičovské zodpovědnosti k N.C. a tento návrh nebyl podán ani orgánem sociálně právní ochrany dětí, tudíž radioterapie dle rozhodnutí rodičů aplikována nebyla. K upřesnění výše uvedených čísel je však potřeba doplnit, že otázka změny prognózy pacienta odmítnutím určité části léčby není předmětem klinických studií, eventuelní procentní hodnocení je tedy vždy pouze kvalifikovaným odhadem. V současné době je N.C. bez trvalých následků, je sledován na Klinice dětské onkologie v Brně a mezi rodiči a lékaři funguje spolupráce velmi dobře.

Cílem tohoto příspěvku je poukázat na velmi tenkou a neostrou hranici v rozhodování o léčbě nezletilých pacientů, kdy je nutná vysoká míra prošetření situace a bohužel (bohudík?) neexistuje jedno jediné správné řešení, je třeba individualizace případů, a to nejen z hlediska medicínského, ale i právního.

¹³radioterapii bylo nutno zahájit do 6-8 týdnů od chemoterapie

Být klientem VZP je správné rozhodnutí

DÁRCI KRVE AŽ 500 KČ

Rehabilitační aktivity, cvičení a vitamíny. Navíc jako dárcce krve 35 dní cestovního zdravotního pojištění zdarma

Ve skupině **DOSPĚLÝ** – očkování nehrazené ze zdravotního pojištění, rehabilitační aktivity a cvičení, prevence melanomu

Ve skupině **MAMINKA** – předporodní kurzy, cvičení a plavání pro těhotné, přítomnost partnera u porodu, odběr pupečnickové krve

PODMÍNKOU PRO ČERPÁNÍ FINANČNÍCH PŘÍSPĚVKŮ JE ČLENSTVÍ V KLUBU PEVNÉHO ZDRAVÍ.

MNOHO DALŠÍCH VÝHOD NAVÍC

Klub pevného zdraví – slevy na produkty a služby od smluvních partnerů

Síť poboček VZP pro celé republiky

Portál VZP ČR - <https://portal.vzp.cz>

- kontrola nad platbami zdravotního pojištění, přehled proplacené zdravotní péče, nahlášení změn
Zvýhodněné cestovní zdravotní pojištění do zahraničí

U POJIŠŤOVNY VZP, a.s.

10% slevu pro všechny pojištěnce VZP ČR

Cestovní pojištění

Úrazové pojištění

Zdravotní pojištění PATRON

30% slevu pro studenty - pojištěnce VZP ČR na cestovní pojištění

Až 75% slevu pro rodiny s dětmi na roční rodinný paušál

Cestovní pojištění pro opakované pobyty

O konkrétních podmínkách čerpání výhod a finančních příspěvků se informujte na pobočkách VZP nebo na www.vzp.cz/vyhody.

Upozornění

Nenechte se oklamat nekalými praktikami obchodních zástupců některých konkurenčních zdravotních pojišťoven. Nepravdivě informují o našich službách či naší údajně svízelné ekonomické situaci a současně se snaží naše klienty přeregistrovat k jiné zdravotní pojišťovně. Neukazujte jim průkaz VZP ani nic nepodepisujte, vyhnete se nepřijemnostem.



www.vzpkonference.cz