

An aerial, black and white photograph of a city, likely Prague, showing a dense urban landscape with various buildings, streets, and a central square. The image is framed by a thick red border.

5. ročník konference zdravotnického práva

Lidé, zdravotnictví a právo



infolinka: 952 222 222
www.vzp.cz

BÝT KLIENTEM VZP SE VYPLATÍ

Nabízíme Vám opět něco navíc.
Z nabídky si mohou vybrat všichni.

DĚTI AŽ 2 500 Kč

- očkování nehrazené ze zdravotního pojištění
- kardiovaskulární prevence – zvýšení pohybové aktivity nebo snížení nadváhy a obezity
- při diagnóze diabetes mellitus a metabolický syndrom – lékařem indikované sestavení jídelníčku nebo pohybové aktivity nebo dezinfekce pro diabetiky nebo edukační dětské jehly
- psychologická pomoc a terapie při poruchách příjmu potravy (anorexie, bulimie)
- prevence melanomu – nehrazené vyšetření pigmentových skvrn dermatoskopem

DOSPĚLÍ AŽ 2 500 Kč

- očkování nehrazené ze zdravotního pojištění
- kardiovaskulární prevence – zvýšení pohybové aktivity nebo snížení nadváhy a obezity nebo pomoc při odvykání kouření
- při diagnóze diabetes mellitus a metabolický syndrom – lékařem indikované sestavení jídelníčku nebo zvýšení pohybové aktivity nebo dezinfekce pro diabetiky nebo hydrogelové a hydrokoloidní náplasti
- preventivní vyšetření paměti nebo pořízení tréninkových kognitivních pomůcek při onemocnění Alzheimerovou chorobou
- prevence onkologického onemocnění – nehrazené vyšetření pigmentových skvrn dermatoskopem nebo nehrazené preventivní vyšetření prostaty

Program

10. 9. 2015

9:00 – 9:25 Úvodní slovo

9:25 – 10:25 JUDr. Petr Vojtek

Problémy odškodňování nemajetkové újmy
na zdraví – aktuální stav

10:25 – 10:40 Přestávka

10:40 – 11:40 JUDr. Olga Sovová, Ph.D.

Aktuální otázky odpovědnosti poskytovatelů
zdravotních služeb

11:40 – 12:40 Oběd

12:40 – 13:35 Mgr. Ingrid Kovářová Kochová, Ph.D.

Procesně právní aspekty řízení o náhradu újmy na zdraví

13:35 – 14:30 JUDr. Jakub Král, Ph.D.

Legislativně-právní srovnání výhod a nevýhod současného
systému úhradové regulace léčivých přípravků vs. identická
regulace zdravotnických prostředků

14:30 – 14:45 Přestávka

14:45 – 15:45 JUDr. et PhDr. Stanislav Balík

Dějiny financování zdravotnictví jako inspirační zdroj

15:45 – 16:00 Přestávka

16:00 – 17:00 doc. JUDr. Filip Křepelka, Ph.D.

Právní souvislosti určování a vymezování ceny zdravotní péče

19:00 – 24:00 Společenský večer

11. 9. 2015

9:30 – 10:30 JUDr. Pavol Kádek, Ph.D.

Právní úprava vztahů mezi pacienty a poskytovateli na Slovensku
– úprava právní odpovědnosti ve zdravotnictví na Slovensku

10:30 – 11:30 JUDr. Lucia Pastířková

Právní regulace veřejného financování zdravotních služeb
na Slovensku

11:30 Závěrečné slovo

Profily autorů konferenčních příspěvků



JUDr. Petr Vojtek (* 1967)

Předseda senátu Nejvyššího soudu České republiky se stal soudcem dovolacího soudu v roce 1998, od té doby se specializuje na agendu náhrady škody, rozhoduje ve tříčlenném senátu 25 Cdo, je členem velkého senátu a působí rovněž v evidenčním senátu Nejvyššího soudu.

Vedle rozhodovací činnosti se věnuje i výuce, přednáší a školí zejména v rámci Justiční akademie a České advokátní komory. Je externím spolupracovníkem Právnické fakulty Masarykovy univerzity v Brně. Jako člen redakční rady se podílí na podobě časopisu Soudní rozhledy, přispívá do časopisů Právní rozhledy a Obchodněprávní revue a z pozice člena Soudcovské unie též do časopisu Soudce. Spoluzaložil Soubor rozhodnutí Nejvyššího soudu a od roku 2001 je stálým zpracovatelem rozhodnutí dovolacího soudu do tohoto sborníku judikatury. Účastní či účastnil se odborných vzdělávacích akcí pořádaných Právnickou fakultou Univerzity Karlovy v Praze, Kanceláří veřejného ochránce práv, Notářskou komorou ČR, Českou asociací pojišťoven, Českou kanceláří pojistitelů, Asociací českých pojišťovacích makléřů, Společností medicínského práva, Akademií medicínského práva, Českou lékařskou komorou, Českou společností pro stavební právo, Justiční akademií Slovenské republiky a některých dalších subjektů. Publikuje především v oblasti náhrady škody, odpovědnosti státu, medicínského práva a pojištění odpovědnosti za škodu.



JUDr. Olga Sovová, Ph.D.

JUDr. Olga Sovová, Ph.D., absolvovala Právnickou fakultu Univerzity Karlovy. Po kratším období, věnovaném vědeckovýzkumné činnosti a výuce na Univerzitě Karlově, začala vykonávat advokátní praxi v oblasti obchodního a správního práva. V roce 2004, poté co získala vědeckou hodnost v oboru Veřejné právo se zaměřením na právo správní, finanční a ústavní, se vrátila k výuce a vědecké práci na vysoké škole – Policejní akademii ČR, se kterou stále spolupracuje. V roce 2007 spoluzakládala Centrum zdravotnického práva Právnické fakulty Karlovy Univerzity, kde vyučuje a spolupracuje externě s katedrou trestního práva.

JUDr. Sovová je od roku 2008 akademickou pracovnící Univerzity Hradec Králové a v současné době působí na Ústavu sociální práce. Profesně se věnuje správnímu a zdravotnickému právu a interdisciplinárním otázkám ochrany lidských práv při poskytování zdravotní a sociální péče. JUDr. Sovová je členkou rozkladové komise ministra zdravotnictví a místopředsedkyní České asociace na ochranu ekonomických zájmů Evropské unie, advokátkou a je zapsána v seznamu rozhodců pro spotřebitelské spory.



Mgr. Ingrid Kovářová Kochová, Ph.D.

Ukončila magisterské studium práva na Právnické fakultě Masarykovy univerzity v Brně v roce 1998, studium doktorské na téže fakultě v r. 2012 obhajobou práce „Náhrada škody na zdraví ve zdravotnictví.“ Od r. 2012 studuje v magisterském studijním programu kanonické právo na Katolické univerzitě Jana Pavla II. v Lublinu v Polsku. Po ukončení studia v r. 1998 pracovala jako justiční čekatelka, poté od r. 2002 působí jako soudkyně u Okresního soudu v Olomouci, kde vyřizuje agendu civilní. Dále působí od r. 2007 na Právnické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci jako vyučující civilního procesu. Pravidelně publikuje.



JUDr. Jakub Král, Ph.D.

Jakub Král započal svou profesní kariéru jako právník na odboru farmacie Ministerstva zdravotnictví. Později se stal vedoucím oddělení zdravotnických prostředků. V tomto období připravil společně se svými kolegy novou koncepci regulace zdravotnických prostředků. Na jaře roku 2013 opustil po pěti letech Ministerstvo zdravotnictví a převzal vedení přípravy Státního ústavu pro kontrolu léčiv na novou

úlohu hlavního regulátora v oblasti zdravotnických prostředků. Od července 2014 působí jako nezávislý odborník na problematiku farmaceutického práva a poskytuje komplexní edukaci a legislativní analytiku v oblasti regulace zdravotnických prostředků a léčivých přípravků. Je členem několika expertních skupin (včetně legislativního poradního týmu předsedy Výboru pro zdravotnictví Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR), pravidelně publikuje a věnuje se pedagogické činnosti, a to jak na akademické půdě, tak v soukromé sféře. Jakub Král vystudoval magisterský studijní program Právo a právní věda na Právnické fakultě Masarykovy univerzity v Brně. Na téže alma mater v roce 2013 úspěšně obhájil rigorózní práci na téma Analýza právní úpravy zdravotnických prostředků. Doktorské studium zakončil disertační prací Farmaceutické právo, která byla v rozšířené a aktualizované podobě vydána jako odborná publikace.



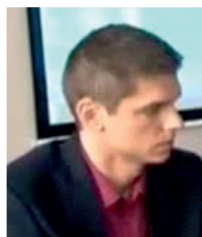
JUDr. et PhDr. Stanislav Balík

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.



doc. JUDr. Filip Křepelka, Ph.D. (1974)
 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. Pavol Kádek, Ph.D.
 působí nepřetržitě od roku 2012 na Katedře medicínského práva Lékařské fakulty Slovenské zdravotníckej univerzity v Bratislavě, kde přednáší předmět Medicínské právo v pregraduálnim a postgraduálnim stupni studia. Od roku 2013 přednáší externě předmět Zdravotnícké právo také na Institutu zdravotníctví a soc. práce sv. Ladislava v Nových Zámčích, na Vysoké škole zdravotníctví a soc. práce sv. Alžbety v Bratislavě. V období od r. 2013 do června 2015 byl vedoucím týmu „Trestní aspekty v biomedicíně, biotechnológiách a environmentálnej medicíně“ v rámci Univerzitného vedeckého parku Univerzity Komenského v Bratislavě, kde jako výzkumný pracovník pôsobil v rámci aktivity „2.8 Spoločenské výzvy pro 21. storočie – právni výzvy“. V období od r. 2012 do 2014 pôsobil na Katedre trestného práva, kriminológie, kriminalistiky a forenzných disciplín, na Vysoké škole Danubius, kde se zúčastňoval výuky předmětů Trestní právo hmotné a Trestní právo procesní. V období od r. 2008 do 2011 působil na Právnické fakultě Trnavské univerzity, kde přednášel v pregraduálnim stupni studia předmět Medicínské právo. Aktivně se účastní domácích a zahraničních vědeckých akcí, konferencí, jakož i symposií zaměřených na medicínské právo. Absolvoval zahraniční přednáškově-výzkumné pobyty v Budapešti a Brně zaměřené na medicínské právo a trestní právo, kde aktivně přednášel. Je autorem více než stovky odborných článků

a vědeckých studií zaměřených především na problematiku medicínského práva. Je autorem vědecké monografie „Současné dimenze právní odpovědnosti v medicíně a zdravotnictví“, a také autorem monografie „Právní odpovědnost v medicíně“, která byla oceněna Slovenskou společností zdravotnického práva Slovenské lékařské společnosti „Cenou odborné společnosti“ jako nejlepší publikace za rok 2012. Je spoluautorem učebnice „Právo a zdravotnictví II“, spoluautorem učebního textu „Trestní aspekty v biomedicíně, biotechnologiích a environmentální medicíně“, spoluautorem monografie „Obchodování s lidmi nebo otroctví 21. století“, jakož i spoluautorem monografie „Ochrana a pomoc obětem obchodování s lidmi“. Je členem České lékařské společnosti, která se podílí na rozvoji medicínských oborů a zdravotnictví, v rámci které je členem České společnosti zdravotnického práva. Je členem Institutu kriminologických studií, členem jeho výkonného výboru, který působí v Banské Bystrici, zaměřený především na výzkum v oblasti kriminalistiky a kriminologie, kde v období od ledna 2013 do června 2014 zastával post předsedy a statutární tohoto institutu. Je také členem skupiny odborníků pro vědu a výzkum v oblasti prevence kriminality – poradního orgánu Rady vlády České republiky pro prevenci kriminality.



JUDr. Lucia Pastiriková

Je absolventkou Právnické fakulty Univerzity Komenského v Bratislavě, kde také v roce 2011 získala titul JUDr. Od roku 2006 působí na Úřadě pro dohled nad zdravotní péčí.

V letech 2005–2006 byla referentkou právního odboru. Od roku 2007 je ředitelkou právního odboru. Hlavní náplní práce je zajišťování komplexních právních služeb pro potřeby Úřadu pro dohled nad zdravotní péčí (ÚDZS), příprava obchodněprávních a občanskoprávních smluv v oblasti zabezpečení činnosti ústředí, poboček a soudnělékařských a patologicko-anatomických pracovišť ÚDZS, příprava rozhodnutí ve správním řízení, zejména v oblasti veřejného zdravotního pojištění, nákupu zdravotní péče a svobodného přístupu k informacím, spolupráce s Ministerstvem zdravotnictví ČR při tvorbě právních předpisů v oblasti veřejného zdravotního pojištění a zdravotní péče, právní podpora při implementaci DRG systému v České republice, vedení soudních sporů v oblasti přezkoumávání rozhodnutí ÚDZS vydaných v oblasti veřejného zdravotního pojištění, poskytování zdravotní péče, svobodného přístupu k informacím, vedení pracovněprávních, obchodněprávních a občanskoprávních soudních sporů, vymáhání pohledávek ÚDZS. Věnuje se také publikační činnosti.



Mgr. Iva Šimková

V roce 2013 absolvovala magisterský studijní program Právnické fakulty Masarykovy univerzity v Brně, kde pokračuje v doktorském studijním programu zaměřeném na mezinárodní právo soukromé. Ve Všeobecné zdravotní pojišťovně působí na pozici specialistky pro oblast mezinárodně právní v rámci Oddělení mezinárodně právního, zařazeného na Právním úseku Ústředí.

Problémy odškodňování nemajetkové újmy na zdraví – aktuální stav

JUDr. Petr Vojtek

Poté, co byla novým občanským zákoníkem zrušena (§ 3080, body 237. a 238. zákona č. 89/2012 Sb.) vyhláška č. 440/2001 Sb., o odškodnění bolesti a ztížení společenského uplatnění, a nové ustanovení § 2958 o. z. nepočítá s prováděcím předpisem, přičemž samo stanoví jen velmi vágní kritéria k určení výše náhrady za nemajetkovou újmu na zdraví, rozhodla se česká justice čelit jinak nevyhnutelnému chaosu v rozhodovací praxi tím, že připravila a veřejnosti představila nezávaznou a doporučující pomůcku, kterou hodlá drtivá většina soudců obecných soudů využít v praxi. Jde o Metodiku Nejvyššího soudu k náhradě nemajetkové újmy na zdraví (http://www.nsoud.cz/JudikaturaNS_new/n_s_web.nsf/Metodika), umožňující nastavit základní proporce u náhrady za bolest a za ztížení společenského uplatnění.

Metodika pro účely odškodnění bolesti z podstatné části využívá dosavadní systém plynoucí ze zrušené vyhlášky č. 440/2001 Sb., zejména pro podrobně rozpracovaný systém klasifikace bolestivých stavů podle postižení jednotlivých orgánů či částí těla a vyjadřující míru bolesti jako tělesného a duševního strádání v souvislosti se zásahy do zdraví. Oproti tomu u ztížení společenského uplatnění se povedlo vytvořit zcela nový systém, který by vedle nezbytného odborného lékařského zatřídění újmy zohledňoval i lépe definovaný a zdravotní újmě přiřazený rozsah postižení (omezení) jednak ve vztahu k průměrnému (obvyklému) poškozenému, a to zejména

z pohledu všech myslitelných stránek lidského života, tj. všech oblastí, v nichž pro trvalé zdravotní následky dochází k omezení či dokonce k plnému vyřazení z možnosti se společensky uplatnit a naplnit tak zákonem předvídanou podmínku „lepší budoucnosti“, jednak s přihlédnutím k individuálním odlišnostem každého jednotlivého případu. Za systémový základ je vzata Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, vypracovaná Světovou zdravotnickou organizací (WHO), která byla pro tento účel upravena a v některých směrech přepracována.

Zatímco oceňování bolesti a ztížení společenského uplatnění podle zrušené vyhlášky č. 440/2001 Sb. bylo zaužívané a mohli jej provádět prakticky všichni lékaři (ve složitějších či sporných případech přebírali tuto úlohu soudní znalci podle oboru, který se vztahoval k diagnóze poškození), Metodikou nastavená pravidla pro stanovení výše náhrady za ztížení společenského uplatnění jsou nová a vyžadují způsobilost lékaře kódovat podle MKF. Proto Metodika doporučuje, aby v soudních sporech toto ocenění provedli speciálně vyškolení znalci, kteří kromě obecných znaleckých předpokladů budou disponovat zvláštním proškolením právě k použití Metodiky. Vyhláškou ministerstva spravedlnosti č. 123/2015 Sb., kterou se stanoví seznam znaleckých oborů a odvětví pro výkon znalecké činnosti, pak bylo vlastně s účinností od 1. 6. 2015 založeno nové znalecké odvětví pro potřeby Metodiky tím, že do oboru Zdravotnictví bylo včleněno odvětví Stanovení nemateriální újmy na zdraví a příslušné znalce lze od té doby nalézt v elektronickém seznamu znalců na stránkách www.justice.cz. Není samozřejmě vyloučeno, aby posudek (odborné vyjádření)

vypracoval i lékař neznalec, pokud například v rámci mimosoudního vypořádání tento postup bude vyhovovat poškozenému i škůdci a nedojde-li pak k soudnímu sporu. Obdobně může využít neznalecké posouzení třeba pojistitel odpovědnosti škůdce. Vzhledem k tomu, že způsob určení výše bolestného se dosti blíží způsobu obsaženému ve zrušené vyhlášce, bude zřejmě praktické, aby toto ohodnocení mohli provádět znalci všech odvětví, nikoliv jen nově vytvořeného.

V souvislosti s probíhajícím školením znalců i odbornou debatou k Metodice se profilují některé otázky, které bude třeba řešit a na něž Metodika zatím nepodává vyčerpávající odpověď. Jde především o pojetí léků jako Facilitátoru; Metodika je za ně obecně nepovažuje, ovšem je třeba zvážit, zda není možno tento přístup zčásti korigovat v odůvodněných případech, zejména je-li možno medikaci pro účely posouzení zdravotních obtíží vysadit či dostatečně přesně určit stupeň obtíže bez vysazení léku. Nepochybně dojde k dalšímu upřesnění některých domén, zejména ohledně fází posuzovaných činností či okolností, které se v hodnocení mají projevit. K odbornému diskursu jsou otevřeny i další otázky.

Aktuální otázky odpovědnosti poskytovatelů zdravotních služeb

JUDr. Olga Sovová, Ph.D.

Příspěvek vyloží základní pojmy související s poskytováním zdravotní péče. Dále se zaměří se na otázku poskytování zdravotní péče lege artis a nejčastější problémy, které mohou založit některý druh právní odpovědnosti. Výklad vychází z doktrinárních názorů, judikatury a rovněž z pedagogické a advokátní praxe autorky. Východiskem pro diskurs bude základní

ústavně právní princip, že každý člověk je oprávněn o sobě sám rozhodovat, a diagnóza není víc než právo.

Následně se výklad bude zabývat občanskoprávní odpovědností za poskytování zdravotních služeb ve světle vztahu občanský zákoník, zákon č. 89/2012 Sb., a zdravotnické zákony. Diskutována bude též disciplinární a právní odpovědnost jak zdravotnických pracovníků, tak poskytovatele. V této souvislosti bude upozorněno i na pracovněprávní důsledky porušení povinností při poskytování zdravotních služeb.

V partii věnované trestní odpovědnosti budou vyloženy právní otázky postihu fyzické osoby a též možnosti postihu poskytovatele, jak v oblasti trestné činnosti proti životu a zdraví, tak za trestné činy majetkové a trestné činy proti právům na ochranu osobnosti a soukromí.

Procesněprávní aspekty řízení o náhradu újmy na zdraví

Mgr. Ingrid Kovářová Kochová, Ph.D.

Příspěvek se zabývá procesními odlišnostmi řízení o nároku na náhradu nemajetkové újmy od jiných řízení sporných. Zahájení řízení o nároku na náhradu nemajetkové újmy klade na žalobce zvýšené nároky na formulaci žaloby, plnění povinnosti tvrzení a povinnosti důkazní. I pro toto řízení se uplatní se všemi důsledky zákonná koncentrace řízení. Dokazování v tomto typu sporů je často spojeno se zpracováním znaleckých posudků, které je třeba řádně hodnotit, základním důkazním prostředkem zpravidla bývá zdravotnická dokumentace vedená druhou procesní stranou. Řízení ve věcech náhrady nemajetkové újmy proto patří mezi řízení náročná pro účastníky řízení nejen po stránce právní,

ale i ekonomické. Jde o řízení, ve kterých strany sporu zpravidla využijí opravné prostředky řádné i mimořádné. To vše pak má vést k závěru či odpovědi na jednotlivé otázky, zejména pak na otázku, zda a jak v těchto řízeních je zajištěna rovnost účastníků řízení, zda a jak případnou reálnou nerovnost v civilním soudním řízení řešit s využitím jednotlivých prostředků procesního práva tak, aby byla řádně poskytnuta ochrana právům a právem chráněným zájmům účastníků civilního soudního řízení. Na místě tak nejsou jen úvahy de lege lata, ale i úvahy de lege ferenda.

Legislativně-právní srovnání výhod a nevýhod současného systému úhradové regulace léčivých přípravků vs. identická regulace zdravotnických prostředků

JUDr. Jakub Král, Ph.D.

Cílem příspěvku je stručná rekapitulace vývoje úhradové regulace léčivých přípravků od roku 2007, kdy byla Ústavním soudem zrušena původní koncepce založená na tzv. kategorizační komisi, která vytvářela podklady pro Ministerstvo zdravotnictví, jež následně vydávalo vyhlášku obsahující výše úhrad pro jednotlivé léčivé látky. Jedním z hlavních důvodů, které Ústavní soud vedly k předmětnému nálezu, byla nedostatečná ochrana práv dotčených subjektů, jakož i absence transparentnosti v rámci fungování kategorizační komise.

Ministerstvo zdravotnictví následně předložilo novou koncepci založenou na systému referenčních skupin vykazujících zaměnitelnost všech léčivých přípravků do nich zařazených stanovující úhradu na základě vnější cenové reference, vnitřní cenové reference, popř. na podkladě písemných ujednání mezi dodavateli a zdravotními pojišťovny. Zákonodárci

tento návrh schválili a systém vstoupil v účinnost od 1. 1. 2008. I tato koncepce se po krátké době dostala před Ústavní soud, neboť se tentokrát Nejvyšší správní soud domníval, že je protiústavní. V tomto případě však již ke zrušení právní úpravy nedošlo a Ústavní soud výše popsaný model uznal za ústavně konformní.

Vzhledem k tomu, že počátkem roku 2015 podala skupina senátorek a senátorů ústavní stížnost na současný model úhradové regulace zdravotnických prostředků, lze očekávat, že bude judikatura v této oblasti v nejbližší době opět dílčím způsobem obohacena. Na tento vývoj a především na dlouhodobou kritiku stávajícího legislativního „ne-zakotvení“ úhradové regulace zdravotnických prostředků reagovalo v průběhu roku také Ministerstvo zdravotnictví, které v červenci představilo úplně nový návrh, který z velké části kopíruje úhradovou regulaci léčivých přípravků.

Příspěvek by tak měl nejen zhodnotit posledních 8 let aplikace části šesté zákona č. 48/1997 Sb. v oblasti úhrad léčivých přípravků, ale současně by se měl pokusit o prezentování hlavních výhod i nevýhod daného modelu. V návaznosti na výše uvedené by měl příspěvek analyzovat možnosti „recyklace“ předmětné regulace pro oblast zdravotnických prostředků.

Dějiny financování zdravotnictví jako inspirovaný zdroj

JUDr. et PhDr. Stanislav Balík

Popsat vyčerpávajícím způsobem historii financování zdravotnictví je úkol, který by byl obtížný i pro autorský kolektiv. Nelze přehlédnout, že v množství historických pramenů je možné hledat a nalézat informace o řešení těchto vztahů v řadě

nejrůznějších právních řádů a prakticky po celé dějiny lidstva od starověku do současnosti. Za dané situace ve stručnosti nezbývá, než pokusit se o stanovení periodizace, sesbírání mozaiky zajímavých ukázek a o nastínění a vysvětlení hlavních vývojových trendů.

V první řadě je možné začít výkladem o tom, že řada starověkých a středověkých právních památek počínaje Chamurapiho zákoníkem obsahovala ceníky lékařských výkonů či alespoň zmínku o tom, že léčení pacienta lékař prováděl za úplatu. Pro naše téma je pak prvním významným mezníkem okolnost, kterou historikové lékařství Ludmila Hlaváčková a Petr Svobodný pojmenovali jako „konec pražských špitálů – počátek éry nemocnic“. Zatímco špitály „tkvěly svými kořeny ve středověké charitativní péči o všechny potřebné – staré, chudé, opuštěné i nemocné“, nemocnice jsou „ústavem pečujícím výhradně o nemocné“¹. Přejít od špitálů k nemocnicím byl završen nemocničními reformami Josefa II.

Dovolím si poznamenat, že v tomto nejdelším a nejstarším období pacient v zásadě za lékařskou péči platil přímo lékařovi, pro sociálně potřebné zde byla – byť i všeobecně jistě nepostačující – síť charitativních vesměs církevních zdravotnických zařízení.

Další etapou byl časový úsek od josefínských reforem do r. 1888.

Josef II. již v r. 1781 vydal pravidla pro vybudování centrálních zdravotních ústavů. Ty byly vytvořeny a financovány z prostředků získaných mj. zrušením klášterů a soustředěním různých sociálních a nadačních fondů do fondů centrálních.

¹Podrobněji srov. P. Svobodný, L. Hlaváčková, Pražské špitály a nemocnice, Praha 1999, s. 44-45.

Všeobecné nemocnice měly zajišťovat péči o chudé a osaměle žijící nemocné, dále byly k dispozici porodnice, nalezince, sirotčince a chudobnice.

V rámci zmíněného období let 1781–1888 lze zaznamenat ještě další jev. Příkladem – zdaleka nikoliv jediným – nového trendu může být třeba zřízení Nemocnice pražského obchodnictva, která měla od r. 1862 bezplatně léčit členy obchodního grémia, kteří platili roční příspěvek. Stručně řečeno, „byl to ústav určený určité profesní skupině, která ho na vlastní náklad zřídila a provozovala“². Kromě toho vznikala i podpůrná sdružení dělnická apod. V neposlední řadě i v tomto období pokračovala tradice charitativní činnosti.

Lze shrnout, že i v druhém období v zásadě platil pacient přímo lékařovi, v oblasti léčebné péče o chudé a potřebné vystřídal církev stát a začaly vznikat první soukromé instituce, které lze označit za předchůdkyně zdravotních pojišťoven, nadále bylo zdravotnictví financováno i ze soukromé charitativní činnosti.

Mezníky ohraničujícími léta 1888–1924³ jsou zákon č. 33/1888 ř. z., o povinném nemocenském pojištění dělnictva, na straně jedné, a zákon č. 221/1924 sb. z. a n., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří (dále jen „zákon z r. 1924“), na straně druhé. Již v této etapě si je třeba uvědomit, že obsahově nemocenské pojištění zahrnovalo i dnešní pojištění zdravotní.

Zákon č. 33/1888 ř. z. zavedl povinné nemocenské pojištění (zahrnující i pojištění zdravotní) pro dělnictvo,

²Srov. Svobodný, Hlaváčková, Pražské špitály, str. 86.

³Pro podrobnější charakteristiku tohoto období srov. např.

J. Pleskot, Sociální pojištění. III. Pojištění nemocenské, in: Slovník veřejného práva československého, IV., reprint, Praha 2000, str. 360-361; P. Svobodný,

nikoliv však pro další osoby v námezdním poměru. Povinně pojištěny nebyly ani osoby – dnešní terminologií řečeno – samostatně výdělečně činné, tj. např. živnostníci, podnikatelé či osoby vykonávající svobodná povolání, tj. mimo jiné lékaři, advokáti, notáři atp.

Podle zákona z r. 1888 byla vytvořena síť nemocenských pokladen, zejména okresních, ale také závodních, stavebních a společenstevních, které byly samosprávnými korporacemi, podléhajícími rozsáhlému státnímu dozoru a pravomoci zemských politických úřadů pokladnu za zákonem stanovených podmínek i rozpustit.

I v letech 1888–1924 tak bylo povinné zdravotní pojištění nevšeobecné. Za solidární bylo pokládáno to, že solventní pacient platil lékaři přímo, o další skupiny pacientů bylo postaráno buď proto, že s nimi bylo nakládáno jako s potřebnými či chudými, nebo proto, že byli povinně pojištěni. Zbývá dodat, že prvorepublikovými novelami do r. 1924 se okruh povinně pojištěných osob v námezdním poměru ještě rozšířil.

Čtvrté období, o němž se zmíním, je vymezeno lety 1924 a 1938. Ani v těchto letech nebylo povinné nemocenské resp. zdravotní pojištění všeobecné. Okruh povinně pojištěných a s ním i počet právních předpisů se během těchto čtrnácti let rozšířil. Zákon z r. 1924 dělil pojištěnce do deseti mzdových tříd, výše pojistného, o něž se dělil zaměstnavatel a zaměstnanec, se pohybovala okolo 5 % mzdy. Pojištěnec a jeho rodinní příslušníci měli nárok na lékařskou pomoc zdarma, jakož i potřebná léčiva a jiné terapeutické pomůcky (nemocenské ošetřování). Vše bylo poskytováno po dobu trvání nemoci, nejdéle však po dobu jednoho roku od počátku pracovní neschopnosti. Podle zákona

z r. 1924 byla poskytována i pomoc v mateřství. Pojištěnci a jejich rodinní příslušníci měli nárok i na bezplatné nemocniční ošetření v zákonem stanovené délce a za zákonem stanovených podmínek.

Organizační soustava nemocenského pojištění vycházela nadále ze systému okresních nemocenských pojišťoven, které změnilý název oproti dřívějším „pokladnám“. Vrcholem soustavy byla Ústřední sociální pojišťovna.

Ze speciálních úprav lze zmínit odlišnosti ve výši pojistného, odlišná byla i příslušná zdravotnická zařízení, pro veřejné zaměstnance tak sloužil i SANOPZ.

Lze souhlasit s názorem, že „principy a systém nemocenského pojištění v republice navazovaly na tradici rakouského sociálního zákonodárství, které patřilo od roku 1887 (respektive 1888) – na rozdíl od mnoha jiných oblastí veřejného života habsburské monarchie – k evropským špičkám... Aktivní sociální politika patřila k nejvýraznějším rysům nového demokratického státu, který na dobrých zděděných základech rozsah, dostupnost a hodnotu nemocenského pojištění výrazně rozšířil.“⁴

Za speciální zmínku stojí závěrem financování zdravotnictví v období let 1948–1989. Tehdy je na sebe plně vzal stát. O tom, jak tento model fungoval, je podán rozbor i v nálezu Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 1/08, který se týkal mimo jiné zamítnutí návrhu na zrušení poplatků ve zdravotnictví.

Hranice historie financování zdravotnictví je

L. Hlaváčková, Dějiny lékařství v českých zemích, Praha 2004, str. 128; J. Janák, Z. Hladíková, Dějiny správy v českých zemích do roku 1945, Praha 1989, str. 340. Uvedené práce pak přinášejí i bibliografické přehledy o další literatuře.

⁴ Srv. Svobodný, Hlaváčková, Dějiny lékařství, str. 163.

prakticky dneškem. Lze dovodit, že i v tomto případě platí, že historia magistra vitae est a že udržovat historickou paměť je nutné i pro úvahy de lege lata a de lege ferenda.

Právní aspekty určování ceny v českém zdravotnictví

doc. JUDr. Filip Křepelka, Ph.D.

Záměrem příspěvku je zabývat se širším právním, ale také politickým a ekonomickým rámcem tvorby a užití cen v (nejen českém) zdravotnictví.

Bude se zabývat cenou za zdravotní péči. Stranou zůstane ocenění újmy a majetkových a hospodářských škod, které mohou ve zdravotnictví vzniknout. Tomuto tématu se věnoval v souvislosti s novým občanským zákoníkem (NOZ) a na něj navazující „metodikou“ na konferencích věnovaných zdravotnickému právu značný prostor.

Připomenout v této souvislosti nicméně lze, že NOZ při vytvoření smluvního typu „péče o zdraví“ předpokládá cenu péče, jakkoli viditelně za převládající považuje veřejné hrazení a péči poskytnutou pacientovi převážně zdarma.

Začít je na místě základy ekonomie. Peníze – komoditní, papírové, účetní, elektronické – jsou především nástroj snadného obchodu zboží, služeb, práce a kapitálu na trhu. Cenou je pak vyjádření obchodní hodnoty příslušného statku pro uspokojování našich potřeb v jednotkách příslušné měny. Cena je ale také sdělením všem zúčastněným a dotčeným. Ukazuje náročnost určité činnosti a tak nabádá k šetření (při spotřebě, respektive koupi/obstarání) na straně jedné a představuje pobídku (pro výrobu prodej, respektive poskytnutí) na straně druhé. Zmínit můžeme též cenu

peněz – úroku při úvěru/vkladu a penále při nesplacení, jakož znehodnocení peněz inflací vyvolanou jak jejich správou, tak vývojem hospodářství.

Cena se tvoří. Obvyklé je vyjednávání o ceně – nabídka zboží a ceny, chováním vyjádřená poptávka, vyjednávání, popřípadě smlouvání (nemysleme si, že ve zdravotnictví neexistuje). Mohou ji určovat mravy, zvyk či móda. Zejména ji však určuje moc. Samozřejmě to předpokládá též předchozí či souběžné vyjednávání o podobu věcného plnění. Tvorba cen jednotlivých statků je rozmanitá, studovat je na místě nejen ekonomii, ale též psychologii člověka jako spotřebitele, resp. disciplíny na pomezí, totiž marketing a management.

Právo již s cenami počítá odedávna, jestliže upravuje ekonomické vztahy. Věnuje se mimo jiné vyjednávání ceny, popřípadě jejímu mocenskému ovlivnění, jestliže vyjednávání není možné či vede k neúnosným a nepřijatelným výsledkům. Ceny odchylovající se od určitých mezí právo prohlašuje za protiprávní. Takové ceny se prohlašují za neplatné, může dojít ke zpochybnění celého jednání (úkonu), resp. nařízení snížení či zvýšení takové ceny. Představitelné jsou rovněž správní a trestní postihy odrazující od takové cenotvorby.

Stanovení cen (regulace) je pak řešení naznačených situací předem. Stát se k ní uchyluje, když je vyloučeno, je obtížně představitelné nebo vede ke společensky neúnosným výsledkům v celých kategoriích hospodářských vztahů. Regulace cen by měla nicméně respektovat výše naznačené zákonitosti nabídky a poptávky. Pokud se tak neděje, hrozí nedostatek nabídky či poptávky a nebude uspokojena potřeba či zajištěn odbyt. Vzpomínejme na důsledky regulace nájemného jak před, tak po roce 1989 a obtížné hledání rovnováhy deregulací.

Zvláštnosti zdravotnictví významné pro cenotvorbu jsou patrné. Vyjednávání ceny je zpravidla nepředstavitelné za stavu urgency a stresu doprovázejícího jak akutní onemocnění a úrazy, tak stavy chronické. Zdravotnictví je plně monopolů. Pamatovat se musí také na dostupnost péče pro pacienty a jejich blízké, pokud péči hradí sami či na ni přispívají. To platí pro společnost jako celek, pokud převažuje veřejné financování zdravotnictví.

Výrok „peníze jsou až na prvním místě“ může znít tvrdě. Může jistě zakrývat praktiky neetické a protiprávní. Rozumíme-li mu však správně, je plně pravdivý, pochopitelně nejen ve zdravotnictví. Koneckonců pořadatel této konference je instituce, která zajišťuje zdravotnický provoz právě penězi vynakládanými podle vesměs regulovaných cen.

Tvorba cen v českém zdravotnictví prošla za poslední čtvrtstoletí zásadními proměnami. Úplně postátněné zdravotnictví (tzv. Semaškův model) umožnilo ceny před obyvateli jako pacienty skrýt a vydávat je za bezplatné. Obvyklé bylo blokové financování na základě plánování při stálých cenách a mzdách. Problémy se řešily změnou plánu včetně alokace prostředků. Pochopitelně to znesnadnilo, avšak ne znemožnilo zavádění nových technologií. Těž za socialismu se však cena péče vyjevila například při regresech za léčbu dopravních či pracovních úrazů.

Vše se proměnilo po roce 1989. Je dobré si uvědomit, že změny probíhaly v prostředí značné inflace (jakkoli naštěstí nikoli pádivě) cen všeho druhu. Přes stagnaci cen se tento fenomén samozřejmě ve zdravotnictví projevuje dodnes.

Všeobecná komercializace zdravotnictví, zřízení konkurujících zdravotních pojišťoven a privatizace po roce 1989/92 přinesla daleko větší pozornost. Typický pro 90. léta byl důraz na zásluhu, ve zdravotnictví tedy zelenou dostal model fee-for-service, tedy placení jednotlivých zdravotnických zákroků.

Ve zdravotnictví lze pochopitelně poptávku vyvolat nabídkou, jakkoli se lze stěží odůvodnitelnými zákroky dostat na hranu zdravotnické etiky. Krize z nárůstů výkonů tak musela přijít, nepřekvapivě pak v čase recese mající dopad na výnosy. Plovoucí hodnota bodu pochopitelně nemohla vše řešit, neboť pokles by při růstu cen učinil péči nerentabilní.

Stát tak postupně začal kalkulace úhrad ve zdravotnictví měnit. Objevily se kapitační platby, provozní paušály, cílené úhrady vybavení a posléze rovněž nejrůznější limity a výluky. To s sebou neslo diferenciaci zbytkových úhrad na základě výkonů. Zahraniční inspirace přinesla sledování nákladů jednotlivých diagnóz a hrazení jejich léčby – Diagnosis Related Group (DRG). Opatrně se při financování začíná sledovat úspěšnost léčby. Nakonec začaly kalkulace úhrady zabezpečovat, aby úhrady jednotlivým poskytovatelům meziročně nepoklesly. České zdravotnictví se tak vlastně dílem vrátilo k blokovému financování, tentokrát však plejády veřejných a soukromých institucionálních a individuálních poskytovatelů prosazujících různými způsoby a různě úspěšně své zájmy, jimiž je stabilizace a maximalizace výnosů. Jednotliví poskytovatelé ovšem také začali dostávat rozličné úhrady za stejnou zdravotní péči, čímž se má ovlivnit struktura poskytovatelů.

Veškeré hrazení obstarávaly veřejné zdravotní pojišťovny. Jejich počet klesal. Stát při jejich financování spoléhá zejména na

výnos z pojistného zaměstnanců a náklady na péči o seniory, děti a další hospodářsky nečinné. To si žádá přerozdělování mezi pojišťovny. Zastírá se tak nákladnost péče o vymezitelné skupiny pacientů nad rámec nezbytné solidarity typické pro veřejné zdravotní pojištění.

Ceny nám splývají s úhradami. Je to pochopitelné. Přes regulační poplatky je péče obecně zadarmo – v souladu s Listinou základních práv a svobod, zde až idealistickou. Ceny zdravotní péče však musejí být určitelné rovněž bez úhrad kvůli pacientům bez českého zdravotního pojištění, kteří platí sami či za ně péči platí veřejné instituce či soukromé pojišťovny. Stejně tak je potřebujeme znát kvůli regresním náhradám. Konečně je třeba začít sledovat cenotvorbu ve zvolna se rozšiřujícím sektoru soukromě hrazené péče, jakož také při obtížně vymezovaných nadstandardech.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, je spolu se zákony o veřejných zdravotních pojišťovnách a zákonem o odvozech legislativním rámcem. Cenotvorbu ve zdravotnictví však určuje jen rámcově. Ta vyplývá ze sazebníků bodových hodnot jednotlivých výkonů, rozhodnutí o hodnotě bodu a v případě smluvních poskytovatelů zdravotní péče zejména z každoročně vydávaných úhradových vyhlášek. Legislativní rámec pro ceny úhrad – zákon sice měněn podobně často jako jiné české zákony.

Často zásadní změny kalkulace úhrad a cen se však dějí formou úhradových vyhlášek. Ty vyhlášky se vytvářejí méně transparentně, než by se připravovaly zákony. Způsob jejich přijímání umožní sice operativní reakce, ale také přináší labilitu. Běžně se úhrady stanovují dodatečně, běžně se značným zpožděním.

Zákonem předpokládané dohodovací řízení mezi pojišťovnami a sdruženími poskytovatelů, které by odráželo kompromis mezi možnostmi veřejných rozpočtů vyčleněných pro zdravotní péči a potřebami zdravotní péče, dlouhodobě selhává a nastupuje stát.

Ceny pochopitelně představují podstatnou složku smluvního vztahu mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče. Potřebné je přitom soustavné vytyčování hranice mezi zaručeným státem určeným modelem kalkulace úhrad zdravotní péče a politikou zvolenou příslušnou zdravotní pojišťovnou odrážející se ve smlouvách o úhradách. Mnozí zde přítomní kolegové popisovali, že vyjednávání mezi typickou nemocnicí a zdravotními pojišťovnami připomíná orientální bazar.

Za naznačených okolností by nás nemělo překvapovat opakované zpochybnění určování úhrad a cen ve zdravotnictví před „politickým“ Ústavním soudem. Poslední nálezy však naznačují jeho připravenost zasahovat proti nejproblematičtějším prvkům systému úhrad a cen. Ústavní soud zůstává nicméně rozumně opatrný, pokud uznává nutnost politicko-expertního kompromisu mezi potřebami a možnostmi. Příznačné je zatím nepřilíh předsvědčivé uchopení problematiky zisku a udržitelnosti, kdy výše úhrad má především dopad na mzdy zdravotníků, jež jsou podobně jako mzdy jiných českých pracovníků v mezinárodním srovnání pružné a nízké.

Pozornost si zaslouží právní rámec výběru poskytovatelů, zvláště při vědomí rostoucího důrazu na férovost zadávání veřejných zakázek vyžadovanou Evropskou unií, jakož také stále mocnějším uplatněním jejího soutěžního práva, zvláště pak omezení státních podpor.

Na tomto poli bychom mali očakávať súdny spor tiež pred bežnými súdmi.

Zrcadlo českému financovaniu zdravotníctví nastavuje pozvoľná integrácia zdravotníctví v Európskej únii. Zabezpečenie urgentnej starostlivosti turistom na základe koordinácie je síce neproblematické. Také možnosti vyhľadania zdravotnej starostlivosti v zahraničí s očakávaným vyplatením sa dosiaľ využíva len ojedinelé. Opačný smer však už vypadá inak, české zdravotníctví sa stáva príťažlivé pre zahraničných pacientov, ktorí môžu svojimi platbami zmírnit dlhodobé nedostatky financovania. Prizpôsobením sa evropským požiadavkám však zahŕňa tiež určovanie spravodlivých a pritom rozumných cien platiacim pacientom rovnako ako vymedzenie úhrady našim pojišťovňám vyhľadávajúcim starostlivosť v iných štátoch.

Právna úprava vzťahov medzi pacientmi a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti na Slovensku – úprava právnej zodpovednosti v zdravotníctve na Slovensku

JUDr. Pavol Kádek, Ph.D.

Prednáška je zameraná na problematiku právnej úpravy vzťahov medzi pacientmi a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, s osobitným zreteľom na inštitút poučenia a informovaného súhlasu pacienta, ako aj na vymedzenie pojmu *de lege artis medicinae* v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Prednáška je zameraná taktiež na problematiku teoretických a praktických otázok v oblasti právnej zodpovednosti v medicíne a zdravotníctve s osobitným zreteľom na zodpovednosť spojenú s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a s výkonom zdravotníckeho povolania. Cieľom prednášky je poukázať na osobitosti medicínsko-právneho inštitútu „právnej zodpovednosti v medicíne a zdravotníctve“, ktorý je v súčasnosti

predmetom nespočetných diskusií nielen medzi medicínskymi právnikmi, lekármi alebo ďalšími zdravotníckymi pracovníkmi, ale aj medzi laikmi či pacientmi, ktorí sa mnohokrát ocitnú v roli poškodených subjektov pri výkone rôznych vyšetrovacích, diagnostických, terapeutických a preventívnych medicínskych úkonov.

Právna úprava verejného financovania zdravotných služieb na Slovensku

JUDr. Lucia Pastiriková

Obsahom príspevku bude prehľad právnej úpravy financovania zdravotnej starostlivosti z prostriedkov verejného zdravotného poistenia na Slovensku. V rámci zdravotníckej reformy v roku 2004 bol v Slovenskej republike prijatý súbor právnych predpisov, ktorými došlo k zavedeniu trhových pravidiel pri výkone verejného zdravotného poistenia a poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Prednáška priblíži právne postavenie zdravotných poisťovní, ktoré vykonávajú verejné zdravotné poistenie ako spoločnosti súkromného práva, pričom ako akciovým spoločnostiam im bolo zákonom umožnené dosahovanie zisku s cieľom efektívnejšieho hospodárenia s verejnými prostriedkami zdravotného poistenia. Príspevok sa ďalej zameria na zákonnú úpravu uzatvárania zmlúv medzi zdravotnými poisťovňami a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, ktorá pri väčšine zdravotnej starostlivosti ponecháva zmluvným stranám voľnosť pri tvorbe cien a na úpravu uhrádzania poskytovanej zdravotnej starostlivosti. V príspevku bude načrtnutý aj prehľad súčasného legislatívneho stavu implementácie DRG systému, ktorý po úspešnom zavedení prinesie do slovenského zdravotníctva spravodlivejšie odmeňovanie nemocníc za poskytnutú zdravotnú starostlivosť podľa jej ekonomicko–medicínskej náročnosti.

Přeshraniční čerpání zdravotní péče pohledem kolizního práva

Mgr. Iva Šimková¹

S čerpáním zdravotní péče v zahraničí má zkušenost zatím pouze menšina obyvatel – podle dat z roku 2014 asi 5 % občanů Evropské unie a 7 % občanů ČR.² Jedná se nicméně o jev, jehož míra uvnitř Evropské unie neustále vzrůstá.³ Příčinu nárůstu lze hledat jednak v obecně zvyšující se migraci osob uvnitř Evropské unie, ale zároveň v postupném legislativním zakotvování a řešení některých aspektů spojených s přeshraničním čerpáním zdravotní péče v rámci unijního práva. Jedná se zejména o stanovení pravidel pro určování příslušnosti ke zdravotnímu pojištění,⁴ existence systému přeúčtovávání zdravotní péče čerpané v jiném státě Evropské unie, než kde je pacient pojištěn,⁵ nastavení pravidel pro refundaci nákladů vynaložených na zdravotní péči čerpanou ve státě odlišném od státu pojištění či vzájemného uznávání lékařských předpisů uvnitř Evropské unie.⁶

Dříve než se pustíme do rozboru problematiky tohoto článku, je jistě na místě pár slov o kolizním právu, jelikož se jedná o poměrně specifické právní disciplíny. Kolizní právo je součástí mezinárodního práva soukromého, jehož předmětem jsou soukromoprávní vztahy s cizím, tedy mezinárodním prvkem. Pro vztahy s mezinárodním prvkem je specifické, že svým významem přesahují hranice určitého státu, protože v některém svém prvku mají vztah k zahraničí. Dochází tak k pomyslnému střetu (kolizi) národních právních řádů a je potřeba vyřešit, kterým z těchto právních řádů se má právní vztah řídit.

Kolizní právo, resp. kolizní normy určují, který z dotčených právních řádů se pro soukromoprávní vztah s mezinárodním prvkem použije (který právní řád bude rozhodný).

Kolizní normy nestanovují práva a povinnosti subjektů soukromoprávních vztahů, na věcné normy pouze odkazují. Pravidlo chování tedy tvoří až společně s touto věcnou normou.

Následující text se pokusí nalézt a interpretovat kolizní normy použitelné pro vztahy vznikající při přeshraniční zdravotní péči mezi pacientem a poskytovatelem zdravotní péče. Nutno zdůraznit, že i přes řadu výše uvedených legislativních nástrojů, se jedná o otázku, která na úrovni práva Evropské unie či alespoň judikatury Soudního dvora EU není výslovně řešena. Jinými slovy, v současnosti neexistují výslovně stanovená kolizní pravidla sloužící k určení rozhodného práva pro tento typ právních vztahů.

Směrnice Evropského parlamentu a Rady

¹Autorka se problematikou zabývala již dříve ve své diplomové práci, z jejíž závěrů vychází i tento článek. Diplomová práce „Právní režim vztahu mezi lékařem a pacientem s mezinárodním prvkem“ byla obhájená v roce 2013 na Právnické fakultě Masarykovy univerzity a je dostupná z:

http://is.muni.cz/th/326032/pravf_m/

²Special Eurobarometer 425 “Patients’ rights in crossborder healthcare in the European Union”, s. 8. Dostupné z: http://ec.europa.eu/health/cross_border_care/eurobarometers/index_en.htm

³Tamtéž, s. 7.

⁴Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004, o koordinaci systémů sociálního zabezpečení; Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení.

⁵Tamtéž.

⁶Směrnice Evropského parlamentu a Rady č. 2011/24/EU, o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči.

č. 2011/24/EU, o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči (dále jen „Směrnice“) tuto sice otázku částečně zmiňuje, a to konkrétně v bodě 19⁷ „předmluvy“ ke Směrnici a dále v článku 4 odst. 1 písm. a) samotné Směrnice.⁸ Ani jedno z ustanovení však s ohledem na jejich formulaci a právní povahu nelze považovat za kolizní normu. Směrnice⁹ navíc přímo stanovuje, že se použije, aniž jsou dotčeny základní kolizní předpisy práva Evropské unie, tj. Nařízení Řím I¹⁰ a Nařízení Řím II.¹¹ I z toho lze dovodit, že cílem Směrnice rozhodně není kolizní regulace vztahu vznikajícího při přeshraničním poskytování zdravotní péče.

K dnešnímu dni tedy na úrovni práva Evropské unie neexistuje speciální kolizní pravidlo upravující vztah mezi pacientem a poskytovatelem zdravotní péče a k určení rozhodného práva je tedy potřeba aplikovat obecná pravidla.

Povaha vztahu mezi pacientem a poskytovatelem zdravotní péče

Před samotným podřazením pod konkrétní kolizní normu a určením rozhodného práva je nejprve na místě zamyslet se nad právní

povahou vztahu mezi pacientem a poskytovatelem zdravotní péče. Chceme-li použít správnou terminologii mezinárodního práva soukromého, je nejprve třeba příslušný vztah kvalifikovat.

Vztah vznikající při poskytování zdravotní péče lze označit jako vztah multidisciplinární, což koneckonců platí pro celé zdravotnické právo jako takové. Snad i proto lze (nejen) v rámci Evropské unie identifikovat odlišné přístupy ke vnímání povahy tohoto právního vztahu – od veskrze veřejnoprávního pohledu (např. Švédsko) až po výhradně soukromoprávní (např. Nizozemí).¹²

Důvod k nelehké kvalifikaci tohoto právního vztahu spočívá ve skutečnosti, že během procesu poskytování zdravotní péče a jejího následného hrazení vzniká hned několik právních vztahů, ve kterých vystupují různé subjekty v různých vzájemných postaveních. Existuje zde vztah mezi pacientem a poskytovatelem zdravotní péče, ale zároveň i vztah mezi poskytovatelem zdravotní péče a zdravotní pojišťovnou a samozřejmě mezi pacientem a zdravotní pojišťovnou. **Je však nutné si uvědomit, že jednotlivé vztahy lze od sebe oddělit a posuzovat samostatně.**

V tomto duchu byl aplikován i rakousko-uherský ABGB,¹³ v rámci kterého bylo možné zkoumaný právní vztah podřadit pod dva smluvní typy, když se doktrína v rakouské i české části říše přiklápěla ke kvalifikaci

⁷„Využije-li pacient přeshraniční zdravotní péči, je zásadní, aby předem věděl, jaká pravidla se použijí. Na přeshraniční zdravotní péči by se měla vztahovat pravidla stanovená právními předpisy členského státu, v němž je zdravotní péče poskytována, neboť odpovědnost za organizaci zdravotnictví a poskytování zdravotní péče nesou podle čl. 168 odst. 7 Smlouvy o fungování EU členské státy. To by pacientovi mělo pomoci informovaně se rozhodnout a zabránit případům nepochopení a nedorozumění. Měla by se tak rovněž vytvořit vysoká míra důvěry mezi pacientem a poskytovatelem zdravotní péče.“

⁸„Při zohlednění zásad všeobecnosti, přístupu ke kvalitní péči, spravedlnosti a solidarity se přeshraniční zdravotní péče poskytuje (...) v souladu s právními předpisy členského státu, v němž je zdravotní péče poskytována.“

⁹Viz článek 2 písm. q) Směrnice

¹⁰Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 593/2008, o právu rozhodném pro smluvní závazkové vztahy.

¹¹Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 864/2007, o právu rozhodném pro mimosmluvní závazkové vztahy.

¹² V případě zájmu o srovnání kvalifikace právních vztahů vznikajících při poskytování zdravotní péče doporučuji publikaci DOLEŽAL, Tomáš. Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva. 1. vyd. Praha: Leges, 2012. ISBN 978-80-87576-25-0.

¹³ Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch für die gesammten Deutschen Erbländer der Österreichischen Monarchie tj. všeobecný zákoník občanský.

jako smlouvy námezdní¹⁴ podle ustanovení § 1151.¹⁵ V 19. století tedy na našem území nebylo pochyb, že vztah vznikající při poskytování zdravotní péče je vztahem soukromoprávním.

Částečnou nejistotu přineslo vytvoření pojistných systémů, které zdravotní péči přesunulo z ryze soukromé sféry do zájmu státu, tedy veřejné sféry.¹⁶ Do doposud čistě dvoustranného vztahu totiž začal zasahovat třetí subjekt – zdravotní pojišťovna či stát. Je však třeba se zcela ztotožnit s názorem Doležala, že „existence veřejného zdravotního pojištění netransformuje vztah lékaře a pacienta do veřejnoprávní roviny, a současně ani na vlastní rozsah práv a povinností ve vztahu mezi pacientem a lékařem nemá zásadní vliv – s výjimkou dopadu na rozsah poskytovaných služeb a výši odměny lékaře.“¹⁷

Vedle vzniku pojistných systémů bylo vnímání řešeného právního vztahu výrazně ovlivněno společensko-politickým vývojem v Československu ve 2. pol. 20. století. Produktem tehdejšího socialistického zákonodárství byl totiž mimo jiné zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, který myšlenkově vycházel z předpokladu, že člověk má vůči státu veřejnoprávní nárok na zdravotní péči. Proto byl vztah mezi pacientem a poskytovatelem zdravotní péče považován za veřejnoprávní, ve kterém poskytovatel vystupuje vůči pacientovi v podstatě v mocenském postavení.¹⁸

Podle tehdejší právní teorie schválením zákona o péči o zdraví lidu vznikl nový specifický typ administrativněsprávního vztahu.¹⁹

Porevoluční právní doktrína a odborná diskuse nicméně tento veřejnoprávní pohled zavrhla a překonala, když došlo k obecně shodě, že zákon o péči o zdraví lidu nereflexuje společenskou realitu. Zákon byl proto nahrazen zákonem o zdravotních službách²⁰ a zákonem o specifických zdravotních službách.²¹ Proces koncepčních změn byl dovršen schválením nového občanského zákoníku,²² který v § 2636 zavádí nový smluvní typ – smlouvu o péči o zdraví.

Jedná se o obecnou úpravu aplikovatelnou na veškeré léčebné úkony. Současná právní úprava tedy (poprvé v dějinách práva ČR) výslovně stanovuje, že péče o zdraví je poskytována na základě smlouvy. Práva a povinnosti pacienta a poskytovatele zdravotní péče je tedy potřeba vnímat jako oprávnění a povinnosti ze smlouvy (a nikoliv jako veřejnoprávní nárok).

Kolizní úprava smluvních vztahů v Evropské unii

V rámci Evropské unie neexistuje unifikovaná hmotněprávní úprava smluvních vztahů. O unifikaci lze prozatím hovořit pouze na úrovni kolizního práva – nejprve v podobě Římské úmluvy²³ a nyní v rámci Nařízení Řím I.²⁴

¹⁴ „Zaváže-li se někdo konati služby nebo zhotoviti dílo za jistou mzdu v penězích, vzniká námezdní smlouva.“

¹⁵ DOLEŽAL, s. 80.

¹⁶ DOLEŽAL, s. 86.

¹⁷ DOLEŽAL, s. 88.

¹⁸ Důvodová zpráva k novému občanskému zákoníku, s. 526.

Dostupné z:

http://obcanskyzakonik.justice.cz/tiny_mce-storage/files/Duvodova-zprava-NOZ-konsolidovana-verze.pdf

¹⁹ viz například STOLÍNOVÁ, Jitka. Právní postavení a odpovědnost lékaře. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1977, s. 17; ŠTĚPÁN, Jaromír. Právo a moderní lékařství. 1. vyd. Praha: Panorama, 1989, s. 12.

²⁰ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

²¹ Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.

²² Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.

²³ Římská úmluva o právu rozhodném pro smluvní závazkové vztahy, otevřená k podpisu v Římě dne 19. června 1980.

²⁴ Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 593/2008, o právu rozhodném pro smluvní závazkové vztahy.

Oba právní nástroje cílí k vytvoření jednotných pravidel pro určení rozhodného práva pro závazkové právo v rámci Evropské unie.

Během vstupu do Evropské unie přistoupila ČR k Římské úmluvě, kterou se řídí závazkové vztahy vzniklé po 1. 7. 2006. Na závazkové vztahy vzniklé po 17. 12. 2009 se Římská úmluva neaplikuje, protože byla nahrazena Nařízením Řím I (které ovšem ve značné míře z Římské úmluvy vychází). Nařízení Řím I se použije na smluvní závazkové vztahy podle občanského a obchodního práva v případě kolize právních řádů, a to před soudy všech členských států Evropské unie s výjimkou Dánska, které se justiční spolupráce v civilních věcech neúčastní.

Právo rozhodné pro vztah mezi pacientem a poskytovatelem při přeshraniční zdravotní péči

Jak bylo vysvětleno výše, vztahy vznikající v rámci poskytování zdravotní péče jsou současnou českou právní doktrínou chápány jako vztahy smluvní. Trend přiklání se k soukromoprávnímu vnímání tohoto vztahu lze pozorovat i ve zbytku Evropy (například Nizozemí, Německo, Litva, Rakousko, Francie, Slovensko, Itálie). Ačkoliv tedy do dnešního dne neexistuje autonomní výklad (respektive kvalifikace) tohoto právního vztahu ze strany Soudního dvora EU, nahlíží následující řádky na daný vztah jako na soukromoprávní.

Z důvodu soukromoprávní povahy vztahu je z hlediska kolizního práva nejprve potřeba zvažovat, zda lze aplikovat Nařízení Řím I. S ohledem na skutečnost, že zkoumané právní vztahy nespádají ani do jedné z kategorií vyloučených z působnosti Nařízení Řím I,²⁵ je potřeba dojít k závěru,

že v případě existence takového vztahu s mezinárodním prvkem, spadá tento do působnosti Nařízení Řím I.

Při určování rozhodného práva je nejprve nutné zkoumat, zda neproběhla volba práva podle článku 3 Nařízení Řím I. Takové řešení je určité z hlediska právní jistoty nejhodnější. Volbu práva si lze nejreálnější představit v případě plánované, předem domluvené péče v zahraničí. V takovém případě lze totiž s největší pravděpodobností předpokládat, že samotnému zákroku bude předcházet alespoň nějaká písemná dokumentace mezi stranami (například informovaný souhlas), která by doložku o volbě práva mohla obsahovat.²⁶

Strany si jako rozhodné mohou zvolit právo státu kterékoliv ze stran a dokonce i právo třetího státu (avšak s omezeními podle článku 3 odst. 3²⁷ a 4²⁸ Nařízení Řím I). Nelze si však dost dobře představit, že by poskytovatel zdravotní péče dobrovolně jako rozhodné právo zvolil právo místa odlišného od výkonu jeho služeb. Varianta volby práva bydliště pacienta či snad dokonce třetí země zůstává proto spíše pouze teoretickou možností, než možnou případnou praxí.

V případě neexistence volby práva²⁹ se rozhodné právo určuje v souladu s pravidly

²⁶ Ačkoliv volba práva může být provedena i tzv. mlčky, nicméně to však pro tento typ smluvního vztahu spíše nepředpokládáme.

²⁷ „V případě, že všechny ostatní prvky pro situaci významné se v okamžiku volby nacházejí v jiné zemi než v zemi, jejíž právo bylo zvoleno, není volbou práva, kterou strany učinily, dotčeno použití ustanovení práva této jiné země, od nichž se nelze smluvně odchýlit.“

²⁸ „V případě, že všechny ostatní prvky pro situaci významné se v okamžiku volby nacházejí v jednom nebo více členských státech, není volbou jiného rozhodného práva stranami, než je právo členského státu, dotčeno použití těch ustanovení práva Společenství, případně v podobě, v jaké je provedeno v členském státě sídla soudu, od nichž se nelze smluvně odchýlit.“

²⁹ Nutno dodat, že dle názoru autorky volba práva v naprosté většině, ne-li ve všech případech neproběhne.

²⁵ Článek 1 Nařízení Řím I.

zakotvenými ve článku 4 Nařízení Řím I. Článek 4 v odst. 1 obsahuje katalog vybraných smluvních typů, u kterých je pevně určen hraniční určovatel. Pro případy, kdy smlouva odpovídá některému z těchto vybraných smluvních typů, je tedy určení rozhodného práva nejsnazší.

Jediným ustanovením, které by na první pohled mělo být na smlouvy o poskytování zdravotní péče použitelné, je ustanovení článku 4 odst. 1 písm. b), které kolizně upravuje smlouvy o poskytování služeb. Před definitivním podřazením předmětného vztahu pod toto ustanovení je však nejprve nutné jej interpretovat, abychom se ujistili, že vztah mezi pacientem a poskytovatelem zdravotní péče lze pod pojem „smlouva o poskytování služeb“ obsahově podřadit.

Předně je na místě upozornit, že podle judikatury Soudního dvora EU³⁰ pojem „služba“ podle Nařízení Řím I nelze bez dalšího ztotožňovat s pojmem „služba“ ve smyslu volného pohybu služeb v Evropské unii.³¹ Samotná skutečnost, že zdravotní péče je pro účely volného pohybu považována za službu, tedy neznamená, že stejný závěr můžeme automaticky učinit i pro účely Nařízení Řím I.

V režimu Nařízení Řím I je službou aktivita učiněná v zájmu druhé osoby většinou za finanční odměnu. Pojem svou podstatou odpovídá tradiční ekonomické směně zboží za peníze, pouze s tím rozdílem,

že zde je zboží nahrazeno určitou aktivitou. Skutečnost, kým je finanční odměna poskytnuta (zda přímo pacientem či pojišťovnou), je irrelevantní. Lze tedy konstatovat, že smlouva o poskytnutí zdravotní péče svojí povahou odpovídá smlouvě o poskytování služeb. Magnus dokonce ve výčtu služeb, které lze pod článek 4 odst. 1 písm. b) podřadit, výslovně službu poskytnutou lékařem uvádí.³²

Hraničním určovatelem této kolizní normy je obvyklé bydliště poskytovatele služby, tedy v našem případě poskytovatele zdravotní péče. Rozhodné je tedy právo země, kde má lékař obvyklé bydliště, případně kde má sídlo zdravotnické zařízení, které pacientovi poskytlo zdravotní péči.

To znamená, že pokud je například českému pacientovi poskytnuta zdravotní péče v Německu, právní vztah se řídí německým právem. Podle německého práva je tedy posuzováno i případné nesplnění povinností poskytovatele (kupříkladu *lege artis*) a s tím související náhrada škody, která by takovým pochybením vznikla. Tato úvaha je zajímavá například pro případy, kdy zdravotní pojišťovna schválí českému pojištěnci protonovou terapii, ale pouze za podmínky, že ji podstoupí v Mnichově.³³ Český pacient pak, pokud nechce nést na náklady za léčbu sám, v podstatě nemá jinou možnost, než léčbu v Německu podstoupit. V případě, že by se německý poskytovatel zdravotní péče při provádění protonové terapie dopustil pochybení, které by zakládalo právo na náhradu škody, bude tato otázka

³⁰ Rozsudek Soudního dvora Evropské unie ze dne 23. 4. 2009, věc C- 533/07.

³¹ Dle stanoviska Soudního dvora je tomu tak z důvodu, že v oblasti volného pohybu služeb je pojem služba vykládán často velmi široce, aby pokryl co nejvíce hospodářských činností, na které se nevztahuje volný pohyb zboží, kapitálu nebo osob.

³² MAGNUS, Ulrich. Article 4 Rome I Regulation: The Applicable Law in the Absence of Choice. In FERRARI, Franco, LEIBLÉ, Stefan. Rome I Regulation: The Law Applicable to Contractual Obligations in Europe. Munich: Sellier - European Law Publisher, 2009, s. 38.

³³ S ohledem na výrazně nižší náklady spojené s touto zdravotní péčí v Mnichově ve srovnání se stejnou péčí v Praze je to poměrně běžná praxe některých (nejen) českých zdravotních pojišťoven.

posuzována výhradně podle německého práva (a tedy nikoliv dle práva sídla zdravotní pojišťovny, která českého pacienta do Německa vyslala).

Pár slov závěrem

Předešlé úvahy lze shrnout tak, že v prakticky ve všech případech bude pro vztah mezi pacientem a poskytovatelem v případě poskytování přeshraniční péče rozhodné právo země, v níž má poskytovatel obvyklé bydliště nebo sídlo. Jedinou výjimkou by mohla být situace, kdy si subjekty zvolí právo země obvyklého bydliště pacienta nebo třetí země – v praxi však tuto variantu očekávat nelze.

Závěrem je ovšem na místě upozornit, že s ohledem na skutečnost, že Soudní dvůr EU v dané věci prozatím nejudikoval, jsou předešlé řádky úvahou autorky a nikoliv dogmatem aplikovaným v rámci Evropské unie. Zda se ke stejnému názoru přikloní i praxe případných budoucích sporů vzniklých z přeshraniční zdravotní péče, ukáže až čas.

MAMINKY AŽ DALŠÍCH 500 KČ NAVÍC

- kurzy přípravy k porodu
- pohybové aktivity určené pro těhotné ženy
- prvotrimestrální screening
- jednorázové ochranné pomůcky pro doprovod při porodu
- pomůcky na kojení

MAMINKY MOHOU ZÍSKAT:

příspěvek ve skupině **DOSPĚLÍ**

DÁRCI KRVE A KOSTNÍ DŘENĚ AŽ DALŠÍCH 500 KČ NAVÍC

- rehabilitační aktivity lázeňského typu
- vitamínové preparáty a doplňky stravy

DÁRCI MOHOU ZÍSKAT:

příspěvek ve skupině **DOSPĚLÍ**

35 dní cestovního zdravotního pojištění zdarma

roční cestovní pojištění pro opakované pobyty v cizině za zvýhodněnou sazbu pojistného

MNOHO DALŠÍCH VÝHOD

- nejširší síť smluvních partnerů
- síť poboček VZP po celé ČR
- Klub pevného zdraví – slevy na produkty a služby od smluvních partnerů
- direct mailing na členy Klubu pevného zdraví
- zvýhodněné cestovní pojištění u PVZP, a. s.

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

VZP si vyhrazuje právo programy v průběhu roku upravovat.

O konkrétních podmínkách preventivních programů se informujte na pobočkách VZP, na webových stránkách www.vzp.cz/vyhody, nebo kontaktujte informační centrum VZP na **tel. 952 222 222**.



MĚSTO UHERSKÉ HRADIŠTĚ

www.vzpkonference.cz