

7. ROČNÍK KONFERENCE ZDRAVOTNICKÉHO PRÁVA

# LIDÉ, ZDRAVOTNICTVÍ A PRÁVO

14.–15. září 2017 – aula Univerzitního kampusu Masarykovy univerzity, Kamenice 5, Brno-Bohunice



## **BÝT KLIENTEM VZP SE VYPLATÍ**

# **I V ROCE 2017 VÁM NABÍZÍME ŘADU PŘÍSPĚVKŮ**

### **DĚTI**

- na vybraná očkování nehrazená z veřejného zdravotního pojištění
- na pravidelné pohybové aktivity organizované školou
- na sestavení jídelníčku lékařem, sportovní prohlídku absolvovanou za úhradu u lékaře nebo pravidelné mimoškolní pohybové aktivity
- na dezinfekční prostředky, doplatek z ceny testovacích proužků, baterií a zásobníků inzulinu k inzulinové pumpě apod. při onemocnění diabetem
- na vyšetření kožních znamének dermatoskopem
- na tuzemský ozdravný pobyt, nebo po doporučení lékaře na léčebně-ozdravný pobyt u moře

### **DOSPĚLÍ**

- na odvykání kouření
- na vybraná očkování nehrazená z veřejného zdravotního pojištění
- na pravidelnou pohybovou aktivitu (při předložení dokladů na 1500 Kč) nebo na sestavení jídelníčku lékařem
- na dezinfekční prostředky, doplatek z ceny testovacích proužků, baterií a zásobníků inzulinu k inzulinové pumpě apod. při onemocnění diabetem
- na kognitivní pomůcky pro trénink paměti (od 65 let)
- na vyšetření kožních znamének dermatoskopem
- na vybrané certifikované kurzy, které si zdravotničtí pracovníci plně uhradili v rámci profesního vzdělávání

### **TĚHOTNÉ A MAMINKY**

- na prvotrimestrální screening, na podpůrné aktivity těhotných nebo kojících žen a na dentální hygienu v těhotenství nebo balíček dentální hygieny z lékárny
- další příspěvky mohou maminky získat ve skupině DOSPĚLÍ

### **BEZPŘÍSPĚVKOVÍ DÁRCI KRVE A KOSTNÍ DŘEŇ**

- na rehabilitační/rekondiční aktivity lázeňského typu nebo léčivé přípravky a doplňky stravy s obsahem vitamínů a minerálů zakoupené v lékárně
- 35 dní cestovního zdravotního pojištění zdarma nebo roční cestovní pojištění pro opakované pobyty v cizině za zvýhodněnou sazbu pojistného u PVZP, a. s.
- další příspěvky mohou dárce získat ve skupině DOSPĚLÍ

### **DALŠÍ VÝHODY**

- na nákup potravin s označením „bezlepkové“ nebo „bez lepku“ dětem do 18 let a studentům do 26 let s diagnózou celiakie
- slevy na produkty a služby od smluvních partnerů našeho Klubu pevného zdraví
- zvýhodněné pojistné produkty PVZP, a. s.

Více informací o konkrétní výši příspěvků a podmínkách jejich využití je na [www.klubpevnehozdravi.cz](http://www.klubpevnehozdravi.cz).

## Vážené kolegyně, vážení kolegové,

dovolujeme si vás přivítat na sedmém ročníku konference „Lidé, zdravotnictví a právo“. Již podruhé tuto konferenci pořádají na půdě univerzitního kampusu v Brně-Bohunicích společně Všeobecná zdravotní pojišťovna a Masarykova univerzita.

Podtitulem a tématem letošního ročníku konference, na níž se setkávají právníci z nemocnic, zdravotních pojišťoven a úřadů zdravotní správy, advokáti a soudci specializující se na tematiku medicínského práva a pedagogové věnující se této problematice, která se těší dlouhodobě značnému zájmu studentů, budou limity ve zdravotnictví.

Jednotliví přednášející se tak dotknou nejen věcných, místních a časových limitů při poskytování zdravotní péče, ale také limitů personálních a finančních. Za nimi se nicméně odhalí limity současné medicíny včetně jejích nejmodernějších metod a technik, ale vlastně také skutečnost, že samotný lidský život je konečný.

Zákony, stejně jako kdokoli, kdo je uplatňuje, musejí tyto limity zohledňovat. Vlastně v žádné záležitosti právo nikomu nemůže zakládat neomezená a nekonečná oprávnění. Možnosti jsou vždy omezené. Právní rámec je dále vždy kompromisem mezi různými náhledy a zájmy. Nadto každé oprávnění musejí vyvažovat povinnosti, pozornost tedy nutně bude věnována též těmto povinnostem.

Věříme, že konference, jejíž součástí jsou vedle přednášek předních českých odborníků nejen diskuse v přednáškovém sále, ale též debaty při pohoštění v kuloárech a na společenském večeru, napomůže reflexi desítek obecnějších a stovek dílčích, ale pro mnohé stejně palčivých problémů české právní úpravy zdravotnictví a medicíny. Jakkoli všichni tušíme, že necelé dva zájmové dny, na něž dokážeme nalézt čas a soustředit své síly, jsou též limitem této reflexe.

Váš realizační tým 7. ročníku Konference zdravotnického práva  
Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky  
Masarykova univerzita

## REALIZAČNÍ TÝM



### **JUDr. JAROSLAV BLATNÝ**

V roce 1999 absolvoval Právnickou fakultu Masarykovy univerzity v Brně, kde rovněž v roce 2012 složil rigorózní zkoušku. Je vedoucím oddělení právních služeb Právního úseku Ústředí VZP ČR.



### **Ing. RENATA BĚLOŠKOVÁ**

Vystudovala Slezskou univerzitu v Opavě, Obchodně podnikatelskou fakultu v Karviné. Ve VZP ČR působí od roku 2013 na oddělení právních služeb Právního úseku Ústředí a zastává pozici koordinátora konference zdravotnického práva.



### **Mgr. Bc. MICHAL KOŠČÍK Ph.D.**

Je akademickým pracovníkem Lékařské fakulty a Právnické fakulty Masarykovy univerzity. Je publikačně a pedagogicky činný v oblasti zdravotnického práva, práva ICT a ochrany osobních údajů. Praxi vykonává jako vedoucí právního oddělení Lékařské fakulty MU, kde se vedle generální praxe věnuje právním otázkám biomedicínského výzkumu a klinických studií. Je absolventem Právnické fakulty a Ekonomicko-správní fakulty Masarykovy univerzity.



### **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.

## 7. ROČNÍK KONFERENCE ZDRAVOTNICKÉHO PRÁVA

# LIDÉ, ZDRAVOTNICTVÍ A PRÁVO 2017

## KONFERENCE TĚMA: LIMITY VE ZDRAVOTNICTVÍ

**14.–15. září 2017** – aula Univerzitého kampusu Masarykovy univerzity,  
Kamenice 5, Brno-Bohunice

### ČTVRTEK 14. září:

**9.00**

#### Slavnostní zahájení

prof. MUDr. Jiří Mayer, CSc., děkan Lékařské fakulty MU

doc. JUDr. Markéta Selucká, Ph.D., děkanka Právnické fakulty MU

Mgr. Radomíra Jahodářová, náměstkyně ředitele VZP ČR pro právo a legislativu

**9.30**

#### Sekce „Limity souhlasu a limity komunikační“

##### Povinnosti a součinnost pacientů

doc. JUDr. Filip Křepelka, Ph.D., vedoucí katedry mezinárodního a evropského práva, Právnická fakulta MU

##### Marná péče – právní a etická úskalí

doc. JUDr. Tomáš Doležal, Ph.D., LL.M., vedoucí oddělení soukromého práva, Ústav státu a práva AV ČR, advokát

##### Limity ochrany plodu v těle matky

JUDr. Lucie Šíroková a Mgr. Michaela Povolná, Centrum zdravotnického práva, Právnická fakulta UK

**11.00**

#### Coffee Break

**11.20**

#### Sekce „Limity mlčenlivosti a ochrana citlivých údajů“

##### Institut mlčenlivosti zdravotnických pracovníků z pohledu ZZS a OZ

MUDr. Mgr. Jolana Těšínová, Ph.D., přednostka Ústavu veřejného zdravotnictví a medicínského práva,  
1. Lékařská fakulta UK

##### Představení obecného nařízení o ochraně osobních údajů (GDPR)

Mgr. Josef Prokeš, ředitel sekce správní, Úřad pro ochranu osobních údajů

JUDr. Soňa Matochová, Úřad pro ochranu osobních údajů

##### GDPR a jeho dopady zdravotnické praxe

JUDr. Radek Polícar, náměstek ministra zdravotnictví ČR pro právo a legislativu

**13.00–14.00**

#### Oběd

**14.00**

### **Sekce „Lokální, temporální a kapacitní limity zdravotní péče“**

#### **Pohled na demografický vývoj nositelů výkonů poskytovatelů**

Ing. Jiří Mrázek, MBA, ředitel Odboru úhrad zdravotní péče VZP ČR

#### **Dostupnost a limity péče poskytované praktickými lékaři**

Mgr. Jakub Uher, Sdružení praktických lékařů ČR, advokát

#### **Personální limity zdravotnických zařízení a jejich trestněprávní konsekvence**

JUDr. Ing. Lukáš Prudil, PhD, advokát

#### **Limity vzájemného vztahu bezpečí zdravotnických pracovníků a pacientů při poskytování zdravotní péče**

doc. JUDr. Olga Sovová, Ph.D., Centrum zdravotnického práva, Právnická fakulta UK, Policejní akademie ČR v Praze, advokátka

**15.40**

### **Coffee Break**

**16.00**

### **Konec odborného programu ve čtvrtek**

**19.00**

### **Večeře**

## **PÁTEK 15. září:**

**9.00**

### **Limity financování zdravotní péče I**

#### **Limity dostupnosti léčby v ČR dle dat národního zdravotnického informačního systému**

doc. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D., ředitel Ústavu zdravotnických informací a statistiky, vedoucí Institutu biostatistiky a analýz, Lékařská fakulta MU

#### **Limity veřejného zdravotního pojištění**

JUDr. Jaroslav Blatný, vedoucí oddělení právních služeb, VZP ČR

#### **Ústavní východiska a limity financování zdravotní péče a judikatura Ústavního soudu**

JUDr. Mgr. Ivo Pospíšil, Ph.D., generální sekretář Ústavního soudu ČR

**10.30**

### **Coffee Break**

**10.45**

### **Limity financování zdravotní péče II (odškodnění)**

#### **Neposkytnutí zdravotní péče z kapacitních či finančních důvodů**

Mgr. Bc. Michal Koščík, Ph.D., Centrum zdravotnického práva při Lékařské fakultě MU

#### **Limity zabezpečení újmy na zdraví ze strany poskytovatele péče (insolvence) a pojišťovny jeho odpovědnosti**

JUDr. Petr Šustek, Ph.D. a JUDr. Lucie Šířoká, Centrum zdravotnického práva, Právnická fakulta UK

#### **Odčinění duševních útrap při usmrcení osoby blízké**

Mgr. Ondřej Pavelek, doktorand katedry občanského práva, Právnická fakulta MU, asistent soudce Nejvyššího soudu ČR

**12.15**

### **Konec konference**

Změna programu je vyhrazena. Více o konferenci a on-line přihlášku naleznete na [www.vzpkonference.cz](http://www.vzpkonference.cz), kontaktní osoba Ing. Renata Bělošková, [renata.beloskova@vzp.cz](mailto:renata.beloskova@vzp.cz), +420 774 878 094.

## PROFILY AUTORŮ KONFERENCEČNÍCH PŘÍSPĚVKŮ



**doc. JUDr. TOMÁŠ DOLEŽAL, Ph.D., LL.M**

Vedoucí oddělení soukromého práva, Ústav státu a práva AV ČR, advokát.



**JUDr. LUCIE ŠIROKÁ**

Je vědeckým pracovníkem Centra zdravotnického práva Právnické fakulty Univerzity Karlovy v Praze, externím doktorandem katedry občanského práva Právnické fakulty Univerzity Karlovy v Praze a současně advokátkou specializující se zejména na oblast medicínského práva. JUDr. Lucie Široká opakovaně přednáší ve spolupráci s odbornými společnostmi na kongresech a konferencích určených pro zdravotnické profesionály.



**MUDr. Mgr. JOLANA TĚŠINOVÁ, Ph.D.**

Přednostka Ústavu veřejného zdravotnictví a medicínského práva 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Absolvovala Lékařskou fakultu Univerzity Palackého v Olomouci a Právnickou fakultu Univerzity Karlovy v Praze. Od roku 2007 pracuje na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Je přednostkou Ústavu veřejného zdravotnictví a medicínského práva 1. LF UK. Vyvíjí vzdělávací, konzultační a publikační činnost v oblasti medicínského práva.



**Mgr. JOSEF PROKEŠ**

Je absolventem Právnické fakulty Univerzity Karlovy v Praze, obor Právo. V profesním životě působil na Ministerstvu spravedlnosti, u Policie České republiky a na Českém telekomunikačním úřadu. Od roku 2003 působí na Úřadu pro ochranu osobních údajů, od roku 2016 jako ředitel sekce správních.



**JUDr. SOŇA MATOCHOVÁ, Ph.D.**

Vzdělání - Právnickou fakultu MU v Brně absolvovala v roce 1985, doktorandské studium lékařské etiky v roce 2006. Profesionální zkušenosti má jako asistentka ÚS ČSFR, ředitelka odboru evropské integrace Ministerstva pro hospodářskou soutěž, místopředsedkyně pro legislativu ÚHOS, členka Pracovního výboru pro provádění Evropské dohody, v letech 1999–2016 pracovala na zahraničním a analytickém oddělení ÚS ČR, od roku 2016 působí na analytickém oddělení ÚOOÚ. Svoji publikační a přednáškovou činnost zaměřuje na oblast evropského práva a lékařské etiky.



**JUDr. RADEK POLÍCAR**

Je absolventem Právnické fakulty Masarykovy univerzity. V letech 2000–2015 působil v brněnských nemocnicích. Od června 2015 je náměstkem ministra zdravotnictví pro legislativu a právo. V oblasti práva ve zdravotnictví je také činný lektorsky a publikačně.



**Ing. JIŘÍ MRÁZEK, MBA**

Vystudoval ČVUT Praha, FEL a MBA na PIBS při Vysoké škole ekonomické v Praze. Do roku 1992 byl zaměstnancem firem zaměřených na IT a vývoj pro automobilový průmysl. Od roku 1992 je zaměstnán ve VZP ČR, kde prošel různými pozicemi od vedoucího oddělení IS Okresní pojišťovny až po ředitele odboru zdravotní péče krajské pobočky pro Jihočeský kraj. Od roku 2011 je ředitelem odboru úhrad zdravotní péče VZP ČR. Je předsedou analytické komise pro dohodovací řízení o výši úhrad zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění.



**Mgr. JAKUB UHER**

Vzdělání - Právnickou fakultu Univerzity Karlovy v Praze absolvoval v roce 2001. Od roku 2015 se věnuje výkonu advokacie se zaměřením na občanské právo, obchodní právo a medicínské právo. Právní služby poskytuje především poskytovatelům ambulantních zdravotních služeb, je právníkem Sdružení praktických lékařů ČR, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost a Sdružení soukromých gynekologů.





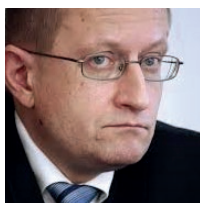
**JUDr. Ing. LUKÁŠ PRUDIL, Ph.D.**

Přednáškovou činnost vykonává nejen v rámci České republiky, ale aktivně se účastní i odborných fór v zahraničí. Od roku 2000 vykonává vlastní advokátní praxi. Je autorem a spoluautorem velké řady odborných textů. Lukáš Prudil se při poskytování právních služeb orientuje zejména na potřeby klientů z oblasti medicínského práva, trestního práva, důchodového zabezpečení a zajištění osobnostních práv.



**doc. JUDr. OLGA SOVOVÁ, Ph.D.**

Absolvovala Právnickou fakultu Univerzity Karlovy. Po kratším období, věnovaném vědecko-výzkumné 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, na které vyučuje na katedře veřejné správy a byla zde v roce 2016 jmenována docentkou. V roce 2007 spoluzakládala Centrum zdravotnického práva Právnické fakulty Karlovy Univerzity, kde vyučuje a spolupracuje externě s katedrou trestního práva. Od roku 2008 je 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. 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.



**doc. RNDr. LADISLAV DUŠEK, Ph.D.**

Je absolventem Masarykovy univerzity v Brně. V profesním životě působí jako ředitel Ústavu zdravotnických informací a statistiky, je vedoucím Institutu biostatistiky a analýz na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity.



#### **JUDr. Mgr. IVO POSPÍŠIL, Ph.D.**

Právník a politolog, v současnosti zastává pozici generálního sekretáře Ústavního soudu (od roku 2013) a odborného asistenta na katedře Mezinárodních vztahů a evropských studií Fakulty sociálních studií Masarykovy univerzity (od roku 2005), působí také jako člen Legislativní rady vlády a zkušební komise České advokátní komory. Je absolventem doktorského studia v oboru Mezinárodní právo veřejné (2005). V minulosti pracoval v Kanceláři veřejného ochránce práv, dále jako asistent místopředsedkyně Ústavního soudu a vedoucí jeho analytického odboru. Vedle toho působil na několika veřejných i soukromých vysokých školách v ČR, byl řešitelem grantových projektů v oblastech, které propojují právní vědu a politologii. Je autorem a spoluautorem několika monografií, spoluautorem několika právních komentářů a editorem řady sborníků.



#### **JUDr. PETR ŠUSTEK, Ph.D.**

Dlouhodobě se zabývá zdravotnickým právem. Je spoluautorem monografie Informovaný souhlas (Wolters Kluwer, 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 koordinátorem 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 členem rozkladové komise Ministerstva zdravotnictví ČR. Působí v advokacii a je partnerem advokátní kanceláře nesoucí jeho jméno.



#### **Mgr. Bc. ONDŘEJ PAVELEK**

Vystudoval Právnickou fakultu Masarykovy univerzity (2015) a Fakultu sociálních studií (obor Evropská studia). V současnosti je asistentem soudce Krajského soudu v Brně a doktorandem na katedře občanského práva PrF MU. Od roku 2015 do roku 2017 pracoval jako asistent soudce Nejvyššího soudu JUDr. Petra Vojtky. Byl řešitelem grantového projektu „Určování výše náhrady nemajetkové újmy na zdraví a při usmrcení“ (2016). Je autorem článků k tématu nemajetkové újmy na zdraví a při usmrcení.

## KONFERENCE PŘÍSPĚVKY

# LIMITY SOUHLASU A LIMITY KOMUNIKAČNÍ

doc. JUDr. Filip Křepelka, Ph.D.

## Povinnosti a součinnost pacientů

Před volbami politické strany začaly znovu slibovat diferenciaci pojistného na zdravotní pojištění podle ochoty pacientů-pojištěnců českých zdravotních pojišťoven (kteří mezi pacienty zcela převládají) podstupovat preventivní prohlídky a vést zdravý životní styl.

Takové záměry nás nutí uvažovat o povinnostech pacientů-pojištěnců. Není to snadné. Dlouho se hlavně zdůrazňovala a prosazovala jejich práva, ať už šlo o působení úřadů, advokátskou argumentaci před soudy či lidskoprávní aktivismus vůči poskytovatelům zdravotní péče, lékařům a dalším zdravotnickým pracovníkům, zdravotním pojišťovnám a tedy zdravotnictví jako systému obecně, respektive státu, který jej reguluje, organizuje a v posledku financuje.

Jistě, pacientovi-pojištěnci mají zůstat a nadále zůstanou rozsáhlá práva vůči poskytovateli a vůči zdravotním pojišťovnám. Po řadě let jsme si vyjasnili, že tento vztah je přes spoustu zvláštností smluvním. Za zdravotní péči, tedy výkony-zákroky odpovídající úrovně dostávají poskytovatelé úhrady od zdravotních pojišťoven. Kruh se uzavírá financováním těchto pojišťoven pojištěnci či daňovými poplatníky.

Uvažování o povinnostech pacienta-pojištěnce nám usnadní zvažování mezí jeho práv při nedostatku jeho součinnosti a kázně. Nejdříve proto zvažme neplacení zdravotního pojištění. Jistě, dlouhodobé neplacení vede k nárůstu dluhu včetně penále. Lze přesto zvažovat též omezení veřejné úhrady zdravotní péče (jak činí Slovensko) nebo alespoň vznik regresního nároku vůči pojištěnci za hrazenou péči.

Ve středu naší pozornosti však budí součinnost pacientů při poskytování zdravotní péče. Jistě, též v interpretaci a judikatuře ke staré legislativě se předpokládala. Nemůže tomu být jinak. Přesto bylo jen dobře, že se zákonodárce pokusil shrnout povinnosti pacientů, když jim uložil dodržovat individuální léčebný postup stejně jako vnitřní řád poskytovatele (typicky nemocnice), uhrazovat stanovené platby, sdělovat poskytovateli skutečnosti důležité pro léčbu, zdržet se požívání omamných látek a při první komunikaci prokázat svoji totožnost jako pacienta a pojištěnce.

Kromě možnosti odepření neurgentní péče při neochotě prokázat totožnost však zatím nevymezil postihy, takže máme hlavně příklady imperfektních norem do učebnic. Pochopitelně postižený je samotný pacient. Léčba u něj bude vesměs méně účinná či zcela selže, aniž by za to bylo možné vinit poskytovatele a jeho zdravotnické pracovníky. Nedodržení povinností je tak jejich obranou.

České zdravotnictví se zakládá na univerzálním zdravotním pojištění zajišťujícím všeobecně dostupnou zdravotní péči, přičemž leckterou někteří pacienti-pojištěnci odmítají způsoby, které vyvolávají úvahy o nevděčnosti a přehánění zdravotního zabezpečení.

Je třeba zvažovat, zda není namísto posílení přísnosti vůči pacientům-pojištěncům. Jakkoli bychom dokázali leckteré zpřísnění vyargumentovat, právní jistotu pro každodenní praxi by přinesly teprve změny zákonů, odrážející společenský zájem na takových zpřísněních. Uvažovat lze odepření či omezení obecně dostupné zdravotní péče – jako je tomu kvůli chronickému nedostatku orgánů v transplantační medicíně, respektive zřetelné vyvozování spoluúčasti pojištěnce jako nezodpovědného pacienta.

Již zmíněné je zvýhodnění za absolvování prevence, respektive opak za její ignorování. Na první pohled je nejprosaditelnější, ale představme si jej v případě rozmáhajícího se odmítání očkování, kde navíc za nesvéprávné dítě rozhodují rodiče. Dále je ke zvážení zavedení spoluúčasti pacientů-pojištěnců za léčení úrazů a onemocnění, zapříčinil-li je pacient-pojištěnec dlouhodobě zásadně nezodpovědným životním stylem či mimořádně hazardním chováním, přičemž zvláštní skupinu představují neukáznění pacienti-pojištěnci léčení kvůli dlouhodobým onemocněním. Podobně by se mohlo postihovat – jinak obecně legální – odmítání zdravotní péče, představující odkládání léčení vedoucí ke zhoršení zdravotního stavu, jestliže se nákladně léčí později, jakož také okamžitá nekázeň – typicky nedostavení se k vyšetření či zdravotnickým zákrokům, má-li za následek blokování personálních a materiálních kapacit.

Zpřísnění by se jistě měla zaměřit na nejzávažnější případy s největšími následky a škodami. Více by bezpochyby stejně nebylo politicky prosaditelné. Český stát je bohužel v mnoha záležitostech neschopný vytvářet vhodný právní rámec a soustavně jej vyladovat vhodnou správní a soudní praxí. Není důvod si myslet, že by zrovna v případě zpřísnění vůči pacientům-pojištěncům dokázal být přesnější.

Financování (financování jednotné zdravotní péče více zdravotními pojišťovkami) a organizace českého zdravotnictví (soutěžící veřejná a soukromá poskytovatelé) zavádění naznačených zpřísnění vůči neukázněným pacientům-pojištěncům znesnadňují.

Cílem vhodných zpřísnění by mělo být předcházení plýtvání ve zdravotnictví a zdůraznění spoluodpovědnosti pacientů-pojištěnců za svůj zdravotní stav, nikoli rozšiřování okruhu spoluobčanů neschopných dostát svým peněžním závazkům. V mnohém případě by bylo zjevné, že postih by se minul účinkem, a pak by smysl neměl. Při zvažování povinností pacientů bychom neměli zapomínat na biblické „Kdo nikdy nehřešil, hod' kamenem.“ Vždyť málokdy je člověk tak znejistěn jako během nemoci či úrazu.

**JUDr. Tomáš Doležal, Ph.D., LL.M**

## **Marná péče – právní a etická úskalí**

Poskytování zdravotní péče je velmi komplikovanou oblastí, kde se střetávají nejen odborné medicínské názory, ale rovněž názory etické, právní a ekonomické. V současných debatách o poskytování zdravotní péče již často není hlavním tématem problematika rozhodování o léčbě a informovaném souhlasu ve své jednoduché, původní podobě, ale je modifikována prostřednictvím používání nových technologií a socioekonomickými faktory.

Je zřejmé, že současná moderní medicína umí člověku pomoci lépe než kdy dříve a rovněž pacienti se v průměru dožívají stále vyššího věku. Zdravotní péče je ale také čím dál nákladnější, a proto je zcela legitimní se ptát, jaká péče má být hrazena a případně kým má být hrazena. I v oblasti medicínského práva se tedy čím dál častěji můžeme setkat s problematikou prodloužení života a efektivity vynakládaných prostředků, která se v rovině právní jeví jako střet autonomního rozhodování pacienta a odborného postupu zdravotnických pracovníků. Jaké jsou limity poskytování zdravotní péče v takovýchto případech? V rámci příspěvku pak budou zmíněny nejen právní aspekty marné péče, ale bude odkázáno také na etické, ekonomické a sociální aspekty této problematiky.

**JUDr. Lucie Šířoká**

**Mgr. Michaela Povolná**

## **Limity ochrany plodu v těle matky**

Příspěvek na téma „Limity ochrany plodu v těle matky“ se zabývá problematikou střetu zájmů a práv těhotné ženy a jejího nenarozeného dítěte, který odborný diskurs označuje jako tzv. konflikt matky a plodu (maternal-fetal conflict). V jejím rámci se přednášející zaměří na specifickou oblast této problematiky, a to konkrétně na střet práv těhotné ženy a jejího nenarozeného dítěte v průběhu porodu. Tyto případy právních konfliktů nejsou v praxi ojedinělé a jako takové generují značnou právní nejistotu nejen na straně samotných těhotných pacientek, ale zejména na straně poskytovatelů zdravotních služeb.

Předmětem příspěvku není rozbor potratové problematiky. Cílem příspěvku je analýza střetu zájmů rodičky a plodu při porodu optikou relevantní právní úpravy a judikatury.

Porod je fází těhotenství, na jejímž konci se rodí člověk jakožto právní subjekt. Odmítá-li rodička během porodu zdravotní výkony, které jsou nutné k záchraně zdraví či života plodu, je nutné si klást otázku, zda obtočí zásada, že plod je až do svého narození součástí těla matky, když právě od narození jej dělí de facto okamžiky. Lze si představit v praxi nikoli ojedinělý příklad: Rodička je za účelem porodu hospitalizována ve zdravotnickém zařízení. Při kontinuálním monitoringu plodu personál poskytovatele zdravotních služeb zjišťuje nedostatky v srdečních

ozvech dítěte a odečítá patologický záznam. V návaznosti na takto seznané skutečnosti informuje lékař rodičku o potřebě provést císařský řez za účelem co nejrychlejšího vybavení plodu. Rodička provedení císařského řezu důrazně odmítá.

Rodička jakožto pacientka má právo odmítnout vyslovit souhlas s poskytnutím zdravotních služeb dle § 34 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Odmítnutí vyslovení souhlasu s poskytnutím zdravotní služby je vázáno na podmínky stanovené zákonem o zdravotních službách. Předně musí být pacientovi opakovaně podána informace o jeho zdravotním stavu v rozsahu a způsobem, ze kterého je zřejmé, že neposkytnutí zdravotních služeb může vážně poškodit jeho zdraví nebo ohrozit život. Pacient musí i odmítnutí vyslovení souhlasu s poskytováním zdravotních služeb učinit písemné prohlášení (negativní revers) a současně musí být splněna i negativně vymezená podmínka – absence situace, kdy se jedná o pacienta, kterému lze zdravotní služby poskytnout bez souhlasu. Forma negativního reversu je přísně písemná. Negativní revers představuje realizaci práva pacienta na sebeurčení a nedotknutelnost jeho osoby ve své elementární podobě. Uvažujeme-li kteroukoli jinou zdravotní službu, je notorietou, že negativní revers pacienta je nutné respektovat, třebaže takový postup neodpovídá odbornému přesvědčení zdravotnického profesionála.

Pokud jde o porod, nabývá na významu věta druhá čl. 6 odst. 1 Listiny základních práv a svobod, že lidský život je hoděn ochrany již před narozením. Počátek ochrany prenatalního života však blíže definován není. Kdy přesně lidský život začíná, neuvádějí ani mezinárodní dokumenty, jež právo na život garantují. Z důvodových a vysvětlujících zpráv, stejně jako z autoritativních komentářů nicméně nevyplývá, že by smyslem a účelem těchto úmluv byla ochrana prenatalního života.

Evropský soud pro lidská práva při interpretaci čl. 2 Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod ve věci Vo proti Francii uvedl: „otázka, kdy začíná právo na život, spadá do prostoru pro uvážení, které by dle názoru soudu měly státy obecně mít, a to bez ohledu na evolutivní výklad Úmluvy coby „živoucího nástroje, jenž musí být interpretován ve světle současných podmínek“ (...) Důvody pro takový závěr jsou, zaprvé, že otázka takové ochrany nebyla dosud vyřešena ve většině smluvních států, (...) a zadruhé, že neexistuje evropský konsenzus týkající se vědecké a právní definice počátku života.“

V souladu s § 23 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (OZ), nabývá člověk právní osobnost narozením, tj. přirozeným či umělým (operativním) oddělením novorozence od těla matky, kdy novorozenec vykazuje alespoň jednu ze známek života. Do doby porodu je tedy vnímán jako součást těla matky.

Skutečnost, že plod je až do porodu považován za součást těla matky, reflektuje i trestní právo, jež považuje protiprávní vyvolání potratu nebo usmrcení dosud nenarozeného plodu za způsobení těžké újmy na zdraví těhotné ženy, nikoliv za vraždu plodu jako takového.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>§ 122 odst. 2 písm. g) zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník

Ústavní soud (ÚS) potvrzuje, že porod je třeba vnímat jako specifickou fázi prenatálního vývoje plodu, pokud jde o nakládání s plodem, a to ve svém nálezu ze dne 2. 3. 2015, sp. zn. I. ÚS 1565/14. V daném případě zkoumal ÚS případ stěžovatelky, jež v lednu 2013 rodila ve zdravotnickém zařízení poskytovatele zdravotních služeb. Přestože se ÚS primárně věnuje právu na účinné vyšetřování v případě možného ohrožení práva na život, v závěru se nález zaobírá právě i případným konfliktem zájmů matky a nenarozeného dítěte.

Stěžovatelka tvrdila, že v průběhu porodu na ní byly zdravotnickým personálem prováděny zákroky bez jejího souhlasu, jež naplnily skutkovou podstatu trestných činů nelidského a krutého zacházení, ublížení na zdraví a omezení osobní svobody. V trestním oznámení se stěžovatelka odvolávala na nerespektování jejich přání, ignorování písemného porodního plánu a neinformování o prováděných úkonech. Nejenže tyto, dle stěžovatelky, nebyly nezbytné, ale nepředstavovaly ani postup lege artis, a naopak jí způsobily život ohrožující masivní krvácení. Uvedla, že souhlas neudělila zejména s protržením vaku blan, nástřihem hráze, tlačáním na břicho v druhé době porodní (Kristellerovou expresí) a vytržením placenty po porodu dítěte.

Dle vyjádření poskytovatele zdravotních služeb a informací obsažených ve zdravotnické dokumentaci stěžovatelka po příchodu do nemocnice porodní plán nepředložila a s personálem následně nespolečně pracovala. Z důvodu obav o zdraví dítěte vzhledem k jeho nízkému srdečnímu tepu byl pacientce přidržena děložní fundus, přičemž během 11 minut od přijetí porodila zdravé dítě. Po porodu placenty u ní následně došlo k silnému, život ohrožujícímu krvácení v důsledku hypotonie dělohy, na něž musel zdravotní personál bezprostředně reagovat podáním léčivých přípravků, revizí porodních cest a podáním transfuzí.

ÚS došel v otázce střetu práva na nedotknutelnost pacientky a práva na život a zdraví jejího rodícího se dítěte k závěru, že právo na nedotknutelnost osoby není právem absolutním, a proto jej lze omezit na základě zákona a přiměřeně ke sledovanému legitimnímu zájmu (tj. ochrana jiného základního práva nebo jiného, ústavním pořádkem chráněného statku).

„Lze stěží akceptovat, že by v těchto výjimečných situacích mělo dítě v průběhu porodu zůstat zcela bez právní ochrany. (...) Proto podle Ústavního soudu, i kdyby dosud nenarozené dítě nebylo subjektem základních práv, přesto je ochrana života a zdraví dítěte v průběhu porodu ústavním pořádkem chráněným statkem.“ ÚS nicméně zdůraznil nutnost aplikace testu proporcionality: „V dané věci je tedy nutno vážit zájmy rodičky na ochraně její fyzické integrity a zájmy nenarozeného dítěte na životě a zdraví. Právo rodící matky na nedotknutelnost její osoby tedy v ústavněprávní rovině omezit lze, za předpokladu, že je skutečně (alespoň s vysokou pravděpodobností) život a zdraví plodu bezprostředně ohrožen a provedené zákroky přiměřeně sledovanému účelu záchraně života a zdraví nenarozeného dítěte.“

V návaznosti na závěry ÚS se lze přiklonit k závěru, že nejistotu zdravotníků je možné eliminovat právě aplikací testu proporcionality, a tedy přikročit k císařskému řezu a vybavit dítě, které podle

dostupných údajů během porodu v těle matky nadále neprospívá. Autorky jsou si samozřejmě dobře vědomy skutečnosti, že tento závěr může budit jisté kontroverze, avšak vedeny duchem testu proporcionality mají za to, že zájem na určité jistotě v právním vztahu pacient – lékař, resp. poskytovatel zdravotních služeb, by měl být prioritizován.

## LIMITY MLČENLIVOSTI A OCHRANA CITLIVÝCH ÚDAJŮ

**MUDr. Mgr. Jolana Těšinová, Ph.D.**

### Institut mlčenlivosti zdravotnických pracovníků z pohledu ZZS a OZ

O skutečnosti, že informace o zdravotním stavu pacienta podléhají právní ochraně, nepochybuje snad nikdo ze zdravotnických pracovníků, ale již obtížně se tato realizuje při každodenním poskytování zdravotních služeb resp. zdravotní péče a kontaktu s řadou osob, které se poskytnutí těchto údajů dovolávají.

K povinné mlčenlivosti ve zdravotnictví se vztahuje značné množství právních předpisů. Je třeba se vyrovnat s právními předpisy konkrétně vymezujícími institut povinné mlčenlivosti, její subjekty a rozsah, jako je zákon o zdravotních službách (z. č. 372/2011 Sb.), nebo se v obecné rovině dotýkajícími ochrany soukromí, jako zákon o ochraně osobních údajů (z. č. 101/2000 Sb.) či občanský zákoník (z. č. 89/2012 Sb.), a jejich vzájemným vztahem ve smyslu speciality a subsidiarity. Množina právních předpisů je rozšířena i četnými průlomy ve vztahu k různým subjektům, které přehlednost právní úpravy významně oslabují. Nelze pominout ani právní předpisy nejvyšší právní síly jako Listinu základních práv a svobod, Úmluvu na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, a stejně tak i relevantní soudní judikaturu (včetně ESLP) a právní předpisy Evropské unie.

Důvěrnost informací vyplývající ze vztahu mezi lékařem a pacientem je tedy pod ochranou nejen norem inherentních lékařskému stavu a profesi, ale i samotné ústavy, a to s veškerou silou, kterou s sebou právo přináší, a k jejímu ústavněprávnímu aspektu se ještě navíc připojuje i výrazný rozměr etický a morální.

Povinnost mlčenlivosti (nazývaná někdy lékařským tajemstvím) je historicky vnímána jako přirozená neoddělitelná součást výkonu lékařské profese a byla součástí etických kodexů – včetně kodexu nejstaršího a nejcitovanějšího – Hippokratovy přísahy, a to dávno před zakotvením v obecně závazné právní normě. I přes její pozdější zákonné vymezení byla považována spíše za morální aspekt povolání zdravotníka, čemuž přispívala i skutečnost, že nebyla – oproti dnešní právní úpravě – po dlouhou dobu stíhána žádnou sankcí.



Celkově je aktuální právní úprava mlčenlivosti nejednotná, nesystematická a roztržitá a právě rozsah této úpravy je okolností značně limitující dosažení stavu, aby se zdravotničtí profesionálové v těchto otázkách dobře orientovali. Rozvoj moderních informačních technologií pak zachování mlčenlivosti ještě více komplikuje.

Limity povinné mlčenlivosti ve zdravotnictví můžeme nahlížet z víceru úrovní. Z hlediska jejího rozsahu (osobního i věcného), způsobu předávání informací (formy), i adresátů citlivých informací. Subjektem povinné mlčenlivosti nejsou dnes pouze zdravotničtí pracovníci a osoby připravující se na výkon svého povolání, ale také další osoby, které v souvislosti se svou činností zjistí informace o zdravotním stavu pacienta nebo informace s tím související. Vymezení rozsahu povinné mlčenlivosti (zejména při sdělení informace potvrzující přítomnost pacienta ve zdravotnickém zařízení), jakož i forma předávání citlivých údajů (zejména moderními komunikačními prostředky) jsou v praxi poskytovateli zdravotních služeb i samotnými zdravotnickými pracovníky různě modifikovány.

Dynamika limitů povinné mlčenlivosti se mění i v závislosti na způsobilosti konkrétního pacienta k právnímu jednání a tedy možnosti určení adresátů informací o jeho zdravotním stavu, ale i na skutečnosti, zda se informace o zdravotním stavu pacienta poskytují za jeho života či po smrti. Stejně tak není nevýznamná skutečnost, zda se jedná o osobu veřejně známou a činnou a rovněž skutečnost, jaké údaje sama o sobě veřejnosti či konkrétním osobám již sdělila.

Z hlediska limitace povinné mlčenlivosti a jejího prolomení je stěžejní rovněž ochrana veřejného zájmu a zdraví ostatních osob (např. ochrana pečující osoby, osoby blízké, příp. osoby, která přišla s pacientem do styku) a rovněž skutečnost, zda se jedná o poskytování informací pro potřeby trestního řízení, v jehož rámci je rozhodující souhlas soudce, či řízení civilního, v jehož rámci naopak nelze informace bez souhlasu dotčené osoby sdělovat. V neposlední řadě se na vymezení limitů povinné mlčenlivosti podílí i soudní judikatura, ať již ve smyslu jejich zúžení (viz nálezy ÚS 2050/14 a 2400/14 k souhlasu soudce a jeho rozsahu) či naopak rozvolnění (viz kontroverzní rozhodnutí KS publikované v *Tempus Medicorum* 1/2006). Má-li dojít k dovolenému zásahu do povinné mlčenlivosti, je nutné poměřovat na jedné straně právo na ochranu osobního soukromého života a na druhé straně ochranu veřejného zájmu. V kolizi takto stojících práv je třeba usilovat o dosažení co nejširšího uplatnění obou chráněných hodnot.

Limity povinné mlčenlivosti jsou ale především vymezeny samotným pacientem. Je to především pacient, kdo může zdravotnické pracovníky zprostit povinné mlčenlivosti ve vztahu ke všem údajům, které jim během svého pobytu ve zdravotnickém zařízení sdělil. „Právo na respekt k soukromému životu zahrnuje i garanci sebeurčení ve smyslu zásadního rozhodování jednotlivce o sobě samém. Jinými slovy, právo na soukromí garantuje rovněž právo jednotlivce rozhodnout podle vlastního uvážení, zda, popř. v jakém rozsahu, jakým způsobem a za jakých okolností mají být skutečnosti a informace z jeho osobního soukromí zpřístupněny jiným subjektům.“ (viz sp. zn. Pl. ÚS 24/10). Jde o aspekt práva na soukromí v podobě práva na informační sebeurčení a záleží tedy pouze na samotném pacientovi, co a v jakém rozsahu z privátní sféry uvolní jako informaci pro okolní svět.

Jakkoli je účelem povinné mlčenlivosti především nastolení vzájemné důvěry ve vztahu mezi poskytovatelem zdravotních služeb, lékařem či jiným zdravotnickým pracovníkem a pacientem, je tento institut také jedním z prostředků k zajištění ochrany citlivých údajů, ochrany soukromí a nedotknutelnosti fyzické osoby a porušení této zákonem stanovené povinnosti může zasáhnout do různých druhů právní odpovědnosti jak samotného zdravotnického pracovníka, tak i poskytovatele zdravotních služeb.

Zdroje:

Uherek, P. Povinná mlčenlivost v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. Praha: Wolters Kluwer, 2014.

Polícar, R. Zdravotnická dokumentace v praxi. Praha: Grada, 2009.

Haškovcová, H. Lékařská etika. 4. vydání. Praha: Galén, 2015,.

Šustek, P., Holčápek, T. a kol. Zdravotnické právo. Praha: Wolters Kluwer, 2016.

Doležal, T. Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva. Praha: Leges, 2012.

**Mgr. Josef Prokeš**  
**JUDr. Soňa Matochová**

## **Představení obecného nařízení o ochraně osobních údajů (GDPR)**

Podle statistických údajů se 80 % občanů EU domnívá, že jejich osobní údaje nejsou dostatečně chráněny. Přitom je ochrana osobních údajů podmínkou volného toku informací v digitálním věku. Řešení by mělo přinést obecné nařízení o ochraně osobních údajů (obecné nařízení), které vstoupí v účinnost 25. května 2018. Tato právní úprava má změnit svět ochrany osobních údajů. Je vybudována na principech předcházející právní úpravy, směrnice 95/46/ES, ale významně rozšiřuje a prohlubuje ochranu práv fyzických osob. Za tím účelem zavádí nové instituty a povinnosti. Jedná se o jednotná evropská pravidla, přičemž ambicí EU je, aby se v budoucnu jednalo o pravidla globální. Obecné nařízení je v tuto chvíli projektem. Má-li se naplnit, je potřebné jej realizovat, což klade vysoké nároky na dotčené subjekty. Pokud je jeho cílem ochrana osobních údajů občanů EU, je třeba, aby občané věděli o svých právech a povinné subjekty o svých povinnostech. Seznámení se s obecným nařízením je nezbytným předpokladem zavedení nařízení do praxe. Obecné nařízení by nemělo být chápáno jako další evropská direktiva.

### **Nařízení o ochraně osobních údajů aktuálně**

Téma obecného nařízení o ochraně osobních údajů, zkráceně označovaného jako GDPR (General Data Protection Regulation), je předmětem značné pozornosti odborné veřejnosti od jeho přijetí. Jedná se o normu evropského práva, která vstupuje do veřejného prostoru se značnou dynamikou danou rozvojem digitální ekonomiky. Pozornost je vyvolána i vysokými pokutami v případě porušení nařízení. V tisku se vesměs zmiňuje, že povinné subjekty nejsou na obecné nařízení dostatečně připraveny. Často se objevují rady typu: „Připravíme vás na GDPR. Neplaťte žádné sankce. S námi máte vše pod kontrolou.“

Moje prezentace volí poněkud odlišný přístup k tomu, jak s nařízením pracovat. Cílem je umožnit hlubší pochopení nařízení prostřednictvím vysvětlení důvodů pro jeho přijetí, objasnění geneze právní úpravy, principů, na jakých je založeno, a představení nových institutů. Při výkladu nařízení je také důležité brát v úvahu stanoviska (guidelines) k některým podstatným otázkám a nepodceňovat ani preambuli nařízení.

### **Rozvoj technologií v digitálním věku**

Rychlé tempo technologických změn a globalizace od základů změnily rozsah a způsob sběru, používání a přenosu osobních údajů a také přístupu k nim. V této souvislosti se mj. mluví o fenoménu big data a open data. Ve společnosti mají tyto informace široké použití. Analýzy datových souborů mají využití také v oblasti zdraví či zdravotní politiky. Tzv. digitální věk umožnil vznik technologií, které mohou mít značný význam pro lidstvo, zároveň představují velká rizika z pohledu ochrany osobních údajů. Důvodem přijetí obecného nařízení je smířit dva protichůdné zájmy, jimiž je volný pohyb informací v evropském a výhledově globálním rámci na jedné straně a ochrana soukromí na druhé straně. Přitom rychlé změny technologií vyžadují, aby právní úprava ochrany osobních údajů byla schopna na tento vývoj reagovat.

### **Ochrana osobních údajů**

Cílem právní úpravy obecného nařízení je ochrana práv a svobod fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů. Nařízení chrání část soukromí v podobě osobních údajů, která se oddělila od práva na soukromí. V této souvislosti se mluví také o právu na informační sebeurčení, které je zakotveno jak v Listině základních práv EU, tak v Listině základních práv a svobod ČR. Jak právo na ochranu soukromí a osobních údajů, tak právo na informační sebeurčení jsou tzv. základní práva, která představují určité hodnoty. Samotný fakt, že předmětem ochrany nařízení jsou základní práva jako veřejná subjektivní práva, se projevuje v řadě důsledků, jimiž je např. vymahatelnost práv na vnitrostátní i mezinárodní úrovni, přísné sankce či dotváření obsahu práv prostřednictvím soudní judikatury.

### **Charakteristika obecného nařízení**

Pokud jde o charakteristiku obecného nařízení v kontextu vývoje právní úpravy ochrany osobních údajů, lze mluvit o vývoji ve směru k podstatnému zvýšení standardu ochrany osobních údajů. Nařízení rozšiřuje práva fyzických osob v oblasti ochrany osobních údajů a jejich vymahatelnost, např. pokud jde o právo na přístup k osobním údajům, na opravu, výmaz či přenositelnost osobních údajů, na omezení zpracování, o právo uplatnit námitku či být zapomenut. Na druhé straně dochází k významnému rozšíření povinností správce a zpracovatele.

Principy právní úpravy ochrany osobních údajů v obecném nařízení, které představují východiska pro posuzování, navazují na dřívější směrnici, jsou však zpřesněny a rozšířeny (zákonost, korektnost, transparentnost, účelovost, relevantnost, minimalizace, privacy by design, privacy by default). Zcela zásadní je ovšem posílení samostatné odpovědnosti jednotlivých subjektů v oblasti ochrany osobních údajů při jejich zpracování. Povinné subjekty budou odpovědné za provedení všech opatření potřebných k dosažení souladu s nařízením, včetně získání kompetentních odborníků a vynaložení nutných finančních nákladů k zajištění takového souladu.

### **Nové instituty a instituce v obecném nařízení**

Nařízení přináší řadu nových institutů a pojmů, jejichž prostřednictvím bude zajištěna ochrana osobních údajů a uloženy povinnosti. Jako příklad v daném kontextu lze uvést pojem pseudonymizace (anonymizace), profilování, riziko zpracování, posouzení vlivu na ochranu údajů, dokumentování zpracování, pověřenec na ochranu osobních údajů, kodexy chování či závazná podniková pravidla. Evropský sbor na ochranu osobních údajů bude novým evropským dozorovým úřadem, k jehož úkolům a pravomocím bude mj. patřit vydávání stanovisek a rozhodování v případech s přeshraničním dopadem. Zvládnutí pojmového aparátu v obecném nařízení je předpokladem jeho porozumění.

### **Zdraví a zdravotnictví v kontextu GDPR**

Ochrana osobních údajů týkajících se zdraví či uchovávaných ve zdravotnictví je důležitým tématem tam, kde se tyto informace uchovávají, tj. v nemocnicích, ambulancích, soukromých zdravotnických zařízeních, hospicích a dalších zařízeních. Důvodem je velké množství a citlivý charakter údajů, které tyto subjekty zpracovávají. Existuje zde i řada oblastí, které budou sledovány z hlediska ochrany osobních údajů obzvláště pozorně, např. onkologický screening či zdravotnické registry. Obecně platí, že i v rámci zdravotnictví se uplatní obecné principy ochrany osobních údajů. Zároveň zde existují určitá specifika, která je nutno posoudit. Provedení stručné analýzy obecného nařízení ve vztahu k ustanovením týkajícím se zdraví může poskytnout základní orientaci v problematice. Na procesu přípravy zdravotnických zařízení na obecné nařízení by se mělo podílet ministerstvo zdravotnictví. Rovněž Úřad pro ochranu osobních údajů si je vědom důležitosti problematiky ochrany osobních údajů ve zdravotnictví a je připraven poskytnout konzultace v této oblasti.

### **Příprava na implementaci obecného nařízení**

Vzhledem k blížící se účinnosti nařízení, tj. od 25. května 2018, mnoho subjektů řeší otázku, co je třeba udělat pro přípravu na implementaci nařízení, či zda je jejich příprava dostatečná. To, čím je třeba rozhodně začít, je alespoň orientační seznámení se s problematikou obecného nařízení. Vzhledem k tomu, že ochrana osobních údajů představuje odborně velmi náročnou oblast, nelze se obejít bez spolupráce s odborníky na ochranu osobních údajů. V tomto ohledu bude mít významnou roli zejména pověřenec pro ochranu osobních údajů. Pokud jde o praktická doporučení, jak postupovat při přípravě implementace nařízení, je vhodné zvolit určité pořadí kroků, které by mělo začít seznámením se s právní úpravou, provedením inventury zpracovávaných osobních údajů a kvality zabezpečení v organizaci, včetně shromáždění interních pokynů pro zacházení s osobními údaji, posouzením rizikových zpracování, zpracováním studie vlivu (data protection assesment) či posouzením, zda je potřebné jmenování pověřence na ochranu osobních údajů. Ochrana osobních údajů bude přitom nutno věnovat stálou pozornost, neboť jde o dynamickou oblast, která se bude kontinuálně vyvíjet v návaznosti na rozvoj technologií.

# LOKÁLNÍ, TEMPORÁLNÍ A KAPACITNÍ LIMITY ZDRAVOTNÍ PÉČE

**Mgr. Jakub Uher**

## Dostupnost a limity péče poskytované praktickými lékaři

Dostupnost zdravotní péče lze vnímat v několika různých rovinách. Jako první se nabízí dostupnost ve smyslu nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb. Z tohoto pohledu by se zdálo, že dostupnost péče v těchto oborech je více než dostatečná. Praxe je ovšem jiná, v některých lokalitách již mají pojištěnci velkou obtíž vůbec najít registrujícího praktického lékaře. Stejně tak některý typ pacientů, například jde o větší domovy důchodců, kde je snaha mít jednoho registrujícího lékaře pro celé zařízení, nemá zdravotní péči odpovídajícím způsobem zajištěnu. Zde lze podotknout, že nejen že jde o pacienty vyžadující výrazně vyšší kvantum péče, než jejich zdravější vrstevníci, ale zároveň často způsobí překročení preskripčních limitů na léčiva, zdravotnické prostředky, případně inkontinenční pomůcky. Velmi výrazným faktorem je věková struktura praktických lékařů a velmi pozdní zvyšování počtu lékařů atestujících v daných oborech. Respektive v oboru všeobecné praktické lékařství, protože počty atestujících v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nebyly dosud v potřebném počtu a jeho nahrazení novým oborem společným pro lékaře ambulantní i nemocniční je v tomto směru zcela nepředikovatelné.

Dostupnost péče a její limity, tedy objem péče, kterou jsou schopni praktičtí lékaři poskytnout, jsou pak velmi výrazně ovlivněny i dalšími povinnostmi, které ukládají právní předpisy. Jde zejména o posudkovou činnost (zde lze zmínit novely tří zákonů, které buď již byly přijaty, nebo jsou parlamentem projednávány), činnost pro úřady práce, orgány sociálního zabezpečení atd. Navyšující se rozsah těchto činností pak samozřejmě ovlivňuje rozsah poskytované léčebně preventivní péče.

Konečně limity lze vidět i v rozsahu péče, kterou reálně mohou praktičtí lékaři poskytovat. Jde o případy, kdy jsou sice schopni a odborně kvalifikováni péči poskytnout, ale brání tomu různé překážky dané z části právními předpisy či správními akty (například preskripční omezení pro předpis léčivých přípravků), nebo postup některých zdravotních pojišťoven (například nenasmolování některých zdravotních výkonů).

**JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.**

## Personální limity zdravotnických zařízení a jejich trestněprávní konsekvence

Ze strany řady osob a dalších subjektů, které se pohybují v českém zdravotnictví, se stále častěji ozývá, že je poskytování zdravotní péče nedostatečně personálně zajištěno; mluví se nejen o nedostatku lékařů, ale v poslední době zejména nelékařských zdravotnických pracovníků,

konkrétně pak zdravotních sester. Stále častěji tak zřejmě bude možno setkat se se situací, kdy přetížený zdravotnický pracovník udělá chybu, která vyústí v poškození pacienta, nebo chybu ani neudělá, ale nebude mít možnost se pacientovi dostatečně věnovat, se stejným výsledkem. Příspěvek bude zaměřen na možné trestněprávní konsekvence takovýchto situací, a to i se zohledněním toho, jaký vliv má dosažená kvalifikace na případnou trestní odpovědnost jednotlivých pracovníků.

**doc. JUDr. Olga Sovová, Ph.D.**

## **Limity vzájemného vztahu bezpečí zdravotnických pracovníků a pacientů při poskytování zdravotní péče**

Různé veřejné služby, jako je poskytování právní pomoci či zdravotní péče, byly a jsou vždy pod dohledem médií i veřejnosti. Odpovědnost za bezchybné poskytnutí služby zvláštním vykonavatelem profese je obvykle spojena se složitým určením hranic mezi přípustným rizikem a určením toho, co je porušení právní normy, a co „jen“ neetické jednání, které ne vždy může být právem postiženo.

Příspěvek se zabývá vzájemným vztahem bezpečí pacientů a zdravotnických pracovníků při poskytování zdravotní péče v kontextu konfliktu dvojí loajality a limity odpovědnosti zdravotnických pracovníků s důrazem na regulované profese. V příspěvku budou diskutována specifika činnosti nositele profese a především bude poukázáno na rizikové momenty ve vzájemném vztahu mezi zdravotnickými pracovníky, poskytovateli a příjemci služby – pacienty. Prostředí poskytování zdravotní péče je specifickým územím, kde platí složitá vnitřní hierarchie i zvyky, mnohdy písemně nezakotvené. Zajištění bezpečí je tak často znesnadněno ekonomickými i odbornými limity, včetně stavovské loajality. V závěru příspěvku bude poukázáno na možnosti zajištění bezpečí při poskytování zdravotní péče ve vzájemné interakci mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty.

## **LIMITY FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE I**

**doc. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D.**

## **Limity dostupnosti léčby v ČR dle dat národního zdravotnického informačního systému**

Dostupnost zdravotní péče je dle mnoha významných mezinárodních doporučení jedním ze základních indikátorů kvality poskytované péče. Ve skutečnosti je dostupnost péče předpokladem jakéhokoli následného hodnocení kvality. Nejde přitom o parametr jednoduchý, v obecném pojetí

je tím myšlena dostupnost správné (doporučenými postupy dané) léčby, poskytované správnému pacientovi, ve správný čas a na správném místě. Hodnocení dostupnosti tak v sobě integruje rozměr dodržování nastavených standardů péče, hodnocení pohybu pacienta ve zdravotnickém systému a v neposlední řadě také naplňování centralizace péče, jejíž potřeba se liší u různých onemocnění.

Z výše uvedeného vyplývá, že pro hodnocení dostupnosti péče nezbytně potřebujeme velmi robustní a komplexní informační systém schopný centralizovat data přes všechny segmenty péče a schopný sledovat chování všech poskytovatelů péče v systému. Nově budovaný Národní zdravotnický informační systém ČR (NZIS) sleduje koncepci, která takové analýzy umožní. Základními a dlouhodobě provozovanými komponentami NZIS jsou samostatně existující zdravotnické registry a tzv. statistická šetření, která jsou realizována 1–2x ročně jako součást státní statistické služby. Největším přínosem statistických šetření je sběr dat o personálních kapacitách a o ekonomice poskytovatelů zdravotních služeb. Nově budovaný NZIS usiluje o redukcii administrativní zátěže poskytovatelů zdravotních služeb a nově buduje tři základní referenční registry, které mnoho dílčích sběrů dat nahradí. Jde o Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb, Národní registr zdravotnických pracovníků a Národní registr hrazených zdravotních služeb. Přínosem této triády referenčních zdrojů dat pro hodnocení dostupnosti péče bude zejména schopnost reprezentativně mapovat trajektorie pacientů v systému, hodnotit návaznost a výsledky různých segmentů péče a kvantifikovat personální, přístrojové a ekonomické zázemí na straně poskytovatelů. Ačkoli tyto registry budou plně dokončeny až na konci roku 2017, umožňuje NZIS již nyní řadu aspektů dostupnosti péče v ČR hodnotit; tato data budou hlavní náplní tohoto příspěvku.

Analýza dostupnosti péče a zejména predikce potřebných kapacit mají pro český zdravotnický systém zásadní význam. Podobně jako u většiny vyspělých zemí světa česká populace významně demograficky stárne, čímž vzniká potřeba zajistit dlouhodobě udržitelnou péči o zvyšující se počet seniorů. Poměr ekonomicky aktivních občanů k seniorům (PSR: Potential Support Ratio) se v ČR od roku 1950 snížil na polovinu (z hodnoty 8,2 na 4,4). Krátkodobé populační projekce předvídají v roce 2030 střední délku života českých mužů 79,5 let a u žen dokonce 85,1 let. S rostoucím počtem starších občanů zcela jistě naroste počet závažných onemocnění, zejména onkologických, kardiovaskulárních a neurologických. Tento jev ostatně pozorujeme již v současnosti, například incidence zhoubných nádorových onemocnění každoročně narůstá o 1–2 % a prevalence dokonce o 4–5 %. K narůstajícímu počtu pacientů s vážným onemocněním nadto paradoxně přispívají i úspěchy léčebné péče. U mnoha vážných onemocnění dokáže české zdravotnictví podstatně prodlužovat dobu přežití pacientů, čímž roste tlak na jejich dlouhodobou dispenzarizaci, a dále u nich často propukají následná onemocnění.

Dostupná data NZIS ve většině již nyní hodnotitelných oblastí vystavují českému zdravotnictví velmi pozitivní hodnocení. Například celkové dosažitelné pětileté přežití českých onkologických pacientů vzrostlo za poledních 20 let až o desítky procent a české zdravotnictví se pozitivně odklonilo od bývalých satelitů sovětského bloku a dosáhlo výsledků srovnatelných s průměrem tzv. vyspělé západní Evropy. Z řady akutních onemocnění s vysokou mortalitou se stala onemocnění chronická.

Přesto, anebo spíše právě proto, pozorujeme řadu problémů s dostupností péče a s kapacitami na její zajištění. V tomto příspěvku shrneme ta nejzávažnější, daty podložená zjištění:

- **Dostupnost dat o dostupnosti péče**

Jakkoli zní toto slovní spojení paradoxně, jde o jeden z nejzávažnějších limitů hodnocení dostupnosti péče vůbec. A to i z mezinárodního hlediska, proto je zajištění reprezentativních registrů jedním z hlavních cílů většiny významných evropských zdravotnických programů. ČR dosud nedisponuje plošným systémem, který by umožnil monitoring pacientů s potřebným 100% pokrytím. Dílčí registry a sběry dat takový systém nenahradí. Dostupnost dat by měl zásadně zlepšit nyní dokončovaný Národní registr hrazených zdravotních služeb (NRHZS, dle novelizovaného zákona č. 372/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů). Tento systém umožní spojení a následnou centrální analýzu dat zdravotních pojišťoven. České zdravotnictví tak získá významný centrální informační systém pracující bez nadbytečné administrativní zátěže pro poskytovatele. NRHZS je budován s respektem k ochraně osobních údajů, data ze zdravotních pojišťoven budou předávána pomocí služeb eGovernmentu, a registr tak nebude centralizovaně ukládat ztotožněné záznamy konkrétních pacientů.

- **Distribuce zdravotní péče**

Dostupná data indikují rostoucí problémy se zvládnáním rostoucí prevalence zejména vážných chronických onemocnění. V důsledku toho jsou i vysoce specializovaná pracoviště akutní péče zatěžována péčí dispenzární, což je dále umocněno nekontrolovanou meziregionální migrací pacientů za péčí. Reprezentativně je tento problém zmapován zejména ve všech oblastech onkologické péče. Řešením zde musí být přijetí závazných klinických doporučených postupů, které budou definovat návaznost různých segmentů péče. Nezbytná budou i organizační opatření posilující spolupráci různých poskytovatelů péče, nastavená specificky pro různá organizační schémata v různých regionech ČR.

- **Regionální rozdíly v centralizaci péče**

Ačkoli jsou v ČR dobře ustavena a zajištěna centra vysoce specializované péče, není dostupnost těchto zdravotních služeb mezi regiony vyrovnaná. Není tak naplňován zásadní požadavek na ekvitu péče pro všechny skupiny pacientů. Významnou optimalizací rovněž musí projít péče o vybraná vzácná onemocnění, kde by péči měl přebírat jen omezený počet národních center. Relativně značné problémy jsou například zmapované v oblasti léčby pacientů se solidními zhoubnými nádory.

- **Personální kapacity zajišťující péči**

Dostupná data NZIS indikují značné problémy s dostupností kapacit lékařů a zdravotních sester. Největší problémy jsou zjištěny u akutní lůžkové péče, kde podle dostupných dat chybí 1 500–2 000 úvazků lékařů a více než 2 000 úvazků sester. Situaci v případě sester nadto zhoršuje trend poklesu kapacit v čase, konkrétně segment akutní lůžkové péče



opustilo od roku 2010 kumulativně více než 1 500 úvazků sester. Tento problém má samozřejmě více důvodů, počínaje nedostatečnou produkcí škol, malou atraktivitou oboru a konče nedostatečným odměňováním náročné práce, často ve směnném provozu. Aktuálně jde o nejzávažnější riziko ohrožující dostupnost kvalitní zdravotní péče v ČR.

- **Stárnutí populace lékařů**

Populace českých lékařů stárne srovnatelně s celou populací, v roce 2020 překročí průměrný věk českého lékaře hranici 50 let a více než 20 % kapacity bude kryto lékaři nad věkovou hranici 65 let. Prediktivní modely nadto dokládají, že přibližně v období 2019–2020 přestane stávající produkce lékařských fakult (ročně cca 850 plných úvazků nastupujících do systému) kryt odchody lékařů do důchodu a hrozí tak další propad dostupné kapacity. A to za situace, kdy čelíme významnému nárůstu incidence většiny závažných onemocnění vázaných na vyšší věkové kategorie. Jedním z řešení této situace je posílení produkce lékařských fakult, samozřejmě provázené motivačními programy pro optimální distribuci lékařů v systému.

- **Nastavení některých úhradových mechanismů**

Úhrady zdravotní péče v ČR nejsou většinou provázány s jejími výsledky a kvalitou. Příčinou je mimo jiné i stávající nedostupnost dat, která by takové motivační nastavení zpětné vazby v úhradách umožnila. Zcela zvláštním problémem je potom úhrada akutní lůžkové péče, která je teoreticky provázána se systémem DRG, ve skutečnosti však realizována paušálními platbami odvozenými od starého referenčního období. Takový systém nerozlišuje různé ekonomické modely různě postavených poskytovatelů a není ani dostatečně flexibilní, aby dokázal reagovat na rychlý vývoj v některých oblastech péče. Systém DRG budovaný v ČR do roku 2014 není funkční, neboť není založen na reprezentativních nákladových datech a pracuje se sekundárním klasifikačním systémem bází, které neodrážejí klinickou homogenitu případů. Výsledkem je velmi nízká prediktivní hodnota a pokroucený systém vykazování zdravotních služeb. V současné době probíhá vládou schválený projekt restartující DRG systém, jeho dopad do úhrad lze ale očekávat nejdříve v období 2019–2020.

Výše vyjmenované limity dostupnosti zdravotní péče v ČR mají dva společné jmenovatele. Prvním je nedostatečný a daty podložený systém umožňující identifikaci slabých míst a optimalizaci sítě poskytovatelů a jejich kapacit na základě zpětné vazby. Druhým faktorem jsou samozřejmě finance. Stávající finanční podpora českého zdravotnictví ve výši cca 7,5–7,8 % HDP není pro udržení úrovně srovnatelné s ostatními vyspělými státy dostatečná. Rostoucí nároky moderní medicíny, potřebný technologický rozvoj a odborné zázemí léčebné péče nebude pro stárnoucí českou populaci možné plošně zajistit bez zásadních restrukturalizačních opatření doprovázených adekvátní finanční a personální podporou.

**JUDr. Jaroslav Blatný**

## **Limity veřejného zdravotního pojištění**

V situaci zvyšujících se nákladů na poskytování zdravotních služeb, která souvisí mj. se stárnutím populace či s příchodem nových diagnostických metod, léčivých přípravků a zdravotnických prostředků (nemluvě o nepředvídatelné budoucnosti související s globálními společenskými změnami), je nezbytné zvažovat změny v systému veřejného zdravotního pojištění. Stát však dlouhodobě primární témata v této oblasti účinně neotevívá. Změny v právní úpravě veřejného zdravotního pojištění v posledních letech řeší spíše sekundární problémy, které nemají přímý vliv na fungování systému. Celkem mírné pokusy o úpravu systému směrem k definování standardů a nadstandardů či spoluúčasti pojištěnců na úhradě zdravotních služeb formou placení tzv. regulačních poplatků selhaly po derogačních zásazích Ústavního soudu a faktickém ustoupení od úhrad regulačních poplatků v rámci novel zákona č. 48/1997 Sb.

Lze jistě nalézt řadu témat v oblasti veřejného zdravotního pojištění, která je možné považovat za klíčová, do budoucna však bude nezbytné, má-li být systém funkční, rozumně upravit zejména oblasti:

- stanovování úhrad hrazených zdravotních služeb (tj. limitace v rovině úhrad),
- rozsahu přístupu k hrazeným zdravotním službám (tj. oblast limitace v rovině pojištěnců a zdravotních poskytovatelů),
- výběru poskytovatelů hrazených zdravotních služeb (tj. limitace v rovině přístupu na zdravotně pojistný trh).

Ani jedna z těchto oblastí není uspokojivě řešena. Naopak, lze nalézt řadu nevhodně zvolených řešení, která v praxi vyvolávají nejasnosti a neshody mezi účastníky právních vztahů vznikajících v oblasti systému veřejného zdravotního pojištění. Spoléhat se nelze ani na hledání správných řešení v soudních řízeních, která z podstaty věci nemohou řešit systémové otázky politického charakteru.

Při úvahách o budoucnosti nejen systému veřejného zdravotního pojištění nelze pominout ani přístup společnosti ke své vlastní existenci. Faktický rozpad tradičních rodinných vztahů má nemalý vliv na schopnost společnosti úspěšně fungovat. To se týká jak počtu narozených dětí, tak i schopnosti rodin postarat se o své staré blízké. Institucionální péče např. o seniory je samozřejmě v některých případech nezbytná, často by však mohla být zajištěna i rodinnými příslušníky v domácnostech. To se však mnohdy neděje, zřetelný je naopak vznik nových institucionálních zařízení vznikajících na čistě obchodním principu. Přístup lidí k sobě samým, ke svým rodinám a ke své budoucnosti jistě nelze změnit zákonem, stát by však neměl rezignovat na svou úlohu přijmout taková pravidla, která umožní jeho občanům nahlédnout do budoucnosti své a svých dětí i dále, než jen na jedno volební období.

V konferenčním příspěvku bude pozornost věnována některým právním otázkám souvisejícím se shora vymezenými oblastmi důležitými pro fungování systému veřejného zdravotního pojištění.

**JUDr. Mgr. Ivo Pospíšil, Ph.D.**

## Ústavní východiska a limity financování zdravotní péče a judikatura Ústavního soudu

Poskytování zdravotních služeb má v podmínkách České republiky ústavněprávní rozměr prostřednictvím garancí zdravotní péče obsažených v čl. 31 Listiny základních práv a svobod. Ústavní pořádek vytváří jak institucionální základ pro systém veřejného zdravotního pojištění, tak i personální a obsahové limity. Ne příliš vhodná slovní formulace tohoto ustanovení, která hovoří na jedné straně o bezplatnosti a na druhé straně o veřejném pojištění, stojí na počátku řady výkladových a v důsledku i praktických problémů při naplňování tohoto ústavně zaručeného práva. Zdravotní péče není (a nemůže být) ani bezplatná (neboť fakticky musí být někým hrazená a samotná Listina ji podrobuje veřejnému zdravotnímu pojištění), ani není cele poskytována na základě pojistných principů.

Problémová se jeví i výhrada zákona, která zdánlivě „dekonstitucionalizuje“ toto právo na úroveň obyčejného zákona. Zdánlivě proto, že zákon může stanovit toliko konkrétní podmínky, nemůže však opustit mantinely veřejného zdravotního pojištění.

Všechny tyto aspekty se projevují ve výkladech a aplikaci tohoto práva v judikatuře Ústavního soudu. Jeho výklady se pokusíme přiblížit na konkrétní judikatuře, která doposud pokrývá různé oblasti finančních limitů (v podobě tzv. poplatků, nastavení tzv. standardů a nadstandardů, regulace plateb v úhradových vyhláškách, systému úhrad léků a zdravotnických prostředků) nebo limitů personálních (v podobě otázky, kdo může být účastníkem veřejného zdravotního pojištění).

## LIMITY FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE II (ODŠKODNĚNÍ)

**Mgr. Bc. Michal Koščík, Ph.D.**

### Neposkytnutí zdravotní péče z kapacitních či finančních důvodů

Zdravotní systém kterékoliv země, bez ohledu na její ekonomickou vyspělost, se musí vypořádat s tím, že jednoduše není dostatek zdrojů, kapacit a sil k zabezpečení všech potřeb obyvatelstva. Otázka ekonomického modelu, pomocí něhož bude rozhodováno komu péči poskytnout a v jakém rozsahu, je léta předmětem výzkumu a debat v oblasti etiky, ekonomie a práva. Jedná se o společensky citlivou otázku, která je ve většině zemí předmětem nejtvrdějších střetů na politických bojištích. Veřejná debata o „dávkování“ či standardizaci zdravotní péče v rámci ČR v posledních letech utichla. Zdá se, že tuzemská média věnují větší prostor zprávám o osudu Obamacare než vývoji (či jeho absenci) v otázkách rozsahu služeb hrazených z tuzemského zdravotního pojištění. Otázky rozsahu hrazené péče byly naposled šířeji otevřeny za Nečasovy vlády při pokusu o zavedení nadstandardů.

Druhým nevyhnutelným důsledkem omezenosti zdrojů jsou situace, kdy zdravotní péči, která je obecně v ekonomických možnostech systému nebo pacienta, není z objektivních důvodů možné poskytnout v požadovaném čase, místě nebo kvalitě, zpravidla z důvodu přetížení kapacitních možností zdravotnictví. Otázky kapacitních limitů českého zdravotnictví jsou v současné době vděčným tématem veřejné debaty, zejména ve spojení s nedostatkem zdravotnických pracovníků.

Oběma výše popsaným problémům byla věnována nespočetná řada publikací a příspěvků na odborných akcích. Na problém je obvykle nahlíženo z pohledu systému úhrad zdravotní péče nebo z pohledu zdravotní a sociální politiky. Cílem konferenčního příspěvku je však analyzovat dopady výše popsaných systémových jevů na poskytovatele zdravotních služeb a právní limity pro jejich rozhodování o poskytnutí či neposkytnutí zdravotní služby.

### **Právní a ekonomická východiska**

Právní rámec pro posuzování ekonomické únosnosti jednotlivých typů zdravotních služeb, léků či zdravotnických prostředků na celostátní úrovni de facto neexistuje. Přítomný objem peněz, které do zdravotnictví přicházejí, není odvislý od faktických potřeb obyvatelstva, ale od výkonu ekonomiky (výběru pojistného).

Navzdory mediálnímu nezájmu se zvyšuje tlak informovaných pacientů na poskytování drahé, před časem zcela nedostupné zdravotní péče. Poněkud široké formulace zákona o veřejném zdravotním pojištění jsou dále konkretizovány prostřednictvím úhradových vyhlášek a následně prováděny pomocí smluvních ujednání s poskytovateli zdravotních služeb. Výše úhrad za zdravotní služby je ovlivňována prostřednictvím cenových stropů za jednotlivé výkony (bodový systém v úhradové vyhlášce) či léky (rozhodnutí o úhradě na úrovni SÚKL) a zároveň agregátních cenových stropů pro veškeré výkony u jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb. Učebnice ekonomie píše, že tam, kde existuje cenový strop, dojde časem k omezení nabídky.

Omezení nabídky na úrovni poskytovatele zdravotních služeb však naráží na právní omezení na zákonné i smluvní úrovni. Pokud poskytovatel zjistí, že náklady na poskytování konkrétní zdravotní služby přesahují výnosy, jsou jeho možnosti na omezení poskytování ztrátových služeb omezené. Nepřijímání nových pacientů do péče je omezeno jak legislativně, tak zpravidla i smluvně. Odmítnutí poskytnutí zdravotních služeb je dle smluvních podmínek tuzemských pojišťoven důvodem k vypovězení smlouvy. Cesta k omezení nabídky tak vede přes cílené omezování kapacit poskytovatele (redukce lůžek, ambulancí nebo ordinační doby).

Systém je zároveň modelován judikaturou Ústavního i Nejvyššího soudu. Vrcholné soudy ve svých nálezech a rozsudcích přiznávají, že zdroje na zdravotní péči nejsou neomezené (např. Pl. ÚS 35/95). S výjimkou regulačních poplatků však často zpochybňují ústavnost či zákonnost podzákonných, smluvních či faktických opatření vedoucích ke zastropování výdajů veřejného zdravotního pojištění. Nejcitovanějším je rozsudek Nejvyššího soudu 25 Cdo 3507/2008, který explicitně zakotví, že pokud

zdravotnické zařízení poskytlou nutnou a neodkladnou péči pojištěnci zdravotní pojišťovny, je příslušná pojišťovna povinná tuto péči uhradit i v situaci, že byl dohodnutý finanční limit v daném období vyčerpán. Tato relativizace cenových stropů vede na jednu stranu ke spravedlnosti v individuálních případech, zároveň však zpochybňuje význam samotné existence cenových stropů a úhradových omezení v celých segmentech zdravotnictví. Interpretace rozsahu „nutné a neodkladné péče“ je rovněž nejednoznačná.

#### **Diskusní body:**

Cílem diskusního příspěvku je kritické zamyšlení nad otázkami:

- zda a ve kterých případech je vůbec přípustné z finančních důvodů odmítnout poskytnutí zdravotní péče;
- zda lze péči, léky nebo zdravotnické pomůcky, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, považovat za péči „mimo objektivní možnosti“ poskytovatele zdravotních služeb ve smyslu § 4 zákona o zdravotních službách;
- zda lze v případě (pro poskytovatele) nerentabilní péče využít analogicky ustanovení § 48 zákona o zdravotních službách a nepřijmout pacienta na základě kapacitních či provozních důvodů;
- do jaké míry může poskytovatel zdravotních služeb brát v úvahu cenu léčby a úhradové omezení při volbě (zamýšlené) zdravotní služby. Pokud jsou poskyvatelé ti, kteří de facto rozhodují o rozsahu poskytnutých služeb, mají k tomu dostatečnou legitimitu?

**JUDr. Petr Šustek, Ph.D.**

## **Limity zabezpečení újmy na zdraví ze strany poskytovatele péče (insolvence) a pojišťovny jeho odpovědnosti**

Příspěvek se věnuje problematice pojistných smluv uzavíraných mezi poskytovateli zdravotních služeb a komerčními pojišťovnami za účelem pojištění tzv. profesní odpovědnosti. V souvislosti s přijetím zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, se objevují hlasy zdůrazňující, že pokud jde o limity pojistného plnění, jsou tyto ve většině případů nedostatečné. Takové názory se opírají zejména o argumentaci založenou na konstatování zvýšeného počtu nároků, které lze uplatnit, a počtu potenciálních poškozených, kteří mohou určitý nárok formulovat.

Příspěvek porovná předchozí a stávající úpravu optikou pojistných limitů, upozorní na rozdíly a případnou potřebu odlišného přístupu k odškodňování újmy způsobené při poskytování zdravotních služeb. V neposlední řadě se autor příspěvku zaměří na praktické dopady nové právní úpravy na pojistné produkty nabízené poskytovatelům zdravotních služeb, jejich spektrum a praktickou využitelnost. Zaobírat se bude rovněž přístupem managementu poskytovatelů zdravotních služeb k pojistným smlouvám obecně a k jednotlivým jejich částem zvlášť, zejména se zaměří na úpravu tzv. výluk.

**Mgr. Ondřej Pavelek**

## **Odčinění duševních útrap při usmrcení osoby blízké**

Nový občanský zákoník (dále jen „o. z.“) přichází se zcela odlišnou koncepcí náhrady nemajetkové újmy při usmrcení osoby blízké – odmítá pevně určené částky, tak jak byly stanoveny v § 444 odst. 3 zákona č. 40/1964 Sb., občanský zákoník (dále jen „obč. zák.“), a vychází pouze z volného soudcovského uvážení.

Cílem tohoto příspěvku je zodpovědět otázku, jak vysoké mají být náhrady, aby jejich výše odpovídala zásadám slušnosti, na něž odkazuje § 2959 o. z. S ohledem na obdobnou úpravu v Rakousku bude analyzována výše náhrady v rakouské judikatuře, neboť zahraniční srovnání je jedním z cenných kritérií pro posouzení přiměřenosti výše této náhrady.

### **Výše náhrady újmy při usmrcení osob blízkých**

Podle § 2959 o. z. platí, že při usmrcení nebo zvláště závažném ublížení na zdraví odčiní škůdce duševní útrapy manželu, rodiči, dítěti nebo jiné osobě blízké peněžitou náhradou vyvažující plně jejich utrpení. Nelze-li výši náhrady takto určit, stanoví se podle zásad slušnosti. Je obtížné určit konkrétní výši náhrady, neboť na rozdíl např. od bolestného nelze tento nárok kvantifikovat na základě znaleckého posudku. Není proto správný názor některých soudů, např. rozsudek Krajského soudu v Brně ze dne 15. 7. 2015, sp. zn. 5 To 234/2015, který při určování výše náhrady sekundárních obětí odkazuje na Metodiku k odškodňování podle § 2958 o. z.

Nejvyšší soud v rozsudku ze dne 12. 4. 2016, sp. zn. 4 Tdo 1402/2015, upozornil, že se nejedná o nekritické převzetí dosavadního rozhodování, současně ovšem nelze dospět k závěru, že dovolání se ratia normy § 2959 by mělo vyústit do závěru o nutnosti dramatické změny dosavadní rozhodovací praxe a vůli k nastolení stavu příznávaní neúměrně vysokých náhrad. Z tohoto postoje lze tedy usoudit, že nelze očekávat dramatickou změnu v systému odškodňování. Při hodnocení přiměřenosti výše náhrady bychom neměli opomenout výši náhrady v jiných předpisech (např. zákon č. 361/2003 Sb., o služebním poměru příslušníků bezpečnostních sborů, zákona č. 221/1999 Sb., o vojácích, apod.). Nejvyšší soud dospěl k závěru, že základní výše náhrady by se měla pohybovat v rozpětí mezi 240 až 500 tis. Kč, a to pro skupinu citově nejbližších spjatých osob, jakými jsou rodiče, děti a manželé. To lze vnímat tak, že výše náhrady by se měla pohybovat v řádech statisíců, nikoli milionů či desítek milionů.

Také rakouská judikatura i doktrína dovodily, že odškodnění sekundárních obětí nemá být dramaticky vysoké. V této souvislosti je vhodné upozornit, že jsou rozlišovány dvě složky náhrady – jednak tzv. Schockschaden (újma z šoku) a tzv. Trauerschaden (citová újma, která vznikla člověku v důsledku ztráty osoby blízké).<sup>1</sup> Výše náhrady za Schockschaden je v průměru 10 až 30 tis. EUR, výjimečně až 65 tis. EUR. Náhrada za Trauerschaden je nižší – cca 10 tis. EUR. Nejvyšší přiznaná částka byla 30 tis. EUR (cca 810 000 Kč). V obdobné výši se pohybuje také odškodnění ve Švýcarsku; cca v rozmezí od 10 do 50 tis. CHF (cca 260 000 Kč až 1 300 000 Kč).<sup>2</sup>

Cílem tohoto příspěvku je zodpovědět na otázku, jaká výše náhrady odpovídá zásadám slušnosti. Klíčovou roli v této oblasti zastává judikatura, která stanovila základní výši náhrady správně, a to i s ohledem na srovnání s nám blízkou úpravou v Rakousku. Neplatí tedy teze, kterou obhajují zastánci vysokých částek za odškodnění, že v okolních státech je náhrada vysoká, a proto by se měla náhrady zvyšovat. Obdobně to platí také pro náhradu nemajetkové újmy na zdraví, která v Rakousku není nikterak vysoká; nejvyšší přiznaná částka byla cca 6 mil. Kč.

V současné diskusi o výši náhrady pouze postrádám zařazení odškodnění sekundárních obětí do určitého hodnotového systému. V této souvislosti si tak musíme položit otázku, zda je správně, že např. při zásahu do soukromí člověka je náhrada v průměru vyšší, než v případě ztráty osoby blízké.

<sup>1</sup>BEISTEINER, Lisa Barbara. Angehörigenschmerzensgeld: der Ersatz von Schock- und Trauerschäden bei Tötung oder Schwerstverletzung naher Angehöriger. Wien: Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung, 2009, s. 45-47.

<sup>2</sup>DANZL, Karl Heinz. Der Ersatz ideeller Schäden in Europa und im ABGB am Beispiel des Angehörigenschmerzensgeldes, in Festschrift 200 Jahre ABGB, s. 150.

## POZNÁMKY

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## POZNÁMKY

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



**POZNÁMKY**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---





## VĚDA A VÝZKUM NA LÉKAŘSKÉ FAKULTĚ MASARYKOVY UNIVERZITY

Lékařská fakulta si je po celou dobu své existence vědoma nutnosti rozvíjet všechny tři klíčové aktivity, které jsou typickými pilíři akademické instituce jejího typu: pedagogiku, vědu a klinickou medicínu. Ani v roce 2015/2016 tomu nebylo jinak. Tématu vědecko-výzkumné činnosti a možnostem její podpory byla věnována vedením fakulty maximální pozornost. Předkládáme následující výčet alespoň hlavních skutečností, které se odehrály na Lékařské fakultě MU, které jasně dokumentují pozitivní výsledky snahy profilovat lékařskou fakultu jako dobře viditelnou vědecko-výzkumnou entitu, která je atraktivní pro studenty, stejně jako pro profesní partnery. Počet publikací není jediným kritériem úspěšnosti ve vědě a výzkumu, je parametrem, který je v současnosti na národní úrovni v ČR hodnocen. Stojí proto za zmínku, že v roce 2016 publikovali pracovníci fakulty celkem 411 článků v časopisech s impakt faktorem. A byly mezi nimi články i v tak renomovaných časopisech, jako jsou Cell, Journal of the American Medical Association, Journal of Clinical Oncology, Lancet, Nature, Nature genetics, Nature Reviews Microbiology či New England Journal of Medicine aj. Je nutné zmínit, že také výsledky národního hodnocení považuje vedení lékařské fakulty za validní identifikátor progresivních vědeckých týmů a směrů výzkumu a hodlá tyto nadále všestranně podporovat a stimulovat.

V roce 2015 rozhodlo vedení Lékařské fakulty MU stimulovat z vlastních zdrojů její vědecko-výzkumnou činnost a také podporu cílenou specificky na perspektivní mladé vědecké pracovníky. V této podpoře, v podobě úspěšného programu nazvaného „Juniorský výzkumník“, fakulta pokračovala i v roce 2016. K tomuto účelu byla využita část „Institucionálních rozvojových prostředků“ přidělených fakultě pro rok 2016 z centrálního rozpočtu Masarykovy univerzity. Projekty programu „Juniorský výzkumník“ tak bylo v roce 2016 podpořeno celkem 20 mladých badatelů ve věku do 40 let z 11 pracovišť LF. Vedení lékařské fakulty předpokládá, že tuto podobu podpory nadějných mladých vědeckých pracovníků bude dále rozvíjet jako jeden z klíčových prvků trvalého posilování své vědecko-výzkumné základny.

Věda a výzkum v ČR zažívá v posledních letech vývoj, jehož výsledkem je, mimo jiné, také výrazně rostoucí kompetice v „boji“ o finanční prostředky ve všech typech grantových soutěží. V kontextu této skutečnosti je proto velmi cenný každý projekt, který badatelé z Lékařské fakulty MU díky své osobní aktivitě získají. Rok 2016 můžeme z pohledu úspěšnosti akademických pracovníků lékařské fakulty v soutěži obou hlavních grantových agentur, Grantové agentury ČR (GAČR) a Grantové agentury pro zdravotnický výzkum Ministerstva zdravotnictví ČR (AZV), považovat za relativně úspěšný. Pracovníci lékařské fakulty získali podporu pro celkem tři standardní projekty GAČR a jeden juniorský projekt GAČR z celkem 29 návrhů projektů podaných k této agentuře, což představuje solidní úspěšnost cca 14 %. Grantové návrhy podané pracovníky lékařské fakulty do soutěže AZV si vedly přibližně stejně. Z celkem 35 podaných aplikací bylo k finanční podpoře vybráno 5, tedy cca 15 %.

Vědecko-výzkumná činnost na lékařské fakultě je neodmyslitelně spjata s talentovanými studenty, kteří mají možnost se, svým nadšením a motivací, podílet na výzkumných aktivitách klinik i teoretických ústavů. Výsledky svých projektů prezentují na každoroční Studentské vědecké

konferenci. Zahájení výroční 60. SVK proběhlo tradičně vyzvanou přednáškou, kterou tentokrát na téma „Ionizující záření – dvousečný meč v biologii a medicíně“ proslavil RNDr. Martin Falk, Ph.D., z Oddělení buněčné biologie a radiobiologie Biofyzikálního ústavu AV ČR. Vzhledem k menšímu počtu účastníků (celkem 24) byla SVK rozdělena pouze do tří samostatných sekcí: Sekce nelékařských oborů, Teoretické a preklinické sekce a Sekce klinických oborů. V každé sekci byly vybrány tři nejlepší přednášky, jejichž autoři byli jako vždy slavnostně oceněni diplomem a finanční odměnou. Na květnovou fakultní SVK navázala 22. listopadu také její celostátní verze s účastí studentů lékařských fakult ze Slovenska, k jejímuž organizování byla LF MU pro rok 2016 vybrána. Výjimečnost této konference byla podtržena inaugurační přednáškou na téma „Příprava buněčných linií pro léčbu diabetu mellitu“, kterou proslavil přednosta Kliniky diabetologie IKEM v Praze prof. MUDr. František Saudek, DrSc.

Kvalitní věda a výzkum na Lékařské fakultě MU by jistě nebyly myslitelné bez každodenní usilovné vědecko-výzkumné badatelské a klinické práce. Nasazení a motivace lékařů, vědců a učitelů, přes nepříznivé materiální i finanční podmínky a mnohdy nedostatečné mediální ocenění, přispívají nejen k rozvoji konkrétních oborů a výchově nových mladých odborníků, ale také k prestiži lékařské fakulty jako vědecké a vzdělávací instituce, jejíž společenský význam přesahuje hranice univerzity.





[www.vzpkonference.cz](http://www.vzpkonference.cz)

