

Právnická fakulta
Univerzita Karlova v Praze

MGR. RICHARD KOPS

**ODPOVĚDNOST ZA ŠKODU V SYSTÉMU
VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ
V ČESKÉ REPUBLICE**

RIGORÓZNÍ PRÁCE

Konzultant rigorózní práce: Doc. JUDr. Josef Salač, PhD.

Katedra občanského práva

Datum vypracování práce (uzavření rukopisu): 20. 11. 2012

Prohlášení: „Prohlašuji, že jsem předkládanou rigorózní práci vypracoval samostatně za použití zdrojů a literatury v ní uvedených, všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.“

V Praze dne: 20. 11. 2012

Mgr. Richard Kops

Obsah:

OBSAH:	1
ÚVOD	3
KAPITOLA 1 – ZÁSADY PRÁVA VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ V ČR	9
1. PRÁVO VEŘEJNÉ?	9
2. PRÁVO SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ.....	12
3. POSTAVENÍ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN	18
4. VAZBA NA POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB	20
KAPITOLA 2 - ZÁVAZKY VE VEŘEJNÉM ZDRAVOTNÍM POJIŠTĚNÍ OBECNĚ.....	24
1. SMLUVNÍ ZÁVAZKY (EX CONTRACTU)	24
2. DELIKTNÍ ZÁVAZKY (EX DELICTO).....	30
KAPITOLA 3 - SROVNÁNÍ ODPOVĚDNOSTI ZA ŠKODU A NÁHRADY NÁKLADŮ NA LÉČBU DLE § 55	36
1. ODPOVĚDNOST ZA ŠKODU V OBČANSKÉM SOUDNÍM ŘÍZENÍ	39
2. NÁHRADA ŠKODY V ADHEZNÍM ŘÍZENÍ TRESTNÍM	53
3. NÁHRADA NÁKLADŮ NA HRAZENÉ SLUŽBY VYNALOŽENÝCH V DŮSLEDKU PROTIPRÁVNÍHO JEDNÁNÍ VŮČI POJIŠTĚNCI	55
KAPITOLA 4 - ZDRAVOTNÍ VÝKONY	68
1. PRÁVNÍ ÚPRAVA	68
2. CENOTVORBA.....	68
3. KONTRAKTACE.....	74
4. NÁHRADA ŠKODY	82
EXKURZ - ZÁSTUPNÝ SOUHLAS V ČESKÉM PRÁVU	89
KAPITOLA 5 - LÉČIVÉ PŘÍPRAVKY A ZDRAVOTNICKÉ PROSTŘEDKY.....	95
1. PRÁVNÍ ÚPRAVA	95
2. CENOTVORBA.....	96
3. KONTRAKTACE.....	100
4. NÁHRADA ŠKODY	103
EXKURZ - REGULAČNÍ POPLATKY	111
1. ÚVOD.....	111
2. REGULAČNÍ POPLATKY, HOSPODÁŘSKÁ SOUTĚŽ A NÁHRADA ŠKODY	114
3. KONTROLA KRAJŮ	116
4. OCHRANA SYSTÉMU VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ.....	117

KAPITOLA 6 - DOPADY NOVÉHO OBČANSKÉHO ZÁKONÍKU	121
1. OBECNĚ	121
2. PÉČE O ZDRAVÍ	122
3. ODPOVĚDNOST	123
ZÁVĚR A PODĚKOVÁNÍ	125
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ	I
1. PRÁVNÍ PŘEDPISY	I
2. JUDIKATURA	II
3. LITERATURA	III
4. LITERATURA NECITOVANÁ V TEXTU	V
5. OSTATNÍ ZDROJE	V
SHRNUTÍ (VČ. ANGLICKÉ VERZE)	VIII
1. NÁZEV / TITLE	VIII
2. SHRNUTÍ / SUMMARY	VIII
3. ABSTRAKT / ABSTRACT	X
4. KLÍČOVÁ SLOVA / KEY WORDS	XI

Úvod

Problematika veřejného zdravotního pojištění v České republice patří k nejkomplicovanějším, nejkompexnějším a pro lidský život nejdůležitějším tématům, kterými se lze zabývat. Komplikovanost spočívá především v legislativní zmatečnosti základních institutů této části práva sociálního zabezpečení. Komplexnost pak můžeme konstatovat, protože se zde překrývá právo veřejné s právem soukromým, práva jednotlivce s právy společnosti a konečně též proto, že do něj zasahují všechna odvětví práva jako takového: právo soukromé (pracovní, obchodní, občanské hmotné...) i právo veřejné (občanské procesní, správní procesní i hmotné, a v některých případech i právo trestní). Nad tím vším nalézáme principy práva ústavního, garance práva mezinárodního a silný vliv práva Evropské unie (Evropských společenství) a dokumentů Rady Evropy. V této směsici norem, příkazů, zákazů a výkladových klíčků však nesmíme zapomenout, že veřejné zdravotní pojištění umožňuje v České republice čerpání zdravotní péče pro většinu osob na jejím území. Jakkoli formální se může úprava veřejného zdravotního pojištění zdát, přece jenom za ní nacházíme onen nejdůležitější statek, vůdčí myšlenku systému – lidské zdraví.

Ekonomické aspekty poskytování zdravotní péče jsou esenciální součástí všech vztahů, které při této specifické lidské činnosti musí být posuzovány. Přesto odborná literatura v českých krajích s těmito aspekty poměrně dlouho nepracovala¹. Náznakem změny přístupu je legislativní návrh z pera ministerstva zdravotnictví², kterým se do ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění doplňuje povinnost zdravotnického zařízení průkazně informovat pojištěnce před poskytnutím zdravotní péče o ekonomické stránce výkonu.

¹ Např. základní učební texty v oblasti tzv. zdravotnického práva poslední doby, které pojednávají o informovaném souhlasu, nezahrnují ekonomickou stránku do tohoto souhlasu. Viz např. Císařová, D., Sovová, O. a kol. - Trestní právo a zdravotnictví, 2. upravené a rozšířené vydání, Praha: Orac, 2004 nebo Šustek, P., Holčápek, T. - Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví, Praha: ASPI, 2007; Těšitelová, J., Žďárek, R., Polícar, R. Medicínské právo, 1. Vydání, Praha: C. H. Beck, 2011. Drobnou výjimkou je zde publikace Doležal, T., Doležal, A., Přehled judikatury z oblasti zdravotnictví I., Praha: Wolters Kluwer ČR, 2011.

² Viz návrh změny § 13 odst. 6 a 7 zákona č. 48/1997 Sb., <http://klep.vlada.cz>, č.j. OVA 117/11, přetavený v zákon č. 298/2011 Sb.

Cílem této práce je shrnout, a na konkrétních případech demonstrovat, jaký vztah má veřejné zdravotní pojištění k institutu odpovědnosti za škodu. Kromě klasické odpovědnosti za škodu dle občanského zákoníku je speciální normou³ upraveno právo na náhradu nákladů na (z prostředků veřejného zdravotního pojištění) hrazené služby vynaložených v důsledku protiprávního jednání vůči pojištěnci. Za tímto rozsáhlým názvem se skrývá institut nikoli nepodobný náhradě škody. Proto tato práce reflektuje nejen odpovědnost za škodu jako takovou, ale i otázky náhrady vzniklé škody a tento zvláštní institut. Kromě civilistického přístupu bych se rád zaměřil rovněž na náhradu škody a náhradu nákladů na hrazené služby, o níž se rozhoduje v rámci trestního řízení. To z toho důvodu, že právě v trestním řízení je v současnosti rozhodována velká část nároků vyplývajících z deliktů v oblasti veřejného zdravotního pojištění. Je to zapříčiněno povahou trestního řízení a jeho průběhem, který výrazně zjednodušuje pozici zdravotní pojišťovny jako poškozené. V sporech o náhradu škody na výdajové straně veřejného zdravotního pojištění je navíc spolupráce s orgány činnými v trestním řízení jedním z mála způsobů jak se může zdravotní pojišťovna o škodném jednání či o škodě vůbec dozvědět.

O trestní odpovědnosti ve zdravotnictví se píše již poměrně pravidelně⁴. O trestních souvislostech ve veřejném zdravotním pojištění nikoli. Celkově lze říci, že odborná česká literatura je v oblasti medicínského práva poměrně chudá (zvláště. v porovnání se systémem angloamerického práva nebo práva německého). V oblasti veřejného zdravotního pojištění a právního pohledu na organizaci zdravotnictví jako celku to bohužel platí dvojnásob. Proto jsem se rozhodl upozornit na tyto nedostatečnosti svou prací. Popsat však všechny instituty práva veřejného zdravotního pojištění není v současnosti v mých silách.

Abych čtenáři usnadnil orientaci v komplikovaném systému právních a smluvních povinností, rozhodl jsem se práci rozdělit do několika dílčích celků, které by samostatně měly ozřejmit konkrétní problematiku a v celku pak nabídnout přehled o

³ § 55 z. č. 48/1997 Sb.

⁴ Viz např. periodikum Zdravotnictví a právo, jež vydává JUDr. Karel Havlíček, např. číslo 3/2010 a konkrétně článek JUDr. Miroslava Růžičky „K některým otázkám trestní odpovědnosti ve zdravotnictví“, str. 5.

postavení institutu odpovědnosti za škodu v prostředí českého veřejného zdravotního pojištění.

V první části práce se budu zabývat systémem veřejného zdravotního pojištění obecně. Poté se pokusím analyzovat základní přístupy k závazkům, které se v něm nabízejí, a to jak závazkům vzniklým z kontraktů, tak těm deliktním. Rovněž si kladu za cíl v úvodních částech nabídnout srovnání zmíněného institutu náhrady nákladů na péči dle § 55 zákona č. 48/1997 Sb., s institutem náhrady škody.

V dalších částech bych se poté zaměřil na jednotlivé oblasti zdravotních služeb a jejich specifika. Považuji za vhodné hrazenou zdravotní péči analyzovat v této struktuře a pořadí:

- Zdravotní výkony
- Léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely
- Zdravotnické prostředky

Každá oblast bude analyzována z pohledu právní úpravy, cenotvorby, smluvní politiky a možností uplatnění odpovědnosti za škodu. K odpovědnosti za škodu je mou snahou uvést konkrétní praktické případy, které jsou nejen možné, ale v praxi zdravotních pojišťoven opravdu běžné. Pravidla pro posuzování odpovědnosti za škodu a pro náhradu této škody budou v této práci vykládána společně. Jakkoli odborná literatura může činit rozdíly mezi odpovědností za škodu (jako subjektivní situace) a náhradou škody (jako objektivně danou sankcí)⁵ v této práci bude zpravidla pojednáno o obou těchto institutech zároveň. Co do povahy sankce mám za to, že s ohledem na stávající protekcionistické chápání některých vztahů dominuje povaha reparační, byť škůdci bývá často chybně vnímána jako represivní.

Poslední kapitola bude obsahovat několik úvah a pozastavení se nad úpravou do budoucna, která bude převážně vycházet z nových právních předpisů. Kvůli příkrým rozdílům mezi jednotlivými systémy organizace poskytování zdravotních služeb a úhrady za ně v jednotlivých státech, se zaměřím především na Českou republiku.

⁵ Macur, J. Odpovědnost a zavinění v občanském právu, 1. vydání. Brno: Universita J. E. Purkyně, 1980, str. 61 a následující.

Bude-li to možné a přínosné, bude mou snahou používat příklady především z kontinentální Evropy, ale přirovnání k angloamerickému systému práva může být často inspirací a cestou k dobrým nápadům⁶.

Terminologie používaná v tomto textu může být považována za matoucí. Mou snahou je používat termíny legální tak, aby bylo možno navrženou argumentaci používat v oblasti, které se dotýká. Samotné legislativní texty však nejsou tomuto cíli příliš nakloněny. Za příklad může sloužit oblast léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely, kde se můžeme setkat s termíny léčivé přípravky⁷, humánní léčivé přípravky⁸, léčiva⁹ či léky¹⁰. V oblasti zdravotnických prostředků je primární termín zdravotnické prostředky¹¹, ale setkat se můžeme i s termínem prostředky zdravotnické techniky. Druhý uvedený pojem je historickým reziduem¹², pro které v současném právu platí § 51 z. č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích, který stanoví, že kde se v jiných předpisech používá pojmu „prostředek zdravotnické techniky“, rozumí se tím „zdravotnický prostředek“. Rovněž pojmy protetické a zdravotnické pomůcky byly používány před účinností zákona o zdravotnických prostředcích¹³.

Termíny zdravotní péče a zdravotní služby budou považovány co do obsahu za shodné a budou označovat převážně věcné dávky veřejného zdravotního pojištění. Terminologie je částečně poplatná době přípravy této práce (tj. před nabytím účinnosti zákona o zdravotních službách¹⁴), ale tam kde to bude nutné, budou s patřičným odůvodněním tyto termíny rozlišovány.

⁶ Dovolím si podotknout, že pouze v případě, že jsou správně aplikovány na naše prostředí. A to vyžaduje hlubokou znalost vztahů, které v něm existují.

⁷ Nejrozšířenější termín, který používá rovněž z. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, proto bude nejčastěji používán i v této práci.

⁸ Z. č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy

⁹ Obojí dle z. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, léčiva pak rovněž v z. č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Termín léčiva používá i z. č. 378/2007 Sb., o léčivech, jako legislativní zkratku pro léčivé přípravky a léčivé látky.

¹⁰ Z. č. 220/1191 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, který v § 2 odst. 2 dokonce rozlišuje mezi termíny léčivé přípravky a léky. Zákon č. 48/1997 Sb., používá termín „léky“ pouze v přílohách.

¹¹ Používaný základním zákonem v této oblasti č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích, dále např. z. č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, z. 48/1997 Sb., a další.

¹² Používaným hojně zejména v zákoně č. 48/1997 Sb.

¹³ Viz § 53 zákona č. 123/2000 Sb., který nahradil uvedené termíny v zákoně č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, souhrnným označením zdravotnické prostředky.

¹⁴ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

K termínům pojištěnec a pacient, které zásadně označují tutéž osobu, předesílám, že v této práci bude používán převážně termín pojištěnec. Důvodem je odlišná povaha obou termínů. Zatímco „pacient“ je označení práva, které upravuje průběh poskytování zdravotní péče, slovem „pojištěnec“ se označuje subjekt z pohledu práva veřejného zdravotního pojištění jako součásti práva sociálního zabezpečení, tedy částí zdravotnického práva, která je sice spjata se samotným zdravotnickým výkonem, avšak neupravuje přímo jeho provedení. Jsem si zcela vědom, že toto dělení není v českém právním prostředí vžitě a nelze jej opřít o teoretickou literaturu¹⁵. Nakolik v této práci nevidím prostor k bližšímu rozboru, dovoluji si nabídnout tuto úvahu pouze jako přiměřené osvětlení mého náhledu.

K termínům zdravotní pojišťovna a zdravotnické zařízení, upozorňuji, že nezdůvodněná budou nahrazovány termíny plátce a poskytovatel. Plátce v tomto významu je plátcem za zdravotní péči. Měl-li by vzniknout rozpor při použití termínu plátce a termínu plátce pojistného, které jsou diametrálně odlišné, bude použit termín zdravotní pojišťovna. Pro zjednodušení budu toto sousloví nahrazovat jednoduše slovem pojišťovna. Aby nedocházelo k nejasnostem, zda se zde myslí pojišťovna ve smyslu zdravotní pojišťovny, tam, kde se bude jednat o pojišťovnu ve smyslu zákona o pojišťovnictví, bude na to předem upozorněno. Rovněž se budu snažit termín poskytovatel používat pro subjekt, který je ve vztahu k plátcovi a tudíž může být rozdílný od nositele výkonu jakožto zdravotnického pracovníka. Opět ve vazbě na zákon o zdravotních službách bude rozdíl mezi poskytovatelem a zdravotnickým zařízením avizován, má-li mít význam pro předkládaný výklad.

Co se týče označování právních norem, ať už z důvodu citace či odkazu, budu využívat označení číslem dle sbírky zákonů. U notoricky známých předpisů budu používat přímo název předpisu, byť se pokusím vždy při prvním uvedení názvu předpisu v textu v poznámce pod čarou uvést číslo ve sbírce zákonů. Mou snahou je

¹⁵ Srov. např. Návrh koncepce řešení problematiky Alzheimerovy choroby a obdobných onemocnění v ČR, který připravili čtyři ministerstva: Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, Ministerstvo spravedlnosti, ale přesto obsahuje neúplný a zavádějící postulát, že: „Zdravotní péče je v ČR hrazena z veřejného zdravotního pojištění.“ Koncepce nebyla v době přípravy práce zveřejněna, je součástí sledovaných úkolů - srov.: [http://racek.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/web_file/uv110720.0575.doc/\\$File/uv110720.0575.doc](http://racek.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/web_file/uv110720.0575.doc/$File/uv110720.0575.doc)

tak usnadnit orientaci v textu bez využití zkratk, které by mohli být vzhledem k počtu dotčených norem matoucí.

Jak jednou kdosi řekl – veřejné zdravotní pojištění v České republice je řízeno zvykovým výkladem práva. Mezery v zastaralých a špatných normách jsou látány výkladem. Právo aplikují (a někdy i tvoří) převážně laici bez právního vzdělání, někdy poměrně účelově a často bez znalosti základních právních principů, domyšlení dopadů svého výkladu, avšak s o to větším záplem. Proto bude mou snahou všechna tvrzení zde uvedená podložit zněním právních předpisů, soudních rozhodnutí, nebo výkladem v souladu s teorií práva.

Doufám, že tato práce poslouží k uspořádání myšlenek nejen mně, ale i ostatním, kteří se denně potýkají s praxí ve veřejném zdravotním pojištění v České republice. Zároveň věřím, že pomůže kultivovat odvětví zdravotnického práva, přičemž zdravotnické právo považuji za účelově uspořádaný soubor právních norem různých právních odvětví a různého původu, které spojuje jejich společný účel – upravovat vztahy vznikající při uskutečňování (poskytování) zdravotních služeb a služeb s nimi spojených.

Kapitola 1 – Zásady práva veřejného zdravotního pojištění v ČR

V této kapitole se zaměřím na základní vymezení systému financování a řízení hospodaření zdravotnictví v České republice. Základem je bezesporu veřejné zdravotní pojištění a to jak do počtu zúčastněných fyzických osob, tak do objemu finančních prostředků vynaložených za poskytnuté služby. Zvolil jsem metodu a majori ad minus a začnu tedy rozdíly mezi pojmáním práva soukromého a veřejného, poté se pokusím načrtnout postavení v systému sociálního zabezpečení vč. quasi daňového charakteru plateb pojistného, přes postavení zdravotních pojišťoven až po návaznost systému veřejného zdravotního pojištění na úpravu poskytování zdravotních služeb.

1. Právo veřejné?

Otázkou rozlišení veřejného a soukromého práva se zabývá právní věda pravidelně, a byť tato diferenciací bývá zpochybňována, zůstává živou součástí praxe. Ani z pohledu tří relevantních teorií pro rozlišení veřejného a soukromého práva¹⁶ není možné definovat povahu systému jako celku, aniž bychom přistoupili k vážení poměru jednotlivých vlastností¹⁷. Pro výklad a aplikaci norem je nutno posuzovat jednotlivé vztahy ad hoc a v souladu s výkladovými pravidly stanovenými jak teorií práva¹⁸, tak judikaturou (nejen) Ústavního soudu.

Jak název zákona o veřejném zdravotním pojištění napovídá, je financování zdravotních služeb v České republice postaveno převážně na veřejném pojištění. Pravidla tohoto pojištění určují především dva zákony a to zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění¹⁹. Základní schéma pojištění by se dalo opsat přibližně následujícím tokem finančních prostředků - pojistné platí plátcí pojistného dle § 4 zákona č. 48/1997 Sb., tedy pojištěnci, zaměstnavatelé a stát. Zákon specifikuje

¹⁶ Hendrych, D. a kol. Správní právo, Obecná část, 7. Vydání, Praha: C. H. Beck, 2009 s. 23-24

¹⁷ Jak to činí např. Ústavní soud v úvaze nad subsumpcí instituce pod režim veřejnoprávní či soukromoprávní ve svých nálezech sp.zn. I.ÚS 260/06 ze dne 24.01.2007, sp.zn. III. ÚS 671/02 ze dne 16.1.2003.

¹⁸ Gerloch, A. Teorie práva, 2. Rozšířené vydání, Dobrá voda: Aleš Čeněk, 2001, s. 122 a následující

¹⁹ Ke změně terminologie došlo nahrazením zákona č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění od 1.4.1997.

jednotlivé případy a výše pojistného, a přebírá část terminologie ze zákonů daňových²⁰. Výběr pojistného zajišťují zdravotní pojišťovny²¹, které následně uzavírají smlouvy s poskytovateli, převážně na základě kterých hradí zdravotní služby poskytnuté jejich pojištěncům. O charakteru zdravotních pojišťoven je pojednáno níže v této kapitole²².

Z nastíněného schématu je vidět, že samotný mechanismus zaplacení služby má dva stupně. První je výběr pojistného (nazvěme jej příjmovou částí) a druhé je úhrada zdravotní služby (výdajová část). Celkově pak pravidla pro hospodaření pojišťoven upravují zákony a podzákonné normy²³. Posouzení samotného charakteru jednotlivých činností vykonávaných v rámci systému veřejného zdravotního pojištění nebo spíše vykonávaných zdravotními pojišťovnami je poměrně složité. Základním pravidlem pro zjištění, zda se v konkrétní situaci musí subjekt (zpravidla zdravotní pojišťovna) řídit pravidlem enumerativnosti veřejnoprávních pretenzí, nebo naopak může využívat smluvní a jiné volnosti soukromého práva, je vždy pouze posouzení konkrétní situace²⁴. Jakkoli předchozí věta zdánlivě nedává smysl, je to jediný způsob jak komplexně popsat charakter veřejného zdravotního pojištění v České republice. Abych byl konkrétnější - příjmová část veřejného zdravotního pojištění, je z velké části tvořena pojistným na zdravotní pojištění a plněními akcesorickými (např. penále či pokuty). Výběr pojistného probíhá v režimu zvláštních zákonů a jeho vymáhání je pak řízeno správním řádem²⁵, proto pokud by se na něj tato práce měla zaměřovat, byla by spíše cílena na katedru správního práva nebo práva sociálního zabezpečení²⁶.

²⁰ Viz odkazy § 2 odst. 3, § 5 písm. a) nebo b) bod 8. zákona č. 48/1997 Sb., který odkazuje na zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů.

²¹ § 8 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb.

²² Stručný přehled viz rovněž např. Stolínová, J., Ohlédnutí za zdravotnickou legislativou, 1.8.1996, ASPI ID - LIT 6515CZ

²³ Z. č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, z. č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách a vyhláška Ministerstva financí č. 418/2003, kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu.

²⁴ Srov. Nález Ústavního soudu sp.zn. I. ÚS 41/98, ze dne 1.12.1998

²⁵ § 53 z. č. 48/1997 Sb.

²⁶ Pro rychlý přehled viz např. Vančurová, A., Klazar, S., Sociální a zdravotní pojištění – úvod do problematiky, Praha: ASPI, 2005, s. 18 a násl., nebo publikaci náměstka ředitele Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR pro pojistné a správu pohledávek - Červinka, T., Zdravotní pojištění s komentářem a příklady, Praha: ANAG, 2011.

Naproti tomu výdajová část už tak jasně veřejnoprávní není. Najdeme zde sice velké množství limitů stanovených veřejným právem, ale to je absolutně legitimní při tak důležité oblasti života obce. Základním institutem při výdeji prostředků veřejného zdravotního pojištění jsou smlouvy uzavírané mezi plátcí (zdravotními pojišťovnami) a poskytovateli zdravotních služeb. Tyto smlouvy sice vycházejí z pravidel, které stanoví právní předpis²⁷, avšak jejich uzavírání je založeno na volnosti smluvních stran, a to především co do obsahu či rozsahu plnění. Pochopitelně obě strany musí dodržovat právní předpisy upravující jejich činnost a stanovující tak cíle jejich existence. Při kontraktaci však ani jeden ze subjektů není právně nadřazen a nevykonává státní moc. Ke stanovení obsahu plnění mohou smluvní strany subsidiárně využít znění právního předpisu, avšak vždy pouze po vzájemné dohodě. Bližší argumentaci k několika posledním větám nabízím v samostatné části věnované smluvní politice úhrady zdravotních výkonů. Jsem si vědom, že v současné době nemusí být mé stanovisko vnímáno jako převažující, zejména ze strany laiků - poskytovatelů. Ke srovnání lze nabídnout rovněž stanovisko Mgr. Miloše Máci, z právního oddělení České lékařské komory, který právě odlišný názor zastává²⁸. Kromě existence smluvní volnosti při úhradě zdravotních výkonů a léčivých přípravků použitých přímo ve zdravotnických zařízeních, stanoví zákon výslovně povinnost hradit za pojištěnce léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a další položky. Zde se projevuje spíše pojistná funkce veřejného zdravotního pojištění, kdy při vzniku pojistné události na základě právními předpisy definovaného dokladu (receptu nebo poukazu) je zdravotní služba uhrazena i nesmluvnímu subjektu. Poslední poznámkou k výdajové části bych rád upozornil, že nakolik je soukromé právo považováno vůči právu veřejnému za subsidiární²⁹, jsou jeho instituty využívány právě tam, kde právní úprava není komplexní.

Úprava zdravotních pojišťoven je rozdílná u Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky (dále jen VZP)³⁰ a tzv. zaměstnaneckých pojišťoven. Zatímco VZP je

²⁷ V současnosti vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy

²⁸ Viz. Máca, M., Úhradové dodatky OZP soukromí lékaři podepisovat nemusejí, *Tempus medicorum* 3/2011 - http://www.lkcr.cz/document3.php?param=tempus_file,TEMPUS_FILE_ID,,TYPE,NAME,DATE_AKT&id=96439

²⁹ Srov. Hendrych, D. a kol., *Správní právo: Obecná část*, Praha: Beck, 2009

³⁰ K postavení VZP viz např. rozhodnutí Vrchního soudu v Praze č.j. 7 A 68/95-4, ze dne 10.5.1995.

zřízena zákonem³¹, zaměstnanecké pojišťovny vznikají zápisem do obchodního rejstříku. Všechny zdravotní pojišťovny jsou však právními osobami sui generis, protože příslušné zákony se snaží komplexně upravit jejich postavení. Tento fakt může být zpochybněn jen velmi neobvyklým výkladem zákona č. 280/1992 Sb., podle něhož je možné všeobecné zdravotní pojištění provádět pouze s povolením Ministerstva zdravotnictví a žadatelem může být a provádět všeobecné zdravotní pojištění může jakákoli právnická osoba, která splní dané podmínky. Z tohoto (relativně nového³²) znění může vznikat dojem, že zdravotní pojišťovna je sice samostatný typ právnické osoby, avšak nemusí být odlišná od žadatele. Jedná se však jen o poměrně krátkozraký jazykový výklad. Mou snahou bylo na něm pouze stručně demonstrovat charakter celého zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách, který vznikl v roce 1992 jako poslanceká iniciativa a do současné doby byl téměř 20 krát novelizován. To jen dokresluje, jakou míru kvality a koncepce lze od práva upravujícího financování zdravotní péče v České republice očekávat³³. Cílem této práce však není hodnocení kvality legislativní úpravy, byť takovýto postesk jsem nemohl neuvést. Podstatným je, že jak VZP, tak zaměstnanecké zdravotní pojišťovny, vznikají cestou práva veřejného nikoli smlouvou soukromoprávní. Jejich postavení v systému práva však není zcela jednoznačné a jak již bylo nastíněno, jejich povaha v konkrétních vztazích se bude odvíjet od prováděné činnosti. Navíc povaha VZP a zaměstnaneckých pojišťoven bude posuzována různě, nakořik jejich postavení není totožné. Blíže k charakteru jednotlivých činností bude pojednáno v dalších kapitolách.

2. Právo sociálního zabezpečení

Právo veřejného zdravotního pojištění je českou teorií řazeno do oboru práva sociálního zabezpečení³⁴. Právo sociálního zabezpečení lze pak zařadit do kategorie práva veřejného, konkrétně do její zvláštní části. V rámci práva sociálního zabezpečení

³¹ § 1 z. č. 551/1991 Sb.: Zřizuje se Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky se sídlem v Praze.

³² Úprava znění textu § 4 odst. 1 byla provedena zákonem č. 351/2009 Sb.

³³ Dojem nevytěpšuje ani zákon č. 48/1997 Sb., který byl od roku 1997 novelizován více přibližně 60 krát, a to každý rok, kromě roku 2001.

³⁴ Blíže k právu sociálního zabezpečení viz Tröster, P. a kol., Právo sociálního zabezpečení, 5. přepracované a aktualizované vydání, Praha: C.H.Beck, 2010. Tato publikace jako jedna z mála dostupných nabízí komplexní právní pohled na tuto oblast práva v České republice.

můžeme nalézt úpravu i dalších institutů, ať již na bázi služeb nebo dávek, které mají několik společných znaků. Hlavním z nich je zřejmě onen „sociální“ rozměr, tedy přínos pro toho, kdo jeho výhody využívá. Tento přínos můžeme dělit podle formy, ve které je osobám ve státě poskytován, na dávky peněžité a věcné (služby). Z pohledu tohoto dělení, se kterým pracuje zejména evropská unijní legislativa³⁵, je dnes v České republice sociální zabezpečení v oblasti zdraví rozděleno. Peněžité dávky jsou použity převážně v systému tzv. nemocenského pojištění³⁶, zatímco věcné dávky jsou použity převážně v systému veřejného zdravotního pojištění³⁷. Toto dělení nemá pouze akademický význam, nýbrž je zásadní při výkladu právních norem. Uvědomění si rozdílu mezi peněžitou a věcnou dávkou nabízí odpovědi na nezdá se komplikované kauzy.

Jako příklad lze uvést situaci, ve které pojištěnec navštíví praktického lékaře s cílem nechat se naočkovat proti chřipce (např. vakcínou begrivac, fluarix, vaxigrip apod.). U očkovacích látek, jako jiných léčivých přípravků, o výši a podmínkách úhrady z veřejného zdravotního pojištění rozhoduje Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL)³⁸. Ten zároveň vydává a aktualizuje Seznam léčiv a PZLÚ hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění³⁹. V tomto seznamu je uvedeno, že zmíněné vakcíny jsou hrazeny jako zvlášť účtovaný léčivý přípravek (pole LIM 1 obsahuje znak A). Zvlášť účtované léčivé přípravky jsou hrazeny přímo poskytovateli, který je vykáže, neboť se jedná o neoddelitelnou součást zdravotní péče. Tento stav však klade nároky na poskytovatele, neboť jej nutí mít u sebe (předem zajistit) zmíněné léčivé přípravky. Zvýšená administrativní zátěž vede nezdá se ke snaze se této zátěži vyhnout. Možností je zde předepsání přípravku na recept, neboť zmíněný seznam SÚKL to umožňuje (pole ZPVYD obsahuje znak R). Tím dochází k situaci, kdy léčivý přípravek uhradí pojištěnec a poté se domáhá proplacení na zdravotní pojišťovně. Té v přímé úhradě brání především ustanovení upravující její hospodaření⁴⁰, a to právě z důvodu toho, že

³⁵ Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004, o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, ve znění poslední úpravy provedené Nařízením Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 988/2009.

³⁶ Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění

³⁷ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

³⁸ § 39b odst. 1 z. č. 48/1997 Sb.

³⁹ <http://www.sukl.cz/seznam-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>

⁴⁰ § 13 a § 16 a násl. z. č. 280/1992 Sb., a vyhláška Ministerstva financí č. 418/2003 Sb.

veřejné zdravotní pojištění v České republice funguje na principu věcných dávek a nikoli peněžitých.

Pro úplnost dodávám, že řešením nastíněné situace bylo v konkrétním případě upozornění zdravotnického zařízení, že součástí poučení před udělením souhlasu s provedením výkonu je i poučení o ekonomické stránce výkonu. Nesprávným poučením, dle kterého by měla očkovací látku vybranou na recept uhradit pojišťovna, se poskytovatel dopouští porušení zákona⁴¹, kterým vznikla pojištěnci škoda ve smyslu § 420 občanského zákoníku.

Tvrzení, že veřejné zdravotní pojištění stojí pouze na věcných dávkách, však neobstojí. Peněžité dávky je zdravotní pojišťovna oprávněna poskytovat ve výjimečných případech tzv. přeshraniční péče⁴² a v případech vracení částek nad limit regulačních poplatků a doplatků⁴³. Specifickou situací je pak rovněž poskytování příspěvků z fondu prevence dle § 16 odst. 4 z. č. 280/1992 Sb., u kterých se však nejedná o plnění zákonné povinnosti pojišťovny.

Úvahy nad tím, zda rozšířit využití peněžitých dávek jsem nezaznamenal. Návrh zákona o veřejném zdravotním pojištění připravovaný Ministerstvem zdravotnictví v roce 2009⁴⁴ počítal v § 63 s dělením na věcné a peněžité dávky. Tento návrh se však v paragrafovaném znění nedostal ani do mezirezortního připomínkového řízení. Legislativní návrhy, kterým se dostalo pozornosti zákonodárného sboru, s tímto členěním nepočítají⁴⁵. Některé návrhy však počítají s přesunem administrace dávek nemocenského pojištění z České správy sociálního zabezpečení na zdravotní pojišťovny, což by v praxi znamenalo institucionální sjednocení peněžních i věcných dávek v oblasti veřejného pojištění zdraví v širším pojetí. Tato myšlenka není nápadem posledních několika málo let, ale lze ji vystopovat již na začátku rozvoje

⁴¹ § 23 zákona č. 20/1966 Sb., v souladu s čl. 5 úmluvy o biomedicině, č. 96/2001 Sb.m.s., poučení o ekonomických aspektech zákroku viz rovněž cenové předpisy především § 13 odst. 2 zákona č. 526/1990 Sb., o cenách)

⁴² dle Nařízení Rady a Evropského parlamentu č. 883/2004/ES, § 14 z. č. 48/1997 Sb.

⁴³ § 16b z. č. 48/1997 Sb.,

⁴⁴Návrh je pořád dostupný na internetových stránkách Ministerstva zdravotnictví, byť jen prostřednictvím vyhledávání a nikoli přímým odkazem v textu. http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/reformni-zakony-pro-verejnou-diskusi_2199_1645_3.html

⁴⁵ Viz např. zákon č. 298/2011 Sb., nebo zákon č. 369/2011 Sb.

všeobecného zdravotního pojištění⁴⁶. Smysl obou dávek sociálního zabezpečení je však dle mého názoru poněkud odlišný. Zatímco nemocenské pojištění kryje výpadek příjmů v době nemoci, zdravotní pojištění kryje náklady na zlepšení či udržení zdraví. S plošným zavedením peněžitých dávek ve zdravotním pojištění počítal pouze zmíněný legislativní návrh Ministerstva zdravotnictví ve svém § 68, který je rozděloval v zásadě do tří skupin:

- dávky k úhradě zdravotních služeb, přípravků a potravin předepsaných na recept a prostředků předepsaných na poukaz, které splňují kvalitativní a další požadavky, avšak nejsou ekonomicky nejméně náročné (ve výši hrazené formy)
- příspěvky na běžný osobní zdravotní účet
- náhradu nákladů akutních ambulantních zdravotních služeb, čerpaných bez předchozího posouzení zdravotní pojišťovnou mimo smluvní síť zdravotního plánu (ve výši hrazené formy).

Toto dělení však zřejmě nebude v dohledné době oživeno, neboť jak z textu vyplývá, je úzce navázáno na instituty, které tento zákon měl nově do českého práva vnést⁴⁷.

Věcné dávky veřejného zdravotní pojištění jsou hlavním výdajem zdravotních pojišťoven. Dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky činily náklady zdravotních pojišťoven v roce 2009 218,6 mld Kč, v roce 2010 to bylo již 222,5 mld Kč⁴⁸. Dle výročních zpráv zdravotních pojišťoven však byly náklady na zdravotní péči v roce 2009 213,4 mld. Kč⁴⁹.

Tyto prostředky jsou využity k úhradě zdravotních služeb pro účastníky tohoto pojištění. Nakolik je veřejné zdravotní pojištění koncipováno jako obligatorní, všeobecné pojištění, dopadá na převážnou část fyzických osob pobývajících na území České republiky. Osobní rozsah je určen jednak z. č. 48/1997 Sb., a dále pak nařízením č. 1408/71, ve znění nařízení č. 883/2004 a přesnou definici pojištěnce jako

⁴⁶ Viz např. atestační práci MUDr. Marie Horákové z oboru veřejného zdravotnictví na téma spojení nemocenského a zdravotního pojištění, z března roku 1994 na www.apra.ipvz.cz/download.asp?docid=11

⁴⁷ K rozboru tohoto návrhu právní úpravy viz diplomovou práci Novotná, L., Veřejné zdravotní pojištění a jeho nová legislativní koncepce v českém právním řádu, Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2008.

⁴⁸ <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi>

⁴⁹ Zdroj a další informace viz - http://www.uzis.cz/system/files/60_10.pdf srov. např. s <http://www.uzis.cz/rychle-informace/zdravotni-pojistovny-naklady-segmeny-zdravotni-pecce-5>

osoby pojištěné v rámci tohoto systému nalezneme v úvodních ustanoveních uvedeného zákona. Tento rozsah zásadně nevybočuje z evropských tradic, byť úprava v jednotlivých státech se liší. Navíc hledání optimálního způsobu financování zdravotní péče vyžaduje komplexní spolupráci nejen mezi členskými státy Evropské unie, ale i mezi jednotlivými vědeckými disciplínami⁵⁰.

V ČR jsou věcné dávky poskytovány na základě zákona č. 48/1997 Sb., který definuje rozsah služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění (§ 13 odst. 1). Jednotlivé druhy těchto služeb jsou s ohledem na způsob jejich právní úpravy, stanovování cen a smluvních vztahů rozebrány v následujících kapitolách⁵¹. Zde je namístě upozornit, že na tyto věcné dávky má ve stanoveném rozsahu každý pojištěnec právo. Konflikt § 11 z. č. 20/1966 Sb.⁵², který ukládal poskytovatelům poskytovat zdravotní péči v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy⁵³ a definice služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění, je nutno vyřešit právě rozdílnou povahou obou právních předpisů. Zatímco zákon o péči o zdraví lidu definoval pravidla pro poskytování zdravotní péče, nezaobíral se ekonomickou stránkou. Totéž platí i pro dnešní zákon o zdravotních službách. Vedle toho zákon o veřejném zdravotním pojištění řeší jak ekonomickou stránku, tak základní požadavky na kvalitu služeb na základě něj hrazených. Zjednodušeně – každá hrazená služba musí být provedena v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, resp. na náležité odborné úrovni (zjednodušeně „lege artis“, byť nejsem zastáncem tohoto termínu), zatímco ne každá služba lege artis musí být hrazena. Pochopením této zákonitosti je pak možno vyřešit situace, ve kterých není hrazená služba možná tou nejnovější. V takové situaci musí být poskytnuta pojištěnci služba nejlepší z hrazené. K pojmu lege artis je možné najít poměrně velké množství literatury⁵⁴. Obecně v této práci tento

⁵⁰ Zevrubné informace o vlivu evropského práva na tuto oblast lze nalézt v publikaci Mossialos, E., Permand, G., Beaten, R., Herve, K. T., - Health Systems Governance in Europe – The Role of European Union Law and Policy, Cambridge: Cambridge University Press, 2010

⁵¹ Netrpělivému čtenáři lze doporučit shrnutí v publikaci Tröster, P. a kol., Právo sociálního zabezpečení, 5. přepracované a aktualizované vydání, Praha: C.H.Beck, 2010., s. 137 a násl.; nebo Mach, J., Medicína a právo, Praha: C. H. Beck, 2006, s. 209 a násl.

⁵² Od 1.4.2012 § 28 odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách; obě podoby definice jsou srovnány např. zde: <http://www.epravo.cz/top/clanky/nova-definice-lege-artis-a-zakon-o-zdravotnich-sluzbach-81282.html>

⁵³ a myslí se tím bezesporu stav v době aplikace a nikoli tvorby zákona.

⁵⁴ Císařová, D., Sovová, O. – Trestní právo a zdravotnictví, Praha: Orac, 2004
Mach, J., Medicína a právo, Praha: C. H. Beck, 2006

pojem bude používán spíše výjimečně a místo něj bude uveden odkaz na příslušnou právní normu.

O konkrétním rozsahu hrazených služeb v jednotlivých případech není oprávněn rozhodovat žádný správní orgán. Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny ve vztahu k pojištěncům vystupují jako samosprávné orgány. Pojištěnci a především jejich zaměstnavatelé coby plátcí pojistného jejich prostřednictvím sami spravují financování svých zdravotních služeb za podmínek stanovených zákonem. Vedle toho VZP, u které je povinně pojištěn každý, kdo má být podle z. č. 48/1997 Sb., pojištěncem v tomto systému a není pojištěn u zaměstnanecké zdravotní pojišťovny, už tak samosprávnou funkci nemá. Její vztah k pojištěncům nelze označit jinak než *sui generis*, protože kdybych uvedl, že jejím prostřednictvím vykonávají pojištěnci svou samosprávu na základě státního donucení, dopustil bych se použití hned několika protikladů v jedné definici. Podstatným závěrem však zůstává, že ani jeden z druhů zdravotních pojišťoven není oprávněn závazně rozhodovat o rozsahu nároku pojištěnce. Věcné dávky, které má pojištěnec obdržet může pojišťovna zkoumat či dokonce rozporovat, ale jediné právně závazné rozhodnutí v této věci může učinit pouze obecný soud. V poslední době lze vysledovat aktivity směřující k tomu, aby o nároku rozhodoval i jiný subjekt, a sice zvláštní rozhodčí řízení před Rozhodčím soudem při Hospodářské komoře ČR a Agrární komoře ČR⁵⁵. Změny v rozsahu hrazených služeb a definice nároku na věcné dávky z veřejného zdravotního pojištění jsou rovněž předmětem připravovaných legislativních změn⁵⁶. Pro zevrubné právní posouzení těchto nároků *de lege lata* i *de lege ferenda* však není rozsah této práce vzhledem k jejímu tématu postačující. Není však bez zajímavosti spor řešený Soudním dvorem Evropské unie, tzv. případ Elčinov⁵⁷, ve kterém se soudní dvůr zabýval právě definicí nároku. Situace v České republice není v této otázce zcela jasná, neboť vyhláška, kterou Ministerstvo

Šustek, P., Holčapek T. - Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví, ASPI, Praha 2007

⁵⁵ Viz např. http://www.soud.cz/downloads/Tiskova_zprava_20090728.pdf nebo další informace na www.soud.cz

⁵⁶ Viz např. vládní návrh zákona, kterým má dojít mimo jiné ke změnám v zákoně č. 48/1997 Sb., v době přípravy této práce dostupný jako sněmovní tisk č. 325 na

<http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=6&CT=325&CT1=0>

⁵⁷ Rozsudek ve věci C-173/09, Georgi Ivanov Elčinov proti Natsionalna zdravnoosiguritelna kasa

zdravotnictví stanoví seznam výkonů⁵⁸, není zákonem⁵⁹ zřejmě primárně zamýšlena jako definice nároku pojištěnce. Primárně tvoří pomocný seznam pro administraci úhrady zdravotních služeb. V takovém případě je však nárok pojištěnce vymezen značně široce § 13 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Nelze tedy vyloučit, že by se Česká republika, resp. některá ze zdravotních pojišťoven, dostala do obdobného konfliktu s klientem jako její bulharský protějšek v uvedeném sporu.⁶⁰

3. Postavení zdravotních pojišťoven

Jak již bylo uvedeno výše, v současné době zná právní řád dva druhy zdravotních pojišťoven. Byť je velká část právních norem nerozlišuje, zákony a podzákoné předpisy, které upravují jejich činnost, organizaci a celkové postavení jsou poměrně odlišné. Jako první zdravotní pojišťovna vznikla Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (dále jen VZP). Byla zřízena zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky (dále jen zákon č. 551/1997 Sb.). Vedle ní od roku 1992 vznikají další zdravotní pojišťovny, a to na základě zákona č. 280/1992 Sb. První rozdíl mezi oběma druhy subjektů tedy je právě způsob založení. Avšak i další organizační i hospodářské znaky vytvářejí rozdíly, které se odráží v samotné činnosti pojišťoven a jejich přístupu k plnění svých zákonných povinností a uplatňování práv. Právní zhodnocení rozdílů by opět vyžadovalo několikanásobně větší prostor, než je možné mu věnovat v této práci. Považuji však za nutné zmínit alespoň základní otázky související se zmíněnou dvoukolejností.

První je společná pro obě skupiny a týká se posouzení postavení zdravotní pojišťovny ve smyslu čl. 2 odst. 3 Ústavy⁶¹. K posouzení zda se pro zdravotní pojišťovny uplatní princip enumerativnosti veřejnoprávních pretenzí nebo naopak volnost ve vztazích, které nejsou přímo regulovány, je absolutně zásadní. Mám za to, že k odpovědi na tuto otázku lze přistoupit minimálně z hlediska institucionálního a hlediska funkčního.

⁵⁸ Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami,

⁵⁹ § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb.

⁶⁰ Bližší informace o pohledu na systém zdravotnictví v České republice jako celek nabízí publikace Health Systems in Transition, vol 11, no. 1, 2009, Czech Republic Health system review, dostupná na:

<http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/publications/health-system-profiles-hits/full-list-of-hits/czech-republic-hit-2009>

⁶¹ zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky.

Z pohledu institucionálního nutno zkoumat, zda je zdravotní pojišťovna veřejnou institucí. Ani pokud dospějeme k závěru, že ano (k posouzení se dostanu níže), není možné dle mého názoru bez dalšího předpokládat, že veškeré činnosti jsou výkonem státní moci ve smyslu Ústavy⁶². Pokusem definovat veřejnou instituci se zabýval Ústavní soud v několika případech, ve kterých se snažil vymezit pojmové znaky určující pro takovýto subjekt. V jednom z těchto případů⁶³ Ústavní soud dovedl, že takovou institucí je i VZP a zabýval se především obsahem jednotlivých činností, podle kterého dovozoval povahu VZP ve vztahu ke konkrétní zákonné povinnosti. Je otázkou, zda by na základě kritérií, která Ústavní soud v daném případě použil, bylo možné dovést stejnou povahu i ostatních zdravotních pojišťoven. Nicméně je jasné, že primární pro hodnocení přístupu musí být konkrétní činnost zdravotní pojišťovny a až není-li zřejmá povaha činnosti, je nutné posuzovat další znaky (způsob vzniku, kreování orgánů, účel existence, způsob dohledu nebo dozoru⁶⁴). Protože činností vykonávaných zdravotními pojišťovnami může být velké množství, pokusím se poukázat pouze na některé. Za jednoznačně správné (a tedy řízenou pravidly vycházejícími z čl. 2 odst. 3 Ústavy) lze jistě označit činnosti na tzv. příjmové straně základního fondu veřejného zdravotního pojištění, zjednodušeně výběr pojistného a adhezních plnění dle zákona č. 48/1997 Sb., a zákona č. 592/1992 Sb.⁶⁵. Naopak za jasně soukromoprávní činnosti je nutno označit všechny činnosti podléhající režimu zdaňované činnosti dle § 3 odst. 11 vyhlášky č. 418/2003 Sb. Dle mého názoru pak všechny činnosti, u kterých není dána přímá vazba na práva a povinnosti jednotlivých soukromých osob, ke kterým by zdravotní pojišťovna přistupovala ex lege v postavení subjektu nadaného právy o těchto soukromých právech závazně rozhodovat, je nutno primárně vykládat jako činnosti soukromoprávní. Mezi takové tedy musí patřit i vztahy s pojištěnci a s poskytovateli. Zdravotní pojišťovny tento fakt podtrhují zhruba od roku 2006 v nově uzavíraných smlouvách tím, že preventivně využívají odkazu na § 262 odst. 1 obchodního zákoníku⁶⁶, a to převážně nepřímého⁶⁷. Tento fakt má

⁶² Srov. např. Sládeček, V., Mikule, V., Sylová, J. - Ústava České republiky: komentář, Praha: C. H. Beck, 2007

⁶³ Např. nález Ústavního soudu ze dne 16.1.2003, sp.zn. III.ÚS 671/02 ve věci VZP.

⁶⁴ Viz nález Ústavního soudu ze dne 27.2.2003, sp.zn. III.ÚS 686/02

⁶⁵ Zákon 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

⁶⁶ Zákon č. 513/1991 Sb., obchodní zákoník.

nepochybně význam rovněž pro posuzování nároku na náhradu škody, který má být hlavním tématem této práce. Je rovněž zcela klíčový při posuzování vztahů mezi poskytovateli a plátcí, neboť z něj činí vztah dvou rovnoprávných odborných subjektů. Byť se může na jednu stranu zdát, že zdravotní pojišťovny (a zde především VZP, která dlouhodobě registruje přes 60 % pojištěnců) mají v tomto vztahu výhodnější postavení, protože většina poskytovatelů je na platbách z veřejného zdravotního pojištění existenciálně závislá, není tomu tak zcela. Důvodem je silně protekcionalistická legislativa ve prospěch poskytovatelů, která je patrná zejména z vyhlášky č. 618/2006 Sb. a především ze závazných rámcových smluv, které jsou jejími přílohami. Tím vzniká velice zvláštní a velice křehká rovnováha, se kterou se naučila praxe pracovat. Zde si dovoluji podotknout, že mám za to, že tomu tak zčásti i díky tomu, že se na řízení v této oblasti zřídka kdy podílejí právníci. Dlouhodobá praxe, která v zásadě nebyla nucena se až donedávna vypořádávat s extrémními výkyvy, dokázala zvykovým výkladem práva zajistit fungování systému. Je otázkou, k čemu by mohlo vést uplatňování obchodních praktik či běžných soukromoprávních přístupů jednou či druhou stranou. Tyto úvahy jsou však již opět za hranicí tématu této práce. Proto bych zde jen odkázal na kapitoly 4, 5 a 6, které se vždy v úvodu zabývají právě smluvními vztahy.

4. Vazba na poskytování zdravotních služeb

Systém financování zdravotních služeb po stránce ekonomické ani právní, nelze oddělovat od hmotného jádra, které je smyslem celé jeho existence. Poskytování zdravotních služeb musí být základem pro jakoukoli úpravu zdravotního pojištění, a to jak veřejného, tak i soukromého. Ekonomickou povahou společnosti je však způsobeno, že primární je pro zákonodárce (potažmo pro moc výkonnou, která v ČR nejčastěji odpovídá za přípravu legislativních norem) je upravit hospodářské vztahy⁶⁸. Není mým cílem zpochybňovat nebo rozporovat tento přístup, pouze bych v úvodu

⁶⁷ Viz např. čl. XI odst. 1 vzorové smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče na internetových stránkách VZP - <http://www.vzp.cz/poskytovatele/smluvni-vztahy>

⁶⁸ I když porovnání 54 novel zákona č. 20/1966 Sb. a přibližně stejného počtu novel zákona č. 48/1997 Sb. tuto teorii příliš nepotvrzuje.

tohoto oddílu chtěl upozornit na tento fakt, přičemž mám za to, že právě kvalitní úprava pravidel poskytování zdravotních služeb je jediným správním základem pro kvalitní úpravu ekonomických vztahů kolem nich.

Důsledné oddělování úpravy poskytování zdravotní péče či zdravotních služeb jako takových, a úpravy pravidel jejich úhrady musí být základním východiskem jak pro legislativu, tak pro aplikaci a výklad těchto pravidel v praxi i odborné teorii. Dobrým příkladem zde je racionální potřeba rozlišovat nárok pacienta při poskytování zdravotních služeb a nárok pojištěnce veřejného zdravotního pojištění. Ona nadstavba nad základním vztahem pacienta a poskytovatele, v podobě otázky úhrady ze systému sociálního zabezpečení, je samostatnou otázkou. Komplikovanost a komplexnost vztahů jak při poskytování zdravotních služeb, tak při jejich úhradě rovněž vyžaduje specializaci nejen manažerů, ekonomů, ale i různých právnických profesí. Počínaje podnikovými právníky, přes advokáty, zajisté soudce, státní zástupce, až po legislativce. Značné rozpory, které je možno v názorech identifikovat téměř při každé konfrontaci, značí jediné. Oba systémy – jak poskytování, tak úhrada, jsou v českém prostředí v současnosti prudce rozvíjeny. Důvodem u obou je, jako většinou, ekonomický aspekt. V případě poskytování zdravotních služeb dochází ke sporům, protože pacienti cítí nejen osobnostní, ale především ekonomický dopad pochybení a nehodlají se s ním smířit. Na to navazuje rovněž nemalá oblast vztahů souvisejících s profesním pojištěním odpovědnosti. Na druhou stranu v oblasti úhrad dochází k prudkému rozvoji i díky ekonomickým problémům, které se odráží ve veřejném zdravotním pojištění ze dvou důvodů. Prvním je téměř absolutní vazba příjmů veřejného zdravotního pojištění na důchody zaměstnanců a jiných ekonomicky činných fyzických osob a zaměstnavatelů. Role státu a jeho příspěvek za státní pojištěnce v systému není a nemá být prioritní. Druhým důvodem je špatné nastavení manévrovacích možností plátců při rozhodování. To pramení jednak v systému 100% přerozdělení vybraného pojistného se stále nedokonalým zohledňováním specifík kmenů pojištěnců (klientů) jednotlivých pojišťoven a jednak z nejasného, nepřehledného a nekontrolovatelného způsobu nastavení úhradových vztahů mezi poskytovateli a plátcí. A to nejen v současnosti, ale i za posledních několik let. Paradoxně však právě úhradové spory mezi poskytovateli a plátcí mohou systém

posunout dopředu zcela jiným způsobem, než jaký zamýšlí regulátor (Ministerstvo zdravotnictví). Abych nemátl, jasným příkladem je zde situace, kdy Ministerstvo zdravotnictví při přípravě návrhu věcného záměru zákona o zdravotních pojišťovnách veřejně mluví o posílení konkurence mezi těmito subjekty, zatímco Úřad pro ochranu hospodářské soutěže opakovaně rozhoduje v tom smyslu, že mezi zdravotními pojišťovnami hospodářská soutěž neprobíhá. A důvody ÚOHS jsou dobře podloženy unijními normami. Navíc jeho rozhodnutí stojí na posouzení, zda je zdravotní pojištění službou obecného ekonomického zájmu (SGEI) nebo ekonomickou aktivitou. Dochází k závěru, že SGEI je režim, v němž dnes veřejné zdravotní pojištění funguje. To potvrzuje i praxe soudů, kdy vrchní soudy opakovaně rozhodují o tom, že příslušným soudem k řešení sporů mezi poskytovateli a plátcí je v prvním stupni okresní soud. Toto zdánlivě nesouvisející srovnání má společný základ. Soud totiž musí řešit otázku, zda činnost, která je důvodem vztahu a sporu, je obchodní činností či nikoli. Byla-li by obchodní, pak by měl být věcně příslušným soud krajský. Ač se může zdát, že tato odbočka nesouvisí s otázkou vazby na poskytování zdravotních služeb, není tomu tak. Právě úhradové spory totiž ukazují, jak důležité je, aby poskytovatel dodržoval své povinnosti vůči spotřebitelům. Neuhradí-li totiž z nějakého důvodu zdravotní služby zdravotní pojišťovna (např. kvůli neexistenci smluvního vztahu, nebo překročení rámce neodkladné zdravotní péče, kterou lze uhradit i beze smlouvy⁶⁹) měl by ji uhradit pojištěnec. Ten by však měl být takovéto skutečnosti poučen v rámci poučení před udělením souhlasu s výkonem. Poučení dnes odlišně upravují zákony o veřejném zdravotním pojištění a o péči o zdraví lidu, resp. o zdravotních službách.

Někteří medicínsko-právní teoretikové jsou zvyklí rozlišovat medicínský nárok, tedy práva a povinnosti pacienta, od úhradového nároku, tedy práv a povinností pojištěnce. Čím striktněji pak při rozboru i v uvažování přistoupíme k rozdělení těchto dvou úprav, tím přesněji můžeme uvažovat o správnosti nastavení pravidel a jejich vazbách.

Změny v právní úpravě, které probíhají v době přípravy této práce (nahrazení zákona o péči o zdraví lidu zákonem o zdravotních službách⁷⁰) do značné míry znemožňují v této práci relevantně popsat přesahy ekonomické stránky zdravotních služeb co do

⁶⁹ § 17 odst. 1 a § 40 odst. 2, v obou případech poslední věta ustanovení, zákona č. 48/1997 Sb.

⁷⁰ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

stránky věcné. Konkrétní případy umožňující uplatnění deliktní odpovědnosti, které by stály na předpisech o poskytování zdravotních služeb, jsou popsány v příslušných kapitolách. Mou snahou bude postupovat tak, aby závěry, které z textu vyplynou, byly aplikovatelné v zásadě i za nové právní úpravy, byť budou z části vycházet z úpravy starší.

Kapitola 2 - Závazky ve veřejném zdravotním pojištění obecně

§ 489 občanského zákoníku⁷¹ říká, že závazky vznikají z právních úkonů, zejména ze smluv, jakož i ze způsobené škody, z bezdůvodného obohacení nebo z jiných skutečností uvedených v zákoně. Okamžik vzniku závazku však nemusí být s tímto právním úkonem nebo jinou skutečností totožný⁷². Protože podle § 420 občanského zákoníku každý odpovídá za škodu, kterou způsobil porušením právní povinnosti, je namístě popsat, o které povinnosti se jedná. Pokus o výčet by zřejmě nevedl k úspěchu. Mou snahou tedy bude především analýza druhů právních povinností (závazků), které mohou být porušeny. Uvedení konkrétních porušení se však vyhnout nelze, neboť by pak nebylo možné popsat specifika institutu odpovědnosti za škodu ve veřejném zdravotním pojištění. Jakkoli bych rád nabídl čtenáři komplexní přehled závazkových vztahů v této oblasti sociálního zabezpečení, domnívám se, že kapacitní důvody to neumožňují. Ba naopak, bylo by kontraproduktivní opisovat v této práci zevrubně instituty a vztahy, jež mohou být a jsou subsumovatelné pod běžné a popsané vztahy (typicky vztahy s dodavateli při zajišťování provozních činností plátců i poskytovatelů)⁷³. Z uvedených důvodů bude převážná část textu věnována vztahům mezi plátcem a poskytovatelem, které považuji za méně popsané a méně přehledné.

1. Smluvní závazky (ex contractu)

Na smluvní závazky mezi plátcem a poskytovatelem zdravotních služeb praxe subsidiárně používá režim obchodního zákoníku⁷⁴. Je otázkou, zda by se využíval dle § 261 obchodního zákoníku tento předpis bez dalšího, nebo se opravdu jedná o postup dle § 262. Mám za to, že o tom, že poskytovatel je podnikajícím subjektem není pochyb. Snad s výjimkou neziskových ústavních zdravotnických zařízení, se kterými zákon

⁷¹ Z. č. 40/1964 Sb., v platném znění

⁷² Viz např. Švestka, J., Jehlička, O., Škárková, M., Spáčil, J., a kol. – Občanský zákoník. Komentář. 10. vydání. Praha: C. H. Beck, 2006, s.877 a násl.

⁷³ Blíže k některým z těchto vztahů viz Sovová, O., Ke smluvním vztahům ve zdravotnictví, Zdravotnictví a právo 6/2011, vydavatelství JUDr. Karel Havlíček, Praha 2011.

⁷⁴ K obchodním závazkovým vztahům viz Plíva, S., Obchodní závazkové vztahy, 2. Vydání, Praha: ASPI, 2009

jistý čas počítal, avšak žádné v době jeho účinnosti nevzniklo. Tento typ zařízení měl být specifický rovněž tím, že zdravotní pojišťovny by byly povinny s ním uzavřít smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče. K povinné kontraktaci došlo i na začátku existence systému všeobecného zdravotního pojištění a přechod ke smluvní volnosti znamenal i nemalé problémy z pohledu soutěžního práva. Současná právní úprava provedená zákonem o veřejných zakázkách⁷⁵ bývá zejména zástupci zdravotních pojišťoven vykládána různě. Zdravotní pojišťovny totiž nejsou (na rozdíl od předchozí úpravy⁷⁶) výslovně v zákoně o veřejných zakázkách jako veřejný ani sektorový zadavatel uvedeny. Dle mého názoru lze zdravotní pojišťovny bez ohledu na jejich právní postavení⁷⁷ označovat za právnické osoby, které byly založeny či zřízeny za účelem uspokojování potřeb veřejného zájmu, které nemají průmyslovou nebo obchodní povahu⁷⁸, a splňují tak definici § 2 odst. 2 písm. d) bod 1 zákona o veřejných zakázkách, byť obchodní povaha je přinejmenším sporná. Nadto Úřad pro ochranu hospodářské soutěže o povinnostech zdravotních pojišťoven v oblasti veřejných zakázek běžně rozhoduje⁷⁹. Definice podle evropských předpisů však ne všechny tyto instituce naplňují. Bližší popis je uveden v kapitole 4. Podstatné je, že na vztahy mezi plátcí a poskytovateli ani mezi plátcí a dodavateli, kteří dodávají zboží a služby přímo související s poskytováním zdravotních služeb (např. zdravotnické prostředky), se zákon o veřejných zakázkách nepoužívá. Důvod však neplyne z textace zákona o veřejných zakázkách, ale spíše z jakéhosi usu, podle něhož má úprava podmínek poskytování zdravotních služeb a jejich úhrady, včetně pravidel kontraktace dle zákona o veřejném zdravotním pojištění přednost před zákonem o veřejných zakázkách. Rozhodně však není možné tvrdit, že výběrové řízení podle § 46 a násl. zákona o veřejném zdravotním pojištění může funkci veřejných zakázek suplovat. Důvodů by se našlo několik. Za nejmarkantnější však považuji to, že toto výběrové řízení není pro smluvní strany závazné (§ 52 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním

⁷⁵ Z. č. 137/2006 Sb., v platném znění

⁷⁶ Z. č. 40/2004 Sb., § 2 odst. 1 písm. a) bod 4.

⁷⁷ Tedy jak VZP ČR tak zaměstnanecké pojišťovny.

⁷⁸ Viz např. stanovisko ÚOHS č.j. ÚOHS-P885/2011/KD-20436/2011/850/DSv, str. 5 a judikatura tam uvedená

⁷⁹ Viz <http://www.compet.cz/verejne-zakazky/sbirky-rozhodnuti/vyhledavani/> po zadání názvu některé ze zdravotních pojišťoven do pole „účastník“.

pojištění), byť bez doporučujícího stanoviska nesmí po legislativní změně provedené poslaneckou iniciativou, plátce s poskytovatelem smlouvu uzavřít.

K exkurzu do světa veřejných zakázek nemohu neupozornit na praxi zaváděnou Svazem zdravotních pojišťoven ČR, který coby sdružení právnických osob, vyhlásil elektronickou aukci na dodavatele oxygenátorů pro své členy (zaměstnanecké pojišťovny). Tato aukce byla prováděna v režimu na pomezí veřejné zakázky a obchodní veřejné soutěže⁸⁰, avšak pro svou nezávaznost není podřízena ani jednomu z těchto institutů⁸¹. Z tohoto počínu je zřejmé, že hledání finančních úspor může být i pro právníky velkou výzvou a flexibilita aplikace práva v českém prostředí téměř nezná hranic.

Kromě otázky vztahu k veřejným zakázkám považuji za základní aspekt, který je nutno uvést již v úvodu této práce, otázku právního režimu smluvních závazků, o kterých je zde pojednáváno. První a jak je uvedeno výše i zcela běžnou variantou je přímý odkaz na obchodní zákoník. Tímto krokem si strany sjednávají režim obchodního zákoníku volbou dle § 262 odst. 1. Otázkou však je, zda je to nutné. Obecná definice obchodních závazkově právních vztahů vyžaduje, aby šlo o vztahy mezi podnikateli, které se týkají jejich podnikatelské činnosti. Jsou zdravotní pojišťovny podnikateli? Dle § 2 odst. 2 písm. a) obchodního zákoníku je podnikatelem osoba zapsaná v obchodním rejstříku. Tyto subjekty se označují jako absolutní podnikatelé, nebo podnikatelé podle formy⁸². Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny zřízené dle zákona č. 280/1992 Sb. je tedy možné označovat za podnikatele. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR zřízená zákonem č. 551/1991 Sb., však není v obchodním rejstříku zapsána a za podnikatele ji dle této definice označovat nelze. Tím ale vzniká poměrně značný rozdíl v právním postavení dvou druhů subjektů, jejichž cíle existence jsou si poměrně blízké. Druhou částí definice je podnikatelská činnost podnikatelů. Podnikatelská činnost definována právním předpisem stricto sensu není, lze se však domnívat, že definice podnikání a podnikatelské činnosti jsou si příbuzné. Podnikatelská činnost by tedy měla splňovat požadavky na soustavnost,

⁸⁰ § 281 z. č. 513/1991 Sb., obchodní zákoník

⁸¹ Blíže viz např. tiskovou zprávu dostupnou na <http://www.szpcr.cz/aktuality/2010101011.pdf>

⁸² Dědič, J., Obchodní zákoník, komentář, Díl I., Praha: Polygon, 2002

samostatnost, subjekt podnikatele, který koná na vlastní odpovědnost a za účelem dosažení zisku. Až na dosahování zisku lze všechny aspekty u zaměstnaneckých pojišťoven považovat za splněné. Zisk mohou dosahovat zdravotní pojišťovny při tzv. zdaňované činnosti, kterou jsou oprávněny provozovat na základě výkladu ve smyslu čl. 2 odst. 3 Listiny, podle něhož každý (a tedy i zdravotní pojišťovna mimo výkon státní moci) může činit, co není zákonem zakázáno. A tedy zdravotní pojišťovna může podnikat za podmínek § 3 odst. 11 vyhlášky č. 418/2003 Sb. Je otázkou, zda podmínky stanovené v uvedeném ustanovení nepřekračují zákonné zmocnění Ministerstva zdravotnictví k jejímu vydání. Nakolik se mi nepodařilo zjistit, zda některá zdravotní pojišťovna rozporovala toto ustanovení v soudním sporu, nejsem schopen nabídnout čtenáři příklad závazného výkladu tohoto ustanovení. Lze uzavřít, že pokud zdravotní pojišťovna provádí onu „zdaňovanou činnost“ či jinou činnost než poskytování veřejného zdravotního pojištění, může být podnikatelem. Otázkou zůstává, zda má takovou povahu i samotné poskytování veřejného zdravotního pojištění.

Opět na rozdíl od Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR se domnívám, že zaměstnanecké pojišťovny produkují zisk i v hlavní části své činnosti. Jakkoli netvoří peněžní zisk, je cílem a účelem jejich existence produkce příjmů a udržení kladné bilance hospodaření tak, aby zajistily pro své pojištěnce zdravotní služby na požadované úrovni. Ziskem tedy není finanční příjem zakladatelů či jiných osob, ale věcný benefit v podobě vyšší úrovně zdravotních služeb. Právě tento „zisk“ považuji za hlavní důvod existence zaměstnaneckých pojišťoven v českém právním řádu. Jsem si vědom, že tyto myšlenky jsou zásadně odlišné od běžné praxe, mým cílem je však jen poukázat na důvod existence plurality plátců v českém prostředí. Opět lze tedy uzavřít, že při silně extenzivním výkladu považuji za možné označit zaměstnanecké zdravotní pojišťovny za podnikatele a jejich smluvní vztahy za obchodní dle § 261 odst. 1 obchodního zákoníku.

Protože však Úřadem pro ochranu hospodářské soutěže tento výklad nebyl přijat, nemusí to nutně znamenat, že vztahy obchodní nejsou. Považuji za vhodné se zabývat analogickou aplikací § 261 odst. 2 obchodního zákoníku, neboť neobstojí-li výše uvedená argumentace, pak zejména proto, že služby, které v rámci veřejného zdravotního pojištění zdravotní pojišťovny poskytují, jsou považovány za veřejnou

potřebu (viz výklad o SG EI). A jakkoli zdravotní pojišťovny nejsou ani státem ani samosprávnou územní jednotkou, nýbrž spíše jinou samosprávnou institucí založenou v režimu veřejného práva nebo přímo jeho normou, mám za to, že případný znak zajišťování veřejných potřeb je zde tak silným pojítkem s uvedeným ustanovením, že je namísto tyto vztahy za obchodněprávní považovat. Opět nejsem schopen doložit své tvrzení judikaturou, a tudíž jej ponechávám v rovině akademické úvahy.

Posledním momentem, který je v souvislosti s řešenými otázkami na tomto místě dobré zodpovědět je věcná příslušnost soudů. § 9 odst. 3 písm. r) o.s.ř.⁸³ totiž stanoví kritéria poněkud odlišná od obchodního zákoníku. Vyžaduje přímo, aby se spory týkaly podnikatelů při jejich podnikatelské činnosti. Nezáleží tedy na povaze závazkového právního vztahu, ale pouze na povaze a činnosti účastníků. Soudní judikatura však v této věci není zcela ustálená a lze se setkat s rozhodnutími, dle kterých má rozhodovat spory mezi poskytovatelem a plátcem okresní soud bez ohledu na hodnotu sporu, i s rozhodnutími o věcné příslušnosti krajských soudů⁸⁴. Bližší pojednání k tomuto tématu je součástí kapitoly 4 o zdravotních výkonech.

Chceme-li být přesní ve svých úvahách, nemůžeme opomenout další kategorii smluvních závazků, a sice ty, v nichž je jednou ze stran pojištěnec. Vztah mezi poskytovatelem a pacientem je zpravidla smluvní (s výjimkou nuceného podstoupení některých výkonů uloženého zákonem nebo rozhodnutím). Tento vztah primárně spadá do oblasti poskytování zdravotních služeb, avšak prostřednictvím poučení před zákrokem, jak je uvedeno výše, dochází k prolnutí s oblastí veřejného zdravotního pojištění. Poučuje-li lékař či jiný zaměstnanec poskytovatele (nebo sám poskytovatel) o povaze zákroku, nesmí opomenout ekonomickou stránku. Stanoví tak základní náležitost (cenu) ve vztahu s klientem. Ve všech hospodářských vztazích je zcela běžné, že právě cena je zásadním aspektem v rozhodování o přijetí nebo odmítnutí oferty. Případné pochybení vyplývající z tohoto kontraktu nebo rozpor ujednání

⁸³ Z. č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád

⁸⁴ Lze se setkat i s případem, kdy Vrchní soud v Praze rozhodl o příslušnosti okresního soudu z důvodu nemožnosti aplikace § 9 odst. 2 písm. d) o.s.ř. aniž se zabýval § 9 odst. 3 písm. r).

Pro srovnání viz. např. usnesení Vrchního soudu v Praze ze dne 23.10.2003, č.j. Ncp 2858/2003-31, kterým byla věc postoupena krajskému soudu (cca 125.000,- Kč) a Usnesení Vrchního soudu v Praze ze dne 19.3.2009, č.j. Ncp 3063/2008-21, kterým byla věc postoupena okresnímu soudu (cca 935.000,- Kč). Právě ve druhém uvedeném případě Vrchní soud nerozhodoval na základě aplikace § 9 odst. 3 písm. r), ale neaplikování § 9 odst. 2 písm. d) o.s.ř.

s pravidly pro úhradu z prostředků veřejného zdravotního pojištění, pak může snadno způsobit, že k této úhradě nedojde nebo bude nezákonná. Potom se však tento řešení rozděluje do roviny mezi poskytovatelem a plátcem a mezi pacientem a poskytovatelem.

Otázkou vztahu pojištěnce a zdravotní pojišťovny se zatím teorie podstatněji nezabývala. Dle mého názoru z povahy zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven vyplývá, že ve vztahu k pojištěnci zpravidla nevystupují vrchnostensky (s výjimkou případů, kdy je pojištěnec zároveň plátcem pojistného, nebo neplní své informační povinnosti vůči pojišťovně). Tudíž jejich vztah by bylo možné považovat za vztah občanskoprávní, jak tomu bývá u ostatních forem pojištění fyzických osob. Na druhou stranu však povaha Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky, která není samosprávnou institucí, tento výklad podlamuje. Považuji za scestné, aby povaha vztahů v uvedených případech byla odlišná. Proto musíme buď připustit, že ani VZPČR, založená na principu povinného členství pojištěnců, nerozhoduje vrchnostensky, nebo připustit, že zdravotní pojišťovny vždy do jisté míry o nárocích pojištěnců vrchnostensky rozhodují. Já se kloním k výkladu prvnímu. Přesto vykládáme-li některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění, můžeme dospět k závěru, že spravedlivým procesem, v němž by se měl pojištěnec vůči zdravotní pojišťovně domáhat svých práv, je proces správní. Mám však za to, že takovýto výklad je extenzivní a pověření k rozhodování o subjektivních právech musí být zákonem svěřeno explicitně. V takovém případě pojišťovna nerozhoduje o nárocích pojištěnce závazně, nýbrž sděluje své stanovisko pouze z odborného hlediska (např. při indikaci léčebně rehabilitační péče). A závazného rozhodnutí, nebo poskytnutí věcné dávky se pak musí pojištěnec domáhat cestou občanského soudního řízení. V tomto řízení pak lze uplatnit i náhradu škody, která by měla vzniknout případným prodlením nebo nedůvodným odpíráním plnění. Je spíše otázkou pro zákonodárce, zda si je vědom těchto úskalí, a zda hodlá tuto problematiku řešit. Návrhy dostupné v současné době tomu nenasvědčují.

Závěrem tohoto pojednání lze shrnout, že jak rozmanitost smluvních stran, tak rozmanitost smluvních vztahů dělá z oblasti veřejného zdravotního pojištění složitý

komplex, který je nutno rozplétat postupně a systematicky. Vždy je však dobré mít na paměti základní pravidla a nespoléhat se na zažité způsoby výkladu právních norem.

2. Deliktní závazky (ex delicto)

Jak je demonstrováno výše, není možné popsat základní vlastnosti kontraktačních obligací v této oblasti sociálního zabezpečení, aniž bychom museli postoupit složité úvahy o povaze subjektů, které se ho účastní. U obligací vznikajících z deliktů na tom nebudeme příliš odlišně. Na rozdíl od kontraktů, které z velké části řídí zvláštní právní předpisy, se však u deliktů lze spoléhat i na základní instituty občanského či obchodního práva.

Porušení zákona jako první analyzovaný způsob vzniku, váže na povinnosti, které jsou subjektům zákonem či podzákonnými normami ukládány. Tyto obligace vznikající ex lege mohou mít různou podobu a bez enumerativního výčtu lze stěží najít pravidla, která by je scelovala. V některých případech může být dokonce poměrně složité povinnosti identifikovat, natož vykládat a aplikovat.

Jako příklad by zde mohla posloužit textová část vyhlášky, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami⁸⁵, která uvádí, že jako zvlášť účtovaný léčivý přípravek (tzv. ZULP) nelze vykázat přípravek, který lze předepsat na recept. Toto ustanovení tedy obsahuje povinnost poskytovatele primárně předepisovat léčivé přípravky na recept a až nelze-li tak učinit, vyúčtovat je k úhradě zdravotní pojišťovně. Fakticky však Státní ústav pro kontrolu léčiv u všech léčivých přípravků, které lze jako ZULP předepsat, rozhodl, že je možné je vydávat na recept. Tím uvedená povinnost ve vyhlášce zcela neguje podstatu ZULP, jejichž použití však sama definuje. Praxe si s touto situací poradila primárně tím, že toto ustanovení jako zavádějící ignorovala. Právní výklad se ubírá teleologickou cestou a na základě premisy, že vyhláška hovoří o vydávání na recept ve smyslu úhrady na základě receptu, podporuje praxi. Totiž pokud bychom nenalézali rozdíl mezi předepsáním na recept ve smyslu omezení výdeje a předepsáním na recept ve smyslu „poukázky k úhradě z veřejného

⁸⁵ Č. 134/1998 Sb.,

zdravotního pojištění“, byla by úprava postavená na hlavu (a zdravotní pojišťovny by vůbec neměly ZULP hradit).

Porušením zvláštních povinností daných zákonem může tedy vzniknout deliktní odpovědnost plátce i poskytovatele. Protože ale je velká část zákonných povinností přetavena i do textů smluv, bývá nezřídka uplatňováno jejich plnění na základě kontraktů. Co do počtu však převažují zákonné povinnosti plátců i poskytovatelů vůči spotřebitelům, tedy pojištěncům či pacientům. Porušení smluv je naopak častější ve vztazích mezi poskytovateli a plátcí, protože kontraktů, jejich účastníkem by byl spotřebitel, a které by měli vztah k systému veřejného zdravotního pojištění, je pomálu.

Deliktní závazky tak mohou vznikat převážně z titulu odpovědnosti za škodu, která je způsobena porušením jak smluvních tak i zákonných povinností.

Vedle nich se často setkáváme i s quasidelikty, a to především bezdůvodným obohacením, které může vznikat na obou stranách. Na straně poskytovatele nejčastěji přijetím úhrady za zdravotní služby v nesprávné výši, na straně zdravotní pojišťovny pak neoprávněným započtením pohledávek v rozporu se smlouvou a právními předpisy, nebo přijetím plnění, které jí nebylo určeno. Za takové plnění pak někdy poskytovatelé zcela chybně považují plnění poskytnuté pojištěnci bez smlouvy s příslušnou zdravotní pojišťovnou. Judikatura Nejvyššího soudu však v této věci uznává jasnou logickou úvahu, že ze skutečnosti, že poskytovatel poskytl třetím osobám (pojištěncům) nějaké plnění (zdravotní služby), nelze dovodit, že plnil plátcí nebo za plátce. Příjemcem poskytnutých zdravotních služeb byli výhradně pojištěnci, nikoliv sama zdravotní pojišťovna⁸⁶. Důvodem je rozlišování dvou skupin vztahů. Poskytování zdravotních služeb, jako základní rovina, na níž v některých případech, definovaných v zákoně o veřejném zdravotním pojištění, navazuje úhrada poskytnutých zdravotních služeb z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Jakkoli jsou totiž historicky i v současnosti úzké ekonomické vazby mezi poskytováním služeb a jejich úhradou z prostředků veřejného zdravotního pojištění, nemohou být

⁸⁶ Viz např. rozsudek Nejvyššího soudu 33 Odo 547/2002, ze dne 25.11.2004

považovány za podmínku poskytování zdravotních služeb. Rozdíl v chápání souvislostí v těchto vztazích pak v praxi může vést právě k uvedeným quasi deliktům.

Příkladem budiž situace podobná té v prvním rozhodnutí citovaném v poslední poznámce pod čarou. Poskytovatel a plátce nemají perfektní smlouvu a pro účely obchodního vyjednávání jí považují za neuzavřenou. Přesto poskytovatel služby poskytuje a vyžaduje je plátcí k úhradě. Ten presumuje, že smlouva byla konkludentně akceptována. Takováto situace může trvat i několik let. Ekonomická situace, která vede k vyšší kontrole efektivity, nebo jiný podnět, může pak spolu s neustálým vyjednáváním s poskytovatelem, přivést plátce k závěru, že péče byla poskytována bez právního důvodu. Poté bude požadovat vrácení veškerých plateb, které poskytovatel obdržel. Samozřejmě s výjimkou neodkladné zdravotní péče, přičemž důkazní břemeno ponese poskytovatel. Takto nastíněný výklad, jakkoli se z pohledu běžných podnikatelských vztahů může zdát přirozený, by byl pro některé poskytovatele likvidační. Jsem tedy toho názoru, že by soud v úmyslu chránit poskytovatele jako slabší stranu (byť tento přístup nesdílím), dovedl, že smlouva byla uzavřena konkludentně. Zároveň však lze vyslovit absolutní neplatnost této smlouvy, neboť není ve formě, kterou vyžaduje zákon⁸⁷ nebo dohoda účastníků⁸⁸. To vede k situaci, při níž nelze v souladu s občanským zákoníkem, § 455, považovat poskytnuté plnění za bezdůvodné obohacení.

Nastíněný výklad však pokulhává právě v části, kde je plnění pojištěncům považováno za plnění plátcí. Je spíše na vůli pojišťovny, zda bude považovat plnění, které ona sama neobdržela, za plnění, ač dle judikatury Nejvyššího soudu, tomu tak není. Výklad však chrání jak ekonomickou sféru pojištěnců – jednoznačně poškozených nesprávným poučením o zákroku ze strany poskytovatele, tak ekonomickou sféru poskytovatele, který svým vlastním laxním počínáním dospěl do situace, kdy si musí vybrat. Buď uhradí poskytnuté služby z vlastního, nebo bude žalovat své klienty. Paradoxně zájem na tomto výkladu bude mít i plátce, který jako jediný vychází z celé

⁸⁷ V případě zdravotnických zařízení § 17 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb. (od 1.4.2012 odst. 2) a prováděcí vyhláška č. 618/2006 Sb.

⁸⁸ Např. v případě zařízení sociálních služeb s pobytovými službami dle § 17a zákona č. 48/1997 Sb.

skrumáže ekonomicky nejvýhodněji. On totiž celý čas smlouvu považoval za řádně uzavřenou a ve svém počínání počítal s náklady, které již uhradil.

Na závěr bych rád stručně zdůvodnil, jak může k uvedené situaci dojít a proč je popsána v této práci. Spouštěčem bude zpravidla spor o poskytnutou a vykázanou péči (služby), a to buď co do kvality, kvantity nebo ceny. V případě sporu o kvalitu, kterou definuje smlouva, bude poskytovatel tvrdit, že smlouva neexistuje, aby se chránil před závěry případné kontroly. Ne jinak tomu bude v případě kvantity či ceny, a to především ve vazbě na zvláštní dodatky smluv, tzv. cenová ujednání. Tyto dodatky definují nejen cenu, ale i objemová a další omezení. O cenách služeb rozhodují pouze účastníci, byť dohledový orgán (Ministerstvo zdravotnictví) vydává na základě zákonného zmocnění⁸⁹ vyhlášku. Protože její parametry jsou nastavovány bez odpovědnosti za hospodářský výsledek, a protože se jedná o právní předpis, kterým se upravují práva a povinnosti, které by měly být upravovány pouze formou správního rozhodnutí, nebo rozhodnutí obecné povahy, lze o její zákonnosti, potažmo ústavnosti, s úspěchem pochybovat⁹⁰. Pro úspěch či neúspěch této úvahy však nejsem v této chvíli s to doložit žádný názor judikatury či jurisprudence. Důvodem je i skutečnost, že sporům tohoto druhu nečelí většina plátců, ale pouze ti, jejichž ekonomická situace je nutí ke kontrole své vlastní efektivity. Proto jsem si dovolil jej uvést jen jako zajímavost na okraj výkladu o quasidelikttech. Jak bylo uvedeno v úvodu této práce, financování zdravotnictví prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění je ovlivňováno různými zájmy. O tom svědčí i stanovisko Ministerstva zdravotnictví ze dne 20.7.2012⁹¹, které bezprostředně souvisí s právě prezentovanými úvahami o možnostech postupu v případech neexistence písemného cenového ujednání. Jakkoli je toto stanovisko právně nezávazné a kusé, dle informace Sdružení ambulantních specialistů⁹² je prvním krokem k možnému zásahu cestou správního řízení. V době dokončení této práce nebylo možné získat informaci o tom, zda bylo či nebylo správní řízení zahájeno. Bylo by však velice zajímavé sledovat, jak by se správní orgán vypořádal s aplikací základních pravidel soukromého práva. Právě možnost

⁸⁹ § 17 odst. 6 (resp. od 1.4.2012 odst. 5) zákona č. 48/1997 Sb.

⁹⁰ Viz např. Nález pléna Ústavního soudu, sp. zn. Pl. ÚS 36/05.

⁹¹ http://mzcr.cz/dokumenty/stanovisko-ministerstva-zdravotnictviohledne-povinnosti-uh rady-zdravotni-pece-6548_1.html

⁹² www.sasp.cz, viz zprávu z 25.7.2012.

takovéhoto zásahu do individuální smluvní politiky instituce, nad níž má Ministerstvo zdravotnictví vykonávat dohled, je neklamným znakem příklonu chápání postavení výkonné moci ve veřejném zdravotním pojištění, jako dozoru. Tyto úvahy, stejně jako úvahy o důvodech postupu Ministerstva zdravotnictví jsou však mimo rámec této práce.

Jak deliktní, tak quasideliktní závazky mezi plátcí a poskytovateli mají svůj odraz i ve vztazích obou těchto skupin s pojištěnci. Opět se dotýkáme situace, kdy poskytovatel požaduje plnění od plátce, ač by jej měl správně požadovat od pacienta. Důvody mohou být různé, ale pokaždé narazí na argument, že o této situaci nebyl pacient předem informován. Lze jen stěží předpokládat, že by se průměrný pacient v takové situaci rozhodl zdravotní služby uhradit z vlastních prostředků. Je téměř jisté, že by se naopak snažil využít možnosti úhrady z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Této úhrady se však zpravidla musí domáhat pojištěnec, nikoli smluvní poskytovatel. Právo na zajištění dostupnosti zdravotních služeb totiž svědčí pouze pojištěnci a nikoli poskytovateli. Poskytovatel má právo z důvodů uvedených v § 48 zákona o zdravotních službách, pojištěnce odmítnout (dříve byl důvod podle § 48 odst. 1 písm. a) zákona o zdravotních službách obsažen v § 11 odst. 1 písm. d) zákona o veřejném zdravotním pojištění). Neučiní-li tak, je povinen služby poskytnout. Nejsou-li kryty smlouvou s plátcem, vzniká bezdůvodné obohacení na straně pojištěnce. Avšak důvodem je nesprávné poučení a selhání poskytovatele. Tímto krásným kolečkem dává zákonodárce zřejmě najevo svůj vztah k poskytovatelům. Je však otázkou, co jej vede k tomuto pokusu od podnikání v této oblasti odradit kohokoli, kdo si je uvedených komplikací vědom. Poskytovatel má šanci argumentovat neodkladností poskytnutých služeb, neboť v takovém případě dojde k jejich úhradě. To však zdaleka není vždy. Důvodem též nemůže být pouhá indikace služby lékařem. Podmínky neodkladné péče nejsou závazně stanovené⁹³ a musí být tedy v případě sporu otázkou posouzení soudcem. V odůvodněných případech pochopitelně budou rovněž předmětem znaleckého dokazování. Tak jako tak to nijak neposiluje předvídatelnost práva na straně poskytovatelů ani spotřebitelů. Případnou možnost přenést tuto

⁹³ Pokus Ministerstva zdravotnictví tak učinit v cenovém předpise 1/2012/DZP, s účinností pouze pro tento předpis nebude dále komentován, neboť jej nepovažují ani za zdařilý, ani za jakkoli obecněji závazný.

odpovědnost na plátce, jak to naznačil Ústavní soud ve svém rozhodnutí I.ÚS 2785/08, ze dne 13.09.2011, považují za chybnou. Plátce totiž neřídí svou příjmovou část. Musí mít tedy možnost racionálně řídit alespoň své výdaje, aby mohl naplňovat svou funkci. Toto by mu bylo značně znemožněno otevřeným výčtem situací, v nichž musí uhradit poskytnuté služby někomu, s kým nemá či nechce mít smluvní vztah, v objemu a za cenu, o nichž nemůže rozhodovat. Situaci navíc komplikují dva podzákoné předpisy, jejich povaha zřejmě odporuje čl. 26 a čl. 36 Listiny, avšak zatím žádné řízení nedospělo do stadia, v němž by se jejich ústavnost posuzovala. Byť v separátním votu několika soudců k rozhodnutí Pl. ÚS 1/08, ze dne 20.05.2008, je jednoznačně uvedeno, proč tyto předpisy za neústavní považují, zatím nebyly zrušeny. Podrobnější rozbor, jakkoli jej považují za důležitý, není zcela namístě ve vazbě k tématu této práce. Proto i z objemových důvodů prosím berte tento drobný exkurz jen jako podnět k úvaze.

Kapitola 3 - Srovnání odpovědnosti za škodu a náhrady nákladů na léčbu dle § 55

Odpovědnost za škodu v občanském právu a náhrada nákladů na hrazené služby vynaložených v důsledku protiprávního jednání vůči pojištěnci⁹⁴ jsou si pojmově velice blízké. Úprava obsažená v § 55 má jednoznačně zvláštní charakter vůči obecné odpovědnosti za škodu. Specifičnost tohoto ustanovení však není v definici nároku zdravotní pojišťovny, ale spíše v navazujících informačních povinnostech. Až plnění těchto povinností umožňuje tomuto institutu plnou realizaci.

Historicky se musela judikatura nejdříve vypořádat s povahou náhrady nákladů na léčbu ve vztahu k jinému institutu občanského práva, a sice s náhradou nákladů spojených s léčením podle § 449 občanského zákoníku. Nejvyšší soud⁹⁵ dovodil, že: „Formulace "náklady léčení" použitá v § 449 odst. 3 obč. zák. je pouhou legislativní zkratkou pojmu "náklady spojené s léčením" v odstavci prvním a neznamena rozšíření rozsahu nároku na veškeré náklady vynaložené na léčení, včetně nákladů hrazených zdravotní pojišťovnou. Toto ustanovení totiž zohledňuje skutečnost, že ne všechny náklady vyvolané újmou na zdraví nese nutně sám poškozený. Vzhledem k tomu, že v době léčení či hospitalizace poškozeného se na snaze o zlepšení jeho zdravotního stavu mohou podílet i jiné osoby, především z okruhu jeho příbuzných či osob blízkých, je smyslem této úpravy založit i jim právo na náhradu jimi účelně vynaložených nákladů; proto zákon tyto třetí osoby výslovně legitimuje k uplatnění nároků vůči škůdci vlastním jménem. Za toho, kdo vynaložil náklady léčení, pak ve smyslu tohoto ustanovení ale nelze považovat zdravotní pojišťovnu, která z titulu zdravotního pojištění poškozeného uhradila náklady zdravotní péče, neboť její vztah k poškozenému je upraven zvláštním zákonem, její činnost se uskutečňuje ve sféře veřejného zdravotního pojištění a konečně její nárok na náhradu škody vůči škůdci je založen ustanovením zákona, který je k občanskému zákoníku předpisem speciálním.“

⁹⁴ Jak zní plný název § 55 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění do 1.4.2012. Od účinnosti zákona č. 369/2011 Sb., je to „Náhrada nákladů na hrazené služby vynaložených v důsledku protiprávního jednání vůči pojištěnci“.

⁹⁵ Rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 2 Cdon 2079/97

Tím byl dán jednoznačný základ pro vývoj tohoto ustanovení ve směru obecné odpovědnosti za škodu, tak jak je obvyklá i mimo sociální zabezpečení⁹⁶.

V praxi zdravotních pojišťoven je často institut náhrad nákladů na léčbu preferován před ostatními způsoby sanace škod vzniklých spolu s deliktní odpovědností. Zcela v souladu s rčením „bližší košile nežli kabát“. Tento postup je dle mého názoru v souladu s právním výkladem a je správné nejdříve uplatňovat speciální nástroje až poté aplikovat nástroje obecné. Ten, kdo právní normy aplikuje i ten, kdo je bude posléze závazně vykládat, tak budou muset pokaždé řešit právě otázku subsidiarity a speciality. Zde jsem zastáncem toho, aby speciální ustanovení § 55 bylo aplikováno pouze tam, kde je naplněn jeho cíl. Tímto cílem bylo jednoznačně posílení právního postavení plátců. Zákonodárce zřejmě vnímal tuto potřebu tak silně, že se rozhodl pro samostatný institut. Proto by mělo k jeho aplikaci docházet tam, kde zajistí aktivně legitimované (zdravotní pojišťovně) efektivnější vymožení škody. Nelze však vyloučit aplikaci obecných ustanovení občanského, potažmo obchodního zákoníku, v případech, kdy zdravotní pojišťovna nemůže prokázat naplnění ustanovení § 55 odst. 1 zákona, pokud jejich naplnění obecná ustanovení nevyžadují.

Pro přehlednost doplním, že § 55 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění vyžaduje tyto podmínky:

- Náhrada nákladů se vymáhá po třetí osobě (odlišné od zdravotní pojišťovny a pojištěnce)
- Hradí se náklady na péči (resp. služby) hrazenou z veřejného zdravotního pojištění.
- Hradí se náklady na péči, které již byly vynaloženy (otázkou je pak aplikace § 384 obchodního zákoníku, v některých případech)
- Vynaložení nákladů musí být v příčinné souvislosti se zaviněným, protiprávním jednáním třetí osoby.

Právě poslední odrážka zužuje možnosti zdravotní pojišťovny proti některým institutům občanského zákoníku. Proto mám za to, že subsidiaritu těchto nástrojů nelze

⁹⁶ Viz např. Rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 1113/2002

zcela vyloučit. Blíže k porovnání odkazují na následující části této kapitoly, kde jsou některé analyzovány. A to jak náhrada škody vůči pojištěnci, který sám způsobil porušením své povinnosti škodu, tak náhrada škody způsobené poskytovatelem (byť ta je převážně v režimu obchodního práva). Náhrada škody podle § 420a občanského zákoníku a další zvláštní instituty mají převážně místo v posuzování porušení povinností při poskytování zdravotních služeb. Jejich přesah do veřejného zdravotního pojištění sice není vyloučen, ale faktická možnost, aby zdravotní pojišťovna takového pochybení zjistila a navíc úspěšně prokázala, je téměř mizivá. Jinak tomu však je v případě § 421a občanského zákoníku, který je plně aplikovatelný i na vztah mezi plátcem a poskytovatelem. Známým a medializovaným případem je *causa* silikonových implantátů francouzské společnosti Poly Implant Prothèse, jejíž stručný rozbor s nástinem dopadů do veřejného zdravotního pojištění uvedu níže.

Z pohledu ekonomického nutno ještě upozornit na rozdílnost odpovědnosti za škodu a náhrady nákladů na hrazené služby co do rozsahu náhrad. Zatímco při odpovědnosti za škodu je rozsah náhrady škody složen z dvou částí - skutečné škody a ušlého zisku⁹⁷, u speciálního institutu se hovoří pouze o náhradě nákladů, které byly vynaloženy za zdravotní služby. Nelze k nim tedy počítat ušlý zisk. Navíc je nutno při posuzování náhrady škody dbát podstaty *damnum emergens* jako zmenšení majetku poškozeného⁹⁸. Prof. Eliáš v citovaném díle uvádí, že velikost skutečné škody vyjadřuje peněžité vyvážení zmenšení majetku poškozeného, případně majetkové hodnoty nutné pro uvedení toho, co bylo poškozeno do původního stavu, náklady účelně vynaložené k odvrácení škody, náklady účelně vynaložené v důvodném očekávání, že se druhá strana zachová podle práva a konečně i náklady účelně vynaložené k vyvážení toho, že uvedení do původního stavu (jakožto základní způsob náhrady škody) nebylo provedeno. Vedle toho se zdá být právo na samotnou náhradu nákladů vynaložených na hrazené služby poměrně chudým instrumentem. Přesto je však efektivní a bude-li v praxi v odůvodněných případech doplněno využitím obecné náhrady škody, může nadále plnit svou sanační roli posílit svou úlohu odradit případné škůdce.

⁹⁷ § 442 odst. 1 občanského zákoníku, § 379 obchodního zákoníku

⁹⁸ Eliáš, K. a kol. - Občanský zákoník velký akademický komentář, Praha: Linde, 2008, s. 970.

Z metodologického hlediska je tato kapitola rozdělena do tří větších celků. První dva se vztahují k obecné odpovědnosti za škodu a rozlišují se procesem uplatnění. Poslední část je věnována zvláštnímu postupu podle předpisů o veřejném zdravotním pojištění a obsahuje pojednání jak o postupu v občanském tak trestním řízení.

1. Odpovědnost za škodu v občanském soudním řízení

Občanské soudní řízení, jako základní nástroj k vymožení práva soukromoprávní povahy, dominuje otázce vymáhání náhrady škod v oblasti veřejného zdravotního pojištění. Jeho prostřednictvím uplatňují účastníci své nároky vyplývající jak z pravidel práva občanského (vztah pojištěnec-plátce, pojištěnec-poskytovatel), tak práva obchodního (poskytovatel-plátce) nebo pracovního.

Přesto je samotný postup náhrady škody subsidiárním. V hierarchii nároků je primární plnění dle smlouvy, je-li uzavřena. Do této skupiny patří zejména vztahy mezi poskytovateli a plátcí. Sekundární je plnění dle zvláštního zákona. Sem můžeme zařadit vztahy s pojištěnci. Terciární pak je uplatnění obecných nároků a tedy i náhrady škody. Každá kategorie je podpůrná pro kategorii předešlou. Pro úspěšnou při před soudem je nezbytné postupovat vždy od smluvních, přes zvláštní až k obecným normám. V rámci obecných norem je rovněž nutno dodržovat principy subsidiarity, které vyplývají z textu zákona nebo judikatury. Jako příklad poslouží subsidiarita bezdůvodného obohacení ve vztahu k náhradě škody⁹⁹.

Popis či výklad veškerých nastíněných vztahů však není s ohledem na rozsah této práce možný, a mám za to, že by nebyl ani účelný. Pokusím se proto popsat pouze situace, které jsou výjimečné a mají přesah do prostředí veřejného zdravotního pojištění.

Začněme **nároky pojištěnce**. Většina této práce je věnována vztahům mezi plátcí a poskytovateli. Nároky pojištěnců by však měly tvořit nejpočetnější skupinu situací. Protože zákon o veřejném zdravotním pojištění, který byl přijat jako prozatímní řešení,

⁹⁹ Viz Švestka, J., Spáčil, J., Škárová, M., Hulmák, M. a kol. Občanský zákoník, Komentář. 2. vydání. C. H. Beck: Praha, 2009, str. 1325. Byť s ohledem na úpravu v novém občanském zákoníku nemusí být tento názor zcela bez výhrad přijímán, srov. Petrov, J., Bezdůvodné obohacení v NOZ: reakce na příspěvek prof. Tichého, Bulletin Advokacie č. 5/2011, str. 27 an.

nedefinuje jasně vztah mezi zdravotní pojišťovnou a pojištěncem, ani nárok pojištěnce ve vztahu k systému veřejného zdravotního pojištění jako celku, jsou tyto situace o to zajímavější.

Na rozdíl od komerčního pojištění¹⁰⁰ nestojí vztah mezi pojištěncem a zdravotní pojišťovnou na smlouvě, nýbrž na zákonném ustanovení. Tento vztah se liší podle zdravotní pojišťovny, jejímž klientem pojištěnec je. Jak je uvedeno v kapitole první, je Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky v jiném postavení než zaměstnanecké pojišťovny. Jejimi pojištěnci jsou všichni, kdož nejsou pojištěnci zaměstnaneckých pojišťoven. Zaměstnanecké pojišťovny pak umožňují pojištěncům i plátcům pojistného samosprávu těchto vztahů. Ani ta však nemění rozsah nároku, pokud nárok vnímáme jako zdravotní služby hrazené ze základního fondu zdravotního pojištění. Rozsah se může měnit, a samospráva uplatňovat, spíše co do jiných fondů, především fondu prevence podle § 16 odst. 4 zákona č. 280/1992 Sb. Pravidla pro úhradu z tohoto fondu stanoví každá pojišťovna samostatně.

Nárok pojištěnce v českém prostředí není definován konkrétně. Veškerá regulace objemu hrazené péče vyplývá pouze z ustanovení § 11 odst. 1, § 13 odst. 1 a § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění. I když zákon obsahuje kromě obecných definic jak pozitivní tak negativní výčet hrazené péče (hrazených služeb), uzavřený výčet neexistuje. Někdy za takový bývá považována vyhláška č. 134/1998 Sb., neboť ta obsahuje popis výkonů, které hradí zdravotní pojišťovny poskytovatelům. Povahu vyhlášky jako definice nároku podtrhuje postoj Ministerstva zdravotnictví po novele provedené zákonem č. 298/2011 Sb., kterou došlo ke změně § 13 a rozdělení zdravotních výkonů podle jejich ekonomické náročnosti. Přesto nelze tuto podzákonou normu, jejímž účelem je dle systematického výkladu stanovení pomocných pravidel pro určení ceny zdravotních služeb, považovat za definici nároku pojištěnce. O to komplikovanější pak bývá nalézání hranice nároku pojištěnce v mezních případech. Pojištěnci tak mnohdy nezbyvá než se obrátit na civilní soud. S rozvojem zdravotnického práva a nárůstem počtu advokátů, kteří se mu věnují, lze očekávat i vzrůstající trend v této oblasti. A to o to více, čím vyšší budou částky, o

¹⁰⁰ Upraveného zákonem č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví a zákonem č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě

nichž se spory povedou. Významným aspektem zde pak bezesporu bude poskytování zdravotních služeb v jiných státech Evropské unie. Domnívám se, že právě tyto případy povedou k eskalaci odborné diskuze a přehodnocení definice nároku v českém prostředí.

Jako příklad může posloužit případ, který řešil Evropský soudní dvůr, a který je pracovně označován jako případ Elčinov¹⁰¹. Řešenou otázkou byl právě nárok na úhradu zdravotních služeb z prostředků veřejného zdravotního pojištění v případě čerpání péče v zahraničí. Problém spočíval v ekvivalenci služeb a v tom, zda péče poskytnuta v zahraničí spadá pod definici péče hrazené podle právního řádu státu. V uvedeném případě soud shledal, že péče, kterou pan Elčinov čerpal v zahraničí, byla součástí nároku dle vnitrostátního práva, protože ten je definován široce. I když zákon o veřejném zdravotním pojištění obsahuje úpravu o něco málo podrobnější, nelze vyloučit, že na základě použité argumentace, by mohlo dojít k obdobnému rozhodnutí i v České republice. Celou záležitost pak z pohledu práva značně komplikuje nutnost znaleckého zkoumání a posouzení odborné medicínské stránky věci. Zcela samostatnou otázkou je pak obecná prevenční povinnost a zamyšlení se nad její aplikací v případech prodlení s čerpáním péče v České republice. Tato situace může nastat a zpravidla nastane, pokud pojištěnec preferuje jistý způsob léčby, například konkrétní způsob provedení operace, zatímco jeho ošetřující lékař stanovil způsob odlišný, například rehabilitaci, medikaci nebo jiný způsob operace. Má-li pojištěnec odborné stanovisko zahraničního poskytovatele o vhodnosti klientem preferovaného způsobu léčby, věc se komplikuje. Medicínské posouzení musí stanovit, zda jsou oba způsoby zaměnitelné, nebo zda je jeden z nich efektivnější. Nadto právně nutno zkoumat, zda nevzniká prodlením, nerespektováním doporučení českého lékaře či dalším jednáním pojištěnce, hrozba dalšího zaviněného protiprávního vynaložení nákladů ze strany zdravotní pojišťovny. Shrnutím těchto fikcí budiž pouze konstatování, že právní úprava v České republice je nedokonalá, nesvědčí právní jistotě zúčastněných a je jen otázkou „středně velké katastrofy“, kdy dojde k její změně.

¹⁰¹ C-173/09, Georgi Ivanov Elčinov proti Natsionalna zdravnoosiguritelna kasa, datum rozhodnutí: 5. října 2010

Druhým směrem náhledu na nárok pojištěnce je jeho uplatnění ve vztahu k poskytovateli. Jedná se o situaci, kdy pojištěnec neuplatní svůj nárok u plátce, s nímž je v právním vztahu založeném zákonem o veřejném zdravotním pojištění, ale u poskytovatele, který zde na základě smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče plátce supluje.

Poskytovatel je povinen pacienta před zákrokem poučit. Součástí poučení musí být i ekonomická stránka zákroku, tedy zejména informace, zda je zákrok hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, případně za jakých podmínek, a pokud ne, jaká je jeho cena. Pochybí-li poskytovatel při plnění této povinnosti, je pojištěnec oprávněn po něm požadovat vzniklou škodu. Tento závěr klade velké nároky na poskytovatele a především na jeho zaměstnance. Opět mám za to, že může docházet k rozšiřování uplatňování povinnosti správného poučení o ekonomické stránce zákroku. Důvodem je právě zmíněná novelizace zákona o veřejném zdravotním pojištění, která více zapojila pojištěnce do ekonomických vztahů v rámci systému veřejného zdravotního pojištění. Přesněji pojištěnec již v nich nefiguruje pouze na straně příjmů systému veřejného zdravotního pojištění (při platbách pojistného), ale i na straně výdajů (při poskytování zdravotních služeb). Úvahy nás však v této oblasti mohou vést až k ne příliš šťastným vyhlídkám. V praxi se totiž může lišit medicínsky správný postup od toho, co za správný postup považuje zákon nebo jiný právní předpis. Z pohledu úhrady z veřejného zdravotního pojištění je zřejmé, že základem pro úhradový nárok pojištěnce je zákon. Stanoví-li tedy zákon, že hrazené jsou ty služby, které jsou provedeny medicínsky správně, musí převážít medicínské posouzení nad zněním např. podzákonného přepisu (např. vyhlášky o povinném očkování). Nestane-li se tak, může se pojištěnec domáhat náhrady škody (a v případě očkování podle § 421a občanského zákoníku), pokud bude poskytnuta služba sice v souladu se zvláštním právním předpisem, ale medicínsky nesprávně. To pak rovněž může vést k uplatnění regresního nároku ze strany zdravotní pojišťovny. Tuto odpovědnost však ponese vždy poskytovatel, který se rozhodl dát přednost právnímu předpisu před medicínsky správným postupem. Odpovědnost státu (ať již moci výkonné nebo zákonodárné) za nesprávné právní předpisy je totiž značně omezena. To už je ale otázka, která přímo nesouvisí s případnými nároky pojištěnce na náhradu škody.

Po procesní stránce si dovolím poslední poznámku k nárokům pojištěnce. Případná žaloba vůči plátcí i poskytovateli by měla znít na plnění¹⁰². Jakkoli lákavé může být podání žaloby určovací¹⁰³, nutno dbát na to, že tento druh návrhu na zahájení řízení je subsidiární. Nejvyšší soud konstantně rozhoduje, že podmínka naléhavého právního zájmu a tedy možnost rozhodovat o určovací žalobě není splněna, pokud lze podat žalobu na plnění. V rozsudku uveřejněném pod číslem 68/2001 Sbírkou soudních rozhodnutí a stanovisek dovolací soud uzavřel, že lze-li žalovat o určení práva nebo právního vztahu, není dán naléhavý právní zájem na určení neplatnosti smlouvy, jež se tohoto práva nebo právního vztahu týká. Jinak řečeno, je-li posouzení platnosti právního úkonu otázkou předběžnou ve vztahu k řešení otázky (ne)existence práva nebo právního vztahu, který měl být tímto právním úkonem založen, změněn nebo naopak ukončen, pak na takovém určení není dán naléhavý právní zájem¹⁰⁴.

Vedle zmíněných postupů si lze rovněž představit požadavek satisfakce za nemajetkovou újmu, kterou pojištěnec při nesnadných jednáních s plátcem či poskytovatelem utrpěl. Zatím jsem se s takovouto situací nesetkal, ale jistě ji nelze vyloučit, především s ohledem na její vzrůstající popularitu ve sporech mezi pacienty a poskytovateli. Význam sanace této újmy podtrhuje i legislativní návrh¹⁰⁵ na změnu zákona č. 82/1998 Sb., o odpovědnosti za škodu způsobenou při výkonu veřejné moci rozhodnutím nebo nesprávným úředním postupem, kterým by se měla doplnit možnost požadovat právě i satisfakci za nemajetkovou újmu způsobenou řešenými postupy.

V režimu správního práva je pak řešena specifická pohledávka pojištěnce za zdravotní pojišťovnou, kterou lze označit za výjimku z pravidla hned dvakrát. Pohledávka podle §16b zákona o veřejném zdravotním pojištění, tedy nárok na vrácení regulačních poplatků a doplatků za léčiva nad stanovený limit, je jednak atypickou peněžitou dávkou veřejného zdravotního pojištění a jednak jediná dávka veřejného zdravotního pojištění, o níž se nesporně rozhoduje v režimu správního řízení. O použití správního řádu totiž v tomto případě výslovně hovoří § 53 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním

¹⁰² § 80 písm. b) o.s.ř.

¹⁰³ § 80 písm. c) os.ř.

¹⁰⁴ Dle rozsudků Nejvyššího soudu sp. zn. 28 Cdo 4550/2009 ze dne 3.1.2011 a sp. zn. 29 Odo 539/2003, ze dne 27. 1. 2005

¹⁰⁵ Viz Sněmovní tisk 543, www.psp.cz

pojištění. To, co by se tedy mohlo bez tohoto ustanovení zdát jako klasická civilní pohledávka je tedy pohledávkou administrativní a vede opět k zamyšlení se nad povahou nároku pojištěnce a procesu poskytování věcných dávek z veřejného zdravotního pojištění. Záležitost navíc komplikuje i srovnání různých dávek v nemoci - věcných (zdravotní pojištění) a peněžitých (nemocenské pojištění), či zamyšlení se nad úpravou dle § 41 a násl. zákona o specifických zdravotních službách¹⁰⁶ a možnosti aplikace pravidel pro posudkovou péči na „rozhodování“ revizních lékařů o schválení poskytnutí věcné dávky. Tyto úvahy, jakkoli jsou zajímavé a zásadní pro fungování výdajové části veřejného zdravotního pojištění, vysoce překračují vymezenou materii této práce.

Nároky z odpovědnosti za škodu, které by mohl uplatnit **poskytovatel**, jsou zúžené na velice specifické situace. Důvodem je, jak je uvedeno výše, skutečnost, že vztah poskytovatele k systému veřejného zdravotního pojištění není existenční. Z ekonomického pohledu je tomu sice jinak, ale z pohledu právního jsou odlišné úpravy vztahů poskytování zdravotních služeb a jejich úhrady z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Ve vztahu poskytovatele a pojištěnce nalézáme velice málo povinností, jejichž porušení by mohlo být v příčinné souvislosti se škodou, která vniká poskytovateli. Asi největší co do počtu případů i finanční hodnoty, je dnes povinnost pojištěnců dle § 16a zákona o veřejném zdravotním pojištění – povinnost platit regulační poplatky. Tomuto tématu je věnován samostatný exkurz v závěru této práce. Na tomto místě lze jen uvést, že pohledávka poskytovatele z titulu regulačních poplatků je dnes vnímána jako soukromoprávní a je žalovatelná jako jakékoli jiné plnění. Náhrada škody v tomto případě nebývá uplatnitelná samostatně. Prostřednictvím obecného institutu úroků z prodlení však může poskytovatel hojit zvýšené náklady vzniklé omeškáním platby za regulační poplatky. Porušení povinností podle § 41 zákona o zdravotních službách pacientem může vyvolat odpovědnost za škodu. Poskytovatel by se mohl zajisté domáhat i její náhrady. Tyto případy však zřejmě nebudou časté a nebudou souviset s veřejným zdravotním pojištěním, snad s výjimkou porušení informační povinnosti (§

¹⁰⁶ Zákon č. 373/2011 Sb.

41 odst. 1 písm. d)) ve vazbě na různé smluvní limitace (škoda) nebo stimulace (ušlý zisk), které vyplývají ze smlouvy o poskytování a úhradě zdravotních služeb.

Ve vztahu poskytovatele a plátce existuje více práv a povinností, ať už vzájemných či jednostranných. Logicky zde dochází i k častějšímu jednání, které může způsobit vznik škody. Z pohledu plátce se nejčastěji bude jednat o škody způsobené při kontrolní činnosti, byť obecně práv z náhrady škody nebude tolik, jako jiných, především smluvních, titulů pro plnění.

Z pohledu **plátce** je vždy problematická otázka právě důvodu, pro který je to které plnění požadováno. Jak je uvedeno v obecné části tohoto pojednání, existuje jakási hierarchie titulů, která by měla být dodržena. Ne u všech je však zřejmé, kde končí jeden a kde začíná druhý. Kam až lze výkladem rozšiřovat povinnosti k plnění, a kde již dochází ke vzniku škody. Za všechny bych si dovolil uvést jeden příklad. Předepíše-li zaměstnanec smluvního poskytovatele léčivé přípravky na účet plátce v rozporu s rozhodnutím Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL), poruší několik ustanovení. Zákonných i smluvních. Působí škodu plátci tím, že zaviněně poruší pravidla preskripce. Plátce však tuto škodu neuplatní v režimu občanského zákoníku. § 42 odst. 3 zákona o veřejném zdravotním pojištění totiž přímo říká, že jestliže poskytovatel, v rozporu s rozhodnutím SÚKL předepíše léčivý přípravek a plátce jej uhradí, má plátce nárok na úhradu zaplacené částky předepisujícím poskytovatelem. Navíc však bude porušena smlouva, která nepřímě předpokládá, že za nesprávnou preskripci odpovídá předepisující poskytovatel a nikoli ten, kdo předepsané léčivé přípravky poskytuje. Smlouva sice více hovoří o indukované péči, ale jsem přesvědčen, že poskytování léčivých přípravků lze za takovou péči považovat. Zároveň předpokládá, že nesprávně indukovaná péče nebude započtena proti úhradě požadované zařízením indukované péče. Z toho lze dovodit, že může být započtena zařízení, které péči indukovalo.

Právě započtení pohledávky plátce za poskytovatelem je efektivním nástrojem řešení zjištěných pochybení. V případě smluvních porušení, která se váží na pochybení při vykazování služeb, je možnost zdravotní pojišťovny provést jednostranné započtení zjevná. Při uvedené indukované péči to může být sporné. V případě náhrady škody,

nebo bezdůvodného obohacení pak může zpravidla dojít k započtení po výzvě a po uplynutí lhůty k zaplacení, která je v ní uvedena, neboť tímto okamžikem se stává pohledávka splatnou¹⁰⁷. Uvedené však neplatí u fakultních nemocnic a některých odborných ústavů, které mají formu příspěvkové organizace státu, protože jednostranné započtení výslovně vylučuje § 42 odst. 2 zákona o majetku České republiky¹⁰⁸. Tím zákonodárce dává značnou výhodu uvedeným skupinám poskytovatelů. Na druhou stranu jejich postavení by mělo zaručovat, že případů zjištěných pochybení bude podstatně méně než u komerčních subjektů i příspěvkových organizací územních samosprávných celků. Důvodem jsou především další právní předpisy a kontrolní mechanismy, které mají chránit prostředky státního rozpočtu.

Započtení v situaci po účinnosti vyhlášky č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy, se odlišuje od situace před její účinností. Důvodem je především povaha vztahu. Zatímco před touto vyhláškou z textu smlouvy není zcela zřejmé, zda je podřízena režimu obchodního či občanského zákoníku, po její účinnosti převážil obchodní zákoník. Tato skutečnost je důležitá především v průběhu občanského soudního řízení, chce-li jedna ze stran uplatnit svá práva vzájemným návrhem, obranou podle § 98 o.s.ř., přičemž navrhne započtení pohledávek. A zatímco v režimu občanského zákoníku promlčenou pohledávku započíst nelze, v režimu obchodního zákoníku to možné je. Není tak vyloučeno, že v řízení, které bylo zahájeno, aby nedošlo k promlčení, dojde ke snížení nároku žalobce započtením již promlčené pohledávky žalovaného, která se však svou splatností potkala s žalovaným nárokem. Protože se bude zpravidla jednat o peněžité plnění, soud tomuto návrhu vyhoví.

Abych se však vrátil zpět k otázce náhrady škody, vrátím se k již nastíněné kategorii, a to jsou vztahy, v nichž vystupuje **spotřebitel** – pojištěnec. V systému veřejného zdravotního pojištění je silnější vztah pojištěnce a plátce. Proto i nárok z titulu náhrady škody mu může vzniknout spíše za tímto subjektem. Dochází k tomu zejména v situacích, kdy nerespektování zákonného ustanovení (povinnosti vůči pojištěnci) způsobí prodlení ve věci, která prodlení nesnese. Nezajistí-li například plátce svému pojištěnci dostupnou zdravotní péči, může mu vzniknout škoda, za níž může odpovídat

¹⁰⁷ § 563 občanského zákoníku

¹⁰⁸ Zákon č. 219/2000 Sb.

pláce. Poruší-li poskytovatel svou informační povinnost vůči pojištěnci, může tento vydat finanční prostředky, ač by jinak měl nárok na poskytnutí požadovaného statku jako věcné dávky hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Tím porušením zákonné povinnosti způsobí poskytovatel škodu. Podobných příkladů lze nalézt více. V porovnání s ostatními subjekty by pojištěnci škoda neměla v praxi vznikat tak často. Správně nastavený systém by totiž měl chránit právě tento článek řetězce co nejvíce. A to nejen co do fyzické bezpečnosti při poskytování zdravotních služeb, ale i co do bezpečnosti ekonomické. Na druhou stranu však považuji za žádoucí zdokonalení právní úpravy tak, aby umožnila nebo alespoň zjednodušila možnosti vymáhání náhrady škody po pojištěncích, kteří porušují své povinnosti vůči plátcům a tedy systému solidárního veřejného zdravotního pojištění. Příkladem je povinnost dodržovat stanovený léčebný režim, dle § 12 písm. d) zákona o veřejném zdravotním pojištění. Nepředpokládám, ani nepokládám za účelné definování samostatného druhu odpovědnosti (jako např. v případě § 55 zákona o veřejném zdravotním pojištění). Na druhou stranu i pouhé soudní rozhodnutí, které by na základě zásady *ex iniuria ius non oritur* prolomilo silnou (a potřebnou) ochranu spotřebitele - pojištěnce, by mohlo alespoň dočasně přinést více energie do odborné diskuze o odpovědnosti jednotlivce v solidárním systému financování. Komplikovanější je pak úvaha nad konkurencí nároku na poskytnutí hrazených služeb a odpovědnosti za škodu způsobenou porušením jiné právní povinnosti, než je povinnost vůči plátcům nebo poskytovateli. Může se jednat v zásadě o porušení kterékoli povinnosti; praxe nejčastěji řeší dopravní nehody. Je možné požadovat náhradu škody po řidiči, který způsobil dopravní nehodu porušením předpisů a sám tím poškodil své zdraví a způsobil náklady na své léčení, které by jinak nevznikly? Dle mého názoru ústavní právo na bezplatnou zdravotní péči v přímém střetu s odpovědností jednotlivce za své jednání u většiny právníků zabývajících se medicínským právem zatím převažuje. Jsem však přesvědčen, že často značné náklady, by mohli být dostatečně odstrašující, aby přinutili pojištěnce více předcházet úrazům. Bez speciální zákonné úpravy ale nelze předpokládat, že by soud uložil zmíněnému nezodpovědnému řidiči povinnost zaplatit si veškeré zdravotní služby, které podstoupil. To však neznamená, že by se o to zdravotní pojišťovny alespoň příležitostně neměly pokusit. Například ve

svém rozhodnutí sp. zn. 23 Cdo 1389/2010 ze dne 22. května 2012, Nejvyšší soud dovodil, že zdravotní pojišťovna se nemůže domáhat náhrady nákladů na péči po řidiči motorového vozidla, pokud v konkrétním případě povinnost připoutat se měl zraněný spolujezdec a řidič dopravní nehodu nezavinil. Příčinná souvislost mezi vynaloženými náklady (škodou-následkem) a jednáním (porušením povinnosti-nezapnutým pásem), je tedy zjevně v neprospěch spolujezdce a pojišťovna mohla zkusit své náklady po něm vymáhat. Protože to však není obvyklé a s ohledem na výše uvedenou úvahu o rozsahu ústavního práva na bezplatnou zdravotní péči, k tomu nedošlo.

U všech tří subjektů se dále mohou vyskytnout různé druhy náhrady škody. Od porušování obecné prevenční povinnosti až po zvláštní druhy odpovědnosti za škodu způsobenou nástroji, či přístroji. K prevenční povinnosti se strany budou zpravidla uchýlovat, jen nebudou-li mít dostatečnou oporu v jiných předpisech. Tak například zřejmě nedojde ke sporu o porušení prevenční povinnosti pojištěncem, který i po transplantaci jater požívá alkoholické nápoje. Tímto jednáním totiž pojištěnec poruší zvláštní povinnost stanovenou zákonem o veřejném zdravotním pojištění, a sice zmíněnou povinnost dodržovat stanovený léčebný režim¹⁰⁹. Naopak § 415 občanského zákoníku bude mít své místo v akademickém příkladu osoby, která kouří ač ví, že kouření tabákových výrobků (a v zásadě jakákoli inhalace spalin hoření tuhých látek) může způsobit poškození zdraví a (zbytečné) výdaje z prostředků solidárního veřejného zdravotního pojištění. Naopak reálným případem je odpovědnost podle § 421a občanského zákoníku, která se běžně vyžaduje u sporů z poskytování zdravotních služeb. Nedojde-li však z poškození zdraví pacienta z důvodu včasného zákroku, dochází ke škodě na straně zdravotní pojišťovny – je-li tento preventivní zákrok hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Touto situací je například medializovaný případ vadných prsních implantátů, nebo méně medializovaný, avšak závažnější, případ náhrad kyčelních kloubů. V případě prsních implantátů Ministerstvo zdravotnictví svým uveřejněným stanoviskem¹¹⁰ nabídlo řešení pro pacientky. Zcela nesprávně však uvedlo, že zdravotní pojišťovny by měly postupovat v režimu § 55

¹⁰⁹ § 12 písm. d) zákona č. 48/1997 Sb., srov. i s § 41 odst. 1 písm. a) zákona o zdravotních službách.

¹¹⁰http://www.mzcr.cz/dokumenty/stanovisko-mz-k-problematice-hrazeni-vymeny-zdravotne-nevyhovujicich-prsnich-imp_5916_2501_1.html

zákona o veřejném zdravotním pojištění, a trochu alibisticky upozornilo, že Česká republika za nastalou situaci nenese odpovědnost. Důvodem mého postoje není nepřátelství vůči těmto názorům, ale skutečnost, že Ministerstvo zdravotnictví funguje jako regulátor trhu a má nástroje k zamezení obchodování a používání vadných zdravotnických prostředků na tomto trhu. Důvodem pro faktickou nemožnost aplikace § 55 na situace řešené § 421a je paradoxně samotný důvod pro vložení tohoto ustanovení do občanského zákoníku, který odborná literatura¹¹¹ uvádí. Tímto důvodem je právě ochrana subjektů před nevymahatelností náhrady významných škod. Vymáhání nákladů na provedení reoperací u vadných zdravotnických prostředků v jiném režimu by totiž vyžadovala prokázání zavinění na straně výrobce. Dostupnost výrobce v prostředí globálního trhu, natož dostupnost potřebných odborných informací využitelných při soudní při v České republice, je natolik malá, že sama o sobě způsobuje nevymahatelnost práva. Naopak při aplikaci § 421a občanského zákoníku, může každý ze subjektů „v řetězci“ požadovat částku, kterou zaplatil jako náhradu této škody, po pojišťovně, u níž má pojištěnou odpovědnost. Takovýmto postupem se pak finanční zátěž přesouvá stále blíže k původnímu výrobcí, až je nakonec uhrazena jím, jeho pojišťovnou nebo pojišťovnou osoby, která při provádění klinických zkoušek pochybila. Obdobným případem se zabýval i Soudní dvůr Evropské unie v případě Dutrueux (C-495/10)¹¹², v němž na základě předběžné otázky posuzoval možnost státu upravit absolutní odpovědnost, jak to činí Česká republika v § 421a občanského zákoníku. Článek 3 směrnice Rady 85/374/EHS ze dne 25. července 1985 o sblížování právních a správních předpisů členských států týkajících se odpovědnosti za vadné výrobky, ve znění směrnice Evropského parlamentu a Rady 1999/34/ES ze dne 10. května 1999, podle uvedeného rozhodnutí nebrání tomu, aby členský stát zavedl systém, který stanoví odpovědnost poskytovatele za způsobené škody i při neexistenci jakéhokoli jeho zavinění, avšak pod podmínkou, že bude zachována možnost poškozené osoby nebo uvedeného poskytovatele založit odpovědnost výrobce na základě uvedené směrnice, jsou-li splněny podmínky stanovené touto směrnicí.

¹¹¹ Např. Eliáš, K. a kol. - Občanský zákoník – Velký akademický komentář. Praha : Linde, 2008

¹¹² Centre hospitalier universitaire de Besançon proti Thomasovi Dutrueuxovi, Caisse primaire d'assurance maladie du Jura [žádost o rozhodnutí o předběžné otázce podaná Conseil d'État (Francie)]
<http://curia.europa.eu/juris/liste.jsf?language=cs&jur=C,T,F&num=C-495/10&td=ALL>

Argumentací proti uplatnění § 421a ve vztahu mezi poskytovatelem a plátcem je však také původní účel zákona. Ochrana totiž měla být poskytována jednotlivci, který by těžce nesl dopady závažných škod. Je otázkou, zda stejnou ochranu má požívat zdravotní pojišťovna. Jsem přesvědčen, že ano. Stejně tak jako pojišťovna přebírá riziko škodné události, při jehož aktivaci dochází k poskytnutí věcné dávky, má mít možnost přebrat stejná práva, jako pojištěnec, který by mohl náhradu způsobené škody uplatnit, pokud by vznikla v jeho ekonomické sféře.

Obdobným způsobem bychom se pak mohli zabývat jak obecnou odpovědností podle § 420 a § 420a občanského zákoníku, tak téměř každým případem zvláštní odpovědnosti. Ve vztazích mezi poskytovateli a plátcem však platí nejméně od účinnosti rámcových smluv v souladu s vyhláškou č. 618/2006 Sb., i ustanovení § 373 a následující obchodního zákoníku. Tento předpis je z praktického hlediska podstatný i kvůli dílu, který bezprostředně následuje po oddílu o náhradě škody, a sice dílu XI - Promlčení. Obecně lze však říci, že pravidla náhrady škod a rozdílů, které vyplývají z občanského a obchodního zákoníku, jsou v prostředí veřejného zdravotního pojištění i poskytování zdravotních služeb totožné s ostatními oblastmi života i práva. Komplikací a do značné míry i specialitou však je otázka dokazování v těchto sporech. Na rozdíl od případů náhrad nákladů vynaložených na služby pro pojištěnce podle § 55 zákona o veřejném zdravotním pojištění, může být dokazování v případech náhrady škody podstatně obtížnější. Pokud se spor dle § 55 týká konkrétního pojištěnce a služeb poskytovaných z vymezeného důvodu, v případech náhrady škody tomu tak často není. Zde se spor může týkat velmi velkého počtu pojištěnců a tím i výkonů. V souladu s nedávným rozhodnutím Ústavního soudu¹¹³ a navazujícím rozhodnutím Nejvyššího soudu¹¹⁴ je totiž nutné řešit pohledávky vznikající z poskytování zdravotních služeb vždy individuálně. Byť se uvedené případy netýkají přímo náhrady škody, je jejich procesní význam zřejmý a v mnohém předčí i hmotněprávní dopad. Protože Ústavní soud shledal, že odvolací soud měl provést dokazování o tvrzeních stěžovatelky, fakticky nutí všechny soudy v obdobných případech provádět dokazování o každé poskytnuté službě, která byla zdravotní

¹¹³ I.ÚS 2785/08, ze dne 13.09.2011

¹¹⁴ ze dne 27. 4. 2011, sp. zn. 25 Cdo 3507/2008

pojišťovně vyúčtována a je předmětem sporu. Jen pro dokreslení lze uvést, že například v případě již zmíněného způsobení škody zaměstnancem, který neoprávněně předepisoval léčivé přípravky, může jít o stovky až tisíce položek. Jedinou nadějí by zde bylo rozšíření povinného pojištění poskytovatelů a snižování rozsahu dokazování tím, že strany prohlásí výši pohledávky, alespoň částečně, za nespornou. Pracnost a zvýšené náklady, které podrobné provádění kontrol přinese jak na straně plátců, tak i poskytovatelů, však eliminovat nelze. Považuji tedy za poněkud nemilé, že Ústavní soud přijal argumentaci stěžovatelky a odkázal na poněkud jiný případ Nejvyššího soudu, aniž by oboje podrobil kritickému zkoumání, nebo se o něm alespoň v odůvodnění rozhodnutí nezmínil. A to nejen s ohledem na velký dopad svého rozhodnutí do praxe, ale i s ohledem na obšírnou, a přesto ne zcela vyčerpávající argumentaci, kterou Nejvyšší soud použil. Dalším procesním úskalím uplatňování nároků se věnuje odborná literatura a nebudu se o nich tedy podrobněji zmiňovat¹¹⁵.

Poslední skupinou, kterou zbývá uvést s ohledem na soukromé právo je náhrada škody podle zákoníku práce¹¹⁶. Značná část škody ve zdravotnictví obecně vzniká právě v režimu části jedenácté zákoníku práce. Odpovědnost zaměstnance ale i zaměstnavatele se pak ve zdravotnictví zdánlivě neliší od běžných situací, které v pracovním právu nastávají. Přesto se lze výjimečně setkat s kasuistikami, které se mu vymykají. Jedním z příkladů je medializovaný případ, při němž zaměstnanec zdravotnického zařízení (poskytovatele) získal (zatím nepravomocně) satisfakci za zásah do osobnostních práv¹¹⁷. Tímto zásahem byl strach z nákazy virem HIV v situaci, kdy se sanitářka vinou operačního týmu poranila o jehlu v odpadu po operaci HIV pozitivního pacienta. Ve vztahu k veřejnému zdravotnímu pojištění však budou výrazně častější náhrady škody, kterou svým jednáním zaměstnanec způsobil zdravotní pojišťovně. Příkladů zde může být celé spektrum, které je popsáno na jiných místech této práce. Jak je již u pracovněprávních sporů o náhradu škody obvyklé, bude častou otázkou i posouzení excesu z plnění pracovních úkolů. Je jen logické, že při většině

¹¹⁵ Holčápek, T. - Dokazování v medicínskoprávních sporech, Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s., 2011

¹¹⁶ Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, dále jen zákoník práce.

¹¹⁷ Viz <http://www.zdn.cz/denni-zpravy/z-domova/sanitarka-se-zranila-o-jehlu-vysoudila-sto-tisic-korun-463918>

porušení bude poskytovatel (zaměstnavatel) odmítat úhradu způsobené škody právě s odvoláním se na uvedený exces. Zde je nutno posuzovat základní pravidla, která již počátkem roku 1969 stanovil Nejvyšší soud takto¹¹⁸:

Z mezi plnění pracovních úkolů a přímé souvislosti s ním nevybočuje taková činnost pracovníka, která nepostrádá místní, časový a věcný (vnitřní účelový) vztah k plnění pracovních úkolů. Uvedená kritéria nemají ovšem stejný význam; rozhodující je věcný (vnitřní účelový) vztah, tj. vztah k činnosti, jíž byla způsobena škoda, k pracovním úkolům. V podstatě jde o to, zda při činnosti, jíž byla způsobena škoda, sledoval pracovník z objektivního i subjektivního hlediska plnění pracovních úkolů.

Uvedená pravidla jsou pak dále judikaturou i teorií dále zpřesňována, jejich specifikace však překračuje rozsah této práce a pro čtenáře bude účelnější zaměřit se na odbornou literaturu přímo tohoto oboru¹¹⁹.

Poslední oblastí, kterou nemohu nezmínit, je náhrada škody vůči státu podle zákona č. 82/1998 Sb.¹²⁰. Tato není z mého pohledu rozhodující co do objemu nebo počtu případů. Má však velký význam z jiného důvodu. Právě vymáháním nároků či domnělých nároků, vznikajících na základě tohoto předpisu, dochází k rozhodování soudů vyšších stupňů. Odůvodnění těchto rozhodnutí jsou pak velice důležitým zdrojem informací pro teorii i praxi, byť nemusí vždy vést k převratným hmotněprávním výkladům. Jako příklad lze uvést rozhodnutí, v němž se Nejvyšší soud zabýval činností porodních asistentek a otázkou úhrady jejich činnosti z prostředků veřejného zdravotního pojištění¹²¹. Velkou skupinu pak tvoří případy, v nichž byla touto cestou napadena rozhodnutí vlády, která upravovala úhradová pravidla v systému veřejného zdravotního pojištění¹²². Současná právní situace od poslední

¹¹⁸ Rozhodnutí ke sp. zn. 6 Cz 89/68, ze dne 28.1.196; uveřejněno ve Sbírce soudních rozhodnutí a stanovisek NS pod č. 65/1969.

¹¹⁹ Např. Bělina, M. a kol. - Zákoník práce: komentář, 2. vydání, Praha: C. H. Beck, 2010

¹²⁰ Zákon č. 82/1998 Sb., o odpovědnosti za škodu způsobenou při výkonu veřejné moci rozhodnutím nebo nesprávným úředním postupem a o změně zákona České národní rady č. 358/1992 Sb., o notářích a jejich činnosti (notářský řád), dále jen zákon č. 82/1998 Sb.

¹²¹ Rozsudek pod sp. zn. 28 Cdo 2334/2010, ze dne 20.07.2011.

¹²² Srov. Nález pléna Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 24/99 [publikovaného ve Sbírce zákonů č. 167/2000, podle kterého rozhodnutí vlády vydané podle § 17 odst. 5 zák. č. 47/1998 Sb., ve znění účinném před 31. 12. 2000 (nahrazující projev vůle smluvních stran z důvodu absence dohody účastníků dohodovacího řízení o hodnotě bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění)] je aktem státního orgánu, který má právněnormativní charakter. Nejedná se tedy o akt, na který by se uvedený zákon vztahoval. Obdobný závěr již před Ústavním soudem učinil Nejvyšší soud např. v rozsudku ze dne 5. 4. 2007 č. j. 35 Co 605/2006-117,

skupiny sporů odlišná, neboť již nedochází k normativní činnosti vlády. Přesto ji nepovažují za ústavní. § 17 zákona o veřejném zdravotním pojištění svěřuje Ministerstvu zdravotnictví pravomoc podzákoným předpisem upravit některé úhradové vztahy. Není však stanoven žádný závazný postup, na základě něhož by mělo ministerstvo postupovat. Tím dochází nejen k porušení čl. 36 Listiny u poskytovatelů i plátců, ale i k porušování čl. 26 Listiny minimálně u poskytovatelů. Neexistence spravedlivého procesu při tvorbě úhradové vyhlášky a seznamu výkonů totiž hrubě zasahuje do práva na podnikání těchto subjektů. Takováto argumentace však ve sporech k uvedenému tématu nebyla rozebírána a objevuje se v názncích jen v separátních votech soudců Ústavního soudu v případě pod sp. zn. Pl. ÚS 1/08, v nichž se několik soudců vyslovilo tak, že tyto normy považují za protiústavní. Rozhodnutí však v tomto smyslu zatím učiněno nebylo. Je tedy spíše otázkou času, kdy ekonomická situace donutí některého z plátců či poskytovatelů s touto argumentací přijít. Jakkoli může znamenat radikální zásah do systému veřejného zdravotního pojištění tak, jak je zvykovým výkladem práva dnes udržován, věřím, že změny, které přinese, budou pozitivní. Když ne co do praktického dopadu do pracovních procesů účastníků, tak alespoň co do jejich právní jistoty a předvídatelnosti rozhodování soudů.

2. Náhrada škody v adhezním řízení trestním

Pravidelným způsobem, kterým dochází k uplatňování nároků z náhrady škody, bývá adhezní řízení v rámci trestního procesu. S ohledem na civilní zaměření této práce není tato pasáž stěžejním pojednáním, ale s ohledem na svou důležitost v praxi jí nemohu opomenout. K uplatňování náhrady škody prostřednictvím § 43 trestního řádu¹²³ se v systému veřejného zdravotního pojištění nejčastěji uchýlí zdravotní pojišťovna při uplatňování nároků za jednotlivci. Od roku 2012 však není vyloučeno uplatnění náhrady škody v trestním řízení i vůči právnické osobě. K aplikaci zákona o trestní odpovědnosti právnických osob¹²⁴ však v době přípravy této kapitoly v oblasti

¹²³ Zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád)

¹²⁴ Zákon č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim

veřejného zdravotního pojištění nedošlo. Jediným medializovaným případem bylo podání trestního oznámení Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR na Vojenskou zdravotní pojišťovnu, o jehož dopadu však není možné podat relevantní informaci¹²⁵.

Trestní řízení bylo dlouho jedním z nejčastějších způsobů, jakým se plátcí dozvídali o nezákonných praktikách svých smluvních partnerů. Historicky to lze přisuzovat především menší ekonomické motivaci pojišťoven kontrolovat hrazenou zdravotní péči jinak než ex ante a omezené motivaci pojištěnců k upozorňování na neshody. Ekonomická krize však nutí plátce stále více tlačit nejen na zvyšování efektivity na straně svých partnerů, ale vede i k přísnějším kontrolám vykázaných a uhrazených zdravotních služeb. A to jak co do formální správnosti vykazování (doložení naplnění obsahu výkonů dle seznamu výkonů¹²⁶), tak do materiální správnosti a efektivity. Rozvoj informačních technologií, které se staly jakýmsi nástrojem soutěže zdravotních pojišťoven o pojištěnce (neboť s ohledem na některá rozhodnutí ÚOHS nelze mluvit o hospodářské soutěži a tedy konkurenci zdravotních pojišťoven¹²⁷) vedl rovněž ke značnému nárůstu sporné agendy a samotní pojištěnci se brzy staly výraznějším zdrojem podnětů než orgány činné v trestním řízení. Tato situace byla ještě posílena legislativní změnou provedenou zákonem č. 280/2011 Sb., kterým se s účinností od 1. 12. 2011 změnil § 43 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Tato novela zavedla povinnost pojišťovny zpřístupnit osobní účet pojištěnce na jeho žádost dálkovým přístupem. Spolupráce s orgány činnými v trestním řízení navíc zvyšuje provázanost kontrol prováděných jednotlivými zdravotními pojišťovnami.

Samotné vymáhání náhrady škody z oblasti veřejného zdravotního pojištění v trestním řízení se pak zásadně neliší od stejného postupu v jiných oblastech života. Problémy s excesy zaměstnanců, specifikací rozsahu způsobené škody nebo nestavěním promlčení připojením do trestního řízení není nutné s ohledem na téma práce zvláště

¹²⁵ Blíže viz zprávu ČTK uveřejněnou např. zde: <http://www.tribune.cz/clanek/26071-vzp-podala-trestni-oznameni-na-vozp-kvuli-udajne-nekalem-naboru>

¹²⁶ Vyhláška č. 134/1998 Sb., vyhláška Ministerstva zdravotnictví, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami

¹²⁷ Rozhodnutí sp. zn. ÚOHS-S118/2009/KS-7464/2009/840, ze dne 12.7.2009 (ve věci sloučení Hutnické zaměstnanecké pojišťovny a Zdravotní pojišťovny AGEL) nebo sdělení sp. zn. ÚOHS-P885/2011/ KD-20436/2011/805/DSv, ze dne 30.1.2012 (ke stížnosti Asociace českých a moravských nemocnic z důvodu omezení hospodářské soutěže ze strany zdravotních pojišťoven na základě memoranda o restrukturalizaci a redukcí lůžkového fondu)

komentovat. Tato úskalí jsou stejná, navíc při výraznějších komplikacích při řešení otázek náhrady škody bývá soudy hojně využívána možnost odkázat poškozeného se svým nárokem do oblasti práva soukromého. Co je však v postavení zdravotních pojišťoven odlišné, je kontakt s policejními orgány a poskytování informací. Zatímco běžné právnické osoby postupem dle § 8 odst. 1 trestního řádu zpravidla nemají možnost informace odepřít, dostávají se zdravotní pojišťovny nezřídka do kolize s povinnou mlčenlivostí. Tu upravuje jak § 23 zákona o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění¹²⁸ tak především obecnější § 21 zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách¹²⁹, se svou obdobou v § 24 zákona o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR¹³⁰. Tato pravidla do značné míry omezují možnosti poskytování požadovaných informací, nebo alespoň vyvolávají polemiky o nutnosti postupu dle § 8 odst. 5 trestního řádu. V této chvíli není zřejmé, zda tyto povinnosti musí být dodržovány v jednotlivých případech, především tam, kde by trestní řízení mohlo být iniciováno i pojišťovnou, která byla orgány činnými v trestním řízení vyzvána k součinnosti. Stanoviska jednotlivých pojišťoven se nezřídka odlišují, stejně tak jako postupy jednotlivých útvarů orgánů činných v trestním řízení. Lze tedy jen doufat, že zákonodárce si komplikace, které do každodenní praxe tato ustanovení přinášejí, uvědomí, a bude postupovat obdobně jako u informačních povinností směrem ke správci daně¹³¹.

3. Náhrada nákladů na hrazené služby vynaložených v důsledku protiprávního jednání vůči pojištěnci

Institut, který bude rozebrán v této části práce, bývá nezřídka označován jako regres. Jedná se o specifický nástroj, který má umožnit efektivní hospodaření s prostředky veřejného zdravotního pojištění. V úvodu nutno říci, že svou povahou se nejedná o institut ojedinělý. Obdobu nalézáme např. v zákoně o nemocenském pojištění¹³², který

¹²⁸ Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

¹²⁹ Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách

¹³⁰ Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky

¹³¹ Zákon č. 280/2009 Sb., daňový řád totiž od 1.1.2011 přesněji specifikoval informační povinnosti zdravotních pojišťoven a odboural tak úvahy nad rozsahem povinné mlčenlivosti vůči správci daně.

¹³² Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění

ve svém § 126 upravuje regresní náhradu. Do konce roku 2011 existovala zákonná úprava § 116 odst. 2 písm. a) a § 117 odst. 3 písm. d) zákona o nemocenském pojištění, podle níž si orgány nemocenského pojištění a zdravotní pojišťovny informace o regresech bez žádosti vyměňovali. Zřejmě se tato spolupráce ukázala neefektivní nebo provozně obtížnou. Tak jako tak tato povinnost byla novelou vypuštěna. Je však nesporné, že obdobný institut do práva sociálního zabezpečení patří.

Byl rovněž obsažen v předchozí úpravě solidárního zdravotního pojištění, tehdy nazývaného všeobecné zdravotní pojištění, v § 20a zákona č. 550/1991 Sb.¹³³. Než však mohlo být toto ustanovení plnohodnotně aplikováno, musela být judikaturou zodpovězena otázka vztahu speciální úpravy k úpravě obecné. § 420 občanského zákoníku je postaven na odpovědnosti za škodu, která byla způsobena porušením právní povinnosti. Odpovědnost musí být zaviněná, s tím, že důkazní břemeno nese ten, kdo se snaží prokázat, že odpovědný není (§ 420 odst. 3 občanského zákoníku). Na druhou stranu § 20a zákona o všeobecném zdravotním pojištění byl postaven na náhradě škody vůči třetím osobám, pokud v důsledku jejich zaviněného protiprávního jednání vůči pojištěncům vznikla zdravotní pojišťovně škoda. S drobnými formulačními obměnami je toto ustanovení totožné s § 55 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Obě speciální ustanovení stojí na zaviněném protiprávním jednání, kterého se musela dopustit třetí osoba na pojištěnci. Na rozdíl od starší úpravy, podle novější se nenahrazuje celá škoda, ale pouze vynaložené náklady. Jakkoli by bylo logické očekávat, že zvláštní ustanovení bude stavěno tak, aby přineslo větší vymahatelnost nároků správce veřejných prostředků, není tomu zcela tak. Hlavní rozdíl je v uvedeném důkazním břemenu, které přešlo na zdravotní pojišťovnu. Dále se omezuje pouze na jednání třetích osob vůči pojištěnci a nevztahuje se na zavinění samotného pojištěnce. Smysl ustanovení tedy tkví především v povinnostech dalších subjektů, které jsou uvedeny v odst. 2 až 5.

Judikatura se však ani tak nezabývala vztahem obecné odpovědnosti podle občanského zákoníku ke zvláštní úpravě regresů. Otázka, která musela být vyřešena, se týkala

¹³³ Zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění.

škody na zdraví dle § 449 občanského zákoníku. Nejvyšší soud ve svém rozhodnutí ke sp. zn. 2 Cdon 2079/97¹³⁴ dovodil, že „*Za toho, kdo vynaložil náklady léčení, pak ve smyslu tohoto ustanovení ale nelze považovat zdravotní pojišťovnu, která z titulu zdravotního pojištění poškozeného uhradila náklady zdravotní péče, neboť její vztah k poškozenému je upraven zvláštním zákonem, její činnost se uskutečňuje ve sféře veřejného zdravotního pojištění a konečně její nárok na náhradu škody vůči škůdci je založen ustanovením zákona, který je k občanskému zákoníku předpisem speciálním.*“ Tím stanovil poměrně přesné mantinely pro aplikaci práva zdravotních pojišťoven.

Snad největší výhodou zvláštní právní úpravy zůstává povinnost několika subjektů aktivně předávat plátcům informace, které by mohly vést k uplatnění práva na náhradu nákladů. Tuto povinnost mají poskytovatelé, orgány činné v trestním řízení a soudy. Lhůta pro její splnění je subjektivní a činí jeden měsíc. Teoretickou možností pak zůstává případná odpovědnost za škodu způsobenou nedodržením této lhůty, a to jak podle § 420 občanského zákoníku, tak i podle zákona č. 82/1998 Sb., o odpovědnosti státu za škodu způsobenou při výkonu veřejné moci. Další informační povinnost je uložena orgánům ochrany veřejného zdraví, orgánům inspekce práce a orgánům státní báňské správy. Tato povinnost však není aktivní, ale informace se poskytují na vyžádání zdravotní pojišťovny. Veškeré tyto informace získávají zdravotní pojišťovny bezplatně a mají tak možnost aktivně i pasivně získávat podněty a podklady k uplatňování svých práv. Povinnost předávat informace je široká a v porovnání např. s možností ne zahájit trestní stíhání v případě nesouhlasu poškozeného, může způsobit i značné rozčarování ze strany škůdce. Zákon však nezná výjimky z oznamovací povinnosti, takže k nahlášení by mělo dojít i při úrazech, kdy není trestní stíhání podle § 11 odst. 1 písm. i) trestního řádu přípustné. Rovněž není výjimkou z oznamovací povinnosti skutečnost, že se protiprávního jednání mohl dopustit jiný poskytovatel zdravotních služeb. Tato situace nastala např. ve velmi medializovaném případě porodní asistentky, kdy oznámení podala nemocnice, která poškozené novorozeně ošetřovala.

¹³⁴ Rozsudek Nejvyššího soudu ČR, sp.zn. 2 Cdon 2079/97, ze dne 15. 9. 1999

Nejčastější příklady uplatňování nároku pojišťovny z majetkové újmy, která vznikla tím, že pojišťovna musela zaplatit náklady léčení za svého pojištěnce, které by jí jinak nevznikly, jsou být tyto¹³⁵:

- náhrada škody vůči osobám, které se dopustily trestné činnosti,
- nedbalostní trestné činy v dopravě,
- poškození zdraví v důsledku zaviněných porušení právních povinností ze strany zaměstnavatele při pracovních úrazech.

Nárok na náhradu škody, nebyl-li vyrovnán dohodou mezi odpovědnou osobou a příslušnou zdravotní pojišťovnou či dobrovolným zaplacením na základě výzvy nebo žalobní upomínky, lze uplatnit na škůdci soudní cestou v občanskoprávním řízení. Je-li vedeno proti fyzické osobě v souvislosti s ublížením na zdraví, je možno se náhrady škody domáhat v trestním řízení - tzv. adhezní řízení.

Nyní bych se rád soustředil na problémy, které v praxi při uplatňování nároků zdravotní pojišťovny mohou vznikat¹³⁶. Při uplatňování regresních náhrad ve smyslu ustanovení § 55 zákona o veřejném zdravotním pojištění, jsou překážkou soustavně se zhoršující podmínky v postavení poškozeného subjektu a nedostatečná ochrana prostředků veřejného zdravotního pojištění. Příčiny lze spatřovat především v nedostatečné legislativní úpravě jak samotného zákonného nároku, tak i v přetrvávající subsidiaritě občanského zákoníku vůči citovanému speciálnímu zákonu (např. v otázce promlčení), ale i nesouladu souvisejících zákonů jako např. zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, resp. zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích apod. Uvedených legislativních mezer pak nejen aktivně využívají především komerční pojišťovny ke snižování finančního plnění z pojistných plnění, ale i samotné zdravotní pojišťovny obtížně prokazují svou finanční újmu vzniklou hrazením vynaložených nákladů léčení svých pojištěnců u orgánů činných v trestním

¹³⁵ Textorová, V., K některým aspektům práva zdravotní pojišťovny na náhradu škody, ASPI ID LIT14962CZ

¹³⁶ Následující text vznikl na základě návrhu otevřeného dopisu Krajské pobočky Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR pro Hlavní město Prahu, jehož autorem je JUDr. Zdeněk Charvát, zástupce vedoucího právního odboru, a z diskuse nad problémy v této oblasti, která proběhla a pravidelně probíhá na půdě Svazu zdravotních pojišťoven ČR.

řízení, soudů a správních orgánů. V konečném důsledku dochází u zdravotních pojišťoven k ztrátám finančních prostředků, které by mohly být účelněji vynaloženy na hrazení zdravotních služeb.

Soudy poukazují na to, že zdravotní pojišťovny nejsou jednáním viníků poškozeny (tím je údajně jen konkrétně napadená osoba), neboť pouze hradí náklady léčení poškozeného pojištěnce a že zákon tedy hovoří pouze o náhradě nákladů léčení a nikoli o náhradě škody. Předmětem v občanskoprávním řízení není právo na náhradu škody, ale regresní nárok pojišťovny. Konkrétně např. Obvodní soud pro Prahu 9 ve svém usnesení sp. zn. 52 C 326/2010¹³⁷ dovodil, že § 87 odst. 1 písm. b) o.s.ř. se nevztahuje na řízení o regresních nárocích, ale pouze výslovně na řízení o náhradě škody. Jedná se zde o kolizi slov „náhrada nákladů léčení“ na jedné straně a „náhrada škody“ na straně druhé. Podle názoru některých soudců se v případě místní příslušnosti dle § 87 odst. 1 písm. b) o.s.ř. nejedná o náhradu škody a pak zaměstnanci zdravotní pojišťovny budou nuceni dojíždět k obecnému soudu žalovaného (viníka). V rozsudku NS ČR sp.zn. 25 Cdo 279/2001¹³⁸ se však uvádí, že nárok zdravotní pojišťovny (§ 55 odst. 1 zákona č.48/1997 Sb.), byť nazýván regresní náhradou, je nejen dle slov zákona, ale i svou povahou nárokem na náhradu škody, spočívající v tom, že zdravotní pojišťovna uhradila náklady léčení svého pojištěnce v příčinné souvislosti s tím, že mu bylo zaviněným protiprávním jednáním třetí osoby způsobeno poškození zdraví. Ostatně i za účinnosti dřívějších právních předpisů, jež upravovaly obdobný nárok (tehdy státu) na regresní náhradu, vycházela judikatura z toho, že takový nárok je samostatným nárokem na náhradu škody (srov. stanovisko býv. NS ČR publikované ve Sbírce soudních rozhodnutí a stanovisek pod č. 55/1971).

V trestním řízení má naopak zdravotní pojišťovna postavení poškozeného (§ 12 odst. 6 trestního řádu), uplatňuje nárok na náhradu škody ve smyslu § 43 odst. 3 trestního řádu a poškozené zdravotní pojišťovně lze v odsuzujícím rozsudku přiznat nárok na náhradu škody. Již Plénum Nejvyššího soudu ve svém stanovisku¹³⁹ uvedlo: „*Jen výjimečně dochází k zajištění nároku poškozeného ve smyslu § 47 trestního řádu.*“

¹³⁷ Usnesení Obvodního soudu pro Prahu 9, sp.zn. 52 C 326/2010, ze dne 1.6.2011

¹³⁸ Rozsudek Nejvyššího soudu ČR, sp.zn. 25 Cdo 279/2001 ze dne 14.11.2002

¹³⁹ Stanovisko pléna Nejvyššího soudu ČR č.j. Rt III/1967, bod 5, bod 11

Soudy se sice v trestním řízení správně zaměřují především na prokázání viny, zapomínají však zpravidla na zjišťování, co se stalo s hodnotami, o které byl poškozený pachatelem trestného činu zkrácen na majetku.“ „Dosavadní stav úrovně rozhodování soudů v tomto směru svědčí o nepochopení a podceňování významu adhezního řízení nejen ze strany soudů, ale zejména ze strany vyhledávacích a vyšetřovacích orgánů“.

Odchylně je uplatňovaná oproti zákonu o veřejném zdravotním pojištění i otázka promlčení. V rozsudku NS ČR sp. zn. 25 Cdo 279/2001¹⁴⁰ je uvedeno, že: *„Předpoklady vzniku nároku zdravotní pojišťovny se neposuzují podle občanského zákoníku, neboť ten je neupravuje, nýbrž posuzují se podle zvláštního předpisu, tj. podle zákona č. 550/1991 Sb. (nyní zákona č. 48/1997 Sb.), který však neupravuje promlčení. Proto, i když nejde o nárok na náhradu škody podle občanského zákoníku, při posuzování otázky jeho promlčení (které není speciálním předpisem upraveno) je třeba postupovat podle ustanovení § 106 občanského zákoníku o promlčení práva na náhradu škody.“* Bylo by tedy logické upravit institut promlčení, ve speciálním zákoně a to např. podobně jako hrazení zdravotního pojištění (§ 16 zákona o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění¹⁴¹), kdy právo vymáhat náhradu škody podle § 55 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění by se promlčovalo za 5 let ode dne, kdy se příslušná zdravotní pojišťovna dozví o škodě a o tom, kdo za ni odpovídá. Podobně by bylo vhodné upravit i promlčení při škodě vzniklé příslušné zdravotní pojišťovně poskytnutím zdravotní péče osobě, které již zanikla nebo u níž byla přerušena povinnost hradit pojistné zdravotního pojištění (neoprávněné čerpání zdravotních služeb).

Zdravotní pojišťovny do současné doby nemohou ze zákona vymáhat nemalé částky za vynaložené náklady léčení na ošetření svých pojištěnců, kteří v důsledku požití alkoholických nápojů, psychotropních nebo omamných látek vyvolali nutnost nasazení zdravotnického personálu včetně případných výjezdů rychlé zdravotnické služby nebo poskytnutí lékařské péče k odvrácení stavu neslučitelného se životem. Zbytečně tedy dochází k odčerpávání značných finančních prostředků zdravotním pojišťovnám

¹⁴⁰ Rozsudek Nejvyššího soudu ČR, sp.zn. 25 Cdo 279/2001 ze dne 14.11.2002, srov. též rozsudek Nejvyššího soudu ČR sp.zn. 33 Cdo 1826/99 ze dne 19.4.2001

¹⁴¹ Zákon č. 592/1992 Sb.

v případech zneužívání zdravotnické péče nezodpovědností a neúctou těchto občanů k vlastnímu zdraví i solidární péči o zdraví lidu. Dosavadní zákonná úprava v ustanovení § 55 zákona o veřejném zdravotním pojištění na tyto případy nepamatuje. Možnosti uplatnění obecné náhrady škody nebo prevenčních povinností jsou tak stále spíše v rovině akademických debat. Důvodem je možná nevole zdravotních pojišťoven vést spory, u nichž je šance na úspěch velice nejasná, ale též obtížnost zajištění potřebných důkazů.

Dlouhodobě registrují zdravotní pojišťovny právní absenci zakotvení oznamovací povinnosti i ze strany správních orgánů na rozdíl např. od České správy sociálního zabezpečení, která oznamovací povinnost má rozšířenu o tyto subjekty v § 117 zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění. Zde by postačovalo do ustanovení § 55 odst. 2 vložit oznamovací povinnost nejen orgánům Policie ČR, státním zastupitelstvím a soudům, ale i správním úřadům. V současné době je určitou benevolencí Úřadu městské části, pokud sdělí zdravotní pojišťovně výsledek správního řízení u drobných ublížení na zdraví. Naopak některé správní úřady odmítají sdělit pojišťovnám vlastní-li povinný motorové vozidlo, a to i tehdy, kdy zdravotní pojišťovny mají exekuční titul, s odůvodněním, že neprokázaly dostatečně právní zájem.

Do značné míry zdravotní pojišťovny postrádají plnění „oznamovací povinnosti“, zakotvené v ustanovení § 55 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění, nejen ze strany zdravotnických zařízení, ale i ze strany soudů. Přesto, že v ustanovení § 55 odst. 2 je uvedeno, že oznamovací povinnost mají i orgány Policie České republiky, státní zastupitelství a soudy, např. bývalá ministryně spravedlnosti JUDr. Daniela Kovářová prezentovala názor, že k výkladu rozsahu oznamovací povinnosti soudů je třeba vyjít jak z textu, tak i smyslu zákonné úpravy: podle ust. § 55 odst. 4 cit. zákona platí, že pro účely náhrady nákladů na péči hrazenou ze zdravotního pojištění jsou zdravotnická zařízení povinna oznámit příslušné zdravotní pojišťovně úrazy a jiná poškození zdraví osob, kterým poskytla zdravotní péči, pokud mají důvodné podezření, že úraz nebo jiné poškození zdraví byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby. Oznamovací povinnost mají i orgány Policie České republiky, státní zastupitelství a soudy. Oznamovací povinnost se plní do 1 měsíce ode dne, kdy se ten, kdo skutečnost

oznamuje, o ní dozvěděl. Z toho je dle bývalé ministryně spravedlnosti zřejmé, že zákon předpokládá, že na prvním místě plní oznamovací povinnost zdravotnická zařízení a jen pokud ta oznamovací povinnost poruší, nastupuje podpůrně její plnění ze strany orgánů policie, státního zastupitelství a až na posledním místě ze strany soudů. Dle názoru paní doktorky je pak jistě nelogické, aby jeden a týž úraz (poškození zdraví) byl nahlašován zdravotní pojišťovně opakovaně (čímž není dotčeno její právo, aby byla poučena v trestním řízení o právech poškozeného). S poslední větnou stanoviska lze zajisté souhlasit. Nelze však souhlasit s tím, aby soudy odmítaly plnit své zákonné povinnosti s odvoláním se na povinnosti jiných subjektů.¹⁴²

Dlouhodobá praxe pojišťoven signalizuje soustavně se opakující neplnění oznamovací povinnosti ze strany poskytovatelů (především nemocnic), a to i přes opakovaná upozornění zdravotními pojišťovnami. Je nepochopitelné, že je zakotvena v citovaném zákoně sankční povinnost, pokud ke své škodě lékaři nevybírají regulační poplatek, ale není dostatečná vůle sankcionovat zdravotnická zařízení, která soustavně porušují zákon a neoznamují případy regresních nároků ve značných finančních hodnotách zdravotním pojišťovnám, ač to mají zákonem nařízeno a napomáhají tak marnému uplynutí promlčecí lhůty zákonných nároků zdravotních pojišťoven. Jedinou možností pak zůstává uplatnění náhrady škody po nekonajícím poskytovateli. S ohledem na délku promlčecí doby jsou však tyto úvahy spíše teoretické.

Nesouladu právních norem, zejména zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu¹⁴³, resp. zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, s důrazem na problematiku nahlížení do zdravotnické dokumentace, začínají komerční pojišťovny úspěšně využívat k snižování pojistného plnění při uplatňování regresních náhrad zdravotními pojišťovnami v případech dopravních nehod. S odkazem na ustanovení § 127 zákona o pojišťovnictví¹⁴⁴ prohlašují komerční pojišťovny, že mohou po zdravotních pojišťovnách požadovat k prokázání oprávněnosti vynaložených nákladů léčení u regresních náhrad i zápisy o zdravotním stavu a léčení poškozených, jako např. kopie překladových zpráv z ARO,

¹⁴² S ohledem na to, že k těmto výrokům došlo před účinností zákona o zdravotních službách, nebyla terminologie upravena.

¹⁴³ Viz např. Nález Ústavního soudu sp. zn. I. ÚS 321/06, ze dne 18.12.2006

¹⁴⁴ zákon č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví

denních zápisů lékařů v době hospitalizace, propouštěcích zpráv apod., aniž by byla porušena povinnost zachovávat mlčenlivost. Doslovně tak nutí zdravotní pojišťovny porušovat právní normy, neboť pokud by skutečně zdravotní pojišťovny musely takto navíc od vyčíslení vynaložených nákladů léčení, zpracovaných revizními lékaři, prokazovat oprávněnost regresních náhrad, musely by vyžadovat takové údaje od konkrétních poskytovatelů (ke své činnosti je zdravotní pojišťovny nepotřebují ani je nesoustřeďují) a dále distribuovat blíže neurčenému počtu pracovníků komerčních pojišťoven podatelnu počínaje, přes likvidátory, případně konzultující lékaře a další osoby konče, přestože v zákonech upravujících poskytování zdravotních služeb je taxativně uvedeno, kdo smí nahlížet do zdravotnické dokumentace. Zdravotní pojišťovny, v souladu se souhlasným stanoviskem Úřadu na ochranu osobních údajů, musí odmítat takové požadavky na sdělování citlivých údajů zdravotnického charakteru mnohým neoprávněným pracovníkům komerčních pojišťoven, což v konečném důsledku povede k zbytečným zdlouhavým soudním sporům, zatěžováním soudů a soudních znalců při uplatňování regresních náhrad. Nelze akceptovat tvrzení komerčních pojišťoven, že likvidátoři a ostatní pracovníci mají také uloženu povinnost mlčenlivosti. Jejich oprávnění je totiž jiného charakteru a nevztahuje se na právo seznamovat se zdravotním stavem jiných osob, to přísluší pouze revizním lékařům.

Konflikt se zákonem o ochraně osobních údajů je v poslední době rovněž patrný i ve vztazích mezi zdravotními pojišťovnami a orgány Policie České republiky. Oba subjekty nesou značnou administrativní zátěž při vzájemném poskytování informací. Zatímco zdravotní pojišťovny vyžadují v souladu s § 8 odst. 5 trestního řádu, aby je soudce zbavil mlčenlivosti pro účely poskytnutí informací orgánům činným v trestním řízení, orgány Policie ČR mají informační povinnost v § 55 zákona o veřejném zdravotním pojištění uloženu jednoznačněji. Přesto se policejní orgány s odvoláním na § 5 odst. 3 a § 10 zákona o ochraně osobních údajů zdráhají nést odpovědnost za výklad rozdílných právních termínů. Podle pravidel pro ochranu osobních údajů nelze sdělovat informace o třetí osobě, pokud není v postavení podezřelého. Podle § 55 zákona o veřejném zdravotním pojištění osoba, která způsobila úraz nebo jiné poškození zdraví pojištěnce nemusí být známa určitě, ale postačí důvodné podezření.

Je však sporné, zda toto důvodné podezření vzniká až zahájením trestního stíhání a určením „podezřelého“ ve smyslu trestního stíhání. Pokud budeme důvodné podezření podle zákona o veřejném zdravotním pojištění vykládat restriktivně, může dojít k situaci, že se zdravotní pojišťovna dozví, že existuje důvodné podezření, že někdo způsobil úraz či poškození zdraví pojištěnce, ale nedoví se kdo. Než by se k této informaci dostala, může být ohrožena promlčecí doba pro případné uplatnění nároku. Jediným řešením je zde další navýšení administrativní zátěže, a to přihlášením zdravotní pojišťovny jako poškozeného do trestního řízení s následným nahlédnutím do spisu, kterým bude zjištěna osoba, která by mohla být odpovědná za vynaložení nákladů na zdravotní služby v důsledku svého protiprávního jednání.

V neposlední řadě, opět poukazující na zhoršení postavení zdravotních pojišťoven při vymáhání regresních náhrad, je současný stav po novelizaci zákona o soudních poplatcích¹⁴⁵, kdy byla zákonem č. 218/2011 Sb., s účinností od 1.9.2011 zrušena vyhláška Ministerstva financí č.117/1998 Sb., upravující osvobození zdravotních pojišťoven od soudních poplatků. Soudy nyní rozdílně přistupují k tvrzení zdravotní pojišťovny, že je osvobozena od soudních poplatků ve smyslu. § 11 odst. 2 písm. d) zákona o soudních poplatcích („navrhovatel v řízení o náhradu škody na zdraví včetně náhrady škody na věcech vzniklé v souvislosti s ublížením na zdraví a náhrady nákladů léčby“). Například Krajský soud v Praze přistoupil k teleologickému výkladu novely tím způsobem, že cílem zákonodárce a tím i cílem současného znění zákona o soudních poplatcích, není osvobození regresních nároků zdravotních pojišťoven od soudního poplatku¹⁴⁶.

Snahy jednotlivých zdravotních pojišťoven o změnu zákonů se téměř vždy minuly účinkem. Ani společný postup všech plátců se zatím nedaří prosadit potřebné změny do zákonů tak, aby zdravotní pojišťovny mohly i v budoucnu řádně plnit úkoly v situacích, kdy se na jedné straně nedostává finančních prostředků na péči o klienty a na druhé straně lehkovážně a někdy i cíleně značná část finančních prostředků ze systému uniká a není zde zákonná opora pro jejich zpětné navrácení.

¹⁴⁵ zákon č. 549/1991 Sb., o soudních poplatcích

¹⁴⁶ Usnesení Krajského soudu v Praze, sp.zn. 28 Co 96/2012 ze dne 29.2.2012.

Z těchto důvodů se musí zdravotní pojišťovny snažit alespoň část svých nároků vymoci, a poradit si na základě již ustálené judikatury. Ta však nebývá vždy nakloněna speciálnímu institutu. Prvním příkladem je vyloučení aplikace regresu na škůdce, je-li pojištěncem. To judikoval již Nejvyšší soud v roce 1984¹⁴⁷ ve vztahu k zákonu o regresních náhradách¹⁴⁸, kdy pojem „někomu“ v § 1 odst. 1 tohoto zákona¹⁴⁹ vyložil tak, že se musí jednat o osobu odlišnou od škůdce. Tento problém v textu současného ustanovení § 55 nenastává. Otázky spoluzavinění však nadále vytváří problémy při uplatňování regresních nároků, a to především s ohledem na již zmíněný postoj komerčních pojišťoven. Jako příklad zde může posloužit rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR ke sp.zn. 23 Cdo 3604/2010150, kde se soud zabýval právě otázkou spoluzavinění poškozeného a rozhodl, že míra spoluzavinění musí být předmětem podrobného dokazování tak, aby bylo možné na jejím základě stanovit i výši regresní náhrady. Naopak přiblížení regresní náhrady k náhradě škody judikatura připustila v situacích, kdy se protiprávního jednání dopustil zaměstnanec¹⁵¹ i v již zmíněné otázce promlčení¹⁵². V případě prvního zmíněného rozsudku Nejvyšší soud dovodil, že za právního stavu, kdy § 20a zákona č. 550/1991 Sb., hovořil o právu zdravotní pojišťovny na náhradu škody vůči třetím osobám, jestliže vynaložila náklady na péči plně nebo částečně hrazenou zdravotním pojištěním v důsledku jejich zaviněného protiprávního jednání vůči osobám účastným zdravotního pojištění, je správné, pokud je aplikován i § 420 odst. 2 občanského zákoníku. Zároveň však upozornil (stejně jako v jiných případech, viz níže), že se zde jedná o zvláštní druh odpovědnosti, kterou nelze posuzovat podle jiných právních předpisů (např. o odpovědnosti státu) a uzavřel, že „...v daném případě nejde o *objektivní odpovědnost státu podle zvláštních zákonů, jako je např. zákon č. 82/1998 Sb., nýbrž stát (za nějž jedná Ministerstvo vnitra) zde odpovídá namísto policisty - přímého škůdce, jenž zaviněně způsobil škodu při plnění služebních povinností nebo v přímé souvislosti s*

¹⁴⁷ Nejvyšší soud ČR, sp. zn. 5 Tz 50/83 ze dne 23.1.1984.

¹⁴⁸ Zákon č. 33/1965 Sb., o regresních náhradách

¹⁴⁹ § 1 odst. 1: Jestliže organizace nebo občan zavinili, že bylo někomu způsobeno poškození na zdraví nebo smrt (dále jen "poškození zdraví"), jsou povinni zaplatit státu regresní náhradu.

¹⁵⁰ Rozsudek Nejvyššího soudu, sp. zn. 23 Cdo 3604/2010 ze dne 26.10.2010, viz též tam zmíněný Rozsudek Nejvyššího soudu, sp. zn. 25 Cdo 2451/2007 ze dne 30.9.2009.

¹⁵¹ Rozsudek Nejvyššího soudu, sp. zn. 25 Cdo 670/2005 ze dne 18.5.2006

¹⁵² Rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 279/2011 ze dne 14.11.2002

ním. Policii České republiky ani její organizační složky nelze totiž považovat za právnické osoby, neboť jde o ozbrojený bezpečnostní sbor České republiky (srov. § 1 odst. 1 zákona č. 283/1991 Sb.), takže nositelem způsobilosti mít práva a povinnosti ve věcech týkajících se policie je Česká republika, za niž v řízení vystupuje Ministerstvo vnitra (srov. R 11/1997).“

Příčinnou souvislostí a otázkou vzniku nároku zdravotní pojišťovny se pak Nejvyšší soud zabýval ve svém rozsudku ke sp. zn. 25 Cdo 1113/2002153, v němž poměrně zevrubně institut regresní náhrady popsal. Nejvyšší soud v tomto rozhodnutí dovedl, že *„na náhradu nákladů, které byly sice vynaloženy zdravotní pojišťovnou na zdravotní služby pro jejího pojištěnce, avšak nebyly zapříčiněny jednáním třetí osoby, ... zdravotní pojišťovna nárok nemá, neboť s takovou skutečností zákon její nárok vůči třetím osobám nespojuje.“* Třetí osoba tedy *„odpovídá pojišťovně pouze v tom rozsahu, v jakém její zaviněné protiprávní jednání je v příčinné souvislosti s náklady vynaloženými na ošetření a léčení pojištěnce, jakožto následků jejího jednání. V rozsahu, v němž se na vzniku těchto nákladů podílely jiné okolnosti, popř. v jakém byl způsoben spoluzaviněním pojištěnce, třetí osoba za škodu podle §55 zákona č.48/1997 Sb. zdravotní pojišťovně neodpovídá, neboť zde není dána příčinná souvislost mezi vznikem škody a zaviněným jednáním třetí osoby.“* Nejvyšší soud dále dovedl, tato úvaha platí, i pokud se odpovědnost mezi třetí osobou a poškozeným pojištěncem řídí některým ze zvláštních ustanovení o náhradě škody, které počítají se škodou objektivní, protože ve vztahu ke zdravotní pojišťovně jde o jiný druh odpovědnosti.

Z obsahu poznámek pod čarou k celé této části je zjevné, že přínos odborné literatury do této oblasti je minimální. Praxe se spoléhá především na své zkušenosti a výkladové cesty, které naznačila judikatura. Soudy však nemají vždy možnost rozhodovat pouze o závažných a klíčových otázkách, které jsou pro praxi přednostní. Obranou některých subjektů před regresním nárokem zdravotní pojišťovny může být takřka cokoli. Jako příklad zde může posloužit dovolání podané s odůvodněním, že regresní náhrada v trestním řízení je legalizací výnosů z trestné činnosti¹⁵⁴.

¹⁵³ Rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 1113/2002 ze dne 31.3.2003

¹⁵⁴ Rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 4490/2009 ze dne 18.8.2011

Kapitola 4 - Zdravotní výkony

1. Právní úprava

Právní úprava poskytování zdravotních výkonů, byla obsažena především v zákoně o péči o zdraví lidu (č. 20/1966 Sb.) a nově je obsažena v zákoně o zdravotních službách, kterým se tento zákon nahrazuje. Za výčet zdravotních výkonů hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění bývá často označována vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Toto označení není zcela přesné, protože zákonné ustanovení obsahující zmocnění k vydání vyhlášky, tuto definuje spíše jako pomůcku ve vztazích mezi plátcem a poskytovatelem než mezi pojištěncem a plátcem.

Definice nároku pojištěnce je tak velice široká a vágní, protože ji můžeme najít v zásadě jen v § 13 a § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Takovýto otevřený výčet může způsobovat a nezřídka způsobuje spekulace o vymahatelnosti těchto nároků a ve vazbě na výše citované rozhodnutí Soudního dvora Evropské unie v případě *Elčinov*¹⁵⁵, rozhodně nepřináší kýženou míru právní jistoty. I z těchto důvodů bývá, jak je uvedeno výše, za pomůcku povoláván seznam výkonů stanovený vyhláškou.

2. Cenotvorba

Mluvíme-li o tvorbě ceny v oblasti zdravotních výkonů (jako části hrazených zdravotních služeb), nelze se vyhnout základní úvaze o povaze vztahů z pohledu práva Evropské unie. Jak vyplývá ze Smlouvy o fungování Evropské unie (tzv. Lisabonské smlouvy, chcete-li), ale i z předešlých znění tzv. základních smluv, které fungování Evropské unie upravují, členské státy si udržují suverenitu v rozhodování o svých zdravotnických systémech. Přesto tlak na naplňování jednotlivých základních svobod a

¹⁵⁵ C-173/09

myšlenek společného evropského prostoru zasahuje i do oblasti zdravotnictví¹⁵⁶. V případě tvorby ceny je nutno najít odpověď na jednoduchou otázku - jaká je povaha úhrady zdravotní péče v České republice? Jak vyplývá z literatury, která se touto otázkou na úrovni EU zabývá¹⁵⁷, jsou možnosti v zásadě tři: jedná se o státní podporu, jedná se o veřejné obstarávání nebo je to běžný obchodní kontrakt. Protože je tato problematika podrobně rozebrána v judikatuře Soudního dvora Evropské unie, pokusím se na základě *actes éclairés* prezentovat v této práci pouze stručný závěr dopadů této judikatury na český systém. Státní podpora je v zásadě evropskými předpisy zakázána¹⁵⁸. Přípustná je pouze za splnění stanovených podmínek. Jednou z těchto podmínek dle ustálené judikatury¹⁵⁹ je, aby státní podpora byla poskytována pouze v nezbytně nutné míře a nebyla charakterizovaná jako ekonomická aktivita. Pokud by totiž šlo o ekonomickou aktivitu, nelze postupovat podle pravidel státních podpor, ale dostáváme se do režimu veřejného obstarávání¹⁶⁰ nebo volného podnikání. Veřejné obstarávání, neboli v českém prostředí veřejné zakázky, jsou nástroji, na základě kterých veřejné podniky a podniky s jistým charakterem, který může vést k narušení hospodářské soutěže, musí postupovat stanoveným způsobem. Tento způsob je popsán v evropských předpisech¹⁶¹ i předpisech vnitrostátních¹⁶². Jak uvádí výše citovaná zahraniční literatura, podkladem pro rozhodnutí, kterým režimem se právní vztahy a tedy i stanovení ceny mají řídit, je podstatné zodpovězení otázky, zda

¹⁵⁶ Viz např. „Sdělení Komise Evropskému parlamentu, Radě, Evropskému hospodářskému a sociálnímu výboru a Výboru regionů doprovázející sdělení „Jednotný trh pro Evropu ve 21. Století“, Služby obecného zájmu, včetně sociálních služeb obecného zájmu: nový evropský závazek, ze dne 20.11.2007 (KOM(2007) 725 v konečném znění)“, nebo Podpůrná opatření Komise č. N 541/2004 a N 542/2004 - Nizozemsko o Zachování finančních rezerv zdravotními fondy a systémy kompenzace rizik, nebo N 46/2003 - Irsko na téma Risk equalisation scheme in the Irish health instance market.

¹⁵⁷ Srov. van den Groden, J. W., Financing Health Care in EU Law: Do the European State Aid Rules Write Out an Effective Prescription for Integrating Competition Law with Health Care?, in THE COMPETITION LAW REVIEW, Volume 6 Issue 1 pp 5-29, December 2009,

dostupné na <http://www.clasf.org/CompLRev/Issues/Vol6Issue1/Article1/vandeGronde.pdf>

nebo Hatzopoulos, V., Public procurement and state aid in national health care systems, dostupné na http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/138175/E94886_ch09.pdf

¹⁵⁸ čl. 87 a následující Smlouvy o založení Evropského společenství

¹⁵⁹ Např. rozsudek ve věci C-205/03, Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (FENIN), původně Federación Nacional de Empresas de Instrumentación Científica, Médica, Técnica y Dental v. Komise Evropských společenství nebo rozsudek ve věci C-280/00, Altmark Trans GmbH, Regierungspräsidium Magdeburg a Nahverkehrsgesellschaft Altmark GmbH, za přítomnosti: Oberbundesanwalt beim Bundesverwaltungsgericht,

¹⁶⁰ Čl. 86 Smlouvy o založení Evropského společenství

¹⁶¹ Směrnice Evropského parlamentu a rady č. 2004/18/ES o koordinaci postupů při zadávání veřejných zakázek na stavební práce, dodávky a služby.

¹⁶² Zákon č. 137/2006 Sb., o veřejných zakázkách.

daný subjekt vykonává ekonomickou činnost či nikoli. Takovéto rozhodnutí může za nás, možná trochu překvapivě, učinit soud v rámci rozhodování o věcné příslušnosti. Při zkoumání podmínek řízení totiž musí soud v případě sporu zdravotní pojišťovny a poskytovatele rozhodnout, zda je věcně příslušný okresní soud (v tom případě by se jednalo o státní podporu) nebo soud krajský (v tom případě by se jednalo o veřejné obstarávání nebo volné podnikání). Klíč leží v § 9 odst. 3 písm. r) občanského soudního řádu¹⁶³ a v rozhodnutí, zda uvedený vztah souvisí s podnikatelskou činností či nikoli. Bohužel přístup okresních i krajských soudů v této věci není jednotný. Názory se různí, ale v praxi převažuje akceptace příslušnosti okresním soudem¹⁶⁴. Není však zdaleka sto procentní. Navíc dle uvedené judikatury lze úspěšně pochybovat o tom, že Česká republika plní všechny povinnosti, které jí jsou ukládány k tomu, aby mohly být zdravotní služby hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění, považovány za legální státní podporu. Dospějeme-li k závěru, že se o státní podporu nejedná (a jedná se tedy o ekonomickou, čili i obchodní činnost), musíme zkoumat, zda jsou zdravotní pojišťovny povinny postupovat v souladu s čl. 86 Smlouvy o založení Evropského společenství. Pravidla uvedená v prováděcí směrnici při své aplikaci na české prostředí nabízí jedinou možnou odpověď - ano i ne. Ani zákon o veřejných zakázkách výkladovou situaci neulehčuje a do 1.4.2012¹⁶⁵ byl jedinou cestou jen formální přístup¹⁶⁶, ze kterého plyne, že ze zdravotních pojišťoven v České republice jsou veřejnými zadavateli pouze Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR a Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra. Tento paradox však není zcela přijímán Úřadem pro ochranu hospodářské soutěže, který v několika případech rozhodoval o postupu dalších zaměstnaneckých pojišťoven a posuzoval jeho soulad se zákonem o veřejných zakázkách, aniž zřejmě zkoumal svou věcnou příslušnost¹⁶⁷. Od 1.4.2012 se změnil § 2 odst. 3 zákona o veřejných zakázkách tak, že za dotovaného zadavatele označuje všechny subjekty, které zadávají zakázky (nakupují zboží a služby) z prostředků, které jsou z více než 50 % tvořeny z veřejných zdrojů. Není pochyb, že

¹⁶³ Zákon č. 99/1963 Sb.

¹⁶⁴ Např. Usnesení Vrchního soudu v Praze sp. zn. Ncp 3308/2011-30 ze dne 19.12.2011

¹⁶⁵ Do účinnosti zákona č. 55/2012 Sb.

¹⁶⁶ Rozhodnutí Komise, kterým se mění přílohy směrnic Evropského parlamentu a Rady 2004/17/ES a 2004/18/ES o postupech pro zadávání veřejných zakázek, pokud jde o seznamy zadavatelů a veřejných zadavatelů (oznámeno pod číslem K(2008) 7871) (2008/963/ES)

¹⁶⁷ Viz např. druhoinstanční rozhodnutí R166/2010/VZ-5666/2011/310/EKu

tuto podmínku naplňují všechny zdravotní pojišťovny (snad s výjimkou nákupů z prostředků účtu tzv. zdaňované činnosti). Dotovaný zadavatel se musí řídit zákonem o veřejných zakázkách a postupovat jako veřejný zadavatel s drobnými výjimkami, které se však na zdravotní pojišťovny nedají aplikovat. Závěrem tohoto exkurzu tedy není nic víc než ilustrace zmatenosti nejen právní úpravy, ale i její aplikace a novelizace¹⁶⁸. Zlatým hřebem zůstává skutečnost, že pokud úhrada zdravotních služeb neplní pravidla pro povolenou státní podporu, měla by plnit pravidla veřejného obstarávání, a to buď ta, která stanoví zákon o veřejných zakázkách, nebo obdobná stanovená zvláštním předpisem. Protože za takový zvláštní předpis však bezesporu nelze považovat § 46 a následující zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, zvláštní úprava chybí a měl by být používán zákon o veřejných zakázkách. Je zde tedy dvojí situace. Protože úhrady zdravotních služeb smluvním poskytovatelům neplní podmínky povolené státní podpory, měly by probíhat v režimu veřejného obstarávání. Před účinností zákona 55/2012 Sb., však existovala nerovnost mezi zdravotními pojišťovnami (některé byly nuceny postupovat podle zákona o veřejném zdravotním pojištění, jiné ne) v poměrně závažném rozsahu, avšak jak vyplývá z rozhodnutí Úřadu pro ochranu hospodářské soutěže¹⁶⁹, neexistuje trh veřejného zdravotního pojištění a nemůžeme tedy mluvit o zvýhodnění či znevýhodnění soutěžitelů nedokonalou právní úpravou. Názoru, že by zdravotní pojišťovny, které nebyly zadavateli ve smyslu zákona, mohly uplatňovat smluvní volnost, odporuje fakt, že Ministerstvo zdravotnictví vydává několik vyhlášek, které tuto volnost negují (viz níže). Dalším významným problémem je pak skutečnost, že zdravotní služby mohou být hrazeny i mimo smluvní vztah, a to analogicky smluvnímu vztahu¹⁷⁰. V těchto případech může výrazně převažovat charakter státní či veřejné podpory, avšak posouzení konkrétních případů by značně přesahovalo rozsah této práce. Co do posouzení pravidel pro hospodaření zdravotní pojišťovny s prostředky provozního fondu¹⁷¹ je opět nutno zkoumat podmínky z pohledu unijních

¹⁶⁸ Novelu zákona o veřejných zakázkách, zákon č. 55/2012 Sb., lze označit za zmatený především proto, že si zákonodárce (dle důvodové zprávy) zjevně vůbec neuvědomil uvedený dopad na zdravotní pojišťovny a další subjekty, které hospodaří z prostředky, které získaly od zdravotních pojišťoven...

¹⁶⁹ Viz rozhodnutí ÚOHS-S118/2009/KS-7464/2009/840 ze dne 12.7.2009.

¹⁷⁰ § 17 odst. 1 a § 40 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb.

¹⁷¹ § 3 vyhlášky č. 418/2003 Sb.

norem¹⁷². Samotné provádění zdravotního pojištění neplní znaky služby obecného ekonomického zájmu, ale znaky služby obecného sociálního zájmu (nejedná se o hospodářskou činnost¹⁷³, protože organizace pověřené státem zavedených systémů sociálního zabezpečení, které vycházejí ze zásady solidarity, jsou při této činnosti neziskové, v rámci nich vyplácené dávky nejsou v přímém poměru k výši povinných příspěvků, plní výlučně sociální funkci). Služby obecného sociálního zájmu mohou být státy financovány volně a nejsou veřejnými podporami. Ale vynakládání prostředků těmito institucemi již naplňují definici veřejné podpory (jsou z veřejných zdrojů, mohou ovlivnit soutěž, mohou mít mezistátní dopad) a tak se musí řídit specifickými pravidly veřejného obstarávání, aby nedošlo k narušení trhu (pravidly pro zadávání veřejných zakázek). Právní odpovědnost za případné porušování unijních norem však nese Česká republika a případný vznik a vymáhání náhrady škody je reálný, byť zřejmě nikoli v současné situaci, kdy převažuje v řízení veřejného financování zdravotnictví vliv politický často nad tím ekonomickým či právním, nebo jen nad zdravým rozumem¹⁷⁴.

Abychom se pouze netočili kolem právního výkladu je namístě popsat i reálný stav. Protože zákonodárce vytrvale ignoruje jakákoli systémová řešení, je skutečný stav zcela odlišný od popsané situace, kterou nastavují evropské normy¹⁷⁵.

Cenotvorba zdravotních výkonů hrazených z veřejného zdravotního pojištění probíhá na základě dvou právních předpisů, a to vyhlášky, kterou se stanoví seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami¹⁷⁶ a vyhlášky, kterou se stanoví hodnota těchto bodů¹⁷⁷. Obě tyto vyhlášky přitom odporují logice rozhodování o subjektivních právech, tak jak ji osvětlil Ústavní soud ve svém rozhodnutí, kterým zrušil postup

¹⁷² Rozhodnutí Komise, 2012/21/EU ze dne 20.12.2011, resp. Rámce Evropské unie pro státní podporu ve formě vyrovnávací platby za závazek veřejné služby, 2012/C 8/03

¹⁷³ Srov. rozsudek ESD C-41/90 ze dne 23.4.1991; C-244/94 ze dne 16.11.1995 nebo C-180/98 až C-184/98 ze dne 12.9.2000, a le zejména rozsudek ve věci C-159/91 a C-160/91 ze dne 17.2.1993.

¹⁷⁴ K otázkám veřejných podpor viz rozsáhlou právní analýzu Ministerstva práce a sociálních věcí:

http://www.mpsv.cz/files/clanky/11573/Pravni_analyza_I.pdf

http://www.mpsv.cz/files/clanky/11572/Pravni_analyza_II.pdf

¹⁷⁵ K vazbě na unijní předpisy se nevyjadřuje ani zmíněná publikace Health Systems in Transition, vol 11, no. 1, 2009, Czech Republic Health system review, ale např. ani slovenský protějšek Health Systems in Transition, vol 13, no. 2, 2011, Slovakia Health system review, dostupný na:

http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf

¹⁷⁶ Vyhl. č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami

¹⁷⁷ Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro daný rok

stanovování ceny a úhrady léčivých přípravků pomocí vyhlášky Ministerstva zdravotnictví¹⁷⁸. Zatímco vyhláška o zdravotních výkonech je akceptována jako vhodný pomocný nástroj pro vykazování zdravotní péče (ve vazbě na číselníky připravované zdravotními pojišťovnami, převážně VZP ČR), tzv. úhradová vyhláška není od 1.1.2008 závazná. Změna § 17 odst. 6 (dnes odst. 5) zákona č. 48/1997 Sb., byla provedena právě ve vazbě na uvedený náleží Ústavního soudu. Tyto skutečnosti však laická praxe zpravidla nevnímá a tak jsou každoročně investovány nemalé zdroje do příprav obou těchto legislativních dokumentů, jejichž soulad s právem je, jak vyplývá z výše uvedené argumentace, přinejmenším sporný.

Abychom však vyzdvihli i pozitiva, mají tyto předpisy, a to především úhradová vyhláška, efekt sjednocování přístupu k úhradám zdravotních služeb a mohou být nástrojem modernizace postupů. I když je otázkou, zda by samotní účastníci systému (plátcí a poskytovatelé) již dříve nezačali využívat některý z moderních nástrojů řízení a úhrad zdravotních služeb, které jsou známé ze zahraničí. Jedním z takových způsobů úhrad je oceňování poskytnutých služeb pomocí tzv. DRG (diagnoses related groups). Tato spíše ekonomická metoda má své kořeny ve Spojených státech Amerických, ale jako myšlenka se rozšířila do celého světa a částečně funguje i v České republice¹⁷⁹. Blíže k využití této metody v českém prostředí lze doporučit spíše internetové články¹⁸⁰, protože publikací na toto téma je pomálu. DRG je jedním z příkladů, kdy se právě po odzkoušení fungování v několika individuálních vztazích podařilo prostřednictvím zájmových sdružení¹⁸¹ vtělit tento systém i do úhradových mechanismů, které stanovuje Ministerstvo zdravotnictví.

Cenotvorbu zdravotních výkonů regulují pochopitelně i další právní předpisy, a to zejména zákon o cenách¹⁸², na základě něhož Ministerstvo zdravotnictví vydává

¹⁷⁸ Nález Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 36/05 ze dne 16. ledna 2007

¹⁷⁹ Diagnosis Related Groups (DRGs) and the Medicare Program: Implications for Medical Technology - A Technical Memorandum (Washington, D. C.: U. S. Congress, Office of Technology Assessment, OTA-TM-H-17, July 1983. Publikace je dostupná na www.fas.org/ota/reports/8306.pdf

¹⁸⁰ Viz např. Tůma, P., Kožený, P.: Co se změnilo po zavedení DRG v České republice, Medical Tribune 33/2009, dostupné na <http://www.tribune.cz/clanek/15709>.

K porovnání přístupu na Slovensku viz např. Kováč, E.: DRG na Slovensku, Zdravotná politika 3/2011, s. 6, http://www.hpi.sk/cdata/IntoBalance/zdravotna_politika_03-2011.pdf

¹⁸¹ zde to bylo zejména občanské sdružení Národní referenční centrum.

¹⁸² Č. 526/1990 Sb.

cenové předpisy¹⁸³. Pojednání o těchto pravidlech však značně překračuje rozsah této práce a pro ucelenou představu nutno doplnit, že cenové předpisy upravují i oblast léčivých přípravků a zdravotnických prostředků.

3. Kontraktace

Úpravu kontraktů pro zajištění poskytování zdravotních služeb ve formě zdravotních výkonů včetně základních pravidel medikace a předepisování zdravotnických prostředků upravuje několik základních právních norem. Kromě z. 48/1997 Sb., jsou to především vyhlášky, a to vyhláška č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy a vyhláška o stanovení hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro daný rok¹⁸⁴. Nejvíce se samotnými zdravotními výkony je však provázána vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. I tato vyhláška se pravidelně mění a posledních několik let se její příloha, která je velice rozsáhlá i na české poměry, vydává ve sbírce zákonů ve znění po novelizaci.

Zajímavé je rovněž posouzení výkladu právních norem regulujících smluvní ujednání o výši úhrad za zdravotní služby prováděnými na základě smluv o poskytování a úhradě zdravotní péče¹⁸⁵. Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče uzavírají plátcí a zdravotnická zařízení (poskytovatelé) v souladu s § 17 z. č. 48/1997 Sb., a v souladu s vyhláškou č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy¹⁸⁶.

Pro posouzení ujednání o výši úhrad a způsobu regulací je nezbytné zmíněné texty smluv srovnávat jednak se zákonem č. 48/1997 Sb., dále se zákonem č. 280/1992 Sb., který je proveden mimo jiné vyhláškou č. 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných

¹⁸³ V případě výkonů je to pro rok 2012 Cenový předpis č. 1/2012/DZP ze dne 14.12.2011 uveřejněný ve Věstníku MZ ČR.

¹⁸⁴ Pro rok 2011 uveřejněna pod č. 396/2010 Sb.

¹⁸⁵ Je použit název smlouvy, který používá příslušná vyhláška, byť od 1.4.2012 by bylo přesnější označení „smlouva o poskytování a úhradě hrazených služeb“ nebo „smlouva o poskytování a úhradě zdravotních služeb“.

¹⁸⁶ Následující text má za základ stanovisko, které autor vypracoval pro svého zaměstnavatele.

převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu a zejména s vyhláškou Ministerstva zdravotnictví o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

Základem právních vztahů v oblasti úhrad zdravotních výkonů v případech, pro které se uzavírá smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče je právě tato smlouva. Výše úhrady se v českém právním prostředí primárně řídí pravidly smluvní volnosti jakožto základním principem vztahů mezi ekonomicky činnými subjekty. Tato smluvní volnost je v některých aspektech omezena, přičemž cílem zákonodárce je bezesporu především zajištění dostupnosti zdravotních služeb ve stanoveném rozsahu. Zásady smluvní volnosti podporuje rovněž pluralita plátců (zdravotních pojišťoven), kterou v našem právním prostředí institucionalizuje zákon č. 280/1992 Sb. nastolením pravidel vzniku resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťoven. Tyto pojišťovny jsou veřejnoprávními institucemi samosprávného charakteru, které mají sloužit k samosprávě zajištění zdravotních služeb pojištěnců, s ohledem na způsob jejich založení zaměstnavateli jakožto zakládajícími subjekty. I tato samospráva je však zákony regulována, opět především s cílem zajistit dostupné zdravotní služby ve stanoveném rozsahu. Jednou ze základních forem regulace je zde omezení hospodaření ve smyslu omezení nakládání s prostředky veřejného zdravotního pojištění. Kromě posuzování textace zákona č. 280/1992 Sb., zejména jeho části třetí, je nutno pracovat i s vyhláškou č. 418/2003 Sb. a dalšími předpisy.

Na dodržování stanovených pravidel dohlíží Ministerstvo zdravotnictví v součinnosti s Ministerstvem financí (§ 7 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb.) a ve spojení s jejich informační povinností dle téhož ustanovení rovněž široká veřejnost. Hlavním nástrojem kontroly hospodaření je zdravotně pojistný plán, který kromě zmíněných subjektů prochází dle ustanovení § 15 zákona č. 280/1992 Sb. schvalovacím procesem

vlády¹⁸⁷ a podléhá schválení Poslaneckou sněmovnou Parlamentu České republiky¹⁸⁸. Dokud není zdravotně pojistný plán schválen Poslaneckou sněmovnou Parlamentu České republiky, řídí se činnost zaměstnanecké pojišťovny dle § 15 odst. 8 zákona č. 280/1992 Sb., provizoriem stanoveným Ministerstvem zdravotnictví v dohodě s Ministerstvem financí na základě návrhu zdravotně pojistného plánu. Díky tomu jsou i před schválením Poslaneckou sněmovnou zdravotní pojišťovny povinny dodržovat návrh zdravotně pojistného plánu a průběžně řídit své kroky tak, aby nedošlo k excesům z mezí stanovených Ministerstvem zdravotnictví.

Nejvyšší výdajovou položkou v návrzích zdravotně pojistných plánů jsou dlouhodobě výdaje na zdravotní služby. Výše úhrad za zdravotní služby u smluvních poskytovatelů se řídí primárně smlouvou, která musí být v souladu především s § 17 odst. 6 zákona č. 48/1997 Sb. a vyhláškou č. 618/2006 Sb. Text rámcové smlouvy dle poslední jmenované vyhlášky ve všech svých přílohách stanoví, že smlouva určuje především podmínky kvality a účelnosti poskytování zdravotních služeb, rozsah poskytovaných zdravotních služeb a hodnoty bodu a výši úhrad hrazených služeb včetně regulačních omezení. Rámcové smlouvy rovněž stanoví, že výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení objemu jsou povinně uvedeny v samostatném dodatku ke smlouvě.

Aby byly zdravotní pojišťovny schopny dostát svým zákonným povinnostem spočívajícím na pevných pravidlech hospodaření, jsou dodatky o výši úhrad a regulačních omezeních zpravidla uzavírány s účinností na jeden kalendářní rok. Základem závazkového právního vztahu vzniklého na základě smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče je bezesporu závazek poskytovatele poskytovat hrazené služby ve sjednaném rozsahu a závazek zdravotní pojišťovny za tyto služby zaplatit sjednané částky.

Specifikace závazku poskytovatele je uvedena zpravidla v příloze ke smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče a platnost tohoto závazku je akcesorická k platnosti samotné smlouvy.

¹⁸⁷ Např. v roce 2011 viz usnesení zde <http://www.vlada.cz/cz/media-centrum/tiskove-zpravy/vysledky-jednani-vlady--8--brezna-2011-81938/>

¹⁸⁸ Např. v roce 2011 viz usnesení zde <http://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=6&T=304>

Specifikace závazku zdravotní pojišťovny musí být uvedena v dodatku a platnost tohoto závazku je zpravidla jeden rok. Neexistuje-li právní úkon, kterým zdravotní pojišťovna a poskytovatel dospěli ke konsenzu ohledně tohoto dodatku, není přítomen základní element tohoto synallagmatického závazkového vztahu, a sice vzájemné plnění jednoho ze subjektů. O tom, že vztah mezi plátcem a poskytovatelem je v českém prostředí přirozeně synallagmatický, není zajisté sporu. Bez existence písemného právního úkonu, nebo alespoň písemného zachycení právního úkonu je nutno zkoumat, zda došlo k nabídce a přijetí jinou formou. Nedojde-li ke konsenzu stran (přijetí návrhu), postrádá smluvní vztah základní náležitost a jakkoli smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče trvá dále, není možné podle ní plnit.

Příkladem z praxe může být situace, kdy zdravotní pojišťovna zaslala poskytovatelům své návrhy dodatků obsahující ujednání o úhradách zdravotních služeb. Jsou-li zdravotní služby poskytovány po přijetí těchto návrhů, nelze než mít za to, že tyto návrhy byly přijaty. Odmítnutí návrhu a předložení návrhu jiného by se muselo odehrát dříve, než bude poskytnuto plnění, v tomto případě hrazené služby v rozsahu dle uzavřené smlouvy¹⁸⁹. Jiný výklad by totiž ve světle zejména posledního zmíněného soudního rozhodnutí (uvedeného v předchozí poznámce pod čarou), vedl k tomu, že písemné odmítnutí návrhu za současného plnění ze smlouvy, a předložení protinávrhu, by znamenalo zánik oferty ze strany zdravotní pojišťovny a vznik oferty nové ze strany poskytovatele. Tím by došlo k plnění pojištěnci bez právního důvodu, čímž by byl pojištěnec bezdůvodně obohacen, byť dle poučení poskytovatele by byl zajisté v dobré víře, že čerpá zdravotní služby hrazené mu jeho zdravotní pojišťovnou. Ještě komplikovanější by byla situace, pokud by poskytovatel odmítl návrh pouze činem, nikoli písemně, a to při vyúčtování zdravotních služeb. Takovéto odmítnutí by však nebylo lze považovat za včasné vzhledem k tomu, že již byly služby poskytnuty. Poskytnutí hrazených služeb v rozsahu uzavřené smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče po doručení oferty je nezbytně nutné vykládat jako její akceptaci. Je-li

¹⁸⁹ Podrobněji viz např. rozsudky Nejvyššího soudu ČR ze dne 26.1.2007, sp. zn. 33 Odo 1520/2005 nebo ze dne 16.9.2009, sp. zn. 30 Cdo 3520/2008 nebo ze dne 30.4.2003, sp. zn. 20 Cdo 790/2002, www.nsoud.cz

z oferty patrné, že se má vztahovat i na již poskytnuté služby, je nutné akceptovat i zpětnou účinnost, neboť smluvní volnost stran je zde stále prvořadá¹⁹⁰.

Ustanovení § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., které předpokládá použití vyhlášky, je nutno vykládat především ve světle smluvního ujednání, neboť dohoda o této části závazkového vztahu je navázána na ostatní ujednání, která jsou jeho součástí. Stanovili tedy smlouva (plně v souladu s právními předpisy), že je pro tuto část plnění nutný samostatný dodatek (byť dle vyhlášky č. 618/2006 Sb. nikoli nutně písemný), musí být uzavřen, aby bylo možné ze smlouvy plnit. Není-li takový dodatek uzavřen, není možné ze smlouvy plnit. Institut tzv. úhradové vyhlášky, je v právním řádu přítomen nikoli pro narušení smluvní volnosti stran, nýbrž pro situace, kdy dojde ke konsenzu o vůli stran ve svém závazkovém vztahu pokračovat, avšak nikoli ke konsenzu za jakých podmínek. Odmítnutí oferty zdravotní pojišťovny poskytovatelem nelze vykládat jako právě nastíněnou situaci, neboť právní jistota zdravotní pojišťovny a především jejich pojištěnců by tímto výkladem byla zásadně narušena. Nakolik poskytovatele je nutno považovat za odborníky v dané oblasti, není možné ke vztahům mezi nimi a plátcí přistupovat jako ke vztahům spotřebitelským. Tvrzení poskytovatele, že je mu fakticky znemožněno vyjednávat o obsahu závazku, neobstojí, neboť tak, jak jsou zdravotně pojistné plány připravovány několik měsíců před koncem kalendářního roku, je jistě poskytovatel schopen jednat o podmínkách úhrad zdravotních služeb předem, byť se k tomu praxe nekloní. Nadto zdravotní pojišťovna a poskytovatel se mohou sejít k jednáním o obsahu vzájemných závazků, která nezřídka vedou k závěrům, které jsou přijatelné pro poskytovatele a umožňují dodržení zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny. Takováto jednání mohou shodně vést i ke změnám již existujících právních vztahů (např. jako v nastíněném případě akceptace návrhu faktickým poskytováním služeb v rozsahu dle platné smlouvy). Zásah do právní jistoty všech zúčastněných subjektů případnou novelizací úhradové vyhlášky v průběhu roku (např. vyhláška č. 46/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 396/2010 Sb.), není předmětem této práce a nakolik praxe plátců i poskytovatelů je schopna akceptovat již téměř jakékoli podmínky pro svou existenci, ponechávám právní posouzení takového postupu normotvůrce jako podnět pro jiné statě. Pokud by nebylo poskytování

¹⁹⁰ Viz např. rozsudek Nejvyššího soudu ČR sp. zn. 28 Cdo 3033/2005, ze dne 22. 8. 2007

zdravotních služeb v rozsahu dle platné smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče považováno za akceptaci návrhu dodatku zdravotní pojišťovny, neobstojí takovýto výklad minimálně při argumentaci ad absurdum. Má-li být poskytovatel nadán právy odmítnout ofertu zdravotní pojišťovny po splnění své části závazku, dochází totiž ke kumulaci vůle o obou vzájemných plněních na straně tohoto subjektu a poskytovatel by tak mohl na základě této argumentace kdykoli požadovat de facto jakoukoli úhradu za poskytnutou službu, aniž by druhá strana mohla jakkoli o svém závazkovém vztahu rozhodovat. Je zřejmé, že takovýto výklad tedy zcela popírá popsany princip smluvní volnosti, neguje vůli zákonodárce k pluralitě plátců a zcela vylučuje jakoukoli soutěž ve smyslu zákona o ochraně hospodářské soutěže na celém relevantním trhu poskytovatelů zdravotních služeb. Z těchto důvodů je nutné zmíněný výklad odmítnout a nedohodnou-li se strany individuálně jinak, vykládat zmíněné vztahy tak, že se poskytovatel stává oblátem okamžikem poskytnutí zdravotní služby v rozsahu dle účinné smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče po doručení návrhu ujednání o výši a způsobu úhrady a dalších náležitostech, které musí být dle vyhlášky č. 618/2006 Sb. povinně upraveny.

Dále je k tomuto tématu nutno uvést, že postavení poskytovatelů je v této věci shodné jako postavení jakéhokoli jiného soutěžitele na jiném trhu, neboť konkurence mezi poskytovateli je více než zřejmá. Kooperace postupu poskytovatelů, která by měla za cíl ovlivňovat hospodářskou soutěž nebo jejímž výsledkem by bylo narušení hospodářské soutěže, může být považována za porušení zákona č. 143/2000 Sb., o ochraně hospodářské soutěže, konkrétně § 3 odst. 1, a to o to více, pokud se na kooperaci podílí sdružení či jiná právnická osoba, bez ohledu na to, zda se jedná o komoru, s jejíž existencí počítá zákon, nebo o jiný subjekt. Blíže k posouzení viz rozhodnutí Úřadu pro ochranu hospodářské soutěže ze dne 4. ledna 2002, č.j. S 99/01 - 2655 /01-VO II V¹⁹¹, v němž tento úřad uložil pokutu České lékařské komoře za porušení zmíněného § 3 odst. 1. I z pohledu rozhodovací praxe dalších českých i unijních soudních instancí je horizontální kartel, který zahrnuje velkou část

¹⁹¹ <http://www.compet.cz/hospodarska-soutez/sbirky-rozhodnuti/vyhledavani/1105/>

Toto rozhodnutí bylo potvrzeno i krajským soudem v Brně rozsudkem ze dne 31.3.2005, č.j. 29 Ca 110/2003-45, a následně Nejvyšším správním soudem, rozsudkem ze dne 31.3.2009, č.j. 8 Afs 18/2007-81.

soutěžitelů, jedním z největších rizik pro relevantní trh a zejména pak pro spotřebitele - v tomto případě pojištěnce i ostatní pacienty.

Z výše uvedených důvodů musí zdravotní pojišťovna dbát především na dodržování zdravotně pojistného plánu a zajištění dostupnosti zdravotních služeb péče pro své pojištěnce. Z těchto důvodů zdravotní pojišťovna nepochybí, pokud svým smluvním partnerům nabídne konkrétní způsob úhrady a je-li zdravotní služba na základě něj poskytována, považuje jej za přijatý. Bude-li zásadní neshoda v rozsahu úhrady poskytovaných zdravotních služeb, nelze než (opět na základě smluvní volnosti) dospět k redukci rozsahu poskytovaných služeb, případně až do rozsahu neodkladné péče, a přehodnotit ostatní smluvní vztahy tak, aby byl naplněn zdravotně pojistný plán.

Poněkud odlišným výkladem může být jakési rozdělení dvou právních úkonů, a sice konsenzu o uzavření onoho dodatku, se kterým počítá rámcová smlouva a konsenzu o jeho obsahu. Pokud bychom dovodili, že v roce, kdy nebyl účinný žádný písemný dodatek, smlouva neměla základní náležitost tak nebylo dle ní možné vůbec plnit. Pokud si strany však nadále plnily, čímž daly jasně najevo svůj úmysl další rok spolupracovat, dodatek uzavřely mlčky. Neshodly se však na jeho obsahu, a proto se použije úprava dle úhradové vyhlášky. Potíž s tímto výkladem je v dokazování rozsahu konsenzu. Osobně jsem toho názoru, že výklad, podle kterého poskytovatel poskytnutím služeb po obdržení oferty od zdravotní pojišťovny nesouhlasí s touto nabídkou (což případně potvrdí písemně nebo faktickým jednáním), avšak souhlasí s uzavřením dodatku na další rok, nepřirozeně přiděluje jednomu jednání dva potenciální účinky, přičemž právní jistota druhé smluvní strany o tom, který účinek se v daném případě přiřazuje je nulová. Jinak řečeno, přijmeme-li za odmítnutí oferty až psaný text nebo faktické zúčtování odlišné od návrhu, nejenže ubíráme zdravotní pojišťovně možnost rozhodnout o smluvním vztahu, ale navíc přisuzujeme poskytovateli možnost rozhodnout o povaze svého právního úkonu ex post.

Na druhou stranu faktická možnost poskytovatele, který je zpravidla existenčně závislý na úhradě zdravotních služeb od zdravotních pojišťoven, ovlivňovat výši úhrady, je minimální. Bohužel v tom tkví rozhodující výhybka mezi státem hrazenými

službami a konkurenčním prostředím. Má-li být služba hrazena vždy za podmínek, které stanoví ministerstvo zdravotnictví vyhláškou, není vůbec nutná pluralita plátců a už vůbec pluralita poskytovatelů. Má-li být služba hrazena na základě smluvních vztahů založených na smluvní volnosti, je nutno počítat s tím, že pro některé účastníky to může být v některých případech méně příjemné a slabší hráči se neudrží. Tím se však dostáváme do ekonomických dimenzí problematiky, které jsou sice s tématem práce úzce spjaty, avšak není zde pro ně dostatek prostoru.

Při zmínce o kontraktaci výkonů zdravotní péče nelze nezmínit obvyklou situaci, která nastává každým rokem. Základní náležitost smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče (cena) je sjednávána každoročním dodatkem. V minulosti bývaly tyto dodatky dokonce pololetní či čtvrtletní. Nikdy však nejsou uzavírány před datem zahájení plnění. Toto tvrzení je možná odvážné, ale plyne z osobní zkušenosti autora a je podloženo konzultacemi s právníky plátců i poskytovatelů. Důvodem je především silná návaznost na tzv. úhradovou vyhlášku. I když o její právní závaznosti (a vůbec ústavnosti) lze vést akademické debaty, nelze popřít, že má velký význam pro individuální vztahy jako ukazatel směru vývoje. V situaci, kdy se úhradové mechanismy komplikují (např. systém DRG), je nevyhnutné, aby existoval alespoň podpůrný dokument, který umožní velkému množství plátců a přibližně třitisíce osmsetkrát vyššímu počtu poskytovatelů sblížit nepřehledné množství způsobů úhrad. Z pohledu práva je však retroaktivita smluvních ujednání sporná. Internetový vyhledávač nabízí na tuto situaci následující poučku¹⁹² - *Smluvní retroaktivita je v případě, že účinnost smlouvy předchází její platnost, typické je to když nájem vznikne od prvního dne kalendářního měsíce, ačkoliv smlouva je uzavírána až v jeho průběhu. Podle rozhodnutí NS ČR ze dne 15. 6. 2006, sp. zn. 32 Odo 705/2005, nebo ze dne 12. října 2006, sp. zn. 29 Odo 331/2006, je smluvní retroaktivita nepřipustná. Podle rozhodnutí NS ČR ze dne 22. 8. 2007, sp. zn. 28 Cdo 3033/2005, je však smluvní retroaktivita přípustná. Poslední rozhodnutí doktrína kritisovala s ohledem na jeho dopady ve veřejném právu¹⁹³.* V případě veřejného zdravotního pojištění však nezbyvá,

¹⁹² <http://iuridictum.pecina.cz/w/Retroaktivita>

¹⁹³ Dědič, J., Čech, P.: Bis de eadem re aneb dvakrát o tomtéž (a pokaždé jinak). In Právní rádce 11/2008, str. 8.

než se přiklonit k závěrům posledního z uvedených rozhodnutí¹⁹⁴, v němž Nejvyšší soud říká: „*Smluvní retroaktivita je však v oblasti občanského práva nejen známá, ale i přípustná. Jde o důsledek plynoucí ze zásadní smluvní autonomie. Je totiž na účastnících smlouvy, aby posoudili a rozhodli, od kterého okamžiku založí účinnost smlouvy. Tak je tomu typicky v případech, kdy smlouva podle výslovného a nepochybného projevu vůle účastníků má vstoupit do účinnosti po datu uzavření smlouvy. Nelze však vyloučit, aby účastníci založili účinnost smlouvy přede dnem jejího uzavření.*“

4. Náhrada škody

Při poskytování zdravotní péče ve formě zdravotních výkonů může dojít k situacím vedoucím k náhradě škody porušením právní nebo smluvní povinnosti. Nezřídka se tyto dvě kategorie budou překrývat, protože rámcové smlouvy¹⁹⁵ stanovují smluvní povinnost dodržovat právní předpisy. Procesně se pak jedná o odlišné situace, protože škoda identifikovaná postupem dle § 42 z. č. 48/1997 Sb., může být dle smlouvy vypořádána tak, že zdravotní pojišťovna jednostranným započtením pohledávky sníží zdravotnickému zařízení o příslušnou částku úhradu za vyúčtování hrazené zdravotní péče předložené v následujícím zúčtovacím období¹⁹⁶. Podmínkou však je, že zdravotnické zařízení do 10 dnů od upozornění zdravotní pojišťovny na nesrovnalosti ve vyúčtování, na které zdravotní pojišťovna přišla ex post (po zaplacení), domněle neoprávněně vyúčtovanou částku nezaplatí, nebo nedoloží její oprávněnost. Toto ustanovení je součástí všech rámcových smluv, které jsou pro plátce a poskytovatele závazné. Jeho cílem je jednoznačně urychlit vymáhání neoprávněně uhrazené zdravotní služby. Podstatnou okolností však zůstává skutečnost, že by se v těchto případech mělo jednat o pochybení ve vyúčtování. Pojišťovna zde neposuzuje zavinění - pouze konstatuje, že vyúčtovaná služba nebyla vyúčtována správně. Za správnost se zde bezesporu považuje i věcná správnost, tedy souladnost se smlouvou a právními předpisy. Díky tomu lze tímto postupem započíst jakoukoli pohledávku, která vznikla

¹⁹⁴ Rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 28 Cdo 3033/2005, ze dne 22. 8. 2007

¹⁹⁵ č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy

¹⁹⁶ Viz čl. IV odst. 8 rámcových smluv dle vyhl. č. 618/2006 Sb.

při poskytování a úhradě zdravotních služeb. Procesní postup náhrady škody dle civilního nebo trestního práva je tedy až druhotným postupem, pokud se nepodaří vyřešit domnělou škodu v režimu smlouvy. Z ustálené judikatury Nejvyššího soudu ČR vyplývá, že zdravotní pojišťovna si v tomto případě musí vybrat, kterou cestou se vydá. Tedy zda požadavkem na splnění smluvní povinnosti nebo dle ustanovení o náhradě škody. Jak uvádí Nejvyšší soud¹⁹⁷: „... Uplatněný nárok (z nájemní smlouvy) je tedy po právní stránce nárokem na plnění ze závazkového právního vztahu, založeného smlouvou. Nadbytečně se proto odvolací soud věcí zabýval i z hlediska odpovědnosti žalovaných za škodu způsobenou žalobcům podle ust. § 420 obč. zák., která - při splnění podmínek stanovených v zákoně - vzniká mimosmluvně. I když nesplnění smluvní povinnosti (jakožto porušení právní povinnosti) může být také jedním z předpokladů obecné odpovědnosti za škodu ve smyslu § 420 obč. zák., nepřichází aplikace tohoto ustanovení v úvahu v případě, že na účastníku závazkového právního vztahu je požadováno splnění jeho povinnosti ze smlouvy, tedy jestliže uplatněný nárok na plnění v požadované výši vyplývá přímo ze smluvního závazku.“

Další právní povinností, která může být při poskytování zdravotní péče porušena je povinnost dle § 34 zákona o zdravotních službách (dříve § 23 z. č. 20/1966 Sb.), povinnost informovat pojištěnce před zákrokem. K porušení právních povinností poskytovatelem může dojít a také v praxi nezřídka dochází z důvodu nedostatečné informovanosti. Stávající systém úhrady zdravotních služeb je poměrně komplikovaný, avšak poskytovatel (a především ošetřující lékař) musí nést odpovědnost za správné poskytování informací pojištěnci. Tyto informace musí být součástí poučení o zákroku, neboť dle mého názoru ekonomický aspekt zákroku je jeho neopomenutelnou součástí. To platí především u těch druhů zdravotních služeb, které vyžadují ekonomickou zainteresovanost pojištěnce, tedy především medicína při ambulantní péči. Tuto úvahu jen logicky doplňuje povinnost poskytovatele podle § 13 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění, informovat pojištěnce o základní a ekonomicky náročnější variantě zdravotní služby, která má být poskytnuta.

¹⁹⁷ Viz Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 22.08.2001, sp.zn. 25 Cdo 1569/99, www.nsoud.cz

Samostatnou kategorií jsou pak situace, při kterých vzniká zdravotní pojišťovně škoda v případech nesprávného poučení o zákroku, které způsobí neúčinnost informovaného souhlasu pojištěnce. Zcela specifickou situací je pak poskytnutí tohoto souhlasu jinou osobou než dotčeným pojištěncem. Blíže k této zatím nepříliš prozkoumané části práva poskytování zdravotní péče viz exkurz na konci této kapitoly.

Zcela samostatnou informační povinností je pak povinnost dle § 45 odst. 2 písm. g) zákona o zdravotních službách (dříve např. § 67b odst. 13 z. č. 20/1966 Sb.), kterýžto ukládá ošetřujícímu lékaři, jehož pacient se rozhodl pro jiného poskytovatele, předat tomuto nově zvolenému poskytovateli všechny informace potřebné pro zajištění návaznosti poskytování zdravotních služeb. V praxi bohužel onen dosavadní poskytovatel nebývá příliš nakloněn předávání jakýchkoli informací, natož informací komplexních. A to jak pacientovi, tak novému poskytovateli, přičemž pacient má toto právo garantováno nejen zákonem, ale rovněž Úmluvou o biomedicině¹⁹⁸. Jediným dalším zdrojem informací o absolvovaných službách je zdravotní pojišťovna. Tato informace sice nemá potřebnou kvalitu jako informace od dosavadního ošetřujícího lékaře, na druhou stranu může obsahovat i více informací, které by jinak ošetřující lékař nedostal. Zejména se jedná o zdravotní služby poskytnuté jinými poskytovateli, kteří mezi sebou zpravidla nekomunikují.

V případě žádosti pojištěnce o sdělení takovéto informace je zdravotní pojišťovna povinna postupovat primárně dle § 43 odst. 2 z. č. 48/1997 Sb., tedy poskytnout písemně bezplatně a bezodkladně výpis, maximálně jednou ročně za předešlý rok. V ostatních případech musí postupovat dle § 12 z. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, a poskytnout mu bezodkladně informaci o účelu, rozsahu a konkrétních zpracovávaných údajích, povaze automatizovaného zpracování a případných příjemcích. Lze sem zařadit i poskytnutí výpisu z účtu, i když je z mého pohledu širší. Za postup dle § 12 lze požadovat přiměřenou úhradu nepřevyšující náklady. O výši požadovaných nákladů musí být pojištěnec předem průkazně informován. Není-li zákonem stanovena povinnost nebo právo zdravotní pojišťovny předávat konkrétnímu

¹⁹⁸ č. 96/2001 Sb., Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině; přijata 4.4.1997 v Ovíedu. Konkrétně její čl. 10 odst. 2.

subjektu údaje, není možné tyto údaje předat bez souhlasu subjektu údajů¹⁹⁹. Nadto zaměstnanci zdravotní pojišťovny jsou povinni dodržovat mlčenlivost a to jak na straně výdajů za zdravotní služby²⁰⁰, na straně příjmové²⁰¹. Jediným subjektem, který dle zákona má nárok na bezplatné poskytnutí těchto údajů je registrující poskytovatel - praktický lékař²⁰². Dále lze udělit písemný souhlas s předáním údajů konkrétní osobě. Tato osoba poté může požádat o informace o subjektu údajů. Zdravotní pojišťovna však není povinna předávat informace třetí osobě, byť je to odsouhlaseno subjektem údajů, a může za takovéto poskytnutí rovněž požadovat úhradu ve výši nákladů. Vztah při takovém předání údajů je běžným občanskoprávním vztahem, v němž si strany mohou domluvit v podstatě cokoli (pokud zůstanou zachována práva dalších osob). Zdravotní pojišťovna však nemůže vyžadovat úplatu vyšší než náklady, aby se nedostala do podezření, že tuto službu poskytuje s cílem vytvářet zisk (neboť není oprávněna podnikat s prostředky veřejného zdravotního pojištění - § 19 odst. 3 z. č. 280/1992 Sb.). V konečném důsledku vydá-li pojištěnec nebo nový ošetřující lékař úsilí nebo finanční prostředky k tomu, aby získal informace pro zajištění návaznosti poskytování zdravotních služeb, může je uplatnit vůči dosavadnímu poskytovateli z titulu náhrady škody.

Některé z institutů, které se do českého práva upravujícího poskytování zdravotních služeb do 1.4.2012 dostaly, zatím pozbývají logické vazby na právo upravující úhradu těchto služeb z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Kromě notoricky diskutovaných problémů jako je právo na druhý názor, nebyl zatím vyřešen dopad i jiných institutů. S ohledem na grantový projekt, který je citován na jiném místě této práce, bych se tedy zaměřil na institut dříve vyslovených přání (§ 36 zákona o zdravotních službách) a situace odmítnutí poskytnutí zdravotní péče (§ 34 odst. 4 téhož zákona). Bude zajímavé sledovat, zda zdravotní pojišťovny někdy uplatní nárok na náhradu škody proti klientovi, který odmítne podstoupit některý z doporučených výkonů, ať už s předstihem (dříve vysloveným přáním) nebo těsně před zákrokem.

¹⁹⁹ § 5 odst. 1 písm. f) věta 2. z. č. 101/2000 Sb.

²⁰⁰ § 22 z. č. 280/1992 Sb., pro zaměstnanecké zdravotní pojišťovny, § 24 z. č. 551/1991 Sb., pro VZP.

²⁰¹²⁰¹ § 23 z. č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, § 23. Blíže k výkladu tohoto zákona viz např. Hejkal, T., Pelikánová, H., Šváchová, M., Trnková, L. – Nemocenské, důchodové a zdravotní pojištění s komentářem a příklady, IV. Doplněné a aktualizované vydání, Polygon, 2004, str. 333.

²⁰² § 21 odst. 3 z. č. 2280/1992 Sb.

Obdobně by zdravotní pojišťovna mohla uplatnit regresní nárok podle § 55 zákona o veřejném zdravotním pojištění, pokud by výkon odmítl zástupce pacienta. Takovýto postup pacienta nebo zástupce totiž může způsobit zvýšení nákladů na léčbu. Tyto náklady by však zřejmě nemohl nést systém veřejného zdravotního pojištění. Důvod je prostý. § 12 písm. d) zákona o veřejném zdravotním pojištění ukládá pojištěnci poskytnout součinnost při zdravotním výkonu, kontrole průběhu léčby a dodržovat stanovený léčebný režim. Stanoví-li tedy poskytovatel léčebný režim jinak než si přeje pacient, je poskytovatel povinen postupovat podle přání pacienta. Ale ten pak ztrácí nárok na věcnou dávku. V praxi zpravidla jeden ze subjektů ustoupí, tedy buď poskytovatel upraví stanovený léčebný režim tak, aby s ním pacient souhlasil, nebo pacient pod tíhou hrozící finanční zátěže od svého přesvědčení upustí. Obecně však zdravotní pojišťovny na dodržování stanoveného léčebného režimu zatím nehledí. Je však jen otázkou času, kdy je k tomu ekonomická situace dotlačí. V případě sporu však pojištěnec může argumentovat sankční povahou uvedeného ustanovení. Vyjmutí poskytnuté zdravotní péče z úhrady z důvodu uplatnění zákonného práva pojištěnce by mohlo být porušením ústavních principů, neboť neproporcionálně zvýhodňuje ekonomické nároky veřejného zdravotního pojištění před právem pacienta pojištěnce na seburčení. Na druhou stranu se však pochopitelně nesmí jednat o šikanózní výkon práva ze strany tohoto pojištěnce a nesmí tím být znemožněno uplatnění nároku ostatních pojištěnců. Na rozdíl od úpravy před 1.4.2012, nová úprava definuje jak povinnost dodržovat stanovený léčebný režim v zákoně o veřejném zdravotním pojištění, tak samotný pojem léčebný režim - § 3 odst. 3 zákona o zdravotních službách. Podle posledního zmíněného ustanovení je léčebný režim součástí individuálního léčebného postupu a rozumí se jím soubor opatření, která podporují léčbu a minimalizují možná rizika, včetně úpravy životního stylu. Lze rovněž mít za to, že protože zákon o zdravotních službách říká, že individuálním léčebným režimem se rozumí poskytování zdravotních služeb, je tento režim stanoven, resp. vytvořen až na základě souhlasu pacienta. Dostáváme se však do situace, kdy bude obtížné se vyhnout otázkám úhrady zdravotní péče poskytované na žádost, které vždy v souvislosti se souhlasem a dominancí pacienta při rozhodování o poskytovaných službách budou vyvstávat. Posouzení, zda tedy lze či nelze omezovat úhradu zdravotní

péče z důvodu volby pojištěnce, a hranici mezi tím kdy ještě lékař navrhuje léčbu podle pravidel vědy a kdy už se nechává ovlivnit přáním pacienta, načrtne až judikatura. Do té doby se obávám, že vůle plátců riskovat svou mediální pověst útokem na své pojištěnce, nebude dostatečně vyvážena přínosem takového opatření a k těmto sporům docházet nebude. Přesto z akademického pohledu jistě stojí za úvahu a umožňují nám dokreslit komplexnost nové úpravy, která, jak se zdá, alespoň v některých ohledech posouvá české medicínské právo vpřed.

Zajímavým příkladem z praxe, který však v dnešní situaci nemá jednoznačné řešení, je medializovaný a citlivý problém úhrady tzv. biologické léčby. Opožděným nasazením moderní medikace při poskytování ambulantní péče může dojít na straně pojištěnce ke škodě na zdraví. U některých onemocnění sice existuje substituent, ale nikoli terapeutický, spíše paliativní (např. v případě roztroušené sklerózy léčba kortikoidy). Problematika úhrady této péče zatím nebyla odborně náležitě rozpracována. V praxi se často obracejí poskytovatelé, kteří jsou limitováni objemem preskripce a její hodnotou, na zdravotní pojišťovny s požadavkem na schválení navýšení těchto limitů, zatímco pacient - pojištěnec je zařazen na tzv. čekací listinu. Tento stav je zcela nepřijatelný a v rozporu s platným právem. Aktivně legitimován k uplatnění nároku z dostupnosti zdravotních služeb je pouze pojištěnec, a to dle mého názoru v občanském soudním řízení. Existují úvahy o tom, že by zdravotní pojišťovna měla o nároku pojištěnce na čerpání věcných dávek rozhodovat ve správním řízení. Protože jsem přesvědčen, že zaměstnanecká zdravotní pojišťovna je instituce, jejímž prostřednictvím vykonávají pojištěnci a plátcí pojistného samosprávu v dotčených záležitostech, nemohu souhlasit s vrchnostenskou povahou takového „rozhodnutí“. Analogii s věcnými či peněžitými dávkami jiných oblastí sociálního zabezpečení tak právě z důvodu samosprávné a občanskoprávní povahy vztahů plátce a pojištěnce považuji za nepřipadnou. Jiné posouzení však přichází v úvahu v případě Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR. Detailní rozbor by však překročil rozsah této práce a vydal by na práci zcela samostatnou.

Abychom se ale vrátili k uvedenému příkladu. Pojištěnec by měl požádat svou zdravotní pojišťovnu o zajištění dostupnosti zdravotní služby. Pro to jsou nezbytné dvě podmínky. První je, že potřeba konkrétního postupu je jedinou lékařsky indikovanou možností. Druhou, že poskytovatel písemně odmítl přijmout pojištěnce do péče. Na plátce by se tak neměl obracet poskytovatel, který již přijal pojištěnce do péče, ač pro to neměl potřebné provozní možnosti. V tomto posouzení bychom měli § 48 odst. 1 písm. a) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (před jeho účinností § 11 odst. 1 písm. d) zákona o veřejném zdravotním pojištění) vykládat širše. A to tak, že za přijetí do péče se považuje i pokračování v péči po zásadní změně formy jejího poskytování²⁰³. Poskytovatel totiž musí mít v této situaci šanci opět posoudit své provozní možnosti. Zákon mu nedává šanci při změně provozních podmínek péči o pacienta ukončit. Poskytovatel tak musí citlivě uvážit, zda jeho provozní podmínky (včetně úhradových limitací) umožňují léčbu zahájit.

V případě již zmíněné sclerosis multiplex však dochází ke krizi normy, neboť ji nelze bezpečně vyložit tak, aby byly chráněny všechny tři strany (pojištěnec, poskytovatel i plátce). Indikuje-li totiž poskytovatel biologickou léčbu, pak je léčba kortikoidy medicínsky nesprávná či neúčelná a nemůže být hrazena. Je-li správná, pak nelze hradit léčbu biologickou. Pojištěnec tedy odchází od poskytovatele s tím, že současná léčba mu hrazena není a pro indikovanou musí hledat (prostřednictvím plátce) jiného smluvního poskytovatele. Nezajistí-li zdravotní pojišťovna bezodkladně poskytovatele, který přijme pojištěnce do péče stanovenou formou (biologickou léčbou), závažně porušuje své právní povinnosti, jakkoli důvody mohou být ekonomické a zcela mimo její dosah (např. v pravidelně opakované situaci provizoria dle § 15 odst. 8 zákona č. 280/1992 Sb.²⁰⁴). Škoda vzniklá nesplněním této povinnosti může být tedy pojištěncem s úspěchem uplatněna.

Na rozdíl od uvedeného však v praxi bude moci pojištěnec uplatňovat náhradu škody na poskytovateli, který nesprávně uvážil své provozní možnosti a přijal jej do péče, ač nebyl s to poskytnout indikované zdravotní služby v medicínsky odůvodněné lhůtě.

²⁰³ § 6 a násl. zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

²⁰⁴ Není-li zdravotně pojistný plán schválen Poslaneckou sněmovnou do 1. 1. příslušného roku, řídí se hospodaření zdravotní pojišťovny provizoriem stanoveným Ministerstvem zdravotnictví.

Tím se poskytovatel sám vystavuje velkému riziku. Na druhou stranu však doufá zřejmě v dohodu se zdravotní pojišťovnou tak i se zvýšením svých příjmů plynoucích z poskytování tohoto druhu péče (jsou-li vůbec). No a úplným vyústěním těchto úvah je pak možnost zdravotní pojišťovny požadovat po poskytovateli, který takto postupuje náhradu nákladů, které byla pojišťovna nucena vynaložit v důsledku zhoršení zdravotního stavu pojištěnce, který nedostal přístup k biologické léčbě. Než se však tato situace zcela vyjasní, zřejmě budeme ještě svědky medializovaných právních bitev mezi všemi zúčastněnými a v lepším případě legislativní změny, která výše uvedené úvahy spolehlivě vyvrátí.

Exkurz - Zástupný souhlas v českém právu²⁰⁵

Koncem roku 2009 se na půdě Právnické fakulty Univerzity Karlovy v Praze uskutečnilo symposium na téma Pokyny Do Not Resuscitate v klinické praxi. Symposium bylo jedním ze závěrů grantového projektu Grantové agentury Univerzity Karlovy (GAUK) č. 36108 s názvem: Problematika doložky DNR ve zdravotnické praxi; komparatistika, etické aspekty a varianty právního řešení²⁰⁶. Na symposiu po vystoupení řešitelů projektu proběhla živá a velice zajímavá diskuze, která se mimo jiné dotkla problematiky tzv. zástupného souhlasu s provedením zákroku v oblasti péče o zdraví. Nakolik je toto téma, zejména v souvislosti s připravovanou změnou legislativy, pořád aktuální, pokusil jsem se nabídnout v časopise Zdravotnictví a právo úvahu k diskusi. To, co je níže uvedeno o zástupných souhlasech, je možno samozřejmě aplikovat i na výslovný nesouhlas. Současná ani minulá právní úprava v České republice totiž neobsahuje a neobsahovala žádné ustanovení, které by odlišovalo rozhodování o poskytnutí a neposkytnutí zdravotních služeb, snad kromě ustanovení o formě zachycení výsledku procesu rozhodování, když pro nesouhlas se

²⁰⁵ Základ autorského textu je v upravené podobě součástí autorovy diplomové práce „Právní aspekty ukončování léčby pacientů“ a byl publikován - Kops, R., Zástupný souhlas v českém právu, Zdravotnictví a právo 11/2010, vyd. JUDr. Karel Havlíček, Praha: 2010, s. 6.

²⁰⁶ Pro bližší informace viz czp.prf.cuni.cz. V případě zájmu o sborník ze symposia, který obsahuje příspěvky řečníků i přepis záznamu diskuze, kontaktujte Centrum zdravotnického práva PFUK na medlaw@prf.cuni.cz.

zákonem vyžaduje vždy písemná forma (§ 34 odst. 4 zákona o zdravotních službách, dříve § 23 odst. 2 zákona o péči o zdraví lidu²⁰⁷).

Problematickým a v praxi těžko realizovatelným ustanovením je odstavec třetí článku šestého Úmluvy o lidských právech a biomedicíně²⁰⁸. Není-li možno získat souhlas od léčené dospělé osoby, musí za něj souhlas vyslovit jeho zákonný zástupce nebo orgán, osoba či instituce zmocněna zákonem. Ustanovení se týká pouze situací, kdy existuje objektivní neschopnost udělit souhlas. O tom, zda je možné se nechat zastupovat v případě, že pro to není důvod uvedený v Úmluvě, je možné diskutovat. Mám za to, že i když Úmluva s touto možností nepočítá, je nutno aplikovat obecná ustanovení o zastoupení, až do doby než budou výslovně vyloučena.

Pokusme se najít onoho zástupce dle Úmluvy v českém právu mimo zákon o zdravotních službách. Začneme zákonným zástupcem. Podle § 26 občanského zákoníku²⁰⁹ zastupují v právních úkonech osoby k těmto úkonům nezpůsobilé jejich zákonní zástupci. Podle článku 6 odstavec 2 Úmluvy nemůže být zákrok na nezpůsobilé nezletilé osobě proveden bez souhlasu zákonného zástupce nebo dalších uvedených osob. Zákonným zástupcem dítěte je jeho rodič²¹⁰. Zákonným zástupcem manžela je druhý manžel²¹¹. Toto zákonné zastoupení je však omezeno pouze na běžné záležitosti zastupovaného. Je otázkou zda lze některé léčebné úkony považovat za běžné záležitosti a zda by poskytovatel byl ochoten připustit zástupný souhlas druhého manžela v těchto případech. Domnívám se, že by se spíše přikláněl k užšímu výkladu pojmu „běžné záležitosti“ a takovýto souhlas by odmítl. Je spíše na společenskou diskuzi, zda by to bylo v souladu s právem. Dle § 27 občanského zákoníku je zákonným zástupcem fyzické osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům soudem ustanovený opatrovník. Opatrovník pak může být zřejmě ustanoven i pacientovi neschopnému dát souhlas se zákrokem z důvodu pokročilé nemoci či komatu, aniž by

²⁰⁷ č. 20/1966 Sb., ve znění pozdějších předpisů, dále jen zákon o péči o zdraví lidu.

²⁰⁸ Oviedo 1997, uveřejněna pod číslem 96/2001 Sb. m. s., dále jen „Úmluva“

²⁰⁹ Zákon č. 40/1964 Sb.

²¹⁰ Má-li rodičovskou zodpovědnost v požadovaném rozsahu. § 31 odst. 1 písm. b) zákona č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů. Zde je možné se rovněž zamyslet, zda odstavec 3. tohoto paragrafu je v souladu s § 9 občanského zákoníku a čl. 6 odst. 2 Úmluvy.

²¹¹ § 21 zákona o rodině

musel být zbaven způsobilosti k právním úkonům dle § 186 o. s. ř.²¹², jelikož se jedná o vážný důvod ve smyslu § 29 věta druhá občanského zákoníku. Opatrovníka určí soud v opatrovnickém řízení (§ 192 o. s. ř.). Nevýhodou je zdlouhavost procesů omezování či zbavení způsobilosti k právním úkonům a určování opatrovníka a z toho plynoucí malá vůle poskytovatelů i soudů toto řízení podstupovat. Proto se spíše přiklání k praxi aplikace stavu nouze, tak jak je popsán v článku 8 Úmluvy²¹³. Dle mého názoru tento postup není správný. Stav nouze by měl být ultima ratio při rozhodování a měl by zůstat vyhrazen pro opravdu neodkladné situace. Přednost by měl mít jakýkoli souhlas či projev vůle pro futuro, nebo zástupný souhlas, už jen proto, aby v případě sporu mohl poskytovatel použít vůli pacienta či zástupce jako argument pro odůvodnění příklonu k tomu či onomu postupu²¹⁴. Je s politováním, že odborná literatura se nejen nezabývá zástupným souhlasem, ale navíc každou situaci, kdy není možné získat souhlas pacienta, vykládá jako stav nouze²¹⁵.

Kde však zástupce, který by splňoval požadavky Úmluvy, najít? Víme, že zákonný zástupce v českém právu možný je. Co další subjekty?

Zástupný souhlas může dle Úmluvy udělit ten, o němž to zákon předpokládá. V dřívější úpravě takovéto subjekty neexistovaly. Zákon o péči o zdraví lidu v § 23 neřešil udělení samotného souhlasu. Poměrně kasuisticky zevrubně sice upravoval informování pacienta (§ 67a a následující), ale o tom nejdůležitějším, a sice o rozhodování, čili udělení souhlasu, se nevyjadřoval. Jediná věta: „Vyšetřovací a léčebné výkony se provádějí pouze se souhlasem nemocného, nebo lze-li tento souhlas předpokládat“, nenaplnuje zdaleka požadavky Úmluvy. Možnost předpokládat souhlas nebyla přiřknuta konkrétní osobě. Nebylo možné za tím hledat zákonné oprávnění ošetřujícího lékaře.

²¹² Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád

²¹³ „Pokud v situacích nouze nelze získat příslušný souhlas, jakýkoliv nutný lékařský zákrok lze provést okamžitě, pokud je nezbytný pro prospěch zdraví dotyčné osoby.“

²¹⁴ Zajímavé informace a odkazy na literaturu o podobných institutech naleznete např. zde http://en.wikipedia.org/wiki/Advance_health_care_directive, nebo též např. v článku JUDr. Heleny Peterkové, hlavní řešitelky zmíněného grantového projektu, který byl otištěn v tomto periodiku v čísle 4/2010.

²¹⁵ Srovnej např. Šustek, P., Holčapek T. - Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví, ASPI, Praha 2007, str. 126. Dalším příkladem budiž Haškovcová, H., Informovaný souhlas, proč a jak?, Praha: Galén, 2007, str. 33, kde se uvádí, že nepaduje žádný rozpor mezi českými zákony, praxí a Úmluvou o biomedicině v otázkách informovaného souhlasu osob omezených či zbavených způsobilosti k právním úkonům. Rozdílně pak viz. Mach, J., Medicína a právo, C. H. Beck, Praha 2006, str. 40 a následující, které otázku řeší podrobněji i když nikoli úplně detailně.

Žádný orgán, osoba ani instituce před účinností zákona o zdravotních službách nebyla zákonem výslovně obecně zmocněna vyslovit zástupní souhlas s provedením výkonu²¹⁶.

Ke zmocnění k vyslovení zástupného souhlasu se zákrokem se pouze přibližoval § 24 zákona o péči o zdraví lidu. Svou nadějnou pozici však ztrácel tím, že soud byl pouze informován o převzetí nemocného do ústavní péče bez jeho souhlasu. Nebyl bez dalšího oprávněn určit zástupce, který by o souhlasu (ergo o léčbě) rozhodl. V návaznosti na to, se ze znění § 23 odstavec 4. téhož zákona zdá, že o léčbě již bylo rozhodnuto. Kým a na základě čeho již zákon neříká. Lze se jen domnívat, že rozhodnout měl poskytovatel (zdravotnické zařízení), který bez souhlasu nemocného provedl dané výkony nebo jej převzal do ústavní péče. Nakolik se zde jedná o postup bez vůle pacienta, na úseku ochrany veřejného zdraví, lze se domnívat, že jde o využití státní moci. A ta by měla být uplatněna jen v souladu s čl. 2 odst. 3 Ústavy. Použití ustanovení § 191a a následující o. s. ř. zde rovněž neposkytuje požadovanou míru právní úpravy, nakolik soud rozhoduje o přípustnosti převzetí, nikoli o jednotlivých úkonech. Neposkytuje zde tedy zástupný souhlas ve smyslu Úmluvy, pouze využívá státní donucení k izolaci léčeného.

Český právní řád však obsahoval dva zvláštní případy, které se týkaly zejména nezletilých dětí. První, kdy zástupný souhlas, nebo spíše rozhodnutí o provedení zákroku mohl učinit ošetřující lékař v případě, že zákonný zástupci dítěte nebo opatrovník osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům, odmítají souhlas se život zachraňujícím vyšetřovacím či léčebným zákrokem, § 23 odst. 3 zákona o péči o zdraví lidu. A druhý, s aplikací § 76a o.s.ř. v souvislosti s ohrožením nezletilého dítěte. Ve formulaci odstavce 1 tohoto ustanovení se totiž ukrývá zmocnění soudu, který předběžné opatření vydává, stanovit v něm „jiná opatření“, jež mají být realizována. Mezi tato opatření stanovená předběžným opatřením (zákonná formulace) nevyhnutelně patří i rozhodnutí o zákroku. Zpravidla se soud sice bude opírat o názor poskytovatele, ale rozhodnutí učiní sám. Bližší právní osvětlení takovéto situace nabízí

²¹⁶ Odlišná je úprava např. v § 6 odst. 8 zákona č. 576/2004 zberky zákonov, o zdravotnej starostlivosti. Ani slovenská teorie se však nevyjadřuje k použití obecného institutu plné moci v případech zástupného souhlasu, viz např. Vlček, R., Hruběšová, Z. – Zdravotnícke právo, Bratislava: EPOS, 2007.

nález Ústavního soudu sp.zn. III.ÚS 459/03 ze dne 20.8.2004, ve kterém se mimo jiné praví: „že obecný soud v řízení podle § 76a o. s. ř. zpravidla nemůže řešit otázky vhodnosti té které léčby, neboť uvedené ustanovení dopadá na výjimečné (a závažné) případy, kde je třeba rozhodnout neprodleně, přičemž názor evidentně kvalifikovaného léčebného zařízení, jako tomu bylo v této věci, je pro rozhodnutí soudu v daném ohledu dostatečnou oporou.“²¹⁷.

Existoval tedy v českém právu již dříve orgán osoba či instituce zmocněná zákonem? Obstojí obecné zmocnění k provedení právního úkonu za zastoupeného? To nalzáme v ustanovení § 31 a následujících občanského zákoníku, v úpravě zastoupení na základě plné moci. Nedostáváme se však příliš daleko?

Domnívám se, že spor stojí na výkladu Úmluvy. Je-li vykládána striktně, musíme vyžadovat konkrétní zákonné zmocnění k provádění zástupného souhlasu. Zákonný zástupce je k němu zmocněn samotnou Úmluvou. Ostatní má zmocnit zákon. Ten tak *expresis verbis* činí jen ve výjimečných případech. Dle gramatického výkladu tudíž lze říci, že jiné zastoupení v této věci možné není a dle výkladu teleologického snad lze i dovodit, že bylo účelem úpravy ponechat rozhodování pouze na zákonných zástupcích.

Dle mého však tento výklad svazoval právo pacienta na sebeurčení. Nesmíme zapomínat, že tam, kde nelze použít zvláštní ustanovení zákona, máme možnost aplikovat ustanovení obecná. Není přece žádoucí, aby právní úprava byla kasuistická a pokrývala individuálně veškeré společenské vztahy. Nadto připomeňme, že postavení léčeného se musí řídit zásadou čl. 2 odstavec 3 Listiny základních práv a svobod, že každý může činit, co není zákonem zakázáno, a nikdo nesmí být nucen činit, co zákon neukládá. Nevylučuje-li zákon ani Úmluva výslovně možnost nechat se v rozhodování o vykonání zákroku zastoupit dle obecných pravidel, mělo by to být umožněno. Ledaže by tím došlo k zásahu do práv jiných osob. Nedokážu si v této chvíli takovou situaci představit, a předpokládám, že by mohla být zajímavým námětem další akademické diskuze.

Tento text nemá za cíl kritizovat předchozí i současnou praxi, ale spíše poukázat na nedostatečnosti (tehdejší) právní úpravy. Nechceme-li připustit použití obecné plné

²¹⁷ nález Ústavního soudu sp.zn. III.ÚS 459/03 ze dne 20.8.2004 <http://nalus.usoud.cz/>

moci k rozhodování v oblasti péče o zdraví, je namístě zavést výjimku z obecného pravidla a obhájit ji. Správně však podotkl Mgr. Radek Polícar v diskusi na zmíněném symposiu, ač v jiné souvislosti, že právo je nutno aplikovat a vykládat ve společnosti. Je-li společnost proti rozšíření zástupných souhlasů, nelze to překlenout právním výkladem.

Záměrně jsem se neopíral o argumenty nezadatelnosti a nezcizitelnosti základních práv, protože si myslím, že právo rozhodovat o své léčbě v sobě inherentně skrývá možnost toto rozhodování na někoho delegovat.

Jakkoli došlo od 1.4.2012 k zásadní změně právní situace, je velká většina otázek stále aktuálních. Především spor o možnosti použití institutu plné moci je v době přípravy této práce velice ožehavý. § 35 odst. 2 písm. a bod 2. zákona o zdravotních službách totiž z důvodu ochrany práv obou rodičů stanovil závažnou podmínku pro provedení výkonu, který by byť jen teoreticky, mohl negativně ovlivnit další zdravotní stav pacienta nebo jeho života. Na rozdíl od důvodové zprávy se domnívám, že tuto podmínku naplňuje drtivá většina výkonů, neboť právě riziko medicíny je důvodem pro zevrubnou úpravu poskytování zdravotní péče. Otázkou tedy je, zda přístup některých poskytovatelů, podle něhož umožňují zastoupení na základě obecné plné moci mezi rodiči při udělování souhlasu podle tohoto ustanovení je možné či nikoli. Odpověď poskytne až čas, a to buď ve formě judikatury, nebo novelizace tohoto ustanovení²¹⁸.

²¹⁸ Blíže srov. např. přepis diskuze mezi JUDr. Tomášem Doležalem a Mgr. Radkem Polícarem na <http://zdravotnickepravo.info/kdy-je-nutny-souhlas-obou-rodicu-pri-poskytnuti-zdravotnich-sluzeb-dle-noveho-zakona-o-zdravotnich-sluzbach/>. V diskusi pod článkem pak i názor soudce Krajského soudu v Praze JUDr. Michala Ryšky o teorii absenující kauzality, která byla formulována německou judikaturou.

Kapitola 5 - Léčivé přípravky a zdravotnické prostředky

1. Právní úprava

Léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely (dále společně budou nazývány jen jako léčivé přípravky, zjednodušeně též léky) shodně s ostatními částmi věcných dávek mají odlišnou úpravu věcnou²¹⁹ a úhradovou²²⁰. Pro obě části je po ekonomické stránce zásadní rozhodnutí Státního ústavu pro kontrolu léčiv. V něm se kromě jiného stanoví ceny, výše úhrady z prostředků veřejného zdravotního pojištění a medicínsky zdůvodněná preskripční a indikační omezení konkrétních výrobků. Právní úprava v zákoně o veřejném zdravotním pojištění, provedená zákonem č. 261/2007 Sb., na základě Nálezu Ústavního soudu²²¹ (uveřejněným pod č. 57/2007 Sb.), zřejmě jako jediná splňuje právní požadavky na nastavení úhrad. Právě jasně definované správní řízení provedené nezávislým orgánem, na základě medicínských a farmakoekonomických parametrů, umožňuje spravedlivé nastavení pravidel. Odpovědnost za porušení těchto pravidel, z níž plyne povinnost k úhradě vzniklé škody, je pak podstatně lépe vymahatelná než u dalších druhů věcných dávek zdravotního pojištění. Značným nedostatkem však je, že působnost SÚKL se netýká léčivých přípravků poskytovaných při lůžkové formě zdravotní péče, při níž jsou hrazeny v rámci paušální platby dle smlouvy o poskytování a úhradě této péče (§ 17 odst. 6 zákona o veřejném zdravotním pojištění).

Zdravotnické prostředky jako jedna ze svébytných věcných dávek zdravotního pojištění mají vlastní právní úpravu. A to jak co do vstupu na trh a obchodování, tak i co do nároku na úhradu z prostředků veřejného zdravotního pojištění. S ohledem na otázku náhrady škody a regresní náhrady je velice podstatné uvědomit si základní pravidla, která v českém prostředí fungují. Základním právním předpisem v této oblasti je zákon o zdravotnických prostředcích²²², který upravuje podmínky poskytování zdravotnických prostředků. Tento zákon kromě pravidel pro klinické

²¹⁹ Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech

²²⁰ Část šestá zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

²²¹ Nález Ústavního soudu sp. zn. Pl.ÚS 36/05 ze dne 16.1.2007

²²² Zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích

hodnocení, instalaci, používání, údržbu, servis a evidenci, zajištění bezpečnosti a kontroly upravuje též otázky předepisování²²³. Hlava IV však musí být chápána pouze jako předepisování, co do medicínské indikace a nikoli jako předepisování k úhradě z finančních prostředků veřejného zdravotního pojištění. Tuto druhou část upravuje zákon o veřejném zdravotním pojištění, a to dvojím způsobem. Obecnými pravidly v § 15 odst. 11 až 13 (ve znění účinném od 1.12.2011) a dvěma speciálními přílohami (č. 3 a č. 4) zákonodárce vytváří rámec, který by měl pokrývat praktické situace. Kvůli značně nepřesným formulacím obecných pravidel a naopak přepjatě kasuistickým a rigidním ustanovením příloh však dochází k tomu, že plátcí i poskytovatelé zčásti nahrazují zákonné texty vlastními ujednáními. Hlavním takovým zdrojem informací je číselník Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR²²⁴, která na sebe převzala agendu ne nepodobnou té, kterou v případě léčivých přípravků zajišťuje SÚKL. Pro tento krok, resp. pro překračování zákonných parametrů, však neexistuje žádná legální opora. I přes zásadní dopad uvedeného způsobu regulace na spotřebitele, není regulátor ani zákonodárce již několik let s to neutěšenou situací napravit. Jak již několikrát v této práci, i zde je nutno připustit, že stávající vedení Ministerstva zdravotnictví připravuje kroky ke změnám, a to především kvůli nepříznivým ekonomickým tendencím národního hospodářství. Protože však objem finančních prostředků vynakládaných z prostředků veřejného zdravotního pojištění na zdravotnické prostředky je v porovnání s náklady na výkony a léčivé přípravky nižší²²⁵, je i prioritou legislativních prací menší.

2. Cenotvorba

Cenotvorbu léčivých přípravků a nastavení úhrad můžeme směle označit za jedinou oblast, v níž je v českém právu upravujícím zdravotní pojištění eurokonformně nastavena úhrada služeb obecného ekonomického zájmu. Jakkoli zřejmě nebylo cílem Ústavního soudu v Nálezu, kterým zrušil tzv. lékovou vyhlášku²²⁶ primárně uvést

²²³ Této problematice se po technické stránce věnují např. internetové stránky <http://tomashonc.wz.cz/>

²²⁴ <http://vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/zdravotnicke-prostredky>

²²⁵ Srov. náklady na zdravotní péči dle <http://www.uzis.cz/rychle-informace/zdravotni-pojistovny-naklady-segmenty-zdravotni-pece-5>

²²⁶ Nález Ústavního soudu sp. zn. Pl.ÚS 36/05 ze dne 16.1.2007

české právo do souladu s pravidly poskytování veřejných podpor, prostřednictvím aplikace jiného práva, práva na spravedlivý proces, dospěl k závěru, který je s evropskými pravidly v souladu. Tato pravidla si dovolím v rychlosti popsat níže, u problematiky zdravotnických prostředků, protože cenotvorba je jednou z oblastí, kde se ke škodě práva, byť možná ku prospěchu praxe, nesjednocuje úprava mezi léčivými přípravky a zdravotnickými prostředky. V uvedeném rozhodnutí Ústavní soud řekl, že ceny léčivých přípravků a výše jejich úhrad nemůže být stanovena jinak, než postupem, který bude v souladu s čl. 36 odst. 1 a 2 Listiny. Můžeme jen konstatovat, že je škoda, že Ústavní soud nedostal možnost k obdobnému závěru dojít i u zdravotních výkonů a zdravotnických prostředků. Byť to není zcela pravdivé tvrzení, neboť separátní votum soudce Jiřího Nykodýma v jiné, neméně medializované a důležité věci²²⁷, obsahuje mimo jiné tuto úvahu: *„Současně platná úprava se liší od předchozí v tom, že obsahuje zmocňovací ustanovení pro ministra zdravotnictví vydat seznam ve formě vyhlášky, aniž tomuto vydání předchází jeho rozhodnutí. V konečném důsledku to znamená, že Ministerstvo zdravotnictví ve formě obecně závazného předpisu může určovat cenu za lékařské výkony, aniž účastníci soukromoprávního vztahu, jimiž jsou poskytovatelé na straně jedné a zdravotní pojišťovny na straně druhé, se mohou jakkoliv bránit. Zákon sice zachovává dohodovací řízení, avšak nová úprava umožňuje Ministerstvu zdravotnictví ji nerespektovat, protože jeho závěr, že případná dohoda není v souladu s právními předpisy nebo veřejným zájmem, nepodléhá žádnému přezkumu, neboť o tom nemusí vydat žádné rozhodnutí, a rovnou vydat seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami formou obecně závazného právního předpisu. Otevírá se tak prostor pro naprostou libovůli a korupci, neboť jednotliví účastníci smluvních vztahů mohou zákulisně ovlivňovat úředníky ministerstva, případně i samotného ministra, při stanovování ceny bodu za jednotlivé zdravotní výkony. Dotčené subjekty se také nemohou za stávajícího právního stavu domoci soudní ochrany.“* Následně pak soudce rozebírá podrobněji právě aspekty možností soudní ochrany v případě stanovení úhrad zdravotních výkonů. Na závěr svého stanoviska proto uvádí, že: *„Stanovení ceny bodu za lékařský výkon je zásahem*

²²⁷ Nález Ústavního soudu sp. zn. Pl.ÚS 1/08 ze dne 20.5.2008, v němž se rozhodovalo mimo jiné o ústavnosti regulačních poplatků

do individuálního práva subjektů, kteří spolu uzavírají smlouvu, podle níž si poskytují vzájemná plnění. Jde tedy o zásah do soukromoprávního vztahu, který je odůvodnitelný legitimním požadavkem udržet pod kontrolou veřejné prostředky, avšak nemůže být uplatňován způsobem, který vytváří podmínky pro úplné potlačení práva dotčených soukromoprávních subjektů alespoň v nějaké formě se obrátit na soud. Uvedené zmocňovací ustanovení je proto v rozporu s čl. 36 Listiny.“ Tím je řečeno vše. K obdobnému závěru pak dospěl i soudce Pavel Rychetský (viz odst. 5 jeho odlišného stanoviska). A kromě použité argumentace čl. 36 Listiny jsem přesvědčen o tom, že i aplikace ústavního práva na podnikání by zde měla své místo. To však již není předmětem této části této práce.

K cenotvorbě léčivých přípravků nejsem s to se v této chvíli blíže vyjádřit, neboť praktická a realizovaná ustanovení zákona v každodenní praxi fungují. A i přes omezení provozními náklady Státního ústavu pro kontrolu léčiv, věřím, že přináší své plody. Jak ekonomické, tak ve zvýšení právní jistoty subjektů a vymahatelnosti jejich práv. Ke konkrétním ustanovením nelze tedy než odkázat na část šestou zákona o veřejném zdravotním pojištění a k jejich aplikaci pak na internetové stránky Státního ústavu pro kontrolu léčiv.

Ceny zdravotnických prostředků jsou vedle léčivých přípravků regulovány zcela odlišně. Stanovuje je výrobce, resp. dovozce do ČR, a to za podmínek stanovených cenovým rozhodnutím Ministerstva zdravotnictví. V roce 2012 je tímto rozhodnutím předpis 2/2012/FAR, vydaný ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví. Výše úhrady z prostředků veřejného zdravotního pojištění je de iure stanovena zákonem o veřejném zdravotním pojištění a de facto i číselníkem Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR. Cenovou regulaci a úpravu úhrad je nutné od sebe striktně odlišovat, byť jsou na sebe úzce navázány. Úhrada se totiž zpravidla odvíjí od výše ceny. Podle § 15 odst. 12 zákona o veřejném zdravotním pojištění se hradí zdravotnické prostředky ve výši 75 % ceny zdravotnického prostředku v provedení ekonomicky nejméně náročném. Které je to provedení zjišťuje nově zdravotní pojišťovna průzkumem trhu. Úřad pro ochranu hospodářské soutěže ve své rozhodovací praxi označuje veřejné zdravotní pojištění za

službu obecného ekonomického zájmu²²⁸. Z pohledu unijního práva pak mají být tyto služby nakupovány pouze za dodržení podmínek uvedených v čl. 87 odst. 1 Smlouvy o založení Evropského společenství a v soudním rozhodnutí Altmark²²⁹:

- závazek veřejné služby musí být pro příjemce kompenzačního příspěvku skutečným, přesně definovaným závazkem.
- je třeba, aby kalkulace, podle níž je určována výše příspěvku byla objektivním a průhledným způsobem předem vymezena.
- kompenzace nesmí pokrývat tu část nákladů, jejichž vznik není z hlediska přiměřeného a nezbytného objemu poskytovaných veřejných služeb nutný, a to s přihlédnutím k tomu, co je přiměřenou odměnou nebo ziskem pro poskytovatele veřejných služeb.
- je třeba prokázat, že pokud nebyl poskytovatel služeb vybrán podle přísných pravidel pro zadávání veřejných zakázek, je výše kompenzačního příspěvku opřena o analýzu nákladů a že je porovnatelná s průměrnými náklady typických poskytovatelů srovnatelných veřejných služeb.

Už na první pohled je zřejmé, že systém úhrady zdravotnických prostředků v České republice tato pravidla nedodrжуje. Bohužel se to netýká jen úhrady zdravotnických prostředků, ale rovněž úhrady zdravotních výkonů, která je popsána v samostatné kapitole výše. Velká část zdravotnických prostředků totiž je součástí výkonů, a tedy úhrada za výkon obsahuje přesně, nebo poměrně, i úhradu za zdravotnický prostředek. Jako příklad poslouží obvazový materiál (přesná úhrada) nebo použitý přístroj (poměrná).

Z uvedeného vyplývá pouze skutečnost, že jakkoli je pro náhradu škody nutné vyčíslení způsobené škody, může být komplikované dodržení § 382 obchodního zákoníku nebo obecných ustanovení o náhradě škody občanského zákoníku, z nichž vyplývá povinnost počínat si tak, aby škoda nevznikla a v případě, že se tak již stane, aby byla co nejmenší. Argumentace výše uvedenými nedokonalostmi systému by pak

²²⁸ Viz sdělení sp. zn. UOHS-P885/2011/ KD-20436/ 2011/805/DSv, ze dne 30.1.2012

²²⁹ Rozsudek Evropského soudního dvora ke sp. zn. C-280/00, ze dne 24. července 2003, Altmark Trans GmbH a Regierungspräsidium Magdeburg v. Nahverkehrsgesellschaft Altmark GmbH.

mohla vést k zajímavým soudním rozhodnutím. Do té doby však bude nezbytné pracovat s účinnou úpravou.

3. Kontraktace

V případě **léčivých přípravků** lze ve veřejném zdravotním pojištění nalézt jen málo možností uplatnění kontraktů. Největší skupinou jsou nákupy léčivých přípravků ze strany poskytovatelů, kterým jsou tyto hrazeny zpravidla v rámci paušální platby od zdravotní pojišťovny (u lůžkové péče) nebo na základě vystaveného receptu (v případě lékáren) či jako součást výkonu (zvláště účtované léčivé přípravky). Od 1. ledna 2012 se otevřela možnost, a zároveň povinnost zdravotních pojišťoven hradit očkovací látky pro pravidelná povinná očkování, přičemž tyto látky jsou plátcem nakupovány obdobně jako poskytovateli. Jakkoli úprava v zákoně o veřejném zdravotním pojištění, kterou se rozšířil okruh osob a titulů, na základě nichž lze vydávat prostředky veřejného zdravotního pojištění, k rozšíření prováděcích vyhlášek²³⁰ nedošlo. Co do pravidel si však zdravotní pojišťovny poradili s nákupem, který díky měsíční legisvakaci nemohl proběhnout s přílišným plánováním, poměrně dobře. Na stránkách Svazu zdravotních pojišťoven²³¹, jakožto sdružení právnických osob, lze totiž nalézt něco mezi zadávací dokumentací k veřejné zakázce a podmínkami veřejné obchodní soutěže. Na základě takového soutěžního postupu byl nakonec úkol splněn a smlouva uzavřena. Dalšími kontrakty, které zákon zná, jsou tzv. DNC, tedy smlouvy o dohodnutých nejnižších cenách, které mohou plátcem uzavírat s držiteli registrace. Tato dohoda stanoví cenu, za níž bude léčivý přípravek dodáván na trh. Platí pro celý trh v České republice a je pro Státní ústav pro kontrolu léčiv vodítkem pro stanovení ceny a úhrady. DNC zpravidla bývá nižší než SÚKL stanovená úhrada a tudíž mají přednost před cenou (úhradou) vypočtenou ve správním řízení. Jiné formy kontraktů mezi plátcem a držiteli registrace či distributory v českém prostředí nejsou tak rozšířené, byť mezi poskytovateli se jistě vyskytují. Jde především o smlouvy související s tvorbou pozitivních seznamů, sdílením rizika (risk-sharing) nebo zpětnými platbami (pay-back). Tyto a další

²³⁰ Vyhláška 418/2003 Sb.

²³¹ www.szpcr.cz

farmakoekonomické instituty si však svou cestu do českého zdravotnictví spíše hledají. Jejich současný význam pro otázky odpovědnosti za škodu je tak poměrně malý. Zřejmě nejčastějším způsobem, jak ke škodě na straně plátce může ve spojitosti s léčivými přípravky docházet, je neoprávněná preskripce. Kontrakt, který to upravuje je tedy smlouva o poskytování a úhradě zdravotních služeb, o níž již bylo pojednáno při výkladu o zdravotních výkonech a bude rozebrána níže.

Smluvní volnost při nákupu **zdravotnických prostředků** existuje ve vztazích s dodavatelem pouze částečně. A to jak na straně spotřebitelů, tak na straně plátců. Z pohledu spotřebitele může docházet v zásadě k několika zásadním typům kontraktů. Prvním z nich je kupní smlouva, která však nebude mít místo, pokud dojde k úhradě z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Při vyzvedávání zdravotnického prostředku na poukaz nevzniká občanskoprávní vztah, neboť se jedná o poskytnutí věcné dávky veřejného zdravotního pojištění. Stejně tak obdrží-li pojištěnec zdravotnický prostředek u poskytovatele lůžkových zdravotních služeb, nejde zpravidla o darování ani jiný úkon. Obtížnější je situace při doplňkových zdravotnických prostředcích. Zde se totiž kombinuje věcná dávka s přímou úhradou. Vlastníkem vydaného zdravotnického prostředku se nepochybně stává pojištěnec, ale důvod nabytí není zcela zřejmý. Soud by v případě sporu zřejmě měl chránit spotřebitele a umožnit mu uplatnění svých práv, byť nabytí zdravotnického prostředku neproběhlo klasickou občanskoprávní cestou. Z pohledu plátce je pak úhrada zdravotnického prostředku vydávaného na poukaz zřejmé, že dochází k jakémusi nákupu, který by měl naplňovat parametry uvedené v rozhodnutí ve věci Altmark.

Podstatně komplikovanější situace nastává v případě zdravotnických prostředků, které si pojištěnec neponechává. Dle názoru některých odborníků nejsou tyto zdravotnické prostředky ve vlastnictví zdravotní pojišťovny, ale jaksí ve vlastnictví systému veřejného zdravotního pojištění jako celku. S tímto názorem se neztotožňuji a mám za to, že právním subjektem, který nese odpovědnost za zajištění své povinnosti, a který má právo disponovat s takovými zdravotnickými prostředky je zdravotní pojišťovna. Proto ona je i vlastníkem těchto prostředků. Poté, co pojišťovna koupí zdravotnický prostředek od výrobce nebo distributora, nebo si jej nechá zhotovit na základě smlouvy o dílo, jej poskytne pojištěnci. Jakkoli se opět jedná o poskytnutí věcné

dávky, je namístě, aby toto poskytnutí proběhlo na základě smlouvy o výpůjčce. Tento kontrakt totiž nejpřesněji vystihuje potřeby obou stran. Nevýhodou ale je, že odmítnutí některého z ustanovení smlouvy o výpůjčce nemůže být důvodem pro neposkytnutí této dávky. Zdravotní pojišťovna i tak přebírá část (virtuální) odpovědnosti zákonodárce. Nesmí ale nad rámec zákona omezit dostupnost dávek, které garantuje Listina. Tento výklad navíc naráží na ustanovení zákona o zdravotních službách, podle něhož lékárenská péče²³² zahrnuje i zajišťování, uchovávání a prodej zdravotnických prostředků. Poskytnutí zdravotnického prostředku jako věcné dávky, pokud jej vlastní přímo zdravotní pojišťovna, tedy je zřejmě možné označit za tento druh zdravotní péče. To by však znamenalo, že by pojišťovna musela být poskytovatelem zdravotních služeb se vším, co k tomu patří. To je výslovně vyloučeno zákony upravujícími činnost zdravotních pojišťoven. I kdybychom dovodili, že samotné vlastnictví nenaplnuje definici, neboť ono zajištění, uchování, výdej a prodej provádí jiný subjekt (lékárna, výdejna), neřeší to nastíněnou situaci. Důvodem je praxe zdravotních pojišťoven, které si navzájem „přeprodávají“ zdravotnické prostředky, které pojištěnci vypůjčili, pokud pojištěnec změní zdravotní pojišťovnu. Situaci nevyřeší ani nový občanský zákoník, naopak, přispěje k dalším komplikacím. § 2637 výslovně z definice péče o zdraví totiž vylučuje pouze činnosti, které spočívají jen v prodeji nebo jiném převodu léků. O zdravotnických prostředcích se zde nehovoří. Na takovéto detaily zřejmě legislativec nepamatoval a zákonodárcova rozlišovací schopnost na něj zdaleka nestačí. Problém (převodu) vlastnictví zdravotnických prostředků tak bude moci rozřešit pouze soud.

Abych věc ještě malinko komplikoval, musím uvést, že tím možnosti nekončí. V případě, kdy zdravotnický prostředek (například invalidní vozík) může obsahovat doplňkové příslušenství (např. antidekubitní podložku), které však není hrazeno z veřejného zdravotního pojištění, bývá zvykem, že si jej pojištěnec dokoupí. Koupí získává samostatnou věc, která se poté spojí s věcí původní (zdravotnickým prostředkem hrazeným) a tím zvýší hodnotu původního prostředku. Uvědomí-li si zdravotní pojišťovna potřebu tyto situace upravit předem, například ve smlouvě o výpůjčce, která je uvedena výše, vyhnou se případným problémům. Není-li však

²³² §5 odst. 2 písm. i zákona č. 372/2011 Sb.

takovéto předchozí dohody, musí se hledat cesty jak vypořádat případné konflikty, které vznikají v průběhu užívání. Jejich řešení nebývá snadné a nejčastěji vede k dohodě o narovnání nebo obdobnému ujednání, které umožní smírné řešení.

Protože je zřejmé, že sporných otázek a vztahů může vzniknout celá řada, je dalším samostatným druhem kontraktu i dohoda o narovnání. Tímto způsobem například Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR po naléhání občanských sdružení přistoupila k vyřešení otázky, jak by měl zdravotnický prostředek opustit systém veřejného zdravotního pojištění²³³. Dle mého názoru je toto řešení nanejvýš plausibilní. Není však zcela bez rizika, především proto, že dochází ke změně vlastníka zdravotnického prostředku po uplynutí doby použitelnosti. To je v rozporu s § 19 odst. 5 písm. a) zákona o zdravotnických prostředcích, čímž je naplněna skutková podstata správního deliktu podle § 46 odst. 6 písm. a), za což může být uložena pokuta do 200.000,- Kč. Touto otázkou se však Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR nezabývá a i na svých internetových stránkách možnost „odkoupení“ zdravotnického prostředku klientem nabízí²³⁴.

4. Náhrada škody

Původní myšlenkou při přípravě této kapitoly bylo rozdělit pojednání o léčivých přípravcích a zdravotnických prostředcích do dvou samostatných statí. Otázky náhrady škody nebo chcete-li odpovědnosti za tuto škodu, jsou si však v mnohém podobné. Na rozdíl od značné části právní úpravy, která je (možná ke škodě věci, možná ku prospěchu) v obou případech odlišná, odpovědnosti za škodu, s nimiž se můžeme u těchto věcných dávek setkat, lze zahrnout do společného výkladu.

V případě **léčivých přípravků** bude větší část uplatňování plnění z titulu odpovědnosti za škodu vázána na různé formy zneužívání či nadužívání léků. Postup pro její uplatnění tak bude vycházet často z již zmíněné spolupráce zdravotních pojišťoven s orgány činnými v trestním řízení. U kontraktace již byla zmíněna skupina situací, při

²³³ Viz stanoviska na <http://www.postizenedeti.cz/content/vzp-prenechani-zdravotnickych-prostredku-zprava-pro-klienty-bc-krasa-ju-dr-zizka>

²³⁴ <http://www.vzp.cz/poskytovatele/infoservis-a-akcent/infoservis/infoservis-16-2011/poskytovani-a-cirkulace-zdravotnickych-prostredku>

nichž dochází k porušení smlouvy o poskytování a úhradě zdravotních služeb. Protože tato smlouva sama obsahuje několik pravidel pro preskripci a navíc odkazuje na metodiku Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, která tato pravidla dále rozvádí, dochází k tomu, že existuje značná část formálních povinností, které jsou podmínkou pro zákonnou úhradu. Komplikací však je, že k úhradě nedochází zpravidla vůči témuž subjektu. Léčivý přípravek je uhrazen lékárně, kdežto za neoprávněnou preskripci (byť z formálního pochybení) je odpovědný předepisující poskytovatel. Tím se situace při vymáhání částečně mění, protože formulace rámcové smlouvy²³⁵ zcela jasně nestanovuje, zda i bezdůvodný, či bezprávní výdej prostředků z veřejného zdravotního pojištění, zjištěný při kontrole provedené podle § 42 zákona o veřejném zdravotním pojištění může být předmětem započtení. Respektive z jakého titulu vzniká pohledávka plátce za poskytovatelem. Je to přímo ze smlouvy, která stanoví, že neoprávněně indukovaná péče (a tedy i preskripce) nebudou k tíži toho, kdo je poskytl, ale toho, kdo je předepsal? Nebo snad ze zákona, který v § 42 odst. 3 říká, že vše, co je v rozporu s rozhodnutím SÚKL nemůže být uhrazeno, a v rozporu je jistě vše, co je předepsáno bez medicínského a právního důvodu? Nebo je to běžná situace odpovědnosti za škodu, při níž po výzvě k náhradě škody dochází ke vzniku pohledávky, která může být započtena. V této chvíli právní úprava ani judikatura nenabízí uspokojivou odpověď a lze shrnout pouze to, že je nutno každý případ posuzovat individuálně. Mám však za to, že i tak musí být šetřeno podstaty a smyslu ochranných ustanovení, která mají (logicky) bránit veřejné prostředky, ale maximálně takovým způsobem, aby nezasáhly do podnikání poskytovatelů v nežádoucím rozsahu. Další případy jsou popsány níže v této kapitole, která sice příležitostně rozlišuje uplatnění práva na náhradu škody u zdravotnických prostředků a léčivých přípravků (jako výše uvedený text), ale v zásadě bude s drobnými obměnami aplikovatelná na obojí (jako výše uvedený text).

U **zdravotnických prostředků** se náhrada škody bude odlišovat od právního titulu užívání. Ne ani tak při řešení vztahu mezi škůdce a poškozeným, ale spíše pro určení, kdo je kdo. Je poškozeným při krádeži invalidního vozíku pojištěnec nebo zdravotní pojišťovna? Má mít ztráta či znehodnocení poskytnutého zdravotnického

²³⁵ Vyhláška č. 618/2006 Sb.

prostředku větší váhu než objemová a časová omezení nároku pojištěnce, která jsou stanovena v příloze č. 3, oddíl C., zákona o veřejném zdravotním pojištění? Dle mého názoru je odpověď na první otázku zdravotní pojišťovna a odpověď na druhou ne. Hledáme-li poškozeného, musíme zjistit, v čí ekonomické sféře zdravotnický prostředek figuroval. Je-li to prostředek vydaný pojištěnci, který se stal jeho vlastníkem, pak škoda vznikla zdravotní pojišťovně. Termín škody však není přesný, neboť zde je nárok svou povahou regrese. Podmínkou však je, aby pojišťovna měla povinnost uhradit prostředek ještě jednou (tj. nejsou stanovena objemová a časová omezení). Pokud pojišťovna tuto povinnost nemá, musí si pojištěnec nový zdravotnický prostředek zajistit sám. Tím škoda vzniká pouze jemu.

V případě zdravotnických prostředků, které jsou vypůjčeny pojištěnci, musí plátce rozlišovat, zda za způsobenou škodu nebo vynaložení nákladů odpovídá pojištěnec nebo jiný subjekt. Právě zde se ukazuje jako velice důležité, že právní vztah je založen občanskoprávní smlouvou, která na rozdíl od poskytování věcné dávky, obsahuje práva a povinnosti, alespoň v základním rozsahu. Kromě toho, že platí výše uvedené o dopadu do ekonomické sféry, je nutno bedlivě odlišovat míru odpovědnosti a spoluzavinění pojištěnce a podle toho uplatňovat náhradu škody. Zcela ojedinělým případem pak je situace, kdy pojištěnec pojistil u komerční pojišťovny zdravotnický prostředek, který byl zčásti uhrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění a z části „vylepšen“ z prostředků pojištěnce.

V případě **léčivých přípravků i zdravotnických prostředků** je shodná možnost uplatnění případu zvláštní odpovědnosti za škodu podle § 421a občanského zákoníku. Nad rámec toho, co již bylo uvedeno v obecném pojednání o náhradě škody v kapitole 3, je nutno doplnit, že i česká judikatura se s případem této absolutní odpovědnosti vypořádala. Nejvyšší soud ve svém rozsudku sp. zn. 25 Cdo 2543/2010²³⁶ poměrně podrobně objasňuje povahu této zvláštní odpovědnosti, a to přímo ve vztahu k poskytování zdravotních služeb. Na základě předchozích rozhodnutí²³⁷ vysvětluje, že se jedná o zvláštní druh objektivní odpovědnosti, která neumožňuje liberaci.

²³⁶ Rozsudek Nejvyššího soudu, sp. zn. 25 Cdo 2543/2010 ze dne 25.5.2011

²³⁷ rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 2046/2007 ze dne 29. 7. 2009

S odkazem na odbornou literaturu²³⁸ pak odůvodňuje samotnou existenci tohoto ustanovení, tím, že tato odpovědnost je „uplatňována u škod způsobených určitými věcmi, jednáním nebo procesy představujícími pro svou nebezpečnost zdroj zvýšeného rizika škod, které nelze ani při vynaložení veškeré odborné péče plně zvládnout. V těchto případech vystupuje výrazně do popředí intenzivní právněpolitický veřejný zájem zajistit právě formou této přísné objektivní odpovědnosti v občanském právu účinnější právní ochranu těm, kdo jsou škodlivými událostmi z této rizikové činnosti postiženi, tj. poškozeným. Navíc nelze přehlížet, že právě provozovatelé těchto činností, z nichž zvýšené riziko závažných škod vzniká, mají nejvíce možností jim sami preventivně čelit. V této souvislosti se v souladu s evropským i světovým trendem sledujícím zajištění účinné ochrany poškozených jako "slabší strany" hovoří o spravedlivém rozložení rizika, respektive spravedlivé alokaci škod.“ Soud navíc jednoznačně odmítá argumentaci negativními dopady na zdravotnické pracovníky či poskytovatele. Preference prevenční stránky této odpovědnosti musí v odůvodněných případech ustoupit reparační povaze institutu náhrady škody, neboť to je právě důvodem existence takového druhu odpovědnosti v českém i evropském právu. Pro aplikaci tohoto ustanovení však musíme ještě vyložit několik zásadních otázek. První z nich je tenká hranice mezi dvěma škůdci: zaměstnancem a povahou přístroje nebo věci. Druhá z nich se váže k posouzení, zda má škoda původ v povaze přístroje nebo věci. K druhé otázce Nejvyšší soud dospěl k závěru, že jako součást příčinné souvislosti tuto otázku posuzuje soud, neboť se jedná o otázku právní a nikoli skutkovou, kterou by mohl zodpovědět znalec²³⁹. Právě příčinná souvislost a hledání skutečného propojení příčiny a škodlivého následku jsou rovněž odpovědí na první položenou otázku. Jak uvedl Nejvyšší soud²⁴⁰: „Jedním ze základních předpokladů vzniku této odpovědnosti za škodu je existence příčinné souvislosti, která musí být najisto postavena. Nemůže stačit pouhé připuštění možnosti onemocnění žalobce v souvislosti s jeho návštěvami v ordinaci, kde mu byly aplikovány injekce, nýbrž musí být doloženo, že právě okolnosti mající původ v povaze věci použité při aplikaci injekcí či při jiné zdravotnické službě byly vyvolávajícím činitelem poškození jeho zdraví.“ Na

²³⁸ Knappová, M., Švestka, J. a kol. Občanské právo hmotné, svazek II, 3. vydání, Praha: ASPI, 2002, s. 427-428

²³⁹ Rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 2046/2007 ze dne 29.7.2009

²⁴⁰ Rozsudek Nejvyššího soudu 2 Cdon 961/96

toto rozhodnutí navazují i další²⁴¹, které opětovně tento názor potvrzují, a rozvíjejí ho do té míry, že nestačí pravděpodobnost, že ke škodě mohlo dojít. Nestačí důkaz o tom, že např. byla užita jehla (např. k odběru krve) a že s užitím nesterilní jehly je spojeno vysoké riziko přenosu hepatitidy, nýbrž musí být podán důkaz, že jehla byla v daném případě nesterilní (resp. nebyla užita poprvé či náležitě sterilizována) a právě pro uvedené riziko lze dovodit příčinnou souvislost mezi užitím nesterilního nástroje a virovým onemocněním. Příčinná souvislost může být dána jen tehdy, jestliže jsou obecně rizikové vlastnosti užitého přístroje nebo jiné věci v konkrétním případě prokázány²⁴². To, co je zde uvedeno v příkladech z judikatury vztahující se ke zdravotnickým prostředkům, je plně aplikovatelné i na případy, které se týkají léčivých přípravků²⁴³. Není tedy nutné se tímto druhem náhrady škody speciálně u léčivých přípravků dále zabývat.

Ač lze z rozhodnutí uvedených v poznámkách pod čarou v některých případech vycítit jistou nespravedlnost vůči poskytovatelům, mám za to, že právní ochrana poskytovaná adresátům zdravotních služeb, je zde namísto, z důvodů, které jsou citovány výše. Domnívá-li se pak např. zástupce Odboru farmacie na Ministerstvu zdravotnictví ČR, že je nespravedlivé pokud podle Nejvyššího soudu (sp. zn. 25 Cdo 1240/2009 ze dne 26.5.2011): *ustanovení § 421a obč. zák. upravuje zvláštní případ objektivní odpovědnosti, kdy ten, kdo plní závazek (poskytuje určitou službu) se nemůže odpovědnosti zprostit na základě žádného liberačního důvodu. Zákonnými předpoklady této odpovědnosti je vznik škody, její původ v povaze přístroje nebo jiné věci, již bylo při plnění závazku použito, a příčinná souvislost mezi nimi. Přístrojem nebo jinou věcí je jakýkoli hmotný předmět, jehož bylo při plnění závazku použito. Okolnostmi, jež mají původ v povaze věci, se rozumí její vlastnosti a účinky, jimiž se věc (přístroj, přípravek) projevuje. Za škodu způsobenou okolnostmi, které mají původ v povaze přístroje, popř. jiné věci, se samozřejmě považuje i situace, kdy škoda vznikla následkem vady přístroje, jeho nefunkčnosti či jeho nevhodné, popřípadě nedostatečné obsluhy.*

²⁴¹ Rozsudek Nejvyššího soudu sp.zn. 25 Cdo 508/2005 ze dne 27.9.2006;
Rozsudek Městského soudu v Praze č.j. 21 Co 128/2004 – 398 ze dne 31.8.2004;
Usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 1003/2002 ze dne 30.10.2002

²⁴² <http://www.epravo.cz/top/soudni-rozhodnuti/odpovednost-za-skodu-45603.html>

²⁴³ Rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 1240/2009 ze dne 26.5.2011

*Jinou věcí ve smyslu citovaného ustanovení se v oblasti poskytování zdravotní péče rozumí i látka aplikovaná pacientovi, tedy lék či léčebný přípravek, který se podává při plnění závazku zdravotnickým zařízením, jak tomu bylo i v posuzované věci. Okolností, jež má původ v povaze léčiva, je nejen jeho vada či chybějící vlastnost (např. je infikován), kterou by lék měl mít, ale také jeho **vlastnosti**, jimiž se při svém použití projevuje, ať už typické či charakteristické nebo naopak neobvyklé či nepředpokládané. ... Odpovědnost podle § 421a obč. zák. je dána, jestliže konkrétní újma byla způsobena okolnostmi, jež přímo vyplývají z povahy léku, použitého při poskytnutí zdravotnické služby, tedy též v případě, že i při správné aplikaci byly jeho účinné složky způsobilé vyvolat v organismu nepříznivou reakci spojenou s újmou na zdraví. Není přitom relevantní, jde-li o důsledky rizika, které je s použitím léku obecně či obvykle spojeno, ani to, zda potenciální škodlivé účinky použití léku jsou známy nebo zda ke škodě dochází zcela ojediněle; nelze konečně ani oddělovat od sebe působení vlastností majících původ ve složení léku a metodu, tedy způsob jeho použití při zdravotnickém výkonu, ... nelze s takovým názorem souhlasit²⁴⁴.*

K otázce náhrady nákladů na léčbu z pohledu těchto dvou věcných dávek lze jen připomenout, že jsou vždy součástí nároku plátce, byť jejich ohodnocení bude komplikováno různými úhradovými mechanismy (zvláště účtované léčivé přípravky, zvláště účtovaný materiál, součást výkonu apod.). Protože velká část regresních nároků souvisí s dopravními nehodami, bude otázka stanovení výše pohledávky předmětem sporu mezi komerční pojišťovnou a zdravotní pojišťovnou.

Jednoduchým, ale častým **příkladem z praxe** je předepisování léčivých přípravků či zdravotnických prostředků nesmluvním poskytovatelem. Pro daný případ právní úprava provedená v § 17 odst. 7 zákona o veřejném zdravotním pojištění v písm. a) stanoví, že příslušná zdravotní pojišťovna uhradí vždy na základě lékařského předpisu vystaveného smluvním poskytovatelem nebo lékařem poskytujícím neodkladnou péči pojištěnci poskytovateli lékárenské péče léčivé přípravky a některé zdravotnické prostředky (brýle a další optické pomůcky). Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR o

²⁴⁴ Viz Valuš, A., Odpovědnost za škodu způsobenou léčivým přípravkem - část II., Zdravotnické fórum 10/2012, Wolters Kluwer ČR.

způsobu předepisování léčivých přípravků, údajích uváděných na lékařském předpisu a o pravidlech používání lékařských předpisů²⁴⁵ říká, že na receptu se uvádějí mimo jiné tyto údaje. Jestliže léčivý přípravek není hrazen z veřejného zdravotního pojištění, uvádí se na receptu slova „Hradí nemocný“, která se uvádí i v případě, že předepisující lékař nemá smlouvu se zdravotní pojišťovnou pacienta-pojištěnce, pokud nejde o nutnou a neodkladnou péči. Podle písm. d) bod 6, se na receptu se uvádějí údaje: „Nutná a neodkladná péče“, je-li léčivý přípravek předepsán na účet veřejného zdravotního pojištění nesmluvním lékařem v rámci jí poskytnuté nutné a neodkladné péče. Dále vyhláška č. 61/1990 Sb., účinná do 1.4.2012, stanoví obdobná pravidla pro zdravotnické prostředky (viz § 1 - zdravotnické prostředky na účet zdravotní pojišťovny mohou předepisovat pouze zdravotnická zařízení, která mohou poskytovat zdravotní péči na účet této pojišťovny, tedy smluvní zdravotnická zařízení). Nesmluvní poskytovatel by tak preskripcí porušil právní povinnost, pokud by úmyslně vystavoval lékařské předpisy a poukazy, a nebylo tak činěno v rámci poskytnutí nutné a neodkladné péče pojištěnci dané pojišťovny. Po změně zákona o veřejném zdravotním pojištění se sice pro úhradu zdravotních výkonů nesmluvnímu poskytovateli vyžaduje, aby se jednalo o péči neodkladnou, kterou nově definuje § 5 odst. 1 písm. a) zákona o zdravotních službách, avšak u léčivých přípravků se nadále hovoří o nutné a neodkladné péči.

Argumentace, že nesmluvní poskytovatel může předepisovat pacientům v rámci své registrace a oprávnění recepty na léčivé přípravky a zdravotní pojišťovna nemá povinnost tyto recepty proplatit, je chybná. Výdejna resp. lékárna totiž nemá povinnost, právo ani prostor ověřovat, zda každý recept či poukaz vystavil smluvní poskytovatel. Ukáže-li se i dříve uvedená argumentace pomocí vyhlášek jako chybná, je nutno rovněž pamatovat na to, že by zdravotní pojišťovna měla mít možnost usměrňovat včas efektivitu vynakládání prostředků veřejného zdravotního pojištění. Zcela absurdně by postavení nesmluvního poskytovatele bylo výhodnější oproti smluvnímu, u něhož může pojišťovna uplatňovat regulační opatření v souladu s uzavřenou smlouvou.

²⁴⁵ č. 54/2008 Sb.

Odlišná situace by však mohla nastat v případě uplatnění náhrady škody trestněprávní cestou. V trestním řízení si lze představit, že soud dospěje k závěru, že nesmluvní poskytovatel nezpůsobil škodu plátcí tím, že předepisoval i nad rámec neodkladné péče, neboť stejně by s velkou pravděpodobností k předepsání došlo u smluvního poskytovatele. Jedinou trestněprávní škodou by pak byly případné nároky, které zdravotní pojišťovna nemohla uplatnit z titulu smluvních regulačních omezení. Jejich výpočet však lze provést pouze porovnáním s daty smluvních poskytovatelů a škoda nebude moci být stanovena jinak než na základě statistiky.

Exkurz - Regulační poplatky

1. Úvod²⁴⁶

Regulační poplatky²⁴⁷ byly zavedeny do českého systému veřejného zdravotního pojištění zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, konkrétně jeho částí čtyřicátou, kterou se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (dále i jen jako zákon). Od ledna roku 2008 jsou účinná ustanovení § 16a a § 16b, která upravují práva a povinnosti související s regulačními poplatky. Kromě této úpravy přinesl zákon č. 261/2007 Sb., i některé další změny ve veřejném zdravotním pojištění, např. nově upravil regulaci cen a úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely²⁴⁸, změnil některá ustanovení zákona o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění²⁴⁹, dále zákona o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky a zákona o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách²⁵⁰. Důvodem zavedení regulačních poplatků bylo dle důvodové zprávy²⁵¹ omezení zneužívání zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Podrobnější zdůvodnění, včetně finančních dopadů na celý systém veřejného zdravotního pojištění jsou ve zprávě rozebrány poměrně jasně. Zavedením poplatků v původní výši 30, 60 a 90 Kč mělo být dosaženo snížení počtu návštěv u vyjmenovaných lékařských i nelékařských odborníků, jejichž služby jsou hrazeny ze systému veřejného zdravotního pojištění (včetně poskytování léčivých přípravků a zdravotnických prostředků), na pohotovosti a za každý den poskytování ústavní a obdobné péče²⁵². Nové ustanovení § 16a ve svém odst. 1 stanovilo povinnost pojištěnce nebo jeho zákonného zástupce hradit regulační poplatek zdravotnickému zařízení (poskytovateli), které poskytlo péči, se kterou poplatek souvisí. V odst. 2, 3 a 4 byly vymezeny výjimky z této povinnosti. Tyto výjimky byly rozšířeny zákony č. 270/2008 Sb., a č. 59/2009 Sb. Odst. 5 stanoví,

²⁴⁶ Základ tohoto textu byl součástí práce autora v rámci Studentské vědecké a odborné činnosti v roce 2009 s názvem Regulační poplatky 2009: vybírání, kontrola a politika

²⁴⁷ Dále v textu budou označovány též pouze jako poplatky.

²⁴⁸ Část šestá zákona č. 48/1997 Sb.,

²⁴⁹ Zákon č. 592/1992 Sb.

²⁵⁰ Zákony č. 551/1991 Sb. a č. 280/1992 Sb.

²⁵¹ <http://www.psp.cz/sqw/text/text2.sqw?idd=11049>

²⁵² Konkrétně viz § 16a odst. 1 zákona

že regulační poplatek je příjmem zdravotnického zařízení (poskytovatele), které jej přijalo. Odst. 6 upravuje formální náležitosti placení poplatků, zatím co následující dva odstavce říkají, jak zdravotnická zařízení (poskyvatelé) tyto poplatky vykazují zdravotním pojišťovnám. Poslední tři odstavce tohoto paragrafu upravují jak povinnost zdravotnického zařízení (poskytovatele²⁵³) poplatek vybírat v souladu se zákonem, tak sankce za porušení této povinnosti. V § 16b jsou upraveny limity regulačních poplatků a doplatků na léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, a tento paragraf byl rovněž několikrát měněn.

Proti zavedení regulačních poplatků se již v roce 2007 a posléze v roce 2008 zvedla vlna nevole, která vyústila v podání návrhu několika skupin poslanců na zrušení některých ustanovení zákonů změněných zákonem č.261/2007 Sb., k Ústavnímu soudu. Ústavní soud svým nálezením ze dne 20.5.2008, sp. zn. PL ÚS 1/08²⁵⁴ tento návrh zamítl. V tomto rozsáhlém nálezu se, mimo jiné, vyslovil též k účelu regulačních poplatků ve zdravotnictví. Ústavní soud jasně říká, že „*účelem zavedení regulačních poplatků byla regulace chování pacientů ve vztahu ke zdravotnickým zařízením a k pořizování léků v lékárnách, jakož i chování mezi pacienty navzájem. Jak již bylo řečeno, tato regulace má za cíl umožnit poskytování kvalitní zdravotní péče a léků těm, kteří ji skutečně potřebují, a zároveň prohloubit solidaritu mezi pacienty, resp. potencionálními pacienty.*“ Ústavní soud dále dovodil, „*že napadená právní úprava regulačních poplatků v testu racionality, resp. z hlediska zákonem stanovených podmínek, ob stojí.*“

Po svém zavedení regulační poplatky fungovaly bez závažnějších problémů v celém roce 2008. Kontrola zdravotních pojišťoven, která je stanovena v závěrečných odstavcích § 16a zákona, spočívala především v kontrole vykazování poplatků dle odst. 7 a 8 téhož paragrafu. Role zdravotních pojišťoven byla poměrně nekonfliktní. Navíc díky pozitivním hospodářským výsledkům celé české ekonomiky, které se odrazily rovněž v hospodářských výsledcích zdravotních pojišťoven, nepůsobila problémy ani právní konstrukce vrácení nadlimitních úhrad pacientům. Situace se v

²⁵³ Dále v tomto exkurzu budou termíny zdravotnické zařízení a poskytovatel používány promiscue, neboť jejich význam v předešlé právní úpravě a dnešní právní úpravě je tentýž.

²⁵⁴ Uveřejněný pod číslem 251/2008 Sb.

praxi začala komplikovat nikoli změnou právního náhledu na tyto otázky, ale změnou politické situace. Poté, co v listopadu roku 2008 krajské volby změnily složení členů zastupitelstev většiny krajů v České republice, byly připraveny faktické úpravy v oblasti veřejného zdravotního pojištění. Faktické z toho důvodu, že se nejedná o změny legislativy či soudního rozhodování, nýbrž o úpravu jinými nástroji. Nakolik každý kraj postupoval v těchto otázkách odlišně, považuji za důležité tomu věnovat samostatnou část textu. V závěru obecného úvodu tohoto exkurzu bych ještě rád vysvětlil svůj postoj k věci. Oblast zdravotnictví je vždy velice citlivou otázkou politickou, proto si dovoluji poukázat na jiné hybné síly než zájem na kvalitní a fungující právní úpravě tam, kde to bude nevyhnutné. Vývoj v těchto otázkách je velice dynamický a značná část vztahů, které budou níže nastíněny, není dosud vyjasněna. Přesto se pokusím ozřejmit základní změny ve vybírání regulačních poplatků a možnostech kontroly. Protože se posouzení týká doby před změnou terminologie, budu používat terminologii platnou v posuzované době.

Cílem všech změn v krajích v roce 2009 bylo překonání zákonné povinnosti pojištěnců platit regulační poplatky²⁵⁵ a povinnosti zdravotnických zařízení tyto poplatky vybírat²⁵⁶, a to tak, aby nedošlo k porušení zákona. Nakolik politická vůle v zákonodárném sboru nenasvědčovala možnosti zrušení regulačních poplatků přímo zákonem, hledaly kraje možnosti jak pojištěnce od povinnosti platit plošně osvobodit. Vesměs byla zavedena možnost nechat za sebe uhradit poplatek z rozpočtu kraje. Avšak pouze při čerpání zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení ve správě kraje²⁵⁷. V přístupech však existovala značná nekonzistentnost postupů. Každý kraj postupoval „po svém“, čímž byl a je ztížen postup institucí, které mají za cíl vybírání regulačních poplatků kontrolovat. To je však jen jeden z důsledků postupů krajů. Další možné důsledky lze spatřovat v ohrožení hospodářské soutěže, v nesprávném hospodaření kraje z pohledu veřejných podpor a v dopadech na systém veřejného zdravotního pojištění.

²⁵⁵ Návěti § 16a odst. 1 zákona

²⁵⁶ § 16a odst. 9, první věta

²⁵⁷ Zdravotnická zařízení mají zpravidla formu akciových společností, ve kterých je jediným akcionářem kraj nebo jsou zřizovány či založeny krajem. Tato zařízení budou dále označována též jako „krajská zdravotnická zařízení“, či „krajské nemocnice“.

2. Regulační poplatky, hospodářská soutěž a náhrada škody

Tím, že kraje refundovali částku vynaloženou na regulační poplatky klientům pouze některých poskytovatelů na svém území, nabízí se otázka, zda nedocházelo k porušení pravidel hospodářské soutěže. Základní křížovatkou zde je určení, které subjekty jsou „soutěžiteli“ ve smyslu obchodního zákoníku²⁵⁸ a zda tito soutěžitelé jednají v hospodářské soutěži v rozporu s dobrými mravy soutěže. Toto jednání musí být způsobilé přivodit újmu jiným soutěžitelům a musí se jednat o nedovolené omezení soutěže²⁵⁹. To, že krajská zdravotnická zařízení a ostatní zdravotnická zařízení jsou v soutěžním vztahu je zřejmé. Problémem je, zda lze dopad postupu kraje přičítat jeho zdravotnickým zařízením, tedy zda mohou odpovídat za případné nekalosoutěžní jednání. Tato zařízení jsou krajem fakticky spravována a nemají možnost se rozhodnutí zastupitelstva či rady o úhradě regulačních poplatků vzepřít.

Druhou otázkou je, zda by se mohl dopouštět nekalosoutěžního jednání přímo vyšší územně samosprávný celek – kraj. Nelze totiž vyloučit, že osoby, které nejsou na podnikání zúčastněné, nepříznivě zasáhnou do řádného průběhu soutěže²⁶⁰. Pro odpověď na tuto otázku nutno zkoumat, zda kraj jedná v hospodářské soutěži v tomto konkrétním případě. Pro výklad pojmu jednání v hospodářské soutěži si lze pomoci rozsudkem Nejvyššího soudu České republiky ze dne 23.10.2003, sp.zn. 29 Odo 106/2001: *„Pro úvahu, zda jednání konkrétního subjektu je jednáním v hospodářské soutěži, není rozhodné, že jde o subjekt, jenž vedle jiných úkolů může vykonávat vlastním jménem a na vlastní odpovědnost soustavnou činnost za účelem dosažení zisku, nýbrž to, zda šlo o jednání soutěžitele tedy, zda bylo motivováno soutěžním záměrem a nikoli záměrem jiným.“* V tomto případě mám za to, že jednání kraje, potažmo zdravotnického zařízení zde není motivováno soutěžním záměrem, nýbrž záměrem politickým. Přesto Grémium majitelů lékáren, jako profesní sdružení, podalo žalobu k ochraně svých členů. Nakolik však v tomto případě ještě nebylo rozhodnuto,

²⁵⁸ Zákon č. 513/1991 Sb., obchodní zákoník, v platném znění

²⁵⁹ Viz Štenglová, I., Plíva, S., Tomsa, M. a kol., Obchodní zákoník. Komentář, 12. vydání, Praha: C.H.Beck, 2009, str. 171

²⁶⁰ Ibidem str. 166

není možné získat bližší informace²⁶¹. Došlo však ke skončení sporu mezi sítí lékáren a Středočeským krajem, kdy údajně soudy rozhodly o tom, že docházelo k porušování hospodářské soutěže²⁶² a síť lékáren údajně hodlá požadovat ušlý zisk²⁶³. O případné náhradě způsobené škody však soudy teprve rozhodovat budou. Dle názoru České lékárnické komory je pak možné, aby se zdravotní pojišťovny domáhaly vrácení částek, které zaplatili pojištěncům podle § 16b zákona o veřejném zdravotním pojištění²⁶⁴.

Součástí ochrany hospodářské soutěže je i otázka veřejných podpor, za které lze příspěvky krajů označit. Jakkoli byly dotace určené pouze pro fyzické osoby, tím, že praxe proplácení poplatků probíhala zpravidla (mimo Prahu a Karlovarský kraj) pouze v zařízeních kontrolovaných příslušným krajem, fakticky docházelo ke zvýhodňování těchto soutěžitelů na trhu. Podle neoficiálních informací již v roce 2008 konzultovali zástupci krajů možnosti proplácení regulačních poplatků s Úřadem pro ochranu hospodářské soutěže, který označil postup za nesplnění výjimky pro udělení veřejné podpory. Poté co se otázku podařilo v červnu 2011 neoficiálně konzultovat v rámci jiného jednání Evropské Komise, byla praxe krajů (kromě Středočeského) v červenci téhož roku zrušena. Pokud by však došlo v nějakém řízení k označení postupu krajů za veřejnou podporu, mělo by to jistě zajímavé důsledky, z nichž především upozorním na povinnost neoprávněně vyplacenou veřejnou podporu vrátit.

Mimochodem takováto situace již v praxi de facto nastala, neboť soudy, které se zabývaly otázkou darovacích smluv, již pravomocně rozhodly o tom, že tyto úkony jsou pro svůj rozpor se zákonem neplatné²⁶⁵. Kraje by tedy měly vyplacené částky začít po pojištěncích vymáhat, což se však dle dostupných informací zatím neděje.

Odpovědnost za pokřivení hospodářské soutěže pak tedy bude zřejmě předmětem dalších soudních pří. Výsledkem může být jak uložení povinnosti k náhradě škody - pokud se ji podaří žalobci správně vyčíslit. Protože to může být značný problém,

²⁶¹ Na svých stránkách <http://www.gmlcr.cz/> poskytuje Gremium bližší informace pouze svým členům, po přihlášení.

²⁶² Viz http://praha.idnes.cz/kraj-prohral-soud-se-siti-lekaren-kvuli-proplaceni-poplatku-za-recept-1ei-/praha-zpravy.aspx?c=A120222_1736961_praha-zpravy_sfo

²⁶³ <http://www.apatykar.info/kratke-zpravy-2464/>

²⁶⁴ <http://www.lekarnici.cz/Media/Tiskove-zpravy/Zdravotni-pojistovny-by-se-mely-domahat-odskodneni.aspx>

²⁶⁵ Např. Rozsudek Krajského soudu v Praze ze dne 11.5.2010, č.j. 44 Af 1/2010 - 27,

přichází rovněž v úvahu postup dle § 136 o.s.ř., tedy určení výše náhrady škody uvážením soudu. Tento postup však klade výrazně větší nároky na soudce a lze očekávat, že nebude preferovaným řešením situace ze strany justice. Druhou možností může být žaloba na finanční satisfakci. Odůvodnění její výše bude rovněž nesnadné, ale díky abstraktnější povaze může být jednodušší než skutečná škoda a ušlý zisk.

3. Kontrola krajů

Na rozdíl od ochrany hospodářské soutěže na základě obchodního zákoníku je tato kontrola výkonem veřejné moci. Dle medializovaných informací²⁶⁶, zahájilo Ministerstvo vnitra kontrolu v krajích. Měla objasnit postup krajů v otázkách regulačních poplatků. Zásadní je posouzení, zda se v případě darů jedná o veřejnou podporu. Ze zveřejněných názorů Úřadu pro ochranu hospodářské soutěže (dále ÚOHS) vyplývá, že nakolik jsou dary poskytovány jednotlivým občanům, nebude je za veřejnou podporu považovat²⁶⁷. Otázkou je, zda by nebylo možné ve světle práva Evropských společenství dát přednost výkladu opačnému. Poskytováním úhrad pacientům jsou totiž některá zdravotnická zařízení jednoznačně zvýhodněna. Z článku 87 Smlouvy o založení Evropských společenství (SES) lze dovodit, že není podstatné, komu je podpora přímo poskytnuta, ale to, že tím je zvýhodněn určitý podnik. Podstatné je, aby byla podpora poskytnuta ze státních financí (ty jsou Evropskou komisí vykládány v širším smyslu). Bude nutno posoudit, zda jsou vynaložené prostředky pouze z vlastní činnosti kraje či nikoli. Dále bude nutno posoudit hrozbu poškození obchodu mezi členskými státy. K tomu postačí, aby podpora kraje umožnila zdravotnickým zařízením rozšířit svou činnost tak, že tím omezí možnost příslušníků jiného státu nabízet své služby v České republice²⁶⁸. Dále musí být posouzeno splnění podmínky podpory „de minimis“ v souladu s Nařízením Evropské komise č. 1998/2006 z 15. 12. 2006. Toto rozhodování bude náležet Evropské komisi, na kterou se (opět dle medializovaných informací²⁶⁹) již obrátil řetězec soukromých

²⁶⁶ <http://www.mvcr.cz/clanek/postup-ministerstva-vnitra-ve-veci-regulacnich-poplatku.aspx>

²⁶⁷ <http://www.compet.cz/verejna-podpora/aktuality-z-verejne-podpory/uohs-nabizi-konzultace/>

²⁶⁸ Viz rozsudek Evropského soudního dvora ze dne 24.7.2003 C-280/00 Altmark

²⁶⁹ <http://www.ceskenoviny.cz/zpravy/dr-max-dal-ek-stiznost-na-kraje-ktere-nevybiraji-poplatky/364706>

lékáren a Česká lékárnická komora²⁷⁰. Vraťme se zpět do českého práva. Bude-li kvalifikováno přeplácení regulačních poplatků občanům jako poskytování veřejnoprávní dávky, překročily kraje své pravomoci. Podle § 10 zákona č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, v platném znění, kraje nejsou oprávněny tyto dávky poskytovat.

Dojde-li Ministerstvo vnitra, které je oprávněno ke kontrole výkonu samostatné působnosti kraje²⁷¹ k závěru, že se jedná o darování, bude muset zkoumat, zda byl naplněn § 59 odst. 2 písm. f) zákona o krajích. V tomto případě by muselo být každé jednotlivé darování schváleno předem v souladu s § 23 odst. 2 téhož zákona.

Závěry šetření Ministerstva vnitra nejsou v době přípravy této práce známé. Pro účely této práce je důležité, že je to právě toto ministerstvo, které má z orgánů státní správy nejsilnější pravomoci a nejpřímější povinnosti kontroly v těchto otázkách.

Pro úplnost dodám, že nezanedbatelnou kontrolu hospodaření krajů mohou vykonat též ostatní subjekty. Na základě zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, v platném znění, může každá fyzická i právnická osoba (žadatel, § 3 odst. 1) žádat informaci o osobních údajích pojištěnců, kterým byly regulační poplatky proplaceny z prostředků kraje, včetně výše, účelu a podmínky poskytnutí těchto prostředků (§ 8b).

4. Ochrana systému veřejného zdravotního pojištění

Jak bylo v úvodu této kapitoly zmíněno, zavedením regulačních poplatků § 16a a § 16b zákona, vznikla zdravotním pojišťovnám možnost sankcionovat nevybírání či chybné vybírání regulačních poplatků. Na rozdíl od ochrany hospodářské soutěže a kontroly hospodaření krajů je kontrola zdravotních pojišťoven zaměřena na ochranu účelu existence regulačních poplatků. Žádný jiný orgán veřejné správy není příslušný k sankcionování porušení povinností souvisejícími s těmito poplatky.

²⁷⁰ http://lekarnici.cz/download/pro-neprihlasene/TZ/TZ%2011032009_verze%20110309.pdf

²⁷¹ § 81 zákona č. 129/2000 Sb., o krajích (krajské zřízení), v platném znění dále Hendrych, D. a kol., Správní právo. Obecná část, 7. vydání, Praha: C.H.Beck, 2009, str. 174 a násl.

Ústavní soud ve zmíněném nálezu sp.zn. PL ÚS 1/08 tuto skutečnost potvrzuje: „*Ústavně konformní shledal Ústavní soud i stanovení sankce zdravotnickému zařízení za nevybírání poplatků a pravomoc zdravotní pojišťovny tuto sankci udělit. Jak již bylo řečeno, zdravotní péče je poskytována v systému zdravotnictví, bez něhož by nemohla být poskytována kvalitně, event. vůbec. Zdravotnické zařízení není nositelem práva ve smyslu čl. 31 Listiny, tím je občan, resp. pacient. Zdravotnické zařízení je jednak poskytovatelem zdravotní péče, jednak subjektem v systému zdravotnictví, který plní i funkce organizační, ekonomické, finanční, zaměstnavatelské, vědecko-výzkumné, osvětové atp. Okolnost, že zdravotnické zařízení nevybírá regulační poplatky, je deliktem, jehož objektem je zájem na fungování systému zdravotnictví a jeho ochrana. Jistou analogii lze shledat v sankcích, ukládaných např. za porušování pravidel hospodářské soutěže či v úpravě ochrany spotřebitele. I v těchto oblastech je za porušení povinnosti, spočívající v nekalé deformaci soukromoprávního vztahu, ukládána veřejnoprávní sankce. Důsledky neplnění povinnosti vybírat regulační poplatek se mohou projevit např. v deformaci přístupu ke zdravotnickému zařízení či na snížení kvality tam, kde by zdravotnické zařízení nevybírající poplatky překračovalo kapacitu pacientů. Ústavní soud dodává, že je na vůli zákonodárce, který subjekt vybaví pravomocí veřejnoprávní sankce, pokud je sankce ukládána jako výsledek řádného správního řízení a rozhodnutí o udělení sankce podléhá soudnímu přezkumu, což je v případě napadené právní úpravy splněno.“*

Úskalím pro zdravotní pojišťovny je chybějící podrobnější procesní úprava postupu při udílení pokut a výslovná pravomoc revizních lékařů vybírání regulačních poplatků kontrolovat. Procesní stránka věci bude zřejmě založena na úpravě rozhodování zdravotních pojišťoven dle § 53 zákona. Přesto, že je v zákoně o veřejném zdravotním pojištění věnována celá část osmá pokutám a přírůzkám k pojistnému, nebyla otázka regulačních poplatků do této části vnesena. To, že § 42 zákona nebyl zákonem č. 261/2007 Sb., změněn tak, aby zahrnoval též kontrolu výběru regulačních poplatků, je rovněž na škodu věci. Z obecného ustanovení § 53 plyne, že na rozhodování zdravotních pojišťoven se vztahují obecné předpisy o správním řízení. Zdravotní pojišťovny rozhodují platebními výměry, které jsou titulem pro soudní nebo správní výkon rozhodnutí, jsou-li vykonatelné. O odvolání proti těmto platebním výměrům

rozhoduje rozhodčí orgán zdravotní pojišťovny. Pravomocná rozhodnutí jsou přezkoumatelná soudem ve správním soudnictví.

Základní úpravou, o kterou se zdravotní pojišťovny při své kontrole opírají je především ustanovení § 16a odst. 9, 10 a 11. V současné situaci přichází v úvahu zejména odst. 9, který opravňuje zdravotní pojišťovny udělit pokutu zdravotnickému zařízení, které opakovaně a soustavně porušuje povinnost vybrat regulační poplatek od pojištěnce nebo jeho zákonného zástupce. Maximální výše pokuty původně činila 50.000,- Kč, ale novelou byla rozšířena až na jeden milion korun za nevybírání regulačního poplatku (přičemž pokuta za neoprávněný výběr zůstala paradoxně ve stejné výši). Pokuta může být uložena i opakovaně. Toto ustanovení stanoví rovněž jednoletou subjektivní a tříletou objektivní dobu prekluze.

Podívejme se na možnost ochrany systému veřejného zdravotního pojištění konkrétně. Hradí-li kraje za pacienty regulační poplatky zdravotnickému zařízení, stojí zdravotní pojišťovny před otázkou, zda se jedná o porušení zákona, či nikoli²⁷². Zdravotní pojišťovny musí, jako příslušné správní orgány, zákon vyložit. Pomocí podrobného přezkoumání různých metod výkladu (jazykový, logický, systematický, historický a konečně, teleologický²⁷³) dospěly zdravotní pojišťovny a následně i soudy k závěru, že praxe krajů není v souladu s právem. Vycházíme-li z toho, že jednou z nejvyšších hodnot demokratického právního státu je princip právní jistoty a vymahatelnosti práva²⁷⁴, je postup veřejných institucí, kterým obchází či porušují zákon nepřijatelný. Takovýto postup proto nemůže požívat právní ochrany. Pokud byla sankce stanovena v závislosti na povaze protiprávního jednání a míře jeho následků²⁷⁵, musí být vymáhána. V tomto případě však nikoli právní, ale opět spíše společenský tlak pro prohraných soudních sporech vedl k ukončení nezákonných postupů samospráv.

Zahájená řízení, probíhající kontroly, podané žaloby a stížnosti postupně opadaly. Diskuze v kruzích právníků, politiků i politologů se utlumily a došlo k jasnému

²⁷² Týká se to všech krajů kromě Plzeňského a Karlovarského v rozsahu povinnosti § 16a odst. 1 písm. d), a Hlavního města Prahy.

²⁷³ Viz Boguszak, J., Čapek, J., Gerloch, A. Teorie práva. Praha: ASPI, 2004, str. 183 an.

²⁷⁴ Nález Ústavního soudu ČR ze dne 8.6.1995, sp.zn. IV. ÚS 215/94 srov. Pavlíček, V. a kol., Ústavní právo a státověda, II. díl, Ústavní právo České republiky, část 1., 2. podstatně rozšířené a doplněné vydání, Praha: Linde, 2008, str. 281

²⁷⁵ rozsudek Nejvyššího správního soudu ze dne 30.1.2009, č. j. 4 As 47/2008–97, viz www.nssoud.cz

rozuzlení v konkrétních případech²⁷⁶. Přesto přemýšlení nad silou zákona, silou politické vůle, principech právního státu a funkcí jednotlivých složek státní moci může vést v nastíněné problematice k dlouhým debatám. Stejně jako nové a připravované změny v zákonech dotýkajících se veřejného zdravotního pojištění. Z pohledu zdravotních pojišťoven velká většina těchto změn přináší výkladové problémy, komplikace s nastavením automatizovaných informačních systémů a zvýšené výdaje. Jak se tyto změny uchytí v praxi, a podaří se dalšími připravovanými změnami stabilizovat systém veřejného zdravotního pojištění v době ekonomické krize? To se ukáže až časem.

²⁷⁶ Např. rozsudky Nejvyššího správního soudu, č.j. 3 Ads 106/2010 - 64 ze dne 10.11.2010 a č.j. 3 Ads 152/2010 - 64 ze dne 5.1.2011;

Kapitola 6 - Dopady nového občanského zákoníku.

1. Obecně

Dne 22. března 2012 byl ve 33. částce sbírky zákonů vyhlášen zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. Po necelých padesáti letech se tak zásadní soukromoprávní norma, která má dosah do všech oblastí lidského života, mění. S účinností od 1. ledna 2014 se tak i otázky úhrady zdravotních služeb dočkají nemalých proměn, které lze směle přirovnat k „velkému třesku“ který způsobily zákony účinné od 1. 4. 2012²⁷⁷. Ke komplikacím jistě povede i příprava na změny v příjmové části veřejného zdravotního pojištění, které přinese tzv. jedno inkasní místo²⁷⁸ od 1. 1. 2015. Protože však cílem této práce je především osvětlení odpovědnostních vztahů ve veřejném zdravotním pojištění v České republice, nelze nezmínit platnou, ač zatím neúčinnou, právní úpravu. K přijetí nového občanského zákoníku došlo v době, kdy již značná část této práce byla připravena. Nepovažuji za účelné měnit odkazy na novou právní úpravu. Pravidla cenotvorby, kontraktace a úhrad jsou ve spojení s pravidly odpovědností popisována podle současné právní úpravy či podle právní úpravy předešlé tam, kde to může pomoci při výkladu. Přesto nemohu nezmínit několik úvah, které již nebudou de lege ferenda s ohledem na nový občanský zákoník, ale nebudou ani de lege lata, neboť nelze předvídat vývoj v oblasti medicínského práva. Pokusím se tedy o úvahy o podobě některých institutů, pokud by nový občanský zákoník a stávající znění zvláštních norem byly účinné v téže době.

Listujeme-li zákonem č. 89/2012 Sb., poprvé se setkáváme s odpovědností v § 24, který na rozdíl od současné úpravy, nepočítá s odpovědností pouze při porušení povinností, ale při každém jednání²⁷⁹. Tím se váha sankčního charakteru institutu odpovědnosti za škodu snižuje a do popředí se dostávají myšlenky „*v duchu tradic antické a křesťanské civilizace, podle nichž člověk odpovídá za své jednání v plném rozsahu, a odpovídá tedy především za to, že se chová řádně, po právu a za splnění*

²⁷⁷ Zákon č. 369/2011 Sb. a zákony č. 372-375/2011 Sb.

²⁷⁸ Zákon č. 458/2011 Sb.

²⁷⁹ Viz důvodová zpráva k návrhu zákona dostupná na <http://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=6&t=362>

povinnosti“²⁸⁰. Tím jsou vymezeny základní mantinely logiky veškeré úpravy (deliktní) odpovědnosti rekodifikace civilního práva.

2. Péče o zdraví

Úprava péče o zdraví v § 2636 a následujících je poněkud odlišná od nové úpravy zdravotních služeb. Především terminologie je naprosto odchylná od stávající úpravy. Smlouva o péči o zdraví je upravena přinejmenším zavádějícím způsobem, kdy příkazce a poskytovatel uzavírají smlouvu, která je v některých případech ve prospěch třetího - ošetřovaného. Nejčastěji bude příkazcem ošetřovaný. V naprosté většině případů smlouva bude bezúplatná (z pohledu občanského zákoníku), byť obchodněprávní kontrakt mezi plátcem a poskytovatelem bude ze své povahy vždy úplatný. Rozlišování příkazce a ošetřovaného navíc pozbývá smyslu tím, že poučení a souhlas se váže na ošetřovaného a nikoli na příkazce. Domněnka, že příkazce by se mohl vztahovat na situace, kdy za pacienta rozhoduje někdo jiný, tedy padá. Zůstává tedy otázkou, jaké další náležitosti bude smlouva mezi kontrahendy obsahovat, pokud rozsah a způsob poskytnutí služeb jako logická základní náležitost, bude na rozdíl od ceny, otázkou jednání mezi poskytovatelem a ošetřovaným. Zřejmé je pouze to, že svou povahou může jít i o třístranný kontrakt, jeho použití spolu se zákonem o zdravotních službách zatím není ani v náznacích v literatuře odborně řešeno. Obecně však lze říci, že mezi občanským zákoníkem a zákonem o zdravotních službách existují paralely, které jen dokládají, že české zdravotnictví překonalo paternalitní přístup k poskytování zdravotních služeb. Nový pohled na tyto statky jako plnění pro klienta - spotřebitele nelze přehlédnout. Chybí však zatím norma, která by obdobně moderně upravila veřejné zdravotní pojištění na evropské úrovni, v souladu s moderními trendy a pravidly pro poskytování služeb obecného ekonomického zájmu.

²⁸⁰ Viz důvodová zpráva k § 24

3. Odpovědnost

Jak bylo uvedeno výše, nová právní úprava nehovoří pouze o odpovědnosti za škodu, ale přímo o odpovědnosti za každé právní jednání jednotlivce. Pro účely této práce by tak bylo nutné posoudit velkou část občanského zákoníku, abychom si vytvořili představu, či spíše jen teoretický odhad podoby příštích vztahů. S ohledem na rozsah se omezím pouze na úvahu nad úpravou deliktních obligací. Předtím však nelze nezmínit, že porušení práva nejen působí aktivaci sankčních či reparačních mechanismů odpovědnosti, ale zároveň zapříčiňuje neplatnost právního úkonu²⁸¹. Podrobněji se této otázce věnuje odborná veřejnost již od předcházejících návrhů občanského zákoníku²⁸², nebude proto zde dále rozebrána.

Nová úprava systematicky spojila nároky z majetkové a nemajetkové újmy do jednoho celku - hlavy III. Jak bylo popsáno na jiných místech této práce, převážná část nároků v rámci systému veřejného zdravotního pojištění vzniká aktivací obecné odpovědnosti za škodu. Nově bude zřejmě nutno rozlišovat, zda škoda vzniká porušením zákona (§ 2910) nebo smlouvy (§ 2913). Základním rozdílem je míra vyžadovaného zavinění. Zatímco pro porušení zákonných povinností se vyžaduje zavinění (tedy nedbalost nebo úmysl) a presumuje se nedbalost, při porušení smlouvy je konstrukce bližší stávající komerční úpravě a zavinění se neposuzuje. Jde o odpovědnost objektivní s možností exkulpace. Vývoj této podvojnosti, včetně odůvodnění nalézáme v důvodové zprávě. Odborná literatura vedle toho poskytuje dostatečnou informační základnu pro vytvoření si představy o budoucí aplikaci těchto ustanovení²⁸³.

Ze zvláštních druhů odpovědnosti za škodu byla v této práci rozebírána i takzvaná absolutní odpovědnost za škodu způsobenou povahou věci použité při plnění závazku (§ 421a). Takovouto úpravu v novém občanském zákoníku nenalezneme. Ona sociální povaha tohoto ustanovení se změnila, a nutno přiznat, že i poněkud racionalizovala. V

²⁸¹ Viz § 580 a následující zákona č. 89/2012 Sb.

²⁸² Viz např. Dvořák, B. - Rozpor právního jednání se zákonem, in ASPI - LIT37730CZ

²⁸³ Viz např. Pelikanova, I. - Odpovědnost za škodu – trendy a otázky, malý náhled do osnovy nového občanského zákoníku, in ASPI - LIT37728CZ

Švejkský, J. - Nový občanský zákoník: Náhrada škody - závazky z deliktů, Bulletin advokacie, 5/2011, s. 34 (podle ASPI ID LIT38184CZ)

Melzer, F. - Corpus delicti aneb obrana úpravy deliktního práva v návrhu občanského zákoníku, in ASPI - LIT37729CZ

§§ 2936 - 2938 je upravena škoda způsobená věcí. Ta však na rozdíl od dnešní úpravy váže především na škodu způsobenou vadou věci, která byla při plnění závazku použita. Myšlenky jsou dále rozvedeny a doplněny o sociální aspekty, které v dosavadní úpravě chyběly, především v kasuistickém opise pádu budovy. Náhrada škody by se však ve veřejném zdravotním pojištění neuplatnila, neboť by byl namístež zvláštní institut. Snad až na výjimku, kdy by vlastníkem budovy a zároveň bezprostředně poškozeným byl pojištěnec. Příklad, který byl medializován a řešen i v této práci, kdy vadou implantabilního zdravotnického prostředku dochází ke škodě, by však byl řešen podle nové odpovědnosti za škodu způsobenou vadou výrobku. § 2939 nového občanského zákoníku totiž na rozdíl od § 1 zákona o odpovědnosti za škodu způsobenou vadou výrobku²⁸⁴ tento druh odpovědnosti²⁸⁵ vztahuje na jakoukoli škodu, zatímco stávající zákon se omezuje na škodu na zdraví, usmrcení a škodu na jiné věci, než je vadný výrobek, určené a užívané převážně k jiným než podnikatelským účelům. Tím se do budoucna značně komplikuje možnost zdravotních pojišťoven uplatnit svůj nárok, protože výrobce je nezřídka nedostupitelný. Důvodová zpráva k zákonu, jak se zdá, si tohoto rozdílu, který může mít značný finanční dopad, nevšímá.

Obdobným způsobem lze fabulovat dále a dále. V této chvíli by však takový text nepřinášel praktickou pomoc ani dostatečně sofistikovanou právní úvahu. Dopady nového občanského zákoníku do systému veřejného zdravotního pojištění a otázek civilních deliktů v něm budou záležet jak na schopnosti účastníků vypořádat se s novým pojetím soukromého práva, ale i na zvláštních zákonech, které pro svou společenskou, politickou i ekonomickou citlivost budou vždy vzbuzovat zájem a veřejné, byť možná ne vždy zcela odborné, diskuze.

²⁸⁴ Zákon č. 59/1998 Sb.

²⁸⁵ Blíže viz např. Veselý, J. - Odpovědnost výrobců za škodu způsobenou vadou výrobku v právním řádu ČR, Právní rozhledy, 5/1999, str. 244, podle ASPI - LIT22286CZ

Závěr a poděkování

Pokus popsat a analyzovat otázky odpovědnosti za škodu ve specifickém prostředí systému veřejného zdravotního pojištění naráží na nesčetné problémy tohoto rozsáhlého světa, kde vývoj probíhá jakoby odděleně od ostatních oblastí lidské činnosti a je spíše než právem, jeho výkladem či zvyklostmi, řízen zvykovým výkladem norem, různými metodickými nástroji a doporučeními dohledových orgánů. Místo jasných transparentních úhradových mechanismů se potýkáme s pluralitou postupů a tím i množstvím názorů na řešení sporů, které vyvstávají především z důvodu ekonomických tlaků na zvyšování efektivity. Používání zahraničních příkladů je v této práci značně omezeno, neboť je obtížné pouze popsat české prostředí. Komparace by byla možná u jednotlivých aspektů. To by však mělo smysl pouze v případě existence obecnější analýzy, od níž se lze odrazit. Takové dílo se mi dohledat nepodařilo, proto jsem se pokusil o tuto analýzu v této práci.

Rád bych poděkoval doc. JUDr. Josefu Salačovi, Ph.D. za konzultace k této práci i za vedení Centra zdravotnického práva Právnické fakulty, neboť jsem přesvědčen o tom, že tato oblast práva skýtá velké možnosti a české právní prostředí má kapacitu na to, aby posouvalo hranice bádání a kultivaci právní úpravy i v tomto odvětví práva. A kdo jiný než Právnická fakulta Univerzity Karlovy by měl hrát v této vědecké a vzdělávací činnosti vůdčí roli.

Dále bych rád poděkoval prof. JUDr. Dagmar Císařové, DrSc. za zásluhy na založení Centra zdravotnického práva a jeho vedení a JUDr. Petru Šustkovi, Ph.D. a JUDr. Heleně Peterkové, za jejich koordinační práci i agilitu, se kterou přednáší a pracují a přitahují tak žádoucí pozornost studentů i právníků k tomuto oboru práva. Poděkování patří i mému zaměstnavateli a všem, kdo mě v přípravě této práce podporovali.

Seznam použité literatury a zdrojů

1. Právní předpisy

- cenový předpis Ministerstva zdravotnictví 1/2012/DZP ze dne 14.12.2011 uveřejněný ve Věstníku MZ ČR.
- nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004/ES, o koordinaci systémů sociálního zabezpečení
- nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 988/2009/ES
- rámec Evropské unie pro státní podporu ve formě vyrovnávací platby za závazek veřejné služby, 2012/C 8/03
- rozhodnutí Komise, 2012/21/EU ze dne 20.12.2011
- rozhodnutí Komise, kterým se mění přílohy směrnic Evropského parlamentu a Rady 2004/17/ES a 2004/18/ES o postupech pro zadávání veřejných zakázek, pokud jde o seznamy zadavatelů a veřejných zadavatelů (oznámeno pod číslem K(2008) 7871) (2008/963/ES)
- směrnice Evropského parlamentu a Rady č. 2004/18/ES o koordinaci postupů při zadávání veřejných zakázek na stavební práce, dodávky a služby
- smlouva o založení Evropského společenství
- úmluva o biomedicině, č. 96/2001 Sb.m.s. - Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině; přijata 4.4.1997 v Oviedu
- vyhláška Ministerstva financí č. 418/2003, kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu.
- vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami
- vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 54/2008 Sb., o způsobu předepisování léčivých přípravků, údajích uváděných na lékařském předpisu a o pravidlech používání lékařských předpisů
- vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy
- zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky
- zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů
- zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích
- zákon č. 129/2000 Sb., o krajích
- zákon č. 137/2006 Sb., o veřejných zakázkách
- zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád)
- zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění
- zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu
- zákon č. 219/2000 Sb., o majetku České republiky a jejím vystupování v právních vztazích
- zákon č. 220/1191 Sb. o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře
- zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce
- zákon č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví
- zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách
- zákon č. 280/2009 Sb., daňový řád
- zákon č. 298/2011 Sb.
- zákon č. 33/1965 Sb., o regresních náhradách
- zákon č. 351/2009 Sb.
- zákon č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví
- zákon č. 369/2011 Sb.
- zákon č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě

- zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
- zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách
- zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech
- zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník
- zákon č. 40/1995 Sb. o regulaci reklamy
- zákon č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim
- zákon č. 458/2011 Sb., o změně zákonů související se zřízením jednoho inkasního místa a dalších změnách daňových a pojistných zákonů
- zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění
- zákon č. 513/1991 Sb., obchodní zákoník.
- zákon č. 526/1990 Sb., o cenách
- zákon č. 549/1991 Sb., o soudních poplatcích
- zákon č. 55/2012 Sb.
- zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění
- zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky
- zákon č. 576/2004 Zz., o zdravotnej starostlivosti
- zákon č. 59/1998 Sb., o odpovědnosti za škodu způsobenou vadou výrobku
- zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění
- zákon č. 82/1998 Sb., o odpovědnosti za škodu způsobenou při výkonu veřejné moci rozhodnutím nebo nesprávným úředním postupem
- zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník
- zákon č. 94/1963 Sb., o rodině
- zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád
- zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů

2. Judikatura

- nález Ústavního soudu sp. zn. I. ÚS 321/06 ze dne 18.12.2006
- nález Ústavního soudu sp. zn. I.ÚS 2785/08, ze dne 13.09.2011
- nález Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 24/99, publikován pod č. 167/2000 Sb.
- nález Ústavního soudu sp.zn. I. ÚS 41/98, ze dne 1.12.1998
- nález Ústavního soudu sp.zn. I.ÚS 260/06 ze dne 24.01.2007
- nález Ústavního soudu sp.zn. III. ÚS 671/02 ze dne 16.1.2003
- nález Ústavního soudu sp.zn. III.ÚS 459/03 ze dne 20.8.2004
- nález Ústavního soudu sp.zn. III.ÚS 671/02 ze dne 16.1.2003
- nález Ústavního soudu sp.zn. III.ÚS 686/02 ze dne 27.2.2003
- nález Ústavního soudu sp.zn. IV. ÚS 215/94 ze dne 8.6.1995
- nález Ústavního soudu, sp. zn. Pl. ÚS 36/05 ze dne 16.1.2007
- rozhodnutí Nejvyššího soudu sp. zn. 6 Cz 89/68, ze dne 28.1.196; uveřejněno ve Sbírce soudních rozhodnutí a stanovisek NS pod č. 65/1969.
- rozhodnutí ÚOHS sp. zn. R166/2010/VZ-5666/2011/310/EKu
- rozhodnutí ÚOHS sp. zn. ÚOHS-S118/2009/KS-7464/2009/840 ze dne 12.7.2009
- rozhodnutí Vrchního soudu v Praze č.j. 7 A 68/95-4, ze dne 10.5.1995
- rozsudek ESD C-159/91 a ESD C-160/91 ze dne 17.2.1993
- rozsudek ESD C-180/98 až C-184/98 ze dne 12.9.2000
- rozsudek ESD C-244/94 ze dne 16.11.1995
- rozsudek ESD C-280/00 ze dne 24.7.2003, Altmark Trans GmbH a Regierungspräsidium Magdeburg v. Nahverkehrsgesellschaft Altmark GmbH.
- rozsudek ESD C-41/90 ze dne 23.4.1991
- rozsudek ESD ve věci C-173/09, Georgi Ivanov Elčinov proti Natsionalna zdravnoosiguritelna kasa ze dne 5.10.2010
- rozsudek ESD ve věci C-205/03, Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (FENIN), původně Federación Nacional de Empresas de Instrumentación Científica, Médica,

Técnica y Dental v. Komise Evropských společenství nebo rozsudek ve věci C-280/00, Altmark Trans GmbH, Regierungspräsidium Magdeburg a Nahverkehrsgesellschaft Altmark GmbH, za přítomnosti: Oberbundesanwalt beim Bundesverwaltungsgericht,

- rozsudek Krajského soudu v Brně, č.j. 29 Ca 110/2003-45 ze dne 31.3.2005
- rozsudek Krajského soudu v Praze č.j. 44 Af 1/2010 - 27 ze dne 11.5.2010
- rozsudek Městského soudu v Praze č.j. 21 Co 128/2004 – 398 ze dne 31.8.2004
- rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 28 Cdo 3033/2005 ze dne 22. 8. 2007
- rozsudek Nejvyššího soudu 2 Cdon 961/96
- rozsudek Nejvyššího soudu ČR sp. zn. 5 Tz 50/83 ze dne 23.1.1984
- rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 2 Cdon 2079/97
- rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 2 Cdon 2079/97 ze dne 15. 9. 1999
- rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 20 Cdo 790/2002 ze dne 30.4.2003
- rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 23 Cdo 1389/2010 ze dne 22.5.2012
- rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 23 Cdo 3604/2010 ze dne 26.10.2010
- rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 1113/2002 ze dne 31.3.2003
- rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 1240/2009 ze dne 26.5.2011
- rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 1569/99 ze dne 22.08.2001
- rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 2046/2007 ze dne 29. 7. 2009
- rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 2451/2007 ze dne 30.9.2009
- rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 2543/2010 ze dne 25.5.2011
- rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 279/2011 ze dne 14.11.2002
- rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 3507/2008 ze dne 27. 4. 2011
- rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 4490/2009 ze dne 18.8.2011
- rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 508/2005 ze dne 27.9.2006
- rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 670/2005 ze dne 18.5.2006
- rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 28 Cdo 2334/2010 ze dne 20.07.2011
- rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 28 Cdo 3033/2005 ze dne 22. 8. 2007
- rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 28 Cdo 4550/2009 ze dne 3.1.2011
- rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 29 Odo 539/2003 ze dne 27.1.2005
- rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 30 Cdo 3520/2008 ze dne 16.9.2009
- rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 33 Cdo 1826/99 ze dne 19.4.2001
- rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 33 Odo 1520/2005 ze dne 26.1.2007
- rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 33 Odo 547/2002 ze dne 25.11.2004
- rozsudek Nejvyššího správního soudu č. j. 3 Ads 106/2010 - 64 ze dne 10.11.2010
- rozsudek Nejvyššího správního soudu č. j. 3 Ads 152/2010 - 64 ze dne 5.1.2011
- rozsudek Nejvyššího správního soudu č. j. 4 As 47/2008–97 ze dne 30.1.2009¹
- rozsudek Nejvyššího správního soudu č. j. 8 Afs 18/2007-81 ze dne 31.3.2009
- rozsudku Nejvyššího soudu č. j. 35 Co 605/2006-117 ze dne 5. 4. 2007
- sdělení ÚOHS č.j. ÚOHS-P885/2011/KD-20436/2011/850/DSv ze dne 30.1.2012
- stanovisko pléna Nejvyššího soudu ČR č.j. Rt III/1967,bod 5, bod 11
- usnesení Krajského soudu v Praze sp.zn. 28 Co 96/2012 ze dne 29.2.2012
- usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 1003/2002 ze dne 30.10.2002
- usnesení Nejvyššího správního soudu, sp. zn. 2 As 34/2006 ze dne 15.1.2008
- usnesení Obvodního soudu pro Prahu 9 sp.zn. 52 C 326/2010,ze dne 1.6.2011
- usnesení Vrchního soudu v Praze č. j. Ncp 2858/2003-31 ze dne 23.10.2003
- usnesení Vrchního soudu v Praze č. j. Ncp 3063/2008-21 ze dne 19.3.2009
- usnesení Vrchního soudu v Praze sp. zn. Ncp 3308/2011-30 ze dne 19.12.2011

3. Literatura

- Bělina, M. a kol. - Zákoník práce: komentář, 2. vydání, Praha: C. H. Beck, 2010
- Boguszak, J., Čapek, J., Gerloch, A. Teorie práva. Praha: ASPI, 2004, str. 183 an.

- Císařová, D., Sovová, O. a kol. Trestní právo a zdravotnictví, 2. upravené a rozšířené vydání, Praha: Orac, 2004
- Červinka, T., Zdravotní pojištění s komentářem a příklady, Praha: ANAG, 2011
- Dědič, J., Čech, P.: Bis de eadem re aneb dvakrát o tomtéž (a pokaždé jinak). In Právní rádce 11/2008, str. 8.
- Dědič, J., Obchodní zákoník, komentář, Díl I., Praha: Polygon, 2002
- Diagnosis Related Groups (DRGs) and the Medicare Program: Implications for Medical Technology - A Technical Memorandum (Washington, D. C.: U. S. Congress, Office of Technology Assessment, OTA-TM-H-17, July 1983. www.fas.org/ota/reports/8306.pdf
- Doležal, T., Doležal, A., Přehled judikatury z oblasti zdravotnictví I., Praha: Wolters Kluwer ČR, 2011.
- Dvořák, B. - Rozpor právního jednání se zákonem, in ASPI - LIT37730CZ
- Eliáš, K. a kol. Občanský zákoník velký akademický komentář, Praha: Linde, 2008, s. 970.
- Gerloch, A. Teorie práva, 2. Rozšířené vydání, Dobrá voda: Aleš Čeněk, 2001, s. 122 a násl.,
- Haškovcová, H., Informovaný souhlas, proč a jak?, Praha: Galén, 2007, str. 33
- Hatzopoulos, V., Public procurement and state aid in national health care systems, dostupné na http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/138175/E94886_ch09.pdf
- Health Systems in Transition, vol 11, no. 1, 2009, Czech Republic Health system review, dostupná zde: <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/publications/health-system-profiles-hits/full-list-of-hits/czech-republic-hit-2009>
- Health Systems in Transition, vol 13, no. 2, 2011, Slovakia Health system review, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf
- Hejkal, T., Pelikánová, H., Šváchová, M., Trnková, L. – Nemocenské, důchodové a zdravotní pojištění s komentářem a příklady, IV. Doplněné a aktualizované vydání, Polygon, 2004, str. 333.
- Hendrych, D. a kol. Správní právo, Obecná část, 7. Vydání, Praha: C. H. Beck, 2009 s. 23-24
- Holčapek, T. Dokazování v medicínskoprávních sporech, Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s., 2011 http://www.hpi.sk/cdata/IntoBalance/zdravotna_politika_03-2011.pdf
- Knappová, M., Švestka, J. a kol. Občanské právo hmotné, svazek II, 3. vydání, Praha: ASPI, 2002, s. 427-428
- Kops, R., Zástupný souhlas v českém právu, Zdravotnictví a právo 11/2010, vyd. JUDr. Karel Havlíček, Praha: 2010, s. 6.
- Kováč, E.: DRG na Slovensku, Zdravotná politika 3/2011, s. 6,
- Máca, M., Úhradové dodatky OZP soukromí lékařů podepisovat nemusejí, Tempus medicorum 3/2011
- Mach, J., Medicína a právo, Praha: C. H. Beck, 2006, s. 209 a násl.
- Macur, J. Odpovědnost a zavinění v občanském právu, 1. vydání. Brno: Universita J. E. Purkyně, 1980.
- Melzer, F. - Corpus delicti aneb obrana úpravy deliktivního práva v návrhu občanského zákoníku, in ASPI - LIT37729CZ
- Mossialos, E., Permand, G., Beaten, R., Hervey, K. T., - Health Systems Governance in Europe – The Role of European Union Law and Policy, Cambridge: Cambridge University Press, 2010
- Novotná, L., Veřejné zdravotní pojištění a jeho nová legislativní koncepce v českém právním řádu, Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2008 (diplomová práce)
- Novotný, O., Vanduchová, M. a kol. Trestní právo hmotné – I. Obecná část. Praha: ASPI, a.s., 2007, str. 85
- Pavlíček, V. a kol., Ústavní právo a státopěda, II. díl, Ústavní právo České republiky, část 1., 2. podstatně rozšířené a doplněné vydání, Praha: Linde, 2008, str. 281
- Pelikanova, I. - Odpovědnost za škodu – trendy a otázky, malý náhled do osnovy nového občanského zákoníku, in ASPI - LIT37728CZ
- Petrov, J., Bezdůvodné obohacení v NOZ: reakce na příspěvek prof. Tichého, Bulletin Advokacie č. 5/2011, str. 27 an.
- Plíva, S., Obchodní závazkové vztahy, 2. Vydání, Praha: ASPI, 2009
- Růžička, M. - K některým otázkám trestní odpovědnosti ve zdravotnictví, in Zdravotnictví a právo 3/2010, vydavatel JUDr. Karel Havlíček, str. 5.

- Sládeček, V., Mikule, V., Sylová, J. - Ústava České republiky: komentář, Praha: C. H. Beck, 2007
- Sovová, O., Ke smluvním vztahům ve zdravotnictví, in Zdravotnictví a právo 6/2011, vydavatelství JUDr. Karel Havlíček, Praha 2011.
- Stolínová, J., Ohlédnutí za zdravotnickou legislativou, 1.8.1996, ASPI ID - LIT 6515CZ
- Štenglová, I., Plíva, S., Tomsa, M. a kol., Obchodní zákoník. Komentář, 12. vydání, Praha: C.H.Beck, 2009, str. 171
- Šustek, P., Holčápek, T. Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví, Praha: ASPI, 2007
- Švejkovský, J. - Nový občanský zákoník: Náhrada škody - závazky z deliktů, Bulletin advokacie, 5/2011, s. 34 (podle ASPI ID LIT38184CZ)
- Švestka, J., Jehlička, O., Škárová, M., Spáčil, J., a kol. – Občanský zákoník. Komentář. 10. vydání. Praha: C. H. Beck, 2006, s.877 a násl.
- Švestka, J., Spáčil, J., Škárová, M., Hulmák, M. a kol. Občanský zákoník, Komentář. 2. vydání. C. H. Beck: Praha, 2009, str. 1325
- Těšitelová, J., Žďárek, R., Policar, R. Medicínské právo, 1. Vydání, Praha: C. H. Beck, 2011
- Textorová, V. K některým aspektům práva zdravotní pojišťovny na náhradu škody, ASPI ID LIT14962CZ
- Tröster, P. a kol., Právo sociálního zabezpečení, 5. přepracované a aktualizované vydání, Praha: C.H.Beck, 2010
- Tůma, P., Kožený, P.: Co se změnilo po zavedení DRG v České republice, Medical Tribune 33/2009, <http://www.tribune.cz/clanek/15709>
- Valuš, A., Odpovědnost za škodu způsobenou léčivým přípravkem - část II., Zdravotnické fórum 10/2012, Wolters Kluwer ČR.
- van den Groden, J. W., Financing Health Care in EU Law: Do the European State Aid Rules Write Out an Effective Prescription for Integrating Competition Law with Health Care?, in THE COMPETITION LAW REVIEW, Volume 6 Issue 1 pp 5-29, December 2009, <http://www.clasf.org/CompLRev/Issues/Vol6Issue1Article1vandeGronde.pdf>
- Vančurová, A., Klazar, S. Sociální a zdravotní pojištění – úvod do problematiky, Praha: ASPI, 2005, s. 18 a násl.
- Veselý, J. - Odpovědnost výrobců za škodu způsobenou vadou výrobku v právním řádu ČR, Právní rozhledy, 5/1999, str. 244, podle ASPI - LIT22286CZ
- Vlček, R., Hruběšová, Z. – Zdravotnické právo, Bratislava: EPOS, 2007.

4. Literatura necitovaná v textu

- Eliáš, K.; Havel, B., Osnova občanského zákoníku, Osnova zákona o obchodních korporacích. Plzeň: Aleš Čeněk, 2009
- Fiala, J., Kindl, M. et al. Občanský zákoník. Komentář, 1. a 2. díl, Praha: Wolters Kluwer, 2009
- Pauknerová, M.; Tomášek, M. et al., Nové jevy v právu na počátku 21. Století, Svazek IV.: Proměny soukromého práva, 1. vydání, Praha: Karolinum, 2009
- Švestka, J., Dvořák, J. (eds.), Občanské právo hmotné Svazek I až III., 5. vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, a. s., 2009

5. Ostatní zdroje

- „Sdělení Komise Evropskému parlamentu, Radě, Evropskému hospodářskému a sociálnímu výboru a Výboru regionů doprovázející sdělení „Jednotný trh pro Evropu ve 21. Století“, Služby obecného zájmu, včetně sociálních služeb obecného zájmu: nový evropský závazek, ze dne 20.11.2007 (KOM(2007) 725 v konečném znění)“,
- atestační práce MUDr. Marie Horákové z oboru veřejného zdravotnictví na téma spojení nemocenského a zdravotního pojištění, z března roku 1994 na www.apra.ipvz.cz/download.asp?docid=11

- Centre hospitalier universitaire de Besançon proti Thomasovi Duttrueuxovi, Caisse primaire d'assurance maladie du Jura [žádost o rozhodnutí o předběžné otázce podaná Conseil d'État (Francie)]
- czp.prf.cuni.cz
- č. N 541/2004 a N 542/2004 - Nizozemsko o Zachování finančních rezerv zdravotními fondy a systémy kompenzace rizik,
- důvodová zpráva k návrhu občanského zákoníku dostupná na <http://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=6&t=362>
- <http://curia.europa.eu/juris/liste.jsf?language=cs&jur=C,T,F&num=C-495/10&td=ALL>
- http://en.wikipedia.org/wiki/Advance_health_care_directive
- <http://iuridictum.pecina.cz/w/Retroaktivita>
- <http://klep.vlada.cz>; č.j. OVA 117/11, přetavený v zákon č. 298/2011 Sb.
- http://lekarnici.cz/download/pro-neprihlasene/TZ/TZ%2011032009_verze%20110309.pdf
- http://mzcr.cz/dokumenty/stanovisko-ministerstva-zdravotnictviovhledne-povinnosti-uh rady-zdravotni-pece-6548_1.html
- http://praha.idnes.cz/kraj-prohral-soud-se-siti-lekaren-kvuli-proplaceni-poplatku-za-recept-1ei-praha-zpravy.aspx?c=A120222_1736961_praha-zpravy_sfo
- <http://tomashonc.wz.cz/>
- http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/tisk_info_detail.html?id=813
- <http://vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/zdravnicke-prostredky>
- <http://www.apatykar.info/kratke-zpravy-2464/>
- <http://www.ceskenoviny.cz/zpravy/dr-max-dal-ek-stiznost-na-kraje-kt ere-nevybiraji-poplatky/364706>
- <http://www.compet.cz/hospodarska-soutez/sbirky-rozhodnuti/vyhledavani/1105/>
- <http://www.compet.cz/verejna-podpora/aktuality-z-verejne-podpory/uohs-nabizi-konzultace/>
- <http://www.compet.cz/verejne-zakazky/sbirky-rozhodnuti/vyhledavani/>
- <http://www.epravo.cz/top/clanky/nova-definice-lege-artis-a-zakon-o-zdravotnich-sluzbach-81282.html>
- <http://www.epravo.cz/top/soudni-rozhodnuti/odpovednost-za-skodu-45603.html>
- <http://www.gmlcr.cz/>
- <http://www.lekarnici.cz/Media/Tiskove-zpravy/Zdravotni-pojistovny-by-se-mely-domahat-odskodneni.aspx>
- http://www.lkr.cz/document3.php?param=tempus_file,TEMPUS_FILE_ID,TYPE,NAME,DAT E_AKT&id=96439
- http://www.mpsv.cz/files/clanky/11573/Pravni_analyza_I.pdf
- http://www.mpsv.cz/files/clanky/11572/Pravni_analyza_II.pdf
- <http://www.mvcr.cz/clanek/postup-ministerstva-vnitra-ve-veci-regulacnich-poplatku.aspx>
- http://www.mzcr.cz/dokumenty/stanovisko-mz-k-problematice-hrazeni-vymeny-zdravotne-nevyhovujicich-prsnich-imp_5916_2501_1.html
- http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/reformni-zakony-pro-verejnou-diskusi_2199_1645_3.html
- <http://www.postizenedeti.cz/content/vzp-prenechani-zdravotnickych-prostredku-zprava-pro-klienty-bc-krasa-judr-zizka>
- <http://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=6&T=304>
- <http://www.psp.cz/sqw/text/text2.sqw?idd=11049>
- <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=6&CT=325&CT1=0>
- http://www.soud.cz/downloads/Tiskova_zprava_20090728.pdf
- <http://www.sukl.cz/seznam-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>
- <http://www.szpcr.cz/aktuality/2010101011.pdf>
- <http://www.tribune.cz/clanek/26071-vzp-podala-trestni-oznameni-na-vozp-kvuli-udajne-nekalem-naboru>
- <http://www.uzis.cz/rychle-informace/zdravotni-pojistovny-naklady-segmenty-zdravotni-pece-5>
- <http://www.uzis.cz/rychle-informace/zdravotni-pojistovny-naklady-segmenty-zdravotni-pece-5>
- <http://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/prezentace/img48.png>

- http://www.uzis.cz/system/files/60_10.pdf
- <http://www.vlada.cz/cz/media-centrum/tiskove-zpravy/vysledky-jednani-vlady--8--brezna-2011-81938/>
- <http://www.vzp.cz/poskytovatele/infoservis-a-akcent/infoservis/infoservis-16-2011/poskytovani-a-cirkulace-zdravotnickych-prostredku>
- <http://www.zdn.cz/denni-zpravy/z-domova/sanitarka-se-zranila-o-jehlu-vysoudila-sto-tisic-korun-463918>
- <http://zdravotnickepravo.info/kdy-je-nutny-souhlas-obou-rodicu-pri-poskytnuti-zdravotnich-sluzeb-dle-noveho-zakona-o-zdravotnich-sluzbach/>
- nalus.usoud.cz
- Návrh koncepce řešení problematiky Alzheimerovy choroby a obdobných onemocnění v ČR podle [http://racek.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/web_file/uv110720.0575.doc/\\$File/uv110720.0575.doc](http://racek.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/web_file/uv110720.0575.doc/$File/uv110720.0575.doc)
- Podpůrné opatření Komise č. N 46/2003 - Irsko na téma Risk equalisation scheme in the Irish health instance market.
- Sněmovní tisk 543, www.psp.cz
- vzorové smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče na internetových stránkách VZP - <http://www.vzp.cz/poskytovatele/smluvni-vztahy>
- www.nsoud.cz
- www.nssoud.cz
- www.sasp.cz
- www.soud.cz
- www.szpcr.cz

Shrnutí (vč. anglické verze)

1. Název / Title

Odpovědnost za škodu v systému veřejného zdravotního pojištění v České republice

Liability in Public Health Insurance System in the Czech Republic

2. Shrnutí / Summary

Autor v práci zaměřuje svou pozornost na otázky občanskoprávní odpovědnosti v systému veřejného zdravotního pojištění. Protože v oblasti rozvíjejícího se zdravotnického práva v České republice absentuje analýza ekonomických aspektů poskytování zdravotních služeb, zaměřuje se autor právě na tuto oblast. A protože zatím velká většina zdravotních služeb v České republice je hrazena z prostředků solidárního veřejného zdravotního pojištění, práce pojednává právě o této části vztahů.

Stejně jako jiné oblasti lidské působnosti i oblast úhrady služeb a zboží souvisejících s péčí o lidské zdraví je řízena právními předpisy a kontrakty, jejichž porušením vzniká odpovědnost jednotlivce - právnické či fyzické osoby. Zpravidla zasahuje-li porušení do ekonomické sféry poškozeného, vzniká jeho právo na náhradu způsobené škody. Porušení povinností však nemusí být nutnou podmínkou pro vznik právní odpovědnosti.

Práce je systematicky rozdělena na šest kapitol. První dvě s různou mírou detailu vysvětlují základní premisy, s nimiž se dále pracuje. První kapitola osvětluje systém veřejného zdravotního pojištění v České republice obecně, zatímco druhá se již věnuje otázkám závazkům, které se v něm vyskytují, či mohou vyskytovat. Následující, třetí kapitola, je překlenutím mezi obecnými úvahami o kontraktech a zákonných povinnostech a konkrétními případy odpovědnosti za škodu. Pojednává o samotné odpovědnosti za škodu a specifikách, které tento institut má ve studovaném prostředí. Rovněž porovnává různé cesty uplatnění práv, která při této odpovědnosti vznikají. V neposlední řadě se zde autor věnuje speciálnímu institutu, který je pro veřejné zdravotní pojištění v jistých případech odlišný od obecné odpovědnosti za škodu podle občanského, resp. obchodního zákoníku. Čtvrtá a pátá kapitola popisují úpravu

konkrétních částí zdravotních služeb hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Cílem autora bylo nejdříve osvětlit právní úpravu, o níž se v odborné literatuře nepíše, či píše jen zřídka v periodickém tisku. Na tento výklad navazuje popis pravidel tvorby cen, neboť tato jsou zásadní pro otázky výpočtu výše způsobené škody pro účely reparace. Kromě povinností vyplývajících se zákona či podzákonných norem jsou rozebrány i povinnosti smluvní. Výklad o odpovědnosti za škodu je pak doplněn o praktické příklady. Ve shodné logické struktuře je podán výklad této části hmotného správního práva tak, aby bylo možné v něm aplikovat pravidla pro odpovědnost za škodu. Výklad o zdravotních výkonech, léčivech a zdravotnických prostředcích je doplněn exkurzem o regulačních poplatcích, o nichž bylo za dobu jejich existence v českém prostředí vedeno vícero odborných i laických diskuzí. Poslední kapitola se stručně věnuje platné, byť zatím neúčinné právní úpravě obsažené v novém občanském zákoníku.

Author of the thesis focuses his attention on questions of civil liability in the public health insurance system. Due to the fact in the field of medical law in the Czech Republic the analysis of the economic aspects of the health services is mostly missing, author focuses on this area. And yet because the vast majority of health services in the Czech Republic is covered by the solidarity of public health insurance, this work deals with this very part.

Like other areas of human activity the area of payment of services and goods related to health care is regulated by laws and contracts. Violation of these rules creates civil liability of both - firms or private individuals. Usually if the breach affects the economic sphere, there is the right to compensation for these damages however the violation of duty may sometimes not be a prerequisite for the emergence of legal liability.

The thesis is systematically divided into six chapters. The first two are to explain the basic premises with varying degrees of detail. The first chapter clarifies the public health insurance system in the Czech Republic in general, while the other describes the relations which occur or may occur in it, the third chapter forms abridge between general considerations on contracts and legal obligations and specific situations of

liability. It deals with the liability itself and the specifics it has in the studied environment. It also compares the different ways of application of the rights which arise in this responsibility. Finally, the author analyses a special institute, which is specific for the public health insurance system in the Czech Republic and in some aspects it can differ from the liability under civil or commercial law. Chapters four and five describe the specifics of health services covered by public health insurance. The author aimed to shed some light on regulation which has not been tackled in literature so far or only rarely in periodical press. A description of pricing follows as this question is essential for calculating the damage. The obligations under the law are discussed as well as contractual obligations. Interpretation of the liability is then supplemented by practical examples. An explanation of the law is given in the same logical structure so that it can be applied to the rules of liability.

An explanation of the medical services, pharmaceuticals and medical devices is completed by the excursus on regulatory fees, which were and often are widely discussed in the Czech Republic. The last chapter deals briefly with the new legislation contained in the new Civil Code.

3. Abstrakt / Abstract

Práce na podkladě výkladů základních právních pravidel úhrad zdravotních služeb z prostředků veřejného zdravotního pojištění demonstruje možnosti aplikace odpovědnosti za škodu. Deliktní odpovědnost podle občanského zákoníku je srovnávána se zvláštním institutem náhrady nákladů na hrazené služby vynaložených v důsledku protiprávního jednání vůči pojištěnci s cílem zdůraznit subsidiaritu občanského zákoníku a nastínit praktické výkladové problémy. Aplikace odpovědnosti za škodu i tzv. regresních náhrad je po obecném výkladu rozlišována a analyzována podle statků, věcných dávek systému veřejného zdravotního pojištění, k jejichž poskytování se odpovědnost váže. Jakkoli autor častokrát naráží na nedokonalosti stávající právní úpravy či výkladu, který k ní váže, snaží se podat ucelený, přehledný a praktický nástroj k tomu, aby si čtenář vytvořil vlastní názor, setká-li se s touto problematikou v praxi.

The thesis is based on an explanation of the main legal principles of payment of medical services via public funds - public health insurance, and demonstrates various possibilities of application of liability. Responsibility springing from the Civil Code is compared with a special institute of compensation (reimbursement) of the costs paid for health services due to the unlawful action against the insured, in order to stress the subsidiarity of the Civil Code and to outline the practical difficulties of interpretation. Liability and the compensation mentioned above are being analyzed in general at first and more deeply afterwards, always tied to some of the benefits in kinds - allowances of the public health insurance system. Although the author collides and struggles with the imperfections of existing legislation or its interpretation, he tries to make comprehensive, clear and practical tool for reader to make its own opinion if faced with these issues in practice.

4. Klíčová slova / Key words

Odpovědnost za škodu, sociální zabezpečení, zdravotnické právo

Liability; Social security; Medical law