



Acta Iuridica Medicinae

Vedecký recenzovaný časopis krajín Vyšehradskej štvorky so zameraním na medicínske právo a bioetiku

A Visegrádi Négy országok tudományos szakértői folyóirata amely az orvosi jogra és a bioetikára helyezi a hangsúlyt

Recenzowany czasopis naukowy państw Grupy Wyszegradskiej poświęconym problematyce prawa medycznego i bioetyki

Vědecký recenzovaný časopis zemí Visegrádské čtyřky se zaměřením na medicínské právo a bioetiku

Scientific peer-reviewed journal of the Visegrad Group with a focus on Medical Law and Bioethics

Acta Iuridica Medicinae je elektronický vedecký recenzovaný časopis krajín Vyšehradskej štvorky so zameraním na medicínske právo a bioetiku. Jeho poslaním je zverejňovať výsledky vedeckej, odbornej a vedecko-výskumnej práce v odvetví medicínskeho práva, medicínskej etiky a v oblasti ďalších súvisiacich disciplín. V on-line časopise budú uverejňované pôvodné a aktuálne príspevky odrážajúce súčasný stav výskumu v týchto oblastiach vedy a praxe, spĺňajúce metodologické a normatívne zásady vedeckých a odborných príspevkov. Príspevky budú publikované v slovenskom, maďarskom, poľskom a českom jazyku, pričom abstrakt a kľúčové slová každého príspevku v jazyku anglickom. Vydavateľ tak otvára priestor k prezentovaniu výsledkov teoretickej a výskumnej práce širokému okruhu domácich aj zahraničných autorov.

VYDAVATEĽ: Inštitút medicínskeho práva

Periodicita: dvakrát až trikrát ročne

Acta Iuridica Medicinae a Visegrádi Négy országok elektronikus tudományos szakértői folyóirata amely az orvosi (egészségügyi) jogra és a bioetikára helyezi a hangsúlyt. Küldetése a tudományos, szakmai és kutatási munka az orvosi jog és az orvosi etika ahogyan egyéb kapcsolódó tudományágakban elért eredmények terjesztése. Eredeti és aktuális bejegyzések, amelyek tükrözik az jelen állapotot a tudomány és gyakorlat területén, és megfelelnek a tudományos valamint szakmai hozzájárulások módszertani és normatív elveinek közzétételre kerülnek az online magazinba. A lapok szlovák, magyar, lengyel és cseh nyelvben jelennek meg, ugyanakkor a kivonat és kulcsszavak angol nyelvben jelennek meg. A kiadó tehát lehetőséget ad a Visegrádi Négy országból származó hazai és külföldi szerzőknek széles körének elméleti és kutatási munkájuk eredmény bemutatására.

KIADÓ: Orvosi Jog Intézet

Gyakoriság: évente 2-3 alkalommal

Acta Iuridica Medicinae jest recenzowanym, elektronicznym czasopismem naukowym państw Grupy Wyszegradzkiej poświęconym problematyce prawa medycznego i bioetyki. Jego zadaniem jest publikacja wyników naukowych i specjalistycznych badań w dziedzinie prawa medycznego, etyki medycznej i dziedzinach dalszych połączonych dyscyplinach naukowych. W czasopiśmie elektronicznym będą wydawane oryginalne i aktualne teksty naukowe, które reflektują współczesny stan badań w poszczególnych dyscyplinach i praktyce za spełnieniem warunków metodologicznych i normatywnych stosowanych w przypadku naukowych artykułów. Artykuły będą wydawane w języku słowackim, węgierskim, polskim i czeskim, streszczenie i słowa kluczowe w języku angielskim. Redakcja ma zamiar stworzyć platformę do prezentacji wyników teoretycznej i naukowej pracy *kręgom badaczy* z państw Grupy Wyszegradzkiej.

Redakcja: Instytut prawa medycznego

Częstotliwość publikacji: dwa lub trzy razy w roku

Acta Iuridica Medicinae je elektronický vědecký recenzovaný časopis zemí Visegrádské čtyřky se zaměřením na medicínské právo a bioetiku. Jeho posláním je zveřejňovat výsledky vědecké, odborné a vědecko-výzkumné práce v odvětví medicínskeho práva, medicínske etiky a v oblasti ďalších

souvisejících disciplín. V on-line časopise budou uveřejňovány původní a aktuální příspěvky odrážející současný stav výzkumu v těchto oblastech vědy a praxe, splňující metodologické a normativní zásady vědeckých a odborných příspěvků. Příspěvky budou publikovány v slovenském, maďarském, polském a českém jazyce, přičemž abstrakt a klíčová slova každého příspěvku v jazyce anglickém. Vydavatel tak otevírá prostor k prezentování výsledků teoretické a výzkumné práce širokému okruhu domácích i zahraničních autorů.

VYDAVATEL: Institut medicínského práva

Periodicita: dvakrát až třikrát ročně

Acta Iuridica Medicinae is an electronic scientific peer-reviewed journal of the Visegrad Group with a focus on Medical Law and Bioethics. Its mission is to publish the results of scientific, professional and scientific-research work in the medical law, medical ethics and other related disciplines. The on-line journal will publish original and current contributions reflecting the current state of research in these areas of science and practice, meeting the methodological and normative principles of scientific and professional posts. Contributions will be published in Slovak, Hungarian, Polish and Czech, with abstracts and key words in English. The publisher thus opens the space for presenting the results of theoretical and research work to a wide range of domestic and foreign authors.

PUBLISHER: Institute of Medical Law

Frequency: two or three times a year

REDAKČNÁ RADA/ SZERKESZTŐBIZOTTSÁG/ KOMITET REDAKCYJNY/ REDAKČNÍ RADA/ EDITORIAL BOARD:

Predseda redakčnej rady/ Szerkesztőbizottság elnöke/ Prezes komitetu redakcyjnego/ Předseda redakční rady/ Editorial Board Chairman: JUDr. Miroslav MITLÖHNER, CSc. (Česká republika)

Členovia redakčnej rady/ Szerkesztőbizottsági tagok/ Członkowie komitetu redakcyjnego/ Členové redakční rady/ Members of the Editorial Board: prof. JUDr. Dagmar CÍSAŘOVÁ, DrSc. (Česká republika), prof. et doc. JUDr. PhDr. Dr. Robert VLČEK, PhD., MHA, PhD., MPH (Slovensko), doc. JUDr. Olga SOVOVÁ, Ph.D. (Česká republika), doc. MUDr. Vojtech OZOROVSKÝ, CSc. (Slovensko), Dr. Monika FILIPOWSKA-TUTHILL (Rzeczpospolita Polska), Dr. Mihály FILÓ, PhD, LL.M. (Magyarország), JUDr. Vojtech FÖLDES (Slovensko), JUDr. Ján HRIVNÁK (Slovensko), MUDr. Eva ZIMANOVÁ, PhD., MPH (Slovensko), Dr. Justyna ŻYLIŃSKA (Rzeczpospolita Polska), JUDr. Pavol KÁDEK, PhD. (Slovensko)

Redaktori časopisu/ magazin szerkesztők/ redaktorzy naukowy/ redaktorzy časopisu/ editors: doc. MUDr. Vojtech Ozorovský, CSc., RNDr. Juraj Gašparovič, PhD., Mgr. Bc. Adam Mesiarkin, PhD., JUDr. Peter Nemec, PhD.

Šéfredaktor/ főszerkesztő/ redaktor naczelný/ Editor in Chief: JUDr. Pavol Kádek, PhD.

OBSAH/ TARTALOM/ SPIS TREŠCI/ OBSAH/ CONTENTS

Editorial	5
Miroslav MITLÖHNER: Euthanasie – úvahy o možné právní úpravě	6
Olga SOVOVÁ: Manažerská problematika poskytování zdravotní péče	16
Zuzana MACKOVÁ: Všeobecne o zdravotnom poistení	25
Silvia TREĽOVÁ: Sankcie v prípade porušenia liečebného režimu	36
Recenze	
Petr WEISS: PORUCHY SEXUÁLNÍ PREFERENCE. Praha, Galén 2017, 440 s.	44
Recenze	
Pavol KÁDEK: TRESTNÁ ZODPOVEDNOSŤ V MEDICÍNE ZA IATROGÉNNE POŠKODENIE PACIENTA. Ostrava, KEY Publishing 2017, 229 s.	46

EDITORIAL

Vážení a milí čtenáři,

dostává se Vám do rukou první číslo nového časopisu Acta Iuridica Medicinae, jehož posláním bude přinášet poznatky z oboru medicínského práva a dalších příbuzných právních disciplín. Zájmem a snahou vydavatele a redakční rady časopisu je přinášet ucelené, kvalitní informace jak z oblasti teorie, tak aplikované praxe. Specifičnost časopisu spočívá v jeho geograficko politické orientaci na území označované jako země Visegradské čtyřky, přičemž se neuzavírá autorům z jiných zemí.

Málokterá právní disciplína zaznamenává takový prudký rozvoj, jako právě medicínské právo. Stojí před celou řadou výzev tak, jak je přináší rozvoj medicíny a jak volají po odborné diskuzi a právním ukotvení.

Bohužel je známou skutečností, že právo často reaguje až když nastane problém, aniž by zavčas a operativně přinášelo potřebnou právní regulaci. Nelze se přitom vymlouvat na zdlouhavost legislativního procesu tam, kde nebyla určitá praxe a s ní spojená problematika zavčas právníky rozpoznána a řešena.

Jsme na samém počátku naší existence. Čas prověří smysluplnost záměru a výsledky, které se podaří dosáhnout. Popřejme si nyní nad symbolickou kolébkou s novorozencem, aby naděje a přání rodičů zůstaly vyslyšeny a Acta Iuridica Medicinae, vydávané v krásném městě na Dunaji se staly vyhledávaným pramenem poznání pro všechny, kdož toto poznání budou hledat.

JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc.

Předseda redakční rady

EUTHANASIE – ÚVAHY O MOŽNÉ PRÁVNÍ ÚPRAVĚ
EUTHANASIA – REFLECTIONS ON POSSIBLE LEGISLATION

MIROSLAV MITLÖHNER

Anotácia

Český trestní zákon podle okolností skutku kvalifikuje úmyslné usmrcení jiného jako vraždu, zabití nebo vraždu novorozeného dítěte matkou. V porovnání s vraždou u zabití spočívá objektivní stránka v usmrcení ve zcela výjimečné situaci, ve které hraje roli zátěžová situace na straně pachatele. Vražda novorozeného dítěte matkou vychází z lékařských poznatků o výrazném vlivu porodu na psychiku rodičky ve smyslu oslabení její odolnosti vůči vnějším a vnitřním podnětům a brzdění plného rozvinutí mateřského pudu. V souvislosti s diskuzemi o právní úpravě usmrcení na žádost či ze soucitu vzniká několik otázek. Tou zásadní je zda euthanasii v nějaké formě vůbec připustit a v případě že ano, tak zda toto jednání zcela dekriminlizovat a nebo zda přistoupit na řešení cestou privilegované skutkové podstaty.

Klíčová slova: *vražda, zabití, vražda novorozeného dítěte matkou, usmrcení, euthanasie, privilegovaná skutková podstata*

Annotation

Depending on the circumstances of the case, the Czech Criminal Code qualifies the intentional killing of another murder, killing or murder of a newborn child by the mother. Compared to homicide murder, the objective side lies in killing in a very exceptional situation in which the offender's stressful situation plays a role. Mother's murder of a newborn child is based on medical knowledge of the significant impact of childbirth on the female's psyche in terms of weakening its resistance to external and internal stimuli and braking the full development of maternal instinct. There are a number of questions that arise in the context of discussions on killing on request or compassion. The crucial thing is whether to allow euthanasia in some form at all, and if so, whether to decriminalize this behavior altogether, or whether to approach the solution through a privileged merit.

Keywords: *murder, killing, infanticide, homicide, euthanasia, privileged merits*

K úmyslnému usmrcení člověka může dojít za různých okolností a z různých pohnutek. Český trestní zákon v Hlavě I zvláštní části rozlišuje skutkové podstaty vraždy (§ 140), zabití (§ 141 tr. zák.) a vraždy novorozeného dítěte matkou (§ 142 tr. zák.).

U zabití spočívá objektivní stránka v usmrcení jiného člověka za situace silného rozrušení ze strachu, úleku, zmatku nebo jiného omluvitelného hnutí mysli anebo v důsledku předchozího zavrženíhodného jednání poškozeného. Jde vlastně o postih jednání ve zcela výjimečné situaci, ve které hraje roli zátěžová situace na straně pachatele.

Formulace skutkové podstaty vraždy novorozeného dítěte matkou vychází z lékařských poznatků o výrazném vlivu porodu na psychiku rodičky ve smyslu oslabení její odolnosti vůči vnějším a vnitřním podnětům a brzdění plného rozvinutí mateřského pudu. Objektem je zájem na ochraně života novorozeného dítěte. Jeho úmyslné usmrcení je však mírněji trestné, pokud se ho matka dopustí v rozrušení způsobeném porodem při porodu nebo bezprostředně po něm.

Společnost chrání život a zdraví občanů jako jednu z nejdůležitějších společenských hodnot, přičemž život jedince je základní podmínkou pro uplatnění všech jeho práv a svobod.¹ Platná právní úprava zabezpečuje ochranu života a zdraví před všemi úmyslnými i nedbalostními útoky. Objektem těchto trestných činů jsou život a zdraví člověka.

Vedle trestných činů podle Hlavy I. zvláštní části trestního zákona tvoří usmrcení člověka znak či jeden z kvalifikačních znaků u některých dalších trestných činů jako kupříkladu obecné ohrožení (§ 272 odst. 1, 3 tr. zák), teror (§ 312 tr. zák.) nebo sabotáž (§ 314 odst. 3 tr. zák.).

Charakter zranění či následná doba léčení může být ovlivněna i specifickými okolnostmi na straně poškozeného, jako je kupříkladu zvláštní tělesný stav, dosud nedagnostikované a neléčené onemocnění a podobně.²

Lidský život je chráněn od průběhu porodu³ až do přirozené smrti. Ustanovení Čl. 6 Listiny základních práv a svobod podle kterého je lidský život je hoden ochrany již před narozením a porušením práv podle tohoto článku není, jestliže byl někdo zbaven života v souvislosti s jednáním, které podle zákona není trestné, má pouze spíše symbolický charakter. A tak bez problému vedle toho ustanovení obsahuje český právní řád zákonnou úpravu umělého přerušování těhotenství.

Individuálním objektem trestného činu vraždy je lidský život, který je chráněn i v situacích, kdy člověk není dalšího života schopen. Obecný problém nedotknutelnosti a ochrany života versus jeho kvality může v praxi přinášet nemalé obtíže a vytvářet mezní situace, kdy porušení proporčně rovné kvality života je z hlediska současné vědy trestního práva, ale i praxe, trestným činem kvalifikovaným jako vražda. Diskutovat lze pouze o míře společenské škodlivosti⁴ takového jednání.

¹ MITLÖHNER, M., *Trestní právo hmotné*, Hradec Králové: Gaudeamus 2010, s. 48

² BERAN, J., MITLÖHNER, M., *K následkům tělesného poškození při zvláštním tělesném stavu poškozeného a při pachatelově podnětu ke komplikaci poškození*, in *Socialistická zákonnost*, 1971, č. 10 s. 584 a násl.

³ viz § 142 tr. zák.

⁴ § 12 odst. 2 tr. zák.

Předmětem útoku (poškozeným) může být jen živý člověk. Za živého člověka lze považovat pouze toho, kdo se živě narodil, tedy přestal být plodem a u něhož ještě nenastala biologická smrt.

Objektivní stránka spočívá v usmrcení nebo způsobení újmy na zdraví, přičemž použité prostředky jsou pro posouzení skutku nerozhodné. Vraždu lze spáchat jak konáním, tak opomenutím, a to jestliže existovala na straně pachatele zvláštní povinnost zabránit smrti a pachatel pojal alespoň eventuální úmysl usmrtit. Podle doktríny je trestným činem i uspíšení jinak nezvratně a nenávratně nastupující smrti. V souvislosti s touto problematikou se stále častěji ozývají hlasy veřejnosti i odborníků o právu lékaře nepokračovat v léčení beznadějně nemocných osob a prodlužování jejich utrpení. Nevysloveným, ale uvažovaným hlediskem jsou i více méně bezúčelně vynaložené nemalé finanční prostředky.

Pachatelem může být kdokoliv. Po subjektivní stránce se vyžaduje úmysl, a to alespoň eventuální. České trestní právo rozlišuje přímým smrcení skutkovou podstatu vraždy (§ 140 tr. zák.), kvalifikované skutkové podstaty vraždy (§ 140 odst. 2, 3 tr. zák.) a dvě privilegované skutkové podstaty vraždy a to zabití (§ 141 tr. zák.) a vraždu novorozence dítěte matkou (§ 142 tr. zák.). Tento charakter privilegovanosti spočívá ve vztahu k pachateli, resp. s ohledem na jeho zvláštním postavení nebo vlastnosti trvajícím v průběhu skutkového děje.

Problematikou privilegovaných skutkových podstat vraždy v slovenském trestním právu se zabývá kupříkladu Kádek⁵. Ze starší polské literatury je třeba připomenout práci Tarnowského⁶.

V právní, lékařské či filozofické nauce, ale i praxi a v širší veřejnosti se již relativně dlouhou dobu diskutuje otázka zda a jak řešit právní úpravu usmrcení ze soucitu či na výslovnou žádost, tedy euthanasie.

Zdá se, že na cestě k právní úpravě usmrcení na žádost nebo ze soucitu je významným milníkem institut asistované sebevraždy Švýcarsko povolilo asistovanou sebevraždu už v r. 1942 a je také jedinou zemí, kde může s žadatelem / klientem zákrok realizovat nejen lékař, ale i k tomu kvalifikovaný pracovník. Postupně došlo k legalizaci euthanasie v zemích Beneluxu. V roce 2015 přijala příslušnou právní úpravu Kolumbie.⁷ V USA je euthanasie legální ve státě Oregon.

Ojedinele o problematice legálního ukončení života u beznadějně nemocných pacientů rozhodují soudy.⁸

⁵ KÁDEK, P., *Trestné právo v zdravotníctve*, Bratislava: Wolters Kluwer 2017,

⁶ TARNAWSKI, M., *Zabójstwo uprzywilejowane w ujęciu Polskiego prawa karnego*, Poznań, UaM 1981

⁷ Republika de Colombia Ministerio de salud y protecciión social: Resolución numero 1216 de 2015

⁸ HOLČAPEK, T., ŠUSTEK, P., ŠOLC, M., *Odpojení dítěte od přístrojů: na okraj případu Charlie Gard*, in *Právní rozhledy* č. 3, 2018, s. 94 a násl. ISSN 1210-6410

Odlišnosti trestněprávní úpravy postihu jednoho a téhož jednání v různých státech světa svědčí o nejednotnosti názorů na právní hodnocení euthanasie, její zavrženíhodnost či užitečnost v podmínkách dané společnosti.⁹

Termín euthanasie se v současnosti užívá k označení konání nebo opomenutí, směřujícího k uspíšení smrti jiné osoby, a to za okolností svědčících pro závěr, že pachatel nejedná v zájmu vlastním, ale v zájmu oběti a s jejím ať již vyjádřeným nebo důvodně předpokládaným souhlasem. Nejčastějším motivem euthanasie je soucit s člověkem, který trpí zbytečně a nemá naději na uzdravení. Snahy po morálním ospravedlnění euthanasie sahají daleko do minulosti.

Podle mého názoru je vhodným vzorem takové úpravy ustanovení Art. 150 polského trestního zákona.

Právní úpravou euthanasie by bylo dáno právo trpícímu jedinci rozhodnout o ukončení svého života za pomoci druhé osoby tak, jako má jedinec právo rozhodnout o svém životě v případě sebevraždy.

Podle českého práva je lékař povinen učinit vše pro záchranu života a zdraví každého občana a neposkytnutí takové potřebné péče by bylo trestným činem. U nevléčitelně nemocných osob blížících smrti, u kterých není ani hypotetická naděje na zlepšení nebo obrat v průběhu onemocnění, je účinnou formou poskytování potřebné pomoci především mírnění utrpení a bolesti, takže kupříkladu podávání morfia, byť ve vysokém, avšak pro tlášení bolesti zcela nezbytném množství, lze za těchto okolností považovat za lékařský zákrok v souladu s právem, tedy za pozitivní a nutný, byť s sebou nese riziko uspíšení smrti pacienta. Toto riziko je přípustné a jeho hranice není smrtí pacienta překročena. K aplikaci vyšší dávky však musí jít za účelem tlášení bolesti a nikoliv uspíšení smrti pacienta. V opačném případě by došlo k naplnění znaků skutkové podstaty vraždy.

Etický kodex České lékařské komory stanoví, že lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících tláší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužování života za každou cenu. Stejně jako euthanasie je v České republice i asistovaná sebevraždy trestným činem (§ 144).

Současná právní úprava informovaného souhlasu, zejména dříve vyslovená přání¹⁰, s sebou přináší několik změn, kterými patrně došlo k tiché legalizaci pasivní euthanasie, definujeme-li tento pojem jako situaci, kdy na přání a se souhlasem nevléčitelně nemocného již nejsou prováděny další kurativní zásahy, co následně vede k jeho úmrtí. Nechat pacienta zemřít je podle současného právního stavu patrně nutné vždy, když odmítá zachraňující péči.¹¹

⁹ MITLÖHNER, M., *K právním a etickým problémům spojeným s narozením těžce malformovaného jedince*, in Československé zdravotnictví, 34, 1996, č. 3, s. 112

¹⁰ § 36 zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách

¹¹ CÍSAŘOVÁ, D., SOVOVÁ, O., *Trestní právo a zdravotnictví*, Praha: Orac 2004, s. 86

Problematice euthanasie se v poslední době věnuje v odborné literatuře pozornost. Časopis zdravotnického práva a bioetiky, vydávaný Ústavem státu a práva Akademie věd České republiky přináší téměř v každém svém čísle fundovaný článek s tímto zaměřením a na uvedeném pracovišti probíhal výzkum, jehož výstupem byla monografie a příspěvky v kolektivních monografiích.¹²

Tato složitá problematika se ale zkoumá především z hlediska bioetiky, filozofie, případně i náboženského, zatímco absentují pohledy z hlediska práva a to především trestního. Nelze přehlednout naprosto jednoznačný fakt, že usmrcení na žádost, ze soucitu či jiných, snad i omluvitelných příčin, zůstává usmrcením lidského jedince a že každé usmrcení člověka bude vždy středem zájmu orgánů činných v trestním řízení. Půjde tedy o úvahy, zda a za jakých okolností toto úmyslné usmrcení nebude vraždou ve smyslu platného trestního zákona, ale usmrcením sui genesis, tedy usmrcením kvalifikovatelné jako privilegovaná skutková podstata vraždy, zařazená do trestního zákona pod samostatným označením.

V českém trestním právu o to naléhavěji, jestliže ustanovení o svolení poškozeného, jako okolnosti vylučující protiprávnost v § 30 odst. 3 výslovně zakazuje aplikaci toho ustanovení v souvislosti se souhlasem s usmrcením.

Podle důvodové zprávy toto ustanovení neřeší problém „euthanasie“, když dosavadní návrhy na úpravu skutkové podstaty usmrcení na žádost ve zvláštní části trestního zákona byly v zásadě odmítnuty.¹³

Texty komentářů k ustanovení § 141 tr. zák. Zabití nejsou jednotné. Zatímco kupříkladu podle Fremra za jiné omluvitelné hnutí mysli bude možno považovat např. soucit (usmrcení z útrpnosti), smutek, hluboké zklamání¹⁴, tak v komentáři autů Jelínek, J. a kol.¹⁵ se vůbec stavu silného rozrušení v souvislosti s útrpností vůbec neuvažuje.

Problematika přípustnosti či nepřípustnosti eutanazie se sice v dřívější právnické literatuře spíše sporadicky objevovala, ale teprve v posledních desetiletích je její přípustnosti či nepřípustnosti věnována v nauce pozornost, doprovázená nejednotností a protichůdností názorů. Ve svém pohledu na přípustnost euthanasie je společnost rozdělena, řekl bych, napříč politickým spektrem a dokonce, pokud jde o Českou republiku, stala se významným politikem.

Názorným příkladem byl osud návrhu trestního zákoníku z roku 2006, kdy jeden casus belli tvořilo ustanovení § 115 označené jako Usmrcení na žádost v následujícím znění:

¹² Ústav státu a práva AV ČR v.v.i., *Výroční zpráva o činnosti a hospodaření za rok 2017*, Praha: ÚSP AV ČR, s. 16-17

¹³ DOLEŽAL, A., *Euthanasie a rozhodnutí na konci života*, Praha: Academia 2017, s. 242, ISBN 978-80-200-2687-3

¹⁴ DRAŠTÍK, A., FREMR, R., DURDÍK, T., RŮŽIČKA, M., SOTOLÁŘ, A. a kol. *Trestní zákoník. Komentář, I. díl*, Praha: Wolters Kluwer 2015, s.862, ISBN. 978-80-7478-790-4

¹⁵ JELÍNEK, J. a kol., *Trestní zákoník a trestní řád s poznámkami a judikaturou*, Praha: Leges 2017, s.215, ISBN 978-80-7502-230-1

Kdo ze soucitu usmrtí nevléčitelně nemocnou osobu, která trpí somatickou nemocí, na její vážně míněnou a naléhavou žádost, bude potrestán odnětím svobody až na šest let. Vážně míněnou a naléhavou žádostí se rozumí svobodný a určitý projev vůle osoby starší osmnácti let, která není zbavena ani omezena ve způsobilosti k právním úkonům a není stížena duševní poruchou, jednoznačně a důrazně směřující k jejímu vlastnímu usmrcení.¹⁶

Tedy vcelku jasně a jednoznačně formulovaný text, který v sobě zahrnoval nejen v první větě (odstavci) popis protiprávního jednání, ale zároveň v druhé větě (odstavci) obsahoval vysvětlující text, který by spíše náležel uvést v obecné části trestního zákona mezi výkladová ustanovení.

Tento návrh rekodifikace trestního zákona Poslanecká sněmovna zamítla a tak současný trestní zákoník tuto úpravu neobsahuje. Proti ní argumentovali především poslanci KDU-ČSL a katolická lobby, přestože je většina české společnosti nakloněna nejen k privilegované skutkové podstatě usmrcení na žádost a ze soucitu, ale přímo legalizaci euthanasie.¹⁷ Podobně neúspěšně skončila i osnova zákona o důstojné smrti, projednávaná v roce 2008 Senátem PČR.¹⁸ Text je dostupný jako Poslanecký návrh poslanců Jiřího Zlatušky a dalších, VII. volební období č. 820/0.

V této souvislosti je vhodné upozornit na právní úpravu v Polsku, tedy zřejmě v nekatoličtější zemi v Evropě. Tam je usmrcení na žádost a ze soucitu v trestním zákoně upraveno velice liberálně, a to tak, že, *kdo zabije člověka na jeho žádost a pod vlivem soucitu k němu, podléhá trestu odnětí svobody od 3 měsíců do 5 let. Ve výjimečných případech může soud použít mimořádného zmírnění trestu, ba i upustit od jeho vyměření.*¹⁹

Podle Černého euthanasie a asistované sebeusmrcení nepřestávají vzbuzovat kontroverze a zdá se, že v dohledné době se nepodaří dojít k rozumné shodě mezi zastánci a odpůrci asistované smrti. Zastánci asistované smrti se nejčastěji odvolávají na autonomii pacientů a jejich právo rozhodovat o vlastním životě i v jeho samotném závěru, zatímco její odpůrci nejčastěji vycházejí z nějaké přirozenoprávní koncepce hodnoty lidského života jako základního dobra, jež není možné v řádné prakticky rozumné volbě popřít, má-li tato volba zůstat prakticky *rozumnou*.²⁰

Účast na sebevraždě (§ 144 tr. zák.) může být v některých svých formách totožná s asistovaným sebeusmrcením nebo usmrcením na žádost či z útrpnosti, tedy eutanazií. Rozdíl mezi opatřením prostředku či nástroje a jeho přímým podáním či předáním jinému za

¹⁶ ŠÁMAL, P., *Osnova trestního zákoníku 2004-2006*, Praha: C.H. Beck 2006, s. 115, ISBN 80-7179-527-5

¹⁷ MITLÖHNER, M., *Trestní právo hmotné*, Hradec Králové: Gaudeamus 2010, s. 52, ISBN 978-80-7435-069-6

¹⁸ NOVOTNÝ, O., VOKOUN, R., ŠÁMAL, P. a kol. *Trestní právo hmotné, zvláštní část*, 2. díl, s. 36, ISBN 978-80-7357-509-0

¹⁹ Art. 150, § 1, § 2 Ustawa z 6. Czerwca 1997 r. Kodeks karny

²⁰ ČERNÝ, D. *Euthanasie a klasický hedonismus* in *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*, Vol 7, No 2 (2017), s. 30, ISSN 1804-8137

účelem jeho usmrcení nespočívá jen v jednání, ale zejména v projevu vůle sebevraha ukončit svůj život. Kardinální je ovšem rozdíl v právní kvalifikaci takového jednání.

Pokus o sebevraždu není trestným činem. Trestné jsou však některé formy účasti na sebevraždě jiné osoby.

Český trestní zákon rozlišuje dva typy jednání naplňující znaky skutkové podstaty trestného činu účasti na sebevraždě. Jednak pachatel jiného k sebevraždě pohne, jednak jinému k sebevraždě pomáhá. Konání může spočívat v přemlouvání nebo schvalování takového činu s cílem vážně pohnout jiného k sebevraždě. Pomocí se pak rozumí opatřování prostředků, odstraňování překážek, včetně pomoci psychické, jakož i ponechání smrt způsobujících prostředků v dosahu potencionálního sebevraha.

Objektivní stránka spočívá v tom, že pachatel pohne jiného k sebevraždě nebo mu k sebevraždě pomáhá a to za předpokladu, že došlo alespoň k pokusu sebevraždy. Naproti tomu, donutí-li pachatel k sebevraždě jiného fyzickým nebo psychickým násilím, dopouští se trestného činu vraždy. Stejná situace nastává tam, kde pachatel pohne k sebevraždě takovou osobu, která sama o sobě není pro duševní poruchu či nedostatek věku způsobilá rozpoznat závažnost a důsledky svého jednání.

Obě formy mohou mít v konkrétních případech výrazně odlišnou společenskou škodlivost. Vždycky bude pohnutí k sebevraždě daleko závažnějším jednáním, než vyhovění žádosti sebevraha o pomoc při realizaci svého rozhodnutí skoncovat s vlastním životem, a to zejména půjde-li o tzv. bilanční sebevraždu či sebevraždu motivovanou těžkou chorobou spojenou s nesnesitelnými bolestmi nebo nástupem degradace osobnosti.

Černý formuluje tři definice asistované smrti a to:

- 1) *Asistované sebeusmrcení*, kterým je aplikace letálního prostředku pacientem, přičemž platí: a) pacient zamýšlí svou smrt prostřednictvím této aplikace jako východisko z utrpení; b) pacientova smrt je skutečně kauzálním důsledkem aplikace příslušného letálního prostředku; c) letální prostředek poskytuje lékař s úmyslem umožnit pacientovi ukončit vlastní život.
- 2) *Euthanasie*, kterou je aplikace letálního prostředku lékařem pacientovi, přičemž platí: a) lékař zamýšlí smrt pacienta prostřednictvím podaného prostředku; b) cílem lékařova jednání je ukončení pacientova utrpení; c) pacientova smrt je skutečně kauzálním důsledkem aplikace příslušného letálního prostředku.
- 3) *Asistovaná smrt* je buď asistované sebeusmrcení, nebo euthanasie.

Z těchto tří definic vyplývá, že nezahájení/ukončení (život udržující) léčby není euthanasií, což samozřejmě neznamená, že z etického hlediska se nemůže jednat o

ekvivalentní formy jednání. Rovněž z nich plyne, že euthanasie je ze své podstaty pouze aktivní (lékař ukončí život pacienta), nikoli pasivní. Poslední tvrzení je samozřejmě kontroverzní.²¹

Vztah mezi účastí na sebevraždě, spáchanou formou pomoci k sebevraždě a euthanasií je blízký s ohledem na to, že ke spáchání obou těchto skutků dochází za speciálních podmínek a za zvláštních okolností. V případě euthanasie k činu dochází se souhlasem či na žádost poškozeného, stejně tak jako v případě pomoci k sebevraždě.

Lze vyslovit úvahu, že tak jak bude postupně docházet k liberálnějším přístupům k legalizaci euthanasie či zmírnění jejího trestního postihu, bude docházet i k vyloučení trestněprávní odpovědnosti za pomoc při sebevraždě.

V obou případech se trestněprávní problematika úzce dotýká problematiky morální ochrany života, chápání jeho významu a kvality a v neposlední řadě i závazků vůči společnosti. Svoji roli sehrávají i náboženské postoje a předsudky, které se rovněž mezi sebou výrazně odlišují.

Problémem je, že v případě etických témat, kam euthanasie bezesporu patří, nezáleží na síle a racionalitě argumentů, ale na hodnotách, ke kterým se společnost hlásí.

Podle mého názoru je ale celkové uvažování o usmrcení na žádost nebo ze soucitu zcela nepochopitelně uzavřeno do jakéhosi medicínského obalu a prakticky ve všech současných literárních pramenech, doktríně i sporadických právních úpravách se realizace přání pomoci k úmrtí či usmrcení výhradně uvažuje ve zdravotnických zařízeních za účasti lékaře nebo alespoň speciálně proškoleného sociálního pracovníka.²²

Situace, kdy se člověk v nesnesitelných bolestech a bez šance na záchranu dožaduje ukončení svého života veškeré současné přijaté (zahraniční) či uvažované právní úpravy prostě neřeší. Mám zde na mysli myšlenku, kterou obsahovala osnova československého trestního zákona z roku 1936, kde byl v ustanovení § 271 odst. 3 uveden tento text: Usmrtí-li viník úmyslně jiného ze soucitu, aby uspíšil jeho neodvratnou, nedalekou smrt a tím jej vysvobodil z krutých bolestí způsobených nezhojitelnou nemocí nebo z jiných tělesných muk, proti nimž není pomoci, může soud trest mimořádně zmírnit nebo od potrestání upustit.

Snad jedině u již výše připomenuté polské právní úpravy lze dovodit, že pachatelem privilegované skutkové podstaty usmrcení na žádost nebo ze soucitu se může dopustit kdokoli, byť se v praxi předpokládá opět role lékaře.

²¹ ČERNÝ, D. *Euthanasie a klasický hédonismus* in Časopis zdravotnického práva a bioetiky, Vol 7, No 2 (2017) s. 31, ISSN 1804-8137

²² TOMEŠ, I. a kol. *Sociální právo České republiky*. s. 231, Praha: Wolters Kluver 2015

Zdá se, že současné přístupy k možnosti usmrcení na žádost nebo ze soucitu jsou u nás – v porovnání s jinými státy – zbytečně opatrné a svazované etickými postoji na úkor racionálních právních úvah. Jestliže bylo nalezeno řešení přerušování nežádoucího těhotenství, tedy rovněž zásahu proti životu, byť ještě nitroděložnímu, nezbude než nalézt odvahu k hledání a nalezení odpovídajícího řešení i tohoto nepochybně složitého a nejednoznačného problému. Prodlužující se délka života sebou přináší celou řadu obtíží, které místo aby přinášely ze života radost, přinášejí naopak utrpení. Bez nejmenší ironie si dovoluji poznamenat, že na konec života a určitou pojistku ve formě euthanasie má jiný názor čtyřicetiletý a osmdesátiletý člověk.

Bylo mnoho řešeno o dobrodiní správně poskytované paliativní péče, umožňující dožít či přežít závěrečnou fázi života bez bolesti a v jistém rauši. Ale co když dohromady nic nebolí, ale prostě tělo či jeho určité orgány prostě neslouží a v důsledku toho – ať chceme či nechceme – lidská důstojnost klesá k nule a to za plného vědomí či uvědomění si této skutečnosti? Takže rybník, vlak nebo oprátka? Vrchol nedůstojnosti a nedůstojného odchodu z tohoto světa.

Pokud má člověk nastavené hodnoty tak, že nejvyšší hodnotou je hodnota svobodného rozhodnutí, pak musíme respektovat i svobodné rozhodnutí o ukončení života.²³

Jak tedy dále? Usmrcení na žádost, ze soucitu a podobných pohnutek, tedy euthanasii, jak je zvykem toto jednání označovat dekriminalizovat a nebo zavést další privilegovanou skutkovou podstatu. Zastávám řešení cestou privilegované skutkové podstaty vraždy.

Privilegované skutkové podstaty charakterizují trestné činy menší typické závažnosti než skutkové podstaty základní, posuzují se mírněji než ty, které mají znaky skutkové podstaty základní.²⁴

Úmyslné usmrcení člověka bude vždy závažným skutkem a motivace činu bude rozhodujícím znakem pro právní posouzení celého jednání. Jedině soud je kompetentním orgánem posouzení a rozhodnutí o tom, zda pachatel jednal za splnění podmínek zaručujících kvalifikaci skutku podle základní či privilegované skutkové podstaty. Stejně tak může rozhodnout, zda-li v konkrétním případě s ohledem na okolnosti spáchání je skutek natolik společensky škodlivý, že zakládá trestní odpovědnost a trestněprávní důsledky s ní spojené.²⁵ Přezkoumání skutku orgány činnými v trestním řízení by i do budoucna bylo zárukou objektivního a seriózního uzavření závěrečné kapitoly jednoho lidského života.

²³ PAFKO, P., *Euthanasie je často jen hra slov* in Reflex, 29, 35, 2018, s.23, ISSN 0862-6634

²⁴ SOLNAŘ, V., FENYK, J., CÍSAŘOVÁ, D., *Základy trestní odpovědnosti*, Praha: LexisNexis 2003, s. 83, ISBN 80- 86199-74-6

²⁵ Viz blíže § 12 odst. 2 tr. zák.

Literatura:

BERAN, J., MITLÖHNER, M., K následkům tělesného poškození při zvláštním tělesném stavu poškozeného a při pachatelově podnětu ke komplikaci poškození, in *Socialistická zákonnost* č. 10, roč. 1971.

CÍSAŘOVÁ, D., SOVOVÁ, O., *Trestní právo a zdravotnictví*, Praha: Orac 2004, ISBN 80-86199-75-4

DOLEŽAL, A., *Euthanasie a rozhodnutí na konci života*, Praha: Academia 2017, ISBN 978-80-200-2687-3

DRAŠTÍK, A., FREMR, R., DURDÍK, T., RŮŽIČKA, M., SOTOLÁŘ, A. a kol. *Trestní zákoník. Komentář, I. díl*, Praha: Wolters Kluwer 2015, ISBN. 978-80-7478-790-4

JELÍNEK, J. a kol., *Trestní zákoník a trestní řád s poznámkami a judikaturou*, Praha: Leges 2017, ISBN 978-80-7502-230-1

KÁDEK, P., *Trestné právo v zdravotnictví*, Bratislava: Wolters Kluwer 2017, ISBN 978-80-8168-652-8

KŘEPELKA, F., *Evropské zdravotnické právo*, Praha: LexisNexis CZ 2004, ISBN80-86199-89-4

MITLÖHNER, M., *Trestní právo hmotné*, Hradec Králové: Gaudeamus 2010, ISBN 978-80-7435-069-6

NOVOTNÝ, O. a kol., *Trestní právo hmotné, zvláštní část*, Praha: Wolters Kluwer 2010, ISBN 978-80-7357-509-0

NOVOTNÝ, O., VOKOUN, R., ŠÁMAL, P. a kol. *Trestní právo hmotné, zvláštní část, 2. díl*, ISBN 978-80-7357-509-0

PAFKO, P., *Euthanasie je často jen hra slov* in *Reflex*, 29, 35, 2018, ISSN 0862-6634

SOLNAŘ, V., FENYK, J., CÍSAŘOVÁ, D., *Základy trestní odpovědnosti*, Praha: LexisNexis 2003, ISBN 80-86199-74-6

ŠÁMAL, P., *Osnova trestního zákoníku 2004-2006*, Praha: C.H. Beck 2006, ISBN 80-7179-527-5

TARNAWSKI, M., *Zabójstwo uprzywilejowane w ujęciu Polskiego prawa karnego*, Poznan, UaM 1981

TESAŘ, Vladimír, *Soudní lékařství pro právníky*, Praha: Orbis 1958

TOMEŠ, I. a kol., *Sociální právo České republiky*, Praha: Wolters Kluwer 2015, ISBN 978-80-7478-941-0

Kontakt na autora: JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc., Ústav státu a práva AV ČR; Univerzita Hradec Králové, Víta Nejedlého 573, Hradec Králové, e-mail: miroslav.mitlohner@uhk.cz.

MANAŽERSKÁ PROBLEMATIKA POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

MANAGERIAL ISSUES OF HEALTHCARE

OLGA SOVOVÁ

Anotácia

Článek se zabývá otázkami manažerských dovedností a odpovědnosti při poskytování zdravotní péče a jejího propojení s odpovědností právní. Diskutováno je vymezení péče řádného hospodáře a pravidlo podnikatelského úsudku v platné právní úpravě ve vztahu k povinnostem manažerů při poskytování zdravotní péče. Příspěvek zdůrazňuje propojení individuální manažerské odpovědnosti fyzické osoby s trestní odpovědností právnické osoby a jejich dopad do poskytování zdravotní péče. V závěru je zdůrazněna nutnost rozvoje vzdělávání i odborné diskuse o pojednávané problematice.

Klíčová slova: zdravotnictví; manažerské modely; péče řádného hospodáře; právnická osoba; soukromé právo; veřejné právo; právní odpovědnost; trestní odpovědnost

Annotation

The paper deals with the issues of managerial skills and responsibility and their interconnection with legal responsibility when delivering healthcare. The paper discusses the definition of the due managerial care and the rule of business opinion within the valid legal regulation in relation to managerial obligations when healthcare is delivered. The paper underlines the interconnection between the individual managerial responsibility of a person and the criminal and administrative responsibility of a legal entity and their impact on the healthcare provision. The paper concludes with pointing out the urgency of education and expert discussion about the stated issues.

Keywords: healthcare; management models; due managerial care; legal entity; private law; public law; legal responsibility; criminal responsibility

I. Úvod

Nezastupitelnou úlohu v rámci nalezení rovnováhy mezi zájmem pacienta a zájmem poskytovatele zdravotních služeb hraje způsob organizace a řízení zdravotnického zařízení a dosahování stanovených cílů prostřednictvím zdravotnických pracovníků i pracovníků ve zdravotnictví. **Hovoříme zde o managementu či řízení zdravotnických zařízení.**

Z pohledu práva je manažerská odpovědnost často velmi podceňována, ač její význam je zakotven v mnoha právních předpisech. Pojem péče řádného hospodáře není totiž v praxi nic jiného než komplex manažerských dovedností, které umožňují řešit chod poskytovatele zdravotní péče v souladu s požadavky právních předpisů.

K řízení zdravotnických zařízení je možné přistupovat z různých úhlů pohledu. **Základem řízení** je správně zvolená **vize a strategie** k jejímu dosažení. Pokud bychom vyšli z Donabediana, pak základní vizí je: „*Kvalitní zdravotní péče, tedy takový druh péče, při které lze očekávat maximální užitek pro pacientovo zdraví a kdy očekávaný užitek je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu.*“²⁶

II. Manažerské modely ve zdravotnictví

Mnozí teoretici i vedoucí pracovníci ve zdravotnické praxi kladou důraz na **strategické řízení zdravotnických zařízení**, neboť zdravotnické zařízení musí fungovat dlouhodobě s vizí. **Vizí** se zde rozumí především zaměření na určitý, konkrétní segment zdravotní péče a nalezení místa na trhu zdravotnických služeb, který se stává stále konkurenčnější.²⁷

Ve zdravotnických organizacích je zdůrazňováno u **strategického managementu** zejména vytvoření formálních a zároveň měřitelných spojení ve všech vnitřních procesech. Tento způsob řízení umožňuje ve víceletých cyklech optimálně vytvářet organizační priority, řešit poskytování zdravotní péče v dané komunitě a zároveň podpořit chování, které je v souladu s hodnotami poskytovatele zdravotní péče.²⁸

Jiní zdůrazňují, že: „*Strategické plánování se stává pro nemocnice týmž nástrojem, jako je podnikatelská analýza pro soukromé společnosti.*“²⁹ Přístupy založené na společném strategickém plánování jsou typické zejména pro komunitní zdravotnická zařízení.

Procesní přístupy v řízení zdravotnických zařízení umožňují lépe stanovit priority, soustředit se na zefektivnění nákladů zdravotní péče a mají významnou přidanou hodnotu pro pacienty. Typicky se procesní přístup projevuje v USA teorií i praxí **managed care and integrated health care**.³⁰ Cílem tohoto typu procesního přístupu k poskytování zdravotní péče je dosažení kontroly nad výdaji na zdravotní péči ve spojení se zachováním kvality zdravotní péče. Procesní přístup je používán ve zdravotnických zařízeních též k řízení rizik v rámci poskytování zdravotní péče.

Znalostní management ve zdravotnictví nabývá na významu s tím, jak ve zdravotnictví, vedle klasického poskytování běžné zdravotní péče, dochází též k rozvoji inovativních postupů a technologií. Nedílnou součástí financování mnohých zdravotnických zařízení je výzkumná činnost a klinické studie. Znalosti a jejich zdokonalování procesem učící se organizace jsou považovány za klíčovou devizu zdravotnictví. Znalostní management ve zdravotnictví se tak v posledních letech soustředil na tři základní oblasti:

²⁶ DONABEDIAN, A. *Evaluating the Quality of Medical Care*. The Milbank Quarterly 5/ 2005. s. 691 - 729. Dostupné na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>.

²⁷ K tomu viz například NĚMEČEK, S. *Strategické řízení jako základ změny - Víme, co chceme*. Fakultní nemocnice Ostrava. Dostupné na http://www.fno.cz/documents/2008_02_21_003.pdf.

²⁸ Srv. DEVITT, R., KLASSEN, W., MARTALOG, J. *Strategic Management Systeme in Healthcare Setting – Moving from Strategy Results*. *HealthcQ 4/2004*. s. 58 - 65. ISSN 1710-2774.

²⁹ Mc DONALD, S.K., BEANGE, J.E., BLACHFORD, P.C. *Planning for Strategic Change? A Participative Approach for Community Hospitals*. *Healthc Manage Forum 3/1992*. Fall. s. 31 - 37. ISSN 0840-4704. Stejně jako ve výše citovaném článku Devitt, R. at all, jde o rozbor zavádění změn na základě strategického managementu v Torontské východní všeobecné nemocnici.

³⁰ Srv. BURNS, L.R., THORPE, D.P. *Managed care and integrated health care*. *Health Care Manag.* Říjen 1995. s. 101 - 108. ISSN 1525-5794. Dostupné na www.ncbi.nlm.nih.gov.

- 1) podstata znalostí, typ znalostního managementu,
- 2) motivace vhodná pro zdravotnický sektor,
- 3) bariéry a podpora zavádění znalostního managementu.³¹

Práce s informacemi je jednou ze základních oblastí manažerských činností v rámci poskytování zdravotní péče. **Management informací nebo informační management** je sjednocující disciplínou, která umožňuje zvýšení kvality každodenní práce. Zároveň však jak tento pojem, tak činnost, přesahují rámec jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče, neboť současná společnost přechází od funkčního managementu k managementu procesnímu, což je dáno celosvětovým vývojem směrem ke globální informační společnosti.³²

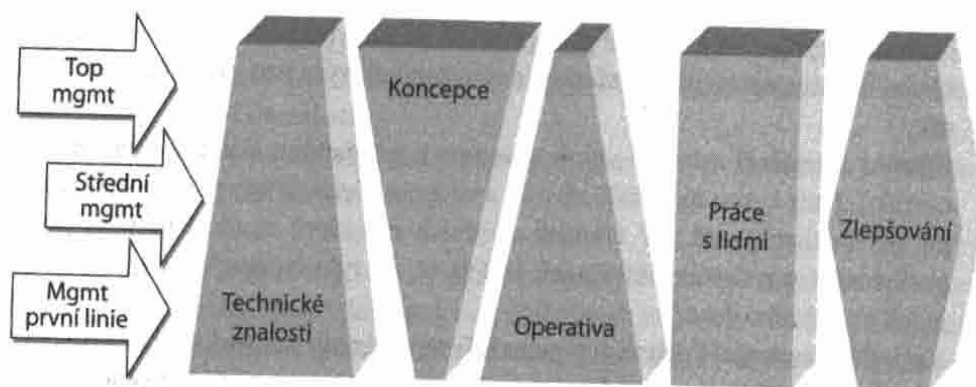
Ve zdravotnictví má obecně velký význam **management rizik**, neboť do procesů vstupují nejen vnitřní, ale i vnější rizika. Této problematice je věnována zvláštní pozornost v rámci krizového řízení ve zdravotnictví a bezpečnosti pacientů.

Nelze tvrdit, že jeden z modelů je lepší, jiný horší. Optimální model řízení v současném zdravotnictví je spíše **model smíšený**. Pro výběr manažerských postupů a přístupů je velmi významný typ poskytovatele zdravotní péče, rozsah poskytované zdravotní péče, způsob financování a dostupnost konkrétních lidských zdrojů.

Vzhledem k hierarchickému uspořádání zdravotnických zařízení jsou nesporně použitelné typické rysy manažerských činností v jednotlivých úrovních řízení, kdy se, zejména s ohledem na kompetence zdravotnických pracovníků, musí manažer vyvarovat mikromanažerského přístupu. Rovněž participativní styl řízení může být uplatňován jen omezeně, neboť by mohlo docházet k chybám v komunikaci ohledně léčebných postupů.

Nicméně i pro řízení zdravotnických zařízení platí obecné a typické rysy manažerských činností v rámci jednotlivých úrovní řízení, jak je ukazuje obrázek č. 1

Obrázek č. 1 Typické rysy manažerské činnosti na jednotlivých úrovních řízení



³¹ Podrobně viz BORDOLOI, P., ISLAM, N. Knowledge Management Practices and Healthcare Delivery: A Contingency Framework. *Electronic Journal of Knowledge Management* 1/2012. s. 110 - 118. ISSN 1479-4411. Dostupné na www.ejkm.com.

³² Srv. ŘEZÁČ, J. *Moderní management: manažer pro 21. století*. Vyd. 1. s. 78 - 79. Brno: Computer Press 2009. 397 s. Business books. ISBN 978-80-251-1959-4.

Zdroj: VEBER, J. a kol. *Management: základy, moderní manažerské přístupy, výkonnost a prosperita*. s. 30.

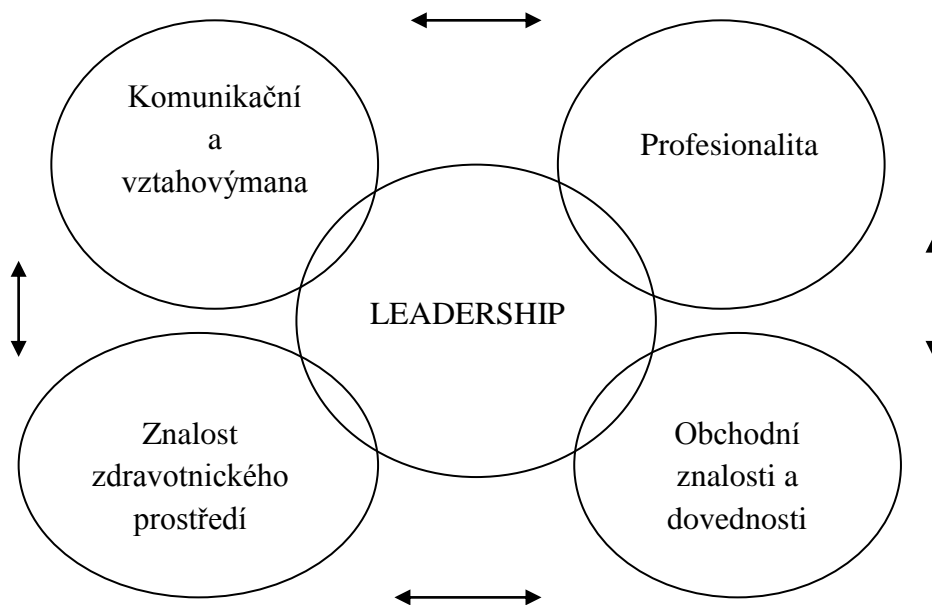
Je nesporné, že manažeři a vrcholoví vedoucí pracovníci (leadeři) ve zdravotnictví musí mít takové manažerské znalosti, které jim umožní řešit problematiku komplexně, právě proto, že i samotné prostředí je interdisciplinární a zahrnuje soubor různě provázaných a na sebe navazujících činností. Společnosti pro leadership ve zdravotní péči upozorňuje, že skutečný manažer ve zdravotnictví musí mít následujících pět, vzájemně propojených a na sebe působících základních kompetencí.³³

- Schopnost jasně a přehledně komunikovat s interními a externími stakeholdery; vytvářet a udržovat vztahy a zprostředkovávat konstruktivní interakce s jednotlivci a skupinami, jde o **Management komunikační a vztahový**;
- Schopnost inspirovat individuální i skupinovou výkonnost; vytvářet a udržovat společnou vizi; úspěšně zavádět změny k dosažení cílů organizace. Takto je charakterizován **Leadership**;
- Schopnost spojit chování jednotlivců i organizace s etickými a profesními standardy; které zahrnují odpovědnost k pacientovi a společnosti; poskytovat služby a plnit závazek celoživotního vzdělávání a zlepšování sebe sama i organizace. Tato schopnost znamená **Profesionalitu**;
- Prokazovat znalost systému zdravotní péče a prostředí, ve kterém poskytovatelé i manažeři fungují. Jde o **Obecnou znalost prostředí a poskytování zdravotní péče**;
- Schopnost aplikovat základní tržní zásady, včetně systémového myšlení na poskytování zdravotní péče. K těmto principům se řadí finanční management, řízení lidských zdrojů, dynamika a řízení organizace, strategické plánování a marketing; informační management; řízení rizik a zlepšování kvality. Tyto **Manažerské obchodní dovednosti a znalosti** jsou nezbytnou součástí vedení i každodenního provozu poskytovatele zdravotnické péče.

Vzájemné propojení kompetencí a činností manažera ve zdravotnictví ukazuje následující obrázek č. 2.

³³ Srv. STEFFL, M. E. Common Competencies for All Healthcare Managers: The Healthcare Leadership Alliance Model. *Journal of Healthcare Management* 6/2008. s. 360 - 373. ISSN 1358-0574.

Obrázek č. 2 *Kompetenční model manažera ve zdravotnictví*
Oblasti kompetencí



Zdroj: Společnost pro leadership 2005, dle Steffl. M. E. Op. cit. s. 365.

Peter Drucker ve své knize *The New Realities* zdůrazňuje, že **řízení zdravotnického zařízení je jednou z nejkomplexnějších manažerských činností ve společnosti**. Skutečnost se mnohdy liší od problémů, na které se soustřeďuje pozornost veřejnosti, médií nebo teorie či výuky.³⁴

III. Manažerský přístup a právní odpovědnost

Z pohledu manažerské odpovědnosti je nutno blíže prozkoumat požadavky na obsah pojmu péče řádného hospodáře nebo správa cizího majetku. Pojem *péče řádného či pilného hospodáře* se objevila již v rakouském Všeobecném zákoníku občanském.³⁵ Dokonce i socialistický Hospodářský zákoník zakotvoval v Zásadách hospodářskoprávních vztahů povinnost ochrany majetku a majetkovou odpovědnost hospodářských organizací.³⁶

Po roce 1989 se povinnost řádné správy a péče o majetek dostala především do norem soukromého práva. Novela obchodního zákoníku č. 370/2000 Sb., s účinností od 1. ledna 2001, zavedla vymezení základní míry povinné péče, kterou je osoba, vykonávající funkci v obchodní společnosti, povinna zachovávat. Obchodní zákoník³⁷ nicméně samotný pojem *“péče řádného hospodáře”* výslovně nevymezil a ponechal toto doktríně a soudní praxi. Dědič i Bartošíková uvádějí,³⁸ že povinnost **spravovat záležitosti společnosti s péčí**

³⁴ Podrobně viz DRUCKER, P. *The New Realities*. s. 214 - 215. USA: Routledge 2011. ISBN 978-0-7506-1980-6.

³⁵ ABGB, 1811.

³⁶ Zákon č. 109/1964 Sb.

³⁷ Zákon č. 513/1991 Sb.

³⁸ DĚDIČ, J. a kol. *Obchodní zákoník: Komentář*. Díl III. § 176 – § 220zb. s. 2416. Praha: Polygon, 2002. ISBN 80-7273-071-1. BARTOŠÍKOVÁ, M. Povinnosti a odpovědnost statutárních orgánů kapitálových společností. *Obchodní právo: časopis pro obchodněprávní praxi*. 1998. roč. 7. č. 11. ISSN 1210-8278.

řádného hospodáře představuje základní právní povinnost reprezentanta společnosti ve vztahu ke kvalitě plnění.

Ze soudobé literatury je rovněž velmi vhodné připomenout následující vymezení pojmu: „*Povinnost vykonávat svoji činnost s péčí řádného hospodáře u člena statutárního orgánu vyžaduje jistou minimální úroveň odbornosti tedy znalostí a schopností, které by měla každá osoba v takové funkci splňovat. ... Tato odbornost by však měla zahrnovat základní znalosti z oblasti ekonomické, právní a problematiky faktického řízení společnosti. Zcela jistě pak nepůjde o odbornost vázanou na konkrétní předmět podnikání té které obchodní společnosti, neboť zvláště u společností s rozsáhlým předmětem podnikání nelze od člena statutárního orgánu vyžadovat, aby se vyznal ve všech odvětvích.*“³⁹

Péči řádného hospodáře jako souhrn manažerských schopností a výkon funkce s potřebnou loajalitou a péčí ke spravovanému majetku vymezila i soudní praxe, například v rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR, sp. zn. 29 Odo 387/2006.⁴⁰

Jakkoli samotné vymezení pojmu mířilo především do sféry soukromé správy majetku, tedy soukromoprávních vztahů i odpovědnosti za jejich porušení, dostalo se prakticky ve stejné podobě i pojmovém vymezení též do předpisů práva veřejného.⁴¹

Rekodifikace soukromého práva v České republice nepřinesla zásadně nové požadavky či definici péče řádného hospodáře, ale zdůraznila její význam v každodenní činnosti statutárních orgánů i vedoucích pracovníků. **§ 159, odst. 1 Občanského zákoníku (OZ)**⁴² říká, že: „*Kdo přijme funkci člena voleného orgánu, zavazuje se, že ji bude vykonávat s nezbytnou loajalitou i s potřebnými znalostmi a pečlivostí. Má se za to, že jedná nedbale, kdo není této péče řádného hospodáře schopen, ač to musel zjistit při přijetí funkce nebo při jejím výkonu, a nevyvodí z toho pro sebe důsledky.*“ Zákon o obchodních korporacích (ZOK⁴³), jako lex specialis uvádí **požadavky na péči řádného hospodáře pro oblast činnosti obchodních korporací.**

§ 51, odst. 1 ZOK: „*Pečlivě a s potřebnými znalostmi jedná ten, kdo mohl při podnikatelském rozhodování v dobré víře rozumně předpokládat, že jedná informovaně a v obhajitelném zájmu obchodní korporace; to neplatí, pokud takovéto rozhodování nebylo učiněno s nezbytnou loajalitou.*“

Dále ustanovení § 52 ZOK stanoví určitý korektiv posuzování pečlivosti hospodáře, tzv. pravidlo podnikatelského úsudku, takto: „*Při posouzení, zda člen orgánu jednal s péčí řádného hospodáře, se vždy přihlédne k péči, kterou by v obdobné situaci vynaložila jiná rozumně pečlivá osoba, byla-li by v postavení člena obdobného orgánu obchodní korporace.*“.

Hranice péče řádného hospodáře můžeme tedy vymezit následujícími atributy:

- pečlivost
- potřebné znalosti

³⁹ RADA, I. *Jednatelé s.r.o.: Představenstvo a.s.* s. 92 – 93. 2. doplněné a aktualizované vyd. Praha: Linde, 2004. ISBN 80-86131-55-6.

⁴⁰ Dostupné na www.nsoud.cz.

⁴¹ Srv. např. § 14 zákona č. 219/2000 Sb., o majetku České republiky a jejím vystupování v právních vztazích nebo ustanovení trestního zákona, č. 140/1961 Sb. o porušování povinností při správě cizího majetku, §§ 255, 255a.

⁴² Zákon č. 89/2012 Sb.

⁴³ Zákon č. 90/2012 Sb.

- podnikatelské rozhodování
- dobrá víra
- rozumný předpoklad
- informované jednání
- jednání v obhajitelném zájmu obchodní korporace
- nezbytná loajalita.

S takto definovaným pojmem péče řádného hospodáře a pravidlem podnikatelského úsudku je nutno počítat i při posuzování odpovědnosti za porušení pravidel správy cizího majetku v právu soukromém i veřejném. U **předpisů soukromoprávních** je třeba mít na mysli, že důkazní břemeno o neporušení povinností leží na příslušném manažerovi.

Aktuální **veřejnoprávní úprava** se týká především trestní odpovědnosti, ač by trestní právo mělo vždy být postihem ultima ratio. Trestní právo se zabývá jak porušením smluvní, tak zákonné povinnosti. Trestní zákoník⁴⁴ i zákon o trestní odpovědnosti právnických osob⁴⁵ postihují nejen porušení povinností při správě cizího majetku, ale například i specifické delikty při zadávání veřejných zakázek, což je pro zdravotnictví velmi významná oblast jak manažerské, tak právní odpovědnosti.⁴⁶

IV. Závěry

V rámci **teorie je nutné pracovat na zvláštnostech požadavků právních i manažerských přístupů při poskytování zdravotní péče a řízení zdravotnických zařízení. Postupy péče řádného hospodáře, due diligence a corporate governance nejsou pro zdravotnická zařízení téměř vůbec řešena** domácí teorií, ač justiční praxe již mnohá pochybení manažerů postihuje.

Rovněž zahraniční teorie předkládá především obecná manažerská doporučení a aplikace výzkumu do sféry zdravotnických zařízení je dosud na počátku. Zahraniční praxe si nicméně uvědomuje nedostatky, zejména lékařů, v oblasti manažerských kompetencí. Od roku 2018 začal New England Journal of Medicine ve své internetové verzi Catalyst⁴⁷ uveřejňovat články a diskuse nazvané Lessons in Leadership, které se věnují v dialogu a následně v diskusi na webu otázkám manažerských přístupů a řízení různých typů poskytovatelů zdravotní péče.

„Začalo mi být jasné, že mou rolí a mým úkolem je být hlasem, být zastáncem, mostem a pomáhat odstraňovat nerovnosti a nespravedlnosti. I nyní, pokud přemýšlím o vůdcovství, přemýšlím o tom, že je třeba identifikovat mezeru, problém, který opravdu tíží, vymyslet strategii, vizi a pohnout s tím kupředu, abyste viděli, jakou roli můžete sehrát v řešení problému.“⁴⁸

⁴⁴ Zákon č. 40/2009 Sb.

⁴⁵ Zákon č. 418/2011 Sb.

⁴⁶ Srv. SOVOVÁ, O. Aktuální otázky odpovědnosti poskytovatelů zdravotní péče. In *Corporate governance: kolektivní monografie*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer, 2015, 279 s. Právní rukověť. ISBN 978-80-7478-654-9.

⁴⁷ Srv. <https://catalyst.nejm.org>.

⁴⁸ Lesson sin Leadership: Kimberlydawn Wisdom. Dostupné na: <https://catalyst.nejm.org/lessons-leadership-kimberlydawn-wisdom/>. Pracovní překlad autora.

Je proto nezbytné co nejdříve jak pro zdravotnické, tak ostatní profese, které při poskytování zdravotní péče působí jako tzv. obslužné profese v tom nejlepším slova smyslu, bez nichž by nebylo poskytování zdravotní péče vůbec možné, zařadit spojení manažerské a právní problematiky jak do přípravy na povolání, tak do dalšího vzdělávání a v neposlední řadě též do odborných diskusí.

Literatura:

BARTOŠÍKOVÁ, M. Povinnosti a odpovědnost statutárních orgánů kapitálových společností. *Obchodní právo: časopis pro obchodněprávní praxi*. 1998. roč. 7. č. 11. ISSN 1210-8278.

BURNS, L.R., THORPE, D.P. Managed care and integrated health care. *Health Care Manag.* Říjen 1995. s. 101 - 108. ISSN 1525-5794. Dostupné na www.ncbi.nlm.nih.gov.

BORDOLOI, P., ISLAM, N. Knowledge Management Practices and Healthcare Delivery: A Contingency Framework. *Electronic Journal of Knowledge Management* 1/2012. s. 110 - 118. ISSN 1479-4411. Dostupné na www.ejkm.com.

DĚDIČ, J. a kol. *Obchodní zákoník: Komentář*. Díl III. § 176 – § 220zb. s. 2416. Praha: Polygon, 2002. ISBN 80-7273-071-1.

DEVITT, R., KLASSEN, W., MARTALOG, J. Strategic Management Systeme in Healthcare Setting – Moving from Strategy Results. *HealthcQ* 4/2004. s. 58 - 65. ISSN 1710-2774.

DONABEDIAN, A. *Evaluating the Quality of Medical Care*. The Milbank Quarterly 5/ 2005. s. 691 - 729. Dostupné na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>.

Mc DONALD, S.K., BEANGE, J.E., BLACHFORD, P.C. Planning for Strategic Change? A Participative Approach for Community Hospitals. *Healthc Manage Forum* 3/1992. Fall. s. 31 - 37. ISSN 0840-4704.

DRUCKER, P. *The New Realities*. s. 214 - 215. USA: Routledge 2011. ISBN 978-0-7506-1980-6.

NĚMEČEK, S. *Strategické řízení jako základ změny - Víme, co chceme*. Fakultní nemocnice Ostrava. Dostupné na http://www.fno.cz/documents/2008_02_21_003.pdf.

RADA, I. *Jednatelé s.r.o.: Představenstvo a.s.* s. 92 – 93. 2. doplněné a aktualizované vyd. Praha: Linde, 2004. ISBN 80-86131-55-6.

ŘEZÁČ, J. *Moderní management: manažer pro 21. století*. Vyd. 1. Brno: Computer Press 2009. 397 s. Business books. ISBN 978-80-251-1959-4.

SOVOVÁ, O. Aktuální otázky odpovědnosti poskytovatelů zdravotní péče. In *Corporate governance: kolektivní monografie*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer, 2015, 279 s. Právní rukověť. ISBN 978-80-7478-654-9.

STEFFL, M. E. Common Competencies for All Healthcare Managers: The Healthcare Leadership Alliance Model. *Journal of Healthcare Management* 6/2008. s. 360 - 373. ISSN 1358-0574.

Zákon č. 109/1964 Sb., hospodářský zákoník.

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

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník.

Zákon č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob.

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

Zákon č. 90/2012 Sb., o obchodních korporacích.

www.nsoud.cz.

<https://catalyst.nejm.org>.

Kontakt na autorku: doc. JUDr. Olga Sovová, Ph.D., akademická pracovnice Policejní akademie ČR v Praze, advokátka, externí vyučující Centra zdravotnického práva Právnické fakulty Univerzity Karlovy, e-mail: sovova@polac.cz.

VŠEOBECNE O ZDRAVOTNOM POISTENÍ

GENERALLY ON HEALTH INSURANCE

ZUZANA MACKOVÁ

Anotácia

V príspevku je vo všeobecnosti spracovaná problematika zdravia a jeho ochrany z hľadiska historického až po súčasnosť. Autorka sa venuje najmä vývoju verejného (povinného) zdravotného poistenia v európskom priestore od čias O.v. Bismarcka a na území Slovenskej republiky predovšetkým po roku 1993 až do súčasnosti. Zároveň približuje uplatňovanie jednotlivých modelov zdravotného poistenia a jeho hlavné princípy (tj. princíp vzájomnosti, absolútnej solidarity, atď). Autorka v príspevku upozorňuje aj na nedostatky jednotlivých systémov. V závere príspevku zdôrazňuje, že bez rešpektovania práva na zdravie a ostatných sociálnych práv, ako aj základných princípov práva, t.j. najmä sociálnej solidarity a sociálnej spravodlivosti, nie je možná skutočná realizácia ľudsky dôstojného života.

Kľúčové slová: *zdravie, zdravotné poistenie, princíp vzájomnosti a absolútnej solidarity, modely zdravotného poistenia*

Annotation

This part titled „Generally on Health Insurance“ is dedicated to concept of health and protection of health from the historical perspective up until present. It covers the process of development of public health and medical insurance in Europe - dating back to Otto von Bismarck, and in Slovakia after 1993 till now. The author also critically assess and presents various models of health insurance and the corresponding foundation principles, especially the principle of solidarity. The conclusion is stressing that without due respect to the right to health, universal societal consensus and fundamental principles of law – especially the principle of solidarity and social justice, the actual realisation of flexicurity for the benefit of an employee – her family life and human dignity, cannot be achieved.

Keywords: *health, health insurance, the principle of solidarity, models of health and medical insurance*

1. Úvod - História ochrany zdravia

Vychádzajúc z histórie poisťovníctva (s výnimkou súkromného poistenia), vznik verejného zdravotného poistenia určoval štát najmä z dôvodu dvoch príčin, a to choroby a chudoby, pretože jedno súvisí s druhým, resp. navzájom sa podmieňuje. V prípade choroby

sa vyžaduje liečenie a v prípade chudoby, ktorá vzniká ako dôsledok nezamestnanosti, resp. straty pracovných príležitostí z dôvodu choroby, úrazu alebo vzniku invalidity sú nevyhnutné finančné prostriedky, tj. dostatok peňazí na liečenie (Macková, 2015, s. 169 – 183).

Spôsob ochrany pred chorobami a starostlivosť o zdravie ľudí sa rozlišoval (*a aj v súčasnosti sa rozlišuje*) podľa miery vyspelosti toho-ktorého národa. Už v Mezopotámii, v Egypte, v starovekom Grécku i v Ríme napr. stavby aquaduktov a ochrana vôd boli faktickými predchodcami moderných hygienických opatrení. Po páde Rímskej ríše (476 n. l.) boli zdravotnícke opatrenia štátnych správ postupne prijímané aj v rodinách sa moslimských krajinách.

Rozpadom Rímskej ríše a uznaním cirkvi cisárom Konštatínom sa začala rozvíjať cirkevná charita založená na zásade „lásky k bližnému“, ktorá sa v stredoveku prejavila v starostlivosti o zdravie obyvateľstva, ako aj v zriaďovaní špitálov a lazaretov. Vznikali dokonca aj cirkevné rády, ktorých hlavným poslaním bola iba starostlivosť o chorých (*fungujú aj v súčasnosti napr. rád sv. Karola Boromejského, rád Malých sestier Ježišových*).

Verejná ochrana zdravia od svojho začiatku mala dve základné roviny. V prvom rade išlo o nevyhnutnosť chrániť obyvateľstvo pred ľuďmi, ktorí boli zdrojom nákazy, ktorá predstavovala nebezpečenstvo pre celú spoločnosť (*napr. v stredoveku - mor, zač. 20 storočia - tuberkulóza, v 21. storočí – AIDS, drogové závislosti, rakovina, atď.*). Postupom času boli prijímané rôzne opatrenia verejnej ochrany zdravia v duchu myšlienky, že „**zdravý človek je pre spoločnosť užitočný a chorý na obtiaž**“ (Tomeš, Koldinská, 2003, s. 208).

Každá demokratická spoločnosť aj v období novoveku má záujem, aby schopnosti každého jedinca sa rozvíjali v najvšestrannejšej a v najoptimálnejšej miere a aby zostali čo najdlhšie zachované. V prípade, ak pracovná schopnosť jedinca je narušená alebo znížená do takej miery, že nie je schopný zaobstarávať si prostriedky k obžive vlastnou prácou alebo je schopný zdroje obživy získavať iba v obmedzenej miere, je zabezpečovaný prostriedkami zo sociálneho zabezpečenia, ktoré v Slovenskej republike v súčasnosti pozostáva zo systému sociálneho poistenia (*tj. nemocenského poistenia, dôchodkového poistenia, úrazového poistenia, garančného poistenia, poistenia v nezamestnanosti*) a v širšom slova zmysle zahŕňa aj zdravotné poistenie, ako aj zo systému štátnej sociálnej podpory a sociálnej pomoci.

Systém všeobecného (povinného) zdravotného poistenia v Európe vychádza z tzv. Bismarckovského modelu, ktorý sa začal formovať v období rokov 1883 až 1889. Nemecký ríšsky snem prijal tri zákony sociálneho zabezpečenia, a to zákon o dôchodkovom poistení, ale v súvislosti so zdravotným poistením bol významný najmä zákon o povinnom nemocenskom poistení (1883) a zákon o úrazovom a invalidnom poistení (1884). Na území Rakúsko-Uhorska predseda vlády E. F. J. Taaffe (1833 – 1895), ktorý sa vo všetkom snažil napodobňovať Bismarcka, dal podnet na prerokovanie taktiež zákona o nemocenskom a úrazovom poistení (Macková, 2009, s. 38 – 39). Z uvedeného vyplýva, že zdravotné poistenie tvorí bezprostrednú súčasť sociálneho zabezpečenia.

2. Pojem „zdravie“ a základné pramene práva na zdravie a jeho ochranu

Vymedzenie pojmu "zdravia" je pomerne komplikované. Svetová zdravotnícka organizácia (*ang. World Health Organisation, ďalej len „WHO“*) definovala "zdravie" ako **stav**

úplnej fyzickej, psychickej a sociálnej rovnováhy (pohody), ktorý je výsledkom súladu vzájomného pôsobenia organizmu a prostredia a na ktorý má právo každá ľudská bytosť bez rozdielu rasy, náboženského vyznania, politického presvedčenia a ekonomického alebo sociálneho postavenia (Tomeš, Koldinská, 2003, s. 209).

Právo na zdravie a ochranu zdravia ako jedno zo základných ľudských práv zaraďujeme medzi sociálne práva, ktoré zakotvujú viaceré dokumenty medzinárodného charakteru. Je to **Všeobecná deklarácia ľudských práv z roku 1948** (*dalej len „deklarácia“*), v ktorej je determinovaný obsah i rozsah práva sociálneho zabezpečenia. Avšak samotné právo na zdravie a jeho ochranu deklarácia explicitne nevymedzuje. Vychádzajúc z článku 25, ktorý zakotvuje **"právo každého na takú životnú úroveň, ktorá by bola v stave (schopná) zabezpečiť jeho zdravie a blahobyť, i zdravie a blahobyť jeho rodiny**, rátajúc do toho najmä výživu, šatstvo, byt a lekársku starostlivosť ako aj nevyhnutné sociálne opatrenia (*t.j. ide o vyjadrenie „ľudskej dôstojnosti“*); právo na zabezpečenie v nezamestnanosti, v chorobe, pri nespôsobilosti pracovať, pri ovdovení, v starobe alebo v ostatných prípadoch straty zárobkových možností, ktoré nastali v dôsledku okolností, nezávislých na jeho vôli," možno konštatovať, že deklarácia považuje zdravie nielen za základ blahobytu jednotlivca a jeho rodiny, ale aj za bezprostrednú súčasť ľudského práva na zabezpečenie primeranej životnej úrovne, tj. na ľudsky dôstojnej úrovni.

Medzinárodný pakt o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach z roku 1966 podľa článku 12 už taxatívne vymedzuje **„právo každého na najvyššiu dosiahnuteľnú úroveň fyzického a duševného zdravia“**, pričom štáty, ktoré tento pakt ratifikovali sa zaviazali urobiť na plné uskutočnenie tohto práva opatrenia, ktoré zahŕňajú vytvorenie podmienok, ktoré by zabezpečili okrem iného (*napr. zníženie počtu potratov a dojčenskej úmrtnosti, ako aj opatrenia pre zdravý vývoj dieťaťa, tak aj zlepšenie vonkajších životných podmienok a priemyselnej hygieny, ako aj prevenciu, liečenie a kontrolu chorôb z povolania a iných chorôb*) všetkým lekársku pomoc a starostlivosť (*opateru*) v prípade choroby.

Právo každého na ochranu zdravia, ktoré zahŕňa najmä právo na zabezpečenie prevencie pred poškodením zdravia, ktoré musí zabezpečiť štát, je obsiahnuté aj v rámci širokej ochrany sociálnych a hospodárskych práv zakotvených v **Európskej sociálnej charte** (*dalej len „ESCH“*), ktorá bola prijatá **18. októbra 1961 v Turíne** (v čl. 11). Možno hovoriť o prvej základnej dimenzii práva na ochranu zdravia. Druhá dimenzia práva na ochranu zdravia je obsiahnutá v článku 13 tejto Charty, ktorý zakotvuje **právo každej osoby bez dostatočných príjmov**, ktorá nie je schopná si tieto príjmy zabezpečiť vlastným pričinením alebo z iných zdrojov, najmä z dávok sociálneho zabezpečenia **na poskytnutie sociálnej a lekárskej pomoci**. Hlavný dôraz sa kladie na zachovanie princípu rovnosti a odkazuje sa na **Európsky dohovor o sociálnej a lekárskej pomoci**, ktorý bol podpísaný v Paríži 11. decembra 1953. Právo na sociálnu a lekársku pomoc v uvedených intenciách je obsiahnuté taktiež v čl. 13 **ESCH (revidovanej)**, ktorá pre Slovenskú republiku nadobudla platnosť 1. júna 2009 (Macková, 2012, s. 166).

Ekonomické a sociálne aspekty zdravia a choroby sa stali predmetom záujmu aj Medzinárodnej organizácie práce, ktorá v roku 1969 prijala **Dohovor č. 130 o liečebno-**

preventívnej zdravotnej starostlivosti a dávkach v chorobe (*dalej len „dohovor č. 130“*, ratifikovaný bývalou ČSSR v roku 1971, platnosť nadobudol 27. mája 1972 a publikovaný bol v oznámení č. 537/1990 Zb.). V zmysle článku 7 tohto dohovoru č. 130 sú pokryté sociálne udalosti, ktorými sú liečebná starostlivosť vrátane preventívnej starostlivosti a pracovná neschopnosť pre chorobu, ktorá má za následok stratu zárobku, ktorý je nevyhnutný pre zabezpečenie blahobytu jednotlivca a jeho rodiny. Ochrana zdravia v každom členskom štáte je založená na základe liečebno-preventívnej starostlivosti (čl. 8), ktorá zahŕňa podľa čl. 13 tohto dohovoru č. 130 všeobecnú starostlivosť poskytovanú praktickými lekármi vrátane domácich návštev, ako aj špecializovanú starostlivosť poskytovanú odbornými lekármi v nemocniciach tým osobám, ktoré sú tam umiestnené alebo do nemocnice dochádzajú a aj starostlivosť odborných lekárov, ktorá sa môže poskytnúť mimo nemocnice, ako aj poskytovanie liekov (*tj. potrebných farmaceutických výrobkov na predpis lekára alebo inej kvalifikovanej osoby*), umiestnenie v nemocnici, ak je to potrebné, taktiež aj stomatologickú starostlivosť (*tj. o chrup, podľa toho, čo je určené*) a tiež liečebnú rehabilitačnú starostlivosť vrátane poskytovania, údržby a obnovenia protetických a ortopedických pomôcok, podľa toho, čo je určené. Okrem liečebno-preventívnej starostlivosti ochrana zdravia v prípade dočasnej pracovnej neschopnosti je zabezpečená aj poskytovaním dávok zo sociálneho zabezpečenia, tj. dávok v chorobe, ktoré nahrádzajú ušlý príjem, tj. nemocenského.

V primárnom práve Európskej únie, tj. **v čl. 152 Zmluvy ES z roku 1997** je právo na ochranu zdravia založené **na zásade subsidiarity** a vyjadrené ako súčasť vymedzenia a vykonávania všetkých politík EÚ, pričom prevencia sa sústredila najmä na civilizačné ochorenia a ich príčiny a do oblasti ochrany zdravia sa dostala aj téma drogových závislostí.

Podľa **čl. 35 Charty základných práv Európskej únie** (2010/C 83/02) každý má právo na prístup k preventívnej zdravotnej starostlivosti a právo využívať lekársku starostlivosť za podmienok ustanovených vnútroštátnymi právnymi predpismi a praxou. Vysoká úroveň ochrany ľudského zdravia sa zabezpečí tvorbou a uskutočňovaním politík a činností EÚ.

Vzhľadom na uvedené možno konštatovať, že zdravotné systémy členských európskych štátov patria medzi najrozvinutejšie a najvyspelejšie na svete, čo je reálnym prejavom realizácie práva na ochranu zdravia.

Slovenská vnútroštátna právna úprava zakotvuje právo na ochranu zdravia najmä **v článku 40 Ústavy Slovenskej republiky**(*zákon č. 460/1992 Zb. v znení neskorších predpisov*), v zmysle ktorého „**na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon**“. Okrem tohto základného dokumentu právo na ochranu zdravia je podrobnejšie obsiahnuté a spracované aj v ďalších normatívnych právnych aktoch, najmä v zákonoch ako napr. v zákone č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení v znení neskorších predpisov, v zákone č. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou v znení neskorších predpisov, v zákone č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov, v zákone č. 577/2004 Z.z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov, v zákone č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve v znení neskorších predpisov, v zákone č. 579/2004 Z.z. o záchrannej zdravotnej službe v znení neskorších predpisov, v zákone č. 355/2007 Z.z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia v znení

neskorších predpisov, v zákone č. 131/2010 Z.z. o pohrebníctve, v zákone č. 362/2011 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach v znení neskorších predpisov, v zákone č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia v znení neskorších predpisov, atď.

3. Zdravie v 21. storočí

Zdravie a blaho patria medzi popredné **univerzálne, absolútne, nemerateľné ľudské hodnoty**. Ide o hlavné zložky spravodlivého, ľudského, ekonomického a sociálneho rozvoja, ako aj zdroj každodenného života. Zdravie je nevyhnutné na realizáciu životných cieľov a aktivitu jedincov. Vo svojej podstate ľudské zdravie a ľudský život predstavujú aj ekonomické hodnoty nielen pre jednotlivca a jeho rodinu, ale aj pre celú spoločnosť. Bez zdravotnej starostlivosti, vhodných pracovných podmienok, vzdelávania a aktívneho odpočinku nie je možná ani reprodukcia pracovnej sily (Stanek, V. a kolektív, Bratislava 2008, s. 307). Čo znamená zdravie pre každého človeka, najvýstižnejšie vyjadril bývalý generálny riaditeľ Svetovej zdravotníckej organizácie (*WHO*) doktor Halfdan **Mahler**, ktorý povedal: "**Zdravie nie je všetko, ale všetko ostatné bez zdravia nie je ničím**" (Tomeš, I. a kolektív, 1993, s. 106).

Svetová zdravotnícka organizácia (*WHO*) prijala program "**Zdravie pre všetkých do roku 2000**", ktorý vychádzal zo základného princípu sociálnej politiky, a to **práva všetkých ľudských bytostí na tejto planéte na ochranu zdravia**. Zároveň bol európskym regionálnym výborom tejto svetovej organizácie schválený program Zdravia pre všetkých v 21. storočí – zdravotná politika pre Európu s cieľom zlepšenia kvality a finančnej efektivity existujúcich systémov zdravotnej starostlivosti. V týchto intenciách na obdobie rokov 2000 až 2010 bol aj na Slovensku prijatý Národný program podpory zdravia s cieľom priebežnej ochrany a posilňovania zdravia, ako aj trvalého zlepšovania zdravia obyvateľstva Slovenskej republiky. Pre všetkých cca 900 miliónov obyvateľov 53 krajín Európskeho regiónu došlo k prijatiu dokumentu Politický rámec a stratégia Zdravie 2020 s cieľom dosiahnuť zdravie a rozvoj v dnešnej Európe.

Hlavným cieľom programu Svetovej zdravotníckej organizácie (*WHO* - č. 17) pre 3. tisícročie je aj zabezpečenie prístupu v spolupráci s farmaceutickými firmami k základným liekom „pre všetkých za dostupnú cenu“.

4. Základné princípy zdravotného poistenia

Zdravie a starostlivosť o zdravie nie je len záležitosťou jednotlivca, ale ani iba záležitosťou štátu, resp. verejnej správy. **V zodpovednosti za zdravie je nevyhnutné hľadať rovnováhu medzi úlohou občana, ako aj štátu (verejnej správy).**

Základnými znakmi verejného (povinného) zdravotného poistenia sú najmä princípy vzájomnosti a absolútnej solidarity.

Princíp vzájomnosti vyjadruje spôsob zhromažďovania finančných prostriedkov prostredníctvom pravidelných platieb do fondu zdravotného poistenia a spôsob financovania nákladov zdravotnej starostlivosti. Ide o spôsob uspokojovania individuálnych potrieb jednotlivcov za spoluúčasti ostatných jedincov, ktorí majú rovnaké potreby. Napĺňanie tohto princípu je postupným, zdĺhavým procesom, ktorý možno nazvať aj prechodom od človeka, ako prevažne objektu zdravotného poistenia k človeku ako k plnoprávnemu, zodpovednému a rešpektovanému subjektu. Základným predpokladom je dobré vzdelanie a informovanosť jedincov a občanov, ktorí si uvedomujú svoje práva, ale aj povinnosti a zodpovednosť, a ktorí sú dostatočne zrelí a vyspelí pre zodpovedné konanie. Možno povedať, že širšie uplatňovanie tohto princípu je vecou iba vyspelých spoločností.

Princíp absolútnej solidarity je výrazom toho, že človek je sociálna (spoločenská) bytosť. Preto vždy a za všetkých okolností je svojou existenciou v určitej miere odkázaný i na druhých. Je závislý na spolupatričnosti spoločnosti ako celku.

Základom tohto myšlienkového konceptu je poznanie nevyhnutnosti harmonickej spolupráce medzi ľuďmi. Solidarita je výrazom ľudského porozumenia a pospolitosti, vzájomnej súdržnosti, ale tiež zodpovednosti. Je vedená úsilím o zjednocovanie záujmov, hlavne pokiaľ ide o materiálne životné podmienky, a to na základe slobodnej vôle ľudí a ich ochoty podriaďiť sa záujmom širšieho spoločenstva.

Solidarita - vzájomná podpora, spolupatričnosť súvisí predovšetkým s vytváraním a rozdeľovaním životných podmienok a prostriedkov jedincov v záujme napĺňania ideí sociálnej spravodlivosti. **Absolútna solidarita** typická pre zdravotné poistenie je vyjadrením "**každému rovnako**" **azároveň "podľa potrieb"**, tj. poistenec s nízkym odvodom poistného potrebuje finančne náročnú zdravotnú starostlivosť napr. v prípade onkologického ochorenia, atď. a napr. poistenec s vysokým odvodom poistného vôbec nepotrebuje zdravotnú starostlivosť, resp. využíva iba preventívnu zdravotnú starostlivosť (Macková, Z., 2012, s. 167-168).

Okrem uvedených princípov sú pre európske krajiny typické ďalšie princípy, ako napr. princíp rovnosti, dostupnosti, verejnoprávnosti a samosprávy, neziskovosti, plurality, slobodnej voľby (*poisťovne i poskytovateľa zdravotnej starostlivosti*), ako aj kontroly zo strany štátu (Stanek, V. a kolektív, 2008, s. 336).

5. Systémy financovania zdravotného poistenia

Na svete niet krajiny, ktorá by mala systém financovania, organizovania a kontroly zdravotníctva úplne rovnaký ako ďalšia iná krajina. Rôznorodosť typov zdravotníckych sústav závisí predovšetkým od ekonomického, politického, sociálneho, demografického, kultúrneho vývoja, taktiež od vzdelanostnej úrovne, ako aj od prírodných podmienok a samozrejme aj

od historickej tradície tej-ktorej krajiny. Aj napriek uvedeným rozdielom možno nájsť určité spoločné rysy, na základe ktorých môžeme rozlišovať tieto základné typy zdravotných sústav:

- **silne centralizované sústavy**, kde výlučným vlastníkom a prevádzkovateľom zdravotných zariadení je štát - *napr. bývalé Československo, ako aj ostatné krajiny tzv. socialistického bloku, Kuba*,
- **jednotné národné sústavy** zdravotnej starostlivosti financované prevažne z daní, avšak s relatívnou nezávislosťou zdravotných zariadení - *Veľká Británia, severské krajiny - Švédsko, Nórsko, Fínsko, Dánsko a v 80. rokoch krajiny južné - Španielsko, Taliansko*,
- **sústavy s povinným zdravotným poistením alebo s tzv. pluralitným zdravotníctvom** - *Nemecko, Francúzsko, dnešná Česká a Slovenská republika, t.j. krajiny strednej a západnej Európy* - kritici upozorňujú na ťažkopádnosť a veľkú finančnú náročnosť oproti jednotným národným sústavám,
- **sústavy liberálne alebo tzv. trhové založené na pôsobení trhu s dobrovoľným súkromným zdravotným poistením, ale doplnené sústavou starostlivosti o ohrozené skupiny populácie, ktorá je financovaná z daní**(*napr. USA*) - ide o **typ zdravotnej sústavy, ktorý sa v Európe nevyskytuje**. V Spojených štátoch amerických náklady na zdravotnú starostlivosť neustále rastú, čoho dôkazom je, že približne **viac ako 50 miliónov Američanov nie je vôbec zdravotne poistených**.

Z hľadiska financovania zdravotných sústav možno rozlišovať tri základné typy:

- **tzv. Bismarckovský model** z roku 1883 - **sociálne (i zdravotné) poistenie** je financované z povinného zdravotného (nemocenského) poistenia. Fondy sa tvoria z príspevkov poistencov, zamestnávateľov a štátnych dotácií napríklad za osoby nezamestnané, za dôchodcov, chorých, za nezaopatrené deti. Charakteristickým znakom je vytvorenie viacerých poisťovacích fondov na neziskovom princípe a existencia väčšieho počtu poisťovní, z ktorých si občania môžu vybrať a dohodnúť si viaceré doplňujúce služby, ktoré nie sú zahrnuté do základnej (*štandardnej*) zdravotnej starostlivosti.
- **tzv. Beveridgov model** - **národná zdravotná starostlivosť** je financovaná prevažne z daní. Tento model sa rozvinul hlavne po 2. svetovej vojne. Kanada prijala tento model až v roku 1970 a európske južné krajiny tento model prijali v období rokov 1978 až 1984. Typický je univerzálny prístup, kontrola výdavkov, väčšia spravodlivosť, ako aj voľnosť prístupu k zdravotnej starostlivosti.
- **tzv. Semaškov model** - **centralizovaný systém zdravotnej starostlivosti**, ktorý sa čiastočne podobá Beveridgovskému modelu. Je financovaný zo štátneho rozpočtu a prístupný pre všetkých. Absentuje v ňom prvok poistenia. Kontrolu uskutočňuje vláda prostredníctvom centrálného plánovania. Neexistuje žiadny súkromný sektor. Bol typický pre krajiny strednej a východnej Európy (*t.j. pre bývalé krajiny socialistického bloku*) a je charakteristický pre dnešnú Kubu.

Prechod od silne centralizovanej sústavy (*tj. od Semaškoveho modelu*), ktorá trvala na území bývalého Československa takmer 40 rokov k povinnému verejnoprávnemu zdravotnému poisteniu (*tj. k Bismarckovskému modelu*) sa na Slovensku uskutočnil v roku 1993. Táto zmena bola spojená s uskutočnením daňovej reformy k 1. januáru 1993 na základe zákona č. 286/1992 Zb. o daniach z príjmov v znení neskorších predpisov.

6. Systém zdravotného poistenia na Slovensku v období rokov 1993 až 2005

Na vykonávanie zdravotného poistenia, nemocenského poistenia a dôchodkového poistenia došlo na základe zákona NR SR č. 7/1993 Z. z. o zriadení Národnej poisťovne a o financovaní zdravotného poistenia, nemocenského poistenia a dôchodkového poistenia, ktorý nadobudol účinnosť 1. januára 1993 k zriadeniu **Národnej poisťovne** ako **verejnoprávnej inštitúcie** - t.j. samostatnej inštitúcie nezávislej od štátneho rozpočtu fungujúcej na základe tripartity. Išlo o prejav princípu demokratizácie a najmä decentralizácie, prostredníctvom ktorého sa malo lepšie reagovať na požiadavky zmien zdola a potreby ľudí a tiež sa mali presadiť trhové podmienky vedúce k vyššej efektívnosti a kvalite riadenia zdravotníckych zariadení. Avšak odborníci opätovne upozorňovali na problémy z dôvodu, že „**decentralizácia predstavuje najvyšší stupeň privatizácie, ktorá môže priniesť problémy vzhľadom na fungovanie kapitálu, pretože investovaný kapitál v zdravotníctve musí mať rovnakú návratnosť ako v iných sektoroch ekonomiky, čo môže mať za následok potlačenie sociálneho charakteru zdravotných služieb a diskrimináciu chorých a chudobných, ktorí si nemôžu financovať zdravotné služby z dôvodu nedostatku finančných zdrojov**“ (Stanek, V. a kolektív, 2008, s. 343). Z toho dôvodu je nevyhnutné posilniť centrálnu reguláciu.

V súvislosti s kompetenčnými, hospodárskymi, ako aj organizačnými nezrovnalosťami **došlo k 1. januáru 1995 k odčleneniu zdravotného poistenia** od nemocenského poistenia a dôchodkového zabezpečenia, kedy nadobudol účinnosť **zákon NR SR č. 273/1994 Z.z. o zdravotnom poistení, financovaní zdravotného poistenia, o zriadení Všeobecnej zdravotnej poisťovne a o zriaďovaní rezortných, odvetvových, podnikových a občianskych zdravotných poisťovní** a zákon NR SR č. 274/1994 Z.z. o Sociálnej poisťovni.

Vzhľadom na skutočnosť, že Slovenská republika prevzala tzv. Bismarckovský model, resp. sústavu s povinným zdravotným poistením alebo s tzv. pluralitným zdravotným poistením, ktoré je charakteristické pre krajiny strednej a západnej Európy (*od roku 1991 aj pre Českú republiku a od roku 1993 pre Slovenskú republiku*), zdravotné poistenie na našom území do konca roka 2004 vykonávali viaceré zdravotné poisťovne. Boli to **Všeobecná zdravotná poisťovňa (01), Spoločná zdravotná poisťovňa (04)**, ktorá vznikla zlúčením Vojenskej zdravotnej poisťovne, Železničiarkej zdravotnej poisťovne Garant a poisťovne Ministerstva vnútra SR, **Chemická zdravotná poisťovňa Appolo (06), Vzájomná zdravotná poisťovňa Dôvera (14)**, ktorá vznikla zlúčením Vzájomnej Životnej Poisťovne a zdravotnej

poistovne Dôvera a **Združená zdravotná poisťovňa Sidéria-Istota** (15), ktorá vznikla splynutím Občianskej zdravotnej poisťovne Istota so Slovenskou hutníckou zdravotnou poisťovňou Sidéria.

Najmä z radov zdravotníkov sa v tom čase ozývali hlasy, aby došlo k zjednoteniu nemocenského poistenia s poistením zdravotným s odôvodnením, že v niektorých krajinách vyspelej Európy dávky nemocenského poistenia sú poskytované v prípade pracovnej neschopnosti, t.j.v dôsledku poškodeného zdravia. S takýmito názormi sa nemožno stotožňovať vzhľadom na tradíciu tej-ktorej krajiny a predovšetkým z dôvodu princípov, na ktorých je založený ten-ktorý systém verejnoprávneho zdravotného poistenia.

Pre verejné (povinné) zdravotné poistenie je typický výlučne princíp vzájomnosti a najmä princíp absolútnej solidarity - *t.j. poskytovanie zdravotnej starostlivosti každému rovnako podľa skutočnej potreby bez zreteľa na dosahovaný príjem* a pre nemocenské poistenie je to najmä princíp zásluhovosti a princíp sociálnej solidarity - *t.j. poskytovanie dávok nemocenského poistenia v priamej väzbe na dosahovaný príjem, z čoho je zrejmé, že obsahuje v sebe aj zásadu zásluhovosti.*

Významná zmena nastala od 1. januára 2005, kedy nadobudli účinnosť dva najvýznamnejšie zákony, a to **zákon č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení** a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (*ďalej len „zákon o zdravotnom poistení“*) a **zákon č. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou** a o zmene a doplnení niektorých zákonov, **ktorým sa zrušil zákon NR SR č. 273/1994 Z.z. o zdravotnom poistení, financovaní zdravotného poistenia, o zriadení Všeobecnej zdravotnej poisťovne a o zriaďovaní rezortných, odvetvových, podnikových a občianskych zdravotných poisťovní** v znení neskorších predpisov.

Podľa tohto **zákona o zdravotnom poistení** sa po novom upravili právne vzťahy vznikajúce na základe zdravotného poistenia, došlo k novému členeniu zdravotného poistenia **na verejné (povinné) zdravotné poistenie vykonávané vo verejnom záujme**, pri ktorej sa hospodári s verejnými prostriedkami a **na individuálne zdravotné poistenie**, upravilo saprerozdeľovanie poistného na verejné zdravotné poistenie a **zaviedol sa nový inštitút platenia preddavkov na zdravotné poistené a ročné zúčtovanie poistného.**

Od 1. januára 2005 na Slovensku existujú a vykonávajú svoju činnosť tri zdravotné poisťovne, a to jedna verejnoprávna poisťovňa, ktorou je Všeobecná zdravotná poisťovňa a dve súkromné poisťovne – Dôvera a Union.

Záver

Právo na zdravie a jeho ochranu patrí k najvýznamnejším sociálnym právam, ktoré zakotvujú nároky voči štátu a vyžadujú jeho aktívne správanie. Na strane druhej štát by mal zabezpečiť materiálne predpoklady na využitie individuálnej slobody, ako aj materiálne predpoklady na zabezpečenie základných životných (existenčných) podmienok, ktoré bezprostredne úzko súvisia so sférou práce, mimopracovnou sférou (*súvisiacou s výživovými potrebami, nákupmi, prípravou jedla, údržbou bytu*), ako aj so sférou voľného času.

Zároveň však ide o jedno z najspornejších ľudských práv. Je nesporné, že zdravie je mimoriadne významné pre samotné prežitie jednotlivca, ako aj pre zabezpečenie jeho existencie na ľudsky dôstojnej úrovni. Avšak do popredia sa neustále dostáva otázka (ne)dostatku zdrojov nevyhnutných na zdravotnú starostlivosť nielen v rozvojových krajinách sveta, ale aj vo vyspelých demokraciách. Niektorí autori ako napr. H. Tristram Engelhardt argumentujú, že **žiadne právo na zdravie neexistuje, nemožno ho vôbec implementovať, pretože zdravotná starostlivosť je ako „sud bez dna.“** Právo na zdravie a jeho ochranu naráža na politický odpor, čoho dôkazom je najmä situácia v USA, kde sa neustále odmieta zavedenie povinného zdravotného poistenia. Na strane druhej zástancovia tzv. morálneho práva na zdravie (Daniels 2007) proti takýmto stanoviskám namietajú a zastávajú názor, že je potrebné určiť priority pri rozdeľovaní zdrojov v zmysle teórií (globálnej) spravodlivosti (Pollman, A. – Lohmann, G., 2017, s. 277-278, 334).

V súčasnosti Európa stojí na rázcestí. Rozhoduje sa o tom, či sa reálne zachovajú tri základné piliere západnej kultúry a civilizácie, a to **grécka filozofia, rímsky zmysel pre poriadok a právo a kresťanská mravnosť** a budú sa plne rešpektovať v reálnom živote všetkých Európanov. Správny prístup podľa môjho názoru by mal smerovať k ratifikácii a presadzovaniu jednotlivých dohovorov MOP vo všetkých krajinách sveta, čo by sa zákonite premietlo do oživenia (nielen) európskej ekonomiky najmä reálnym rastom zamestnanosti, v boji proti všetkým formám vylúčenia zo spoločnosti, v plnej zamestnanosti, ale aj v modernizácii európskeho sociálneho modelu, ktorý je založený na základnom princípe solidarity prejavujúcom sa v redistributívnej politike, v ktorej 20 % hrubého domáceho produktu sa považuje za akúsi kresťanskú konštantu (*vo krajinách mimo EÚ je to necelých cca 8 %*), aktívnej solidarite, záruke základných ľudských práv a slobôd – rešpektujúc najmä ľudskú dôstojnosť každého jednotlivca, ktorá nie je reálne možná bez práva na ochranu zdravia, práva na život, práva na rovnosť pred zákonom, atď., ako aj na univerzálne prístupnom vzdelávaní, na verejne dostupnom zdravotníctve, na priebežných dôchodkových systémoch i na riešení demografických otázok.

V dnešných dňoch na všetkých úrovniach spoločenského, vedeckého i politického života sa hľadajú východiská a odpovede na otázku, či sa podarí vybudovať spravodlivé medziľudské vzťahy, ktoré sú najvyššou prioritou ľudského života a akou cestou sa ďalej bude uberať ľudstvo nielen v osobných, rodinných, ale najmä v spoločenských vzťahoch. Bude to cesta humanizmu, pokroku, rozvoja každého jednotlivca, ľudskej dôstojnosti (*t.j.*

rešpektovanie rovnosti všetkých ľudských bytostí, ich hodnôt a potrieb), medzinárodnej spolupráce (inými slovami solidarity) na princípe sociálnej spravodlivosti (rešpektujúcej tzv. „zásadnú“ koncepciu, a nie na koncepciu „reciprocity“, sledujúc požiadavku tzv. minimálneho blahobytu pre každého člena spoločnosti bez zreteľa na podiel dobra, ktorý spoločnosti odovzdal z dôvodu, že rozdiely medzi jedincami nie sú prejavom rozdielov v ich schopnostiach, ale sú produktom trhovej ekonomiky a jej vlastníckych vzťahov a čoraz väčšieho vplyvu nadnárodných korporácií), pre spravodlivé a udržateľné zblížovanie a spoluprácu celého ľudstva (t.j. zjednotenie sveta) s cieľom sociálnej inklúzie tých najslabších a najzraniteľnejších (t.j. žien, detí, osôb v postproduktívnom veku, migrantov, osôb so zdravotným postihnutím, atď.) alebo sa naďalej presadí iba bezbrehá liberalizácia v ekonomickej, ako aj v sociálnej oblasti a dosahovanie ziskov menšiny pod rúškom konsolidácie verejných financií na úkor sociálnej oblasti ?!

V konečnom dôsledku všetko je naša voľba. Kríza je zároveň šanca návratu k rešpektovaniu a presadzovaniu „základných princípov práva“ (slobody, rovnosti, solidarity a spravodlivosti), tj. základných stavebných zákonov každej spoločnosti, národa i celého sveta (Macková, 2015, s. 169-183).

Literatúra:

1. MACKOVÁ, Z.: *Právo sociálneho zabezpečenia. Všeobecná časť.* HEURÉKA, 2009. Prvé vydanie. ISBN 978-80-89122-53-0. 161s.
2. MACKOVÁ, Z.: *Právo sociálneho zabezpečenia. Osobitná časť. Poistný systém v Slovenskej republike s príkladmi.* HEURÉKA 2012, ISBN 978-80-89122-77-6, 420s.
3. MACKOVÁ, Z.: *Základný princíp práva – sociálna (ne)spravodlivosť.* Bratislavské právnické fórum 2015 /elektronický zdroj/, Bratislava: Univerzita Komenského, Právnická fakulta, 2015, ISBN 978-80-7160-411-2. s. 169-183 /CD-ROM/.
4. POLLMANN, A. – LOHMANN, G.: *Ľudské práva.* Interdisciplinárna príručka. Kalligram, s.r.o., Bratislava, 2017, ISBN 978-80-8101-960-9, 560s.
5. *Slovník veřejného práva česko-slovenského.* Praha, Eurolex Bohemia, 2000.
6. STANEK, V. a kolektív: *Sociálna politika*, Sprint dva, Bratislava, 2008, ISBN 978-80-89393-02-2, 375s.
7. TOMEŠ, I., KOLDINSKÁ, K.: *Sociální právo Evropské unie.* 1. vydání. Praha: C. H. Beck, 2003, ISBN 80-7179-831-2, 267s.
8. TOMEŠ, I. a kolektív: *Právo sociálního zabezpečení.* Všehrd, Praha 1993, 106s.

Kontakt na autorku: JUDr. Zuzana Macková, PhD., Katedra pracovného práva a práva sociálneho zabezpečenia, Univerzita Komenského v Bratislave, Šafárikovo nám. č. 6, 810 00 Bratislava 1, e-mail: zuzana.mackova@flaw.uniba.sk.

SANKCIE V PRÍPADE PORUŠENIA LIEČEBNÉHO REŽIMU

SANCTIONS FOR VIOLATION OF THE TREATMENT REGIMEN

SILVIA TREĽOVÁ

Anotácia

Fyzická osoba uznaná za dočasne práceneschopnú je povinná dodržiavať liečebný režim, ktorý určuje ošetrojúci lekár. Dodržiavanie liečebného režimu kontrolujú zákonom ustanovené subjekty. V prípade, ak kontrola zistí porušenie liečebného režimu, osoba uznaná za dočasne práceneschopnú je zo strany príslušného orgánu sankcionovaná.

Kľúčové slová: *dočasná pracovná neschopnosť, liečebný režim, porušenie liečebného režimu, sankcie za porušenie liečebného režimu*

Annotation

Natural person who is recognized as being temporarily incapacitated is required to adhere to a treatment regimen specified by the attending physician. Compliance with the treatment regimen is controlled by the entities designated by law. Where a control body detects a violation of the treatment regimen, the temporarily incapacitated person is sanctioned by the competent authority.

Keywords: *temporary incapacity for work, treatment regimen, violation of the treatment regimen, sanctions for violation of the treatment regimen*

Úvod

Z hľadiska teórie ako aj aplikačnej praxe sa s pojmom „dočasná pracovná neschopnosť“ stretávame predovšetkým v oblasti zdravotníctva, ale aj v oblasti pracovného práva, a to v súvislosti s prekážkou v práci na strane zamestnanca (podľa § 141 ods.1 zákona č. 311/2001 Z. z. Zákonník práce zamestnávateľ ospravedlní neprítomnosť zamestnanca v práci za čas jeho dočasnej pracovnej neschopnosti pre chorobu alebo úraz), ako aj v oblasti práva sociálneho zabezpečenia v rámci sociálno-poisťovacích právnych vzťahov (podľa zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení dočasná pracovná neschopnosť je jednou z podmienok poskytovania nemocenského ako dávky nemocenského poistenia ako aj jednou z podmienok poskytovania dávok úrazového poistenia, ak táto pracovná neschopnosť vznikla v dôsledku pracovného úrazu alebo choroby z povolania). Pojem dočasnej pracovnej neschopnosti v legislatíve Slovenskej republiky nie je právne zakotvený. Dočasnou pracovnou neschopnosťou možno rozumieť „...stav, ktorý pre chorobu, úraz alebo karanténu znemožňuje poistencovi vykonávať doterajšiu poistenú činnosť“ (Gregorová a kol., 2018, s.140). Vzhľadom na slovné spojenie „dočasná pracovná neschopnosť“ možno doplniť toto vymedzenie, že sa jedná o obdobie, počas ktorého možno očakávať, že práceneschopnej fyzickej osobe sa v dohľadnej dobe obnoví jej pracovná schopnosť.

V oblasti zdravotníctva je otázka „dočasnej pracovnej neschopnosti“ legislatívne upravená v § 12a zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o zdravotnej starostlivosti“). Tento právny predpis upravuje príslušnosť lekára, ktorý posudzuje dočasnú pracovnú neschopnosť a rozhoduje o nej, upravuje jej vznik, upravuje potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti, vychádzky ako aj ďalšie otázky s tým súvisiace. Toto ustanovenie zákona o zdravotnej starostlivosti zároveň upravuje zásady uznávania dočasnej pracovnej neschopnosti v inom členskom štáte Európskej únie. Samotnú definíciu tohto pojmu nezakotvuje, a to ani v rámci základných pojmov.

Osobitný význam z hľadiska dočasnej pracovnej neschopnosti má aj zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o sociálnom poistení“), a to v súvislosti s rozsahom sociálneho poistenia, nakoľko podľa tohto zákona sociálnym poistením sa okrem iného rozumie aj nemocenské poistenie ako poistenie pre prípad straty alebo zníženia príjmu zo zárobkovej činnosti a na zabezpečenie príjmu v dôsledku dočasnej pracovnej neschopnosti.

Problematiku dočasnej pracovnej neschopnosti upravuje zákon o zdravotnej starostlivosti, v zmysle ktorého ju posudzuje a rozhoduje o nej príslušný ošetrojúci lekár, ktorý je vymedzený v § 12a tohto zákona, a to s ohľadom na spôsobilosť osoby k výkonu konkrétnej práce, s ohľadom na vplyvu práce a pracovného prostredia na jej zdravotný stav.

1. Liečebný režim

Na základe zisteného zdravotného stavu ošetrojúci lekár osobe naordinuje liečbu a určí liečebný režim v závislosti od diagnózy, priebehu ochorenia, trvania a opodstatnenosti liečby. Oba tieto pojmy sú vymedzené v § 2 zákona o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Liečbou sa rozumie vedomé ovplyvnenie zdravotného stavu osoby s cieľom navrátiť jej zdravie, zabrániť ďalšiemu zhoršovaniu jej zdravotného stavu alebo zmierniť prejavy a dôsledky jej choroby. Liečebný režim je podľa § 2 ods. 11 zákona o poskytovaní zdravotnej starostlivosti vymedzený ako životospráva osoby na podporu liečby, ktorú určuje ošetrojúci lekár. Fyzická osoba uznaná za dočasne práceneschopnú, je povinná dodržiavať určený liečebný režim.

V rámci určenia liečebného režimu, ošetrojúci lekár takúto osobu informuje o možnosti výkonu určitých denných aktivít, a to vzhľadom na aktuálny zdravotný stav, nakoľko liečebný režim závisí od povahy ochorenia. Na základe lekárom určeného liečebného režimu je osoba uznaná za dočasne práceneschopnú povinná napr. užívať predpísané lieky, riadiť sa pokynmi lekára, dodržiavať kľudový režim a oddych na lôžku, vystríhať sa všetkého, čo by mohlo nepriaznivo pôsobiť na liečenie alebo sťažovať obnovovanie pracovnej schopnosti, dostaviť sa v určený deň na lekársku prehliadku a podobne. Súčasťou dodržiavania liečebného režimu je aj dodržiavanie času vychádzok určených ošetrojúcim lekárom. Podľa § 12a ods. 6 zákona o zdravotnej starostlivosti môže ošetrojúci lekár (všeobecný lekár alebo lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodníctvo) dočasne práceneschopnej osobe povoliť (spravidla pri prvom kontrolnom vyšetrení) vychádzky vo vymedzenom čase s prihliadnutím na charakter choroby. Cez vychádzky má dočasne práceneschopná osoba právo zdržovať sa mimo svojho obydľia za účelom prechádzky,

pobytu na čerstvom vzduchu, či zadováženia si svojich základných potrieb. Na základe požiadania je oprávnený ošetrujúci lekár zmeniť čas vychádzok, zrušiť vychádzky a zo závažných dôvodov povoliť aj zmenu miesta pobytu osoby počas jej dočasnej pracovnej neschopnosti, o čom urobí záznam na potvrdení o dočasnej pracovnej neschopnosti a v zdravotnej dokumentácii tejto osoby.

Dodržiavanie liečebného režimu, resp. porušenie liečebného režimu ako pojem žiadny pracovnoprávny predpis a ani predpis v rámci práva sociálneho zabezpečenia nevymedzuje. Možno konštatovať, že za porušenie liečebného režimu sa považuje akékoľvek správanie alebo postupy v rozpore s odporúčaniami ošetrujúceho lekára.

2. Kontrola dodržiavania liečebného režimu

Kontrolu dodržiavania liečebného režimu v rámci sociálno-poistovacích právnych vzťahov upravuje zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o sociálnom poistení“). Podľa § 155 tohto zákona, kontrolu dodržiavania liečebného režimu dočasne práceneschopného poistenca, ktorý určil ošetrujúci lekár, organizuje posudkový lekár a kontroluje určený zamestnanec Sociálnej poisťovne od prvého dňa dočasnej pracovnej neschopnosti. Posudkový lekár je jednou z oprávnených osôb, ktoré môžu nahliadnuť do zdravotnej dokumentácie poistenca, čím nadobúda spôsobilosť organizovať kontrolu dodržiavania liečebného režimu poistencom. Týmto sa posudkový lekár odlišuje od zamestnávateľa, ktorý podľa § 9 ods. 4 zákona č. 462/2003 Z. z. o náhrade príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti zamestnanca a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o náhrade príjmu“) má právo vykonať kontrolu, či sa dočasne práceneschopný poistenec, ktorý je jeho zamestnancom, zdržiava na mieste určenom počas dočasnej pracovnej neschopnosti, a to v obydli zamestnanca s jeho súhlasom alebo na mieste, kde je predpoklad, že sa dočasne zdržiava. Súhlas zamestnanca sa týka povolenia vstupu do bytu alebo domu, čo vyplýva z inštitútu ochrany súkromia, teda nejde o súhlas zamestnanca na vykonanie kontroly dodržiavania liečebného režimu počas dočasnej pracovnej neschopnosti.

Zamestnávateľ vzhľadom na to, že nie je odborne spôsobilý, nekontroluje dodržiavanie liečebného režimu, ale má možnosť vykonať kontrolu určeného pobytu zamestnanca počas dočasnej pracovnej neschopnosti. Zamestnávateľ túto kontrolu môže vykonať nielen počas prvých desať dní odo dňa vzniku dočasnej pracovnej neschopnosti, kedy zamestnancovi poskytuje náhradu príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti zamestnanca, ale ako vyplýva zo zákona, počas celej dočasnej pracovnej neschopnosti.

Kontrolu dodržiavania liečebného režimu možno vykonať buď na báze fakultatívnosti alebo obligatórnosti. Dobrovoľne sa môže vykonať na podnet posudkového lekára, ošetrujúceho lekára, zamestnávateľa alebo inej fyzickej alebo právnickej osoby. Ex lege sa však kontrola vykoná vždy, ak o ňu požiada predseda súdu alebo vedúci prokurátor.

Porušenie liečebného režimu musí byť preukázané. Je potrebné, aby existoval o výkone kontroly a jej výsledku písomný dôkaz, ktorý by v prípadnom súdnom spore preukazoval tvrdenie, že osoba dočasne uznaná za práceneschopnú, porušila liečebný režim. Tvrdenie zamestnávateľa musí byť pri súdnom spore podporené napr. listinnými dôkazmi, vyhotovenou fotografiou, že zamestnanec sa nenachádza na určenom mieste, ako aj výpoveďou svedka prítomného pri vykonaní kontroly.

Pokiaľ táto osoba hodnoverne nepreukáže a nezdôvodní svoju neprítomnosť v čase kontroly, táto skutočnosť je považovaná za porušenie liečebného režimu.

Kontrolu možno vykonať hocikedy, a to aj v prvom dni dočasnej pracovnej neschopnosti. Kontroly sa vykonávajú aj v dňoch pracovného voľna - cez víkendy a v dňoch pracovného pokoja a nie je vylúčené ani opakované vykonanie kontroly.

V prípade, ak osoba vykonávajúca kontrolu dodržiavania liečebného režimu, nezastihne kontrolovanú osobu na určenom mieste, zanechá tejto osobe písomné oznámenie o svojej návšteve – spravidla na tlačive Oznámenie o vykonaní kontroly, upozorní ho o možných dôsledkoch porušenia povinnosti ako poberateľa nemocenskej dávky a taktiež ho vyzve, aby v určenej lehote odstránil nedostatky a oznámil rozhodujúce skutočnosti, ktoré sú dôležité v súvislosti s výkonom kontroly dodržiavania liečebného režimu. Vzápätí plynie lehota na vysvetlenie neprítomnosti. Ak sa zamestnanec chce vyhnúť nepríjemnostiam, musí sa čo najskôr, a to najneskôr do troch pracovných dní, prihlásiť v pobočke Sociálnej poisťovne v mieste bydliska a podať vysvetlenie, napríklad potvrdenie od lekára, u ktorého bol v čase kontroly. Z hľadiska aplikačnej praxe existujú aj diskutabilné porušenia liečebného režimu, napr., ak sa osamelá dočasne práceneschopná osoba vzdiali z určeného miesta mimo času vyhradeného na vychádzky za účelom návštevy lekára alebo zabezpečenia základných životných potrieb - nákup potravín alebo liekov. Musí ísť o odôvodnený prípad, t. j. osoba je osamelá a z objektívnych dôvodov si nemôže v čase vychádzky kúpiť potraviny alebo lieky, napr. musí cestovať do vzdialených potravín do mesta. Pri osamelo žijúcich osobách, ktorým počas práceneschopnosti nemá kto pomôcť, to Sociálna poisťovňa nezvykne hodnotiť ako porušenie jeho povinností, čo možno hodnotiť pozitívne.

Pri rozhodovaní Sociálnej poisťovne o porušení, resp. o dodržaní liečebného režimu sa každý prípad prešetruje na základe konkrétnych okolností a zistení, do úvahy sa berú vyjadrenia samotného chorého i vyjadrenia ošetrojúceho lekára. Právo rozhodnúť, či došlo, alebo nedošlo k porušeniu liečebného režimu, má však vždy Sociálna poisťovňa. „Sociálna poisťovňa upozorňuje, že v prípade kontroly dodržiavania liečebného režimu má zamestnanec spolupracovať so Sociálnou poisťovňou. Týka sa to najmä tých zamestnancov, ktorých pri kontrole dodržiavania liečebného režimu nezastihli doma. Ak práceneschopný do troch pracovných dní splní svoju povinnosť a preukáže Sociálnej poisťovni dôvody svojej neprítomnosti na adrese uvedenej na Potvrdení o dočasnej pracovnej neschopnosti, neznamená to problém. Pokuta alebo iný hmotný postih hrozí v prípade, ak zamestnanec nebude so Sociálnou poisťovňou komunikovať.“ (Sociálna poisťovňa, 2013).

2.1 Pracovnoprávne dôsledky porušenia liečebného režimu

Povinnosť dodržiavať liečebný režim vyplýva zamestnancovi z § 81 písm. d) zákona č. 311/2001 Z. z. Zákonník práce v znení neskorších predpisov (ďalej len „Zákonník práce“) v nadväznosti na § 47 ods. 1 písm. b) Zákonníka práce, kde je zakotvená povinnosť zamestnanca dodržiavať pracovnú disciplínu. Pokiaľ ide o túto povinnosť, jej osobitosťou je to, že zamestnanec ju porušuje nie v čase plnenia pracovných povinností, ale v čase trvania dočasnej pracovnej neschopnosti. Z hľadiska vecného rozsahu zabezpečenia zamestnanca počas dočasnej pracovnej neschopnosti, má zamestnanec nárok na náhradu príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti zamestnanca (ďalej len „náhrada príjmu“) a nemocenské, a to v závislosti od toho, po akú dobu je uznaný za dočasne práceneschopného. Za prvých 10

kalendárnych dní odo dňa vzniku dočasnej pracovnej neschopnosti poskytuje zamestnancovi náhradu príjmu jeho zamestnávateľ a od 11. dňa, ak táto pracovná neschopnosť aj naďalej trvá, peňažné plnenie realizuje zamestnancovi Sociálna poisťovňa formou dávky nemocenského poistenia – nemocenské. Podporná doba pre poskytovanie nemocenského je maximálne 52 týždňov odo dňa vzniku dočasnej pracovnej neschopnosti.

Dôsledky porušenia povinnosti dodržiavanie liečebného režimu sú dva. Okrem nevyplatenia náhrady príjmu, môže zamestnávateľ porušenie liečebného režimu, resp. zdržiavanie sa zamestnanca na inom mieste ako mieste určenom počas dočasnej pracovnej neschopnosti, kvalifikovať ako menej závažné porušenie pracovnej disciplíny, alebo ako závažné porušenie pracovnej disciplíny. Aj keď pojem „pracovná disciplína“ je v aplikačnej praxi často používaný, ide o pojem, ktorý legislatívne nie je vymedzený. Pracovnoprávna teória pod týmto pojmom chápe „súhrn právnych noriem upravujúcich pracovnú disciplínu, ako aj súhrn povinností zamestnanca, a v neposlednom rade dodržiavanie povinností zamestnancom“ (Barancová a Schronk, 2012). Aké skutočnosti rozhodujú o tom, kedy konanie zamestnanca sa považuje za menej závažné alebo závažné porušenie pracovnej disciplíny, môže zamestnávateľ bližšie konkretizovať v pracovnom poriadku vydanom podľa § 84 Zákonníka práce so súhlasom zástupcov zamestnancov. Skúsenosti z aplikačnej praxe potvrdzujú, že u mnohých zamestnávateľov je nedodržanie liečebného režimu zamestnancom považované za menej závažné porušenie pracovnej disciplíny. V tejto súvislosti však treba upozorniť, „že súd nie je pri posudzovaní stupňa intenzity porušenia pracovnej disciplíny viazaný tým, ako zamestnávateľ vo svojom pracovnom poriadku (alebo v inom internom predpise) hodnotí určité konanie svojho zamestnanca“ (Barancová a kol., 2017, s. 547). Je vecou súdu, aby rozhodol o akú intenzitu porušenia pracovnej disciplíny v konkrétnom prípade ide.

V prípade, ak porušenie liečebného režimu sa hodnotí ako menej závažné porušenie pracovnej disciplíny, zamestnávateľ môže s takýmto zamestnancom skončiť pracovný pomer na základe právneho úkonu, a to výpoveďou. Tento právny úkon zamestnávateľ môže uplatniť aj keď sa nejedná o sústavné menej závažné porušovanie pracovnej disciplíny. Pred uplatnením výpovede, je zamestnávateľ povinný v posledných šiestich mesiacoch písomnou formou upozorniť zamestnanca na možnosť výpovede z dôvodu menej závažného porušenia pracovnej disciplíny.

Ak porušenie liečebného režimu sa hodnotí ako závažné porušenie pracovnej disciplíny, zamestnávateľ môže so zamestnancom, ktorý takýmto spôsobom porušil pracovnú disciplínu, okamžite skončiť pracovný pomer, no aj v takomto prípade môže skončiť pracovný pomer výpoveďou.

2.2 Dôsledky porušenia liečebného režimu vo vzťahu k peňažným plneniam

Zamestnanec, povinne nemocensky poistená samostatne zárobkovo činná osoba a dobrovoľne nemocensky poistená osoba za určitých zákonom ustanovených podmienok majú nárok na nemocenské, ak boli pre chorobu alebo úraz uznaní za dočasne práceneschopných. Pokiaľ ide o vznik nároku na nemocenské, tento zamestnancovi vzniká od 11. dňa dočasnej pracovnej neschopnosti a povinne nemocensky poistenej samostatne zárobkovo činnej osobe a dobrovoľne nemocensky poistenej osobe od prvého dňa dočasnej pracovnej neschopnosti. Zamestnancovi za prvých desať kalendárnych dní od vzniku

dočasnej pracovnej neschopnosti, ak táto dočasná pracovná neschopnosť trvá, poskytuje zamestnávateľ náhradu príjmu.

Podľa § 38 zákona o sociálnom poistení poistenec nemá nárok na výplatu nemocenského odo dňa porušenia liečebného režimu určeného lekárom do skončenia dočasnej pracovnej neschopnosti, najviac v rozsahu 30 dní odo dňa porušenia liečebného režimu určeného lekárom. Ak porušenie liečebného režimu sa zistí u zamestnanca v priebehu prvých desiatich dní odo dňa vzniku dočasnej pracovnej neschopnosti, od tohto dňa sa tomuto zamestnancovi zastaví poskytovanie náhrady príjmu a nepatrí mu ani nemocenské, a to v rozsahu 30 dní odo dňa porušenia liečebného režimu určeného lekárom.

Ak porušovanie liečebného režimu sa opakuje, vylúčenie poskytovania nemocenského po istinu po dobu 30 dní odo dňa porušenia liečebného režimu sa počíta vždy od každého dňa tohto porušenia.

Porušenie liečebného režimu má sankčné dopady nielen z hľadiska sociálneho poistenia, ale aj z hľadiska zdravotného poistenia. S účinnosťou od 1. januára 2017 podľa § 9 ods. 7 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení v znení neskorších predpisov, zdravotná poisťovňa má právo uplatniť svoj nárok na úhradu nákladov za poskytnutú zdravotnú starostlivosť voči poistencovi, ak sa mu poskytla v dôsledku porušenia liečebného režimu, pričom toto porušenie musí byť preukázané.

3. Porušenie liečebného režimu u uchádzača o zamestnanie

Pojem uchádzač o zamestnanie je vymedzený v zákone č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o službách zamestnanosti). Do evidencie uchádzačov o zamestnanie sa okrem iných zákonom vymedzených prípadov nezarádi ani občan, ktorý je uznaný za dočasne práceneschopného. V prípade, ak občan požiada o zaradenie do evidencie uchádzačov o zamestnanie do siedmich kalendárnych dní odo dňa skončenia dočasnej pracovnej neschopnosti, zaradí sa do tejto evidencie, a to odo dňa nasledujúceho po skončení dočasnej pracovnej neschopnosti.

Samozrejme aj uchádzačovi o zamestnanie môže byť poskytnutý zdravotný výkon, ktorým sa na účely posudzovania zdravotnej spôsobilosti uchádzača o zamestnanie rozumie vystavenie potvrdenia o dočasnej pracovnej neschopnosti uchádzača o zamestnanie, t. j. aj uchádzač o zamestnanie môže byť uznaný za dočasne práceneschopného.

Aj v prípade uchádzača o zamestnanie však platí, že počas dočasnej pracovnej neschopnosti je povinný dodržiavať liečebný režim. Dodržiavaním liečebného režimu uchádzačom o zamestnanie počas jeho dočasnej pracovnej neschopnosti treba rozumieť zisťovanie prítomnosti uchádzača o zamestnanie počas jeho dočasnej pracovnej neschopnosti v mieste jeho trvalého pobytu alebo v mieste jeho predpokladaného pobytu. Kontrolu dodržiavania liečebného režimu uchádzača o zamestnanie počas jeho dočasnej pracovnej neschopnosti vykonáva určený zamestnanec úradu práce, sociálnych vecí a rodiny (ďalej len „úrad práce“), ktorý zistené porušenie dodržiavania liečebného režimu oznámi ošetrojúcemu lekárovi.

Porušenie liečebného režimu zakladá úradu práce povinnosť vyradiť z evidencie uchádzačov o zamestnanie uchádzača o zamestnanie, ktorý porušil liečebný režim, a to dňom zistenia tohto porušenia. Táto skutočnosť vyplýva z § 36 zákona o službách

zamestnanosti, podľa ktorého úrad práce vyradí uchádzača o zamestnanie z evidencie uchádzačov o zamestnanie aj dňom zistenia nespolupráce s úradom, pričom za nespoluprácu sa považuje aj nedodržanie liečebného režimu uchádzačom o zamestnanie počas jeho dočasnej pracovnej neschopnosti. Vyradenie fyzickej osoby z evidencie uchádzačov o zamestnanie môže mať pre túto osobu veľmi nepriaznivé dôsledky. Ako jeden z príkladov možno uviesť skutočnosť, že za túto osobu už neplatí poistné na zdravotné poistenie štát, ale priamo táto osoba sa dostáva do osobného rozsahu zdravotného poistenia a je povinná si platiť poistné na zdravotné poistenie.

Sankčný charakter porušenia liečebného režimu sa prejavuje aj v rámci systému sociálnej pomoci. Ide o systém, v rámci ktorého sa zabezpečuje fyzická osoba v prípade hmotnej núdze a nepriaznivej sociálnej situácie. Problematiku hmotnej núdze upravuje zákon č. 417/2013 Z. z. o pomoci v hmotnej núdzi a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len zákon o pomoci v hmotnej núdzi), v zmysle ktorého hmotná núdza je stav, keď príjem členov domácnosti nedosahuje sumy životného minima a členovia domácnosti si nevedia alebo nemôžu prácou, výkonom vlastníckeho práva alebo iného práva k majetku a uplatnením nárokov zabezpečiť príjem alebo zvýšiť príjem.

Osobe v hmotnej núdzi patrí dávka v hmotnej núdzi. Vo vzťahu k dávke v hmotnej núdzi sankčný charakter má § 10 ods. 3 zákona o pomoci v hmotnej núdzi, podľa ktorého sa táto dávka znižuje o sumu 61,60 eura, teda o sumu, ktorá inak patrí oprávnenej osobe, ak ide o jednotlivca bez dieťaťa. O túto sumu sa dávka zníži za každého plnoletého člena domácnosti, ktorý nie je v právnom vzťahu, zakladajúcom nárok na príjem zo závislej činnosti a nezúčastní sa na základe písomnej dohody medzi úradom a obcou, rozpočtovou organizáciou alebo príspevkovou organizáciou, ktorej zriaďovateľom je obec, alebo právnickou osobou so sídlom na území Slovenskej republiky, ktorá organizuje alebo sprostredkúva dobrovoľnícku činnosť pre inú osobu s jej súhlasom v jej prospech alebo vo verejný prospech v rozsahu 32 hodín mesačne na vykonávaní menších obecných služieb pre obec alebo rozpočtovú organizáciu alebo príspevkovú organizáciu, ktorej zriaďovateľom je obec, dobrovoľníckej činnosti, alebo prác na predchádzanie mimoriadnej situácii, počas vyhlásenej mimoriadnej situácie a pri odstraňovaní následkov mimoriadnej situácie.

Od 1. mája 2017 sankčný dopad porušenia liečebného režimu vyplýva aj z § 10 ods. 8, písm. a) zákona o pomoci v hmotnej núdzi, podľa ktorého za každého plnoletého člena domácnosti, ktorý nedodržiava liečebný režim, sa v kalendárnom mesiaci, v ktorom sa zistilo nedodržanie liečebného režimu, dávka v hmotnej núdzi znižuje o sumu 61,60 eura.

Pomoc v hmotnej núdzi okrem dávky v hmotnej núdzi sa realizuje za určitých zákonom ustanovených podmienok aj ochranným príspevkom. Aj toto peňažné plnenie, ktoré je určené na zabezpečenie osobných výdavkov člena domácnosti nepatrí plnoletému členovi domácnosti v kalendárnom mesiaci, v ktorom sa zistilo z jeho strany nedodržanie liečebného režimu.

Záver

Z poznatkov z aplikačnej praxe vyplýva, že zo strany kontrolných orgánov je dodržiavaniu liečebného režimu venovaná náležitá pozornosť. V roku 2017 bolo v Slovenskej republike Sociálnom poisťovňou vykonaných „celkovo 83 995 kontrol dodržiavania liečebného režimu, pričom v 20 631 prípadoch boli kontroly vykonané z dôvodu podozrenia z

porušenia liečebného režimu. Z tohto množstva bolo 4 358 PN-iek ukončených a poistenci boli uznaní za práceschopných. V 143 prípadoch bola poistencom z dôvodu porušenia liečebného režimu udelená pokuta.“ (Sociálna poisťovňa, 2018). Aj keď počet sankčných opatrení k počtu vykonaných kontrol relatívne nie je vysoký, ich následkom je neposkytnutie peňažných plnení, čo v mnohých prípadoch môže spôsobiť sociálnu exklúziu dotknutých osôb.

Literatúra:

1. BARANCOVÁ, H.- SCHRONK, R.: *Pracovné právo*, Bratislava: Sprint 2 s.r.o, 2012. 677 s. ISBN 978-80-89393-11-4.
2. BARANCOVÁ, H. a kol.: *Zákonník práce. Komentár*. 1. Vydanie. Bratislava: C.H. Beck, 2017, 1424 s. ISBN 978-80-896-0353-4.
3. GREGOROVÁ, Z. - GALVAS, M. - KOMENDOVÁ, J. – STRÁNSKÝ, J. – ČERNÁ, J.: *Právo sociálneho zabezpečení České republiky a Evropské unie*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, Právnická fakulta, 2018. ISBN 978-80-210-8842-9.
4. SOCIÁLNA POISŤOVŇA. *Pri kontrole PN máte tri dni na podanie vysvetlenia Sociálnej poisťovni*. Ústredie Sociálnej poisťovne informuje. [online]. 21.03.2013. [cit. 28.06.2018]. Dostupné na internete: <https://www.socpoist.sk/aktuality/55037c>
5. SOCIÁLNA POISŤOVŇA. *V roku 2017 ukončila Sociálna poisťovňa 4 358 PN z dôvodu porušenia liečebného režimu*. Ústredie Sociálnej poisťovne informuje. [online]. 20.02.2018. [cit. 28.06.2018]. Dostupné na internete: <https://www.socpoist.sk/aktuality-v-roku-2017-ukoncila-socialna-poistovna-4-358-pn-z-dovodu-porusenja-liecebneho-rezimu/48411s65572c>
6. Zákon č. 460/1992 Zb. Ústavy Slovenskej republiky v znení neskorších predpisov
7. Zákon č. 311/2001 Z. z. Zákonník práce v znení neskorších predpisov
8. Zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov
9. Zákon č. 462/2003 Z. z. o náhrade príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti zamestnanca a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov
10. Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Kontakt na autorku: JUDr. PhDr. Silvia Treľová, PhD., MHA, Univerzita Komenského v Bratislave, Fakulta managementu, Odbojárov 10, 820 05 Bratislava 25, e-mail: silvia.trelova@fm.uniba.sk.

RECENZE

PETR WEISS: PORUCHY SEXUÁLNÍ PREFERENCE**Galén, 2017, 440 s., ISBN: 978-80-74-923-104**

Nabídka kvalitních knižních titulů z oboru sexuologie byla nedávno rozšířena o další práci předního českého psychologa, zabývajícího se lidskou sexualitou, prof. PhDr. Petra Weisse, PhD., DSc., zabývající se aktuální problematikou poruch sexuální preference. Autor působí na Sexuologickém ústavu 1. Lékařské fakulty UK, na Katedře psychologie Filozofické fakulty UK, Všeobecné fakultní nemocnici v Praze a v Národním ústavu duševního zdraví v Klecanech. Jde o autora stovek prací z oblasti lidské sexuality, který formou, obsahem a úrovní zpracování recenzované publikace opět přesvědčil o své vysoké erudici. Odbornou garancí obsahu recenzované práce je nejen osoba jejího autora, ale zároveň i skutečnost, že byla prof. Weissovi Sexuologickou společností ČLS Jana Ev. Purkyně za tuto publikaci udělena Cena prof. Hynieho jako vyjádření odborného uznání a ocenění nejlepší publikace z oboru sexuologie vydané v roce 2017.

Recenzovaná publikace zahrnuje úplný přehled poznatků, které se vztahují jednak k normalitě sexuálního chování a jednak k problematice poruch sexuální preference, které byly označovány jako sexuální deviace a až poměrně nedávno byl tento termín nahrazen termínem parafilie.

Při definici sexuální normality autor vychází z definice, podle které lze ze sexuologického hlediska považovat za normální takové souhlasné sexuální aktivity, které se odehrávají mezi psychosexuálně a somatosexuálně dostatečně zdravými a pokrevně v přímé linii nespřízněnými partnery a jež nevedou k jejich psychickému nebo tělesnému poškození.

K tomuto východisku si autor recenze dovoluje poznamenat, že tedy sexuální aktivity mezi nepokrevně spřízněnými partnery na základě osvojení, jsou ze sexuologického hlediska normální a že je třeba tento fakt brát do úvahy mj. v souvislosti s aplikací ustanovení § 188 tr. zák. Tato skutečnost ovšem nebrání v jistém morálním odsouzení takového jednání.

Vnější projevy poruch sexuálních preferencí zahrnují širokou škálu aktivit od neškodného a spíše společensky obtížného či neakceptovatelného chování až po nejzávažnější trestné činy soustředěné v Hlavě III. zvláštní části trestního zákona.

V klasifikačním přehledu jsou uvedeny nejvýznamnější parafilie v objektu či aktivitě, jejichž výskyt je nejčastější. Za parafilie v objektu se považují kvalitativní poruchy sexuální motivace charakterizované neadekvátním zaměřením erotické touhy, tedy tím, na jaký objekt je orientována sexuální apetence jako je pedofilie, fetišismus či transvestitismus. Naproti tomu parafilie v aktivitě jsou charakterizovány jako poruchy ve způsobu dosahování sexuálního vzrušení a uspokojení. Sem náleží především voyeurismus, exhibicionismus, frotérismus, tušerství, patologická sexuální agresivita, agresivní sadismus, sadomasochismus, erotografomanie a další podobné poruchy.

44

Pro soudně sexuologickou praxi je významné konstatování, že parafilie a sexuálně delikventní chování nemusí spolu nijak souviset. Autor upozorňuje na zjištění, že násilnění páchají většinou muži bez přítomnosti sexuální deviace a stejně tak většina pachatelů pohlavního zneužití jsou nedelegantní osoby.

V dalších částech publikace je věnována pozornost rozdílům mezi mužskými a ženskými pachateli sexuální trestné činnosti a jsou uvedeny nejvýznamnější teorie, které vysvětlují vznik těchto poruch sexuálního chování.

Zbývající části se věnují ryze medicínským otázkám, jako je vyšetřování a diagnostikování parafiliků a jejich léčba.

Přestože by z názvu publikace bylo možno nabýt dojem, že jde o čistě medicínskou záležitost, určenou sexuologům, psychiatrům, pediatrům a dalším lékařským odborníkům, jde ve skutečnosti o cenný pramen zasvěceně zpracovaných informací, které mohou výborně posloužit i v právní praxi. Mám na mysli nejen vyšetřovatele, státní zástupce a soudce trestního i civilního úseku, ale i advokáty, mezi jejichž klientelou se osoby s poruchami sexuální preference vyskytují v nejrůznějších procesních postavení. Všem těmto a i dalším kolegům si dovoluji publikaci doporučit.

JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc.

*Ústav státu a práva AV ČR,
Univerzita Hradec Králové*

RECENZE

PAVOL KÁDEK: TRESTNÁ ZODPOVEDNOSŤ V MEDICÍNE ZA IATROGÉNNE POŠKODENIE PACIENTA**KEY Publishing s. r. o., 2017, 229 s., ISBN: 978-80-7418-287-7**

Recenzovaná kniha se velmi zevrubně věnuje trestněprávní odpovědnosti za poškození pacienta při poskytování zdravotní péče. Autor si položil poměrně ambiciózní cíl-vyplnit mezeru na trhu uceleným rozbořením problematiky. Trestní právo má být sice prostředkem ultima ratio, avšak s ohledem na to, že v souvislosti se skutečným či domnělým nedbalostním postupem lékařů a jiných zdravotnických pracovníků, je trestní oznámení nejčastěji využívaným nástrojem nápravy či alespoň opatření důkazů pro občanskoprávní řízení, je předložená publikace velmi aktuální a potřebná, jak z pohledu teorie, tak praxe.

Autor postupuje metodou výkladu od obecného ke zvláštnímu s využitím metody historického výkladu tam, kde poukazuje na vývoj určitého právního institutu. Kniha využívá i komparace právní úpravy a judikatury Slovenské a České republiky. Toto považuji za velmi potřebné, jak s ohledem na dlouholetý společný vývoj právní úpravy i rozhodovací praxe, na což autor v úvodu upozorňuje, tak i na mnohá společná vědecká bádání v oboru. Rovněž členství obou zemí v Evropské unii (EU) významně přispívá k tomu, že v rámci volného pohybu osob dochází k přeshraničnímu čerpání zdravotní péče.

Recenzovaná publikace je uvedena předmluvou autora. V úvodní partii autor vysvětluje, jaké problematice se bude věnovat a uvádí podrobně příslušné vědecké metody. Kniha je následně rozdělena do pěti kapitol.

První kapitola aplikuje obecné pojmy trestního práva a zdravotnického práva do oblasti trestných činů ve zdravotnictví. Tuto kapitolu považuji za velmi vhodnou pro praxi, neboť základní pojmy vysvětluje způsobem srozumitelným i pro právního laika.

Ve druhé kapitole se autor věnuje tématům, která jsou vždy ve zdravotnickém právu pokládána za témata kontroverzní, jako je např. euthanasie nebo účast na sebevraždě. V této partii velmi oceňuji citlivé propojení právní a etické problematiky.

Třetí kapitola, poruchové trestné činy proti zdraví pacienta, se zaměřuje mj. i na aktuální otázky odběru lidských tkání a orgánů a transplantace. Autor se nevyhýbá ani tématu ilegální sterilizace, kde zdůrazňuje zejména podmínku svobodného a informovaného souhlasu se zákrokem.

Ve čtvrté kapitole pokračuje autor v diskusi o odpovědnosti např. za šíření viru HIV nebo poškození během experimentu na člověku. Aktuální širší souvislosti trestního, zdravotnického a sportovního práva jsou vyloženy v kapitole 4. 8., která probírá neoprávněné zacházení s anaboliky nebo jinými hormonálními látkami.

Velmi oceňuji kapitolu pátou, ve které autor upozorňuje na to, že v rámci poskytování zdravotní péče dochází k páchaní i zdánlivě zcela odlišné trestné činnosti. Od května 2018, v souvislosti s přijetím General Data Protection Regulation, je ve všech členských státech EU,

velmi aktuální problematika neoprávněného nakládání s osobními údaji pacienta. Autor rovněž upozorňuje na to, že právě oblast poskytování zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění je velmi přístupná pro korupční jednání.

V závěru autor shrnuje výsledky své práce a uvádí náměty de lege ferenda.

Předloženou knihu považuji za velmi zdařilou a potřebnou, zejména pro praxi při zkoumání trestní odpovědnosti při poskytování zdravotní péče. Jakkoli ji autor primárně zaměřil na trestní odpovědnost fyzických osob, nevyhýbá se ani diskurzu o trestní odpovědnosti právnických osob, což je podstatné pro manažery ve zdravotnictví bez ohledu na jejich odbornou specializaci či původní vzdělání.

Recenzovaná publikace obsahuje přehled historické i aktuální literatury v oboru a rovněž velké množství judikatury a právních norem, a to jak slovenských, tak českých, navíc i zajímavé historické komparace a úvahy autora k danému tématu.

Knihu považuji za velmi potřebnou, protože přispívá k rozvoji medicínského práva jako vědeckého i praktického právního oboru. Recenzovaná publikace je velmi dobře využitelná pro právní i lékařskou praxi, neboť právní argumentaci a závěry autor vždy dokládá konkrétními případy z praxe a jejich právním řešením. Kniha je využitelná i jako studijní materiál pro studenty medicíny i práva, jimž určitě bude sloužit i jako podklad pro psaní kvalifikačních prací.

Doc. JUDr. Olga Sovová, Ph.D.

*Centrum zdravotnického práva Právnické fakulty
Univerzity Karlovy, Policejní akademie ČR v Praze,
katedra veřejné správy, advokátka*

Acta Iuridica Medicinae

Vedecký recenzovaný časopis krajín Vyšehradskej štvorky so zameraním na medicínske právo a bioetiku

A Visegrádi Négy országok tudományos szakértői folyóirata amely az orvosi jogra és a bioetikára helyezi a hangsúlyt

Recenzowany czasopis naukowy państw Grupy Wyszegradzkiej poświęconym problematyce prawa medycznego i bioetyki

Vědecký recenzovaný časopis zemí Visegrádské čtyřky se zaměřením na medicínské právo a bioetiku

Scientific peer-reviewed journal of the Visegrad Group with a focus on Medical Law and Bioethics

VYDAVATEĽ/ KIADÓ/ REDAKCJA/ VYDAVATEL/ PUBLISHER:

Inštitút medicínskeho práva

Sasinkova 2, 813 72 Bratislava – Staré Mesto

ISSN 2644-5093