

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

v rámci našeho tradičního letního dvojčísla bychom si dovolili věnovat se tématu, které je během roku trochu upozaděno ve vztahu k úhradovým mechanismům, regulacím, vyúčtováním a dalším překážkám, které musíme společně překonávat a to nejen v rámci olympijského roku, ale stále. Nicméně i naše dnešní téma je důležité, proto si dovolujeme využít trochy letního oddechu a blíže si jej přiblížit na těchto stránkách.

JAK ZAJISTIT ORDINACI SPRÁVNÝM POJIŠTĚNÍM – POVINNÁ POJIŠTĚNÍ, NADSTANDARDNÍ POJIŠTĚNÍ

Dle aktuálních nabídek jednotlivých pojišťoven v České republice, které se ucházejí o přízeň širokého spektra klientů a mezi nimi i poskytovatelů zdravotních služeb, mohou poskytovatelé využít pojištění nemovitých objektů (budov a jejich součástí), movitých předmětů – vybavení ordinace (nábytku, zásob léků, přístrojů atd.), skla (oken, vitrín, světelných reklam atd.), peněz a cenin při přepravě, zisku a nákladů v případě přerušení provozu (přerušení provozu při nemoci, úrazu, karanténě, živelní škodě na majetku či odcizení) nebo odpovědnosti za újmu (vyplývající z provozu ordinace, včetně odpovědnosti za újmu vyplývající z vlastnictví nemovitosti, odpovědnosti za újmu na odložených věcech zaměstnanců nebo pacientů, na předmětech převzatých a užívaných, náklady zdravotní pojišťovny a orgánu nemocenského pojištění). Co z toho je pro poskytovatele skutečně vhodné, resp. dokonce nezbytné?

Na problematiku pojištění v ordinaci je možné se dívat z více úhlů. Bráno pohledem „civilním“, na který jsme zvyklí i ze svých domácností, se bude jednat o pojištění ordinace a zejména jejího vybavení proti škodám způsobeným jak živly, tak působením, ať již zaviněným či nezaviněným, ze strany třetích osob. Touto formou pojištění, kterou můžeme sjednotit pod pojem pojištění majetku, a kterou považujeme za významnou, se budeme blíže zabývat v následující části našeho textu. Dalším možným pohledem je pojištění příjmů v situaci, kdy se poskytovatel, zpravidla z důvodů zdravotních, ale často i jiných, stane práce nezpůsobilým, což však v praxi nebývá reflektováno z hlediska nutnosti kontinuálního hrazení pravidelných výdajů spojených s provozem ambulance, jakož i výdajů soukromého rázu. I to je však problematika, která není z hlediska provozování ordinace specifická či jinak řečeno, klíčová. **Za nejvýznamnější oblast ve smyslu obecného pojetí pojištění ordinace považujeme pojištění (profesní) odpovědnosti poskytovatele za škody či jinak řešeno újmu na právech třetích osob, které byly způsobeny v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb pacientům.**

Je skutečností, že v současnosti narůstá četnost soudních sporů mezi pacienty a poskytovateli zdravotních služeb, týkajících se především žalob o náhradu škody a náhradu nemajetkové újmy, žalob na ochranu osobnosti, stejně jako žalob z důvodů nedostatku informací či nedostatečného informovaného souhlasu.

Zákon č. 89/2012 Sb., (nový) občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů (dále též jen „občanský zákoník“) stanoví, že při újmě na přirozených právech člověka ve smyslu ustanovení § 2956 občanského zákoníku je škůdce povinen **odčinit škodu i nemajetkovou újmu, kterou svým jednáním způsobil;** jako nemajetkovou újmu odčiní i způsobené duševní útrapy. **Zákonný rámec pro poskytování náhrady ve vztahu ke zdravotním následkům nemateriální povahy je obsažen v § 2958 občanského zákoníku, podle kterého při ublížení na zdraví (ve sféře zdravotnictví zpravidla neúmyslném) odčiní škůdce újmu poškozeného peněžitou náhradou, vyvažující plně vytrpěné bolesti a další nemajetkové újmy, jako kupříkladu ztížení společenského uplatnění. Pevná výše náhrad pro konkrétní případy není dnes v žádném právním předpise stanovena, měla by se vždy určit podle zásad slušnosti, přičemž je ponechán značný prostor pro úvahu soudu. **V souvislosti s přijetím nového občanského zákoníku byla zrušena vyhláška č. 440/2001 Sb., o odškodnění bolesti a ztížení společenského uplatnění (dále jen „vyhláška“) s odůvodněním, že soudní praxe by se měla oprostit od striktních limitů, které nemohou reflektovat rozmanitosti konkrétních případů, u nichž se náhrada způsobené újmy řeší. Pro postup při odškodnění bolesti a ztížení společenského uplatnění dle ust. § 2958 občanského zákoníku, které je vystavěno na zásadě plného odčinění nemajetkových újem na zdraví, resp. na určení výše náhrady podle zásady slušnosti, však vypracoval Nejvyšší soud ČR ve spolupráci s odbornou veřejností Metodiku pro odškodňování nemajetkových újem. Tato Metodika nemá a nemůže mít závazný charakter, je však pomůckou k naplnění zásady slušnosti ve smyslu § 2958 občanského zákoníku. Nejvyšší soud všem obecným soudům, které náhrady škody řeší „v první linii“, doporučuje, aby ji při rozhodování ve sporech o náhradu za bolest a ztížení společenského uplatnění podle § 2958 občanského zákoníku využívaly a v rozhodnutích zdůvodnily svůj postup podle pravidel v ní stanovených. Jak z hlediska zajištění odborného přístupu k rozhodování ve věcech odškodnění bolesti, tak s ohledem na požadavky obsažené v ust. § 13 občanského zákoníku, dle kterého každý, kdo se domáhá právní ochrany, může důvodně očekávat, že jeho právní případ bude rozhodnut obdobně jako jiný právní případ, který již byl rozhodnut a který se s jeho právním případem shoduje v podstatných znacích, příp. byl-li právní případ rozhodnut jinak, má každý,****

kdo se domáhá právní ochrany, právo na přesvědčivé vysvětlení důvodu této odchylky, lze využít dosavadní zkušenosti z aplikace vyhlášky.¹

Co z právě uvedeného pro poskytovatele vyplývá? Přinejmenším to, že horní hranice náhrady škody přiznané v konkrétním případě soudem, je opět o něco více „otevřená“ a lze tak předpokládat, že přisouzené částky z titulu náhrady škody budou nadále růst.

S ohledem na shora uvedené je pro ochranu poskytovatele zdravotních služeb klíčová **otázka vhodného a především spolehlivého pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb.**

Jelikož se poskytování zdravotních služeb dotýká lidského života a zdraví, **povinnost uzavřít pojistnou smlouvu o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, a to v rozsahu, v jakém lze rozumně předpokládat, že by poskytovatele zdravotních služeb mohla taková odpovědnost postihnout, poskytovateli ukládá** ust. § 45 odst. 2 písm. n) zákona č. 372/2011 Sb., **zákon o zdravotních službách**, ve znění pozdějších předpisů. Pojištění musí trvat po celou dobu poskytování zdravotních služeb a kopii pojistné smlouvy je poskytovatel povinen zaslat příslušnému správnímu orgánu nejpozději do 15 dnů ode dne zahájení poskytování zdravotních služeb.

Důležitějším tématem, než samotná výše limitu pojistného plnění, by pro poskytovatele měl být předně **výběr** takového **pojistitele a takového pojistného produktu**, u kterého bude možné konstatovat, že nabídnuté **pojistné podmínky nejsou pro poskytovatele rizikovými** a nezakládají důvodnou pochybnost o tom, že v případě vzniku pojistné události pojišťovna neposkytne pojistné plnění s odkazem na (zpravidla dobře ukrytou) výluku obsaženou ve složitých pojistných podmínkách, či dalších souvisejících dokumentech, které podpisem pojistné smlouvy poskytovatel svým prohlášením v rámci pojistné smlouvy obsaženým akceptoval. V této souvislosti lze nabídnout univerzální doporučení spočívající v tom, že poskytovatel by neměl uzavírat pojistnou smlouvu, jejímuž obsahu nerozumí či jejíž obsah je tak rozsáhlý a nepřehledný, že se v něm nedá jednoduše orientovat. Je třeba mít na paměti, že uzavření pojistné smlouvy je výrazem vůle dvou rovnoprávných a v době podpisu smlouvy i stejně „silných“ stran, kdy ani jedna strana nemůže druhou stranu nutit k uzavření smlouvy za nevýhodných podmínek. Proto doporučujeme v takovém okamžiku využít pojistného makléře, kterému důvěřujete, případně, obrátit se na právníka, který by měl být schopen riziková místa v návrhu pojistné smlouvy odhalit. Pro lékaře je dále k dispozici podpora jejich stavovské organizace – České lékařské komory, která nabízí podporu při uzavření pojistné

¹ Příloha 1. vyhlášky byla podrobena revizi odborných lékařských společností a s přihlédnutím k jejich doporučením byl vypracován nový přehled bodového ohodnocení bolesti, který nastavuje pozměněné proporce mezi jednotlivými bolestivými stavy.

NEWS

Newsletter pracovní skupiny OSDA

7–8/2016



smlouvy s pojišťovnou, která své pojistné podmínky co nejvíce přizpůsobila požadavku lékařského stavu.

Co se týká částky, na kterou rizika vyplývající z odpovědnosti poskytovatele pojistit, zde platí, že limit pojistného plnění nelze paušalizovat, vždy záleží na příslušné specializaci zdravotních služeb. Zcela jistě větší „okamžitá“ rizika budou spojena s invazivními obory, které představují přímý aktivní zásah poskytovatele do organismu pacienta. V takovém případě škodní událost a příčinná souvislost mezi jednáním poskytovatele a vzniklou újmu bude víceméně zřejmá a tedy i podmínky poškozeného své nároky s úspěchem uplatnit u soudu budou lepší. Na druhou stranu i neinvazivní obory, u kterých vznik škody bude souviset primárně s „opomenutím“ či spíše obecněji s neposkytnutím adekvátní zdravotní služby, případně s chybnou diagnózou či indikací nesprávného léčebného postupu (či preskripce), jsou rizikem vzniku škody dotčeny a je třeba s takovou situací počítat. Přístupíme-li k diskusi o konkrétní výši pojistného plnění, na které pojistnou smlouvu uzavřít, dovolíme si s výhradou nezbytné individualizace obor od oboru konstatovat, že **pojištění menší než ve výši kolem 5-ti milionů korun je na místě vyhodnotit jako nedostatečné až rizikové.** Kolik je však ta správná výše pojistky pro praxi konkrétního lékaře bude vždy těžké odhadnout; lepší podmínky pro toto rozhodování nastanou až poté, kdy budeme disponovat bohatší rozhodovací praxí soudů aplikujících novou právní úpravu v této oblasti.

Bude-li mít poskytovatel uzavřenu adekvátní pojistnou smlouvu, může pak naplnění jejího účelu zabránit i nesprávné jednání poskytovatele v okamžiku, kdy ke vzniku pojistné události dojde a je tak na místě očekávat úhradu vzniklé újmy z uzavřené pojistky. V té souvislosti je třeba mít na paměti případné právo pojišťovny odmítnout pojistné plnění. Může se tak stát v případě, že pojištěný bez předchozího souhlasu pojišťovny uzná, ať už výslovně či mlčky, svoji odpovědnost, anebo v případě, že opomene pojišťovně vzniklou pojistnou událost ohlásit. Doporučuje se, aby zamýšlené mimosoudní vyrovnání s poškozeným proběhlo za přítomnosti pojistitele, který by uzavření takové dohody stvrdil svým podpisem. Poskytovatel bude mít následně jistotu, že náhrada škody bude uhrazena z uzavřené pojistky.

I na tato rizika je tak třeba pamatovat.

POJIŠTĚNÍ MAJETKU

Jednou z povinností poskytovatele zdravotních služeb při podání žádosti o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb příslušným krajským úřadem, je disponovat ordinací vybavenou odpovídajícími

prostředky zdravotnické techniky, nábytkem a dalším majetkem v souladu s hygienickými, věcnými a technickým požadavky, vyplývajícími především z vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, a vyhlášky č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, ve znění pozdějších předpisů.

Mezi majetek poskytovatele zdravotních služeb se tak vedle případného nemovitého majetku (vlastní ordinace – nebytový prostor) řadí vybavení ordinace, zásoby a materiál potřebný ke každodennímu poskytování zdravotních služeb, léky pro akutní pomoc, kancelářský materiál, ale také počítače, tiskárny, automobil, software pro vedení dokumentace a zpracování laboratorních výsledků, jakož i další movitý majetek.

Účelem pojištění majetku je ochrana majetku před nepředvídatelnými událostmi, což je velmi důležité právě v případě majetku poskytovatele zdravotních služeb, který je zpravidla z většiny tvořen finančně nákladným a technologicky náročným přístrojovým vybavením, a měl by proto být pokryt vhodným a spolehlivým pojištěním. Důležitá je správná volba nejen pojistného produktu, ale také vhodného spektra a nastavení krytí pojistných rizik, rozsahu a limitů plnění u asistenčních služeb a v případě pojištění majetku také výše pojistné částky, která by měla být aktualizována podle nárůstu či poklesu hodnoty pojištěného majetku, a volba spoluúčasti.

Pojištění majetku poskytovatele zdravotních služeb lze zpravidla sjednat na tato pojistná nebezpečí:

- poškození či zničení věcí živelní událostí - požár, výbuch, úder blesku, zřícení letadla, aerodynamický třesk, pád předmětu, náraz dopravního prostředku, působení kouře, povodeň, záplava, vichřice, krupobití, tíha sněhu, námrazy, sesuv půdy, zřícení skal, zeminy nebo laviny, zemětřesení, kapalina unikající z vodovodních zařízení;
- odcizení krádeží s překonáním překážky nebo loupeží, vandalismu, tj. úmyslného poškození nebo zničení věci;
- rozbití skla včetně snímačů zabezpečovacího zařízení, fólií, nápisů z jakékoliv příčiny;
- poškození nebo zničení elektronického či strojního zařízení z jakékoliv příčiny;
- odcizení přepravovaných vlastních peněz a cenin při loupežném přepadení nebo dopravní nehodě;
- přerušení provozu ordinace - z důvodu buď pracovní neschopnosti lékaře, nařízené karantény nebo živelní škody či odcizení.

Lze zcela jistě doporučit uzavření pojistné smlouvy pokrývající všechna zmíněná rizika, samozřejmě s přihlédnutím ke konkrétním podmínkám na místě, kde se pojištěný majetek nachází.

Z hlediska právní úpravy, tato vyplývá zejména z ustanovení §§ 2849 až 2855 občanského zákoníku. Za zmínku stojí úprava ust. § 2850 občanského zákoníku, dle kterého, je-li matek pojištěn jako soubor věcí (například vybavení ordinace), vztahuje se pojistná částka (horní limit pojistného plnění) k celému takovému souboru, eventuální škody na jednotlivých věcech tvořících pojištěný soubor, přesahující limit platný pro celý soubor, proto nebudou kryty; při uzavírání pojistky je tak třeba toto riziko vzít v potaz. V souladu s ust. § 2851 občanského zákoníku pak platí, že v případě škodní události na majetku je třeba se zdržet oprav či odstraňování škod až do vyjádření souhlasu pojišťovny, případně do uplynutí doby sjednané v pojistné smlouvě, a není-li taková doba sjednaná, do uplynutí doby přiměřené okolnostem případu; to neplatí v případě, kdy odstranění škody je nezbytné s ohledem na bezpečnost či ochranu zdraví apod. Zákon dále v ust. §§ 2853 a 2854 řeší otázku tzv. přepojištění či podpojištění majetku – v případě přepojištění, kdy pojistná částka převyšuje reálnou hodnotu majetku, lze doporučit úpravu pojistky tak, aby pojistná částka odpovídala hodnotě reálné, to samozřejmě při současném snížení pojistného (jde zejména o situace, kdy nákladné přístroje svým opotřebením ztrácejí na hodnotě a je tak zbytečné hradit pojistné ve výši, která neodpovídá možné výši pojistného plnění). V případě podpojištění, tedy v situaci, kdy pojistná částka je nižší než pojistná (reálná) hodnota pojištěného majetku, zákonodárce sankcionuje pojištěného, který na takovou situaci nereaguje, tím, že stanovuje snížení pojistného plnění ve stejném poměru, v jakém je reálná hodnota majetku k pojistné částce; smluvní strany se však mohou dohodnout, že se tato „sankce“ nepoužije.

Z výše uvedeného je patrné, že poskytovatel by měl věnovat vždy velkou pozornost tomu, jaké pojistné částky a jaká pravidla pro jejich výplatu pojišťovny nabízejí a nespokojit se s prvním návrhem pojistné smlouvy, který může být v souladu s platnou právní úpravou, ale nemusí již být výhodný pro konkrétního poskytovatele.

Děkujeme Vám za Vaši přízeň a přejeme Vám krásné letní měsíce.

S úctou a pozdravem.

Pracovní skupina OSDA
pracovni.skupina@dacr.net