

**Univerzita Karlova v Praze**

FILOZOFICKÁ FAKULTA

Katedra sociální práce

**Pavčina Štěpánová**

Práva pacientů, jejich definice a dodržování  
v České republice

Patients' rights, their definition and their  
observance in the Czech Republic

*Bakalářská práce*

Praha 2009

Autor práce: Pavlína Štěpánová

Vedoucí práce: Prof. JUDr. Igor Tomeš, CSc.

Oponent práce: Mgr. Anna Šabatová, Ph.D

Datum obhajoby: 2009

Hodnocení:

## **Bibliografický záznam**

ŠTĚPÁNOVÁ, Pavlína. *Práva pacientů, jejich definice a dodržování v České republice*. Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra sociální práce, 2009. 87 str. Vedoucí bakalářské práce Prof. Judr. Igor Tomeš, CSc.

## **Anotace**

Bakalářská práce „Práva pacientů, jejich definice a dodržování v České republice“ pojednává o právech pacientů obecně. Velká část práce se zabývá jednotlivými dokumenty, které zakotvují práva pacientů. Zabývá se také jejich právní závazností a vztahem k zákonu. Pojednává také o vztazích lékař - pacient a sestra - pacient. Součástí práce je několik případů porušení práv pacientů a neetické pokusy posledních desetiletí.

## **Annotation**

The bachelor thesis „Patients' rights, their definition and their observance in the Czech Republic“ deals with patients' rights generally. Each documents, which involve patients' rights are big part of this bachelor thesis. Bachelor thesis is also about their legal liability and their relation to the law. It also deals with relationships between doctor - patient and nurse - patient. Bachelor thesis includes some cases of infringement of this patients' rights and unethical advances of the last decade.

## **Klíčová slova**

Lékař. Pacient. Práva pacientů. Úmluva o biomedicině. Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě. Etický kodex práv pacientů. Informovaný souhlas. Sterilizace.

## **Keywords**

Doctor. Patient. Patients' rights. Convention on Human Rights and Biomedicine. Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe. Ethics code of Patients' rights. Informed Consent. Sterilization.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK.

V Přerově dne 14.7.2009

Pavλίna Štěpánová

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala všem, kteří mi byli oporou při psaní této práce, tj. především jejímu vedoucímu Prof. Judr. Igoru Tomešovi, CSc. a všem ostatním, kteří se mnou byli ochotni tuto problematiku diskutovat.

## Obsah:

Úvod.....	9
<b>1. Problémy a úskalí ve vztahu mezi lékařem a pacientem..</b>	<b>11</b>
1.1 Typy vztahů mezi lékařem a pacientem.....	11
1.2 Asymetrie ve vztahu mezi lékařem a pacientem.....	14
1.3 Vztah mezi sestrou a pacientem.....	16
<b>2. Mezinárodní uznání práv pacientů.....</b>	<b>18</b>
2.1 Historie zdravotnictví.....	18
2.1.1 Pravěk.....	18
2.1.2 Starověk.....	18
2.1.3 Středověk.....	20
2.1.4 Novověk.....	22
2.2 Organizace spojených národů (OSN).....	23
2.3 Světová zdravotnická organizace (WHO).....	26
2.4 Světová lékařská asociace (WMA).....	28
2.5 Rada Evropy.....	30
2.5.1 Úmluva o lidských právech a biomedicíně.....	31
2.6 Vývoj práv pacientů v mezinárodním měřítku.....	33
2.6.1 Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě...37	
<b>3. Reflexe mezinárodní úpravy práv pacientů v českém právu .....</b>	<b>41</b>
3.1 Etický kodex práv pacientů.....	41
3.2 Česká lékařská komora.....	43
3.3 Právní závaznost práv pacientů.....	44
3.4 Strategie na posílení práv pacientů.....	47
<b>4. Praxe porušování právního rámce.....</b>	<b>49</b>
4.1 Nezákonné sterilizace.....	49
4.2 Zdravotnická dokumentace.....	52
4.3 Neetické pokusy posledních desetiletí.....	54
<b>Závěr.....</b>	<b>59</b>
<b>Resumé.....</b>	<b>61</b>
<b>Summary.....</b>	<b>63</b>
<b>Seznam použité literatury.....</b>	<b>65</b>

Seznam příloh.....	70
Přílohy.....	71

## Úvod

V dnešní době je ochrana lidských práv neodmyslitelnou součástí každého demokratického státu. Existuje ve světě řada důležitých organizací, které se ochranou lidských práv zabývají. Jednou z nich je např. Organizace spojených národů, která definovala lidská práva jako „(...) ta práva, která jsou neodmyslitelně spojená s naším životem a bez nichž bychom nemohli žít plnohodnotný život. Lidská práva patří všem lidem bez rozdílu, protože vychází z principu rovnosti (...) (United Nations, 2005). Občanská práva a svobody jsou základní hodnoty, které musí být také důsledně chráněny legislativou. Občan má právo na nedotknutelnost osoby, právo na soukromí a právo svobodně rozhodovat o své osobě. K základním lidským právům patří také právo na život a právo na zdravotní péči (Listina základních práv a svobod, 1992). Jedná se o práva, která jsou uplatňována i v oblasti zdravotnictví při poskytování zdravotní péče. Cílem této práce je zabývat se oblastí medicínského práva a shrnout veškerá práva, díky kterým vznikají pacientům v nemocnicích určité nároky. Myslím si, že jen málokdo zná všechna svá lidská práva, a ještě méně lidí svá patientská práva. Já sama jsem neměla před psaním této práce a celkově zabýváním se tímto tématem o svých právech jako pacienta mnoho znalostí.

Tato práce je především prací teoretickou. V podstatě je obecným teoretickým shrnutím práv pacientů a nespécializuje se na žádnou konkrétní cílovou skupinu. Praktická část této práce se zabývá konkrétními případy, kdy došlo k porušení práv pacientů. Jelikož tato práce neobsahuje žádný výzkum, čerpala jsem zde především ze zpráv Veřejného ochránce práv, Ligy lidských práv a výroků soudů.

Cílem této práce je shrnout práva pacientů, zabývat se jejich právní závazností, poukázat také na problémy ve

vztahu mezi lékařem a pacientem a ukázat, že ne vždy jsou práva pacientů dodržována.

# 1. Problémy a úskalí ve vztahu mezi lékařem a pacientem

Všeobecně se pod vztahem lékař - pacient rozumí: *"Souhrn sociálních podmínek a způsobů jednání ve vzájemném působení mezi lékařem a pacientem a vztah lékaře k předmětu své činnosti"* (Bártlová, 2005, s.120). Tento vztah je ve vyspělých státech zkoumán již od 50. let 20. století a výzkum pacient - lékař patří ke klíčovým výzkumům sociologie medicíny (Bártlová, 2005).

Vztah lékař versus pacient (z hlediska zdravotníků) a trpící chudák versus lékař (často z hlediska pacientů) je častým problémem a úskalím v oblasti zdravotnictví. Ať jsou zdravotnické služby placené nebo zdarma, ať jsou soukromé nebo veřejné, ať za služby platí pacient nebo zdravotní pojišťovny, žádný z dvojice by neměl mít navrch. Ve skutečnosti jsou si právně rovni. Fakticky to tak ale nefunguje. V současné moderní medicíně by mělo být normální a nezbytné, aby oba zúčastnění partneři maximálně spolupracovali jako rovnocenné osoby. Bez dobré vůle, trpělivosti a i laické zasvěcenosti pacienta to nefunguje a bez odbornosti, trpělivosti a lidského přístupu lékaře už vůbec ne (Ventura, 2008). Je ovšem takovýhle ideální vztah realitou nebo jen sladkou hudbou budoucnosti?

## 1.1 Typy vztahů mezi lékařem a pacientem

Bártlová (2005) tvrdí, že pokud má být léčení úspěšné, vyžaduje to aktivní účast nemocného a partnerský vztah mezi lékařem a pacientem. Charakteristiku tohoto vztahu můžeme najít u Stewarta a Roteru (Bártlová, 2005), kteří podle stupně kontroly z lékařovy a pacientovy strany vymezili

čtyři typy interakčních vztahů. Jako první uvádí **paternalistický vztah**, kde lékařova kontrola je vysoká a pacientova poměrně nízká. Druhým typem vztahů je **vztah partnerský** (nebo vzájemný), kde kontrola u lékaře i pacienta je vysoká - oba přinášejí do interakce vlastní poznatky. Lékař se na interakci podílí klinickými znalostmi a zručnostmi, pacient vlastní interpretací choroby, zkušenostmi, očekáváním, pocity. Základ tohoto vzájemného vztahu tvoří výměna názorů. Ve třetím typu, **konzumentském**, aktivně dominuje lékař. Lékař je závislý na přání pacienta v důsledku svého finančního zabezpečení. Tento typ vztahu vzniká v podmínkách tržní konkurence. Ve čtvrtém typu vztahu převažuje nízká kontrola jak ze strany lékaře, tak i pacienta. Tato **zanedbaná, nevýrazná interakce** znamená, že lékař redukuje svou kontrolu po dobu konzultace s pacientem a pacient je bojácný při vyjednávání.

Podle Sasze, Knoffa a Holandra (Bártlová, 2005) existují zase jiné tři typy vztahů mezi lékařem a pacientem. Je to:

- 1) Vztah **aktivita - pasivita**, kdy pacient se chová pasivně, není sám schopen jednat, reagovat, odpovídat, zatímco lékař je ten aktivní. V praxi je to situace, kdy pacient je v šoku, kómatu, deliriu apod. Vztah lékaře k pacientovi zde můžeme přirovnat ke vztahu rodiče k bezmocnému kojenci.
- 2) Vztah **vedení - spolupráce**, kdy se pacient podílí na procesu svého uzdravování. V tomto vztahu lékař působí na nemocného tak, aby aktivně spolupracoval na svém uzdravení v rozsahu svých rozumových schopností. Lékař v tomto vztahu má pacienta odborně vést k účelnému jednání za jeho spoluúčasti. V praxi se jedná např. o případy akutních infekčních onemocnění a tento vztah můžeme přirovnat ke vztahu mezi rodičem a dospívajícím dítětem. Postavení pacienta je zde vyjádřeno slovy: "Řekněte mi, co mám dělat,

*a já budu poustupovat podle vašich rad"* (Bártlová, 2005, s. 121). Tento vztah je zatím u nás nejrozšířenější. Na první pohled se může zdát, že je tento vztah o něco demokratičtější, než předchozí, avšak obsahuje mnoho prvků paternalismu, protože nemocný je zde v roli závislého, méně odpovědného člověka.

3) Vztah **vzájemné participace**, kdy lékař je průběžně rádcem pacienta a snaží se o to, aby si pacient byl schopen pomoci sám. Tento vztah se nejčastěji týká chronických onemocnění, kdy jsou důležité pravidelné konzultace mezi lékařem a pacientem. V praxi se to týká např. léčení cukrovky apod. Tento vztah můžeme přirovnat ke vztahu dospělého člověka k jinému dospělému člověku.

V současné medicíně se zdůrazňuje, že by měl fungovat vztah vzájemné participace. Vztah paternalistický by se měl nahrazovat vztahem partnerským. Paternalistický vztah prošel od 60. let velkou proměnou, která souvisí se změněným obrazem nemocí, s nárůstem chronologických a civilizačních nemocí často s nepřehlednou etiologií<sup>1</sup>, vázanou na životní styl člověka a celé společnosti. To vedlo lékaře k tomu, aby v rámci úspěšnosti léčby aktivně zapojili pacienta do procesu léčby. Tak se z autoritativního lékaře, který vydává „rozkazy“, co má a nemá pacient dělat, stává vedoucí týmu, který kontroluje, doporučuje, radí. Také pacient už není jen objektem léčby, ale plně se angažuje a účastní v léčebném procesu. Svě nemoci má tak šanci porozumět a to, jak ji vnímá, jak ji prožívá, jak ji rozumí má velký význam při sestavování diagnózy a volbě terapie (Bártlová, 2005).

Podle Berana (1997) je navíc tento vztah partnerství pro určité skupiny pacientů daleko přínosnějším. Ukázalo

---

<sup>1</sup> Etiologie - (med.) nauka o příčinách vzniku nemocí, původ onemocnění (online, slovník cizích slov, 25.5.2009)

se, že např. někteří hypertonici<sup>2</sup> jsou velmi citliví na míru asymetrie vztahu. Pokud je lékař příliš dominantní a autoritativně rozhoduje a dává pokyny bez vysvětlení, vzbuzuje u pacientů skrývanou agresi a agresivní pocity vedou ke zvyšování hodnot krevního tlaku. Podle něj tento nebo obdobný mechanismus můžeme předpokládat i u jiných skupin nemocných.

## **1.2 Asymetrie ve vztahu mezi lékařem a pacientem**

Je však možné, aby takhle ideálně fungoval vztah mezi lékařem a pacientem? Aby paternalismus vystřídalo partnerství a aby vztah lékař - pacient byl symetrický?

Podle Haškovcové (2007, s.21) „vztah mezi lékařem a pacientem byl, je a bude asymetrický, prostě proto, že lékařovo mimořádné vzdělání zakládá i jeho výsostné a prestižní postavení, charakteristické mj. značnou mocí (nad pacientem)“. Už staří Řekové si byli vědomi takové asymetrie i skutečnosti, že ten, kdo má větší moc, musí nést také větší odpovědnost v podobě nemalých povinností. Proto už Hippokratova přísaha byla koncipována jako neontologický kodex, kde byly jednoznačně určeny povinnosti lékaře vůči pacientům, kolegům a veřejnosti. V současné době můžeme tedy hovořit o asymetrii (Haškovcová, 2007).

Také podle Berana (1997) je lékařovo postavení vždy dominantnější. Stupeň asymetrie se podle něj ale může lišit v jednotlivých případech a ty závisí hlavně na dvou faktorech - faktorech objektivních, které spočívají na závažnosti pacientova stavu, a faktorech subjektivních, které spočívají na vzájemných pocitech. Jevy subjektivní povahy, které jsou součástí interakce mezi pacientem a

---

<sup>2</sup> Hypertonici – lidé trpící zvýšeným krevním tlakem (online, slovník cizích slov, 2.6.2009)

lékařem a tvoří základ vzájemného vztahu (pocity, dojmy, představy) by lékaři neměli podceňovat nebo je dokonce neodmítat u sebe samotných nebo jejich pacientů.

V souvislosti s nepřehlédnutelným nárůstem celé řady nejruznějších práv pacientů (kterými se budu v následujících kapitolách podrobně zabývat) bývá často a živě diskutována také otázka, zda tím vlastně nedochází k výrazné asymetrii jiného typu, totiž toho, že pacienti mají „příliš mnoho práv“ a lékaři, případně další členové ošetřujícího týmu, žádná. Je nepochybné, že všechna formulovaná práva mají být doplněna povinnostmi, a to na straně lékařů i pacientů. Vyváženost práv a povinností na obou stranách pak zakládá náležitý právní i společenský vztah mezi každým lékařem a každým pacientem (Haškovcová, 2007). L. Vondráček (v Haškovcová, 2007, s.21) tvrdí, že: *„Neustálá preference práv, v našem případě práv pacientů, a zdůrazňování pouze povinností zdravotnických pracovníků vůči pacientům, vede k deformaci tohoto vztahu s pocitem bezpráví a subalterního postavení na straně zdravotnických pracovníků a s pocitem určité nadřazenosti a bezbřehých práv, kterým zdravotnický pracovník musí vždy a ve všem vyhovět a v žádném případě nesmí pacienta omezovat, i když za péči nese plnou zodpovědnost“*. Doplnuje tak, že vztah lékaře upravují nejen právní, ale také etické normy. Lékaři tedy mají mít svá práva, zejména ve smyslu zaměstnaneckých a stavovských práv. Vůči nemocným však vždy především ponese značný balík povinností. Je tedy zcela zapotřebí trvale usilovat o fakticky vyvážený stav práv a povinností na jedné (lékařově) i na druhé (pacientově) straně, reflektovat také to, že i při formální a věcné vyváženosti práv a povinností a důsledném budování partnerského vztahu mají a vždy budou mít lékaři převahu už kvůli tomu, že mají specializovanou vzdělanost (Haškovcová, 2007).

### 1.3 Vztah mezi sestrou a pacientem

Důležitou roli pro pacienta hraje také zdravotní sestra. Sestra obvykle mívá s pacientem častější a užší kontakt než lékař. Pomáhá pacientovi v nejrůznějších směrech, jako je např. plnění jeho základních biologických potřeb (např. jídlo, pití, osobní hygiena apod.) nebo obstarává jeho osobní přání a potřeby. Sestra také nahrazuje společenské vztahy. Je jediná v pravidelném styku s pacientem, je spojkou se světem, se zdrojem informací, je „strážkyní zájmů pacientů“. Je také prostředníkem ve vztahu mezi lékařem a pacientem. Pomáhá vytvářet v pacientovi důvěru k lékaři, což je částí její odpovědnosti. Pro nejlepší terapeutické výsledky je dobré, aby vztah lékař - sestra - pacient byl harmonicky integrovaný (Bártlová, 2005, s.141). Důležitou vlastností sestry je také umět komunikovat s pacientem. Podle Bullougha (1990) by sestry měly být schopné vést s pacienty perspektivní rozhovor a být přizpůsobivé a flexibilní.

Častokrát se ale s takovými „vzornými“ sestrami nesetkáme a vztah sestra - pacient je poněkud konfliktní. Ne vždy je to ale vina sestry. Role pacienta je vždy více či méně spojena s konfliktními situacemi. Mnohdy tyto potíže vyplývají z rozkolu jednání - v jeho rolích. Pacient bývá před nemocí zaměstnaný, nezávislý a schopen sám o sobě rozhodovat. V nemocnici nebo jiném zdravotnickém středisku je pak nemocný a závislý a musí poslouchat nařízení, což se mu nelíbí a dává to najevo. Častým problémem je také realizace vlastní role sestry ve vztahu k pacientovi, kdy sestra neplní svou roli ve vztahu k pacientovi. Jen vzácně se vyskytuje problém, že by se sestry k pacientovi chovaly až příliš „mateřsky“. Objevují se stížnosti opačného rázu, kdy sestry nejeví zájem o pacienty, o jejich problémy a chovají se k nim s ne příliš humánním přístupem, který

někdy až může vést k porušení právních norem. V takových případech sestra neplní svou roli ve vztahu k pacientovi (Bártlová, 2005).

Vždy se ale s těmito „zlými“ sestrami nesetkáme. Je také mnoho sester, které svou roli hrají velmi dobře a ve vztahu s pacienty nemají žádný problém. Jsou pro pacienta oporou a pomáhají pacientovi v nejrůznějších směrech. Těchto sester bychom si měli vážit.

## 2. Mezinárodní uznání práv pacientů

### 2.1 Historie zdravotnictví

Tato kapitola se velmi krátce zabývá vývojem ve zdravotnictví, především pak vývojem v péči o pacienta a profesionálnosti lékařů.

#### 2.1.1 Pravěk

Příběh medicíny začíná zápasem o přežití a snahou o poznání světa. Prvním obyvatelům Země se zdálo, že je svět ovládán tajemnými a nadpřirozenými silami. Lidstvu tak po tisíciletí nezbývalo nic jiného, než praktikovat „preventivní medicínu“ - usmiřovat bohy oběťmi a rituály (Duinová, Sutcliffová, 1997). Prvé pokusy o léčení nemocí se uskutečnily již v prvobytně pospolné společnosti, kde byly první pokusy člověka o léčení nemocí založeny na prosté zkušenosti. Pravěcí lidé si mysleli, že nemoc je důsledkem působení nadpřirozených sil (duchové, démoni). Zde se léčitelstvím začali zabývat šamani a kouzelníci a jejich pacienti jim naprosto důvěřovali (Niklíček, 1985).

#### 2.1.2 Starověk

V době bronzové se staří Egypťané zabývali medicínou a vycházeli dále z magična. Lékaři zde byli zároveň kněžími (Schreiber, 2000). Kolem r. 2750 př.n.l. v **Egyptě**, za vlády krále Džósera, prokazoval své velké stavitelské a lékařské schopnosti a znalosti **Imhotep**, který byl po své smrti prohlášen za boha lékařství. Byly budovány **Imhotepovy chrámy, kde se shromažďovali nemocní**, a kněží v nich přidávali ke svým náboženským rituálům zřejmě také racionální terapeutické postupy. Při těchto chrámech nebo

také nezávisle na nich byly ve starověkém Egyptě budovány zvláštní akademie - „domy života“ - v nichž se vzdělávali budoucí lékaři. Lékařství starověkého Egypta mělo vysokou úroveň - měli vyspělou chirurgii, gynekologii a oční lékařství. Lékaři byli rozděleni do několika kategorií, přísně odlišených podle třídního původu a příslušnosti. **Vedle volně praktikujících lékařů se medicínou zabývali kněží**, mnoho lékařů působilo při dvoru panovníka, hůře postavení městští a osadní lékaři a státem špatně placení lékaři dělníků na velkých stavbách (Niklíček, 1985).

Zajímavá byla také **Čína**, která již v době před naším letopočtem zavedla funkci úředních lékařů, jejichž prostřednictvím se stát snažil ovlivňovat zdravotnickou situaci v zemi. Ve starých čínských městech vládla vyspělá komunální hygiena a byly zde **zřizovány útulky pro nemocné**. Při dvorech čínských císařů působili dvorští lékaři, kteří měli právo vyučovat lékařství (Niklíček, 1985). Okolo roku 400 př.n.l byla již čínská medicína oddělena od náboženství i magie a stala se doménou profesionálů. Lékaři byli organizováni ve státem řízeném systému a hodnoceni podle svých zásluh. Nejnižší postavení měli chirurgové (Číňané je nazývali „malou skupinou absolventů třetího stupně“). (Duinová, Sutcliffová, 1997).

Za nejvýznamnějšího lékaře a otce medicíny je považován lékař antického starověku **Hippokrates** (460 - 377 př.n.l). Zřejmě největším přínosem Hippokratovy školy byl příkaz nepřipustit možnost zásahu božstev nebo jiných nadpřirozených sil v případech nemoci a jejich léčby (Erwin Ackernecht, švýcarský historik zabývající se dějinami lékařství, to nazval „Medicínskou deklarací nezávislosti“) (Niklíček, 1985). Jeho neméně důležitým přínosem bylo také sepsání pro nás nejstaršího a nejznámějšího etického kodexu - **Hippokratovy přísahy** (viz.2.6) (Kutnohorská, 2007).

Vývoj starověké medicíny byl pak završen v lékařství antického **Říma**. Medicína zde navázala na medicínu řeckou. Římané **budovali nemocnice**, nejprve jako zařízení pro nemocné otroky, kam byli práce neschopní otroci posíláni, aby dokonali, postupně sem však přicházeli i svobodní obyvatelé Říma s touhou se uzdravit (Schreiber, 2000). Později tyto nemocnice sloužily také pro nemocné a raněné vojáky. Koncem císařství vznikaly první křesťanské nemocnice a různá charitativní zařízení pro chudé a nemocné (Niklíček, 1985).

### **2.1.3 Středověk**

Pro vývoj lékařství ve středověku se svým způsobem stal **rozhodující postoj křesťanství k otázce zdraví a nemoci**. Na jedné straně nemoc považovali jako jakési „výchovné“ boží navštívení (nemoc - odpykávání boží milosti), na druhé straně však křesťanství považovalo pomoc člověku, který je nemocný, za **milosrdenství**. V praxi to realizovali zakládáním nemocnic, které se měly starat o nemocné poutníky a o staré, chudé a nemocné lidi. Ve špitálech ale většinou nemocným nebyla zajištěna lékařská péče. Výjimku zde představovaly arabské nemocnice v evropských městech, především ve Španělsku, a byzantské nemocnice v některých městech východní Evropy, v nichž byla nemocným vždy poskytována pomoc lékaře (Niklíček, 1985).

**Ve 13. a 14. století** se centrem evropské nejen lékařské vzdělanosti staly univerzity. Měly 4 fakulty, mezi nimi i lékařskou. Jednalo se ale většinou o vzdělání knižní, dogmatické, bez přímé zkušenosti (Niklíček, 1985). Největším problémem této doby byly epidemie moru. Tyto epidemie ve středověku byly patrně největším lidomorem v dějinách lidstva. Celkový počet obětí byl asi 60 milionů (Schreiber, 2000). Tímto se ukázala absolutní neschopnost

lékařů a lazebníků, jakkoli dávali najevo svou vzdělanost (Duinová, Sutcliffová, 1997).

**V 16. století** převažovalo hlavně **veřejné zdravotnictví**. Ve veřejném zdravotnictví středověké Evropy převládalo, vedle několika výjimečně státních nařízení a opatření, **městské zdravotnictví**, především v italských městských republikách. Byly přijímány zdravotní řády, rozpracovávány zásady protiepidemického boje založené především na metodě karantény, došlo ke kvantitativnímu rozšíření předpisů z oblasti komunální hygieny (nařízení o trhu potravin, jatkách, pitné vodě, žumpách apod.). Byl rozšířen dozor nad dodržováním uvedených předpisů, který se stal součástí náplně práce v 16. st. stále hojněji ustavovaných městských lékařů, případně protomediků, působících u evropských panovnických dvorů. Rostl počet lékáren, špitálů, případně dozoru nad nimi (ve vyspělých evropských zemích byla už v 16. st. budována zdravotnická zařízení dnešního typu, jejichž účelem byla kvalifikovaná péče o nemocné. Tahle opatření jsou důsledkem **moru**, který byl ze svých přirozených ohnisek (Blízký východ, Dálný východ, Afrika) do Evropy zavlékán (od 15. st.) válkami (především s Turky) a obchodem (krysy). Největším zdravotnickým problémem avšak nadále zůstávaly rozsáhlé epidemie - syfilis, anglický pot (hořečnaté onemocnění), mor, úplavice, malárie a neštovice. Epidemie byly stálou hrozbou, vyplývající jak z nedostatku hygieny, tak hlavně z častých a dlouhotrvajících válek. Chorobami hromadného výskytu se stávaly také alkoholismus a psychopatie, pronásledována a léčena čarodějnickými procesy. V té době (15. - 17. st.) docházelo k velmi vysoké úmrtnosti, která ovšem byla nahrazena vysokou porodností (Niklíček, 1985).

Za zmínku určitě stojí **Leonardo da Vinci** (1452 - 1519), který značnou část svého života věnoval studiu anatomie. Nezůstalo jen u lidské anatomie, v jeho náčrtcích

můžeme nalézt i koně a jiná zvířata. Leonardo (zvláště v letech 1510 - 1511) uskutečnil za pomoci anatoma Torre asi třicet pitev lidského těla. Vytvořil více než 200 kreseb, které se měly stát součástí plánovaného (a nedokončeného) díla o anatomii lidského těla. Kresby se vědecké veřejnosti staly známými až v 17. st. (Niklíček, 1985).

#### **2.1.4 Novověk**

V **19. století** došlo k velkému vědeckému rozvoji medicíny. V podstatě celé moderní veřejné zdravotnictví dnešní doby by neexistovalo bez výzkumů a objevů 19. století (Bullough, 1990). Zásadní obrat přinesl vznik a rychle postupující rozvoj vědecké mikrobiologie. To lékařům umožnilo lépe pochopit podstatu a tím i přenos infekčních chorob, což vedlo k jejich částečnému omezení. Tudiž se mohli začít věnovat i **individuální péči**. Zavedení narkózy podstatně zvýšilo počet chirurgických zákroků. Zdravotnictví už nebylo jen veřejné, ale lékaři se začali **věnovat i individuálním pacientům a jejich individuálním problémům**. K rozvoji zdravotnictví určitě přispělo i **přijetí Zákona o povinném úrazovém pojištění (roku 1887) a roku 1888 o povinném nemocenském pojištění dělnictva**. Na přelomu 19. a 20. st., díky mnoha objevům, medicína přestala být bezmocná vůči celé řadě nemocí. Bohužel ale tento rozvoj přinesl jiné problémy - např. sociální, protože i přes zavedení dělnického nemocenského a úrazového pojištění v některých zemích (Německo, Rakousko-Uhersko, Anglie aj.) a přes činnost buržoazních filantropických organizací nebyly výsledky pozoruhodného pokroku lékařské vědy dostupné pro velkou většinu pracujících lidí (Niklíček, 1985). Koncem 19. st. se medicína v Evropě a Americe začínala soustřeďovat na nové problémy. Prvořadým

zájmem již nebyl výzkum infekčních nemocí, které kdysi zachvacovaly celé kontinenty. Vědce místo toho více zaměstnávaly chronické degenerativní poruchy (Duinová, Sutcliffová, 1997).

Vývoj lékařství ve **20. století** je potom charakterizován převratnými objevy ve všech základních oborech biomedicínckých věd, výrazným pokrokem v prevenci, diagnostice a terapii nemocí i **růstem dostupnosti kvalifikované lékařské péče** pro obyvatelstvo stále většího počtu zemí. Výrazně stouply terapeutické možnosti zavedením nových léčiv (např. chemoterapie, antibiotika, hormonální léčba atd.) (Niklíček, 1985).

**Péče byla víc a víc zaměřena na pacienta.** K lepší péči o pacienty určitě přispěl vznik Ministerstva zdravotnictví (dříve Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy, které se vymanilo z ministerstva vnitra), zdokonalení povinného nemocenského pojištění, snad nejvýznamnější součástí pojištění sociálního, vydávání různých deklarací a paktů (např. Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech, Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě apod.) a hlavně **zřízení lékařské komory** (Českou lékařskou komorou se podrobněji budu zabývat v kapitole 3.2). Podařilo se také likvidovat nebezpečí některých infekčních chorob (např. cholera, neštovice, mor), ale objevily se zase nové civilizační choroby, na které lidé umírají - např. onemocnění srdce a krevního oběhu, zhoubných nádorů, neuropsychických onemocnění a úrazů (Niklíček, 1985).

## **2.2 Organizace spojených národů (OSN)**

Důležitou událostí pro rozvoj práv pacientů se stal vznik Organizace spojených národů (dále jen OSN) 24. října

1945. OSN již v roce 1948 vydala Všeobecnou deklaraci lidských práv, která v **článku 25** říká, že: „Každý má právo na takovou životní úroveň, která by byla s to zajistit jeho **zdraví** a blahobyt i zdraví a blahobyt jeho rodiny, počítajíc v to zejména výživu, šatstvo, byt a **lékařskou péči**, jakož i nezbytná sociální opatření; má právo na zabezpečení v nezaměstnanosti, v nemoci, (...)“ (Všeobecná deklarace lidských práv, 1948)

Všeobecná deklarace se stala nástrojem, který uchovává představu o lidské důstojnosti v mezinárodním právu, a který poskytuje právní a morální zakotvení pro zlepšování standardů zdravotní péče, a to na základě naší vlastní zodpovědnosti vzhledem ke komukoli jako členu „lidské rodiny“. Dohlíží také na důležité sociální, právní a etické záležitosti (online, World Health Organisation, 3.6.2009).

V roce 1966 vydala OSN Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech, který v **článku 12** říká, že:

1. „Státy, smluvní strany Paktu, uznávají právo každého na dosažení **nejvýše dosažitelné úrovně fyzického a duševního zdraví**.
2. Státy, smluvní strany Paktu, učiní opatření k dosažení plného uskutečnění tohoto práva, která budou zahrnovat:
  - a) opatření ke snížení počtu potratů a kojenecké úmrtnosti a opatření ke zdravému vývoji dítěte,
  - b) zlepšení všech stránek vnějších životních podmínek a průmyslové hygieny,
  - c) prevenci, léčení a kontrolu epidemických, místních nemocí, chorob z povolání a jiných nemocí,
  - d) vytvoření podmínek, které by zajistily všem lékařskou pomoc a péči v případě nemoci“ (Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech, New York, 1966).

V roce 1989 OSN vydala další důležitý dokument, a to **Úmluvu o právech dítěte**, která v **článku 24** říká, že:

**1.** „Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají právo dítěte na dosažení **nejvýše dosažitelné úrovně zdravotního stavu** a na využívání rehabilitačních a léčebných zařízení. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, usilují o zabezpečení toho, aby žádné dítě nebylo zbaveno svého práva na přístup k takovým zdravotnickým službám.

**2.** Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, sledují plné uskutečňování tohoto práva a zejména činí potřebná opatření:

**a)** ke **snižování kojenecké a dětské úmrtnosti**,

**b)** k **zajištění nezbytné lékařské pomoci a zdravotní péče pro všechny děti** s důrazem na rozvoj základní lékařské péče,

**c)** k **potírání nemocí a podvýživy** též v rámci základní lékařské péče, mimo jiné také využíváním snadno dostupné technologie a poskytováním dostatečně výživné stravy a čisté pitné vody, přičemž se bere ohled na nebezpečí a rizika znečištění životního prostředí,

**d)** k poskytnutí odpovídající péče matkám před i po porodu,

**e)** k zabezpečení toho, aby všechny složky společnosti, zejména **rodiče a děti, byly informovány o zdraví a výživě dětí**, přednostech kojení, hygieně, sanitárních podmínkách prostředí dětí i o předcházení nešťastným případům, aby měly přístup ke vzdělání a aby byly podporovány při využívání těchto základních znalostí,

**f)** k rozvoji osvěty a služeb preventivní zdravotní péče, poradenské služby pro rodiče a výchovy k plánovanému rodičovství.

3. *Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, činí všechna účinná a nutná opatření k **odstranění všech tradičních praktik škodících zdraví dětí***" (Úmluva o právech dítěte, New York, 1989).

13. prosince 2006 byl v New Yorku na půdě OSN přijat další významný dokument a to Úmluva o právech zdravotně postižených lidí (online, United Nations, 16.6.2009). Tato úmluva v **článku 15** říká, že: „*Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají právo zdravotně postižených lidí na dosažení **nejvýše dosažitelné úrovně zdravotního stavu** a na využívání rehabilitačních a léčebných zařízení*". Podle článku 15 této Úmluvy by jim měla být poskytována „(...) péče ve stejném rozsahu, kvalitě a finanční náročnosti jako ostatním lidem (...)“. Díky jejich postižení by jim měla být „(...) poskytována **speciální zdravotní péče, zahrnující včasnou diagnózu a vhodnou léčbu** (...)“. Zdravotnická střediska by měla být blízko místa, kde žijí. Článek 15 dále říká, že by jim měl být poskytnut „(...) zdravotní profesionál, který jim poskytne péči **ve stejné kvalitě, jako mají ostatní lidé** (...)“ a mělo by se „(...) **zabránit diskriminaci** těchto lidí v oblasti zdravotního a životního pojištění (...) jako také v oblasti poskytování zdravotní péče, jídla a tekutin“ (Convention on the Rights of Persons with Disabilities, New York, 2006).

## **2.3 Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation, WHO)**

V roce 1948 OSN vytvořila pro zdravotnické účely specializovanou agenturu Světovou zdravotnickou organizaci (dále jen WHO). Následující kapitola se bude velmi krátce

zabývat samotným vznikem WHO a hlavními strategickými cíly, ke kterým WHO směřuje.

Mezinárodní spolupráce ve veřejném zdravotnictví začala již téměř sto let před vznikem Světové zdravotnické organizace. Reprezentovaly ji **Mezinárodní zdravotnické konference**, na nichž zástupci zúčastněných zemí projednávali zejména různé mezinárodní zdravotnické konvence. První mezinárodní zdravotnická konference se konala v Paříži již v roce 1851. V roce 1907 vznikl **Mezinárodní zdravotnický úřad** (OIHP - Office International d'Hygiene Publique), který sídlil v Paříži. Jeho hlavním úkolem bylo zabezpečovat pro členské země informace všeobecného zdravotnického zájmu, informace o přenosných nemocech s návrhy na opatření k jejich likvidaci. V r. 1922 vznikla **zdravotnická sekce Společnosti národů**, která měla převzít funkce OIHP, ke sloučení avšak nedošlo, a tak vedle sebe existovaly dvě mezinárodní zdravotnické instituce. 2. světová válka prakticky zničila veškerou spolupráci ve světě. Až touha národů budovat nový život s pevnou základnou a důvěrou, že výsledky vědy budou sloužit mírovým účelům, přivedly delegáty konference OSN o mezinárodních organizacích (San Francisco, 1945) k rozhodnutí o zřízení WHO. V roce 1946 proběhla v New Yorku mezinárodní konference, jejímž hlavním bodem programu bylo schválení statutu WHO a založení WHO. Statut formuloval novou definici zdraví: **"Zdraví je stav úplné pohody tělesné, duševní a sociální a ne jen pouhá nepřítomnost nemoci či vady."** Těšit se nejvyššímu možnému stupni **zdraví je jedním ze základních práv každého člověka** bez rozdílu rasy, náboženství, politického přesvědčení, ekonomického nebo sociálního postavení. Cílem WHO je, aby všechny národy dosáhly co největší zdravotní úrovně (Kavka, 1989). Statut byl schválen zástupci 61 zemí. Vstoupil v platnost ratifikací 26 členskými státy OSN dne **7. dubna 1948** -

**světový den zdraví.** Od svého vzniku v roce 1948 podporuje Světová zdravotnická organizace mezinárodní technickou spolupráci v oblasti zdravotnictví, realizuje programy na potírání a úplné odstranění některých nemocí a usiluje o celkové zlepšení kvality lidského života (online, Světová zdravotnická organizace, 20.5.2009).

WHO vytvořila několik strategických cílů, kterých chce také dosáhnout. K hlavním strategickým cílům WHO patří: **„Rozvoj spravedlivějších a efektivnějších zdravotnických systémů, které budou odpovídat legitimním potřebám lidí a budou pro ně finančně únosné“**, také **„rozvoj odpovídajících zdravotnických strategií a institucionálního zázemí a začleňování zdravotnických aspektů do sociálních, ekonomických, ekologických a rozvojových strategií“**. Dále se snaží o **„omezování úmrtnosti, nemocnosti a postižení zejména u chudých a sociálně slabých skupin populace“** (boj proti HIV/AIDS, malárii a tuberkulóze) - obsahem střednědobého strategického plánu pro rok 2008 - 2013. Boj je také zaměřen proti SARS a ptačí chřipce (vydán globální pandemický plán). WHO taktéž ve svých strategických cílech podporuje zdravou životosprávu (online, Světová zdravotnická organizace, 20.5.2009).

## **2.4 Světová lékařská asociace (World Medical Association, WMA)**

Vznik Světové lékařské asociace (dále jen WMA) byl také jedním z důležitých momentů pro rozvoj práv pacientů. Posláním a cílem WMA je řídit vědeckou, etickou a profesní činnost ve shodě s lidskými právy. Za dlouhá léta své existence vydala mnoho, později většinou opakovaně upravovaných, dokumentů. Za zmínku určitě stojí **Ženevská**

**deklarace** (1948), která představuje jakousi modernizaci Hippokratovy přísahy. Dále vydala principy pro ty, kteří se podílejí na výzkumu a experimentování (1954), **Lisabonskou deklaraci o právech pacientů** (1981), Deklaraci o nezávislosti a o profesní svobodě lékařů (1986) a Deklaraci týkající se etických problémů v kontextu psychiatrických pacientů (1995). Asi nejznámější deklarací WMA je **Helsinská deklarace**, která je často citována a důrazně připomínána nejen v různých dokumentech jiných mezinárodních organizací, ale také v etických kodexech lékařů (včetně Etického kodexu České lékařské komory). Tato deklarace se zabývá etickými principy, jimiž se mají řídit lékaři a jiné osoby při medicínském výzkumu prováděném na člověku (Munzarová, 2005). Podle Munzarové (2005, s.90) je evidentní, že celý text respektuje jasný princip: „*Při provádění medicínského výzkumu na lidech je nezbytné upřednostňovat zájem o blaho pacienta*“.

Důležitá je také **Lisabonská deklarace** o právech pacientů, která byla přijata na 34. světovém shromáždění WMA v roce 1981 v Lisabonu. Původní verze této deklarace pojednávala o právech pacientů obecněji. V roce 1995 WMA schválila v Bali (Indonésie) mnohem rozšířenější a revidovanou verzi tohoto dokumentu. Redakčně přepracována byla v roce 2005 v Santiagu (Chile) (Kutnohorská, 2007).

Lisabonská deklarace popisuje některá základní práva, o jejichž poskytnutí nemocným se lékařská profese snaží (Kutnohorská, 2007). Mezi ty nejdůležitější práva patří<sup>3</sup>:

**1.** „*Právo pacienta na **dobrou kvalitu zdravotní péče** (Každému má být poskytnuta zdravotní péče - **bez diskriminace**. Pacient by měl být léčen tak, jak je nejlepší pro jeho dobro. Pacient má také právo být ošetřován lékařem, který je svoboděn v činění klinických a etických rozhodování, bez jakéhokoli zásahu zvěncí).*

---

<sup>3</sup> Celé znění Deklarace je uvedeno v přílohách. Zde jsem se snažila uvést jen to nejdůležitější.

2. Právo pacienta na **svobodnou volbu** (pacient má právo si svobodně zvolit nebo změnit svého lékaře, nemocnici nebo zdravotnické středisko a má právo se zeptat se na názor jiného lékaře).

3. Právo pacienta **na seburčení** (Pacient má právo sám o sobě rozhodovat, má také právo přijmout nebo odmítnout léčbu poté, co byl adekvátním způsobem informován).

4. Právo pacienta **na informace** (Pacient má právo znát informace o jeho zdravotním stavu. Informace by měly být sdělovány pro pacienta ve srozumitelném jazyce).

5. Právo **na mlčenlivost** (Pacient má právo, aby všechny informace o jeho zdravotním stavu, diagnóze, prognóze a léčbě a všech jiných informacích o jeho osobě byly drženy v důvěrnosti a byly chráněny, dokonce také po jeho smrti, pokud s poskytnutím těchto informací nedá souhlas).

6. Právo **na důstojnost** (Pacient má právo na soukromí a důstojné zacházení během celé léčby. Pacient má také právo zemřít v důstojnosti).

7. Právo pacienta přijmout nebo odmítnout spirituální a morální útěchu, včetně pomoci duchovního patřičného vyznání" (World Medical Association Declaration on the Rights of the Patient, Santiago, 2005).

## 2.5 Rada Evropy

Neméně důležitým momentem pro rozvoj práv pacientů se stal vznik Rady Evropy. Cílem této mezivládní organizace je ochrana lidských práv, podpora demokracie a evropské kulturní identity. V důsledku pokroku v biomedicíně oblasti posledních desetiletí narůstá na celém světě obava, že bude pokroků zneužíváno v neprospěch lidské bytosti. Mnozí se obávají, že budou bezprávnými objekty v oblasti vědy a zdravotnictví a že se vytratí osobní vztah mezi

pacientem a lékařem. A proto Parlamentní shromáždění Rady Evropy vydalo v roce 1991 doporučení k přípravě Konvence o bioetice, v níž by měla být vytyčena veškerá důležitá opatření nezbytná k ochraně důstojnosti člověka a základních práv jedince v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. Na textu konvence po řadu let pracovala komise složená z odborníků různých oborů - lékařů, biologů, právníků, filozofů a teologů různých vyznání - ze všech členských zemí, tzv. Řídící výbor pro bioetiku (CDBI). Komise se dvakrát ročně scházela na týdenních zasedáních ve Štrasburku. Vypracovala etické minimum, jež má být respektováno v právním řádu signatářských zemí, které podle svých měřítek mohou v některých oblastech stanovit pravidla podrobnější a přísnější. Tak byl vypracován přípravný text **„Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny“**, s kratším dohodnutým názvem „ **Úmluva o lidských právech a biomedicíně**“. Tato Úmluva byla přijata a k podpisu členskými zeměmi otevřena v Oviedu, 4. dubna 1997. Státy, které Úmluvu podepsaly a ratifikovaly, se zavázaly k tomu, že budou principy i práva a povinnosti v Úmluvě zakotvené dodržovat a že je zohlední ve své legislativě (Munzarová, 2005).

### **2.5.1 Úmluva o lidských právech a biomedicíně**

**Úmluva o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny**, zkráceně **Úmluva o biomedicíně** se v druhé polovině roku 2001 stala také součástí našeho právního řádu. Tato úmluva se zabývá stanovením základních pravidel, obecně platných v oblasti zdravotnictví (mezi které patří také práva pacientů), vědeckého výzkumu, moderních léčebných metod a nakládání s genetickým materiálem (online, Právo a medicína, 4.5.2009).

Je nutné zmínit, že podle článku 10 Ústavy České Republiky: „Vyhlášené mezinárodní smlouvy, k jejichž ratifikaci dal Parlament souhlas a jimiž je Česká republika vázána, jsou součástí právního řádu a stanoví-li mezinárodní smlouva něco jiného než zákon, použije se mezinárodní smlouva“ (Ústava ČR, 1993). To znamená, že tato Úmluva je přímo součástí našeho právního řádu. Je více než zákon a méně než ústava.

V preambuli tohoto dokumentu jsou připomenuty různé dokumenty a úmluvy (např. Všeobecná deklarace lidských práv, 1948, Úmluva na ochranu lidských práv a základních svobod, 1950 apod.). Je zde vyjádřeno přesvědčení o nutnosti respektu k lidské bytosti, zajištění lidské důstojnosti, zachování a dalšího uplatňování lidských práv a základních svobod. Je zdůrazněna nutnost uvědomění si rizik, jež pokrok ve vývoji biologie a medicíny přináší, důležitost mezinárodní spolupráce a pomoci, důležitost podpory veřejné diskuze k těmto otázkám a rovněž důležitost připomínat všem lidem jejich práva a odpovědnosti (Munzarová, 2005).

Ráda bych zdůraznila některé kapitoly a články, které se přímo týkají práv pacientů.

Jednou z nich je kapitola II. Ta se zabývá **informovaným souhlasem**. Článek 5 této kapitoly říká, že: „Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba **poskytla svobodný a informovaný souhlas**. Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích. Dotčená osoba může kdykoli svobodně svůj souhlas odvolat“. Ostatní články této kapitoly se zabývají ochranou osob neschopných dát souhlas, ochranou osob s duševní poruchou a stavem nouze vyžadující neodkladná řešení (to platí v situacích, kdy nelze získat příslušný souhlas a lékařský zákrok je nutný - lékařský

zákrok lze provést okamžitě, pokud je nezbytný pro zdraví pacienta) (Úmluva o biomedicíně, 1997).

Další kapitolou, zabývající se právy pacientů je kapitola III. Ta se zabývá **ochranou soukromí a právem na informace**. **Článek 10** této kapitoly říká, že: „Každý má právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o svém zdraví“. Dále říká, že: „Každý je oprávněn **znát veškeré informace shromažďované o jeho zdravotním stavu**. Nicméně přání každého nebýt takto informován je nutno respektovat“ a „pokud je to v zájmu pacienta, může ve výjimečných případech zákon omezit uplatnění práv podle odstavce 2“ (Úmluva o biomedicíně, Oviedo, 1997).

Česká republika podepsala Úmluvu zároveň s Dodatkovým protokolem k Úmluvě o zákazu klonování lidských bytostí, 24. června 1998. Oba dokumenty současně ratifikovala a již i včlenila do Sbírkky Mezinárodních smluv (Sb.M.s. 96/2001 a 97/2001). V současnosti jakékoli zákony, týkající se této problematiky, nemohou protiřečit uvedeným dokumentům. Pro Českou republiku Úmluva i dodatkový protokol vstoupily v platnost 1. října 2001 (Munzarová, 2005).

## **2.6 Vývoj práv pacientů v mezinárodním měřítku**

Už od dob slavného Hippokrata existuje v lékařství celá řada etických kodexů, jejichž obsah je určen výhradně nebo převážně lékařům. Etické kodexy tohoto druhu jsou obvykle neontologické povahy, to znamená, že vymezují povinnost lékařů vůči pacientům, kolegům a veřejnosti. Česká lékařská komora poté, co po roce 1989 opět zahájila svou činnost, přijala svůj vlastní a tradiční etický kodex (Haškovcová, 1996).

Nejstarším a nejznámějším etickým kodexem je **Hippokratova přísaha**<sup>4</sup>. Co se týče nemocných a pacientů, tak tato přísaha lékaři ukládá povinnost zasvětit svůj život prospěchu nemocným a míra tohoto zasvěcení je ponechána na samotném lékaři. Přísaha dále obsahuje zásady chování lékaře při návštěvě v bytě nemocného. Klade důraz, aby se lékař choval k pacientovi slušně a s respektem, aby vstupoval do bytu nebo domu pouze s čistým úmyslem pacientovi pomoci a ulevit mu od bolesti, popřípadě si lékař může promluvit s pacientem o jeho problémech, ať už jde o problémy soukromé nebo zdravotní. Velice důležitou pasáží je pasáž týkající se profesionální mlčenlivosti. Lékař se zavazuje, že cokoli uslyší nebo uvidí v průběhu léčení nebo dokonce mimo léčení, co by mělo být utajeno, bude to považovat za tajemství, protože kdyby nějakou informaci vyradil někomu třetímu, ten by ji mohl využít ve svůj prospěch a poškodilo by to nejen pacienta, ale i lékaře, který by se musel vzdát svého výkonu praxe (Kutnohorská, 2007). Lékař by také podle této přísahy neměl podat „(...) *nikomu smrtící prostředek, ani kdyby ho o to kdokoli požádal (...)*“ a neměl by nikomu radit, jak umřít. Žádné ženě by neměl dát prostředek k potratu (Hippokratova přísaha).

Hippokratova přísaha byla napsána již v pátém století před naším letopočtem. V té době fungoval mezi lékařem a pacientem **paternalistický vztah**. Lékař si byl vědom svého výjimečného postavení v té době a zpravidla ochotně a rád se ujímal nešťastného a trpícího pacienta (Haškovcová, 1996). Pacient měl v té době k lékaři plnou důvěru a všechna rozhodnutí vztahující se ke stanovení diagnózy i k následné léčbě nechal na lékaři. Pacient ani neměl právo rozhodnout o své léčbě, vždy za něj rozhodoval lékař.

---

<sup>4</sup> Celý text Hippokratovy přísahy je uveden v přílohách.

Pravidla těchto vztahů také určovala vzdělanost lidí, která byla v této době malá (Kutnohorská, 2007).

Dnes je situace naprosto odlišná a paternalistický model vztahů mezi lékařem a pacientem už patří ve značné části k minulosti. Je to dáno především vědeckým a technickým pokrokem. Do praktické medicíny pronikla celá řada změn, zejména v období po 2. světové válce. Většinovým modelem se naopak stává **partnerství**, který respektuje symetrii vzájemného vztahu, i když vzhledem k specializované vzdělanosti bude lékař vždy v určité dominanci. Paternalismus bude zachován jen v určitých situacích (např. první pomoc, neodkladná péče atd.) (Haškovcová, 1996). Také v etickém kodexu České lékařské komory se uvádí: „*Lékař se má vyvarovat paternalistických pozic v postojích vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy a povinnostmi včetně zodpovědnosti za vlastní zdraví*“ (Kutnohorská, 2007, s.29).

Pravděpodobně první kodex Práv pacientů vznikl v roce 1971 a formuloval jej lékárník David Anderson z Virginie. O rok později přijala Asociace amerických nemocnic vlastní práva nemocných. Většina vyspělých států přijala a vyhlásila nejprve obecnou verzi práv pacientů a následně též etické kodexy specializované, týkající se určité skupiny nemocných. Tak např. v roce 1974 byla ve Francii vydána tzv. Charta hospitalizovaného pacienta (Haškovcová, 2007).

V roce 1977 vydalo Světové zdravotnické shromáždění rezoluci **Zdraví pro všechny (HFA)**, která byla přijata 19. května 1977. Podle ní zahrnuje zdravotní péče širokou škálu služeb, k níž náleží podpora a ochrana zdraví, prevence onemocnění, diagnostika, léčba, ošetřovatelská péče a rehabilitace (Kutnohorská, 2007).

V 80. letech 20. století jsou práva pacientů pokládána za samozřejmost ve všech vyspělých zemích. Pozornost je věnována tvorbě specializovaných kodexů, přičemž iniciativa nepochází pouze z řad odborníků, ale také laiků. Tak byly zformulovány Práva těhotné ženy a nenarozeného dítěte, Práva handicapovaného dítěte, Práva imobilních osob, Práva starých nemocných, Práva dialyzovaných a transplantovaných, Práva umírajících, Práva mentálně nemocných lidí. Etické kodexy práv pacientů nejsou jednou a provždy dány, nýbrž se v průběhu času obměňují. Příkladem může být právo každého nemocného na pravidelný, nejlépe denní styk s rodinou po dobu nemocničního ošetřování (po 2. světové válce panovala všeobecná praxe výrazně časových omezených návštěv, což se později ukázalo jako nevhodné) (Haškovcová, 1996).

Důležitým rokem byl také rok 1981. Na 34. světovém shromáždění WMA v roce 1981 byla v Lisabonu přijata deklaráce, týkající se práv nemocných. Dokument (nazýván **Lisabonská deklaráce**) pojednává o právech pacientů obecněji (viz. 2.4) (Kutnohorská, 2007).

V 90. letech se v jednotlivých zemích podle zájmu, naléhavosti a potřeb detailně řešily jednotlivé problémové okruhy patientských práv (např. němečtí odborníci pracovali zejména na pravidlech právní úpravy tzv. informovaného souhlasu nemocného. V Rakousku, kde charta pacientů vznikla o 5 let dříve než u nás, propracovávali systém patientské ochrany a občanské kontroly) (Haškovcová, 1996).

Práva mají být ale také vyvážena určitými povinnostmi. Povinností každého občana je pečovat o své zdraví, zejména formou zdravého životního stylu. Povinností pacienta je také dodržování léčebného, dietního a rehabilitačního programu a ve svém vlastním zájmu by měl lékaři vždy sdělit vše, co se týká jeho zdravotního stavu (Haškovcová, 2007).

### 2.6.1 Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě

Důležitým rokem pro vývoj práv pacientů se stal rok **1994**. v tomto roce se uskutečnila v Amsterdamu (Holandsko) pod záštitou Regionální ústředny WHO pro Evropu (WHO/EURO) Evropská porada o právech pacientů a byla přijata deklarace – dokument, který měl a má být pro jednotlivé země významným pomocníkem při formulování politiky na posílení práv pacientů. Definuje zásady a opatření, která směřují k posílení těchto práv (Kutnohorská, 2007). V této **Deklaraci o prosazování práv pacientů v Evropě**<sup>5</sup> (též nazývané jako Amsterodamská deklarace) můžeme práva pacientů rozdělit do 3 odvětví:

Prvním z nich jsou **informace**. Pacient má právo na celou řadu informací, které se nejčastěji týkají jeho zdravotního stavu. Podle této Deklarace má právo na „(...) **úplné informace o svém zdravotním stavu**, včetně *medicínských poznatků o svém zdravotním stavu, jakož i navrhované léčbě, možných rizicích a výhodách každého postupu, také o alternativách k navrhovaným postupům, včetně důsledků neléčení, taktéž o diagnóze, prognóze a pokroku v léčení*“. Tyto informace mu musí být sděleny **„způsobem odpovídajícím jeho schopnostem“**. Pokud si není pacient jistý, může si vyžádat názor jiného odborníka. Pacientovi avšak některé informace mohou být utajeny, ale to ve výjimečných případech (pokud by jim mohly způsobit vážnou škodu) nebo sám pacient na požádání nemusí být informován. Může si také zvolit, kdo bude informován místo něj. Velmi důležitým bodem v této deklaraci je také to, že **„pacienti mají právo přístupu ke své zdravotní kartě a technickým záznamům a jakékoli další zdravotní dokumentaci související s jejich diagnózou, léčbou a mají právo obdržet kopii vlastní dokumentace, záznamů nebo jejich části.**

---

<sup>5</sup> Celé znění Deklarace je uvedeno v přílohách.

Vyloučen je však přístup k údajům týkajícím se třetích osob". Pokud je dokumentace nepřesná či zastaralá, smí žádat opravu. Právo na informace se ale vždy nemusí týkat jen jeho zdravotního stavu. Podle této deklarace má také pacient právo na „(...) dostupné informace o zdravotních službách a jejich nejlepším využití". Také by měl být „(...) **seznámen s totožností a odborným postavením osob, které jim poskytují zdravotní péči, a dále o pravidlech a zvyklostech, platných pro jejich pobyt a péči**". Při odchodu ze zdravotnických zařízení by pak pacienti měli mít „(...) **možnost na požádání dostat písemný záznam o své diagnóze, terapii a poskytované péči**" (Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě, Kodaň, 1994).

Druhou oblastí je **souhlas, důvěrnost a soukromí**. Jedním z nejdůležitějších práv v této oblasti je právo na informovaný souhlas, protože „**informovaný souhlas pacientů je předpokladem pro jakýkoliv lékařský zákrok, je také nezbytný pro zapojení do klinické výuky a je předpokladem pro účast na vědeckém výzkumu (výzkum by neměl být prováděn na osobách, které nemohou vyjádřit svou vůli, kromě případů, kdy byl získán souhlas od zákonného zástupce a lze předpokládat, že výzkum je v zájmu pacienta)**". Tento souhlas je také „(...) **vyžadován pro uchování a použití veškerých částí lidského těla**". Pacient má samozřejmě také právo zákrok přerušit nebo ho celý odmítnout. Důsledky těchto činů mu musí být ale náležitě vysvětleny. Problém je, pokud pacient není schopný tento souhlas udělit a zákrok je nezbytně nutný. V tomto případě se předpokládá, že „(...) **pacient souhlasí, pokud z dané situace není zřejmé, že by souhlas odmítl**". Pokud je zákrok naléhavě nutný a je také nutný souhlas **zákonného zástupce**, „(...) pak zákrok může být proveden, pouze pokud není možné souhlas zástupce získat dostatečně rychle. I tito pacienti musí být ale v maximální míře zapojení do procesu

rozhodování v závislosti na svých schopnostech. Pokud zákonný zástupce odmítne dát souhlas a pacient není schopen dát informovaný souhlas, pak je nutno vyžádat rozhodnutí soudu nebo jiného rozhodčího orgánu". Ve všech ostatních situacích, kdy pacient není schopen dát informovaný souhlas a neexistuje zákonný zástupce nebo zástupce pověřený pro tento účel pacientem", (...) by měly být podniknuty přiměřené kroky, zajišťující náhradní rozhodnutí, které bude brát v úvahu, co je známo, a pokud možno i co lze předpokládat o přáních pacienta". Co se týká oblasti soukromí a důvěry, tak podle této deklarace „(...) má každý **právo na respekt vůči svému soukromí**". Také veškeré lékařské zákroky mohou být prováděny pouze pokud „(...) respektují soukromí každého jednotlivce. Nesmí dojít k zásahu do pacientova soukromého a rodinného života (jen pokud by zásah s pacientovým souhlasem byl shledán jako nutný kvůli pacientově diagnóze, léčbě a ošetřování)". U zákroku smí být jen ty osoby, které jsou potřebné (pokud si pacient nevyžádá jinak). Při příchodu do nemocnice má pacient právo očekávat vybavenost, která mu zajistí soukromí. Co se také týče soukromí a důvěry, tak „(...) **veškeré informace o pacientovi** - jeho zdravotním stavu, lékařském nálezu, diagnóze, prognóze a léčbě a veškeré další informace osobního rázu musí být **zachováány jako důvěrné, a to i po smrti**. Veškeré identifikovatelné údaje o pacientovi musejí být **chráněny**. Mohou být sdělovány dál pouze tehdy, dá-li pacient výslovný souhlas, nebo pokud tak výslovně stanoví zákon" (Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě, Kodaň, 1994).

Třetí oblastí této Deklarace je oblast týkající se **těla a vědy**. V této oblasti má každý „(...) právo na **tělesnou a duševní nedotknutelnost** a také právo na takovou **ochranu zdraví**, jakou je možno zajistit preventivními opatřeními a zdravotní péčí a možností usilovat o nejvyšší

dosažitelnou úroveň svého zdraví". Zde má také každý právo na „(...) respekt vůči své osobě" a má právo „ (...) **sám o sobě rozhodovat**". V oblasti vědy a vědeckého výzkumu je vždy vyžadován souhlas pacienta (pokud nebyl získán od zákonného zástupce). „Veškeré součásti lidského těla (humánní substance), z nichž je možno odvodit identifikovatelné údaje, musejí být **chráněny**" a „pro uchování a použití veškerých částí lidského těla je **potřeba souhlasu pacienta**" (Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě, Kodaň, 1994).

### 3. Reflexe mezinárodní úpravy práv pacientů v českém právu

Historie práv pacientů je v České republice celkem krátká, neboť vzhledem k politické situaci u nás dominoval paternalismus i v době, kdy už vyspělé země, mj. i prostřednictvím kodexů práv pacientů, reflektovaly změny ve zdravotnických systémech i konkrétní péči o nemocné (Haškovcová, 2007).

#### 3.1 Etický kodex práv pacientů

U nás v roce 1990 Helena Haškovcová a Jaroslav Šetka vypracovali písemný návrh etického kodexu Práv pacientů, jehož základem byla Vzorová práva nemocných, která v roce 1985 zveřejnil Americký svaz občanských svobod. Bylo přihlédnuto i k dalším kodexům a respektována jak některá naše specifika, tak i připomínky vznesené v rámci diskuze zdravotnické veřejnosti (Haškovcová, 2007).

**Definitivní verze Práv pacientů formulovala a vyhlásila Centrální etická komise MZČR dne 25.2.1992<sup>6</sup>.** Práva v tomto kodexu se velmi podobají právům výše zmíněné Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě. Podle Kodexu má pacient právo na „(...) **ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči** prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky“, také má právo „(...) **znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují**“. Co se týče souhlasu, tak má právo „(...) **získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického**

---

<sup>6</sup> Celé znění Etického kodexu práv pacientů je uvedeno v přílohách.

postupu zasvěceně **rozhodnout, zda s ním souhlasí** (vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena". Taktéž má „(...) v rozsahu, který povoluje zákon, **právo odmítnout léčbu** a má být současně informován o zdravotnických důsledcích svého rozhodnutí". Během léčby by měly být brány „(...) **maximální ohledy na jeho soukromí a stud.** Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedeny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na vyšetření přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral." Co se týče oblasti důvěry, tak má pacient „(...) právo očekávat, že **veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby** jsou považovány za **důvěrné.** Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování". Důraz se zde klade také na kvalitu péče. Podle Kodexu má pacient „(...) právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem **vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče** v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit". Jeden z bodů říká, že má pacient „(...) právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s **přiměřenou kontinuitou**". Má také právo vědět předem, „(...) **jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici**". Po propuštění z nemocnice nebo jiného zdravotního střediska má pacient právo očekávat, že „(...) nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče" (Etický kodex práv pacientů, 1992).

V oblasti experimentování má pacient „(...) právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. **Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu.** Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí“. V závěru života by pak měl mít „(...) právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony“. Má také právo „(...) kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jednotlivých položek bez ohledu na to, kdo účet platil“. Podle tohoto Kodexu však pacient nemá jen práva, ale také určitou povinnost. Touto povinností je **řídít se nemocničním řádem** dané zdravotnické instituce (Etický kodex práv pacientů, 1992).

### 3.2 Česká lékařská komora

Důležitou událostí se stal **vznik České lékařské komory** (dále jen ČLK). ČLK je zřízena **Zákonem č. 220/1991 Sb.** Na tomto zákoně se usnesla Česká národní rada. ČLK zejména dbá, aby její členové vykonávali své povolání odborně, v souladu s jeho etikou a způsobem, stanoveným řády komor (online, Česká lékařská komora, 20.5.2009).

Česká lékařská komora zaručuje také odbornost svých členů a potvrzuje splnění podmínek k výkonu lékařského povolání podle zvláštních předpisů, posuzuje a hájí práva a profesní, sociální a hospodářské zájmy svých členů, chrání také profesní čest svých členů. Každý lékař, který vykonává na území České republiky lékařské povolání v léčebné a preventivní péči, musí být členem ČLK. V roce 1995 též přijala svůj vlastní etický kodex. V současnosti

působí v ČR 3 lékařské komory - lékařská (se sídlem v Olomouci), stomatologická (se sídlem v Praze) a lékárnická (se sídlem v Praze) (online, Česká lékařská komora, 20.5.2009).

Česká lékařská komora je veřejnoprávní subjekt, proto má podle zákona určitá disciplinární oprávnění. Toto oprávnění má Čestná rada komory, která podle § 13 zákona č. 220/1991 „ (...) vykonává *disciplinární pravomoc vůči jeho členům (...)*“ a podle § 18 „ (...) vykonává disciplinární pravomoc vůči všem členům komory (...)“ (Zákon č. 220/1991 Sb. o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře).

### **3.3 Právní závaznost práv pacientů**

Většina dokumentů přímo zaměřených na práva pacientů jsou jen etickým kodexem, tzn., že jejich závaznost je mravní povahy. Kodex nikdy nebyl a sám o sobě není právně vymahatelný. Bylo by ale chybou se domnívat, že etický kodex „neměl žádný smysl“ a že byl vlastně jen určitou formou naléhavého apelu. Je totiž postaven tak, že **většina ustanovení se nachází v komparativní formě i v zákonných ustanoveních**. Lze tedy říci, že **etický kodex práv pacientů zdůrazňuje především to, co bylo zákonem stanoveno**, ale co z nejrůznějších důvodů nebylo uplatňováno. Důležité je tedy vědět, že česká verze Práv pacientů není v rozporu s platnými zdravotnickými zákony České republiky a že vhodně doplňuje, někde i koresponduje s Etickým kodexem České lékařské komory. To znamená, že to, co je v právech pacientů „jen“ mravním nárokem, je více či méně zřetelně **dáno také zákonem** a uvaleno jako povinnost na každého lékaře. Lze tedy konstatovat, že i když byla práva pacientů „pouze“ etickou normou, její naplňování bylo vymahatelné i

právně. (Haškovcová, 2007). Některé zásady Kodexu byly provedeny již např. **Zákonem č. 20/1966 Sb.**, některé pak např. vyhláškami Ministerstva zdravotnictví (online, Ministerstvo zdravotnictví, 16.6.2009).

Vývoj v právech pacientů se však nezastavil a nastala doba, kdy bylo zjevné, že by žádoucí určité sjednocení práv pacientů, a to s ohledem na měnící se základní model vztahu mezi lékařem a pacientem. **Úmluva o biomedicině** (viz.2.5.1) je logickým vyústěním dosavadního vývoje i legislativně zakotvenou koncepcí profesionálního partnerství. Lze tedy říci, že i obsahy etických kodexů týkajících se práva pacientů byly, až na malé výjimky, zahrnuty do Úmluvy o biomedicině, a získaly tak náležitou a vymahatelnou legislativní formu (Haškovcová, 2007).

Již zmíněný **Zákon o péči o zdraví lidu č. 20/1966 Sb.** byl přijat jako základní právní předpis zdravotnického práva v Československu. Vymezuje povinnosti státu, zdravotnických zařízení i uživatelů zdravotnických služeb a určuje zásady zdravotnické péče. I po zániku federace V České republice tento zákon nadále platí, ale po řadě novelizací. Jak už jsem výše zmínila, některá práva Kodexu byla již zakotvena v tomto zákoně. Konkrétně se jedná o § 23 tohoto zákona, který se zabývá informovaným souhlasem. Konkrétně tento paragraf říká:

*„1. Lékař je **povinen poučit vhodným způsobem nemocného, popřípadě členy jeho rodiny o povaze onemocnění a o potřebných výkonech tak, aby se mohli stát aktivními spolupracovníky při poskytování léčebně preventivní péče.***

***2. Vyšetřovací a léčebné výkony se provádějí se souhlasem nemocného, nebo lze-li tento souhlas předpokládat. Odmítá-li nemocný přes náležité vysvětlení potřebnou péči, vyžádá si ošetřující lékař o tom písemné prohlášení (revers)(...)“***

Také § 27 říká: *„(...) Každý lékařský výkon, který není v bezprostředním zájmu osoby, na které má být proveden, lze*

provést pouze s **předchozím písemným souhlasem** takové osoby (...)" (Zákon o péči o zdraví lidu č. 20/1966 Sb.)

Tento zákon také ukládá povinnosti pracovníků ve zdravotnictví. Konkrétně se jedná o § 55, který říká: „Zdravotničtí pracovníci jsou povinni vykonávat zdravotnické povolání **svědomitě, poctivě, s hluboce lidským vztahem k občanům** a s vědomím odpovědnosti ke společnosti (...), poskytovat neprodleně **první pomoc každému**, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo zdraví a není-li pomoc včas dosažitelná obvyklým způsobem, a zajistit mu podle potřeby další odbornou péči (...), **zachovávat mlčenlivost** o skutečnostech, o nichž se dověděl v souvislosti s výkonem svého povolání, s výjimkou případů, kdy skutečnost sděluje se souhlasem ošetřované osoby nebo kdy byl této povinností zproštěn nadřízeným orgánem v důležitém státním zájmu (...)" (Zákon o péči o zdraví lidu č. 20/1966 Sb.).

Významnou novelizací z hlediska práv pacientů bylo přijetí zákona č. **111/2007 Sb.**, která umožnila pacientům nahlížet do své zdravotnické dokumentace a pořizovat si z ní kopie. Pacient tedy od této chvíle získal právo na:

**„1. Plný a neomezený přístup ke své zdravotnické dokumentaci** (výjimky jsou přesně specifikovány a pro většinu pacientů nevýznamné).

**2. Získání plných kopií své zdravotnické dokumentace a jiných dokumentů, jež jsou o něm vedeny.**

**3. Jmenovité určení dalších osob, které mají právo na takové informace.**

**4. Možnost zakázat komukoli třetímu, včetně nejbližších osob, získat informace o jeho zdravotním stavu, a to dokonce i po smrti (výjimky i zde stanoveny zcela přesně)“** (online, elektronická zdravotnická dokumentace, 1.5.2009).

### 3.4 Strategie na posílení práv pacientů

Rada EU pro zaměstnanost, sociální politiku, zdraví a záležitosti spotřebitelů, která zasedala v roce 2004 v Luxemburgu za účasti ministrů evropských zemí se shodla na zahájení nové **otevřené metody koordinace**, která se vztahuje na zdravotnictví a dlouhodobou péči v souladu s ostatními metodami v oblasti sociální ochrany (důchody, sociální začleňování). Metoda otevřené koordinace vlastně znamená, že v řadě politických oblastí (vzdělávání, důchody, zdravotnická péče) si vlády jednotlivých zemí samy stanoví vlastní národní politiku, než aby vznikla obecná politika na evropské úrovni. Pro vlády je tedy důležité sdílení a vzájemná výměna informací. Metoda vzájemného učení se nazývá metodou otevřené koordinace. Státy se shodly na společných záměrech, které byly zapracovány do národních akčních plánů. K hlavním záměrům této metody patří: **„univerzálnost, slušnost a solidarita v přístupu k péči“**, dále **„podpora vysoké kvality péče“** a **„garance finanční udržitelnosti přístupné a kvalitní péče“**. Do realizace se zapojily ministerstva zdravotnictví, práce a sociálních věcí a financí. Zapojeny by měly být i nevládní a neziskové organizace (online, Národní rada osob se zdravotním postižením, 17.6.2009).

Organizace zdravotnictví a poskytování zdravotní péče je na základě Smlouvy o založení Evropského společenství plně v kompetenci členských států. I přesto zůstává v oblasti veřejného zdraví prostor pro společné aktivity na komunitární úrovni, a to především v rámci ochrany zdraví a bezpečnosti pacientů. **2. akční program Společenství v oblasti zdraví pro období 2008 – 2013** je součástí širší komunitární strategie v oblasti veřejného zdraví, a to tzv. **Strategie EU v oblasti zdraví**, jejíž cílem je zasadit politiku EU v oblasti zdraví do jednotného strategického

rámce, dát jí určitý směr a definovat priority. Strategie má iniciovat či podpořit společnou spolupráci členských států tam, kde je vhodnější či dokonce nezbytná spolupráce na úrovni Společenství. 2. akční program Společenství má uskutečňovat především tyto cíle: **„Zlepšovat ochranu zdraví občanů(...), podporovat zdraví, včetně snižování zdravotních nerovností(...), vypracovávat a šířit informace a znalosti v oblasti zdraví (...)**“ (online, Ministerstvo zdravotnictví, 17.6.2009).

Evropská unie v poslední době také vytvořila **strategii přímo na posílení práv pacientů**, jejímž cílem je vypracovat a přijmout v jednotlivých zemích: *„Zákony a další předpisy konkretizující práva, nároky, povinnosti pacientů, pracovníků ve zdravotnictví a pracovníků ve zdravotnických zařízeních“*, dále potom *„profesní etické kodexy pro lékaře a ostatní odborné pracovníky ve zdravotnictví, charty práv pacientů a další obdobné nástroje (...), komunikace mezi pacienty a zaměstnanci ve zdravotnictví i mezi skupinami poskytovatelů navzájem, uznávající rozlišení účasti veřejnosti jako občanů a participaci pacientů jako uživatelů zdravotní péče“*. Další strategií je také snaha o *„vznik a efektivní působení nevládních organizací v oblasti podpory práv pacientů“* a *„národní semináře a konference, aby se zde setkávaly skupiny zúčastněné na rozvoji systému zdravotní péče, které podporují a sdílí ducha porozumění“* (Kutnohorská, 2007, s.58).

Strategie prosazující práva pacientů předpokládá také určitou odpovědnost pacientů a určité povinnosti, které by měli pacienti dodržovat. Je to především seznámení s provozním řádem zdravotního zařízení a dodržování ho, dále pak dbaní na doporučenou životosprávu a pokud pacient udělí souhlas k léčbě, dodržovat ji (Kutnohorská, 2007).

## **4. Praxe porušování právního rámce**

Práva pacientů by měla být v České republice dodržována na základě přijetí dokumentů zmíněných v předchozích kapitolách. Jsou však ve skutečnosti práva pacientů vždy a všude dodržována?

### **4.1 Nezákoně sterilizace**

Na začátek této kapitoly bych ráda uvedla jeden konkrétní případ, kdy došlo k porušení práva pacientky, konkrétně práva na informovaný souhlas, a byl proveden zákrok, na který neměli lékaři právo. Jde o případ paní K., která v roce 2001 porodila císařským řezem své druhé dítě. S tímto porodem byla paní K. zároveň provedena sterilizace. Přestože se v její zdravotnické dokumentaci můžeme dočíst, že "pacientka žádá sterilizaci", nešlo v tomto případě o úplný a informovaný souhlas, na který měla pacientka ze zákona i mezinárodní smlouvy, kterou je Česká republika vázána, právo. Ačkoli bylo v případě paní K. již dlouho dopředu známo, že porodí císařským řezem, lékaři si vyžádali souhlas k provedení této sterilizace jen několik minut před provedením zákroku. To bylo tedy v době, kdy již počínala rodit a trpěla velkými bolestmi (online, Liga lidských práv, 19.4.2009).

Díky této nezákoně sterilizaci došlo u paní K. k porušení reprodukčních práv, fyzické a morální integrity soukromého a rodinného života, práva nebýt vystaven ponižujícímu zacházení. Paní K. však nezůstala nečinnou. Nejprve se přidala ke stížnostem deseti žen, které měly stejnou zkušenost jako paní K., Veřejnému ochránci práv. Tato stížnost byla zpracovaná Evropským centrem pro práva

Romů, Ligou lidských práv a Vzájemným soužitím. V březnu roku 2005 byla paní K. zvolena mluvčí neformální skupiny 25-ti obětí nucené sterilizace v nemocnicích v ostravském regionu (online, Liga lidských práv, 19.4.2009).

Kroky, které paní K. podnikla: V březnu roku 2005 podala paní K. stížnost u Veřejného ochránce práv, který konstatoval porušení práv stěžovatelky. V tomto měsíci dále paní K. podala prostřednictvím Ligy lidských práv civilní žalobu u Krajského soudu v Ostravě pro porušení základního práva na fyzickou integritu a lidskou důstojnost (online, Liga lidských práv, 19.4.2009). V listopadu 2005 pak Krajský soud v Ostravě sdělil: „(...)Je zřejmé, že žalobkyně nedala kvalifikovaný souhlas k tomuto zákroku. Tím došlo k zásahu do jejích osobnostních práv“. Tyto slova řekla soudkyně s tím, že na morální satisfakci žena má nárok. Nárok na materiální odškodnění byl podle ní již promlčen (online, epravo, 17.6.2009). Tento rozsudek je první svého druhu ve Střední Evropě. V lednu 2007 také Vrchní soud v Olomouci potvrdil porušení zákona a současně potvrdil i povinnost nemocnice se omluvit (online, Liga lidských práv, 19.4.2009).

Paní K. avšak nebyla jediným případem nezákonných sterilizací. Československá vláda mezi lety 1970 - 1990 sterilizovala romské ženy programově jako součást politiky, jejímž cílem bylo snížit „vysokou, nezdravou“ porodnost romských žen. Tato politika byla následně odsouzena Chartou 77. Organizace Human Rights Watch se zabývala touto otázkou v podrobné zprávě o situaci Romů v Československu, vydané v roce 1992. V této zprávě došlo k závěru, že tato praxe byla ukončena v polovině devadesátých let. Také Evropské centrum pro lidská práva u nás zdokumentovalo případy, v nichž docházelo k nucené sterilizaci v roce 1990 nebo dříve. V průběhu roku 2003 a v roce 2004 podniklo Evropské centrum ve spolupráci s českými organizacemi několik vyšetřovacích

misí, jejichž cílem bylo přesvědčit se, v jakém rozsahu praxe sterilizací pokračovala i po roce 1990 a jestli trvá dodnes. Díky tomuto šetření se zjistilo, že romské ženy byly i v minulých letech podrobeny nucené sterilizaci, a že nadále existuje skutečnost, že mohou být sterilizovány bez plně informovaného souhlasu. Díky tomuto šetření se také zjistilo, že nejčastější případy sterilizací romských žen jsou:

- *„Případy, kdy souhlas, ať už ústní či písemný, údajně nebyl vůbec získán před operačním zákrokem.*
- *Případy, kdy se souhlas získal při porodu nebo krátce před ním, během posledních stádií porodních bolestí, tj. za okolností, kdy se matka nachází v obrovských bolestech a/nebo je v akutním stresu.*
- *Případy, kdy souhlas byl podle všeho dán na základě chybného porozumění užití terminologie, po obdržení informace zjevně manipulativního charakteru nebo při absenci vysvětlení následků a možných vedlejších účinků sterilizace nebo bez adekvátních informací o alternativních metodách antikoncepce.*
- *Případy, kdy úředníci vyvíjeli nátlak na romské ženy, aby podstoupily sterilizaci, i za pomoci toho, že nabízejí finanční pobídky nebo hrozí odnětím sociálních dávek.*
- *Případy, kdy očividný rasistický motiv sehrál roli během konzultací mezi doktorem a pacientkou“ (online, Econnect zpravodajství, 19.4.2009).*

Důkazy toho, že k protiprávnímu provádění sterilizací vážně docházelo, můžeme vyčíst ze zpráv všech orgánů, které tuto otázku v minulosti šetřily. Jsou to výsledky šetření Generální prokuratury ze dne 25. května 1992, činnost poradního sboru Ministerstva zdravotnictví ze dne 19. září 2007 a závěrečné stanovisko veřejného ochránce práv ze dne 23. prosince 2005. Z těchto všech materiálů vyplývá, že k

provádění sterilizací docházelo v souvislosti s (ne)poskytnutím svobodného informovaného souhlasu se zákrokem (online, Zpráva o stavu romských komunit v České republice za rok 2007, 19.4.2009).

Podle Veřejného ochránce práv: „Výše zkoumané případy naplňují pochybnostmi o průběhu procesu řádného informování pacientky, který by jí umožnil na základě podaných informací zralé rozhodnutí. Obě klíčové podmínky přípustnosti sterilizace, tedy žádost o sterilizaci a souhlas s jejím provedením, jsou právními úkony, které jsou bez závad pouze tehdy, je-li pacient o zákroku řádně informován. K tomu, aby návrh lékaře na provedení sterilizace mohl vyvolat právně nepochybnou reakci pacientky v podobě žádosti o sterilizaci a souhlasu se zákrokem, musí být pacientka informována především o tom, že její zdravotní stav vyžaduje, aby již v budoucnu neotěhotněla, co by případné těhotenství mohlo znamenat, jak je v jejím případě možné těhotenství předejít, jaké výhody a nevýhody skýtá sterilizace a z jakého důvodu je nahlížena lékařem jako nejvhodnější řešení“ (online, Econnect zpravodajství, 19.4.2009).

Nucené sterilizace bohužel nejsou jediným případem, kdy docházelo k porušování práv pacientů. Častokrát se můžeme setkat také s tím, že nám lékař neumožní nahlédnout do naší vlastní zdravotnické dokumentace, i když právo na to máme. Následující kapitola se touto problematikou bude zabývat.

## **4.2 Zdravotnická dokumentace**

S účinností od 15. května 2007 byl novelizován zákon o péči o zdraví lidu (zákon č. 20/1966 Sb., ve znění

pozdějších předpisů), který výslovně upravil právo pacienta (a jeho zástupce) na nahlížení do jeho zdravotnické dokumentace, stejně jako právo na pořízení výpisů, opisů nebo kopií těchto dokumentů (viz kapitola 3.3). Tatáž práva platí také ve vztahu k pozůstalým blízkým osobám, pokud tedy pacient za svého života nevyslovil zákaz poskytování informací o svém zdravotním stavu (online, Veřejný ochránce práv, 20.4.2009)

V souvislosti s právem pacienta na nahlížení do jeho zdravotnické dokumentace a práva na pořízení výpisů, opisů nebo kopií těchto dokumentů můžeme zjistit, že ne vždy dochází k jeho dodržování. Jako příklad bych ráda uvedla část zprávy Veřejného ochránce práv z roku 2007, kdy se na Veřejného ochránce obrátilo několik lidí s prosbou o pomoc a jak lze z jeho zprávy vyčíst: „(...) Stěžovatelům nebyly předávány kopie zápisu z jednání znaleckých komisí posuzujících jejich zdravotní stav nebo kopie znaleckých posudků, které byly vypracovány v případech hodnocení stížností na zdravotní péči, přestože zákon o péči o zdraví lidu již výslovně upravuje právo pacienta na kopii zdravotnické dokumentace (a tedy i kopii zápisu z jednání znalecké komise, resp. kopii znaleckého posudku). Občanům, kteří se obrátili na Ministerstvo zdravotnictví nebo některé krajské úřady, bylo nejprve nabídnuto pouhé nahlédnutí do zápisu z jednání znalecké komise (resp. do odborného posudku zpravovaného k jejich stížnosti), poté jim byl z důvodu ochrany osobních údajů posudek poskytnut v neúplné podobě (bez jména jeho zpracovatele). Stěžovatelé si tak nemohli ověřit, zda posudek byl vypracován skutečně osobou nezávislou na kritizovaném zdravotnickém zařízení. Ochránce s takovým postupem nesouhlasil a požadoval zpřístupnění jména zpracovatele posudku. Se stanoviskem ochránce se ztotožnil také Úřad pro ochranu osobních údajů, který konstatoval, že v daném případě není důvod chránit

*jméno zpracovatele posudku, neboť se jedná o poskytnutí osobních údajů o zaměstnanci veřejné správy, které vypovídají o jeho veřejné činnosti...*" (online, Část dokumentu souhrnné zprávy o činnosti Veřejného ochránce práv za rok 2007, 20.4.2009).

Podobných případů se stalo více a podle mého názoru se i v budoucnu stávat budou. Je však alespoň dobré vědět, že nějaká práva jako pacienti máme.

### **4.3 Neetické pokusy posledních desetiletí**

Dalším problémem, který určitě stojí za zmínku, je vykonávání neetických lékařských pokusů na pacientech.

Co se týká problematiky lékařských experimentů, je nutné zmínit pokusy, které se prováděly na věznicích koncentračních táborů. Nechvalně populární byly v tomhle směru němečtí a japonští nacisté (Haškovcová, 1996). Lékaři se v období před druhou světovou válkou přidávali k nacistické straně dříve a ve větším počtu než jiné profesní skupiny a již v roce 1937 byli lékaři zastoupeni v SS sedmkrát více než ostatní zaměstnaní muži. Důvodem tohoto jednání bylo, že němečtí badatelé, kteří aplikovali Darwinovo učení na společnost, se obávali degenerace lidské rasy a snažili se prosazovat nový druh hygieny - rasovou hygienu. Na německých univerzitách byly také zakládány ústavy věnující se rasové hygieně (a to ještě před nástupem Hitlera). Vyústěním této filozofie byly tři hlavní programy - zákon o sterilizaci (asi 400 000 obětí), Norimberské zákony (zakončené Holocaustem) a „akce Eutanázie“ (asi 145 000 obětí) (Munzarová, 2005).

První podrobná pravidla týkající se experimentů na lidech byla zveřejněna v roce 1947 v návaznosti na Norimberský proces. Bylo tehdy přijato Desatero

norimberských pravidel, taktéž nazývaných jako „**Norimberský kodex**“ (Haškovcová, 1996). Nikdy před ním ani po něm nebyla v historii experimentování vyhlášena tak jasná a nekompromisní výzva, zaručující absolutní integritu subjektu výzkumu (Munzarová, 2005):

1. *„Je bezpodmínečně nutný dobrovolný souhlas týkající se experimentů, bez jakéhokoliv donucení a při dlouhodobé znalosti povahy rizika experimentu.*
2. *Pokus na člověku musí být nutným a nemožným uskutečnit ho jinak.*
3. *Předem má být připraven pokusy na zvířatech.*
4. *Má se vyvarovat veškerého zbytečného utrpení a škod.*
5. *Nesmí předpokládat smrt nebo invaliditu člověka, ledaže ho experimentátor provádí sám na sobě.*
6. *Riziko nesmí přesáhnout skutečnou hodnotu pokusu.*
7. *Je nutná snaha vyvarovat se eventuálního poškození.*
8. *Experimentátor musí být kvalifikovaný.*
9. *Experimentální osoba smí kdykoliv přerušit pokus.*
10. *Experimentátor musí být schopen přerušit pokus v případě hrozícího nebezpečí“*

(Haškovcová, 1996, s.126).

V podstatě platí, že člověk má právo na autonomii a sebeurčení, a proto musí vědět, proč a jakému pokusu se má podrobit. Dnes už by prakticky nemělo být možné, aby byl na člověku proveden pokus bez jeho písemného informovaného souhlasu a bez předchozího náležitého schválení etickou komisí (Haškovcová, 1996).

Podle studie Henryho K. Beechera (Munzarová, 2005) týkající se etiky lékařského výzkumu v poválečném období můžeme avšak zjistit různá pochybení, k nimž docházelo v případě experimentování na nemocných. Upozorňuje na četnost takových pochybení a vypočítává desítky doložených příkladů výzkumných prací, které také třídí na jednotlivé skupiny. První z nich je: „*Nepodávání již známé a účinné*

*léčby (za účelem srovnání podáváno např. jen placebo) (...)", druhou skupinu označuje jako: „Studie „fyziologické“ (např. hodnocení již známé krevní toxicity chloramfenikolu v závislosti na dávce) (...)", třetí skupinu tvoří: „studie s cílem lepšího pochopení projevů choroby (např. úmyslné nakažení hepatitidou dětí v ústavech pro mentálně postižené apod.) (...)", čtvrtou skupinou jsou: „technické studie chorob (např. během bronchoskopie<sup>7</sup> pronikání speciální jehlou do srdeční předsíně nejen u případů nemocných se srdečními chorobami, nýbrž i u lidí, kteří měli srdce zdravé)" a různé další studie bizarního charakteru (Munzarová, 2005, s.36).*

Problém je v tom, že i kdyby byli nemocní o všem a řádně informováni a se vším souhlasili, pak jejich souhlas ještě neudělá z neetického pokusu pokus etický. Jako příklad tohoto problému bych ráda uvedla případ transplantace zhoubného kožního nádoru z nemocné dcery na zdravou matku, která byla o zákroku velice dobře informována a s postupem souhlasila - tudíž dala informovaný souhlas. Matka v té době měla naději, že díky tomuto pokusu by vědci mohli lépe pochopit imunitu vůči tomuto nádoru a tyto poznatky by mohly být přínosem i v léčbě dcery. Dcera ale zemřela den po této transplantaci, naděje tedy zůstala jen v teoretické a ne v praktické rovině. Navíc v době, kdy matka vyjádřila souhlas s tímto zákrokem a přijetím dceřina nádoru, stav dcery byl již hodnocen jako terminální. Po 24 dnech byl nádorový implantát se širokou okolní tkání matce vyjmut. Matka ale zemřela 451.den po transplantaci - paradoxně na rozšířený zhoubný kožní nádor (Munzarová, 2005). K porušení práva pacienta zde nedošlo, ale byl tenhle zákrok pro pacienta účelný a z hlediska lékařů etický?

---

<sup>7</sup> Bronchoskopie - (med.) přímé pozorování a vyšetřování sliznice průdušek zavedením přístroje (bronchoskopu) do dýchacích cest (online, slovník cizích slov, 25.5.2009)

Tohle nebyl jediný případ. Neetické pokusy se stávaly i v dalších desetiletích. Dalším příkladem může být studie syfilis. Tato studie spočívala v tom, že v letech 1932 až 1972 byl u chudých venkovských černochů pozorován průběh syfilis. Bylo to v době, kdy již dávno byla známa účinná léčba této nemoci. Tito lidé nebyli vůbec seznámeni s tím, že se účastní nějaké studie a už vůbec netušili, že touto chorobou trpí. Žili v domnění, že jsou léčeni patřičně na jinou nemoc. Celý výzkum byl navíc podporován vládními zdroji. Proto ještě v r. 1997 se prezident Clinton omlouval osmi mužům, kteří přežili tuto studii, za zradu, za pošlapávání práv Afro-Američanů a za federální vládu, která nesla zodpovědnost za tuto rasistickou studii. Prosil také o odpuštění rodiny zesnulých a vytyčil řadu kroků k nápravě, mezi jinými i podporu bioetických center s cílem důsledné edukace v etice výzkumu. I v posledních letech čas od času dochází k odhalení hrubých i mírnějších porušování etiky výzkumu nejrůznějšího druhu. Např. v r. 1998 byly s cílem zjistit příčinu náhlých úmrtí kojenců tříměsíční děti po řadu hodin ponechávány ve značně snížené koncentraci kyslíku, a to při nedokonalém souhlasu rodičů a při velkém riziku poškození dítěte (Munzarová, 2005).

Bohužel tohle nebyly jediné případy, kdy docházelo k neetickému výzkumu na pacientech a můžeme se domnívat, že k neetickým pokusům bude docházet i v budoucnu. Co je ale příčinou takového neetického jednání? Je to jen příčinou nedostatku soucitu ze strany lékařů? Podle Munzarové (2005) je to ve většině případů této doby nedostatek citlivosti vůči etickým dilematům a zainteresování jiným směrem. *„Je více než pravděpodobné, že se nejedná o nedostatek soucitu nebo dokonce uváženou bezcitnost“* (Munzarová, 2005, s.41).

Problémem, se kterým se potýká dnešní společnost, je nedostatek kontroly v oblasti práv pacientů. To je důležitá otázka, se kterou by se společnost měla v budoucnu zabývat.

## Závěr

Práva pacientů patří k základním lidským právům, na které má každý občan v demokratickém světě nárok. Občanská práva a svobody jsou základní hodnoty, které proto také musí být důsledně chráněny legislativou. V dnešní době existuje řada dokumentů, které práva pacientů zakotvují. Některými z nich je dokonce Česká republika vázána. Velmi důležitým dokumentem z hlediska práv pacientů je Úmluva o lidských právech a biomedicině. Tato Úmluva je přímo součástí našeho právního řádu a zakotvuje řadu práv pacientů. Také již Všeobecná deklarace lidských práv nebo Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech vydané Organizací spojených národů zakotvují v některých svých člancích základní medicínská práva. Za zmínku určitě také stojí Úmluva o právech dítěte nebo Úmluva o právech zdravotně postižených osob, které zakotvují patientská práva dětí nebo zdravotně postižených lidí. Velmi důležitým je i Zákon o péči o zdraví lidu č. 20/1966 Sb., kde se v některých jeho člancích můžeme o právech pacientů dočíst. Existuje také řada deklarací a etických kodexů, které se právy pacientů přímo zabývají.

Ne vždy však dochází k dodržování těchto práv. Ze zpráv Veřejného ochránce práv, Ligy lidských práv nebo výroků soudů se můžeme dočíst nejrůznějších případů porušení práv pacientů. Můžeme se např. setkat s porušením práva pacienta na informovaný souhlas nebo také se zákazem nahlížení do naší vlastní zdravotnické dokumentace, i když právo na to máme. Je důležité vědět, že se můžeme prostřednictvím soudů bránit.

Důležitou oblastí ve zdravotnictví je také vztah mezi lékařem a pacientem. Lékař mívá většinou dominantní postavení, které je dáno jeho specializovanou vzdělaností. V dnešní době by se však mělo usilovat o fakticky vyvážený

vztah založený na vzájemné spolupráci, neboli partnerství. Zapomenout bychom neměli na roli zdravotní sestry, která bývá pacientovou oporou a často hraje roli prostředníka mezi lékařem a pacientem.

## Resumé

V rámci své bakalářské práce jsem se pokusila obecně shrnout práva pacientů, pomocí nejrozličnějších dokumentů tyto práva přiblížit a ukázat na jejich právní vymahatelnost.

Ve své práci jsem se nejprve zabývala problémy ve vztahu mezi lékařem a pacientem, kde jsem došla k názoru, že navzdory asymetrii, která bude vždy díky lékařově dominantnímu postavení ve vztahu fungovat, je dobré usilovat o fakticky vyvážený vztah mezi lékařem a pacientem. Jde o vztah založený na vzájemné spolupráci, jinak řečeno vztah partnerství. Důležitou úlohu také hraje zdravotní sestra, která bývá oporou nemocného pacienta a často bývá prostředníkem mezi doktorem a pacientem.

Velká část mé práce je věnována významným organizacím, které působí na poli lidských práv (především pak v oblasti medicínských práv). V návaznosti na to se dále zabývám dokumenty, které tyto práva zakotvují. Mezi takovéto dokumenty patří Všeobecná deklarace lidských práv, Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech, Úmluva o právech dítěte a Deklarace práv zdravotně postižených lidí. Tyto dokumenty ve svých člancích některá práva pacientů zakotvují. Dalšími důležitými dokumenty, které se dotýkají práv pacientů, jsou Úmluva o lidských právech a biomedicíně a Lisabonská deklarace. Ve své práci jsem také rozebírala práva obsažená v Deklaraci o prosazování práv pacientů v Evropě a Etickém kodexu práv pacientů. Nezapomněla jsem také na zákon o péči o zdraví lidu č. 20/1966 Sb., který některá práva pacientů zakotvuje. V závěru své práce jsem se zabývala právní závazností těchto práv. Především díky zákonu č. 20/1966 Sb., některými vyhláškami Ministerstva zdravotnictví a Úmluvě o biomedicíně je většina práv pacientů právně závazná, tudíž také právně vymahatelná.

V závěru své práce jsem se snažila poukázat na to, že ne vždy dochází k dodržování práv pacientů a uvedla jsem několik konkrétních případů porušení těchto práv. Zabývala jsem se také krátce neetickými pokusy posledních desetiletí, kde v podstatě nedošlo k porušení patientských práv, ale pokusy rozhodně etické nebyly.

## **Summary**

In the framework of my bachelor thesis I attempted to sum up patients' rights generally. I tried to do it with help of many documents in which patients' rights are contained and point at the fact that they are enforceable by law.

In the first chapter I was concerned with relationship between doctor and patient where it's useful to stand out for balanced relationship between doctor and patient. This balanced relationship should be based on cooperation between doctor and patient and it's called partnership. Nurse is also very important person. She is patient's standby and sometimes she is a middleman between doctor and patient.

In most of this bachelor thesis I was concerned with very important organisations, which are interested in human rights (above all in the medical zone) and very important documents, which this rights contain. Among these documents belong Universal Declaration of Human Rights, International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, Convention on the Rights of the Child and Convention on the Rights of Persons with Disabilities, where we can find some patients' rights. Very important documents are also Convention on Human Rights and Biomedicine and World Medical Association Declaration on the Rights of the Patient. In this Bachelor thesis I also tried to analyse patients' rights contained in Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe and Ethics code of Patients' rights. I didn't forget to mention Law 20/1966 about care of health of people, which some patients' rights contains. At the end of this chapter I was concerned with their legal liability. Most of patients' rights are legally

binding because of the Law 20/1966, some ministerial regulations and Convention on Human Rights and Biomedicine.

In the last chapter I tried to point out to the fact, that sometimes somebody break the law and patients' rights are infringed. Shortly I was also concerned with unethical advances of the last decade.

## Seznam použité literatury:

- ❖ Bártlová, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4
- ❖ Beran, J. *Základy komunikace s nemocným*. Praha: Vydavatelství Karolinum, 1997. 72 s. ISBN 80-7184-390-3
- ❖ Bullough, B., Bullough, V. *Nursing In The Community*. Missouri (USA): The C.V. Mosby Company, 1990. 712 s. ISBN 0-8016-6065-3
- ❖ *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, New York, 2006. Dostupné na: <http://www.un.org/disabilities/default.asp?navid=12&pid=150>, ze dne 16.6.2009
- ❖ Česká lékařská komora: [http://www.lkcr.cz/informace.php?hmp=1&do\[info\]=1&filterCategory.id=1](http://www.lkcr.cz/informace.php?hmp=1&do[info]=1&filterCategory.id=1), ze dne 20.5.2009
- ❖ Duinová, N., Sutcliffová, J. *Historie medicíny*. Praha: Nakladatelství Slovart, 1997. 256 s. ISBN 80-85871-04-1
- ❖ Econnect zpravodajství: <http://zpravodajstvi.ecn.cz/index.stm?x=202407>, ze dne 19.4.2009
- ❖ Epravo: [http://www.epravo.cz/v01/index.php3?s1=1&s2=X&s3=X&s4=X&s5=S&s6=1&m=1&typ=clanky&recid\\_cl=37031](http://www.epravo.cz/v01/index.php3?s1=1&s2=X&s3=X&s4=X&s5=S&s6=1&m=1&typ=clanky&recid_cl=37031), ze dne 17.6.2009

- ❖ Elektronická zdravotnická dokumentace:  
<http://www.infomed.cz/ps/article.php?arid=106>, ze dne 1.5.2009
  
- ❖ Haškovcová, H. *Práva pacientů*. Havířov: Nakl. Aleny Krtilové, 1996. 176 s. ISBN 80-902163-0-7
  
- ❖ Haškovcová, H. *Informovaný souhlas*. Praha: Galén, 2007. 104 s. ISBN 978-80-7262-497-3
  
- ❖ Kahoun, V a kol. *Vybrané kapitoly k sociální práci II*. Praha: TRITON, 2007. 281 s. ISBN 978-80-7387-064-5
  
- ❖ Kavka, S. *Světová zdravotnická organizace*. Praha: Avicenum, 1989. 176 s.
  
- ❖ Kutnohorská, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2
  
- ❖ Liga lidských práv: <http://www.llp.cz/cz/tiskove-zpravy/nucene-sterilizace-v-ceske-republice-z39>, ze dne 19.4.2009  
 Liga lidských práv: <http://www.llp.cz/cz/temata/lidska-prava-ve-zdravotnictvi/protipravni-sterilizace/pripady>, ze dne 19.4.2009
  
- ❖ *Listina základních práv a svobod*, Česká republika, 1992 (Parlament ČR) - dostupné na:  
<http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>
  
- ❖ *Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech*, New York, 1966. Dostupné na:  
<http://www.osn.cz/dokumenty-osn/>, ze dne 10.4.2009

- ❖ Ministerstvo zdravotnictví:  
<http://www.mzd.cz/Odbornik/Pages/863legislativa.html?menu=696>, ze dne 16.6.2009  
<http://www.mzcr.cz/Unie/Pages/167-zakladni-informace.html>, ze dne 17.6.2009
  
- ❖ Munzarová, M. *Lékařský výzkum a etika*. Praha: Grada, 2005. 120 s. ISBN 80-247-0924-4
  
- ❖ Národní rada osob se zdravotním postižením:  
<http://www.nrzp.cz/tydenni-zpravodaj-za-rok-2004>, ze dne 17.6.2009
  
- ❖ Niklíček, L. *Dějiny medicíny v číslech a datech*. Praha: Avicenum, 1985. 376 s.
  
- ❖ Právo a medicína: <http://medico.juristic.cz/114039>, ze dne 4.5.2009
  
- ❖ Rada vlády pro záležitosti romské komunity - Zpráva o stavu romských komunit v ČR za rok 2007:  
<http://www.vlada.cz/cz/pracovni-a-poradni-organy-vlady/zalezitosti-romske-komunity/dokumenty/zprava-o-stavu-romskych-komunit-v-ceske-republice-za-rok-2007-44502/>, ze dne 19.4.2009
  
- ❖ Schreiber, V. *Medicína na přelomu tisíciletí*. Praha: Academia, 2000. 208 s. ISBN 80-200-0822-5
  
- ❖ Slovník cizích slov: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz>, ze dne 25.5.2009 a 2.6.2009
  
- ❖ *Úmluva o právech dítěte*, New York, 1989. Dostupné na: <http://www.osn.cz/dokumenty-osn/>, ze dne 10.4.2009

- ❖ United Nations. *Human Rights. Economic, Social and Cultural Rights*. Handbook for National Human Rights Institutions. New York and Geneva, 2005
  
- ❖ United Nations:  
<http://www.un.org/disabilities/default.asp?navid=12&pid=150>, ze dne 16.6.2009
  
- ❖ *Ústava České republiky*, 1993, dostupná na:  
[http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411/\\_s.155/701?PC\\_8411\\_name=%C3%BAstava&PC\\_8411\\_l=1/1993&PC\\_8411\\_ps=10#10821](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411/_s.155/701?PC_8411_name=%C3%BAstava&PC_8411_l=1/1993&PC_8411_ps=10#10821), ze dne 16.6.2009
  
- ❖ Ventura, V. Vita. *Jak přežít a nenaštvat lékaře*. Praha: Nakladatelství Petrklíč, 2008. 219 s. ISBN 978-80-7229-198-4
  
- ❖ Veřejný ochránce práv - Část dokumentu souhrnné zprávy o činnosti Veřejného ochránce práv za rok 2007:  
<http://www.ochrance.cz/dokumenty/cast.php?back=/cinnost/hledej.php?oblast=202&doc=1239&partid=598>, ze dne 20.4.2009
  
- ❖ *Všeobecná deklarace lidských práv*, 1948. Dostupná na  
<http://www.osn.cz/dokumenty-osn/>, ze dne 10.4.2009
  
- ❖ World Health Organisation:  
<http://www.who.int/genomics/public/patientrights/en/>, ze dne 3.6.2009
  
- ❖ World Health Organisation (Světová zdravotnická organizace): <http://www.who.cz/zaklinf.htm>, ze dne 20.5.2009

- ❖ *World Medical Association Declaration on the Rights of the Patient.* Dostupné na <http://www.wma.net/e/policy/14.htm>, ze dne 29.5.2009
  
- ❖ *Zákon. o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře č. 220/1991 Sb.,* Systém ASPI - stav k 17.6.2009
  
- ❖ *Zákon o péči o zdraví lidu č.20/1966 Sb.,* Systém ASPI - stav k 3.5.2009

## Seznam příloh

- 1) World Medical Association Declaration on the Rights of the Patient (Lisabonská deklarace práv pacientů)
- 2) Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě
- 3) Etický kodex práv pacientů
- 4) Hippokratova přísaha

## Přílohy

### Příloha č.1

#### World Medical Association Declaration on the Rights of the Patient (Lisabonská deklarace práv pacientů)

World Medical Association Declaration on the Rights of the Patient Adopted by the 34th World Medical Assembly, Lisbon, Portugal, September/October 1981, and amended by the 47th WMA General Assembly, Bali, Indonesia, September 1995, and editorially revised at the 171st Council Session, Santiago, Chile, October, 2005.

#### PREAMBLE

The relationship between physicians, their patients and broader society has undergone significant changes in recent times. While a physician should always act according to his/her conscience, and always in the best interests of the patient, equal effort must be made to guarantee patient autonomy and justice. The following Declaration represents some of the principal rights of the patient that the medical profession endorses and promotes. Physicians and other persons or bodies involved in the provision of health care have a joint responsibility to recognize and uphold these rights. Whenever legislation, government action or any other administration or institution denies patients these rights, physicians should pursue appropriate means to assure or to restore them.

## PRINCIPLES

### **1. Right to medical care of good quality**

- a. Every person is entitled without discrimination to appropriate medical care.
- b. Every patient has the right to be cared for by a physician whom he/she knows to be free to make clinical and ethical judgements without any outside interference.
- c. The patient shall always be treated in accordance with his/her best interests. The treatment applied shall be in accordance with generally approved medical principles.
- d. Quality assurance should always be a part of health care. Physicians, in particular, should accept responsibility for being guardians of the quality of medical services.
- e. In circumstances where a choice must be made between potential patients for a particular treatment that is in limited supply, all such patients are entitled to a fair selection procedure for that treatment. That choice must be based on medical criteria and made without discrimination.
- f. The patient has the right to continuity of health care. The physician has an obligation to cooperate in the coordination of medically indicated care with other health care providers treating the patient. The physician may not discontinue treatment of a patient as long as further treatment is medically indicated, without giving the patient reasonable assistance and sufficient opportunity to make alternative arrangements for care.

## **2. Right to freedom of choice**

- a. The patient has the right to choose freely and change his/her physician and hospital or health service institution, regardless of whether they are based in the private or public sector.
- b. The patient has the right to ask for the opinion of another physician at any stage.

## **3. Right to self-determination**

- a. The patient has the right to self-determination, to make free decisions regarding himself/herself. The physician will inform the patient of the consequences of his/her decisions.
- b. A mentally competent adult patient has the right to give or withhold consent to any diagnostic procedure or therapy. The patient has the right to the information necessary to make his/her decisions. The patient should understand clearly what is the purpose of any test or treatment, what the results would imply, and what would be the implications of withholding consent.
- c. The patient has the right to refuse to participate in research or the teaching of medicine.

## **4. The unconscious patient**

- a. If the patient is unconscious or otherwise unable to express his/her will, informed consent must be obtained whenever possible, from a legally entitled representative.
- b. If a legally entitled representative is not available, but a medical intervention is urgently needed, consent of the patient may be presumed,

unless it is obvious and beyond any doubt on the basis of the patient's previous firm expression or conviction that he/she would refuse consent to the intervention in that situation.

- c. However, physicians should always try to save the life of a patient unconscious due to a suicide attempt.

## **5. The legally incompetent patient**

- a. If a patient is a minor or otherwise legally incompetent, the consent of a legally entitled representative is required in some jurisdictions. Nevertheless the patient must be involved in the decision-making to the fullest extent allowed by his/her capacity.
- b. If the legally incompetent patient can make rational decisions, his/her decisions must be respected, and he/she has the right to forbid the disclosure of information to his/her legally entitled representative.
- c. If the patient's legally entitled representative, or a person authorized by the patient, forbids treatment which is, in the opinion of the physician, in the patient's best interest, the physician should challenge this decision in the relevant legal or other institution. In case of emergency, the physician will act in the patient's best interest.

## **6. Procedures against the patient's will**

Diagnostic procedures or treatment against the patient's will can be carried out only in exceptional

cases, if specifically permitted by law and conforming to the principles of medical ethics.

#### **7. Right to information**

- a. The patient has the right to receive information about himself/herself recorded in any of his/her medical records, and to be fully informed about his/her health status including the medical facts about his/her condition. However, confidential information in the patient's records about a third party should not be given to the patient without the consent of that third party.
- b. Exceptionally, information may be withheld from the patient when there is good reason to believe that this information would create a serious hazard to his/her life or health.
- c. Information should be given in a way appropriate to the patient's culture and in such a way that the patient can understand.
- d. The patient has the right not to be informed on his/her explicit request, unless required for the protection of another person's life.
- e. The patient has the right to choose who, if anyone, should be informed on his/her behalf.

#### **8. Right to confidentiality**

- a. All identifiable information about a patient's health status, medical condition, diagnosis, prognosis and treatment and all other information of a personal kind must be kept confidential, even after death. Exceptionally, descendants may have a right of access to information that would inform them of their health risks.

- b. Confidential information can only be disclosed if the patient gives explicit consent or if expressly provided for in the law. Information can be disclosed to other health care providers only on a strictly "need to know" basis unless the patient has given explicit consent.
- c. All identifiable patient data must be protected. The protection of the data must be appropriate to the manner of its storage. Human substances from which identifiable data can be derived must be likewise protected.

### **9. Right to Health Education**

Every person has the right to health education that will assist him/her in making informed choices about personal health and about the available health services. The education should include information about healthy lifestyles and about methods of prevention and early detection of illnesses. The personal responsibility of everybody for his/her own health should be stressed. Physicians have an obligation to participate actively in educational efforts.

### **10. Right to dignity**

- a. The patient's dignity and right to privacy shall be respected at all times in medical care and teaching, as shall his/her culture and values.
- b. The patient is entitled to relief of his/her suffering according to the current state of knowledge.
- c. The patient is entitled to humane terminal care and to be provided with all available assistance

in making dying as dignified and comfortable as possible.

#### **11. Right to religious assistance**

The patient has the right to receive or to decline spiritual and moral comfort including the help of a minister of his/her chosen religion.

## **Příloha č.2**

### **Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě**

Kodaň, Dánsko, duben 1994.

Regionální úřadovna WHO (Světová zdravotnická organizace)  
pro Evropu.

#### **OBSAH**

1. PRÁVA PACIENTŮ
2. INFORMACE
3. SOUHLAS
4. DŮVĚRNOST A SOUKROMÍ

#### **1. PRÁVA PACIENTŮ**

##### 1.1. Lidská práva a hodnoty ve zdravotní péči

- 1.1.1. Každý má právo na respekt vůči své osobě, jako lidské bytosti.
- 1.1.2. Každý má právo sám o sobě rozhodovat.
- 1.1.3. Každý má právo na tělesnou a duševní nedotknutelnost a na bezpečnost své osoby.
- 1.1.4. Každý má právo na respekt vůči svému soukromí.
- 1.1.5. Každý má právo na to, aby byly respektovány jeho morální zásady a kulturní hodnoty, náboženské a filozofické přesvědčení.
- 1.1.6. Každý má právo na takovou ochranu zdraví, jakou je možno zajistit preventivními opatřeními a zdravotní péčí a možností usilovat o nejvyšší dosažitelnou úroveň svého zdraví.

## 2. INFORMACE

- 2.1. Informace o zdravotních službách a o jejich nejlepším využití musejí být dostupné veřejnosti, aby z nich měli prospěch všichni, jichž se to týká.
- 2.2. Pacienti mají právo na úplné informace o svém zdravotním stavu, včetně medicínských poznatků o svém zdravotním stavu, jakož i o navrhované léčbě, možných rizicích a výhodách každého postupu; o alternativách k navrhovaným postupům, včetně důsledků neléčení; a dále o diagnóze, prognóze a pokroku v léčení.
- 2.3. Informace mohou být výjimečně před pacienty utajeny, pokud existuje závažný důvod se domnívat, že tyto informace (aniž od nich můžeme očekávat pozitivní účinek) by jim mohly způsobit vážnou škodu.
- 2.4. Informace musejí být pacientovi sděleny způsobem odpovídajícím jeho schopnostem jim porozumět, při minimálním použití neznámé, odborné terminologie. Pokud pacient nemluví stejným jazykem, měla by být k dispozici určitá forma tlumočení.
- 2.5. Pacienti mají právo nebýt informováni, pokud o to výslovně požádají.
- 2.6. Pacienti mají právo zvolit si, zda a komu má informace být poskytnuta místo nich.
- 2.7. Pacienti by měli mít možnost vyžádat si názor dalšího odborníka.
- 2.8. Při přijetí do zdravotnického zařízení by pacienti měli být seznámeni s totožností a odborným postavením osob, které jim poskytují zdravotní péči, a dále o pravidlech a zvyklostech, platných pro jejich pobyt a péči.
- 2.9. Při propuštění ze zdravotnického zařízení by pacienti měli mít možnost na požádání dostat písemný záznam o jejich diagnóze, terapii a poskytované péči.

### 3. SOUHLAS

- 3.1. Informovaný souhlas pacientů je předpoklad pro jakýkoliv lékařský zákrok.
- 3.2. Pacient má právo odmítnout nebo přerušit lékařský zákrok. Důsledek odmítnutí nebo přerušení zákroku je nutno pacientovi pečlivě vysvětlit.
- 3.3. Pokud pacient není schopný vyjádřit svou vůli a lékařský zákrok je naléhavě nutný, lze souhlas pacienta předpokládat, pokud není zřejmé z jeho dřívějšího vyjádření, že by za dané situace souhlas odmítl.
- 3.4. Pokud je nutný souhlas zákonného zástupce, a zákrok je naléhavě nutný, pak zákrok může být proveden, pouze pokud není možné souhlas zástupce získat dostatečně rychle.
- 3.5. Pokud je nutný souhlas zákonného zástupce, pacienti (až již z důvodu nedosažení plnoletosti nebo plnoletí) musejí nicméně být v maximální míře zapojeni do procesu rozhodování v závislosti na jejich schopnostech.
- 3.6. Pokud zákonný zástupce odmítne dát souhlas a lékař nebo jiný poskytovatel zdravotní péče je toho názoru, že zákrok je v zájmu pacienta, pak je nutno vyžádat rozhodnutí soudu nebo jiného rozhodčího orgánu.
- 3.7. Ve všech ostatních situacích, kdy pacient není schopen dát informovaný souhlas a neexistuje zákonný zástupce nebo zástupce pověřený pro tento účel pacientem, by měly být podniknuty přiměřené kroky, zajišťující náhradní rozhodnutí, které bude brát v úvahu, co je známo, a pokud možno i co lze předpokládat o přáních pacienta.
- 3.8. Souhlas pacienta je vyžadován pro uchování a použití veškerých částí lidského těla. Souhlas lze

předpokládat, pokud mají být tyto použity během diagnózy, léčby a péče u téhož pacienta.

- 3.9. Informovaný souhlas pacienta je nezbytný pro jeho zapojení do klinické výuky.
- 3.10. Informovaný souhlas pacienta je předpokladem pro účast na vědeckém výzkumu. Veškeré protokoly musejí být podrobeny řádnému etickému posouzení. Tento výzkum by neměl být prováděn na osobách, které nemohou vyjádřit svou vůli, kromě případů, kdy byl získán souhlas od zákonného zástupce a lze předpokládat, že výzkum je v zájmu pacienta. Z podmínky, že účast na výzkumu má být v zájmu pacienta, lze výjimečně slevit v případě osob nezpůsobilých, pokud se jedná o výzkum pozorováním, které nepřináší přímý prospěch jejich zdraví, za předpokladu, že osoba neprojevuje odpor, a že riziko, popř. zátěž pro ni je minimální, že výzkum přínos, a že pro takový výzkum nejsou k dispozici žádné alternativní metody nebo jiné subjekty.

#### **4. DŮVĚRNOST A SOUKROMÍ**

- 4.1. Veškeré informace o pacientově zdravotním stavu, lékařském nález, diagnóze, prognóze a léčbě a veškeré další informace osobního rázu musejí být zachovávány jako důvěrné, a to i po smrti.
- 4.2. Důvěrné informace mohou být sdělovány dál pouze tehdy, dá-li pacient výslovný souhlas, nebo pokud tak výslovně stanoví zákon. Souhlas je možno považovat za daný, jde-li o sdělení jiným poskytovatelům péče o téhož pacienta.
- 4.3. Veškeré identifikovatelné údaje o pacientovi musejí být chráněny. Ochrana údajů musí odpovídat způsobu jejich uložení. Veškeré součásti lidského těla

(humánní substance), z nichž je možno odvolit identifikovatelné údaje, musejí být stejně chráněny.

- 4.4. Pacienti mají právo přístupu ke své zdravotní kartě a technickým záznamům a jakékoli další zdravotní dokumentace související s jejich diagnózou, léčbou a mají právo obdržet kopii vlastní dokumentace, záznamů nebo jejich části. Vyloučen je však přístup k údajům týkajícím se třetích osob.
- 4.5. Pacienti mají právo žádat o opravu, vymazání, upřesnění nebo aktualizaci osobních údajů nebo zdravotní dokumentace, která se jich týká, pokud jsou nepřesné, neúplné, nejednoznačné nebo zastaralé nebo se netýkají diagnózy, léčby a ošetřování.
- 4.6. Lékařské zákroky mohou být prováděny pouze respektující soukromí každého jednotlivce, Nesmí dojít k zásahu do pacientova soukromého a rodinného života, ledaže by zásah s pacientovým souhlasem byl shledán jako nutný kvůli pacientově diagnóze, léčbě a ošetřování.
- 4.7. Lékařské zákroky mohou být prováděny pouze v přítomnosti těch osob, které jsou pro zákrok potřebné, pokud pacient nesvolí nebo nepožaduje jinak.
- 4.8. Pacienti přijatí do zdravotnických zařízení mají právo očekávat vybavenost, která jim zajistí soukromí, zejména když se poskytuje individuální péče, provádějí vyšetření nebo zákroky.

### **Příloha č.3**

#### **Etický kodex práv pacientů**

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na vyšetření přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný,

a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.

6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby, jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které přitom existují. InSTITUTE, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce., kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

*Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná dnem 25. Února 1992.*

*Etický kodex Práva pacientů navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky.*

#### **Příloha č.4**

##### **Hippokratova přísaha**

Přisahám a volám Apollóna lékaře a Asképie a Hygieu a Panakín a všechny bohy a bohyně za svědky, že budu tuto smlouvu a přísahu dle svých možností a dle svého svědomí dodržovat.

Toho, kdo mě naučil umění lékařskému, budu si vážit, jako svých rodičů a budu ho ze svého zajištění podporovat. Když se dostane do nouze, dám mu ze svého, stejně jako i jeho potomkům dám a budou stejní jako moji bratři. Pokud znalosti tohoto umění (lékařského) zatouží, budu je vyučovat zdarma a bez smlouvy. Seznámím své syny a syny svého učitele a všechny ustanovené a na lékařský mrav přísahající s předpisy, přednáškami a se všemi ostatními radami. Jinak však s nimi neseznámím nikoho dalšího.

Lékařské úkony budu konat v zájmu a ve prospěch nemocného, dle svých schopností a svého úsudku. Vystříhám se všeho, co by bylo ke škodě a co by nebylo správné.

Nepodám nikomu smrtící prostředek, ani kdyby mne o to kdokoli požádal a nikomu také nebudu radit (jak zemřít). Žádné ženě nedám prostředek k potratu.

Svůj život uchovám v čistotě a bohobojnosti, stejně tak i své lékařské umění. Nebudu (lidské tělo) řezat, ani ty, co trpí kameny a tento zákrok přenechám mužům, kteří takovéto řemeslo provádějí.

Do všech domů, kam vstoupím budu vstupovat ve prospěch nemocného, zbaven každého vědomého bezpráví a každého zlého činu. Zvláště se vystříhám pohlavního zneužití žen i mužů, svobodných i otroků. Cokoli, co při léčbě i mimo svou praxi ve styku s lidmi uvidím a uslyším, co nesmí se sdělit, to zamlčím a uchovám v tajnosti.

Když tuto přísahu dodržím a neporuším, nechť ve svém životě i ve svém umění skromně dopředu postoupím. Tak

získám si vážnost všech lidí po všechny ty časy. Když ale zákazy přestoupím a přísahu poruším, necht' stane se pravý opak.