

# Univerzita Karlova v Praze

Právnická fakulta

Rigorózní práce

## Práva a postavení pacienta

Jméno konzultanta:

Jméno zpracovatele:

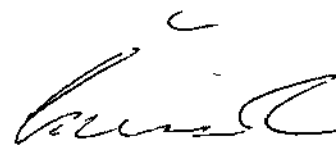
Měsíc a rok odevzdání práce:

JUDr. Rudolf Vokoun, CSc.

Mgr. Robert Černý

duben 2007

**„Prohlašuji, že jsem tuto rigorózní práce zpracoval samostatně a že jsem vyznačil prameny, z nichž jsem pro svou práci čerpal, způsobem ve vědecké práci obvyklým.“**



---

Mgr. Robert Černý

## **Obsah:**

<b>1.</b>	<b><i>Úvod</i></b>	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b><i>Vývoj postavení pacienta v České republice</i></b>	<b>4</b>
2.1.	Období do roku 1918	4
2.2.	Období od roku 1918 do roku 1939	5
2.3.	Období po 2. světové válce	5
2.4.	Období po roce 1989	6
<b>3.</b>	<b><i>Ústavní základ postavení pacienta</i></b>	<b>8</b>
<b>4.</b>	<b><i>Úmluva o biomedicíně</i></b>	<b>10</b>
4.1.	Obecná část Úmluvy o biomedicíně	11
4.2.	Zvláštní oblasti úpravy	15
4.3.	Další ustanovení	16
4.4.	Dodatkové protokoly k Úmluvě o biomedicíně	16
4.5.	Význam Úmluvy o biomedicíně a její použití	18
<b>5.</b>	<b><i>Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod</i></b>	<b>21</b>
<b>6.</b>	<b><i>Zákon o péči o zdraví lidu</i></b>	<b>23</b>
<b>7.</b>	<b><i>Návrh zákona o zdravotní péči</i></b>	<b>24</b>
<b>8.</b>	<b><i>Bioetika a etické kodexy</i></b>	<b>27</b>
8.1.	Pojem bioetiky	27
8.2.	Etické kodexy	28
8.3.	Standardy péče pro vybrané skupiny pacientů	30
8.4.	Význam etických kodexů	31
<b>9.</b>	<b><i>Informovaný souhlas</i></b>	<b>32</b>
9.1.	Úvod	32
9.2.	Právní povaha souhlasu pacienta	32
9.3.	Obsah institutu	33
9.4.	Dříve vyslovená přání	38
<b>10.</b>	<b><i>Postavení dětského pacienta</i></b>	<b>40</b>
10.1.	Udělování informovaného souhlasu	40
10.2.	„Zájem dítěte“	41
10.3.	Procesní postavení dětských pacientů	44
<b>11.</b>	<b><i>Pacient s duševní poruchou</i></b>	<b>51</b>

<b>12.</b>	<b><i>Ochranné léčení</i></b>	<b>54</b>
12.1.	Obsah institutu	54
12.2.	Postavení pacienta během ochranném léčení	56
12.3.	Kompetence ochránce práv (349/1999 Sb.)	61
12.4.	Zhodnocení současného stavu	63
<b>13.</b>	<b><i>Typické problémy</i></b>	<b>67</b>
13.1.	Nutnost podepsat souhlas s výkony při nástupu do nemocnice	67
13.2.	Právo na kopie zdravotní dokumentace	69
13.3.	Porušení požadavků na informovaný souhlas	75
<b>14.</b>	<b><i>Postavení pacienta a evropské právo</i></b>	<b>77</b>
<b>15.</b>	<b><i>Shrnutí</i></b>	<b>79</b>
<b>16.</b>	<b><i>Přílohy</i></b>	<b>83</b>
16.1.	Příloha 1 – Informovaný souhlas (Motol)	83
16.2.	Příloha 2 – Dokument pro lékařskou péči	84
16.3.	Příloha 3 – Code of Practice for The Surgical Management of Jehovah's Witnesses (2002)	85
16.4.	Příloha 4 – Kodex práv pacienta	88
16.5.	Příloha 5 – Charta práv dětí v nemocnici	89
16.6.	Příloha 6 – Etický kodex lékaře	90
16.7.	Příloha 7 – Helsinská deklarace (výběr)	92
<b>17.</b>	<b><i>Seznam zkratk</i></b>	<b>93</b>
<b>18.</b>	<b><i>Seznam literatury</i></b>	<b>94</b>

---

## 1. Úvod

Ve starověku Hippokrates zastával názor, že „před pacientem je třeba zatajit maximum informací a nesdělovat mu nic o jeho prognóze ani současném stavu“.<sup>1</sup> Tento postoj by ho dnes bezpochyby dostal do mnoha problémů. Postavení pacienta se totiž od jeho dob významně změnilo. Tato změna je výrazná nejenom ve srovnání s dobou, ve které žil Hippokrates, ale také s praxí a názory, které byly běžné ještě před několika lety, alespoň pokud jde o Českou republiku. V evropském nebo euro-americkém prostředí lze posun v chápání postavení pacienta a jeho práv sledovat od konce 19. století a významný pokrok v této oblasti od poloviny 20. století.

Změna v postavení pacienta nebyla nijak izolovaná. Šlo o důsledek mnoha změn ve společnosti, v právních a ústavních poměrech jednotlivých států. Postupovala společně se vzrůstající ochranou práv a postavení zaměstnanců vůči zaměstnavatelům, se zajištěním zdravotní péče o zaměstnance, s rozvojem koncepce sociálního státu, atd.

Tato práce si vzhledem ke svému omezenému rozsahu neklade za cíl popsat postavení pacienta v České republice v celé šíři, ale chce se zaměřit na právní instituty v oblasti práv pacientů, které jsou nejdůležitější. Snahou bude také zaměřit se na změny postavení pacientů vzhledem k rychlému vývoji, který jsme za poslední období zaznamenali. Není třeba zdůrazňovat, že popis se bude týkat pouze postavení právního.

---

<sup>1</sup> Viz <http://utmed.com/studynotes/pd/WordsasScalpels.doc>

Téma práv a postavení pacienta je do té míry široké, že je nutné rezignovat na detailnější rozbor některých nesmírně zajímavých, ale dílčích otázek, jako je úprava postavení pacienta v případě transplantací, tolik diskutované otázky euthanasie nebo změny pohlaví.

Nepůjde však, a také nemůže jít, pouze o výčet jednotlivých ustanovení příslušných mezinárodních smluv, ústavních předpisů a zákonů, popřípadě dalších pramenů práva. Nejde totiž pouze o existenci určitého subjektivního práva, jehož je pacient v určité chvíli nositelem. Záleží také na možnosti tato práva uplatnit a prosadit. Proto bude nutné pokusit se o určité hodnocení a připojit několik úvah de lege ferenda.

V úvodu tedy ve stručném historickém úvodu budou zmíněny některé hlavní rysy vývoje postavení pacienta se zaměřením na rozvoj práv od 19. století. Samotný popis platné právní úpravy si nejprve všimá ústavních základů práv a postavení pacienta. Poté se zabývá rozбором klíčových právních norem z oblasti mezinárodního práva. Nejprve jde o „Úmluvu o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny: Úmluva o biomedicíně publikovaná pod číslem 96/2001 Sb. m. s., (dále jen Úmluva o biomedicíně nebo Úmluva), a Úmluvu o ochraně lidských práv a základních svobod (209/1992 Sb.) z oblasti vnitrostátní právní úpravy se pozornost soustřeďuje na zákon č. 20/1966 Sb. O péči o zdraví lidu. V práci je dále upozorněno na nezastupitelnou úlohu mimoprávních norem na postavení pacientů obsažených v etických kodexech.

Práce dále rozebírá právní povahu informovaného souhlasu pacienta jako klíčového institutu včetně tzv. dříve vyslovených přání. Zvláštní pozornost je věnována některým typickým skupinám pacientů. z praktickým problémům při uplatňování práv pacientů.

Stručně je poukázáno na evropskou dimenzi ochrany práv pacientů. V závěru se práce pokouší zhodnotit současný legislativní stav v oblasti práv a postavení pacienta a nastínit další možnosti.

## 2. Vývoj postavení pacienta v České republice

### 2.1. Období do roku 1918

Pokud jde o Českou republiku, historicky se vývoj postavení pacientů na jejím území v zásadě nelišil od vývoje v okolních zemích, a to také z toho důvodu, že území českého státu bylo součástí Rakousko-Uherska právě v období, kdy začalo docházet ke společenským změnám, které měly přímý vliv i na práva a postavení pacientů. Je nutné ovšem uvést, že téma práv a postavení pacientů je do jisté míry součástí toho, co je dnes souhrnně označováno jako sociální zabezpečení. V literatuře se uvádí, že historickými předchůdci pojmu sociální zabezpečení byly pojmy chudinská péče, sociální správa a sociální péče<sup>2</sup>.

Pro určité historické ohlédnutí má význam zabývat se až obdobím od poloviny 19. století, protože teprve od té doby lze zaznamenat konkrétní kroky v oblasti péče o nemocné a potřebné ze strany státu. Je sice pravda, že k určitému řešení péče nejen o nemocné, ale obecně řečeno o práce neschopné, dochází ve středověku, ale tehdy, a ještě dlouho poté, panoval názor, že tato péče je záležitostí soukromou a církevní. Ve středověku byly zřizovány svépomocné podpůrné spolky, jejichž úkolem bylo podporovat práce neschopné a staré členy a také pozůstalé členy rodin. Nejprve vznikaly takové podpůrné spolky mezi horníky, začala se vytvářet hornická bratrstva. První doklady o jejich existenci pocházejí z 15. století. Bratrstva zakládala podpůrné pokladny, které byly obvykle spravovány radou starších horníků potvrzovanou těžaři.<sup>3</sup>

V 17. století došlo na území dnešní České republiky k určitým úpravám v péči o staré a nemocné osoby. V roce 1661 byl přijat patent o tulácích a žebrácích, který umožnil obcím přiznávat právo žebrat pouze práce neschopné chudině. O chudé pečovala hlavně církev a

<sup>2</sup> Tröster, P. a kol., Právo sociálního zabezpečení, 3. vydání, str. 1

<sup>3</sup> Kalenská, M. a kol., Československé právo sociálního zabezpečení. Praha: Panorama, 1986, str. 40



to až do roku 1785, kdy bylo vydáno nařízení, které tuto povinnost uložilo vrchnosti. V roce 1854 došlo k uzákonění povinného zřizování bratrských pokladen v dolech, čímž byl položen základ pro samostatné hornické sociální pojištění, které existovalo v Československu až do roku 1948.

Za významný je také možné považovat Dekret dvorské kanceláře z roku 1837, který ukládal továrníkům, živnostníkům a obchodníkům platit za dělnictvo stravné v nemoci po dobu čtyř týdnů. V roce 1888 byl přijat zákon o úrazovém pojištění dělníků (zák. č. 1/1888 ř.z.) a zákon o nemocenském pojištění dělníků (zák. č. 33/1888 ř.z.). Nemocenské pojištění, které tento zákon upravoval bylo pojištěním obligatorním. Nárok na dávku měli podle zákona pouze pojištěnci, nikoli jejich rodinní příslušníci.

### **2.2. Období od roku 1918 do roku 1939**

Československá republika převzala právní předpisy od Rakouska-Uherska a postupně byly přijímány předpisy nové. Nejvýznamnější z nových právních předpisů byl zák. č. 221/1924 Sb. z. a n. o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří. Zákon upravoval velmi rozsáhlou problematiku a byl několikrát měněn. Nemocenské pojištění se podle tohoto zákona poskytovalo prostřednictvím nemocenských pojišťoven a poskytovala se pomoc v nemoci (lékařská pomoc, léčiva, nemocenské ošetřování a nemocenské), pomoc v mateřství a pohřebné. V roce 1925 byl přijat zák. č. 221/1925 Sb. z. a n. o nemocenském pojištění veřejných zaměstnanců. i nadále existovala veřejná chudinská péče organizovaná především domovskými obcemi. Ingerence státu zde byla výraznější než do roku 1918, ale přesto tato péče měla i nadále spíše charitativní charakter.

### **2.3. Období po 2. světové válce**

Období druhé světové války nepřineslo žádnou výraznou změnu. V období 1946-1948 byl přijat zák. č. 99/1948 Sb. o národním pojištění, který je považován za významný mezník. Zákon byl na svou

dobu velmi pokrokový, vytvořil základ pro jednotnou soustavu národního pojištění a zvýšil všechny dávky.

V důsledku politického a státoprávního vývoje po druhé světové válce došlo v mnoha směrech k deformaci postavení nejen pacienta, ale občana obecně vůči státní moci, a vzhledem k tomu, že i veškeré zdravotnictví bylo ve státních rukách, nebylo možné, aby se postavení pacienta vyvíjelo stejně, jako ve srovnatelných zemích nepostižených komunistickou totalitou.

V roce 1950 bylo znárodněno zdravotnictví a o rok později byla správa nemocenského pojištění převedena na Revoluční odborové hnutí. První reforma sociálního zabezpečení po roce 1948 byla uskutečněna v roce 1956. Byl přijat zákon o nemocenském pojištění zaměstnanců, který je s mnoha změnami a doplňky platný dosud. Nově přijímané předpisy byly silně ovlivněny sovětským vzorem, i když sovětské zákonodárství vznikalo a vyvíjelo se v situaci poznamenané stalinismem, násilnou kolektivizací zemědělství a složitým obdobím industrializace, tedy ve zcela odlišných podmínkách, než v jakých se vyvíjelo zákonodárství československé. V roce 1966 byl přijat zákon 20/1966 Sb. O péči o zdraví lidu, který je platný dosud.

### **2.4. Období po roce 1989**

Po roce 1989 došlo k mnoha dramatickým změnám, a to samozřejmě také v oblasti, na kterou se zaměřuje tato práce. Tyto změny jsou natolik výrazné a rychlé, že jejich uplatňování nezřídka naráží na potíže. Po několik desítek let byl totiž pacient přes proklamovanou socialistickou péči pouze v postavení objektu zdravotní péče. Chápání jeho postavení jako subjektu v procesu léčení, a to subjektu rovnoprávného, schopného a jedině oprávněného rozhodovat o tom, co se s ním bude dít, je samozřejmě obtížně zpochybnitelné, ale na druhou stranu v určitých okamžicích obtížně akceptovatelné pro ty subjekty zdravotní péče, které jsou často v pozici „silnějšího“. To, že jsou nucené brát ohled na přání pacienta, na jeho požadavky a názory, často způsobuje, že z pohledu poskytovatelů se proces

péče o pacienta zdánlivě komplikuje, nebo dokonce je jejich právní postavení v případě vzniklých problémů méně jisté.

Zmiňovaný posun je daný nejenom politicko-společenskou změnou v naší zemi, ale také změnami, které nastávají v důsledku evropské integrace a rozvoje práva Evropské unie, které je Česká republika od roku 2004 členským státem. Mimo Evropské unie působí jako významný zdroj nových impulzů také činnost Rady Evropy a mezinárodní smlouvy, které byly připraveny na její půdě.

### 3. Ústavní základ postavení pacienta

Každý občan ČR má ústavně zajištěnou zdravotní péči. Toto jeho právo je zakotveno v článku 31 Listiny základních práv a svobod: „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“ Rozsah tohoto práva je určen v první větě tohoto ustanovení slovem „každý“, které zahrnuje každou fyzickou osobu. Jedná se o právo lidské, nikoli občanské. Podle článku 41 Listiny se práv uvedených v ustanovení článku 31 lze domáhat pouze na základě zákona. Článek 10 ústavního zákona č. 1/1993 Sb. (Ústava) stanoví, že „vyhlášené mezinárodní smlouvy, k jejichž ratifikaci dal Parlament souhlas a jimiž je Česká republika vázána, jsou součástí právního řádu; stanoví-li mezinárodní smlouva něco jiného než zákon, použije se mezinárodní smlouva“. Z toho vyplývá, že práva uvedeného v článku 31 Listiny se lze dovolávat nejen v mezích zákonů, ale i v mezích, které jsou stanoveny v mezinárodních smlouvách, jež mají aplikační přednost. Z mezinárodních smluv, které dopadají na tuto oblast, je možno zmínit Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech, Úmluva o lidských právech a biomedicíně (96/2001 Sb. m. s.), úmluvami Mezinárodní organizace práce a dalšími.

Pokud jde o faktický rozsah poskytovaných zdravotních služeb, v ustanovení čl. 31 věty druhé Listiny je zakotveno i určité omezení, a to slovy „na základě veřejného pojištění“. K tomuto limitu se vyjádřil Ústavní soud v nálezu ze dne 10. července 1996 (vyhlášeno pod č. 206/1996 Sb.): „Tento limitující faktor je přímo obsažen v čl. 31 větě druhé Listiny, kdy je nárok občanů na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky vázán na ústavní požadavek a rámec veřejného pojištění. Systém veřejného pojištění je jako každý pojišťovací systém limitován objemem finančních prostředků, který se získává na základě povinnosti platit pojistné na všeobecné zdravotní pojištění podle zákona ČNR č. 592/1992 Sb., v platném znění.“ Kromě ustanovení čl. 31 poskytuje Listina základních práv a svobod

Ústavnímu soudu soubor typových základních práv, jichž se lze v souvislosti se zdravotnictvím domáhat: právo na život (čl. 6), svobodu (čl. 8), tělesnou a duševní integritu a soukromí (čl. 10). Prostor pro zásah otevírá také zjištění nepřipustné nebo bezdůvodné nerovnosti při výkonu těchto základních práv. Za prvních deset let působení se Ústavní soud dotkl zdravotnictví, resp. jeho právní úpravy, několikrát. Například odmítl podzákonné vymezení nehrazených zákroků, a to přes praktičnost takového řešení. Jeden z novějších nálezů výslovně poukázal na mezinárodní standard rovného přístupu ke zdravotní péči, když zamítal návrh na zrušení zákazu doplatků za nadstandardní komponentu hrazené zdravotní péče, jež zdůraznil svobodu podnikání a volbu pacienta (č. 207/2003 Sb.).

Naopak zrušil ustanovení zákona o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi, které svěřovalo rozhodnutí o nucené léčbě správním orgánům (č. 299/1997 Sb.). Ústavní soud připomenul pomocnou povahu psychiatrického posudku při rozhodování soudu o nedobrovolné hospitalizaci: zodpovědnost za právní výsledek přísluší soudu. Teoreticky problematický požadavek zákonné konkretizace práva na zdravotní péči patrně osvobodil Ústavní soud od náročného posuzování přípustnosti limitů úhrad některých zdravotních zákroků, především dlouhodobé zdravotní péče. Překvapivě dosud Ústavní soud nedostal příležitost vyjádřit se k některým citlivým, veřejně diskutovaným otázkám, jako jsou interrupce, povinné očkování nebo působení porodních asistentek.

#### 4. Úmluva o biomedicíně

Při popisu právního prostředí, ve kterém vznikají vztahy, kde je na jedné straně pacient, nelze vystačit s výčtem právních institutů bez zdůraznění alespoň hlavních právních předpisů jako celku. Kromě ústavně zakotvených práv, jak je uvedeno výše, je hlavním právním předpisem v oblasti medicínského práva „Úmluva o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny: Úmluva o biomedicíně“ (dále jen Úmluva o biomedicíně nebo Úmluva), jež se stala součástí našeho právního řádu v druhé polovině roku 2001. Publikována byla pod číslem 96/2001 Sb. m. s. Přestože vstup této úmluvy v platnost nevzbudilo výraznější ohlasy, jedná se o právní předpis, který má značný dopad na české zdravotnictví. Je totiž zapotřebí si povšimnout, že se jedná, jak již bylo uvedeno výše, o mezinárodní úmluvu podle čl. 10 Ústavy ČR, která má přednost před „běžnými“ zákony. Z Ústavy též vyplývá bezprostřední závaznost Úmluvy, což znamená, že je možno aplikovat její ustanovení přímo a nemusí být do českého právního řádu implementována dalším právním předpisem.

Úmluva o biomedicíně zakládá nejen pacientům, ale také dalším osobám, které přicházejí do styku se zdravotnictvím, široký okruh práv. Jako důsledek stanovení těchto práv je vznik odpovídajících povinností u poskytovatelů zdravotní péče. Tato práva a povinnosti v českém právním řádu existovaly i předtím, po schválení Úmluvy však dostaly nadzákonnou právní sílu. Vzhledem k tomu a také k určitému rozšíření definic je možno očekávat, že se šance na uplatnění těchto práv před soudem podstatně zvýší.

Ochranu a záruky v oblasti lidských práv jak individuálních, tak sociálních již poskytují a zaručují různé mezinárodní nástroje: Všeobecná deklarace lidských práv, Mezinárodní úmluva o občanských a politických právech, Mezinárodní úmluva o ekonomických, sociálních a kulturních právech, Úmluva o právech dítěte, Úmluva na ochranu lidských práv a základních svobod, Evropská sociální charta. Této oblasti se týká také několik nástrojů konkrétnější povahy,

kteřé vypracovala Rada Evropy, jako např. Úmluva na ochranu osobnosti v souvislosti s automatickým zpracováním osobních dat.

Úmluva o biomedicíně se logicky člení na dvě části. V první části jsou obsažena základní pravidla obecně platná v oblasti zdravotnictví, druhá, speciální část, se týká vědeckého výzkumu, moderních léčebných metod a nakládání s genetickým materiálem. Na tuto druhou část tematicky navazují i postupně schvalované protokoly k Úmluvě, které se týkají oblastí jako je klonování nebo transplantační medicína. Možné je i další členění, a to na články Úmluvy, které přiznávají občanům přímo vymahatelná práva, na rozdíl od jiných článků, které „pouze“ ukládají státu usilovat o dosažení určitých cílů.

#### **4.1. Obecná část Úmluvy o biomedicíně**

Tuto část Úmluvy o biomedicíně tvoří preambule a články 1-10. Popisují účel Úmluvy a povinnost států zajistit její dodržování pomocí předpisů národního práva.<sup>4</sup>

Článek 1 stanoví rozsah a účel Úmluvy. Cílem Úmluvy je zaručit každému člověku jeho práva a základní svobody, zvláště pak integritu jednotlivce, a zajistit důstojnost a identitu lidských bytostí v této oblasti. Druhý odstavec tohoto článku stanoví, že každá strana musí do svých vnitrostátních zákonů začlenit nezbytná opatření zajišťující platnost ustanovení této Úmluvy. Tento odstavec stanoví, že vnitrostátní právo smluvních stran bude muset být v souladu s Úmluvou. Souladu mezi touto Úmluvou a vnitrostátními zákony může být dosaženo buď bezprostřední účinností ustanovení Úmluvy ve vnitrostátním právním řádu nebo přijetím právních úprav nezbytných k jejich realizaci. V České republice je tohoto cíle dosaženo

---

<sup>4</sup> Pro komentář k Úmluvě byl použit text „Vysvětlující zprávy k Úmluvě o biomedicíně“, která byla vypracována z pověření generálního tajemníka Rady Evropy. Výbor ministrů schválil zveřejnění této Vysvětlující zprávy dne 17. prosince 1996. Tato „Vysvětlující zpráva“ není směrodatným výkladem Úmluvy. Zabývá se nicméně hlavními problémy přípravné práce a poskytuje informace k objasnění záměru a účelu Úmluvy a k lepšímu porozumění záměru jejich ustanovení.

právní silou mezinárodní smlouvy, která má přednost před zákonem.

Článek 2 potvrzuje nadřazenost lidské bytosti nad zájmem vědy nebo společnosti. Priorita se dává zájmům lidské bytosti před zájmy vědy nebo společnosti v případě, že mezi nimi dojde k rozporu. Jedna z důležitých aplikací této zásady se týká výzkumu, který je upraven v kapitole V. této Úmluvy. Celá Úmluva, jejímž cílem je ochraňovat lidská práva a důstojnost lidské bytosti, je inspirována zásadou nadřazenosti lidské bytosti a všechna její ustanovení musí být interpretována v tomto duchu. Stanoví přednost zájmů lidské bytosti před zájmy společnosti nebo vědy.

Článek 3 pojednává o rovném přístupu ke kvalitní lékařské péči. Zde se však nejedná o individuálně vymahatelné právo, jde o povinnost státu o zabezpečení kvalitní péče usilovat (což zohledňuje rozdílné ekonomické možnosti členských států). Cílem je zajistit spravedlivý přístup ke zdravotní péči podle potřeb lékařského ošetření dotčeného. Pojem „zdravotní péče“ znamená služby poskytující diagnostické, preventivní, léčebné a rehabilitační zákroky sloužící k udržování nebo zlepšování zdravotního stavu osoby nebo ke zmírňování jejího utrpení. Tato služba musí mít přiměřenou úroveň z hlediska vědeckého pokroku a její kvalita musí být předmětem trvalého hodnocení.

Článek 4 se týká lékařů a profesionálních zdravotnických pracovníků obecně, včetně psychologů, jejichž interakce s pacienty v klinickém a výzkumném prostředí může mít dalekosáhlý vliv na pacienta, jakož i sociálních pracovníků, kteří jsou členy týmů zapojených do rozhodování nebo provádění zákroků. Z pojmu „profesní standardy“ vyplývá, že se tyto standardy netýkají jiných osob, než profesionálních zdravotnických pracovníků, od kterých se požaduje provádění lékařských úkonů např. v naléhavých případech. Článek stanoví povinnost odborného zdravotnického personálu poskytovat péči *lege artis*.



Články 5-9 pojednávají o informovaném souhlasu<sup>5</sup>. Obecným pravidlem je, že žádný zákrok nemůže být proveden bez souhlasu pacienta. Jedná se o mimořádně důležité ustanovení, jehož smyslem je ochrana pacientovy svobody rozhodovat o svém osudu. Nedílnou součástí tohoto práva je právo na poskytnutí informací o zákroku, jeho následcích, rizicích a o možných alternativách. Tyto informace musí být poskytnuty v dostatečném předstihu před provedením zákroku. Dále jsou v této sekci upraveny podrobnosti a výjimky, konkrétně postup získávání souhlasu, pokud se jedná o nezletilého nebo právně nezpůsobilého. Výjimkou z povinnosti získat informovaný souhlas jsou náhlé případy, kdy jde o čas - v takovém případě je povoleno provést bez souhlasu neodkladný zákrok, který je v zájmu pacienta. Konečně je upravena i povinnost zdravotnických zařízení respektovat předem vyjádřená přání pacienta, který není ve stavu, kdy by byl schopen vyjádřit svou vůli.

Článek 10 pojednává o ochraně soukromí pacienta. Do této oblasti spadají zejména povinnost lékařské mlčenlivosti, pravidla pro vedení zdravotnické dokumentace a její předávání mezi zdravotnickými zařízeními nebo jednotlivými lékaři, právo pacienta na informace o svém zdraví (zahrnující právo na nahlížení do dokumentace) a konečně pravidla pro zpracovávání údajů o pacientech pro statistické či výzkumné účely.

První odstavec stanoví právo na důvěrnost informací v oblasti zdraví, čímž se znovu potvrzuje zásada zavedená v čl. 8 Evropské úmluvy o lidských právech, která se znovu opakuje v Úmluvě na ochranu osobností v souvislosti s automatickým zpracováním osobních dat. Je namístě zdůraznit, že podle čl. 6 právě jmenované Úmluvy tvoří osobní data týkající se zdraví zvláštní kategorii dat a jako takové pro ně platí zvláštní pravidla.

---

<sup>5</sup> Tomuto institutu bude v práci věnován samostatný oddíl

První věta druhého odstavce stanoví, že jednotlivci mají právo znát jakékoli informace shromažďované o jejich zdravotním stavu, pokud se s nimi chtějí seznámit. Toto právo má zásadní důležitost samo o sobě, ale podmiňuje také uplatňování jiných práv, např. právo souhlasu stanovené v čl. 5. Toto „právo znát“, které osoba má, zahrnuje veškeré nashromážděné informace o jejím zdraví, ať již jde o diagnózu, prognózu nebo jakoukoli jinou závažnou skutečnost. „Právo znát“ jde ruku v ruce s „právem neznát“, které je zajištěno ve druhé větě druhého odstavce. Pacienti mohou mít své vlastní důvody, aby si přáli nebýt obeznámeni s určitými aspekty svého zdraví. Přání tohoto druhu musí být respektováno. Právo pacienta nebýt obeznámen s tou či onou skutečností týkající se jeho zdraví se nepovažuje za překážku platnosti jeho souhlasu se zákrokem; může např. dát platný souhlas k odstranění cysty, a přesto si může přát neznat její povahu.

Určitá omezení v zájmu ochrany soukromí jsou však možná z jednoho z důvodů a za podmínek stanovených v čl. 26. 1. Soudní orgán může např. nařídít provedení testu za účelem identifikace pachatele trestného činu (výjimka založená na prevenci trestné činnosti) nebo ke zjištění příbuzenského vztahu (výjimka založená na ochraně práv ostatních).

Poslední odstavec tohoto článku proto stanoví, že ve výjimečných případech může vnitrostátní právo stanovit určitá omezení práva vědět nebo nevědět v zájmu zdraví pacienta (např. prognóza smrti, která by mohla v určitých případech vážně zhoršit stav pacienta, kdyby mu byla bezprostředně sdělena). V některých případech je lékařova povinnost poskytnout informaci, na kterou se vztahuje také čl. 4, proti zájmu pacientova zdraví. Je na vnitrostátním právu zohledňujícím sociální a kulturní tradice, aby tento rozpor vyřešilo. Vnitrostátní právo může, v některých případech pod soudním dohledem, ospravedlnit skutečnost, že lékař část informací zamlčí, a nebo naopak, že zákon umožní podat informaci v každém případě („terapeutická nezbytnost“).

Kromě toho může být pro pacienty životně důležité, aby znali určitá fakta o svém zdraví, i když vyjádřili přání je neznat. Např. poznání, že mají predispozici k určité chorobě, může být jediným způsobem, jak jim umožnit, aby podnikli potenciálně účinné (preventivní) opatření. V tomto případě může být lékařova povinnost poskytnout potřebnou péči, jak stanoví čl. 4, v rozporu s právem pacienta nebýt obeznámen. Mohlo by být také správné informovat dotyčného, že jeho zdravotní stav může představovat riziko nejen pro něj, ale i pro jeho okolí. i zde je ponecháno na vnitrostátním právu, aby stanovilo, zda lékař smí vzhledem k okolnostem daného případu učinit výjimku z práva nebýt informován. Současně mohou mít určitá fakta o zdravotním stavu osoby, která vyslovila přání, aby jí tato fakta nebyla sdělena, zvláštní význam pro třetí osobu. Např. v případě infekční nemoci nebo určitého stavu přenosného na jiné. V takovém případě by mohla prevence rizika pro třetí osobu na základě čl. 26 ospravedlnit upřednostnění práva této osoby před právem pacienta na soukromí podle odst. 1, a v důsledku toho i před právem nebýt obeznámen podle odst. 2. V každém případě může být právo dotyčné osoby neznat pravdu v rozporu se zájmem jiného člověka být informován. Vnitrostátní zákony by měly obsahovat právní úpravu, která zohledňuje vyváženým způsobem práva všech zúčastněných.

#### **4.2. Zvláštní oblasti úpravy**

Do „zvláštní části“ Úmluvy lze řadit články 11-14 o nakládání s lidským genomem, články 15-18 o provádění vědeckého výzkumu a články 19-22 o transplantační medicíně a nakládání s částmi lidského těla. Zvláštním rysem většiny těchto ustanovení je, že nepřipouštějí výjimky. Článek 26 stanoví, že od jednotlivých ustanovení Úmluvy se lze odchýlit, pokud je to nezbytné v zájmu bezpečnosti veřejnosti, předcházení trestné činnosti, ochrany veřejného zdraví nebo ochrany práv a svobod jiných, ovšem od vyjmenovaných ustanovení (která se nacházejí právě v této části) se nelze odchýlit ani z těchto důvodů.

Významná je zejména oblast týkající se vědeckého výzkumu, která zahrnuje i klinické testování nových léků a léčebných metod. Tato oblast, stejně jako oblast týkající se transplantací, obsahuje speciální (přísnější) požadavky pro získávání souhlasu od pacientů, než je stanoveno v obecných člancích 5-9.

Do této zvláštní části spadají dále protokoly k Úmluvě, přijímané podle článku 31, a to zejména protokol zakazující klonování lidských bytostí (vyhlášený pod č. 97/2001 Sb. m. s.). Další protokoly se připravují a jejich účelem je reagovat na rozvoj vědy a vznikající etické problémy. Příkladem je oblast xenotransplantací (přenos orgánů mezi živočišnými druhy).

#### **4.3. Další ustanovení**

Za zvláštní zmínku patrně stojí část pojednávající o ochraně proti porušování práv zaručených Úmluvou, zejména článek 24, týkající se práva na odškodnění. Poškozený má podle tohoto článku „nárok na spravedlivou náhradu škody za podmínek a postupů stanovených zákonem“. Vzhledem k tomu, že možnost domoci se dostatečného odškodnění újmy na zdraví je v našem právu nízká (alespoň ve srovnání se státy EU), není zcela jisté, zda je naplněna podmínka „spravedlivosti“ odškodnění.

Zajímavé je i ustanovení o výkladu Úmluvy. Ten provádí za podmínek článku 29 Evropský soud pro lidská práva (ESLP). Je ovšem otázkou, do jaké míry jsou tyto posudky závazné. Úmluva sama o sobě nedává jednotlivcům právo předkládat spory Evropskému soudu pro lidská práva. Nicméně fakta, která znamenají porušení práv obsažených v této Úmluvě, mohou být předmětem řízení podle Evropské úmluvy o lidských právech, pokud současně představují porušení některého z práv obsažených v této Evropské úmluvě.

#### **4.4. Dodatkové protokoly k Úmluvě o biomedicíně**

Dne 12. ledna 1998 byl v Paříži přijat Dodatkový protokol k Úmluvě na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny o zákazu klonování lidských bytostí.

Jménem České republiky byl Protokol podepsán ve Štrasburku dne 24. června 1998. S Protokolem vyslovil souhlas Parlament České republiky a schválil jej podle článku 39 odst. 4 Ústavy České republiky jako mezinárodní smlouvu o lidských právech a základních svobodách ve smyslu článku 10 Ústavy České republiky. Pro Českou republiku vstoupil v platnost dne 1. října 2001.

Klonování buněk a tkání je celosvětově považováno za přínosnou biomedicínskou techniku, která je z etického hlediska přijatelná. Úmluva o lidských právech a biomedicíně, včetně tohoto Dodatkového protokolu, představuje v současné době jednoznačný zákaz zneužití lidských embryí. Článek 18 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně striktně zakazuje vytváření lidských embryí pro výzkumné účely. Článek 1 tohoto Dodatkového protokolu uvádí: „Každý zákrok, jehož účelem je vytvořit lidskou bytost, která je geneticky shodná s jinou lidskou bytostí, živou či mrtvou, je nepřijatelný. Pro účely tohoto článku výraz "geneticky shodná" lidská bytost s jinou lidskou bytostí znamená lidskou bytost, která má s jinou lidskou bytostí společný jaderný soubor genů.“ Článek 2 pak definuje pojem geneticky shodná lidská bytost. Platnost tohoto zákazu nelze v rámci vnitrostátního práva omezit ani s poukázáním na článek 26 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně.

V souvislosti s klonováním je třeba odlišit tři situace<sup>6</sup>. Zaprvé, klonování buněk jako technika je považováno jednoznačně a celosvětově za přínosnou biomedicínskou techniku, z etického hlediska jednoznačně přijatelnou. Zákaz obsažený v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně a v tomto Dodatkovém protokolu se této techniky netýká a o jakémkoliv omezení klonování buněk není uvažováno. Znamenalo by to neodůvodněný zákaz metody, která může v budoucnu významně přispět k rozvoji lékařské vědy.

---

<sup>6</sup> Mach, J., Zdravotnictví a právo, komentované předpisy (2. vydání) str. 42, 43; vyd. Lexik-Nexis v roce 2005

Zadruhé, použití embryonálních buněk v technikách klonování (tzv. terapeutické klonování, které umožňuje vytváření embryí pro lékařské účely) se na rozdíl od „reprodukčního klonování“, majícího za cíl narození geneticky shodného potomka, setkává ve světě s mnohem větším pochopením. Zastánci této metody „terapeutického klonování“ argumentují tím, že tento typ klonování může radikálně zlepšit život stovek milionů lidí na této planetě. Tato technika je v současné době povolena a zákonem regulována například ve Velké Británii, Švédsku nebo Belgii. Zákaz, obsažený v článku 18 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně ani v článku 1 tohoto Dodatkového protokolu, se na tuto metodu nevztahuje.

Třetím případem je klonování lidí. Zákaz klonování lidských bytostí spadá do působnosti tohoto Dodatkového protokolu. Zakazuje jakýkoliv zákrok prostřednictvím štěpení embrya nebo přenosem genů buněčného jádra ve snaze vytvořit lidskou bytost shodnou s jinou lidskou bytostí. Záměrné klonování lidí se považuje za ohrožení lidské svébytnosti a je zdůrazněn zájem lidstva na zachování v podstatě náhodného charakteru složení lidských genů.

Tento Dodatkový protokol je považován za důležitý základ pro zákonná a etická pravidla v oblasti reprodukčního lékařství. Pro úplnost je nutné dodat, že byl přijat ještě další Dodatkový protokol, který se týká transplantací. Ten nebyl Českou republikou přijat, ale jeho ustanovení jsou obsažena v zákoně č. 285/2002 Sb.<sup>7</sup>

#### **4.5. Význam Úmluvy o biomedicíně a její použití**

Cílem této Úmluvy nebylo patrně zachycení nejnovějšího právního vývoje v oblasti lidských práv a medicíny, ale spíše stanovení určitých minimálních standardů, které budou zaručeny ve všech členských státech. Právo států, jako je například SRN nebo Rakousko, je v tomto ohledu mnohem podrobnější. Zejména pokud jde

---

<sup>7</sup> Transplantační zákon, který byl proveden nařízením vlády ČR ze dne 25. září 2002 vyhlášeným pod číslem 436/2002 Sb.

o obecná pravidla (informovaný souhlas, právo na informace), Úmluva o biomedicíně pouze znovu potvrzuje práva, která jsou v západní Evropě již delší dobu samozřejmě uznávána. Tomuto stavu odpovídá i obsah článku 27, který umožňuje státům jakkoliv rozšířit obsah práv stanovených touto Úmluvou.

České právo na první pohled není s Úmluvou v rozporu, většinu práv obsažených v Úmluvě zmiňují různé zákony také. Rozdíl je zejména ve výkladu těchto zákonných ustanovení, jejich relativním významu a možnosti (resp. nemožnosti) se na jejich základě domoci ochrany u soudu. Právo, kterým se dnes řídí české zdravotnictví, tvoří souhrn předpisů různého věku a právní síly. Mnohé vznikly před rokem 1989, jejich formulace proto nezbytně odpovídají poněkud jiným společenským podmínkám a názorům na práva jednotlivce. Významné oblasti medicíny jsou také upraveny předpisy, jejichž právní závaznost je přinejmenším sporná. Tyto předpisy jsou nicméně obecně známé a lze soudit, že i když se ocitnou v rozporu s mezinárodní úmluvou, která je teoreticky předpisem vyšší právní síly, mohou být využívány přednostně právě pro svoji obecnou známost. Tomuto jevu je třeba se vyhnout.

Pokud ovšem mají být vnitrostátní předpisy (a jejich aplikace) uvedeny v soulad s touto úmluvou, je zapotřebí, aby byl ujasněn její výklad. Některá ustanovení Úmluvy o biomedicíně jsou spíše obecná, to však nic nemění na jejich přímé závaznosti. Při výkladu je zapotřebí vzít v úvahu zejména upřesňující informace, které obsahuje oficiální vysvětlující zpráva k Úmluvě. Na vědomí je při výkladu třeba vzít také preambuli Úmluvy, která slouží jako hlavní pomůcka pro výklad účelu jednotlivých článků Úmluvy jako celku.

Klíčový význam budou mít zejména ta ustanovení, která přímo zakládají práva. Jedná se zejména o pravidla o informovaném souhlasu, o právu na soukromí a o povinnosti postupovat lege artis. Tato ustanovení se použijí bez ohledu na to, zda zákon či podzákoný předpis obsahuje něco jiného. Výkladovým korektivem zde může

být pouze požadavek neomezovat příliš širokým výkladem těchto práv některá jiná základní práva a svobody.



## 5. Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod

Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod, který byla ve Sbírce zákonů publikována pod číslem 209/1992, vyjadřuje evropský standard základních práv. Byla sjednána v roce 1950 a jejími smluvními státy jsou všechny členské státy Rady Evropy. Členské státy také sjednaly ke smlouvě třináct dodatkových protokolů, poslední dva však nevstoupily dosud v platnost.

Tato úmluva ani její dodatkové protokoly neobsahují základní právo na zdraví nebo zdravotní péči. i když se tedy zdravotnictví přímo nedotýká, působí na ně některé oblasti základních práv, jako jsou právo na život, osobní svobodu a soukromí. Následují některé typické přesahy Úmluvy do oblasti postavení a práv pacientů, tak jak byly projednány Evropským soudem pro lidská práva, popř. Komisí pro lidská práva.

Článek 2 například uvádí: „Právo každého na život je chráněno zákonem.“ Toto ustanovení se stalo základem pro snahy o zákaz interrupcí nebo jejich výrazné omezení. V rozhodnutí Komise ve věci Paton proti Spojenému království<sup>8</sup> je řečeno, že slovo „každý“ nezahrnuje lidský plod. Na druhé straně Soud ani Komise nepodpořily snahy zastánců interrupcí využít jiných práv Úmluvy k dosažení jejich legalizace. Soud rozsudkem ve věci Scheuten a Bruggemann proti Německu<sup>9</sup> rozhodl, že omezení interrupcí nepředstavují porušení práva na soukromí podle článku 8 Úmluvy.

Komise ve svém rozhodnutí ve věci Sdružení X proti Spojenému království<sup>10</sup> také neshledala porušení práva na život podle čl. 2 Úmluvy o povinném očkování dětí. Ačkoli sdružení argumentovalo tím, že při očkování dětí dochází k nepříznivým reakcím a byly i případy úmrtí dětí, Komise uznala obhajobu britské vlády, že očko-

<sup>8</sup> č. 8416/78

<sup>9</sup> č. 6959/75

<sup>10</sup> č. 7154/75

vání má za cíl právě ochranu života před infekcemi. Komise odmítla rovněž námitku neslučitelnosti povinného očkování s ochranou soukromí, přičemž zdůraznila možnost jeho omezení z důvodu ochrany veřejného zdraví.

Právo na život podle čl. 2 Úmluvy zkoumal Soud také v případě žádosti o euthanasii (Pretty proti Spojenému království)<sup>11</sup>. Soud dovo-  
dil, že právo na život nezahrnuje právo zemřít. Judikoval také, že právo na smrt nelze odvodit ani z ochrany soukromí a svobody myš-  
lení, svědomí a náboženského přesvědčení.

Činnost soudu se dále projevila v oblasti psychiatrie<sup>12</sup>, ošetření uvězněných<sup>13</sup>, důvěrnosti a soukromí<sup>14</sup> nebo práva na spravedlivý proces.<sup>15</sup>

---

<sup>11</sup> č. 2346/02

<sup>12</sup> č. 10533/83 – nelidské a ponižující zacházení podle čl. 3 nepředstavují omezující opatření, jež jsou nezbytná kvůli zdravotnímu stavu duševně nemocného; č. 6301/73 – držení v léčebně není ospravedlněno skutečností, že jednatel se chová podivně, neslučitelně se společenskými normami a zvyklostmi; důvodem k nucené léčbě musí být profesionální psychiatrická diagnóza

<sup>13</sup> č. 33394/96 – odepření péče zraněným nebo vážně nemocným zadrženým a uvězněným osobám soud hodnotil jako nelidské

<sup>14</sup> č. 22009/93 – soud uznal policejní získání a soudní využití údajů o zdravotním stavu manželky muže obviněného ze sexuálních deliktů pro potřeby vyšetřování

<sup>15</sup> série rozsudků (např. č. 23805/94, 22800/93) jež shledaly nepřístupně zdlouhavým rozhodování o přiznání odškodného stovkám francouzských pacientů, kteří byli infikováni virem HIV

## 6. Zákon o péči o zdraví lidu

Zákonodárce ve snaze nenarušit příliš kontinuitu právního řádu zvolil na začátku 90. let cestu sice diskutabilní, ale patrně nejschůdnější. V závěru roku 1991 byla Českou národní radou přijata novela letitého zákona č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu (zákon č. 548/1991 Sb.), která přinesla celou řadu změn jak obsahových, tak formulačních. Je třeba si uvědomit, že šlo již o třetí novelu – první dvě byly vydány pod č. 210/1990 Sb. a č. 425/1990 Sb. Došlo však k dalším dílčím novelizacím. Do konce roku 2006 byl tento zákon novelizován čtyřicet sedmkrát.

Platné znění zákona se snaží o realizaci čl. 31 Listiny základních práva svobod (zák. č. 2/1993 Sb.), podle kterého má každý právo na ochranu zdraví. Právní řád opustil od deklarování nároků na údajně bezplatnou zdravotní péči a ve shodě s realitou upřímně konstatuje, že občané mají nárok na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky, avšak pouze na základě veřejného pojištění a za podmínek, které stanoví zákon. Tímto zákonem je zákon ČNR č. 550/1991 Sb. o všeobecném zdravotním pojištění a s ním související zákon č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.

Tento zákon formuluje dispoziční volnost pacienta v otázkách jeho léčby. Tato zásada je vyjádřena v ustanovení § 23 odst. 2 věta první, podle níž se vyšetření a léčebné výkony provádějí zásadně se souhlasem nemocného anebo je-li možné tento souhlas předpokládat (např. při úrazu, při náhlém záchvatu, při bezvědomí apod.). Tato formulace je ovšem odlišná od formulace Úmluvy o biomedicíně. To vyvolává řadu nejasností a praktických problémů. Detailněji se tomuto tématu věnuje oddíl 9 – informovaný souhlas.

Celkově se dá říci, že zákon 20/1966 Sb. není možné dále novelizovat, protože vznikl ve zcela odlišných společenských poměrech a proto je nadějně, že se v současné době projednává návrh zákona O zdravotní péči, který má ZPZL zcela nahradit.

## 7. Návrh zákona o zdravotní péči

Vláda předložila sněmovně návrh zákona o zdravotní péči dne 27. 9. 2005. První čtení proběhlo 18.10.2005 na 48. schůzi. Zákon byl poté projednáván v poslanecké sněmovně ve druhém čtení. Do konce volebního období ovšem projednávání skončeno nebylo. Přesto se dá očekávat, že zpracovaný text se stane základem pro další legislativní práce a je možné ho komentovat.

Podle důvodové zprávy je „problematika zdravotní péče ... v současné době obsažena v celé řadě právních předpisů různé právní síly. Ve svém souhrnu se jedná o předpisy obsahově nepro- vázané, po odborné stránce překonané a neodpovídající požadav- kům zdravotnických dokumentů evropské úrovně.“

Pro téma této práce jsou klíčová ustanovení části druhé (Postavení pacientů při poskytování zdravotní péče) a části třetí (Povinnosti a práva provozovatele zdravotnického zařízení a zdravotnických pracovníků při poskytování zdravotní péče) návrhu zákona.

Ve druhé části je v souladu s principy Úmluvy o lidských právech a biomedicíně a dalšími principy zohledňovanými ve státech EU za- kotveno právo pacientů na poskytování zdravotní péče na náležité odborné úrovni a možnostmi veřejného zdravotního pojištění, právo na svobodnou volbu zdravotnického zařízení s výjimkami taxativně zákonem vymezenými.

Mezi práva pacientů, kterými jsou děti v lůžkové péči, je zařazeno i právo dítěte mladšího 10 let být do zdravotnického zařízení umís- těno společně s rodičem nebo jinou blízkou osobou vždy a staršího deseti let, pokud to kapacitní možnosti zdravotnického zařízení do- volí. Tato úprava je obecná a vychází z psychických potřeb dítěte. Proto je toto právo vymezeno širěji, než je stanovení tohoto pobytu v zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, tedy po- bytu hrazeného ze zdravotního pojištění. Pobyt doprovodu dítěte ve

zdravotnickém zařízení nad rámec hrazený z veřejného zdravotního pojištění si hradí průvodce dítěte.

Úprava povinností pacientů sleduje zejména ty povinnosti, kterými lze pozitivně ovlivnit vývoj zdravotního stavu a zároveň omezit možné negativní dopady na jiné pacienty nebo zdravotnické pracovníky.

V hlavě II druhé části návrhu zákona se vymezuje při respektování Úmluvy o lidských právech a biomedicíně a dalšími principy zohledňovanými ve státech EU sdělování informací o zdravotním stavu pacienta, poskytnutí zdravotní péče na základě souhlasu pacienta, popřípadě zákonného zástupce pacienta, a podmínky, kdy lze zdravotní péči poskytnout bez souhlasu pacienta, popřípadě zákonného zástupce pacienta.

Podrobně je rozpracována problematika informovanosti a souhlasu pacienta, včetně vymezení práv a povinností, práva odmítnout informaci, definice rozsahu i formy poskytování úplné informace. Klíčový je § 103, kde je uvedeno: „Zdravotní péči včetně vyšetřovacích a léčebných výkonů, pokud dále není stanoveno jinak, lze pacientovi poskytovat pouze na základě jeho souhlasu, který musí být svobodný, informovaný a kvalifikovaný.“

Jsou vymezeny situace, kdy se pacient nemůže vzhledem ke svému zdravotnímu stavu vyjádřit, komu je možné informace o jeho zdravotním stavu poskytnout, nebo kdy nejsou známy pacientovy osoby blízké. Navrhována je jediná možnost, jak tyto informace získat, a tou je předložení příslušné žádosti Ministerstvu vnitra jako správci informačního systému evidence obyvatelstva. U práva nahlížení do zdravotnické dokumentace jsou nově uváděny osoby blízké i pro případ úmrtí pacienta. Toto právo mají i v případě, kdy jim je zemřelý ještě za života zamezil, jedná-li se o situace, kdy je to v zájmu ochrany zdraví další osoby a dále v případech, kdy existuje podezření na pochybení při léčbě.

Nově je právně navržena úprava problematiky souhlasu v případech, kdy v souvislosti s aktuálním stavem pacienta nelze souhlas získat, včetně zohlednění možnosti předem vysloveného souhlasu, a problematika poskytování zdravotní péče osobám nezletilým nebo nezpůsobilým dát souhlas, a to nejenom v případě bezprostředního ohrožení života. V souladu se současnou úpravou zákon taxativně vymezuje případy, kdy lze zdravotní péči poskytovat bez souhlasu pacienta. Jedná se o stavy, kdy omezení práva pacienta vyplývá z jiných zákonů nebo kdy toto právo je omezeno proto, že pacient v souvislosti se zdravotním stavem nebo svým právním postavením není schopen sám dát souhlas k poskytování zdravotní péče a současně je zdravotní péči nutno poskytnout pro ochranu zdraví nebo záchranu života.

Z práva nahlížet do zdravotnické dokumentace se vylučuje ta část zdravotnické dokumentace, jejíž zpřístupnění předpokládá úplné znehodnocení dalších léčebných možností (zpřístupnění psychologických testů předpokládá jejich zveřejnění, a to s obdobným dosahem jako např. zpřístupnění testů k přijetí na vysokou školu).

## 8. Bioetika a etické kodexy

### 8.1. Pojem bioetiky

Postavení pacientů je kromě právních předpisů ovlivňováno také souborem neprávních pravidel, který je označován jako (zdravotnická) etika, bioetika neboli deontologie<sup>16</sup>. Její normy jsou výsledkem přesvědčení společenství zdravotnických profesionálů o tom, co je správné. Bioetika pochází ze západní anticko-křesťanské tradice a má celosvětový dosah. To je dáno vědeckou a hospodářskou dominancí Západu a také faktem, že zdravotničtí profesionálové jsou dobře zorganizovaným profesním společenstvím.

Přesto by nebylo správné udělat závěr, že bioetika existuje jako jakási jednotná, ve všech zemích a subkulturách celistvá a všemi přijímaná suma mravních imperativů. Bioetika má více podob. Vedle většinového názoru profesní komunity, ať již celosvětové nebo na menším území, existuje i bioetika menšinová. Mívá religiózní nebo ideologický základ. Lze rozlišovat katolické, protestantské, fundamentalistické i liberální, nebo judaistické formy na straně jedné, nebo sekulárně liberální, sociálně demokratické a radikálně socialistické bioetiky na straně druhé.<sup>17</sup>

Bioetika má stále nepsanou část, ale lékařská obec ráda zachycuje její obsah písemně. Snad nejznámější je Hippokratova přísaha, ale psaná bioetika zahrnuje národní i mezinárodní etické kodexy a pokračuje až k souhrnným etickým imperativům pro rizikové činnosti, jako je lékařský výzkum. Tyto normy je nutno striktně rozlišovat od norem právních. Jejich hlavní rozdíl spočívá v nevynutitelnosti etických norem ze strany státu. Bioetika jako každá jiná profesní nebo skupinová morálka se vynucuje společenským odsouzením jednání, které je s touto morálkou neslučitelné. i přes pochopitelnou skepsi

---

<sup>16</sup> Deontologie je méně používané označení pro etiku, zvl. problematiky povinnosti (Encyklopedický slovník, vydání z roku 1993, nakladatelství Encyklopedický dům)

<sup>17</sup> Jako příklad lze uvést poměrně radikální názory na otázku potratů u velké části Poláků dané vlivem katolické církve, a na druhé straně mnohem liberálnější postoj české veřejnosti.

může mít takové odsouzení vedoucí ke ztrátě dobré profesní i lidské pověsti velmi citelné hospodářské následky. V případě medicínského výzkumu existuje cíleně formovaná bioetika, která předpokládá vědeckou diskreditaci porušitele etických nároků.<sup>18</sup>

## 8.2. Etické kodexy

Jak bylo uvedeno, bioetika má svou psanou podobu v podobě etických kodexů. Vznikají díky působení nejrůznějších iniciativ na úrovni vládních i nevládních organizací, různých etických komisí a odborných společností. Ty působí na národní i mezinárodní úrovni. Výsledkem činnosti těchto subjektů jsou nejrůznější kodexy práv pacientů, povinností lékařů a dalších zdravotnických pracovníků. Jako příklady těchto pramenů norem chování subjektů v oblasti medicínského práva lze uvést následující dokumenty.

Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky vydala dne 25.2.1992 kodex práv pacienta<sup>19</sup>, kde je zakotveno právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči, na respekt ke své osobnosti, pocitům studu, právo odmítnout léčbu, atd.

Stejná komise jako v případě Kodexu práv pacienta vydala také „Chartu práv dětí v nemocnici“<sup>20</sup>. V ní je obsažena zásada, že děti musejí být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud nestačí domácí péče, mají právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. S dětmi se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.

Sjezd České lékařské komory podle zákona č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické a České lékárnické komoře (dále jen „zákon č. 220/1991 Sb.“), a v souladu s § 15 odst. 7 písm. a) stavovského předpisu České lékařské komory č. 1 – Organizačního řádu vydal stavovský předpis – „Etický kodex léka-

<sup>18</sup> Křepelka, F., Evropské zdravotnické právo, vyd. Lexis-Nexis v r. 2004, str. 24

<sup>19</sup> Viz přílohu č. 4.

<sup>20</sup> Viz přílohu č. 5.



ře<sup>21</sup>. Ten se zabývá zásadami výkonu povolání lékaře, vztahem lékaře k pacientovi, dalším lékařům a nelékařským pracovníkům. Z pohledu postavení pacienta je významný apel, že lékař se má vzdát paternalitních pozic v postojích vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy i povinnostmi, včetně zodpovědnosti za své zdraví.

Základním dokumentem tvořícími základ pro etickou ochranu osob, účastnících se lékařského výzkumu, je Helsinská deklarace<sup>22</sup> Světové lékařské asociace (WMA) přijatá v Helsinkách v r. 1964 a doplněná v Tokiu (1975), Benátkách (1983) a Hong Kongu (1989), v Somerset Westu v JAR v říjnu 1996 a na 52. výročním zasedání Světové lékařské asociace v Edinburgu, Skotsko, v říjnu 2000. Základní myšlenkou je to, že při provádění medicínského výzkumu na lidech je nezbytné upřednostňovat zájem a blaho pacienta.

Kromě tohoto dokumentu existují v oblasti výzkumu s lidskými účastníky „Mezinárodní etické směrnice pro biomedicínský výzkum zahrnující lidské účastníky“<sup>23</sup>. Jsou dalším základním mezinárodním dokumentem v oblasti etiky biomedicínského výzkumu a byly vytvořeny za účelem zajistit efektivní uplatňování zásad Helsinské deklarace. Tyto Mezinárodní etické směrnice vycházejí ze tří základních etických zásad: ohled na zúčastněné osoby, prospěšnost, spravedlivost. Směrnice kladou důraz na informovaný souhlas účastníků (se zvláštním ohledem na účast dětí, osob s duševními chorobami, vězňů a osob z málo rozvinutých komunit), upravují otázky důvěrnosti údajů, odškodnění účastníků, kontrolních postupů a externě sponzorovaného výzkumu.

---

<sup>21</sup> Viz přílohu č. 6.

<sup>22</sup> Viz přílohu č. 7.

<sup>23</sup> Dokument byl vytvořen Radou pro mezinárodní organizace lékařských věd (CIOMS) ve spolupráci se Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a publikován v r. 1993 v Ženevě, český překlad byl publikován v r. 1995.

### 8.3. Standardy péče pro vybrané skupiny pacientů

V zahraničí se lze také setkat s kodexy nebo spíše propracovanými standardy léčby schválenými a doporučenými příslušnými odbornými lékařskými organizacemi, které řeší nějaký typický problém. Například Council of The Royal College of Surgeons of England<sup>24</sup> vydala doporučené postupy, které řeší problematiku chirurgických výkonů na svědcích Jehovových<sup>25</sup>. Tyto standardy byly vydány poprvé v roce 1996, v roce 2002 byly nově publikovány. Neobsahují pouze ryze chirurgická témata, nýbrž pokrývají danou problematiku komplexně<sup>26</sup>. Nejprve se zabývají bioetickými otázkami a vyjasňují právní aspekty souvisejícími se souhlasem pacienta. Poté nabízejí ošetřujícímu lékaři promyšlené postupy, kterými se může řídit před operací, a na závěr jsou rozebrány chirurgické techniky, které přicházejí v úvahu místo použití krevních transfuzí.

S ohledem na stejnou skupinu pacientů byl také vypracován materiál nazvaný „Management of Anesthesia for Jehovah's Witnesses“.<sup>27</sup> Autorem je „The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland“. Podobné standardy nejsou v současné době v České republice k dispozici. Je to škoda. Pro lékaře představují určité vedení v situacích, které nejsou v jeho praxi zcela obvyklé, a také jistotu, že pokud bude podle nich postupovat, bude po právní stránce chráněn. Pro pacienty tyto standardy představují ulehčení pozice, kdy musí ošetřujícímu lékaři vysvětlit svoje požadavky. To je zvláště cenné, pokud jde o situaci, kdy není čas na podrobný rozhovor. Stojí za zmínku, že podobné materiály připravují odborné společnosti ve spolupráci se zástupci pacientů. Výsledkem je potom materiál, který obsahuje informace jak z příslušného medicínského oboru, tak z oblasti práva a bioetiky. Podobné standardy by bylo možné při-

<sup>24</sup> Zastřešující profesní organizace srovnatelná s Českou chirurgickou společností

<sup>25</sup> Svědkové Jehovovi na základě svého svědomí odmítají přijímat krev a její základní složky jako součást léčebné péče.

<sup>26</sup> Pro text „Code of Practice for the Surgical Management of Jehovah's Witnesses“ viz přílohu 3 (oddíl 16.3).

<sup>27</sup> Materiál je dostupný na [www.aagbi.org](http://www.aagbi.org).

pravit bez velkých nákladů pro jakoukoli skupinu pacientů, která je v České republice dostatečně homogenní a početná.

#### **8.4. Význam etických kodexů**

Neprávní etické standardy výrazně ovlivňují vlastní právo. Toto jejich působení je mnohdy patrnější, než působení na úrovni společenské nebo profesní. Kodexy se totiž často stávají inspirací, ze které čerpá zákonná úprava. Zákonodárce se buď obrací na lékaře a další odborníky se žádostí o spolupráci při tvorbě legislativy, nebo se do právní úpravy dostávají myšlenky a tendence, které svoji hodnotu a životaschopnost prokázaly v praxi, poté byly poprvé formulovány např. v profesním kodexu a teprve pak se promítly do práva. Lze konstatovat, že tyto prameny (neprávních) norem ovlivňují postavení a práva pacienta velmi silně, protože ačkoli se jich nelze dovolávat právní cestou (např. v soudním řízení), obvykle jejich porušení ze strany lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka zakládá jeho disciplinární odpovědnost.

## 9. Informovaný souhlas

### 9.1. Úvod

Právo přijmout nebo odmítnout léčbu se zpravidla odvozuje z obecného práva na sebeurčení ve smyslu, že každý dospělý a duševně zdravý člověk má právo rozhodnout, co má být učiněno s jeho tělem. Pacient se musí rozhodnout, zdali chce strpět určitý léčebný zákrok, a jeho souhlas, včetně tzv. konkludentního (tj. mlčky, resp. způsobem, kdy souhlas je dostatečně určitě vyjádřen i jiným způsobem než výslovně), je základní podmínkou výkonu lékařského zákroku. Toto právo by ovšem nemělo smysl bez toho, aniž by pacient měl možnost získat informace o prospěchu i rizicích navrhované léčby, které tvoří podklad pro jeho rozhodnutí.

### 9.2. Právní povaha souhlasu pacienta

Souhlas pacienta se zákrokem v oblasti léčebné péče je právní úkon. Obsah tohoto pojmu je dán ustanoveními Občanského zákoníku<sup>28</sup>. Tento zákon v § 34 uvádí: „Právní úkon je projev vůle směřující zejména ke vzniku, změně nebo zániku těch práv nebo povinností, které právní předpisy s takovým projevem spojují.“ V § 36 se stanoví, že „projev vůle může být učiněn jednáním nebo opomenutím; může se stát výslovně nebo jiným způsobem nevzbuzujícím pochybnosti o tom, co chtěl účastník projevit“. Následující § 37 doplňuje: „Právní úkon musí být učiněn svobodně a vážně, určitě a srozumitelně; jinak je neplatný.“

Tato obecná ustanovení tedy nepředepisují formu projevu vůle právního úkonu. Proto ani souhlas pacienta se zákrokem ze své právní povahy nevyžaduje souhlas výslovný ani písemnou formu<sup>29</sup>.

---

<sup>28</sup> zák. č. 40/1964 Sb.

<sup>29</sup> To se netýká některých speciálních situací, kde příslušné normy předepisují formu informovaného souhlasu. Je to např. oblast vědeckého výzkumu, kde musí být podle Úmluvy o biomedicíně čl. 16 odst. 5. „nezbytný souhlas podle článku 5 ... dán výslovně, konkrétně a ... zdokumentován“; dále se jedná o oblast transplantací podle čl. 19 odst. 2, kde je uvedeno: „Nezbytný souhlas dle článku 5 musí být vyjádřen výslovně a konkrétně buď písemnou formou nebo před příslušným úředním orgánem.“

Je ovšem vhodné, již z důkazních důvodů, učinit o souhlasu písemný zápis.

### 9.3. Obsah institutu

Požadavek informovat pacienta je zakotven v § 23 odst.1) zákona č. 20/1966 Sb., O péči o zdraví lidu v platném znění, a také v Úmluvě o biomedicíně v § 5-9.

V ZPZL je stanoveno, že 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 léčebné péče.

Tato dikce ovšem přináší řadu problémů, které v současné době stále více vystupují do popředí. Zákon stanovuje, že poučení se má dít vhodným způsobem. Obvykle se mělo za to, že vhodnost způsobu poučení je na lékaři, který v daném okamžiku zná nejlépe zdravotní stav pacienta a dovede kvalifikovaně posoudit možný negativní dopad informace na pacienta. Tento postup ovšem vedl k tomu, co je označováno za paternalistický přístup lékaře k pacientovi. Dnes je tento přístup jiný, což je dáno mimo jiné i ustanoveními Úmluvy o biomedicíně, jak bude uvedeno posléze.

Pacient by měl být poučen včas, což znamená, že musí být poučen tak, aby měl dost času si v klidu rozmyslet, zda se výkonu podrobí, či nikoliv. Nikde však přesnější údaj, kdy má být pacient poučen, stanoven není, a jedná se proto případ od případu s ohledem na závažnost plánovaného výkonu.

Poučení musí být srozumitelné, což znamená, že by mělo být provedeno v jazyce, kterému pacient dobře rozumí. Obtíž je v tom, že při současné migraci osob je to v řadě případu nespílitelné. Tím ovšem vzniká otázka, zda může lékař odmítnout poskytovat péči pro špatnou nebo nemožnou komunikaci s pacientem, tedy proto, že ho nemohl srozumitelně poučit. Při poučení pacienta v češtině nesmějí být používány latinské termíny ani lékařský žargon.

Nejproblematictější se jeví požadavek na dostatečné poučení. Stanovit co je dostatečné v obecné rovině, je obtížné, stejně jako stanovit, co je dostatečné v konkrétním případě. Je třeba upozornit, že se při poučení nejedná pouze o subjektivní názor jednotlivého lékaře, ale o názor, který na konkrétní věc převládá mezi lékaři příslušné odbornosti.

Obecně se má za to, že pacient má být poučen o svém zdravotním stavu, o postupu při léčení a očekávaném výsledku, a zejména o komplikacích, které konkrétní výkon mohou provázet. Pacient by měl být poučen také o kvalitě života a změnách, které onemocnění či úraz, diagnostický nebo léčebný výkon s sebou přináší. V praxi to znamená, že pacient by měl být poučen, jak dlouho bude mít např. katétr po operaci na urologickém traktu (a také, že jej bude vůbec mít!), jak dlouho bude muset používat pomůcky, jak dlouho bude muset držet dietu, omezit námahu apod.

Pokud jde o Úmluvu o biomedicíně, je nutné zdůraznit, že vzhledem k tomu, že jde o mezinárodní smlouvu spadající pod režim čl. 10 Ústavy, má v případě kolize se zákonem přednost. To platí i v případě informovaného souhlasu. Definice v Úmluvě totiž obsahuje některé významné odlišnosti. Tou nejzřetelnější je, že zatímco zákon ukládá lékaři přiměřeně informovat pacienta případně členy jeho rodiny, korektiv přiměřenosti není v Úmluvě obsažen. Úmluva uvádí, že pacient má být „řádně informován o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích“. Míra množství informací, které pacient od lékaře dostane, je přitom dána účelem, tedy aby „dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas“. Z článku 10 Úmluvy také vyplývá, že lékař nesmí bez výslovného zmocnění pacienta sdělovat údaje o jeho zdraví třetím osobám včetně rodinných příslušníků.

Je tedy zřejmé, že Úmluva o biomedicíně přinesla do postavení pacienta a jeho práv významnou změnu. Spočívá v přenesení důrazu ze zájmu na pacientově zdraví na pacientovu možnost vyjádřit pro ostatní zúčastněné závazně svou vůli vzhledem k léčebnému pro-

cesu. „Pouhý“ zájem na pacientově zdraví, který může brát v úvahu pouze zdraví fyzické, jen velmi obtížně může zohlednit i další složky, které tvoří celkovou sociální, psychickou, fyzickou a citovou pohodu člověka, tedy pacientovo zdraví. Jen pacient sám může rozhodnout o své léčbě v souladu se svými celoživotními preferencemi a názory.

V tomto směru je nyní v České republice postavení pacienta v praxi na určité křižovatce. Jak je uvedeno výše, právní úprava obsažená v Úmluvě má přednost před úpravou zák. č. 20/1966 Sb. a zakládá silnější právní postavení pacienta, než jak tomu bylo před vstoupením Úmluvy v platnost. V praxi se ovšem objevují časté stereotypy, které způsobují, že se pacienti některých svých práv domáhají obtížně<sup>30</sup>.

Z různých názorů na význam pacientova zdraví a jeho vůle vyplývají i různé přístupy k obsahu poučení, pro která se též používá termín „standards poučení“.<sup>31</sup> Jestliže přijmeme myšlenku, že jediným a rozhodujícím kritériem je zdraví pacienta, je lékař jako odborník zpravidla schopen kvalifikovaně rozhodnout, co je pro zdraví pacienta prospěšné. V takové případě přicházejí v úvahu dvě varianty:

1. **Standard konkrétního lékaře** (subjective professional standard). Dostatečným poučením při tomto přístupu je takové, o kterém se konkrétní lékař domnívá, že je dostatečné. Jedná se o krajní model, silně paternalistický, protože v zásadě znamená, že lékař rozhoduje za pacienta, jehož právo souhlasit nebo nesouhlasit se stává formalitou. Je totiž vysoce pravděpodobné, že se pacient rozhodne pro postup, který je lékařem doporučen.

---

<sup>30</sup> Viz oddíl „Typické problémy“

<sup>31</sup> Tento pojem a následující členění je založena na Giesen, D., „International Medical Malpractice Law: a Comparative Law Study of Civil Liability Arising from Medical Care, Mohr/Nijhoff 1988; uvedená práce je použita také jako základ pro výklad v Císařová, D., Sovová, O., a kol. „Trestní právo a zdravotnictví“, Orac 2004, str. 73 an., (autor kapitoly Dostál O.)

**2. Standard průměrného lékaře** (objective professional standard).

Lékař je povinen poučit pacienta v míře, kterou by zvolil každý jiný rozumně uvažující lékař v jeho oboru. Jedná se o jakýsi „lex artis“ platný pro oblast poučení. Ačkoli by se mohlo zdát, že tento přístup je pro pacienta příznivější a zaručuje mu vyšší míru objektivitu, jedná se stejně jako v prvním případě o přístup vysoce paternalistický. Jeho výhodou je ovšem to, že pacient dostane zaručeně informace, které jsou podle nejnovějších poznatků lékařské vědy vhodné pro jeho uzdravení, a nedostane ty, které mohou jeho uzdravení bránit.

Pokud je hlavním kritériem pro posouzení obsahu poučení svoboda rozhodování pacienta, vychází se z toho, že pacientovi se má dostat všech informací včetně těch, které by ho mohly negativně psychicky ovlivnit, a těch, které mohou způsobit, že pacient odmítne neefektivnější léčbu a vybere si jinou, která je pro jeho zdraví snad méně účinnou, ale pro něj přijatelnější.

**3. Standard průměrného pacienta** (objective patient standard).

Tato možnost předpokládá, že se pacientovi dostane tolik informací, které by pro své rozhodování potřeboval průměrný rozumný pacient. Jeho průměrnost spočívá v průměrném zájmu o své zdraví, průměrné inteligenci, průměrných zkušenostech, průměrné ochotě snášet riziko, průměrných mravních zásadách a průměrných náboženských názorech. Pacient tedy podle tohoto přístupu nemá právo lišit se od průměru, mít netypický nebo nonkonformní názor. V tom tkví nevýhoda takového přístupu.

**4. Standard konkrétního pacienta** (subjective patient standard).

V tomto modelu se dostatečnost poučení pacienta posuzuje podle toho, zda konkrétní pacient dostal všechny potřebné informace, které by mohly mít vliv na jeho rozhodování. Zřejmou výhodou této varianty je, že dokonale chrání pacientovo právo na rozhodování o své léčbě.



Vzniká otázka, jak posoudit, že konkrétní právní řád využívá tu nebo onu výše uvedenou variantu. Výslovně to v textu právních norem není řešeno a nezbyvá než odpověď hledat ve výkladu. Nabízí se výklad teleologický, který v případě vzniklých právních problémů provádí příslušný soud. V posledních letech lze pozorovat posun od profesních měřítek dostatečnosti poučení, které byly uvedeny jako body 1 a 2 k posuzování založeném na základním cíli zachovat autonomii pacienta, tedy hlavně na přístupu podle bodu 4.

V České republice je tento posun zvláště výrazný ve srovnání zákona č. 20/1966 Sb., kde je založen požadavek, aby lékař informoval pacienta „přiměřeně“, a Úmluvy o biomedicíně, kde je stanoven požadavek, že „tato osoba (pacient) musí být předem řádně (nikoli jen přiměřeně) informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích“. Vysvětlující zpráva k Úmluvě pomáhá provést teleologický výklad tím, že uvádí: „Informace o rizicích spojených se zákrokem nebo s alternativními postupy musí zahrnovat nejen rizika nezbytně spojená s druhem uvažovaného zákroku, ale také jakákoli rizika související s *individuálními charakteristickými* rysy každého pacienta, jako je věk nebo existence jiných chorob. Pokud pacient žádá o doplňující informace, musí být řádně zodpovězeny. Kromě toho musí být informace dostatečně jasné a vhodně formulované pro osobu, která má zákrok podstoupit. Pacient se musí prostřednictvím výrazů, kterým je schopen porozumět, dostat do situace, kdy je schopen zvážit nutnost a účelnost zamýšleného zákroku a metody zákroku v porovnání s riziky a také s nepohodlím či bolestí, které mu zákrok způsobí.“

Z tohoto komentáře a také z preambule Úmluvy, kde se jako jeden z cílů této mezinárodní smlouvy uvádí „další uplatňování lidských práv a základních svobod“, a z úvodních článků Úmluvy, kde se zdůrazňuje důstojnost a svébytnost všech lidských bytostí, je zřejmé, že na posouzení dostatečnosti poučení je třeba aplikovat standard konkrétního pacienta.

#### 9.4. Dříve vyslovená přání

Tento institut lze nalézt v článku 9 Úmluvy o biomedicíně. Zatímco čl. 8 umožňuje výjimku z pravidla informovaného souhlasu v naléhavých situacích, účelem tohoto článku je postihnout případy, kdy osoby, schopné pochopit situaci, již dříve vyslovily své platné stanovisko (tj. schválení nebo zamítnutí) se zřetelem k předvídatelným situacím, za kterých by nemohly vyjádřit svůj názor na takový zákrok.

Tento článek se proto nezabývá jen naléhavými situacemi, uvedenými v čl. 8, ale také situacemi, kdy jednotlivci předvídali, že by se mohli dostat do stavu, ve kterém nebudou schopni dát svůj platný souhlas např. v případě progresivní choroby, jakou je senilní demence.

Vysvětlující zpráva uvádí: „To, že předem vyslovená přání se mají zohlednit, neznamená, že by musela být splněna za každých okolností. Pokud byla např. přání vyjádřena dlouho před zákrokem a věda mezitím pokročila, mohou existovat důvody, aby přání pacienta splněno nebylo. Lékař by si tedy měl být pokud možno jist, že se přání pacienta týkají současné situace a jsou stále platná, zejména s ohledem na současný stav vědy a technický pokrok v medicíně.“

Lze souhlasit s názorem, že ačkoli Úmluva používá poněkud vágní formulaci, že na dříve vyslovená přání „bude brán zřetel“, takové přání je závazné.<sup>32</sup> Tento institut je běžně využíván členy Náboženské společnosti svědkové Jehovovi, kteří u sebe nosí notářsky ověřený projev vůle, kterým zakazují aplikaci krevních transfúzí<sup>33</sup>. Vzhledem k tomu, že validita takového prohlášení v postupujícím čase klesá, dokument, který svědkové Jehovovi používají obsahu-

---

<sup>32</sup> Císařová, D., Sovová, O., a kol. „Trestní právo a zdravotnictví“, Orac 2004, str. 86 odst. 1 (autor kapitoly Dostál O.)

<sup>33</sup> Viz přílohu č. 2

je možnost pro dílčí datované prohlášení, že ke konkrétnímu datu je obsah dokumentu verifikován.

## 10. Postavení dětského pacienta

### 10.1. Udělování informovaného souhlasu

Pro popis postavení dětského pacienta je nutné vzít v úvahu základní ustanovení Občanského zákoníku v § 8 a 9, kde je uvedeno: „Způsobilost fyzické osoby vlastními právními úkony nabývat práv a brát na sebe povinnosti (způsobilost k právním úkonům) vzniká v plném rozsahu zletilostí. Zletilosti se nabývá dovršením osmnáctého roku ... uzavřením manželství. ... Nezletilí mají způsobilost jen k takovým právním úkonům, které jsou svou povahou přiměřené rozumové a volní vyspělosti odpovídající jejich věku.“

Není-li tedy nezletilý schopen pochopit povahu a důsledky zákroku, rozhoduje o jeho provedení zákonný zástupce nezletilého pacienta, který také přijme poučení. Je-li ovšem zákrok pochopitelný, dává nezletilý souhlas sám a jeho zákonný zástupce (rodič) nemůže toto rozhodnutí zvrátit.

V literatuře lze najít názor, že „práva pacientů patří dospělým lidem, kteří se ocitli v roli nemocných. Děti a mladiství nejsou právně způsobilí a péče o ně má specifický charakter.“<sup>34</sup> Ačkoli i autorka tohoto názoru dále uznává, že „i oni mají určitá práva“<sup>35</sup>, je podobný názor velmi nepřesný.

Úmluva o biomedicíně se k jednání nezletilých vyjadřuje v čl. 6 odst. 2: „Jestliže nezletilá osoba není podle zákona způsobilá k udělení souhlasu se zákrokem, nemůže být zákrok proveden bez svolení jejího zákonného zástupce, úřední osoby či jiné osoby nebo orgánu, které jsou k tomu zmocněny zákonem. Názor nezletilé osoby bude zohledněn jako faktor, jeho závaznost narůstá úměrně s věkem a stupněm vyspělosti.“ Je tedy zřejmé, že režim jednání nezletilých podle Úmluvy se od úpravy OZ neliší. Odlišný přístup nepředstavují ani ustanovení zákona č. 20/1966 Sb.

<sup>34</sup> Haškovcová, H., Práva pacientů str. 28, vyd. 1996, Nakladatelství Aleny Krtilové.

<sup>35</sup> Viz pozn. č. 24

Souhlas se zákrokem poskytnutý nezletilým, který nedosáhl potřebného stupně vývoje, je neplatný. Na takovou situaci dopadá ustanovení § 38 OZ, kde je uvedeno, že „neplatný je právní úkon, pokud ten, kdo jej učinil, nemá způsobilost (pro nedostatek věku) k právním úkonům“.

Z uvedeného vyplývá pro praxi závěr, že situace, kdy by nezletilý mohl dát platně souhlas k jiným, nežli zcela běžným preventivním léčebným a vyšetřovacím úkonům, budou zcela výjimečné. Zákon o rodině ukládá mimo jiné rodičům povinnost pečovat o zdravý vývoj dítěte. Zdravotnický personál by proto měl zásadně trvat na tom, aby rodič dítě do zdravotnického zařízení doprovázel. Nejde jen o otázku souhlasu rodiče s různými úkony, ale i otázky poučení nemocného, zajištění navazující péče v rodině atd. Je samozřejmé, že za určitých situací bude zdravotnický pracovník nucen poskytovat potřebnou péči a ošetření i v případech, kdy se dítě dostaví bez potřebného doprovodu. Vždy by však měl současně všemi prostředky usilovat o navázání kontaktů s rodiči a uvědomit si, že jiné doprovázející osoby (příbuzný, pedagog, apod.) mohou dát souhlas jen k běžným úkonům.

## 10.2. „Zájem dítěte“

Úmluva o právech dítěte<sup>36</sup> postavení dětského pacienta posiluje ustanovením v čl. 3, že „zájem dítěte musí být předním hlediskem při jakékoli činnosti týkající se dětí, ať už uskutečňované veřejnými nebo soukromými zařízeními sociální péče, soudy, správními nebo zákonodárnými orgány“. V různých právních dokumentech týkajících se právy dětí se pracuje též s pojmem „nejlepší zájmy dítěte“.<sup>37</sup>

<sup>36</sup> Publikovaná pod č. 104/1991 Sb.

<sup>37</sup> Úmluva o ochraně dětí a spolupráci při mezinárodním osvojení (43/2000 Sb.m.s.) čl. 1, 4, 16, 21, 24; Evropská úmluva o výkonu práv dětí (54/2001 Sb.m.s.) čl. 1, 6, 10; ÚMLUVA o pravomoci orgánů, použitelném právu, uznávání, výkonu a spolupráci ve věcech rodičovské zodpovědnosti a opatření k ochraně dětí (141/2001 Sb.m.s.) čl. 8, 9, 10, 22, 23, 28 a další.

Důležitost tohoto pojmu zdůraznil i Ústavní soud ve svém nálezu<sup>38</sup>, kterým zrušil rozhodnutí Krajského soudu v Brně pouze proto, že soud nevzal toto hledisko v úvahu při svém rozhodování.

Pojem zájem dítěte je ovšem příliš vágním pojmem na to, aby podle něj mohlo být spolehlivě rozhodováno v konkrétních případech. V této souvislosti je zajímavá poznámka dr. Alana Fleischmana a jeho kolegů, která se objevila v časopise *Pediatrics*: „Vzhledem k tomu, že v mnoha případech neexistuje žádné objektivní kritérium pro to, co je v nejlepším zájmu dítěte, měla by se největší váha přikládat názoru rodičů, zvláště v případech, kdy je výsledek značně nejistý.“<sup>39</sup>

Kromě toho, H. T. G. Andrews, hlavní soudce oddělení pro záležitosti rodiny Soudu provincie Ontario (Kanada), říká ve své knize *Family Law: Dimensions of Justice*: „Je nutno odlišit nejlepší zájmy od zájmů. Jasně řečeno, nejlepší zájmy nejsou žádným právním termínem. Tento pojem jsme si vypůjčili ze společenských věd. Označuje odhad, který nemá právní základ a určuje, co tvoří „blaho“ dítěte v určitém sociálním uspořádání. Tento odhad ale není proveden z pohledu samotného dítěte ani z pohledu mluvčího, který by řekl, čemu dítě dává přednost, ale z pohledu zcela jiné osoby... Přesné vymezení této koncepce není vůbec jasné. I tam, kde se zdají být fakta relativně jednoduchá, mohou různé názorové školy dojít k rozdílným závěrům. Stejně jako mnoho koncepcí ve vědních oborech, a ve společenských vědách zvláště, „nejlepší zájmy“ podléhají proměnlivosti a módě.“<sup>40</sup>

Neonatolog dr. William A. Silverman poukázal na to, jak je těžké určit, co jsou „nejlepší zájmy“: „Nemůžeme se úzkostlivě odvolávat na

---

<sup>38</sup> IV. ÚS 695/2000

<sup>39</sup> Fleischman A. R., Nolan K., Dubler N. N., et al.: Caring for Gravely 111 Children. *Pediatrics*, sv. 94, č. 4, říjen 1994, s. 433-439.

<sup>40</sup> Andrews H. T. G.: The Legal Representation of Children in Custody and Protection Proceedings: A Comparative View, in Abella and L'Heureux-Dube, eds. *Family Law Dimensions of Justice* (Toronto: Butterworths, 1983), 245.

abstraktní normu, jakou jsou „nejlepší zájmy dítěte, jako na jediné etické kritérium pro rozhodování; pak by někdo mohl poukázat na zájmy těch, jejichž práva budou obětována, jestliže se abstraktní právo stane konkrétním.“<sup>41</sup>

Právě kvůli nepřesnému vymezení a proměnlivosti pojmu „nejlepší zájmy“ v závislosti na módě kritizovaly používání tohoto pojmu nejvyšší soudy Kanady i Spojených států. Nejvyšší soud Kanady v souvislosti s případem E (Mrs.) versus Eve prohlásil, že „pojem „nejlepší zájmy“ není prostě dostatečně přesný a není ho tedy možno používat.“<sup>42</sup> Nejvyšší soud Spojených států se vyjádřil podobně: „Pro soudce ... je to možná těžké, aby se vyhnuli závěrům založeným na subjektivních hodnotách, když používají neurčité pojmy, jako nejlepší zájmy dítěte.“<sup>43</sup>

„Pojem nejlepší zájmy neposkytuje soudcům téměř žádnou pomoc při rozhodování a může je výrazně podpořit v tom, aby se opírali o své vlastní osobní hodnoty.“<sup>44</sup>

Nevyhnutelné neurčitosti a subjektivitě pojmu „nejlepší zájmy“ se lze vyhnout, když jsou používána zákonem stanovená kritéria. Lékařům a soudcům tento pojem „nejlepší zájmy“ poskytuje příliš velký prostor k tomu, aby vnucovali rodinám své subjektivní hodnoty, a tak je narušována úcta k rodině a právu rodičů rozhodovat o zdravotní péči pro děti, úcta, která je zakotvená v zákoně. Není možné, aby pojem „nejlepší zájmy“ nahradil jasná vodítka stanovená v zákonech na ochranu dětí, jež regulují možnosti státu zasahovat do rodiny.

---

<sup>41</sup> Silverman W. A.: Overtreatment of Neonates? A Personal Retrospective. Pediatrics, sv. 90, č. 6, prosinec 1992, s. 971-976.

<sup>42</sup> E. (Mrs.) v. Ere (1986), 2 S.C.R. 388 až 432.

<sup>43</sup> Smith v. Organ, of Foster Families for E. & Reform, 431 U.S. 816,836,97 S.Ct. s 2094, 2105 (1977).

<sup>44</sup> Lassiter v. Department of Soc. Sen: of Durham Cty., 452 U.S. 18,46,101 S.Ct. s. 2153, 2169 (1981).

### 10.3. Procesní postavení dětských pacientů

Postavení dětského pacienta se také může dotýkat ustanovení čl. 9 Úmluvy o právech dítěte: „Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, zajistí, aby dítě nemohlo být odděleno od svých rodičů proti jejich vůli, ledaže příslušné úřady na základě soudního rozhodnutí a v souladu s platným právem a v příslušném řízení určí, že takové oddělení je potřebné v zájmu dítěte. Takové určení může být nezbytným v některém konkrétním případě, například, jde-li o zneužívání nebo zanedbávání dítěte rodiči nebo žijí-li rodiče odděleně a je třeba rozhodnout o místě pobytu dítěte. V jakémkoli řízení podle odstavce 1 se poskytuje všem dotčeným stranám možnost zúčastnit se řízení a sdělit svoje stanoviska.“

Možnost oddělení dítěte (pacienta) od svých rodičů proti jejich vůli může nastat, pokud rodiče zanedbávají péči o své dítě, ocitlo-li se nezletilé dítě bez jakékoliv péče nebo jsou-li jeho život nebo příznivý vývoj vážně ohroženy. V takové případě se v ČR může postupovat podle ustanovení OSŘ § 76a: „Ocitlo-li se nezletilé dítě bez jakékoliv péče nebo jsou-li jeho život nebo příznivý vývoj vážně ohroženy nebo narušeny, předseda senátu předběžným opatřením nařídí, aby bylo předáno do péče osoby, kterou v usnesení označí. Usnesení o nařízení předběžného opatření podle odstavce 1 se doručuje účastníkům až při provedení jeho výkonu. Účastníkům, kteří nebyli při provedení výkonu přítomni, usnesení doručí dodatečně soud ... spolu s vyrozuměním, že byl proveden jeho výkon.“

Nápadný je možný rozpor mezi shora uvedeným ustanovením Úmluvy, kde je uvedeno, že „v jakémkoli řízení podle odstavce 1 (tedy i v řízení o předběžném opatření podle § 76a OSŘ) se poskytuje všem dotčeným stranám možnost zúčastnit se řízení a sdělit svoje stanoviska“ a dikcí OSŘ, který říká, že „usnesení o nařízení předběžného opatření podle odstavce 1 se doručuje účastníkům až při provedení jeho výkonu. Účastníkům, kteří nebyli při provedení výkonu přítomni, usnesení doručí dodatečně.“ Pokud se tedy dotčeným stranám zaručuje na jedné straně možnost zúčastnit se řízení a



sdělit svoje stanovisko, není možné zároveň projednat celou věc bez účastníků a usnesení jim dát na vědomí až poté.

Tento přístup může mít své opodstatnění. Ustanovení § 76a byla do OSŘ zařazena novelou z roku 1995. Cílem úpravy bylo zajistit, aby řízení proběhlo za ulehčených podmínek, a tím se stalo kratším a efektivnějším. Výše uvedený rozpor namítali stěžovatelé před Ústavním soudem ČR v roce 2003<sup>45</sup>. Ústavní soud v této konkrétní věci rozpor neshledal a argumentoval následovně:

„Dále se Ústavní soud zabýval otázkou, zda řízení, v němž bylo o vydání předběžného opatření rozhodováno, bylo vedeno v souladu se zákonem, resp. zda nedošlo k porušení čl. 36 Listiny, čl. 6 Evropské úmluvy a čl. 9 odst. 2 Úmluvy o právech dítěte. Stěžovatelé v první řadě namítají, že nebyli obecnými soudy vyslechnuti a že tyto jim neumožnily nezletilého v řízení zastupovat, čímž porušily § 76a odst. 3 OSŘ. Jak ze soudního spisu vyplynulo, návrh na nařízení předběžného opatření byl soudu doručen dne 13.8.2003 s tím, že je třeba zahájit léčbu do 15. 8. 2003. Z uvedeného je zřejmé, že soudy důvodně postupovaly dle § 76a OSŘ, které dopadá na případy, kdy je třeba neprodleného zásahu, čemuž odpovídá i povinnost soudu rozhodnout do 24 hodin (§ 75 odst. 4 OSŘ). V této lhůtě zpravidla jen stěží bude možno vyslechnout účastníky řízení, nehledě na to, že otázka, zda je to pro rozhodnutí nezbytné, je na úvaze soudu (§ 75 odst. 3 OSŘ). V odvolání proti rozhodnutí soudu druhého stupně se pak stěžovatelé, zastoupeni advokátem, k věci vyjádřili, přičemž z uvedeného podání nevyplývá, že by dané „pochybení“ tomuto soudu vytýkali, přičemž potřebnost takového postupu nevyplývala ani z dalších skutečností.“

Z argumentace Ústavního soudu tedy vyplývá, že výše naznačený rozpor v dané věci neviděl. Jeho důvody jsou ovšem založeny nikoli na uvedení obou předpisů do logického souladu, nýbrž na akcentaci

---

<sup>45</sup> Rozhodnutí III ÚS 459/03

praktických okolností, které obecné soudy vedly k tomu, že rodiče dítěte (stěžovatelé) nebyli vyslechnuti. Vůbec se například nezabýval tím, proč obecné soudy bez jakékoli úvahy přejaly názor, že začátek léčby je nevyhnutelně vázán na určité datum (což je po lékařské stránce značně neobvyklé).

Také názor Ústavního soudu, že „v této lhůtě<sup>46</sup> zpravidla jen stěží bude možno vyslechnout účastníky řízení nebyl pro daný případ (ani obecně) přílišným přínosem. Soud se měl zabývat tím, zda bylo možné rodiče vyslechnout, nebo nikoli. Pokud vyslechnuti být měli, ale nebyli, měl konstatovat porušení jejich práva podle čl. 36 Listiny, čl. 6 Evropské úmluvy a čl. 9 odst. 2 Úmluvy o právech dítěte. Rovněž jeho názor, že to, zda budou účastníci vyslechnuti, nebo ne, záleží podle § 75 odst. 3 OSŘ<sup>47</sup> na rozhodnutí soudu, je obtížně akceptovatelný, protože uvedené ustanovení nic takového neobsahuje. Postavení dětského pacienta, pokud jde o jeho procesní práva, tedy můžeme v důsledku této rozpornosti očekávat posuny.

Tento závěr je v souladu s praxí ve vyspělých státech světa, jak ukazují následující příklady, ve kterých lékaři žádali, aby bylo vydáno rozhodnutí o nahrazení souhlasu rodičů s léčbou dítěte, aniž rodiče vyrozuměli; podle uvedených názorů tím přehlíželi jejich základní procesní práva jak rodičů, tak dětských pacientů:

Když například v Anglii lékaři žádali, aby bylo nahrazeno rozhodnutí rodičů, a chtěli vnutit krevní transfuzi malým dětem, soudy uvedly, že rodiče mají právo být informováni a vyslechnuti. „Ať jsou okolnosti jakékoli, podle mého názoru je nutné vynaložit úsilí, aby byly vyslechnuty obě strany, ať už jsou konkrétní opatření jakkoli neobvyk-

---

<sup>46</sup> Míněna je lhůta 24 hodin, kterou má soud podle § 75c odst. 2 OSŘ pro rozhodnutí o předběžném opatření podle § 76a OSŘ.

<sup>47</sup> „Návrh na předběžné opatření podle § 76a musí obsahovat kromě obecných náležitostí (§ 42 odst. 4) jméno nezletilého dítěte, jména, povolání a bydliště ostatních účastníků, jsou-li navrhovatelé známa, vylíčení rozhodujících skutečností odůvodňujících nařízení předběžného opatření, označení osoby, které má být dítě předáno do péče, a musí z něj být patrné, že se domáhá nařízení předběžného opatření podle § 76a.“

lá. Když je stát, zde ve formě právního systému, požádán o nahrazení rozhodnutí rodičů, pak by měl tento systém zaručit, aby do té míry, jak to může soudcovský důvtip zajistit, mohli lidé vidět a pocítit spravedlnost.<sup>48</sup>

Soudkyně Boothová, prohlásila: „Je vždy nutno vynaložit největší úsilí na to, aby byly vyslechnuty obě strany.“<sup>49</sup>

Stejný přístup byl zvolen v jednom novozélandském případě. Soudce Robertson k němu řekl: „Není rozhodující, jak případ pojmenujeme nebo jakou mu dáme nálepku. Důležité je, zda byla každému, kdo na to má zákonné právo, dána možnost, aby byl vyslechnut v takové míře, jak je to jen možné. ... Pokud je tu možnost, že by mohlo dojít k zásahu do práv rodičů, pak je v takovém rozsahu, jak je to vzhledem ke všem daným okolnostem rozumné, nutno vyslechnout názory rodičů a zvážit je i při samotném rozhodování.“<sup>50</sup>

Zákony v Austrálii jsou podobné. Soudce Wilson uvedl: „I kdyby bylo právo dítěte omezeno nějakým konkrétním ustanovením, neznamená to že zákonodárci měli v úmyslu ovlivňovat obecné právo rodiče být ve jménu dítěte vyslechnut. ... Právo protistrany na to, aby byla vyslechnuta, je základní právem umožňujícím podrobit svědky podrobnému výslechu a ... předložit důkazy, je to právo které může být uplatněno od začátku řízení.“<sup>51</sup>

I v Kanadě daly soudy najevo, že právo být v těchto případech informován a řádně vyslechnut před soudem je právem zakotveným jak v obecném právu, tak v ústavě prostřednictvím Kanadské listiny prav a svobod. Kanadští právníci Bailey a Bala se k tomu vyjádřili: „Listina práv pomalu ovlivňuje jiné aspekty rodinného práva. Newfoundlandský soud rozhodl, že zákony, které daly sociálním úřadům

<sup>48</sup> Re O (A Minor; 1993), 2 FLR 149 až 154H, 155B (FD)

<sup>49</sup> Re R (A Minor; 1993), 2 FLR 757-761.

<sup>50</sup> Re CL (1994), NZFLR 352 až 355 (H.C. Nový Zéland).

<sup>51</sup> J. v. Liesckke (1987), 11 Fam LR 417 až 419 (H.C. Austrálie).

velmi široké pravomoci, na jejichž základe mohou být děti odňaty rodičům a může s nimi být nakládáno, aniž by soud musel rodiče vyslechnout, jsou protiústavním zásahem do „svobody dítěte a bezpečnosti jedince.“<sup>52</sup>

Senát Nejvyššího soudu v kanadském Ontariu (složený ze tří soudců Soudu provincie Ontario) rozhodl, že soudce nižšího soudu, který rozhodl o léčbě, kterou rodiče dítěte odmítali, aniž by je před tím vyslechl, se dopustil „jasného porušení základních principů přirozené spravedlnosti“.<sup>53</sup>

V situacích, kdy je skutečně ohrožen život a není čas rodiče informovat, dává právo lékaři pravomoci, jež mu umožňují poskytnout dítěti lékařské ošetření bez souhlasu rodičů. Ale pokud má lékař dost času na to, aby kontaktoval sociální pracovníky a soud, pak by měl mít dostatek času i na to, aby byli informováni i rodiče a bylo jim umožněno vyjádřit se. Proto před tím, než se rozhodne o nahrazení rozhodnutí rodičů, měli by sociální pracovníci a soudci vyslechnout přání rodičů týkající se lékařské péče nebo předání dítěte do péče jiného lékaře nebo zdravotnického zařízení.

Další možností, jak posílit účast dětí na rozhodování, je přiznat dítěti procesní způsobilost, tj. dát mu možnost samostatného jednání před soudem. Tímto tématem se zabýval článek Práva dítěte a procesní praxe českých soudů<sup>54</sup> z něhož je možné vybrat následující postřehy.

Procesní způsobilost upravuje § 20 OSŘ, kde je uvedeno: „Každý může před soudem jako účastník samostatně jednat (procesní způsobilost) v tom rozsahu, v jakém má způsobilost vlastními úkony nabývat práv a brát na sebe povinnosti.“ Zde se tedy odkazuje na

---

<sup>52</sup> Bailey M. and Bala N.: Canada: Supreme Court Decisions and the Continuing Impact of the Charter of Rights (1989-90), 28 J. Family Law 427 až 434, ppč 31

<sup>53</sup> Children's Aid Society of Metropolitan Toronto v. F.(M.) (1993), 99 D.L.R. (4th) 378 ú 379(Ont. Div. Ct.).

<sup>54</sup> Kristová, V., Práva dítěte a procesní praxe českých soudů in Vialuris 2005, IV: 73

předpisy hmotného práva. V souladu s tímto ustanovením mají nezletilí procesní způsobilost v takovém rozsahu, v jakém mají způsobilost k právním úkonům. Občanský zákoník upravuje způsobilost k právním úkonům u nezletilých v § 9 tak, že „nezletilí mají způsobilost jen k takovým právním úkonům, které jsou svou povahou přiměřené rozumové a volní vyspělosti odpovídající jejich věku“. Přiznání procesní způsobilosti je relevantní zejména z hlediska otázky, zda nezletilé dítě může zahájit samostatně řízení.

Právo dítěte samostatně zahájit soudní řízení je významné pro ochranu dítěte před násilím v rodině. Dítě může mít dále například zájem na zahájení řízení o výživném nebo o záležitostech, na kterých se rodiče nemohou dohodnout, na jehož zahájení nemá naopak zákonný zástupce dítěte z různých důvodů zájem. Je pravdou, že dítě se může domáhat zahájení řízení neformálním podnětem k soudu s nadějí, že soud zahájí řízení bez návrhu. Zahájení řízení tak závisí na dobré vůli opatrovnického soudce a dítě nemá na zahájení řízení právní nárok.

Článek 4 Evropské úmluvy o výkonu práv dětí dává dítěti právo požádat osobně nebo prostřednictvím jiných osob nebo orgánů o ustanovení zvláštního zástupce v soudním řízení, které se jej týká, pokud podle vnitrostátních předpisů osoby mající rodičovskou zodpovědnost nemohou dítě z důvodu konfliktu zájmů zastupovat. (S výjimkou stanovenou v čl. 9, kdy takového zástupce ustanoví soud sám.) Ze znění článků 4 a 9 úmluvy není jasné, zda právo na ustanovení zvláštního zástupce se vztahuje pouze na případy, kdy již probíhá soudní řízení, nebo také jako prostředek, který umožňuje dítěti, aby zástupce zahájil v zastoupení dítěte řízení.

Výbor pro práva dítěte (dále jen „Výbor“) vyslovil, že k plné implementaci čl. 12 Úmluvy o právech dítěte 35) je třeba, aby dítě mělo právo podat návrh a požadovat náhradu škody bez souhlasu rodiče (zákonného zástupce). Z úmluvy nevyplývá, že by děti, které ještě nedosáhly určitého věku, toto právo mít neměly. Jakékoliv rozhodnutí, které dítěti takové právo upírá, musí být v souladu s principem

nejlepšího zájmu dítěte. Úmluva o právech dítěte ani Výbor však nedávají odpověď na otázku, zda dítě má mít právo zahájit řízení samostatně, nebo prostřednictvím jmenovaného zástupce. Přestože článek 12 výslovně nedává dítěti právo zahájit samostatně bez ustanoveného zástupce soudní řízení, z ducha tohoto článku, který je postaven na respektu vůči vyspělosti a schopnostem dítěte, vyplývá, že odepření přímého přístupu k soudu, v případě kdy to není odůvodněno nedostatkem vyspělosti dítěte, by bylo porušením článku 12 Úmluvy. 36)

Určitým vodítkem k posuzování procesní způsobilosti nezletilých k podání návrhu na zahájení soudního řízení je nález Ústavního soudu (ve věci ap. zn. III. ÚS 125/98, 20) kdy Ústavní soud přiznal stěžovatelům ve věku 12 a 11 let způsobilost k podání ústavní stížnosti: „Ústavní soud, přihlédnuv nejdříve k věku nezletilých stěžovatelů (12 a 11 let) a zejména k jejich současné rozumové úrovni tak, jak se podává ze stavu dokazování před obecnými soudy, dospěl k závěru, že v rozsahu projednávané materie lze mít za to, že oba nezletilí stěžovatelé mají způsobilost k právním úkonům (§ 9 o. z.), a proto jim ve stejném rozsahu přiznal procesní způsobilost ( § 19 o. s. ř. , § 63 zákona) i pro řízení před Ústavním soudem, když jinak jim pro toto řízení ustanovil opatrovníka ( § 37 odst. 2 zák. č. 94/1963 Sb. , § 63 zákona, § 192 odst. 1 o. s. ř. per analogiím).“

Dítě by mělo nejen mít možnost samostatně zahájit řízení, ale i právo určit si v případě, že je mu přiznána částečná procesní způsobilost, svého zástupce. Posílení procesního postavení dítěte doporučuje smluvním stranám zvážit článek 5 Úmluvy o výkonu práv dětí. 37) V praxi je dítěti přiznána způsobilost samostatně zahájit soudní řízení a vystupovat jako účastník samostatně před soudem pouze v ojedinělých případech.

## 11. Pacient s duševní poruchou

Podle OZ může být duševní porucha „přechodná“ nebo „nikoli přechodná“. V § 10 je uvedeno: „Jestliže fyzická osoba pro duševní poruchu, která není jen přechodná, není vůbec schopna činit právní úkony, soud ji způsobilosti k právním úkonům zbaví. Jestliže fyzická osoba pro duševní poruchu, která není jen přechodná, anebo pro nadměrné požívání alkoholických nápojů nebo omamných prostředků či jedů je schopna činit jen některé právní úkony, soud její způsobilost k právním úkonům omezí a rozsah omezení v rozhodnutí určí.“

Podle ZPZL § 23 odst. 4 „bez souhlasu nemocného je možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony, a je-li to podle povahy onemocnění třeba, převzít nemocného i do ústavní péče ..., jestliže osoba jeví známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí, anebo není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví“. Podobně Úmluva o biomedicíně v čl. 7 stanoví, že může být „osoba s vážnou duševní poruchou podrobena zákroku bez svého souhlasu, je-li zákrok zaměřen na léčbu její duševní poruchy, pouze v případě, že by bez takovéto léčby se vší pravděpodobností došlo k závažnému poškození jejího zdraví“.

Podle § 24 OZ „převzetí nemocného bez jeho písemného souhlasu do ústavní péče z důvodů uvedených v § 23 odst. 4 je zdravotnické zařízení povinno do 24 hodin oznámit soudu, v jehož obvodu má sídlo. Převzetí se soudu neoznamuje, jestliže nemocný dodatečně ve lhůtě 24 hodin projevil souhlas s ústavní péčí.“ Další zákonný podklad pro nedobrovolnou léčbu představují ustanovení zák. 140/1061 Sb. (trestní zákon) § 71 a následující.

Za určitých okolností tedy osoba s duševní poruchou může být léčena i proti své vůli. Rada vlády pro lidská práva ovšem poukazuje na to, že péče v psychiatrických léčebnách v ČR neodpovídá mezinárodním úmluvám<sup>55</sup>. V nemocnicích je podle ní nedostatek personálu, chybí jim vybavení a duševně nemocní nemají dostatek informací o svých právech. Rada ví o případech, kdy pacienti neměli dostatečnou právní pomoc.

Jak dále poukazuje Rada vlády pro lidská práva, dalším důležitým momentem je to, že ačkoli podmínky pro uložení nedobrovolného léčení jsou stanoveny zákonem, „skutečný výkon těchto opatření však není upraven žádnou zákonnou normou. Výkonem ochranného léčení ústavního a zabezpečovací detence se přitom sleduje dosažení účelu těchto ochranných opatření, kterým je izolace dotčených osob od společnosti a jejich léčení a ke kterému by mělo docházet prostředky stanovenými zákonem, neboť omezení práv a svobod jednotlivce je možné jen na základě zákona a za přesně stanovených podmínek. ... Dotčené osoby jsou, resp. budou při výkonu obou zmiňovaných ochranných opatření podrobeny značnému omezení práv a svobod a bylo by žádoucí, aby se tato omezení ne-realizovala bez jakékoli zákonné korekce. Absence zákonné úpravy v dané oblasti navíc omezuje i personál v zařízeních, kde se vykonává ochranné léčení, neboť tento trpí značnou právní nejistotou, do jaké míry může zasahovat do práv umístěných osob.“

Právní úprava nedobrovolné péče a rozhodování o ní může vykazovat některé nedostatky ve srovnání s Úmluvou o ochraně lidských práv a základních svobod. Vedle prevence špatného zacházení podle čl. 3 Evropské úmluvy o lidských právech a základních svobodách, podle něhož podléhá i výkon výše zmíněných detenčních opatření kontrole Evropského soudu pro lidská práva a Výboru pro zabránění mučení a jinému nelidskému či ponižujícímu zacházení

---

<sup>55</sup> Viz „Podnět Rady vlády České republiky pro lidská práva ve věci zákonné úpravy výkonu ochranného léčení ústavního a zákonné úpravy výkonu zabezpečovací detence“ ([www.vlada.cz](http://www.vlada.cz))



nebo trestání (CPT), je vhodné v souvislosti s výše uvedenými instituty rovněž upozornit na ochranu Evropského soudu pro lidská práva v souvislosti s čl. 5 Evropské úmluvy o lidských právech a základních svobodách. Osobám ve výkonu zabezpečovací detence nebo ochranného léčení by měla být zaručena i další práva a svobody zejména podle čl. 8 a 10 Evropské úmluvy o lidských právech a základních svobodách. I pro případ omezení těchto práv by měl být dán dostatečný zákonný podklad ve vnitrostátním právu, které by mělo upravovat důvody omezení, stejně jako jejich účel, rozsah, trvání a kontrolu.

## 12. Ochranné léčení

### 12.1. Obsah institutu

Druhy ochranných opatření stanoví trestní zákon ve své hlavě šesté. Trestní zákon rozlišuje tři druhy ochranných opatření – ochranné léčení, ochrannou výchovu a zabránění věci. „Ochranná opatření jsou jedním z druhů trestněprávních sankcí. Jejich účelem a cílem je stejně jako u trestů zajistit ochranu společnosti, avšak specifickým způsobem, který je od trestů odlišuje. Trestní zákon výslovně nevyjadřuje účel ochranných opatření, ale učebnice i komentáře zdůrazňují skutečnost, že smyslem ochranných opatření je především funkce preventivní, mimo jiné také izolace a léčba osob nepřičetných resp. zmenšeně přičetných. Důležitou skutečností je také to, že ochranná opatření neobsahují morální odsouzení činu (na rozdíl od trestu proto mohou být uložena i osobě, která nebyla uznána vinnou trestným činem), při jejich ukládání se neuplatňuje zásada úměrnosti mezi stupněm nebezpečnosti činu a výběrem druhu sankce.

Jak bylo uvedeno, jedním z ochranných opatření je ochranné léčení; to je možné dále dělit na čtyři druhy, a to ochranné léčení sexuologické, léčení protialkoholní, toxikologické a psychiatrické. Ochranné léčení je možné vykonávat formou ústavní nebo ambulantní. Pokud je výkon ochranného léčení proveden v ústavní formě, nařízení výkonu ochranného léčení ústavního zašle předseda senátu zdravotnickému zařízení příslušnému podle bydliště nebo pobytu osoby, na níž má být ochranné léčení vykonáno, ve dvou vyhotovených spolu s opisem rozhodnutí, kterým bylo ochranné léčení uloženo. Po dohodě se správou zdravotnického zařízení stanoví předseda senátu den, kdy má být ochranné léčení nastoupeno. Současně upozorní správu zdravotnického zařízení, že ke změně ústavní formy ochranného léčení na ambulantní nebo propuštění z ochranného léčení za podmínek stanovených v trestním zákoně (§ 72 odst. 5) může dojít jen na podkladě pravomocného rozhodnutí soudu, v jehož obvodu se ochranné léčení vykonává, a požádá, aby k tomuto soudu byla neprodleně podána zpráva, jestliže nastanou důvody

pro některé z těchto opatření. Dále požádá, aby zdravotnické zařízení sdělilo soudu, který výkon ochranného opatření nařídil, zda osoba, které bylo ochranné léčení uloženo, nastoupila ve stanovenou dobu jeho výkon.

Předseda senátu vyzve osobu, které bylo ochranné léčení uloženo, aby jeho výkon nastoupila v příslušném zdravotnickém zařízení ve stanoveném termínu. Není-li tato osoba způsobilá k právním úkonům, učiní tak prostřednictvím jejího zákonného zástupce. Jestliže osoba, u níž má být ochranné léčení vykonáno, není nebezpečná pro své okolí, může jí poskytnout potřebnou lhůtu k obstarání jejích záležitostí. Pokud vyzvaná osoba nenastoupí výkon ochranného léčení ústavního ve stanoveném termínu nebo je-li nebezpečná pro své okolí, požádá předseda senátu o její dodání do zdravotnického zařízení ředitelství policie podle místa bydliště (pobytu) osoby.

Ochranné sexuologické léčení ústavní poskytují vyčleněné psychiatrické léčebny, ve kterých jsou pro tento účel zřizována sexuologická oddělení. Nemocným neschopným pobytu na uvedeném oddělení je poskytována individuální péče na tom oddělení psychiatrické léčebny, kde jsou hospitalizováni.

Pokud je výkon ochranného léčení proveden ambulantní formou, nařízení výkonu ochranného léčení ambulantního zašle předseda senátu zdravotnickému zařízení příslušnému pro tuto formu léčení podle bydliště nebo pobytu osoby, které bylo ochranné léčení uloženo, ve dvou vyhotoveních spolu s jedním opisem rozhodnutí, kterým bylo uloženo. Po dohodě se správou zdravotnického zařízení stanoví předseda senátu dobu, kdy nejpozději má být s výkonem ochranného léčení započato. Správu zdravotnického zařízení současně požádá, aby okresnímu soudu, v jehož obvodu je zařízení navrhlo změnu léčby na formu ústavní, jestliže se léčená osoba odmítá podrobit ochrannému léčení nebo jestliže se ukáže další pobyt léčené osoby na svobodě nebezpečný anebo jestliže se dodatečně zjistí, že vzhledem k povaze choroby a léčebným možnostem nelze očekávat splnění účelu ochranného léčení ambulantní formou. Soud rovněž zdravotnické zařízení upozorní, že k propuštění z

ochranného léčení může dojít pouze za podmínek uvedených v § 72 odst. 5 trestního zákona (tzn. došlo ke splnění účelu ochranného léčení nebo ke zjištění, že tohoto účelu dosáhnout nelze) jen na podkladě pravomocného rozhodnutí okresního soudu, v jehož obvodu se ochranné léčení vykonává. Dále požádá, aby zdravotnické zařízení sdělilo soudu, který výkon ochranného léčení nařídil, zda osoba, které bylo ochranné léčení uloženo, se do stanovené doby přihlásila k jeho výkonu.

Předseda senátu vyzve osobu, které bylo ochranné léčení ambulantní uloženo, aby se k jeho výkonu přihlásila v příslušném zdravotnickém zařízení nejpozději do stanovené doby. Současně je povinen ji upozornit na následky, jestliže by tak neučinila. Není-li tato osoba způsobilá k právním úkonům, učiní tak prostřednictvím jejího zákonného zástupce.

## **12.2. Postavení pacienta během ochranném léčení**

Pro téma Práva a postavení pacienta je zajímavý projekt „SEXUÁLNÍ DEVIACE“ zpracovaný Poradnou pro občanství/Občanská a lidská práva<sup>56</sup> ve spolupráci s Velvyslanectvím Nizozemského království.

V rámci tohoto projektu se jeho autoři snaží dobrat některých závěrů o postavení pacienta při ochranném léčení a docházejí k následujícím závěrům: „V rámci procedurálních postupů se analýza zaměřila na zjišťování problémových aspektů ukládání, výkonu a změny formy ochranných léčeb. Za problémové oblasti jsme považovali zejména nedodržování platných právních předpisů, zvláštní důraz přitom byl kladem na dodržování základních lidských práv pacientů. Z tohoto hlediska je předmětem kritiky hlavně skutečnost, že neexistuje jednotná zákonná úprava výkonu ochranných léčeb, v důsledku čehož je možné považovat často některá režimová opat-

---

<sup>56</sup> Viz <http://www.poradna-prava.cz>

ření za protizákonná s ohledem na ustanovení článku 4 Listiny základních práv a svobod. Dalším výrazným nedostatkem je nedostatečně upravená právní pomoc a její malá dostupnost pro pacienty.“

Zpráva si všímá i právního postavení personálu: „V důsledku toho, že výkon ochranného léčení není v současnosti upraven zákonem, nemají zaměstnanci psychiatrických léčeben, v nichž se vykonává ochranné léčení, právní jistotu pokud jde o míru, v níž je možné v rámci režimové léčby pacienty a jejich práva omezovat. Oprávnění a povinnosti nejsou stanoveny zákonem, v důsledku čehož jsou pracovníci obviňováni samotnými pacienty z toho, že porušují jejich práva. Právní nejistota je v tomto smyslu velmi nežádoucí a současný stav by měl být radikálně změněn přijetím zákona o výkonu ochranných léčeb. Vzhledem k odlišné povaze vykonávané práce a vzhledem k skladbě pacientů by také bylo vhodné vymezit zdravotnickým pracovníkům psychiatrických léčeben pracujících na odděleních, kde se ochranné léčení vykonávají jiné postavení než mají v současné chvíli, kdy se jejich postavení nijak neliší od postavení klasického zdravotnického personálu. Zákonná úprava je velmi žádoucí.“

V uvedené práci se potom uvádějí některé zajímavé právní i faktické reálie z praxe ochranných opatření v Holandsku:

„Holandský trestní zákoník z roku 1881 neobsahoval žádná ustanovení o zacházení se zvláště nebezpečnými agresory kromě těch, která hovoří o nepřičetných pachatelích, kteří mají být umístěni do psychiatrické léčebny. V roce 1911 byla přijata nová úprava a mezi lety 1925 – 1928 byla implementována tzv. „detence z moci vlády“ (terbeschikkingstelling van der Regering). Tohoto institutu (TBR) bylo užíváno na případy osob s trestní odpovědností, kteří však jinak v době spáchání činu měli oslabenou složku rozpoznávací nebo byly psychicky narušení. TBR umožňovalo soudu uložit, vedle trestu odnětí svobody, také povinnost podstoupit léčbu v státním zdravotnickém zařízení po dobu minimálně dvou let s možností neomezeného prodlužování.

V roce 1988 byl institut TBR nahrazen tzv. institutem TBS (terbeschikkingstelling). V rámci této reformy došlo k úpravě podmínek uložení detence, které jsou od této doby přísnější. Dále byla rozšířena a specifikována práva osob, kterým je detence uložena.

**Aplikace institutu TBS je podmíněná zhodnocením trestní odpovědnosti pachatele trestného činu.** TBS může být uvaleno v případech, kdy pachatel postrádá jakoukoli trestní odpovědnost nebo pokud je jeho trestní odpovědnost omezena. Pokud je pachatel uznán jako trestně neodpovědný (jako například v případě nepřítomnosti v době spáchání trestného činu), může být TBS uložen samostatně. V případech, kdy trestní odpovědnost byla pouze omezena, ukládá se TBS vedle uložení trestu. V těchto případech dochází k uložení TBS, pokud závažný trestný čin (jako např. fyzické zneužívání, znásilnění, vražda nebo pohlavní zneužívání) byl spáchán v souvislosti s duševní poruchou nebo nemocí a pokud specifická kombinace spáchaného činu a duševní poruchy byla shledána jako potenciálně nebezpečná pro další chování pachatele v budoucnosti. V těchto případech dochází k výkonu TBS poté, co došlo k výkonu uloženého trestu.

**Podmínky uložení TBS v případech částečné odpovědnosti za spáchaný čin.** Uložení TBS vyžaduje v těchto případech, aby byla splněna následná kritéria: pachatel trpěl v době spáchání činu duševní poruchou nebo nízkou duševní vyvinutostí za spáchaný trestný čin nebo činy je možné uložit trest odnětí svobody minimálně 4 roky (trest odnětí svobody ve výši minimálně 4 roky nemusí být fakticky uložen – vyžaduje se pouze možnost ho uložit).

TBS se ukládá s tím, že to vyžaduje zajištění bezpečnosti ostatních, veřejného pořádku nebo majetku. Pro uložení TBS není podmínkou předchozí odsouzení pachatele.

**Ochranné mechanismy:** Před uložení TBS je nutné, aby o pachateli byl zpracován osobní posudek. Posudek zpracovává skupina znalců z několika oborů, z nichž minimálně dva musí být odbor-

níci v oblasti behaviorálních věd – z nichž jeden musí být psychiatr a druhý zpravidla bývá psycholog. Pachatel je zkoumán z několika perspektiv: zkoumá se je jeho trestní odpovědnost resp. míra trestní odpovědnosti, míra nebezpečnosti, typ duševní poruchy a možný způsob léčby či nápravy.

Důležitým rozdílem proti dřívějšímu institutu (výše zmíněný TBR) je fakt, že v mezích institutu TBS je částečně trestně odpovědnému pachateli umožněno toto vyšetření odmítnut. V takovém případě bude pachatel odsouzen, aniž by se využil institut TBS.

**Doba trvání a prodlužování:** TBS může být uloženo maximálně na dobu 2 roky. Po uplynutí této doby dochází k přezkumu a TBS může být prodlouženo o další jeden až dva roky. V případech nenásilných trestných činů může být TBS prodlouženo pouze o maximálně 4 roky. V případech, kdy uložení TBS následovalo po činech namířených proti tělesné integritě jedné či více osob a pokud prodloužení TBS je nutné z hlediska ochrany bezpečnosti druhých, může být TBS prodlužováno bez omezení. Od roku 1988 se pro prodloužení délky trvání TBS vyžaduje dodatečné posouzení psychiatrem a psychologem.

Průměrná délka trvání TBS se udává 4 roky, po uplynutí této doby strávené v psychiatrické léčebně pacient ještě nějakou dobu podstupuje komunitní léčbu.

**Léčba v rámci TBS:** Před nástupem do léčebného zařízení pacient podstoupí klinické vyšetření. Od roku 1952 se takováto vyšetření provádějí v utrechtském institutu F.S.Meijerse. Zde se zkoumá efektivní možnost léčby pacienta a určuje se zařízení, které je v daném případě pro konkrétního pacienta a jeho léčbu nejvhodnější. Jako kritéria pro konečné umístění slouží zhodnocení úrovně duševní poruchy, charakter spáchaného činu, riziko útěku, riziko pachatele pro veřejnou bezpečnost a dostupnost potřebné léčby v daném zařízení (toto poslední kritérium je přitom nejdůležitější). toto vyšetření trvá zpravidla 6 týdnů.

Možné a dostupné formy léčby jsou např. psychoterapie, medikamentózní a fyzikální léčba, sociální léčba a další terapie jako např. neverbální, tvůrčí, výrazové a pohybové terapie. pacienti ve většině případů žijí – pokud to nevyklučují zvláštní bezpečnostní či léčebné důvody - v jakýchkoli domácích skupinách.

Léčba v rámci TBS obvykle začíná v podmínkách srovnatelných s uvězněním a s vážnými omezeními, postupem doby se podmínky uvolňují a v případě úspěšnosti léčby končí propuštěním do společnosti. Postupně dochází k probačním propuštěním, nejprve s dohledem specializovaného probačního pracovníka, posléze bez něj.

Osoby zadržované v rámci institutu TBS jsou umístěny v devíti vysoce zabezpečených forenzních klinikách. Každá z těchto klinik má kapacitu 85 – 90 pacientů, ale v některých z nich jsou umístěni také pachatelé bez trestní odpovědnosti. V poslední době byla problémem přeplněnost těchto ústavů, v důsledku čehož docházelo k případům, kdy se na možnost výkonu TBS čekalo ve vězení až po dobu dvou let. Došlo k výstavbě nových klinik a k zvýšení počtu lůžek.

V době ukončené léčby v rámci TBS jsou pacienti propuštěni, v ne vždy však nabývají plné svobody – v současné době se diskutuje o zřízení dodatečných forenzních psychiatrických poliklinik, domů na půl cesty a dalších zařízení, který by sloužily jako podpůrné pro kliniky sloužící k výkonu TBS.

V současné době také je diskutován problém pacientů, u nichž sice byla léčba ukončena, ale byla neúspěšná. existují návrhy na zřízení léčeben, v kterých by byly umístěni dlouhodobé pacienti, kteří jsou označeni za neléčitelné a u nichž není pravděpodobnost, že budou kdy propuštěni na svobodu.

**„Advokát pacienta“:** Osobám umístěným v psychiatrických léčebnách, mimo jiné tedy osobám umístěným na základě TBS, je k dispozici bezplatně tzv. advokát pacienta. Tento pracovník, přestože je zaměstnancem nemocnice, je nezávislý na vedení tohoto zařízení.



Advokát je expertem na práva pacientů a nikdy nejedná bez vědomí nebo souhlasu pacienta. Advokát sám nemá výkonnou moc, nerozhoduje o stížnostech apod. O těch rozhoduje v každém zařízení výbor pro stížnosti. Advokát pomáhá pacientovi připravit jeho stížnost a případně ho podporuje v rámci slyšení o stížnosti. Dále pacientovi radí ohledně všech záležitostí souvisejících s jejich pobytem v léčebném zařízení.“

Tento krátký pohled úpravu v Holandsku nabízí možnost lépe si uvědomit některé nedostatky, které jsou typické pro postavení pacienta v průběhu ochranného léčení. Zejména je patrná snaha zajistit těmto pacientům dostupnou právní pomoc a fakt, že klíčové okamžiky ochranného léčení, jako jsou podmínky nástupu, prodlužování léčení, jsou upraveny zákonem. V tom lze spatřovat největší klady Holandské úpravy a zároveň největší nedostatky úpravy v České republice.

### **12.3. Kompetence ochránce práv (349/1999 Sb.)**

Novelou zákona č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon), jejíž účinnost nastala k 1. 1. 2006, byl ochránci svěřen úkol kladený na funkci tzv. národního preventivního mechanismu, jak jej stanoví Opční protokol k Úmluvě OSN proti mučení . Jedná se o úkol provádět systematické návštěvy míst (zařízení), v nichž se nacházejí nebo mohou nacházet osoby omezené na svobodě (§ 1 odst. 3 a 4, § 21a zákona). V dalším textu byly využity informace ze zpráv o činnosti veřejného ochránce práv, jak jsou dostupné na [www.ochrance.cz](http://www.ochrance.cz).

Cílem systematických návštěv je zjišťovat, jak je s osobami omezenými na svobodě zacházeno, zda jsou respektována jejich základní práva a svobody, a tím posílit jejich ochranu před všemi formami tzv. špatného zacházení. Zda jsou osoby omezeny na svobodě de facto – v důsledku své faktické závislosti na poskytované péči (z důvodu stáří, nemoci, tělesného, mentálního postižení), či de iure – na základě rozhodnutí orgánu veřejné moci, není při zajištění jejich ochrany před špatným zacházením podstatné.

Špatným zacházením je třeba rozumět jednání, které nerespektuje lidskou důstojnost. V extrémní poloze může mít podobu mučení, krutého, nelidského či ponižujícího zacházení nebo trestání. Špatným zacházením je však i neúcta k člověku a jeho právům, nerespektování jeho sociální autonomie, soukromí nebo práva na spoluúčast v procesu rozhodování o jeho vlastním životě, či zneužívání závislosti na poskytované péči nebo její prohlubování. Formálně špatné zacházení může spočívat v porušování práv garantovaných Listinou základních práv a svobod, mezinárodními úmluvami, zákony a podzákonnými právními předpisy, dále pak neplněním více či méně závazných instrukcí, pokynů, standardů péče, principů dobré praxe či postupů lege artis.

Nejčastějšími podněty, kterými se veřejný ochránce práv v oblasti psychiatrické péče a ochranného léčení zabývá, jsou stížnosti na podmínky a péči v psychiatrických zařízeních, chování a přístup odborného personálu k pacientům, na režimovou léčbu na odděleních, kde probíhá ochranné léčení, jakož i na průběh přijetí a držení v psychiatrickém zařízení bez písemného souhlasu pacienta. Podněty, kterými se ochránce zabývá, je možno zjednodušeně rozčlenit do čtyř hlavních oblastí, a to:

- životní podmínky a přístup personálu k pacientům na gerontologických odděleních,
- stížnosti na průběh léčby a režim oddělení, kde se vykonává ochranné léčení,
- komplexní stížnosti na podmínky v psychiatrické léčebně, průběh léčby, přístup odborného personálu atd.,
- péče o děti s poruchou chování v psychiatrických léčebnách.

Veřejný ochránce práv se v šetřeních zabýval zejména tím, nakolik je rozlišováno, zda jde o pacienta dobrovolně či nedobrovolně hospitalizovaného; dodržováním povinnosti zařízení do 24 hodin oznámit soudu, že se ve zdravotnickém zařízení nachází pacient proti

své vůli; tím, zda jsou pacienti při příjmu seznámeni s průběhem léčby, zda při každém závažnějším úkonu (např. elektrošocích) popisují informovaný souhlas a zda je takový úkon zaznamenán do zdravotnické dokumentace; jakým způsobem je evidováno použití omezovacích prostředků a zda nedochází k jejich použití z preventivních důvodů. Dále se ochránce zaměřuje na vhodnost umístění síťových lůžek, lůžek s popruhy či lůžek s klecí.

Veřejný ochránce práv se zabývá také obsahem vnitřních předpisů zařízení a jejich dostupností pro pacienty; zamykáním pokojů v denní době z důvodu údajného narušení spánkového režimu a možného rušení ostatních pacientů v nočních hodinách, přeplněností pokojů, omezeným přístupem k dostatku tekutin či na sociální zařízení, povinným nošením ústavního oblečení; neexistencí specializovaného zařízení pro děti s poruchami chování. Zjišťuje také, zda je odborný personál školen v oblasti práv pacientů a zda jsou o svých právech pacienti informováni.

Ochranné léčení je specifické tím, že je ve většině případů vykonáváno ve zdravotnickém zařízení. Jeho účelem a cílem je stejně jako u trestů zajistit ochranu společnosti a zároveň plnit funkci preventivní. Na veřejného ochránce práv se většinou obrací stěžovatelé, kterým bylo uloženo ochranné léčení sexuologické. Ze šetření veřejného ochránce práv vyplývá, že mezi nejzávažnější pochybení patří veřejné čtení znaleckých posudků na psychoterapeutických skupinách, demotivačně nastavený bodovací systém, který klade přílišný důraz na hodnocení úklidu, v důsledku čehož mohou mít pacienti pocit, že nejsou léčeni, ale šikanováni, a nedostatečné odborné personální vybavení.

#### **12.4. Zhodnocení současného stavu**

Osoby omezené na svobodě na základě zákonného oprávnění anebo fakticky, v důsledku režimových opatření či závislosti na poskytované péči, pobývají v nejrůznějších typech zdravotnických zařízeních. Jako největší problém se jeví to, že práva a povinnosti pacientů ani hmotné podmínky v těchto zařízeních nejsou upraveny

ani ve vztahu k výkonu ochranného léčení ani ve vztahu k dalším situacím omezení svobody na základě zákonného oprávnění (např. převzetí a držení nemocného v ústavu bez jeho souhlasu, umístění v protialkoholní záchytné stanici) Vnitroresortní kontrola zdravotnických zařízení je zaměřena obecně na úroveň zdravotní péče a její výkon v praxi komplikuje přechod zřizovatelské funkce vůči těmto zařízením na samosprávu či soukromé subjekty. Vnější kontrola v této oblasti prakticky neexistuje. Lze přijmout pochvalně výše zmíněné rozšíření pravomoci a působnosti veřejného ochránce práv, a to zvláště proto, že jiné typy dozoru, např. dozorová pravomoc státních zástupců se neuplatní, neboť ani v tomto případě neexistuje zvláštní zákon, který by pro zdravotnická zařízení stanovoval rozsah, podmínky a způsob tohoto dozoru. Navíc státní zastupitelství dozoruje pouze dodržování právních předpisů, což je problematické ze dvou důvodů. Takové vymezení jednak zcela pomíjí hledisko respektování lidské důstojnosti a jednak předpokládá existenci konkrétních právních předpisů, na jejichž dodržování by mělo státní zastupitelství dohlížet.

Takové předpisy však v mnoha případech ani neexistují. S výjimkou zařízení sociální péče a většiny zdravotnických zařízení se na místa, kde se mohou nacházet osoby zbavené svobody, vztahuje působnost ochránce. Jeho význam jako kontrolního orgánu však významně snižuje skutečnost, že ve vztahu k mnohým z nich se čas od času vyskytují pochybnosti, zda je oprávněn rozmlouvat s osobami omezenými na svobodě bez přítomnosti jiných osob (to platí zejména pro zařízení v působnosti ministerstva vnitra a ministerstva obrany). Platná právní úprava obsahuje pouze oprávnění ochránce požádat o zproštění mlčenlivosti pracovníků kontrolovaných úřadů bez adekvátního vyvážení tohoto oprávnění ochránce. Aby však měla prováděná kontrola smysl, nemá být možné se dovolávat mlčenlivosti vůči žádnému kontrolnímu orgánu.

### 13. Další práva pacienta

Práva pacienta jsou obsažena v množství právních předpisů. Z nich lze vybrat následující příklady:

Pacienta má právo na ochranu osobních údajů. Při poskytování zdravotní péče sděluje pacient řadu velmi intimních a osobních údajů svému ošetřujícímu lékaři. Jsou to údaje o jeho subjektivních obtížích, které provázejí jeho poruchu zdraví, objektivní skutečnosti týkající se choroby, ale i další důležité skutečnosti osobního rázu, které jsou důležité pro posouzení zdravotního stavu a stanovení správné diagnózy a postupu vyšetření i léčení. To právo je upraveno v zákoně č. 20/1966 Sb. a ve speciálním předpise č. 101/2000 Sb.

Dalším právem je právo pacienta žádat o přešetření postupu zdravotní péče. Zákon č. 48/1997 Sb., v platném znění, stanovuje, že má-li pacient-pojištěnec za to, že mu není poskytována náležitá zdravotní péče může podat návrh na přezkoumání vedoucímu zdravotnického zařízení nebo jeho zřizovateli, popřípadě se může obrátit se na příslušnou komoru. Dále má možnost obrátit se na zdravotní pojišťovnu, jejímž je pojištěncem, zejména odmítne-li zdravotnický pracovník provést zdravotnický výkon spadající do hrazené péče. Zvážit může též možnost zapojit do své záležitosti příslušný orgán státní správy, který provedl registraci zdravotnického zařízení podle zvláštního zákona.

Nejčastěji se pacienti obrací na zdravotního radu, který vydal registraci zdravotnického zařízení, ale pokud však pacient má za to, že při poskytování zdravotní péče došlo z nedbalosti k trestnému činu ublížení na zdraví nebo těžké újmě na zdraví, může se obrátit na orgány činné v trestním řízení.

Pacient má také podle obecných předpisů nárok na náhradu škody. Občanský zákoník v platném znění stanovuje, že každý odpovídá za škodu, kterou způsobil porušením právní povinnosti<sup>57</sup>, a každý odpovídá za škodu, kterou způsobil provozní činností<sup>58</sup>.

Řada akutních onemocnění, chronických stavů a zranění výrazným způsobem omezuje mobilitu pacienta, a proto vyžaduje dopravu pacienta k vyšetření, ošetření nebo hospitalizaci, tedy transport pacienta do potřebného zdravotnického zařízení dopravní zdravotní službou, případně vlastním vozidlem. Zákon č. 48/1997 Sb., v platném znění, stanovuje, že zdravotní pojišťovny hradí dopravu pojištěnci na území České republiky do smluvního zdravotnického zařízení, ze smluvního zdravotnického zařízení do místa trvalého nebo přechodného pobytu nebo do ústavu sociální péče mezi smluvními zdravotnickými zařízeními a v rámci smluvního zdravotnického zařízení a to v případě, že zdravotní stav pojištěnce, podle vyjádření ošetřujícího lékaře, který tuto dopravu indikuje, neumožňuje dopravu běžným způsobem bez použití dopravní zdravotní služby.

Mezi další práva lze zahrnout právo na lázeňskou , právo pacienta na zdravotnické prostředky, na očkování, na léky, atd.

---

<sup>57</sup> Zák. č. 40/1964 Sb. § 420

<sup>58</sup> Zák. č. 40/1964 Sb. § 420a

## 14. Typické problémy

### 14.1. Nutnost podepsat souhlas s výkony při nástupu do nemocnice

Jedním z problémů, na které pacienti naráží, je fakt, že se nemocnice někdy snaží právně chránit na jejich úkor a připravily formuláře, které jsou pacientům předkládány k podpisu při vstupu do nemocnice a podepsání tohoto formuláře je podmínkou přijetí. To dokumentuje následující zkušenost:

Paní J.V. byla dne 11. února 2005 přijata do Fakultní nemocnice v Motole na Ortopedickou kliniku dětí a dospělých 2. LF UK s diagnózou „M241 Susp. chondropathia gen. I. dx.“. Navrhovaná léčba spočívala v laparoskopické operaci pravého kolena. S tím pacientka souhlasila. Poté jí byl předložen k podpisu formulář Informovaný souhlas pacienta s podáním anestezie pro ambulantní výkon.

<sup>59</sup>

V bodě 5 měla pacientka vyjádřit: „Souhlasím s podáním krve a/nebo krevních derivátů, jestliže vznikne důvod během výkonu nebo bezprostředně po něm. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a), že ve výjimečných případech může dojít k možným komplikacím v důsledku transfuze krve a/nebo krevních derivátů (např. horečka, alergická reakce, přenos některých infekčních chorob).“

Pacientka ovšem nechtěla popsaná rizika transfuze podstoupit a rozhodla se raději přijmout rizika spojená s nepodáním krevní transfuze. Lékaři ale souhlasili s provedením operace pouze za předpokladu, že dotyčná paní přijme rizika spojená s podáním krevní transfuze.

---

<sup>59</sup> Pro přetisk formuláře viz přílohu 1.

Paní J.V. proto vyhledala jiné pracoviště (konkrétně kliniku Dr. Pírka v Mladé Boleslavi), kde ji nenutili přijmout rizika spojená s podáním krevní transfuze a operaci úspěšně provedli.

V dopise právnímu oddělení Fakultní nemocnice v Motole ze dne 18. května 2005 pacientka vyjádřila stížnost, že na tomto pracovišti bylo provedení zmíněného výkonu podmiňováno přijetím rizik spojených s krevními transfuzemi, ačkoli lékařská věda dokáže daný problém řešit bez podání krevních transfuzí; pacientka argumentovala tím, že má právo v informovaném souhlasu vyjádřit, jaký druh rizik si přeje během léčby nést.

V odpovědi nemocnice sdělila, že její postup byl „v souladu s platnou právní úpravou“ a že „pokud ... pacient není ochoten přijmout a akceptovat racionální podmínky kteréhokoli zdravotnického pracoviště Fakultní nemocnice v Motole, za kterých může být péče poskytnuta, nejedná-li se o neodkladný úkon, není zdravotnické zařízení povinováno tento úkon provést“. Podle nemocnice pak „není pravdou, že lékařská věda dokáže daný problém (laparoskopickou operaci kolena) řešit bez podání krevních transfuzí. Nelze totiž vyloučit nezbytnost podání krevního převodu ani u miniinvazivních výkonů.“

Nemocnice tedy stížnost neuznala. S tím pacientka nebyla spokojena. Její právní názor byl ten, že má právo na volbu léčby, která jí tímto přístupem byla odepřena, protože si nemohla vybrat mezi dvěma riziky. Každý postup v nemocnici má své riziko, ale rizika mají také svou míru a paní J.V. byla toho názoru, že riziko je zde nejen pro pacienta, ale i pro nemocnici.

Pacientka dále upozornila, že formulář s informovaným souhlasem zcela chrání nemocnici před následky přenosu některých infekčních chorob, což může být pro pacienta smrtelné riziko. Léčba je podmíněna tím, že toto riziko přejímá pacient na sebe. Na druhé straně Fakultní nemocnice v Motole nechce připustit jiné riziko, které si zvolí pacient.



Rizika, mezi kterými bylo třeba volit, byla v tomto případě zjevně malá (nebezpečí vykrvácení při laparoskopické operaci kolena oproti přenosu infekční nemoci způsobené transfuzí krve při takové operaci), nicméně respektovat vůli pacientky by mohlo, byť spíše teoreticky, znamenat dodatečnou práci ze strany personálu nemocnice.

Takový postoj zdravotnického zařízení v tomto konkrétním případě lze považovat za nesprávný, neboť obecně projevuje nevstřícnost vůči pacientovi. Postup Fakultní nemocnice v Motole nebyl v souladu s článkem 3 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, který zdůrazňuje vstřícnost vůči přáním pacienta jako etickou normu. Nemocnice celostátního významu zde totiž podmiňuje dostupnost léčby tím, že pacient na sebe přijme jeden druh smrtelných rizik, a to těch, která stanoví nemocnice, a přitom zásadně omezí právo pacienta na volbu léčby.

Tím je také porušeno ustanovení čl. 5 Úmluvy o biomedicíně o informovaném souhlasu. Jak totiž bylo uvedeno výše<sup>60</sup>, pojem informovaný souhlas obsahuje mimo jiné i poučení pacienta o alternativách, jejich rizicích a povaze zákroků a nechává se na pacientovi, aby se svobodně rozhodl, kterou z uvedených alternativ (jsou-li ovšem k dispozici) zvolí. Postup nemocnice, jak byl popsán, tedy tyto rysy nemá.

#### **14.2. Právo na kopie zdravotní dokumentace**

Právo nahlížet do zdravotní dokumentace v případě, kdy pacient zemřel, je téma, kde se názory velmi liší. Postavení pacienta není zřejmě dostatečně chráněno zvláště nepružným přístupem soudů, ačkoli i ze současné právní úpravy lze dovodit právo pozůstalých členů rodiny na získání informací ze zdravotní dokumentace.

---

<sup>60</sup> Viz oddíl 7 Informovaný souhlas

Typický je příklad, který řešila Otevřená společnost, o.p.s.<sup>61</sup> Paní J. se této společnosti dotazovala, zda má právo na získání kopií lékařských zpráv svého otce, který zemřel. Popsala, že navštívila obvodního lékaře jejího zemřelého otce s žádostí o kopie kvůli rodinné anamnéze. Lékař jí sdělil, že na ně nemá právo.

V této situaci lze argumentovat následujícím způsobem: Na kopie zdravotní dokumentace má žadatel právo. Na ochranu této dokumentace se vztahuje ustanovení § 12 Občanského zákoníku, které říká, že „písemnosti osobní povahy, podobizny, obrazové snímky a obrazové a zvukové záznamy týkající se fyzické osoby nebo jejích projevů osobní povahy smějí být pořízeny nebo použity jen s jejím svolením.“ V tomto smyslu tedy je zdravotní dokumentace „písemnost osobní povahy“.

V případě již zemřelé osoby se dále uplatní § 15 téhož zákona: „Po smrti fyzické osoby přísluší uplatňovat právo na ochranu její osobnosti manželu a dětem, a není-li jich, jejím rodičům.“

Žadatelka tedy jako dcera uplatňuje právo na ochranu osobnosti svého otce, do kterého spadá i souhlas s použitím písemností osobní povahy. Na danou situaci nelze vztáhnout žádné ustanovení zákona č. 20/1966 Sb. O péči o zdraví lidu. Jeho § 67b odst. 9 uvádí: „Práva a povinnosti při zpracování osobních údajů souvisejících se zajišťováním zdravotní péče se řídí zvláštním zákonem.“ Tímto zvláštním zákonem je zák. č. 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů.

Toto ustanovení však nelze uplatnit, protože ochrana osobních údajů se vztahuje jen k údajům o žijících osobách. Okamžikem smrti se ex lege tentýž údaj v dokumentaci mění z „osobního údaje“ chráně-

---

<sup>61</sup> Zakladatelem Otevřené společnosti o.p.s. je Nadace Open Society Fund Praha; internetová stránka: [www.otevrete.cz](http://www.otevrete.cz)

ného zákonem č. 101/2000 Sb. v „písemnost osobní povahy“ chráněnou výše uvedenými ustanoveními Občanského zákoníku.

Nelze namítat ani § 67b odst. 10 zákona o péči o zdraví lidu, v němž se vyjmenovává, kdo smí do zdravotnické dokumentace nahlížet, přičemž pozůstalí zde uvedeni nejsou. Zde je nutno zdůraznit, že v zásadě jde o právní vztah, kterým se realizuje základní právo dle čl. 17 Listiny – přístup k informacím – za velmi specifických okolností, kdy je úzce vymezena nejen informace, ale i osoba, jejíž přístup k informaci se posuzuje (pozůstalý). Obecně platí, že omezení přístupu k informacím musí mít povahu negativního výroku, vylučujícího přístup dané osoby (okruhu osob) k dané informaci (okruhu informací). Musí jít o tzv. negativní formulaci (ne-poskytne se, ne-umožní se přístup, ne-smí nahlížet, anebo poskytne se jen (výhradně) tomu, kdo... apod.) Naopak tzv. pozitivní formulace, umožňující přístup k informaci určitého okruhu osob, nemůže znamenat omezení přístupu pro ostatní.

Ve zkoumaném případě tedy omezení přístupu k „písemnostem osobní povahy“, které představuje zdravotnická dokumentace, je pro všechny osoby dáno uvedeným ustanovením Občanského zákoníku § 12 odst. 1, a je tedy vázáno na souhlas osoby. U zemřelé osoby tento souhlas může dát jen manžel a děti, a není-li jich, rodiče. To je tedy základní omezovací klauzule. Vůči ní, jako rozšíření možnosti nahlížet, stojí jako speciální ustanovení uvedený § 67b odst. 10 zákona o zdraví lidu, umožňující i bez tohoto souhlasu pozůstalého nahlížet do dokumentace lékařům a dalším vyjmenovaným, v zásadě zdravotnickým osobám.

Dalším podobným případem je kauza, kterou řešil veřejný ochránce práv a kterou zveřejnil v rámci svého oprávnění informovat veřejnost o konkrétním případě poté, co vyčerpal všechny možnosti

k nápravě. Toto zveřejnění proběhlo na tiskové konferenci v Brně ve středu 7. srpna 2002.<sup>62</sup>

Ve Věznici Heřmanice v červnu 2001 náhle zemřel za ne zcela vyjasněných okolností 24-letý, svobodný, bezdětný vězeň. Vězeňská služba o úmrtí informovala rodiče telegramem s tím, že příčina smrti bude zjištěna soudní pitvou. Za necelé tři měsíce však obdrželi jen stručné vyrozumění od vyšetřovatele policie, že věc (prověřování úmrtí vězně) byla odložena. Rodiče následně požadovali, aby jim Vězeňská služba poskytla veškeré informace o okolnostech a příčinách úmrtí syna, zejména aby jim zpřístupnila jeho zdravotnickou dokumentaci. Dostalo se jim však odmítavé odpovědi s odůvodněním, že údaje ze zdravotnické dokumentace nelze zpřístupnit s ohledem na povinnost mlčenlivosti. Vězeňská služba se přitom opírala o stanovisko Ministerstva zdravotnictví ČR, podle něhož není dána možnost zproštění zdravotnických pracovníků povinné mlčenlivosti, neboť „zákonem předpokládaný souhlas ošetřované osoby nelze v daném případě očekávat. Udělení souhlasu je osobním právem ošetřované osoby, nepřechází na dědice a smrtí osoby zaniká.“ Rodiče zemřelého se v říjnu roku 2001 obrátili na veřejného ochránce práv se žádostí o prošetření postupu Vězeňské služby.

Po provedeném šetření dospěl veřejný ochránce práv k závěru, že postup Vězeňské služby opírající se o výkladové stanovisko Ministerstva zdravotnictví není v souladu s právními předpisy ani s principy dobré správy. Výkladem dovodil, že právo na přístup k údajům ve zdravotnické dokumentaci mají osoby vykonávající posmrtnou ochranu osobnosti zemřelého podle ustanovení § 15 občanského zákoníku, tedy manžel a děti, a není-li jich, jeho rodiče. V opačném případě by posmrtnou ochranu jeho osobnosti nemohli efektivně vykonávat. Pokud by platilo tvrzení Ministerstva zdravot-

---

<sup>62</sup> K dispozici na [www.ochrance.cz](http://www.ochrance.cz)

nictví, že smrtí pacienta zaniká jediný subjekt, který může souhlas udělit, tak by nezbylo než dovodit, že zaniká právní konstrukce ochrany jeho osobnosti. Takový výklad nelze připustit, neboť by vedl k absurdnímu závěru, že při nejintenzivnějším zásahu do právem chráněných zájmů jednotlivce, jakým je smrt, mají osoby vykonávající právo na jeho posmrtnou ochranu minimální možnost zabývat se příčinami jeho smrti, na rozdíl od možností, které pacient má, pokud náhodou nezemře.

Výklad veřejného ochránce práv je též v souladu s účelem zdravotnické mlčenlivosti, kterou je lékař povinen zachovávat v zájmu pacienta. Veřejný ochránce práv nevidí jediný rozumný důvod, proč by mělo být obecně v zájmu pacienta, aby jeho příbuzní nebyli o jeho zdravotním stavu a příčinách jeho smrti informováni, pokud se za svého života nevyjádřil jinak. Podle platné právní úpravy mohou dokonce osoby blízké dát souhlas s použitím těla zemřelého pro lékařské potřeby. Veřejný ochránce práv se i z tohoto důvodu domnívá, že by bylo absurdní, kdyby manžel, děti, popřípadě rodiče zemřelého nemohli disponovat se zdravotnickou dokumentací zemřelého, když mohou dát souhlas k dispozici s jeho tělem a tělesnými orgány.

Veřejný ochránce práv také konstatoval, že stanovisko Ministerstva zdravotnictví porušuje právo pokrevně příbuzných pozůstalých na ochranu zdraví. Právo na ochranu života a zdraví totiž implikuje zájem o informace o zdravotním stavu nejbližších příbuzných. Každé lékařské vyšetření začíná dotazem na anamnézu, tj. na onemocnění v rodině pacienta (rodinná anamnéza), na jeho dosavadní onemocnění a jejich léčbu, operace, úrazy, alergie (osobní anamnéza). Lékař tak pátrá po rizikových faktorech onemocnění, zvažuje eventuelní vliv dědičnosti, prostředí a ostatních chorob, které rodinu postihly i ve vzdálené minulosti. Přes velký pokrok v technické stránce medicíny je význam anamnézy stále veliký a může v mnoha případech přispět podstatnou měrou ke správné diagnóze. Znemožnění přístupu k údajům ve zdravotnické dokumentaci by pro nejbližší pokrevní příbuzné představovalo zásah do jejich osobnostních práv na

ochranu života a zdraví, neboť tyto údaje mohou v rámci rodinné anamnézy přispět ke správné diagnostice jejich vlastních chorob. Dlužno dodat, že z praktických důvodů lékaři často informace o letálním průběhu nemoci a pitevní protokoly příbuzným zpřístupňují, čímž vlastně podle stanoviska Ministerstva zdravotnictví „porušují“ právo – ve skutečnosti se však chovají zcela racionálně a v souladu s právem.

I přesto, že veřejný ochránce práv shromáždil řadu přesvědčivých argumentů na podporu svého stanoviska, odmítala Vězeňská služba i nadále zpřístupnit pozůstalým rodičům zdravotnickou dokumentaci týkající se jejich syna. Veřejný ochránce práv proto 27. května 2002 vyrozuměl ministra spravedlnosti JUDr. Jaroslava Bureše jako vedoucího úřadu nadřízeného Vězeňské službě a ministra zdravotnictví prof. MUDr. Bohumila Fišera, CSc., jako vedoucího úřadu, v jehož působnosti je poskytování zdravotní péče.

Zatímco se ministr spravedlnosti JUDr. Jaroslav Bureš se stanoviskem veřejného ochránce práv ztotožnil a doporučil generální ředitelce Vězeňské služby, aby vyhověla požadavku veřejného ochránce práv na zpřístupnění zdravotnické dokumentace rodičům zemřelého vězně, ministr zdravotnictví, prof. MUDr. Bohumil Fišer, CSc., závěry veřejného ochránce práv stroze odmítl s tím, že podle zákona o péči o zdraví lidu může být zdravotnická dokumentace zpřístupněna pouze vymezeným subjektům uvedeným v tomto zákoně. Podle jeho stanoviska Vězeňská služba postupovala správně, neboť v tomto případě „neexistuje subjekt, jenž by mohl udělit souhlas ke zpřístupnění zdravotnické dokumentace“. K tomuto závěru ministr zdravotnictví dospěl, aniž by se jakkoli vypořádal s obsáhlou argumentací veřejného ochránce práv.

Veřejný ochránce práv vyjádřil přesvědčení, že v důsledku stanoviska Ministerstva zdravotnictví došlo k systematickému porušování osobnostních práv zemřelých a jejich nejbližších příbuzných. Protože Ministerstvo zdravotnictví odmítlo svůj přístup změnit, informoval veřejný ochránce práv o postoji Ministerstva zdravotnictví veřejnost.

Současně s tím vyrozuměl i vládu České republiky, které doporučil, aby uložila ministryni zdravotnictví předložení návrhu zákona, který bude zcela jednoznačně a výslovně respektovat osobnostní práva pacientů a jejich blízkých osob i po smrti pacienta. Dále vládě doporučil uložit ministryni zdravotnictví, aby její ministerstvo urychleně vypracovalo výkladové stanovisko, které bude osobnostní práva pacientů a osob vykonávajících posmrtnou ochranu osobnosti respektovat ve smyslu závěrečného stanoviska veřejného ochránce práv, a to ještě před přijetím nové zákonné úpravy.

### **14.3. Porušení požadavků na informovaný souhlas**

V listopadu 2005 rozhodl Krajský soud v Ostravě ve věci „sterilizace romských žen“, konkrétně v případě paní H.F., že provedením sterilizace byl ze strany lékařů Vítkovické nemocnice a.s. v roce 2001 porušen zákon a že se nemocnice musí paní H.F. omluvit, neboť jí provedla sterilizaci bez jejího informovaného a svobodného souhlasu. Tento rozsudek představuje první přiznání protizákonnosti nucené sterilizace ze strany národního soudu v oblasti střední a východní Evropy. Ovšem k této nezákoně sterilizaci došlo porušením práva pacientky na informovaný souhlas.

Dne 10. října roku 2001 porodila paní H.F. ve Vítkovické nemocnici v Ostravě svoje druhé dítě. Syn se narodil ve 4:56 ráno, a to za pomoci císařského řezu, stejně jako v případě jejího prvního porodu.

Podle pacientky, ačkoli těhotenství probíhalo bez komplikací, lékaři přesto rozhodli, že porod bude proveden císařským řezem, protože rodička má příliš úzkou pánev. Těsně před porodem přišel do sálu primář oddělení a sdělil pacientce, že společně s porodem jí chtějí provést sterilizaci, a zeptal se jí, zda s tím souhlasí. Současně jí sdělil, že pokud sterilizaci nepodstoupí, zemře, protože další porod nepřežije. Primář jí sdělil, aby dala ústní souhlas se sterilizací, a to velmi krátce před porodem, v okamžiku, kdy již byla pod vlivem injekce.

Její dokumentace tedy sice obsahovala formální tvrzení, že „pacientka žádá sterilizaci“, to ovšem nebylo dostatečné vzhledem k zásadní skutečnosti, že sterilizace představuje velmi závažný a v drtivé většině případů také nevratný lékařský zákrok. Jak bylo již uvedeno, mezinárodní závazky České republiky, zákon a další podzákoné předpisy<sup>63</sup> požadují, aby k takovému zákroku byl dán úplný a informovaný souhlas. Tento standard nebyl ze strany lékařů Vítkovické nemocnice splněn. To, že si lékaři vyžádali souhlas pacientky jen několik minut před provedením zákroku, v době, kdy již počínala rodit., a také fakt, že pacientka neměla dostatek informací o důsledcích zákroku, způsobilo, že jednání nemocnice soud posoudil jako nezákonné.

Ponižující a protiprávní zacházení, jehož obětí se paní H.F. stala, představuje jen jeden z bezpočtu případů romských žen v České republice i dalších zemích střední Evropy. Nejméně ve třech předcházejících desetiletích tento pohrdavý přístup zdravotnických pracovníků k romským ženám zabraňoval činit informované rozhodnutí v záležitostech týkajících se jejich vlastního těla. Lékaři a sociální pracovníci rutinně a pravidelně nerespektovali svobodnou vůli pacientů a narušovali jejich fyzickou integritu, a to i v případech, které vedly k nezvratným následkům. Tyto praktiky vůči romským ženám byly a jsou důsledkem převládající paternalistické kultury ve zdravotnických zařízeních, která vede k porušování základních práv osob podstupujících zákroky ze strany lékařů.<sup>64</sup>

<sup>63</sup> V tomto případě se jedná o Směrnici ministerstva zdravotnictví ČSR ze dne 17. prosince 1971 o provádění sterilizace (uveřejněno ve Věstníku MZd ČSR č. 1-2/1972)

<sup>64</sup> Pro podrobnou zprávu viz „Závěrečné stanovisko veřejného ochránce práv ve věci sterilizace prováděných v rozporu s právem a návrhy opatření k nápravě“, která je dostupná na [www.ochrance.cz](http://www.ochrance.cz)



## 15. Postavení pacienta a evropské právo

Budeme-li chápat pojem evropské právo v širším smyslu, nepůjde pouze o právo, které je výsledkem legislativní činnosti EU/ES, ale také dalších evropských struktur, jako je Rada Evropy.

Rada Evropy nemá žádnou výslovně definovanou právní kompetenci ve zdravotnictví. Zakládající dokument<sup>65</sup> definuje roli Rady Evropy obecně tak, že slouží k jednání v obecném zájmu a přijímání společných opatření ve věcech hospodářských a sociálních. Do těchto oblastí jistě spadá také zdravotnictví. V současnosti má Rada Evropy největší vliv na postavení pacienta v České republice prostřednictvím „Úmluvy o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny: Úmluva o biomedicíně“ a „Úmluvy o ochraně základních práv a svobod“, o kterých bylo pojednáno výše.<sup>66</sup>

Důležitou roli má Evropský soud pro lidská práva jako orgán ochrany evropského standardu základních práv. Na tento soud se mohou obracet obyvatelé členských států se stížnostmi proti postupu orgánů jejich veřejné moci. Jeho judikatura proto zásadním způsobem ovlivnila četné aspekty trestního, správního i soukromého práva členských států a dotkla se opakovaně též zdravotnictví.

Evropská unie neměla v oblasti zdravotnictví dlouho žádné výslovné pravomoci. Stejně jako v jiných oblastech práva však do zdravotnictví zasahuje výkon jednotlivých základních svobod, na kterých stojí komunitární právo – svoboda pohybu osob, zboží, kapitálu a služeb. Tyto svobody zasahují do medicínského práva tím, že jejich součástí je migrace zdravotníků, obchod zdravotnickým zbožím nebo zdravotnické zákroky poskytované cizincům včetně režimu jejich veřejných úhrad. Poslední verze smlouvy o ES (ve znění Niceské

---

<sup>65</sup> Statute of the Council of Europe čl. 1; k dispozici na <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/001.htm>

<sup>66</sup> Viz kapitolu 4 Úmluva o biomedicíně, respektive kapitolu 5 Úmluva o ochraně základních práv a svobod.

smlouvy) obsahuje samostatnou pasáž o veřejném zdraví v článku 152, kde je uvedeno: „Při vymezení a provádění všech politik a činností Společenství je zajištěn vysoký stupeň ochrany lidského zdraví. Činnost Společenství doplňuje politiku členských států a je zaměřena na zlepšování veřejného zdraví, předcházení lidským nemocem a odstraňování příčin ohrožení lidského zdraví.“ Klíčové je ustanovení odstavce 5, kde se znovu zdůrazňuje prvořadá odpovědnost členských států: „Při činnosti Společenství v oblasti veřejného zdraví je plně uznávána odpovědnost členských států za organizaci zdravotnictví a poskytování zdravotní péče.“ Činnost EU je tedy zpravidla podpůrná. Zmíněné ustanovení čl. 152 odst. 5 se někdy považuje za „negativní kompetenci EU“.<sup>67</sup>

---

<sup>67</sup> Pro podrobnější rozbor viz Křepelka F., *Evropské zdravotnické právo*

## 16. Shrnutí

Problematika zdravotní péče „je v současné době obsažena v celé řadě právních předpisů různé právní síly. Ve svém souhrnu se jedná o předpisy obsahově neprovázané, po odborné stránce překonané a neodpovídající požadavkům zdravotnických dokumentů evropské úrovně.“<sup>68</sup> V tomto ne příliš příznivém prostředí procházejí práva a postavení pacienta rychlým vývojem. Na základě předešlého textu lze učinit následující závěry:

Práva a postavení pacienta v České republice se v zásadě neliší od postavení pacienta ve srovnatelných zemích. Základní instituty medicínského práva jako jsou informovaný souhlas, tělesná integrita, právo na soukromí a ochranu osobních údajů, právo odmítnout zdravotní péči, otázky související se zdravotnickou dokumentací atd., jsou (s výhradou určité vnitřní rozpornosti jednotlivých právních norem zmíněné výše) buď jasně založeny, nebo se k nim lze dopracovat výkladem.

Toto konstatování by ovšem nemělo vyvolat přílišné uspokojení, protože lze jen obtížně dojít k jednoznačnějšímu závěru, zda to je díky tomu, že by odborná i laická veřejnost v České republice byla natolik pokroková, že si sama v oblasti práv pacientů takový posun vynutila, nebo zda spíše můžeme děkovat propojenosti České republiky do mezinárodních struktur (EU, Rada Evropy, OSN, atd.). Pro druhou možnost svědčí zejména fakt, že například Úmluva o biomedicíně, která byla vytvořena na půdě Rady Evropy, se v rozporu se svým původním určením stala v České republice v oblasti práv pacientů klíčovým právním předpisem. Byla také přijata poměrně rychle, aniž se pravděpodobně domyslely její účinky na národní právní úpravu. Proto také její ustanovení, která dosavadní právní úpravu mění (např. ustanovení o informovaném souhlasu) jsou (naštěstí?) v rozporu se zákonem č. 20/1966 Sb. Na druhé

---

<sup>68</sup> Viz důvodovou zprávu k vládnímu návrhu zákona o zdravotní péči.

straně tvrdit, že je Česká republika pouze ve vleku zahraničních trendů, by bylo nespravedlivé vzhledem ke snahám mnoha odborníků řady profesí kultivovat vztahy pacientů a lékařů v České republice.

Ukazuje se, že shora zmíněný problém rozpornosti mezi právními předpisy není sám o sobě problémem nejpálčivějším, protože je po právní stránce obvykle řešitelný. Například rozdílná ustanovení Úmluvy o biomedicíně a ZPZL týkající se informovaného souhlasu nečiní při výkladu tohoto institutu větší problém, pokud se uplatní zásada aplikační přednosti mezinárodních smluv před vnitrostátní zákonnou úpravou. Problémem je to, že Úmluva o biomedicíně byla přijata bez hlubšího zamyšlení nad tím, jak bude působit v právním řádu (ačkoli na to někteří upozorňovali), a proto se její ustanovení, která změnila zaběhnutý systém věcí, tak obtížně postupně prosazují v praxi. Musí totiž narážet na zavedený styl práce a myšlení lidí, kteří nejsou právníky a obtížně tedy ustanovení Úmluvy akceptují, když stará zákonná úprava stále existuje. V tomto smyslu je velkou nadějí projednávaný nový zákon O zdravotní péči, který shora zmiňovanou rozpornost předpisů v oblasti poskytování zdravotní péče odstraňuje.

Nelze také jednoznačně konstatovat, že by výše uvedený rozpor mezi Úmluvou o biomedicíně a ZPZL byl v právní úpravě rozporem jediným. Další rozpor lze najít mezi ustanovením OSŘ § 76a a čl. 9 Úmluvy o právech dítěte.<sup>69</sup> Kolize spočívá v tom, že zatímco podle Úmluvy o právech dítěte se poskytuje všem dotčeným stranám možnost zúčastnit se řízení, ve kterém se rozhoduje o oddělení dítěte (pacienta) od rodičů, a sdělit svoje stanoviska a názory, podle OSŘ fakticky přichází v úvahu postup, kdy usnesení o nařízení předběžného opatření se doručí účastníkům (aniž měli možnost se vyjádřit) až dodatečně, při provedení jeho výkonu. Existuje také ná-

---

<sup>69</sup> Viz oddíl 10

zor, že je možný rozpor mezi Úmluvou o lidských právech a základních svobodách a lakonickými ustanoveními § 62-70 zákona č. 258/2000 o ochraně veřejného zdraví v praxi karantén a nuceného léčení.<sup>70</sup>

Přestože se tedy v České republice pacienti těší postavení, které je srovnatelné se zahraničím, mnohem méně jistá je jejich situace, pokud dojde k tomu, že mají tato svá práva realizovat v praxi. Popsaný příklad, kdy renomovaná pražská nemocnice nutí pacienta pod hrozbou nepřijetí<sup>71</sup>, aby při příjmu souhlasil s jednou variantou léčby, neinformovala ho o alternativách a v případě, že pacient žádá jinou dostupnou variantu léčby (kterou nakonec dostane jinde), mu nemocnice nevyhoví, je ukázkou toho, že mezi zdravotnickými profesionály jsou práva pacientů málo v povědomí. Stále je časté, že poskytovatelé zdravotní péče vystupují vůči pacientům z pozice síly.

Jak bylo ukázáno, podobný postoj se neobjevuje pouze u poskytovatelů zdravotnické péče, ale také ve státní správě. Ve věci dostupnosti lékařské dokumentace<sup>72</sup> Ministerstvo zdravotnictví ani po intervenci veřejného ochránce práv a jeho právní argumentaci nebylo ochotno změnit svůj postoj a neumožnilo rodičům zemřelého (úmrtí nastalo ve věznici při výkonu trestu), aby do dokumentace jejich syna nahlédli a zjistili příčinu smrti. Na této věci bylo zajímavé i to, že k argumentaci ombudsmana se přiklonil i tehdejší ministr spravedlnosti, ale ani to nestačilo. Práva pacientů tedy často existují pouze ve sbírce zákonů, ale při jejich praktickém naplňování dochází k problémům.

Tento závěr je v souladu se zjištěními, ke kterým dospěl i veřejný ochránce práv, když řešil uvedené případy sterilizace romských žen. Ačkoli jeho hodnocení a závěry se týkají konkrétního případu, šlo

---

<sup>70</sup> Křepelka, F., Evropské zdravotnické právo str. 34

<sup>71</sup> Viz oddíl 14.1.

<sup>72</sup> Viz oddíl 14.1

v těchto případech o porušení ustanovení o podání informací pacientovi a ustanovení o informovaném souhlasu, což je otázka obecná. Proto lze zobecnit i závěr veřejného ochránce práv. Ten ve své zprávě<sup>73</sup> uvedl: „Problematickou ... není v praxi ani tak samotná právní úprava – již za stávající úpravy byly v podstatě na právní kvalitu souhlasu se sterilizací kladeny stejné nároky (jako v připravovaném zákoně O zdravotní péči). Potíž činí praktické naplňování právní úpravy.“ VOP poté navrhuje některá opatření, která by měla situaci zlepšit: „Vzhledem k tomu, že z poznatků veřejného ochránce práv vyplývá, že část lékařské veřejnosti má stále nedostatečné či zkreslené představy o východiscích a obsahu práv pacientů, by Ministerstvo zdravotnictví mělo jednak zajistit povinné celoživotní vzdělávání lékařů o hlavních zásadách práv pacientů, vytvořit mechanismy supervize přístupu lékaře k pacientům, aby byli lékaři vedeni nejen k dodržování právní úpravy, ale především k dovednosti aplikovat ji v komunikaci respektující pacienta v jeho jedinečnosti. Ze stejného důvodu by mělo ministerstvo zajistit důslednou výuku právní úpravy informovaného souhlasu s jeho lidskoprávním pozadím na lékařských fakultách, stejně jako důslednou etickou přípravu budoucích lékařů.“ Je jisté, že opatření navrhovaná VOP by situaci při realizaci práv pacientů mohla velmi zlepšit.

Pokud jde o práva pacientů, od roku 1990 se dosáhlo velkého pokroku. Od postavení pacienta jako objektu lékařské péče, který neměl téměř žádná práva, se dospělo k tomu, že se pacient stal subjektem, který rozhoduje o tom, jak bude léčen. To je změna naprosto zásadní. Přes přetrvávající rozpory v právní úpravě, které mohou vyvolávat nedorozumění a ztěžovat realizaci práv pacientů, jde o právní úpravu použitelnou. Její současný stav také není nijak zakonzervován, ale v současné době jsou v Parlamentu ČR projednávány klíčové dokumenty, což je pro postavení pacientů příslibem.

---

<sup>73</sup> Viz Závěrečné stanovisko veřejného ochránce práv ve věci sterilizací str. 72

## 17. Přílohy

## 17.1. Příloha 1 – Informovaný souhlas (Motol)

**Fakultní nemocnice v Motole**

V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, tel. 224 431 111, fax 224 431 020

Vážení paní, vážený pane!

V současné době se většina operací a bolestivých vyšetření provádí prostřednictvím léků, které způsobí znečítivění, které zastaví bolest. Lékař – anesteziolog. Podle stavu pacienta a druhu operace se může provést lék k buď v celkové anestezii sedaci, nebo v místním znečítivění.

**Celková anestezie (narkóza)** znamená, že operace je prováděna v řízeném bezvědomí.

**Sedace** znamená lehký spánek, který se v případě potřeby dále kombinuje s místním znečítivěním podáním místního anestetika.

V našem zařízení Vám bude provedeno **vyšetření či operace v celkové anestezii nebo sedaci ambulantně**. Znamená to, že se k výkonu dostavíte ráno v den výkonu a týž den nebo následující den se vrátíte domů. Před plánovaným výkonem s Vámi lékař – anesteziolog podrobně projedná a na základě nevhodnější postup anestezie pro Váš výkon. Budete seznámeni s výhodami a nevýhodami navrženého typu anestezie a budete informováni o případných možných komplikacích a jejich četnosti. Zároveň Vám rádi odpovíme na všechny Vaše dotazy týkající se anestezie k plánovanému operačnímu výkonu nebo vyšetření a následně mu se k výkonu.

### **INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S PODÁNÍM ANESTEZIE PRO AMBULANTNÍ VÝKON**

1. Já, ..... souhlasím s poskytnutím anestezie pro plánovaný léčebný/ diagnostický výkon.
2. Byl(a) jsem informován(a) lékařem o typu anestezie, která mi bude poskytnuta a souhlasím s navrženým typem anestezie.
3. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a), že bez ohledu na použitý typ anestezie je řada obecných rizik a následků, které se mohou vyskytnout (např. bolest v krku a chraptivost, nevolnost a zvracení, bolesti svalů). Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a), že léky či jiné látky, které užívám, mohou působit komplikace během anestezie a chirurgického výkonu. Jsem si vědom(a), že je v mém zájmu informovat o nich lékaře před plánovaným výkonem.
4. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a), že během anestezie může dojít k náhlé změně zdravotního stavu, které bude vyžadovat překročení tohoto oprávnění. V těchto případech opravňuji lékaře na základě jeho profesionálního rozhodnutí k provedení všech postupů k záchraně zdraví nebo života.
5. Souhlasím s podáním krve a/nebo krevních derivátů, jestliže vznikne důvod během výkonu nebo bezprostředně po něm. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a), že ve výjimečných případech může dojít k možným komplikacím v důsledku transfuze krve a/nebo krevních derivátů (např. horečka, alergická reakce, přenos některých infekčních chorob).
6. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a) o možnosti vzniku výjimečně se vyskytujících, závažných a naprosto ojedinělých i život ohrožujících komplikací (včetně úmrtí) v průběhu anestezie.
7. Jsem si vědom(a), že Fakultní nemocnice v Motole je výukovým zdravotnickým zařízením a souhlasím s tím, že kromě mého ošetřujícího anesteziologa a anesteziologické sestry mohou být přítomny v průběhu podávání anestezie ještě třetí osoby (např. jiní lékaři, studenti LF, studentky SZŠ).

**Prohlášení pacienta:**

Podpisem tohoto dokumentu prohlašuji, že jsem porozuměl(a) jeho obsahu, jsem si vědom(a) všech rizik uvedených v souvislosti s podáním anestezie a souhlasím s navrženým typem anestezie:

Celková anestezie     Spinalní anestezie     Epidurální anestezie     Jiná specifická anestezie

Před rozečtením textu, který podepisuji a činím tak vážně, ze své vlastní svobodné vůle.

Datum: .....

Podpis: .....

**Prohlášení lékaře:**

MUDr. .... potvrzuji, že pacient nebo jeho zákonný zástupce byl seznámen s navrženým typem anestezie a byl informován o možných komplikacích spojených s podáním anestezie

Datum: .....

Podpis: .....

17.2. Příloha 2 – Dokument pro lékařskou péči

Abyh zajištěno, že každý člověk, který se rozhodne vstoupit do řad členů církve, bude muset být informován o svých právech a povinnostech, které mu vyplývají z jeho členství v církvi.

Datum: \_\_\_\_\_

**Další údaje**

Adresa: \_\_\_\_\_

Trvalé bydliště: \_\_\_\_\_

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

**V NALEHAVEM PŘÍPADE SE LASKAVĚ SPOJTE**

Jméno: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Telčkon: \_\_\_\_\_

**NEBO LASKAVĚ INFORMUJTE**

Jméno: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Telčkon: \_\_\_\_\_

Ukážte si toto prohlášení před svým lékařem.

**DOKUMENT PRO  
LÉKAŘSKOU PÉČI**

JMÉNO: \_\_\_\_\_  
ADRESA: \_\_\_\_\_

TELEFON: \_\_\_\_\_

**ŽÁDNOU KREV**



**ZÁVAZNÝ POKYN PRO LÉKAŘE**

Jméno: \_\_\_\_\_  
rodinné číslo: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Telčkon: \_\_\_\_\_

Prohlášení: \_\_\_\_\_

Všichni lékaři, kteří budou poskytovat zdravotní péči, musí být informováni o tomto pokynu. Pokud lékař zjistí, že pacient není informován o tomto pokynu, musí pacienta informovat o tomto pokynu a poskytnout mu příslušnou lékařskou péči. Pokud lékař zjistí, že pacient není informován o tomto pokynu, musí pacienta informovat o tomto pokynu a poskytnout mu příslušnou lékařskou péči.

Společně s tímto pokynem se zavazují, že v rámci zdravotnického zařízení lékařem a ostatními zdravotnickými pracovníky, kteří mu poskytnou jakoukoli lékařskou péči, nebudou podnikati žádné kroky kvůli případným škodám.

(Pokračování viz strana 2)

Je to mé náboženské rozhodnutí na základě mých svědomí. Toto rozhodnutí jsem učinil v roce \_\_\_\_\_ a tudíž došlo k zajištění mého svědomí v souladu se svým náboženským přesvědčením jako svědek Jehovův. Ve Skutcích apoštolských 15: 28-29 Bible píše: „Abychom se zdržovali krve.“ Jsem si také vědom zdravotních rizik, která jsou spojena s transfuzí krve. Jsem si také vědom zdravotních rizik, která jsou spojena s transfuzí krve. Jsem si také vědom zdravotních rizik, která jsou spojena s transfuzí krve. Jsem si také vědom zdravotních rizik, která jsou spojena s transfuzí krve.

Toto prohlášení o mé vůli zůstává beze změny v platnosti i v případě mého bezvědomí. Případně bych nechtěl, aby se moje svědomí v souvislosti s jinými rozhodnutími, která jsem podle svého svědomí učinil jako svědek Jehovův před tím než jsem se oddal Bohu, je to například ochota snést pronásledování, které mi ze strany mého státu může být uloženo. U Marka 8: 35 poukázal Ježíš na to, že jeho učedníci musí být ochotni pro svou víru nasadit svůj život. Slibil jsem, že to budu dělat. Kdybych byl v bezvědomí, nechtěl bych, aby se moje svědomí v této situaci v níž by měl někdo nějak zpořádat mou vůli. Abych dále zajištěl, že bude má vůle vyjádřena v tomto dokumentu respektována, pověřil jsem osobu, které důvěřuji, aby mou vůli prosadila. Prohlášení o mé vůli je závazné i pro mé zákonné zástupce nebo dědice. Můj požadavek na lékařskou péči je tudíž vymezen tím, co je uvedeno výše.

Tento pokyn je právním úkonem učiněným proto, aby bylo zajištěno, že mé právo zaručené článkem 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicine (dále jen Úmluva), kde se uvádí: „Bude brán zájem na dříve vyjádřené vůli pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání.“ Úmluva byla publikována pod č. 96/2001 Sb. m. s. a je pro Českou republiku účinná od 1. října 2004. Úmluva má povahu mezinárodní smlouvy a podle čl. 10 Ústavy České republiky je součástí českého právního řádu a má přednost před jakýmkoli zákonem.

Udělat ověřený mých podpis

(Datum) \_\_\_\_\_ (Podpis) \_\_\_\_\_



### 17.3. Příloha 3 –

## Code of Practice for The Surgical Management of Jehovah's Witnesses (2002)

This code of practice has been prepared by the Council of The Royal College of Surgeons of England after consultation with interested parties including the Medical Defence Union, the Medical Protection Society and the Hospital Information Services for Jehovah's Witnesses. However, the views expressed are those of the College. ([www.rcseng.ac.uk](http://www.rcseng.ac.uk))

### Introduction

There are approximately 6,000,000 Jehovah's Witnesses worldwide. Of these, 150,000 reside in the UK and Ireland.

Jehovah's Witnesses have absolutely refused the transfusion of blood and primary blood components (red cells, white cells, plasma and platelets) ever since these techniques became universally available. This is a deeply-held core value, and they regard a non-consensual transfusion as a gross physical violation.<sup>1,2</sup>

Organ transplantation is acceptable to many Jehovah's Witnesses.

### Ethical considerations

The dangers of blood transfusion make it desirable to consider alternative measures whenever possible. Nevertheless, a number of conditions can only be successfully treated by homologous transfusion. These include some anaemias and excessive blood loss. The transfusion threshold for anaemia is usually around 7g.dl<sup>-1</sup> <sup>4</sup> and anaemia may become life-threatening at levels below 5g.dl<sup>-1</sup>.<sup>5</sup>

Major blood loss is most commonly encountered in trauma, surgery (eg cardiovascular and malignant conditions) and obstetric problems. Perioperative mortality increases if bleeding is in excess of 500ml regardless of the preoperative haemoglobin level.<sup>6</sup> Clotting abnormalities are usually encountered when the blood loss exceeds the patient's circulating volume.<sup>7</sup>

Jehovah's Witnesses are usually well informed both doctrinally and regarding their right to determine their own treatment. It is not a doctor's job to question these principles, but they should discuss with Jehovah's Witness patients the medical consequences of non-transfusion in the management of their specific condition.

It is essential to establish the views held by each Jehovah's Witness patient as certain forms of autologous transfusion such as blood salvage techniques, haemodilution, haemodialysis, cardiopulmonary by-

pass, and the use of fractions such as albumin, immune globulins, haemoglobin-based oxygen carriers and clotting factors may be acceptable.<sup>8,9</sup> Pre-donation is not acceptable to Jehovah's Witnesses.

This absolute refusal may conflict with a clinician's medical and ethical responsibility for preserving life.

Clinicians should decide whether they are willing to accept these limitations in management and, if so, they should plan optimal care. If not, they should refuse to operate, and the patient should be referred for a further opinion.

### Legal and consent issues

#### Adults

To administer blood in the face of refusal by a patient may be unlawful and could lead to criminal and/or civil proceedings. In the management of trauma, the Jehovah's Witness status of a patient may be unknown. Nevertheless, the majority of Jehovah's Witnesses carry on their person a signed and witnessed advance directive card absolutely refusing blood and releasing clinicians from any liability arising from this refusal (Appendix I). Many Jehovah's Witnesses have also executed a more detailed health-care advance directive ('living will') and have lodged a copy with their general practitioner, as well as with friends and relatives.

If the patient is able to give an informed, rational opinion, or if an applicable advance directive exists, this should be acted upon. If they are not, the clinical judgement of a doctor should take precedence over the opinion of relatives or associates.<sup>10</sup> Such relatives or associates may be invited to produce evidence of the patient's Jehovah's Witness status in the form of an applicable advance directive document.

#### Children

The children of Jehovah's Witnesses requiring blood transfusion present the most difficult management problem. The wellbeing of the child is paramount and if, after full parental consultation, blood is refused, the surgeon should make use of the law to protect the child's interests.

In England and Wales a Specific Issue Order may be applied for to provide legal sanction for a specific action, such as the administration of blood, without removing all parental authority. The order should be limited to the specific medical condition requiring treatment, and the parents should be kept informed at each stage of the application.<sup>11,12</sup> Advice and assistance in obtaining this action should be sought from a medical social worker.

if a child needs blood in an emergency, despite the surgeon's best efforts to contain haemorrhage, it should be given. The surgeon who stands by and allows a 'minor' patient to die in circumstances where blood might have avoided death may be vulnerable to criminal prosecution.

Children of 16 can give legally valid consent for medical treatment and children under this age can consent if they understand the issues involved.<sup>13</sup> However, the courts have proved willing to overrule the refusal of specific procedures by children.<sup>14</sup>

The High Court is the most appropriate forum to achieve a fair and impartial hearing when conflict arises between religious, medical and ethical opinions.

### Preoperative considerations

#### Adults

With any major surgical procedure, the opinion of the consultant surgeon should be sought, and the operation undertaken by a surgeon of seniority appropriate to the risks involved.

This surgery should preferably be undertaken by a team sensitive to the beliefs of Jehovah's Witnesses.

Any surgery on Jehovah's Witnesses must be preceded by a full and frank discussion between the surgeon, the anaesthetist, and the patient, or the patient's parent or guardian.

The rules for subsequent management must be established.

These rules should include the possibility of stopping the operation or early re-operation if life-threatening haemorrhage occurs or is imminent.

These discussions should be in the presence of a witness, and recorded and signed by the doctor and the witness in the patient's notes.

A special consent form, tailored to the needs of Jehovah's Witness patients and incorporating standard NHS provisions, is available from local Hospital Liaison Committees for Jehovah's Witnesses.

For adult Jehovah's Witnesses the refusal of blood must be honoured.

In the case of trauma victims identified as Jehovah's Witnesses but without documentation, every effort

should be made to avoid the use of blood and blood products in the perioperative period. The use of blood and blood products in life-threatening situations should be based on the judgement of the clinician in charge of the patient.

#### Children

For elective surgery in children, a full and frank discussion should take place between the surgeon and the parents of the child; the relevant anaesthetist may also need to be directly involved at this stage. Either parent may sign a consent form permitting a transfusion.

Most operations on children do not require or involve blood transfusion. If, in the opinion of the surgeon, the child is extremely unlikely to need transfusion as a result of the procedure, the usual arrangements should be made to proceed with the operation. The parents should be invited to sign the appropriate forms signifying their objection to blood transfusion.

Recognising that misjudgements will occur and that occasionally a transfusion will unexpectedly become necessary, the surgeon may choose to say to the parents, 'I will not allow your child to die for want of a blood transfusion'; unless it is, indeed, an intention to withhold blood under all circumstances. Most parents find this acceptable.

Some operations carry a significant risk of needing blood transfusion. These can be divided into three groups:

- 1 Those which are absolutely indicated and urgent.
- 2 Those which are absolutely indicated and non-urgent.
- 3 Those which are not absolutely indicated.

In group 1, if the surgeon feels it would be unreasonable to proceed without the freedom to transfuse, the help of the medical social worker should be sought in obtaining a Specific Issue Order from the courts. In an emergency, when there is no time to obtain a Specific Issue Order, the use of blood and blood products in life-threatening situations should be based on the judgement of the clinician in charge of the patient.

In group 2, the patient could be transferred to the care of a surgeon who is prepared to operate even under these constraints.

In group 3, a non-operative choice may be appropriate.

In groups 2 and 3, if these alternatives are not clinically appropriate, the surgeon should proceed as in group 1.

At times it may be judged that the patient is competent to make the necessary decisions, in which case his/her wishes must be respected. A child may not be

competent to make the necessary independent decisions if unduly influenced by another person.

At all times the surgeon must respect the beliefs of the family. Every effort should be made to avoid the perioperative use of blood or blood products. Nevertheless, the wellbeing of the child is paramount.

### **Surgical techniques**

Surgical teams undertaking surgery on Jehovah's Witnesses should prepare surgical and anaesthetic management protocols, and treatment should be tailored to the needs of each individual.

Considerations should include:

- the minimum number of blood samples taken for investigation;
- the use of iron replacement;
- the use of recombinant human erythropoietin to correct perioperative anaemia;
- controlled perioperative hypotension and regional anaesthesia;

- meticulous attention to haemostasis throughout the procedure and the use of pharmacological agents<sup>24</sup> including, where appropriate, activated factor vii
- policies on blood substitutes and artificial oxygen transporters;
- the acceptability of blood salvage and haemodilution techniques, and possibly the use of albumin, globulins, clotting factors or preparations containing these; and
- appropriate techniques for cardio-pulmonary bypass using nonhaematogenous priming solutions.

Jehovah's Witnesses maintain a network of Hospital Liaison Committees who are available at any time to assist with the management of individual Jehovah's Witness patients (Hospital Information Services: 020 8906 2211). These maintain lists of clinicians prepared in principle to accept Jehovah's Witnesses, and will provide names on request on a case-by-case basis.

## 17.4. Příloha 4 – Kodex práv pacienta

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 či 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 i 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 věcí 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 v 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 při tom existují. Instituce, 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 má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

## 17.5. Příloha 5 – Charta práv dětí v nemocnici

1. Děti musejí být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení.
2. Děti v nemocnici musejí mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, mělo by se rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.
3. Děti a/nebo jejich rodiče musejí mít právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Musejí mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.
4. Děti a/nebo jejich rodiče musejí mít právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě musí být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.
5. S dětmi se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.
6. Dětem se musí dostávat péče náležitě školeného personálu, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.
7. Děti musejí mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.
8. O děti musí být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.
9. Děti musejí být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům, a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.
10. Děti musejí mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu.

## 17.6. Příloha 6 – Etický kodex lékaře

### § 1 Obecné zásady

1. Stavovskou povinností lékaře je péče o zdraví jednotlivce i celé společnosti v souladu se zásadami lidskosti, v duchu úcty ke každému lidskému životu od jeho počátku až do jeho konce a se všemi ohledy na důstojnost lidského jedince.
2. Úkolem lékaře je chránit zdraví a život, mírnit utrpení a to bez ohledu na národnost, rasu, barvu pleti, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sociální postavení, sexuální orientaci, věk, rozumovou úroveň a pověst pacienta či osobní pocity lékaře.
3. Lékař má znát zákony a závazné předpisy platné pro výkon povolání a tyto dodržovat. S vědomím osobního rizika se nemusí cítit být jimi vázán, pokud svým obsahem nebo ve svých důsledcích narušují lékařskou etiku či ohrožují základní lidská práva.
4. Lékař uznává právo každého člověka na svobodnou volbu lékaře.

### § 2 Lékař a výkon povolání

1. Lékař v rámci své odborné způsobilosti a kompetence svobodně volí a provádí ty preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a které pro nemocného považuje za nejvýhodnější. Přitom je povinen respektovat v co největší možné míře vůli nemocného (nebo jeho zákonného zástupce).
2. Každý lékař je povinen v případech ohrožení života a bezprostředního vážného ohrožení zdraví neodkladně poskytnout lékařskou pomoc.
3. Lékař musí plnit své povinnosti v situacích veřejného ohrožení a při katastrofách přírodní nebo jiné povahy.
4. Lékař má právo odmítnout péči o nemocného z odborných důvodů nebo je-li pracovně přetížen, nebo je-li přesvědčen, že se nevytvořil potřebný vztah důvěry mezi ním a pacientem. Je však povinen doporučit, a v případě souhlasu zajistit vhodný postup v pokračování léčby.
5. Lékař nemůže být donucen k takovému lékařskému výkonu nebo spoluúčasti na něm, který odporuje jeho svědomí.
6. Lékař nesmí předepisovat léky, na něž vzniká závislost, nebo které vykazují účinky dopingového typu, k jiným než léčebným účelům.
7. Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Euthanasie a asistované suicidium nejsou přípustné.
8. U transplantací se lékař řídí příslušnými předpisy. Odběru tkání a orgánů nesmí být zneužito ke komerčním účelům.
9. Lékař je v zájmu pacienta povinen důsledně zachovávat lékařské tajemství, s výjimkou případů, kdy je této povinnosti souhlasem pacienta zbaven nebo když je to stanoveno zákonem.
10. Lékař, který vykonává své povolání, je povinen odborně se vzdělávat.
11. Lékař je povinen při výkonu povolání vést a uchovávat řádnou dokumentaci písemnou nebo jinou formou. Ve všech případech je nutná přiměřená ochrana znemožňující změnu, zničení nebo zneužití.
12. Lékař nesmí své povolání vykonávat formou potulné praxe.
13. Lékař nesmí sám nebo po dohodě s jinými ordinovat neúčelné léčebné, diagnostické a jiné úkony ze zjištěných motivů. V rámci své pravomoci nesmí poskytovat odborně neodpovídající vyjádření, z nichž by plynuly občanům neoprávněné výhody.
14. Pokud lékař doporučuje ve své léčebné praxi léky, léčebné prostředky a zdravotní pomůcky, nesmí se řídit komerčními hledisky, ale výhradně svým svědomím a prospěchem pacienta.
15. Lékař se podle svého uvážení účastní na prezentaci a diskusi medicínských témat na veřejnosti, v tisku, v televizi, rozhlasu, musí se však vzdát individuálně cílených lékařských rad a doporučení ve svůj soukromý prospěch.

16. Lékař se musí zdržet všech nedůstojných aktivit, které přímo nebo nepřímo znamenají propagaci nebo reklamu jeho osoby a lékařské praxe a ve svých důsledcích jsou agitační činností, cílenou na rozšíření klientely. Nesmí rovněž tyto aktivity iniciovat prostřednictvím druhých osob.

17. Nový způsob léčení je možné použít u nemocného až po dostatečných biologických zkouškách, za podmínek dodržení Helsinské konvence a Norimberského kodexu, pod přísným dohledem a pouze tehdy, pokud pacienta nepoškozuje.

18. Lékař si má být vědom své občanské úlohy i vlivu na okolí.

#### § 3 Lékař a nemocný

1. Lékař plní vůči každému nemocnému své profesionální povinnosti. Vždy včas a důsledně zajistí náležitá léčebná opatření, která zdravotní stav nemocného vyžaduje.

2. Lékař se k nemocnému chová korektně, s pochopením a trpělivostí a nesníží se k hrubému nebo nemravnému jednání. Bere ohled na práva nemocného.

3. Lékař se má vzdát paternalitních pozic v postojích vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy i povinnostmi, včetně zodpovědnosti za své zdraví.

4. Lékař je povinen pro nemocného srozumitelným způsobem odpovědně informovat jeho nebo jeho zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčení mohou nastat

5. Zadržení informací o nepříznivé diagnóze nebo prognóze je možné individuálně v zájmu nemocného dle úvahy a svědomí lékaře. V těchto případech by měl lékař, pokud nemocný neurčil jinak, informovat rodinné příslušníky pacienta nebo osoby jemu blízké.

6. Lékař nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem.

#### § 4 Vztahy mezi lékaři

1. Základem vztahů mezi lékaři je vzájemně čestné, slušné a společensky korektní chování spolu s kritickou náročností, respektováním kompetence, s přiznáním práva na odlišný názor.

2. Lékař v zájmu své stavovské cti i s ohledem na pověst lékařské profese nesmí podceňovat a znevažovat profesionální dovednosti, znalosti i poskytované služby jiných lékařů, natož používat ponižujících výrazů o jejich osobách, komentovat nevhodným způsobem činnost ostatních lékařů v přítomnosti nemocných a nelékařů.

3. Lékař kolegiálně spolupracuje s těmi lékaři, kteří současně nebo následně vyšetřují či léčí stejného pacienta. Předává-li z důvodných příčin nemocného jinému lékaři, musí mu odevzdat zjištěné nálezy a informovat ho o dosavadním průběhu léčby.

4. Lékař je povinen požádat dalšího nebo další lékaře o konzilium vždy, když si to vyžádají okolnosti a nemocný souhlasí. Je právem lékaře navrhnout osobu konzultanta. Závěry konziliárního vyšetření mají být dokumentovány zásadně písemnou formou a je povinností o nich informovat nemocného, se zvláštním důrazem tehdy, pokud se názory lékařů liší, a je právem lékaře vzdát se dalšího léčení, pokud se nemocný přikloní k jinému názoru konzultanta.

5. Lékař musí svou praxi vykonávat zásadně osobně. Zastupován může být jen dočasně a to lékařem vedeným v seznamu České lékařské komory a splňujícím potřebné odborné předpoklady.

#### § 5 Lékař a nelékař

1. Lékař spolupracuje se zdravotními pracovníky vyškolenými v různých specializovaných činnostech. Pověří-li je diagnostickými nebo léčebnými úkoly a dalšími procedurami, musí se přesvědčit, zda jsou odborně, zkušenostmi i zodpovědností způsobilí tyto úkony vykonávat.

2. Lékaři není dovoleno vyšetřovat nebo léčit s osobou která není lékařem a nepatří k zdravotnímu personálu. Tyto osoby nesmějí být přítomny ani jako diváci při lékařských výkonech. Výjimkou z uvedených zásad jsou osoby, které se u lékaře vzdělávají, nebo pracují v lékařských oborech a dalších osoby, s jejichž přítomností pacient souhlasí, pokud není lékařsky zdůvodněných námitek.

### 17.7. Příloha 7 – Helsinská deklarace (výběr)

1. Povinností lékaře je podporovat a chránit lidské zdraví. Znalosti a svědomí lékaře jsou zasvěceny naplňování této povinnosti.
2. Při provádění medicínského výzkumu na lidech je nezbytné upřednostňovat zájem a blaho pacienta, který se výzkumu účastní, před zájmy vědy a společnosti.
3. Medicínský výzkum podléhá etickým standardům, které směřují k posílení respektu ke všem lidským bytostem a které posilují ochranu jejich zdraví a práv. Některé skupiny osob jsou zranitelnější a potřebují proto zvláštní ochranu. Je nutno uznat zvláštní potřeby ekonomicky a zdravotně znevýhodněných skupin. Zvláštní pozornost vyžadují osoby, které nemohou sami za sebe dát ani odmítnout souhlas, dále osoby, které by mohly být donuceny dát souhlas pod nátlakem, a ti, kterým výzkum nepřináší osobní prospěch, a osoby, které se účastní výzkumu v kombinaci s poskytováním zdravotní péče.
4. Výzkumný protokol musí vždy obsahovat vyjádření ohledně posouzení etických hledisek a vyjádření, že je v souladu s principy této Deklarace.
5. Při jakémkoli výzkumu prováděném na člověku musí být každý potenciální účastník odpovídajícím způsobem informován o cílech, metodách, zdroji financování projektu, možných konfliktech zájmů, předpokládaných přínosech a potenciálním riziku studie, jakož i o možném nepohodlí (nepříjemných stránkách), které jsou s výzkumem spojeny. Pokusná osoba musí být informována o svém právu kdykoli odstoupit od své účasti ve výzkumném projektu a právu odvolat svůj souhlas s účastí na studii, aniž by to mělo pro ni neblahé následky. Až se lékař přesvědčí, že pacient porozuměl všem informacím, měl by získat jeho dobrovolný informovaný souhlas, pokud možno v písemné formě. Není-li získán písemný souhlas, musí být zdokumentován postup získání tohoto souhlasu.
6. Při získávání informovaného souhlasu pacienta k účasti na výzkumném projektu se musí lékař zvláště pečlivě přesvědčit, zda pokusná osoba není vzhledem k lékaři v závislém postavení nebo zda souhlas nebyl získán pod nátlakem. V takovém případě musí informovaný souhlas pacienta získat lékař, který se výzkumu neúčastní a ke kterému nemá pokusná osoba žádný vztah.



## 18. Seznam zkratek

- ČNR Česká národní rada
- OSŘ Občanský soudní řád (99/1963 Sb.)
- ES Evropské společenství
- EU Evropská unie
- LF UK Lékařská fakulta Univerzity Karlovy
- OZ Občanský zákoník (40/1964 Sb.)
- RZP Rychlá záchranná pomoc
- Sb. Sbírka zákonů
- Sb. m. s. Sbírka mezinárodních smluv
- Sb. z. a n. Sbírka zákonů a nařízení
- VOP Veřejný ochránce práv
- ZPZL Zákon o péči o zdraví lidu (20/1966 Sb.)
- S.C.R. Supreme Court Reports (Kanada); pro význam dalších zkratek označující oficiální sbírky soudních rozhodnutí v zemích common law použitých v textu prosím přejděte na [http://en.wikipedia.org/wiki/Case\\_citation](http://en.wikipedia.org/wiki/Case_citation)

## 19. Seznam literatury

- Tröster, P. a kol., Právo sociálního zabezpečení, 3. vydání C.H.Beck 2005
- Kalenská, M. a kol., Československé právo sociálního zabezpečení. Praha: Panorama 1986
- Mach, J., Zdravotnictví a právo, komentované předpisy (2. vydání); Lexik-Nexis 2005
- Křepelka, F., Evropské zdravotnické právo, Lexis-Nexis 2004
- Giesen, D., „International Medical Malpractice Law: a Comparative Law Study of Civil Liability Arising from Medical Care, Mohr/Nijhoff 1988
- Císařová, D., Sovová, O., a kol. „Trestní právo a zdravotnictví“, Orac 2004
- Haškovcová, H., Práva pacientů, Nakladatelství Aleny Krtilové 1996
- Závěrečné stanovisko veřejného ochránce práv ve věci sterilizace prováděných v rozporu s právem a návrhy opatření k nápravě ([www.ochrance.cz](http://www.ochrance.cz))
- Kennedy, I., Grubb, A., Medical Law; 2000
- Mason, J. K., McCall Smith, R. A., Laure, G. T., Law and Medical Ethics“
- Pavlíček, V. a kolektiv, Ústava a ústavní řád České republiky, 2. díl – Práva a svobody
- Štěpán, J., Právo a moderní lékařství, Panoráma Praha 1989
- Fleischman A. R., Nolan K., Dubler N. N., et al.: Caring for Gravely 111 Children. Pediatrics, sv. 94, č. 4, říjen 1994, s. 433-439.
- Andrews H. T. G.: The Legal Representation of Children in Custody and Protection Proceedings: A Comparative View, in Abella and L'Heureux-Dube, eds. *Family Law Dimensions of Justice* (Toronto: Butterworths, 1983), 245.
- Silverman W. A.: Overtreatment of Neonates? A Personal Retrospective. Pediatrics, sv. 90, č. 6, prosinec 1992, s. 971-976.
- Císařová, D., a kol. Trestní právo procesní, Linde, 2006
- Mach, J., Medicína a právo, Praha C.H. Beck