

Univerzita Karlova v Praze

Právnická fakulta

PRÁVA PACIENTŮ

Diplomová práce

červenec 2011

Anna Kašparová

Univerzita Karlova v Praze

Právnická fakulta

Anna Kašparová

PRÁVA PACIENTŮ

Diplomová práce

RIGHTS OF THE PATIENTS

Vedoucí diplomové práce: JUDr. Olga Sovová, PhD.

Katedra: Centrum zdravotnického práva

Datum vypracování práce: červenec 2011

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci vypracovala samostatně, všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 25. 7. 2011

Podpis

Poděkování:

Děkuji členům Centra zdravotnického práva za jejich činnost, která mi byla inspirací pro psaní této práce. Zvláště pak děkuji JUDr. Olze Sovové, PhD. za vedení při psaní této práce.

Obsah:

Prohlášení:	1
Poděkování:	2
Obsah:	3
Úvod.....	5
1.1 Mezinárodní právní úprava	7
1.2 Česká právní úprava.....	10
1.3 Česká právní úprava de lege ferenda	12
2. Etické kodexy	16
2.1 Český kodex Práva pacientů	18
3. Vztah pacient- lékař	20
4. Práva pacientů.....	25
5. Právo na život	27
6. Právo odmítnout život.....	33
6.1 Euthanasie	34
7. Právo na důstojnost.....	38
7.1 Právo na důstojné umírání	38
8. Právo na zdraví a zdravotní péči.....	40
8.1 Zdraví.....	40
8.2 Zdravotní péče	41
8.3 Právo na kvalitní zdravotní péči	44
8.3.1 Profesionální povinnosti a standardy	46
8.4 Právo na bezplatnou zdravotní péči	49
8.4.1 Regulační poplatky	51
8.5 Stručný exkurz do systému zdravotního pojištění	54
9. Autonomie pacienta	56
9.1 Předem projevená přání	58
9.3 Informovaný souhlas.....	62
9.3.1 Souhlas osob, které nejsou schopny dát tento souhlas samy	66
9.4 Poučení.....	69

9.4.1 Obsah poučení.....	71
10. Právo na ochranu tělesné integrity	74
11. Právo na soukromí	77
11.1 Lékařské tajemství	78
11.2 Zdravotnická dokumentace	82
12. Závěr	86
Seznam použitých zkratk	91
Použitá literatura	92
Odborná literatura:	92
Právní předpisy:	93
Mezinárodní:	93
České:.....	93
Seznam příloh	94
Práva pacientů.....	95
Rights of the Patients	97
Příloha č.1: Etický kodex Práva pacientů	99

Úvod

Práce „Práva pacientů“ si klade za cíl přiblížit postavení a práva jedince-pacienta v České republice, upozornit na rozdílnou úpravu některých institutů v zahraničních právních předpisech a nastínit možný budoucí vývoj právní úpravy této oblasti.

Z důvodu rozsáhlosti tématu není práce koncipována jako vyčerpávající výčet všech práv garantovaných pacientům zákony, mezinárodními smlouvami či etickými kodexy. Poskytnout takový přehled by vydalo na daleko rozsáhlejší pojednání. Z tohoto důvodu se práce soustředí pouze na několik vybraných práv, která jsou z hlediska postavení pacientů nejzásadnější. Jejich zařazení do kapitol přitom v zásadě koresponduje s jejich významem pro postavení pacienta v rámci právního vztahu vznikajícího při poskytování zdravotní péče.

Práce je systematicky řazena do kapitol, věnovaných nejprve domácím i mezinárodním pramenům právní úpravy, včetně etických kodexů, které jsou významným, i když právně nevynutitelným, zdrojem práv pacientů. Následují kapitoly věnované vztahu lékař-pacient a následně jednotlivým právům, v nichž je česká úprava kontrastována s metodami použitými v zahraničních právních řádech, případně doplněna o nástin pravděpodobného budoucího vývoje úpravy těchto otázek.

Součástí jednotlivých kapitol jsou také trestněprávní aspekty související s daným medicínskoprávním institutem.

Vzhledem k připravované radikální novelizaci předpisů upravujících poskytování zdravotní péče a některým významným změnám, které tyto zákony pro pacienty přinesou, jsem považovala za vhodné věnovat této problematice samostatný oddíl. Při jeho zpracování jsem vycházela zejména z návrhu těchto zákonů ve znění, v jakém byly předloženy vládě a poslanecké sněmovně, a z tiskových zpráv Ministerstva zdravotnictví.

1. Prameny právní úpravy postavení pacienta

Zdravotnické právo¹ upravuje vztahy, které se týkají práva na zdravotní péči, jejího výkonu a odpovědnosti za poskytování péče. Zahrnuje normy a pojmy jak z odvětví správního práva, neboť zdravotní péče se poskytuje občanům z veřejných prostředků, tak z odvětví občanského práva (partnerský a rovnoprávný vztah mezi pacientem a lékařem a odpovědnost občana za vlastní zdraví). Hlavním úkolem těchto norem je spojit dohromady právní i etické vztahy mezi pacientem, lékařem a společností.²

Úkolem zdravotnického práva je regulovat veškeré právní vztahy související se zákonem zaručenou péčí o zdraví.

Evropská nauka zdravotnické právo člení na právo lékařské, lékárenské a právo dalších medicínských produktů, přičemž největší pozornost je věnována jeho části označované jako lékařské právo a jejímu ústřednímu tématu, kterým je vztah pacient-lékař.

Lékařské právo³ je soubor právem upravených vztahů, které vznikají mezi lékařem, pacientem a společností bez ohledu na to, zda je lékařská praxe vykonávána ve státních či nestátních zdravotnických zařízeních.⁴ Mezi základní zásady lékařského práva patří povinnost léčit pacienta za použití dostupných prostředků a poznatků lékařské vědy, partnerský vztah mezi pacientem a lékařem, důvěra pacienta v lékaře, nezbytnost předchozího svolení pacienta k jakémukoli zákroku, povinnost lékaře přispívat k dalšímu rozvoji vědy, autonomie lékařského povolání a jeho svobodný výkon. Tyto zásady přitom nejsou platné jen ve vztahu konkrétní pacient- konkrétní lékař, jedná se o principy, které mají vliv na organizaci poskytování veškeré zdravotní

¹ V anglicky mluvících zemích se pro zdravotnické právo používá termín **“health law”**. Zahrnuje zákony a jiné právní předpisy ovlivňující zdravotnictví a jejich aplikaci na pacienty, poskytovatele zdravotní péče a plátce nákladů na poskytnutou zdravotní péči. Upravuje vztahy mezi pacienty, poskytovateli péče a plátcem i samotné poskytování této péče, s důrazem na provádění léčebných zákroků a odpovědnost zdravotnických pracovníků, souhlas pacienta s léčbou, správní a transakční otázky.

² CÍSAŘOVÁ, Dagmar, SOVOVÁ, Olga, *Trestní právo a zdravotnictví*, Praha, Orac, 2000, str. 10.

³ Pro lékařské právo používá literatura anglicky mluvících zemí termínu **“medical law”**. Zahrnuje normy upravující práva a povinnosti zdravotnických pracovníků a práva pacientů, zejména úpravu důvěrnosti vztahu mezi pacientem a lékařem, občanskoprávní odpovědnosti zdravotnických pracovníků za škodu vzniklou v souvislosti s poskytováním péče a trestní odpovědnosti za zanedbání lékařské péče.

⁴ CÍSAŘOVÁ, Dagmar, SOVOVÁ, Olga, *Trestní právo a zdravotnictví*, Praha, Orac, 2000, str. 13.

péče.

Nejen u nás, ale v celé Evropě je zdravotnické právo progresivním, rychle se vyvíjejícím odvětvím. Vztah medicíny a práva se v posledních desetiletích stal velmi aktuálním tématem, právo hraje roli na každé úrovni poskytování zdravotní péče.

1.1 Mezinárodní právní úprava

Všeobecná deklarace lidských práv byla schválena Valným shromážděním OSN 10. prosince 1948. V úvodu tohoto dokumentu se říká: „*Všichni lidé se rodí svobodní a sobě rovní co do důstojnosti a práv.*“ Ačkoli se deklarace nezabývá přímo právy pacientů, vyhláší úctu k některým základním lidským právům chráněným i v souvislosti s poskytováním zdravotní péče-právu na život, na důstojnost, na svobodu, zákazu mučení a nelidského zacházení.

Mezinárodní pakt o občanských a politických právech a Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech⁵, přijaté 16. prosince 1966, garantují právo každé lidské bytosti na život a respektování její důstojnosti. Nově poskytuje jedinci ochranu před využitím k lékařským pokusům bez jeho souhlasu.

Úmluva o právech dítěte byla přijata Valným shromážděním OSN 20. listopadu 1989 v New Yorku. Jejím cílem je sjednotit standardy ochrany dětí v jednotlivých státech. Z hlediska zdravotní péče je významný článek 24, podle kterého „*Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají právo dítěte na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně zdravotního stavu a na využívání léčebných a rehabilitačních zařízení. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, usilují o zabezpečení toho, aby žádné dítě nebylo zbaveno svého práva na přístup k takovým zdravotnickým službám.*“

Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod⁶ ve znění protokolů 3,5 a 8 je nejdůležitější lidskoprávní úmluvou sjednanou v rámci Rady Evropy. Byla podepsána v Římě 4. listopadu 1952. Česká a Slovenská federativní republika

⁵ Publikované pod č. 120/1976 Sb.

⁶ <http://www.novatrixprint.cz/umluva-o-ochrane-lidskych-prav-a-svobod.html> . Úmluva byla publikována pod č. 209/1992 Sb.

ratifikovala tuto Úmluvu 18. března 1992.⁷

Jedná se o regionální úmluvu, která je základem mezinárodněprávní ochrany lidských práv v Evropě. Práva pacientů nejsou středem pozornosti EULP, opět jde nicméně o soubor lidských práv platných i pro oblast zdravotnictví.

Většina práv zde obsažených je formulována negativně, jako zákaz určitého zásahu do základních svobod jedince.⁸ V pozitivním smyslu poskytuje Úmluva ochranu zejména právu na život, svobodu, respektování soukromého a rodinného života, svobodu myšlení a náboženského vyznání a ochranu před mučením. Subsidiárně k ostatním zaručeným právům nařizuje důsledné uplatňování zákazu diskriminace.

*Úmluva o biomedicíně*⁹ je považována za lex specialis k Všeobecné deklaraci lidských práv. Je nepochybně jedním z nejdůležitějších mezinárodních dokumentů garantujících široký okruh práv osobám, které se podrobují zákrokům v souvislosti s léčbou a výzkumem, a zároveň ukládajícím povinnosti korespondující těmto právům poskytovatelům zdravotní péče.

Úmluva byla podepsána 4. května 1997 v Oviadu, v platnost vstoupila 1. prosince 1998.¹⁰

Cílem Úmluvy je zakotvení určitého minimálního standardu zdravotní péče, který bude zaručen ve všech členských státech. Nejedná se tedy o dokument, který by mohl plnit funkci výhradního pramene práva pro oblast poskytování zdravotní péče v kterémkoli státě, národní právní úprava většiny signatářských zemí je mnohem podrobnější a zaručuje širší ochranu jednotlivých práv.

⁷ Byla přitom vůbec prvním státem střední a východní Evropy, který se stal stranou Úmluvy.

⁸ Nejedná se ovšem o zákaz bezpodmínečný, v některých případech může být jeho provedení ospravedlněno. Příkladem je ustanovení *článku 8 odst. 2*, podle něhož „Státní orgán nemůže do výkonu tohoto práva zasahovat kromě případů, kdy je to v souladu se zákonem a nezbytné v demokratické společnosti v zájmu národní bezpečnosti, veřejné bezpečnosti, hospodářského blahobytu země, předcházení nepokojům a zločinnosti, ochrany zdraví nebo morálky nebo ochrany práv a svobod jiných.“ V souvislosti s posuzováním ospravedlněnosti judikoval ESLP, že soudy států mají „**margin of appreciation**“; tj. jsou nadány jistou mírou svobody pokud jde o stanovení vlastní definice veřejného zájmu.

⁹ Celým názvem *Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny*, publikovaná ve Sbírce mezinárodních smluv pod č. 96/2001 Sb.

¹⁰ Pro Českou republiku je Úmluva závazná od 1. 10. 2001, ve Sbírce mezinárodních smluv byla publikována pod č. 96/2001. Je mezinárodní smlouvou ve smyslu článku 10 Ústavy, podle něhož vyhlášené mezinárodní smlouvy, k jejichž ratifikaci dal Parlament souhlas a jimiž je Česká republika vázána, jsou součástí právního řádu. V případě konfliktu ustanovení Úmluvy s vnitrostátní zákonnou nebo podzákonnou normou je soudce povinen podle pravidla aplikační přednosti použít ustanovení Úmluvy.

Základními principy, na kterých Úmluva stojí, jsou respektování důstojnosti člověka, ochrana integrity jedince, právo na sebeurčení a souhlas pacienta s léčbou.¹¹

Úmluvu lze z hlediska systematiky rozdělit na 2 části. První se zabývá stanovením obecně platných základních pravidel, druhá, na kterou navazují postupně schvalované protokoly, se týká vědeckého výzkumu a nových, eticky citlivých medicínských metod.

Práva garantovaná pacientům v obecné části Úmluvy lze rozdělit do 3 okruhů: právo na profesionální péči (články 3-4), ochranu pacientovy svobody rozhodování (články 5-9) a pacientovo právo na soukromí (článek 10). Zvláštní část obsahuje úpravu nakládání s lidským genomem (články 11-14), provádění vědeckého výzkumu (články 15-18) a transplantaci a nakládání s částmi lidského těla (články 19-22). Jinak je možné články úmluvy dělit na ty, které přiznávají jednotlivcům přímo vykonatelná práva, a na jiné, které pouze ukládají státům povinnost usilovat o dosažení určitých cílů.

Článek 26 Úmluvy připouští, aby se stát na základě zákona¹² odchýlil od některých jejích ustanovení, pokud je to nezbytné v zájmu bezpečnosti veřejnosti, předcházení trestné činnosti, ochrany veřejného zdraví nebo ochrany práv a svobod jiných. Tato možnost se ale týká výhradně obecných ustanovení Úmluvy, od zvláštní části se odchýlit nelze.

¹¹ Právě v oblasti základních principů se Úmluva dostává do střetu s Listinou základních práv a svobod. Na rozdíl od Listiny, která je založena na ochraně života jako nejvyšší hodnoty, Úmluva vychází z primátu pacientova práva na sebeurčení, kterému musí ustoupit i ochrana jeho zdraví a života. Rozpor těchto dvou norem je diskutován například v souvislosti s umělým přerušением těhotenství nebo v případech, kdy pacient odmítne provedení život zachraňujícího úkonu. Podle převažujícího názoru je nutné na tuto záležitost pohlížet nikoli jako na střet pravidel, z nichž jen jedno je správné, ale jako na střet dvou různých principů, z nichž v konkrétním případě převáží ten důležitější.

¹² Mezi zákony, které stanoví ve vnitrostátním právu České republiky tyto výjimky, patří zejména **zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví**. Například **povinnost podrobit se očkování**, uložená § 46 tohoto zákona, představuje zákonem stanovenou výjimku z ustanovení článku 5 Úmluvy, podle kterého jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotyčná osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Je nicméně otázkou teoretických diskusí, zda je v případě povinného očkování naplněna podmínka opodstatněnosti zákonné výjimky, tedy zda je skutečně toto opatření nezbytné v zájmu ochrany veřejného zdraví. U očkování proti některým vysoce nebezpečným infekčním nemocem není těžké takový zájem dovodit, možnost státu přikázat plošné očkování proti takovýmto chorobám potvrdil ve svém judikátu i ESLP. V případě očkování například proti tetanu je však zájem na ochraně veřejného zdraví sporný, neboť se nejedná o chorobu přenosnou z člověka na člověka. V souvislosti s povinným očkováním bylo v České republice sepsáno několik petic. Odpůrci očkování v nich zdůrazňují, že v téměř celé západní Evropě je očkování pouze doporučeno, a poukazují na rostoucí množství odborných lékařských studií, dokumentujících vážné negativní účinky očkování. Podle jejich tvrzení zákon o ochraně veřejného zdraví v této věci nerespektuje individualitu a životní podmínky každého jednotlivce ani rodičů, kteří chtějí o svých dětech samostatně rozhodovat a cítí se zodpovědní za jejich zdraví.

V dnešní době je nemožné hovořit o medicínském právu vytrženě z kontextu práva **Evropské unie**.

V roce 1984 byla Evropským parlamentem přijata *Evropská charta práv pacienta*, novelizovaná v roce 2002. Deklaruje právo jedince na život, na respektování a nedotknutelnost důstojnosti, ochranu osobnosti, bezpečí a zákaz diskriminace. Sjednocení základního rámce národních úprav poskytování zdravotní péče má zabránit negativním dopadům odlišnosti úpravy některých otázek v jednotlivých zemích.¹³

1.2 Česká právní úprava

Zdravotnické právo není v České republice samostatným právním odvětvím. Tvoří ho soubor předpisů práva správního, občanského, trestního, pracovního, mezinárodního a autorského, kterými se upravují právní vztahy související s právem na zdravotní péči, s jejím výkonem a s odpovědností za takto poskytnutou péči.

V české nauce se tradičně setkáme se dvěma koncepcemi postavení zdravotnického práva v rámci právního řádu. První, v návaznosti na tradici hrazení léčebné péče z veřejných zdravotních prostředků, řadí zdravotnické právo mezi odvětví práva správního. Druhá teorie pohlíží na zdravotnické právo jako na obor, který má svou povahou nejbližší k právu občanskému. Zastánci této teorie zdůrazňují nutnost privatizace zdravotnictví, odpovědnost jedince za své zdraví a rovnoprávné postavení obou stran ve vztahu pacient-lékař.

Základní rámec vnitrostátní úpravy zdravotnického práva vymezuje *Listina základních práv a svobod* v článcích 6 a 31. **Článek 6 LZPS** garantuje právo každého jednotlivce na život¹⁴, **čl. 31** právo na ochranu zdraví a přístup ke zdravotní péči.¹⁵ Kromě těchto dvou nejdůležitějších se lze v kontextu poskytování zdravotní péče domáhat ještě Listinou garantovaného práva na ochranu tělesné integrity¹⁶, práva na svobodu¹⁷ a práva na ochranu před zasahováním do soukromého a rodinného života a

¹³ V rámci EU totiž i do oblasti medicínského práva zasahují jednotlivé svobody. Proto například nezpřístupnění interrupce cizinkám- občankám jiného státu EU je v rozporu s volným poskytováním služeb v rámci EU.

¹⁴ Blíže viz **kapitola 5**.

¹⁵ Blíže viz **kapitola 8**.

¹⁶ *Ústavní zákon č. 2/1933 Sb., Listina základních práv a svobod, článek 7.*

¹⁷ *Ústavní zákon č. 2/1933 Sb., Listina základních práv a svobod, článek 8.*

neoprávněným shromažďování údajů o osobě pacienta.¹⁸

Ze soukromoprávních předpisů je pro oblast zdravotní péče důležitý **občanský zákoník**.¹⁹ Obsahuje úpravu obecné odpovědnosti za škodu (§ 420 OZ), která platí i pro poskytovatele zdravotní péče. Nehmotná újma vzniklá v souvislosti s léčbou, kterou nelze nahradit podle ustanovení o odpovědnosti za škodu, může být vymáhána také na základě § 11 a následujících OZ. Tato ustanovení poskytují ochranu osobnosti, životu, zdraví, tělesné integritě, občanské cti a lidské důstojnosti, jakož i soukromí fyzické osoby. Na institut informovaného souhlasu se vztahují obecné požadavky kladené OZ na právní úkony v § 34-42. Zastoupení při udělení souhlasu k léčbě se řídí úpravou zastoupení na základě plné moci.

Hlavní vnitrostátní právní úprava poskytování zdravotní péče, základy vztahu pacient-lékař a odpovědnosti za poskytnutou léčbu jsou obsaženy v **zákoně o péči o zdraví lidu**.²⁰ Tento předpis, přijatý v roce 1966 jako základní právní dokument pro oblast zdravotnického práva v Československu, byl v roce 1991 pouze novelizován a po zániku federace zůstal u nás nadále v platnosti. Ačkoli je současné znění zákona o péči o zdraví lidu po provedených novelách²¹ v zásadě v souladu s ústavním pořádkem a hlavními závazky, které pro Českou republiku plynou z mezinárodních smluv, je jeho nahrazení novým právním předpisem žádoucí. Zákon upravuje mimo jiné právo každého na zdravotní péči, povinnost zdravotnických pracovníků provádět jakýkoli zákrok do tělesné integrity pouze na základě předchozího informovaného souhlasu pacienta, právo pacienta na informace o zdravotním stavu, právo nahlížet do zdravotnické dokumentace, povinnou mlčenlivost zdravotnických pracovníků a povinnosti zdravotnického zařízení v souvislosti s vedením zdravotnické dokumentace.

V roce 2002 byl přijat **transplantační zákon**.²² Obsahuje právní úpravu zásahů do

¹⁸ *Ústavní zákon č. 2/1933 Sb., Listina základních práv a svobod, článek 10.*

¹⁹ *Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník.*

²⁰ *Zákon č. 20/1966 sb., o péči o zdraví lidu.*

²¹ Jednou z významných novel byl *zákon č. 260/2001 Sb., kterým se mění zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu*. Tato novela zavedla do zákona o péči o zdraví lidu komplexní úpravu zdravotnické dokumentace. Stanoví náležitosti obsahu dokumentace, povinnosti spojené s jejím vedením a uchováváním a možnost pacientů do ní nahlížet, pořizovat opisy a výpisy.

²² *Zákon 285/2002 o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů.*

tělesné integrity a nakládání s částmi lidského těla.

*Zákon o ochraně veřejného zdraví*²³ upravuje práva a povinnosti fyzických a právnických osob v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví a soustavu orgánů ochrany veřejného zdraví, jejich působnost a pravomoc. Mimo jiné ukládá lékařům a pacientům povinnosti při ochraně před infekčními chorobami.

Výroba, distribuce a prodej léčiv se řídí *zákonem o léčivech*.

Financování zdravotní péče a rozsah a podmínky, za nichž je tato péče poskytována, upravuje *zákon o veřejném zdravotním pojištění*.²⁴ Činnost a úkoly jednotlivých zdravotních pojišťoven se řídí *zákonem o všeobecné zdravotní pojišťovně*²⁵ a *zákonem o resortních, oborových a dalších zdravotních pojišťovnách*²⁶. Platby pojistného na všeobecné zdravotní pojištění jsou upraveny *zákonem o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění*²⁷.

Na problematiku povinné mlčenlivost zdravotnických pracovníků a ochranu údajů o pacientech vedených v informačních systémech se vztahuje *zákon o ochraně osobních údajů v informačních systémech*.

Profesní otázky jsou řešeny *zákonem o České lékařské, České stomatologické a České lékárenské komoře*²⁸. Udělování licencí, etické problémy a ochrana lékařského stavu jsou řešeny v rámci práva na profesní samosprávu formou stavovských předpisů.

1.3 Česká právní úprava de lege ferenda

Bylo již zmíněno výše, že současná právní úprava poskytování zdravotní péče, obsažená v zákoně o péči o zdraví lidu a na něj navazujících právních předpisech, je

²³ *Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.*

²⁴ *Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících předpisů.*

²⁵ *Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.*

²⁶ *Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.*

²⁷ *Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.*

²⁸ *Zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře.*

nevyhovující, i přes četné novelizace neodpovídá plně partnerskému modelu vztahu pacient-lékař, jehož dosažení je trendem ve všech vyspělých evropských zemích.

Jedním z klíčových úkolů dlouho očekávané reformy českého zdravotnictví je racionálnější využívání finančních prostředků z pojistného systému. K tomu má sloužit mimo jiné povolení fúzí zdravotních pojišťoven, v jehož důsledku dojde k zvýšení efektivity a snížení finančních nákladů celého systému. Mimoto má být jasně vymezeno postavení lékaře a pacienta, nároky pojištěnců pokud jde o rozsah poskytované zdravotní péče a vyřešen vztah mezi pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče.

Poslaneckou sněmovnou Parlamentu České republiky byl 21. 6. 2011 schválen návrh *novely zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění*, nyní bude tento návrh ještě projednáván Senátem. Novela zvyšuje částku regulačního poplatku, který pojištěnec hradí za jeden den hospitalizace, z 60 na 100 Kč, rozšiřuje rozsah zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění o péči poskytnutou s cílem zmírnit utrpení²⁹ a upravuje kritéria poskytování hrazené zdravotní péče tak, aby byla umožněna legální spoluúčast pojištěnce na „nadstandardní“ péči. Dalším cílem novely je urychlení vstupu generických léků na trh (ve dvouměsíční lhůtě proti stávajícímu průměru 8-10 měsíců) a snížení jejich ceny o 32%. Z úhrady z prostředků veřejného zdravotního pojištění mají být vyloučeny léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely, určené k podpůrné nebo doplňkové léčbě. Dochází rovněž ke změnám použité terminologie, pojem „zdravotní péče“ je nahrazen pojmem „zdravotní služba“.

Novela zákona o veřejném zdravotním pojištění rozlišuje mezi základní a ekonomicky náročnější variantou zdravotní péče, tzv. „nadstandardem“. Cílem není rozdělovat péči na lepší a horší, na tu pro chudé a bohaté, ale zajistit dlouhodobou ekonomickou stabilitu systému při současném zachování objemu péče v dnešní kvalitě. Ministr zdravotnictví Heger v této souvislosti řekl: *„Musíme si uvědomit, že ani sebedokonalejší zdravotní systém nemá neomezené prostředky. Vždy budou existovat určité limity a rozhodování o rozdělování omezených zdrojů. Zavádění variant nebude znamenat omezení péče, pouze umožní legální spoluúčast pacientů na úroveň obvyklou*

²⁹ „Pacient má z veřejného zdravotního pojištění nárok na péči, která:

- zlepšuje nebo zachovává jeho zdravotní stav nebo zmírňuje jeho utrpení
- odpovídá zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být poskytnutím péče dosaženo, a je pro pojištěnce přiměřeně bezpečná
- je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy
- existují důkazy její účinnosti vzhledem k účelu jejího poskytování
- takovýto nárok v rozsahu zdravotního pojištění musí být zajištěn pro všechny, kteří ho vzhledem ke svému zdravotnímu stavu potřebují.“

ve vyspělých evropských zemích, aniž by došlo ke zhoršení situace sociálně slabších spoluobčanů.“

Podle nové úpravy budou i nadále zdravotnická zařízení vždy povinna nabídnout pacientovi péči plně hrazenou z veřejného zdravotního pojištění. Touto základní variantou péče bude ta z možných terapeuticky shodně účinných alternativ, která je v souladu s účelným a hospodárným vynakládáním zdrojů z veřejného zdravotního pojištění. Pokud jde o léky, v každé skupině léčivých přípravků bude zajištěn minimálně jeden lék bez doplatku.

Zároveň bude povinností zdravotnického zařízení informovat pacienta o případných možnostech „nadstandardní“ péče a jejich ceně. Významnou změnou je, že nadstandardní péče bude hrazena z veřejného zdravotního pojištění do výše úhrady za základní variantu. Pojištěnec tak bude hradit pouze rozdíl mezi cenou nabízené nadstandardní péče a varianty plně hrazené, nikoli plnou cenu za nadstandardní variantu, jak tomu bylo dosud. Ceny ekonomicky náročnější varianty budou podléhat regulaci.

Seznam všech výkonů s cenou a označením, je-li výkon plně či částečně hrazen ze zdravotního pojištění nebo jde-li o nadstandardní variantu, bude přílohou zákona o veřejném zdravotním pojištění. Díky transparentnímu vymezení rozsahu jednotlivých variant péče bude pacient přesně vědět, na jakou péči má z hlediska veřejného zdravotního pojištění nárok, a bude ji moci vyžadovat. Na základě seznamu výkonů si bude moci v souladu se svými preferencemi zvolit standardní nebo nadstandardní variantu léčby svého onemocnění.

Konkrétní obsah nároku pacienta na zdravotní péči přitom není daný jednou provždy, je třeba jej aktualizovat v souladu s technologickým pokrokem a novými medicínskými metodami. K účelnému využití zdrojů pojistného systému je třeba nastavit kritéria pro zavádění nových technologií. O zavedení nové technologie bude rozhodováno na základě její účinnosti, bezpečnosti a přínosnosti pro pacienta, možnosti nahrazení jinou metodou, předpokládané rychlosti zastarání, nákladnosti a předpokládaného dopadu úhrady za tuto technologii na prostředky ve fondu veřejného zdravotního pojištění. Záměrem Ministerstva zdravotnictví je zřídit za tímto účelem Komisi pro nové technologie. Jednalo by se o poradní orgán ministra zdravotnictví, v němž by měly mít zastoupení zdravotní pojišťovny, profesní organizace poskytovatelů péče, odborné společnosti a organizace pacientů.

Vláda dále schválila návrh ***zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování***. Tento návrh jasně vymezuje práva a povinnosti pacientů, zdravotnických pracovníků a poskytovatelů zdravotních služeb. Obsahuje definice řady pojmů, které v současné právní úpravě schází, například „zdravotnického zařízení“. Významně posiluje postavení pacienta v procesu poskytování zdravotních služeb. Pokud jde o zdravotnická zařízení, stanoví návrh zákona o zdravotních službách jednotné podmínky pro udělování oprávnění k poskytování zdravotních služeb pro všechny poskytovatele.

Na návrh zákona o zdravotních službách navazuje ***návrh zákona o specifických zdravotních službách***, upravující práva a povinnosti pacientů a poskytovatelů zdravotní péče nad rámec úpravy obsažené v zákoně o zdravotních službách. Tento zákon obsahuje úpravu asistované reprodukce a umělého ukončení těhotenství, sterilizace a kastrace, změny pohlaví transsexuálních osob, psychochirurgických výkonů, genetického inženýrství a klonování, léčebných experimentů, ochranného léčení a posudkové zdravotní služby.

Návrh zákona o zdravotní záchranné službě si klade za cíl zajistit dostupnost zdravotnické záchranné služby stanovením jednotných podmínek pro její poskytování. Vymezuje práva a povinnosti poskytovatelů zdravotnické záchranné služby, pravidla jejího financování, součinnosti mezi poskytovateli zdravotnické záchranné služby a poskytovateli lůžkových zdravotních služeb, podmínky pro zajištění připravenosti poskytovatele zdravotnické záchranné služby na řešení krizových situací a kompetence Ministerstva zdravotnictví a krajů v oblasti zdravotnické záchranné služby.

2. Etické kodexy

Etické kodexy představují soubory neprávních pravidel, která jsou výsledkem přesvědčení společnosti o tom, co je správné. Na rozdíl od právních norem nejsou etické normy ze strany státu vynutitelné, jedinou možnou sankcí za jejich nedodržení je společenské odsouzení takového jednání.

V medicíně vždy existovala řada etických kodexů určených výhradně nebo převážně lékařům. Jedná se o kodexy deontologické, vymezující povinnosti lékaře ve vztahu k pacientům, kolegům a veřejnosti.

Nejstarším známým etickým kodexem je *Hippokratova přísaha*³⁰, text vytvořený v 5. století př. n. l. několika žáky tohoto slavného lékaře. Hippokratova přísaha měla vyvažovat asymetrii existující ve vztahu pacienta a lékaře v paternalistickém modelu zdravotní péče, deklarovala, že tento vzájemný vztah musí být ovládan principy etiky a odpovědnosti.

První premisou Hippokratovy přísahy je, že lékař má být loajální ke svému učiteli a kolegům. Druhá, že má využívat své schopnosti k prospěchu zdraví pacientů. Potrat, přímá euthanasie a napomáhání při sebevraždě jsou zakázány, stejně tak nevhodný sexuální vztah k pacientovi. Je uložena důvěrnost ohledně všech jednání s pacientem.³¹

V podstatě až do 2. světové války se většina pravidel vztahujících se k lékařské etice³² dala spíše označit jako pravidla etikety³³, v podstatě znamenala, že se lékař má chovat gentlemany.

V roce 1948 byl Světovou lékařskou asociací zformulován *Ženevský slib lékařů*

³⁴. Tento dokument, přijatý po tzv. lékařském procesu před norimberským tribunálem a

³⁰ Text přísahy na http://cs.wikipedia.org/wiki/Hippokratova_přísaha .

³¹ BRAZIER, Margaret, CAVE, Emma, *Medicine, Patients and the Law*, Londýn, Penguin Books, 2007, strana 49.

³² „Etika je teorie morálky, filozofická nauka o správném jednání. Hodnotí činnost člověka z hlediska dobra a zla“ *Všeobecná encyklopedie Diderot*, Praha, Dům OP, 1996, díl 1., strana 678.

³³ „Etiketa zove se soubor jistých zvyků a obyčejů ve vnějším styku společenském, jež jsou výrazem vztahu a odvislosti, společenské hodnoty a ceny osob spolu se stýkajících.“ *Ottův slovník naučný*, Praha, Argo/Paseka, 1999, díl 8., strana 780.

³⁴ *"Ve chvíli, kdy nastupuji profesionální lékařskou dráhu, zavazuji se slavnostně, že svůj život zasvětim službě lidstvu. Svě učitele budu zachovávat v patřičné úctě a vděčnosti. Svě povolání budu vykonávat svědomitě a důstojně. Zdraví mých pacientů bude mým nejpřednějším zájmem. Budu zachovávat v tajnosti vše, co mi důvěrně svěří. Všemi dostupnými prostředky budu udržovat čest a důstojné provozování lékařského povolání. Svě kolegy budu považovat za své bratry. Nedopustím, aby se*

několik týdnů před vyhlášením Všeobecné deklarace lidských práv, Hippokratovu přísahu obsahově překonává a reaguje na systémové zneužití a zločiny lékařů nacistického Německa a komunistického Sovětského svazu. Stanoví 4 základní principy jako rámec pro etické jednání zdravotnických pracovníků- sebeurčení, účinnost, neškození a spravedlnost.

Poté, co po roce 1989 Česká lékařská komora opět zahájila svoji činnost, přijala svůj vlastní etický kodex.³⁵

Naproti tomu pacienti až do poměrně nedávné doby žádný obdobný etický kodex, který by vymezil jejich práva a povinnosti, neměli.

Pravděpodobně první kodex práv pacientů formuloval v roce 1971 lékárník **David Anderson** z Virginie v USA. Tento dokument deklaroval zejména právo nemocného na respekt, autonomii, sebeurčení a individuální přístup. Andersonův kodex byl prezentován v Ústavu lékařských interakcí a komunikativních dovedností v roce 1971. V roce 1972 přijala Asociace amerických nemocnic vlastní práva nemocných. V 80. letech 20. století byla práva pacientů považována ve všech vyspělých státech za samozřejmost.

V dnešní době již nikdo nezpochybnuje nutnost existence práv pacientů jako takových. Otázkou však nadále zůstává, jakou mají mít tato práva formu, jaká má být jejich závaznost a jak docílit jejich reálného naplnění. Etické kodexy práv pacientů jsou morálními kodexy, pro zdravotnické pracovníky z nich nevyplývají žádné závazné právní povinnosti. Pouhá morální závaznost zpravidla nestačí k tomu, aby byla tato práva beze zbytku naplněna. Proto, pokud existuje ve společnosti dostatečná shoda, že je nezbytná závazná právní úprava určité otázky, jsou některé morální nároky přejímány do zákonného textu.

Etické kodexy práv pacientů nejsou dané jednou provždy. Co se stane samozřejmostí, je zpravidla z kodexu vypuštěno a nahrazeno novým úkolem.³⁶

náboženské, nacionalistické, rasistické, stranické nebo třídní předsudky vetřely mezi mé povinnosti a pacienty. Budu s největší pozorností ochraňovat lidský život, a to od okamžiku jeho vzniku. Ani nátlak a vyhrožování mne nedonutí k tomu, abych své lékařské znalosti obrátil proti některému člověku. Toto slibuji slavnostně, svobodně a na svou čest."

³⁵ Text Etického kodexu České lékařské komory je dostupný na stránkách ČLK <http://www.lkcr.cz/> .

³⁶ Haškovcová v *Lékařské etice* pro ilustraci uvádí příklad práva nemocného na pravidelný, nejlépe denní styk s rodinou během pobytu v nemocnici. Ještě po 2. světové válce přetrvával systém výrazně omezených návštěv, vycházející z tehdejšího přesvědčení, že klid je významným faktorem podílejícím se na uzdravení nemocného. Kontinuální návštěvy začaly být ve světě realizovány od 70. let. V

V současnosti existuje řada kodexů patientských práv, včetně kodexů speciálně věnovaných určitým skupinám nemocných, jejichž problémy jsou stejné nebo velmi podobné (například *Práva těhotné ženy a nenarozeného dítěte*, *Práva handicapovaného dítěte*, *Práva imobilních osob*, *Práva starých nemocných*, *Práva umírajících*, *Práva psychicky nemocných lidí*). Byly přijaty i další významné dokumenty související s právy pacientů, např. *Kodex na ochranu proti týrání a mučení*.

2.1 Český kodex Práva pacientů

Historie etického kodexu práv pacientů v České republice je ve srovnání s většinou evropských zemí velmi krátká.

Definitivní verzi Práv pacientů formulovala a vyhlásila Centrální etická komise MZ ČR dne 25. 2. 1992.³⁷

Základem pro vypracování české verze etického kodexu práv pacientů byla *Vzorová práva nemocných*, uveřejněná v roce 1985 Americkým svazem občanských svobod, upravená s ohledem na specifika českého zdravotnictví a s přihlédnutím k některým jiným kodexům.

Česká verze Práv pacientů je v souladu s platnými zákony upravujícími poskytování zdravotní péče, koresponduje rovněž s Etickým kodexem ČLK. To znamená, že to, co je dle Práv pacientů mravním nárokem, je více méně dáno také zákonem a uloženo jako povinnost každému lékaři Etickým kodexem ČLK.

Práva pacientů jsou etický kodex. Ač na první pohled nepřináší nic nového, zdůrazňuje fakta mnohdy opomíjená, jindy zkreslená. Smyslem tohoto kodexu je vrátit lékaři klid k vykonávání práce a jistotu role, pacientovi pak osobně prožívaný pocit péče a prostor pro nutnou aktivitu.³⁸

Práva pacientů garantují určitá práva dospělým jedincům-pacientům.

Dětem a mladistvým, tedy osobám bez způsobilosti k právním úkonům, garantuje práva v souvislosti s poskytováním zdravotní péče *Charta hospitalizovaných*

současnosti žádný kodex práv pacientů v „západních“ státech nepožaduje právo na kontinuální návštěvy, neboť tento požadavek byl již zcela realizován a proto jej není nutné zdůrazňovat.

³⁷ Text Práv pacientů je připojen v **příloze 1** této práce. Pacientům je dokument přístupný na internetových stránkách většiny zdravotnických zařízení. V zahraničí bývají etické kodexy práv pacientů běžně distribuovány ve formě letáku v ordinacích, v případě hospitalizace bývají součástí brožury, kterou pacient obdrží při příjmu.

³⁸ HAŠKOVCOVÁ, Helena, *Práva pacientů*, Havířov, nakladatelství Aleny Kutilové, 1996, strana 5.

děti, etický kodex vydaný v roce 1993. Inspirací při jeho vypracování byly některé analogické anglické dokumenty.

Za důležitý úkol do budoucna je považováno přijetí etického kodexu práv duševně nemocných pacientů, neboť respekt k právům duševně nemocných je jedním z hlavních kritérií, podle něhož je na mezinárodní úrovni posuzováno dodržování lidských práv v jednotlivých státech.³⁹

³⁹ Inspiraci lze najít v Rakousku, kde místo vytvoření vlastního kodexu práv duševně nemocných pacientů přejali *Deklaraci práv duševně postižených lidí*, přijatou Valným shromážděním OSN v roce 1971.

3. Vztah pacient- lékař

Pacient je osoba, která je nemocná nebo zraněná a je lékařsky ošetřovaná nebo toto lékařské ošetření potřebuje. Slovo pochází z latinského *pati*, což znamená něco podstoupit nebo strpět.

Pacient je klíčovým pojmem zdravotnického práva, jehož obsah a koneckonců i název se mění v souladu s vývojem celého odvětví. Zákon o péči o zdraví lidu hovoří o pacientovi jako o **nemocném**, etické kodexy o pacientovi, sami poskytovatelé zdravotní péče v posledních letech často užívají označení **klient**.⁴⁰ Evropské úpravy obecně zůstávají věrné označení „pacient“⁴¹, i když obsah tohoto pojmu se za poslední desetiletí významně změnil.

Lékař je osoba oprávněná k léčení na základě odborného vzdělání.⁴² Lékařská profese je svou podstatou svobodným povoláním, pro její výkon je nicméně požadováno dosažení předepsaného vzdělání⁴³ a splnění požadavků stanovených právními předpisy.⁴⁴

Lékařské povolání je profesí, která si i v současnosti uchovává vysokou prestiž. Problém výkonu medicíny je v tom, že lékaři nakládají s nejcennějším statkem, který člověk má- s lidským zdravím a životem. Cenou za moc, kterou mají, je že musí počítat s neustálým sledováním ze strany veřejnosti.⁴⁵

Rovněž v minulosti byli lékaři respektováni, a to nejen pro své odborné znalosti. Všeobecná úroveň vzdělanosti v tehdejší společnosti byla velmi nízká, a tato nerovnost ve vzdělání se promítala i do charakteru vztahu pacient-lékař, v němž pacient představoval slabší, závislou stranu, bezmezně důvěřující úsudku lékaře. V **paternalistickém modelu** byla zdravotní péče typicky poskytována v diádě, kdy se pacient setkával pouze s jedním lékařem. Všechna rozhodnutí, od stanovení diagnózy až po volbu léčebného postupu, nechával na lékaři, sám se vzdával jakékoli aktivity a

⁴⁰ Označení **klient** přitom nejlépe odpovídá dnešnímu chápání vztahu lékař-pacient jako vztahu dvou rovnoprávných osob. V anglicky hovořících zemích užívaná označení „**patient**“ či „**client**“ jsou obdobou naší terminologie. Pro označení žalujícího pacienta se používá termín „**claimant**“.

⁴¹ Německy *patient*, francouzsky *patient*, španělsky *paciente*, italsky *paziente*, maďarsky *beteg*, polsky *pacjent*, řecky *ασθενής*, holandsky *patiënt*, švédsky *patienten*, fínsky *potilas*, litevsky *pacientas*.

⁴² *Ottův slovník naučný*, Praha, , Argo/Paseka, 1999, díl 15., strana 818.

⁴³ Například anglické právo nezakazuje osobě bez lékařského vzdělání provozovat medicínu. Trestného činu se dopustí pouze v případě, že se vydává za osobu s medicínským vzděláním.

⁴⁴ *Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.*

⁴⁵ BRAZIER, Margaret, CAVE, Emma, *Medicine, Patients and the Law*, Londýn, Penguin Books, 2007, strana 6.

možnosti do léčby zasahovat. Z dnešního pohledu bývá paternalistický model často idealizován, je opomíjena skutečnost, že lékařské péče byla dlouhou dobu výsadou pouze bohatých vrstev obyvatel.

Přechod od modelu paternalistickému k partnerskému nebyl okamžitý. Významným aspektem, který k němu přispěl, byl nepochybně **vědecký a technický pokrok** po 2. světové válce, z hlediska postavení pacienta byl však pravděpodobně ještě důležitějším impulsem **rozmach školství** a zpřístupnění vzdělání širokým vrstvám obyvatel. Vzdělanější pacient dokáže výroky lékaře určitým způsobem hodnotit, srovnávat, není už pouhým pasivním příjemcem péče. Jak konstatuje Brazier, pacienti už nechtějí být pasivními příjemci péče, být dobré.

V současnosti se ve většině států uplatňuje **model partnerský**, pro který je charakteristický symetrický vztah pacienta a lékaře.⁴⁶ Zachování paternalistického modelu má však stále své opodstatnění v některých mimořádných situacích (první pomoc, neodkladná péče).

U nás, vzhledem k celkovému uzavření se vůči západnímu světu za minulého režimu, se paternalistický model udržel až do konce 80. let. V 90. letech došlo k výrazné transformaci zdravotnictví. Řada zdravotnických zařízení byla privatizována, změnila se struktura organizace a financování zdravotní péče, došlo ke změně vztahu mezi lékařem a pacientem. Všechny tyto změny, v jiných státech rozložené do několika desetiletí, byly prováděny velmi rychle, často bez dostatečné celospolečenské diskuse. Po právní stránce byl tedy sice do českého zdravotnictví zaveden partnerský model, v realitě nicméně lékaři i pacienti stále setrvali u pro obě strany zažitého paternalismu. Pokud jde o pacienty, bylo (a stále je) takové setrvalé chování buď projevem tradice (zvláště u starších), často však spíše pasivity a neochoty převzít odpovědnost za své zdraví.⁴⁷

„Všichni lidé se rodí svobodní a sobě rovní co do důstojnosti a práv.“⁴⁸

Pacient a lékař jsou si rovni, přestože jejich vztah je specifický. Jedinec, který se ocitne v roli nemocného, musí být respektován jako partner. Tato pozice ovšem klade určité nároky i na pacienta- aby mohl být respektován jako partner, musí opustit pasivní roli a přijmout spoluzodpovědnost za své zdraví a uzdravení. Lékař a pacient by neměli

⁴⁶ Ačkoli je třeba podotknout, že vzhledem k jeho specializovanému vzdělání bude pozice lékaře i v tomto modelu do jisté míry dominantní.

⁴⁷ HAŠKOVCOVÁ, Helena, Práva pacientů, Havířov, nakladatelství Aleny Kutilové, 1996, strana 5.

⁴⁸ *Úvod Všeobecné deklarace lidských práv.*

stát proti sobě, jako reprezentanti odlišných názorů, znalostí, práv a povinností. Podle současných poznatků má naději na úspěch jen taková léčba, která je založena na vzájemné spolupráci pacienta s lékařem.⁴⁹

Pro lékaře je nemocný vždy jednoznačně identifikovatelný.⁵⁰ Jako rovný partner by tedy i pacient měl znát jméno svého ošetřujícího lékaře. Nošení jmenovek na pláštích řeší situaci jen částečně, v případě většiny starších pacientů, kteří dobře nevidí, dokonce vůbec. Přestože je zdravotnictví specifickou oblastí, na niž nelze uplatnit veškerá pravidla pro komerční poskytování služeb, obecně zažitý zvyk smluvních partnerů podat si při setkání ruce a vzájemně se představit by bylo dle mého názoru vhodné zavést i zde. S danou problematikou pak velmi úzce souvisí i otázka řádného oslovení. Pacient a lékař jsou si rovni ve své důstojnosti, a proto stejně jako většina nemocných dbá na to, aby svého lékaře oslovovali správným titulem, měl by i lékař věnovat pozornost oslovení pacienta. Nepřijatelné je oslovovat starší pacienty *babi/dědo* – použití takových výrazů není v žádném případě projevem osobního a lidského vztahu, ale nerespektováním důstojnosti těchto lidí. Lékař si musí uvědomit, že ať je fyzický či mentální stav pacienta jakýkoli, jedná s rovnocenným člověkem – proto je vhodné ho oslovit příjmením, případně i titulem. Špatným zacházením je třeba rozumět každé jednání, které nerespektuje lidskou důstojnost. Jeho extrémním případem může být například mučení, v mírnější formě je jím ale i neúcta k člověku a jeho právům.

Lékař musí přistupovat k pacientovi jako ke **klientovi**, který si zdravotní péči platí, byť nepřímo prostřednictvím zdravotního pojištění. Proto i v oblasti poskytování zdravotní péče má pacient (zákazník, spotřebitel) právo na řádné protiplnění.

Pacient potřebuje nejen odbornou léčebnou péči, provedenou kvalifikovanými zdravotnickými pracovníky, ale i **lidské zacházení**. Péče o nemocného má mít osobní charakter. Současná medicína je velmi efektivní a účinná, často se ale ve složité struktuře medicínského systému ztrácí pacient jako člověk. Zdravotní péče již není poskytována v diádě, jak tomu bylo v paternalistickém modelu, na léčbě se podílí celý

⁴⁹ Proto například podle německého práva má lékař poměrně široký prostor k odmítnutí léčby, je-li přesvědčen, že mezi ním a pacientem není vztah důvěry, který je pro vzájemnou spolupráci nezbytný.

⁵⁰ Při vstupu do ordinace se pacient zpravidla představí, předloží průkaz pojištěnce. Při hospitalizaci může lékař pacientovy národně zjištěné z identifikačního náramku, bývají uvedeny také u pacientova lůžka.

tým osob, nicméně k žádné z nich nemá pacient osobní vztah. V souvislosti s tímto jevem bývá používán termín **dehumanizovaná (odlidštěná) medicína**. Je žádoucí skloubit nejlepší prvky partnerství a paternalismu, zlidštit technicky orientovanou medicínu. K tomu může přispět zejména chování zdravotnických pracovníků-komunikace s pacientem, psychologická činnost, citlivé předávání špatných informací.

„Zdravotníci pracovníci jsou povinni vykonávat zdravotnické povolání svědomitě, poctivě, s hluboce lidským vztahem k občanům a s vědomím odpovědnosti ke společnosti.“⁵¹

Specifickým vztahem bývá **odpovědnost** vyplývající z poskytnutí, resp. spíše neposkytnutí správné péče.⁵² Lékař ani dnes neodpovídá za výsledek. Je odpovědný za řádné konání, tedy správné využití těch znalostí a schopností, které má nebo je povinen mít. Řešení stížností na výkony pod standardem je v současnosti u nás problematické, neboť platné právo nedefinuje, které jednání je standardní, jak má vypadat dobrý výkon, z čehož by bylo možné odvodit, jaký výkon je špatný, nestandardní. Takový stav je nevyhovující jak z pohledu pacientů, tak samotných lékařů.

V minulosti se k vymezení správnosti léčby používal termín **lege artis (neboli podle pravidel umění)**. Obsahem pojmu je soubor pravidel, který lékařský cech vytvořil sám pro sebe jako závazný korektiv jednání každého lékaře v zájmu ochrany pacientů a pověsti lékařského stavu. Nejde o pojem právní, ale ryze medicínský.

Dnes už výkon lékařství podléhá právnímu přezkumu jako jakékoli jiné povolání. I pro lékaře platí zásada **nemo iudex in causa sua**, jimi vydané stanovisko, co je správný postup, podléhá volnému hodnocení soudu.⁵³ Případů, kdy se zdraví a právo bude střetávat, bude přibývat, neboť stále více padají některá tabu ve vztahu k lékařskému povolání, padá mýtus nedotknutelnosti, až posvátnosti lékaře.⁵⁴

⁵¹ **Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, § 55 odst. 1.**

⁵² Úprava odpovědnosti lékaře je obsažena v normách správního, pracovního, občanského a trestního práva. Současný trend řešení veškerých problémů ve vztahu pacient-lékař cestou trestněprávní je předmětem časté kritiky, neboť vede k pocitu ohrožení na straně lékaře a narušení důvěry mezi ním a pacientem. Jak zdůrazňují Císařová a Sovová v *Trestním právu a zdravotnictví*, úkolem právnického stavu rozhodně není hrát úlohu ziskuchtivého podněcovatel sporů mezi pacientem a lékařem.

⁵³ Soud je při rozhodování vázán pouze zákonem. Může si sice řídit tím, co lékařský cech považuje za právně dostačující, jen on ale rozhodne, zda daný zákrok je skutečně právně dostačující. Ani postup schvalovaný valnou většinou české lékařské obce tedy nemusí obstát. Lékař přitom nemůže být soudem trestán, že jednal non lege artis, vždy jen že jednal v rozporu s právním předpisem.

⁵⁴ JIRSA, Jaromír, *Zdraví a právo: aktuální soudcovské zamyšlení nejen nad odškodňováním újmy na zdraví*, Zdravotnictví a právo, 2009, 13.ročník, číslo 1-2, strana 20.

Lze však konstatovat, že obsah obou okruhů je do značné míry totožný, lékař postupující non lege artis jedná v zásadě také v rozporu s právem. Do určité míry se stále rozchází v oblasti ochrany pacientova práva na sebeurčení, konkrétně v otázkách práva na informace a na odmítnutí léčby.

Pokud by byla všechna tato pravidla mezi pacientem a lékařem důsledně uplatňována, bylo by na pováženou, zda je třeba pacienta stále považovat za slabší stranu vzájemného vztahu. Nicméně, jak konstatuje Brazier, zvyky ve zdravotnictví se mění pomalu, a proto celá řada z těchto zásad se v praxi teprve začíná prosazovat.

4. Práva pacientů

„Já, pacient, chci být léčen jako jedinec. Nejsem číslo, nejsem kus papíru, nejsem zboží na prodej, nejsem někdo, s kým se smlouvá. Nejsem stroj na získávání náročných informací, ani ten, kdo se řadí do soukolí naprogramovaných dat. Jsem opravdu žijící jedinec, obdařený pocity, obavami, tužbami, ale i zábranami. Neznám Vás dobře a odmítám Vaše úsilí proniknout do mého těla, do mé rovnováhy a do mého soukromí, když jsem nemocen. Chci s vámi spolupracovat, ale jen do té míry, pokud já a mně podobní pacienti mohou očekávat z vašeho počínání opravdu prospěch. (...) Mluv se mnou!...Bud' se mnou, stůj při mně!...Nenechávej mě samotného a pouze se sáčkem pestrobarevných léků!“⁵⁵

Když onemocníme, ptáme se: co je to být pacientem? Jak se má pacient chovat, co smí žádat, na co má a naopak nemá právo?⁵⁶

Práva pacientů nesmí být chápána jako práva proti někomu, ale **práva pro někoho, pro pacienty**.⁵⁷ Partnerský model, uplatňovaný v moderní medicíně, na pacienta klade podstatně větší nároky než dosavadní model paternalistický. Aby se nemocný mohl ujmout nové role, potřebuje znát základní rámec, který je mu pro spolupráci s lékařem vymezen. Proto formulace vzájemných práv (a nutno dodat i povinností) cestou právních norem může být prevencí mnohých konfliktů a nedorozumění.

V Evropě jsou práva pacientů považována za **prostředek zkvalitnění poskytované péče a ochranu nemocných**, stále považovaných za slabší stranu vzájemného vztahu, **před zneužitím**. Příkladem extrémní podoby patientských práv je **hnutí konzumerismu v USA**, který přibližuje práva pacienta právům spotřebitele. Jak už bylo zmíněno, je otázkou, zda lze systém zákazníka a poskytovatele služby v ryzí podobě uplatňovat i ve specifické oblasti zdravotnictví.

Aby práva pacientů měla význam, nesmí zůstat jen prázdnými slovy bez reálného obsahu, jednotlivé státy musí usilovat o to, aby rozpor mezi proklamovanými

⁵⁵ *Preambule etického kodexu Práva pacientů*, vytvořeného farmakologem **Davidem Andersonem** z Virginie, USA, poprvé prezentovaného v roce 1971 v Ústavu lékových interakcí a komunikativních dovedností .

⁵⁶ HAŠKOVCOVÁ, Helena, *Práva pacientů*, Havířov, nakladatelství Aleny Kutilové 1996, str. 3.

⁵⁷ HAŠKOVCOVÁ, Helena, *Práva pacientů*, Havířov, nakladatelství Aleny Kutilové 1996, str. 19.

právy a praxí byl nulový. Ne slova, nýbrž skutky jsou tím, co bude kvalitu života a zdraví člověka formovat.⁵⁸

⁵⁸ ZBOŘIL, Zdeněk, *Zdravotnictví z hlediska práva a politologie v postmoderním světě*, Zdravotnictví a právo, 2009, 13.ročník, číslo 9, strana 18.

5. Právo na život

Život znamená v běžné řeči období od narození člověka nebo živočicha do jeho smrti.⁵⁹

Veškeré pojmy medicínského práva a právní úprava tohoto oboru se odvíjí od ochrany **lidského života jako základního práva člověka**. Význam této hodnoty je reflektován skutečností, že závazek k její ochraně je zakotven v mezinárodních i vnitrostátních dokumentech nejvyšší závaznosti. Právo na život a jeho ochranu je **rámcem, v němž jsou zkoumány a vykládány všechny ostatní instituty medicínského práva**.

*„Právo každého na život je chráněno zákonem. Nikdo nesmí být úmyslně zbaven života kromě výkonu soudem uloženého trestu následujícího po uznání viny za spáchání trestného činu, pro který zákon ukládá tento trest.“*⁶⁰

Požadavek respektovat lidský život by byl jasnější, pokud by panovala shoda, kdy lidský život začíná a končí.

Živý člověk je jedinec, který se živý narodil, přirozenou nebo operativní cestou opustil tělo matky, alespoň jednou se spontánně nebo po kříšení nadechl a vydechl a u kterého ještě nenastala biologická smrt.⁶¹ Před narozením se nejedná o živého jedince, ale o **lidský plod**. Pokud jde o status plodu, podle první teorie žádný nemá, protože není osobností, podle jiné plod jako potenciální život získává větší status s tím, jak postupně roste do lidské podoby. Ochrana lidského plodu je v našem právním řádu provedena zvláštními ustanoveními⁶², nevztahuje se na něj obecná úprava ochrany lidského života.

Konec života byl v minulosti spojován se zastavením tlukotu srdce nebo dýchání. Vzhledem k vědeckému pokroku lze tyto tělesné funkce již suplovat technicky, život může pokračovat, přestože se srdce zastavilo. V medicínské profesi je v současnosti plošně přijímán názor, že život končí ve chvíli, kdy je nezvratně ukončena veškerá aktivita mozkového kmene.⁶³ V české úpravě je okamžik smrti **transplantačním zákonem** vymezen jako *„nevratná ztráta funkce celého mozku, včetně mozkového*

⁵⁹ *Ottův slovník naučný*, Praha, , Argo/Paseka, 1999, svazek 28, str. 868, heslo Život.

⁶⁰ **Článek 2 odst. 1 Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod**, staženo z <http://www.novatrixprint.cz/umluva-o-ochrane-lidskych-prav-a-svobod.html> .

⁶¹ CÍSAŘOVÁ, Dagmar, SOVOVÁ, Olga, *Trestní právo a zdravotnictví*, Praha, Orac, 2000, str. 41.

⁶² **Zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství**.

⁶³ Přičemž někteří argumentují, že by tato definice měla být rozšířena i na **osoby v nevratném kómatu**.

kmene“⁶⁴.

V **židovsko-křesťanské tradici** je lidský život považován za dar od Boha a jako takový je posvátný. Umělé přerušení těhotenství je zakázáno⁶⁵, pokud jediným účelem tohoto zákroku je zabít dítě. Operace, kdy těhotná ženě s rakovinou dělohy je děloha vyňata a tím zároveň usmrcen plod, je nicméně přijímána, jelikož usmrcení plodu v tomto případě není prvotním a přímým cílem operace. Potrat pro záchranu života matky je přijímán většinou křesťanů, stejně jako vždycky byl v židovské a muslimské víře. **Život dítěte je hoden ochrany, ale nikoli na úkor jeho matky.** Právo plodu vlastnit svůj život musí být vyváжено proti právu jeho matky k svému životu a tělu.⁶⁶

Je nesporné, že víra v posvátnost života přežila absenci náboženské víry, i v sekularizované společnosti přetrvává hluboký a zakořeněný instinkt, že vzít lidský život je špatné. Život je považován za nejcennější majetek, na jehož trvání závisí všechno ostatní vlastnictví.

Nově se v souvislosti se závazkem chránit lidský život hovoří o **kvalitě života**. Pokud bolest a invalidita způsobí, že si jedinec přestane přát dál žít, potom by měl mít možnost svobodně svůj život ukončit. Tyto názory jasně reflektují stoupající vliv práva na sebeurčení v oblasti poskytování zdravotní péče.⁶⁷

Životní podmínky v EU se rok od roku zlepšují, o čemž svědčí i prodlužování průměrné délky lidského života. Nejvyššího věku se statisticky dožívají občané nejvyspělejších zemí, což souvisí s možnostmi výživy, zdravotní péče a celkovým životním stylem. Platí princip více peněz=kvalitnější zdravotnictví. Očekávaná délka dožití je v Evropské unii nejvyšší ve Francii, Švédsku, Itálii a Španělsku, přičemž i v rámci těchto zemí jsou bohatí lidé zpravidla zdravější a žijí déle.⁶⁸

„Každý má právo na život.“⁶⁹ **Právo na život** je základním právem člověka, lidské

⁶⁴ **Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů, § 2 písmeno e).**

⁶⁵ Pokud bychom posuzovali zákaz umělého přerušení těhotenství v kontextu dnešního chápání lidských a patientských práv, takovéto ustanovení jednoznačně zasahuje do práva ženy na sebeurčení.

⁶⁶ Římskokatolická církev zakazuje potrat dokonce i v případě, že těhotenství ohrožuje ženin život. Takový přístup je z dnešního pohledu zcela nepřijatelný. Při střetu dvou stejných hodnot- práva ženy na život a práva nenarozeného dítěte na život, z jakého titulu je právo nenarozeného dítěte považováno za prioritní?

⁶⁷ V právní úpravě lze tuto tendenci nejlépe ilustrovat na příkladu *Úmluvy o biomedicině*, blíže viz **kapitola 1.2** této práce.

⁶⁸ GOLA, Petr, *Jak žijeme: několik postřehů o zdravotnictví*, Zdravotnictví a právo, 2009, ročník 13., číslo 6, strana 18.

⁶⁹ **LZPS článek 6 věta 1.**

bytosti, neplatí pouze pro občany, platí pro všechny. Nikoho nelze z této ochrany vyloučit. Toto právo je **nezadatelné, nezczizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné**.⁷⁰

Článek 6 ve spojení s **článkem 31 LZPS** ukládá **státu povinnost intervenovat na ochranu lidí, jejichž život je ohrožen**. Každý tedy může podle tohoto ustanovení Listiny žádat, aby potřebnou zdravotní péčí byla provedena potřebná odpovídající opatření v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, směřující k ochraně jeho života před život ohrožujícími chorobami.⁷¹

Nicméně, s ohledem na **ekonomické možnosti systému**, nemůže být tato povinnost pojmána jako absolutní právo, opravňující pacienta žádat jakkoli nákladnou léčbu, pokud je v zájmu ochrany jeho života. Situace, kdy je nedostupnost léku nebo léčby limitujícím faktorem života nemocného, začala být v 60. a 70. letech řešena pomocí používání systémů kritérií, na základě nichž se lékaři rozhodují, kterým pacientům nedostatkový lék či léčbu nabídnout a kterým nikoli.⁷²

Evropský soud pro lidská práva v této otázce judikoval, že pokud jsou vynakládány prostředky z veřejných rozpočtů členských států, je jednotlivým zemím ponechána značná svoboda při stanovení cílů a priorit. Není tedy možné se na základě **článku 2 EULP** domáhat například povinnosti státu prodlužovat život v případě pacientů v trvale vegetativním stavu.

Systémy nákladné **resuscitační péče** obecně představují v kontextu práva na život velmi citlivou otázku. Aplikovat postupy heroické medicíny nelze donekonečna, limitem je jednak nedostatek finančních prostředků, zároveň ale i odborného personálu a technického vybavení. Každá země proto stanovila odborná kritéria, při jejichž splnění mohou lékaři odpojit nemocného od přístrojů, neboť je v dané chvíli vysoce pravděpodobné, že už špatný stav nemocného nelze výrazně zlepšit. Uvedená kritéria jsou stále doplňována a zjemňována. Při prokázané smrti mozku se resuscitační péče ukončuje na celém světě.

Život a zdraví jedince jsou chráněny ustanoveními trestního práva v **Hlavě 1. Zvláštní části trestního zákoníku**. Nejzávažnějším trestným činem namířeným proti

⁷⁰ PAVLÍČEK, Václav a kol., *Ústav a ústavní řád České republiky: Komentář, 2. díl.*, 2. vydání., Praha, Linde, 2002, strana 67.

⁷¹ MACH, Jan a kol., *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy*, 2. vyd., Praha, LexisNexis, 2005, strana 90.

⁷² Tento postup je označován jako **matematika milosrdenství**.

životu je **vražda** (§ 140 TZ), jednání spočívající v úmyslném usmrcení jiného. V kontextu poskytování zdravotní péče naplňuje skutkovou podstatu trestného činu vraždy provedení aktivní euthanasie, neboli úmyslné jednání s cílem způsobit smrt, a to na žádost pacienta.⁷³

V případě, že jednání lékaře nespočívá v aktivním konání směřujícím k usmrcení jiného, ale napomáhá jinému, aby ukončil svůj život (například tím, že zanechá v dosahu pacienta smrtelnou dávku léků), bude toto posouzeno jako trestný čin **účasti na sebevraždě** (§ 144 TZ).

Pokud jednání lékaře, v jehož důsledku došlo k úmrtí pacienta, není úmyslné, může být zdravotnický pracovník postižen za trestný čin **usmrcení z nedbalosti** (§ 143 TZ), jestliže smrt nastala v důsledku jeho nedbalého jednání. Příkladem je opomenutím lékaře, záležejícím v nedostatečném vyšetření poškozeného, který zemřel na následky zranění, jež v důsledku tohoto pochybení v poskytnuté péči nebylo zjištěno a léčeno.⁷⁴ Rozhodující pro posouzení trestní odpovědnosti je, zda zdravotnický pracovník věděl nebo vědět mohl a měl, že porušením některého předpisu bude jednat za takových okolností, že tím může z nedbalosti způsobit následek uvedený ve zvláštní části trestního zákoníku.

§ 150 TZ stanoví jednak obecnou povinnost poskytnout pomoc osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo jiného vážného onemocnění, jednak v odst. 2 obsahuje přísnější postih pro osoby, které mají povinnost poskytnout tuto pomoc podle povahy svého zaměstnání (kromě lékařů jsou to dále například porodní asistentky, zdravotní sestry, plavčíci, policisté, hasiči, členové horské služby atd.). Porušením těchto ustanovení se zdravotnický pracovník dopustí trestného činu **neposkytnutí pomoci**.

*„Lidský život je hoden ochrany již před narozením.“*⁷⁵ Ustanovení článku 6 Listiny nelze vykládat jako zákaz umělého přerušování těhotenství, jeho provedení je rovněž v souladu se závazky plynoucími pro Českou republiku z Úmluvy o biomedicíně a Evropské úmluvy o lidských právech. **Usmrcení plodu** s výjimkou zákonem⁷⁶

⁷³ Blíže k problematice euthanasie viz **kapitola 6.1**.

⁷⁴ *NS ČR - R 37/1998*.

⁷⁵ *LZPS článek 6, odst. 1., věta 2.*

⁷⁶ Úprava umělého přerušování těhotenství je obsažena ve zvláštním *zákoně č. 66/1986 Sb., o umělém přerušování těhotenství*.

povoleného umělého přerušení těhotenství je vždy trestným činem, s výjimkou případu, kdy přeruší své těhotenství sama těhotná žena.⁷⁷ Usmrcení plodu je považováno za trestný čin ublížení na zdraví formou těžké újmy těhotné ženě. Nedovolené přerušení těhotenství je trestným činem, ať je již provedeno se souhlasem či bez souhlasu těhotné ženy.⁷⁸

Trestné činy proti těhotenství ženy, upravené v § 159-163 TZ, tvoří zvláštní podskupinu trestných činů proti životu a zdraví. Trestní zákoník v tomto dílu postihuje jednání, spočívající v **nedovoleném přerušení těhotenství bez souhlasu těhotné ženy** (§ 159 TZ), **nedovoleném přerušení těhotenství se souhlasem těhotné ženy** (§ 160 TZ), **pomoci těhotné ženě k umělému přerušení těhotenství** (§ 161 TZ) a **svádění těhotné ženy k umělému přerušení těhotenství** (§ 162 TZ).

Při poskytování zdravotní péče se zájem na ochraně života může dostat do **konfliktu** s jinou významnou hodnotou.⁷⁹ Podle *článku 9 EULP* má každý „právo na svobodu myšlení, svědomí a náboženství. Toto právo zahrnuje svobodu změnit své náboženství nebo víru a svobodu sám nebo s ostatními, soukromě nebo veřejně manifestovat své náboženství nebo víru, při bohoslužbě, při výuce, výcviku nebo obřadech. Svoboda vyjadřovat svou víru smí být omezována jen v těch případech, kdy to stanoví zákon z důvodů v demokratické společnosti obvyklých v zájmu veřejné bezpečnosti, za účelem ochrany veřejného pořádku, zdraví a morálky, nebo za účelem ochrany práv a svobod jiných.“ Klasickým příkladem konfliktu práva na svobodu vyznání se zájmem státu na ochraně zdraví jsou spory ohledně krevní transfuze provedené dětem, jejichž rodiče jsou stoupenci Svědků Jehovových. Tito rodiče argumentují, že provedení transfuze jejich dětem porušuje svobodu vyznání jejich rodiny a právo na respekt k jejich rodinnému životu. Je v daném případě na místě chránit práva rodičů, nebo preferovat právo dítěte na život? Zahraniční soudy již mnohokrát v této otázce svým rozsudkem překonaly takový pokyn rodičů s poukazem na skutečnost, že při střetu daných dvou hodnot, jakkoli je právo na svobodu náboženské víry významné, musí ustoupit významnějšímu právu dítěte na život.

⁷⁷ Podle § 163 TZ „Těhotná žena, která své těhotenství sama uměle přeruší nebo o to jiného požádá nebo mu to dovolí, není pro takový čin trestná, a to ani podle ustanovení o návodci a pomocníkovi.“

⁷⁸ MACH, Jan a kol., *Zdravnictví a právo: komentované předpisy*, 2. vyd., Praha, LexisNexis, 2005, strana 90.

⁷⁹ **Výše v této kapitole** byl již zmíněn konflikt práva na sebeurčení těhotné ženy a zájmu na ochraně života jejího nenarozeného dítěte v případě umělého přerušení těhotenství.

Otázkou stále zůstává, jak má lékař prakticky danou situaci řešit- za současných podmínek mu pravděpodobně nezbyvá než dítěti transfúzi provést s odkazem na ustanovení o **krajní nouzi**. Dle teorie by bylo možné posoudit případ jako konflikt zájmů zákonného zástupce a zastoupeného nezletilého dítěte a dítěti ustanovit ad hoc opatrovníka, který by o provedení krevní transfúze rozhodl. S ohledem na naléhavost situace by však musel být tento postup velmi rychlý a v kontextu současného stavu soudního systému je jeho efektivní fungování nereálné.

6. Právo odmítnout život

„Každý má právo na život.“⁸⁰ Pokud Listina hovoří o ochraně života, používá termín „právo“, nikoli „povinnost“. Lze dovodit, že na základě tohoto ustanovení nelze nikomu, při současném respektování jeho práva na sebeurčení, nutit ochranu jeho života proti jeho výslovně projevenému přání. Jako je každému člověku garantováno právo na život, je mu přiznáno dle toho výkladu i právo život odmítnout.

Otázku, zda má člověk právo odmítnout svůj život, si lidé kladli odjakživa. Lékařský stav tradičně zastává stanovisko, že život je nejvyšší hodnotou, kterou je třeba chránit vždy a za každou cenu.⁸¹ *Ženevská konvence* ve své původní verzi z roku 1947 říká: „*Budu zachovávat nejhlubší respekt k lidskému životu od okamžiku početí; ani pod hrozbou nepoužiji své medicínské znalosti v rozporu se zákony lidskosti.*“ Současná verze obsahuje stručnější ustanovení: „*Lékař by měl mít vždycky na paměti závazek respektovat lidský život.*“. Tento požadavek v sobě zcela jistě nezahrnuje povinnost udržet lidský život za každou cenu.

„*Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.*“⁸²

Je předmětem diskusí, zda je člověk skutečně schopen vážně rozhodovat o vlastní existenci i pokud je těžce nemocný a jeho úsudek je výrazně ovlivněn bolestí nebo špatným psychickým stavem. Teoretici se shodují na tom, že pokud pacientovi zůstala zachována schopnost projevit souhlas či nesouhlas s navrhovanou léčbou, musí být respektováno jeho právo na sebeurčení.

Podle **článku 9 Úmluvy o biomedicině**, upravujícím **institut předem vysloveného přání**, se pacient může předem zříci práva na záchranu života, dokonce má možnost tuto záchranu zakázat. Úmluva se v tomto požadavku dostává velmi blízko k legalizaci pasivní euthanasie.

Situace, kdy pacient odmítne navrhovaný léčebný postup, jehož neprovedení bude mít za následek výrazné zhoršení pacientova stavu, případně dokonce smrt, je pro

⁸⁰ *LZPS článek 6, věta 1.*

⁸¹ Tato povinnost je ostatně lékařům uložena v zákoně i etickém kodexu: „*Nepodám nikomu smrtící prostředek, ani kdyby mne o to kdokoli požádal, a nikomu také nebudu radit (jak zemřít).*“.

⁸² *Etický kodex Práva pacientů, článek 4.*

mnohé lékaře eticky nepřijatelná.⁸³ V této situaci hovoříme o tzv. **odmítnutí postupu ve vitální indikaci**, kdy v pacientově rozhodnutí je zahrnuta i volba případné smrti. O odmítnutí léčby si lékař od pacienta vyžádá písemné potvrzení, **negativní revers**. „*Odmítá-li nemocný přes náležité vysvětlení potřebnou péči, vyžádá si ošetřující lékař o tom písemné prohlášení (revers)*.“⁸⁴ Negativní revers je písemné prohlášení nemocného, že navrhovanou potřebnou péči i přes náležité vysvětlení odmítá. Vyžádat si od pacienta revers smí pouze ošetřující lékař. Vzhledem k tomu, že se jedná o dokument významný pro **vyloučení případné odpovědnosti lékaře**⁸⁵ za neprovedení indikovaného výkonu, by měl každý negativní revers obsahovat dataci, jméno ošetřujícího lékaře, detailní obsah poskytnutého poučení, prohlášení pacienta, že vzal toto poučení na vědomí, a vlastnoruční podpisy pacienta i lékaře.

6.1 Euthanasie

Euthanasie je umělé ukončení života jiného v zájmu jeho dobra. Též usmrcení ze soucitu, z útrpnosti s usmrcovaným, jehož cílem je odstranit nesnesitelné fyzické utrpení nevléčitelně a nezachránitelně postižené osoby, provedené na její žádost nebo s jejím souhlasem.⁸⁶

Teorie rozlišuje euthanasii pasivní a aktivní. **Pasivní euthanasie** (tzv. přístup odkloněné stříkačky) je postup, kdy se souhlasem nemocného již nejsou prováděny další kurativní zákroky, protože smrt pacienta stejně nedokážou odvrátit. Podle platného práva pacient má právo další kurativní péči odmítnout za podmínky, že byl poučen o důsledcích takového rozhodnutí.⁸⁷ **Aktivní euthanasie** bývá definována jako úmyslné jednání jiné osoby než pacienta, vedoucí k ukončení života pacienta na jeho vlastní žádost.

Za zvláštní formu euthanasie je třeba považovat odmítnutí léčby ve vitální indikaci.

⁸³ Morální přesvědčení lékaře ale nemůže být důvodem, aby nerespektoval pacientovo přání a v rozporu s ním v léčbě pokračoval. Právo odmítnout lékařskou péči je základním právem pacienta a lékař, jakkoli s takovým postupem vnitřně nesouhlasí, musí respektovat svobodu pacienta vykonávat kontrolu nad svým životem.

⁸⁴ **Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, § 23 odst. 2.**

⁸⁵ K trestní odpovědnosti lékaře za neprovedení léčby ve vitální indikaci blíže viz **kapitola 5.**

⁸⁶ HENDRYCH, Dušan, a kol., *Právní slovník*, 3. Podstatně rozšířené vydání, Praha, C. H. Beck, 2009, strana 216.

⁸⁷ Blíže viz **kapitola 6.**

Odmítnout svůj život je projevem práva jedince na sebeurčení. Sebevrah jedná sám za sebe, je autorem svého rozhodnutí i činu.⁸⁸ Stejně tak někteří těžce nemocní nechtějí pokračovat v léčbě a přejí si zemřít, ale jejich zdravotní stav jim neumožňuje toto rozhodnutí bez cizí pomoci realizovat. „*Každý je pánem svého života, jež může i zničit. Může-li toto právo uplatnit sám, jestliže zákon sebevraždu netrestá, proč by je nemohl provést i prostřednictvím jiného?*“⁸⁹

Volba jednotlivce pokud jde o právo ukončit život odmítnutím další léčby není v současnosti většinou právních řádů zpochybňována⁹⁰, nikdo nemůže být nucen dál žít navzdory svému přání. Život je posvátný, ale ne nedotknutelný.⁹¹ **Složitější je otázka, jestli může být někdo nucen, aby asistoval jinému při ukončení života.** Žádný lékař není povinen splnit přání pacienta na milosrdnou smrt, dokonce i v Holandsku může lékař nevyhovět opakovaným prosbám nemocného, pokud má na věc jiný názor.

Podle **článku 3 EULP** „*nikdo nesmí být podroben mučení nebo nelidskému či ponižujícímu zacházení a trestání*“. Je porušením tohoto práva, pokud je pacientům bez naděje na uzdravení, trpícím neutišitelnými bolestmi, odmítáno právo na aktivní euthanasii?

Aktivní euthanasie je v současnosti povolena pouze dvěma právními řády na světě, a to **nizozemským**⁹² a **belgickým**. Odmítnutí aktivní euthanasie většinou států má do určité míry kořeny v náboženské tradici, která zdůrazňuje nedotknutelnost a posvátnost života bez ohledu na jeho kvalitu. Kromě toho je většina právníků mimo Nizozemí toho názoru, že riziko zneužití⁹³ aktivní euthanasie je příliš vysoké a jeho existenci by mohla významně **narušit důvěru pacientů a veřejnosti k zdravotnickým pracovníkům**. V souvislosti se zneužitím euthanasie bývají často zmiňovány zákroky prováděné lékaři za 2. světové války. Leo Alexander, bostonský psychiatr a poradce a

⁸⁸ HAŠKOVCOVÁ, Helena, *Práva pacientů*, Chomutov, nakladatelství Aleny Kutilové, 1996, strana 90.

⁸⁹ FERRI, E., *Omicidio-suicidio*, Řím, 1922, s. 47–51.

⁹⁰ Přesto řada států stále neuznává žádnou z forem euthanasie s poukazem na to, že přání nemocného není dostatečným důvodem k tak závažnému činu, jakým je usmrcení člověka. Tyto státy stále vychází z ochrany života jako nejvyšší hodnoty, dokonce i proti právu jedince na sebeurčení.

⁹¹ BRAZIER, Margaret, CAVE, Emma, *Medicine, Patients and the Law*, Londýn, Penguin Books, 2007, strana 60.

⁹² Oba právní řády přitom stanoví řadu **podmínek**, které musí být splněny, aby se lékař provádějící euthanasii vyhnul trestní odpovědnosti. Jsou jimi především svobodná, dobře uvážená žádost pacienta, objektivní stav působící pacientovi nesnesitelné útrapy bez perspektivy na zlepšení, subsidiarita euthanasie a konzultace rozhodnutí s dalším lékařem. Blíže k této problematice KEOWN, J., *The Law and Practice of Euthanasia in the Netherlands*, 1992, strana 34 a následující.

⁹³ **Zneužití** přitom může mít podobu nátlaku vyvíjeného na pacienta ze strany rodiny, zneužití kvůli výnosnému obchodu s orgány nebo předčasné ukončení života pacientů, kteří představují pro zdravotnický systém enormní zátěž vzhledem k náročné léčbě, kterou potřebují.

pozorovatel na Norimberském soudu s lékaři (1946–1947) k této otázce napsal: „*At' již tyto zločiny doznaly jakýchkoliv rozměrů, bylo všem, kteří je vyšetřovali, jasné, že vždy začínaly v nepatrných počátcích. Zprvu se jednalo o pouhý odklon od důrazu na základní postoj lékařů. Vše začínalo přijetím postoje, podstatným v akci euthanasie, že totiž existuje život nehodný života. Tento postoj se zpočátku týkal pouze těžce a chronicky nemocných. Postupně se sféra těch, kteří byli zahrnováni do téže kategorie, rozšiřovala o lidi neproduktivní, ideologicky nežádoucí, rasově nežádoucí a nakonec všechny ne-Němce. Ale je třeba si uvědomit, že právě oním prvním krokem, z něhož celý další způsob myšlení získal svůj impuls, byl postoj k nevléčitelně nemocnému. A je to právě tento zdánlivě nevelký posun v důrazu na postoj lékaře, který je třeba pečlivě zkoumat.*“⁹⁴

Odpůrci euthanasie nabízejí **alternativy** takového postupu, z nichž nejvýznamnější je paliativní péče. **Paliativní péče** je právem zcela aprobována, jelikož nijak nezasahuje do průběhu umírání, smrt nastane nejdříve ve stejném časovém okamžiku, jako by k léčbě vůbec nedošlo.

Stoupenci euthanasie argumentují, že tento postup umožňuje **volbu pacienta mezi těžkým utrpením a smrtí**. S vývojem medicíny sice dochází k prodloužení délky života, takto prodloužený život ovšem zdaleka ne vždy bývá kvalitní, řada pacientů trpí nesnesitelnými bolestmi. Umožnit takovému člověku bezbolestný a důstojný odchod ze života je podle zastánců euthanasie morální.

V českém právním řádu, na rozdíl od některých zahraničních⁹⁵, není **privilegovaná skutková podstata usmrcení ze soucitu**. „Život je chráněn i v době, kdy osoba, o níž se jedná, je nevléčitelně smrtelně nemocná nebo je smrtelně zraněná a její smrt je již neodvratná. Je proto trestný i útok na život takové osoby, aby bylo zkráceno

⁹⁴ MUNZAROVÁ, Marta, a kol., *Proč NE eutanazii aneb Být, či nebýt*, Kostelní Vydří, Karmelitánské nakladatelství, 2008, strana 39–40.

⁹⁵ Některé dnešní úpravy (například polská, německá, rakouská či švýcarská) považují euthanasii sice za trestný čin, ale **privilegované povahy, s výrazně nižší trestní sazbou než u vraždy** (například v Polsku hrozí pachateli trest odnětí svobody do 5 let). Žádost pacienta o provedení euthanasie musí být podle předpisů těchto států výslovná, vážně míněná, pevná a jednoznačná, prosta právních vad. Může ji dát jen osoba, která je příčetná, způsobilá k právním úkonům a schopná řádně vyhodnotit situaci se všemi důsledky. Současně musí existovat správné důvody na straně toho, kdo má usmrcení provést. Jako příklad je uvedena nevléčitelná nemoc, jež způsobuje nemocnému nesnesitelné útrapy. Podle polské úpravy se tohoto činu může dopustit kdokoli, byť v praxi se předpokládá, že to bude lékař konající na žádost nejbližšího příbuzného. Úprava se přitom vztahuje jak na čin spáchaný konáním (vstříknutím smrtící látky), tak opominutím (nepodáním příslušného léku).

utrpení umírajícího, a to často na jeho vlastní a výslovnou žádost."⁹⁶

Z tohoto důvodu je trestný i útok na život takové osoby, a to i z důvodů euthanasie. V těchto případech je však třeba pečlivě vážit, zda jde o **trestný čin zabití** dle § 141 trestního zákoníku, který vyžaduje, aby pachatel jednal v silném rozrušení z omluvitelného hnutí mysli, kam by s přihlédnutím k okolnostem případu bylo možné zahrnout také soucit s trpícím umírajícím, anebo zda jsou splněny podmínky pro posouzení takového jednání jako **trestného činu vraždy** podle § 140 trestního zákoníku. (...)Po zvážení všech okolností trestného činu spáchaného osobou, která se euthanasie dopustila, by soud mohl při ukládání trestu obžalovanému využít **§ 58 trestního zákoníku o mimořádném snížení trestu odnětí svobody**.⁹⁷

Etický kodex ČLK považuje euthanasii za neetickou, nicméně akcentuje důstojnost života.

Svoboda jednotlivce rozhodnout se, pokud tak může učinit, není všeobecně zpochybňována. Složitější problém nastane, pokud se pacient nemůže sám rozhodnout. Tady se do centra pozornosti dostává rozdíl mezi „zabít“ a „nechat zemřít“. Jednak technologie znesnadňuje rozlišení mezi těmito dvěma; dále lze říci, že není dle platné morálky mezi nimi rozdíl; někteří autoři uvádí, že bezbolestné ukončení života pacienta je rozhodnutí morálně převyšující rozhodnutí nechat ho zemřít pomalou a nedůstojnou smrtí.

⁹⁶ ŠÁMAL, P., PÚRY, F., RIZMAN, S.: *Trestní právo - komentář*, Praha, C. H. Beck, 1998, str. 1018.

⁹⁷ VANTUCH, Pavel, článek *K trestným činům proti životu a zdraví v novém trestním zákoníku* z 24. 6.2010, <http://pravniradce.ihned.cz> .

7. Právo na důstojnost

Důstojnost jest tolik, jako zasloužilost, hodnost, cena osobní, vážnost (v chování) ve smyslu konkrétním i úřad čestný.⁹⁸

Důstojnost jedince je jedním z jeho **základních práv**. Je chráněna *Všeobecnou deklarací lidských práv, Úmluvou o biomedicině i Evropskou úmluvou na ochranu lidských práv a základních svobod*.

Rovněž vnitrostátní právo poskytuje důstojnosti jedince ochranu prostřednictvím norem nejvyšší právní síly. „Každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost.“⁹⁹

„Fyzická osoba má právo na ochranu své osobnosti, zejména života a zdraví, občanské cti a **lidské důstojnosti**, jakož i soukromí, svého jména a projevů osobní povahy.“¹⁰⁰ Pokud je do důstojnosti jedince zasaženo, má možnost se proti takovému zásahu bránit. Ustanovení **§ 11 a následujících OZ** umožňují odškodnit imateriální újmu, která takovým zásahem do důstojnosti jedinci vznikla. Všechna tato ustanovení se vztahují rovněž na imateriální újmu vzniklou porušením důstojnosti jedince v souvislosti s poskytováním zdravotní péče.

7.1 Právo na důstojné umírání

Až do 19. století byla profesionální lékařská péče o nemocné a umírající dostupná pouze bohatým vrstvám obyvatel, ostatní byli odkázáni na laickou péči poskytovanou rodinou v domácím prostředí. V 19. století se péče o nemocné přesunula do nemocnic a nabyla odborný charakter. Z medicínského hlediska je zde pacientům poskytnuta veškerá dostupná péče, nedostatkem tohoto modelu je absence lidského kontaktu. Nikdo se nerodí sám a nikdo by neměl sám umírat. V praxi je ale osamění časté až pravidelné. Nikdy v minulosti člověk neumíral tak sám jako v současnosti.¹⁰¹

Více než 80% lidí dnes umírá v nemocnicích nebo v jiných kolektivních

⁹⁸ *Ottův slovník naučný*, Praha, Paseka/Argo, 1997, 8.díl, strana 229.

⁹⁹ *Listina základních práv a svobod, článek 10 odst. 1.*

¹⁰⁰ *Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, § 11.*

¹⁰¹ HAŠKOVCOVÁ, Helena, *Práva pacientů*, Chomutov, nakladatelství Aleny Kutilové, 1996, strana 138.

zařízeních.¹⁰² Zvyk izolovat umírající se datuje do 30. let 20. století, kdy převládal názor, že je třeba umírajícímu zajistit potřebný klid. Koncem 50. let se začalo diskutovat o tom, že tento přístup pouze násobí pocit osamění, že umírající naopak touží po přítomnosti jiného člověka. Je proklamován požadavek důstojnosti umírání a smrti, důraz je kladen na lidskou účast a psychickou podporu.

„Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musejí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.“¹⁰³

Umožnit pacientovi důstojně zemřít je poslední služba, kterou mu lékař může prokázat. Lékař není povinen použít všechny nástroje, aby za každou cenu prodloužil lidský život. Podle § 1 odst. 2 *Etického kodexu ČLK* je úkolem lékaře je chránit zdraví a život a mírnit utrpení. Ve chvíli, kdy již lékař není schopen další kurativní péčí zlepšit pacientův zdravotní stav a odvrátit smrt, je povinen alespoň mírnit bolest za pomoci tisících léků. Je obecně známé, že při podávání těchto medikamentů vzniká u pacienta návyk a k utlumení bolesti je třeba jejich dávky neustále zvyšovat. Zároveň tyto léky tlumí životně důležité funkce a jsou příčinou dřívější smrti pacienta. Navzdory těmto skutečnostem je však podávání bolest tišících léků, jehož účelem je zmírnit nesnesitelné bolesti, v souladu s právem, zájem na důstojném a pokud možno komfortním umírání pacienta zde převáží nad prodloužením jeho života o několik dnů či týdnů. **U smrtelně nemocného pacienta se riziko zkrácení života, jdoucí ruku v ruce s tišením bolesti opiáty, považuje za akceptovatelné.**¹⁰⁴

¹⁰² V této souvislosti se hovoří o tzv. **institucionalizované formě umírání**.

¹⁰³ *Etický kodex Práva pacientů, článek 10.*

¹⁰⁴ NOVOTNÝ, O., a kol., *Trestní právo hmotné*, svazek II, zvláštní část, Praha, Codex, 1997, strana 20.

8. Právo na zdraví a zdravotní péči

Právo na zdraví a zdravotní péči je v české literatuře¹⁰⁵ označováno za **integrální součást práva na život**.¹⁰⁶

Požadavek, aby stát chránil život jednotlivců a pečoval o jejich zdraví, najdeme už v díle Karla Marxe z 19. století, v němž požaduje „*zrušit všechny poměry, v nichž je člověk bytostí ponižovanou, zotročovanou, opuštěnou a opovrhovanou*“.

8.1 Zdraví

Zdraví je uspořádaný souhrn normálních tělesných funkcí, tělesné stavby a normální látkové výměny.¹⁰⁷

*„Zdraví je termín, který odkazuje na kombinaci nepřítomnosti nemoci, schopnost zvládnout každodenní aktivity, tělesné zdraví a vysokou kvalitu života.“*¹⁰⁸

Preambule Konstituce Světové zdravotnické organizace z roku 1946 definuje zdraví jako **stav kompletní fyzické, mentální a sociální pohody, nikoli pouze absence nemoci nebo vady**.¹⁰⁹ Podle dnešní teorie zdraví nemůže být definováno jako stav, musí být nazíráno jako proces nepřetržitého přizpůsobování měnícím se požadavkům života.

Existují čtyři obecné determinanty zdraví, kterými jsou biologie člověka, prostředí, životní styl a zdravotnické organizace. Věda a praktická medicína mohou uchování zdraví významně napomoci, ale nepopiratelný podíl na něm má i individuální úsilí každého jednotlivce.

*„Péči společnosti o zdraví lidu musí odpovídat snaha každého jednotlivce žít zdravě a vyvarovat se vlivů škodlivě působících na jeho zdraví.“*¹¹⁰ Sám člověk má **povinnost pečovat o své zdraví**.¹¹¹

¹⁰⁵ PAVLÍČEK, V. a kol., *Ústava a ústavní řád České republiky: Komentář*, 1. a 2. díl, Praha, Linde, 1999.

¹⁰⁶ Blíže viz **kapitola 5**.

¹⁰⁷ PAVLÍČEK, Václav a kol., *Ústava a ústavní řád České republiky: Komentář*, 2. díl., 2. vydání, Praha, Linde, 2002, str. 251.

¹⁰⁸ <http://zdravi.navajo.cz>.

¹⁰⁹ <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf> „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“

¹¹⁰ **Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, článek 2.**

¹¹¹ PAVLÍČEK, Václav a kol., *Ústava a ústavní řád České republiky: Komentář*, 2. díl, 2. vydání, Praha, Linde, 2002, strana 251.

Fyzická kondice, zdravá váha, zdravá strava, zvládnání stresu a nepožívání alkoholu ani jiných návykových látek jsou příklady kroků ke zlepšení svého zdraví.

Úmyslné jednání lékaře, v jehož důsledku dojde k porušení zdraví pacienta, může být kvalifikováno jako trestný čin **ublížení na zdraví** (§ 146 TZ) **nebo těžkého ublížení na zdraví** (§ 145 TZ). Chybí-li úmysl, lze jednání kvalifikovat jako **ublížení na zdraví z nedbalosti** (§ 148 TZ) nebo **těžké ublížení na zdraví z nedbalosti** (§ 147 TZ). „*Za ublížení na zdraví se pokládá porucha zdraví poškozeného, která mu ztěžuje obvyklý způsob života nebo výkon obvyklé činnosti po dobu okolo 7 dnů.*“¹¹²

8.2 Zdravotní péče

Zdravotní péče je pojem, který je třeba v kontextu LZPS a Ústavy vykládat jako **právo na komplexní péči a ochranu zdraví, včetně prevence a zdravotní výchovy.**

Co může zahrnovat právo na zdravotní péči? **Článek 25 Všeobecné deklarace lidských práv** říká: „*Každý má právo na takovou životní úroveň, která by byla s to zajistit jeho zdraví a blahobyt i zdraví a blahobyt jeho rodiny, počítajíc v to zejména výživu, šatstvo, byt a lékařskou péči, jakož i nezbytná sociální opatření.*“

V souladu s principem rovnosti, deklarovaným v preambuli tohoto dokumentu, je třeba dodržovat rovnost v přístupu ke zdravotní péči.

Požadavek rovné dostupnosti zdravotní péče je vyjádřen i v **článku 3 Úmluvy o biomedicíně**. Pojem rovná dostupnost v tomto kontextu znamená především **nepřítomnost neoprávněné diskriminace**. Rovná dostupnost není přitom synonymem absolutní rovnosti. Nevylučuje nadstandardní zdravotní péči podle ekonomických možností jednotlivce. Zaručuje však účinné zajištění dostatečného stupně zdravotní péče u všech členů společnosti bez rozdílu jejich ekonomických možností a společenského postavení.¹¹³

Článek 13 Evropské sociální charty zavazuje státy zajistit, aby se **každému dostalo přiměřené pomoci a péče** vyžadované jeho zdravotním stavem. Základní potřeby jedince pokud jde o zdravotní péči se mohou výrazně lišit a právo na zdravotní

¹¹² NS ČR - R 16/1986.

¹¹³ MACH, Jan a kol., *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy*, 2.vyd., Praha, LexisNexis, 2005, strana 91.

péči není a ani nemůže být neomezené. Množství finančních prostředků v pojistném systému je limitující, ne každému pacientovi může být nabídnuta veškerá léčba, ze které by měl prospěch. K efektivnímu využití omezených prostředků a objektivnímu stanovení priorit při rozhodnutí o poskytnutí nebo neposkytnutí léčby používají zdravotníci ekonomové indikátor **Quality Adjusted Life Years**, který měří zdraví jako počet let po zákroku poměřený pacientovou kvalitou života.¹¹⁴

Ústavní základ práva na zdravotní péči představuje **článek 31 LZPS**. „Každý má právo na ochranu zdraví.“¹¹⁵

Z použití výrazu „každý“ lze dovodit, že se jedná o **právo lidské**, nikoli občanské, tudíž je garantováno každému jedinci bez ohledu na státní příslušnost. Tohoto práva se lze **dovolat v rámci zákonů, ale i mezinárodních smluv**, kterými je ČR vázána podle čl. 10 Ústavy.

Zákonem, který zejména provádí Listinou obecně garantované právo na zdravotní péči, je **zákon o péči o zdraví lidu**. „Občané mají právo na poskytování zdravotní péče podle ustanovení tohoto zákona, zákona o všeobecném pojištění a předpisů vydaných k jejich provedení a zákona o ochraně veřejného zdraví.“¹¹⁶

Péče státu o veřejné zdraví je veřejným zájmem a patří k základním funkcím moderního státu.¹¹⁷ **Stát odpovídá za ochranu veřejného zdraví**, včetně provádění preventivních hygienických opatření a ochrany před epidemiemi přenosných nemocí.

„V zájmu svého zdraví a zdraví spoluobčanů je každý povinen

a) *podrobit se v případech stanovených obecně závaznými předpisy zdravotnickým prohlídkám a diagnostickým zkouškám, léčení nemocí společensky zvláště závažných, asanačním, dezinfekčním a jiným opatřením na ochranu před nákazou,*“¹¹⁸

Ochranu před epidemiemi přenosných nemocí představuje především **očkování**. V české republice je každý povinen podrobit se v souladu s tímto ustanovením očkování proti některým typům chorob. Takový typ povinnosti představuje omezení svobody

¹¹⁴ Problematické je v tomto ohledu vymezení kvality života, stanovení, kdy je život kvalitní a kdy už není. Jedná se totiž o velmi subjektivní hodnocení, založené na hodnotovém systému každého jednotlivce. Co pro jednoho představuje kvalitní život, by pro druhého bylo naprosto neakceptovatelné. Je tedy správné, aby někdo třetí na základě vlastního úsudku a vlastních hodnot stanovil, zda je pacientův život natolik kvalitní, aby stál za vynaložení dalších finančních prostředků?

¹¹⁵ *Listina základních práv a svobod, článek 31 věta 1.*

¹¹⁶ *Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, § 9 odst. 1.*

¹¹⁷ PAVLÍČEK, Václav a kol., *Ústav a ústavní řád České republiky: Komentář, 2. díl, 2. vydání*, Praha, Linde, 2002, strana 252.

¹¹⁸ *Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, § 9 odst. 4.*

jednotlivce rozhodovat o své osobě v procesu poskytování zdravotní péče, zásah do jeho práva na sebeurčení. V souladu s textem Úmluvy o biomedicině je takové omezení ze strany státu přípustné pouze v zájmu ochrany veřejného zdraví, tedy pokud zájem na ochraně zdraví obyvatel převáží nad ochranou svobodného rozhodování jednotlivce. Tomuto kritériu ovšem ne všechny u nás povinná očkování vyhovují.¹¹⁹

Zájem státu na ochraně zdraví obyvatel se odráží i v ustanoveních trestního práva. Trestní zákoník obsahuje například skutkové podstaty **šíření nakažlivé lidské nemoci** (§ 152 TZ), **šíření nakažlivé lidské nemoci z nedbalosti** (§ 153 TZ), **ohrožení pohlavní nemoci** (§ 155 TZ), **ohrožování zdraví závadnými potravinami a jinými předměty** (§ 156 TZ) a **ohrožování zdraví závadnými potravinami a jinými předměty z nedbalosti** (§ 157 TZ).

Právo na ochranu zdraví nezahrnuje pouze nárok na poskytnutí zdravotní péče z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Představuje právo jedince nebýt pouhým objektem zdravotní péče, jeho **subjektivní právo podílet se na péči o své zdraví**. Každý má právo rozhodnout, kdo a jakým způsobem bude o jeho zdraví pečovat s tím omezením, že jeho rozhodování nesmí ohrozit zdraví nebo právem chráněný zájem jiných osob.

Je třeba konstatovat, že mnoho pacientů není ochotno přijmout spoluzodpovědnost za své zdraví. Stále u nás přetrvává přístup, že člověk nemusí o své tělo a zdraví pečovat, může s ním zacházet jakkoli, a povinností lékařů je následně všechny tyto škody napravit, pokud možno zcela na náklady veřejného zdravotního pojištění. Podle zkušeností lékařů řada pacientů odmítá do léčby svých zdravotních potíží vkládat vlastní peníze a čas, vzdát se nezdravého životního stylu, jakkoli se omezovat.

Situaci lze ilustrovat na **preventivních zdravotních prohlídkách**. Každý pojištěnec starší 18 let má v souladu s **§ 13 zákona o veřejném zdravotním pojištění** nárok absolvovat jednou za 2 roky preventivní prohlídku u svého praktického lékaře. Přesto této možnosti využívá jen 20-30% obyvatel¹²⁰, což je v porovnání s ostatními

¹¹⁹ Blíže viz **poznámka pod čarou č. 21**.

¹²⁰ FAIT, T., VRÁBNÍK, M., ČEŠKA, R., a kol., *Preventivní medicína*, MAXDORF, 2008, strana 14. Statisticky využívají preventivní péče více ženy než muži, zodpovědnější z hlediska prevence jsou zejména starší lidé. Osoby starší 18 let nejsou v České republice povinně zvány na preventivní kontroly, jako je tomu například u dětí a mladistvých, zejména z důvodu administrativní náročnosti takového postupu. Určité řešení situace poskytuje elektronická zdravotní knížka (EZK). Tento nástroj

evropskými zeměmi velmi málo. Pacienti význam prevence podceňují, často přichází k lékaři až v okamžiku, kdy je nemoc v pokročilém stádiu.¹²¹ Přitom právě prevence může ušetřit v pojistném systému velké množství peněz, které mohou být následně použity efektivněji. Za preventivní prohlídku zaplatí zdravotní pojišťovna praktickému lékaři kolem 400 Kč, díky ní ale může ušetřit částky v řádu statisíců. Řadě nemocí lze účinnou prevencí předejít úplně, jiné lze alespoň diagnostikovat již v počátečním stádiu, kdy je jejich léčba nejefektivnější a nejméně nákladná. Jelikož je ale absolvování preventivní zdravotní prohlídky právem pacienta, nikoli jeho povinností, nemůže být za její nepodstoupení nijak postižen. Řešením by bylo například zavedení povinnosti pacienta hradit zcela či částečně náklady, které musely být na jeho léčbu vynaloženy v důsledku zanedbání prevence.

8.3 Právo na kvalitní zdravotní péči

*„Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“*¹²²

Právo na lékařskou péči je nepochybné, je garantováno mezinárodními dokumenty, ústavním pořádkem i zákonnými normami. Nárok na odbornou zdravotnickou péči prováděnou kvalifikovanými pracovníky je jako morální nárok vyjádřeno rovněž v Právech pacientů.

*„Pacient má právo na ohleduplnou **odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.**“*¹²³

Dlouhou dobu bylo toto právo vykládáno jako právo na léčbu v souladu s nejnovějšími poznatky vědy a techniky. Tento výklad podporoval i text preambule původního znění zákona o péči o zdraví lidu. *„Socialistické společenské zřízení, v němž je zájem společnosti na zdraví lidu v souladu se zájmem jednotlivců, vytváří podle současných poznatků vědy a techniky všechny podmínky pro úspěšné rozvíjení péče o*

umožňuje upozorňovat klienta zvolenou formou na veškeré preventivní prohlídky, na které má v rámci zdravotního pojištění nárok. EZK je nicméně zatím dostupná pouze pro klienty VZP a tudíž neřeší situaci nedostatečné prevence komplexně z hlediska všech pacientů.

¹²¹ Situace je podle samotných zdravotních pojišťoven způsobena tím, že náš systém není skutečným pojištěním. Pokud by pojišťovna měla možnost v rámci pojistné smlouvy dát klientovi možnost volby a zainteresovat ho na prevenci a aktivním přístupu k léčbě, bylo by v zájmu klienta péči o své zdraví nezanedbávat a v důsledku toho by poklesly i výdaje na zdravotní péči.

¹²² *Ústavní zákon č. 2/1933 Sb., Listina základních práv a svobod, článek 31 věta 2.*

¹²³ *Článek 1 Etického kodexu Práva pacientů.*

zdraví.“

Ačkoli by z etického hlediska bylo ideální, aby každý pacient dostal veškerou zdravotní péči, kterou potřebuje, vždy bude existovat nepoměr mezi potřebami pacientů a možnostmi společnosti.¹²⁴ Jak konstatuje Haškovcová, „ Žádný stát na světě není schopen zajistit každému vždy, všude a vše, co nabízí špičková lékařská věda a technologie. (...) Je třeba chápat, že nemocný může nárokovat jen optimální (dostupnou), nikoli maximální (ideální) péči (tj. péči s použitím takových postupů diagnostiky a léčby, které jsou v souladu s nejnovějšími poznatky vědy a techniky)“¹²⁵.

Při poskytování zdravotní péče spolu soupeří dvě tendence: poskytnout pacientům nejlepší možnou léčbu a efektivně využít dostupné zdroje. Faktorem, který limituje dostupnost ideální péče, přitom nejsou jen **ekonomické možnosti státu**, ale i **nedostatek kvalifikovaných specialistů** nebo **geografická vzdálenost**.¹²⁶ I přes tyto, někdy velké, rozdíly se hovoří o nutnosti zakotvení **terapeutického minima**, standardu péče, který by měl být dostupným právem každého nemocného, kdykoli, kdekoli.

Právo na lékařskou péči je třeba vykládat tak, že **každý pacient má nárok na odbornou zdravotnickou péči lege artis, tedy reálnou a dostupnou pomoc, která bude provedena kvalifikovaně, s ohledem na konkrétní možnosti v prostoru a čase**.¹²⁷ „Je třeba využívat těch poznatků lékařské vědy, které jsou zdravotnickému zařízení dostupné, které jsou při dané diagnóze považovány za obvyklé a jejichž použití představuje odborně správný postup, avšak s přihlédnutím ke konkrétním možnostem včetně ekonomických podmínek.“¹²⁸

Péče, která je pacientovi na základě článku 31 LZPS poskytována, musí splňovat požadavek **článku 3 Úmluvy o biomedicíně**, totiž musí se jednat o **rovně dostupnou**

¹²⁴ S vývojem medicíny ve 20. století se tento rozpor paradoxně ještě zvětšil, protože léčba za pomoci moderních přístrojů je velice drahá. Zároveň, vzhledem k celkovému stárnutí populace, je stále větší procento lidí, kteří potřebují lékařskou péči po mnohem delší dobu a v mnohem větším rozsahu, než bylo dříve běžné.

¹²⁵ HAŠKOVCOVÁ, Helena, *Práva pacientů*, Havířov, nakladatelství Aleny Kutilové, 1996, strana 19.

¹²⁶ Právě aspekt geografických bariér bývá dle Haškovcové velmi často opomíjen. Jako příklad uvádí případ pacienta, který je stížen infarktem. Jeho šance na záchranu se podstatně liší v závislosti na tom, zda k události dojde v centru velkoměsta nebo například v lese.

¹²⁷ V této souvislosti anglické soudy v několika případech došly k závěru, že není v jejich pravomoci vydat příkaz, který by nařizoval okamžité poskytnutí zdravotní péče, pokud zdravotnické zařízení v daném případě nepostupovalo naprosto nepřiměřeně. Pacient nemá právo požadovat bezodkladné poskytnutí péče, zdravotnické zařízení může poskytovat péči pouze s ohledem na své omezené zdroje, finanční i personální. Pokud by soud měl vydat takové rozhodnutí, měl by vlastně rozhodnout, zda pacient A potřebuje operaci nutněji než pacient B- a k takovému rozhodování nemá potřebné znalosti.

¹²⁸ MACH, Jan a kol., *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy*, 2.vydání, Praha, LexisNexis, 2005, strana 55.

pěči patřičné kvality. Takový nárok však mohou uplatňovat pouze osoby, které se účastní na veřejném zdravotním pojištění podle zákona o veřejném zdravotním pojištění.

Cizincům z nečlenských států EU, kteří nejsou v postavení pojištěnců a nemají uzavřeno zvláštní pojištění pro zdravotní péči v ČR, se poskytuje zdravotní péče za finanční úhradu. Cizincům z členských států EU se od 1. 5. 2004 poskytuje zdravotní péče hrazená ze zdravotního pojištění stejně jako českým pojištěncům. Rozsah takto hrazené péče však musí odpovídat účelu a délce pobytu v České republice.¹²⁹ Jedincům, kteří nejsou v České republice zdravotně pojištěni, popřípadě nemají dostatečné prostředky k úhradě zdravotní péče, je nezbytné poskytnout zdravotní péči, nicméně pouze neodkladnou péči na základní úrovni.

Pokud je pacientovi léčba odepřena, je takové jednání žalovatelné na základě Úmluvy o biomedicině v případě, že takový postup vede k nehumánní nebo ponižující léčbě anebo je toto rozhodnutí diskriminační na základě invalidity nebo věku daného pacienta.¹³⁰

„Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou.“¹³¹ Pouze **včasná zdravotní péče** je kvalitní péčí. Podle ESD pokud domovský stát není schopen poskytnout zdravotní péči v přiměřené době, má pacient právo žádat její poskytnutí v jiném evropském státě, kde se mu jí dostane rychleji, a pojišťovna má povinnost tuto péči uhradit. Při posouzení, zda je daný čekací čas přijatelný, je třeba objektivně zhodnotit klinické potřeby daného pacienta. Pokud pacient čeká déle, než doporučuje lékař, bez ohledu na běžné čekací časy v daném státě, musí pojišťovna uhradit náklady, které pacient zaplatí za péči v jiném členském státě.

8.3.1 Profesionální povinnosti a standardy

Čl. 4 Úmluvy o biomedicině stanoví, že „*jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je třeba provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy*“.¹³² Pojem „**zákrok**“ je zde přítom míněn v poměrně širokém smyslu- zahrnuje veškeré

¹²⁹ MACH, Jan a kol., *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy*, 2.vydání, Praha, LexisNexis, 2005, strana 103.

¹³⁰ BRAZIER, Margaret, CAVE, Emma, *Medicine, Patients and the Law*, Londýn, Penguin Books, 2007, strana 40.

¹³¹ *Etický kodex Práva pacientů, článek 8., věta 1.*

¹³² Podle vysvětlující zprávy se tento článek týká všech profesionálních zdravotnických pracovníků obecně. Na jiné osoby než profesionální zdravotnické pracovníky, byť by například v naléhavém případě prováděly zdravotnické úkony, se nevztahuje.

lékařské výkony zejména za účelem léčebné, diagnostické, preventivní nebo rehabilitační péče nebo v souvislosti se zdravotnickým výzkumem.¹³³

Obligatorní **podmínkou legality jakéhokoli zákroku** v oblasti péče o zdraví tedy není jen jeho soulad s platným právem, ale rovněž s profesními pravidly stanovenými příslušnou profesní komorou.

„Každý je povinen počínat si tak, aby nedocházelo ke škodám na zdraví, na majetku, na přírodě a životním prostředí.“¹³⁴ Kromě této **obecné povinnosti předcházet škodám na zdraví** ukládá zákon o péči o zdraví lidu zdravotnickým pracovníkům povinnost „vykonávat zdravotnické povolání svědomitě, poctivě, s hlubokým lidským vztahem k občanům a s vědomím odpovědnosti ke společnosti“¹³⁵ a „v rozsahu a způsobem, pro něž zásady určuje ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s profesními organizacemi“¹³⁶. § 9 odst. 2 písm. a) zákona 220/1991 Sb. ukládá každému členovi komory „vykonávat své povolání odborně, v souladu s jeho etikou a způsobem stanoveným zákony“.

Česká lékařská komora, Česká stomatologická komora a Česká lékárnická komora jsou oprávněny¹³⁷ přijímat pro své členy **závazná stanoviska** pro výkon jejich povolání.¹³⁸ Tato stanoviska jsou zveřejňována ve věstníku dané komory a na jejích internetových stránkách. Jak plyne z jejich názvu, stanoviska jsou pro členy komory **závazná**, jejich nedodržením se zdravotnický pracovník vystavuje jednak **trestní odpovědnosti za ublížení na zdraví z nedbalosti** dle § 148 TZ (porušení závazného stanoviska zde bude posuzováno jako porušení důležité povinnosti ve smyslu trestního zákoníku), jednak občanskoprávnímu nároku pacienta na náhradu škody.

Na základě oprávnění garantovaného § 2 odst. 2 písm. i) zákona 220/1991 Sb. vydala Česká lékařská komora **Etický kodex**, podle jehož **§ 2 odst. 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

¹³³ MACH, Jan a kol., *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy*, 2.vydání, Praha, LexisNexis, 2005, strana 11.

¹³⁴ **Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, § 415.**

¹³⁵ **Zákon č. 20/1966 sb., o péči o zdraví lidu, § 55 odst. 1.**

¹³⁶ **Zákon č. 20/1966 sb., o péči o zdraví lidu, § 55 odst. 2, písmeno a.**

¹³⁷ Oprávnění vydávat závazná stanoviska plyne z **§ 2 odst. 2 písm. i) zákona 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře.**

„(2) Komory jsou oprávněny

i) vydávat pro členy komor závazná stanoviska k odborným problémům poskytování zdravotní péče a ve zdravotnickém výzkumu,“ .

¹³⁸ MACH, Jan a kol., *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy*, 2.vydání, Praha, LexisNexis, 2005, strana 12.

nemocného považuje za nejvýhodnější. Přitom je povinen respektovat v co největší možné míře vůli nemocného (nebo jeho zákonného zástupce).“ Zdravotnický pracovník má tedy při poskytování zdravotní péče možnost volit z více lege artis postupů, tedy takových, které jsou v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy.¹³⁹

„Závěr o tom, zda konkrétní lékařský úkon byl nebo nebyl proveden lege artis, činí obvykle soud (zpravidla na podkladě znaleckých nebo ústavních posudků, příp. dalších důkazů) v meritorním rozhodnutí, v němž zhodnotí adekvátnost zvoleného postupu. (...) Nelze však pustit ani na okamžik ze zřetele, že ze stěžejních zásad dokazování v novodobém trestním procesu vyplývá požadavek kritického hodnocení všech důkazů, včetně znaleckého posudku. Znalecký posudek je nutno hodnotit stejně pečlivě, jako každý jiný důkaz, ani on nepoužívá žádné větší důkazní síly a musí být podrobován všestranné prověrce nejen právní korektnosti, ale též věcné správnosti. (...) Ponechávat bez povšimnutí věcnou správnost znaleckého posudku, slepě důvěřovat závěrům znalce, by znamenalo ve svých důsledcích popřít zásadu volného hodnocení důkazů soudem podle svého vnitřního přesvědčení, privilegiovat znalecký důkaz a přenášet odpovědnost za skutkovou správnost soudního rozhodování na znalce; takový postup nelze z ústavněprávních hledisek akceptovat.“¹⁴⁰

Ministerstvo zdravotnictví vydává ve spolupráci s profesními organizacemi **medicínské standardy**, představující doporučené postupy poskytování zdravotní péče. Standardy **nejsou právně závazné**. Jsou určeny zdravotnickým pracovníkům, jejich cílem je zajistit vysokou kvalitu a efektivnost zdravotní péče. Stanoví nejen postup léčby určitého onemocnění, ale i nároky na technické a personální vybavení zdravotnického zařízení a strukturu a hierarchii jednotlivých typů zdravotnických zařízení.

*„Měřítkem je **standard průměrně schopné osoby vykonávající odbornou činnost a tvrdící, že má potřebné odborné znalosti**. Člověk nemusí vykazovat nejvyšší možné odborné schopnosti, aby se vyhnul riziku obvinění z nedbalosti. Je uznávaným pravidlem, že postačuje, aby vykazoval průměrné schopnosti průměrné osoby vykonávající dané umění.“¹⁴¹*

Odchytky od medicínských standardů mohou být jednak **vědomé** (například

¹³⁹ Opakem lege artis postupu je **postup non lege artis**, tedy taková zdravotní péče, při jejímž poskytování lékař volí postupy zastaralé, nedostatečně účinné, neověřené nebo dokonce nebezpečné.

¹⁴⁰ 8 Tdo 1421/2008.

¹⁴¹ *Bolarn v. Frien Hospital Management Committee (1957) 2 All ER 118, 12.*

pokud zdravotnický pracovník provede zákrok, k němuž nemá potřebnou specializaci či schopnosti), jednak **nevědomé** (typicky chyby při aplikaci léků, zapomenutí chirurgických pomůcek v těle pacienta apod.).

Nejčastěji v souvislosti s medicínskými standardy zdravotničtí pracovníci namítají, že nikdy nemohou pokrýt celé spektrum situací, se kterými je praktik konfrontován. Proto standardy připouští u každého onemocnění více možných postupů a je na lékaři, aby zvážil jejich vhodnost v konkrétním případě. Není přitom zakázáno, aby se lékař od stanovených standardů odchýlil, musí však takové jednání zdůvodnit.¹⁴²

Každá kodifikace léčebných postupů velmi rychle zastarává, formálně předepsaný postup tak může již být dalším vývojem vědy a výzkumu překonán. Pokud by v této situaci lékař aplikoval postup léčby předepsaný standardy, dostal by se do konfliktu s požadavkem poskytovat zdravotní péči v souladu s dostupnými poznatky lékařské vědy.

I přes své nedostatky jsou medicínské standardy potřebné, protože posilují jistotu lékaře, jakou léčebnou metodu má zvolit, a jistotu pacienta, jakou péči má právo vyžadovat.

8.4 Právo na bezplatnou zdravotní péči

*„Občané mají na základě veřejného pojištění právo na **bezplatnou** zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“¹⁴³*

Právo na bezplatnou zdravotní péči není absolutní. Objem péče a množství pomůcek poskytovaných z veřejného zdravotního pojištění na základě článku 31 LZPS jsou limitovány objemem finančních prostředků získaných na základě povinnosti platit pojistné na veřejné zdravotní pojištění. **Rozsah** takto **hrazené zdravotní péče** je vymezen **§ 13 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění**, v **§ 15 odst. 4** zákon vyjmenovává hrazené léčivé přípravky. **§ 15 odst. 5** v zájmu zajištění bezplatné základní dostupnosti léčivých přípravků a potravin určených pro zvláštní lékařské účely stanoví, že v každé skupině léčivých látek musí být alespoň jeden léčivý přípravek nebo potravina pro zvláštní lékařské účely plně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.

„Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče poskytnutá pojištěnci s cílem

¹⁴² To se týká zejména použití různých druhů experimentální léčby, pokud je lékař přesvědčen, že její aplikace může být pro zdraví pacienta přínosná. Obecně je lékař povinen aplikovat pouze postupy standardní, tedy nacházející se ve druhé fázi své existence.

¹⁴³ *Ústavní zákon č. 2/1933 Sb., Listina základních práv a svobod, článek 31 věta 2.*

*zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav.*¹⁴⁴ Ze zdravotního pojištění **není hrazena péče, jejímž primárním cílem není zlepšení zdravotního stavu pojištěnce.** Mezi tuto péči patří vyšetření, prohlídky a jiné výkony, které jsou prováděny v osobním zájmu a na žádost fyzických nebo právnických osob, jako je například posudek o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel, držení střelné zbraně apod.¹⁴⁵

K omezenosti nároku na zdravotní péči se vyjádřil ve svém usnesení z roku 2009 také Ústavní soud. „*Normativní obsah ústavní normy čl. 31 Listiny je omezen článkem 41 odst. 1 Listiny, protože se ho jako práva lze dovolat pouze v mezích zákonů, které toto ustanovení provádějí. Je proto třeba respektovat, že právo na zdravotní péči je možno uplatňovat jen za podmínek, které stanoví zákon. Ten nepochybně musí vyhovovat obecnému ustanovení Listiny, a to čl. 4, který zákonodárce opravňuje k omezení určitého základního práva zákonem, a zároveň stanoví, že toto omezení musí platit stejně pro stejné případy a vždy musí šetřit podstatu a smysl omezovaného práva či svobody. Zákon upravující práva plynoucí z čl. 31 Listiny tak nesmí mít diskriminační povahu, podmínky, za nichž je možno tato práva uplatňovat, jím musí být stanoveny tak, aby všem občanům byl zajištěn spravedlivý - tedy i vznik možných nerovností vylučující - způsob přístupu ke zdravotní péči přiměřené kvality. Právo na bezplatnou zdravotní péči a zdravotní pomůcky tak nelze pojímat absolutně, neboť stanovit jeho meze je s ohledem na znění čl. 31 Listiny (které klade také důraz na bezplatnost zdravotní péče) věcí zákonodárce. (...) Jak již však Ústavní soud konstatoval ve svém nálezu ze dne 15. 9. 2005, sp. zn. Pl. 35/95, systém veřejného pojištění je jako každý pojišťovací systém limitován objemem finančních prostředků na úhradu zdravotní péče, který se získává na základě povinnosti platit pojistné na všeobecné zdravotní pojištění. Tento limitující faktor je přitom 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. Jakkoli tedy není právo na bezplatnou zdravotní péči a zdravotní pomůcky zajištěno absolutně v plném neomezeném rozsahu, je dle Ústavního soudu v zásadě článek 31 Listiny respektován do té míry, jakou je možno považovat za stále ještě šetřící podstatu a smysl posuzovaného základního práva z pohledu čl. 4 odst. 4*

¹⁴⁴ **Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, § 13 odst. 1.**

¹⁴⁵ MACH, Jan a kol., *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy*, 2.vydání, Praha, LexisNexis, 2005, strana 204.

Listiny.¹⁴⁶

Tato takzvaná **standardní péče** je výrazem solidarity a jejím cílem je zajistit přístup všech občanů ke zdravotní péči na stejně vysoké úrovni bez ohledu na jejich postavení a finanční možnosti. V roce 2009 byla v ČR zdravotní péče z 95,4% hrazena z pojištění, jen zbylých 4,6% připadlo na soukromé výdaje občanů.¹⁴⁷

Nikomu nemůže být bráněno ani v tom, aby na ochranu svého zdraví využil nadstandardních, ze zdravotního pojištění nehrazených prostředků, aby absolvoval zdravotní výkony a léčení v zahraničí v zemi, kterou považuje pro ochranu svého zdraví za nejvhodnější, aby požadoval nákladnější léčivé přípravky nebo prostředky, než které mu lze poskytnout na základě veřejného zdravotního pojištění, je-li ochoten je sám uhradit.¹⁴⁸ **Nadstandardní péče** a nadstandardní služby jsou spolufinancované pacientem, který o ně výslovně požádal. Pacient je hradí přímo sám nebo přes systém zdravotního pojištění. Předmětem úhrady je pouze ta péče, která převyšuje péči poskytovanou z veřejného zdravotního pojištění.¹⁴⁹

8.4.1 Regulační poplatky

„Pojištěnec, anebo za něj jeho zákonný zástupce, je povinen v souvislosti s poskytováním hrazené zdravotní péče platit zdravotnickému zařízení v zákonem stanovené výši regulační poplatek.“¹⁵⁰

Povinnost platit v souvislosti s poskytovanou zdravotní péčí regulační poplatky¹⁵¹ byla zavedena *novelou*¹⁵² **zákona o veřejném zdravotním pojištění** s účinností k 1. 1. 2008. Regulační poplatky hradí pojištěnec, za nezletilého jeho zákonný zástupce.

¹⁴⁶ *Usnesení ÚS z 14.5.2009, sp. Zn. I. ÚS 591/09*

<http://nalus.usoud.cz/Search/ResultDetail.aspx?id=62387&pos=1&cnt=1&typ=result> .

¹⁴⁷ Přitom v ostatních evropských zemích je spoluúčast pacientů na hrazení zdravotní péče podstatně vyšší- dle statistických údajů z roku 2007 na Slovensku 15%, v Německu 23%, v Polsku 30% a v Rakousku 33%. Pro srovnání, v USA činí přes 50%. Základní veřejné zdravotní pojištění zde pokrývá jen nejnütnější základní péči, proto má mnoho obyvatel uzavřenou smlouvu na soukromé nadstandardní pojištění, které kryje téměř celou péči.

¹⁴⁸ MACH, Jan a kol., *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy*, 2.vydání, Praha, LexisNexis, 2005, strana 94.

¹⁴⁹ PAVLÍČEK, Václav a kol., *Ústav a ústavní řád České republiky: Komentář*, 2. díl., 2. vydání., Praha, Linde, 2002, článek 31.

¹⁵⁰ **Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, § 16a.**

¹⁵¹ Pojištěnec je povinen hradit regulační poplatek ve výši 30 Kč za návštěvu lékaře, 30 Kč za výdej léku na předpis (za položku), 90 Kč za návštěvu pohotovosti, 60 Kč za den pobytu v nemocnici. Zákon také taxativně vymezuje případy, kdy se poplatek nehradí nebo se jejich úhrada nepožaduje. Výběr poplatků v ambulancích je zpravidla přímý, u ústavní péče je jejich úhrada v souladu se zákonem požadována zpravidla do 8 kalendářních dnů po propuštění.

¹⁵² **Zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů.**

Poplatky zůstávají tomu, kdo je vybírá, tedy lékaři, zdravotnickému zařízení či lékárně, jejich použití je vázáno na úhradu nákladů spojených s provozem a na modernizaci.

Mezi nejčastěji zmiňované **důvody zavedení regulačních poplatků** patří snaha jejich prostřednictvím **připomínat pacientům nákladnost zdravotní péče a utlumit nadužívání této péče některými skupinami obyvatel**. Regulačním prvkem, který má donutit pacienty k určitému pozitivnímu chování, je fakt, že pacient nese z vlastních prostředků ekonomický dopad úhrady poplatku.

Výběr regulačních poplatků není obecně v rozporu se standardy RE, tato od svých členských států nežadá bezplatné zdravotnictví.

V rámci EU zůstává organizace a financování zdravotnictví v kompetenci jednotlivých členských států. Právo EU klade na vnitrostátní úpravu poskytování zdravotní péče pouze požadavek, aby i v této oblasti byla důsledně uplatňována **zásada rovnosti**. To znamená, že právní řád musí stanovit shodné podmínky přístupu ke zdravotní péči jak pro občany daného státu, tak pro jeho obyvatele- cizince.

Do rozporu s požadavkem dostupnosti zdravotní péče by se regulační poplatky mohly dostat pouze v případě, kdy by jejich nastavení u určité skupiny pacientů skutečně znepřístupňovalo zdravotní péči.¹⁵³

K slučitelnosti regulačních poplatků s právem na bezplatnou zdravotní péči, garantovaným článkem 31 Listiny základních práv a svobod, se Ústavní soud vyjádřil v nálezu z 20. 5. 2008.¹⁵⁴ V tomto nálezu zdůraznil, že účelem zavedení poplatků byla regulace chování pacientů ve vztahu k zdravotnickým zařízením a pořizování léků v lékárnách. Tato regulace má za cíl umožnit poskytování kvalitní péče a léků těm, kteří je skutečně potřebují a prohloubit solidaritu mezi pacienty. Ve svém dalším usnesení ÚS shodně konstatovat, že *„stanoví-li čl. 31 věta druhá Listiny základních práv a svobod, že občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon, pak lze jen stěží uvažovat o tom, že by takovým zásahem mohla být "jen" úhrada regulačního poplatku; zásahem (v nastíněném případě) může být jen takové ústavněprávně relevantní chování orgánu veřejné moci, které občanovi znemožňuje jednat a uplatňovat veřejná subjektivní práva vůči nositelům veřejné moci. Jinými slovy, o takový zásah by se snad mohlo jednat jen v*

¹⁵³ Veřejný ochránce práv kritizoval skutečnost, že od povinnosti platit regulační poplatek nejsou osvobozeni žadatelé o azyl. Ti se mohou dostat do situace, kdy jsou zcela bez možnosti legálního příjmu a osvobození od povinnosti platit regulační poplatek by tedy bylo na místě.

¹⁵⁴ *Nález ÚS sp.zn. Pl. ÚS 1/2008 z 20.5.2008.*

takovém případě, kdy by orgán veřejné moci jako nositel odpovídající povinnosti odmítl zajistit realizaci práva na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon“¹⁵⁵.

Fakt, že byl výše zmíněný nález přijat těsnou většinou 8 soudců, nicméně vyvolává pochybnosti, zda vyjadřuje všeobecný konsensus v dané otázce a zda by nebylo vhodnější řešit situaci změnou příslušného ustanovení Listiny. Nakolik je otázka bezplatné zdravotní péče v České republice ožehavým tématem, ilustrují i krajské volby z roku 2006, kdy se vítězství levicových stran zakládalo z velké části právě na slibu zastavení privatizace krajských zdravotnických zařízení a zrušení regulačních poplatků.

Pacient má **právo na kontrolu účtu za poskytnutou zdravotní péči**, zdravotní pojišťovna mu na žádost vyhotoví výpis nákladů na jím čerpanou léčbu. Této možnosti ale stále využívá velmi malé procento pacientů, a proto většina společnosti nemá představu o tom, jak nákladná zdravotní péče je. Chybí zde tedy jakýkoli impuls, který by pacienty přiměl zamyslet se nad tím, zda danou péčí skutečně potřebují, a chovat se šetrně k prostředkům v pojistném systému.

Stejně jako v jiných oblastech, má člověk i v případě zdravotní péče tendenci plýtvat tím, co je takzvaně zdarma.¹⁵⁶ Systém zdravotního pojištění je založen na vzájemné solidaritě bohatých s chudými, mladých se starými a zdravých s nemocnými. Pokud jsou tedy vynakládány prostředky ze systému na zbytečné návštěvy u lékaře či předepisováno větší množství léků, než pacient potřebuje, budou tyto prostředky logicky chybět jinde a nebude například možné poskytnout nejmodernější léčbu pacientům s rakovinou. Žádný pacient by neměl spotřebovat více finančních zdrojů, než je nezbytně nutné.

Praxe placení regulačních poplatků je u nás poměrně krátká a je tedy pravděpodobně brzy na to hodnotit, zda skutečně plní funkci určitého regulátoru spotřeby zdravotní péče. Dle mého názoru je třeba zajistit větší informovanost pojištěnců o cenách léčebné péče a cestou celospolečenských debat přesvědčit většinu pacientů o nutnosti omezit spotřebu jedinců relativně zdravějších ve prospěch těch potřebnějších.

¹⁵⁵ *Usnesení ÚS z 28.5.2009, sp.zn. IV.ÚS 569/09, bod 7*

<http://nalus.usoud.cz/Search/ResultDetail.aspx?id=62445&pos=1&cnt=1&typ=result> .

¹⁵⁶ Výrazu „takzvaně“ používám záměrně, protože standardní zdravotní péče je hrazená z prostředků veřejného zdravotního pojištění, které je povinen platit každý občan s trvalým pobytem na území České republiky.

8.5 Stručný exkurz do systému zdravotního pojištění

Úroveň zdravotní péče významně ovlivňuje systém jejího financování. Jeho nejvýznamnější formou je u nás veřejné zdravotní pojištění.

V České republice jsou **ze zákona povinně pojištěni všichni občané** u některé z 9 zdravotních pojišťoven.¹⁵⁷ Každý občan s trvalým pobytem na území ČR je zdravotně pojištěn a má povinnost platit pojistné v souladu se zákonem o veřejném zdravotním pojištění.¹⁵⁸

Standardní léčebnou péči občanovi poskytnutou proplácí zdravotnímu zařízení pojišťovna, u které je občan pojištěn. Jak již bylo zmíněno, v roce 2009 byla v ČR zdravotní péče z 95,4% hrazena z pojištění, jen zbylých 4,6% připadlo na soukromé výdaje občanů. Ve větší míře se pacienti podílí na úhradě léků, spoluúčast v České republice je zde kolem 29%.¹⁵⁹ V každé skupině léků je nicméně vždy alespoň jeden, který je plně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Cílem každého systému by měla být **efektivita využití vynakládaných prostředků**. Vzhledem k růstu specializace a technickému pokroku výdaje na zdravotnictví stále narůstají. Celosvětovým trendem je proto přenášení důrazu od kurativy k prevenci a podpoře zdraví, od drahé nemocniční k levnější ambulanci péči, od vysoce specializované k podpoře všeobecné. Pro náročné postupy se hledá levnější alternativa.¹⁶⁰

Za tímto účelem využívají zdravotní pojišťovny **regulační mechanismy**, jejichž cílem je ovlivnit množství a druh péče čerpané občanem. Nejefektivnějším způsobem regulace objemu poskytnuté péče je přitom nastavení limitu celkové výše úhrady pro

¹⁵⁷ Ve většině států **není samozřejmostí být zdravotně pojištěn**. Např. v USA má zdravotní pojištění pouze 86,5% občanů. Občané bez pojištění jsou většinou ošetřeni jen v humanitárních zdravotnických zařízeních nebo obdobných institucích, které ale typicky poskytují nižší kvalitu péče a jsou hůře dostupné.

¹⁵⁸ Za zaměstnance musí pojištění každý měsíc odvádět zaměstnavatel. V případě určitých skupin obyvatel (důchodci, děti, maminky na rodičovské dovolené) je plátcem pojištění stát.

¹⁵⁹ Méně např. v Lucembursku (cca 23%), v USA naopak více než 75%. Průměr v EU je kolem 35%. Blíže viz GOLLA, Petr, *Jak žijeme: několik postřehů o zdravotnictví*, Zdravotnictví a právo, 2009, 13. ročník, číslo 6, strana 20.

¹⁶⁰ Volně citováno z NEUGEBAUER, Pavel, *Problematika eHealth z pohledu praktického lékaře pro děti a dorost*, Zdravotnictví a právo, 2009, 13. ročník, číslo 5, strana 6.

poskytovatele.¹⁶¹ Systémy řízené péče jsou přijímány rezervovaně, nicméně pokud má být zdravotní systém financovatelný, určitým prvkům řízení se nevyhneme. Většina systémů řízené péče je postavena na **směřování pacientů od praktického lékaře k specialistům**. Za současného použití prvků **eHealth**¹⁶² má praktický lékař přehled o pohybu pacienta v systému, výsledcích veškerých vyšetření, o lécích, které pacient užívá. Díky této komplexní informaci o pacientovi lze omezit duplicitu vyšetření, negativní lékové interakce a významně tak ovlivnit kvalitu, bezpečnost a nákladnost zdravotnického systému.

Zároveň eHealth usnadňuje pozici samotným pacientům, kteří nemusí při každém ošetření opakovat jednotlivým lékařům informace o svém zdravotní stavu, rodinné anamnéze, užívaných lécích apod. Lze díky tomu předejít chybám v léčbě, které jsou způsobené tím, že pacient, často neúmyslně, nesdělí lékaři veškeré důležité informace týkající se jeho zdravotního stavu. EHealth také dle mého názoru umožňuje větší respekt k studu pacientů, pokud jde o sdělování některých pro ně nepříjemných informací (např. o prodělaných sexuálně přenosných chorobách), jelikož lékař může tento údaj zjistit přímo z elektronického systému a nemusí pacienta svými dotazy dostávat do nepříjemné situace.

V České republice se o zavádění elektronického zdravotnictví snaží VZP, která podporuje projekt **IZIP** elektronická zdravotní knížka.¹⁶³ V systému je v současnosti registrováno asi 2,5 milionu pacientů, ze 198 nemocnic v České republice je jich do projektu zapojeno 100. Prozatím je elektronická zdravotní knížka zdarma pouze pro klienty VZP.

¹⁶¹ Tento způsob řízení zdravotní péče však bývá často kritizován, jelikož staví poskytovatele do situace, kdy se rozhodují, zda vyhovět občanovi a poskytnout mu péči, na kterou má ze zákona právo, nebo zda plnit smluvní ujednání s pojišťovnou.

¹⁶² EHealth neboli elektronické zdravotnictví, je soubor nástrojů, které mají pomáhat v prevenci, diagnostice a léčbě, v sledování a řízení zdraví. Jde o nástroj, který propojuje zdravotnické pracovníky s pacienty a zdravotnické pracovníky navzájem. **Elektronické zdravotnictví** zahrnuje elektronické zdravotní záznamy a elektronickou preskripci, služby telemedicíny, osobní, přenosné a mobilní komunikační systémy pro podporu a sledování pacientů.

¹⁶³ Elektronická zdravotní knížka obsahuje velmi dobře zabezpečené zdravotní informace pacienta, které jsou nepřetržitě přístupny prostřednictvím internetu pacientovi i lékaři. Jde o databázi informací o zdravotním stavu pacienta, ke kterým má přístup jak pacient, tak lékař či zdravotnické zařízení.

9. Autonomie pacienta

Autonomie (z řeckého *autonomos*, řídící se vlastními zákony) znamená samosprávnost, v širším smyslu samostatnost, svébytnost.

*„Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích. Dotčená osoba může kdykoli svobodně svůj souhlas odvolat.“*¹⁶⁴

Autonomie jedince je významnou hodnotou, v kontextu Úmluvy o biomedicíně dokonce nejvyšší hodnotou, které musí všechny ostatní hodnoty ustoupit. Otázka, co je vyšší hodnotou, zda zájem společnosti na životě a zdraví jedince, nebo na ochraně jeho svobodné vůle a práva na sebeurčení, je dnes většinou řešena ve prospěch svobodné vůle.

Ryzí paternalismus ve vztahu pacienta a lékaře je opakem respektu k autonomii, pacient v něm představuje osobu závislou, vzdávající se jakéhokoli vlivu na průběh léčby a bezmezně důvěřující úsudku lékaře. V partnerském modelu, založeném na v zásadě rovném postavení pacienta a lékaře, pacient není pouhým objektem lékařské péče, je to naopak on, kdo rozhoduje o průběhu léčby a určuje, který zákrok podstoupí a který ne. Přitom podílet se na jednotlivých rozhodnutích je pacientovým právem, nikoli povinností.

Zájem na životě a zdraví pacienta ustupuje pacientově vůli, jíž je lékař vázán. Lékař smí provést zákrok pouze tehdy, pokud s jeho provedením pacient souhlasí. Léčba bez potřebného souhlasu, i pokud je provedena v nejlepším zájmu pacienta, porušuje jeho právo na sebeurčení.

Výrazným projevem autonomie pacienta je právo odmítnout léčbu.¹⁶⁵

Autonomie je dnešní společností často mylně vykládána jako právo na to, co chci. Lékař se ve světle tohoto pohledu stává něčím jen o málo víc než technikem provádějícím, co si pacient-zákazník přeje.¹⁶⁶ Tento přístup je zkreslený-lékař a pacient

¹⁶⁴ *Úmluva o biomedicíně, článek 5.*

¹⁶⁵ Tato problematika má i svůj ekonomický aspekt. Pokud se nemocný může na konci života zříci další léčby, dojde ke značným úsporám finančních prostředků v pojistném systému a jejich efektivnějšímu využití. Blíže viz **kapitola 6.**

¹⁶⁶ BRAZIER, Margaret, CAVE, Emma, *Medicine, Patients and the Law*, Londýn, Penguin Books, 2007, strana 56.

jsou si navzájem partnery. Z povinnosti lékaře provádět zákroky jen s pacientovým souhlasem nelze dovodit právo pacienta určovat, jaký typ zákroku má lékař provést. V souladu s **článkem 4 Úmluvy o biomedicíně** smí lékař provádět zákroky pouze v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy. Proto **lékař nemůže na základě pacientova přání provést libovolný zákrok, ale jen takový, který je z odborného hlediska správný.**

Rovněž **autonomie dětského pacienta** je při poskytování zdravotní péče chráněna. Při rozhodování o léčebném postupu musí být vždy **hlavním hlediskem zájem dítěte**. Ačkoli souhlas s léčbou dává jménem dítěte jeho zákonný zástupce, názor nezletilého má být zohledněn jako faktor, jehož závažnost narůstá úměrně s věkem a stupněm vyspělosti.

V našem právním řádu, vzhledem k dlouhému období fungování paternalistického modelu, nebyla autonomie jedince a ochrana jeho práv až do nedávné doby relevantní hodnotou. Listina základních práv a svobod je postavena na ochraně lidského života jako nejvyšší hodnoty. Vzhledem ke skutečnosti, že text Úmluvy o biomedicíně je v souladu s článkem 10 Ústavy součástí našeho právního řádu, promítl se rostoucí důraz na autonomii jedince i do české právní úpravy poskytování zdravotní péče. Podle **§ 23 odst. 2 zákona o péči o zdraví lidu se vyšetřovací a léčebné výkony provádějí se souhlasem nemocného**. § 11 zákona o veřejném zdravotním pojištění umožňuje pacientovi zvolit si zdravotní pojišťovnu a lékaře či jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví. Dle projednávaného zákona o zdravotních službách má pacient právo předem pro určité situace vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb.

Kromě všech výhod, které autonomie přináší, v sobě nese **odpovědnost za svou volbu**. Dospělý pacient je ve všech sférách svého života autonomním jedincem, denně činí bezpočet nevratných rozhodnutí týkající se jeho života. Proto nevidím důvod, proč by v oblasti zdravotní péče měl být postaven do role dítěte, za které rozhoduje jeho rodič, jak je tomu analogicky v paternalistickém modelu. Větší zapojení pacienta do procesu rozhodování o zdravotní péči může být některými pacienty vnímáno jako zátěž, dle mého názoru je ale přiměřenou cenou za možnost rozhodnout, kdo jsem, co je pro mě důležité a jak chci žít- a v souladu s tím být léčen.

9.1 Předem projevená přání

Podle *článku 9 Úmluvy o biomedicině* „bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání“. Dokument, obsahující předem projevená přání, je v zahraničních úpravách označován jako **living will**.¹⁶⁷

Pacient může **předem, ve stavu způsobilém k vyjádření vůle, předvídat možnou situaci, ve které způsobilý k rozhodování nebude, a pro tento případ vyslovit své preference týkající se provádění zákroků**. Pro případ vzniku takového stavu může předem schválit nebo zakázat konkrétní zákrok, druh zákroků, případně i poskytnutí jakékoli péče; lze tak učinit pro všechny stavy, kdy nebude způsobilý, nebo jen pro některé.¹⁶⁸

Z použité formulace „bude brán zřetel“ nelze dovodit, že předem vyslovené přání musí být za všech okolností zcela respektováno. Pokud například mezi okamžikem projevu přání a momentem, kdy je prováděn zákrok, uplynula dlouhá doba a podstatně se změnila možnosti medicíny, je odůvodněné, aby pokyn pacienta nebyl respektován. Rovněž dle teorie předem vyslovené přání platí jen za předpokladu *rebus sic stantibus*.

Aby se předešlo interpretačním problémům při výkladu takto předem vyslovených přání, je pacientům doporučováno stanovit si **zmocněnce** (tzv. **Health Care Proxy**), který je na základě speciální plné moci oprávněn pacienta zastupovat a rozhodovat o dalším léčebném postupu ve stejném rozsahu jako sám pacient.

Pokud se pacient nachází ve stavu, kdy není schopen rozhodnout o dalším postupu léčby, a na tuto situaci bylo pamatováno v rámci jím předem projeveného přání, má jeho takto projevená vůle přednost před postupem dle č. 8 Úmluvy o stavu nouze.

Současná česká vnitrostátní úprava nezná institut, který by se blížil zahraniční *living will*.¹⁶⁹ Zákon sice výslovně nezakazuje dokument tohoto typu sepsat, nicméně lékař se jím dle platných zákonů nemusí cítit vázán, pokud dokáže eticky i právně zdůvodnit provedenou léčbu. Nicméně, tento stav české vnitrostátní právní úpravy i praxe je v rozporu s přijatými mezinárodními závazky České republiky. Úmluva o

¹⁶⁷ V Německu je tento dokument v překladu označován jako „**závěť pacienta**“. Je sice považován za právně závazný, při léčbě má ale jen podpůrný význam.

¹⁶⁸ CÍSAŘOVÁ, Dagmar, SOVOVÁ, Olga, a kol., *Trestní právo a zdravotnictví*, druhé, upravené a doplněné vydání, Praha, Orac, 2004, strana 85.

¹⁶⁹ Pro případ, že by pacient nebyl schopen rozhodnout o dalším léčebném postupu, **není možné sepsat závěť**, protože tento dokument může obsahovat výlučně projev posmrtné vůle a jakákoli přání vztahující se k době za života zůstavitele by byla neplatná.

biomedicíně je mezinárodní smlouvou podle článku 10 Ústavy a jako taková má přednost před zákonnými předpisy. Proto v souladu s tímto by dříve vyslovené přání podle článku 9 Úmluvy mělo mít aplikační přednost před **institutem krajní nouze** dle § 28 trestního zákoníku.¹⁷⁰ Jak v této otázce konstatuje Mach, pokud pacient vysloví předem určité přání a nebude pochyb, že jde o právně relevantní projev vůle pacienta, je v konkrétním případě třeba jednat v duchu tohoto ustanovení Úmluvy, které není v rozporu s žádným ustanovením českých právních předpisů. České právní předpisy pouze předmětnou situaci nepředvídají.¹⁷¹

V současné situaci je z hlediska ochrany autonomie pacienta nejvhodnější ustanovit tzv. **zmocněnce k rozhodování o přijetí nebo odmítnutí lékařské péče**. **Zákon o péči o zdraví lidu v § 23 odst. 1** umožňuje informovat o zdravotním stavu a postupu léčby i osobu, kterou si pacient zvolí. Plná moc k rozhodování o přijetí nebo odmítnutí lékařské péče je **zvláštním druhem plné moci** dle § 31 OZ, zmocněnec není oprávněn překročit rozsah zmocnění. V případě rozporu mezi přáním vysloveným zmocněncem a názorem lékaře se lékař názorem zmocněnce nemusí cítit vázán, jeho rozhodnutí ale podléhá přezkumu.

Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování¹⁷² s institutem dříve vyslovených přání počítá. **Pacient může pro předvídatelné situace vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb**. Dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu s úředně ověřeným pacientovým podpisem, případně je možné, aby pacient za přítomnosti lékaře a jednoho svědka projevil svou vůli, která bude následně zanesena do zdravotnické dokumentace. Nastane-li pak situace pacientem předvídaná, je poskytovatel zdravotní služby zásadně povinen pacientovu vůli respektovat. Z této povinnosti připouští zákon **výjimku**, pokud od doby vyslovení předem projeveného přání došlo k takovému vývoji v možnostech léčby, že lze důvodně předpokládat, že by se pacient za daných okolností rozhodl jinak. Poskytovatel má povinnost dříve vyslovené přání nerespektovat, pokud nabádá k aktivnímu způsobení smrti.

¹⁷⁰ Určitý problém zde působí již zmíněný rozpor českých ústavních předpisů a Úmluvy o biomedicíně pokud jde o stanovení priority ochrany lidského života či práva pacienta na sebeurčení. Část **české teorie** argumentuje, že v hierarchii hodnot chráněných českým právním řádem je ochrana života a zdraví jedince prioritou, jde o hodnotu, ze které náš právní řád vychází. Proto v souladu s tím by institut krajní nouze měl být považován za ústavní princip a jako takový mít přednost před respektem k předem vyslovenému přání na základě Úmluvy.

¹⁷¹ MACH, Jan a kol., *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy*, 2. vydání, Praha, LexisNexis, 2005, strana 19-20.

¹⁷² **94/11 návrh zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování**.

Platnost předem vysloveného přání bude omezená na dobu 5 let.

Je otázkou, zda si člověk vůbec může představit situaci, kterou ještě nikdy nezažil. Zdravý člověk zpravidla hodnotí kvalitu života s výrazným zdravotním omezením zcela jinak, než jedinec, který se ocitl na pokraji smrti. Lékaři v této souvislosti často zmiňují případy pacientů zachráněných proti jejich vůli, kteří jim následně byli velmi vděční, že jejich předem vyslovené přání nerespektovali. Nicméně taková situace nenastane vždy. Pokud by lékař zachránil pacienta proti jeho vůli a tento zůstal těžce postižený, mohla by zcela jistě nastat situace, že by přeživší pacient považoval další život za nesnesitelný a žaloval lékaře za zásah do jeho práva na sebeurčení. Neměl by to tedy být lékař, kdo rozhodne o tom, že život určité kvality musí být pro pacienta přijatelnější než smrt.

9.2 Právo na informace o zdravotním stavu

Pacientova autonomie a realizace jeho práva na sebeurčení jsou nemyslitelné, pokud pacientovi nejsou poskytnuty informace o jeho zdravotním stavu.

*„Každý je oprávněn znát veškeré informace shromažďované o jeho zdravotním stavu. Nicméně přání každého nebyť takto informován je nutno respektovat.“*¹⁷³ Každý dospělý člověk má **právo na sdělení úplné informace o svém zdravotním stavu**. Právo vědět, které občan má, zahrnuje veškeré shromážděné informace o zdraví pacienta, ať již jde o diagnózu, prognózu nebo jinou důležitou skutečnost.¹⁷⁴

Pacient má rovněž **právo rozhodnout, že si nepřeje být o svém zdravotním stavu informován**. Práva na informace je možné se zříci v celém rozsahu nebo jen pro určitý druh zákroků. Skutečnost, že pacient odmítl být informován o svém zdravotním stavu, nemá vliv na platnost jeho souhlasu s léčbou. Za určitých okolností, pokud je nezbytné, aby rozhodl v důležitých otázkách další léčby či rekonvalescence, může být toto pacientovo právo omezeno. Zřeknutí se práva na informace musí mít vždy formu výslovného projevu vůle pacienta, za žádných okolností jej nelze předpokládat.

Součástí deontologických kodexů lékařů je tradičně povinnost uchránit nemocného od traumatizující pravdy. Tento morální závazek se tak střetává

¹⁷³ *Úmluva o biomedicině, článek 10 odst. 2.*

¹⁷⁴ MACH, Jan a kol., *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy*, 2.vydání, Praha, LexisNexis, 2005, strana 20.

s většinou právní úpravou vyspělých států, která příkazuje zdravotnickým pracovníkům sdělovat pacientovi pravdivé informace.¹⁷⁵

Povinnost sdělit pravdivou informaci však není ani dnes absolutní, Úmluva o biomedicině obsahuje ustanovení umožňující **v odůvodněných případech rozsah sdělených informací omezit**. „*Pokud je to v zájmu pacienta, může ve výjimečných případech zákon omezit uplatnění práv podle odstavce 2.*“¹⁷⁶ **Terapeutické privilegium** představuje oprávnění lékaře zvážit, zda bude pacienta plně informovat o jeho zdravotním stavu. Využití oprávnění zdržet informace podle článku 10 Úmluvy o biomedicině je přípustné pouze pokud se jedná o **výjimečný případ a zadržetí takové informace je v souladu s pacientovými zájmy**. Neodůvodněná neúplnost informace by byla v rozporu s pacientovým právem na informaci o zdravotním stavu a zasahovala by do jeho práva na sebeurčení.

Současná česká právní úprava informací o zdravotním stavu je v souladu s řečenými ustanoveními Úmluvy. „*Zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu příslušného zdravotnického povolání informuje pacienta, popřípadě další osoby v souladu s § 67b odst. 12 písm. d), o účelu a povaze poskytované zdravotní péče a každého vyšetřovacího nebo léčebného výkonu, jakož i o jeho důsledcích, alternativách a rizicích.*“¹⁷⁷ Až do 15. 5. 2007, kdy nabyla účinnosti významná novela¹⁷⁸ zákona o péči o zdraví lidu, obsahoval § 23 problematické ustanovení, že lékař „*je povinen poučit vhodným způsobem nemocného*“. Bylo tedy na uvážení lékaře, aby určil, které informace je vhodné pacientovi předat a které zamlčet. Pacient byl postaven do pozice strany, která je zcela závislá na libovůli lékaře. Z dnešního pohledu by bylo možné namítat, že souhlas s léčbou udělený pacientem za těchto okolností nebyl informovaný, a tudíž nezbavoval lékařský zákrok povahy protiprávního zásahu do tělesné integrity pacienta. V souladu s mezinárodně uznaným právem na sebeurčení nemůže nikdo, ani lékař na základě svých odborných znalostí, určit, jaké informace jsou pro pacientovo rozhodnutí relevantní a jaké nikoli. Je třeba respektovat individualitu každého pacienta.

¹⁷⁵ V minulosti bylo oklamání u vážných stavů pravidelné; lékař lhal tím více, čím méně mohl pro nemocného terapeuticky udělat. Po 2. světové válce však v souvislosti s nárůstem vzdělanosti obyvatel a celkovému trendu zvyšování respektu k autonomii a právu jednotlivce na sebeurčení se **sdělování pravdivých informací stalo většinou strategií vyspělých států**.

¹⁷⁶ *Úmluva o biomedicině, článek 10 odst. 3.*

¹⁷⁷ *Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, § 23 odst. 1 věta 1.*

¹⁷⁸ *Zákon č. 11/2007 Sb., kterým se mění zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony.*

Zároveň pouze znalost skutečného zdravotního stavu dává pacientovi možnost urovnat si své osobní záležitosti

Je teoretiky diskutováno, zda má lékař vůbec mít v dnešní době právo zamlčet některé významné informace o zdravotním stavu pacienta. V kontextu mezinárodních smluv je zřetelný hodnotový posun, právo na sebeurčení se stává nejvyšší hodnotou, již je třeba chránit za každou cenu, v případě poskytování pravdivých informací i za cenu neblahého vlivu sdělení úplné pravdy na pacientovu psychiku. Zatím však převládá názor, že zdravotnický pracovník toto právo má, ačkoli je třeba je aplikovat v jemnějších úrovních než dříve. Při využití terapeutického privilegia si zdravotnický pracovník musí být vědom závažnosti nesdělení, musí vždy zkoumat všechna pro a proti.

9.3 Informovaný souhlas

„Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, která se na nich zúčastní.“¹⁷⁹

V institutu informovaného souhlasu je nejvíc patrný posun v nazírání společnosti na vztah pacient-lékař, a proto také bývá nejčastějším předmětem medicínskoprávních sporů.

Informovaný souhlas je důležitým nástrojem k prosazení pacientova práva na sebeurčení a zárukou zachování jeho rozhodovací autonomie v procesu léčení, a jako takový je ve většině právních řádů garantován normami nejvyšší právní síly. Lékař jako odborník ve svém oboru dokáže stanovit léčebný postup nejvhodnější z hlediska zdraví pacienta. Nicméně jen pacient může zhodnotit, s ohledem na své preference a svůj životní styl, zda je pro něj navrhovaná léčba přijatelná. Žebříček hodnot není daný pro

¹⁷⁹ *Etický kodex Práva pacientů, článek 3.*

všechny jedince stejně, pro někoho nemusí být zdraví nejvyšší hodnotou, jejímuž zachování či navrácení všechno ostatní ustoupí.

Článek 5 Úmluvy o biomedicíně stanoví: „*Jakýkoli zákrok* ¹⁸⁰ *v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas.*“ Stejně tak podle vnitrostátních předpisů „*Každý lékařský výkon, který není v bezprostředním zájmu osoby, na které má být proveden, lze provést pouze s předchozím písemným souhlasem takové osoby. Před udělením souhlasu musí být osoba úplně informována o povaze výkonu a jeho rizicích.*“¹⁸¹

V minulosti se vycházelo z přístupu, že léčení nemocného za použití správných prostředků a postupu nemůže být nikdy protiprávní. Ještě na konci 19. století byl obecně sdílen postoj, že jedinec nemá právo svobodně nakládat se svým životem, tedy ani se svým zdravím, a tudíž jakýkoli souhlas či nesouhlas s léčbou je bez právních účinků.¹⁸²

Podle současné teorie **jakýkoli zásah do tělesné integrity jedince, včetně lékařského zákroku, je protiprávním úkonem vyvolávajícím trestní odpovědnost škůdce.** Trestným činem je jen čin nedovolený, protiprávní. Důvodem vyloučení protiprávnosti je nedostatek nebezpečnosti činu pro společnost.¹⁸³

Lékařský zákrok sám o sobě je považován za protiprávní zásah do tělesné integrity pacienta, jehož **protiprávnost může být vyloučena pouze předem řádně uděleným souhlasem**, považovaným za **okolnost vylučující protiprávnost** ve smyslu **§ 30 TZ.** Bez předchozího souhlasu pacienta není možné provést jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví, sebelépe provedená operace, ač byla indikována zdravotním stavem, je bez předchozího souhlasu **trestným činem ublížení na zdraví.** V zahraničí je souhlas obecně považován za defense, tvrzení, jímž se lékař zbavuje odpovědnosti za následky správně provedeného zákroku. Úmluva o biomedicíně chápe informovaný souhlas pacienta jako **jednu z podmínek právnosti zákroku**, kromě které požaduje, aby byl zákrok proveden v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy.¹⁸⁴ **Lékařský zákrok je legální, pokud jej provádí oprávněná osoba způsobem odpovídajícím současným poznatkům lékařské vědy, se souhlasem pacienta a**

¹⁸⁰ Za **zákrok** je přitom považován jakýkoli zdravotní výkon prováděný na osobě pacienta, ať už má povahu preventivní, léčebnou, diagnostickou, rehabilitační nebo výzkumnou.

¹⁸¹ **Zákon 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, § 27c.**

¹⁸² CÍSAŘOVÁ, Dagmar, SOVOVÁ, Olga, *Trestní právo a zdravotnictví*, Praha, Orac, 2000, str. 27.

¹⁸³ CÍSAŘOVÁ, Dagmar, SOVOVÁ, Olga, *Trestní právo a zdravotnictví*, Praha, Orac, 2000, str. 25.

¹⁸⁴ Blíže viz **kapitola 8.3.1.**

v souladu s léčebným záměrem.

Bez souhlasu nemocného je možné provádět léčebné výkony jen tehdy, nelze-li si vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta vyžádat jeho souhlas a jde-li o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví pacienta.

Ačkoli je autonomie jednotlivce významným principem ovládajícím poskytování zdravotní péče v partnerském modelu, **některé zákroky do tělesné integrity jsou zákonem zakázány** a ani výslovně udělený souhlas poškozeného (pacienta) pak nezabaví taková jednání lékaře nedovolenosti. Soulad provedení některých jiných zákroků s právem zákon podmiňuje souhlasem odborné komise nebo orgánu státní správy.

Podle článku 4 Úmluvy o biomedicině lze jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví provádět jen v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy. Pokud by lékař navrhnul nesprávný zákrok, ani souhlas pacienta by nezabavil jeho jednání protiprávnosti.¹⁸⁵

Souhlas pacienta se zákrokem je právní úkon, a jako takový musí splňovat **obecné náležitosti kladené na právní úkony** § 34-41 občanského zákoníku.¹⁸⁶ Musí tedy být učiněn svobodně a vážně, určitě a srozumitelně, způsobilou osobou a v souladu s dobrými mravy.

Má-li být souhlas **svobodný**, znamená to současně, že **může být kdykoli odvolán**, a rozhodnutí pacienta o odvolání souhlasu musí být plně respektováno.¹⁸⁷ Z praktického hlediska je vhodné postupovat pokud možno obdobně jako při odmítnutí zákroku předem, tedy vyžádat si prohlášení odpovídající v podstatě negativnímu reversu.¹⁸⁸ Skutečnost, že takto daný souhlas nesmí být stížen omylem, plyne už ze samotného jeho označení jako „informovaný“.¹⁸⁹

K platnosti souhlasu daného pacientem je třeba, aby **pacientova vůle**

¹⁸⁵ CÍSAŘOVÁ, Dagmar, SOVOVÁ, Olga, a kol., *Trestní právo a zdravotnictví*, druhé, upravené a doplněné vydání, Praha, Orac, 2004, strana 70.

¹⁸⁶ **Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník.**

¹⁸⁷ MACH, Jan a kol., *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy*, 2.vydání, Praha, LexisNexis, 2005, strana 14.

¹⁸⁸ ŠUSTEK, Petr, HOLČAPEK, Tomáš, *Informovaný souhlas*, 1.vydání, Praha, ASPI, 2007, strana 43.

¹⁸⁹ Jak v této věci zmiňují Císařová a Sovová, slovo informovaný je v názvu de facto nadbytečné, jelikož souhlas učiněný bez znalosti předmětu souhlasu by nebyl vůbec souhlasem.

v okamžiku udělení souhlasu nebyla ovlivněna.¹⁹⁰ Kromě povinnosti lékaře vyvarovat se jednání, kterým by sám jakkoli ovlivnil svobodnou vůli pacienta při udělení souhlasu, je mu uložena rovněž povinnost věnovat pozornost chování pacienta a rozpoznat, pokud by jeho úsudek byl nepřipustně ovlivněn někým či něčím jiným. V tomto druhém zmíněném případě je však zpravidla chráněna dobrá víra lékaře a není jej možné postihnout za to, že nerozpoznal vadu vůle, pokud nebyla zcela zřejmá.

Zákon ani Úmluva **nepředepisují pro informovaný souhlas formu**, proto v zásadě platí, že může být jakákoli (výslovná, ať už ústní či písemná, nebo konkludentní). Výjimkou je oblast transplantací a výzkumu, pro kterou je vždy požadován souhlas výslovný a písemný. Přesto je zejména u složitějších zákroků vhodné, aby si lékař vyžádal od pacienta písemný, vlastnoručně podepsaný souhlas, obsahující rovněž zápis o poskytnutém poučení.¹⁹¹ S ohledem na text Úmluvy totiž není povinností pacienta prokazovat, že souhlas neposkytl, naopak je věcí lékaře, aby doložil, že zákrok provedl se souhlasem pacienta, uděleným na základě řádného poučení. V souladu s negativní teorií důkazního břemene, negativní skutečnost (v tomto případě neexistence souhlasu), nemůže být dokazována, naopak protistrana (tedy lékař či zdravotnické zařízení) musí dokázat její existenci.

Aby udělení souhlasu nebylo pouhou formalitou, **musí mu předcházet dostatečné poučení**. Pokud si má pacient zvolit pro sebe nejvhodnější léčebný postup, musí znát alternativy navrženého zákroku i případná rizika, která jsou s ním spojena. Souhlas je platný, jen pokud si je pacient přesně vědom, s čím má souhlasit či naopak nesouhlasit. Absence adekvátního poučení je důvodem neplatnosti uděleného souhlasu.

„Nemocný může dát řádný souhlas, jen pokud mu předtím byla poskytnuta srozumitelná a dostatečně konkrétní, byť nikoli přehnaně podrobná informace o jeho stavu a o zvažovaném výkonu, tak aby se mohl rozhodnout se znalostí věci.“¹⁹²

Jak vyjádřil ve svém rozsudku německý Nejvyšší spolkový soud v roce 1958, „*Pouze pokud pacient zná svou situaci, tedy pokud si v zásadě uvědomuje, k čemu dává*

¹⁹⁰ Takové **ovlivnění** může představovat nátlak ze strany rodiny, aby pacient zákrok podstoupil, přílišné přesvědčování lékařem nebo například léky, které pacient užívá nebo které mu byly podány v rámci přípravy na provedení plánovaného zákroku.

¹⁹¹ V řadě zdravotnických zařízení se pro účely poskytnutí informovaného souhlasu používají různé **předtištěné formuláře**. Nevýhodou je, že neumožňují individuální přístup, informace v nich nejsou formulovány s ohledem na potřeby konkrétního pacienta. Řada pacientů podepisuje něco, čemu vůbec nerozumí.

¹⁹² ŠUSTEK, Petr, HOLČAPEK, Tomáš, *Informovaný souhlas*, 1. vydání, Praha, ASPI, 2007, strana 11.

svolení, když se podrobuje lékařskému zákroku, pouze tehdy bude jeho souhlas splňovat svůj právní účel, kterým je legalizace lékařského zákroku do jeho organismu, který by byl jinak protiprávní, a přenesení části odpovědnosti za léčbu na pacienta. (...) Respektovat pacientovu vlastní vůli znamená respektovat jeho svobodu a důstojnost jako lidské bytosti. (...) Povinnost lékaře informovat pacienta je víc než pouhá formalita, neboť jejím účelem je posílit pacientův vlastní pocit odpovědnosti za svou vlastní budoucnost.“¹⁹³

Navzdory námitkám, že pacient je osoba bez lékařského vzdělání, a tudíž nerozumí podstatě jednotlivých zákroků, je to on, koho se zákrok týká, a proto je nejlépe schopen zhodnotit přijatelnost či nepřijatelnost konkrétního léčebného postupu v souladu se svým životním stylem a preferencemi. V rámci informací, které lékař pacientovi poskytuje, by měl vyjádřit svůj názor ohledně nejvhodnějšího postupu, který ale pacient zásadně nemusí respektovat. **Je to pacient, kdo definitivně rozhoduje o léčebném postupu**, přičemž musí být předem náležitě, pravdivě a v plné šíři informován o rizicích, resp. následcích takového rozhodnutí.

9.3.1 Souhlas osob, které nejsou schopny dát tento souhlas samy

Podmínkou platnosti souhlasu s lékařským zákrokem je, aby byl dán buď přímo osobou způsobilou k právním úkonům, nebo v zastoupení člověka k souhlasu nezpůsobilého jinou osobou určenou zákonem či rozhodnutím soudu. Tou budou nejčastěji rodiče, poručník nebo opatrovník.¹⁹⁴

Jednání s pacienty nezpůsobilými k právním úkonům je upraveno v **článku 6 Úmluvy o biomedicíně**. Provedení jakéhokoli lékařského zákroku na osobě, která není způsobilá dát souhlas, lze pouze za předpokladu, že je to k jejímu přímému prospěchu.

Významnou skupinu pacientů neschopných dát samostatně souhlas s léčebným postupem jsou **nezletilí**, označovaní většinou dokumentů jako **děti či dětští pacienti**.

Podle **§ 8 odst. 1 OZ** způsobilost fyzické osoby vlastními právními úkony

¹⁹³ *Bundesgerichtshof, 9. 12. 1958, BGHZ 29, 46*, v českém překladu citován v CÍSAŘOVÁ, Dagmar, SOVOVÁ, Olga, a kol., *Trestní právo a zdravotnictví*, druhé, upravené a doplněné vydání, Praha, Orac, 2004, strana 71.

¹⁹⁴ ŠUSTEK, Petr, HOLČAPEK, Tomáš, *Informovaný souhlas*, 1. vydání, Praha, ASPI, 2007, strana 144.

nabývat práv a brát na sebe povinnosti (způsobilost k právním úkonům) vzniká v plném rozsahu zletilostí. Podle *odst. 2* se zletilosti nabývá dovršením osmnáctého roku. Před dosažením tohoto věku se zletilosti nabývá jen uzavřením manželství.

Před dosažením zletilosti nemá tedy jedinec plnou způsobilost k právním úkonům, zavázat se vlastním projevem vůle může pouze omezeně. „*Nezletilí mají způsobilost jen k takovým právním úkonům, které jsou svou povahou přiměřené rozumové a volní vyspělosti odpovídající jejich věku.*“¹⁹⁵ Není-li nezletilý schopen pochopit povahu a důsledky zákroku, rozhodne o jeho provedení zákonný zástupce, jemu je v tomto případě adresováno poučení. Je-li zákrok pro nezletilého pochopitelný, musí poskytnout souhlas se zákrokem sám a jeho zákonný zástupce nemůže toto rozhodnutí nijak zvrátit.¹⁹⁶ Teorie se nicméně shoduje na tom, že **i nezletilý pacient má být poučen o navrhované léčbě s ohledem na svou rozumovou vyspělost (odpovídající věku dítěte) a lékař si má vyžádat jeho souhlas.** Tento není sice právně závazný, ale je plně v souladu s etickými pravidly, zejm. s kodexem práv pacienta. **Souhlas udělený pacientem, který není k jeho udělení způsobilý, je absolutně neplatný a nezbavuje lékařský úkon protiprávnosti.**

Zástupce je povinen **jednat v nejlepším zájmu zastoupeného**, často je ale obtížné určit nejlepší zájem dítěte v konkrétním případě. V souvislosti s touto problematikou jsou diskutovány zejména kauzy, kdy rodiče-Svědci Jehovovi z náboženských důvodů odmítli nechat provést dítěti krevní transfuzi, přestože byla medicínsky indikována. Stanovisko právní teorie, zda v daném případě preferovat právo dítěte na život před právem na svobodu vyznání a výkonem rodičovské zodpovědnosti jeho rodičů, není jednotné. Zdravotníci pracovníci u nás i v zahraničí se v těchto případech rozhodují ve prospěch zdraví a života dítěte. **Jednání lékaře v rozporu se souhlasem poskytnutým rodiči** je třeba vždy právně zdůvodnit. Lékaři v tomto případě

¹⁹⁵ *Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, § 9.*

¹⁹⁶ Podle české koncepce neexistuje situace, kdy by nezletilý a zákonný zástupce rozhodovali společně. Úmluva o biomedicíně proti našemu vnitrostátnímu právu výrazněji akcentuje právo jedince na autonomii, a proto i v případě, že nezletilý pacient není na dostatečném stupni rozumové vyspělosti, aby mohl souhlas se zákrokem vyslovit platně sám, má být dle *článku 6 odst. 2* jeho názor zohledněn jako faktor, jehož závaznost narůstá úměrně s věkem a stupněm vyspělosti. Jedná se ovšem o poměrně obecnou formulaci, z níž nevyplývá, že by se zákonný zástupce musel názorem nezletilého cítit jakkoli vázán.

posuzují zákrok jako **jednání v krajní nouzi**¹⁹⁷, kdy není možné s provedením zákroku čekat a lékař je povinen poskytnout neodkladnou péči. U zákroků, jež nevyžadují okamžitý zásah během několika hodin, považujeme za náležitý právní postup zdravotnického zařízení dát orgánu sociálně-právní ochrany dětí místně příslušného úřadu obce s rozšířenou působností podnět k podání návrhu na vydání předběžného opatření soudem.¹⁹⁸

K prioritě práva dítěte na život a zdraví se ve svém nálezu shodně vyjádřil i Ústavní soud, když konstatoval, že „*Odmítají-li rodiče léčbu nezletilého dítěte, jež je v bezprostředním ohrožení života, nepředstavuje vydání předběžného opatření podle § 76a o. s. ř., kterým se dítě svěří do péče příslušného léčebného zařízení, porušení jejich práv zakotvených v článku 32 odst. 4 či článku 16 odst. 1 Listiny základních práv a svobod. Vzhledem k nutnosti okamžitého zásahu není zpravidla možno v řízení o vydání takového předběžného opatření řešit případný spor rodičů s léčebným zařízením o vhodnosti té které léčby. Ústavní soud dospěl k závěru, že ochrana zdraví a života dítěte je zcela relevantním a více než dostatečným důvodem pro zásah do rodičovských práv, kdy jde o hodnotu, jejíž ochrana je v systému základních práv a svobod jednoznačně prioritní. Nelze připustit, aby rodiče přijímali opatření škodlivá pro zdraví nebo rozvoj dítěte.*“¹⁹⁹

„*Pokud podle platného práva dospělá osoba není schopna dát souhlas se zákrokem z důvodu duševního postižení, nemoci nebo z podobných důvodů, lze zákrok provést pouze se souhlasem jejího zákonného zástupce nebo příslušného orgánu nebo osoby či instituce pověřených ze zákona.*“²⁰⁰ **Zákonná úprava osob zbavených způsobilosti k právním úkonům či v této způsobilosti omezených** je obsažena v **§ 10 OZ**.

Pokud jde o **pacienty, kteří vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopni udělit souhlas**, zákon o péči o zdraví lidu v této souvislosti umožňuje, aby

¹⁹⁷ V souladu s tím **Úmluva o biomedicině v článku 8** připouští, aby v situaci, kdy nelze získat příslušný souhlas, byl okamžitě proveden jakýkoli lékařský zákrok, který je nezbytný pro prospěch zdraví dotyčné osoby. **Stavem nouze** se přitom rozumí přímo hrozící nebezpečí vážného poškození zdraví.

¹⁹⁸ ŠUSTEK, Petr, HOLČAPEK, Tomáš, *Informovaný souhlas*, 1. vydání, Praha, ASPI, 2007, strana 162.

¹⁹⁹ *Nález Ústavního soudu ze dne 20. 8. 2004, sp. zn. III. ÚS 459/03.*

²⁰⁰ *Úmluva o biomedicině, článek 6 odst. 3.*

v případech neodkladných výkonů nutných k záchraně života byly u těchto osob provedeny vyšetřovací a léčebné výkony bez jejich souhlasu.²⁰¹

9.4 Poučení

Každého pacienta je třeba předtím, než udělí souhlas se zákrokem, řádně poučit. **V zásadě se poučuje přímo a pouze pacient.** Výjimky tvoří situace, kdy pacient buď není schopen poučení v daném okamžiku vůbec přijmout (například je v bezvědomí) nebo se jedná o pacienta neschopného posoudit význam a dopad konkrétního zákroku a na základě toho poskytnout platný souhlas s léčebným postupem (nezletilý, osoba zbavená způsobilosti k právním úkonům nebo v této způsobilosti omezena).

Poučení musí být poskytnuto předem, pacient musí mít čas rozhodnout se, jestli za daných podmínek zákrok podstoupí nebo ne. Není přípustné poskytnout poučení až v okamžiku, kdy je pacient pod vlivem léků aplikovaných v rámci předoperačních příprav.

Zákon o péči o zdraví lidu neurčuje povinnou **formu poučení pacienta** ani přesnou formu jeho souhlasu, proto mohou mít v zásadě jakoukoli formu, kterou lékař zvolí.

Obecně jsou teorií rozlišovány **4 standardy poučení pacienta**, které se liší tím, do jaké míry považují za primární hodnotu zdraví pacienta či jeho svobodnou vůli.

Pokud je **rozhodujícím kritériem zdraví pacienta**, rozlišujeme:

1/standard konkrétního lékaře: Měřítkem dostatečnosti poučení je subjektivní názor konkrétního lékaře. V této situaci de facto rozhoduje lékař, jelikož poučí pacienta jen o léčbě, kterou on považuje za správnou, a pacient se pro ni následně rozhodne, protože o jiných variantách není poučen. Tento standard není v současnosti aplikován v žádném státě s rozvinutým medicínským právem.

2/standard průměrného lékaře: Měřítkem dostatečnosti poučení je zde obecně uznávaná medicínská praxe. Nejde o názor konkrétního lékaře, jaké poučení je vhodné, ale o většinový názor lékařské komunity, o poučení, jaké by na jeho místě provedl „rozumný“, průměrně pečlivý lékař. I tento přístup vychází z paternalistického modelu vztahu pacient-lékař, pacient získá jen informace, které podle lékařského stavu nebudou

²⁰¹ *Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, § 23 odst. 4 písm. c).*

mít negativní vliv na průběh léčby. V kontextu rostoucího důrazu na autonomii pacienta, na požadavek sdělit pacientovi veškeré informace o jeho zdravotním stavu je tento standard nepřijatelný.

Pokud je **rozhodujícím kritériem svoboda rozhodování**, rozlišujeme:

3/standard průměrného pacienta: Jedná se o objektivní standard, vycházející z toho, jaké poučení by ke svému rozhodování potřeboval průměrný „rozumný“ pacient (člověk s průměrným zájmem o věci týkající se jeho zdraví, průměrně ochotný podstupovat riziko, průměrně vzdělaný a inteligentní). Standard průměrného pacienta nereflektuje rozdíly v prioritách jednotlivých pacientů. Pro lékaře je tento standard pohodlný, protože nemusí zjišťovat, co by chtěl vědět konkrétní pacient.

4/standard konkrétního pacienta: Jde o subjektivní standard, poučení je dostatečné, pokud konkrétní pacient dostal všechny informace, které by mohly mít vliv na jeho rozhodování, s ohledem na jeho individuální preference.²⁰²

Podle *článku 5 Úmluvy o biomedicině* „*Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích.*“. *Vysvětlující zpráva k Úmluvě* dále rozvádí, že **informace musí být dostatečně jasné a vhodně formulované s ohledem na konkrétní osobu pacienta**, aby tento mohl zvážit nutnost a účelnost zamýšleného zákroku s ohledem na možná rizika, nepohodlí či bolest, které mu zákrok způsobí, a vybrat si na základě toho způsob léčby, který mu co nejvíce prospěje a zároveň ho co nejméně omezí. Úmluva tedy zcela jistě požaduje aplikaci standardu konkrétního pacienta.

Současná zákonná úprava standardu poučení, které je lékař povinen pacientovi před zákrokem poskytnout, je s požadavky Úmluvy v souladu.²⁰³

²⁰² Podrobněji k jednotlivým standardům viz CÍSAŘOVÁ, Dagmar, SOVOVÁ, Olga, a kol., *Trestní právo a zdravotnictví*, druhé, upravené a doplněné vydání, Praha, nakladatelství Orac, 2004, strana 73-75.

²⁰³ Blíže viz **kapitola 9. 2.**

9.4.1 Obsah poučení

Informace, které musí poučení obsahovat, jsou částečně vymezeny přímo textem článku 5 Úmluvy o biomedicině, některé jiné vyplývají ze samotného smyslu poučení.²⁰⁴

Pacient musí být poučen o účelu a povaze zákroku (zejména zda se jedná o zákrok léčebná či diagnostický), **jakož i o jeho důsledcích a rizicích** (jde-li o naléhavý zákrok, případně o rizicích spojených s jeho odkladem). Stejně tak má právo vědět, **kdo zákrok provede**.²⁰⁵

I správně provedený zákrok často zanechá následky na tělesné integritě pacienta (jizva, určitá omezení hybnosti), s řadou zákroků je spojena hospitalizace nebo pracovní neschopnost. To všechno mohou být okolnosti, které jsou důležité pro pacientovo rozhodnutí.

Poučení o rizicích zahrnuje jak **rizika obecně spojená s daným zákrokem, tak specifická** s ohledem na věk pacienta či jeho zdravotní stav.

Poučit pacienta o všech rizicích, která by mohla s větší či menší pravděpodobností nastat, by bylo jednak časově náročné, jednak pro pacienta zbytečně stresující. Jedním ze základních kritérií při posuzování rizika je **pravděpodobnost jeho naplnění**. Zahraniční judikatura shledala povinnost lékaře poučit pacienta o konkrétním riziku při pravděpodobnosti jeho výskytu 1: 2000, u rizika infekce dokonce 1: 10000. V České republice nebyla dosud tato hranice soudním rozhodováním stanovena.²⁰⁶

Úmluva neukládá lékaři výslovně **povinnost informovat pacienta o alternativách zákroku**, její existence je ale dovoditelná z účelu poučení. Pacient si nemůže svobodně vybrat pro sebe nejpříjemnější postup, pokud nezná všechny alternativy léčby. Vždy je třeba zmínit alespoň **alternativu neléčení**, v porovnání s kterou může pacient posoudit, zda je pro něj podstoupení zákroku přínosem. Povinnost lékaře poučit pacienta o alternativách se omezuje na vědeckou medicínu, nezahrnuje informace o postupech, které jsou pokládány za nevědecké a neoficiální. Pokud jde o **informace o nákladných léčebných postupech, které jsou dostupné**

²⁰⁴ Například v USA musí být poskytnuté informace mnohem detailnější než v Evropě. **Americké soudy kladou důraz na fakt, že lékař musí informovat i o rizicích, která pacient zná, nebo která by znala průměrná osoba.**

²⁰⁵ I tato informace může být pro rozhodnutí pacienta relevantní- **důvěra v odbornost a zkušenosti konkrétního zdravotnického pracovníka** představuje pro pacienta určitou záruku, že zákrok bude proveden řádně.

²⁰⁶ ŠUSTEK, Petr, HOLČAPEK, Tomáš, *Informovaný souhlas*, 1. vydání, Praha, ASPI, 2007, strana 76.

pouze v zahraničí a nejsou hrazené z veřejného zdravotního pojištění, převažuje názor, že pacient má vědět i o těchto postupech, protože i ony mohou mít vliv na jeho konečné rozhodnutí.

V rámci oficiální medicíny může lékař často volit z více možných postupů, z nichž každý má určité výhody a určitá rizika. Pokud nastane situace, že ani lékař jako odborník neví, který z více možných postupů je nejlepší, měl by se na konečném rozhodnutí podílet pacient.

Námítka, vznášená některými zdravotnickými pracovníky, že informovaný souhlas a jemu předcházející právo poučení jsou příčinou narušení vztahu mezi pacientem a lékařem, je nesmyslná. Přesnější by bylo říci, že právo pacienta požadovat informace před poskytnutím souhlasu s léčbou a tomu odpovídající povinnost lékaře takové informace poskytnout je příčinou **změny v jejich vztahu**, která koresponduje s přechodem od paternalistické medicíny k partnerskému vztahu při poskytování zdravotní péče.

Je pochopitelné, že nová situace může být některými lékaři (a bohužel i některými pacienty) negativně vnímána, jelikož na ně klade vyšší nároky a může jim působit potíže adaptovat se na nové poměry.

Velké procento lékařů stále není připraveno čelit otázkám pacientů, jsou zaskočení, pokud jsou jim nějaké kladeny a chápou je jako projev nedůvěry ze strany pacienta k jimi stanovené léčbě. Lze si představit, že každého profesionála se může dotknout, pokud cítí, že mu jeho klient plně nedůvěřuje. Na druhou stranu je třeba opět připomenout, že lidský život a zdraví jsou hodnoty výjimečné, čemuž odpovídá zvýšený zájem jednotlivce na jejich zachování. Kromě toho, řada medicínských zákroků je nevratná, což znamená, že pacient nemá možnost, v případě, že s výsledkem léčebného postupu není spokojen, zvolit na podruhé jinou alternativu. Proto je pochopitelné, že chce před tím, než učiní konečné rozhodnutí o dalším průběhu léčby, získat skutečně všechny dostupné informace a zvážit všechny alternativy, aby se mohl v souladu se svými preferencemi rozhodnout tzv. „na první dobrou“. Rozumný lékař by tedy spíše než za projev nedůvěry ke své osobě měl položené otázky považovat za známku pocitu spoluodpovědnosti pacienta za své zdraví, který by bylo vhodné spíš ocenit než potlačovat.

Nicméně i pokud je lékař otázkám otevřený, často ještě nemá pacient vyhráno. Mnozí čeští lékaři jsou sice vynikajícími odborníky ve svém oboru, ale chybí jim potřebné komunikační dovednosti a schopnost předat odborné informace ve formě pro pacienta srozumitelné. S ohledem na celosvětový nárůst vzdělanosti obyvatelstva za poslední století se snad tento problém může zdát méně palčivý, nicméně stále existuje početná skupina obyvatel, kterým jejich vzdělání neumožňuje být lékaři v rozhovoru rovným partnerem. Podceňováno bývá zejména vysvětlování informací, které se zdají z odborného hlediska jasné. Přitom největší újmu působí tento stav právě lékařům samotným- pacient nedokáže adekvátně ocenit kvalitu poskytnuté péče či provedení zákroku, pokud nerozumí jejich podstatě.²⁰⁷ Proto by bylo vhodné, aby se studenti lékařských fakult při přípravě na své budoucí povolání vzdělávali nejen v oblasti medicíny, ale aby si zároveň osvojili potřebné základy psychologie a komunikace s pacientem.

Rovněž současná praxe, kdy, zatímco je pacient vyšetřován, čeká v čekárně dalších 10 nemocných, nenahrává tomu, aby se pacient neostýchal informace požadovat. Pacient by nikdy neměl mít pocit, že lékaře či ostatní „zdržuje“ tím, že žádá informace. Situaci by bylo možné zlepšit například změnou organizace práce, objednávaním pacientů na konkrétní hodinu a tím, že si lékař na každého pacienta vyhradí ve svém rozvrhu dostatek času.

Informace podávané lékaři se dle mého názoru často omezují na údaje o léčebné úkonech, neobsahuje v dostatečné míře rady týkající se zdravého životního stylu, za jehož pomoci by bylo možné řadě onemocnění předejít nebo alespoň eliminovat jejich projevy. V souladu s celosvětovým trendem přechodu od drahé léčby k ekonomicky výhodnější prevenci je v zájmu udržitelnosti pojistného systému, aby byli pacienti v co nejširší míře poučeni právě o vlivu životního stylu na zdravotní stav a o tom, co mohou sami v běžném životě udělat pro uchování svého zdraví.

²⁰⁷ Volně citováno z JIRSA, Jaromír, *Zdraví a právo*, Zdravotnické právo, 2009, ročník 13., číslo 1-2, strana 20.

10. Právo na ochranu tělesné integrity

Právo na ochranu tělesné integrity je **součástí práva na ochranu osobnosti**, garantovaného Listinou základních práv a svobod. Podle **článku 7 LZPS** je zaručena nedotknutelnost osoby a jejího soukromí. Rovněž **občanský zákoník v § 11** obsahuje ustanovení, že fyzická osoba má právo na ochranu své osobnosti, zejména života a zdraví. **Úmluva o biomedicině v článku 1** ukládá smluvním stranám povinnost chránit důstojnost a svébytnost všech lidských bytostí a každému bez rozdílu zaručit úctu k integritě jeho bytosti.

Právo jedince na ochranu jeho tělesné integrity lze **negativně vymezit jako zákaz neoprávněných zásahů všech ostatních subjektů do sféry jeho tělesné integrity**. Neomezuje se přitom pouze na ochranu života a zdraví živého jedince, ale působí i ve vztahu k mrtvému tělu nebo jeho jednotlivým částem.

Zásahem do tělesné integrity je jakékoli narušení či ovlivnění tělesné stránky člověka, k němuž lze řadit též ovlivnění duševní stránky zdraví. Spadají sem všechny zdravotnické zákroky, zásahy v oblasti výzkumné činnosti, zákroky kosmetické, vystavení organismu nepříznivým útokům např. v rámci sportu, kriminální útoky proti životu a zdraví.²⁰⁸

Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví představuje zásah do tělesné integrity jedince. V duchu Úmluvy o biomedicině je přitom zákrokem třeba rozumět **úkony preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační i experimentální**.

Aby takový zásah do tělesné integrity nebyl považován za protiprávní, je třeba, aby byl **krytý předem uděleným informovaným souhlasem**.²⁰⁹ Bez tohoto souhlasu jakýkoli zákrok, ačkoli provedený bezchybně, v souladu s profesními standardy a v nejlepším zájmu pacientova zdraví je porušením pacientovy tělesné integrity, za niž může být žádáno odškodnění.

²⁰⁸ Volně citováno z CÍSAŘOVÁ, Dagmar, SOVOVÁ, Olga, a kol., *Trestní právo a zdravotnictví*, druhé, upravené a doplněné vydání, Praha, Orac, 2004, strana 45.

²⁰⁹ Zajímavá je problematika **souhlasu v případě transplantací**. Pokud je orgán nebo tkáň odebírána **živému člověku**, nelze tak učinit bez jeho výslovného souhlasu. V případě **zemřelé osoby** orgán může být odebrán bez souhlasu kohokoli. Pokud osoba nesouhlasí s tím, aby jí byly po smrti odebrány orgány pro účely transplantace, musí tuto svou vůli projevit v písemné podobě. Nesouhlas s využitím orgánů po smrti jedince musí být bezvýhradně respektován.

Zahraniční teorie označuje souhlas za **defense**, tvrzení, jímž se lékař zbavuje odpovědnosti za následky správně provedeného zákroku. Úmluva o biomedicíně chápe informovaný souhlas pacienta jako jednou z podmínek právnosti zákroku, kromě které požaduje, aby byl zákrok proveden v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy.²¹⁰ Pokud pro daný případ neexistuje závazný standard, plyne lékaři z § 55 odst. 1 zákona o péči o zdraví lidu obecná povinnost „postupovat svědomitě, poctivě, s hlubokým lidským vztahem k občanům a s vědomím odpovědnosti ke společnosti“. Lze shrnout, že **pokud zákrok v oblasti péče o zdraví provádí oprávněná osoba způsobem odpovídajícím současným poznatkům lékařské vědy, se souhlasem pacienta a v souladu s léčebným záměrem, nemůže se z její strany jednat o trestný čin.**

„V zájmu svého zdraví a zdraví spoluobčanů je každý povinen

a) podrobit se v případech stanovených obecně závaznými předpisy zdravotnickým prohlídkám a diagnostickým zkouškám, léčení nemocí společensky zvláště závažných, asanačním, dezinfekčním a jiným opatřením na ochranu před nákazou(...).“²¹¹

Toto ustanovení se týká situací, kdy **autonomie jednotlivce a ochrana jeho tělesné integrity musí ustoupit zájmu státu na zdraví společnosti jako celku**, typicky například u vážných onemocnění přenosných z člověka na člověka. Jen zákon smí stanovit případy, kdy lze zákrok v oblasti péče o zdraví provést i bez souhlasu pacienta, případně i proti jeho výslovně projevenému přání.

„Bez souhlasu nemocného je možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony, a je-li to podle povahy onemocnění třeba, převzít nemocného i do ústavní péče

a) jde-li o nemoci stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení,
b) jestliže osoba jeví známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí, anebo
c) není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví.“²¹²

²¹⁰ Těmito standardy se rozumí **závazné postupy schvalované ministerstvem zdravotnictví ve spolupráci s profesními organizacemi.**

²¹¹ **Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, § 9 odst. 4.**

²¹² **Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, § 23 odst. 4.**

*„Zákon stanoví, ve kterých případech může být osoba převzata nebo držena v ústavní zdravotnické péči bez svého souhlasu. Takové opatření musí být do 24 hodin oznámeno soudu, který o tomto umístění rozhodne do 7 dnů.“*²¹³

Případy, kdy může být **osoba převzata nebo držena v ústavní péči bez svého souhlasu**, jsou taxativně vypočteny v **§ 23 zákona o péči o zdraví lidu**. Ústavní soud ve svých nálezech opakovaně zdůraznil, že **jedině soud může rozhodnout o přípustnosti držení osoby v ústavu zdravotní péče bez jejího souhlasu**. Není přípustné, aby takové rozhodnutí učinil správní orgán.²¹⁴ V případě nedodržení zákonných podmínek omezení osobní svobody naplňuje takové jednání znaky trestného činu **omezování osobní svobody** (§ 171 TZ).

²¹³ *Listina základních práv a svobod, článek 8 odst. 6.*

²¹⁴ MACH, Jan a kol., *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy*, 2. vydání, Praha, LexisNexis, 2005, strana 92.

11. Právo na soukromí

Základním pramenem ochrany pacientova práva na soukromí je *Mezinárodní pakt o občanských a politických právech*. Tento dokument zdůrazňuje, že každý má právo na ochranu proti zásahům do soukromého života, rodiny, cti a pověsti.

Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod v článku 1 zdůrazňuje povinnost členských států respektovat lidská práva. V článku 8 pak výslovně říká, že *každý má právo na respekt ke svému soukromému a rodinnému životu, svému domovu a korespondenci*.

Článek 10 Úmluvy o biomedicíně garantuje každému jedinci právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o jeho zdravotním stavu.

Právní rámec vnitrostátní ochrany práva jedince na soukromí představuje **článek 10 odst. 3 Listiny základních práv a svobod**. „Každý má právo na ochranu před neoprávněným shromažďováním, zveřejňováním nebo jiným zneužíváním údajů o své osobě.“

„Fyzická osoba má právo na ochranu své osobnosti, zejména života a zdraví, občanské cti a lidské důstojnosti, jakož i **soukromí**, svého jména a projevů osobní povahy.“²¹⁵ Úprava ochrany soukromí jedince v občanském zákoníku je úpravou obecnou, veškeré ostatní zákony týkající se ochrany osobních údajů mají ve vztahu k této normě postavení *lex specialis*. Z hlediska zdravotnického práva je významný zejména **zákon č. 256/1992 Sb., o ochraně údajů v informačních systémech, zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu a zákon č. 551/1991 Sb., o zdravotním pojištění**. Teprve **zákon o ochraně osobních údajů** z roku 2000 (č.101/2000 Sb.), který stanovil sankce za porušení práva na soukromí a zřídil dozorový orgán - Úřad pro ochranu osobních údajů, zahájil proces novelizace právních předpisů pro zdravotnictví, směřující k právní ochraně zdravotnických informací.

Obecné právo na soukromí, které náleží každému člověku, musí být respektováno i v průběhu poskytování zdravotní péče.

²¹⁵ **Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, § 11.**

„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 vyšetření a léčba jsou věci důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních²¹⁶, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.“²¹⁷

Značně vyšší důraz na ochranu soukromí pacienta je kladen například v Německu, kde se z tohoto důvodu nepoužívají štítky s jmény pacientů nad postelí, neexistují tu veřejně přístupné seznamy ležících pacientů. Nicméně i v české praxi je možné sledovat určitý posun. Dříve bylo běžné, aby na štítku nad postelí bylo kromě jména uvedeno i rodné číslo, případně datum narození pacienta. V dnešní době, v souladu s vnitrostátními předpisy na ochranu osobních údajů, je uváděno pouze jméno, obvykle s typem diety, která je pacientovi stanovena. Jméno pacienta lze v českých nemocnicích zjistit rovněž z identifikačního náramku, který je mu umístěn při příjmu na zápěstí. V tomto případě jde o bezpečnostní prvek, sloužící k jednoznačné identifikaci pacienta a chránící personál nemocnice před záměnou pacientů, která by mohla vyústit v krajním případě až v nesprávnou léčbu. Jde tedy o významnou záruku správné péče o pacientovo zdraví a dle mého názoru je tedy plně opodstatněné, aby za tímto účelem bylo do jisté míry omezeno právo na soukromí nemocného.

11.1 Lékařské tajemství

Právní úprava povinnosti mlčenlivosti a ochrany osobních dat ve zdravotnictví je **jedním ze základních předpokladů důvěry ve vztahu pacienta a lékaře**, je tedy významným prvkem medicínského práva.²¹⁸

Lékařské tajemství²¹⁹ představuje **povinnost zdravotnického pracovníka**

²¹⁶ Ve **fakultních zařízeních** je prováděna také praktická výuka mediků a budoucích zdravotních sester. Ačkoli pacienti zpravidla souhlasí, aby se stali předmětem výuky, není to v žádném případě jejich povinnost. Vedoucí stáže si musí vždy předem vyžádat souhlas pacienta s demonstrací jeho případu. Nesouhlas musí být respektován.

²¹⁷ **Etický kodex Práva pacientů, článek 5.**

²¹⁸ CÍSAŘOVÁ, Dagmar, SOVOVÁ, Olga, *Trestní právo a zdravotnictví*, 1. vydání, Praha, Orac, 2000, strana 63.

²¹⁹ V souvislosti s povinnou mlčenlivostí ve zdravotnictví se tradičně používá pojem lékařské tajemství, ačkoli tuto **mlčenlivost musí dodržovat nejen lékař, ale každý zdravotnický pracovník** (tedy každý, kdo získal předepsanou kvalifikaci pro výkon zdravotnické profese). Ostatní osoby

zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, které se dozvěděl při výkonu svého povolání. Podle *Ženevské deklarace* jakákoli informace důvěrně sdělená pacientem musí být udržena navždy v tajnosti.²²⁰ Povinnost mlčenlivosti nekončí smrtí pacienta, lékař je jí vázán i po skončení výkonu povolání.

Jak konstatoval anglický soud v rozsudky z roku 1974, „(...)stejně jako příslušníci jiných profesí, například kněží nebo samozřejmě jiní, lékař má povinnost nezveřejnit bez souhlasu pacienta, informace, které získal v rámci výkonu své profese, s výjimkou (...)velmi výjimečných případů“²²¹

„Každý zdravotnický pracovník je povinen zejména zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o kterých se dověděl při výkonu svého povolání, s výjimkou případů, kdy skutečnost sděluje se souhlasem ošetřované osoby; povinnost oznamovat určité skutečnosti uložená zdravotnickým pracovníkům zvláštním právním předpisem není dotčena. Povinností mlčenlivosti není zdravotnický pracovník vázán v rozsahu nezbytném pro obhajobu v trestním řízení a pro řízení před soudem nebo jiným orgánem, je-li předmětem řízení spor mezi ním, popřípadě jeho zaměstnavatelem a pacientem, nebo jinou osobou uplatňující práva na náhradu škody nebo na ochranu osobnosti v souvislosti s poskytováním zdravotní péče.“²²² Ve vztahu k údajům o zdravotním stavu, hospitalizaci, diagnóze, prognóze a léčení jednotlivých pacientů je povinná mlčenlivost stanovena velmi přísně. I sama skutečnost, že pacient je například v léčení určitého lékaře či zdravotnického zařízení, je předmětem mlčenlivosti.²²³

V souladu s platnou zákonnou úpravou rovněž tradiční *Hippokratova přísaha* zavazuje lékaře zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o kterých se dozvěděli v průběhu léčby. „O všem, co uvidím a uslyším při léčení samém, nebo v souvislosti s ním, zachovám mlčení a podržím to jako tajemství, nebude-li mi dáno svolení k tomu, abych to řekl.“ § 2 odst. 10 *Etického kodexu ČLK* říká: „Lékař je v zájmu pacienta

(**nezdravotníci**) podílející se na léčebném procesu stvrzují při přijetí do zaměstnání svým podpisem, že budou dodržovat pracovní řád zdravotnického zařízení, v němž je obsažen rovněž závazek mlčenlivosti.

²²⁰ Ženevská deklarace byla přijata Valným Shromážděním Světové zdravotnické organizace v září 1948. Je platná ve znění dodatků z let 1968, 1983 a 2006.

²²¹ *Hunter v. Mann (1974) QB 767 at 772.*

²²² *Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, § 55 odst. 2 písm. d).*

²²³ MACH, Jan a kol., *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy*, 2. vydání, Praha, LexisNexis, 2005, strana 133.

povinen, s výjimkou případů, kdy je to právně nutné, důsledně zachovávat lékařské tajemství, tedy nepodávat informace jakékoli třetí osobě o skutečnostech, které se dozvěděl přímo nebo nepřímo v rámci svého profesionálního vztahu k pacientovi. Smrt pacienta neuvolňuje lékaře z tohoto závazku.“

Hlavním účelem povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků je **ochrana oprávněných zájmů pacienta** a zároveň **vytvoření důvěry pacienta k lékaři**.

V rozsudku ve věci Z v. Finland soud řekl, že: „*Respektování důvěrnosti medicínských dat je základním principem právních systémů států, které jsou smluvními stranami Úmluvy. Je zásadní nejenom respektovat pocit soukromí pacienta, ale rovněž zachovat jeho důvěru v lékařskou profesi a zdravotnické služby obecně.*“²²⁴

Aby lékař mohl poskytnout kvalitní péči, musí znát řadu údajů, které se bezprostředně nebo vzdáleně týkají rozvoje onemocnění.²²⁵ Řada těchto údajů může být pro pacienta velmi intimních, proto je nezbytné, aby mezi zdravotnickým pracovníkem a nemocným byla atmosféra důvěry. Pacient musí mít jistotu, že cokoli sdělí lékaři při poskytování zdravotní péče, zůstane věcí důvěrnou.

Informace jsou povinnou mlčenlivostí chráněny rovnocenně bez ohledu na stupeň jejich důvěrnosti nebo intimnosti. Informace o zdravotním stavu se zásadně nesdělují zaměstnavateli ani přátelům. Podávání informací závažného charakteru po telefonu je zakázáno. Aby došlo k porušení povinné mlčenlivosti, nemusí dojít ke skutečné újmě na právech a právem chráněných zájmech.

Povinnou mlčenlivost zdravotnických pracovníků nelze chápat jako dogma, za určitých okolností zákon připouští její **prolomení**.²²⁶

Mlčenlivost lze prolomit **se souhlasem pacienta** (ať už výslovným nebo konkludentním), **bez tohoto souhlasu pak v případech oznamovací povinnosti uložené zvláštními předpisy nebo na základě zproštění mlčenlivosti nadřízeným orgánem v tzv. důležitém státním zájmu.**

Oznamovací povinnost zahrnuje povinnost orgánů hygienické služby nebo

²²⁴ (1997) 25 EHRR 371 at para 95.

²²⁵ **Perignóza** (sociální portrét)-okolnosti i jiné než medicínské povahy, které umožnily rozvoj onemocnění.

²²⁶ Například v Německu se průlom do povinné mlčenlivosti nevyskytují v takovém rozsahu jako u nás. Zásadně musí být průlom stanoven ve formě obecně závazného předpisu- zákona. Oznamovací povinnost platí při hlášení pohlavních chorob dle příslušného spolkového zákona o pohlavních chorobách.

ošetřujícího lékaře oznámit státnímu zástupci nebo policii, že se osoby nemocné nebo podezřelé z onemocnění přenosnou nemocí odmítají podrobit vyšetření nebo léčení, dále obecně závaznou povinnost uloženou § 367 TZ (trestný čin **nepřekažení trestného činu**) a § 368 TZ (trestný čin **neoznámení trestného činu**) oznamovat orgánům činným v trestním řízení trestné činy, o jejichž spáchání se lékař dozvěděl v rámci výkonu svého povolání.

Podle **§ 15 odst. 1 zákona o matrikách**²²⁷ zdravotnické zařízení, v němž byl porod ukončen, je povinno oznámit matričnímu úřadu narození dítěte. Pokud nebyl porod ukončen ve zdravotnickém zařízení, oznámí narození lékař, který jako první poskytl při porodu nebo po porodu zdravotní péči.

Dle **§ 6 zákona o umělém přerušení těhotenství**²²⁸ jestliže bylo uměle přerušeno těhotenství ženě ve věku od šestnácti do osmnácti let, vyrozumí o tom zdravotnické zařízení jejího zákonného zástupce. V případě tohoto ustanovení se střetává zájem na právu rodičů vykonávat nad nezletilou osobou svou rodičovskou zodpovědnost a právo nezletilé dívky na ochranu soukromí. Fakt, že je tento konflikt řešen ve prospěch práva rodičů, je předmětem kritiky.

Často diskutovanou otázkou v kontextu povinné mlčenlivost lékaře je **povinnost informovat partnera osoby nakažené virem HIV**. Německý odvolací soud ve Frankfurtu na Mohanem v rozsudku č.8U 67/99 konstatoval, že pokud pacient sám neprokáže potřebné pochopení a neinformuje partnera o svém onemocnění, takže je třeba počítat s nebezpečím přenosu, je lékař povinen partnera informovat sám. Ačkoli je takový průlom do povinné mlčenlivosti některými odpůrci považován za významné porušení lékařského tajemství a zásah do soukromí pacienta nakaženého virem HIV, ochrana práva jeho sexuálního partnera na zdraví a na život, které jsou v rámci našeho právního řádu považovány za hodnoty nejvyšší (tedy v konkrétní situaci nadřazené právu na ochranu soukromí), by dle mého názoru takový postup českých zdravotnických pracovníků ospravedlnila.

Okolností, za níž je lékař oprávněn porušit povinnou mlčenlivost, je **souhlas pacienta**. Pouze sám pacient může dát souhlas k sdělení údajů o svém zdravotním stavu dalším osobám, včetně osob blízkých. Pokud pacient neurčí jinou osobu, smí lékař

²²⁷ **Zákon č. 301/200 Sb., o matrikách, jménu a příjmení a o změně některých souvisejících zákonů.**

²²⁸ **Zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství.**

informace o zdravotním stavu poskytnout pouze pacientovi.

*„Zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu příslušného zdravotnického povolání informuje pacienta, popřípadě další osoby v souladu s § 67b odst. 12 písm. d), o účelu a povaze poskytované zdravotní péče a každého vyšetřovacího nebo léčebného výkonu, jakož i o jeho důsledcích, alternativách a rizicích.“*²²⁹ Osoba blízká, stejně jako jakákoli třetí osoba, může být o pacientově zdravotním stavu informována pouze na základě předchozího souhlasu pacienta.²³⁰ Nikdy nesmí být informována dříve než pacient nebo ve větším rozsahu. Takové jednání zdravotnického pracovníka by mohlo být kvalifikováno jako neoprávněné nakládání s osobními údaji.

Porušení povinné mlčenlivosti je jednak trestným činem, jednak správním deliktem, který lze postihnout pokutou. § 180 odst. 2 TZ upravuje skutkovou podstatu **trestného činu neoprávněného nakládání s osobními údaji**. Tohoto trestného činu se dopustí osoba, která *„poruší státem uloženou nebo uznanou povinnost mlčenlivosti tím, že neoprávněně zveřejní, sdělí nebo zpřístupní třetí osobě osobní údaje získané v souvislosti s výkonem svého povolání, zaměstnání nebo funkce, a způsobí tím vážnou újmu na právech nebo oprávněných zájmech osoby, již se osobní údaje týkají.“*²³¹

11.2 Zdravotnická dokumentace

*„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.“*²³²

*„Každý má právo na ochranu před neoprávněným shromažďováním, zveřejňováním nebo jiným zneužíváním údajů o své osobě.“*²³³ Hlavní zásadou při sběru dat obecně, tedy i dat ve zdravotnictví, je , aby tato byla **získána v souladu s právním**

²²⁹ *Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, § 23 odst. 1.*

²³⁰ *Až do 15. 5. 2007* přitom § 23 odst. 1 zákona o péči o zdraví lidu obsahovat formulaci, že *„lékař je povinen poučit vhodným způsobem nemocného, popřípadě členy jeho rodiny“*. Toto ustanovení bylo v rozporu jak s vnitrostátními předpisy o ochraně osobních dat, tak s právem pacienta na soukromí a ochranu osobních údajů zaručeným Úmluvou o biomedicíně. Současné znění § 23 je s těmito právními předpisy v souladu.

²³¹ *ÚS ČR - T. ÚS 453/03 (N 209/39 SbNU 216).*

²³² *Etický kodex práva pacientů, článek 6.*

²³³ *Listina základních práv a svobod, článek 10 odst. 3.*

řádem a se souhlasem osoby, již se týkají.

Zdravotnická dokumentace představuje soubor informací o pacientovi, zahrnující osobní data pacienta, rodinnou anamnézu, informace o jeho onemocnění, výsledky vyšetření a prohlídek, případně další informace související se zdravotním stavem pacienta nebo s postupem při poskytování zdravotní péče. Doba uchovávání zdravotnické dokumentace je 5 let. Správně vedená dokumentace je nezbytná pro potřeby kontinuálního sledování zdravotního stavu pacienta, zároveň může sloužit pro případné přezkoumání diagnózy stanovené zdravotnickým pracovníkem a jím zvolené terapie. Dokumentace je zároveň významným důkazním prostředkem.²³⁴

*„Zdravotnická zařízení jsou povinna vést zdravotnickou dokumentaci.“*²³⁵ **Řádné vedení zdravotnické dokumentace je právní povinností lékaře**, ukládá mu ji norma se silou zákona.²³⁶ Obdobný závazek obsahuje rovněž etický kodex ČLK: *„Lékař je povinen při výkonu povolání vést a uchovávat řádnou dokumentaci ve smyslu platných předpisů. Dokumentace může být vedena na magnetických paměťových médiích nebo elektronických nosičích jiného typu. Ve všech případech je nutná patřičná ochrana znemožňující změnu, zničení nebo zneužití.“*²³⁷

Zdravotnická dokumentace v jakékoli formě je majetkem zdravotnického zařízení. Podle **článku 10 odst. 2 Úmluvy o biomedicině** je každý oprávněn znát veškeré informace shromažďované o jeho zdravotním stavu. Pacient má právo být informován o svém zdravotním stavu a povaze poskytované zdravotní péče i o údajích, které o něm zdravotnické zařízení vede v dokumentaci. Toto právo výslovně pacientovi garantuje rovněž **§ 67b odst. 12 písm. a) zákona o péči o zdraví lidu**.

²³⁴ Bez lékařské dokumentace nelze v soudním řízení postup lékaře přezkoumat. Paradoxně tedy neplnění zákonné povinnosti vést dokumentaci zaručuje podle současné úpravy lékaři vyšší šanci ve sporu uspět, což je zcela v rozporu se zásadou, že **nikdo nemůže mít prospěch ze svého protiprávního chování**. Bylo by tedy vhodné inspirovat se praxí německých soudů, které v tomto případě uplatňují **vyvratitelnou domněnku, že úkon, který není v dokumentaci zaznamenán, nebyl vůbec proveden**, a chybí-li výsledky testů, které měly být zaznamenány nebo uchovány, svědčily tyto v neprospěch lékaře. To samé by mělo platit v případě, pokud dokumentace jeví známky, oprav nebo vpisování.

²³⁵ **Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, § 67b odst. 1.**

²³⁶ Z evropského práva jsou pro oblast ochrany dat ve zdravotnické dokumentaci významné **Úmluva č. 108 o ochraně jednotlivců se zřetelem na automatizované zpracování osobních dat** z roku 1981, na jejím základě přijaté **Doporučení č. R(97)5 o ochraně zdravotních údajů** a **Směrnice Evropského parlamentu a Rady č. 95/46/ES**.

²³⁷ **Etický kodex ČLK, § 2, odst. 12.**

Pacient má dle § 67b odst. 12 písm. c) zákona o péči o zdraví lidu právo nahlížet do dokumentace, případně si pořizovat opisy, výpisy nebo kopie.²³⁸

Pacient má rovněž právo určit osobu, které je zdravotnické zařízení oprávněno poskytnout obsah pacientovy zdravotnické dokumentace. Součástí tohoto práva je i právo vyslovit zákaz podat informace, a to buď ve vztahu ke konkrétní osobě nebo všeobecně. Takto projevený zákaz se zaznamenává přímo do dokumentace, platný je za předpokladu, že je vlastnoručně podepsán pacientem a ošetřujícím lékařem. Jakýkoli zákaz pacienta, aby třetí osoby nahlížely do dokumentace, není absolutní, zákon o péči o zdraví lidu stanoví, ve kterých situacích se neuplatní.

Oprávnění ostatních osob získávat informace o zdravotním stavu pacienta z jeho dokumentace je omezeno ve prospěch ochrany pacientova soukromí. Povinností zařízení, které vede dokumentaci, je chránit práva pacienta ve vztahu k 3. osobám.

I bez souhlasu pacienta může k údajům obsaženým ve zdravotní dokumentaci pacienta může přistupovat skupina taxativně vymezených osob, pokud je to nezbytné k plnění konkrétního úkolu v rozsahu jejich kompetence. Jedná se zejména o zdravotnické pracovníky v souvislosti s poskytováním zdravotní péče, revizní lékaře pojišťovny, soudní znalce, lékaře pověřené k vypracování odborného stanoviska.

Osoby blízké mají **právo na informace o zdravotním stavu zemřelého pacienta** a příčinách úmrtí. Tyto osoby mají rovněž právo nahlížet v přítomnosti zdravotnického pracovníka do zdravotnické dokumentace, pořizovat výpisy, opisy nebo kopie těchto dokumentů. *„Jestliže zemřelý pacient za svého života vyslovil zákaz poskytování informací o svém zdravotním stavu, právo na informace o jeho zdravotním stavu, včetně práva nahlížet v přítomnosti zdravotnického pracovníka do zdravotnické dokumentace a právo pořizovat z nich výpisy, opisy nebo kopie, mají osoby blízké pouze v případě, že je to v zájmu ochrany jejich zdraví nebo ochrany zdraví dalších osob, a to v rozsahu nezbytném pro ochranu zdraví.“*²³⁹

Pokud se údaje pacienta mají dostat mimo ordinaci lékaře je nutný souhlas

²³⁸ Právo činit opisy, výpisy a kopie ze zdravotnické dokumentace zavedla do zákona o péči o zdraví lidu *novela 111/2007 Sb.*, účinná od 15. 5. 2007. Již před touto novelizací zákon v souladu s Úmluvou přiznával pacientům právo na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci, nepřiznával jim ale výslovně právo nahlížet do zdravotnické dokumentace, jakož si z ní pořizovat opisy, výpisy nebo kopie.

²³⁹ *Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, § 67ba odst. 3.*

pacienta.²⁴⁰ Pacient by měl být informován, že se jeho údaje dostanou do centrálního počítače a tedy do počítačové sítě nemocnice, kde se s nimi mohou seznámit lékaři i nelékaři (např. ekonom při vykazování výkonů pro pojišťovnu). V situacích, že takový souhlas není schopen poskytnout pacient sám, poskytne ho za něj jeho zákonný zástupce, poručník nebo opatrovník.

Při vedení zdravotnické dokumentace a ochraně dat v ní obsažených se lékař může dopustit zejména **trestného činu neoprávněného nakládání s osobními údaji** (§ 180 TZ) a **porušení tajemství dopravovaných zpráv** (§ 182 TZ). Škody z takového jednání vzniklé by se pacient nejspíš domáhal podle ustanovení OZ o ochraně osobnosti. Pokud nelze náhradu poskytnout podle ustanovení OZ, přiznává **zákon 256/1992 Sb.** pacientovi nárok na zaplacení přiměřené peněžité náhrady, bylo-li porušeno jeho právo na zachování lidské důstojnosti, osobní cti nebo dobrého jména.

²⁴⁰ *Doporučení R/97/5.*

12. Závěr

Cílem této práce bylo přiblížit čtenáři českou právní úpravu postavení pacienta a jeho práv v procesu poskytování zdravotní péče, jak vyplývá z platných vnitrostátních právních předpisů, mezinárodních smluv, jimiž je Česká republika vázána, a etických kodexů. Výklad jednotlivých institutů je na mnoha místech doplněn o jejich odlišnou úpravu v zahraničních medicínskoprávních předpisech, na níž jsou ilustrovány klady i nedostatky domácí úpravy a možné směry, kterými by se mohl budoucí vývoj ubírat. V souvislosti s aktuálním tématem zásadní novelizace předpisů upravujících poskytování zdravotní péče a postavení pacientů bylo rovněž žádoucí seznámit čtenáře s nejvýznamnějšími změnami, které by tyto projednávané předpisy oproti současnému stavu přinesly.

Zdravotnické právo není v České republice samostatným právním odvětvím, tvoří je soubor předpisů, kterými se upravují právní vztahy související s právem na zdravotní péči, s jejím výkonem a s odpovědností za takto poskytnutou péči. Základním pramenem právní úpravy vztahu pacient-lékař a práv pacientů je zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, na který navazuje řada zvláštních předpisů. Skutečnost, že tento předpis, vzniklý v době uplatňování paternalistického modelu zdravotní péče, byl po roce 1989 pouze novelizován, je příčinou celé řady problémů, se kterými se současná praxe potýká. Nutnost nahradit tento zákon novou úpravou, plně odpovídající koncepci partnerství svým obsahem i použitou terminologií, je nepochybná. Nová úprava by měla zdůraznit pozici pacienta nikoli jako objektu péče, ale jako subjektu, klienta, který si kupuje zdravotní služby. Zároveň by měla posílit právo pacienta na seburčení umožněním, aby se rozhodl mezi standardní nebo nadstandardní variantou léčby a za případný nadstandard si legální cestou připlatil.

Česká republika je smluvní stranou řady mezinárodních smluv zasahujících do oblasti poskytování zdravotní péče, z nichž největší význam pro postavení pacienta mají *Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod* a *Úmluva o lidských právech a biomedicíně*. V souladu s ustanovením článku 10 Ústavy jsou tyto smlouvy součástí českého právního řádu a v případě konfliktu jejich ustanovení s vnitrostátní zákonnou nebo podzákonnou normou mají před těmito aplikační přednost.

Významným pramenem práv pacientů jsou rovněž etické kodexy, soubory neprávnických pravidel, odrážející názor společnosti na to, co je správné. Česká verze *Práv pacientů* byla vyhlášena Centrální etickou komisí MZ ČR 25. 2. 1992. Dětem a mladistvým pacientům garantuje obdobná práva *Charta hospitalizovaných dětí*.

Všichni lidé se rodí svobodní a sobě rovni v důstojnosti a právech, pacient a lékař jsou rovnoprávními partnery v právním vztahu, který vzniká při poskytování zdravotní péče. Je na pacientech, aby se jako rovnoprávní partneři chovali, aby přijali spoluzodpovědnost za své zdraví, předcházeli nemocem zdravou životosprávou a absolvováním preventivních prohlídek, na které mají na základě zdravotního pojištění nárok. Stát by se měl snažit pacienty k takovému chování více motivovat. Pozitivní motivaci by mohl představovat prvek jistého znevýhodnění těch pacientů, kteří prevenci zanedbávají, například formou spoluúčasti na hrazení léčby takto zbytečně vynucené. Posílení prevence by přineslo zároveň výraznou úsporu ve výdajích v systému zdravotního pojištění.

Zdravotní péče je služba, za kterou si pacient platí, byť nepřímo prostřednictvím systému veřejného zdravotního pojištění. Záměrem projednávané *novely zákona o veřejném zdravotním pojištění* je tuto skutečnost zdůraznit, a proto má být termín „péče“ nově nahrazen termínem „služba“ i v samotném textu zákona. Stejně jako v jakékoli jiné oblasti má i pacient-zákazník právo, aby takto poskytnutá služba byla kvalitní. Kvalitu poskytované péče výrazně ovlivňuje praxe jednotlivých lékařů, jejich přístup k pacientům, celoživotní sebevzdělávání v oblasti nových medicínských metod a postupů. Pacient má zásadně právo na volbu zdravotnického zařízení i lékaře. Ačkoli nelze tuto možnost přeceňovat, prostřednictvím volby takového lékaře, který jedná s pacientem jako s partnerem a který poskytuje služby na úrovni odpovídající dostupným poznatkům lékařské vědy, mohou pacienti pozitivně ovlivnit kvalitu v praxi poskytovaných služeb.

Každý má právo na život a zdraví. Povinností státu je intervenovat na ochranu osob, jejichž život a zdraví jsou ohroženy. Ochranu svého života a zdraví však může jedinec požadovat pouze v mezích ekonomických možností státu. Ekonomické bariéry se projevují zejména u nákladné resuscitační péče a u nejmodernějších metod léčby některých závažných onemocnění. Aby tato nákladná péče mohla být poskytnuta co

největšímu počtu potřebných pacientů, je nutné posílit pocit solidarity, který stále ještě není v české společnosti dostatečně zakořeněný. Je žádoucí omezit nadužívání zdravotní péče, přimět pacienty, aby nejprve využili služeb praktického lékaře a až v případě nutnosti navštívili specialistu, jehož služby jsou nákladnější. Prvním krokem v tomto ohledu bylo zavedení regulačních poplatků, přičemž teprve delší praxe ukáže, zda v jejich důsledku došlo skutečně k omezení čerpané péče. Významný výchovný efekt by mohlo přinést uveřejnění seznamu standardních i nadstandardních zdravotních služeb včetně jejich ceny v příloze novelizovaného *zákona o veřejném zdravotním pojištění*. Díky němu by pacienti získali přehled o cenách jednotlivých úkonů a zbavili by se tak dojmu, že zdravotní péče je zdarma, protože tím, co je zdarma, máme ze zkušeností tendenci plýtvat. Je třeba dosáhnout celospolečenské shody, že díky hospodárnému nakládání s prostředky v systému zdravotního pojištění a hrazení si například levných, finančně každému dostupných, léčebných přípravků z vlastních prostředků, obvyklému v řadě evropských zemí, bude možné poskytovat zdravotní péči ve větším objemu a na lepší úrovni tam, kde je to skutečně třeba.

Ochrana pacientova práva na život se může v některých případech dostat do konfliktu s jinými jeho právy, chráněnými v kontextu poskytování zdravotních služeb. Je jím například právo na svobodu vyznání, medializované zejména v souvislosti s provedením krevní transfúze příslušníkům Svědků Jehovových. Mnohem významnější je však ochrana zdraví pacienta v rozporu s jeho právem na sebeurčení. Zejména pod vlivem *Úmluvy o lidských právech a biomedicíně*, považující právo pacienta na sebeurčení za vůdčí princip celého medicínského práva, bylo do české úpravy zavedeno právo pacienta na úplnou informaci o svém zdravotním stavu, významně omezena možnost lékaře využít terapeutického privilegia a vyloučení protiprávnosti jakéhokoli zákroku v oblasti péče o zdraví podmíněno předem uděleným informovaným souhlasem pacienta.

V souvislosti s právem na sebeurčení bývá často diskutován institut tzv. living will, neboli předem vyslovených přání. Ačkoli závaznost předem vyslovených přání nemá oporu ve vnitrostátním českém právu a praxe není v této otázce rovněž příliš rozvinutá, je takový dokument, pokud představuje právně relevantní projev vůle pacienta, s ohledem na ustanovení *Úmluvy o lidských právech a biomedicíně* pro lékaře závazný a jeho nerespektování může vyústit v právní odpovědnost zdravotnického

pracovníka. V projednávaném *zákoně o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování* již je úprava závaznosti předem projevených přání obsažena, což by mělo přispět k větší právní jistotě v této oblasti jak pro pacienty, tak pro zdravotnické pracovníky, kteří v současnosti z obavy z případného trestního stíhání v některých případech raději provedou zákrok i proti předem projevenému přání pacienta.

Informované rozhodnutí pacienta o další léčbě je nemyslitelné bez adekvátního poučení. Současná vnitrostátní úprava ukládá lékaři velmi široce povinnost pacienta poučit (byť už nikoli pouze vhodným způsobem, jak tomu bylo do 15. 5. 2007), aniž by specifikovala, co vše musí řádné poučení obsahovat. V souladu s Úmluvou o biomedicíně by měl být pacient například informován o léčebných alternativách navrhovaného zákroku, ovšem nikoli vždy se tak děje, zejména pokud jde o alternativy těžko dostupné či prováděné pouze v zahraničí. Na základě novelizovaného znění *zákona o veřejném zdravotním pojištění* by se mělo stát povinností každého lékaře, jejíž nedodržení by bylo sankcionováno, informovat pacienta nejen o standardních, plně hrazených, léčebných postupech, ale i o péči nadstandardní.

V zájmu ochrany oprávněných zájmů pacienta a zachování vztahu důvěry mezi ním a lékařem má pacient právo na ochranu soukromí v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. V této oblasti došlo v české právní úpravě v posledních letech k významnému posunu, nadále jsou informace o zdravotním stavu sdělovány pouze pacientovi a s jeho souhlasem případně dalším osobám, včetně rodinných příslušníků. Rovněž v praxi již není například myslitelné poskytnout telefonicky informace o pacientově zdravotním stavu. Naproti tomu problém ochrany práva na soukromí nezletilé dívky starší 15 let, která podstoupila umělé přerušování těhotenství, zatím není uspokojivě vyřešen, jelikož takový zákrok podléhá ohlašovací povinnosti lékaře ve prospěch jejích zákonných zástupců. Řada zahraničních úprav v tomto případě považuje za prioritu právo nezletilé dívky na soukromí, proto je otázkou, zda preference zájmu rodičů na výchově nezletilého dítěte našim právním řádem je v tomto případě opodstatněná.

V porovnání zejména se zeměmi západní Evropy je historie české právní úpravy práv pacientů velmi krátká. Od konce 2. světové války docházelo ve vyspělých zemích k pozvolnému vývoji postavení pacientů, k nahrazení překonaného paternalistického

modelu modelem partnerským, k zakotvení základních institutů, jako je informovaný souhlas, ochrana tělesné integrity pacienta, právo na zdraví a zdravotní péči, právo odmítnout zdravotní péči či právo na ochranu osobních údajů. Do českého zdravotnického práva byla většina těchto institutů překotně zavedena v 90. letech. Ačkoli tedy byla česká právní úprava čistě formálně uvedena do souladu s mezinárodními závazky a na úroveň srovnatelnou s jinými evropskými státy, řada těchto institutů zůstala v praxi zcela či zčásti nenaplněna. Jedním z důvodů je samozřejmě i určitá, a ve své podstatě pochopitelná, setrvačnost v chování lékařů i samotných pacientů, zvyklých na předešlý paternalistický model.

Je logické, že nelze během několika let dohnat vývoj, který i mnohem větším a bohatším zemím trval několik desetiletí. Nicméně lze konstatovat, že jednotlivé nedostatky v provedení partnerského modelu v české právní úpravě i v jeho reálné aplikaci při poskytování zdravotní péče jsou postupně odstraňovány a zejména právě projednávané předpisy by měly být v tomto směru významným krokem vpřed.

Seznam použitých zkratk

LZPS - Listina základních práv a svobod

OZ - Občanský zákoník

TZ - Trestní zákoník

OSN – Organizace spojených národů

ESLP – Evropský soud pro lidská práva

Použitá literatura

Odborná literatura:

1. CÍSAŘOVÁ, Dagmar, SOVOVÁ, Olga, *Trestní právo a zdravotnictví*, 1. vydání, Praha, Orac, 2000
2. CÍSAŘOVÁ, Dagmar, SOVOVÁ, Olga, a kol., *Trestní právo a zdravotnictví*, druhé, upravené a doplněné vydání, Praha, Orac, 2004
3. HAŠKOVCOVÁ, Helena, *Práva pacientů*, Havířov, nakladatelství Aleny Kutilové, 1996
4. HAŠKOVCOVÁ, Helena, *Lékařská etika*, 2. vydání, Praha, Galén, 1997
5. HAŠKOVCOVÁ Helena, *Informovaný souhlas: Proč a jak?*, Praha, Galén, 2007
6. PAVLÍČEK, Václav a kol., *Ústav a ústavní řád České republiky: Komentář*, 2. díl, 2. vydání, Praha, Linde, 2002
7. MACH, Jan a kol., *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy*, 2. vyd., Praha, LexisNexis, 2005
8. ŠUSTEK Petr, HOLČAPEK, Tomáš, *Informovaný souhlas*, 1. vyd., Praha: ASPI, 2007
9. KŘEPELKA Filip, *Evropské zdravotnické právo*, Praha, LexisNexis, 2004
10. ŠTĚPÁN, J., *Právo a moderní lékařství*, Praha, Panoráma, 1989
11. BRAZIER, Margaret, CAVE, Emma, *Medicine, Patients and the Law*, fully revised fourth edition, Londýn, Penguin Books, 2007
12. KENNEDY, I., GRUBB, A., *Principles of Medical Law*, Oxford, Oxford University Press, 1998
13. MASON, John K., MCCAL SMITH, Alexander, LAURIE, Graeme T., AZIZ, M., *Mason & McCall Smith's Law and Medical Ethics*, 7th edition, Oxford, Oxford University Press, 2006
14. DEN EXTER André, HERMANS, Herbert, *The Right to Health Care in Several European Countries*, Kluwer Law International, 1999
15. MOSSIALOS, Elias, PERMANAND, Govin, BEATON, Rita, HEREY, Tamara K., *Health Systems Governance in Europe : the Role of European Union law and Policy*, New York, Cambridge University Press, 2010

Právní předpisy:

Mezinárodní:

1. Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod, publikována pod č. 209/1992 Sb.
2. Úmluva o lidských právech a biomedicině, publikována pod č. 96/2001 Sb. m. s.

České:

1. Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod
2. Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu
3. Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník
4. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník
5. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
6. Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví
7. Zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře
8. Zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství
9. Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů

Seznam příloh

Příloha č. 1: Etický kodex Práva pacientů

Práva pacientů

(shrnutí)

Diplomová práce Práva pacientů není vyčerpávajícím přehledem všech práv, která pacienti dle platné právní úpravy mají, z důvodu rozsáhlosti tématu zaměřila autorka svou pozornost pouze na nejdůležitější z nich. Jednotlivým právům jsou věnovány samostatné kapitoly, jejichž pořadí v zásadě odpovídá důležitosti, jakou autorka konkrétním právům přikládá. Každá kapitola zahrnuje obecný výklad k danému právu, jeho úpravu v mezinárodních dokumentech, které jsou pro Českou republiku závazné, a následně vnitrostátní úpravu. V poznámkách pod čarou je pro srovnání uvedena úprava daných institutů v zahraničních předpisech.

V úvodu práce autorka vymezuje pojem zdravotnického práva a lékařského práva a podává přehled nejvýznamnějších mezinárodních a vnitrostátních medicínskoprávních předpisů, doplněných výčtem jejich principů vztahujících se k oblasti poskytování zdravotní péče.

S ohledem na aktuálně projednávané legislativní návrhy, které představují dlouho očekávanou novelu zdravotnického práva a, pokud budou schváleny, přinesou řadu významných změn proti současnému stavu, zařadila autorka na závěr první kapitoly samostatný oddíl jim věnovaný.

Druhá kapitola pojednává o etických kodexech, které jsou významným, byť právně nevynutitelným, zdrojem práv pacientů. Autorka poskytuje stručný exkurz do vývoje etických kodexů od Hippokratovy přísahy až po současnost. Zvláštní oddíl věnuje českému etickému kodexu Práva pacientů, jehož úplné znění přikládá pro potřeby čtenáře v příloze této práce.

Před samotným pojednáním o jednotlivých právech pacientů považovala autorka za vhodné věnovat pozornost vztahu pacient-lékař, v rámci něhož jsou jednotlivá práva garantovaná pacientům realizována. Definiuje pojmy lékař, zdravotnický pracovník, pacient, klient, srovnává současný partnerský model poskytování zdravotní péče s historicky starším modelem paternalistickým. Lékař a pacient jsou si rovni. Pacient je klientem, placícím za zdravotní péči, byť nepřímo.

Právo na život je nejvyšší hodnotou, celá právní úprava medicínského práva se odvíjí od ochrany lidského života jako základního práva člověka. Aktuálním tématem se stává kvalita lidského života a její objektivní stanovení. Autorka upozorňuje na případy

střetu práva na život s jinými hodnotami chráněnými v kontextu zdravotnického práva.

Integrální součástí práva na život je právo odmítnout svůj život. Volba jedince ukončit život odmítnutím další léčby musí být respektována. Autorka věnuje zvláštní oddíl euthanasii, nestranně nabízí stanoviska pro i proti její legalizaci. Následující kapitola v návaznosti pojednává o důstojnosti člověka a právu na důstojné umírání.

Stát je povinen zajistit rovný přístup k zdravotní péči. Občané mají na základě zdravotního pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči přiměřené kvality. Výběr regulačních poplatků není sám o sobě zásahem do veřejného subjektivního práva jedince na zdravotní péči. Téma zdravotní péče autorka doplňuje stručným exkurzem do systému zdravotního pojištění a prvků řízené péče.

Jakýkoli zákrok do tělesné integrity pacienta lze provést pouze na základě informovaného souhlasu. Bude brán zřetel na předem projevená přání. Pacient má právo znát všechny informace o svém zdravotním stavu, možnost lékaře využít terapeutického privilegia je dnes značně omezená.

Zásah do tělesné integrity nekrytý souhlasem je trestným činem. V určitých situacích autonomie jednotlivce a ochrana jeho tělesné integrity musí ustoupit zájmu státu na zdraví společnosti jako celku.

Pacient má právo na respekt ke svému soukromí. Nejen lékařům, ale všem zdravotnickým pracovníkům, je zákonem uložena povinná mlčenlivost. Vlastníkem zdravotnické dokumentace je zdravotnické zařízení. Zdravotnická zařízení jsou odpovědná za ochranu dat v dokumentaci obsažených.

V závěru práce autorka provádí stručné shrnutí nejdůležitějších myšlenek a navrhuje možný budoucí vývoj právní úpravy některých institutů v souladu s mezinárodními závazky a v návaznosti na jejich právní úpravu v zahraničních právních řádech.

Práva pacientů

Zdravotnické právo

Zdravotní péče

Autonomie pacienta

Rights of the Patients

(resume)

The thesis Rights of the Patients does not provide a comprehensive survey of all rights the patients have under applicable legislation, thus, for reasons of complexity of the theme, the author focused only on the most important of them. Separate chapters are dedicated to individual rights, in order basically corresponding to importance the author attaches to particular ones. Each chapter comprises general lecture on the respective right, its regulation in international legal documents binding on the Czech Republic and in domestic legal documents. In footnotes, the author provides, for the purposes of comparison, regulation of particular institutes in foreign legislation.

In the opening, the author defines the terms “health law” and “medical law” and provides overview of the most important international and domestic health-law regulations, supplemented with enumeration of their principles related to the area of providing medical care.

With regard to currently discussed legislative proposals, which mean the long-awaited amendment to domestic medical law and, if approved, will bring many significant changes compared to the present state, the author included a separate section dedicated to these legislative proposals at the end of the first chapter.

The second chapter discusses codes of ethics, which are important, albeit unenforceable source of patients' rights. The author gives a brief excursion into the development of codes of ethics from the Hippocratic Oath to presence. Special section is dedicated to the Czech code of ethics „Rights of the Patients“, the full text being included for the needs of the reader in the attachment to this thesis.

Prior to the treatise on the individual rights of patients itself, the author considered it appropriate to pay attention to patient-doctor relationship, in which the individual rights granted to the patients are put into practice. She defines the terms „doctor“, „medical staff“, “patient“, “client“, compares the current partnership model of providing medical care to historically older paternalistic one. The doctor and the patient are equal to one another. Patient is a client, paying for a medical care, albeit indirectly.

The right to life represents the most significant value, entire legal regulation of medical law is based on the protection of the human life as the fundamental right of human being. Currently, the topic of quality of life and its objective determination

comes into centre of attention. The author highlights cases of conflict of the right to life with other values protected in the context of medical law.

The right to refuse one's life is integral part of the right to life. Individual's choice to terminate his life by refusing further treatment must be respected. The author dedicates separate section to the topic of euthanasia, impartially offers opinions for and against its legalisation. Following chapter deals with human dignity and individual's right to dignified dying.

The state has obligation to provide equal access to medical care. The citizens have on the basis of health insurance right to free health care of appropriate quality. Collecting of regulatory fees itself is not an interference with public subjective right of an individual to health care. The author adds brief excursion into the system of health insurance and institutes of managed care.

Any intervention to physical integrity of a patient can be performed only on the basis of patient's informed consent. Previously manifested wishes will be taken into account. Patient has the right to know all information regarding his state of health, right of a doctor to use therapeutic privilege is significantly limited today.

Any intervention to physical integrity uncovered by informed consent is a crime. In certain situations, the autonomy of an individual and protection of his physical integrity must yield to concern of the state for health of the society as a whole.

Right of a patient to privacy must be respected. The law places duty of confidentiality both on doctors and other medical staff. Medical records are property of medical centre. Medical centres are responsible for protection of data contained in such documentation.

In closing part, the author makes brief summary of the most important ideas and proposes possible future development of legal regulation of some institutes in accordance with international obligations and in connection to their regulation in foreign legal codes.

Rights of the Patient
Medical Law
Health Care
Autonomy of the Patient

Příloha č. 1: Etický kodex Práva pacientů

- 1) Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
- 2) Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
- 3) Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, která se na nich zúčastní.
- 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 vyšetření a léčba jsou věci důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě 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 poté, když mu bylo

poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které přitom 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 ordinčních 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 i 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 musejí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
- 11) Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.