

**UNIVERZITA KARLOVA**

**Právnická fakulta**

**Petra Vyvečková**

**Vztah pacienta a lékaře**

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce: doc. JUDr. Josef Salač, Ph.D.

Katedra občanského práva

Datum vypracování práce (uzavření rukopisu) : 21. 6. 2017

Prohlašuji, že předloženou diplomovou práci jsem vypracovala samostatně a že všechny použité zdroje byly řádně uvedeny. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Autor diplomové práce

V Praze dne 21. 6. 2017

## **Poděkování**

Děkuji panu doc. JUDr. Josefu Salačovi, Ph.D., vedoucímu mé diplomové práce za cenné připomínky a účinnou pomoc při zpracování.

Také děkuji své rodině, která mě podporovala po dobu celého studia, jelikož bez ní bych se až do tohoto stádia, téměř na konec, nikdy nedostala.

I also thank to Francis R. Mencl, MD MS FACEP FAAEM, Professor of Emergency Medicine NEOMED Rootstown, Ohio, for his advices and experiences that he shared with me.

# Obsah

Úvod .....	6
1. Zdravotnické právo .....	8
2. Základní prameny zdravotnického práva .....	10
2.1. Mezinárodní dokumenty .....	10
2.2. Vnitrostátní úprava .....	11
3. Vztah pacienta a lékaře .....	15
3.1. Lékaři ve starověku .....	15
3.1.1. Starověké Řecko .....	16
3.1.2. Starověký Řím .....	17
3.2. Pojetí vztahu lékaře a pacienta v 19. a na počátku 20. století .....	20
3.3. Pojetí vztahu lékaře a pacienta ve století 20. a 21. ....	21
3.4. Vztah lékaře a pacienta na území České republiky od roku 1918.....	22
3.5. Vztah pacienta a lékaře z pohledu etiky .....	22
4. Práva a povinnosti pacienta a lékaře .....	30
4.1. Práva pacienta.....	30
4.2. Povinnosti pacienta.....	33
4.3. Práva lékaře .....	33
4.4. Povinnosti lékaře .....	34
5. Informovaný souhlas .....	38
5.1. Potřeba informovaného souhlasu.....	39
5.2. Náležitosti informovaného souhlasu .....	40
5.3. Informovaný nesouhlas .....	42
5.3.1. Forma a následky informovaného nesouhlasu .....	43
5.3.2. Eutanazie.....	43
5.4. Možnost pacienta poučení se vzdát .....	44
5.5. Terapeutické privilegium a další výjimky z informovaného souhlasu.....	45
5.5.1. Terapeutické privilegium .....	45
5.5.2. Stav nouze vyžadující neodkladná řešení .....	47
5.5.3. Léčba dětí.....	47
6. Dříve vyslovená přání .....	50
6.1. Pokyny „Do Not Resuscitate“ .....	53
7. Odpovědnost lékaře.....	56
7.1. Druhy odpovědnosti lékaře obecně .....	56
7.2. Občanskoprávní odpovědnost .....	58

7.3. Odpovědnost lékaře za porušení povinností.....	59
7.3.1. Odpovědnost za zákrok provedený bez informovaného souhlasu.....	59
7.3.2. Odpovědnost za postup non lege artis .....	61
8. Spory mezi pacienty a lékaři .....	64
Závěr.....	66
Seznam použitých zkratk .....	68
Seznam použité literatury a pramenů .....	69
Abstrakt .....	73
Abstract.....	75

## Úvod

Vztah pacienta a lékaře – vztah, který se vyvíjí již od nepaměti a kterému byla v posledních desetiletích z pohledu právního věnována vysoká pozornost. Každý se totiž dříve či později do role pacienta, lékaři samozřejmě i do role lékaře, dostane. Lékař je velmi důležitou osobností v životě každého z nás, přeci jen se stará o naše zdraví. A zdraví je to nejdůležitější, co v životě máme. Je to hodnota, kterou bude vždy potřeba chránit, ať se společenská situace vyvine a změní jakkoli. A to je jeden z důvodů, proč jsem si pro svou diplomovou práci vybrala právě téma z oboru zdravotnického práva.

Konkrétně jsem se rozhodla zabývat se vztahem mezi pacientem a lékařem, zejména proto, že tomuto vztahu bylo v poměrně nedávné době věnováno hodně pozornosti, byly zásadně změněny principy, na kterých je postaven, a byl přijat zákon, který ho celkem podrobně upravuje. Tento proces doprovázely, a do jisté míry stále doprovázejí, četné diskuze, a to nejen v rámci veřejnosti odborné, ale i té laické. Protože právě laikům, tedy téměř každému, kdo se v pozici pacienta ocitne, byla nově přiznána zásadní práva, která naprosto změnila pohled na vztahy ve zdravotnictví, jak jsme je znali dříve.

Ve své práci se budu snažit zachytit komplexní právní úpravu vztahu pacienta a lékaře. První část věnuji vztahu obou subjektů jako takovému. Jeho historii a vývoji, právnímu zařazení, formě a jedna část bude věnována i etickému aspektu tohoto vztahu.

V druhé části bych se ráda zaměřila na práva a povinnosti obou účastníků tohoto vztahu, konkrétně na ta, která stanovil zákon o zdravotních službách účinný od 1. dubna 2012<sup>1</sup>. Tato práva a povinnosti vyčtu a některá z nich i podrobněji rozeberu.

Třetí část práce bude věnována podrobnějšímu rozboru některých dle mého názoru základních práv pacienta a zároveň povinností lékaře charakterizujících vztah pacienta a lékaře v jeho dnešní podobě. Prvním z nich je informovaný souhlas. Pokusím se vysvětlit, proč je ho potřeba, dále se budu věnovat jeho náležitostem, možnosti informovaného souhlasu se vzdát, pojmu informovaného nesouhlasu včetně jeho formy, přičemž součástí této kapitoly bude i krátký náhled na problematiku eutanazie. Zaměřím se také na výjimky z povinnosti lékaře jednat pouze na základě informovaného souhlasu, kterými jsou například tzv. terapeutické privilegium či stav nouze. V této kapitole také nastíním úpravu léčby dětí v souvislosti s daným tématem.

---

<sup>1</sup> zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále také „zákon o zdravotních službách“)

Druhým právem, které s informovaným souhlasem souvisí a kterému se budu taktéž podrobněji věnovat, je právo na dříve vyslovená přání. Tento pojem vysvětlím, nastíním jeho historii, krátce zmíním i úpravu obdobné problematiky v USA a v některých evropských zemích. Součástí kapitoly o dříve vyslovených přáních bude i rozbor s tím souvisejících pokynů „Do Not Resuscitate“. Tento pojem opět vysvětlím, pokusím se nastínit, proč je v praxi použití těchto pokynů problematické, a přidám i příklad ze soudní praxe amerického státu Ohio.

Čtvrtou část práce věnuji problematice odpovědnosti lékařů z výkonu jejich práce. V první řadě vyjmenuji podmínky a druhy odpovědnosti, přičemž se trochu více, vzhledem k zaměření práce, rozepráším o odpovědnosti občanskoprávní. Podrobněji se dále budu věnovat odpovědnosti lékaře za porušení své povinnosti, a to zejména porušení povinnosti jednat na základě informovaného souhlasu a povinnosti postupovat medicínsky správně, neboli postupovat „de lege artis“.

Svou práci zakončím kapitolou o sporech mezi lékařem a pacientem. Pokusím se zařadit několik statistik a nastínit rozdíly mezi řešením sporů v České republice a v USA. K tomu mi dopomohou i osobní rozhovory, které jsem uskutečnila se zaměstnanci Kanceláře ombudsmana pro zdraví<sup>2</sup> a s americkým lékařem Francisem R. Menclem.

Cílem této práce je tedy nabídnout komplexní náhled na problematiku vztahu pacienta a lékaře. Zvolené téma považuji za velmi aktuální a vzhledem k poměrně nové úpravě se stále ještě dotváří. Pacientům byla přiznána mnohá nová práva. Je třeba, aby se také naučili využívat jich, stejně jako lékaři se někdy stále ještě učí jednat s pacienty tak, jak jim ukládají nové povinnosti s těmito právy pacienta spojené.

---

<sup>2</sup> Kancelář ombudsmana pro zdraví, projekt Nadačního fondu Stránský; více na: <https://www.ombudsmanprozdravi.cz/>

# 1. Zdravotnické právo

Každý z nás se v životě dříve či později dostane do situace, kdy on sám nebo jeho blízký potřebuje vyhledat lékaře, který mu poskytne lékařskou pomoc. Právě v těchto situacích se dostáváme, ať už vědomě či nevědomě, do kontaktu také se zdravotnickým, či medicínským nebo zdravotním, právem. Zdravotnické právo je právem relativně novým. Zatímco například právo trestní nebo občanské se v některých svých oblastech vyvíjí již od nepaměti, přestože původně samozřejmě v mnohem méně sofistikovanějších formách, upravovat vztahy pacienta a lékaře či později poskytovatele zdravotních služeb dříve nikoho ani nenapadlo. Vycházelo se z předpokladu, že lékař udělá vše, co je v jeho silách, aby pacientovi pomohl, a že jen on sám vzhledem k jeho znalosti oboru ví, co je pro pacienty nejlepší. Po dlouhá léta tento koncept stačil. S nástupem moderní doby a moderního práva však vyvstala celospolečenská potřeba, aby i oblast zdravotnictví byla právem regulovaná. Po druhé světové válce, kdy se v systému právní hierarchie začala drát na nejvyšší místa svoboda člověka, právo na soukromí a s nimi spojené právo rozhodovat sám o sobě, začal se také přístup k poskytování zdravotních služeb měnit. Dřívější koncepce, kdy o léčbě a použitých prostředcích rozhodovali výhradně lékaři, se postupně změnila v přístup, kdy rozhodnutí, jakým způsobem a jestli vůbec se bude pacient léčit, přešlo přímo na pacienta. Na rozdíl od dřívější koncepce tato už se bez právní úpravy a jasně sepsaných pravidel obejít nedokázala. Proto vznikl obor zdravotnického práva přesně vymezující práva a povinnosti všech subjektů, které se ve zdravotnictví vyskytují, a vymezující odpovědnost zdravotnických pracovníků a také možných postihů za chování těmito normám odporující. V současnosti se do popředí dostává také další fenomén, o kterém se hovoří jako o judicializaci zdravotnictví. *„Role soudců a soudní judikatury již dávno přesáhla jednotlivá odvětví práva a zřetelně se projevuje i v jiných sférách života. Zdravotnictví přímo zasáhla.“*<sup>3</sup>

Zdravotnické právo jako takové má multidisciplinární povahu. *„Jeho obsah tvoří souhrn norem, náležejících do množství zavedených právních oborů, jež jsou materiálně spojeny blízkým vztahem k oblasti zdravotnictví.“*<sup>4</sup> Dle Šustka a Holčapka je možná právě tato multidisciplinární povaha tím, co činí zdravotnické právo tak důležitým. *„Právní aspekty, jež se zdravotnictvím souvisejí, jsou významnou součástí společenského života. Na individuální úrovni pak mají přímé dopady do života nejen všech poskytovatelů zdravotních služeb a pracovníků v tomto odvětví, ale stejně tak i každého z nás, kteří jsme příjemci zdravotních*

---

<sup>3</sup> ŠUSTEK, Petr; HOLČAPEK, Tomáš a kolektiv, *Zdravotnické právo*, 1. vydání, Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s., 2016, s. 29

<sup>4</sup> ŠUSTEK, Petr; HOLČAPEK, Tomáš a kolektiv, 2016, op. cit. s. 27



služeb.“<sup>5</sup> Zdravotnické právo je jakýmsi souborem právních norem pocházejících z různých právních odvětví, které upravují veškeré poskytování zdravotnické péče. Dle Šustka a Holčapka „*Primárním polem působnosti zdravotnického práva je regulace poskytování zdravotních služeb včetně v něm se odehrávajícího základního právního poměru lékař – pacient.*“<sup>6</sup> V naší nedávné minulosti, tj. ve 20. století, bylo zdravotnické právo upravováno zejména normami veřejného práva. Vzhledem ke změně pojetí pozice pacienta, které se více budeme věnovat v samostatné části této práce tomuto určené, se ale postupně zdravotnické právo zařadilo především do práva soukromého, přičemž některé části samozřejmě stále zůstávají součástí práva veřejného, zejména pak trestního. Nutno ovšem dodat, že jednotný názor na tuto problematiku dodnes neexistuje. Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, sice vztah pacienta a lékaře přímo upravuje, když pro tento vztah specifikuje zvláštní smluvní typ, nesouhlasné názory na zařazení větší části zdravotnického práva znějí dál. Doležal se k zakotvení vztahu pacienta a lékaře do občanského zákoníku vyjadřuje takto: „*Tím dojde s konečnou platností k zařazení – bohužel asi jen formálnímu – vztahu lékaře a pacienta zpět do práva soukromého.*“<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> ŠUSTEK, Petr; HOLČAPEK, Tomáš a kolektiv, 2016, op. cit. s. 27

<sup>6</sup> ŠUSTEK, Petr; HOLČAPEK, Tomáš a kolektiv, 2016, op. cit. s. 32

<sup>7</sup> DOLEŽAL, Tomáš, *Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva*, 1. vydání, Praha: Leges, s.r.o., 2012, s. 128

## 2. Základní prameny zdravotnického práva

Jak již bylo naznačeno, zdravotnické právo nemá přesné hranice a zasahuje tak do mnoha právních odvětví, proto je také v dnešní době zakotveno v mnoha českých i mezinárodních dokumentech. Některé ho upravují podrobněji, jiné okrajově, společně však dostatečně vytyčují mantinely zdravotnického práva a poskytují i dostatečnou úpravu práv a povinností všech osob, kterých se zdravotnické právo týká, v první řadě poskytovatelů zdravotních služeb, zdravotníků a pacientů, dále pak zdravotních pojišťoven, osob blízkých pacientům a dalších. V této kapitole se budu věnovat těm nejpodstatnějším z pramenů zdravotnického práva, samozřejmě se však zdaleka nejedná o kompletní výčet.

### 2.1. Mezinárodní dokumenty

V první řadě je nutno zmínit několik dokumentů mezinárodních. Od 1. října 2001 je na území České republiky platná tzv. **Úmluva o biomedicině**<sup>8</sup>. Důležitý je hlavně její lidskoprávní charakter, zakotvení minimálního standardu zdravotní péče ve všech členských zemích a důraz na partnerský vztah pacienta a lékaře. Její ratifikací započala transformace zdravotnického práva v Česku. V roce 2001 zdravotnická péče rozhodně nebyla poskytována v souladu s principy zakotvenými v Úmluvě o biomedicině, například vztah pacienta a lékaře byl v té době stále čistě *paternalistický*, který se vyznačuje silnějším postavením lékaře než pacienta. Lékař je ten, kdo rozhoduje o léčbě pacienta, kdo rozhoduje o tom, jaké informace budou pacientovi podány. Ovšem vzhledem k tomu, že Úmluva o biomedicině je svou právní silou mezinárodní smlouvou dle čl. 10 Ústavy České republiky<sup>9</sup>, v případě rozdílné úpravy vnitrostátními normami a Úmluvou se použije Úmluva, ne vnitrostátní úprava. České zdravotnictví se tedy muselo poměrně výrazně změnit, a tak započala obsáhlá reforma českého zdravotnického práva. Zůstanu-li u příkladu vztahu mezi lékařem a pacientem, byla zakotvena změna na vztah tzv. *partnerský*. Lékař musel začít s pacientem jednat jako se sobě rovným, jako se svým klientem. Začal se klást důraz na fakt, že zdravotní péče je službou, která je pacientovi poskytována, a ten ji nemusí přijmout. O léčbě a použitých zdravotnických prostředcích měl najednou rozhodovat v první řadě pacient a zdravotníkům byla dána povinnost

---

<sup>8</sup> Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině, publikována ve Sbírce mezinárodních smluv pod číslem 96/2001

<sup>9</sup> „Vyhlášené mezinárodní smlouvy, k jejichž ratifikaci dal Parlament souhlas a jimiž je Česká republika vázána, jsou součástí právního řádu; stanoví-li mezinárodní smlouva něco jiného než zákon, použije se mezinárodní smlouva.“  
zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, čl. 10

dostatečně a o všem informovat pacienta, aby o své léčbě mohl sám co nejkvalifikovaněji rozhodnout. Přestože přístup některých lékařů k pacientům stále ještě není stoprocentně partnerský, a nutno dodat, že i někteří pacienti jsou zvyklí na paternalistický přístup a nechtějí se ho vzdát, protože věří, že „pan doktor ví nejlíp, co je pro ně nejlepší,“ základy tohoto nového pojetí jako právo na informace nebo potřeba souhlasu pacienta k provedení zákroku byly zakotveny do nové vnitrostátní úpravy a jejich nedodržení je právem postižitelné. Přesto bude asi ještě nějakou dobu trvat, než se v České republice vztah mezi pacientem a lékařem plně přetransformuje ve vztah partnerský. Nelze ani čekat, že by tomu bylo jinak. Je nutné uvědomit si, že zde existuje rozdíl mezi státy, které postupně došly samy k názoru, že partnerský vztah je ten lepší, a státy, ve kterých byl striktně dodržován princip paternalistický. Z politické a společenské situace na našem území bylo zřejmé, že partnerský vztah ani není žádoucí. Nemůžeme tedy očekávat, že když lidem v těchto zemích mezinárodní společnost vysvětlí, že vztah, který má u nich velkou tradici a je budován desítky let, je prostě špatný a musí ho změnit, přizpůsobí se ze dne na den bez jakýchkoli problémů. Myslet si, že je tato možnost reálná, by byla dle mého názoru velmi naivní. A protože Česká republika je právě touto zemí, která k partnerskému přístupu nedošla postupným a přirozeným vývojem, je logické, že bude chvíli trvat, než se tomuto novému principu všichni přizpůsobí, či dokonce se s ním ztotožní.

Úmluva o biomedicině se odkazuje také na další mezinárodní dokumenty přijaté dříve. Preambule Úmluvy začíná slovy: „*Členské státy Rady Evropy, další státy a Evropské společenství, signatáři této Úmluvy, majíce na paměti Všeobecnou deklaraci lidských práv vyhlášenou Valným shromážděním Organizace spojených národů dne 10. prosince 1948; majíce na paměti Úmluvu na ochranu lidských práv a základních svobod ze dne 4. listopadu 1950; majíce na paměti Evropskou sociální chartu ze dne 18. října 1961; majíce na paměti Mezinárodní pakt o občanských a politických právech a Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech ze dne 16. prosince 1966; majíce na paměti Úmluvu o ochraně osob se zřetelem na automatizované zpracování osobních dat ze dne 28. ledna 1981; majíce také na paměti Úmluvu o právech dítěte ze dne 20. listopadu 1989.*“<sup>10</sup>

## **2.2. Vnitrostátní úprava**

Již bylo řečeno, že ratifikace Úmluvy o biomedicině započala reformu zdravotnictví v České republice. Bylo přijato mnoho nových zákonů, které nahradily úpravu desítky let starou

---

<sup>10</sup> Úmluva o biomedicině, publikována ve Sbírce mezinárodních smluv pod číslem 96/2001, Preambule

a zakotvily lidskoprávní principy Úmluvy o biomedicíně. Přístup k pacientům i k medicíně jako takové byl celkem výrazně pozměněn do podoby, jakou známe dnes.

Velmi důležitým dokumentem, který upravuje základní práva ve zdravotnictví, je **Listina základních práv a svobod**. Ta zakotvuje právo na ochranu života: „Každý má právo na život. Lidský život je hoden ochrany již před narozením.“<sup>11</sup> Nedotknutelnost osoby a jejího soukromí: „Nedotknutelnost osoby a jejího soukromí je zaručena. Omezena může být jen v případech stanovených zákonem.“<sup>12</sup> a „Nikdo nesmí být mučen ani podroben krutému, nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestu.“<sup>13</sup> Osobní svobodu: „Osobní svoboda je zaručena.“<sup>14</sup> a „Nikdo nesmí být stíhán nebo zbaven svobody jinak než z důvodů a způsobem, který stanoví zákon. Nikdo nesmí být zbaven svobody pouze pro neschopnost dostát smluvnímu závazku.“<sup>15</sup> Právo na ochranu osobních údajů: „Každý má právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a osobního života.“<sup>16</sup> A právo na ochranu zdraví: „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“<sup>17</sup>

Na úrovni obecných zákonů a právních předpisů je potřeba zmínit **občanský zákoník**<sup>18</sup>. Jeho roli ve zdravotnickém právu popisují Holčapek, Šustek a kolektiv takto: „Tento soukromoprávní kodex je esenciálním právním pramenem pro vztah lékař – pacient a zároveň obsahuje širokou úpravu zásahu do tělesné a duševní integrity člověka vycházející z principu nedotknutelnosti lidské bytosti.“<sup>19</sup> Z pohledu zdravotnického práva je nejdůležitější **část čtvrtá – relativní majetková práva, hlava II. – závazky z právních jednání, díl 9. – péče o zdraví**.

Dalším zákonem, který nelze opomenout, je **zákon o zdravotních službách**<sup>20</sup>, který upravuje hlavně vztahy mezi poskytovateli zdravotních služeb, lékaři, pacienty a orgány státní správy navzájem, definuje některé základní pojmy zdravotnického práva nebo například stanovuje práva pacientů, což je vzhledem ke změně vnímání zdravotnictví velmi důležitou částí tohoto zákona. Tento zákon pak doplňují např. zákon č. 373/2011 Sb., **o specifických zdravotních službách**, zákon č. 374/2011 Sb., **o zdravotnické záchranné službě**, zákon č. 258/2000 Sb., **o zdravotnických prostředcích**, zákon č. 378/2007 Sb., **o léčivech**, zákon

<sup>11</sup> zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, čl. 6 odst. 1

<sup>12</sup> zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, čl. 7 odst. 1

<sup>13</sup> zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, čl. 7 odst. 2

<sup>14</sup> zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, čl. 8 odst. 1

<sup>15</sup> zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, čl. 8 odst. 2

<sup>16</sup> zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, čl. 10 odst. 2

<sup>17</sup> zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, čl. 31

<sup>18</sup> zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník

<sup>19</sup> ŠUSTEK, Petr; HOLČAPEK, Tomáš a kolektiv, 2016, op. cit. s. 36

<sup>20</sup> zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

č. 285/2002 Sb., **transplantační zákon**, zákon č. 220/1991 Sb., **o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře**, zákon č. 48/1997 Sb., **o veřejném zdravotním pojištění** a mnoho dalších zákonů.

Vedle zákonů v České republice existuje také mnoho vyhlášek, jako vyhláška č. 98/2012 Sb., **o zdravotnické dokumentaci**, vyhláška č. 70/2012 Sb., **o preventivních prohlídkách** nebo například vyhláška č. 307/2012 Sb., **o místní a časové dostupnosti hrazených služeb**.

V neposlední řadě je také nutno zmínit stavovské předpisy komor, konkrétně **etický kodex České lékařské komory** nebo **Etický kodex pacientů**<sup>21</sup>. Etický kodex obecně je soubor pravidel chování, o nichž se společnost shodla, že jsou nejdůležitější a měly by být dodrženy. Je to ovšem pouze kodex, ne zákon. Proto vynutitelnost těchto pravidel ze strany státu chybí. Je ovšem možné potrestání přímo komorou, která kodex vydala, a často je porušení etických kodexů doprovázeno také odsouzením veřejnosti.

Etický kodex České lékařské komory stanovuje ve svém § 1 obecné zásady, kterými by se měl lékař řídit, jako povinnost lékaře léčit, chránit zdraví a život, znát zákony, být ve svých rozhodnutích nezávislý a odpovědný a povinnost lékaře uznávat právo pacienta na svobodnou volbu lékaře. V dalších částech kodexu jsou pak popsána pravidla výkonu povolání či vztahů lékaře s nemocným, lékaře s nelékařem či lékařů mezi sebou navzájem. Etický kodex České lékařské komory také zakotvuje potřebu odstoupení od paternalistického pojetí vztahu pacienta a lékaře<sup>22</sup>, o které jsem se zmínila dříve. Jak ale již bylo řečeno, dodržování etických kodexů není státem vynutitelné, proto se v praxi bohužel můžeme stále shledávat se situacemi, kdy právě toto pravidlo lékaři porušují, ať už z důvodu historického nebo proto, že prostě můžou a s myšlenkou partnerství mezi pacientem a lékařem jednoduše nesouhlasí. Je samozřejmě pravda, že lékař vždy bude z medicínského hlediska vědět více než pacient. Haškovcová k tomuto uvádí: „*Vztah mezi lékařem a pacientem byl, je a bude asymetrický, prostě proto, že lékařovo mimořádné vzdělání zakládá jeho výsostné a prestižní postavení, charakteristické mj. značnou mocí.*“<sup>23</sup> Zdraví a spokojený život ovšem nesouvisí pouze s medicínskou stránkou, ale také s psychikou a vlastním přesvědčením. Jsou lidé, pro které pár měsíců naplno prožitého života znamená více než několik let bolestí, pobytů v nemocnicích a nepříjemných vyšetření.

---

<sup>21</sup> stavovský předpis č. 10 České lékařské komory, Etický kodex České lékařské komory

<sup>22</sup> „*Lékař se má vzdát paternalitních pozic v postojích vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy i povinnostmi, včetně zodpovědnosti za své zdraví.*“

stavovský předpis č. 10 České lékařské komory, Etický kodex České lékařské komory, § 3 odst. 3

<sup>23</sup> HAŠKOVCOVÁ, Helena, *Informovaný souhlas – proč a jak?*, 1. vydání, Praha: Galén, 2007, s. 15

A to je ten princip, který tak zdůraznila Úmluva o biomedicíně, ta myšlenka, kterou se lékaři museli naučit respektovat.

### 3. Vztah pacienta a lékaře

Jak již bylo naznačeno v dřívějších kapitolách této práce, vztah lékaře a pacienta je problematické přesně specifikovat a zařadit do systému práva. Tento vztah v minulosti na právu ani založený nebyl, nýbrž hlavně na etice, na pravidlech daných společnostmi. Později se tento vztah začal, nejprve jen v jeho nejhrubších základech a postupně do větších a větších detailů, upravovat i zákony. Tento proces pokračoval až do dnešní doby, kdy už je daná problematika zákonem velmi podrobně upravena a existuje pro ni i samostatný zákon, zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, který „*upravuje zdravotní služby a podmínky jejich poskytování a s tím spojený výkon státní správy, druhy a formy zdravotní péče, práva a povinnosti pacientů a osob pacientům blízkých, poskytovatelů zdravotních služeb, zdravotnických pracovníků, jiných odborných pracovníků a dalších osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, podmínky hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, další činnosti související s poskytováním zdravotních služeb a zapracovává příslušné předpisy Evropské unie.*“<sup>24</sup>

Z právního pohledu na věc pak hlavním problémem je kvalifikace vztahu jako takového, tedy na základě čeho tento vztah vzniká a jestli má povahu soukromoprávní, či veřejnoprávní. Zatímco v historii se s výjimkou období po druhé světové válce, kdy zdravotnické právo přešlo do režimu čistě práva veřejného, zastával více či méně jednotný názor, že výkon lékařského povolání je součástí soukromého práva a vztah lékaře s pacientem je založen na smluvním principu, přičemž se řešilo, jaký typ smlouvy lékař s pacientem uzavírají, dnes je jasné, na základě jakého typu smlouvy tento vztah funguje, naopak se vedou spory o tom, zda je vztah doopravdy soukromoprávní, nebo je spíše upravován právem veřejným a existence jakéhokoli smluvního vztahu není vůbec potřeba.

#### 3.1. Lékaři ve starověku

Prvním dochovaným dokument zabývajícím se vztahem pacienta a lékaře je starobabylonský zákoník, který vydal přibližně v roce 1686 př. n. l. král Chammurapi<sup>25</sup>. Jako nejstaršímu období se i přesto ale budu věnovat až starověkému Řecku a Římu, protože právě tyto mocnosti nejvíce ovlivnily vývoj vztahu pacienta a lékaře a některé principy, které vznikly v době těchto říší, jsou nedílnou součástí i současné medicíny.

---

<sup>24</sup> zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, § 1

<sup>25</sup> šestý král starobabylonské říše Sumu-abumovy amoritské dynastie vládnoucí v letech 1792–1750 př. n. l.

### 3.1.1. Starověké Řecko

V nejstarším období lékařství v Řecku výrazně ovlivňovalo náboženství, proto není divu, že lékařské povolání provozovali často příslušníci náboženských uskupení. Od toho se odvíjely i vybírané léčebné metody a léčiva. S postupem času však začaly převládat názory nezávislé na náboženství, názory daleko racionálnější, které daly základy slavné řecké medicíny, jak ji známe dnes. S tímto obdobím je často spojováno jméno Hippokrates, který se proslavil především „Příisahou“, kterou skládají v pozměněné podobě lékaři při vstupu do lékařského povolání dodnes. *„Hippokrates oddělil medicínu od filozofie a postavil ji na „vědecký“ základ. Byl zastáncem materialistických názorů a nemoc chápal jako přirozený proces a jako porušení rovnováhy mezi čtyřmi základními tělesnými šťávami.“*<sup>26</sup>

Lékařství antického Řecka můžeme charakterizovat pluralitou lékařských škol. Mezi ty nejznámější patří školy kójská, knidská, sicilská a rhodská. Protagonisté těchto škol pak mezi sebou soupeřili o pacienty a každý doporučoval trochu jiné léčebné metody i teorie. *„I přes řadu v Řecku existujících škol se z dnešního pohledu stala významná zejména škola kójská, reprezentovaná Hippokratem, resp. myšlenkami obsaženými v díle Corpus Hippocraticum.“*<sup>27</sup> Jedním z rysů této školy, které jsou významné pro další vývoj i pro současnou medicínu, je sdělování prognózy. Dle Hippokratova názoru je umění sdělovat prognózu velmi důležité. Sdělení pacientovi, jaký je jeho stav, co ho zapříčinilo a jaký bude další postup, vidí Hippokrates jako způsob získání důvěry nemocného, který si pak díky této nabyté důvěře vybere pro další péči právě jeho. Důvody sdělování prognózy jsou tedy sice hlavně ku prospěchu lékaře a vyplývají z již výše zmíněné „soutěže o pacienty“, přesto v této metodě můžeme vysledovat zárodek informovaného souhlasu, jak ho známe dnes.

Další myšlenkou této školy, a troufám si tvrdit, že tou nejznámější, je ovšem již zmiňovaná Hippokratova „Příisaha“. Je sice pravdou, že v antickém Řecku její dopady nijak významné nebyly, což zapříčinila zejména existence více škol, a proto se tedy „Příisahou“ zabývali a řídili pouze lékaři ze školy kójské, o jejích dopadech na další rozvoj lékařství i na lékařství současné však není pochyb. Do širokého povědomí se její text ovšem dostal až v posledních 500 letech, tedy po vydání textu Corpus Hippocraticorum v roce 1526<sup>28</sup>. Současnou popularitu „Příisahy“ můžeme dle Milese přičítat církvi, která text interpretovala v souladu s křesťanskou doktrínou z období středověku a vštípila ji tak do všeobecného

<sup>26</sup> DOLEŽAL, Tomáš, 2012, op. cit. s. 19

<sup>27</sup> DOLEŽAL, Tomáš, 2012, op. cit. s. 21

<sup>28</sup> DOLEŽAL, Tomáš, *Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva*, 1. vydání, Praha: Leges, s.r.o., 2012



povědomí evropské populace. S trochou nadsázky můžeme tvrdit, že ustanovení Hippokratovy „Přísahy“ „je možno považovat za principy, na nichž je vystavěn vztah lékaře a pacienta. Principy jako především neškodit – „Primum non nocere“, respekt k autonomii pacienta – „voluntas aegroti suprema lex“, princip dobročinnosti „salus aegroti suprema lex“ a princip spravedlnosti (diké) jsou (i když v modifikované podobě) základem vztahu lékaře a pacienta i v současnosti.“<sup>29</sup>

Co se týká právní formy vztahu pacienta a lékaře, byl tento vztah nepochybně založen na smlouvě. Není nám ovšem známo, pod jaký smluvní typ vztah spadal. Je ovšem pravda, že v systému práva antického Řecka vedle sebe existovalo mnoho pravidel právních i morálních. Jak můžeme dovodit z textu Médei, například již několikrát zmíněná Hippokratova přísaha, někdy stála nad pravidly práva i morálky. Zatímco právní normy byly vytvořeny „pouze“ lidmi a jimi mohly být také vymáhány, porušení „Přísahy“, která v systému stála nad nimi, bylo trestáno samotnými bohy: „*Yet an oath has a son, nameless, without hands or feet, but swift to pursue until he has seized and destroyes utterly the race and house of the perjured one.*“<sup>30</sup> A právě proto se postupem času stala „Přísaha“ natolik významná a důležitá. Protože přestože ji nezakotvoval zákon, lékaři věřili, že za její porušení je stihne trest, který byl možná horší, než kdyby byla „Přísaha“ vymahatelná zákonem.

### 3.1.2. Starověký Řím

Zatímco skupina lidí, kteří vykonávali lékařské povolání v Řecku, byla od doby velkých lékařských škol homogenní, tedy všichni byli lékaři a měli určité postavení ve společnosti, v Římě tomu bylo jinak. Různé formy léčení praktikovali jak vzdělaní lékaři, tak ale i nevzdělaní – různí šarlatáni či bylinkáři. Jedni léčili osvědčenými léčivými praktikami, které se naučili od lékařů dřívějších, jiní věřili v sílu běžně používaných materiálů jako vejce, zelí, vlna, ... které pak dle problému nemocného v různých poměrech míchali, další zase šli cestou magických rituálů. Přístupů k léčbě a osobě pacienta bylo tedy mnoho. Stejně tak společenské postavení osob zabývajících se léčením se značně

---

<sup>29</sup> DOLEŽAL, Tomáš, 2012, op. cit. s. 24

<sup>30</sup> „Přesto přísaha má syna, beze jména, bez rukou a nohou, ale připraveného pronásledovat, dokud nedopadne a nezničí naprosto všechny potomky toho, kdo křivě přísahal.“ (vlastní překlad)

MILES, Steven, H., *The Hippocratic Oath and the Ethics of Medicine*, 1. vydání, New York: Oxford University Press, 2004, s. 162

lišilo. Mezi léčitele patřili lidé svobodní i otroci, bohatí a vážení občané samotného Říma, stejně jako chudí lidé z venkova bez jakýchkoli privilegií.

Velkou reformou římského lékařství tak byl až vliv řeckých lékařů a postupů, který započal příchodem lékaře Archagatha v roce 219 n. l. Vzhledem k jeho krutým metodám a faktu, že byl Řek, ovšem jeho příchod zapříčinil, že se v Římě lékaři netěšili příliš velké přízni. Dalším významným Řekem, který přišel do Říma a praktikoval zde medicínu, byl Asclepius z Bythynie. S postupem času pak přicházelo do Říma stále více zahraničních, zejména řeckých lékařů, kteří silně ovlivnili lékařství v Římě. Dle Doležala proto není náhodou, že Galén, který se dá považovat za nejslavnějšího lékaře antického Říma, byl původem právě Řek<sup>31</sup>.

Díky tomuto přílivu lékařů se jich v Římě nahromadil velký počet. To jim umožnilo zaměřit svá studia na konkrétní oblasti medicíny a mohly tak vzniknout první specializovaní lékaři. Nutno ovšem dodat, že toto bylo pouze privilegiem velkých měst, kde jediné byla koncentrace lékařů dostatečná.

Kromě specializací tak vzniklo ještě jiné rozdělení, které mělo ve své době daleko větší význam. Římští lékaři se rozdělovali na lékaře praktikující soukromě a tzv. lékaře ve službách veřejnosti. Ti se pak členili do dalších skupin a tak vzniklo dělení na tzv. *medikus palatinus*, neboli císařské lékaře, kteří působili jako osobní lékaři císařů, dále na městské lékaře působící v provinciích, lékaře města Říma, tzv. *archiatri*, jejichž pozice ale vznikla daleko později, až kolem roku 386 n. l. Náležel jim stálý plat, a měli povinnost bezplatně léčit chudé. Vedle těchto pak fungovali ještě lékaři vojenští. Autoři odborné literatury se ovšem nemohou shodnout, zda tito lékaři pomáhali vojákům na základě jednorázových aktů či působili ve stálé pozici, za kterou by dostávali plat<sup>32</sup>.

Nutno ovšem připomenout, že lékaři ve veřejných službách představovali pouze malou část. Většina římských lékařů byli lékaři soukromí. Ti byli velmi nehomogenní skupinou, jelikož mezi ně patřili jak vzdělaní lékaři, tak ti bez z lékařského vzdělání, stejně tak jejich pacienti byli někdy přímo císaři, někdy malé venkovské rodiny. Obecně lze ale říct, že většina lékařů pocházela z řad *libertinů*<sup>33</sup> nebo dokonce otroků a jen výjimečně se stal lékařem svobodný římský občan.

---

<sup>31</sup> DOLEŽAL, Tomáš, 2012, op. cit.

<sup>32</sup> DOLEŽAL, Tomáš, *Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva*, 1. vydání, Praha: Leges, s.r.o., 2012

<sup>33</sup> „Otrok, který byl propuštěn na svobodu se stával obvykle občanem římským, jeho otrocká minulost nebyla ovšem zapomenuta rázem. (...) Jeho vázanost k osobě bývalého pána nebyla přetřhána úplně.“

KINCL, Jaromír; URFUS, Valentin; SKŘEJPEK, Michal, *Římské právo*, 2. vydání, Praha: C. H. Beck, 1995, s. 66

Jak již bylo řečeno, zejména v období republiky nebylo lékařské povolání považováno za příliš vážené. Až postupem času se tomuto povolání dostávalo stále většího uznání i výhod. Doležal toto opět spojuje s příchodem Archagatha: „*Počátek těchto zvýhodnění je možno spojit opět s pozváním Archagatha, kterému bylo v souvislosti s jeho příchodem uděleno římské občanství (Ius Quiritium) a taberna (ordinace), kde mohl na účet města Říma provozovat svoji praxi.*“<sup>34</sup> A dále Doležal uvádí: „*Obdobná ustanovení o imunitách nalezneme rovněž v ediktech císařů Vespasiána (69- 79) a Hadriána (117 – 138). Edikty těchto císařů poskytují lékařům i řadu dalších privilegií: vedle imunitas to bylo právo zakládat společnosti, právo asyly, které umožňovalo zakládat lékařům spolky ve svatyních ke kultovním účelům a lékař byl na těchto místech nedotknutelný, ochranu proti ius vocatio a iniuria.*“<sup>35</sup> Nakonec byly imunity lékařů rozšířeny až na všeobecné osvobození od veřejných povinností, k čemuž došlo za císaře Konstantina.

Co se týče právní povahy vztahu mezi lékařem a pacientem, ani ten nebyl jednotný. Vzhledem k různorodosti lékařů co do postavení a původu je samozřejmé, že i forma právního vztahu se lišila. Obecně ale převládají dva názory, na základě jakého smluvního typu byly lékařské služby poskytovány. Tím prvním je tzv. locatio-conductio, druhým pak smlouva mandátní. Locatio-conductio definuje Kincl, Urfus a Skřejpek jako: „*synallagma, jehož předmětem je buď úplatné užívání cizí věci anebo pracovní síly, anebo provedení určitého díla.*“<sup>36</sup> Doležal k tomu dodává: „*V současné právní terminologii tedy locatio-conductio zahrnuje smlouvu nájemní, smlouvu pracovní, resp. služební, a smlouvu o dílo.*“<sup>37</sup> Naopak mandátní smlouvu Kincl, Urfus a Skřejpek definuje takto: „*Mandatum je smlouva o bezplatném obstarání cizích záležitostí.*“<sup>38</sup> Doležal pak smlouvu mandátní přirovnává k dnešnímu vztahu advokáta a klienta a k jejímu pojetí v době Římské říše dodává: „*Pro římské právníky ovšem bylo mandatum konsenzuální smlouvou o bezúplatném obstarání cizích záležitostí.*“<sup>39</sup> V dnešní době stále není názor na to, jaká smlouva byla mezi pacienty a lékaři uzavírána, jednotný a většina autorů připouští existenci obou, přičemž kterého smluvního vztahu bylo v konkrétní situaci užito, záleželo na osobě lékaře a do jisté míry i jeho vlastním rozhodnutí.

---

<sup>34</sup> DOLEŽAL, Tomáš, 2012, op. cit. s. 34

<sup>35</sup> DOLEŽAL, Tomáš, 2012, op. cit. s. 35

<sup>36</sup> KINCL, Jaromír; URFUS, Valentin; SKŘEJPEK, Michal, 1995, op. cit. s. 253

<sup>37</sup> DOLEŽAL, Tomáš, 2012, op. cit. s. 63

<sup>38</sup> KINCL, Jaromír; URFUS, Valentin; SKŘEJPEK, Michal, 1995, op. cit. s. 257

<sup>39</sup> DOLEŽAL, Tomáš, 2012, op. cit. s. 68

### 3.2. Pojetí vztahu lékaře a pacienta v 19. a na počátku 20. století

V předchozí části jsme se zabývali pouze antickými mocnostmi Řeckem a Římem, protože, co se týká vztahu pacienta a lékaře, jsou pro nás nejdůležitější a vývoj v ostatních zemích je ve srovnání s nimi zanedbatelný. Vlivy řecké a římské úpravy byly po celé Evropě velmi silné až do přelomu 18. a 19. století, kdy začaly státy kodifikovat soukromé právo a tím i přímo upravovat problematiku zdravotnictví či vztahu lékaře s pacientem. V této době vzniklo mnoho velkých kodexů, jejichž některá ustanovení jsou součástí platného práva daného státu dodnes. Těmito kodexy jsou např. francouzský **Code civil**<sup>40</sup>, rakouský **Všeobecný zákoník občanský (ABGB)**<sup>41</sup>, **německý občanský zákoník (BGB)**<sup>42</sup> či **švýcarský občanský zákoník (ZGB)**<sup>43</sup>. Všechny tyto zákoníky se shodovaly na tom, že vztah lékaře s pacientem je vztahem soukromoprávním založeným smlouvou.

Stejně jako v Antice však nastal problém při kvalifikaci smluvního typu. V rámci zákoníku rakouského bylo možno tento vztah zařadit ke smlouvám zmocňovacím nebo námezdním. V Německu se rozhodovalo mezi smlouvou služební a příkazní. U té ovšem vyvstal problém, kdy lékařství je činností výdělečnou a naopak smlouva mandátní se vyznačovala typicky bezúplatností. Proto byla tato problematika přehodnocena a smluvními typy, které přicházely při zařazení smlouvy mezi lékařem a pacientem v úvahu, se staly smlouva služební a smlouva o dílo. Švýcarská úprava uvažovala o smlouvě pracovní, smlouvě o dílo či smlouvě příkazní.

Obecně by se tedy dalo říci, že situace v Evropě v 19. a na počátku 20. století značně kopírovala situaci v antické společnosti. Vedly se spory o povaze smluvního vztahu mezi pacientem a lékařem a naopak bylo poměrně jasné, že tento vztah je soukromoprávní a založen na nějakém typu smlouvy. Tento více méně jednoduchý vztah založený na jasně definovaných právech a povinnostech lékaře i pacienta byl zkomplikován později ve 20. století, kdy došlo v první řadě k velkému vývoji medicíny a kdy vznikl institut veřejného zdravotního pojištění<sup>44</sup>.

---

<sup>40</sup> Code civil des Français vydaný roku 1804

<sup>41</sup> Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch für die gesammten Deutschen Erbländer der Österreichischen Monarchie vydaný roku 1811

<sup>42</sup> Bürgerliches Gesetzbuch vydaný roku 1896

<sup>43</sup> Zivilgesetzbuch vydaný roku 1907

<sup>44</sup> DOLEŽAL, Tomáš, *Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva*, 1. vydání, Praha: Leges, s.r.o., 2012

### 3.3. Pojetí vztahu lékaře a pacienta ve století 20. a 21.

Jak již bylo naznačeno výše, ve 20. a 21. století vyvstává otázka, zda je vztah pacienta a lékaře skutečně soukromoprávním vztahem. Někteří odborníci přišli s názorem, že tento vztah by měl být, kupříkladu na základě státní sociální politiky, upraven zákonem, který jasně stanoví, jaká práva a povinnosti strany mají, a proto není zapotřebí žádné smlouvy. K tomuto názoru se dodnes kloní například skandinávské země. Ve většině zemí ovšem stále převládá názor, že tento vztah je soukromoprávní a stojí na smluvním základě. Opět se tedy dostáváme k otázce, k jakému smluvnímu typu smlouvu mezi lékařem a pacientem zařadit.

20. a 21. století přichází se třemi různými pojetími, kam tento smluvní vztah zařadit. První nejvíce navazuje na pojetí dřívější a vztah upravuje v rámci občanského zákoníku, přičemž smlouvu řadí pod jeden z existujících typů smluv. Z těchto typů pak pro smlouvu lékaře a pacienta přichází v úvahu stejně jako v minulosti smlouva služební, smlouva o dílo a smlouva příkazní. Která smlouva je pro konkrétní vztah nejvhodnější, se pak rozhodovalo dle mnoha kritérií. Doležal je vyjmenovává takto: „*samostatnost či závislost v rámci vykonávání činnosti, která se hodnotila pomocí několika kritérií (čas konání, místo výkonu činnosti a způsob placení) a dále předmět činnosti, který mohl spočívat v buď činnosti samé (poskytnutí služby, resp. Poskytnutí pracovní síly) nebo ve zhotovení díla (tj. podstatný byl výsledek prováděné činnosti).*“<sup>45</sup> Mezi státy klonící se k této teorii patří z těch pro nás geograficky nejbližších např. Rakousko či Německo.

Druhé pojetí naopak dává přednost úpravě vztahu lékaře a pacienta zvláštním zákonem, který pro tento vztah vymezuje speciální druh smlouvy. Takovou úpravu můžeme nalézt například na Slovensku.

Poslední způsob, jak tento vztah pojmout, je jakousi kombinací obou předešlých. Vztah je upraven stejně jako v pojetí prvním občanským zákoníkem, ovšem ten pro něj stejně jako ve variantě druhé vytváří speciální smluvní typ, a to konkrétně **smlouvu o péči o zdraví**<sup>46</sup>. Tomuto způsobu dala přednost i Česká republika v rámci občanského zákoníku platného od 1. ledna 2014.

---

<sup>45</sup> DOLEŽAL, Tomáš, 2012, op. cit. s. 98

<sup>46</sup> „(1) Smlouvou o péči o zdraví se poskytovatel vůči příkazci zavazuje pečovat v rámci svého povolání nebo předmětu činnosti o zdraví ošetřovaného, ať již je jím příkazce nebo třetí osoba.

(2) Příkazce zaplatí poskytovateli odměnu, je-li to ujednáno; to neplatí, stanoví-li jiný právní předpis, že se péče o zdraví hradí výlučně z jiných zdrojů.“  
zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, § 2636

### 3.4. *Vztah lékaře a pacienta na území České republiky od roku 1918*

Co se týká vývoje vztahu lékaře a pacienta na území České republiky, úprava tohoto vztahu, po roce 1918, kdy České země přestaly být součástí Rakouské monarchie, se dále vyvíjela jako součást soukromého práva v návaznosti na výše popsané odborné diskuze o smluvním typu. Tento přirozený vývoj byl ovšem přerušen nastolením socialistického režimu, jehož zákonodárství vidělo vztah mezi lékařem a pacientem jako vztah veřejnoprávní a jako takový byl upraven v **zákoně o péči o zdraví lidu** z roku 1964. Tím se tento vztah stal součástí veřejného práva, kde zůstal až do roku 2011, kdy byla tato teorie vyvrácena soudním rozhodnutím, které jasně stanovilo následující: „*Vztah mezi zdravotnickým zařízením na straně jedné jako poskytovatelem zdravotnické péče a pacientem na straně druhé je přitom z hlediska svého obsahu vztahem občanskoprávním ve smyslu ustanovení § 2 odst. 1 o. z. Zdravotnické zařízení poskytuje své služby, za ně se mu dostává úplaty. Je lhostejné, že poskytování zdravotní péče je regulováno právními předpisy, pravidla jeho poskytování jsou omezená řadou veřejnoprávních norem. Tak je tomu i u jiných druhů lidské činnosti, u nichž nevznikají pochybnosti o soukromoprávním základu vztahu mezi klientem a poskytovatelem služby. Je také lhostejné, že úhrady za zdravotní péči se dostává zdravotnickému zařízení v drtivé většině případů od zdravotních pojišťoven na základě veřejného zdravotního pojištění. Taková právní úprava zakotvuje pouze jiný režim úhrady ceny za poskytnutou zdravotní péči, nic nemění na soukromoprávním základu vztahu mezi zdravotnickým zařízením a pacientem.*“<sup>47</sup>

V roce 2012 pak byl přijat zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, který opět definitivně zakotvil vztah pacienta a lékaře do práva soukromého. Občanský zákoník také ukončil diskuze o smluvním typu smlouvy mezi lékařem a pacientem, když pro ni vytvořil nový smluvní typ – smlouvu o péči o zdraví. V roce 2012 vešel v platnost zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, který úpravu zdravotnického práva v České republice dovršil a poměrně podrobně upravil vztah lékaře a pacienta, zejména pak jejich vzájemné povinnosti a práva.

### 3.5. *Vztah pacienta a lékaře z pohledu etiky*

V předešlých kapitolách této práce jsme se vztahu lékaře a pacienta věnovali zejména z pohledu historicky právního. V této části se na něj zaměřím z pohledu trochu odlišného, z pohledu etiky. Dalo by se říci, že etika je jakýmsi základním stavebním pramenem vztahu

---

<sup>47</sup> POLICAR, Radek, *Genetické vyšetření jako plnění ze smlouvy o dílo – díl první*, [online]. Dostupné z: <http://zdravotnickepravo.info/geneticke-vysetreni-jako-plneni-ze-smlouvy-o-dilo-%e2%80%93-dil-prvni/>

pacienta a lékaře a právní úprava až jakousi nadstavbou. Zatímco právem tento vztah na počátku nebyl upravován vůbec a až postupem času byl do právních systémů implementován, etika u tohoto vztahu hrála hlavní roli hned od začátku a naopak dnes je možná stavěna trochu do ústraní. Přesto etické či korektní vystupování je i nadále od lékařů vyžadováno a povinnost lékařů se takto chovat najdeme v etickém kodexu jak českém<sup>48</sup>, tak i v mnoha zahraničních<sup>49</sup>.

Hlavním z problémů lékařské etiky je otázka: „Co je etické?“ Touto otázkou se již zabývalo mnoho lékařů, právníků, filosofů a jiných, jednotnou definici ale zatím stále nemáme. Zatímco na některých principech se bez problémů všichni shodnou, jsou i takové, které činí velké problémy, a názory na tuto problematiku bývají i protichůdné. Mezi tyto problematické případy patří například potraty na žádost matky. Zatímco u nás je běžnou praxí, že lékaři uměle přerušují těhotenství na žádost těhotné, například hned u našeho souseda – v Polsku – se interrupce považuje za trestný čin. A takovýchto sporných otázek, na něž stále nebyla nalezena jednoznačná odpověď, je více.

Naopak na čem se shodnou všichni, jsou některé vlastnosti, které by lékaři měli mít. Lékaři by například měli být lidmi morálními, jednat dle svého nejlepšího svědomí, mít lidský přístup k pacientům. Hned první z těchto vlastností ale odkrývá další problém. Zatímco všichni souhlasí s tím, že by morálku lékař měl mít, je pro ně už obtížnější tento pojem definovat a z diskuze pak vyplyne, že pro každého je morální něco úplně jiného. Šimek říká: „*Morálka je složitý, komplexní fenomén, který se týká jak jedince, tak i společnosti, rozumu i citů, morální rozhodování probíhá na vědomé i nevědomé úrovni a může být dalekosáhle ovlivněno nejrůznějšími ideologickými tlaky.*“<sup>50</sup> I z tohoto popisu vyplývá, že morálka u každého bude tedy znamenat něco trochu jiného. I přesto morálka ve společnosti nějakým způsobem funguje. Dle Šimka funguje na základě tzv. *etického* nebo *morálního konsenzu*. Ten spočívá v tom, že společnost se shodne na základních mravních otázkách, z čehož plynou i základní pravidla chování. Jejich nedodržování je pak v různé míře sankcionováno společností, například kritikou či odsuzováním, v extrémních případech i úplným odsunutím na okraj společnosti. Šimek

---

<sup>48</sup> „*Lékař se k nemocnému chová korektně, s pochopením a trpělivostí a nesníží se k hrubému nebo nemravnému jednání. Bere ohled na práva nemocného.*“

stavovský předpis č. 10 České lékařské komory, Etický kodex České lékařské komory, § 3 odst. 2

<sup>49</sup> „*The relationship between a patient and a physician is based on trust, which gives rise to physicians' ethical responsibility to place patients' welfare above the physician's own self-interest or obligations to others.*“

The American Medical Association Code of medical ethics, kapitola 1.1.1 [online]. Dostupné z: <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ama-code-medical-ethics>: „Vztah mezi pacientem a lékařem je založen na důvěře, která vede k lékařově etické odpovědnosti stavět dobro pacienta nad vlastní zájmy lékaře nebo jeho závazky k jiným.“ (vlastní překlad)

<sup>50</sup> ŠIMEK, Jiří, *Lékařská etika*, 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2015, s. 21

poukazuje také na problém současnosti, kdy konsenzus spíše chybí, jelikož shoda ve společnosti je slabá. Proto také sankcionování nedodržování etických pravidel chybí. O to více je proto v dnešní době potřeba úprava zákonná<sup>51</sup>.

Druhou charakteristikou, kterou jsme si uvedli jako příklad toho, co by žádnému lékaři nemělo chybět, je jednání dle svědomí a s tím související právo lékaře neošetřit pacienta, pokud by to jeho svědomí odporovalo. To je přímo zakotveno takto v zákoně: „*Zdravotnický pracovník může odmítnout poskytnutí zdravotních služeb pacientovi v případě, že by jejich poskytnutí odporovalo jeho svědomí nebo náboženskému vyznání.*“<sup>52</sup> Nebo takto v Etickém kodexu České lékařské komory: „*Lékař nemůže být donucen k takovému lékařskému výkonu nebo spoluúčasti na něm, který odporuje jeho svědomí.*“<sup>53</sup> Význam pojmu svědomí pak zjednodušeně spočívá v potřebě člověka obhájit své chování sám před sebou.

Jako poslední příklad všeobecně uznávaných potřebných vlastností lékařů uvádím lidský přístup. Ten jsem vybrala zejména proto, že obzvlášť v posledních letech na něj bývá kladen čím dál větší důraz a pacienti ho pomalu začínají na lékařích vyžadovat. Tato problematika vychází z toho, že lékaři se zabývají vědou o člověku, o lidském těle. Jejich základním úkolem je ho opravit, když se něco pokazí, pokud je to možné, tak zcela, pokud není, tak do největší možné míry. Výraz opravit jsem užila záměrně, abych podtrhla podstatu tohoto problému. Na rozdíl od opraváře, který má v rukou jen kovové součástky, ale lékař opravuje lidské tělo - člověka, který vnímá, myslí a cítí. Vyžadování lidského přístupu klade důraz na to, aby si lékaři tento fakt uvědomili. Jak říká Kvapil: „*Všichni ti, s kterými přicházejí zdravotníci při své práci do styku, podléhají sice fyzikálním, chemickým i biologickým zákonitostem, ale jde také o myslící jedince různých povah. Každý z nich může cítit i reagovat jinak, mít různé emoce – strach, radost, smutek, ostych, může vnímat různé prostředí zdravotnického zařízení, postoj lékaře i své zdravotní potíže. Dobrý lékař musí proto respektovat pacienta jako člověka – individualitu a brát jej se všemi jeho vlastnostmi a pocity.*“<sup>54</sup> Je tedy do jisté míry uměním lékaře odkrýt a rozpoznat individualitu pacienta a na základě toho pak k němu i přistupovat. Lékař musí vyhodnotit, jak a kdy podat pacientovi informace, mít s ním trpělivost, než vše pochopí, aby se pacient cítil důstojně, respektován. Je důležité, aby lékař s pacientem jednal jako se sobě rovným, na základě tzv. partnerského principu, o kterém již více bylo řečeno dříve v této práci. V případě takového přístupu pak pacient lékaři důvěřuje a dovolí mu často více,

---

<sup>51</sup> ŠIMEK, Jiří, *Lékařská etika*, 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2015

<sup>52</sup> zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 50 odst. 2

<sup>53</sup> stavovský předpis č. 10 České lékařské komory, Etický kodex České lékařské komory, § 2 odst. 5

<sup>54</sup> KVAPIL, Libor, *Lékařská etika v praxi – pohled praktického lékaře*, [online]. Dostupné z: [http://www.lf.upol.cz/fileadmin/user\\_upload/LF/Kliniky\\_a\\_pracoviste\\_LF/Prakticke\\_lekarstvi/doc2.doc](http://www.lf.upol.cz/fileadmin/user_upload/LF/Kliniky_a_pracoviste_LF/Prakticke_lekarstvi/doc2.doc)



než lékaři, ke kterému důvěru nechová. Šimek k tomuto uvádí: „*Při možnosti výběru pacient často volí lékaře méně zručného a méně medicínsky schopného, pokud tento lékař umí vzbudit jeho důvěru. Ostatní lékaři jsou pak udiveni, že zcela překvapivě odpouští lékaři, kterému dal důvěru, i prokazatelná profesionální selhání.*“<sup>55</sup>

Že je důležité znát osobnost pacienta, jeho hodnoty a přání se ovšem odráží i v dalších situacích. V kontextu hodnot, které uznává dnešní společnost, je velmi podstatné právo pacienta rozhodovat sám o sobě. V případě plánovaných léčebných kroků a operací zde není s rozhodováním, zda a jak léčit, problém. Lékař má povinnost o všem informovat pacienta tak, aby se mohl rozhodnout o dalším postupu on sám. Touto problematikou se hlouběji budu zabývat v další části této práce. Problém ovšem nastává, když pacient nečekaně ztratí schopnost o sobě rozhodovat, například tím, že upadne do bezvědomí. V neodkladných záležitostech musí lékař rozhodnout sám a zde právě znalost pacienta hraje neocenitelnou roli.

Téma komunikace lékaře s pacientem je i z právního hlediska stále aktuálnější. Kolektiv právní kanceláře České lékařské komory uvádí: „*Právníci lékařských komor zemí západní Evropy tvrdí, že více úspěšných žalob v těchto zemích na poskytovatele zdravotních služeb je pro nedostatečnou komunikaci a nedostatečné informace podávané pacientům než pro poškození na zdraví.*“<sup>56</sup> Ve Spojených státech amerických byl počet těchto žalob tak velký, že jako jejich prevence se začaly v nemocnicích praktikovat tzv. *etické konzultace*, které Šimek popisuje takto: „*Odborník v etice, obeznámený ve věci hodnot, moderuje při etických konzultacích debatu lékaře a pacienta a pomáhá odkrývat nedorozumění vyrůstající z jejich odlišného chápání hodnot.*“<sup>57</sup> V evropských zemích se tento institut ovšem zatím objevovat nezačal, zejména pro nízký zájem ze strany lékařů. Čím dál více se diskutuje také o roli zdravotních sester v těchto situacích, neboť ty jsou dle názoru některých odborníků těmi, kdo s obavami, emocemi a myšlenkami pacientů přicházejí do styku nejvíce, a tak jsou také nejvíce kompetentní odhalit povahu a hodnoty pacienta. Dle tohoto konceptu by komunikaci s pacientem zajišťovala na prvním místě zdravotní sestra a lékař by „jen“ doplňoval odborné informace.

Jak již bylo řečeno, pojmy etika či morálka každý vykládá více či méně rozdílně. I z toho důvodu byl v 70. a 80. letech 20. století členy bioetického centra působícího na Georgetownské univerzitě v čele s Tomem Beauchampem a Jamesem Childressem vytvořen koncept, který

---

<sup>55</sup> ŠIMEK, Jiří, 2015, op. cit., s. 94

<sup>56</sup> MACH, Jan; BURIÁNEK, Aleš; ZÁLESKÁ, Dagmar; MLYNÁŘOVÁ, Dita; KVAPILOVÁ, Ivana; MÁCA, Miloš; VALÁŠEK, Daniel, *Univerzita medicínského práva*, 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2013

<sup>57</sup> ŠIMEK, Jiří, 2015, op. cit., s. 94

definuje čtyři základní ideje, kterými by měl být výkon lékařského povolání veden. Tento koncept je nazýván tzv. *principialismem* a čtyřmi hlavními principy medicíny dle této teorie jsou: respekt k autonomii nemocného, nonmaleficence, beneficence a spravedlnost<sup>58</sup>. Beauchamp s Childessem vznik této teorie odůvodňují takto: „*These four principles represent a 'common morality' - that is, principles that are respected within societies generally around the world.*“<sup>59</sup> Princip jejího používání pak spočívá v aplikaci každého z těchto principů na etický problém a mělo by z toho vyplynout jedno správné řešení situace. Beauchamp a Childess tvrdí, že principy jsou vybrány tak, aby pomohly najít nejlepší postup a tato teorie je dle jejich názoru tak promyšlená a účinná, že ke konfliktu řešení dle konkrétních principů bude v praxi docházet jen ve velmi malém počtu případů. Obecně jsou si principy rovny, pokud však náhodou opravdu budou každý doporučovat jiné řešení, měla by být přednost dána principu autonomie nemocného. Jako hlavní přínosy této teorie pak vidí přímou použitelnost v praxi samotnými lékaři, kulturní i náboženskou neutrálnost a fakt, že teorie je natolik obecná a nadčasová, že bude použitelná i pro budoucí etické problémy v medicíně<sup>60</sup>.

Jak již bylo řečeno výše, čtyřmi principy, které tato teorie používá, jsou respekt k autonomii nemocného, nonmaleficence, beneficence a spravedlnost. Respekt k autonomii nemocného se ovšem stává stále důležitějším a dnešní medicína je jím velmi protkaná stejně jako její právní úprava. V českém právu je tento princip zakotven v zákoně o zdravotních službách, který stanoví: „*Zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem, nestanoví-li tento zákon jinak.*“<sup>61</sup> Lékař, přestože ví bezpochyby lépe než pacient, jaká léčba pomůže nejvíce, musí tedy respektovat názor a rozhodnutí pacienta. Lékařovou povinností je předložit a vysvětlit mu veškeré informace potřebné ke správnému rozhodnutí. Rozhodnutí jako takové je ale pouze na pacientovi a to musí lékař respektovat, ať už s ním souhlasí či ne. Rozhoduje se přeci o životě pacienta a ne lékaře, proto by také měl pacient mít konečné slovo. Šimek toto pravidlo popisuje: „*Respekt pro autonomii pacienta znamená nesnažit se nemocnému vnutit za každou cenu lékařovy hodnotové soudy. Medicína je služba a základem služby je nabídka. Není povinností nikoho dané nabídky přijímat. S těmito fakty se budou muset zdravotníci smířit.*“<sup>62</sup> Jak již bylo řečeno, v případě kolize mezi jednotlivými principy, tento by měl vždy dostat přednost. Toto pravidlo má v praxi velký

---

<sup>58</sup> ŠIMEK, Jiří, *Lékařská etika*, 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2015

<sup>59</sup> „Tyto čtyři principy reprezentují 'obecnou morálku' - tzn. jedná se o principy, které jsou všeobecně respektovány společnostmi na celém světě.“ (vlastní překlad)

HERRING, Jonathan, *Medical law and ethics*, 5<sup>th</sup> edition, Oxford: Oxford University Press, 2014, s. 24

<sup>60</sup> HERRING, Jonathan, *Medical law and ethics*, 5<sup>th</sup> edition, Oxford: Oxford University Press, 2014

<sup>61</sup> zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 28 odst. 2

<sup>62</sup> ŠIMEK, Jiří, 2015, op. cit., s. 120

význam, protože právě tento princip se staví do rozporu s ostatními nejčastěji, a to ze všech možných důvodů, ať už vlastního přesvědčení, nedůvěry v lékaře a zdravotnictví, náboženství,... Klasickým případem je situace, kdy stoupenec svědků Jehovových odmítne krevní transfuzi, protože mu to jeho náboženství nedovoluje, přestože by mu její aplikace zachránila život. I v takovém případě se lékař musí smířit s tím, že každý má právo rozhodovat o svém životě a o své léčbě sám, a jeho rozhodnutí respektovat.

Dalším principem je nonmaleficence. Tento princip poprvé zmiňuje již Hippokrates v „Přísaze“. Dle Šimka je právě tento princip tím, který vidí jako nejdůležitější ze všech sami lékaři<sup>63</sup>. V překladu z latiny tento princip znamená „nečinění špatného“. Lékař je tedy povinen nečinít žádné úkony, které by škodily pacientovi. Problém nastává v situaci, kdy menším poškozením jednoho pacienta lékař výrazně pomůže druhému, třeba mu i zachrání život. Americké soudy vyřešily tuto otázku v situaci, kdy pacient, jenž má být poškozen, nedal k tomuto zákroku souhlas. V případě *McFall vs. Shimp* soud jasně stanovil, že přestože zákrokem, který by nijak výrazně prvního jmenovaného nepoškodil ani ho neohrozil, by druhému byl téměř jistě zachráněn život, v případě, že McFall se zákrokem nesouhlasí, nemůže být proveden<sup>64</sup>. Problémem ovšem zůstává zhodnocení situace, kdy poškozovaný pacient dá k zákroku souhlas. Může v tu chvíli lékař úkon provést a pomoci tak druhému? V poslední době převažuje názor, že princip nonmaleficence by měl být vykládán spolu s dalším z principů – s principem beneficence, kterému se věnuji v dalším odstavci, a lékař by tedy měl být oprávněn zákrok se souhlasem pacienta provést, pokud výrazně nezhorší jeho zdraví a zároveň výrazně zlepší zdravotní stav druhého. Známým příkladem tohoto je například člověk s oběma zdravými ledvinami, který se rozhodne darovat jednu z nich svému blízkému, kterému tím zachrání život. Vzhledem k tomu, že lze žít plnohodnotný život pouze s jednou ledvinou, považuje se tento postup za legální, přičemž podmínky jsou stanoveny např. v Úmluvě o biomedicině, která tento odběr „povoluje výhradně v zájmu léčebného přínosu pro příjemce, a pouze pokud není k dispozici žádný vhodný orgán či tkáň ze zemřelé osoby nebo jiná alternativní léčebná metoda srovnatelného účinku“<sup>65</sup>.

Třetím z principů je beneficence. Tento princip je jednoduše překládán jako „činění dobra“ či dnes více používané „jednání v nejlepším zájmu pacienta“. Tento princip v praxi nepřináší žádné aplikační problémy či konflikty. Jediné, na co musí lékař dát pozor, je upřednostnit zájem pacienta před tím vlastním, kdy jeho vlastní zájem bývá nejčastěji

---

<sup>63</sup> ŠIMEK, Jiří, 2015, op. cit.

<sup>64</sup> k tomu srov.: [http://www.leagle.com/decision/197810010PaDampC3d90\\_189/McFALL%20v.%20SHIMP](http://www.leagle.com/decision/197810010PaDampC3d90_189/McFALL%20v.%20SHIMP)

<sup>65</sup> Úmluva o biomedicině, publikována ve Sbírce mezinárodních smluv pod číslem 96/2001, čl. 19, odst. 1

v rozporu s tím pacientovým v kontextu ekonomickém, kdy nejuvhodnější léčba pro pacienta někdy nebývá ekonomicky nejuvhodnější pro lékaře. Tento konflikt ovšem fakticky většinou existuje pouze teoreticky a lékařům nedělá žádné problémy chovat se v souladu s principem beneficence.

Posledním z principů je pak spravedlnost. Ten Šimek popisuje takto: *„Zdravotníci pečují o takovou organizaci své práce a požadují takovou distribuci zdrojů, aby bylo možné poskytovat zdravotní péči spravedlivě, tedy všem nemocným ve stejné míře naplňovat jejich zdravotní potřeby, bez rozdílu pohlaví, majetku a etnické příslušnosti.“*<sup>66</sup> Tento princip je zakotven přímo v etickém kodexu lékařů takto: *„Úkolem lékaře je chránit zdraví a život, mírnit utrpení, a to bez ohledu na národnost, rasu, barvu pleti, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sociální postavení, sexuální orientaci, věk, rozumovou úroveň a pověst pacienta či osobní pocity lékaře.“*<sup>67</sup> A jako takový tento princip v praxi také nečiní žádné problémy a nezavdává příčinu vzniku nějakým etickým konfliktům.

V části pojednávající o principu beneficence byl nastíněn další problém, který z velké části souvisí s etikou. Tím je ekonomický aspekt poskytování zdravotních služeb. Lékař při poskytování zdravotní péče vykonává své povolání, proto mu za něj také náleží odměna. Na to je nutno nezapomínat. Někdy je totiž výkon lékařského povolání brán pouze jako posláním a povinností pomáhat druhým, k čemuž se lékař zavázal i složením Hippokratovy přísahy, a na to, že je to také jeho povolání, se pozapomíná. Skutečnost, že lékaři za své služby chtějí dostat zapláceno, ani jejich stížnosti, pokud mají pocit, že jsou placeni méně, než by měli být, nelze považovat za neetické. Je ovšem nutno stále myslet na jeden z principů zdravotnického povolání – jednání v nejlepším zájmu pacienta. A pokud se lékař dostane do situace, kdy jednání v pacientově nejlepším zájmu znamená pro něj samotného menší výdělek, nesmí se nechat zlákat penězi a učinit úkon pro pacienta méně vhodný, pro lékaře ovšem finančně výhodnější. V tu chvíli už by se o neetickém chování hovořit dalo. Mach to komentuje takto: *„Lékař je povinen poskytovat zdravotní péči v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a skutečnost, že to pro něho může být i ekonomicky nevýhodné, neznamená, že takto postupovat nemusí. Naopak obhajoba, že pokud by postupoval zcela lege artis, ekonomicky by na to doplatil, by patrně byla ve většině případů považována za zcela nemorální.“*<sup>68</sup>

---

<sup>66</sup> ŠIMEK, Jiří, 2015, op. cit., s. 121

<sup>67</sup> stavovský předpis č. 10 České lékařské komory, Etický kodex České lékařské komory, § 1 odst. 2

<sup>68</sup> MACH, Jan, *Lékař a právo*, 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, s. 29

V souhrnu tedy můžeme říct, že etika jako taková je velmi důležitým aspektem zdravotnictví. V České republice tuto skutečnost dokazuje také fakt, že v roce 1990 byl v Praze založen první Ústav lékařské etiky a ve stejném roce vznikla také centrální etická komise při ministerstvu zdravotnictví České republiky, která funguje dodnes. Ta má za úkol především připomínkovat návrhy legislativních norem týkajících se zdravotnictví, zpracovává stanoviska a vyjádření k aktuálním zdravotnickým problémům, vypracovává různé koncepční materiály, poskytuje v oblasti etiky konzultace a další<sup>69</sup>. Etika klade důraz na individuální přístup k pacientovi a dle slov Kvapila: *„Vždy je nutno vycházet z vlastní i pacientovy osobnosti, vždy musí jít o upřímnost, opravdovost a skutečný zájem a snahu pomoci. Je dobré, když lékaře jeho práce baví. Má-li ji dělat dobře, musí ji mít rád. A má-li rád svou práci, musí mít rád i své pacienty. Medicina tak může být vedle řemesla a vědy i uměním. Lékař léčí lidi, proto musí být i lidský.“*<sup>70</sup>

---

<sup>69</sup> dodatek č. 1 příkazu ministryně č. 1/2005 – Etická komise Ministerstva zdravotnictví, čl. 1, odst. 4

<sup>70</sup> KVAPIL, Libor, *Lékařská etika v praxi – pohled praktického lékaře*, [online]. Dostupné z: [http://www.lf.upol.cz/fileadmin/user\\_upload/LF/Kliniky\\_a\\_pracoviste\\_LF/Prakticke\\_lekarstvi/doc2.doc](http://www.lf.upol.cz/fileadmin/user_upload/LF/Kliniky_a_pracoviste_LF/Prakticke_lekarstvi/doc2.doc)

## 4. Práva a povinnosti pacienta a lékaře

Vztah pacienta a lékaře se vyvíjel postupně ze vztahu založeného na etických a společenských pravidlech ve vztah, který je poměrně podrobně upraven různými právními normami. Souvisí to samozřejmě také s tím, že dříve bylo více méně jasné, co je správné. Dnes má medicína daleko více možností, což s sebou nese lepší léky a vybavení, nové postupy, prodlužování průměrného života obyvatelstva atd., ale za cenu toho, že se častěji proti sobě staví dvě hodnoty, které obě jsou hodny ochrany. Už není možné tak jednoznačně určit, co je správný postup.

I práva a povinnosti pacienta i lékaře byly dříve spíše etickou záležitostí, kdy zjednodušeně řečeno jedinou povinností lékaře bylo jednat v nejlepším zájmu pacienta a vyléčit ho. Dnes jsou ovšem i ta poměrně podrobně právem upravována. Důvodem je i již mnohokrát zmiňovaný přechod z paternalistického vztahu mezi těmito dvěma subjekty na vztah partnerský. Kdyby se v českém zdravotnictví stále uplatňoval vztah nadřazenosti lékaře, většina práv pacienta i povinností lékaře by v právní úpravě chyběla, protože jsou podstatou právě vztahu partnerského.

V České republice existuje více předpisů obsahujících medicínskoprávní normy, základním dokumentem je ale jistě zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. V něm také najdeme výčet základních práv a povinností pacienta i lékaře. Samozřejmě pomineme-li všeobecně základní lidská práva, jako jsou právo na život<sup>71</sup>, nedotknutelnost osoby a jejího soukromí<sup>72</sup>, právo na zachování lidské důstojnosti<sup>73</sup> a další, která jsou upravena Listinou základních práv a svobod. V této práci se ovšem podrobněji budu zabývat právy, která jsou typická a uplatnitelná pouze ve zdravotnictví, což jsou ta upravená zákonem o zdravotních službách.

### 4.1. Práva pacienta

Obecně jsou práva pacienta upravena ustanovením § 28 zákona o zdravotních službách, další ustanovení potom tato práva ještě podrobněji upravují či stanovují výjimky.

Prvním právem, typickým a nesoucím významnou roli v moderním zdravotnictví je možnost poskytování zdravotních služeb pouze na základě jeho svobodného

---

<sup>71</sup> zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, čl. 6

<sup>72</sup> zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, čl. 7

<sup>73</sup> zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, čl. 10

a informovaného souhlasu<sup>74</sup>. Dále zákon stanoví, jakým způsobem musí být pacient o svém zdravotním stavu informován, co musí poučení obnášet, či například výjimky, kdy lze poskytnout zdravotní služby i bez souhlasu pacienta. S tímto právem poté souvisí i problematika dříve vyslovených přání, která je také zákonem o zdravotních službách upravena. Vzhledem k důležitosti a aktuálnosti tohoto práva se mu budu podrobněji věnovat v jedné z následujících kapitol této práce.

Dalším právem pacienta, které na rozdíl od informovaného souhlasu ve zdravotnictví existuje již od jeho prvopočátků, je právo na poskytování zdravotních služeb na náležité odborné úrovni<sup>75</sup>, neboli postup *de lege artis*, tedy v překladu *dle pravidel umění*. Tento pojem byl soudní praxí vymezen např. v rozsudku Nejvyššího soudu ČR v roce 2005<sup>76</sup>, který jako jednání v rozporu s postupem *lege artis* označuje to jednání, kdy „lékař při výkonu svého povolání nedodrží rámec pravidel vědy a medicínských způsobů, a to v mezích daných rozsahem svých úkolů podle pracovního zařazení i konkrétních podmínek a objektivních možností.“<sup>77</sup> Na tuto soudní definici následně navazuje i definice zákonná, která shodně užívá spojení *náležité odborné úrovně*. Zákon definuje i toto slovní spojení, a to: „*Náležitou odbornou úrovní se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a užívaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti.*“<sup>78</sup> I na mezinárodní úrovni je toto pravidlo definováno, a to konkrétně Úmluvou o biomedicině, která pod nadpisem „*Profesní standardy*“ stanovuje, že „*jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví, včetně vědeckého výzkumu, je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy.*“<sup>79</sup> Toto pravidlo zakotvuje obecný princip zdravotnictví všeobecně – lékař má jednat v nejlepším zájmu pacienta. Jak ale z definic vyplývá, právo ponechává lékaři míru autonomie na rozhodování o léčbě. Lékař zhodnocuje jak fyzický i psychický stav pacienta, tak objektivní možnosti jeho či nemocnice. Toto ustanovení nelze tedy vykládat tak, že by měl být vydán jakýsi dokument, který by stanovil, jaký postup je ten správný pro jakou konkrétní nemoc či pacientův stav. Ony *užívané medicínské postupy* jsou obecnými postupy, o kterých se lékaři učí na lékařské fakultě, které se v době léčby užívají, tedy nejsou zastaralé a překonané. Jaký z těchto postupů ovšem užít na konkrétního pacienta a konkrétní situaci, je na uvážení lékaře, samozřejmě v souladu s principy informovaného souhlasu. Je také

---

<sup>74</sup> zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 28 odst. 1

<sup>75</sup> zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 28 odst. 2

<sup>76</sup> rozsudek Nejvyššího soudu ČR ze dne 22. 3. 2005, sp. zn. 7 Tdo 219/2005

<sup>77</sup> k tomu srov. TĚŠINOVÁ, Jolana; ŽDÁREK, Roman; POLICAR, Radek, *Medicínské právo*, 1. vydání, Praha: C. H. Beck, 2011, s. 24

<sup>78</sup> zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 4 odst. 5

<sup>79</sup> Úmluva o biomedicině, publikována ve Sbírce mezinárodních smluv pod číslem 96/2001, čl. 4

nutno upozornit, že toto právo nezajišťuje úspěšnou léčbu či vysněný výsledek. To by bylo vůči lékařům minimálně nespravedlivé. Není možné jim přičítat odpovědnost za něco, co je dílem přírody, a jak známo, každý zákrok má svá rizika a jeho výsledek je do jisté míry nejistý, protože každé lidské tělo reaguje na všechny aspekty léčby jinak a každé tělo také vydrží něco jiného. Pravidlo tedy zakotvuje pouze povinnost jednat lékařsky správně, správnými postupy, v pacientův prospěch. Tím je dosaženo nejvyšší pravděpodobnosti, že zákrok bude úspěšný. Jestli se tato statistika ovšem naplní či ne, to již nelze přičítat nikomu.

Zákon dále ustanovuje pacientovo právo na „úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytovaných zdravotních služeb,“ právo „zvolit si poskytovatele oprávněného k poskytnutí zdravotních služeb, které odpovídají zdravotním potřebám pacienta, a zdravotnické zařízení,“ právo „vyžádat si konzultační služby od jiného poskytovatele, popřípadě zdravotnického pracovníka, než který mu poskytuje zdravotní služby,“ právo „být seznámen s vnitřním řádem zdravotnického zařízení lůžkové nebo jednodenní péče,“ právo na přítomnost zákonem stanovených osob, jako jsou zákonní zástupci či jiné osoby mající pacienta v péči, nebo osoby pacientem či jeho zákonným zástupcem určené, právo na informace o financování služeb a cenách služeb částečně či úplně nehrazených zdravotní pojišťovnou, právo být informován o jménu a příjmení přítomných či podílejících se na zdravotní péči o pacienta, dále právo „odmítnout přítomnost osob, které nejsou na poskytování zdravotních služeb přímo zúčastněny, a osob připravujících se na výkon povolání zdravotnického pracovníka,“ právo přijmout návštěvu, pokud to jeho zdravotní stav dovoluje, za podmínek stanovených vnitřním řádem zdravotnického zařízení. Stejně tak má pacient právo přijímat „duchovní péči a duchovní podporu od duchovních církví a náboženských společností registrovaných v České republice nebo od osob pověřených výkonem duchovenské činnosti,“ právo na „poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí při zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.“<sup>80</sup> V dalších ustanovení se můžeme opět dočíst o výjimkách z těchto práv, kdy například právo volby poskytovatele zdravotních služeb se nevztahuje na situace, kdy je pacient v péči zdravotnické záchranné služby<sup>81</sup>, nebo naopak některá práva jsou pro určité skupiny osob, typicky nezletilé či osoby s postižením, rozšířena<sup>82</sup>.

---

<sup>80</sup> zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 28 odst. 3

<sup>81</sup> zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 29 odst. 2 písm. a

<sup>82</sup> k tomu srov. zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 30



## **4.2. Povinnosti pacienta**

Počet povinností pacienta stanovených zákonem je oproti jeho právům mnohem menší. Základní výčet najdeme v ustanovení § 41 zákona o zdravotních službách. Mezi povinnosti tímto ustanovením dané patří: povinnost dodržovat navržený postup, dal-li k poskytování zdravotních služeb pacient souhlas, povinnost dodržovat vnitřní řád poskytovatele zdravotních služeb, povinnost uhradit služby, které nejsou hrazeny, nebo jsou hrazeny jen částečně zdravotní pojišťovnou, pokud s tím předem souhlasil, povinnost podávat lékaři pravdivé informace o svém předchozím i současném zdravotním stavu, povinnost nepožívat alkohol a jiné návykové látky v průběhu hospitalizace nebo povinnost prokázat se občanským průkazem<sup>83</sup>. Ustanovení § 42 zákona o zdravotních službách pak upravuje práva a povinnosti zákonných zástupců.

## **4.3. Práva lékaře**

Na druhé straně stojí práva a povinnosti lékaře. Některá práva lékaře se shodují s povinnostmi pacienta a naopak. Jsou samozřejmě ale i taková, která takto spárovaná nejsou.

Mezi práva všeobecně zdravotnického pracovníka patří například právo na získání informací o pacientově zdravotním stavu, zejména pak je-li pacient nosičem infekční nemoci, dále má zdravotník právo „*neposkytnout zdravotní služby v případě, že by došlo při jejich poskytování k přímému ohrožení jeho života nebo k vážnému ohrožení jeho zdraví,*“ stejně jako mu zákon umožňuje neposkytnout zdravotní služby „*v případě, že by jejich poskytnutí odporovalo jeho svědomí nebo náboženského vyznání,*“ o čemž ale samozřejmě musí informovat poskytovatele zdravotních služeb, který musí lékaře pro danou službu nahradit<sup>84</sup>. Celkově poskytovatel zdravotních služeb, tedy ne konkrétní zdravotnický pracovník, může pacienta odmítnout přijmout v případech, kdy by se jeho přijetím stal poskytovatel neúnosně zatížen, nebo z provozních a jiných personálních či věcných důvodů. Dále je odmítnutí pacienta přípustné u lékařů provozujících všeobecné praktické lékařství, ať už pro dospělé či pro děti a dorost, pokud by byla vzhledem ke vzdálenosti místa pobytu pacienta znemožněna návštěvní služba, nebo v případě, že pacient není pojištěn u žádné ze zdravotních pojišťoven majících s poskytovatelem uzavřenou smlouvu. Ukončit péči může poskytovatel v případech, kdy již

---

<sup>83</sup> zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 41

<sup>84</sup> zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 50

nejsou důvody pro její trvání, dále pakliže o to pacient sám požádá podpisem tzv. negativního reversu, tedy odmítne jakékoli další služby, v případech, kdy předává pacienta do péče jiného poskytovatele, dále pokud pacient „závažným způsobem omezuje práva ostatních pacientů, úmyslně a soustavně nedodrží navržený individuální léčebný postup, pokud s poskytováním zdravotních služeb vyslovil souhlas, nebo se neřídí vnitřním řádem a jeho chování není způsobeno zdravotním stavem,“ anebo přestal-li pacient poskytovat pro další postup nezbytnou součinnost<sup>85</sup>. Další ustanovení opět obsahují výjimky z těchto pravidel, například kdy poskytovatel nesmí pacienta odmítnout, přestože splňuje podmínky popsané výše.

#### 4.4. Povinnosti lékaře

Mezi lékařovy povinnosti v první řadě určitě patří povinnost poskytovat zdravotní služby, a to „v rozsahu odpovídajícím jeho způsobilosti, zdravotnímu stavu pacienta, na náležitě odborné úrovni a řídit se etickými předpisy.“<sup>86</sup> Jinými slovy lékař je povinen poskytovat zdravotní služby postupem *de lege artis*, jak bylo řečeno v kapitole o právech pacienta.

Další povinností zdravotníka je „poskytovat neprodleně odbornou první pomoc každému, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo zdraví a není-li pomoc včas dosažitelná obvyklým způsobem, a zajistit mu podle potřeby poskytnutí zdravotních služeb.“<sup>87</sup> Tato povinnost nese zvláštní význam i pro trestní právo, které právě na tomto ustanovení zákona o zdravotních službách staví zvláštní povinnost lékařů poskytnout pomoc, kdy při jejím neposkytnutí stanovuje lékařům vyšší trestní sazbu než osobám zdravotnický nezdělaným<sup>88</sup>.

Zákon dále stanovuje povinnosti i poskytovateli zdravotních služeb. Z těch zmíním v první řadě povinnost „vytvořit podmínky a opatření k zajištění uplatňování práv a povinností pacientů a dalších oprávněných osob, zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků při poskytování zdravotních služeb.“ A s tím spojenou povinnost informovat o cenách nehrazených nebo jen částečně hrazených služeb, či povinnost vymezení provozní a

---

<sup>85</sup> zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 48

<sup>86</sup> zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 49 odst. 1 písm. a

<sup>87</sup> zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 49 odst. 1 písm. b

<sup>88</sup> k tomu srov. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, § 150 odst. 2

ordinační doby<sup>89</sup>. Dále je poskytovatel například povinen „zajistit, aby byl pacient seznámen se svými právy a povinnostmi při poskytování zdravotních služeb a vnitřním řádem.“<sup>90</sup>

Velmi zásadní povinností poskytovatele zdravotních služeb i zdravotnických pracovníků, jejíž podstatu můžeme nalézt již v Hippokratově přísaze, je zachování mlčenlivosti. Jedná se o základní povinnost, která zaprvé napomáhá ke vzájemné důvěře, zadruhé zajišťuje, že pacient necítí potřebu lékaři lhát či zamlčovat některé skutečnosti o jeho zdravotním stavu, které mohou lékaři zásadně pomoci při léčbě, a které by zároveň nikdy nezmninil, pokud by se bál, že se tyto informace dozví nějaké třetí osoby.

Povinnou mlčenlivost můžeme nalézt i v jiných oblastech lidského života, než je zdravotnictví. Obecně ji nauka dělí na povinnou mlčenlivost státem uznávanou, která není stanovena zákonem, ale vyplývá z něj – je jím uznána. Do této skupiny řadíme například obchodní tajemství. Druhou kategorií je povinná mlčenlivost zákonem uložená, která je přímo stanovena v zákoně. Do té patří právě i povinná mlčenlivost ve zdravotnictví. Posledním způsobem ustanovení povinné mlčenlivosti pak může být její uložení na základě mezinárodní smlouvy, kam řadíme například ochranu informací v automatizovaném zpracovávání dat<sup>91</sup>.

Povinná mlčenlivost ve zdravotnictví je tedy upravená přímo zákonem, konkrétně zákonem o zdravotních službách, který přímo stanovuje, že „poskytovatel je povinen zachovat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb.“<sup>92</sup> Taková definice je poměrně obecná a nechává jistý prostor pro její interpretaci, například v závislosti na úpravě informování blízkých osob. Mohou jim být sdělovány automaticky všechny informace, pokud pacient dal obecný souhlas těmto osobám informace o jeho zdravotním stavu sdělovat? Nebo jsou tímto souhlasem myšleny pouze informace o aktuální léčbě a aktuálním problému a o ostatních aspektech zdravotního stavu pacienta je nutno mlčet i před blízkými? To jsou jen vybrané otázky z mnoha, které vyvstávají z obecnosti zákonné definice. V praxi neexistuje shoda, jaké jsou správné odpovědi na tyto otázky, a dnešní stav je zjednodušeně řečeno takový, že si každý poskytovatel zdravotních služeb sám rozhodne, jak úzce či široce tuto definice bude interpretovat. Obecně lze ale říci, že zákon povinnou mlčenlivostí kryje informace před osobami jinými, než jsou osoby blízké, lidově řečeno brání tomu, aby se informace dostaly na veřejnost. Lékař by měl dbát zejména na utajení informací o zdravotním stavu pacienta, zejména těch, které byly zjištěny při aktuální

---

<sup>89</sup> zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 45

<sup>90</sup> zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 46 odst. 1 písm. a

<sup>91</sup> UHEREK, Pavel, *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků*, 1. vydání, Praha: GRADA Publishing, a.s., 2008, s. 11

<sup>92</sup> zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 51 odst. 1

zdravotní péči zdravotnickým pracovníkem, o povaze onemocnění a o následných postupech, stejně jako o prognóze. Dále jsou chráněny údaje, které lékaři sdělil pacient sám, jako například dřívější onemocnění či zvyklosti související se zdravotním stavem, jako například odpověď na otázku, zda pacient kouří či ne. Další skupinou chráněných údajů jsou informace o finanční a rodinné situaci pacienta, o jeho náboženském či jiném přesvědčení, o národnostním, etnickém a rasovém původu, není-li všeobecné znám, údaje o sexuální orientaci a další údaje související se sexuálním životem pacienta, či údaje o pacientově trestné činnosti<sup>93</sup>.

Stejně jako téměř ze všech povinností, i z této existují výjimky. V první řadě je to souhlas pacienta informace sdělit. To se týká zejména již zmíněných osob blízkých, u kterých je běžné, že pacient chce, aby jim byly informace sdělovány. Další zákony udávají i další výjimky, například v soudním řízení při dokazování zdravotního stavu pro potřebu rozhodnutí o náhradě škody a mnoho dalších.

Poslední povinností poskytovatele zdravotních služeb, kterou zmíním, je vedení zdravotnické dokumentace. Zákon stanovuje, že „*poskytovatel je povinen vést a uchovávat zdravotnickou dokumentaci a nakládat s ní podle tohoto zákona a jiných právních předpisů.*“<sup>94</sup> Dále zákon stanovuje, jaké údaje mají být v dokumentaci obsaženy, povinnou formu, tedy možnost listinné či elektronické podoby nebo obou současně, formální náležitosti zápisů do zdravotnické dokumentace, pravidla nahlížení do ní, postup, jakým se řídit v případě zániku oprávnění poskytovat zdravotnické služby, informace o Národním zdravotnickém informačním systému a mnoho dalších informací. Z tohoto výčtu je zřejmé, že zákon tuto problematiku zpracovává velmi podrobně. Správně vedená a kompletní zdravotnická dokumentace je totiž klíčovým dokumentem hned z několika důvodů.

Zprvė zajiřtřuje právo na informace pacientovi a jeho blízkým, například v případě protokolů z operací, kdy pacient chce vědět, co se s ním při operaci přesně dělo. Další případ, kdy zdravotnická dokumentace má zásadní význam, je soudnictví ve věcech zdravotnictví. Ať už se jedná o posuzování postupu *de lege artis*, o překročení či nepřekročení oprávnění udělené souhlasem pacienta nebo o mnoho dalších situacích, zdravotnická dokumentace je základním dokumentem pro zjištění potřebných informací. V neposlední řadě je zdravotnická dokumentace důležitým zdrojem informací i pro samotné lékaře. Je potřeba uvědomit si, že zdravotnickou dokumentaci nevedou pouze nemocnice při hospitalizaci, ale že je každé osobě vedena po celý život i u jeho praktického lékaře. Například při přechodu z lékaře dětského na praktického lékaře pro dospělé je potřeba, aby se nový lékař dozvěděl co nejvíce o

---

<sup>93</sup> UHEREK, Pavel, 2008, op. cit. s. 31

<sup>94</sup> zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 53 odst. 1

zdravotním stavu pacienta, nejen aktuálním, ale i minulém. A k tomu poslouží právě dokumentace vedená v minulosti předchozími lékaři. Ve správné dokumentaci by měly být informace nejen o vyšetřeních a prohlídkách přímo u lékaře praktického, ale i u všech specializovaných lékařů či ze zákroků a pobytů v nemocnici. V ideálním případě bude pacientova složka obsahovat i podrobné informace o rodinné anamnéze. Díky tomu si každý nový lékař, který pacienta bude léčit, může vytvořit podrobnou a věcně správnou představu o tom, jaký je zdravotní stav pacienta, jeho psychický stav, na jaké choroby je náchylný, na co dát pozor, díky čemuž pak může pacientovi s čistým svědomím poskytnout tu nejlepší zdravotní péči.

## 5. Informovaný souhlas

V předchozí kapitole jsem se věnovala všeobecně právům a povinnostem pacienta i lékaře. V této a následující kapitole se některým z nich budu, vzhledem k jejich důležitosti pro moderní zdravotnictví a nové koncepci vztahu pacienta a lékaře, věnovat podrobněji.

Prvním z práv pacienta a zároveň i povinností lékaře, kterým se budu více zabývat, je tzv. informovaný souhlas. Jedná se o spojení práva pacienta na informace o svém zdravotním stavu a povinnosti lékaře provést zákrok pouze se souhlasem pacienta. Zjednodušeně řečeno, zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze v případě, že k tomu dá souhlas, a to za podmínky, že tento souhlas je informovaný, tedy že jeho udělení předcházelo správné a dostatečné poučení. Toto pacientovo právo je typické výhradně pro moderní zdravotnictví a odráží se v něm již zmíněná změna vztahu pacienta a lékaře z paternalistického na partnerský. Valuš k tomu uvádí: „*Podmínění legality zákroku souhlasem pacienta je vyjádřením respektu k autonomii vůle.*“<sup>95</sup>

Požadavek informovaného souhlasu vznikl v 70. letech minulého století v USA v návaznosti na několik soudních sporů, kdy pacient žaloval lékaře, protože domluvený úkon vyvolal následky, které pacient nečekal. V této době bylo ve Spojených státech běžnou praxí lékařů vyžádat si předem písemný souhlas k provedení úkonu, tím se také lékaři bránili, ovšem povinnost informovanosti tohoto souhlasu chyběla. Tyto spory americkým soudům odhalily problémy, které z absence informovanosti uděleného souhlasu plynou, proto nakonec Nejvyšší soud do budoucna zakotvil požadavek souhlasu informovaného<sup>96</sup>. Že se jedná o právo zásadní, rychle pochopily i ostatní země, což dokazuje i fakt, že v dnešní době můžeme jeho zakotvení nalézt v právních pramenech různé síly.

Stejně jako mnoho jiných institutů zdravotnického práva, informovaný souhlas se na území České republiky dostal až s ratifikací již několikrát zmíněné Úmluvy o biomedicině. Ta ve svém článku 5 stanovuje, že: „*Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas.*“<sup>97</sup> V návaznosti na ni pak bylo toto právo zakotveno i v dnes již zrušeném zákoně o péči a zdraví lidu<sup>98</sup> a hlavně poté v současném zákoně o zdravotních službách, v němž nalezneme ustanovení: „*Zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným*

---

<sup>95</sup> VALUŠ, Antonín, *Civilní spory mezi lékařem a pacientem při poskytování zdravotní péče*, 1. vydání, Praha: Leges, s.r.o., 2014, s. 53

<sup>96</sup> ŠIMEK, Jiří, *Lékařská etika*, 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2015, s. 21

<sup>97</sup> Úmluva o biomedicině, publikována ve Sbírce mezinárodních smluv pod číslem 96/2001, čl. 5

<sup>98</sup> zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, zrušen zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 128

*a informovaným souhlasem, nestanoví-li tento zákon jinak.*<sup>99</sup> A v neposlední řadě je povinnost lékaře informovat pacienta dnes stanovena i etickým kodexem České lékařské komory, a to takto: *„Lékař je povinen pro nemocného srozumitelným způsobem odpovědně informovat jeho nebo jeho zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčení mohou nastat.*“<sup>100</sup> Výše uvedené tři prameny jsou pro tuto problematiku těmi nejdůležitějšími, nutno však upozornit, že ne jedinými. Informovaný souhlas je upraven i mnoha dalšími předpisy, z nichž jako příklad uvedu tzv. transplantační zákon<sup>101</sup>.

### **5.1. Potřeba informovaného souhlasu**

Jak již bylo naznačeno dříve, prvním z hlavních důvodů nutnosti informovaného souhlasu je etika. Vzhledem ke snaze zajistit rovnost mezi pacientem a lékařem a nastolení partnerského vztahu mezi nimi, by bylo neslušné a zároveň i nelogické, aby informovaný souhlas vyžadován nebyl, protože tím by byla ona rovnost prakticky vyloučena. Dle Šustka a Holčapka je souhlas zapotřebí také proto, že je to prostě slušnost, která *„velí, chceme-li něco činit s tělem a zdravím druhého člověka, dotázat se ho na jeho názor. Mimo to, i když zdravotnický zásah má vždy za cíl zlepšit stav nemocného, jeho úspěch není nikdy zaručen. Pacient si tedy má sám rozhodnout, zda nevyhnutelná rizika a nepříjemnosti chce nebo nechce snášet.*“<sup>102</sup>

Tím druhým, právním důvodem, proč je informovaný souhlas potřeba, je ochrana osobnosti pacienta a jeho právo na tělesnou integritu. Pokud má být pacient léčen, musí lékař bezpodmínečně do tohoto jeho práva v nějaké míře zasáhnout. A vzhledem k tomu, že je toto právo chráněno několika právními předpisy, počínaje Ústavou České republiky<sup>103</sup> a Listinou základních práv a svobod<sup>104</sup>, na jednání lékaře by se v tu chvíli dalo nahlížet jako na protiprávní. Proto byla potřeba zakotvit institut, který se vzhledem k jednání lékaře stane právním důvodem, který jeho protiprávnost vylučuje. Tím se stal souhlas, ze kterého se postupem času, jak již bylo řečeno, vyvinul souhlas informovaný.

---

<sup>99</sup> zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 28 odst. 1

<sup>100</sup> stavovský předpis č. 10 České lékařské komory, Etický kodex České lékařské komory, § 3 odst. 4

<sup>101</sup> zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů

<sup>102</sup> ŠUSTEK, Petr; HOLČAPEK, Tomáš, *Informovaný souhlas*, 1. vydání, Praha: ASPI, a.s., 2007, s. 21-22

<sup>103</sup> zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky

<sup>104</sup> zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod

Samozřejmě existují situace, kdy souhlas získat nelze či kdy ho není potřeba. V této části na problematiku ovšem nahlížím v její obecné rovině a o výjimkách, které v ní existují, budu mluvit dále níže.

## **5.2. Náležitosti informovaného souhlasu**

Na informovaný souhlas z hlediska právní teorie můžeme nahlížet jako na právní úkon, který má své náležitosti. Těmi nejdůležitějšími z nich, které si i dále více rozebereme, jsou forma, svobodná a vážná vůle, informovanost souhlasu, jak ji stanovuje zákon o zdravotních službách, a způsobilost souhlas dát.

Nejprve se tedy zaměřím na formu. Z hlediska té můžeme souhlas rozdělit na výslovný a nevýslovný, neboli konkludentní. Se souhlasem konkludentním se v praxi setkáváme u nejběžnějších úkonů, jako je například poslech srdce stetoskopem či odběr krve, a jedná se o souhlas vyjádřený faktickým chováním pacienta – tedy tím, že se vykonání léčebného úkonu dobrovolně podvolí či přikývne hlavou. Při zákrocích závažnějších už tato forma ale nestačí a je třeba, aby pacient souhlas vyjádřil výslovně, tedy ústně či písemně, případně znakovou řečí. Platí, že nestanoví-li zákon, smlouva či jiný dokument formu písemnou, stačí ústní. Mezi ty případy, kdy je stanovena forma písemná, patří například transplantace, interrupce či vědecký výzkum. Ovšem ani v situacích, kdy písemná forma není vyžadována, není její vyhotovení na škodu. Zejména v případech, kdy následky provedeného zákroku či léčby nejsou takové, jaké si pacient přál, hrozí možnost, že se pacient bude dovolávat nevyslovení souhlasu a bude žádat nějaké odškodnění. Důkazní břemeno by v takovém případě nesl lékař. Proto se vyplatí opatřit si písemný souhlas i v případech, kdy není vyžadován. Pokud ho totiž lékař nemá, jen velmi obtížně bude dokazovat, že mu souhlas opravdu dán byl. Většinou tedy není povinností písemný souhlas mít, ale jak popisuje Mach: „*Písemný informovaný souhlas je dobrým dokumentem a důkazem, který vyvrací případné nařčení, že pacient neobdržel potřebné informace, které měl právo obdržet dříve, než se rozhodl vyslovit souhlas se zdravotní péčí.*“<sup>105</sup> Závěrem je k formě informovaného souhlasu nutno dodat, že ať už byla zvolena jakákoli forma udělení souhlasu, může ho pacient kdykoli svobodně odvolat, samozřejmě pokud k úkonu ještě nedošlo.

Další z náležitostí informovaného souhlasu je svobodná a vážná vůle. Ta není specifikem zdravotnického práva, ale požadavkem platnosti právního úkonu dle občanského práva obecně. Svobodná je vůle tehdy, rozhodoval-li se pacient bez jakéhokoli nátlaku

---

<sup>105</sup> MACH, Jan, 2010, op. cit. s. 116



či přinucení a souhlas udělil čistě na základě svého uvážení a vyhodnocení situace. Ve zdravotnictví je dosažení tohoto stavu ovšem obtížnější než obecně. Informace, které lékař pacientovi sděluje a na základě kterých se pacient musí rozhodnout, mohou totiž způsobit, že pacient bude nervózní, rozrušený a bude se cítit pod tlakem, aniž by ho na něj někdo vědomě vyvíjel. Proto je velmi důležité, aby byly všechny informace, včetně těch o doporučeném dalším postupu, podány pacientovi tak citlivě, jak to konkrétní případ vyžaduje. Stejně tak by měla být dána pacientovi i dostatečná doba na rozmyšlenou, lékař by neměl naléhat a žádat rychlou odpověď. Je třeba si uvědomit, že nějaký čas může trvat vstřebat nové informace, než se pacient začne rozhodovat o dalším postupu. Samozřejmě i to je velmi individuální a záleží na okolnostech případu. Je rozdíl mezi sdělením pacientovi, že ruka je zlomená a je třeba ji zasádrovat, a informováním o výskytu rakoviny a potřebě chemoterapie. Je tudíž logické, že i komunikace se bude do jisté míry lišit, stejně jako doba, kterou lékař dá pacientovi na rozmyšlenou, než se zeptá na jeho rozhodnutí. Ve všech případech ovšem platí, že podmínky musí být nastaveny tak, aby se pacient mohl rozhodnout dle své svobodné vůle, bez nátlaku a s rozmyslem. To upravuje i zákon o zdravotních službách: „*Souhlas s poskytnutím zdravotních služeb se pokládá za svobodný, je-li dán bez jakéhokoliv nátlaku.*“<sup>106</sup> Druhým kritériem je vážnost vůle. Negativně se dá vážná vůle vymezit jako všechna ta, která nebyla myšlena jako hra, představení, vtip a podobně.

Další velmi důležitou charakteristikou informovaného souhlasu, jak už název napovídá, je jeho informovanost. Ta je opět upravena v zákoně o zdravotnických službách, který poskytovateli zdravotních služeb ukládá povinnost „*zajistit, aby byl pacient srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách a umožnit pacientovi nebo osobě určené pacientem klást doplňující otázky vztahující se k jeho zdravotnímu stavu a navrhovaným zdravotním službám, které musí být srozumitelně zodpovězeny.*“<sup>107</sup> A souhlas je dle stejného zákona informovaný tehdy, „*je-li pacientovi před vyslovením souhlasu podána informace podle § 31; souhlas se pokládá za informovaný také v případě, že se pacient podání informace vzdal.*“<sup>108</sup> Přičemž informací dle § 31 se rozumí: „*údaje o příčině a původu nemoci, jsou-li známy, jejím stadiu a předpokládaném vývoji, účelu, povaze, předpokládaném přínosu, možných důsledcích a rizicích navrhovaných zdravotních služeb, včetně jednotlivých zdravotních výkonů, jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb, jejich vhodnosti,*

---

<sup>106</sup> zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 34 odst. 1 písm. a

<sup>107</sup> zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 31 odst. 1 písm. a

<sup>108</sup> zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 34 odst. 1 písm. b

*přínosech a rizicích pro pacienta, další potřebné léčbě, omezeních a doporučeních ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a možnosti vzdát se podání informace o zdravotním stavu, určit osoby nebo vyslovit zákaz o podávání informací o zdravotním stavu.*<sup>109</sup>

Poslední z náležitostí, které v této práci zmiňuji, je způsobilost souhlas dát. Obecně je způsobilý v plném rozsahu ten, kdo je zletilý a je zároveň schopen rozeznat následky svého jednání a ovládat ho. V případě, kdy chybí první z podmínek způsobilosti – zletilost – je řešení jednoduché. Místo nezletilého musí informovaný souhlas dát jeho zákonný zástupce. Toto pravidlo ovšem neplatí absolutně. Dle občanského zákoníku je nezletilý „způsobilý k právním jednáním co do povahy přiměřeným rozumové a volní vyspělosti nezletilých jeho věku.“<sup>110</sup> V souladu s tímto ustanovením proto souhlas uděluje buď zákonný zástupce, nebo sám nezletilý, záleží na okolnostech konkrétního případu. Mach a další k tomuto uvádějí: „Názor nezletilé osoby musí být zohledněn jako faktor, jehož závažnost narůstá úměrně s věkem a stupněm vyspělosti.“<sup>111</sup> V případě absence schopnosti rozeznat následky svého jednání a ovládat ho je situace složitější. Existuje možnost, že osoba má soudem ustanoveného opatrovníka – v tom případě souhlas uděluje ten. Pokud ovšem taková osoba chybí a k vůli pacienta nelze vzhledem k jeho stavu přihlížet, bude muset lékař o další léčbě rozhodnout, jako by nebylo možno souhlas opatřit. Taková situace bude podrobněji popsána dále v této práci.

### **5.3. Informovaný nesouhlas**

Jak již bylo řečeno, v moderní době je třeba dbát na názor a vůli pacienta a pacient je tím, kdo rozhodne, jakým způsobem a jestli vůbec bude léčen. Ve chvíli, kdy lékař pacienta správně poučil a navrhl mu možnosti dalšího řešení jeho problému, je už jen na pacientovi, pro jaký postup se rozhodne. A stejně jako může s léčbou souhlasit, může pacient s léčbou nesouhlasit. V takovém případě mluvíme o informovaném nesouhlasu, nazývaném také jako negativní revers.

Taková situace je však samozřejmě velmi obtížná pro lékaře, smyslem jehož povolání je léčit, pomoci pacientovi a ne přihlížet k tomu, jak léčbu odmítá, přestože je to nerozumné a pro zdraví pacienta i škodlivé. Lékař má obecně jak právní, tak morální povinnost léčit, proto by se mohlo zdát, že vyhověním přání pacienta neléčit se vlastně dopustí protiprávního jednání.

---

<sup>109</sup> zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 31 odst. 2

<sup>110</sup> zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, § 31

<sup>111</sup> MACH, Jan; BURIÁNEK, Aleš; ZÁLESKÁ, Dagmar; MLYNÁŘOVÁ, Dita; KVAPILOVÁ, Ivana; MÁCA, Miloš; VALÁŠEK, Daniel, 2013, op. cit. s. 90

Tímto střetem práva pacienta na straně jedné a povinnosti lékaře na straně druhé se v roce 2001 zabýval i Ústavní soud České republiky, který s konečnou platností stanovil, že „*právo nebyť léčen je silnější než povinnost léčit.*“<sup>112</sup>

### **5.3.1. Forma a následky informovaného nesouhlasu**

Co se ovšem stane, pokud pacient léčbu proti doporučení lékaře odmítne a jeho stav se následně doopravdy zhorší? Kdyby negativní revers nebyl vysloven, za zhoršující se stav pacienta by byl odpovědný lékař a jeho jednání by bylo posuzováno jako postup *non lege artis*, tedy postup proti pravidlům lékařské vědy. Pro lékaře by tato situace vedla až k fatálním následkům, kdy dle stavu pacienta by mu hrozilo sankcionování od napomenutí nemocnice až po odsouzení za úmyslný trestný čin. V případě negativního reversu je ale rozhodnutí neléčit svobodným a dobrovolným rozhodnutím pacienta, a to v rozporu s doporučením lékaře. Nebylo by tedy spravedlivé ani etické za toto rozhodnutí trestat lékaře. Proto je v situacích, na které se vztahuje negativní revers, lékař zbaven veškeré odpovědnosti za následky plynoucí z absence léčby. Stejně jako u informovaného souhlasu, v případě sporu by důkazní břemeno leželo na lékaři, tedy ten by byl povinen dokázat, že pacient léčbu odmítl.

Vzhledem k závažnosti následků, které by z neprokázání odmítnutí léčby pro lékaře plynuly, je u informovaného nesouhlasu vždy vyžadována forma písemná. Negativní revers obsahující doporučení lékaře i poučení o následcích, které odmítnutí léčby může mít, v ideálním případě podepisuje sám pacient. Může se ovšem stát, že pacient revers podepsat odmítne, přestože z jeho jednání je i nadále jasné, že léčbu odmítá, nebo že pacient revers podepsat nemůže, například z důvodu zhoršeného zdravotního stavu. Takové situace jsou v praxi řešeny podpisem svědka přítomnému odmítnutí podepsání či ostatním příčinám, který revers podepíše místo pacienta a k podpisu připojí důvod, proč pacient dokument nepodepsal sám<sup>113</sup>.

### **5.3.2. Eutanazie**

Jednou ze specifických forem informovaného nesouhlasu, je eutanazie. Jedná se o případ, kdy absence léčby přímo vede ke smrti pacienta. Názory na tuto problematiku jsou různé, což je patrné jak v mínění odborné i laické veřejnosti, tak v právní úpravě. Zatímco

<sup>112</sup> nález Ústavního soudu ČR ze dne 18. 5. 2001, sp. zn. IV. ÚS 639/2000

<sup>113</sup> ŠUSTEK, Petr; HOLČAPEK, Tomáš, *Informovaný souhlas*, 1. vydání, Praha: ASPI, a.s., 2007

některé země eutanazii povolují, mezi tyto země řadíme například Nizozemsko, v jiných zemích je zakázána, například v Polsku. Ani jednotná definice neexistuje, každý autor i každá země definuje eutanazii jinak. Šustek, Holčapek a kolektiv ji definují jako: „*vědomé ukončení života na žádost smrtelně nemocného plně svéprávného člověka.*“<sup>114</sup> Za rozhodující motiv vedoucí někoho k provedení eutanazie se považuje soucit s nemocným.

Eutanazii rozlišujeme na aktivní a pasivní. O kterou z těchto forem se jedná, určíme na základě toho, zda lékař či jiná osoba provádí eutanazii aktivním konáním, nebo naopak opomenutím jednat. Pokud tato osoba jedná, mluvíme o eutanazii aktivní, pokud nejedná, pak o pasivní.

Šustek, Holčapek a kolektiv definují aktivní eutanazii jako „*volní jednání osoby odlišné od pacienta, vedoucí k ukončení života trpícího pacienta na jeho vlastní žádost.*“<sup>115</sup> Je nutné ji ještě dále rozdělit na přímou a nepřímou. Přímou aktivní eutanazií je nazývána činnost toho, kdo eutanazii provádí, spočívající v konání zasahujícím do tělesné integrity nemocného, které vede k urychlení jeho smrti. Takové jednání je v České republice protiprávní a ten, kdo by tak konal, by se dopustil trestného činu vraždy<sup>116</sup>. Naopak nepřímá aktivní eutanazie spočívá ve stupňování množství bolest tlumících léků, které jsou nemocnému podávány, kdy toto jednání má za následek uspíšení pacientovy smrti. Takové jednání za protiprávní považováno není.

Oproti tomu o eutanazii pasivní mluvíme v případech, kdy se pacient, kterému byla diagnostikována nějaká nevléčitelná choroba, rozhodne nepokračovat v léčbě, která sice o pár týdnů či měsíců prodlouží život, ale za cenu dožívání ve velkých bolestech a útrapách. Místo toho se tento pacient rozhodne zbytek života prožít bez nepříjemností, které léčba přináší, přestože bude kratší. Na rozdíl od eutanazie aktivní, resp. její přímé formy, eutanazii pasivní již povoluje daleko více právních úprav, včetně České republiky.

#### ***5.4. Možnost pacienta poučení se vzdát***

V předchozích kapitolách bylo řečeno, že lékař může pacienta léčit jen na základě souhlasu, který aby byl platný, musí být informovaný. Zvláštní situace ovšem nastává, pokud pacient informován být nechce, přestože s léčbou jako takovou souhlasí. Chce tedy lékaři dát jakési obecné oprávnění léčit založené na důvěře v osobu lékaře, jeho odborné znalosti, rozhodování a jednání. Přestože tím dochází k rozporu s jednou ze základních náležitostí

---

<sup>114</sup> ŠUSTEK, Petr; HOLČAPEK, Tomáš a kolektiv, 2016, op. cit. s. 551

<sup>115</sup> ŠUSTEK, Petr; HOLČAPEK, Tomáš a kolektiv, 2016, op. cit. s. 558

<sup>116</sup> zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, § 140

informovaného souhlasu – jeho určitostí – jelikož pacient v takovém případě ztrácí přehled o svém zdravotním stavu i léčbě, i přímo z Úmluvy o biomedicině vyplývá, že takové jednání je přípustné, když Úmluva výslovně stanoví: „*Každý je oprávněn znát veškeré informace shromažďované o jeho zdravotním stavu. Nicméně přání každého nebyť takto informován je nutno respektovat.*“<sup>117</sup> To plyne i ze samotného smyslu informovaného souhlasu jako práva pacienta, které má být ku prospěchu pacienta. Pokud tedy pacient poučení odmítá a tím se tohoto práva vzdává, mělo by mu být vyhověno.

Jiná situace nastává, pokud neinformování pacienta může způsobit újmu na zdraví třetím osobám. Jedná se o případy, kdy pacient trpí například infekčním onemocněním, které by bez poučení lékařem mohl nevědomě šířit mezi další osoby. V takovém případě by naopak bylo nevhodné, aby lékař pacientově přání vyhověl, proto by mu alespoň základní informace o jeho nemoci a především poučení o tom, jak zabránit dalšímu šíření této nemoci, sdělit měl. Šustek a Holčapek se k tomu vyjadřují takto: „*Právo pacienta na soukromí i na to, aby nebyl informován, pokud nechce, ovšem samozřejmě musí být vyváženo s ochranou zdraví jiných osob.*“<sup>118</sup>

## **5.5. *Terapeutické privilegium a další výjimky z informovaného souhlasu***

Již bylo naznačeno v předešlém textu, že z obecných pravidel o informovaném souhlasu můžeme vyčlenit několik výjimek. Jedná se především o možnost tzv. *terapeutického privilegia*, stav nouze vyžadující neodkladná řešení a částečně i problematiku léčby dětí.

### **5.5.1. *Terapeutické privilegium***

Terapeutické privilegium je první z výjimek, které se budu věnovat podrobněji. Stejně jako u vzdání se poučení, omezuje tato výjimka princip informovanosti daného souhlasu, tentokrát ovšem bez vědomí pacienta, z rozhodnutí lékaře. Terapeutickým privilegiem nazýváme právo lékaře omezit informovanost pacienta a zamlčet mu určité informace o jeho zdravotním stavu, pokud by jejich sdělení mělo za následek přímé poškození pacientova zdraví.

Je také potřeba zdůraznit, že toto privilegium neopravňuje lékaře k zamlčení veškerých informací. Nejedná se o případy, kdy by lékař rozhodoval o léčbě pacienta sám, kde by

---

<sup>117</sup> Úmluva o biomedicině, publikována ve Sbírce mezinárodních smluv pod číslem 96/2001, čl. 10 odst. 2

<sup>118</sup> ŠUSTEK, Petr; HOLČAPEK, Tomáš, 2007, op. cit. s. 59

nepotřeboval jeho souhlas k plánované léčbě. Lékař tohoto privilegia může využít pouze u té konkrétní informace, která přímo povede k poškození pacientova zdraví, ostatní informace je povinen sdělit tak, jak bylo popsáno v předchozích kapitolách. A stejně jako za situací, kdy je pacient plně informován o svém zdravotním stavu, i zde je k provedení další plánované léčby potřebné obstarat si souhlas pacienta. Šustek a Holčapek k rozsahu zamlčených informací uvádějí: „*Důsledkem uplatnění terapeutického privilegia je omezení šíře podaných informací, avšak jen v co nejmenším a zcela nezbytném rozsahu, nikoli úplné popření povinnosti pacienta poučit.*“<sup>119</sup>

Vzhledem k tomu, že využitím terapeutického privilegia lékařem je výrazně zasaženo do práva pacienta na informace, což může mít za následek rozdílné rozhodnutí pacienta, zda udělit či neudělit souhlas se zákrokem, jsou takové situace opět chráněny tak, že v případě soudního sporu leží důkazní břemeno na lékaři. Ten musí dokázat, že využití terapeutického privilegia bylo oprávněné. A za oprávněné se pokládá pouze tehdy, pokud by následkem sdělení informace došlo k přímému poškození zdraví pacienta, přičemž domněnka, že tento následek doopravdy nastane, je důvodná. Nejedná se tedy o situace, kdy lékař ví, že diagnóza je špatná, a obává se, že by se s ní mohl pacient špatně vyrovnávat. Jedná se o situace, kdy z předešlého kontaktu s pacientem jasně vyplývá riziko přímého poškození zdraví. Nejčastěji se tak v praxi s využitím tohoto privilegia setkáme u léčby psychicky nemocných, neboť jejich lékař v takovou chvíli může vzhledem k předchozím zkušenostem s pacientem očekávat, jaké budou pacientovy reakce, a vzhledem k jejich onemocnění je možné očekávat i jednání spojené s ublížením na zdraví.

Další ze situací, kdy ale terapeutické privilegium využít nelze, je situace, kdy lékař ví nebo důvodně předpokládá, že sdělené informace vyvolají v pacientovi rozhodnutí souhlas k léčbě neudělit, a naopak bez těchto informací by léčbu s nejvyšší pravděpodobností povolil. V takovém případě totiž není následkem přímé ublížení na zdraví a privilegium proto využít nelze. Je sice pravdou, že v důsledku negativního rozhodnutí o udělení souhlasu nejspíš dojde ke zhoršení zdravotního stavu pacienta, které nakonec může mít i fatální následky, nejedná se ale o přímé poškození zdraví. Takové rozhodnutí je už opět čistě právem pacienta, nikoli lékaře.

---

<sup>119</sup> ŠUSTEK, Petr; HOLČAPEK, Tomáš, 2007, op. cit. s. 115

### 5.5.2. *Stav nouze vyžadující neodkladná řešení*

Další z případů, který se vymyká obecné úpravě o informovaném souhlasu, je tzv. stav nouze či krajní nouze. Pokud tento stav nastane, lékař nemusí vyčkávat na souhlas pacienta k jeho léčbě a na základě své obecné povinnosti léčit potřebnou pomoc bez dalšího pacientovi poskytne. Takové oprávnění nalezneme přímo v Úmluvě o biomedicině, dle které „*Pokud v situacích nouze nelze získat příslušný souhlas, jakýkoliv nutný lékařský zákrok lze provést okamžitě, pokud je nezbytný pro prospěch zdraví dotyčné osoby.*“<sup>120</sup>

Z této definice také vyplývají tři podmínky, které musí být kumulativně splněny, aby se o situaci krajní nouze jednalo. Tou první je neodkladnost zákroku. Jelikož se zákrokem zasáhne do práva pacienta na svobodu rozhodnout o své léčbě, nelze ho provést, pokud by bylo bez větších předpokládatelných problémů možné počkat na chvíli, kdy bude možné souhlas obstarat a pak se řídit přáním pacienta. Jinými slovy, bez okamžitého jednání by byl bezprostředně ohrožen život pacienta nebo by vznikly trvalé následky, které je v tu chvíli ještě možno odvrátit.

Druhou podmínkou, která z ustanovení Úmluvy vyplývá, je nemožnost získat informovaný souhlas pacienta, ať už z důvodu nezpůsobilosti ho dát, či ze závažnosti jeho zdravotního stavu. V případě nezpůsobilosti je ovšem nutno dbát na to, zda neexistuje jiný člověk, který je v takových případech oprávněn souhlas za pacienta dát, nejčastěji zákonný zástupce u dětí. Pokud taková osoba existuje, jedná se o stav nouze pouze v případě, že s ní nelze včas navázat kontakt a souhlas si vyžádat.

Poslední podmínka zakládá povinnost, že zákrok musí směřovat k přímému prospěchu pacienta. Nikoli tedy osob třetích či ve prospěch vědy a výzkumu. Za stavu nouze tedy nikdy není možno provést například transplantaci<sup>121</sup>.

### 5.5.3. *Léčba dětí*

V neposlední řadě je odlišně od obecných pravidel o informovaném souhlasu upravena i problematika léčby dětí. O případech, kdy informovaný souhlas dávají za dítě rodiče a kdy lékař jedná ve stavu nouze, jsem se již zmiňovala. Stejně tak jsem již zmínila, že je nutné, aby lékaři vzali v potaz i vyspělost pacienta, tedy přestože je ještě dítětem, pokud je natolik vyspělý, že dokáže pochopit a vyhodnotit určitou situaci stejně, jako kdyby byl dospělý, měl by se lékař řídit jeho názorem a mít k dalšímu postupu pacientův souhlas. Vyspělost pacienta

<sup>120</sup> Úmluva o biomedicině, publikována ve Sbírce mezinárodních smluv pod číslem 96/2001, čl. 8

<sup>121</sup> ŠUSTEK, Petr; HOLČAPEK, Tomáš, *Informovaný souhlas*, 1. vydání, Praha: ASPI, a.s., 2007

se ovšem vždy vyhodnocuje samostatně pro každý případ. Je tedy možné, že zatímco u banálního zákroku se k názoru nezletilého přihlédne, v jiném případě bude u toho samého nezletilého jeho vyspělost lékařem vyhodnocena jako nedostatečná a informovaný souhlas se bude vyžadovat po zákonném zástupci.

Další problém může nastat, pokud má pacient jiný či dokonce opačný názor než jeho zákonný zástupce. Zde lze opět použít pravidlo o vyspělosti pacienta. Pokud ovšem o jeho dostatečné vyspělosti má lékař pochyby, nemusí automaticky postupovat dle pokynů zákonného zástupce. Zákon staví na první místo zdraví a život nezletilého, proto by se v takovýchto sporných případech měl lékař na základě svých znalostí a zkušeností rozhodnout tak, aby jednal v nejlepším zájmu nezletilého pacienta.

Další situací, kdy je úprava odlišná, je poskytnutí neodkladné péče nezletilému pacientovi v případech, kdy rodiče souhlas nevyslovili. Vzhledem k tomu, že zdraví a život dítěte stojí v žebříčku hodnot výše než svobodné rozhodování rodičů o životě jejich dítěte, postupuje v takových případech lékař tak, aby odvrátil nebezpečí dítěti hrozící, a poskytne mu proti vůli rodičů potřebnou pomoc. Šustek a Holčapek takovou situaci popisují: „*V hierarchii právem chráněných zájmů je ochrana zdraví a života dítěte hodnotou jednoznačně prioritní. Ocitne-li se proto lékař v situaci, kdy je bezprostředně ohroženo zdraví nebo život dítěte a rodiče i přes náležité poučení o všech důsledcích neprovedení nutné léčby nesouhlasí s příslušným postupem, nezbyvá, než aby lékař a zdravotnické zařízení, v němž pracuje, učinili potřebná opatření k ochraně uvedeného prvořadého zájmu.*“<sup>122</sup> V případech, kdy je nutno se rozhodnout okamžitě, právo samozřejmě upřednostňuje názor lékaře, a proto také on je tím, kdo rozhoduje, zda se zákrok vykoná či nikoli. Jelikož je tím ale zasahováno do práv rodičů, omezeně i samotného nezletilého, na svobodu rozhodování, pokud není nutné provést zákrok okamžitě, měl by, i pro svou vlastní ochranu, lékař postupovat tak, že situaci ohlásí orgánu sociálně právní ochrany dětí. Ten se může pokusit s rodiči dohodnout a přesvědčit je, aby názor změnil, nebo, což je daleko častější, se obrátí na soud s návrhem na vydání předběžného opatření, přičemž v takových případech je soud tím, kdo rozhodne, zda je léčba nutná a v zájmu dítěte bude vykonána, či zda bude nezletilý nadále léčen na základě souhlasu rodičů.

Posledním z případů, kterým se budu věnovat, jsou zákonem stanovené situace, kdy se k názoru rodičů nepřihlíží a o léčbě rozhoduje lékař. Mezi takové situace patří například podezření z týrání dětí, zanedbání povinné výživy a podobné situace, kdy se dá říct, že vzhledem k předchozímu chování rodičů existuje důvodná obava, že správná léčba dítěte

---

<sup>122</sup> ŠUSTEK, Petr; HOLČAPEK, Tomáš, 2007, op. cit. s. 162



není v zájmu rodičů. Obecně řečeno, jedná se o situace, kdy rodiče zneužívají či zanedbávají rodičovskou zodpovědnost nebo řádně nevykonávají povinnosti z ní plynoucí. Lze se totiž obávat toho, že by rodiče s léčbou nemuseli souhlasit už jen z toho důvodu, že tím bude odhalena jejich nedostatečná péči, či dokonce záměrné protiprávní jednání.

## 6. Dříve vyslovená přání

S problematikou informovaného souhlasu, resp. nesouhlasu, souvisí i další z práv pacientů – dříve vyslovená přání. To jsou přání týkající se určité léčby či zákroku, která pacient vysloví předem ve chvíli, kdy je ještě způsobilý a schopen souhlas dát, aby později, kdy by se měla předemtná léčba či zákrok konat, lékař znal jeho stanovisko a mohl se dle něj zařídit, přestože v tu chvíli již pacient schopen dát souhlas nebude. Peterková (dnes Krejčíková) dříve vyslovená přání definuje jako „více či méně závazné pokyny pacienta ohledně budoucí léčby, které pacient učinil v okamžiku své způsobilosti k takovému právnímu úkonu, pro případ své budoucí nezpůsobilosti vyjádřit se k léčbě.“<sup>123</sup> I tento institut je zakotven v první řadě v Úmluvě o medicíně, a to tak, že „bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání.“<sup>124</sup> Nutno ovšem upozornit na formulaci „bude brán zřetel“, která vyjadřuje právo lékaře se za určitých okolností odchýlit od dříve vysloveného přání. Jak plyne z vysvětlovací zprávy k Úmluvě o biomedicíně, zejména v případech delšího časového úseku, který uplynul mezi formulováním dříve vysloveného přání a okamžikem zákroku, pokud mezi tím došlo například k výraznému posunu ve vědě, je možné předpokládat, že vzhledem k těmto okolnostem by se již pacient rozhodl jinak, a proto lékař nemusí jeho přání splnit a může léčbu provést dle svého uvážení. Vysvětlující zpráva tuto situaci popisuje: „Lékař by si tedy měl být pokud možno jist, že se přání pacienta týkají současné situace a jsou stále platná, zejména s ohledem na současný stav vědy a technický pokrok v medicíně.“<sup>125</sup> Ačkoli by se tedy na první pohled mohlo zdát, že tato formulace částečně umožňuje lékaři omezit pacientovo právo na tělesnou integritu tím, že nemusí dříve vyslovenému přání vyhovět, z vysvětlující zprávy je patrné, že tato možnost byla do právní úpravy zakotvena naopak právě proto, aby byly posouzeny všechny okolnosti, které povedou k zjištění co nejreálnější představy o pacientově vůli v okamžiku léčby.

Dříve vyslovená přání jako pojem s určitou právní silou, který je nutno brát na zřetel, vznikla ve Spojených státech amerických. Vzhledem k rozdílné minulosti i právnímu řádu a jeho principech v USA a v Evropě je logické, že úpravy dříve vyslovených přání nejsou totožné, někdy až opačné, některé evropské státy pak tento institut dodnes neupravují vůbec.

---

<sup>123</sup> CÍSAŘOVÁ, Dagmar; KOPS, Richard; MARX, David; PETERKOVÁ, Helena; POLICAR, Radek; SALAČ, Josef; ŠUSTEK, Petr; VÁCHA, Marek, *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi* - monografie, Praha: Univerzita Karlova, Právnická fakulta, 2010, s. 39

<sup>124</sup> Úmluva o biomedicíně, publikována ve Sbírce mezinárodních smluv pod číslem 96/2001, čl. 9

<sup>125</sup> Vysvětlující zpráva k Úmluvě o biomedicíně ze dne 17.11.1996. Dostupná z:

<http://www.rozaliio.cz/index.php/pravo/pravni-normy/46-vysvtlujici-zprava-k-umluv-o-lidskych-pravech-a-biomedicin>

I přesto je pro nás americká úprava důležitá, jelikož z ní se všechny evropské úpravy vyvinuly, ať už je dnes jakkoli odlišná. Proto jsem se rozhodla zařadit i krátký exkurz do americké úpravy a porovnání s tou evropskou.

V USA vznikla myšlenka dříve vyslovených přání již v 50. letech 20. století, když pacienti začali s pomocí právníků hledat způsob, jak legálně zařídit, aby v případě budoucího udržování jejich života pouze za pomoci přístrojů bylo možné tyto přístroje odpojit a pacienta nechat následkem toho zemřít. Soudy i nemocnice se tímto tématem začaly zajímat, až opravdu byla určena pravidla, která dříve vyslovená přání umožňovala. Dnes již je tento institut nedílnou součástí amerického zdravotnictví. Samozřejmě, za dříve vyslovené přání v právním slova smyslu nelze považovat jakýkoli názor na budoucí léčbu, který pacient někde vyslovil. Dříve vyslovené přání musí mít v první řadě náležitou formu. Je možno jej sepsat, tedy vyslovit přání písemnou formou, přičemž tato listina je poté dodána nemocnici, nebo je možné ustanovit si zástupce, který může v případě, že pacient nebude schopen dát pokyn k další léčbě sám, rozhodnout za pacienta. Další z podmínek, které platné dříve vyslovené přání musí splňovat, je podmínka informovanosti. Stejně jako souhlas k úkonu konaný bezprostředně před ním musí být informovaný, musí si pacient uvědomovat všechny náležitosti svého rozhodnutí i u přání vysloveného do budoucna.

Stejně jako v Evropě dříve vysloveným přáním nemusí být ve stech procentech případů vyhověno. I v USA je lékařům ponechán jakýsi prostor pro vlastní názor, tam je ovšem tato výjimka omezena pouze na případy, kdy by se jednání v souladu s pacientovým přáním přičilo lékařově svědomí. Tzv. *námitka z důvodu svědomí*<sup>126</sup> lékařům umožňuje konat v rozporu s pacientovým přáním, pokud k tomu existují vážné důvody. Tyto důvody jsou pak vždy zpětně přezkoumávány a v případě rozhodnutí, že důvody k uplatnění námitky nebyly, bude lékař odpovědný za zásah do práv pacienta a jednání bez jeho souhlasu.

Jak jsem již zmínila, Evropa tento institut převzala a poté upravila pro svoje potřeby. Hlavní právní normou, která dříve vyslovená přání v Evropě upravuje, je opět Úmluva o biomedicíně. Ovšem i některé státy, které Úmluvu neratifikovaly, dříve vyslovená přání ve svých vnitrostátních právních rádech upravují. Například v Německu mají dříve vyslovená přání zásadní postavení a kromě situací aktivní eutanazie mají lékaři povinnost tato přání výhradně plnit. I v Německu, stejně jako v USA funguje princip ustanovení si opatrovníka, který může za pacienta ve chvíli, kdy už toho sám není schopen, rozhodnout. Od novely

---

<sup>126</sup> CÍSAŘOVÁ, Dagmar; KOPS, Richard; MARX, David; PETERKOVÁ, Helena; POLICAR, Radek; SALAČ, Josef; ŠUSTEK, Petr; VÁCHA, Marek, *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi* – monografie, Praha: Univerzita Karlova, Právnická fakulta, 2010

občanského zákoníku v roce 2009 může být pacientovi dokonce opatrovník ustanoven, což se týká případů, kdy si pacient opatrovníka nevybral včas sám. Opatrovnický soud také má svou roli v situacích, kdy soudem jmenovaný opatrovník rozhodne provést léčbu, která má za následek možné ohrožení pacientova života nebo závažné ohrožení jeho zdraví, nejedná-li se o úkon neodkladný, nebo pokud ke stejným následkům vede rozhodnutí neléčit. V takových případech rozhoduje o provedení úkonu právě soud. Je-li ovšem známo dříve vyslovené přání pacienta, například lékaři či rodinným příslušníkům, rozhodne soud vždy v souladu s ním. Takto zásadní roli v německém zdravotnictví a poměrně rozsáhlou právní úpravu na téma dříve vyslovených přání nalezneme v Německu i přesto, že Úmluvu o biomedicíně neratifikovalo.

Co se týká České republiky, zde se již úprava daná Úmluvou, popsaná výše, užije. Není to ovšem jediný dokument dříve vyslovená přání upravující, který je pro Českou republiku závazný. Tato problematika je upravována i na vnitrostátní úrovni, konkrétně zákonem o zdravotních službách, který stanovuje, že *„Pacient může pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit.“*<sup>127</sup> I v České republice je na dříve vyslovené přání dle stejného zákona brán zřetel pouze v případech, kdy jeho vyslovení předcházelo patřičné poučení lékařem o všech následcích, jiných variantách léčby apod., tedy pacient bude dle ustanovení o informovaném souhlasu informován. Dále je v ČR stanovena povinná písemná forma opatřená úředně ověřeným podpisem, která může být nahrazena zápisem do zdravotnické dokumentace, který podepíše tři osoby, pacient, lékař a svědek, a to v případě, kdy přání bylo vysloveno až ve zdravotnickém zařízení. Další výjimkou, se kterou přichází česká úprava, je větší počet situací, za kterých nemusí být přání pacienta respektováno. Dle zákona o zdravotních službách se jedná o situace, kdy: *„od doby jeho vyslovení došlo v poskytování zdravotních služeb, k nimž se toto přání vztahuje, k takovému vývoji, že lze důvodně předpokládat, že by pacient vyslovil souhlas s jejich poskytnutím,“*<sup>128</sup> dále pokud dříve vyslovené přání *„nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti,“*<sup>129</sup> pokud *„by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby“*<sup>130</sup> a také v případech, kdy byly *„v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušeni by vedlo k aktivnímu způsobení smrti.“*<sup>131</sup>

---

<sup>127</sup> zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 36 odst. 1

<sup>128</sup> zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 36 odst. 5 písm. a

<sup>129</sup> zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 36 odst. 5 písm. b

<sup>130</sup> zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 36 odst. 5 písm. c

<sup>131</sup> zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 36 odst. 5 písm. d

Institut dříve vysloveného přání také nelze využít, pokud jsou pacienti osoby nezletilé nebo osoby omezené na svéprávnosti<sup>132</sup>.

Nejčastěji se s dříve vyslovenými přáními můžeme setkat zejména u pacientů s nemocemi, které postupem času omezí jejich způsobilost vyslovit informovaný souhlas, například stařecká demence, nebo u pacientů, kteří si nepřejí být resuscitováni. O takovém přání pak mluvíme jako o pokynu *Do Not Resuscitate*, kterému se podrobněji budu věnovat později.

Další skupinou pacientů, u kterých se můžeme s dříve vysloveným přáním setkat, jsou svědkové Jehovovi, kteří z náboženských důvodů odmítají krevní transfuze. Zde ovšem není jednoznačná odpověď na otázku, jak by se ve chvíli, kdy je potřeba pacientovi podat krevní transfuzi, protože jinak pacient určitě zemře, měl lékař zachovat. Do konfliktu se totiž dostává právo na tělesnou integritu a s tím spojená povinnost lékaře konat pouze na základě souhlasu, který ovšem není dán, s ochranou života a zdraví pacienta, které jsou v popisované situaci v přímém ohrožení, a s tím spojená povinnost lékaře léčit. Ve Spojených státech amerických by se nejspíše rozhodlo tak, že je nutno respektovat přání pacienta. V Evropě ovšem právní řády stále na první místo řadí ochranu života a zdraví, takže by lékař spíše přání pacienta vyhovět neměl. V praxi i v diskuzích odborné veřejnosti ovšem stále vznikají na toto téma spory, jednoznačná odpověď tedy chybí, a pokud se nejedná o neodkladnou záležitost, při které přichází v úvahu i ustanovení o jednání v krajní nouzi, je proto pro lékaře nejbezpečnější doporučit pacientovi jiné zařízení s argumentací, že dle jeho názoru bude transfuze při zákroku potřeba, a proto ho vzhledem k přání pacienta nemůže provést.

### **6.1. Pokyny „Do Not Resuscitate“**

V předchozím textu jsem již narazila na pojem *Do Not Resuscitate*. Jedná se o speciální případ dříve vysloveného přání, kdy si pacient přeje nebýt v případě potřeby resuscitován. Následkem vyhovění tomuto přání je pak prakticky ve všech případech smrt pacienta, která je s jednáním lékaře ve velmi blízké časové souvislosti. Tím se od běžných dříve vyslovených přání asi nejvíce pokyn *Do Not Resuscitate* liší. I proto jsou názory na tyto pokyny daleko více různorodé a hledání nějakého konečného stanoviska problematické, než je tomu u ostatních dříve vyslovených přání. Další významnou vlastností resuscitace je její neodkladnost a lékaři v situacích, kdy je potřeba pacienta resuscitovat, jeho stanovisko prostě neznají, proto

---

<sup>132</sup> zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 36 odst. 6

rozhodnou sami – tedy resuscitují. Obecně ovšem platí, že se na pokyny Do Not Resuscitate užijí ustanovení daných právních norem o předem vyslovených přáních.

Původ těchto pokynů můžeme opět spatřovat ve Spojených státech, proto příkládám i příklad zrovna z této země.

V roce 1996 se soudy v Ohio zabývaly případem, kdy zdravotní sestra resuscitovala pacienta – pana Andersona, přestože jí bylo známo, že pacient dal pokyn neresuscitovat. O několik dní později pacient prodělal mozkovou mrtvici, následkem níž částečně ochrnul. Pan Anderson poté nemocnici žaloval, a to za ublížení na zdraví a za zanedbání péče. Vzhledem k tomu, že resuscitace byla provedena správně, nespojovaly se s ní ani žádná celkem běžná zranění jako například zlomeniny žeber a mozková mrtvice nebyla prohlášena za následek této resuscitace, soud v Ohio zamítl obě žaloby, neboť ublíženo na zdraví nijak pacientovi nebylo, právě naopak, bylo mu zachráněno, a úkon byl proveden lékařsky správně, tudíž ani zanedbání péče nepřicházelo v úvahu. Pacient dále nemocnici žaloval za záchranu svého života, která byla provedena proti jeho vůli. Vzhledem k tomu, že zachráněný život byl absolutně plnohodnotný, jelikož mrtvice nebyla následkem předmětné resuscitace, nebyla přiznána ani tato žaloba. Soud tedy uznal pochybení zdravotní sestry v neuposlechnutí pokynů pacienta, jelikož ale toto neuposlechnutí nemělo žádné negativní následky na zdraví pacienta, kdy resuscitací naopak sestra zachránila plnohodnotný lidský život, žádná sankce jí nebyla udělena<sup>133</sup>.

Na tomto příkladu jsem chtěla demonstrovat, že přestože mají lékaři stejnou povinnost jednat dle přání pacienta jako u jiných dříve vyslovených přání, vzhledem k jejich přesvědčení, morálním vlastnostem i posláním jejich zaměstnání tak poměrně často nečiní. Zatímco se sankcionováním neuposlechnutí dříve vysloveného přání mimo stanovené povolené výjimky nemají americké soudy větší problémy, sankcionování lékaře za neuposlechnutí pokynu Do Not Resuscitate se soudy snaží vyhnout. To vyplývá zejména z toho, že lékař v každém konkrétním případě posuzuje, zda je ještě resuscitace vhodná, pacientovi provedenou resuscitací nijak neublíží na zdraví, většinou právě naopak, pouze omezí jeho právo rozhodovat, což za určitých situací lékař stejně může. Proto, přestože soud většinou vysloví, že lékař pochybil a neoprávněně omezil pacientovo právo, žádnou sankci už s tímto vyslovením nespojuje. I to můžeme pokládat za výsledek již zmiňované roztržitého názoru na toto téma v rámci odborné veřejnosti i soudů, která nejspíše ještě nějakou dobu potrvá.

V České republice je situace podobná. Přímá úprava chybí a vychází se tedy z úpravy dříve vyslovených přání. Problémem ovšem zůstává, že pokud nebyl pokyn vysloven až

---

<sup>133</sup> Anderson v. St. Francis – St. George Hospital, 671 NE. 2d 225 (Ohio 1996)

v nemocnici, ale již dříve, lékař většinou netuší, že resuscitovat nemá. Asi jen málokdo s sebou za všech okolností nosí listinu s formulovaným dříve vysloveným přáním, resp. pokynem neresuscitovat. Někteří lidé, opět ale hlavně v Americe, tento problém vyřešili tím, že si pokyn nechali vytetovat na hrudník, aby v případě potřeby resuscitovat lékař informaci, že si pacient nepřeje být resuscitován, obdržel. Ani v takovém případě ale není pro lékaře situace jednoznačná, neboť vyvstává otázka, zda je tento pokyn myšlen vážně, či je tetování jen umělecké dílo a nápis vyobrazuje pouze nějaký životní postoj pacienta, pózu pro ostatní, neznamená to ovšem, že si pacient doopravdy nepřeje být resuscitován. Pokud tedy lékař nemá žádné jiné důkazy o existenci pokynu Do Not Resuscitate než ono tetování, pro svou vlastní bezpečnost by pokynu vyhovět nejspíše neměl. Právě bezpečnost lékaře je velkým tématem. Zatímco za neposkytnutí pomoci – tedy vyhovění pokynu neresuscitovat, může být lékař odsouzen za trestný čin, za neuposlechnutí přání pacienta mu v dnešní době hrozí maximálně kárné opatření. Vzhledem k tomu, že dokazování ve zdravotnických sporech ohledně vůle pacienta s přihlédnutím na situaci, na to, jestli by se v takové chvíli nakonec nerozhodl jinak, jestli se něco nezměnilo,... je pro lékaře velmi nejisté, navíc důkazní břemeno nese vždy on, je daleko bezpečnější riskovat pokárání než odsouzení za trestný čin neposkytnutí pomoci. I v České republice tento pokyn proto často nebývá respektován.

## 7. Odpovědnost lékaře

Již v předchozích kapitolách bylo řečeno, že lékař je až na výjimky plynoucí z přání či negativního reversu pacienta odpovědný ze své činnosti. V rámci výkonu lékařského povolání může nastat několik druhů odpovědnosti lékaře. Přestože nikde nejsou přímo vyjmenované, většina autorů se shoduje na šesti základních druzích odpovědnosti lékaře. Těmi jsou: odpovědnost trestní, správní, pracovněprávní, disciplinární, smluvní a pro nás nejdůležitější – občanskoprávní.

Aby vůbec mohla odpovědnost lékaře vzniknout, musí být splněny čtyři základní podmínky, a to **porušení právní povinnosti, vznik škody, příčinná souvislost mezi nimi a úmyslné nebo nedbalostní zavinění**<sup>134</sup>. Porušením právní povinnosti se nejčastěji ve zdravotnickém právu rozumí postup non lege artis, dále například porušení povinné mlčenlivosti,... Za škodlivý následek považujeme škodu na zdraví či životě pacienta, či ohrožení těchto hodnot v situacích protiprávního neposkytnutí pomoci. Příčinná souvislost znamená, že následek je důsledkem porušení povinnosti lékaře, a jako taková musí být prokázána, nikoli pouze tvrzena. Poslední z podmínek je zavinění, a to úmyslné či nedbalostní. To je nezbytné hlavně pro uplatňování odpovědnosti trestněprávní či občanskoprávní. V trestním právu je obzvlášť důležité pro stanovení některých trestných činů, neboť některých se lze dopustit pouze se zaviněním úmyslným, typicky neposkytnutí pomoci<sup>135</sup>, zatímco jiné je možno spáchat i z nedbalosti, například ublížení na zdraví<sup>136</sup>. Pokud jsou všechny tyto podmínky naplněny, vzniká lékaři či poskytovateli zdravotních služeb odpovědnost, která zakládá povinnost nahradit pacientovi škodu či nemajetkovou újmu.

### 7.1. Druhy odpovědnosti lékaře obecně

Jak jsem již uvedla v úvodu této části práce, základními druhy odpovědnosti lékaře jsou trestní, správní, pracovněprávní, disciplinární, smluvní a občanskoprávní.

Trestní odpovědnost je obecně odpovědnost za spáchání trestného činu, který je účinným trestním zákoníkem definován jako „protiprávní čin, který trestní zákon označuje za trestný a který vykazuje znaky uvedené v takovém zákoně.“<sup>137</sup> Trestní odpovědnost je

---

<sup>134</sup> MACH, Jan, *Lékař a právo*, 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2010

<sup>135</sup> zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, § 150

<sup>136</sup> zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, § 146, § 147

<sup>137</sup> zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, § 13 odst. 1



samozřejmě tou nejzávažnější, což plyne např. i z možných sankcí – pouze v rámci trestního práva může být lékař za jeho jednání uložen podmíněný či nepodmíněný trest odnětí svobody. Další trest, který je možno v rámci trestního řízení lékařem uložit je například částečný či úplný zákaz vykonávat lékařské povolání. V úvahu pak samozřejmě připadají i další, mírnější tresty.

Odpovědnost správní je specifická tím, že se jedná o odpovědnost vůči orgánům státní správy. Správní odpovědnost je především záležitostí soukromých lékařů či provozovatelů zdravotních služeb. Příslušný krajský úřad může lékaře na základě správní odpovědnosti sankcionovat ze zákonných důvodů zrušením registrace, které má za následek odejmutí oprávnění k poskytování zdravotních služeb, další možnou sankcí jsou pak například pokuty. Ve speciálních případech se příslušným správním úřadem místo krajského úřadu stávají jiné správní orgány – například Státní úřad pro kontrolu léčiv či krajské hygienické stanice jako orgán ochrany veřejného zdraví.

Pracovněprávní odpovědnosti se užíje v případě, kdy lékař jako zaměstnanec porušením své povinnosti způsobil škodu zaměstnavateli. Reálně tedy lékař porušil svou povinnost a nějakým způsobem poškodil pacienta. Způsobenou škodu ovšem musel pacientovi uhradit zaměstnavatel – například nemocnice, která je za jednání svých zaměstnanců odpovědná. Na základě pracovněprávní odpovědnosti však následně může tato nemocnice či jiný zaměstnavatel náhradu škody požadovat na lékaři, a to dle zákoníku práce, který stanovuje: *„Výše požadované náhrady škody způsobené z nedbalosti nesmí přesáhnout u jednotlivého zaměstnance částku rovnající se čtyřapůlnásobku jeho průměrného měsíčního výdělku před porušením povinnosti, kterým způsobil škodu. Toto omezení neplatí, byla-li škoda způsobena úmyslně, v opilosti, nebo po zneužití jiných návykových látek.“*<sup>138</sup>

Další odpovědností ve zdravotnictví je odpovědnost disciplinární. Tu Mach definuje jako: *„odpovědnost člena České lékařské komory, České stomatologické komory nebo České lékárnické komory za odbornost a etiku výkonu lékařského nebo farmaceutického povolání a dodržování právních a stavovských předpisů.“*<sup>139</sup> Na základě disciplinární odpovědnosti pak lékař může být uložena sankce od neméně přísné důtky, přes pokutu do 30 000 Kč až po podmíněné či nepodmíněné vyloučení z komory až na pět let. Vzhledem k tomu, že následkem poslední sankce je zákaz výkonu povolání, a to až na pět let, což je považováno za velmi přísný disciplinární trest, je tato sankce užívána jen velmi výjimečně.

Dále může být odpovědnost smluvní. Ta jednoduše řečeno vzniká ze smlouvy. Takovou smlouvou může být například smlouva mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou,

---

<sup>138</sup> zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, § 257 odst. 2

<sup>139</sup> MACH, Jan, 2010, op. cit. s. 42-43

ze které je zdravotnické zařízení povinno dodržovat určité závazky ve smlouvě stanovené. Sankcí v tomto případě nejčastěji bývají vzájemné náhrady škod či jiné smlouvou dohodnuté sankce. V krajních případech je možno od smlouvy i odstoupit.

V neposlední řadě se budu věnovat odpovědnosti v medicínskoprávních sporech nejčastější – odpovědnosti občanskoprávní. Tuto odpovědnost má zdravotnické zařízení, které se případně domáhá náhrady škody přímo na lékaři, který pochybil, na základě pracovněprávní odpovědnosti, jak bylo vysvětleno výše, a tuto odpovědnost zdravotnické zařízení má vůči „*osobám, kterým by mohla být způsobena újma na zdraví nebo smrt či jiná škoda při poskytování zdravotních služeb nebo v souvislosti s nimi.*“<sup>140</sup>

## 7.2. Občanskoprávní odpovědnost

Jelikož tato práce pojednává o vztahu pacienta a lékaře především z občanskoprávního hlediska, občanskoprávní odpovědností se budu zabývat podrobněji než ostatním druhům.

Občanskoprávní odpovědnost můžeme dále dělit na několik druhů. První z nich je **odpovědnost z porušení dobrých mravů**, kterou občanský zákoník upravuje takto: „*Škůdce, který poškozenému způsobí škodu úmyslným porušením dobrých mravů, je povinen ji nahradit; vykonával-li však své právo, je škůdce povinen škodu nahradit, jen sledoval-li jako hlavní účel poškození jiného.*“<sup>141</sup>

Další občanskoprávní odpovědností je **odpovědnost z porušení zákona**. Ta je upravena takto: „*Škůdce, který vlastním zaviněním poruší povinnost stanovenou zákonem a zasáhne tak do absolutního práva poškozeného, nahradí poškozenému, co tím způsobil. Povinnost k náhradě vznikne i škůdci, který zasáhne do jiného práva poškozeného zaviněným porušením zákonné povinnosti stanovené na ochranu takového práva.*“<sup>142</sup>

Dále může odpovědnost vzniknout **porušením smluvní povinnosti**, přičemž „*Poruší-li strana povinnost ze smlouvy, nahradí škodu z toho vzniklou druhé straně nebo i osobě, jejímuž zájmu mělo splnění ujednané povinnosti zjevně sloužit.*“<sup>143</sup>

Dále může být škoda **způsobená vadou věci**, kdy škodu způsobenou věcí občanský zákoník definuje takto: „*Kdo je povinen někomu něco plnit a použije při tom vadnou věc, nahradí škodu způsobenou vadou věci. To platí i v případech poskytnutí zdravotnických,*

---

<sup>140</sup> MACH, Jan; BURIÁNEK, Aleš; ZÁLESKÁ, Dagmar; MLYNÁŘOVÁ, Dita; KVAPILOVÁ, Ivana; MÁCA, Miloš; VALÁŠEK, Daniel, 2013, op. cit. s. 39

<sup>141</sup> zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, § 2909

<sup>142</sup> zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, § 2910

<sup>143</sup> zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, § 2913, odst. 1

sociálních, veterinárních a jiných biologických služeb. “<sup>144</sup> Přičemž „způsobí-li škodu věc sama od sebe, nahradí škodu ten, kdo nad věcí měl mít dohled.“<sup>145</sup> Dále pak občanský zákoník definuje **škodu způsobenou informací nebo radou**<sup>146</sup>.

### **7.3. Odpovědnost lékaře za porušení povinností**

V první řadě je v souvislosti s odpovědností lékařů nutné opět připomenout, že jsou odpovědní za správné provedení své práce, nikoli však za její následky. Pokud ovšem své povolání správně nevykonává a dopustí se tím protiprávního jednání, je za něho samozřejmě odpovědný. Protiprávní jednání lékaře můžeme spatřovat jak v porušení povinnosti mu dané zákonem, tak porušení povinnosti vyplývající ze smlouvy.

Ve zdravotnictví nejčastějšími povinnostmi, které jsou lékaři porušovány, jsou povinnost jednat pouze na základě informovaného souhlasu pacienta a povinnost lege artis postupu. Z povinnosti jednat na základě informovaného souhlasu existují výjimky, které jsem jmenovala dříve v této práci, například jednání v krajní nouzi. Ty se z právního hlediska považují za okolnosti vylučující protiprávnost, tedy lékař v takových případech z porušení této povinnosti odpovědný není.

#### **7.3.1. Odpovědnost za zákrok provedený bez informovaného souhlasu**

V případě dovolávání se odpovědnosti lékaře za zákrok provedený bez informovaného souhlasu opět musí nastat protiprávní jednání. Tím v takovýchto případech myslíme „*zásah do těla či mysli nemocného provedený bez řádného souhlasu, který buď vůbec nebyl dán, nebo byl vadný například pro nezpůsobilost pacienta, takže jako neplatný nemůže být brán v potaz, nebo nebyl náležitě poučený.*“<sup>147</sup> Odpovědnost, která z takového jednání pro lékaře plyne, může být dle okolností trestněprávní, pokud byla naplněna skutková podstata nějakého trestného činu, kdy vedle trestných činů proti životu a zdraví<sup>148</sup> musím zmínit i například trestný čin omezování osobní svobody<sup>149</sup>. Dále připadá v úvahu odpovědnost pracovněprávní a disciplinární, pro nás nejdůležitější je ale odpovědnost občanskoprávní.

<sup>144</sup> zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, § 2936

<sup>145</sup> zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, § 2937 odst. 1

<sup>146</sup> zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, § 2950

<sup>147</sup> ŠUSTEK, Petr; HOLČAPEK, Tomáš, 2007, op. cit. s. 166

<sup>148</sup> zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, část 2. hlava 1.

<sup>149</sup> zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, § 171

Ze zákona plyne, že ta leží na poskytovateli zdravotních služeb, nikoli na konkrétním lékaři či jiném zdravotníkovi. Ten bývá ze svého pochybení sankcionován na základě pracovněprávní odpovědnosti, a to právě občanskoprávně odpovědným poskytovatelem zdravotních služeb.

Odpovědnost za zákrok provedený bez informovaného souhlasu můžeme rozdělit do několika skupin. Jak již bylo řečeno, zákrok může být proveden buď bez jakéhokoli souhlasu pacienta, nebo se souhlasem, který je ale neinformovaný. Za takový považujeme i souhlas, který byl dán na základě nějakých informací, ty ale nebyly kompletní. Pacient ovšem v případě soudního dokazování musí prokázat, že jeho rozhodnutí by bylo se znalostí zamlčené informace jiné. Pokud by se totiž rozhodnutí i se znalostí takové informace nezměnilo, byla by informace považována za nepodstatnou a souhlas tedy plně informovaný, což potvrdil i britský House of Lords<sup>150</sup>. Dále tuto odpovědnost ovšem dělíme na základě postupu lékaře a následku, který zákrok vyvolal. Zaprvé lékař mohl jednat de lege artis postupem a zákrok měl pozitivní následek na pacientovo zdraví. Druhou možností je lékařovo jednání de lege artis, avšak s alespoň částečně negativním následkem, poslední pak jednání, které v souladu s lege artis postupem není. V takovém případě se ovšem nemusíme zabývat odpovědností za zákrok provedený bez informovaného souhlasu, neboť téměř vždy bude upřednostněna odpovědnost za jednání v rozporu s lege artis postupem. Jak již také bylo řečeno, pro vznik odpovědnosti je v první řadě vyžadován negativní následek jednání. Proto můžeme z dalšího rozboru vyloučit i kategorii první, kdy k žádnému takovému následku nedošlo.

Zbývají tedy situace, kdy lékař postupoval de lege artis, ovšem výsledek zákroku nebyl takový, jaký se očekával, a pacientovi vznikla škoda na zdraví. V takovém případě bude nutné dokázat další z náležitostí odpovědnosti – příčinnou souvislost. Pokud dokázána bude, lékař, resp. poskytovatel zdravotních služeb, na základě absence informovaného souhlasu bude odpovědný za škodu na zdraví pacienta i přesto, že postupoval medicínsky naprosto správně.

Stejně jako u odpovědnosti trestněprávní, je třeba si i v tomto případě uvědomit, že zdraví není jedinou hodnotou, která byla jednáním lékaře bez informovaného souhlasu porušena. Další velmi důležitou hodnotou je ochrana osobnosti, na které celý princip informovaného souhlasu stojí. Porušením práva na ochranu osobnosti sice nevzniká škoda na zdraví, vzniká ale újma nemajetková, tzv. imateriální. Ta může být vymáhána souběžně s újmou materiální<sup>151</sup>. Pacient se v takových případech může domáhat v první řadě zdržení se dalšího protiprávního jednání a odstranění jeho následků, je-li to možné, dále omluvy,

---

<sup>150</sup> k tomu srov. Chester vs. Afshar, 2004, UKHL 41

<sup>151</sup> k tomu srov. zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, § 2956

zveřejnění protiprávního jednání na veřejnosti, nebo například i samotného vyslovení soudem, že k protiprávnímu jednání došlo. Pokud žádná ze sankcí není vzhledem k okolnostem případu a jeho vážnosti dostatečná, může být soudem pacientovi přiznáno i peněžité odškodnění.

### 7.3.2. *Odpovědnost za postup non lege artis*

Druhá povinnost lékaře, která bývá porušována, za což se pacienti často domáhají náhrady újmy, je povinnost jednat v souladu s lege artis postupem. Na rozdíl od odpovědnosti za zákrok provedený bez informovaného souhlasu, u které existují výjimky z lékařovy povinnosti, které nezakládají odpovědnost z protiprávního jednání, u povinnosti jednat de lege artis žádné výjimky nejsou. Postup de lege artis, který byl podrobněji rozebrán v kapitole o právech pacienta, je základním požadavkem na výkon povolání lékaře. Každý lékař i pacient ví, že lékař musí jednoduše řečeno jednat medicínsky správně. V praxi je ovšem často problematické určit, zda postup lékaře byl de lege artis či non lege artis. Pro soudní spory, ve kterých se rozhoduje o náhradě újmy pacientovi, je přitom toto určení zásadní. V případě takových sporů jsou vypracovávány znalecké posudky experty ve zdravotnictví, někdy celými skupinami těchto expertů, není však ojedinělé, že právě tito experti se shodnout na jednoznačném řešení nedokážou. Neexistuje totiž přesný výčet činností, které jsou v souladu s lege artis postupem, stejně tak není nikde řečeno, jak léčit jaké zranění či nemoc. Odpovědi na tyto otázky jsou na uvážení lékaře. Někdy se ovšem stane, že léčba nezabere či se určená diagnóza ukáže jako nesprávná. Ani v takových případech se ale nutně nemusí jednat o non lege artis postup. Posudková komise musí uvážit, zda byla chyba pochopitelná, zda například původní diagnóza má podobné či stejné příznaky, zda lékař postupoval při léčbě správně a pacientovo tělo „jen“ nezareagovalo očekávaným způsobem a mnoho dalších skutečností. Je také potřeba uvědomit si, že znalci nerozhodují. Konečné rozhodnutí je na soudu. Ten, pokud má za to, že znalec situaci posoudil nesprávně nebo je to potřeba z jiného důvodu, si může vyžádat posouzení další, a to i ve formě důkazně nižší – ve formě odborného vyjádření. Může nastat situace, že názory v těchto dvou či více dokumentech si budou navzájem odporovat. Poté je na soudu, ke kterému názoru se přikloní. To potvrdil i Nejvyšší soud ČR, když vyslovil, že *„nelze vyloučit případ, že soud vezme za podklad svého rozhodnutí od závěru znaleckého posudku odlišný závěr vyplývající z odborného vyjádření.“*<sup>152</sup>

---

<sup>152</sup> rozsudek Nejvyššího soudu ČR ze dne 28. 5. 1999, sp. zn. 2 Cdon 1619/96

Pokud však soud nakonec dojde k závěru, že postup de lege artis dodržen nebyl, lékař je ze svého jednání odpovědný a povinný nahradit újmu, kterou soud určí. Opět záleží na škodlivosti následku porušení povinnosti lékaře, lze ovšem říci, že sankce se zpříšňují. Nejvíce patrné je to při náhradě imateriální újmy, které se zejména v posledních letech pacienti stále častěji domáhají. Tato tendence souvisí i s faktem, že s přijetím aktuálního občanského zákoníku jsou částky přiznávány za nemajetkovou újmu mnohonásobně vyšší, než tomu bylo za účinnosti občanského zákoníku starého.

Dle **Metodiky Nejvyššího soudu k náhradě nemajetkové újmy na zdraví**<sup>153</sup> bere soud při výpočtu imateriální újmy v potaz tzv. bolestné, které se vypočítává sečtením různých položek, kterým každé je přiřazena nějaká síla, podrobněji výpočet vysvětluje Metodika Nejvyššího soudu, dále pak ztížení společenského uplatnění, které se vypočítává s pomocí dokumentu vytvořeného Světovou zdravotnickou organizací<sup>154</sup>, **Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví**<sup>155</sup>. Dle té se výpočet výše částky imateriální újmy stanovuje následovně. V případě kompletního vyřazení pacienta ze společenského života představuje částka finančního odškodnění pomyslných sto procent. Při rozhodování o výši nemajetkové újmy se postupuje tak, že se určí procento vyřazení pacienta ze společenského života a stejná procentuální výše je pak vypočítána z oné částky představující sto procent. Tato částka se každoročně pohybuje přibližně kolem 10 milionů korun, v závislosti na cenové hladině a ekonomických ukazatelích. Dále se vypočtená částka modifikuje v závislosti na věku, ve kterém u pacienta k poškození zdraví došlo, a započítává se i několik dalších faktorů.

Odpovědný poskytovatel zdravotních služeb dále hradí například duševní útrapy blízkým v případě usmrcení pacienta<sup>156</sup>, náklady spojené s péčí o zdraví a osobu poškozeného<sup>157</sup> a další náklady.

Specifická situace nastává, když lékař postupoval non lege artis, ale žádný škodlivý následek nevznikl. V takových případech většinou nastupuje odpovědnost disciplinární, kdy se zdravotnický pracovník zodpovídá profesní komoře, jejímž je členem. Lékař, který léčí medicínsky špatně, se tedy odpovědnosti nevyhne. Škodlivého následku ovšem není potřeba ani pro soudní řízení o náhradě nemajetkové újmy. Pokud lékař postupuje v rozporu s jeho

---

<sup>153</sup> Metodika Nejvyššího soudu České republiky k náhradě nemajetkové újmy na zdraví, vzata na vědomí občanskoprávním a obchodním kolegiem dne 12.3.2014, [online]

dostupné z: [http://www.nsoud.cz/JudikaturaNS\\_new/ns\\_web.nsf/Metodika](http://www.nsoud.cz/JudikaturaNS_new/ns_web.nsf/Metodika)

<sup>154</sup> nezávislá mezinárodní zdravotní organizace v rámci OSN, vznik 7.4.1948; k tomu srov. <http://www.who.cz/>

<sup>155</sup> *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*, překlad Praha: Grada Publishing, a.s., 2001, [online]; dostupné z: [file:///C:/Users/Pe%C5%A5ulka/Downloads/mkf\\_cz.pdf](file:///C:/Users/Pe%C5%A5ulka/Downloads/mkf_cz.pdf)

<sup>156</sup> zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, § 2959

<sup>157</sup> zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, § 2960

povinnostmi, je odpovědný více méně bez dalšího. Dokazování v takových sporech je ovšem obtížnější, stejně jako stanovení výše náhrady újmy. Nelze se totiž řídit tabulkami a doporučenými postupy pro výpočet výše nemajetkové újmy, protože ty ji spojují s negativním následkem. Soud tedy v souladu se zákonem musí rozhodnout sám<sup>158</sup>. Nejvyšší soud k tomuto vyslovuje: „*Určení výše nároku není záležitostí volné úvahy nepodléhající hodnocení. Základem úvahy podle § 136 je zjištění takových skutečností, které soudu umožní založit úvahu na určitém kvantitativním posouzení základních souvislostí.*“<sup>159</sup>

---

<sup>158</sup> k tomu srov. zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, § 136

<sup>159</sup> rozsudek Nejvyššího soudu ČR ze dne 2. 10. 2012, sp. zn. 32 Cdo 1669/2012

## 8. Spory mezi pacienty a lékaři

Odhady právníků zabývajících se medicínskoprávními spory ukazují, že v České republice je ročně poškozeno na základě nedbalosti zdravotnického personálu přibližně 10 tisíc pacientů. Ve Spojených státech je to dle tamních průzkumů ročně průměrně dokonce 251 tisíc pacientů. Pro představu s takovým počtem poškozených představuje zanedbání péče v USA třetí nejčastější příčinu smrti<sup>160</sup>. Jiné zahraniční statistiky uvádějí průměrný roční počet nedbalostně poškozených ve Velké Británii 42 tisíc pacientů, v Německu je to 38 tisíc.

V České republice v minulosti nebylo zvykem řešit medicínskoprávní spory soudní cestou. V posledních letech se ovšem tato tendence pomalu objevuje. Procento poškozených, kteří se protiprávním jednáním lékařů i poskytovatelů zdravotních služeb chtějí bránit soudní cestou, se každým rokem zvyšuje. Mach k tomuto Lidovým novinám sdělil: „*Rapidně přibývá žalob na nemocnice o náhradu škody, zejména nemajetkové újmy, také se zvyšuje pojistné plnění nemocnic. Český pacient stále dává přednost trestnímu oznámení před žalobou, přibývá ale obojího.*“<sup>161</sup> Z rozhovorů s pracovníky Kanceláře ombudsmana pro zdraví<sup>162</sup> plyne, že s tvrzením Macha o přibývání pacientů, kteří se brání soudní cestou, souhlasí. Na jaře roku 2017 však stále 50 procent lidí, kteří žádají v Kanceláři ombudsmana pro zdraví o pomoc, ve chvíli, kdy zjistí, že jediná možná cesta obrany proti jednání nemocnice či lékaře je ta soudní, raději od svých nároků odstoupí. Lidé v České republice nejsou zvyklí se v oblasti zdravotnictví bránit a nemalé procento z nich ani nedůvěřuje objektivitě soudů, resp. znaleckých posudků, protože mají za to, že „*lékaři budou stát při sobě*“. Vzhledem ke zvyšujícímu se počtu pacientů bránících se ovšem věřím, že je pouze otázkou času, kdy se obrana soudní cestou vstřípí do myšlení lidí a stane se běžnou praxí.

Je všeobecně známo, že v USA je situace spíše opačná. Lékaři jsou tam někdy až zbytečně opatrní ve svém jednání, protože tamější pacienti jsou zvyklí naopak soudní cestou řešit téměř vše. Není tedy překvapivé zjištění The Washington Post, že 80 procent pacientů požadujících ve Spojených státech náhradu újmy ze zanedbání péče soudní spor prohraje<sup>163</sup>.

---

<sup>160</sup> BOODMAN, Sandra, Should hospitals – and doctors – apologize for medical mistakes?, *The Washington Post*, 12.3.2017 [online];

dostupné z: [https://www.washingtonpost.com/national/health-science/should-hospitals--and-doctors--apologize-for-medical-mistakes/2017/03/10/1cad035a-fd20-11e6-8f41-ea6ed597e4ca\\_story.html?utm\\_term=.5ebdf2ab74bc](https://www.washingtonpost.com/national/health-science/should-hospitals--and-doctors--apologize-for-medical-mistakes/2017/03/10/1cad035a-fd20-11e6-8f41-ea6ed597e4ca_story.html?utm_term=.5ebdf2ab74bc)

<sup>161</sup> HAMPLOVÁ, Ludmila, Obrana před chybou lékaře, *Lidové noviny*, č. XXX/69\*, 22. 3. 2017, s. 14

<sup>162</sup> Kancelář ombudsmana pro zdraví, projekt Nadačního fondu Stránský; více na: <https://www.ombudsmanprozdravi.cz/>

<sup>163</sup> BOODMAN, Sandra, Should hospitals – and doctors – apologize for medical mistakes?, *The Washington Post*, 12.3.2017 [online];



Z rozhovoru s uznávaným americkým lékařem Francisem R. Menclem mi ovšem vyplynulo, že i to se v poslední době mění. Soudní spory v USA nahradily dohody mezi poškozenými a poskytovateli zdravotních služeb, které jsou pro obě strany výhodnější než soudní spor. Můžeme tedy říci, že zatímco v České republice se lidé pomalu učí v případě zdravotnických sporů žalovat, v Americe se učí nežalovat a vyřešit spor jinou cestou.

---

dostupné z: [https://www.washingtonpost.com/national/health-science/should-hospitals--and-doctors--apologize-for-medical-mistakes/2017/03/10/1cad035a-fd20-11e6-8f41-ea6ed597e4ca\\_story.html?utm\\_term=.5ebdf2ab74bc](https://www.washingtonpost.com/national/health-science/should-hospitals--and-doctors--apologize-for-medical-mistakes/2017/03/10/1cad035a-fd20-11e6-8f41-ea6ed597e4ca_story.html?utm_term=.5ebdf2ab74bc)

## Závěr

Cílem práce bylo vytvořit komplexní náhled do problematiky vztahu pacienta a lékaře. Obsah práce a témata, jimiž se budu podrobněji zabývat, jsem vymezila již v úvodu. Jsem si vědoma toho, že vztah pacienta a lékaře obsahuje mnoho dalších otázek a problematik, kterým jsem v této práci prostor nevěnovala. Poměrně podrobněji jsem se zabývala například právy pacienta a povinnostmi lékaře s nimi souvisejícími a odpovědností plynoucí lékaři z jejich porušení. Už jsem se ovšem nezabývala druhé stránce této problematiky – ochraně lékaře. To je jen jeden příklad z velké množiny mnou nerozebraných aspektů vztahu lékaře a pacienta. Vzhledem k obsáhlosti tohoto tématu by ovšem nebylo možné zabývat se celou matérií rozebíraného vztahu. V úvodu práce jsem proto vymezila, kterým dílčím okruhům se budu věnovat, a myslím, že toto vymezení jsem dodržela.

V první části jsem se zabývala vymezením pojmu zdravotnického práva a pojmem vztahu pacienta a lékaře jako takovým. Věnovala jsem se jeho historii i tomu, jakou podobu má dnes včetně jeho etických aspektů. V další části jsem udala výčet práv a povinností pacienta i lékaře, jak je definuje zákon o zdravotních službách<sup>164</sup>. Kapitoly č. 5 a 6 poté podrobněji pojednávají o dvou z těchto práv a zároveň povinností – informovaném souhlasu a dříve vyslovených přáních. Další kapitola je věnována odpovědnosti lékaře, jejím podmínkám, druhům, přičemž některé konkrétní druhy jsou opět rozebrány podrobněji. V poslední části práce udávám několik statistik o sporech mezi lékaři a pacienty. K tomu připojuji i krátké porovnání s jinými státy.

Dle mého názoru jsou změny, které byly ve vztahu pacienta a lékaře v posledních letech provedeny, určitě pozitivní. Přestože jsem si vědoma toho, že faktické rovnosti mezi pacienty a lékaři vzhledem k vědomostem lékařů nikdy nebude možno dosáhnout, tendenci tuto propast co možná nejvíce zmenšit vítám. Myslím, že každý má právo rozhodovat o tom, jak s ním bude nakládáno, ať už k tomu má, nebo nemá odborné znalosti, stejně jako každý má právo na slušné a důstojné zacházení. Ze zkušeností vím, že někteří lékaři si tyto skutečnosti bohužel stále ještě neuvědomují a chovají se k pacientům neuctivě a povýšeně, protože vědí, že pacient je potřebuje. Samozřejmě negeneralizuji a vím, že takových lékařů může být jen zlomek oproti těm, kteří se chovají k pacientům s úctou a vše jim trpělivě a srozumitelně vysvětlí, stejně jako si uvědomují, že i někteří pacienti sami nechtějí odborné lékařské termíny slyšet, protože „poučení by stejně nerozuměli“. Mluvím jen o svých zkušenostech s několika málo lékaři, se kterými jsem se již ve svém věku stihla setkat. Věřím tomu, že do budoucna takové praktiky

---

<sup>164</sup> zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, část IV. – V.

vymizí a stejně jako se pacienti naučí prosazovat svá práva, lékaři si zautomatizují zákonem jim stanovené povinnosti. Moderní koncepce zdravotnictví dává důraz na osobnost pacienta, úctu k ní, nutí lékaře každý den si uvědomovat, že léčí lidi, ne nějaké věci. Lidi, se kterými musí komunikovat a jejichž názoru musí dbát.

Práci si dovolím zakončit citací, kterou jsem již použila v textu samotném, protože přesně tyto myšlenky, které moderní zdravotnictví prosazuje a které mně osobně se velmi líbí, vystihuje. *„Vždy je nutno vycházet z vlastní i pacientovy osobnosti, vždy musí jít o upřímnost, opravdovost a skutečný zájem a snahu pomoci. Je dobré, když lékaře jeho práce baví. Má-li ji dělat dobře, musí ji mít rád. A má-li rád svou práci, musí mít rád i své pacienty. Medicina tak může být vedle řemesla a vědy i uměním. Lékař léčí lidi, proto musí být i lidský.“*<sup>165</sup>

---

<sup>165</sup> KVAPIL, Libor, *Lékařská etika v praxi – pohled praktického lékaře*, [online]. Dostupné z: [http://www.lf.upol.cz/fileadmin/user\\_upload/LF/Kliniky\\_a\\_pracoviste\\_LF/Prakticke\\_lekarstvi/doc2.doc](http://www.lf.upol.cz/fileadmin/user_upload/LF/Kliniky_a_pracoviste_LF/Prakticke_lekarstvi/doc2.doc)

## Seznam použitých zkratek

**č.:** číslo

**čl.:** článek

**ČR:** Česká republika

**Kč:** koruna česká

**odst.:** odstavec

**op. cit.:** opakovaná citace

**OSN:** Organizace spojených národů

**písm.:** písmeno

**resp.:** respektive

**s.:** strana

**Sb.:** sbírka

**sp. zn.:** spisová značka

**st.:** saint

**srov.:** srovnání

**tzv.:** takzvaný, takzvaně

**USA:** United States of America (Spojené státy americké)

## Seznam použité literatury a pramenů

### a) Prameny

- stavovský předpis č. 10 České lékařské komory, Etický kodex České lékařské komory
- Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně, publikována ve Sbírce mezinárodních smluv pod číslem 96/2001
- zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky
- zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod
- zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu
- zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce
- zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů
- zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
- zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník
- zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník
  
- vysvětlující zpráva k Úmluvě o biomedicíně ze dne 17.11.1996 [online]; dostupná z: <http://www.rozalio.cz/index.php/pravo/pravni-normy/46-vysvtlujici-zprava-k-umluv-o-lidskych-pravech-a-biomedicin>
  
- The American Medical Association Code of medical ethics, kapitola 1.1.1 [online]; dostupné z: <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ama-code-medical-ethics>

### JUDIKATURA

- rozsudek Nejvyššího soudu ČR ze dne 2. 10. 2012, sp. zn. 32 Cdo 1669/2012, [online]; dostupné z ASPI [právní 29 informační systém]. Wolters Kluwer ČR
- rozsudek Nejvyššího soudu ČR ze dne 22. 3. 2005, sp. zn. 7 Tdo 219/2005, [online]; dostupné z ASPI [právní 29 informační systém]. Wolters Kluwer ČR
- rozsudek Nejvyššího soudu ČR ze dne 28. 5. 1999, sp. zn. 2 Cdon 1619/96, [online]; dostupné z ASPI [právní 29 informační systém]. Wolters Kluwer ČR

- náleží Ústavního soudu ČR ze dne 18. 5. 2001, sp. zn. IV. ÚS 639/2000, [online]; dostupné z ASPI [právní 29 informační systém]. Wolters Kluwer ČR
- Anderson v. St. Francis – St. George Hospital, 1996, 671 NE. 2d 225, [online]; dostupné z: [http://www.thaddeuspope.com/images/Anderson\\_v\\_St\\_Francis\\_Ohio\\_1996\\_.pdf](http://www.thaddeuspope.com/images/Anderson_v_St_Francis_Ohio_1996_.pdf)
- Chester vs. Afshar, 2004, UKHL 41, [online]; dostupné z: <https://www.publications.parliament.uk/pa/ld200304/ldjudgmt/jd041014/cheste-1.htm>

## **b) Literatura**

- CÍSAŘOVÁ, Dagmar; KOPS, Richard; MARX, David; PETERKOVÁ, Helena; POLICAR, Radek; SALAČ, Josef; ŠUSTEK, Petr; VÁCHA, Marek, Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi – monografie, Praha: Univerzita Karlova, Právnická fakulta, 2010
- MACH, Jan, Lékař a právo, 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2010
- MACH, Jan, Medicína a právo, 1. vydání, Praha: C. H. Beck, 2006
- MACH, Jan; BURIÁNEK, Aleš; ZÁLESKÁ, Dagmar; MLYNÁŘOVÁ, Dita; KVAPILOVÁ, Ivana; MÁCA, Miloš; VALÁŠEK, Daniel, Univerzita medicínského práva, 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2013
- DOLEŽAL, Tomáš, Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva, 1. vydání, Praha: Leges, s.r.o., 2012
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, Informovaný souhlas – proč a jak?, 1. vydání, Praha: Galén, 2007
- HOLČAPEK, Tomáš, Dokazování v medicínskoprávních sporech, 1. vydání, Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s., 2011
- KINCL, Jaromír; URFUS, Valentin; SKŘEJPEK, Michal, Římské právo, 2. vydání, Praha: C. H. Beck, 1995
- MATĚJEK, Jaromír, Dříve projevená přání pacientů, 1. vydání, Praha: Galén, 2011
- ŠIMEK, Jiří, Lékařská etika, 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2015
- ŠUSTEK, Petr; HOLČAPEK, Tomáš, Informovaný souhlas, 1. vydání, Praha: ASPI, a.s., 2007
- ŠUSTEK, Petr; HOLČAPEK, Tomáš a kolektiv, Zdravotnické právo, 1. vydání, Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s., 2016

- TĚŠINOVÁ, Jolana; ŽDÁREK, Roman; POLICAR, Radek, Medicínské právo, 1. vydání, Praha: C. H. Beck, 2011
- UHEREK, Pavel, Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků, 1. vydání, Praha: GRADA Publishing, a.s., 2008
- VALUŠ, Antonín, Civilní spory mezi lékařem a pacientem při poskytování zdravotní péče, 1. vydání, Praha: Leges, s.r.o., 2014
  
- HERRING, Jonathan, Medical law and ethics, 5th edition, Oxford: Oxford University Press, 2014
- MILES, Steven, H., The Hippocratic Oath and the Ethics of Medicine, 1. vydání, New York: Oxford University Press, 2004
  
- Metodika Nejvyššího soudu České republiky k náhradě nemajetkové újmy na zdraví, vzata na vědomí občanskoprávním a obchodním kolegiem dne 12.3.2014, [online]; dostupné z: [http://www.nsoud.cz/JudikaturaNS\\_new/ns\\_web.nsf/Metodika](http://www.nsoud.cz/JudikaturaNS_new/ns_web.nsf/Metodika)
- Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví; překlad Praha: Grada Publishing, a.s., 2001, [online]; dostupné z: [file:///C:/Users/Pe%C5%A5ulka/Downloads/mkf\\_cz.pdf](file:///C:/Users/Pe%C5%A5ulka/Downloads/mkf_cz.pdf)
- VOJTEK, Petr, Náhrada škody a nemajetkové újmy v novém občanském zákoníku; přednáška pro ČAK Brno, 2014, [online]; dostupné z: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:nA7jUZMeHH4J:www.cak.cz/assets/pro-koncipienty/vzdelavani/nahrada-skody-a-nemajetkove-ujmy-v-novem-obcanskem-zakoniku---rozsah-a-zpusob-nahrady---judr--petr-vojtek.ppt+&cd=3&hl=cs&ct=clnk&gl=cz>

## NOVINOVÉ ZDROJE

- HAMPLOVÁ, Ludmila, Obrana před chybou lékaře, Lidové noviny, č. XXX/69\*, 22.3.2017
- KVAPIL, Libor, Lékařská etika v praxi – pohled praktického lékaře, [online]; dostupné z: [http://www.lf.upol.cz/fileadmin/user\\_upload/LF/Kliniky\\_a\\_pracoviste\\_LF/Prakticke\\_lek\\_arstvi/doc2.doc](http://www.lf.upol.cz/fileadmin/user_upload/LF/Kliniky_a_pracoviste_LF/Prakticke_lek_arstvi/doc2.doc)

- POLICAR, Radek, Genetické vyšetření jako plnění ze smlouvy o dílo – díl první, [online]; dostupné z: <http://zdravotnickepravo.info/geneticke-vysetreni-jako-plneni-ze-smlouvy-o-dilo-%e2%80%93-dil-prvni/>
- BOODMAN, Sandra, Should hospitals – and doctors – apologize for medical mistakes?, The Washington Post, 12.3.2017, [online]; dostupné z: [https://www.washingtonpost.com/national/health-science/should-hospitals--and-doctors--apologize-for-medical-mistakes/2017/03/10/1cad035a-fd20-11e6-8f41-ea6ed597e4ca\\_story.html?utm\\_term=.5ebdf2ab74bc](https://www.washingtonpost.com/national/health-science/should-hospitals--and-doctors--apologize-for-medical-mistakes/2017/03/10/1cad035a-fd20-11e6-8f41-ea6ed597e4ca_story.html?utm_term=.5ebdf2ab74bc)

## **INTERNETOVÉ STRÁNKY**

- [http://www.leagle.com/decision/197810010PaDampC3d90\\_189/McFALL%20v.%20SHIMP](http://www.leagle.com/decision/197810010PaDampC3d90_189/McFALL%20v.%20SHIMP)
- <https://www.ombudsmanprozdravi.cz/>
- <http://www.who.cz/>
- <http://www.lkcr.cz/>
- <http://www.mzcr.cz/>
- <http://www.nsoud.cz/>
- <http://www.nalus.usoud.cz/>

## **OSTATNÍ**

- PETERKOVÁ, Helena, rigoriózní práce, Pokyny Do Not Resuscitate a trestní odpovědnost zdravotnického pracovníka, obhájeno únor 2010, [online]; dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/80113/>
- Informace, které mi poskytl při osobním rozhovoru Francis R. Mencl, MD MS FACEP FAAEM, Professor of Emergency Medicine NEOMED Rootstown, Ohio
- informace které mi poskytli při osobním rozhovoru pracovníci Kanceláře ombudsmana pro zdraví



## Abstrakt

Předmětem této diplomové práce je jeden velmi důležitý vztah ve zdravotnictví – vztah pacienta a lékaře. V posledních desetiletích byla tématu věnována velká pozornost, jak na úrovni mezinárodní, tak i české. V České republice prošel vztah pacienta a lékaře zásadní změnou, když téměř okamžitě, bez plynulého vývoje, se měl změnit z paternalistického, který zde byl zakořeněn, na partnerský. Tento přechod doprovázely i četné právní změny dovršené přijetím zákona o zdravotních službách účinného od 1. dubna 2012, který se podrobně věnuje například právům a povinnostem obou subjektů v tomto vztahu.

První část je věnována vztahu obou subjektů jako takovému. Jeho historii a vývoji, právnímu zařazení, formě a jedna část se zaměřuje i na etický aspekt vztahu pacienta a lékaře.

Druhá část pojednává o právech a povinnostech obou účastníků vztahu, konkrétně těch, která stanovil zákon o zdravotních službách.

Třetí část práce je věnována podrobnějšímu rozboru některých dle mého názoru základních práv pacienta a zároveň povinností lékaře charakterizujících vztah pacienta a lékaře v jeho dnešní podobě. Těmi jsou informovaný souhlas, u kterého jsem vysvětlila, proč je ho potřeba, a dále jsem se věnovala jeho náležitostem, možnosti informovaného souhlasu se vzdát, pojmu informovaného nesouhlasu včetně jeho formy, přičemž součástí této kapitoly je i krátký náhled na problematiku eutanazie. Zmínila jsem také výjimky z povinnosti lékaře jednat pouze na základě informovaného souhlasu, například tzv. terapeutické privilegium či stav nouze. Kapitola nastiňuje také úpravu léčby dětí v souvislosti s daným tématem.

Druhým právem, které je rozebráno podrobněji a které s informovaným souhlasem souvisí, je právo na dříve vyslovená přání. Součástí kapitoly o dříve vyslovených přáních je i rozbor s tím souvisejících pokynů „Do Not Resuscitate“. Oba pojmy jsou vysvětleny, pokusila jsem se i nastínit, proč je v praxi použití těchto pokynů problematické, přidala jsem krátké porovnání úpravy v ČR a v USA. Kapitola doplňuje příklad z americké soudní praxe.

Čtvrtá část práce je věnována odpovědnosti lékařů z výkonu jejich práce. Jejím podmínkám a druhům, vzhledem k zaměření práce je poté více rozebrána odpovědnost občanskoprávní a odpovědnost lékaře za porušení své povinnosti.

Konec práce je věnován sporům mezi subjekty vztahu. Kapitola obsahuje i několik statistik a krátké porovnání řešení sporů v ČR a USA.

Cílem práce bylo zachytit komplexní úpravu tématu, samozřejmě z hlediska zdravotnického a občanského práva. Vzhledem k obsáhlosti vybrané problematiky ovšem

nemohl být využit veškerý potenciál, který téma nabízí. Proto jsem vybrala několik dle mého názoru nejzásadnějších okruhů, které jsem rozebrala podrobněji.

## **Abstract**

The subject of this thesis is one very important relationship of health care – the doctor-patient-relationship. During a recent decades a big attention was paid to this theme both on international and czech field. In the Czech Republic the doctor-patient-relationship went through the essential change, when instantly changed from a paternalistic relationship to a partnership. Many legal changes followed this change finishing it by accepting the Act on Healthcare Services which for example describes rights and duties of subjects of this relationship.

The first part is dedicated to a doctor-patient-relationship itself. Its history and evolution, placement in a legal system, legal form. One part is dedicated to an ethic aspect of doctor-patient-relationship.

The second part discusses about rights and duties of both participants of this relationship. Specifically, rights determined by the Act on Healthcare Services.

The third part is dedicated to detailed analysis of some basic patient's rights and the doctor's duties characterizing doctor-patient-relationship in its current form. These are informed consent, where I describe, why it is needed. I was concerned about its requisites, possibility to abandon informed consent, to informed dissent including its form while a short look on an issue of euthanasia is part of this chapter. I have mentioned exceptions of doctor's duty to act by informed consent only.

The second right, which is analysed in detail and which is connected to informed consent, is right to advanced directives. Analysis of orders „Do Not Resuscitate“ is part of this chapter as well. Both terms are explained. I tried to draw a reason of why it is complicated to use that orders. Comparison between the Czech Republic and the USA is included. The chapter is complemented by an example of an american court practice.

The fourth part of this thesis is dedicated to doctor's liability for his work performance and to conditions and types of the liability as well. According to the thesis's orientation, the civil liability and the doctor's liability for breaching of his duties are analysed in detail.

The end of this thesis is dedicated to disputes between the subjects of the relationship. This chapter contains a few statistics as well and a short comparison of ways to resolve disputes between the Czech Republic and the USA.

This thesis's goal was to capture the complex adjustment of this theme from the aspect of the medical and the civil law. Since the subject is too comprehensive the potential of this

theme couldn't be fully utilized. Therefore I chose a few most important areas which I analyzed closely.

## **Klíčová slova**

- de lege artis
- dříve vyslovená přání
- informovaný souhlas
- odpovědnost
- péče o zdraví
- vztah pacienta a lékaře
- zdravotnické právo

## **Key words**

- de lege artis
- advanced directives
- informed consent
- liability
- health care
- patient-doctor-relationship
- medical law

## **Název práce v anglickém jazyce**

- Patient-doctor-relationship