

UNIVERZITA KARLOVA

Právnická fakulta

Kateřina Havlenová

Informovaný souhlas pacienta

Diplomová práce

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

Katedra občanského práva

Datum vypracování práce (uzavření rukopisu): 21. 6. 2020

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

Dále prohlašuji, že vlastní text této práce včetně poznámek pod čarou má 286 585 znaků včetně mezer.

Kateřina Havlenová

V Praze dne 21. 6. 2020

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat doc. JUDr. Josefu Salačovi Ph.D. za vedení práce a svým rodičům za podporu při tvorbě této práce.

Obsah

Úvod	6
1. Prameny právní úpravy.....	9
1.1. Úmluva o lidských právech a biomedicíně.....	9
1.2. Zákon o zdravotních službách	10
1.3. Občanský zákoník.....	11
1.4. Další právní předpisy	12
2. Informovaný souhlas	14
2.1. Obecné vymezení.....	14
2.2. Náležitosti informovaného souhlasu.....	15
2.2.1. Náležitosti dle ZZS	16
2.2.2. Náležitosti dle OZ	18
2.3. Způsobilost nezletilých k udělení informovaného souhlasu.....	21
2.3.1. Informovaný souhlas nezletilých v anglickém právu.....	24
2.4. Forma souhlasu	27
2.5. Odvolání souhlasu.....	31
2.6. Informovaný souhlas a odpovědnost lékaře.....	33
2.7. Poskytování zdravotní péče bez souhlasu pacienta	35
2.7.1. Případy poskytování zdravotní péče bez souhlasu pacienta dle ZZS	38
2.7.2. Případy poskytování zdravotní péče bez souhlasu pacienta dle OZ	42
2.7.3. Případy poskytování zdravotní péče bez souhlasu pacienta dle zákona o ochraně veřejného zdraví	45
2.8. Některá úskalí spojená s institutem informovaného souhlasu	48
3. Poučení pacienta.....	53
3.1. Obecné vymezení.....	53
3.2. Poučení pacienta jako předpoklad platnosti uděleného souhlasu	56
3.3. Rozsah a obsah poučovací povinnosti	57
3.4. Jednotlivé složky poučení.....	59
3.4.1. Poučení o rizicích lékařského zákroku v zahraničních právních řádech	65
3.5. Kdo pacientovi informaci podává.....	70
3.6. Právo pacienta nebýt informován	71

3.7. Terapeutické privilegium	73
4. Odmítnutí zdravotní péče (negativní revers)	78
4.1. Pasivní a aktivní eutanazie	81
4.1.1. Problematika tzv. marné (neúčelné) léčby	85
5. Dříve vyslovená přání	91
5.1. Právní úprava dříve vyslovených přání v Úmluvě o biomedicíně	93
5.2. Právní úprava dříve vyslovených přání v ZZS	94
5.2.1. Zákonné nerespektování dříve vysloveného přání	97
5.3. Dříve vyslovená přání dle OZ	101
5.4. Doba platnosti dříve vyslovených přání	102
5.5. Některá úskalí spojená s institutem dříve vyslovených přání	104
5.5.1. Problematika odmítání krevní transfuze příslušníky náboženské společnosti Svědkové Jehovovi	105
5.6. Zástupné rozhodování	108
5.7. Dříve vyslovená přání a odpovědnost lékaře	111
5.8. Dříve vyslovená přání v americkém zákonodárství	112
6. Vlastní výzkum	115
Závěr	134
Seznam použitých zkratk	137
Seznam použitých zdrojů	138
Název diplomové práce v českém jazyce, abstrakt v českém jazyce a klíčová slova v českém jazyce	146
Název diplomové práce v anglickém jazyce, abstrakt v anglickém jazyce a klíčová slova v anglickém jazyce	147

Úvod

O problematiku informovaného souhlasu se již delší dobu zajímám, a tudíž jsem si ji zvolila jako téma své diplomové práce. Informovaný souhlas je v současné době jedním ze základních aspektů vztahu lékaře a pacienta. Bez něj totiž zásadně není myslitelný žádný lékařský zákrok a informovaný souhlas tak představuje právní důvod, ospravedlnění určitého zákroku.¹ V požadavku informovaného souhlasu se zrcadlí jedna z nejdůležitějších hodnot současné společnosti, a tou je svoboda člověka rozhodovat o tom, co se má stát s jeho vlastním životem, zdravím a tělem. Vychází se zde z předpokladu, že bez souhlasu dotyčného člověka nesmí být do jeho integrity nijak zasahováno.² Pacient se tak může svobodně rozhodnout i pro to, že konkrétní medicínský zákrok nepodstoupí, přičemž lékař je pak povinen toto jeho rozhodnutí plně respektovat, byť by si tím pacient přivodil újmu na vlastním zdraví, či dokonce životě. Toto pravidlo ostatně potvrdil i Ústavní soud, který v jednom ze svých rozhodnutí dovodil, že právo pacienta nebýt léčen je silnější než povinnost lékaře léčit.³

Institut informovaného souhlasu prošel postupem času určitým vývojem, jenž souvisel především s postupnou změnou v pojetí vztahu lékaře a pacienta. Dřívější paternalistické pojetí tohoto vztahu, kdy pacient byl pouhým pasivním příjemcem zdravotní péče, bylo vystřídáno vztahem, v němž jsou oba účastníci rovnocennými partnery, přičemž důraz se klade na otevřenou komunikaci a autonomii rozhodování pacienta, a to právě prostřednictvím informovaného souhlasu. Jinými slovy, informovaný souhlas představuje jeden z projevů odklonu od původního paternalistického modelu poskytování zdravotních služeb ve prospěch modelu partnerského.⁴

¹ ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016. ISBN 978-80-7552-321-1, s. 232.

² Srov. § 93 občanského zákoníku.

³ Nález Ústavního soudu ČR ze dne 18. 5. 2001, sp. zn. IV. ÚS 639/2000. Dostupné z: <http://nalus.usoud.cz/Search/GetText.aspx?sz=4-639-2000> (cit. 28. 2. 2019).

⁴ Srov. H. Haškovcová in: PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a Jan MACH. *Informovaný souhlas: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Galén, [2017]. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-7492-334-0, s. 31.

Cílem předkládané diplomové práce je popsat a zhodnotit právní úpravu informovaného souhlasu v českém právním řádu a případně navrhnout její změny *de lege ferenda*. Vedle toho si klade tato práce za cíl zmapovat realizaci právní úpravy informovaného souhlasu v každodenní praxi zdravotnických zařízení a následně tuto praxi porovnat s požadavky zákona, k čemuž bude využita především metoda dotazníkového šetření zaměřená na praktické zkušenosti lékařů při uplatňování informovaných souhlasů v jejich lékařské praxi.

Diplomová práce se člení na šest částí. První část je věnována pramenům právní úpravy informovaného souhlasu, samotné pojednání o informovaném souhlasu je pak obsaženo v následující části druhé. Část třetí pojednává o poučení pacienta, jakožto nezbytném předpokladu pro pacientův informovaný souhlas. Ve čtvrté části jsem se zaměřila na opačný pól informovaného souhlasu, totiž na odmítnutí zdravotní péče ze strany pacienta, jež je pojímáno jako jeden z projevů jeho práva svobodně se rozhodovat o tom, zda konkrétní léčbu podstoupí či ne. Předposlední část této práce je věnována problematice dříve vyslovených přání, která má s otázkou odmítnutí zdravotní péče velmi úzkou spojitost. Poslední část obsahuje rozbor a vyhodnocení poznatků, jež jsem získala prostřednictvím vlastního výzkumu, který jsem zaměřila především na jeden z důležitých aspektů informovaného souhlasu, a tím je nezbytnost otevřené komunikace mezi lékařem a pacientem. Ačkoliv by se mohlo zdát, že současná právní úprava informovaného souhlasu obsažená v zákoně o zdravotních službách vytváří ideální předpoklady pro tuto otevřenou komunikaci, domnívám se, že praxe ve zdravotnických zařízeních je nicméně v dnešní době poněkud odlišná. Vlivem nedostatku zdravotnického personálu jsou přetížení lékaři nuceni k neustále rychlejšímu tempu práce, což se zákonitě odráží i v nedostatku času na otevřený a ohleduplný dialog s jejich pacienty; ruku v ruce s tím pak může docházet i k poklesu důvěry mezi nimi.

Původním smyslem informovaného souhlasu měla být otevřená a efektivní spolupráce lékařů a jejich pacientů. Nicméně, způsob realizace informovaného souhlasu se v současnosti tomuto základnímu smyslu poněkud vzdálil. Informovaný souhlas se spíše než prostředkem otevřené komunikace stává pouhým nezbytným administrativním úkonem sloužícím především jako formální nástroj právní ochrany lékaře, tedy důkaz o tom, že pacientovi v souvislosti s určitým lékařským zákrokem poskytl veškeré

potřebné informace, obzvláště pokud se pak při něm naplnilo některé z rizik, na něž byl pacient upozorněn.⁵ Z tohoto důvodu jsem se v části šesté zaměřila mimo jiné na otázku, jak jsou pacienti v dnešní době spokojeni s množstvím informací, které se jim ze strany zdravotnických pracovníků dostává. Kromě zmapování situace na straně pacientů jsem se zaměřila také na druhou stranu vztahu lékař-pacient, kdy jsem prostřednictvím osobního rozhovoru s lékaři a jim předkládaných dotazníků zjišťovala jednak jejich postoj k současné právní úpravě informovaného souhlasu v českém právním řádu a jednak jejich zkušenosti při uplatňování této právní úpravy v jejich každodenní lékařské praxi, přičemž cílem bylo rovněž zjistit, zda tato praxe koresponduje s požadavky zákonné úpravy.

Z hlediska metodologie je v předkládané diplomové práci využívána zejména metoda deskriptivní a analytická, tedy popis a analýza relevantních právních předpisů, soudních rozhodnutí a souvisejících odborných publikací a článků týkajících se problematiky informovaného souhlasu. Vedle toho je na mnoha místech této práce užitá též metoda komparativní, prostřednictvím které jsem se pokusila o komparaci naší právní úpravy s právní úpravou zahraniční, zejména s právní úpravou německou, americkou a především pak s právní úpravou britskou, kdy jsem mohla zúročit poznatky a vědomosti nabyté během svého zahraničního studijního pobytu na Univerzitě v Newcastlu.

⁵ Srov. PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a Jan MACH. *Informovaný souhlas: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Galén, [2017]. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-7492-334-0, s. 34, 129.

1. Prameny právní úpravy

1.1. Úmluva o lidských právech a biomedicíně

V roce 2001 ratifikovala Česká republika mezinárodní smlouvu, jejíž celý název zní Úmluva Rady Evropy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny⁶, která je běžně zkráceně označována jako Úmluva o biomedicíně. Za klíčovou zásadu prolínající se celou Úmluvou lze považovat zásadu svobody rozhodování pacienta, jež stojí rovněž i v popředí právní úpravy informovaného souhlasu.⁷

Vzhledem k tomu, že jde o mezinárodní smlouvu splňující požadavky uvedené v článku 10 Ústavy ČR⁸, tvoří tato Úmluva nedílnou součást našeho právního řádu, přičemž v případě rozporu se zákonem se uplatní zásada aplikační přednosti Úmluvy.

Úmluva o biomedicíně se člení do 14 kapitol. Pravidla týkající se informovaného souhlasu lze nalézt v kapitole II nazvané Souhlas, a to konkrétně v článcích 5 až 9. V článku 5 této Úmluvy je obsaženo obecné pravidlo týkající se informovaného souhlasu stanovující, že *„jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas“*. Následující článek 6 se věnuje ochraně osob neschopných dát souhlas, včetně osob nezletilých, článek 7 pak ochraně osob s duševní poruchou. Článek 8 pojednává o stavu nouze vyžadujícího neodkladná řešení. Opomenut by rovněž neměl být ani článek 9 upravující institut tzv. dříve vyslovených přání pacienta.

Zásadní přínos této Úmluvy lze bezesporu spatřovat především ve změně pojetí vztahu mezi lékaři a pacienty. Do té doby převažující paternalistické pojetí tohoto vztahu bylo totiž s přijetím uvedené Úmluvy vystřídáno vztahem, v němž jsou oba účastníci rovnocennými partnery. Nadále již pacient není pouhým pasivním příjemcem

⁶ V ČR publikována pod číslem 96/2001 Sb. m. s.

⁷ ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016. ISBN 978-80-7552-321-1, s. 33-35.

⁸ *„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.“*

zdravotní péče a příkazů ze strany lékaře, nýbrž se stává jeho rovnocenným partnerem, jenž má právo svobodně rozhodovat o tom, co se s ním má či nemá v oblasti poskytování zdravotních služeb dít.⁹

1.2. Zákon o zdravotních službách

Před přijetím zákona o zdravotních službách byla právní úprava informovaného souhlasu na zákonné úrovni obsažena v zákoně č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, který ve svém § 23 vyžadoval, aby zdravotní péče byla nemocnému poskytována s jeho souhlasem, nebo lze-li tento souhlas alespoň předpokládat. Pokud pacient i přes náležité vysvětlení potřebnou zdravotní péči odmítal, pak bylo povinností ošetřujícího lékaře vyžádat si od něj o tom písemné prohlášení (revers). Tato poněkud strohá právní úprava informovaného souhlasu byla s účinností od 1. 4. 2012 nahrazena úpravou obsaženou v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen „ZZS“), který ve srovnání s předešlým zákonem upravuje problematiku informovaného souhlasu podstatně podrobněji a současně také více reflektuje úpravu obsaženou v Úmluvě o biomedicíně.¹⁰

Klíčovými ustanoveními tohoto zákona, jež se týkají informovaného souhlasu, jsou zejména ustanovení § 28 odst. 1 a § 34. Prvé z těchto ustanovení zakotvuje základní povinnost poskytovatele zdravotních služeb poskytovat zdravotní služby pouze na základě pacientova informovaného souhlasu, přičemž tato základní povinnost je pak podrobněji rozvedena ve druhém z uvedených ustanovení. Mezi další relevantní ustanovení tohoto zákona patří především § 31 až 33 týkající se informování pacienta o jeho zdravotním stavu, dále pak ustanovení § 35 týkající se problematiky udělování informovaného souhlasu v případě pacientů nezletilých a pacientů s omezenou svéprávností či ustanovení § 38 vymezující případy poskytování zdravotních služeb bez

⁹ ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. Praha: ASPI, 2007. Právní rukověť (ASPI). ISBN 978-80-7357-268-6, s. 18-19.

¹⁰ J. Mach in: PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a Jan MACH. *Informovaný souhlas: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Galén, [2017]. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-7492-334-0, s. 51.

souhlasu pacienta. Opomenout nelze konečně ani ustanovení § 36, které upravuje institut dříve vyslovených přání, na který je v současnosti nahlíženo především jako na specifický projev odmítnutí zdravotní péče ze strany pacienta.

1.3. Občanský zákoník

K problematice informovaného souhlasu se vyjadřuje i občanský zákoník č. 89/2012 Sb. (dále jen „OZ“), jenž tak ovšem činí z hlediska systematiky poněkud nejednotně a úprava v něm obsažená může ve výsledku působit duplicitním dojmem. OZ totiž institut informovaného souhlasu upravuje jednak v rámci ustanovení o zásahu do integrity¹¹, jednak v rámci ustanovení o smlouvě o péči o zdraví^{12, 13}.

Je ovšem nutné zmínit, že uvedená ustanovení OZ nebudou při poskytování zdravotních služeb zpravidla aplikována, neboť v souladu s interpretační zásadou *lex specialis (ZZS) derogat legi generali (OZ)* bude mít přednost speciální úprava obsažená v ZZS.¹⁴ S takto koncipovaným vztahem obou zákonů již ostatně počítali i tvůrci OZ, když z důvodové zprávy k tomuto zákonu vyčteme, že právní úprava obsažená v OZ „*nezasahuje do zvláštní zákonné úpravy platné pro poskytování zdravotní péče, která jako speciální zůstává nedotčena.*“¹⁵ Nicméně, zásada aplikační přednosti ZZS před OZ se neuplatní úplně vždy; některá ustanovení OZ totiž jdou nad rámec právní úpravy obsažené v ZZS, a tudíž konkrétní pravidlo obsažené v OZ pak může mít vůči obecnější úpravě v ZZS povahu *lex specialis*. Příkladem může být ustanovení § 96 OZ stanovující požadavek písemné formy souhlasu v některých specifických případech poskytování

¹¹ § 93 a násl. OZ.

¹² § 2638 až 2642 OZ.

¹³ A. Valuš in: PRAŽÁK, Zbyněk. *Závazky z právních jednání podle občanského zákoníku: komentář k § 1721-2893 OZ podle stavu k 1.4.2017 ve znění zákona č. 460/2016 Sb.* Praha: Leges, 2017. Komentátor. ISBN 978-80-7502-158-8, s. 1306.

¹⁴ Tamtéž.

¹⁵ ELIÁŠ, Karel. *Nový občanský zákoník s aktualizovanou důvodovou zprávou a rejstříkem.* Ostrava: Sagit, 2012. ISBN 978-80-7208-922-2, s. 943.

zdravotních služeb; vzhledem k tomu, že ZZS podobné pravidlo neobsahuje, stává se v daném případě norma obsažená v OZ speciální ve vztahu k obecnější úpravě v ZZS.¹⁶

1.4. Další právní předpisy

Právní úprava informovaného souhlasu není vyčerpána pouze předpisy uvedenými výše, nýbrž právní normy týkající se informovaného souhlasu můžeme nalézt i v mnoha dalších předpisech, a to různé právní síly. Tyto předpisy často upravují specifické lékařské zákroky, a tudíž většinou obsahují speciální úpravu vůči obecným pravidlům vymezeným v ZZS. Jako příklad lze uvést zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů, jenž nad rámec ZZS zakotvuje povinnost opakovaného poučení pacienta, dále zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství, který speciálně upravuje věkovou hranici pro způsobilost pacientky udělit souhlas, či zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách stanovující požadavek kladného stanoviska odborné komise k některým zákrokům.¹⁷

Z podzákoných předpisů bych pak vyzdvihla především Etický kodex České lékařské komory, jakožto stavovský předpis vydaný stavovskou organizací lékařů, tedy Českou lékařskou komorou (dále jen „ČLK“). Tento předpis kromě jiného vyžaduje, aby se lékaři vzdali paternalitních pozic v postojích vůči pacientům a aby je respektovali jako rovnocenné partnery.¹⁸ Vedle toho ukládá tento stavovský předpis lékařům povinnost pacienty náležitě informovat o jejich zdravotním stavu, navrhované léčbě, pravděpodobné prognóze a o dalších okolnostech, jež mohou během léčení nastat.¹⁹

Co se týče minimálních obsahových náležitostí informovaného souhlasu, jakož i záznamu o odmítnutí poskytnutí zdravotních služeb a záznamu o dříve vysloveném přání, byly tyto až donedávna upraveny vyhláškou č. 98/2012 Sb., o zdravotnické

¹⁶ ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016. ISBN 978-80-7552-321-1, s. 236.

¹⁷ ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016. ISBN 978-80-7552-321-1, s. 237-238.

¹⁸ § 3 odst. 3 stavovského předpisu ČLK č. 10 (Etický kodex ČLK).

¹⁹ § 3 odst. 4 stavovského předpisu ČLK č. 10 (Etický kodex ČLK).

dokumentaci, a to konkrétně v její příloze č. 1, bodu 5, 6. a 7. Ke dni 24. 7. 2018 však byly tyto body cestou novelizace bez náhrady vypuštěny. Uvedená vyhláška nyní pouze stanoví, že souhlas pacienta je součástí zdravotnické dokumentace, je-li vyžadován v písemné formě; jeho konkrétní obsahové náležitosti však již nadále nevymezuje a napříště se proto použijí už jen obecná ustanovení obsažená v ZZS.

V této souvislosti je nutné zmínit, že z hlediska právní síly stojí výše zmíněné podzákonné předpisy v hierarchii právních předpisů až pod zákony a Úmluvou o biomedicině, a tudíž mají v porovnání s nimi nižší právní sílu. V případě rozporu mezi podzákonným předpisem a zákonem či Úmluvou, jež mají právní sílu vyšší, proto bude aplikován právě zákon, resp. Úmluva, a to v souladu se zásadou *lex superior derogat legi inferiori*.²⁰

²⁰ Srov. GERLOCH, Aleš. *Teorie práva*. 7. aktualizované vydání. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2017. Právnícké učebnice (Aleš Čeněk). ISBN 978-80-7380-652-1, s. 210.

2. Informovaný souhlas

2.1. Obecné vymezení

Informovaný souhlas v současnosti představuje nejčastější právní důvod (právní ospravedlnění) poskytnutí zdravotních služeb. Jde tedy o významnou skutečnost, na základě níž je lékař oprávněn zasáhnout do pacientovy tělesné integrity, jež je jinak nedotknutelná²¹. V případě, že onen právní důvod absentuje, je zásah do pacientovy integrity protiprávním jednáním se všemi odpovědnostními důsledky z toho pro lékaře plynoucími. Jak jsem již uvedla, z hlediska četnosti je informovaný souhlas nejčastějším právním důvodem určitého lékařského zákroku, není však právním důvodem jediným. V některých případech zákon umožňuje, resp. přikazuje uskutečnit zásah do integrity pacienta i bez jeho souhlasu. Jde zejména o poskytnutí první pomoci člověku, jenž je vážně ohrožen na životě a který z důvodu svého nepříznivého zdravotního stavu není schopen souhlas vyslovit či povinné léčení některých infekčních nemocí, kdy může být zdravotní péče pacientovi poskytnuta i proti jeho vůli v zájmu ochrany zdraví jiných osob.²²

Východiskem konceptu informovaného souhlasu bylo uznání pacienta jakožto subjektu práv, nikoliv již jako pouhého objektu péče.²³ Podle Ústavního soudu je *„institut svobodného a informovaného souhlasu s každým lékařským zákrokem založen na uznání právní subjektivity každého jedince a jeho svobody rozhodovat o svém vlastním těle a podporuje autonomii jeho morální volby. To je v protikladu k paternalistickému přístupu, kdy o jednotlivci je rozhodováno někým jiným (například lékařem), byť i z dobrých pohnutek, že to je pro jeho dobro a zdraví.“*²⁴ I Evropský soud pro lidská práva v jednom ze svých rozsudků dovodil, že medicínský zákrok provedený

²¹ Srov. čl. 7 odst. 1 Listiny základních práv a svobod.

²² ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. Praha: ASPI, 2007. Právní rukověť (ASPI). ISBN 978-80-7357-268-6, s. 22-23.

²³ J. Kratochvíl in: ŠIMÍČEK, Vojtěch, ed. *Lidská práva a medicína*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Mezinárodní politologický ústav, 2017. ISBN 978-80-210-8700-2, s. 69.

²⁴ Nález Ústavního soudu ČR ze dne 2. 3. 2015, sp. zn. I. ÚS 1565/14, bod 76. Dostupné z: https://www.usoud.cz/fileadmin/user_upload/Tiskova_mluvci/Publikovane_nalezyl_I_US_1565_14_a_n.pdf (cit. 1. 3. 2019).

bez souhlasu pacienta, jenž je způsobilý jej dát, by byl v rozporu s jeho právem na tělesnou integritu a jako takový tudíž porušující čl. 8 Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod.²⁵

Aby se však pacient vůbec mohl rozhodnout, zda určitý lékařský zákrok podstoupí či nikoliv, je nutné, aby mu předtím byly ze strany lékaře poskytnuty dostatečné informace vztahující se k podstatě zamýšleného zákroku, jeho možným rizikům či alternativám. Jinak řečeno, pacient vůbec musí mít představu o tom, k čemu svůj souhlas uděluje. Slovní spojení „informovaný souhlas“ tedy v sobě zahrnuje dva požadavky, jež musí být splněny kumulativně – poučení a souhlas²⁶, přičemž oba tyto požadavky jsou podrobně rozebrány v následujících kapitolách.

2.2. Náležitosti informovaného souhlasu

Jelikož poskytování zdravotních služeb představuje zásah do pacientovy tělesné integrity, jehož následky mohou být mnohdy nevratné a závažné, vyžaduje zákonodárce pro udělení souhlasu s jejich poskytnutím splnění přísných požadavků.²⁷ Náležitosti, které musí tento souhlas splňovat, vyplývají jednak ze ZZS, a jednak z OZ.

²⁵ Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ve věci *Jehovah's witnesses of Moscow and others v. Russia* ze dne 10. 6. 2010, stížnost č. 302/02, bod 135. Dostupné z: [http://eslp.justice.cz/justice/judikatura_eslp.nsf/0/E5EB2AEF89AEAD55C125845E002F58A7/\\$file/Moskev%C5%A1t%C3%AD%20Sv%C4%9Bdkov%C3%A9%20Jehovovi%20\(Jehovah's%20Witnesses%20of%20Moscow\)%20a%20ostatn%C3%AD%20proti%20Rusku_rozsudek.pdf?open&](http://eslp.justice.cz/justice/judikatura_eslp.nsf/0/E5EB2AEF89AEAD55C125845E002F58A7/$file/Moskev%C5%A1t%C3%AD%20Sv%C4%9Bdkov%C3%A9%20Jehovovi%20(Jehovah's%20Witnesses%20of%20Moscow)%20a%20ostatn%C3%AD%20proti%20Rusku_rozsudek.pdf?open&) (cit. 17. 12. 2019)

²⁶ ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016. ISBN 978-80-7552-321-1, s. 235, 238.

²⁷ POVOLNÁ, Michaela. *Právní rádce pro pracovníky ve zdravotnictví a klienty zdravotních pojišťoven*. Praha: Alfom, 2017. ISBN 978-80-87785-04-1, s. 92.

2.2.1. Náležitosti dle ZZS

ZZS předně požaduje, aby pacientův souhlas byl svobodný a informovaný.²⁸ Zároveň dále specifikuje, že pacientův souhlas je informovaný tehdy, pokud mu byly před jeho udělením srozumitelně poskytnuty informace o jeho zdravotním stavu a o navrhovaném postupu v léčbě, včetně všech jeho změn²⁹, aby tak pacient vůbec věděl, k čemu tento souhlas dává. Problematika poučení pacienta je podrobně popsána v následující části, a tudíž se na tomto místě blíže zaměřím především na prve zmíněný požadavek, tj. na požadavek, aby byl souhlas pacientem udělen svobodně. ZZS uvádí, že souhlas je svobodný tehdy, pokud není dán pod nátlakem³⁰, a to ať už fyzickým či psychickým. Zároveň pacient musí být při udělení souhlasu ve stavu, ve kterém je schopen jemu podávané informace zhodnotit a na základě nich se následně svobodně rozhodnout. Souhlas pacienta by tak patrně nebyl považován za svobodný, pokud by jej uděлил kupříkladu pod vlivem léčiv, jež by negativně ovlivňovaly jeho schopnost vnímat poskytované informace a svobodně se rozhodovat.³¹

Někteří autoři ovšem v této souvislosti namítají, že pacientův souhlas s poskytnutím zdravotních služeb nebude nikdy udělen zcela svobodně. T. Doležal dokonce uvádí, že plná svoboda rozhodování pacienta je mýtus a že pacientovo rozhodnutí ohledně zamýšleného lékařského zákroku nebude nikdy zcela autonomní. Uvádí přitom několik faktorů, jež významně negativně ovlivňují pacientovu autonomii při jeho vlastním rozhodování. Plná svoboda rozhodování pacienta je dle něj znemožňována zejména jeho aktuálním zdravotním stavem, kdy se pacient často pod vlivem své nemoci a bolesti z ní plynoucí plně svěří do péče svého lékaře a tím se automaticky podřizuje jím navrhované léčbě, aniž by o ní skutečně svobodně rozhodoval. Dále T. Doležal poukazuje na nemožnost plně objektivního poskytnutí informací lékařem. Lékař je totiž vždy ovlivněn svými odbornými názory či výchovou,

²⁸ § 28 odst. 1 ZZS.

²⁹ § 34 odst. 1 písm. b), § 31 odst. 1 písm. a) ZZS.

³⁰ § 34 odst. 1 písm. a) ZZS.

³¹ MACH, Jan. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: Zákon o specifických zdravotních službách*. Praha: Wolters Kluwer, 2018. Praktický komentář. ISBN 978-80-7598-103-5, s. 131.

náboženským vyznáním apod. Poučení poskytované pacientovi týkající se možných způsobů léčby proto nikdy nebude zcela úplné a informace jemu poskytnutá tak bude mít povahu jakéhosi „předvybraného stanoviska“. Zmíněný autor konečně spatřuje problém i v samotné erudici lékaře, která je mnohdy příčinou, jež vede k automatické a zcela důvěřivé akceptaci lékařem doporučeného způsobu léčby pacientem, aniž by tento jednal výlučně na základě vlastního svobodného rozhodnutí.³² K erudici lékaře a problémům z toho plynoucím se již ostatně vyjádřil i Ústavní soud, který konstatoval, že vzhledem ke svému odbornému vzdělání má lékař vůči pacientovi zjevnou převahu, jež může snadno vést k jejímu zneužití v podobě rozhodování za pacienta. Prostředkem k zabránění tohoto případného zneužití moci lékařem je dle Ústavního soudu vymezení jasných pravidel vztahu lékaře a pacienta a jejich práv.³³

Vedle výše uvedených faktorů zmiňuje T. Doležal ještě faktory další, tzv. externí, které rovněž nezanedbatelně ovlivňují pacientovo rozhodování. Z těchto faktorů bych vyzdvihla zejména ekonomické limity poskytovaných zdravotních služeb. Zmíněný autor rozlišuje jednak limity makroekonomické, jimiž rozumí zejména stanovování objemu peněžních prostředků investovaných do sektoru zdravotnictví či určování, zda zdravotní služba bude či nebude hrazena příslušnou zdravotní pojišťovnou, a jednak limity mikroekonomické, jimiž rozumí konkrétní finanční situaci daného pacienta. I tyto vnější faktory sehrávají nezanedbatelnou roli při pacientově rozhodování, zda danou léčbu či medicínský zákrok podstoupí či nikoliv. T. Doležal v souvislosti se svým stanoviskem o neexistenci autonomie vůle pacienta při udělování souhlasu dokonce hovoří o návratu paternalismu, resp. o tzv. neopaternalismu, neboť výše zmíněné faktory dle jeho názoru podstatně narušují partnerský vztah mezi lékařem a pacientem. Zároveň však dodává, že paternalismus v této podobě mnohdy není na

³² DOLEŽAL, Tomáš. Problematické aspekty vztahu lékaře a pacienta zejména s ohledem na institut tzv. informovaného souhlasu. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*, Praha, Vol. 1, No 1 (2011), ISSN 1804-8137, s. 4-5. Dostupné z: <http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/1/pdf> (cit. 1. 3. 2019).

³³ Nález Ústavního soudu ČR ze dne 2. 1. 2017, sp. zn. I ÚS 2078/16, bod 29. Dostupné z: https://www.usoud.cz/fileadmin/user_upload/Tiskova_mluvci/Publikovane_nalezky/2017/I. US 2078_16_an.pdf (cit. 1. 3. 2019).

škodu a lze na něj pohlížet jako na pozitivní skutečnost.³⁴ Na podobné poukazuje i H. Haškovcová, která uvádí, že v určitých situacích je „jistá míra paternalismu na místě“ a že pacienti mnohdy tento přístup od lékaře dokonce očekávají. Mnozí nemocní pacienti se totiž ve své obtížné životní situaci zdráhají vzít osud do vlastních rukou a rozhodovat sami za sebe a určení postupu v léčbě jejich nemoci tudíž ponechávají zcela na svém lékaři.³⁵

Lze tedy shrnout, že ačkoliv zákonná úprava vyžaduje, aby pacient svůj souhlas udělil svobodně, v praxi je nicméně jeho autonomie mnohdy limitována určitými skutečnostmi, které znemožňují, aby jeho rozhodnutí bylo skutečně zcela svobodné. Dle mého názoru jsou důležitým faktorem ovlivňujícím konkrétní rozhodnutí pacienta též jeho emoce, které mohou mnohdy na straně dotyčného pacienta vyvolat i zcela iracionální chování. Lze si snadno představit, že strach pacienta z určitého lékařského zákroku může vést až k jeho rozhodnutí tento zákrok nepodstoupit. Jiným příkladem může být odmítání léčby ze strany žen trpících mentální anorexií, jejichž rozhodnutí lze sotva považovat za racionální. I v takovýchto případech však lékař musí jejich rozhodnutí plně respektovat, a to i když si tím případně tyto pacientky způsobí újmu na svém zdraví či dokonce smrt. Ústavní soud dovodil, že je-li pacientovo rozhodnutí o odmítnutí léčby učiněno na podkladě jeho svobodné a vážné vůle, je nutno jeho rozhodnutí plně respektovat, byť by pro něj bylo poškozující. Lékař se sice může pacienta snažit přesvědčit, aby svoje stanovisko ještě změnil, avšak konečné rozhodnutí o podstoupení či nepodstoupení léčby spočívá v samém důsledku na pacientovi samotném.³⁶

2.2.2. Náležitosti dle OZ

Udělení souhlasu pacientem, jakožto projev jeho vůle, zakládá jak na straně lékaře, tak i pacienta určitá práva a povinnosti. Řečeno terminologií občanského

³⁴ T. Doležal, op. cit., s. 4 a 7.

³⁵ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas: proč a jak?*. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-497-3, s. 22.

³⁶ Nález Ústavního soudu ČR sp. zn. I ÚS 2078/16, op. cit., bod 30.

zákoníku jde tedy o právní jednání a musí tudíž, vedle náležitostí stanovených ZZS, splňovat i obecné náležitosti právního jednání upravené v OZ.³⁷

Předně by měl být souhlas pacientem učiněn vážně³⁸, určitě a srozumitelně³⁹. V opačném případě by se totiž o právní jednání vůbec nejednalo, resp. jednalo by se o tzv. zdánlivé právní jednání, k němuž by se v souladu s § 554 OZ vůbec nepřihlíželo.

K platnosti souhlasu je vedle toho nutné, aby osoba jej činící byla vůbec způsobilá jej udělit. Neplatnost souhlasu tak bude vyvolána zejména tehdy, bude-li pacient jednat v duševní poruše, jež jej činí neschopným právně jednat⁴⁰. V takovém případě by se jednalo o neplatnost absolutní pro rozpor s veřejným pořádkem,⁴¹ a soud by k ní proto přihlédl i bez návrhu.⁴² Pojem duševní poruchy, jehož zde český zákonodárce zvolil, je ovšem dle mého názoru dosti neurčitý, a v praxi proto může způsobovat značné interpretační obtíže. Z hlediska *de lege ferenda* by se proto dalo uvažovat o doplnění vysvětlení obsahu tohoto pojmu přímo do zákonné úpravy. Definici duševní poruchy sice můžeme nalézt v trestním zákoníku, nicméně vzhledem k ustanovení § 1 odst. 1 věta druhá OZ („*uplatňování soukromého práva je nezávislé na uplatňování práva veřejného*“) zřejmě nebude možné v oblasti práva soukromého tuto definici použít. Nicméně, určité vysvětlení tohoto pojmu nám nabízí komentářová literatura, když uvádí, že se musí jednat o takový duševní stav, ve kterém jednáající osoba není schopna rozeznat obsah a podstatu svého jednání. Nadto příkladmo uvádí, čím vším může být ona duševní porucha vyvolána: může být způsobena zejména silnou intoxikací pacienta, epileptickým záchvatem či vysokou horečkou.⁴³ Nahlédneme-li do právních řádů zahraničních, zjistíme, že mnohé z nich se k této otázce vyjadřují

³⁷ T. Holčapek, P. Šustek in: *Občanský zákoník: komentář*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2014. Komentáře (Wolters Kluwer ČR). ISBN 978-80-7478-370-8, s. 348.

³⁸ § 552 OZ.

³⁹ § 553 odst. 1 OZ.

⁴⁰ § 581 věta druhá OZ.

⁴¹ V. Beran in: PETROV, Jan. *Občanský zákoník: komentář*. Praha: C.H. Beck, 2017. Beckova edice komentované zákony. ISBN 978-80-7400-653-1, s. 619.

⁴² § 588 OZ.

⁴³ Komentář k § 581 OZ. Dostupné z: <https://www.beck-online.cz/bo/document-view.seam?documentId=nnptembrpwwk5tlge2c443cl4zdamjls144dsx3qmy2tqmi> (cit. 5. 3. 2019).

poněkud důkladněji. Za inspirativní v této souvislosti považuji kupříkladu právní úpravu Spojeného království⁴⁴, kde je zákonem výslovně stanoveno, že pacient není způsobilý činit samostatně rozhodnutí, jestliže není schopen porozumět předávaným informacím relevantním pro jeho rozhodnutí, tyto informace si zapamatovat, patřičně je zvážit a vyhodnotit či jestliže není schopen své rozhodnutí sdělit.⁴⁵ Ačkoliv český zákonodárce na definici pojmu duševní poruchy rezignoval, jisté vymezení tohoto pojmu však provedl Nejvyšší soud ČR ve svém rozhodnutí z roku 2012: „*Duševní porucha se podle moderních medicínských názorů vymezuje jako zřetelná odchylka od stavu duševního zdraví a rovnováhy, kterým se rozumí stav úplné a sociální pohody, jako výslednice vnitřních (genetických) a vnějších (psychociálních a enviromentálních) faktorů.(...).* Duševní poruchou je nejenom duševní choroba, ale i krátkodobá porucha psychických funkcí, hluboká porucha vědomí, slabomyslnost a jakákoli jiná těžká duševní odchylka, jestliže měla za následek ztrátu nebo zmenšení rozpoznávacích či ovládacích schopností.“⁴⁶

Vedle duševní poruchy může neplatnost souhlasu za určitých okolností vyvolat i příliš nízký věk pacienta. Obecně platí, že způsobilost pacienta udělit souhlas s poskytnutím zdravotní služby je součástí jeho svéprávnosti, jež se v plném rozsahu nabývá dovršením zletilosti, tj. osmnáctého roku věku⁴⁷, případně ještě před dosažením této věkové hranice přiznáním svéprávnosti soudem či uzavřením manželství⁴⁸. Nicméně, i nezletilí pacienti, kteří plné svéprávnosti dosud nenabývali, mohou za určitých okolností udělit svůj souhlas k určitému lékařskému zákroku zcela samostatně. Aby se tak však mohlo stát, je nutné, aby byly splněny podmínky vymezené v § 95 OZ, resp. v § 35 odst. 1 ZZS; pakliže splněny nebudou, jejich souhlas bude neplatný. O

⁴⁴ Srov. § 3 odst. 1 Mental Capacity Act 2005.

⁴⁵ STAUCH, Marc, Kay WHEAT a John TINGLE. *Text, cases and materials on medical law and ethics*. 4th ed. New York: Routledge, 2012. ISBN 978-0-415-, s. 103.

⁴⁶ Rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR 30 Cdo 3061/2012 ze dne 21. 12. 2012. Dostupné z: <https://www.zakony.cz/soudni-rozhodnuti/nejvyssi-soud/2012/1/judikat-ns-30-Cdo-3061-2012-GNS20125572> (cit. 8. 3. 2019).

⁴⁷ § 30 odst. 1 OZ.

⁴⁸ § 30 odst. 2 OZ.

problematicke způsobilosti nezletilých samostatně udělit souhlas s poskytnutím zdravotních služeb je blíže pojednáno v následující kapitole.

2.3. Způsobilost nezletilých k udělení informovaného souhlasu

V § 35 odst. 1 ZZS se uvádí, že nezletilý pacient může svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb udělit samostatně tehdy, pokud je jejich provedení přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. V ostatních případech vyslovují souhlas v oblasti péče o zdraví daného nezletilce jeho zákonní zástupci – zde typicky rodiče.⁴⁹

Obdobně se k této otázce vyjadřuje i OZ v § 95, který (stejně jako ZZS) umožňuje, aby nezletilý pacient, který dosud nenabyl plné svéprávnosti, mohl udělit souhlas sám, pokud to je „*přiměřené rozumové a volní vyspělosti nezletilých jeho věku*“. Nadto však OZ vyžaduje, aby se tak dělo jen v obvyklých záležitostech, přičemž se zároveň musí jednat o zákrok, který nezanechává trvalé či závažné následky. V ostatních případech bude opět vyžadován souhlas zákonného zástupce dotyčného nezletilce, který jej však bude moci udělit pouze tehdy, pokud to bude k pacientově přímému prospěchu.⁵⁰

Rozdílnost úpravy obsažené v OZ oproti úpravě v § 35 ZZS tedy spočívá v tom, že byť by udělení souhlasu nezletilým pacientem, který dosud nenabyl plné svéprávnosti, sice bylo přiměřené rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku, nemohl by jej přesto udělit v případě zákroků zanechávajících trvalé či vážné následky. Za onen trvalý následek by zřejmě bylo možné považovat kupříkladu vytržení (nikoliv mléčného) zubu u zubaře; za použití § 95 OZ bychom dospěli k závěru, že samostatné udělení souhlasu nezletilým pacientem by zde nepřicházelo v úvahu, a to i přesto, že by provedení extrakce zubu v daném případě bylo přiměřené rozumové a volní vyspělosti nezletilých jeho věku (kupříkladu by se jednalo o pacienta, jenž již dovršil sedmnácti let), neboť jde o zákrok zanechávající trvalý následek. Za použití § 35 ZZS bychom

⁴⁹ Srov. § 892 odst. 1 OZ.

⁵⁰ § 93 odst. 2 OZ.

nicméně patrně dospěli k závěru zcela opačnému; v tomto případě by totiž k tomu, aby tento nezletilec mohl svůj souhlas udělit samostatně, stačilo dovodit, že provedení extrakce zubu je přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku; přitom skutečnost, že se jedná o zákrok s trvalým následkem, by zde nehrála roli. Logicky se tak nabízí otázka, jaký je vztah mezi oběma ustanoveními, resp. které ustanovení bude mít při aplikaci přednost. Komentářová literatura⁵¹ k § 95 OZ uvádí, že zásahy do integrity nezletilých při poskytování zdravotních služeb se mají řídit zvláštní úpravou v ZZS a nikoli obecnými ustanoveními OZ, a tudíž bude mít ustanovení § 35 ZZS před obecnou úpravou v OZ přednost. Na tomto místě si však dovoluji pochybovat o správnosti tohoto závěru. Obecně se sice skutečně má za to, že ZZS má vůči OZ speciální postavení, a tudíž by se měla jeho ustanovení, v souladu se zásadou *lex specialis derogat legi generali*, aplikovat přednostně před obecnějším OZ. V daném případě mám však za to, že ustanovení § 95 OZ má ve vztahu k ustanovení § 35 ZZS povahu *lex specialis*, neboť modifikuje a specifikuje obecné pravidlo o udělování souhlasu nezletilci obsažené v ZZS. Ke stejnému závěru ostatně dospěli i autoři jiného z komentářů k § 95 OZ⁵², a proto se domnívám, že by aplikace § 95 OZ neměla být v oblasti poskytování zdravotních služeb vylučována.

K jakým konkrétním lékařským úkonům tedy postačí souhlas nezletilého pacienta, aniž by se současně vyžadoval souhlas jeho zákonného zástupce? Odpověď na tuto otázku bude záviset na okolnostech každého jednotlivého případu. Tak kupříkladu šestnáctiletý pacient bude moci samostatně udělit souhlas k vyšetření lékařem při preventivní prohlídce, naproti tomu k operativnímu odstranění slepého střeva však již souhlasu jeho zákonného zástupce bude třeba.⁵³ V některých případech jsou dokonce zákonem určeny speciální věkové hranice, po jejichž dovršení může pacient o lékařském zákroku vždy rozhodovat samostatně. Jde zejména o zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství, který stanoví, že pacientka může udělit souhlas

⁵¹ P. Tůma in: LAVICKÝ, Petr. *Občanský zákoník: komentář*. Praha: C.H. Beck, 2015. Velké komentáře. ISBN 978-80-7400-529-9, s. 565.

⁵² T. Holčápek, P. Šustek in: *Občanský zákoník: komentář*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2014. Komentáře (Wolters Kluwer ČR). ISBN 978-80-7478-370-8, s. 371.

⁵³ POVOLNÁ, Michaela. *Právní rádce pro pracovníky ve zdravotnictví a klienty zdravotních pojišťoven*. Praha: Alfom, 2017. ISBN 978-80-87785-04-1, s. 94.

k provedení interrupce samostatně, pokud již dovršila 16 let (v ostatních případech bude zapotřebí souhlasu jejího zákonného zástupce).⁵⁴

Nicméně, i v případech, kdy nezletilý pacient k samostatnému udělení souhlasu způsobilý nebude, nemůže být jeho názor na zamýšlené poskytnutí zdravotních služeb zcela opomíjen. Naopak, jeho názor na poskytnutí plánované zdravotní služby musí být náležitě zjištěn a následně i patřičně zohledněn, přičemž důležitost jeho názoru se zvyšuje s jeho rostoucím věkem a mírou jeho rozumové a volní vyspělosti.⁵⁵ Toto pravidlo respektuje Úmluvu o právech dítěte⁵⁶, jež ve svém čl. 12 požaduje, aby smluvní státy zabezpečily dítěti, jež je schopno formulovat své názory, právo tyto názory svobodně vyjadřovat, a to ve všech záležitostech, které se jej dotýkají a těmto názorům musí být věnována pozornost odpovídající jeho věku a úrovni.

V praxi přitom může nastat situace, kdy se názor nezletilého pacienta na poskytnutí konkrétní zdravotní služby nebude shodovat se stanoviskem jeho zákonného zástupce. Na tyto případy pamatuje § 100 OZ, jenž stanoví, jak má být v takovýchto konfliktních situacích postupováno. Pokud tedy nezletilý pacient, který dosud nenabyl plné svéprávnosti, provedení daného lékařského zákroku vážně odporuje, ačkoliv jeho zákonný zástupce s jeho provedením vyslovil souhlas, a bude-li se zároveň jednat o pacienta, který již dovršil 14 let věku, bude nezbytné, aby s realizací daného lékařského úkonu vyslovil souhlas soud.⁵⁷ Obdobně to bude platit i pro situaci opačnou, tedy jestliže zákonný zástupce nebude s daným zákrokem souhlasit, avšak pacient s jeho provedením souhlas vysloví – opět bude vyžadován souhlas soudu.⁵⁸ Při aplikaci tohoto ustanovení je však nutné zohlednit i již zmíněný § 95 OZ. Pokud totiž půjde o nezletilého pacienta (a to ať již věkové hranice 14 let dosáhl či nikoliv), který vzhledem ke své rozumové a volní vyspělosti již bude, ve smyslu § 95 OZ, způsobilý k samostatnému udělení souhlasu, nebude dán pro aplikaci § 100 OZ prostor, neboť

⁵⁴ § 6 zákona č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství.

⁵⁵ § 35 odst. 1 ZZS.

⁵⁶ Ve Sbírce zákonů publikována jako Sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí č. 104/1991 Sb., o sjednání Úmluvy o právech dítěte.

⁵⁷ § 100 odst. 1 OZ.

⁵⁸ § 100 odst. 2 OZ.

v takovém případě bude tento nezletilý pacient projevovat svůj souhlas zcela samostatně, a to bez ohledu na to, zda s tím jeho zákonný zástupce souhlasí či nikoliv. Ustanovení § 100 OZ se bude tudíž aplikovat pouze v případě nezletilých, kteří již dovršili 14 let věku a kteří v daném případě dosud nejsou způsobilí udělit svůj souhlas samostatně. Zmíněné ustanovení je důležitým nástrojem ochrany při zásazích do integrity nezletilých pacientů. Zákonodárce zde zohledňuje skutečnost, že u nezletilých, kteří již dovršili 14 let, lze předpokládat, že jsou schopni provádět kvalifikovaná rozhodnutí, přičemž spolu s jejich rostoucím věkem roste i jejich spolořhodovací schopnost.⁵⁹

2.3.1. Informovaný souhlas nezletilých v anglickém právu

Na závěr kapitoly pojednávající o způsobilosti nezletilých samostatně udělit souhlas s poskytnutím zdravotních služeb bych ráda provedla v této oblasti stručnou komparaci s právní úpravou Velké Británie, jež v porovnání s právní úpravou tuzemskou sice vykazuje mnoho společných rysů, na druhou stranu však lze v anglickém právu zaznamenat poněkud komplexnější a diferencovanější přístup, než jaký zvolil český zákonodárce.

Oproti české právní úpravě rozčleňuje anglické právo období nezletilosti⁶⁰ na tři fáze. Fáze první označovaná jako *The Child of Tender Years* označuje období, kdy daný nezletilec z důvodu nedostatečné intelektuální kapacity a schopnosti činit kvalifikovaná rozhodnutí zcela postrádá způsobilost samostatně udělovat souhlas s poskytnutím zdravotních služeb. V takovém případě je vyžadován souhlas buď osoby mající vůči

⁵⁹ DOLEŽAL, T. Způsobilost nezletilých udělit souhlas s poskytnutím zdravotních služeb. Časopis zdravotnického práva a bioetiky, 2018, č. 1, s. 58-59. Dostupné z: <http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/164/138> (cit. 11. 3. 2019).

⁶⁰ Stejně jako v právu českém, i v právu britském se osoba stává zletilou dovršením 18 let věku (§ 1 odst. 1 Family Law Reform Act 1969).

dítěti rodičovskou odpovědnost, nebo soudu, případně osoby, jež o dítě pečuje, byť vůči němu sama rodičovskou odpovědnost nevykonává.⁶¹

Druhou fází, jíž každý nezletilec na cestě k plné způsobilosti samostatně rozhodovat o poskytnutí zdravotních služeb prochází, je označována jako *The 'Gillick competent' Child*. Pojem '*Gillick způsobilost*' má svůj původ v přelomovém rozhodnutí Sněmovny Lordů ve věci *Gillick v West Norfolk and Wisbech Area Health Authority* z roku 1985.⁶² V této věci se paní Gillick, matka pěti dcer ve věku mladším šestnácti let, domáhala vydání rozhodnutí o tom, že poskytování rad ohledně hormonální antikoncepce a její následné předepsání jedné z jejích dcer bez jejího vědomí a souhlasu, bylo protiprávní. Postup lékařů v této oblasti se přitom odehrával podle instrukce tamního ministerstva zdravotnictví, která lékařům umožňovala předepisovat antikoncepci dívkám v tomto věku i bez souhlasu jejich rodičů, v čemž ovšem paní Gillick spatřovala nepřípustný zásah do jejich rodičovských práv. Paní Gillick však v této věci nebyla úspěšná - Sněmovna Lordů její návrh zamítla. Bylo rozhodnuto, že nezletilec mladší šestnácti let může za určitých okolností projevit svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb zcela samostatně, bez ingerence svých rodičů. Podmínkou ovšem je, že musí dosáhnout dostatečné intelektuální vyspělosti, jež mu umožní plně porozumět podstatě navrhované zdravotní péče (tzv. '*Gillick způsobilost*').⁶³

O několik let později ovšem britský *Court of Appeal* vydal další dvě zásadní rozhodnutí, kterými toto pravidlo podstatným způsobem modifikoval. Zmíněná rozhodnutí se týkala otázky práva nezletilců mladších šestnácti let samostatně rozhodovat o odmítnutí navrhované léčby. Britský *Court of Appeal* dovodil, že nesouhlas osoby mladší šestnácti let s léčbou (tedy nikoliv její souhlas) může být „přehlasován“ souhlasem uděleným jejím rodičem (případně soudem), a to ať již tato

⁶¹ James Munby in: *Principles of Medical Law*. Oxford University Press, 1998. ISBN 0-19-826861-0, s. 203-209.

⁶² Tamtéž.

⁶³ In re *Gillick v West Norfolk and Wisbech Area Health Authority* [1986] AC 112.

osoba onu 'Gillick způsobilost' má či nemá.⁶⁴ Jinými slovy, nezletilému pacientovi mladšímu šestnácti let tak může být zdravotní péče poskytnuta i proti jeho vůli, a to za předpokladu, že s jejím poskytnutím vyslovil souhlas alespoň jeden z jeho rodičů, případně soud.⁶⁵ Je ovšem nutné zmínit, že tento závěr byl anglickou odbornou veřejností přijímán s určitými rozpaky. Poukazováno bylo především na jeho nelogičnost; tak kupříkladu rodiče nezletilé gravidní pacientky, jež nedala souhlas k provedení interrupce, by mohli její rozhodnutí zvrátit, zatímco v situaci opačné, tj. pokud by pacientka s potratem souhlas vyslovila, ovšem její rodiče by s jejím rozhodnutím nesouhlasili, by jejich stanovisko nehrálo vůbec žádnou roli. Dle mnohých odborníků je tak tímto pravidlem nepřipustně zasahováno do práva nezletilých pacientů na sebeurčení.⁶⁶

Třetí a zároveň poslední fází předtím, než nezletilec dovrší osmnácti let a nabude tak plné způsobilosti činit svá rozhodnutí zcela samostatně, je období šestnácti a sedmnácti let jeho věku. O způsobilosti nezletilých tohoto věku pojednává anglický *Family Law Reform Act* z roku 1969, jenž stanoví, že souhlas osoby, jež dosáhla věku šestnácti let, má mít stejné účinky, jako kdyby jej udělila osoba zletilá; souhlas rodičů se nevyžaduje.⁶⁷ I zde ovšem platí výše uvedené pravidlo týkající se nezletilých s tzv. 'Gillick způsobilosti', totiž že rodič dotyčného nezletilce může zvrátit jeho rozhodnutí nepodstoupit určitou léčbu.⁶⁸

Z výše uvedeného je patrné, že jak v právu českém, tak i v právu britském je značně reflektována skutečnost, že rozumová a volní vyspělost nezletilých je jevem

⁶⁴ V prvním z rozhodnutí šlo o patnáctiletou pacientku odmítající psychiatrickou léčbu, ve druhém z rozhodnutí se jednalo o šestnáctiletou pacientku odmítající léčbu mentální anorexie.

E. CAVE, Goodbye Gillick? Identifying and Resolving Problems with the Concept of Child Competence, s. 4-5. Dostupné z: <http://dro.dur.ac.uk/11239/1/11239.pdf> (cit. 21. 12. 2019).

⁶⁵ Re R (A Minor) (Wardship: Medical Treatment) [1992].

Re W (A Minor) (Medical Treatment: Court's Jurisdiction) [1993].

⁶⁶ James Munby in: Principles of Medical Law. Oxford University Press, 1998. ISBN 0-19-826861-0, s. 207-208.

⁶⁷ § 8 odst. 1 Family Law Reform Act 1969.

⁶⁸ James Munby in: Principles of Medical Law. Oxford University Press, 1998. ISBN 0-19-826861-0, s. 210.

dynamickým a jako taková se proto nabývá postupně. Rozdílnost v obou právních úpravách pak lze spatřovat zejména v existenci tří zvláštních skupin nezletilých v anglickém právním řádu, jež v právní úpravě české nemají obdobu.

2.4. Forma souhlasu

Jak jsem již uvedla výše, souhlas s poskytnutím zdravotních služeb je právním jednáním. Jako takový tudíž může být projevěn výslovně (a to buď písemnou či ústní formou), či konkludentně, tedy jiným způsobem, který nevzbuzuje pochybnost o tom, co chtěl daný pacient projevit.⁶⁹ V praxi je přitom poměrně časté, že k poskytování zdravotních služeb dochází právě na základě souhlasu projeveného pouhým konkludentním jednáním. Typickým příkladem je situace, kdy si pacient vyhrne rukáv, aby mu lékař provedl odběr krve či změřil tlak, čímž pacient projevuje s provedením těchto zdravotních úkonů souhlas.⁷⁰

Pro souhlas s některými závažnějšími zásahy do integrity pacienta je ovšem vyžadována (ať již zákonem či poskytovatelem zdravotních služeb samotným) forma písemná, přičemž nedodržení této formy má pak za následek neplatnost uděleného souhlasu.⁷¹ K poskytování jakých zdravotních služeb se tedy vyžaduje souhlas učiněný v písemné formě? ZZS stanovuje požadavek písemné formy pouze pro souhlas s hospitalizací, v ostatních případech je písemná forma vyžadována, jestliže tak stanoví jiné právní předpisy či jestliže tak rozhodne poskytovatel zdravotních služeb.⁷² Oními jinými právními předpisy, na které ZZS odkazuje, je jednak OZ a jednak zákony další, zejména transplantační zákon⁷³, zákon o specifických zdravotních službách⁷⁴, zákon o

⁶⁹ § 546 OZ.

⁷⁰ T. Holčapek, P. Šustek in: *Občanský zákoník: komentář*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2014. Komentáře (Wolters Kluwer ČR). ISBN 978-80-7478-369-2, s. 373.

⁷¹ § 582 odst. 1 věta první OZ.

⁷² § 34 odst. 2 ZZS.

⁷³ Dle § 7 odst. 4 a § 17 odst. 3 zákona č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon) musí být souhlas učiněn v písemné formě jak dárce orgánu nebo tkáně, tak i jeho příjemcem. V případě odběru orgánu od žijícího dárce pro

léčivech⁷⁵, zákon o zdravotnických prostředcích⁷⁶ či zákon o umělém přerušení těhotenství⁷⁷.

OZ stanovuje požadavek písemné formy souhlasu v případě zásahu do integrity člověka, jestliže jím má dojít k oddělení části těla, která se již neobnoví.⁷⁸ Půjde například o operativní odstranění žlučníku či o amputaci končetiny. Vedle těchto závažných lékařských zákroků však toto ustanovení OZ dopadá i na zákroky méně závažné, dalo by se říci, že v porovnání s právě uvedenými zákroky až banální. Tak bude písemný souhlas vyžadován i v případě extrakce zubu, odstranění bradavice či mateřského znaménka, neboť i v těchto případech jde o odstranění části těla, která se již neobnoví. Na druhou stranu, písemná forma souhlasu paradoxně nebude zákonem vyžadována u zákroků, při nichž sice k samotnému oddělení části těla nedochází, avšak jejich provedení je spojeno s extrémními riziky pro zdraví dotyčného pacienta. Jako příklad lze uvést implantaci tzv. shuntu do mozku k regulaci tlaku mozkomíšního moku či léčbu rakoviny cytostatiky, která je spojena s mnohými závažnými vedlejšími účinky a možnými trvalými následky na zdraví dotyčného pacienta.⁷⁹ Dle mého názoru není tato právní úprava konstruována příliš vhodně, neboť dostatečně nezohledňuje závažnost prováděných lékařských zákroků. Domnívám se, že by v této souvislosti bylo vhodné zvolit poněkud kazuističtější právní úpravu, neboť nalézt obecné kritérium pro

příjemce, který není osobou dárci blízkou, se dokonce vyžaduje, aby písemně projevený souhlas byl opatřen úředně ověřeným podpisem dárcce (§ 3 odst. 2 písm. b)).

⁷⁴ Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách stanovuje požadavek písemné formy souhlasu pro provedení asistované reprodukce (§ 8 odst. 2), sterilizace (§ 13 odst. 1 a § 15 odst. 2), kastrace (§ 19), změny pohlaví transsexuálních pacientů (§ 23), psychochirurgických výkonů (§ 24 odst. 2, § 26), genetického vyšetření (§28 odst. 10 písm. b)), jakož i pro provádění ověřování nových metod a postupů, jež dosud nebyly v klinické praxi zavedeny (§ 33 odst. 4 písm. a)).

⁷⁵ Dle § 51 odst. 2 písm. h), bod 1. zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech je písemná forma souhlasu vyžadována k účasti v klinickém hodnocení humánních léčivých přípravků.

⁷⁶ Dle § 18 odst. 2 zákona č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně zákona č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů se písemná forma vyžaduje pro souhlas k účasti na klinické zkoušce zdravotnického prostředku.

⁷⁷ Zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství v § 4 požaduje, aby žena o provedení umělého přerušení těhotenství požádala v písemné formě.

⁷⁸ § 96 odst. 1 OZ.

⁷⁹ T. Holčapek, P. Šustek in: *Občanský zákoník: komentář*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2014. Komentáře (Wolters Kluwer ČR). ISBN 978-80-7478-369-2, s. 374.

případy, kdy je vyžadován souhlas v písemné formě, je velmi složité a problematické. Řešení, které bych zde navrhovala, by spočívalo v taxativním vymezení zákroků, k jejichž provedení by byl nezbytný souhlas udělený v písemné formě, a to v prováděcím právním předpise (vyhlášce ministerstva zdravotnictví). Zároveň si ovšem plně uvědomuji riziko tohoto způsobu řešení spočívající v tom, že některý závažný zákrok bude opomenut či v souvislosti s pokrokem v medicíně dojde k novému zavedení určitých zákroků do zdravotnické praxe, v důsledku čehož by se seznam lékařských úkonů, u nichž by byl vyžadován souhlas v písemné formě, musel průběžně aktualizovat. Na druhou stranu však pozitivně hodnotím možnost poskytovatelů stanovit dobrovolně požadavek písemné formy nad rámec případů uvedených v zákoně, čehož poskytovatelé zdravotních služeb také v praxi často využívají, a to především v souvislosti s výše zmíněnými rizikovými zákroky ovlivňujícími další život pacienta. Dojde-li totiž na případný soudní spor, bude to právě poskytovatel zdravotních služeb, jenž bude muset prokázat, že pacient souhlas udělil. Z důvodu snadnějšího průběhu dokazování jsou tak poskytovatelé motivováni obstarat si pacientův souhlas v písemné formě.⁸⁰

Kromě shora uvedeného případu vymezuje OZ ve svém § 96 odst. 2 ještě další dvě situace, kdy je vyžadováno, aby byl souhlas pacientem udělen v písemné formě. Předně jde o provedení lékařského pokusu na člověku. OZ však dále nikterak nespécifikuje, co se oním lékařským pokusem na člověku rozumí. Dle komentářové literatury však tento pojem obsahově splývá s ověřováním nezavedené metody, která dosud nebyla v klinické praxi zavedena, jež je upravena v § 33 a násl. zákona o specifických zdravotních službách.⁸¹

Vedle toho požaduje OZ písemnou formu i pro souhlas s provedením lékařských zákroků, které aktuální zdravotní stav pacienta nevyžaduje.⁸² Těmito zákroky se rozumí zejména různé estetické medicínské výkony (např. estetická plastická chirurgie). OZ

⁸⁰ POVOLNÁ, Michaela. *Právní rádce pro pracovníky ve zdravotnictví a klienty zdravotních pojišťoven*. Praha: Alfom, 2017. ISBN 978-80-87785-04-1, s. 99.

⁸¹ T. Holčápek, P. Šustek in: *Občanský zákoník: komentář*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2014. Komentáře (Wolters Kluwer ČR). ISBN 978-80-7478-369-2, s. 375.

⁸² § 96 odst. 2 písm. b) OZ.

však z dosahu tohoto ustanovení výslovně vyjímá kosmetické zákroky, jež nezanechávají trvalé či závažné následky⁸³, a u nichž proto postačí souhlas učiněný i v jiné než písemné formě.

Ve všech těchto případech, kdy je (ať již zákonem anebo poskytovatelem zdravotních služeb samotným) vyžadováno, aby pacient svůj souhlas učinil v písemné formě, dopadá na poskytovatele povinnost zpracovat seznam zdravotních služeb, k nimž se písemný souhlas vyžaduje.⁸⁴ Tato povinnost ovšem nedopadá na poskytovatele zdravotnické záchranné služby, zdravotnické dopravní služby, přepravy pacientů neodkladné péče, záchytné služby a lékárenské péče. Pokud by poskytovatel tento seznam nezpracoval, dopustil by se přestupku, za který mu může být uložena pokuta až do výše 100 000 Kč.⁸⁵

Jak jsem již nastínila výše, v drtivé většině případů poskytování zdravotních služeb není písemná forma souhlasu vyžadována a postačí tedy souhlas projevený ústně či dokonce konkludentně. Pro případy, kdy písemná forma souhlasu není vyžadována, stanoví OZ vyvratitelnou právní domněnku, že souhlas pacientem udělen byl.⁸⁶ Pokud by pacient chtěl tuto domněnku vyvrátit, musel by prokázat, že souhlas neudělil. Neudělení souhlasu jakožto negativní skutečnost se však pochopitelně bude pacientovi prokazovat podstatně obtížněji než jeho udělení a na straně pacienta tak snadno může dojít k situaci důkazní nouze, neboť jediným důkazem svědčícím v jeho prospěch bude často pouze jeho vlastní výpověď. Pro pacienta proto bude v praxi velmi obtížné, ne-li přímo nemožné, tuto domněnku z důvodu absence vhodných důkazních prostředků vyvrátit, což může být následně vnímáno i jako porušení jeho ústavně zaručeného práva na soudní ochranu. Z tohoto důvodu je toto ustanovení OZ v odborné literatuře mnohdy terčem kritiky, neboť nepřiměřeně zvýhodňuje pozici poskytovatele na úkor pacienta. Komentářová literatura proto dovozuje, že má-li být výklad tohoto ustanovení co nejvíce ústavně konformní, měl by soud v případě, že pacient udělení souhlasu popře,

⁸³ § 96 odst. 2 písm. b) část věty za středníkem OZ.

⁸⁴ § 45 odst. 2 písm. h) ZZS.

⁸⁵ § 117 odst. 2 písm. b), § 117 odst. 4 písm. e) ZZS.

⁸⁶ § 97 odst. 2 věta první OZ.

příčemž toto popření nebude zcela nevěrohodné, vyžadovat, aby udělení souhlasu prokázal poskytovatel coby osoba, která se jej dovolává. Důvodem pro toto řešení je mimo jiné skutečnost, že poskytovatel má v porovnání s pacientem k dispozici zpravidla podstatně více důkazních prostředků (např. svědectví zdravotní sestry, záznamy ve zdravotnické dokumentaci) prokazující udělení souhlasu pacientem, a tudíž se jeví jako spravedlivé po něm požadovat, aby v případném soudním sporu tuto skutečnost prokázal.⁸⁷

2.5. Odvolání souhlasu

S právem pacienta udělit souhlas s poskytnutím určité zdravotní služby je nedílně spjata jeho právo udělený souhlas také odvolat⁸⁸. Z formálního hlediska může k odvolání souhlasu dojít v jakékoliv formě, a to i když byla pro jeho udělení vyžadována forma písemná.⁸⁹ Jinak řečeno, i pokud by pacient udělil k určitému zdravotnímu úkonu svůj souhlas písemně, k jeho odvolání by přesto postačil i projev vůle učiněný ústně. Toto ustanovení ZZS je speciální právní úpravou vůči obecnějšímu § 564 OZ, který by jinak pro změnu právního jednání požadoval projev vůle ve stejné či přísnější formě. V zájmu samotného pacienta bude nicméně nanejvýš vhodné projevit vůli o odvolání souhlasu písemně, neboť v případném soudním sporu o tom, zda souhlas skutečně odvolal či nikoliv, bude muset toto odvolání prokázat právě on. Nadto OZ stanoví, že v případě nejistoty o tom, zda byl souhlas odvolán jinak než písemně, se má za to, že odvolán nebyl.⁹⁰ Aby se tak pacient vyhnul situacím důkazní nouze, bude pro odvolání svého souhlasu volit zpravidla právě formu písemnou.⁹¹

⁸⁷ T. Holčápek, P. Šustek in: *Občanský zákoník: komentář*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2014. Komentáře (Wolters Kluwer ČR). ISBN 978-80-7478-369-2, s. 380-381.

⁸⁸ § 34 odst. 4 věta první ZZS.

⁸⁹ § 97 odst. 1 OZ.

⁹⁰ § 97 odst. 2 věta druhá OZ.

⁹¹ T. Holčápek, P. Šustek in: *Občanský zákoník: komentář*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2014. Komentáře (Wolters Kluwer ČR). ISBN 978-80-7478-369-2, s. 379-380.

Podle ZZS ovšem právo pacienta odvolat svůj souhlas není zcela bezbřehé. ZZS totiž stanoví, že „*odvolání souhlasu není účinné, pokud již bylo započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušeni může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života pacienta.*“⁹² Domnívám se, že toto navenek neproblematicky se jevící ustanovení, může při podrobné analýze vyvolat četné interpretační obtíže a nejasnosti. Předně je nutno poukázat na provázanost tohoto ustanovení ZZS s ustanovením čl. 5 Úmluvy o biomedicíně, jenž bez dalšího stanoví, že pacient může kdykoliv svůj souhlas svobodně odvolat, aniž by přitom toto jeho právo bylo limitováno jakýmkoliv dalšími omezeními. Je tedy patrné, že § 34 odst. 4 věta druhá ZZS je v tomto ohledu v rozporu se zmíněným článkem Úmluvy o biomedicíně. V této souvislosti se logicky nabízí otázka: kterému z těchto dvou ustanovení by měla být dána při aplikaci přednost? Za použití pravidla obsaženého v článku 10 Ústavy ČR dospějeme k závěru, že přednost by měla mít úprava obsažená v Úmluvě o biomedicíně, neboť jde o mezinárodní smlouvu, která má v případě rozporu se zákonem aplikační přednost. Na základě toho bychom pak mohli dovodit, že pacient by mohl právně relevantně odmítnout dokonce i léčbu spočívající v přístrojové podpoře životních funkcí, na níž je existenčně závislý, kupříkladu by mohl požadovat ukončení umělé plicní ventilace či vypnutí kardiostimulátoru. Pokud bychom ovšem vycházeli z právní úpravy obsažené v ZZS, odvolání souhlasu pacientem by v takovém případě nebylo účinné, neboť by přerušeni této již zahájené léčby pacienta (tj. těchto zdravotních výkonů) vedlo k ohrožení jeho života.

Je ovšem otázkou, zda se § 34 odst. 4 věta druhá na ukončování umělé orgánové podpory vůbec vztahuje. H. Krejčíková tvrdí, že nikoliv, neboť z § 2 odst. 4 písm. b) ZZS lze dovodit, že zdravotním výkonem je jen takové poskytování zdravotních služeb, jenž je prováděno bezprostředně zdravotnickými pracovníky, nikoliv prostřednictvím přístrojové techniky. V souladu s touto interpretací by tak pacient souhlas s léčbou spočívající v poskytování orgánové podpory vitálních funkcí odvolat mohl.⁹³ Ke stejnému závěru jsme ovšem dospěli i za použití aplikační přednosti Úmluvy o

⁹² § 34 odst. 4 věta druhá ZZS.

⁹³ KREJČÍKOVÁ, Helena. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*. Praha: Galén, c2014. Theatrum medico-iuridicum. ISBN 978-80-7492-167-4, s. 82-84.

biomedicíně. Z výše uvedených důvodů se stejně jako H. Krejčíková, domnívám, že pacientovi nelze právo rozhodovat o odpojení od přístrojů upírat, a to ani tehdy, vedlo-li by jeho rozhodnutí k vážnému ohrožení jeho života či zdraví.

2.6. Informovaný souhlas a odpovědnost lékaře

Provedení lékařského zákroku bez souhlasu pacienta (či jiného zákonného oprávnění) může mít pro lékaře, resp. zdravotnické zařízení mnohdy dalekosáhlé odpovědnostní důsledky. V úvahu zde bude přicházet především odpovědnost občanskoprávní, neboť poskytnutí zdravotní služby bez souhlasu pacienta bezesporu představuje neoprávněný zásah do jeho osobnostní integrity; nahlíženo optikou OZ by se tak na straně lékaře jednalo o občanskoprávní odpovědnost za újmu na přirozeném právu člověka.⁹⁴

Mohl by však lékař za provedení medicínského zákroku bez souhlasu dotyčného pacienta podléhat vedle odpovědnosti občanskoprávní i odpovědnosti trestní? Odpověď na tuto otázku není dle mého názoru zcela jasná. Předně je nutné zmínit, že trestní zákoník⁹⁵ takovéto jednání výslovně nepostihuje. Tyto případy nejsou v praxi postihovány ani v rámci ustanovení o trestném činu omezování osobní svobody.⁹⁶ Komentářová literatura totiž pojem osobní svobody vykládá toliko ve smyslu volného pohybu osoby, nikoliv svobody rozhodování.⁹⁷ Zdá se však, že názory na způsob interpretace tohoto pojmu nejsou zcela jednotné; nahlédneme-li totiž do některých komentářů dalších, zjistíme, že pod pojem osobní svobody zahrnují rovněž svobodu rozhodování⁹⁸, z čehož by vyplývalo, že by se lékař provedením zákroku bez pacientova

⁹⁴ § 81 a § 2956 OZ.

⁹⁵ Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník (dále jen „trestní zákoník“).

⁹⁶ § 171 trestního zákoníku.

⁹⁷ ŠÁMAL, Pavel. *Trestní zákoník: komentář*. 2. vyd. V Praze: C.H. Beck, 2012. Velké komentáře. ISBN 978-80-7400-428-5, s. 1712.

⁹⁸ A. Sotolář in: DRAŠTÍK, Antonín. *Trestní zákoník: komentář*. Praha: Wolters Kluwer, 2015. Komentáře (Wolters Kluwer ČR). ISBN 978-80-7478-790-4, s. 955.

souhlasu teoreticky trestného činu omezování osobní svobody dopustit mohl. Domnívám se však, že uvedený nesoulad v názorech na interpretaci pojmu osobní svobody v komentářové literatuře by měl být řešen ve prospěch interpretace prve uvedené, neboť výklad pojmu osobní svobody jakožto svobody volného pohybu člověka je v trestněprávní oblasti tradiční, což potvrzuje i dosavadní ustálená trestněprávní judikatura.⁹⁹ Na straně lékaře by tak byla dovozována toliko odpovědnost občanskoprávní.

V této souvislosti považuji za inspirativní řešení, jež v této oblasti zvolil rakouský zákonodárce. Rakouský trestní zákoník ve svém § 110 zavádí skutkovou podstatu svémocného léčení (*Eigenmächtige Heilbehandlung*), jež kriminalizuje právě případy poskytování zdravotní péče bez souhlasu pacienta, byť by se tak stalo podle pravidel lékařské vědy. Zajímavostí přitom je, že lékař, jenž daný lékařský zákrok provedl, může být stíhán pouze na pacientovu žádost, nikoliv tedy *ex officio*.¹⁰⁰ Uvedené ustanovení rakouského trestního zákoníku hodnotím jako zdařilé a moderní. Z hlediska *de lege ferenda* by tak dle mého názoru bylo vhodné zvážit, zda k podobnému řešení nepřistoupit i v českém právním řádu. Vzhledem k důrazu, jenž se v poslední době klade na autonomii vůle pacienta a na jeho právo na sebeurčení, se domnívám, že by tomu měla korespondovat i posílená ochrana těchto jeho práv. Ačkoliv jsem si vědoma, že přílišná kriminalizace není pro oblast poskytování zdravotních služeb příliš vhodná, přesto si myslím, že by v tomto případě trestní odpovědnost lékaře za lékařský zákrok provedený bez pacientova souhlasu byla na místě, neboť právo na svobodné rozhodování pacienta v oblasti poskytování zdravotní péče je dle mého názoru v dnešní době natolik důležitou hodnotou, že by měla být chráněna nejen občanskoprávně, nýbrž i formou trestněprávního postihu, třebaš jen málo citelného.

MACH, Jan. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: Zákon o specifických zdravotních službách*. Praha: Wolters Kluwer, 2018. Praktický komentář. ISBN 978-80-7598-103-5, s. 92.

⁹⁹ Srov. R 1/1980 tr. Sbíрка soudních rozhodnutí a stanovisek. Dostupné z <https://www.beck-online.cz/>.

¹⁰⁰ § 110 rakouského trestního zákoníku (Strafgesetzbuch - StGB).

Trestní odpovědnost lékaře za provedení lékařského zákroku bez souhlasu pacienta připouští rovněž právní řád Spojeného království, byť zde se jedná spíše o možnost toliko teoretickou, neboť v praxi bývají tato jednání obvykle postihována pouze v rámci odpovědnosti občanskoprávní. V případě občanskoprávní odpovědnosti přitom britské soudy rozlišují dva odpovědnostní režimy – buď se jedná o tzv. *battery* nebo tzv. *negligence*. Zásadní rozdíl mezi nimi spočívá v tom, že tzv. *battery* zahrnuje situace, kdy lékař provede určitý lékařský zákrok zcela bez pacientova souhlasu, zatímco odpovědnost v podobě *negligence* je naproti tomu rezervována pro případy, kdy lékař provede daný zákrok sice se souhlasem pacienta, avšak předtím mu o něm neposkytne dostatečné poučení. A zatímco u tzv. *battery* podmínkou úspěšnosti žaloby není prokázání vzniku újmy v podobě poškození zdraví pacienta, v případě *negligence* tomu tak není; aby byla pacientova žaloba v tomto případě úspěšná, musel by nejen prokázat, že k této újmě došlo, nýbrž i to, že by se byl býval rozhodl daný zákrok nepodstoupit, pokud by mu ono dostatečné poučení bývalo bylo poskytnuto.¹⁰¹

2.7. Poskytování zdravotní péče bez souhlasu pacienta

Ačkoliv nese tato práce název „Informovaný souhlas pacienta“, považuji za vhodné podat krátké pojednání i o opačném pólu poskytování zdravotních služeb s informovaným souhlasem pacienta, totiž o situacích, kdy lze tyto zdravotní služby pacientovi v zájmu ochrany jeho zdraví či zdraví jiných osob, poskytnout i bez jeho souhlasu.

Jak již bylo několikrát zmíněno výše, jedním ze základních práv pacienta je jeho právo svobodně rozhodovat o tom, zda mu určitá zdravotní služba má či nemá být poskytnuta. Nicméně, toto jeho právo nelze chápat zcela absolutně. V praxi totiž mohou nastat situace, kdy pacient z určitých objektivních důvodů (např. pro stav bezvědomí) nebude schopen svůj souhlas s poskytnutím určité zdravotní služby vyslovit. Stanoví-li tak zákon, bude v takovýchto případech zdravotnický pracovník oprávněn provést určitý

¹⁰¹ HERRING, Jonathan. *Medical law and ethics*. Fifth edition. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press, [2014]. ISBN 978-0-19-870226-9, s. 150-151.

lékařský výkon i přesto, že k tomu pacientův souhlas nebude mít k dispozici. V zákonem stanovených případech bude dokonce možné pacientovi určité zdravotní služby poskytnout i navzdory jeho výslovně projevěnému nesouhlasu, k čemuž nejčastěji dochází v souvislosti s povinným léčením určitých nebezpečných infekčních nemocí.¹⁰²

Zákonnou úpravu uvedených situací nutno předně hledat v ZZS, jež v ustanovení § 38 obsahuje výčet případů, kdy mohou být pacientovi poskytnuty zdravotní služby i bez jeho souhlasu, včetně případů nedobrovolné hospitalizace. Vedle ZZS upravuje předmětnou problematiku rovněž OZ, který v ustanovení § 104-110 upravuje práva pacientů, jež byli bez svého souhlasu umístěni do zdravotnického zařízení. Procesní postup v řízení o vyslovení přípustnosti převzetí nebo držení v ústavu zdravotní péče pak upravuje zákon o zvláštních řízeních soudních¹⁰³, a to konkrétně v § 66 a násl. Případy poskytnutí zdravotních služeb bez souhlasu pacienta v souvislosti s povinným léčením infekčních onemocnění pak upravuje zákon o ochraně veřejného zdraví¹⁰⁴ a navazující vyhláška.¹⁰⁵

Vedle výše uvedených právních předpisů pojednávajících o jednotlivých případech poskytování zdravotní péče bez souhlasu pacienta by ovšem neměla být ponechána stranou ani judikatura tuzemských soudů, především pak soudu ústavního. Bohatou judikaturu Ústavního soudu můžeme vysledovat především k otázce povinného očkování proti infekčním nemocem. Jednotlivá rozhodnutí Ústavního soudu týkající se problematiky povinného očkování jsou blíže rozebrána níže, proto se na tomto místě zaměřím na nález Ústavního soudu ze dne 2. 3. 2015, jež zasahuje do zcela jiné oblasti poskytování zdravotních služeb, a to do oblasti porodnictví. Ústavní soud se v tomto případě zabýval otázkou střetu práva rodičky svobodně odmítnout poskytnutí určité zdravotní služby s právem novorozence dítěte na ochranu jeho života a zdraví. V dané věci byl stěžovatelkou sepsán porodní plán, v němž odmítala provedení určitých úkonů

¹⁰² POVOLNÁ, Michaela. *Právní rádce pro pracovníky ve zdravotnictví a klienty zdravotních pojišťoven*. Praha: Alfom, 2017. ISBN 978-80-87785-04-1, s. 119.

¹⁰³ Zákon č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních.

¹⁰⁴ Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů.

¹⁰⁵ Vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění.

ze strany zdravotnického personálu během porodu. Při porodu nicméně došlo k jistým komplikacím, jejichž překonání vyžadovalo provést u rodičky i ty úkony, jež předem ve svém porodním plánu vyloučila. Pokud by provedeny nebyly, došlo by k přímému ohrožení života jak rodičky samotné, tak i jejího rodičího se dítěte. Ústavní soud v této souvislosti dovodil, že pakliže jsou život a zdraví plodu bezprostředně ohroženy, mohou být rodičce potřebné zdravotní služby poskytnuty i přes její nesouhlas, ovšem pouze za předpokladu, že provedené zákroky budou přiměřené sledovanému účelu, jímž je záchrana života a zdraví rodičího se dítěte.¹⁰⁶ Ústavní soud tak v tomto nálezu upřednostnil právo na život dítěte zaručené čl. 6 Listiny základních práv a svobod před právem matky na její tělesnou nedotknutelnost a svobodné rozhodování v oblasti poskytování zdravotní péče.

Nahlédneme-li pro srovnání do judikaturní praxe jiných států, zjistíme, že zahraniční soudy povětšinou zaujímají k této problematice obdobné stanovisko jako český Ústavní soud. Jako příklad uveďme rozhodnutí britského *High Court of Justice* z roku 1992¹⁰⁷. Zmíněný soud se v této věci zabýval otázkou přípustnosti provedení císařského řezu u rodičky, jež s jeho provedením z náboženských důvodů nesouhlasila, přičemž však jeho provedení bylo v dané situaci jedinou možností, jak zachránit její život i život jejího rodičího se dítěte. Soud zde dospěl k totožnému závěru jako český Ústavní soud: provedení daného lékařského zákroku bez pacientčina souhlasu nebylo shledáno protiprávním, neboť bylo nezbytné pro záchranu života jejího dítěte.¹⁰⁸

O pět let později se britské soudy zabývaly případem velmi podobným.¹⁰⁹ Opět se jednalo o otázku, zda je přípustné provést u rodičky císařský řez i přes její výslovný nesouhlas v situaci, kdy je jeho provedení nezbytné k záchraně života jejího rodičího se potomka. V tomto případě pacientka s provedením císařského řezu sice nejprve

¹⁰⁶ Nález Ústavního soudu ČR sp. zn. I. ÚS 1565/2014 ze dne 2. 3. 2015. Dostupné z: https://www.usoud.cz/fileadmin/user_upload/Tiskova_mluvci/Publikovane_nalezky/I_US_1565_14_a_n.pdf (cit. 11. 5. 2019).

¹⁰⁷ *Re S (adult: refusal of medical treatment)* [1992].

¹⁰⁸ MASON, J. K., Alexander MCCALL SMITH, G. T. LAURIE a J. K. MASON. *Mason & McCall Smith's law and medical ethics*. 7th ed. New York: Oxford University Press, 2005. ISBN 978-0-19-928239-5, s. 378.

¹⁰⁹ *Re MB (An adult: Medical Treatment)* [1997] 2 FLR 426.

souhlasila, avšak těsně před porodem zpanikařila a svůj souhlas odvolala. Důvodem pro odvolání jejího souhlasu byla její fobie z injekčních jehel, jež by při provedení císařského řezu musely být nezbytně užity za účelem jejího usnutí. Anglický odvolací soud (*Court of Appeal*) v této věci dovodil, že pacientčina fobie z jehel ji učinila dočasně nezpůsobilou činit adekvátní rozhodnutí, a proto zdravotnický personál mohl za této situace k provedení císařského řezu přistoupit i bez jejího souhlasu.¹¹⁰

2.7.1. Případy poskytování zdravotní péče bez souhlasu pacienta dle ZZS

ZZS v ustanovení § 38 odst. 3 písm. a) stanoví, že pacientovi lze bez jeho souhlasu poskytnout pouze neodkladnou péči a to tehdy, jestliže mu jeho zdravotní stav neumožňuje tento souhlas vyslovit. Z ustanovení § 5 odst. 1 písm. a) ZZS pak vyčteme, že účelem neodkladné péče je „zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví, nebo způsobují náhlou nebo intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí“. Jedná se tedy o tzv. stav nouze, kdy se osoba nachází v náhlém nebezpečí pro její život nebo zdraví a kdy zároveň její aktuální zdravotní stav neumožňuje, aby s poskytnutím potřebné zdravotní péče vyslovila souhlas. Typickým příkladem je poskytnutí první pomoci těžce zraněnému pacientovi, který upadl do stavu bezvědomí, jenž mu znemožňuje vyslovit s tímto zákrokem souhlas. V takovém případě bude lékař nejen oprávněn, nýbrž dokonce povinen zakročit a první pomoc pacientovi poskytnout, byť k takovému postupu nebude mít pacientův informovaný souhlas. K otázce poskytování zdravotní péče bez souhlasu pacienta v tzv. stavu nouze se vyjadřuje i článek 8 Úmluvy o biomedicíně, který nad rámec úpravy v ZZS navíc požaduje, aby byl daný zákrok nezbytný pro prospěch zdraví dotyčného pacienta. Lze shrnout, že na rozdíl od případů poskytování zdravotních služeb na základě informovaného souhlasu pacienta, bude mít při poskytování neodkladné péče ve

¹¹⁰ FOSTER, Charles. *Choosing life, choosing death: the tyranny of autonomy in medical ethics and law*. Portland, Or.: Hart Pub., 2009. ISBN 978-1-84113-929-6, s. 92-93.

stavu nouze přednost ochrana pacientova života a zdraví před ochranou svobody jeho rozhodování.¹¹¹

Neodkladná péče může být bez souhlasu dotyčné osoby dále poskytnuta i v případě léčby vážné duševní poruchy, jestliže je vysoce pravděpodobné, že následkem jejího neléčení dojde k vážnému poškození zdraví této osoby.¹¹²

ZZS rovněž upravuje případy, ve kterých může dojít k hospitalizaci pacienta bez jeho souhlasu. Prvním z důvodů této nucené hospitalizace je pravomocné uložení ochranného léčení formou lůžkové péče¹¹³, které nařizuje soud v trestním řízení. Podle trestního zákoníku je ochranné léčení jedním z druhů ochranných opatření.¹¹⁴ Jeho podstatou je terapeutické či léčebné působení na pachatele trestného činu a jeho účelem má být především snížení pravděpodobnosti páchaní další trestné činnosti tímto pachatelem.¹¹⁵ Podmínky výkonu ochranného léčení jsou pak stanoveny v zákoně o specifických zdravotních službách.¹¹⁶

K hospitalizaci pacienta bez jeho souhlasu může dále dojít v situaci, kdy mu byla nařízena izolace, karanténa či léčení dle zákona o ochraně veřejného zdraví¹¹⁷ či jestliže mu bylo soudem nařízeno vyšetření zdravotního stavu podle trestního řádu nebo zákona o zvláštních řízeních soudních¹¹⁸.

Vedle toho může být pacient bez svého souhlasu hospitalizován pokud „ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí a jeví známky

¹¹¹ TĚŠINOVÁ, Jolana, Tomáš DOLEŽAL a Radek POLICAR. *Medicínské právo*. 2. vydání. V Praze: C.H. Beck, 2019. ISBN 978-80-7179-318-2, s. 70 a 83.

ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016. ISBN 978-80-7552-321-1, s. 234.

¹¹² § 38 odst. 3 písm. b) ZZS.

¹¹³ § 38 odst. 1 písm. a) bod 1. ZZS.

¹¹⁴ § 98 trestního zákoníku.

¹¹⁵ JELÍNEK, Jiří. *Trestní právo hmotné: obecná část, zvláštní část*. 6. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Leges, 2017. Student (Leges). ISBN 978-80-7502-236-3, s. 465.

¹¹⁶ § 83 až 89 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.

¹¹⁷ § 38 odst. 1 písm. a) bod 2. ZZS.

¹¹⁸ § 38 odst. 1 písm. a) bod 3. ZZS.

duševní poruchy nebo touto poruchou trpí nebo je pod vlivem návykové látky, pokud hrozbu pro pacienta nebo jeho okolí nelze odvrátit jinak.“¹¹⁹ Nutno však podotknout, že v praxi je toto ustanovení předmětem polemiky především ze strany odborné veřejnosti, jež poukazuje zejména na problematičnost zvoleného výrazu „bezprostředně“. V této souvislosti se dokonce objevují úvahy o možné novelizaci ZZS spočívající ve vypuštění tohoto výrazu. Při posuzování, zda jsou v konkrétním případě splněny stanovené zákonné předpoklady, je třeba nejprve zhodnotit, zda aktuální stav osoby odpovídá stavu popsánému v zákonné formulaci. Následně je nutno zhodnotit zda pacient skutečně bezprostředně a závažně ohrožuje sebe či své okolí. Půjde zejména o situace, kdy se osoba pokouší o sebevraždu či jí pouze vyhrožuje nebo pokud vyhrožuje okamžitým zabitím či napadením sebe či jiných osob. Nakonec je také třeba posoudit, zda nelze k odvrácení nebezpečí poškození pacienta či jeho okolí použít jiný, mírnější způsob. Učinění konečného rozhodnutí o tom, zda k nucené hospitalizaci pacienta má či nemá být přikročeno, bude zpravidla v rukou lékaře příslušného zdravotnického zařízení, v němž k ní má dojít.¹²⁰

Posledním případem, kdy pacient může být hospitalizován i bez svého souhlasu, je situace, kdy vzhledem ke svému zdravotnímu stavu není schopen svůj souhlas vyslovit a kdy současně jeho zdravotní stav vyžaduje poskytnutí neodkladné péče (k jejímu vymezení viz výše).¹²¹

V souvislosti s problematikou nedobrovolné hospitalizace se sluší upozornit na rozsudek Evropského soudu pro lidská práva (dále jen „ESLP“) z roku 2014 ve věci Hanzelkovi proti České republice. V dané věci řešil tento soud otázku přípustnosti provedení hospitalizace novorozence, jež byla uskutečněna proti vůli jeho rodičů, a to z hlediska souladu s čl. 8 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv (právo na respektování rodinného a soukromého života). K této nedobrovolné hospitalizaci došlo poté, co se stěžovatelka (matka novorozence) pár hodin po porodu rozhodla (i přes

¹¹⁹ § 38 odst. 1 písm. b) ZZS.

¹²⁰ MACH, Jan. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: Zákon o specifických zdravotních službách*. Praha: Wolters Kluwer, 2018. Praktický komentář. ISBN 978-80-7598-103-5, s. 169-171.

¹²¹ § 38 odst. 1 písm. c) ZZS.

nesouhlas zdravotnických pracovníků) opustit i se svým dítětem porodnici. Byť ani u matky, ani u jejího novorozeného potomka nebyly zjištěny žádné zdravotní problémy, zdravotnický personál přesto stěžovatelce doporučoval, aby v nemocnici zůstala alespoň po dobu 48 hodin, přičemž ji současně upozornil na možné zdravotní komplikace, k nimž by u novorozence v důsledku předčasného opuštění zdravotnického zařízení mohlo dojít. Stěžovatelka nicméně na svém stanovisku setrvala, a aniž by podepsala negativní revers, nemocnici opustila. Zdravotnický personál o této skutečnosti následně informoval policii (což je standartní postup v případech, kdy pacient opustí bez souhlasu lékaře zdravotnické zařízení předčasně a kdy zároveň hrozí, že by to mohlo mít negativní dopad na jeho zdraví¹²²). Poté bylo Okresním soudem v Berouně vydáno předběžné opatření podle § 76a občanského soudního řádu, na jehož základě byla stěžovatelka i se svým dítětem proti své vůli převezena za přítomnosti policie a soudního vykonavatele do nemocnice. ESLP v této věci konstatoval, že znepokojení na straně odpovědných zdravotnických pracovníků způsobené chováním stěžovatelky, zejména nedodržením doporučovaného postupu z její strany a nepodepsáním negativního reversu předtím, než nemocnici opustila, je sice pochopitelné, nicméně provedení nedobrovolné hospitalizace zde dle ESLP představovalo extrémně drastické opatření. Aby mohlo být matce dítě ihned po porodu proti její vůli odňato, musely by dle ESLP pro takové opatření existovat obzvláště naléhavé důvody. V daném případě však ESLP existenci těchto obzvláště naléhavých důvodů, jež by odnětí novorozence z péče jeho matky odůvodňovaly, neshledal. Užití předběžné opatření, jímž byl návrat novorozence do zdravotnického zařízení nařízen, mělo podle ESLP nepřiměřený dopad na možnost stěžovatelů těšit se z rodinného života po narození jejich potomka, a jako takové tudíž porušující čl. 8 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv.¹²³ Já osobně považuji způsob, jímž ESLP v dané věci rozhodl, za správný. Vzhledem k tomu, že novorozenec nebyl ohrožen na životě (ba naopak byl zcela zdravý), se domnívám, že striktní paternalistický přístup, jenž v této věci české orgány a zdravotnické zařízení zaujaly, nebyl na místě. Stejně jako ESLP si myslím, že stěžovatelčino rozhodnutí o

¹²² Srov. § 45 odst. 4 ZZS.

¹²³ Rozsudek ESLP z 11. prosince 2014 ve věci *Hanzelkovi proti České republice* (stížnost č. 43643/10).

tom, že s dítětem opustí porodnici předčasně, mělo být ze strany zdravotnického zařízení respektováno a k nedobrovolné hospitalizaci v tomto případě nemělo dojít.

O nedobrovolné hospitalizaci z důvodu duševní poruchy či intoxikace (§ 38 odst. 1 písm. b) ZZS) a z důvodu poskytnutí neodkladné péče (§ 38 odst. 1 písm. c) ZZS) je poskytovatel zdravotních služeb povinen do 24 hodin informovat soud¹²⁴, který na základě § 77 zákona o zvláštních řízeních soudních do 7 dnů ode dne převzetí pacienta do zdravotnického zařízení rozhodne o tom, zda k převzetí došlo v souladu se zákonem.

Nezletilí pacienti a pacienti omezení ve svéprávnosti mohou být kromě výše uvedených případů hospitalizováni bez souhlasu svého zákonného zástupce či opatrovníka též v případě, kdy existuje podezření na jejich týrání, zneužívání či zanedbávání.¹²⁵

2.7.2. Případy poskytování zdravotní péče bez souhlasu pacienta dle OZ

Vzhledem k tomu, že provedení nedobrovolné hospitalizace představuje nejen významný zásah do tělesné integrity pacienta, ale i do jeho osobní svobody a soukromí, stanovuje OZ nedobrovolně hospitalizovaným pacientům nad rámec obecné úpravy některá zvláštní osobnostní práva a tomu odpovídající povinnosti poskytovatelů zdravotních služeb, a to konkrétně v § 104 až 110.¹²⁶ V tomto ohledu tedy úprava speciálních práv pacienta v souvislosti s jeho nedobrovolnou hospitalizací obsažená v OZ doplňuje úpravu v ZZS, který obsahuje především okruh důvodů, pro které lze k této hospitalizaci přikročit. V určitých částech se přitom právní úpravy v obou zákonech nejen doplňují, nýbrž dokonce i nadbytečně dublují.¹²⁷

¹²⁴ § 40 odst. 1 písm. a) ZZS.

¹²⁵ § 38 odst. 2 ZZS.

¹²⁶ TĚŠINOVÁ, Jolana, Tomáš DOLEŽAL a Radek POLICAR. *Medicinské právo*. 2. vydání. V Praze: C.H. Beck, 2019. ISBN 978-80-7179-318-2, s. 87.

¹²⁷ P. Tůma in: LAVICKÝ, Petr. *Občanský zákoník: komentář*. Praha: C.H. Beck, 2015. Velké komentáře. ISBN 978-80-7400-529-9, s. 583.

Pacienti, kteří byli převzati do zdravotnického zařízení bez svého souhlasu, mají předně právo na náležité vysvětlení svého právního postavení, zákonného důvodu, pro něž k nedobrovolné hospitalizaci došlo a možností právní ochrany.¹²⁸ OZ poskytovateli zdravotních služeb ukládá, aby bylo toto vysvětlení pacientovi poskytnuto bez zbytečného odkladu, a to tak, aby mu byl pacient schopen dostatečně porozumět a aby si uvědomil povahu provedené hospitalizace i její následky.¹²⁹ Vedle toho má pacient právo na projednání vlastní záležitosti se svým zástupcem, důvěrníkem nebo podpůrcem, a to formou osobního dialogu bez přítomnosti dalších osob (tedy i zdravotnických pracovníků)¹³⁰ a právo na přezkoumání svého zdravotního stavu, zdravotní dokumentace nebo stanoviska ošetřujícího lékaře o neschopnosti úsudku a projevit přání jiným lékařem nezávislým na poskytovateli v zařízení, v němž k nedobrovolné hospitalizaci došlo i na jeho provozovateli¹³¹, čímž zákonodárce sleduje zajištění objektivního posouzení zdravotního stavu zadržného pacienta. Lze shrnout, že společným jmenovatelem všech těchto zvláštních práv pacientů souvisejících s jejich nucenou hospitalizací je snaha o posílení jejich právní ochrany a zajištění jejich důstojnosti.¹³²

S uvedenými právy pacientů korespondují povinnosti poskytovatele zdravotních služeb, jež pro tyto účely můžeme rozčlenit do dvou oblastí, a to jednak na povinnosti informační a jednak na povinnosti oznamovací. Obecně lze říci, že informační povinnost plní poskytovatel vůči osobám, které pacienta zastupují nebo jsou s ním v určitém příbuzenském či jiném vztahu; jejich účelem je především informovat tyto osoby o nedobrovolné hospitalizaci pacienta, aby případně mohli následně jednat v jeho prospěch.¹³³ Tak ustanovení § 105 odst. 1 OZ poskytovateli zdravotních služeb ukládá, aby o nedobrovolné hospitalizaci pacienta neprodleně uvědomil jeho zákonného

¹²⁸ § 106 odst. 1 OZ.

¹²⁹ § 106 odst. 2 OZ.

¹³⁰ § 108 OZ.

¹³¹ § 109 odst. 1 OZ.

¹³² TĚŠINOVÁ, Jolana, Tomáš DOLEŽAL a Radek POLICAR. *Medicínské právo*. 2. vydání. V Praze: C.H. Beck, 2019. ISBN 978-80-7179-318-2, s. 87-88.

¹³³ TĚŠINOVÁ, Jolana, Tomáš DOLEŽAL a Radek POLICAR. *Medicínské právo*. 2. vydání. V Praze: C.H. Beck, 2019. ISBN 978-80-7179-318-2, s. 88-89.

zástupce, opatrovníka nebo podpůrce a jeho manžela nebo jinou známou osobu blízkou. Kromě OZ stanovuje poskytovatelům další informační povinnost i ZZS, který v § 38 odst. 6 požaduje, aby o nedobrovolné hospitalizaci z důvodu duševní poruchy pacienta či jeho stavu ovlivněného návykovou látkou¹³⁴ a z důvodu poskytnutí neodkladné péče¹³⁵ informovali osobu, u níž pacient v souladu s § 33 ZZS určil, že může být informována o jeho zdravotním stavu a pokud taková osoba není, pak některou z osob pacientovi blízkých, případně osobu ze společné domácnosti, či jeho zákonného zástupce. Jestliže poskytovateli není žádná z těchto osob známa či ji nelze zastihnout, informuje Policii ČR.¹³⁶

Druhou skupinu povinností poskytovatelů zdravotních služeb tvoří tzv. povinnosti oznamovací, jež spočívají v nutnosti oznámení určitých informací soudu, který následně rozhodne o tom, zda provedené zadržení pacienta ve zdravotnickém zařízení je či není přípustné, čímž se sleduje zajištění ochrany jeho práv.¹³⁷ Případy, kdy se toto oznámení soudu vyžaduje, jsem již uvedla výše. Vedle toho je nutno soudu oznámit každé dodatečné omezení pacienta ve volném pohybu, jež bylo provedeno v průběhu hospitalizace, k níž došlo s jeho souhlasem, byly-li přitom použity omezovací prostředky vyjmenované v ustanovení § 39 odst. 1 písm. b) až g) ZZS.¹³⁸ Obdobně se postupuje v případě, kdy osoba převzatá do zdravotnického zařízení se svým souhlasem svůj souhlas následně odvolá – i tehdy musí poskytovatel o této skutečnosti vyrozumět soud. Soud však není jediným subjektem, vůči němuž je poskytovatel zdravotních služeb povinen plnit oznamovací povinnost. Tak kupříkladu zákon o specifických zdravotních službách ukládá poskytovateli záchytné služby informovat registrujícího poskytovatele pacienta o tom, že u něj došlo k vyšetření a pobytu v záchytné stanici.¹³⁹

¹³⁴ § 38 odst. 1 písm. b) ZZS.

¹³⁵ § 38 odst. 1 písm. c) ZZS.

¹³⁶ § 38 odst. 6 ZZS.

¹³⁷ TĚŠINOVÁ, Jolana, Tomáš DOLEŽAL a Radek POLICAR. *Medicinské právo*. 2. vydání. V Praze: C.H. Beck, 2019. ISBN 978-80-7179-318-2, s. 89-90.

¹³⁸ § 40 odst. 1 b) ZZS.

¹³⁹ § 89d odst. 1 zákona o specifických zdravotních službách.

2.7.3. Případy poskytování zdravotní péče bez souhlasu pacienta dle zákona o ochraně veřejného zdraví

ZZS v posledním odstavci § 38 odkazuje na zákon o ochraně veřejného zdraví, jenž může stanovit další případy, kdy mohou být zdravotní služby pacientovi poskytnuty i bez jeho souhlasu. Zákon o ochraně veřejného zdraví předně ve svém § 64 obecně stanovuje všem osobám, u nichž došlo k nákaze infekčním onemocněním či u nichž je dán důvod k podezření z této nákazy, zejména povinnost podrobit se izolaci, podání specifických imunologických preparátů, potřebnému laboratornímu vyšetření či lékařské prohlídce, dále dodržovat stanovená omezení či se zdržet aktivit, jež by mohly způsobit další rozšíření infekčního onemocnění apod.¹⁴⁰

V § 53 odst. 1 pak zákon o ochraně veřejného zdraví dále ukládá osobám, u nichž došlo k nákaze vyjmenovanými infekčními onemocněními¹⁴¹, povinnost „*podrobit se léčení, lékařskému dohledu, potřebnému laboratornímu vyšetření a dalším protiepidemickým opatřením*“.

Vedle toho tento zákon v § 70 odst. 1 odkazuje na prováděcí právní předpis, v němž jsou stanoveny další případy infekčních onemocnění, při jejichž výskytu je osoba povinna podrobit se léčení. Tímto prováděcím právním předpisem je vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění, jež ve své příloze č. 2 uvádí seznam nemocí, u nichž je stanoveno povinné léčení. Jedná se kupříkladu o antrax, mor, spalničky, tuberkulózu či cholera.

Za účelem zamezení vzniku a šíření infekčních onemocnění, u nichž hrozí, že dojde k jejich epidemickému rozšíření v kolektivech, stanovuje zákon o ochraně veřejného zdraví v ustanovení § 46 odst. 1 povinnost všech osob oprávněně se zdržujících na území ČR po dobu delší než 90 dnů podrobit se pravidelnému očkování, a to v případech a termínech stanovených ve vyhlášce č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem. Nutno však podotknout, že problematika povinného očkování je v naší společnosti považována za značně kontroverzní záležitost, jež zde má nejen své

¹⁴⁰ § 64 zákona o ochraně veřejného zdraví.

¹⁴¹ Osoby po nákaze způsobené virem HIV, osoby vylučující choroboplodné zárodky břišního tyfu a paratyfu a osoby s chronickým onemocněním virovým zánětem jater B a C.

zastánce, ale i četné odpůrce. V případě povinného očkování totiž dochází ke kolizi dvou zcela legitimních zájmů: na straně jedné stojí zájem celé společnosti na ochraně před nebezpečnými infekčními nemocemi, na straně druhé pak právo každého člověka na nedotknutelnost jeho tělesné integrity.¹⁴²

Není proto divu, že se tato eticky citlivá otázka stala již několikrát předmětem rozhodování Ústavního soudu. Ten v jednom ze svých nálezů z roku 2011 dovedl, že povinné očkování sice představuje opatření nezbytné pro ochranu veřejné bezpečnosti, zdraví a práv a svobod jiných osob, nicméně „ochrana individuální autonomie (...) vyžaduje, aby povinné očkování nebylo proti povinným subjektům ve výjimečných případech vynucováno“.¹⁴³ Ústavní soud se v tomto případě zabíral otázkou, zda stěžovatel může odmítnout provedení vakcinace u svých nezletilých dětí¹⁴⁴ s odůvodněním, že jde o projev jeho náboženství či víry. Stěžovateli jakožto zákonnému zástupci těchto nezletilých dětí byla za odmítnutí provedení očkování jeho dětí uložena pokuta¹⁴⁵, v čemž však stěžovatel shledal porušení svého základního práva svobodně projevat své náboženství nebo víru ve smyslu čl. 16 odst. 1 Listiny základních práv a svobod. Z tohoto důvodu se stěžovatel domáhal zrušení předmětného rozhodnutí Nejvyššího správního soudu a příslušného ustanovení vyhlášky o očkování proti infekčním nemocem. Ústavní soud v této věci dospěl k závěru, že orgán rozhodující o sankci za porušení povinnosti podrobit se očkování musí patřičně zohlednit výjimečné stěžovatelem uváděné důvody toho, proč odmítl toto očkování podstoupit, přičemž musí při svém rozhodování zejména posoudit všechny relevantní okolnosti případu, především naléhavost stěžovatelem tvrzených důvodů, jejich ústavní relevanci, konzistentnost, jakož i nebezpečí pro společnost, které může z jeho jednání vzniknout. Na základě zohlednění všech těchto skutečností orgánem rozhodujícím o pokutě za nepodstoupení povinného očkování je následně možné, aby osoba výjimečně nebyla za

¹⁴² ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016. ISBN 978-80-7552-321-1, s. 762 a 764.

¹⁴³ Nález Ústavního soudu ČR ze dne 3. 2. 2011 sp. zn. III. ÚS 449/06. Dostupné z: http://nalus.usoud.cz/Search/GetText.aspx?sz=3-449-06_2 (cit. 3. 6. 2019).

¹⁴⁴ Podle § 46 odst. 4 zákona o ochraně veřejného zdraví odpovídá u osoby mladší patnácti let za splnění očkovací povinnosti její zákonný zástupce.

¹⁴⁵ Srov. § 92k odst. 6 písm. b), odst. 7 písm. d) zákona o ochraně veřejného zdraví.

toto jednání sankcionována, a to z důvodu ochrany základních práv chráněných ústavním pořádkem. Jelikož Nejvyšší správní soud v napadeném rozhodnutí všechny tyto výše uvedené aspekty dostatečně nezohlednil, Ústavní soud jeho rozhodnutí zrušil (napadené ustanovení vyhlášky o očkování proti infekčním nemocem však ponechal v platnosti).¹⁴⁶

Způsob, jímž Ústavní soud v této věci rozhodl, hodnotím vesměs pozitivně, zároveň v něm ovšem spatřuji několik problematických aspektů. Stejně jako disentující soudce J. Musil mám za to, že odmítnutí očkování je sice čistě osobním rozhodnutím každého jednotlivce, avšak toto rozhodnutí může mít následně negativní dopad na zdraví i jiných osob, než jen na zdraví osoby, jež toto rozhodnutí učinila, resp. jejích dětí, za něž jedná. Jinými slovy, pokud by u stěžovatelových dětí došlo v důsledku jejich neočkování k nákaze infekční nemocí, jíž mělo být vakcinací zabráněno, představovaly by takto nakažené děti následně možný zdroj nákazy dětí dalších, jež z určitých zdravotních důvodů očkování nemohly podstoupit. Zmíněný disentující soudce nadto, dle mého názoru zcela oprávněně, poukazuje na skutečnost, že zákon o ochraně veřejného zdraví upravuje určité výjimky¹⁴⁷, kdy povinnost podstoupit očkování neplatí. Předmětný nálezn Ústavního soudu však přichází nad rámec těchto zákonných výjimek s výjimkami dalšími, jež však již v zákoně nemají oporu. Vzhledem k tomu, že Ústavní soud nemůže nahrazovat roli zákonodárce, měly by být jím judikované další důvody odmítnutí očkovací povinnosti doplněny do stávající zákonné úpravy.¹⁴⁸

O několik let později se Ústavní soud zabýval obdobným případem, kdy posuzoval oprávněnost uložení pokuty rodičům, kteří se rozhodli nenechat očkovat svoji nezletilou dceru. V tomto případě však důvodem odmítnutí povinné vakcinace nebyly důvody náboženské, nýbrž důvody sekulární. Stěžovatelé namítali, že provedení povinného očkování u jejich nezletilé dcery by se přičilo jejich etickému, racionálnímu i filozofickému přesvědčení. Vedle toho stěžovatelé uváděli, že provedení očkování by

¹⁴⁶ Nález Ústavního soudu ČR sp. zn. III. ÚS 449/06, op. cit.

¹⁴⁷ Podle § 46 odst. 2 zákona o ochraně veřejného zdraví se „očkování neprovede při zjištění imunity vůči infekci nebo zjištění zdravotního stavu, který brání podání očkovací látky (trvalá kontraindikace)“.

¹⁴⁸ Odlišné stanovisko soudce J. Musila k nálezu Ústavního soudu ČR ze dne 3. 2. 2011 sp. zn. III. ÚS 449/06, bod 11. - 13.

nebylo v souladu s jejich představou o nejlepším zájmu jejich dcery v oblasti ochrany zdraví, neboť byli přesvědčeni, že očkování způsobuje u dětí autismus. Ústavní soud dal v tomto ohledu stěžovatelům opět za pravdu, když připustil, že nelze činit rozdíl mezi situacemi, kdy je očkování odmítnuto z důvodu náboženského a situacemi, kdy je povinná vakcinace odmítána z důvodů světských. Ústavní soud v tomto nálezu současně uvedl konkrétní kritéria pro posouzení oprávněnosti světské výhrady svědomí, jež se shodují s kritérii, která musí zohlednit orgán při rozhodování o pokutě za nesplnění očkovací povinnosti, uvedené Ústavním soudem v jeho předešlém nálezu ze dne 3. 2. 2011 (viz výše). Závěrem ovšem Ústavní soud zdůrazňuje, že k odepření očkování z nenáboženských důvodů může dojít pouze v mimořádných případech, kdy jsou tyto důvody úzce spjaty s osobou, které se očkovací povinnost týká, případně s osobami jí blízkými (jako příklad Ústavní soud uvádí nežádoucí odezvu na předchozí očkování u dotčené osoby či u jejího dítěte). Na základě výše uvedeného Ústavní soud zrušil napadený rozsudek Nejvyššího správního soudu, neboť v předchozích řízeních nebyla dostatečně zohledněna jím stanovená kritéria pro posouzení oprávněnosti sekulární výhrady svědomí vůči očkovací povinnosti, čímž bylo porušeno základní právo stěžovatelů na svobodu svědomí a myšlení.¹⁴⁹

2.8. Některá úskalí spojená s institutem informovaného souhlasu

V současné době již není pochyb o tom, že informovaný souhlas představuje jeden z pilířů moderní medicínské praxe. Jak jsem již uvedla výše, jeho zavedením do každodenní lékařské praxe došlo k nahrazení původně nerovného paternalistického vztahu lékaře a pacienta vztahem, v němž jsou jeho subjekty rovnocennými partnery.¹⁵⁰ Původním smyslem informovaného souhlasu byla bezesporu ochrana samotných pacientů; zdá se však, že v současné době je tato funkce informovaného souhlasu

¹⁴⁹ Nález Ústavního soudu ze dne 22. 12. 2015, sp. zn. I. ÚS 1253/14. Dostupné z: https://www.usoud.cz/fileadmin/user_upload/Tiskova_mluvci/Publikovane_nalezy/2016/I_US_1253_14_an.pdf (cit. 5. 8. 2019).

¹⁵⁰ J. Matějka in: PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a Jan MACH. *Informovaný souhlas: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Galén, [2017]. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-7492-334-0, s. 261.

poněkud upozaďována a nyní je na informovaný souhlas nazíráno spíše jako na dokument, jehož hlavním účelem je především ochrana samotného lékaře před případnými žalobami. Důsledkem toho je pak situace, kdy (byť i pro zcela nezávažné a nevýznamné zákroky) vznikají ve zdravotnických zařízeních denně nové a nové formuláře s informovanými souhlasy, jež mají lékařům následně poskytnout alibi v případném soudním sporu; byl-li totiž pacient upozorněn na konkrétní rizika, k nimž při provádění daného zákroku může dojít a svým podpisem tuto eventualitu akceptoval, nemůže být lékař následně činěn odpovědným za případné poškození jeho zdraví, k němuž by v důsledku naplnění některého z těchto rizik došlo. A. Pařízek v této souvislosti upozorňuje na jistou „hypertofii či hyperplazii“, kdy velké množství písemně vyhotovovaných informovaných souhlasů obsahujících standardizované poučení pacienta o zamýšleném zákroku nevyhnutelně vede k vytěsnění tolik důležité komunikace mezi lékařem a pacientem. Nárůst byrokracie a formalismu v klinické praxi a absence komunikace s pacientem pak následně vede i k poklesu důvěry, jež by měla tvořit nedílnou součást vztahu lékaře a pacienta a která v procesu úspěšné léčby zaujímá nezanedbatelnou roli.¹⁵¹ Přitom, slovy J. Žaloudíka, ztráta důvěry v lékaře znamená ztrátu firmy, značky; ztráta důvěry k více lékařům pak znamená ztrátu důvěry k celému zdravotnictví a jeho serióznosti.¹⁵²

Na tomto místě se může nabízet otázka, zda postačí, aby byl pacient o zákroku poučen toliko v písemném informovaném souhlasu formou standardizovaného poučení, aniž by mu zároveň byla tato informace podána ústní formou či zda musí vždy dojít i k jeho ústnímu poučení. ZZS sice explicitně nepožaduje, aby poučení pacienta bylo provedeno ústně, nicméně komentářová literatura se k této otázce vyjadřuje jednoznačně, když uvádí, že písemný informovaný souhlas nemůže nahradit osobní

¹⁵¹ A. Pařízek in: PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a Jan MACH. *Informovaný souhlas: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Galén, [2017]. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-7492-334-0, s. 128-129.

¹⁵² J. žaloudík in: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, 2014. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5471-0, s. 37-38.

rozhovor mezi lékařem a pacientem.¹⁵³ Mám za to, že požadavek ústní formy poučení by měl být vyjádřen přímo v zákoně, nikoliv jen v komentářové literatuře, obdobně jako tak činí kupříkladu německý Bürgerliches Gesetzbuch (dále jen „BGB“) ve svém § 630e. Zároveň se domnívám, že povědomí lékařů o tom, jakou formou mají své pacienty informovat, není příliš velké. V rámci mnou provedeného dotazníkového šetření (jehož výsledky jsou rozebrány v šesté části této práce) jsem se mimo jiné dotázala lékařů se specializací v oblasti chirurgie, jakým způsobem poskytují pacientům informace o plánovaných operativních zákrocích. 60 % z nich uvedlo, že pacienty informují pouze prostřednictvím písemného formuláře s informovaným souhlasem, v němž jsou o daném zákroku obsaženy všechny potřebné informace, ústním podáním pak pacienty informuje jen 13 % z nich. Zbylých 27 % respondentů uvedlo, že k informování pacientů využívají kombinaci písemného formuláře s informovaným souhlasem a ústního podání informací. Domnívám se, že zakotvení jasného pravidla pro lékaře požadujícího ústní formu podávání informací pacientům přímo v zákoně by mohlo přispět ke zlepšení stávající praxe ve zdravotnických zařízeních ve smyslu posílení ústní komunikace mezi lékaři a pacienty, přičemž jakékoliv další písemné materiály by pak sloužily pouze jako doplněk tohoto rozhovoru, nikoliv jako primární prostředek předávání informací.

M. Gřiva za účelem odstranění problému nedostatečné komunikace mezi lékaři a pacienty dokonce navrhuje úplné zrušení písemné formy informovaných souhlasů; po ústním vysvětlení pacientova zdravotního stavu by měl být pacientovi poskytnut prostor pro kladení dotazů, přičemž celý tento proces by měl být nahráván a archivován, aby bylo v případě potencionálního soudního sporu dohledatelné, zda lékař opravdu pacientovi v dostatečném rozsahu sdělil všechny potřebné informace a zda pacient skutečně svůj souhlas vyslovil. Z takto provedeného dialogu pak dle M. Gřivy budou benefitovat obě jeho strany – pacient jím získá cenné informace a současně s tím i

¹⁵³ MACH, Jan. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: Zákon o specifických zdravotních službách*. Praha: Wolters Kluwer, 2018. Praktický komentář. ISBN 978-80-7598-103-5, s. 112.

důvěru v lékařův postup, pro lékaře pak tento dialog bude důležitým zdrojem informací o pacientovi samém, jeho pocitech apod.¹⁵⁴

Já osobně spatřuji v této souvislosti problém i v tom, že ačkoliv je písemný informovaný souhlas obsahující standardizované poučení nezřídka jediným prostředkem, jakým se k pacientům mohou dostat potřebné informace o zamýšlených zákrocích, v praxi si jej však mnozí z nich často ani nepřečtou. Z mnou provedeného dotazníkového šetření, jehož se zúčastnilo celkem 100 respondentů z řad pacientů, vyplynulo, že převážná většina z nich (68 %) jim předložený formulář s informovaným souhlasem nepřečetla celý, přičemž nejčastějším důvodem byla nadměrná délka tohoto formuláře, která je odrazovala od přečtení jeho celého obsahu. Já osobně mám za to, že svou roli zde vedle nadměrného rozsahu může sehrát i ovlivnění kognitivních schopností pacienta medikací poskytnutou před plánovaným zákrokem. Tento závěr vyvozují z vlastní zkušenosti při podepisování informovaného souhlasu před plánovaným podstoupením operativního zákroku, jenž měl být proveden v celkové anestezii. V rámci přípravy na provedení této operace mi byly v den zákroku od ranních hodin podávány léky a infuze, jež měly vést k celkovému zklidnění organismu. Poté následovalo setkání s anesteziologem, kterým mi byl následně předložen k prostudování a podpisu několikastránkový formulář s informovaným souhlasem, který bych za jiných okolností alespoň zběžně prostudovala, nicméně tlumící efekt poskytnuté předoperační medikace mi téměř znemožňoval chápat jeho obsah. Domnívám se tedy, že by bylo vhodné, aby předoperační rozhovor s anesteziologem a následný podpis informovaného souhlasu probíhal nikoliv bezprostředně před započítím operativního zákroku provedeného v celkové anestezii, nýbrž s větším časovým odstupem a zároveň ještě před podáním sedativ negativně ovlivňujících kognitivní schopnosti pacientů. Minimální doba, jež musí být zachována mezi poučením pacienta a plánovaným lékařským zákrokem není v našem právním řádu nijak normována; domnívám se proto, že by bylo vhodné tuto dobu v české legislativě specifikovat tak, aby byla pacientům

¹⁵⁴ GRIVA, Martin. *Paliativní péče v kardiologii: racionální přístup u pacientů v pokročilé fázi kardiologických onemocnění*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2018. ISBN 978-80-7553-481-1, s. 70-71.

zaručena možnost pečlivě si vše rozmyslet a aby měli dostatek času na formulaci případných dotazů týkajících se plánovaného lékařského zákroku.

Pakliže tedy převážná většina pacientů informovaný souhlas se standardizovaným poučením o zákroku vůbec nečte, mohlo by se zdát, že kromě výše zmíněné ochrany lékaře informovaný souhlas v současnosti již neplní žádné jiné funkce a jde tedy o téměř bezcenný dokument. Takto učiněný závěr by však zřejmě nebyl zcela správný, neboť pacientům, kteří si předložený standardizovaný formulář s informovaným souhlasem přece jen řádně prostudují, poskytuje tento dokument cenné informace, na základě kterých může být jejich rozhodování v oblasti péče o jejich zdraví opravdu informované, což následně zároveň přispívá i k jejich lepší spolupráci s lékařem.

3. Poučení pacienta

3.1. Obecné vymezení

V současné době již k provedení lékařského zákroku nestačí pouze to, že k němu pacient udělí svůj souhlas, nýbrž se vedle toho vyžaduje, aby tento jeho souhlas byl projeven na základě náležitého poučení o zamýšleném zákroku. Poskytnutí takového poučení pacientovi umožní, aby si utvořil dostatečnou představu, co konkrétní zákrok obnáší a jaká případná rizika jsou s ním spjata. Vychází se zde z předpokladu, že pacient je v oblasti medicíny ve většině případů laikem, který nerozumí léčebným souvislostem. Smyslem poučení pacienta je proto především odstranit či alespoň zmírnit informační asymetrii mezi lékařem na straně jedné a pacientem-laikem na straně druhé, a to do té míry, aby pacient mohl zvážit všechny okolnosti a na základě toho se mohl následně rozhodnout, zda zákrok podstoupí nebo ne.¹⁵⁵

Je ovšem nutné podotknout, že k pojetí poučení pacienta jakožto nástroje k vyrovnání informační nerovnováhy mezi lékařem a pacientem existují na straně odborné veřejnosti jisté výhrady. Tak například T. Doležal v této souvislosti uvádí, že poučení pacienta tuto funkci neplní. Svůj závěr přitom odůvodňuje existencí určitých faktorů¹⁵⁶, jež dle něho brání náležitému přenosu informací směrem od zdravotnického pracovníka k pacientovi.¹⁵⁷ Na tomto místě si však dovoluji s tímto autorem nesouhlasit. Ačkoliv přenos informací mezi lékařem a pacientem skutečně může být mnohdy limitován různými objektivními skutečnostmi, mám nicméně za to, že poučení pacienta je optimálním prostředkem k vyrovnání informační asymetrie mezi nimi, což následně přispívá i k vyrovnání jejich faktické nerovnosti, která z této informační asymetrie pramení, a tím i k ochraně pacienta jakožto slabší strany tohoto vztahu.

¹⁵⁵ ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016. ISBN 978-80-7552-321-1, s. 238.

¹⁵⁶ Zejména nepříznivý zdravotní stav pacienta znesnadňující mu náležitě přijímat jemu poskytované informace či nemožnost plně objektivního sdělení informací lékařem, zejména pak nedostatečné poučení pacienta o možných alternativách daného zákroku.

¹⁵⁷ T. Doležal in: VALUŠ, Antonín. *Civilní spory mezi lékařem a pacientem při poskytování zdravotní péče*. Praha: Leges, 2014. Praktik (Leges). ISBN 978-80-7502-045-1, s. 58-60.

Na první pohled by se mohlo zdát, že informování pacienta o určitém zákroku předtím, než k němu udělí svůj souhlas, je zcela přirozeným a automatickým předpokladem jeho provedení. Nahlédneme-li však do minulosti, zjistíme, že tomu tak ne vždy bylo.

Za účinnosti předchozího zákona o péči o zdraví lidu č. 20/1966 Sb. se praxe v tehdejších nemocnicích poněkud lišila od té dnešní. Předně je třeba zmínit, že i přes tehdejší paternalistický přístup, který stál v popředí vztahu lékaře a pacienta, zmíněný zákon, stejně jako nyní účinný ZZS, zakotvoval poučovací povinnost lékaře, který měl pacienta, případně i další osoby informovat „o účelu a povaze poskytované zdravotní péče a každého vyšetřovacího nebo léčebného výkonu, jakož i o jeho důsledcích, alternativách a rizicích.“¹⁵⁸ Srovnáme-li právě citované ustanovení se současnou právní úpravou obsaženou v ZZS¹⁵⁹, dojdeme k závěru, že se jedná o úpravu velmi podobou (byť v případě ZZS mnohem podrobnější). Ve skutečnosti ovšem praxe minulého období byla většinou taková, že pacient byl zcela a pravdivě informován pouze tehdy, pokud bylo jeho onemocnění léčitelné. Pokud šlo o onemocnění, které léčitelné nebylo, omezoval se lékař pouze na sdělení zcela neurčitých informací, ačkoliv již o probíhajícím onemocnění pacienta věděl. Tak například akutní leukémie byla pacientům prezentována jako „špatný krevní obraz“. O pacientově skutečném zdravotním stavu však byla vždy informována jeho rodina, v dobách socialismu mnohdy dokonce i jeho zaměstnavatel.¹⁶⁰ Tato praxe pak nevyhnutelně vedla k tomu, že se pacient o své

¹⁵⁸ § 23 odst. 1 zákona o péči o zdraví lidu.

¹⁵⁹ Podle ustanovení § 31 odst. 2 ZZS má zdravotnický pracovník pacienta informovat „o:

- a) příčině a původu nemoci, jsou-li známy, jejím stadiu a předpokládaném vývoji,
- b) účelu, povaze, předpokládaném přínosu, možných důsledcích a rizicích navrhovaných zdravotních služeb, včetně jednotlivých zdravotních výkonů,
- c) jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích pro pacienta,
- d) další potřebné léčbě,
- e) omezeních a doporučeních ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a
- f) možnosti
 1. vzdát se podání informace o zdravotním stavu podle § 32 a
 2. určit osoby podle § 32 a 33 nebo vyslovit zákaz o podávání informací o zdravotním stavu podle § 33.“

¹⁶⁰ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas: proč a jak?*. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-497-3, s. 13-19.

nepříznivé diagnóze mnohdy dozvídal až zprostředkovaně, zejména od nejbližších členů své rodiny. Ti se totiž poté, co jim byla pravdivá informace o pacientově skutečném zdravotním stavu sdělena, zpravidla začali k tomuto nemocnému pacientovi chovat jinak, což pro něj většinou bylo prvotním signálem, že něco není v pořádku.¹⁶¹

Není divu, že tato praxe, kdy mezi lékařem a pacientem panovalo napjaté mlčení, nebyla dlouhou dobu udržitelná, ba dokonce ani nebyla v souladu se zákonem. Jednou z reakcí na nepříznivou praxi tehdejší doby a projevem snahy tuto praxi změnit ve směru otevřené komunikace mezi lékařem a pacientem bylo přijetí české verze Práv pacientů v roce 1992. Tento kodex ovšem nebyl právně vymahatelný; měl povahu jen určité etické normy, jíž měl být směrem k lékařům vyjádřen apel k důslednějšímu dodržování citovaného § 23 zákona o péči o zdraví lidu.¹⁶² Uvedený kodex mimo jiné uvádí, že: „*pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení, má býti náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo.*“¹⁶³

O tři roky později byl přijat Etický kodex ČLK, který již byl, na rozdíl od Etického kodexu „Práva pacientů“, pro lékaře právně závazný. Tento stavovský předpis ČLK ve svém § 3 odst. 4 uvádí, že „*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.*“

¹⁶¹ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Práva pacientů: (komentované vydání)*. Havířov: Nakladatelství Aleny Křtilové, 1996. ISBN 80-902163-0-7, s. 111.

¹⁶² Haškovcová, op. cit. *Informovaný souhlas: proč a jak?*, s. 13-19.

¹⁶³ Etický kodex „Práva pacientů“, bod 3. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/prava-pacientu-cr> (cit. 16. 12. 2019).

Dalším důležitým počinem tehdejší doby byla ratifikace Úmluvy o biomedicíně, která ve svém článku 5 uvádí, že pacient má být „(...) *předem řádně informován o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích.*“

Vývoj od medicíny mlčení k otevřené a pravdivé komunikaci mezi lékařem a pacientem byl završen přijetím ZZS, který zcela respektuje právo pacienta být plně informován o svém zdravotním stavu a o zamýšleném lékařském zákroku.¹⁶⁴

3.2. Poučení pacienta jako předpoklad platnosti uděleného souhlasu

Náležitě poučení pacienta představuje klíčový předpoklad platnosti a použitelnosti uděleného souhlasu se zákrokem. Pakliže by se totiž pacientovi před udělením jeho souhlasu tohoto poučení ze strany zdravotnického pracovníka nebylo dostalo, byl by jím udělený souhlas považován za neplatný, a to se všemi odpovědnostními důsledky z toho pro lékaře plynoucími.¹⁶⁵ K tomu se ostatně vyjádřil i Nejvyšší soud ČR, který v jednom ze svých rozhodnutí konstatoval, že „*provedení lékařského zákroku (...) na základě souhlasu, jenž nebyl informovaný (...) (tj. souhlas byl dán, aniž se pacientovi dostalo řádného poučení), je porušením právní povinnosti, a tedy nedovoleným, protiprávním jednáním jakožto jedním z předpokladů náhrady škody.*“¹⁶⁶

Ne každá chyba či neúplnost v poučení pacienta však automaticky vyvolává neplatnost jeho souhlasu a potažmo s tím spojenou odpovědnost zdravotnického pracovníka za protiprávní jednání. Nejvyšší soud ČR v uvedeném rozsudku dovedl, že odpovědnost zdravotnického pracovníka může vzniknout jen tehdy, jestliže pacient prokáže, že při znalosti informací, o nichž měl být poučen, by bylo reálně pravděpodobné, že by se ohledně zákroku rozhodl jinak, resp. že jej nepodstoupí. Dle

¹⁶⁴ Haškocová, op. cit. *Informovaný souhlas: proč a jak?*, s. 13-19.

¹⁶⁵ VAVRUŠKOVÁ, Magda a Jakub VOZÁB. *Informovaný souhlas pacienta - vzory, rady a příklady.* Praha: Verlag Dashöfer, 2015. ISBN 978-80-87963-19-7, s. 41.

¹⁶⁶ Rozsudek Nejvyššího soudu ČR ze dne 29. 4. 2015, sp. zn. 25 Cdo 1381/2013. Dostupné z: <https://www.beck-online.cz/bo/document-view.seam?documentId=njptembrgvpxexzygfpwg2lw> (cit: 16. 12. 2019).

Nejvyššího soudu je tedy při posuzování příčinné souvislosti mezi nedostatečným poučením a vznikem újmy nutné zkoumat, jakého poučení se pacientovi dostalo, resp. mělo dostat. Toto poučení má být takové, aby i laik mohl posoudit rizika zákroku a aby se na jeho základě mohl rozhodnout, zda zákrok podstoupí či nikoli. Často však dochází k tomu, že i kdyby se pacientovi před daným zákrokem chybějícího poučení bylo dostalo, býval by se rozhodl zcela stejně, tedy že zákrok podstoupí. V takovém případě by však veškeré negativní důsledky spojené s naplněním některého z rizik při provádění zákroku, jenž byl jinak po odborné stránce proveden zcela správně, nesl pacient sám.¹⁶⁷

Vzhledem k tomu, že otázka, jak by se pacient v konkrétní situaci skutečně rozhodl, je čistě spekulativní, postačí, aby prokázal pouze reálnou pravděpodobnost, že by se při znalosti určité skutečnosti, která mu nebyla sdělena, rozhodl daný zákrok nepodstoupit. Jednotlivé pacienty však v souvislosti s konkrétním zákrokem mohou zajímat různé skutečnosti a sdělovaná rizika zákroku mohou mít pro různé pacienty rozdílnou důležitost. Jako příklad uveďme riziko vzniku nevzhledné jizvy v obličeji; je zřejmé, že jinou důležitost bude tomuto riziku přisuzovat kupříkladu modelka a jinou montážní dělník. Zatímco u modelky by informace o tomto riziku reálně mohla vést k jejímu rozhodnutí zákrok nepodstoupit, u dělníka je více pravděpodobné, že tomu tak nebude. Důležitost konkrétní informace pro pacientovo rozhodnutí pak bude muset prokázat sám pacient, přičemž prokáže-li, že by se rozhodl zákrok nepodstoupit, jestliže by mu konkrétní, pro něj subjektivně důležitá informace bývala byla sdělena, bude jím udělený souhlas považován za neplatný a lékařovo jednání tudíž za protiprávní.¹⁶⁸

3.3. Rozsah a obsah poučovací povinnosti

Potřebný rozsah informací, jež je lékař povinen pacientovi poskytnout, jistě nemůže být zcela bezbřehý. Předně je třeba mít na paměti, že pacient je ve většině případů v oblasti medicíny laikem; přehnaně podrobné poučení by proto mohlo

¹⁶⁷ Tamtéž.

¹⁶⁸ HOLČAPEK, Tomáš. *Dokazování v medicínskoprávních sporech*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2011. ISBN 978-80-7357-643-1, s. 111-113.

negativně ovlivnit jeho schopnost poskytnutým informacím porozumět.¹⁶⁹ Častým problémem se v této souvislosti může jevit i nadužívání odborných výrazů, kterým pacient, coby laik, mnohdy vůbec nerozumí. Za účelem překonání této komunikační bariéry by tak lékaři měli užívat především odpovídající české výrazy a poskytované informace případně zjednodušit tak, aby pacient alespoň v hrubých rysech věděl, co se s ním bude dít a aby byl poučen o všech základních skutečnostech.¹⁷⁰ Jestliže takto poskytnuté informace přesto nebudou pro pacienta srozumitelné či pokud bude požadovat bližší objasnění určitých aspektů navrhované zdravotní služby, má právo klást lékaři doplňující otázky, na které se mu musí dostat srozumitelné odpovědi.¹⁷¹ Z ustanovení § 2639 OZ vyplývá, že lékařem podané vysvětlení lze považovat za řádně učiněné tehdy, pokud jej pacient pochopil nebo pokud lze alespoň předpokládat, že jej pochopil.

Rozsah potřebného poučení bude v konkrétním případě záviset i na závažnosti a rizikovosti daného zákroku. Podstupuje-li pacient závažnou invazivní operaci spojenou s mnohými riziky pro jeho zdraví, dostane se mu zpravidla velmi podrobného poučení, zatímco u banálních úkonů, jako je například změření tlaku, se lékař zpravidla může spolehnout na to, že pacient má o úkonu obecné povědomí a nemusí mu tedy celý postup vysvětlovat, zvláště když s takovým úkonem nejsou spojena téměř žádná zdravotní rizika. Rozsah poučení bude vedle toho ovlivněn také časovou naléhavostí zákroku. Jestliže je k náležitému poučení pacienta nedostatek času a to z toho důvodu, že pacient je přímo ohrožen na životě a hrozí tak nebezpečí z prodlení, bude možno poučení zkrátit oproti poučení, jakého by se mu dostalo za běžných okolností. V takovém případě bude pacient informován pouze v rozsahu, v jakém to konkrétní okolnosti umožňují, přičemž k doplnění zbývajících informací by mělo dojít dodatečně, po provedení daného zákroku.¹⁷²

¹⁶⁹ TĚŠINOVÁ, Jolana, Roman ŽDÁREK a Radek POLICAR. *Medicínské právo*. V Praze: C.H. Beck, 2011. Beckovy mezioborové učebnice. ISBN 978-80-7400-050-8, s. 44.

¹⁷⁰ ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. Praha: ASPI, 2007. Právní rukověť (ASPI). ISBN 978-80-7357-268-6, s. 69.

¹⁷¹ § 31 odst. 1 b) ZZS.

¹⁷² ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016. ISBN 978-80-7552-321-1, s. 241.

Je důležité zmínit, že rozsah poučení, jež se pacientovi ze strany lékaře dostane, bude následně ovlivňovat i míru spolupráce mezi nimi při léčbě i diagnostice. Dostatečně poučený pacient totiž bude jistě spolupracovat mnohem lépe než ten, kterému se náležitě poučení nedostalo. Pokud pacient například ví, jaká rizika jsou spojena s nedodržíváním stanoveného léčebného režimu při jeho rekonvalescenci po určitém zákroku, bude motivován tento stanovený režim dodržovat, a to právě proto, aby těmto rizikům, o kterých byl náležitě poučen, předešel.¹⁷³

Při řešení otázky, jaké konkrétní informace by měly být pacientovi v rámci poučení poskytnuty, je nutno předně nahlédnout do ZZS, který v § 31 odst. 1 nejprve obecně vymezuje, že pacient má být v dostatečném rozsahu srozumitelným způsobem informován o svém zdravotním stavu i o navrženém postupu v léčbě včetně všech jeho změn. Na toto obecné pravidlo pak navazuje odstavce druhý téhož paragrafu, který taxativním výčtem specifikuje, co se oním dostatečným rozsahem rozumí.

3.4. Jednotlivé složky poučení

ZZS na první místo ve výčtu informací, které má poskytovatel zdravotních služeb pacientovi poskytnout, uvádí informaci o „*příčině a původu nemoci, jsou-li známy, jejím stadiu a předpokládaném vývoji.*“ Zákonodárce zde zohledňuje skutečnost, že příčina a původ nemoci nemusí být vždy známy; mnohdy se dokonce bude jednat spíše o určitý kvalifikovaný odhad. V případě informování o stadiu a předpokládaném vývoji onemocnění se však již lékař nemůže odvolávat na to, že tyto informace nejsou známy, a pacientovi proto musí být poskytnuty vždy.¹⁷⁴

Nezbytnou součástí poučení je i informace o účelu zamýšleného zákroku. V obecné rovině je tímto účelem především zlepšení zdravotního stavu konkrétního pacienta. S takto povšechně vymezeným účelem zákroku bychom si však v rámci

¹⁷³ ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. Praha: ASPI, 2007. Právní rukověť (ASPI). ISBN 978-80-7357-268-6, s. 68.

¹⁷⁴ MACH, Jan. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: Zákon o specifických zdravotních službách*. Praha: Wolters Kluwer, 2018. Praktický komentář. ISBN 978-80-7598-103-5, s. 112.

poskytnutého poučení zřejmě nevystačili. Každý lékařský zákrok má současně nějaký konkrétnější cíl, jehož má být dosaženo. Tak u zákroků diagnostických bude tímto cílem zjištění pacientova zdravotního stavu, a to především prostřednictvím vyšetření různých orgánů či tkání, na jehož základě pak bude stanoven konkrétní léčebný postup. Kupříkladu při využití počítačové tomografie bude tímto konkrétním cílem zobrazení vnitřních orgánů a tkání pacienta, u odběru krve pak získání potřebného vzorku k následnému provedení rozboru krve v laboratoři. Účelem zákroků léčebných pak bude zmírnění či eliminace zdravotních obtíží pacienta nebo alespoň zamezení zhoršení jeho zdravotního stavu do budoucna.¹⁷⁵

S účelem navrhovaných zdravotních služeb úzce souvisí i povinnost informovat o jejich předpokládaném přínosu pro pacienta. Z podané informace však musí být pacientovi zřejmé, že tento předpokládaný přínos se dostaví pouze v případě, že léčba bude úspěšná. Pokud lékař u pacienta vyvolá představu, že poskytovanou zdravotní službou bude předpokládaného přínosu dosaženo za každých okolností, ačkoliv ví, že jej ve skutečnosti dosaženo být nemusí, pak na to musí pacienta, v souladu s ustanovením § 2639 odst. 2 OZ, upozornit.

Další ze složek tvořících obsah poučovací povinnosti lékaře ve vztahu k pacientovi je poučení o důsledcích zamýšleného zákroku. Tato část poučení by měla zahrnovat především informaci o předpokládané bolestivosti zákroku, nezbytnosti následné hospitalizace, předpokládané době pracovní neschopnosti, stejně jako informaci o nutnosti dodržovat stanovený léčebný či rehabilitační režim, včetně důsledků jeho nedodržení.¹⁷⁶ Protože je však každý lidský organismus jedinečný, nelze nikdy s naprostou jistotou odhadnout, jak bude organismus toho kterého pacienta na konkrétní léčbu či zákrok reagovat. Proto by měl lékař pacienta informovat o těch důsledcích, které lze pravděpodobně očekávat či které v souvislosti s daným zákrokem zpravidla nastávají. Tak kupříkladu při informování pacienta o předpokládané bolestivosti zákroku nelze od lékaře očekávat její přesný odhad, neboť každý jedinec

¹⁷⁵ ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. Praha: ASPI, 2007. Právní rukověť (ASPI). ISBN 978-80-7357-268-6, s. 72.

¹⁷⁶ T. Doležal in: LAVICKÝ, Petr. *Občanský zákoník: komentář*. Praha: C.H. Beck, 2015. Velké komentáře. ISBN 978-80-7400-287-8, s. 1157.

má jiný práh bolesti; podání informace by se proto v takovém případě mělo omezit na to, co většinou uvádí pacienti, jež předmětný zákrok již podstoupili. Vedle důsledků bezprostředních, jež jsou v úzké časové souvislosti s prováděným zákrokem (například již zmíněná bolestivost při provádění zákroku či nutnost zachovat klid na lůžku po dobu několika hodin po jeho provedení), by měl být pacient informován též o důsledcích, jež mohou mít dlouhodobější či dokonce trvalý charakter. Typicky by měl být pacient informován především o tom, zda v důsledku provedení zákroku bude určitým způsobem trvale limitován ve svém dosavadním způsobu života (například zda bude muset omezit určité aktivity), zda bude muset dlouhodobě změnit své stávající stravovací návyky (například vyřadit určité potraviny ze svého jídelníčku za účelem dodržování přísné diety) či zda lze naopak v řádu několika let po provedení zákroku očekávat jeho úplné uzdravení a přechod k normálnímu životu.¹⁷⁷

Pacient by měl být dále poučen o alternativách daného zákroku, jež v konkrétním případě přicházejí v úvahu. Aby si totiž pacient vůbec mohl svobodně zvolit jeden z možných způsobů léčby, je nezbytné, aby byl před učiněním svého rozhodnutí o těchto léčebných alternativách dostatečně informován. Za tímto účelem by měl pacient především obdržet informaci o možných alternativách invazivní či konzervativní léčby; zmíněna by měla být i možnost „neléčení“ (a to zejména v případě pokročilých fází nevyléčitelných nemocí). Zároveň by měl být pacient vždy upozorněn i na případná rizika, jež jsou s jednotlivými alternativami spjata.¹⁷⁸

Problematiku rozsahu informování o alternativách lze demonstrovat na jednoduchém příkladu léčby zánětu slepého střeva, jež může být provedena jeho operativním odstraněním, nekomplikované případy mohou být řešeny i podáváním antibiotik, další alternativou je pak léčba konzervativní spočívající zejména v dodržování přísné diety, případně může být slepé střevo odstraněno za pomoci laparoskopické operace, jež je v dnešní době využívána jako nejčastější řešení. Všechny tyto čtyři způsoby léčby zánětu slepého střeva mají své výhody i nevýhody, přičemž každá z těchto alternativ se zároveň vyznačuje odlišnou mírou rizik s ní spjatých, jakož i

¹⁷⁷ ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. Praha: ASPI, 2007. Právní rukověť (ASPI). ISBN 978-80-7357-268-6, s. 74-75.

¹⁷⁸ T. Doležal in: LAVICKÝ, Petr. *Občanský zákoník: komentář*, op. cit., s. 1157.

odlišnou mírou bolestivosti i pravděpodobnosti úspěchu léčby. Na základě zohlednění individuálních rysů a celkového zdravotního stavu pacienta by měl lékař pacientovi doporučit ten způsob léčby, o němž má za to, že je pro pacienta nejvhodnější. Vedle toho by měl lékař pacienta vždy informovat i o všech ostatních (tedy v našem případě o zbylých třech) alternativách léčby tak, aby si pacient na základě jemu poskytnutých informací mohl následně vybrat ten způsob léčby, jenž považuje vzhledem ke svým poměrům za optimální.¹⁷⁹

Jestliže přichází v úvahu určitý způsob léčby, který sice dané zdravotnické zařízení neprovádí, ale zároveň jej může provést zdravotnické zařízení jiné, přičemž půjde o léčbu hrazenou z veřejného zdravotního pojištění, bude nutné informovat pacienta i o těch způsobech léčby, jež dané zdravotnické zařízení nezajišťuje.¹⁸⁰ Dle mého názoru by se toto pravidlo mohlo uplatnit kupříkladu v případě léčby onkologických pacientů, kdy vedle léčby chemoterapií, jež je běžně dostupná v mnoha českých nemocnicích, přichází v úvahu i léčba protonová, která je však prováděna pouze v Protonovém centru v Praze. Domnívám se, že pakliže bude onkologický pacient léčen mimo zdravotnické zařízení, jehož je Protonové centrum součástí, měla by mu být poskytnuta informace i o této alternativní protonové léčbě, byť není zajišťována přímo oním zdravotnickým zařízením poskytujícím mu zdravotní péči.

V této souvislosti se může nabízet otázka, zda musí být pacientovi poskytnuty informace o všech existujících alternativách dostupných jak v tuzemsku, tak i v zahraničí či zda má být poskytnutí informace omezeno pouze na možnosti léčby dostupné v ČR. V praxi totiž může dojít k situaci, kdy zdravotní stav pacienta bude vyžadovat určitý způsob léčby, který na území ČR není dostupný, ovšem za hranicemi našeho státu by mu tato (u nás nedostupná) zdravotní péče poskytnuta být mohla, byť by to pro něj případně bylo vysoce ekonomicky náročné. Měl by mít tedy pacient právo být informován i o této „vzdálené alternativě“? J. Stolínová a J. Mach jsou toho názoru, že ano, avšak nikoliv ve všech případech, nýbrž především v situacích, kdy zahraniční

¹⁷⁹ ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. Praha: ASPI, 2007. Právní rukověť (ASPI). ISBN 978-80-7357-268-6, s. 79-80.

¹⁸⁰ Tamtéž.

lčba je jedinou možností, jak dané onemocnění pacienta vůbec léčit, či jediným možným způsobem, jak zachránit jeho život.¹⁸¹

V souvislosti s informováním o alternativách určitého lékařského zákroku nelze na závěr nezmínit notoricky známé rozhodnutí ESLP ve věci *V. C. proti Slovensku*. Skutkové okolnosti tohoto sporu byly následující: stěžovatelka romského původu byla převezena do porodnice, neboť se schylovalo k jejímu porodu. Následně u ní ovšem nastaly jisté zdravotní komplikace. Těsně před porodem si lékařský personál vyžádal pacientčin souhlas s provedením sterilizace (jejíž provedení však v dané chvíli nebylo z lékařského hlediska nezbytné). Sama stěžovatelka pak tuto situaci popsala tak, že jí lékaři položili otázku, zda chce mít v budoucnu ještě další děti, načež odpověděla, že ano. Lékaři ji však upozornili, že pokud by v budoucnu čekala další dítě, pak by pravděpodobně zemřelo při porodu, případně by porod nepřežila ona sama. Tato informace pacientku velmi emocionálně rozrušila, a proto lékařům sdělila, ať udělají, co považují za nezbytné. Následně jí byl předložen list papíru, na němž byl napsán text „pacient vyžaduje sterilizaci“, který poté podepsala. Jádrem problému spočívalo v tom, že stěžovatelčin souhlas se sterilizací nebyl informovaný, neboť jí nebyla k tomuto zákroku nabídnuta žádná jiná alternativa, nadto ani nebyla řádně informována o podstatě tohoto zákroku a jeho následcích, ani o svém aktuálním zdravotním stavu. Pacientka proto podala na dané zdravotnické zařízení občanskoprávní žalobu. Vnitrostátní soudy nicméně její žalobu zamítly s odůvodněním, že s provedením sterilizace souhlasila, což ostatně stvrdila i svým podpisem. Pacientka se však nenechala takto odbýt, a proto se v této věci obrátila na ESLP, který její stížnosti vyhověl. Štrasburský soud dovodil, že postupem lékařů došlo k porušení nejen článku 8 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv zakotvujícího právo na respektování rodinného a soukromého života, nýbrž dokonce i článku 3 zmíněné Úmluvy, neboť postup lékařů v daném případě naplnil i znaky nelidského a ponižujícího jednání.¹⁸²

¹⁸¹ STOLÍNOVÁ, Jitka a Jan MACH. *Právní odpovědnost v medicíně*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2010. Theatrum medico-iuridicum. ISBN 978-80-7262-686-1, s. 199-200.

¹⁸² Rozsudek ESLP ze dne 8. listopadu 2011 ve věci *V. C. proti Slovensku*, stížnost č. 18968/07. Dostupné z: [http://eslp.justice.cz/justice/judikatura_eslp.nsf/0/0E03C18189E8B858C125829E00362764/\\$file/V.%20C.%20proti%20Slovensku_annotate.pdf?open&](http://eslp.justice.cz/justice/judikatura_eslp.nsf/0/0E03C18189E8B858C125829E00362764/$file/V.%20C.%20proti%20Slovensku_annotate.pdf?open&) (cit. 15. 12. 2019).

V praxi je nejvíce problematickou složkou poučení zřejmě informace o možných rizicích, jež jistě může mnohé pacienty nemálo vyděsit, zároveň však významným způsobem chrání lékaře před případnými soudními spory.¹⁸³ Vychází se z toho, že každý lékařský zákrok je neodmyslitelně spojen s určitými riziky, byť množství těchto rizik může být u jednotlivých zákroků různé. Pakliže se při konkrétním zákroku, jenž bude po odborné stránce proveden zcela správně, resp. *lege artis*, některé z těchto rizik naplní, přičemž pacient byl na toto riziko předem upozorněn, nemůže být lékař následně shledán odpovědným za případnou újmu na zdraví daného pacienta. Vzhledem k tomu, že úspěch v oblasti medicíny není nikdy zcela jistý, neboť biologické procesy v lidském těle většinou nelze odhadnout se stoprocentní jistotou a různí lidé mohou na tutéž léčbu reagovat rozdílně, je nutné při poskytování informací o rizicích daného zákroku zohlednit i individuální okolnosti na straně konkrétního pacienta, jeho věk, jakož i jeho celkový zdravotní stav.¹⁸⁴ Vysvětlující zpráva k Úmluvě o biomedicíně k tomu uvádí, že „*informace o rizicích spojených se zákrokem (...) musí zahrnovat nejen rizika nezbytně spojená s druhem uvažovaného zákroku, ale také jakákoli rizika související s individuálními charakteristickými rysy každého pacienta, jako je věk nebo existence jiných chorob.*“¹⁸⁵

Je ovšem nutné zmínit, že český zákonodárce v ZZS nikterak nekonkretizoval rozsah rizik, o nichž má být pacient před provedením zamýšleného zákroku informován. K požadovanému rozsahu poučení o možných rizicích se však již vyjádřil Nejvyšší soud ČR, a to v již zmíněném rozhodnutí sp. zn. 25 Cdo 1381/2013, ve kterém dovodil, že pacienta nelze informovat naprosto o všech myslitelných rizicích, které v daném případě přicházejí v úvahu, neboť rozličných rizik spjatých s jednotlivými zákroky je mnohdy nepřehledné množství. Musí však být poučen o těch rizicích, které mají potenciál ovlivnit jeho rozhodnutí o tom, zda zákrok podstoupí nebo ne. Nejvyšší soud ČR v tomto rozhodnutí nastínil vodítko k určení potřebného rozsahu rizik, o nichž má

¹⁸³ H. Haškovcová in: PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a Jan MACH. *Informovaný souhlas: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Galén, [2017]. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-7492-334-0, s. 36.

¹⁸⁴ ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016. ISBN 978-80-7552-321-1, s. 243.

¹⁸⁵ Vysvětlující zpráva k Úmluvě o lidských právech a biomedicíně, bod 35.

být pacient informován. Dle názoru Nejvyššího soudu je nutno vycházet z kombinace pravděpodobnosti určitého rizika a závažnosti negativních následků pro zdravotní stav pacienta, přičemž „*čím závažnější budou nepříznivé následky v případě naplnění rizika, tím menší pravděpodobnost bude stačit ke vzniku povinnosti o nich pacienta poučit.*“¹⁸⁶ Zmíněné rozhodnutí tak určitým způsobem konkretizuje rozsah poučovací povinnosti poskytovatele zdravotních služeb týkající se možných rizik, byť míra této konkretizace není příliš vysoká.¹⁸⁷

3.4.1. Poučení o rizicích lékařského zákroku v zahraničních právních řádech

V souvislosti s problematikou informování o rizicích lékařských zákroků považuji na tomto místě za vhodné provést stručný exkurs do vybraných zahraničních právních úprav, neboť v mnohých z nich lze v této oblasti vystopovat vcelku zajímavý dynamický vývoj. Při bližším zkoumání zahraničních právních úprav týkajících se požadovaného rozsahu sdělovaných rizik mě zaujalo především řešení, jež v této oblasti zvolil francouzský zákonodárce. Francouzské právo, stejně jako právo české, poskytuje pacientům právo na informace o jejich zdravotním stavu, dále o povaze zamýšleného vyšetření, léčby či preventivního opatření, jejich očekávaných přínosech a důsledcích, naléhavosti jejich provedení, předvídatelných rizicích, případných alternativách či o možných následcích v případě jejich neprovedení. Nadto však francouzská legislativa požaduje, aby byl pacient informován i o nově objevených se rizicích, jež vyjdou najevo až dodatečně po provedení daného vyšetření, léčby či preventivního opatření a jež v okamžiku poučení pacienta nebyly lékaři známy.¹⁸⁸

¹⁸⁶ Rozsudek Nejvyššího soudu ČR ze dne 29. 4. 2015, sp. zn. 25 Cdo 1381/2013. Dostupné z: <https://www.beck-online.cz/bo/document-view.seam?documentId=njptembrgvpxexzygfpwg2lw> (cit. 20. 2. 2019).

¹⁸⁷ Informovaný souhlas – problematika rozsahu poučení pacienta o rizicích spojených s navrhovanou léčbou; Časopis zdravotnického práva a bioetiky; vol 8, No 1 (2018), ISSN 1804-8137, s. 32-33. Dostupné z: <http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/162/136> (cit. 21. 2. 2019).

¹⁸⁸ KOCH, Bernhard A. a Ewa BAGIŃSKA. Medical liability in Europe: a comparison of selected jurisdictions. Boston, [Mass.]: De Gruyter, c2011. ISBN 978-3-11-026010-6, s. 224, 646.

Specifický přístup k řešení této otázky zaujalo i Španělsko. Španělská judikatura v této souvislosti rozlišuje mezi tzv. léčebnou medicínou (*medicina curativa*) a tzv. satisfakční medicínou (*medicina satisfactiva*, tj. oblast medicíny zahrnující zákroky, jež zdravotní stav pacienta nevyžaduje, např. estetické zákroky či sterilizace). Zatímco v oblasti tzv. léčebné medicíny není nezbytné, aby byl pacient informován o těch rizicích, k nimž dochází pouze zřídka či která nejsou pro daný druh zákroku typická (za předpokladu, že se nejedná o rizika mimořádně závažná), v oblasti tzv. medicíny satisfakční musí být pacient informován mnohem detailněji; především musí být poučen o všech možných rizicích, k nimž může při zákroku dojít, a to bez ohledu na to, jak často k materializaci těchto rizik v praxi dochází.¹⁸⁹

Nejvyšší soud ČR se ve výše zmíněném rozhodnutí sp. zn. 25 Cdo 1381/2013 patrně nejvíce inspiroval právní úpravou Spolkové republiky Německo. Shodu lze spatřovat zejména s první větou § 630e německého občanského zákoníku (BGB), jež stanoví, že ošetřující zdravotnický pracovník je povinen pacienta informovat o všech skutečnostech, které jsou podstatné pro jeho rozhodnutí, zda s navrhovaným zákrokem vysloví souhlas, přičemž do těchto skutečností pak BGB výslovně zahrnuje i rizika s daným zákrokem spojená.¹⁹⁰ Německý zákonodárce tak, stejně jako český Nejvyšší soud, explicitně neurčuje žádnou konkrétní procentuální hranici pravděpodobnosti naplnění určitého rizika, při jejímž dosažení by se vyžadovalo, aby byl pacient o daném riziku vždy informován, nýbrž pouze stanoví, že dané riziko musí být podstatné pro rozhodnutí konkrétního pacienta, zda zákrok podstoupí či nikoliv. Toto řešení tak umožňuje zohlednit individualitu každého jednotlivého pacienta, neboť různí pacienti mohou danému riziku přisuzovat různou důležitost. Na druhou stranu však současně klade toto řešení velké nároky na lékaře; ti totiž musí své pacienty znát natolik dostatečně, aby byli v daném případě schopni vyhodnotit, zda je určité riziko z pohledu daného pacienta natolik podstatné, že je nutné jej na ně upozornit.

¹⁸⁹ M. Martín-Casal, J. Solé in: KOCH, Bernhard A. a Ewa BAGIŃSKA. Medical liability in Europe: a comparison of selected jurisdictions. Boston, [Mass.]: De Gruyter, c2011. ISBN 978-3-11-026010-6, s. 492.

¹⁹⁰ § 630e odst. 1 BGB.

Zajímavý judikaturní vývoj lze rovněž zaznamenat ve Spojeném království. V roce 2004 bylo Sněmovnou Lordů, v té době nejvyšším odvolacím soudem Spojeného království, vydáno přelomové rozhodnutí ve věci *Chester v Afshar* týkající se problematiky nedostatečného poučení pacientky o rizicích plánované operace. Žalobkyně paní Chester byla kvůli bolesti zad poslána k doktoru Afsharovi, neurochirurgovi. Ten jí doporučil podstoupit operaci páteře, s níž byla spojena 1-2% pravděpodobnost vzniku závažného neurologického poškození zvaného syndrom kaudy, na něž však doktor Afshar v rozporu se svou povinností pacientku neupozornil. Paní Chester se rozhodla tuto operaci podstoupit. Ačkoliv operace proběhla z hlediska profesních standardů zcela správně, v jejím průběhu nicméně došlo k jistým komplikacím a ono 1-2% riziko vzniku vážného neurologického poškození, o němž pacientka nebyla doktorem Afsharem před operací poučena, se naplnilo. Paní Chester se proto obrátila na soud s žalobou na náhradu újmy, jež jí byla při operaci způsobena. Soud v daném případě shledal existenci příčinné souvislosti mezi neinformováním paní Chester a jejím poškozením – pokud by bývala byla o výše uvedeném riziku informována, operaci by zřejmě nepodstoupila (a to buď vůbec, anebo alespoň ne ihned) a spíše by požadovala poskytnutí informací o možných alternativách této operace. Podle názoru soudu tedy pacientka měla být o tomto riziku informována, byť se jednalo o riziko, u něž pravděpodobnost jeho naplnění činí pouze 1-2 %. Žalobě paní Chester proto bylo vyhověno a požadovaná náhrada škody jí byla přiznána.¹⁹¹

Je však nutné zmínit, že závěry vyvozené v rozhodnutí *Chester v Afshar* byly v nedávné době poněkud zrelativizovány, a to rozhodnutím ve věci *Duce v Worcestershire Acute Hospitals NHS Trust* z roku 2018. Ačkoliv se v této věci jednalo o téměř identickou situaci jako v případě paní Chester, anglický odvolací soud zde nicméně dospěl k závěru zcela opačnému. Žalobkyně paní Duce podstoupila hysterektomii, jež sice byla po odborné stránce provedena zcela správně, nicméně následkem této operace u ní došlo k rozvinutí chronické pooperační bolesti, na niž však pacientka nebyla před podstoupením tohoto zákroku upozorněna. Paní Duce se proto, stejně jako paní Chester, obrátila na soud s žalobou na náhradu škody. Namítala přitom,

¹⁹¹ The House of Lords in re *Chester v Afshar* [2004] UKHL 41. Dostupné z: <https://publications.parliament.uk/pa/ld200304/ldjudgmt/jd041014/che-ste-1.htm> (cit. 11. 10. 2019).

že pokud by bývala byla s tímto rizikem před provedením daného zákroku obeznámena, rozhodla by se jej nepodstoupit buď vůbec, anebo alespoň ne v tom okamžiku, kdy byl proveden. Anglický odvolací soud však, na rozdíl od případu *Chester v Afshar*, v této věci žalobkyni náhradu škody nepřiznal. Dovodil, že žalobkyně byla o rizicích hysterektomie informována dostatečně (bylo jí totiž sděleno, že po operaci může pociťovat jistou bolest, byť nebylo výslovně užito pojmu „chronická“) a že by s jejím provedením bývala byla souhlasila i tehdy, pokud by jí chybějící informace o riziku vzniku chronické pooperační bolesti poskytnuta byla.¹⁹²

Dynamický vývoj v oblasti informování o rizicích lékařských zákroků lze konečně nalézt i v judikatuře Spojených států amerických. Americkými soudy byly postupem času vypracovány tři standardy lišící se v tom, zda je při vymezení rozsahu sdělovaných rizik užíváno kritérium objektivní či kritérium subjektivní. Ve všech případech je však zřejmá snaha amerických soudů určitým způsobem korigovat rozsah rizik, která mají být v rámci poučení pacientům sdělována. V americké judikатурní praxi se nejprve začal uplatňovat objektivní standard známý pod označením standard odborníka (tzv. „*Professional standard*“), jenž byl poprvé vymezen v roce 1960, a to v rozhodnutí kansaského Nejvyššího soudu *Natanson v. Kline*. Tento standard spočívá v povinnosti lékaře informovat pacienta o těch rizicích, o nichž by jej informoval jiný obecně rozumný lékař za totožných nebo podobných podmínek. Postupem času byl však standard odborníka stále častěji podrobován kritice. Kansaský Nejvyšší soud totiž nijak nekonkretizoval rozsah sdělovaných rizik, tudíž mezi lékaři nepanovala shoda ohledně toho, o jakých rizicích ještě pacienta informovat a o kterých už nikoliv. Praktickým důsledkem uplatňování tohoto standardu pak bylo, že v případě sporu o tom, zda se pacientovi ze strany lékaře dostalo náležitého poučení či nikoliv, bylo nutné provést znalecké posouzení. Problém však tkvěl v tom, že znalcem byl pochopitelně jiný lékař, jenž ovšem k podání znaleckého posudku proti svému kolegovi nebyl mnohdy příliš ochoten. Zmíněná kritika standardu odborníka následně podnítila další vývoj v této oblasti. Za zcela zásadní lze v této souvislosti považovat soudní rozhodnutí *Canterbury v. Spence*, které do soudní praxe amerických soudů zavedlo tzv. standard

¹⁹² The Court of Appeal in re *Duce v Worcestershire Acute Hospitals NHS Trust* [2018] EWCA Civ 1307. Dostupné z: <https://www.drummondmiller.co.uk/news/2019/01/duce-v-worcestershire-acute-hospitals-nhs-trust-the-clarification-of-chester-v-afshar/> (cit. 11. 10. 2019).

obecně rozumného pacienta („*Reasonable patient standard*”). Tento standard spočívá v povinnosti lékaře informovat pacienta o těch rizicích, která by obecně rozumný pacient pokládal za klíčové pro své rozhodnutí, zda zamýšlený zákrok podstoupí či nikoliv. Tento nový přístup současně odstranil výše zmíněný problém se znaleckými posudky, neboť ve sporných případech již znaleckého posouzení nebylo třeba. Otázku, zda konkrétní riziko spojené se zákrokem je či není natolik zásadní, aby mělo vliv na pacientovo rozhodnutí, totiž posuzovala laická porota, nikoliv již znalec. Problémem však bylo chybějící vymezení onoho obecně rozumného pacienta. Navíc otázka, jak by se v konkrétním případě onen obecně rozumný pacient rozhodl, je čistě hypotetická, nikoli empiricky podložená. Není tedy divu, že i standard obecně rozumného pacienta byl postupem času stále častěji podrobován kritice. Reakcí na negativa obou výše uvedených objektivních standardů byl příklon ke standardu subjektivnímu (tzv. „*Particular patient / subjective standard*”), podle kterého má lékař pacienta informovat o těch rizicích, která nikoliv již obecně rozumný pacient, nýbrž konkrétní pacient bude pokládat za klíčové pro své rozhodnutí, zda zákrok podstoupí či nikoliv. Nutno však podotknout, že americké soudy se tento subjektivní standard poněkud zdráhají užívat a to především z důvodu nebezpečí jeho zneužití samotnými pacienty. Problémem je i skutečnost, že tento přístup klade na lékaře příliš velké nároky spočívající v nutnosti seznámit se s konkrétními podmínkami každého pacienta a jeho individualitou tak, aby na základě toho byli schopni odhadnout, která rizika by dotýčný pacient považoval za klíčová pro své rozhodnutí.¹⁹³

¹⁹³ Informovaný souhlas – problematika rozsahu poučení pacienta o rizicích spojených s navrhovanou léčbou; Časopis zdravotnického práva a bioetiky; vol 8, No 1 (2018), ISSN 1804-8137, s. 22-27. Dostupné z: <http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/162/136> (cit. 21. 2. 2019).

3.5. Kdo pacientovi informaci podává

ZZS stanoví, že pacient má být o svém zdravotním stavu informován ošetřujícím zdravotnickým pracovníkem, jenž je způsobilý k poskytování zdravotních služeb, kterých se podání informace týká.¹⁹⁴

Ošetřujícím zdravotnickým pracovníkem je přitom osoba, jež danému pacientovi navrhuje a posléze také poskytuje konkrétní zdravotní službu. Proto bude-li se jednat o lékařský zákrok spadající pod určitou specializaci, bude pacient informován tím lékařem, jenž samotný zákrok provádí a jenž má zároveň k jeho provedení odpovídající kvalifikaci. Tak o endoprotéze kolenního kloubu bude pacienta informovat nikoliv praktický lékař, u nějž je pacient registrován, nýbrž lékař se specializací v oblasti ortopedie - ortoped, do jehož oboru provádění tohoto typu zákroku náleží. Praktický lékař sice může pacientovi předběžně poskytnout určité obecné informace vztahující se k danému zákroku, nicméně těžiště odpovědnosti za informování pacienta bude v konečném důsledku spočívat na ortopedovi. Předchozí rozhovor pacienta s praktickým lékařem však může být koneckonců mnohdy žádoucí – především v tom smyslu, že dojde k urychlení procesu informování ortopedem; bude-li totiž pacient určitými informacemi již disponovat, bude daleko lépe připraven k případné diskusi a kladení otázek týkajících se daného zákroku.¹⁹⁵

V praxi však pacientovi nemusí informaci poskytovat vždy pouze lékař. Tak o úkonech prováděných zdravotní sestrou (například o odběru krve) bude pacienta informovat právě zdravotní sestra, jež daný úkon provádí. Bude-li se však jednat o zákrok, jehož provedení do její kompetence nenáleží, nebude moci o něm pacienta sama informovat. V této souvislosti se ovšem domnívám, že současná realita českých zdravotnických zařízení v tomto ohledu ne vždy odpovídá literě zákona. Z výsledků mnou provedeného dotazníkového šetření, jehož se zúčastnilo celkem 100 respondentů z řad pacientů různých věkových kategorií, mimo jiné vyplynulo, že nezanedbatelná část z nich (konkrétně 24 %) je o plánovaném lékařském zákroku informována nikoliv

¹⁹⁴ § 31 odst. 3 ZZS.

¹⁹⁵ VAVRUŠKOVÁ, Magda a Jakub VOZÁB. *Informovaný souhlas pacienta - vzory, rady a příklady*. Praha: Verlag Dashöfer, 2015. ISBN 978-80-87963-19-7, s. 42-43.

ošetřujícím lékařem, jenž jej má provést, nýbrž pouze zdravotní sestrou, což je bezesporu jev, jenž v zákonné úpravě nemá oporu. M. Vavrušková a J. Vozáb v této souvislosti kromě toho poukazují i na častý nešvar českých porodnic, kdy zdravotní sestry ve značném předstihu (často již při registraci k porodu) předkládaly pacientkám k podpisu formulář s informovaným souhlasem s epidurální anestezií, císařským řezem či s transfuzí. Takto udělený informovaný souhlas však ve skutečnosti nemohl být vůbec platný, neboť mu nepředcházela vlastní dialog s ošetřujícím lékařem, k němuž poprvé dochází až v řádu týdnů po provedení registrace pacientky (byť je jistě chvályhodné, že pacientka tímto postupem získala dostatek času k prostudování formuláře v adekvátním časovém předstihu před porodem).¹⁹⁶

3.6. Právo pacienta nebýt informován

Právo pacienta na to, aby mu byly poskytnuty informace týkající se jeho zdravotního stavu a navrhovaného způsobu léčby, je toliko jeho právem, nikoli však jeho povinností.¹⁹⁷ Z toho mimo jiné vyplývá, že lékař nemůže pacientovi tyto informace vnucovat proti jeho vůli.¹⁹⁸ Toto pravidlo je obsaženo i v čl. 10 odst. 2 Úmluvy o biomedicíně, jenž zakotvuje povinnost respektovat pacientovo přání nebýt o svém zdravotním stavu informován, neboť jak stanoví vysvětlující zpráva k této Úmluvě, „*právo vědět jde ruku v ruce s „právem nevědět“*“. Právě citovaná vysvětlující zpráva ovšem zdůrazňuje, že pakliže pacient svého práva nebýt informován skutečně využije, není tím nikterak dotčena platnost jeho souhlasu se zákrokem. Pacient tak kupříkladu může platně učinit souhlas s vyoperováním cysty, a přesto má právo nebýt informován o její povaze.¹⁹⁹ Je zřejmé, že takto udělený souhlas již ve skutečnosti nebude možné považovat za informovaný. ZZS však v § 34 odst. 1 písm. b) stanoví, že

¹⁹⁶ Tamtéž.

¹⁹⁷ MACH, Jan. *Medicína a právo*. V Praze: C.H. Beck, 2006. Beckova edice ABC. ISBN 80-7179-810-x, s. 22.

¹⁹⁸ DOLEŽAL, Tomáš a Adam DOLEŽAL. *Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví*. Praha: Linde, 2007. ISBN 978-80-7101-684-6, s. 27.

¹⁹⁹ Vysvětlující zpráva k Úmluvě o biomedicíně, bod 67.

pacientův souhlas je pokládán za informovaný i v případě, že se pacient svého práva na podání informace vzdá. Zákodárce k zavedení této fikce přistoupil zřejmě z toho důvodu, aby i v těchto případech mohl být naplněn klíčový imperativ obsažený v § 28 odst. 1 ZZS, totiž že zdravotní služby mohou být pacientovi poskytnuty pouze s jeho souhlasem, jenž musí být nejen svobodný, ale zároveň i informovaný.

Dle ZZS by pacient měl být o možnosti vzdát se práva na podání informace o zdravotním stavu poučen poskytovatelem zdravotních služeb.²⁰⁰ Jestliže se pak na základě takto poskytnutého poučení skutečně rozhodne této možnosti využít, musí svou vůli vyjádřit písemnou formou, přičemž může zároveň určit osobu, které má být informace o jeho zdravotním stavu podána. Tento záznam, jenž musí být opatřen podpisem pacienta i zdravotnického pracovníka, se následně založí do pacientovy zdravotnické dokumentace.²⁰¹

Je však nutné zmínit, že právo pacienta nebýt informován není absolutní, neboť zákonodárce stanovuje určité výjimky, kdy se k projevu vůle pacienta o odmítnutí poskytnutí informace nepřihlíží. Všem těmto výjimkám je společná snaha upřednostnit zájem na ochraně lidského života a zdraví před vůlí konkrétního pacienta.²⁰² Předně jde o situaci, kdy „*pacient trpí infekční nemocí nebo jinou nemocí, v souvislosti s níž může ohrozit zdraví nebo život jiných osob*“.²⁰³ Jako příklad lze uvést situaci, kdy je nutné informovat těhotnou ženu o výsledku povinného testu na virus lidského imunodeficientu (HIV), jestliže tento test prokáže, že je HIV pozitivní, neboť v takovém případě hrozí nebezpečí nákazy jiných osob, resp. plodu této těhotné ženy.²⁰⁴ Druhou výjimku z práva pacienta nebýt informován, jež náš platný právní řád zná, lze nalézt v ustanovení § 2641 OZ. Podle tohoto ustanovení se pacientovi vysvětlení poskytne vždy, bez ohledu na jeho vůli, také tehdy, jestliže nebezpečí, jež jemu nebo jiné osobě

²⁰⁰ § 31 odst. 2 písm. f) bod 1 ZZS.

²⁰¹ § 32 odst. 1 ZZS.

²⁰² P. Šustek, T. Holčapek in: *Občanský zákoník: komentář*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2014. Komentáře (Wolters Kluwer ČR). ISBN 978-80-7478-630-3, s. 192.

²⁰³ § 32 odst. 1 věta třetí ZZS.

²⁰⁴ POVOLNÁ, Michaela. *Právní rádce pro pracovníky ve zdravotnictví a klienty zdravotních pojišťoven*. Praha: Alfom, 2017. ISBN 978-80-87785-04-1, s. 89.

z neposkytnutí informace hrozí, zjevně převyšuje jeho zájem. Toto ustanovení dopadá zejména na situace, kdy je u pacienta dána silná predispozice k určitému závažnému onemocnění, vůči němuž by měl daný pacient podniknout určité preventivní kroky za účelem zabránění jeho propuknutí.²⁰⁵

3.7. Terapeutické privilegium

Pojem tzv. terapeutického privilegia označuje případy, kdy se lékař rozhodne nesděliti pacientovi určitou nepříznivou informaci týkající se jeho zdravotního stavu. Této diskrece může ovšem lékař využít jen tehdy, pokud dospěje k závěru, že by okamžité sdělení této informace dotyčnému pacientovi mohlo vést k závažnému poškození jeho zdraví. V literatuře se často uvádí jako příklad situace, kdy je duševně labilnímu pacientovi zadržena informace o tom, že trpí nevléčitelnou nemocí; okamžité sdělení úplné pravdy tomuto pacientovi by u něj mohlo způsobit silné rozrušení, jež by mohlo jeho zdravotní stav dále zhoršit či by u něj dokonce mohlo vyvolat určité sebevražedné tendence.²⁰⁶

Základem, z něhož vychází zákonná úprava institutu terapeutického privilegia v našem právním řádu, je čl. 10 odst. 3 Úmluvy o biomedicině, který stanoví, že zákon může výjimečně omezit právo pacienta vědět všechny informace o jeho zdravotním stavu, jestliže je to v jeho zájmu. V ČR je tímto zákonem ZZS, jenž institut terapeutického privilegia upravuje v ustanovení § 32 odst. 2. Dle tohoto ustanovení může být „*informace o nepříznivé diagnóze nebo prognóze zdravotního stavu pacienta v nezbytně nutném rozsahu a po dobu nezbytně nutnou zadržena, lze-li důvodně předpokládat, že by její podání mohlo pacientovi způsobit závažnou újmu na zdraví*“. ZZS tak umožňuje, aby lékař při poskytování informací konkrétnímu pacientovi zohlednil jeho aktuální zdravotní stav, přičemž dospěje-li k závěru, že poskytnutí

²⁰⁵ P. Šustek, T. Holčapek in: *Občanský zákoník: komentář*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2014. Komentáře (Wolters Kluwer ČR). ISBN 978-80-7478-630-3, s. 192.

²⁰⁶ ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016. ISBN 978-80-7552-321-1, s. 246-247.

informace by mohlo vést k vážné újmě na jeho zdraví, může její poskytnutí na nezbytnou dobu odepřít.

Terapeutické privilegium tak představuje (vedle výše uvedeného stavu nouze) výjimku z obecně platného pravidla, dle něhož má být pacient plně informován o své diagnóze i prognóze své nemoci a lze na něj proto nahlížet jako na určitý paternalistický prvek v jinak partnerském vztahu mezi lékařem a pacientem.

Na tomto místě je však nutné zmínit, že použití terapeutického privilegia má své limity. Vzhledem k tomu, že jeho uplatněním dochází k významnému zásahu do pacientových práv, především – jak již bylo uvedeno – do jeho práva být plně informován o svém zdravotním stavu, a k popření snahy o vyrovnaní informační asymetrie mezi lékařem a pacientem²⁰⁷, je třeba k jeho užití přistupovat nanejvýš obezřetně. Tuto skutečnost si patrně uvědomuje i náš zákonodárce, který za tímto účelem v ZZS upravuje určité případy, kdy lékař k užití terapeutického privilegia přistoupit nesmí. Předně jde o situaci kdy „*informace o určité nemoci nebo predispozici k ní je jediným způsobem, jak pacientovi umožnit podniknout preventivní opatření nebo podstoupit včasnou léčbu*“.²⁰⁸ Druhou situací, kdy terapeutické privilegium nemůže být aplikováno, je situace, kdy pacientův zdravotní stav představuje riziko pro jeho okolí.²⁰⁹ Toto ustanovení patrně míří především na případy závažných infekčních onemocnění, o nichž musí být pacient v zájmu ochrany zdraví jiných osob vždy informován, aby se tak případně mohl zdržet činností, při nichž by mohlo dojít k nákaze ostatních. Poslední z výjimek, kdy nelze terapeutické privilegium použít, je případ, kdy pacient výslovně o přesnou a pravdivou informaci požádá, aby si mohl zajistit své osobní záležitosti²¹⁰, například sepsat závěť či ukončit své podnikání.²¹¹

²⁰⁷ P. Šustek, T. Holčápek in: Občanský zákoník: komentář. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2014. Komentáře (Wolters Kluwer ČR). ISBN 978-80-7478-630-3, s. 188.

²⁰⁸ § 32 odst. 2 písm. a) ZZS.

²⁰⁹ § 32 odst. 2 písm. b) ZZS.

²¹⁰ § 32 odst. 2 písm. c) ZZS.

²¹¹ MACH, Jan. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: Zákon o specifických zdravotních službách*. Praha: Wolters Kluwer, 2018. Praktický komentář. ISBN 978-80-7598-103-5, s. 121.

Obdobně se k problematice terapeutického privilegia vyjadřuje i OZ, a to konkrétně v ustanovení § 2640. Vzhledem ke specialitě úpravy ZZS vůči OZ však bude zpravidla primárně aplikován výše uvedený § 32 odst. 2 ZZS, jenž je v porovnání s § 2640 OZ podrobnější, přesnější a restriktivnější.²¹² Na druhou stranu ale OZ přichází nad rámec úpravy v ZZS s vyvratitelnou domněnkou, dle které lékař není oprávněn využít terapeutického privilegia, jestliže mu zjevnost a vážnost nebezpečí nepotvrdí jiný poskytovatel.²¹³ Uvedená domněnka tak zpřísňuje podmínky aplikace terapeutického privilegia a z tohoto důvodu bude mít tato část ustanovení § 2640 OZ vůči úpravě v ZZS povahu *lex specialis*. Je však nutné zdůraznit, že se jedná pouze o domněnku vyvratitelnou. Pokud tedy lékař ono potvrzení od jiného poskytovatele k dispozici mít nebude, stále ještě bude moci jinými důkazy prokázat, že určitou informaci pacientovi zamlčel z legitimního důvodu a v souladu se zákonnými podmínkami.²¹⁴

V praxi může nezřídka nastat situace, kdy se lékař v souladu se zákonnými podmínkami rozhodne nesdělít pacientovi určitou informaci o nepříznivé diagnóze či prognóze, avšak úspěšné provedení léčby jeho onemocnění vyžaduje dodržení určitých (např. dietetických) požadavků. Na tyto situace pamatuje ustanovení § 2640 odst. 2 OZ, jež umožňuje sdělit informaci, která byla před pacientem zadržena, jiné osobě pověřené pacientem, pokud to je v jeho zájmu. V tomto případě by tedy lékař mohl informaci o pacientově onemocnění sdělit osobě, která se bude o pacienta následně starat v domácí péči a která tak bude moci zajistit, aby byla pacientovi kupříkladu poskytována speciální strava vyžadovaná jeho onemocněním. Nutno však podotknout, že zmíněné ustanovení může působit poněkud nelogicky, a to zejména onou formulací o podání informace jiné osobě „*pověřené ošetřovaným*“. Z toho by mohlo vyplývat, že by si měl být pacient vědom toho, že mu lékař nemusí poskytnout všechny informace o jeho zdravotním stavu a pro tento případ by si tedy měl vybrat osobu, které tyto informace budou moci být poskytnuty. Tato nelogičnost však může být eliminována, budeme-li

²¹² ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016. ISBN 978-80-7552-321-1, s. 247.

²¹³ § 2640 odst. 1 věta druhá OZ.

²¹⁴ A. Valuš in: PRAŽÁK, Zbyněk. *Závazky z právních jednání podle občanského zákoníku: komentář k § 1721-2893 OZ podle stavu k 1.4.2017 ve znění zákona č. 460/2016 Sb.* Praha: Leges, 2017. Komentátor. ISBN 978-80-7502-158-8, s. 1309.

toto ustanovení vykládat v souvislosti s úpravou obsaženou v ZZS. § 33 ZZS totiž upravuje právo pacienta určit při přijetí do péče osobu, jež může být informována o jeho zdravotním stavu. A právě této osobě pak bude možné sdělit též informace před pacientem zamlčené, a to aniž by pacient musel určovat konkrétní osobu speciálně jen pro případy užití terapeutického privilegia.²¹⁵

Jak jsem již uvedla výše, zadržení nepříznivé informace lékařem představuje závažný zásah do pacientových práv, a proto by lékaři měli k jeho užití přistupovat vždy nanejvýš obezřetně. Pokud se lékař po pečlivém uvážení všech okolností daného případu k aplikaci terapeutického privilegia přece jen uchýlí, pak by měl mít vždy na paměti, že informaci může před pacientem zadržovat jen po dobu nezbytně nutnou, během níž by měl zejména provést taková opatření, jimiž vytvoří příznivé podmínky pro sdělení nepříznivé informace dotyčnému pacientovi a jimiž zároveň dojde k eliminaci nebezpečí jeho zkratového jednání. Půjde především o poskytnutí psychologické podpory či o projednání věci s osobami pacientovi blízkými, pokud to zákon nevyklučuje. Zároveň se doporučuje, aby rozhodnutí lékaře o využití terapeutického privilegia bylo podpořeno souhlasným stanoviskem celého lékařského týmu. O takto učiněném rozhodnutí by následně měli být obeznámeni i další zdravotničtí pracovníci, jež se podílí na léčbě daného pacienta.²¹⁶

Český odborník na kvalitu ve zdravotnictví D. Marx spatřuje negativum terapeutického privilegia mimo jiné v tom, že nesdělením plné pravdy je pacient udržován v domněnání, že jeho onemocnění ve skutečnosti vlastně není až tak závažné a že tedy může pokračovat ve svých dosavadních činnostech, jež však mnohdy mohou vést ke zhoršení jeho zdravotního stavu. Nadto spatřuje problém i v tom, že zamlčením informace o zdravotním stavu před pacientem ještě není zaručeno, že se k němu nepříznivá informace nedostane jinak. D. Marx považuje v této souvislosti za problematické především velké množství volně dostupných informací o různých

²¹⁵ A. Valuš in: PRAŽÁK, Zbyněk. *Závazky z právních jednání podle občanského zákoníku: komentář k § 1721-2893 OZ podle stavu k 1.4.2017 ve znění zákona č. 460/2016 Sb.* Praha: Leges, 2017. Komentátor. ISBN 978-80-7502-158-8, s. 1309-1310.

²¹⁶ PRUDIL, Lukáš. *Právo pro zdravotnické pracovníky. 2., doplněné a upravené vydání.* Praha: Wolters Kluwer, 2017. Právo prakticky. ISBN 978-80-7552-507-9, s. 34.

onemocněních na internetu, na základě nichž může pacient snadno dospět k závěru o svém skutečném zdravotním stavu. Pacient totiž může po aktivním vyhledání těchto informací pojmout podezření, že symptomy, jež se u něj vyskytují, odpovídají konkrétnímu onemocnění, na základě čehož již bude přinejmenším tušit, jak se věci mají.²¹⁷

Na závěr proto nelze nic jiného, než doporučit, aby terapeutické privilegium bylo v praxi aplikováno jen v opravdu výjimečných případech, kdy bude nanejvýš zřejmé, že by sdělení negativní zprávy o pacientově diagnóze či prognóze představovalo závažné riziko způsobení újmy na jeho zdraví.

²¹⁷ D. Marx in: Sborník z konference – Teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví; ISBN: 80-85903-17-2; sestavili: T. Holčapek a P Šustek, s. 26-27.

4. Odmítnutí zdravotní péče (negativní revers)

Jak již bylo uvedeno výše, vůdčí zásadou prolínající se právní úpravou informovaného souhlasu je zásada svobody rozhodování pacienta v oblasti práva na tělesnou integritu a péče o vlastní zdraví. Pacient se proto může svobodně rozhodnout i pro to, že doporučenou zdravotní péči nepodstoupí, a to ať již má pro to jakýkoliv důvod. Lékař pak bude muset toto jeho rozhodnutí plně respektovat, byť se s ním třeba nebude vnitřně ztotožňovat. Při odmítání navrhované léčby pacientem tak dochází k jisté konfliktní situaci, kdy proti sobě stojí na straně jedné právo pacienta svobodně léčbu odmítnout a na straně druhé povinnost lékaře konat to, co považuje za nejvhodnější pro zdraví svého pacienta.²¹⁸ V souladu s výše uvedenou zásadou bude v této konfliktní situaci jednoznačně upřednostněno právo pacienta léčbu odmítnout, což ostatně potvrdil i Ústavní soud v jednom ze svých nálezů²¹⁹.

Význam negativního reversu spočívá jednak v tom, že jde o důležitý prostředek k naplnění práva pacienta na seburčení, zároveň však tento institut slouží i jako významný nástroj právní ochrany lékaře. Pokud totiž lékař na základě řádně sepsaného negativního reversu neprovede určitý lékařský zákrok, nemůže být následně shledán odpovědným za případnou újmu na zdraví pacienta, k níž by v důsledku toho došlo.²²⁰ V tomto smyslu má tedy negativní revers ve sporných situacích zásadní význam jakožto exkulpující důkazní prostředek.²²¹ To koneckonců dovedl i Ústavní soud v jednom ze svých relativně nedávných rozhodnutí²²². Ústavní soud se v tomto případě zabýval otázkou, zda může být lékař shledán trestně odpovědným za trestný čin neposkytnutí pomoci spáchaný tím, že dotčené osobě (zde matce tohoto lékaře) neposkytl nezbytnou

²¹⁸ ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. Informovaný souhlas. Odmítnutí zdravotní péče. *Zdravotnictví a právo*. 2011, 15(12), 20-33. ISSN 1211-6432, s. 20.

²¹⁹ Srov. náleží Ústavního soudu ČR ze dne 18. 5. 2001, sp. zn. IV. ÚS 639/2000. Dostupné z: <http://nalus.usoud.cz/Search/GetText.aspx?sz=4-639-2000> (cit. 20. 2. 2019).

²²⁰ TĚŠINOVÁ, Jolana, Tomáš DOLEŽAL a Radek POLICAR. *Medicínské právo*. 2. vydání. V Praze: C.H. Beck, 2019. ISBN 978-80-7179-318-2, s. 113.

²²¹ ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. Informovaný souhlas. Odmítnutí zdravotní péče. *Zdravotnictví a právo*. 2011, 15(12), 20-33. ISSN 1211-6432, s. 21.

²²² Nálež Ústavního soudu ze dne 2. 1. 2017, sp. zn. I. ÚS 2078/16. Dostupné z: https://www.usoud.cz/fileadmin/user_upload/Tiskova_mluvci/Publikovane_nalezky/2017/I_US_2078_16_an.pdf (cit. 20. 2. 2019).

lékařskou péči, kterou však tato osoba odmítla. Obecné soudy nejprve dospěly k závěru, že trestní odpovědnost lékaře za tento trestný čin je zde dána, ovšem Ústavní soud následně dospěl k závěru zcela opačnému. Dovodil, že neposkytnutí zdravotní péče lékařem bylo v tomto případě zcela v souladu s právem, neboť zdravotní služby nelze poskytovat přes nesouhlas dospělé svéprávné osoby, jenž musí být lékařem respektován. Závěr obecných soudů o povinnosti lékaře poskytnout zdravotní služby i přes nesouhlas dotčené osoby tudíž Ústavní soud označil za chybný a porušující zásadu autonomie vůle a sebeurčení jednotlivců.²²³

Nyní se zaměříme na otázku: jak by měl lékař postupovat v situaci, kdy pacient využije svého práva a danou léčbu odmítne? Odpověď na tuto otázku nám dává ustanovení § 34 odst. 3 ZZS. Nejde-li o některý z případů, kdy lze zdravotní služby pacientovi poskytnout i bez jeho souhlasu, je předně lékař povinen pacienta opětovně informovat o jeho zdravotním stavu a to tak, aby z toho bylo pacientovi patrné, že odmítnutím léčby může dojít k závažnému poškození jeho zdraví nebo dokonce k ohrožení jeho života. Pokud pacient i přes opakované poučení na svém původním rozhodnutí setrvává, pak je povinností lékaře vyžádat si o tom od pacienta písemné prohlášení (revers).²²⁴ Požadavek písemné formy reversu ostatně vyplývá i z občanského zákoníku, který v ustanovení § 2642 odst. 1 stanoví, že „*odmítne-li ošetřovaný souhlas, potvrdí to poskytovateli na jeho žádost v písemné formě*“.

Požadavky na obsah písemného reversu byly ještě donedávna vymezeny vyhláškou o zdravotnické dokumentaci²²⁵. V příloze č. 1 této vyhlášky byl závazně určen obsah záznamu o odmítnutí poskytnutí zdravotních služeb, jenž měl poté tvořit samostatnou součást zdravotnické dokumentace. Novelou této vyhlášky²²⁶ provedenou v předloňském roce však mimo jiné došlo ve zmíněné příloze bez náhrady k vypuštění části 6. nazvané „Záznam o odmítnutí zdravotních služeb (revers)“. Tuto skutečnost si poté mnozí zdravotničtí pracovníci mylně vyložili tak, že současně dochází ke zrušení

²²³ Tamtéž.

²²⁴ § 34 odst. 3 ZZS.

²²⁵ Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.

²²⁶ Vyhláška č. 137/2018 Sb., kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů.

negativního reversu jako takového. Ve skutečnosti však zrušení uvedené části přílohy vyhlášky o zdravotnické dokumentaci nemá v praxi téměř žádný význam, neboť i nadále platí ustanovení § 34 odst. 3 ZZS vymezující právo pacienta odmítnout doporučenou léčbu. Význam této novely tak spočívá pouze v tom, že při vyžadování písemného reversu postačí dodržet již jen pravidla vymezená v ZZS, přičemž nadále již nejsou kladeny závazné požadavky na strukturu záznamu o něm učiněném tak, jak je doposud stanovovala vyhláška o zdravotnické dokumentaci.²²⁷ Uvedenou novelu vyhlášky o zdravotnické dokumentaci považují za krok správným směrem, neboť určitým způsobem umožňuje snížení přehnané administrativní zátěže zdravotnických pracovníků. Přitom nárůst zdravotnické administrativy je v současné době negativním trendem, který vede k tomu, že zdravotničtí pracovníci ztrácí drahocenný čas vyplňováním velkého množství formulářů, a to na úkor léčení a péče o pacienty a otevřeného dialogu s nimi. Uvedená novela vyhlášky umožňuje snížení této administrativní zátěže alespoň tím, že již nestanoví požadavky na obsah záznamu o odmítnutí zdravotních služeb (a dalších vyjmenovaných dokumentů souvisejících s poskytováním zdravotních služeb), nýbrž pouze ukládá, aby byl tento záznam veden jakožto součást zdravotnické dokumentace pacienta.²²⁸

Požadavek, aby písemné prohlášení o nesouhlasu s poskytnutím zdravotních služeb bylo součástí zdravotnické dokumentace pacienta, obsahuje i ZZS, a to konkrétně v § 34 odst. 5. Vedle toho ZZS vyžaduje, aby toto prohlášení bylo opatřeno jak podpisem pacienta samotného, tak i podpisem příslušného zdravotnického pracovníka.²²⁹

Nenáležitá dokumentace negativního reversu přitom v praxi může mít pro odpovědnost lékaře mnohem závažnější dopady než situace, kdy lékař provede určitý lékařský zákrok bez pacientova souhlasu. V druhém případě bude totiž lékaři zpravidla

²²⁷ Informace o novele vyhlášky č. 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci provedené vyhláškou č. 137/2018 Sb., s. 2-3. Dostupné z: <https://www.orthodont-cz.cz/data/files/Informace%20o%20novele%20vyhl%C3%A1%20ky%2098%202012.pdf> (cit. 28. 2. 2019).

²²⁸ § 1 odst. 2 písm. j) vyhlášky č. 98/ 2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.

²²⁹ § 34 odst. 5 věta první (část věty za středníkem) ZZS.

hrozit „pouze“ odpovědnost občanskoprávní, zatímco v prvním případě může lékaři hrozit i odpovědnost trestněprávní a uložení mnohdy citelného trestu v trestním řízení.²³⁰ Pro lepší pochopení si tuto situaci demonstrujeme na praktickém příkladu týkajícím se léčby rakoviny chemoterapií. Uvažme proto dvě situace: nemocný pacient tento způsob léčby odmítne, avšak lékař opomene svou povinnost vyžádat si o tom od něj písemný negativní revers. V důsledku neléčení pacienta pak dojde k jeho úmrtí, načež rodina zemřelého podá na lékaře trestní oznámení s odůvodněním, že v daném případě nepostupoval *lege artis*. Absence písemného negativního reversu, jenž by zde jinak sloužil jako důkaz, že pacient danou léčbu skutečně odmítl, pak může mít pro lékaře velmi neblahé důsledky spočívající v jeho trestní odpovědnosti za některý z trestných činů proti životu. Naproti tomu, pokud by lékař zvolil uvedený způsob léčby, aniž by k tomu od pacienta obdržel souhlas, šlo by ze strany lékaře „pouze“ o neoprávněný zásah do osobnostní integrity pacienta, a tudíž by připadala v úvahu jen občanskoprávní odpovědnost lékaře za újmu na přirozeném právu pacienta.²³¹

Na závěr tedy nelze nic jiného než doporučit, aby lékaři v případě odmítnutí zdravotní péče ze strany pacientů vždy řádně vyžadovali a následně náležitě uchovávali jejich písemné negativní reversy, aby se tak v případných soudních sporech vyhnuli důkazní nouzi a nepříznivým odpovědnostním důsledkům z toho plynoucím.

4.1. Pasivní a aktivní eutanazie

S problematikou odmítnutí zdravotní péče úzce souvisí otázka tzv. pasivní eutanazie, tedy „*usmrcení jiného ze soucitu formou nezahájení či přerušení životně důležité léčby*“. Jde o situace, kdy nevléčitelně nemocný pacient cíleně odmítá lékařem indikovanou léčbu, důsledkem čehož pak dojde k uspíšení jeho smrti. Je zřejmé, že se takto učiněné rozhodnutí pacienta může přičít morálnímu přesvědčení lékaře léčit

²³⁰ J. Mach in: PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮŇEK a Jan MACH. *Informovaný souhlas: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Galén, [2017]. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-7492-334-0, s. 306.

²³¹ ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016. ISBN 978-80-7552-321-1, s. 257.

pacienty podle svého nejlepšího vědomí, nicméně s ohledem na autonomii vůle pacienta musí být jeho rozhodnutí plně respektováno²³², neboť, jak již bylo několikrát zmíněno, právo nebýt léčen je silnější než povinnost léčit.²³³ Prostřednictvím takto vymezené pasivní eutanazie tedy pacient realizuje své právo na sebeurčení a svobodu rozhodování, byť jeho rozhodnutí může ve svém důsledku vyústit v jeho smrt. Aby však bylo nezahájení léčby, resp. její ukončení v souladu s českým právním řádem, musí pacient své rozhodnutí o odmítnutí konkrétní léčby vyjádřit v písemném negativním reversu, jenž bude následně sloužit jako důkaz o tom, že využil svého práva danou léčbu odmítnout. Pacient dokonce může svou vůli vyjádřit i do budoucnosti, a to ve formě tzv. dříve vysloveného přání (o němž je blíže pojednáno v páté části této práce). Nezahájení léčby či její ukončení na základě negativního reversu, popřípadě dříve vysloveného přání, jež budou splňovat všechny zákonné požadavky, pak bude v souladu s právem a lékař proto nebude moci být shledán právně odpovědným za pacientovu smrt nastalou v důsledku jeho nekonání.²³⁴ Pakliže by ovšem lékař žádný z těchto dokumentů k dispozici neměl, mohlo by být jeho jednání kvalifikováno jako trestný čin usmrcení z nedbalosti, či dokonce trestný čin vraždy, eventuálně zabití, jež by v tomto případě byly spáchány omisivně.²³⁵

Od pasivní eutanazie je nutno striktně odlišovat eutanazii aktivní, při níž lékař na žádost pacienta ukončuje nikoliv pouze pacientovu léčbu, nýbrž i samotný jeho život, a to většinou za pomoci nějakého smrtícího farmaka. Rozdíl mezi těmito dvěma formami eutanazie tedy spočívá v tom, kdo nebo co ukončí pacientův život; v případě aktivní eutanazie ukončí život nemocného lékař, zatímco při pasivní eutanazii ukončí jeho život choroba sama.²³⁶ Aktivní eutanazie je v českém právním řádu vždy kvalifikována jako

²³² CÍSAŘOVÁ, Dagmar a Olga SOVOVÁ. *Trestní právo a zdravotnictví*. 2., upr. a rozš. vyd. Praha: Orac, 2000. Studijní texty (Orac). ISBN 80-86199-75-4, s. 109-111.

²³³ Srov. náleží Ústavního soudu ČR ze dne 18. 5. 2001, sp. zn. IV. ÚS 639/2000. Dostupné z: <http://nalus.usoud.cz/Search/GetText.aspx?sz=4-639-2000> (cit. 20. 5. 2019).

²³⁴ ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016. ISBN 978-80-7552-321-1, 261, s. 560-561.

²³⁵ ŠÁMAL, Pavel. *Trestní zákoník: komentář*. 2. vyd. V Praze: C.H. Beck, 2012. Velké komentáře. ISBN 978-80-7400-428-5, s. 1461 a 1490.

²³⁶ ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5306-5, s. 160.

trestný čin vraždy; okolnost, zda pacient s tímto postupem lékaře projevil svůj souhlas či nikoliv zde nehraje roli.

Ačkoliv je aktivní eutanázie v našich podmínkách kvalifikována jako trestný čin vraždy (eventuálně zabití), zdá se, že převážná část české veřejnosti se s tímto přístupem neztotožňuje a přiklání se k úplné dekriminálnímu tohoto jednání. Z výzkumu veřejného mínění provedeného v květnu roku 2019 Sociologickým ústavem Akademie věd ČR vyplynulo, že pro uzákonění eutanazie spočívající v ukončení života nevléčitelně nemocného pacienta jsou zhruba 2/3 české populace.²³⁷ Diskuze o případné legalizaci eutanazie přitom v ČR probíhají již dlouhá léta, ovšem vzhledem k tomu, že jde o kontroverzní a eticky velmi citlivou záležitost, nebylo doposud ohledně této otázky dosaženo celospolečenského konsenzu.

Odpůrci přípustnosti aktivní eutanazie argumentují nenahraditelností a posvátností lidského života; člověku byl jeho život dán darem, on sám se o svou existenci nijak nezasloužil, tudíž nemá právo tento dar jen tak odvrhnout a tím spíše není myslitelné, aby mu v odvrhnutí tohoto daru života někdo jiný napomáhal. Naproti tomu hlavním argumentem pro legalizaci aktivní eutanazie je pacientovo právo na sebeurčení. Zastánci aktivní eutanazie poukazují zejména na to, že jestliže má pacient právo odmítnout zdravotní péči, a to i když v důsledku toho dojde k jeho smrti, pak by mu také měla být poskytnuta možnost požádat lékaře o pomoc při ukončování vlastního života. Nadto zastánci eutanazie argumentují zbytečností lidského utrpení terminálně nemocných pacientů, v němž nevidí žádný smysl.²³⁸ Já osobně se přikláním spíše na stranu odpůrců legalizace eutanazie; dle mého názoru má být posláním lékaře životy pacientů zachraňovat, nikoliv je ukončovat. Myslím, že eutanázie by v ČR neměla být legalizována i vzhledem k nebezpečí jejího zneužití. Zároveň se ztotožňuji i s výše uvedeným argumentem, že život byl člověku dán a ten by jej proto měl žít za každých

²³⁷ Tisková zpráva: Veřejné mínění o interrupci, eutanazii a prostituci. Dostupné z: https://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c2/a4954/f9/ov190617.pdf (cit. 24. 6. 2019).

Výzkum veřejného mínění o interrupci, eutanazii a prostituci v ČR provedený Sociologickým ústavem AV ČR. Dostupné z: <https://zdravotnickepravo.info/vyzkum-verejneho-mineni-o-interrupci-eutanazii-a-prostituci-v-cr-provedeny-sociologickym-ustavem-av-cr/> (cit. 24. 6. 2019).

²³⁸ ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5306-5, s. 164-166.

okolností, byť by kvalita jeho života byla sebehorší. Na druhou stranu však připouštím, že utrpení pacientů v terminálním stadiu jejich onemocnění může být natolik obrovské, že se jejich přání odejít z tohoto světa může jevit jako pochopitelné a legitimní. Možné řešení tedy spatřuji v rozšíření a zkvalitnění služeb hospicové péče tak, aby bylo pacientům v co nejširší míře umožněno důstojné přirozené umírání.

Ačkoliv se k otázce úplné dekriminalizace aktivní eutanázie v českém právu stavím skepticky a jsem pro zachování její trestnosti, domnívám se však, že *de lege ferenda* by bylo vhodné uvažovat o vytvoření nové skutkové podstaty trestného činu, jež by postihovala speciálně tato jednání. Eutanázie by tak již nebyla kvalifikována jako vražda, nýbrž jako zvláštní trestný čin, za nějž by pachateli v porovnání s vraždou hrozil podstatně mírnější trest. Ostatně, určitý pokus o kompromis mezi úplnou dekriminalizací eutanázie a její striktní kvalifikací jako trestného činu vraždy se již v minulosti objevil, a to v podobě návrhu nové skutkové podstaty trestného činu usmrcení na žádost²³⁹, jenž byl obsažen v původním návrhu trestního zákoníku z roku 2009. Smyslem této skutkové podstaty měl být mírnější postih pachatele ve srovnání s postihem, jenž pachateli hrozí za trestný čin vraždy, neboť za usmrcení na žádost by pachatel mohl být potrestán odnětím svobody v délce maximálně šesti let, zatímco za trestný čin vraždy hrozí pachateli až 18 let trestu odnětí svobody. Dle uvedeného návrhu mohli usmrcení požadovat pouze osoby starší osmnácti let²⁴⁰, což bylo ovšem mnohými odborníky kritizováno. Především bylo poukazováno na skutečnost, že i osoba těsně nedosahující této věkové hranice může být považována za dostatečně způsobilou k projevu vůle v této oblasti; T. Holčapek a P. Šustek proto v této souvislosti navrhovali nahradit pojem „osoba starší osmnácti let“ formulací „osoba schopná plně posoudit význam a závažnost žádosti o usmrcení“. Vedle toho bylo také namítáno, že zákonná

²³⁹ § 115 odst. 1 původního návrhu trestního zákoníku: „Kdo ze soucitu usmrtí nevléčitelně nemocnou osobu, která trpí somatickou nemocí, na její vážně míněnou a naléhavou žádost, bude potrestán odnětím svobody až na šest let.“ Dostupné z: <https://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-v-pravnim-radu-cr-28721.html> (cit. 25. 6. 2019).

²⁴⁰ § 115 odst. 2 původního návrhu trestního zákoníku: „Vážně míněnou a naléhavou žádostí se rozumí svobodný a určitý projev vůle osoby starší osmnácti let, která není zbavena ani omezena ve způsobilosti k právním úkonům a není stížena duševní poruchou, jednoznačně a důrazně směřující k jejímu vlastnímu usmrcení.“ Dostupné z: <https://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-v-pravnim-radu-cr-28721.html> (cit. 25. 6. 2019).

formulace nikterak zohledňuje utrpení, jež pacientovi jeho nemoc způsobuje a není tedy zřejmé, zda pacientova žádost o jeho vlastní usmrcení musí být činěna ve spojitosti s tímto utrpením či zda postačí existence oné nevléčitelné somatické nemoci, jíž pacient trpí (jde ovšem spíše o formalistickou námitku, neboť existenci utrpení v případě nevléčitelné nemoci lze považovat za samozřejmost a zřejmě právě proto se o něm ani zákonodárce v původním návrhu § 115 trestního zákoníku nijak nezmiňoval).²⁴¹ I z těchto důvodů proto tato skutková podstata nakonec nebyla (dle mého názoru ke škodě věci) do trestního zákoníku z roku 2009 pojata.

4.1.1. Problematika tzv. marné (neúčelné) léčby

Z výše uvedeného vyplývá, že lékařovo nekonání, tj. neposkytování další léčby pacientovi, je možné pouze tehdy, má-li k dispozici jím učiněný negativní revers či dříve vyslovené přání, v nichž je pacientova vůle nebýt již nadále léčen zachycena. Na tomto místě je však nutné zmínit, že i v případě neexistence těchto dokumentů může být lékařovo jednání spočívající v nezahájení život udržující léčby či v jejím ukončení výjimečně v souladu s právem. Bude tomu tak v případě, kdy je další léčba pacienta tzv. marná (*futile medical care*), tj. pro pacienta zbytečně zatěžující a zároveň nevedoucí k záchraně jeho života či nepřinášející mu již žádný prospěch.²⁴² Půjde zejména o situace, kdy vzhledem k obvyklému vývoji nemoci lze předpokládat, že pacientova smrt nastane v řádu hodin, dnů, výjimečně i týdnů.²⁴³ Zahájení či pokračování v této marné či neúčelné léčbě by již nebylo *lege artis*, tj. péčí s náležitou odbornou úrovní²⁴⁴, a nezahájení či ukončení této léčby by proto bylo zcela v souladu s právem.

²⁴¹ HOLČAPEK T., ŠUSTEK P. K § 115 návrhu nového trestního zákoníku (usmrcení na žádost). *Trestněprávní revue* 2004, č. 11, s. 325-326.

²⁴² DOLEŽAL, Adam. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*. Praha: Academia, 2017. Právo - etika - společnost. ISBN 978-80-200-2687-3, s. 227-229.

²⁴³ R. Polícar in: CÍSAŘOVÁ, Dagmar. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010. ISBN 978-80-87146-31-6, s. 29.

²⁴⁴ Podle § 4 odst. 5 ZZS se náležitou odbornou úrovní rozumí „poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti.“

Přípustnost upuštění od marné léčby lze v obecné rovině nepřímou dovozovat jednak z článku 1 a 10 Listiny základních práv a svobod, jež zakotvují právo na lidskou důstojnost, pod něž je možné zahrnout i právo na důstojné umírání, a jednak z § 5 odst. 2 písm. h) ZZS, jež vymezuje účel paliativní péče, který má spočívat ve zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta trpícího nevléčitelnou chorobou. Z tohoto ustanovení je tak možné dovodit, že v určitých případech lze ukončit kurativní léčbu, jejíž poskytování nepřináší pro zdraví pacienta již žádný benefit, a místo toho zahájit péči paliativní.²⁴⁵ Dle mého názoru by bylo možné přípustnost nezahájení či ukončení marné léčby implicitně dovodit i z vyhlášky ministerstva zdravotnictví č. 55/2011 Sb.²⁴⁶, která ve svém § 2 písm. b) vymezuje specializovanou ošetrovatelskou péči mimo jiné jako péči poskytovanou pacientům v terminálním (konečném) stavu chronického onemocnění, kde se nepředpokládá resuscitace (uvedená vyhláška tak předvídá situace, kdy resuscitace jakožto život zachraňující zákrok již nebude účelná a její neprovedení tak nebude protiprávní). Vedle těchto právních předpisů, z nichž lze, byť pouze implicitně, vyvozovat přípustnost neposkytování marné léčby, se uvedenou problematikou zabývá i doporučení představenstva ČLK č. 1/2010.²⁴⁷ Toto doporučení mimo jiné ve svém čl. 3 písm. d) definuje marnou či neúčelnou léčbu jako léčbu, jež „*nevede k záchraně života, uchování zdraví či udržení kvality života; marná a neúčelná léčba není v zájmu pacienta, nemůže mu pomoci a zatěžuje jej zbytečným strádáním či rizikem komplikací*“. V následujícím článku pak toto doporučení dále stanoví, že „*léčba, která se jeví jako marná a neúčelná, nemá být indikována a prováděna*“²⁴⁸, přičemž „*nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby (...) je v souladu s etickými principy medicíny a existujícími právními předpisy České republiky*.“²⁴⁹

Nutno však podotknout, že uvedené doporučení představenstva ČLK má pouze omezený dosah, neboť se vztahuje jen na pacienty nacházející se v terminálním stadiu

²⁴⁵ A. Doležal, op. cit., s. 229.

²⁴⁶ Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

²⁴⁷ Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli.

²⁴⁸ Článek 4 písm. f) doporučení představenstva České lékařské komory č. 1/2010.

²⁴⁹ Článek 4 písm. h) doporučení představenstva České lékařské komory č. 1/2010.

svého onemocnění, kteří již nejsou schopni vyjádřit svou vůli. *A contrario*, bude-li se jednat o pacienta dosud kompetentního, měl by lékař postupovat podle jeho vůle. Je ovšem otázkou, jak by mělo být postupováno v situaci, kdy dosud zcela kompetentní pacient výslovně vyjádří vůli být i nadále léčen, ačkoliv v daném případě již tato léčba nebude medicínsky indikována. Většina odborníků je toho názoru, že pacientovi by tato léčba neměla být poskytována, byť by se jí pacient sám dožadoval, neboť takováto léčba již nebude *lege artis*.²⁵⁰ Poněkud odlišné stanovisko lze ovšem nalézt v judikatuře ESLP, který v rozhodnutí ve věci *Glass proti Spojenému království* z roku 2004 dovedl, že i v případě rozhodování o ukončení intenzivní léčby a zahájení toliko péče paliativní není možné zcela obcházet vůli pacienta, resp. jeho zákonného zástupce. Stěžovatelkou v této věci byla matka spolu se svým těžce postiženým nezletilým synem Davidem. Lékaři Davidův zdravotní stav poté, co u něj došlo k vážným zdravotním problémům, vyhodnotili jako terminální, kdy jakákoliv intenzivní léčba u něj již nadále neměla smysl. Doporučili proto jeho rodičům ukončení léčby a zahájení paliativní péče spočívající v podávání diamorfinu, jenž měl Davidovi již pouze ulevovat od bolestí. Davidova rodina ovšem s tímto postupem nesouhlasila, neboť měla za to, že zde existuje určitá šance na Davidovo uzdravení a pouhé podávání diamorfinu by v tomto případě tuto šanci podstatně snížilo. Nakonec však k tomuto postupu svolení dali, diamorfin měl být ale podáván pouze v minimálních dávkách. Davidův zdravotní stav se nicméně po aplikaci diamorfinu začal prudce zhoršovat. Davidova matka proto požadovala, aby bylo od jeho podávání okamžitě upuštěno. Zdravotnický personál však její požadavek nevezal na vědomí a v podávání diamorfinu i přes výslovný nesouhlas Davidovy matky pokračoval. Následně u pacienta došlo k srdečnímu selhání. Lékaři však odmítli provést jeho resuscitaci, s čímž ovšem Davidova rodina ostře nesouhlasila. Celou situaci nakonec vzala do vlastních rukou Davidova matka, která bez ohledu na názor lékařů chlapce sama na místě resuscitovala. ESLP v této věci dospěl k závěru, že uvedeným postupem zdravotnického personálu došlo k porušení čl. 8 Evropské úmluvy

²⁵⁰ A. Doležal, op. cit., 232-233, 237.

o ochraně lidských práv, neboť jím bylo porušeno právo stěžovatele na respektování soukromého života a jeho právo na tělesnou integritu.²⁵¹

K otázce péče o nevléčitelně nemocné pacienty v terminálním stadiu jejich nemoci se konečně vyjadřuje i Etický kodex ČLK, který v ustanovení § 2 odst. 7 ukládá lékařům, aby u nevléčitelně nemocných a umírajících pacientů účinně tišili bolest, šetřili lidskou důstojnost a mírnili jejich utrpení. Pokud lze bezprostředně očekávat pacientovu smrt, kterou nelze odvrátit, nemá být cílem jednání lékaře prodlužovat jeho život za každou cenu. Neprodučováním života pacienta se zde ovšem nerozumí úplné upuštění od veškeré péče o něj, nýbrž pouze upuštění od léčby intenzivní²⁵² a její nahrazení léčbou paliativní²⁵³. K takovému řešení se přistoupí v situaci, kdy lékař s ohledem na pacientův aktuální zdravotní stav usoudí, že pokračování v intenzivní léčbě by jen prohlubovalo pacientovo utrpení, snižovalo by kvalitu zbytku jeho života, a kdy již současně není možné očekávat pacientovo vyléčení. Pokud tedy lékař v této situaci rozhodne o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní, primárním cílem jeho jednání již nebude léčba původního onemocnění jako takového, nýbrž bude usilovat zejména o zmírnění příznaků tohoto onemocnění, eliminaci bolesti a strádání a o to, aby byl dotyčnému pacientovi po zbytek jeho života v co největší míře zajištěn komfort a důstojnost.²⁵⁴ Jako příklad lze uvést situaci, kdy lékař na základě odborného posouzení pacientova zdravotního stavu rozhodne o nezahájení hemodialýzy u pacienta s ireverzibilním selháním srdce; v takovém případě by byla léčba spočívající v náhradě

²⁵¹ Rozsudek ESLP ve věci *Glass proti Spojenému království* ze dne 9. 3. 2004, stížnost č. 61827/00. Dostupné z: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-61663%22%5D%7D> (cit. 10. 1. 2020).

²⁵² Intenzivní léčbou se rozumí způsob poskytování léčebné péče pacientům s akutními život ohrožujícími onemocněními či úrazy, u nichž je nutná důkladnější medicínská péče, než jakou lze poskytnout na běžných odděleních. (Pavel Ševčík in: ŠEVČÍK, Pavel a Martin MATĚJOVIČ, ed. *Intenzivní medicína*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Galén, c2014. ISBN 978-80-7492-066-0, s. 3).

²⁵³ Podle definice Světové zdravotnické organizace se paliativní péčí rozumí „*přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů a rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím prevence a zmírňování utrpení včasnou identifikací a dokonalým zhodnocením a léčbou a mírněním bolesti a dalších problémů, fyzických, psychosociálních i duchovních.*“ Dostupné z: <http://www.fnmotol.cz/prakticke-informace/paliativni-pece/> (cit. 26. 9. 2019).

²⁵⁴ M. Máca in: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, 2014. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5471-0, s. 436-437.

funkce ledvin prostřednictvím hemodialýzy vyhodnocena jako marná, neboť by již zcela jistě nemohla ovlivnit pacientův terminální zdravotní stav způsobený jeho akutním srdečním selháním.²⁵⁵

Problematika (ne)poskytování lékařské péče v případech, kdy je tato vyhodnocena jako marná, je eticky velmi citlivé téma, k němuž existuje v zahraničních právních řádech dosti bohatá judikatura. Patrně nejvíce soudních rozhodnutí týkajících se této otázky lze nalézt v USA.²⁵⁶ V této souvislosti lze upozornit zejména na přelomové rozhodnutí Nejvyššího soudu New Jersey z roku 1976 ve věci jednadvacetileté dívky Karen Ann Quinlan. Tato dívka upadla po konzumaci velkého množství alkoholu a drog na studentském večírku do perzistentního vegetativního stavu. Pravděpodobnost jejího vyléčení byla nulová. V tomto stavu byla Karen napojena na dýchací respirátor a umělou výživu, jež ji udržovaly při životě a bez nichž by nevyhnutelně došlo k její smrti. Její adoptivní rodiče však požadovali, aby Karen byla od dýchacího přístroje odpojena, neboť měli za to, že v situaci, kdy neexistuje šance na její uzdravení, způsobuje její napojení na život udržující přístroj pouze prodlužování jejího utrpení. Zdravotnické zařízení však požadavku Kareniných rodičů nevyhovělo, neboť nedošlo k naplnění tzv. harvardských kritérií mozkové smrti, nadto by zdravotnický personál mohl čelit případnému obvinění z trestného činu vraždy, pokud by požadavku pacientčiny rodičů vyhověl. Rodiče Karen ovšem na svém stanovisku setrvali, a proto se v této věci obrátili na soud. Otázka odpojení či neodpojení pacientky od život udržujícího přístroje se následně dostala až před Nejvyšší soud New Jersey, který ve svém rozhodnutí přišel s novou interpretací práva na soukromí. Konkrétně dovedl, že v případě, kdy neexistuje reálná šance na pacientčino uzdravení, převažuje její zájem na odpojení od život udržujících přístrojů (jež pouze prodlužují její pomalé umírání) nad zájmem státu na ochraně života. Zajímavostí je, že Karen Ann Quinlan po

²⁵⁵ R. Č. Pařízková, M. Vácha, O. Dostál in: ŠEVČÍK, Pavel a Martin MATĚJOVIČ, ed. Intenzivní medicína. 3., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Galén, c2014. ISBN 978-80-7492-066-0, s. 35.

²⁵⁶ DOLEŽAL, Adam. Marná léčba (futile care) v judikatuře soudů ve Spojených státech amerických *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. Dostupné z: <https://zdravotnickepravo.info/marna-lecba-futile-care-v-judikature-soudu-ve-spojonych-statech-americkyh/> (cit. 26. 9. 2019).

odpojení od dýchacího přístroje začala samostatně dýchat. V permanentním vegetativním stavu poté přetrvávala až do roku 1985, kdy zemřela na zápal plic.²⁵⁷

²⁵⁷ Rozhodnutí The Supreme Court of New Jersey *In re Quinlan*, 70 N.J. 10, 355 A.2d 647, 1976. Dostupné z: <https://law.justia.com/cases/new-jersey/supreme-court/1976/70-n-j-10-0.html> (cit. 10. 1. 2020).

5. Dříve vyslovená přání

Institut dříve vyslovených přání velmi úzce souvisí s právem pacienta odmítnout zdravotní péči, o němž bylo podrobně pojednáno v přechozí části této diplomové práce. Podstatou tohoto institutu je předem projevená vůle pacienta pro situace, kdy z důvodu svého nepříznivého zdravotního stavu (například při bezvědomí, kómatu či celkové narkóze) nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s určitým lékařským zákrokem. Dříve vyslovené přání má tedy charakter předem učiněného prohlášení pacienta, jímž zpravidla tento zákrok odmítá. Na rozdíl od negativního reversu, jenž se vztahuje k současnému postupu v léčbě, jsou dříve vyslovená přání zaměřena do poněkud vzdálenější budoucnosti a zároveň se týkají okolností, jež v budoucnu mohou, ale také vůbec nemusí, nastat. Příkladem může být předem projevená vůle pacienta, jemuž byla diagnostikována stařecká demence, o tom, že dojde-li vlivem rozvoje jeho nemoci k narušení jeho schopnosti rozhodovat o sobě samém, souhlasí či nesouhlasí pro tyto případy s určitým způsobem léčby, či dříve vyslovené přání terminálně nemocného onkologického pacienta, jemuž jeho nemoc způsobuje nepolevující bolesti, aby nebyl oživován, až dojde k selhání jeho organismu a aby tak nebylo uměle prodlužováno jeho utrpení a bylo mu tímto způsobem umožněno odejít ze světa.²⁵⁸

Obecně lze tedy říci, že dříve vyslovená přání se vztahují k možným budoucím situacím, při nichž bude pacient bezprostředně ohrožen na životě či zdraví (např. zda má být v případě infarktu myokardu provedena kardiopulmonální resuscitace či nikoliv) nebo potenciálním budoucím situacím, kdy se pacient vlivem progredující nemoci (například Alzheimerovy nemoci) ocitne ve stavu, kdy již nebude schopen činit racionální rozhodnutí. Pro tyto případy tak může pacient předem, tzn. ještě v době, kdy mu jeho zdravotní stav dosud umožňuje rozhodovat o sobě samém, učinit rozhodnutí, aby mu v budoucnu, kdy již bude jeho rozhodovací schopnost znemožněna, nebyla poskytována určitá zdravotní péče či aby u něj nebyly prováděny určité život zachraňující zákroky.²⁵⁹ Odborník na lékařskou etiku M. Vácha však v této souvislosti

²⁵⁸ ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016. ISBN 978-80-7552-321-1, 261.

²⁵⁹ POVOLNÁ, Michaela. *Právní rádce pro pracovníky ve zdravotnictví a klienty zdravotních pojišťoven*. Praha: Alfom, 2017. ISBN 978-80-87785-04-1, s. 108.

upozorňuje na skutečnost, že pacient dosud plně při vědomí a v relativně příznivém zdravotním stavu nemusí být vždy schopen předem správně predikovat, co pro něj bude nejlepší, až se reálně ocitne v situaci, kdy již nebude schopen jakéhokoliv rozhodování, neboť trpící a netrpící pacient mohou vidět svět zcela odlišnou optikou.²⁶⁰ I A. Doležal v této souvislosti namítá, že rozhodování pacienta nutně zahrnuje hypotetická fakta a že nelze předem zvážit budoucí potenciální mentální stavy a dysfunkce, jež by jinak pacientovo rozhodnutí ovlivnily. Vedle toho se názory pacienta mohou postupem času měnit, a to mnohdy i zásadním způsobem; navíc o tom, jaká přání a citové pochody bude mít daný pacient ve chvíli, kdy již nebude schopen rozhodovat, může toliko spekulovat.²⁶¹

Odborná literatura obecně člení dříve vyslovená přání do tří základních forem. První z nich, označovaná jako tzv. „*living will*“, je „klasický“ způsob projevu přání pacienta ohledně určitého budoucího zákroku tak, jak jej pojímá česká právní úprava. Jde o projev vůle pacienta ohledně určitého postupu v léčbě pro případy, kdy již nebude způsobilý svou vůli právně relevantním způsobem projevit. Nejčastěji má „*living will*“ podobu odmítnutí určitého život zachraňujícího zákroku, typicky jde o tzv. pokyn DNR (*do not resuscitate*), jímž pacient odmítá provedení kardiopulmonální resuscitace v případě, že dojde k zástavě jeho srdce.²⁶²

Podstatou druhé formy dříve vyslovených přání označované jako „*substitute decision-making*“ je určení konkrétní osoby pacientem, která bude následně za pacienta rozhodovat v případech, kdy z důvodu úrazu či progresu jeho nemoci již nebude způsobilý učinit rozhodnutí sám. Na rozdíl od angloamerické právní kultury se v našem právním řádu s tímto typem projevu dříve vysloveného přání setkáváme pouze v omezené podobě, a to konkrétně v ustanovení § 33 odst. 1 ZZS, které pacientovi umožňuje určit osobu, jež bude moci projevit souhlas nebo nesouhlas za pacienta

²⁶⁰ M. Vácha in: CÍSAŘOVÁ, Dagmar. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010. ISBN 978-80-87146-31-6, s. 16.

²⁶¹ DOLEŽAL, A. *Dříve vyslovená přání (Advanced Directives). Právní a etické úvahy*. Časopis zdravotnického práva a bioetiky, 2017, č. 2, s. 8-9. Dostupné z: <http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/141/126> (cit. 29. 3. 2019).

²⁶² A. Doležal, op. cit., s. 3.

v případě, kdy z důvodu jeho nepříznivého zdravotního stavu nebude způsobilý jej vyslovit sám.²⁶³

Obě výše uvedené formy dříve vyslovených přání mají své výhody i nevýhody. Nevýhodou tzv. „*living will*“, jakožto dokumentu obsahujícího výčet zdravotních úkonů, jejichž provedení pacient do budoucna odmítá, lze spatřovat v jeho staticitě a přílišné jednoznačnosti, jež znemožňují reagovat na konkrétní okolnosti nastalé situace. Naproti tomu osoba určená pacientem v rámci tzv. „*substitute decision-making*“ má možnost zohlednit konkrétní okolnosti dané situace a jim následně přizpůsobit své rozhodnutí. Zároveň ovšem nelze vyloučit, že tato osoba učiní rozhodnutí, které bude v rozporu s přáními dotyčného pacienta, a to ať již z důvodu jejího vlastního prospěchu (např. měla-li by po zemřelém pacientovi dědit) či třeba jen ze soucitu s ním.²⁶⁴

Poslední typ dříve vysloveného přání je označován jako tzv. „*values history*“. Tento institut spočívá ve vyjádření vnitřních hodnot pacienta, přičemž dojde-li k situaci, ve které pacient bude ve stavu, kdy nebude schopen rozhodovat o sobě samém, bude se konkrétní postup lékaře odvíjet od těchto jeho předem vyjádřených duchovních, filozofických či jiných životních hodnot a preferencí. Nutno však podotknout, že český právní řád tento typ dříve vysloveného přání vůbec neupravuje a ani napříč ostatními státy není používání tohoto institutu v praxi příliš časté.²⁶⁵

Lze shrnout, že všem třem výše uvedeným formám dříve vyslovených přání je společné to, že mají garantovat respekt k autonomii pacienta, jenž tak může aktivně spolurozhodovat o zdravotní péči, jež mu má, resp. nemá být v budoucnu poskytnuta.

5.1. Právní úprava dříve vyslovených přání v Úmluvě o biomedicíně

Před přijetím ZZS byla právní úprava dříve vyslovených přání obsažena pouze v Úmluvě o biomedicíně. V té době účinný zákon o péči o zdraví lidu č. 20/1966 Sb. se

²⁶³ A. Doležal, op. cit., s. 4.

²⁶⁴ ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5306-5, s. 154.

²⁶⁵ A. Doležal, op. cit., s. 4.

k této problematice nikterak nevyjadřoval a tudíž bylo nutné vycházet ze zmíněné Úmluvy, jež o institutu dříve vyslovených přání pojednává ve svém článku devátém: „*Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání.*“ Slovní spojení „*bude brán zřetel*“ je ovšem dosti vágní a v praxi tak může způsobovat značné interpretační obtíže. Vysvětlující zpráva k této Úmluvě proto přichází s jistou konkretizací tohoto ustanovení, když uvádí: „*To, že předem vyslovená přání se mají zohlednit, neznamená, že by musela být splněna za každých okolností. Pokud byla např. přání vyjádřena dlouho před zákrokem a věda mezitím pokročila, mohou existovat důvody, aby přání pacienta splněno nebylo. Lékař by si tedy měl být pokud možno jist, že se přání pacienta týkají současné situace a jsou stále platná, zejména s ohledem na současný stav vědy a technický pokrok v medicíně.*“²⁶⁶

5.2. Právní úprava dříve vyslovených přání v ZZS

ZZS se v porovnání s právní úpravou dříve vyslovených přání v Úmluvě o biomedicíně vyjadřuje k této problematice o poznání podrobněji. Činí tak ve svém § 36, dle jehož prvního odstavce „*může pacient 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.*“ V následujících odstavcích pak zákonodárce určuje bližší podmínky pro uplatnění dříve vysloveného přání, jakož i požadavky týkající se formy, v níž musí být učiněno. Stejně jako Úmluva o biomedicíně hovoří ZZS pouze o tom, že na dříve vyslovené přání pacienta bude toliko „*brán zřetel*“, nikoliv, že jej poskytovatel musí respektovat za každých okolností.

Aby ovšem lékař vůbec mohl na dříve vyslovené přání pacienta „brát zřetel“, musí být splněny všechny zákonné předpoklady pro jeho uplatnění. Předně musí vůbec nastat situace, k níž se dříve vyslovené přání vztahuje, přičemž musí jít zároveň o situaci, kdy pacient není z důvodu svého nepříznivého zdravotního stavu schopen

²⁶⁶ Vysvětlující zpráva k Úmluvě o biomedicíně, bod 62.

projevit nový souhlas či nesouhlas. Dále ZZS vyžaduje, aby byl pacient ještě předtím, než své dříve vyslovené přání učiní, písemně poučen ohledně důsledků svého rozhodnutí. Toto poučení provede buď pacientův registrující praktický lékař, nebo jiný ošetřující lékař v oboru zdravotní péče, s níž dříve vyslovené přání souvisí.²⁶⁷ Z formálního hlediska pak musí být dříve vyslovené přání učiněno v písemné formě s úředně ověřeným podpisem pacienta, přičemž jeho součástí musí být písemné poučení, jež se pacientovi dostalo.²⁶⁸ Určitou výjimku, kdy dříve vyslovené přání pacienta nemusí být opatřeno jeho úředně ověřeným podpisem, připouští ZZS v ustanovení § 36 odst. 4. Dle tohoto ustanovení může pacient učinit dříve vyslovené přání rovněž při přijetí do péče poskytovatelem či kdykoliv během hospitalizace, a to pro poskytování zdravotních služeb zajišťovaných tímto poskytovatelem. V takovýchto případech pak není vyžadováno, aby byl pacientův podpis úředně ověřen, nýbrž postačí jeho prostý podpis, dále podpis lékaře, jenž dříve vyslovené přání pacienta vyslechl a poskytl mu příslušné poučení, a konečně svědka, jímž může být jak některá z osob pacientovi blízkých, tak i jiný zdravotnický pracovník. Je však nutné zdůraznit, že v těchto případech nebude mít dříve vyslovené přání obecnou platnost, nýbrž se bude vztahovat pouze na poskytování zdravotních služeb zajišťovaných tím poskytovatelem, u něhož bylo sepsáno.²⁶⁹ Požadavek, aby dříve vyslovené přání pacienta bylo potvrzeno podpisem svědka, lze nalézt kupříkladu i v právním řádu Velké Británie, jenž jej vyžaduje v případě, že se jedná o dříve vyslovené přání týkající se odmítnutí život udržující léčby.²⁷⁰ Zajímavostí je, že britská právní úprava, na rozdíl od právní úpravy české, zásadně nepožaduje, aby dříve vyslovené přání bylo učiněno v písemné formě²⁷¹;

²⁶⁷ § 36 odst. 2 ZZS.

²⁶⁸ § 36 odst. 3 ZZS.

²⁶⁹ MACH, Jan. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: Zákon o specifických zdravotních službách*. Praha: Wolters Kluwer, 2018. Praktický komentář. ISBN 978-80-7598-103-5, s. 158.

²⁷⁰ § 25 odst. 5 a 6 Mental Capacity Act 2005.

²⁷¹ Písemná forma je vyžadována pouze pro dříve vyslovená přání odmítající život udržující léčbu.

pro platnost dříve vysloveného přání proto postačí, bude-li pacientem lékaři sděleno ústní formou.²⁷²

Co se týče okruhu osob, jež mohou dříve vyslovené přání platně učinit, platí, že jej může realizovat zásadně každý člověk. ZZS však v § 36 odst. 6 výslovně vylučuje uplatnění dříve vysloveného přání u nezletilých pacientů²⁷³ a u pacientů s omezenou svéprávností²⁷⁴. Toto na první pohled jednoznačně znějící ustanovení ovšem může při bližším zkoumání vyvolávat určité interpretační obtíže. Toho si ostatně povšimla i skupina poslanců, která toto ustanovení napadla u Ústavního soudu. Argumentovali přitom nejasností tohoto ustanovení; konkrétně poukazovali na to, že není zřejmé, zda se zákaz pořizovat dříve vyslovená přání týká pouze pacientů, kteří byli ve svéprávnosti omezeni již v době, kdy jej učinili, či zda uvedené ustanovení ZZS míří též na pacienty, jež byli ve svéprávnosti omezeni až poté, co dříve vyslovené přání učinili. Ústavní soud k této námitce uvedl, že dané ustanovení jednoznačně míří pouze na situaci prve uvedenou, nikoliv na případy, kdy dříve vyslovené přání činí osoba, jež byla ve svéprávnosti omezena až poté, co předmětný projev vůle učinila.²⁷⁵ Ostatně především právě pro tyto případy byl institut dříve vyslovených přání do českého právního řádu zaveden; jiná interpretace zmíněného ustanovení by proto byla ve zřejmém rozporu se smyslem a účelem dříve vyslovených přání.

Od těchto případů je třeba striktně odlišovat situace, kdy je v důsledku pacientova onemocnění pouze omezena jeho komunikační schopnost, přičemž však jeho svéprávnost je stále plně zachována. Příkladem může být pacient trpící amyotrofickou laterální sklerózou, jež se vyznačuje postupným ochrnutím svalstva, v důsledku čehož následně dochází k jeho úplné paralýze; psychické a mentální schopnosti pacienta

²⁷² *Advance decisions, advance statements and living wills*, s. 7. Dostupné z: https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/factsheets/fs72_advance_decisions_advance_statements_and_living_wills_fcs.pdf (cit. 9. 12. 2019).

²⁷³ Dle § 30 odst. 1 věty druhé OZ se zletilosti nabývá dovršením osmnáctého roku věku; případné přiznání svéprávnosti nezletilému tak zde nebude hrát roli.

²⁷⁴ Srov. § 55 a násl. OZ.

²⁷⁵ Nález pléna Ústavního soudu ze dne 27. 11 2012, sp. zn. Pl. ÚS 1/12, bod 55. a 365. Dostupné z: http://nalus.usoud.cz/Search/GetText.aspx?sz=Pl-1-12_1 (cit. 12. 12. 2019).

ovšem zůstávají zachovány. Na tyto případy pamatuje ustanovení § 30 odst. 1 ZZS, které pacientům s takto omezenými komunikačními schopnostmi zaručuje právo dorozumívat se způsobem pro ně srozumitelným, a to dorozumívacími prostředky, které si zvolí. Splňuje-li tedy pacient trpící touto nemocí požadavek zletilosti i svéprávnosti, nic mu nebrání v tom, aby i on platně učinil dříve vyslovené přání, a to za využití určitého komunikačního prostředku, například speciálního počítače.²⁷⁶

5.2.1. Zákonné nerespektování dříve vysloveného přání

Obecně se vychází z toho, že bude-li dříve vyslovené přání pacienta splňovat všechny zákonné požadavky, bude se jednat o platné právní jednání a jako takové by tudíž mělo být lékařem respektováno. ZZS však výslovně uvádí určité případy, kdy dříve vyslovené přání respektováno být nemusí a dále případy, kdy respektováno být vůbec nesmí.²⁷⁷

Dříve vyslovené přání „není třeba respektovat, pokud 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“. Dle mého názoru by mohla být pod toto ustanovení subsumována zejména situace, kdy pacient v dříve vysloveném přání odmítne určitou léčbu z důvodu jejích závažných vedlejších účinků, avšak v mezidobí dojde v medicínské praxi k zavedení nového léčebného postupu, s nímž již žádné vedlejší účinky spojeny nebudou.

Co se týče případů, kdy dříve vyslovené přání pacienta respektováno být nesmí, vyjmenovává zákonodárce tři možné situace. Předně dříve vyslovené přání nelze respektovat, jestliže „nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti“. Pokud by lékař podle takto formulovaného přání pacienta postupoval, dopustil by se trestného činu vraždy. Za aktivní způsobení smrti ovšem nelze považovat případy, kdy lékař jedná podle dříve vysloveného přání, v němž pacient odmítá

²⁷⁶ POVOLNÁ, Michaela. *Právní rádce pro pracovníky ve zdravotnictví a klienty zdravotních pojišťoven*. Praha: Alfom, 2017. ISBN 978-80-87785-04-1, s. 109.

²⁷⁷ § 36 odst. 5 ZZS.

provedení resuscitace, následkem čehož dojde k jeho úmrtí. Poněkud problematickou se ovšem v této souvislosti může jevit otázka, zda lze pod pojem „aktivní způsobení smrti“ subsumovat i jednání lékaře spočívající v odpojení pacienta od přístrojů, jež jej udržují při životě. Nahlédneme-li pro srovnání do zahraničních právních úprav, zjistíme, že převážná většina států považuje ukončení přístrojové podpory životních funkcí za opomenutí lékaře poskytovat další léčbu, nikoliv za aktivní konání spočívající ve stisku tlačítka vypínače na přístroji udržujícím pacienta při životě.²⁷⁸ Toto opomenutí, v jehož důsledku přestane být potlačován nástup přirozeného procesu umírání, je tak (za předpokladu, že k němu dojde v souladu s vůlí samotného pacienta), v zahraničí většinou považováno za jednání po právu.

V ČR se však názory na to, zda odpojení od přístrojů má povahu konání, či opomenutí lékaře léčit, různí a tato otázka je předmětem dlouhodobých diskuzí. Nicméně, důvodová zpráva k ZZS zaujímá k této otázce jednoznačné stanovisko, když výslovně uvádí, že za aktivní způsobení smrti se považuje i odpojení od přístrojů.²⁷⁹ Z toho by pak plynul závěr, že pacienti o ukončení již zahájené přístrojové podpory životních funkcí cestou dříve vysloveného přání rozhodovat nemohou. Paradoxem pak ovšem je, že pacientovi nic nebrání v tom, aby prostřednictvím dříve vysloveného přání vyjádřil vůli, aby nebyl na přístroj připojován. Přitom výsledek obou uvedených situací je týž – smrt pacienta. Stejně jako H. Krejčíková se domnívám, že toto ustanovení důvodové zprávy jde poněkud proti hlavnímu smyslu institutu dříve vyslovených přání, jímž je především posílení autonomie pacienta a jeho práva na sebeurčení. Chirurg P. Pafko problematičnost této záležitosti trefně demonstroval na příkladu pacienta, jenž při dopravní nehodě upadne do bezvědomí a následně, ještě na místě nehody, je napojen na dýchací přístroj. Po převozu do nemocnice však zdravotnický personál objeví v pacientově zdravotnické dokumentaci jeho dříve vyslovené přání obsahující požadavek, aby nebyl ožívován, upadne-li do stavu bezvědomí. Po objevení tohoto dříve vysloveného přání pak budou lékaři čelit nelehkému rozhodování – odpojit

²⁷⁸ Srov. například rozhodnutí britského High Court ve věci *Re AK* (2000) 58 BMLR 151. Dostupné z: <https://www.4pb.com/case-detail/re-ak-medical-treatment-consent/> (cit. 14. 12. 2019).

²⁷⁹ Důvodová zpráva k vládnímu návrhu zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, zvláštní část, k § 36.

pacienta od přístroje či nikoliv? Pokud bychom se striktně drželi znění důvodové zprávy k ZZS, měli by lékaři patrně rozhodnout o ponechání pacienta na dýchacím přístroji a neodpojovat jej od něj. Je však nutné zmínit, že řada odborníků odpojení pacienta od přístroje za aktivní způsobení smrti nepovažuje a znění obsažené v důvodové zprávě k ZZS ostře kritizují. Jako hlavní argument uvádějí, že znemožnění možnosti pacienta rozhodovat o odpojení od přístrojů výrazně omezuje jeho autonomii. Vedle toho namítají, že důvodová zpráva nemá sílu zákona a slouží jen jako prostředek nezávazného výkladu ZZS. Předmětné ustanovení důvodové zprávy nadto ani nezapadá do celkového kontextu ZZS; nelogickým se jeví především skutečnost, že pacient, jenž je v daný okamžik způsobilý právně relevantně projevit svou vůli, může (na základě svého práva odmítnout poskytování zdravotní péče) požadovat okamžité odpojení od přístroje (např. ukončení hemodialýzy), zatímco vyjádří-li tuto vůli prostřednictvím dříve vysloveného přání, pak jeho vůle respektována být nesmí, neboť by se ve světle uvedené důvodové zprávy jednalo o úkon vedoucí k aktivnímu způsobení smrti. Přitom rozdíl mezi těmito dvěma situacemi spočívá jen v rozdílném časovém okamžiku, ke kterému se rozhodnutí pacienta vztahuje.²⁸⁰

Ačkoliv v odborné literatuře nepadají ohledně této otázky shodné názory, myslím, že by pacientům (navzdory znění Důvodové zprávy k ZZS) rozhodování o odpojení od přístrojů prostřednictvím dříve vysloveného přání umožněno být mělo, což by koneckonců i lépe vyhovovalo hlavnímu účelu tohoto institutu.

Vedle právě zmíněného případu nesmí být dříve vyslovené přání pacienta respektováno ani tehdy, pokud by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby.²⁸¹ Tak kupříkladu nelze brát v potaz přání pacienta nebyť léčen v případě určitých infekčních onemocnění, pro něž je stanoveno povinné léčení.²⁸² Pod toto ustanovení by zřejmě bylo možné subsumovat i případy, kdy gravidní pacientka v dříve vysloveném přání projeví vůli, aby u ní nebyly v době porodu prováděny určité lékařské úkony, přičemž

²⁸⁰ KREJČÍKOVÁ, Helena. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*. Praha: Galén, c2014. *Theatrum medico-iuridicum*. ISBN 978-80-7492-167-4, s. 119-120, 125-127.

²⁸¹ § 36 odst. 5 písm. c) ZZS.

²⁸² TĚŠINOVÁ, Jolana, Tomáš DOLEŽAL a Radek POLICAR. *Medicínské právo*. 2. vydání. V Praze: C.H. Beck, 2019. ISBN 978-80-7179-318-2, s. 121.

však při porodu následně dojde k určitým komplikacím, kdy provedení těchto úkonů bude nezbytně nutné k záchraně života jejího rodičího se potomka. I v tomto případě by splnění dříve vysloveného přání (tedy neprovedení těch úkonů, jež rodička odmítla) mohlo ohrozit jiné osoby, byť zde ve skutečnosti vlastně o osobu ještě nejde, neboť dle § 23 OZ právní osobnost člověka vzniká až jeho narozením, do té doby lze hovořit toliko o plodu. S odkazem na § 25 OZ („*Na počaté dítě se hledí jako na již narozené, pokud to vyhovuje jeho zájmům.*“) a na čl. 6 odst. 1 Listiny základních práv a svobod („*Lidský život je hoden ochrany již před narozením.*“) se nicméně domnívám, že i přesto by měla být nenarozenému dítěti poskytnuta stejná ochrana jako dítěti již narozenému.

Posledním případem, kdy se lékař nemůže dříve vysloveným přáním pacienta řídit, je situace, kdy ještě předtím, než měl lékař dříve vyslovené přání k dispozici, byly zahájeny takové medicínské výkony, jejichž přerušeni by mělo za následek aktivní způsobení smrti²⁸³ (k pojmu aktivního způsobení smrti viz výše).

Případy, kdy lékař dříve vyslovené přání pacienta respektovat nesmí či nemusí, vypočítává § 36 odst. 5 ZZS taxativně. Pakliže tedy konkrétní situace nebude pod žádnou z těchto zákonem formulovaných výjimek podřaditelná, nezbude lékaři zřejmě nic jiného, než dříve vyslovené přání pacienta respektovat, byť by tím došlo k újmě na zdraví či dokonce životě dotyčného pacienta.

V této souvislosti je vhodné zmínit, že ne všechny státy zaujímají k otázce závaznosti dříve vysloveného přání stejné stanovisko jako ČR. Zajímavý vývoj v této oblasti lze vysledovat zejména v sousedním Německu, kde bylo od devadesátých let minulého století k dříve vysloveným přáním pacientů nejprve přistupováno jako k závazným projevům jejich vůle, a jako taková tudíž musela být zásadně za všech okolností respektována. Nicméně, tato praxe byla na počátku tohoto století zásadním způsobem modifikována, a to v důsledku kontroverzního rozhodnutí tamního nejvyššího soudu (*Bundesgerichtshof*) z roku 2003. Ten v tomto rozhodnutí judikoval, že dříve vyslovené přání pacienta sice musí být obecně respektováno, zároveň však významně omezil právo pacientů odmítnout prostřednictvím dříve vysloveného přání

²⁸³ § 36 odst. 5 písm. d) ZZS.

život udržující léčbu. Bylo dovozeno, že pacient tak může učinit pouze pro případ, kdy se bude nacházet v terminálním stadiu svého onemocnění nevyhnutelně vedoucím k jeho smrti. Toto rozhodnutí tak ve svém důsledku vedlo k zásadnímu omezení práva pacientů na sebeurčení, což následně podnítilo vášnivé diskuse na straně odborné veřejnosti, jež utichly až v roce 2009.²⁸⁴ V tomto roce byl totiž německým zákonodárcem přijat zákon²⁸⁵, jenž vůbec poprvé institut dříve vyslovených přání výslovně zavedl do německého právního řádu. Tento zákon mimo jiné explicitně uvádí, že bude-li dříve vyslovené přání pacienta splňovat všechny stanovené požadavky, bude vždy závazné, a to bez ohledu na povahu či stadium pacientova onemocnění a na to, zda je pacientův stav ireverzibilní či nikoliv.²⁸⁶

5.3. Dříve vyslovená přání dle OZ

Vedle ZZS můžeme zmínku o dříve vyslovených přáních nalézt i v OZ, a to konkrétně v § 98 odst. 2, v němž se praví, že „*při zákroku i při udělení souhlasu se vezme zřetel na dříve vyslovená známá přání člověka, do jehož integrity má být zasazeno.*“ Nutno však podotknout, že ve vztahu k výše zmíněnému § 36 ZZS bude mít citované ustanovení OZ toliko subsidiární charakter; přednostně tak bude aplikována právní úprava v ZZS, jež je v porovnání se stručnou úpravou v OZ mnohem podrobnější a komplexnější.²⁸⁷

Institut dříve vyslovených přání rovněž plně koresponduje s ustanovením § 81 odst. 1 OZ, jenž obecně přikazuje ctít svobodné rozhodnutí člověka žít podle svého. To se bezesporu týká i oblasti poskytování zdravotních služeb, kdy se každý jedinec může

²⁸⁴ NEGRI, Stefania. *Self-determination, dignity and end-of-life care: regulating advance directives in international and comparative perspective*. Boston: Martinus Nijhoff Publishers, 2011. ISBN 9789004223585, s. 331 – 337.

²⁸⁵ Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts (3. BtÄndG).

²⁸⁶ § 1901a odst. 1 a 3 Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts.

²⁸⁷ T. Holčápek, P. Šustek in: *Občanský zákoník: komentář*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2014. Komentáře (Wolters Kluwer ČR). ISBN 978-80-7478-370-8, s. 386.

do budoucna svobodně vyjádřit, jaká lékařská péče mu má či naopak nemá být poskytována.

5.4. Doba platnosti dříve vyslovených přání

Doba platnosti dříve vysloveného přání není zákonem nijak omezena, a lze tedy dovodit, že bude platné do doby, než jej pacient odvolá, případně než se realizuje či než pacient zemře.²⁸⁸ Na tomto místě se ovšem sluší poznamenat, že neomezená doba platnosti dříve vyslovených přání tu nebyla vždy. V původním znění § 36 odst. 3 ZZS byla platnost dříve vyslovených přání omezena na dobu pěti let. Do tohoto znění však zasáhl Ústavní soud²⁸⁹, jenž konstatoval, že dříve vyslovené přání pacienta nelze nerespektovat jen z toho důvodu, že již uplynula doba jeho platnosti stanovená zákonem, jestliže pacient bude zároveň ve stavu, kdy nebude schopen své původní přání obnovit. Ústavní soud problematičnost uvedeného ustanovení demonstroval na příkladu pacienta, jemuž byla diagnostikována Alzheimerova choroba a který ještě předtím, než došlo vlivem progresu jeho nemoci ke znemožnění jeho rozhodovacích schopností, projeví přání nebýt resuscitován v situaci, kdy u něj dojde k srdeční mrtvici. K jeho dříve vyslovenému přání by však mohlo být přihlédnuto jen tehdy, došlo-li by k uvedenému srdečnímu selhání v rámci následujících pěti let, kdy pacientovo dříve vyslovené přání bude platné. Pakliže by ovšem k jeho srdečnímu selhání došlo třeba i jeden den po uplynutí této doby, nemohlo by k němu být v souladu s tehdejšími zněním § 36 odst. 3 ZZS, vůbec přihlédnuto, byť by se hodnotové přesvědčení pacienta v této oblasti nijak nezměnilo. Ústavní soud proto v časovém ohraničení platnosti dříve vyslovených přání shledal rozpor s právem pacientů na sebeurčení a rovněž s článkem 9 Úmluvy o biomedicíně, a tudíž jej zrušil.²⁹⁰ Domnívám se, že tento počín Ústavního

²⁸⁸ TĚŠINOVÁ, Jolana, Tomáš DOLEŽAL a Radek POLICAR. *Medicínské právo*. 2. vydání. V Praze: C.H. Beck, 2019. ISBN 978-80-7179-318-2, s. 119.

²⁸⁹ Nález pléna Ústavního soudu ze dne 27. 11. 2012, sp. zn. Pl. ÚS 1/12. Dostupné z: http://nalus.usoud.cz/Search/GetText.aspx?sz=Pl-1-12_1 (cit. 16. 12. 2019).

²⁹⁰ Tamtéž.

soudu byl bezesporu krok správným směrem, neboť omezování doby platnosti dříve vyslovených přání je dle mého názoru v rozporu s jejich hlavním účelem.

V této souvislosti je ovšem vhodné zmínit, že ne všechny státy zaujaly k otázce omezování doby platnosti dříve vyslovených přání stejně negativní stanovisko jako český Ústavní soud. Tak například v sousedním Rakousku, které institut dříve vyslovených přání upravuje komplexně v samostatném zákoně²⁹¹, je doba platnosti dříve vysloveného přání omezena na 8 let, pokud ovšem pacient sám neurčí lhůtu kratší.²⁹² Zajímavostí je, že až donedávna byla v Rakousku doba platnosti dříve vyslovených přání dokonce omezena na pouhých 5 let (tedy shodně jako původní úprava v našem ZZS). Až novelou zmíněného rakouského zákona, jež nabyla účinnosti ke dni 16. ledna 2019, došlo k prodloužení této doby na 8 let.²⁹³

Francouzská právní úprava jde v tomto ohledu ještě dále, když dobu platnosti dříve vyslovených přání omezuje na pouhé 3 roky. Zajímavostí přitom je, že dříve vyslovená přání pacientů nejsou ve Francii závazná; francouzská legislativa pouze stanoví, že mají být lékařem zohledněny při rozhodování o tom, jaká léčba jim má či nemá být poskytnuta.²⁹⁴

Zřejmě nejkratší dobu platnosti dříve vyslovených přání se mi ovšem podařilo vystopovat v právním řádu maďarském, jenž ji omezuje na pouhé 2 roky. Určitou zajímavostí, jež dle mého názoru nemá v jiných zahraničních právních řádech obdoby, je skutečnost, že maďarská právní úprava podmiňuje platnost dříve vyslovených přání mimo jiné vyhotovením písemného posudku lékařem-psychiatrem o tom, že pacient dříve vyslovené přání učinil při plném vědomí o důsledcích svého rozhodnutí.²⁹⁵

²⁹¹ Bundesgesetz über Patientenverfügungen (Patientenverfügungs-Gesetz – PatVG) 2006.

²⁹² § 7 odst. 1 Bundesgesetz über Patientenverfügungen.

²⁹³ Novelle zum Patientenverfügungs-Gesetz. Dostupné z: <https://www.hospiz.at/novelle-zum-patientenverfuegungsgesetz/>.

²⁹⁴ § 7 zákona n° 2005-370 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Dostupné z: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000446240&categorieLien=id> (cit. 17. 12. 2019).

²⁹⁵ *Competence assessment and advance directives for people with dementia: ethical and legal aspects*, s. 57. Dostupné z: <https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk->

5.5. Některá úskalí spojená s institutem dříve vyslovených přání

Na dříve vyslovené přání lze nahlížet jako na zvláštní druh informovaného souhlasu, resp. negativního reversu, od nichž se však odlišuje tím, že je sepsáno dříve, než nastala situace, jíž se týká. A snad právě v této skutečnosti zároveň spočívá jedno z největších úskalí tohoto moderního institutu. Hodnotový systém pacienta se totiž může v průběhu jeho života měnit a jeho rozhodnutí sepsaná v dříve vysloveném přání mohou postupem času podléhat mnohdy i zásadním změnám. Tak kupříkladu senior projevující v dříve vysloveném přání vůli nebýt resuscitován, postupem času dojde k závěru, že kvůli svým vnoučatům a nejbližší rodině by ještě na tomto světě rád zůstal. Vlivem rozvoje stařecké demence však již nebude způsobilý k platnému projevu vůle a své dříve vyslovené přání tak již nebude moci změnit. Upadne-li poté do stavu bezvědomí, resuscitace mu, v souladu s jeho stále platným dříve vysloveným přáním, nebude poskytnuta, byť v mezidobí zcela svůj názor změnil. Nadto je mnohými odborníky namítáno, že pacient může sotva plně porozumět situaci, která nastane až ve vzdálené budoucnosti.²⁹⁶

Domnívám se proto, že lékaři by v konkrétním případě měli vždy pečlivě zvážit, zda nastalá situace plně odpovídá situaci předvídané v dříve vysloveném přání a zda v době od jeho sepsání nedošlo k podstatné změně okolností spočívající ve změně pacientova rozhodnutí. Dříve vyslovené přání lze považovat za speciální typ tzv. předběžného prohlášení²⁹⁷, jež je upraveno v § 38 až § 44 OZ, a proto i pro něj bude platit pravidlo obsažené v § 43 OZ: *„Změní-li se okolnosti zjevně tak podstatným způsobem, že člověk, který prohlášení učinil, by je za takových okolností neučinil nebo by je učinil s jiným obsahem, soud prohlášení změní nebo zruší, pokud by jinak člověku, který prohlášení učinil, hrozila závažná újma.“*²⁹⁸

helsetjenesten/praksis/systematisk-etikkarbeid/competence-assessment-and-advance-directives-for-people-with-dementia-ethical-and-legal-aspects.pdf (cit. 17. 12. 2019).

²⁹⁶ ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5306-5, s. 158.

²⁹⁷ Podle ustanovení § 38 OZ může člověk v očekávání vlastní nezpůsobilosti právně jednat projeviti vůli, „aby byly jeho záležitosti spravovány určitým způsobem, nebo aby je spravovala určitá osoba, nebo aby se určitá osoba stala jeho opatrovníkem.“

²⁹⁸ § 43 OZ.

5.5.1. Problematika odmítání krevní transfuze příslušníky náboženské společnosti Svědkové Jehovovi

Platná právní úprava pacientům nebrání, aby prostřednictvím dříve vyslovených přání činili i zdánlivě nerozumná rozhodnutí, jež ve svých důsledcích mohou přivodit i jejich vlastní smrt a to ať již mají pro taková rozhodnutí jakýkoliv důvod. Značně kontroverzní se pak v této souvislosti může jevit problematika odmítání krevní transfuze příslušníky náboženské společnosti Svědkové Jehovovi, kteří z náboženských důvodů odmítají krev jiných lidí i vlastní uskladněnou krev, přičemž na tomto svém přesvědčení trvají za všech okolností (tedy i tehdy, je-li podání krevní transfuze jediným možným život zachraňujícím zákrokem).

Odmítání krevní transfuze z čistě náboženských důvodů je v naší společnosti považováno za eticky velmi citlivé téma, s nímž se pojí hned několik problémů. Já osobně spatřuji v této souvislosti největší problém v tom, že ZZS ani Úmluva o biomedicíně lékařům explicitně neukládá povinnost respektovat každé dříve vyslovené přání, nýbrž pouze stanoví, že na ně má být „brát zřetel“. To může v praxi lékaře mnohdy vrhat do extrémní nejistoty, zda mají dříve vyslovená přání členů náboženské společnosti Svědkové Jehovovi respektovat či nikoliv. Pakliže jej respektovat budou (a tedy život zachraňující transfuzi pacientovi neposkytnou), teoreticky by se tím mohli vystavit nebezpečí vzniku odpovědnosti za porušení své povinnosti postupovat *lege artis*, a dokonce též odpovědnosti trestněprávní, konkrétně za některý z trestných činů proti životu a zdraví, s největší pravděpodobností za trestný čin usmrcení z nedbalosti. Budou-li naproti tomu lékaři postupovat v rozporu s takto formulovaným dříve vysloveným přáním pacienta a transfuzi u něj provedou, mohlo by být jejich jednání kvalifikováno jako neoprávněný zásah do pacientova práva na soukromí a tělesnou integritu.²⁹⁹ Obtíže spojené s interpretací formulace stanovující, že na dříve vyslovené přání „bude brán zřetel“ lze nicméně překlénout za užití komentářové literatury, která uvádí, že pakliže bude dříve vyslovené přání splňovat všechny zákonné náležitosti, bude

²⁹⁹ P. Uherek in: *Svědkové Jehovovi a odmítání transfuze krve nejen z pohledu aktuální legislativy*, Časopis zdravotnického práva a bioetiky, Vol 5, No 3 (2015), ISSN 1804-8137, s. 66-68. Dostupné z: <http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/100/98> (cit. 12. 12. 2019).

třeba jej respektovat podobně jako platný informovaný nesouhlas, a to i tehdy pokud tím dojde k pacientově úmrtí, neboť svobodná vůle pacienta zde musí dostat přednost před ochranou jeho zdraví a života.³⁰⁰

Nutno však zmínit, že ne všichni autoři se se závěrem obsaženým v komentářové literatuře ztotožňují. P. Šustek v jenom ze svých článků (publikovaném ovšem ještě před přijetím ZZS) dochází za užití testu proporcionality k závěru, že ochrana života pacienta je z hlediska hierarchie hodnot hodnotou natolik prioritní, že by měla jednoznačně dostat přednost před hodnotami jinými, v tomto případě tedy před právem na tělesnou integritu a svobodu vyznání pacienta.³⁰¹

Otázkou odmítání krevní transfuze z čistě náboženských důvodů se již zabýval i Ústavní soud, a to ve svém nálezu z roku 2004 (byť zde nešlo přímo o dříve vyslovené přání ve smyslu § 36 ZZS). Předmětem rozhodování Ústavního soudu byla otázka, zda rodiče-Svědkové Jehovovi mají právo z náboženských důvodů odmítnout provedení transfuze krve u jejich nezletilého syna, jemuž bylo diagnostikováno vysoce zhoubné nádorové onemocnění. Tito rodiče trvali na tom, aby byla jejich synovi poskytována pouze paliativní péče spočívající v tišení bolesti, a to i přestože si byli plně vědomi skutečnosti, že nezahájením adekvátní léčby (jejíž nezbytnou součástí bylo provedení krevní transfuze) dojde k akutnímu ohrožení života jejich potomka. Ústavní soud konstatoval, že ochrana zdraví a života nezletilého chlapce je v daném případě legitimním důvodem pro zásah do práva rodičů rozhodovat o léčbě jejich dítěte, neboť ochrana zdraví a života je z hlediska systému ústavně zaručených práv a svobod prioritní hodnotou. Dle Ústavního soudu tak za určitých okolností může převážít zájem nezletilého dítěte nad zájmem jeho rodičů, a to zejména v situacích, kdy rodiče rozhodují o záležitostech dítěte způsobem pro zdraví a rozvoj jejich potomka škodlivým.³⁰²

³⁰⁰ MACH, Jan. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: Zákon o specifických zdravotních službách*. Praha: Wolters Kluwer, 2018. Praktický komentář. ISBN 978-80-7598-103-5, s. 156.

³⁰¹ ŠUSTEK, Petr. *Právní postavení a možnosti lékaře při odmítání transfuze krve příslušníkem Náboženské společnosti Svědkové Jehovovi*. Zdravotnictví a právo. 2005, č. 5, s. 26.

³⁰² Nález Ústavního soudu ze dne 20. 8. 2004, sp. zn. III ÚS 459/2003. Dostupné z: <http://spep.prf.cuni.cz/judikat/ussp459-03.htm> (cit. 12. 12. 2019).

K otázce odmítání transfuze krve ze strany příslušníků náboženské společnosti Svědkové Jehovovi se vyjádřil i ESLP, a to ve svém rozhodnutí ve věci *Moskevští Svědkové Jehovovi a ostatní proti Rusku* z roku 2010. V této věci mělo dříve vyslovené přání Svědků Jehovových požadující neprovedení transfuze krve formu předtištěné skládací kartičky nadepsané slovy „Žádnou krev“, kterou tito pacienti nosili pro případ potřeby u sebe. ESLP v tomto rozhodnutí konstatoval, že „*dospělý, který je způsobilý dát souhlas se zákrokem, má možnost se rozhodnout, zda např. podstoupí či nepodstoupí operaci, stejně tak se může rozhodnout, zda podstoupí či nepodstoupí transfuzi. Aby tato svoboda měla nějaký smysl, je třeba, aby měl pacient právo vybrat si alternativu, která je v souladu s jeho přesvědčením a hodnotami, bez ohledu na to, zda se někomu zdají být iracionální, nemoudré či nerozvážné. (...) V oblasti lékařské péče je považováno za porušení fyzické integrity a čl. 8 Úmluvy jakékoli vnucení zákroku bez souhlasu pacienta, který je způsobilý ho dát, i kdyby odmítnutí tohoto zákroku mělo mít pro daného pacienta fatální důsledky.*“³⁰³ ESLP tak v tomto rozhodnutí jednoznačně upřednostnil právo pacienta na vlastní sebeurčení, jemuž musí ustoupit i zájem společnosti na ochraně jeho života a zdraví.

Nyní se zamysleme nad otázkou: Nemohla by na odmítání krevní transfuze Svědky Jehovovými dopadat některá z výjimek uvedených v § 36 odst. 5 ZZS, jež uvádí případy, kdy dříve vyslovené přání pacienta nesmí či nemusí být respektováno? P. Uherek tvrdí, že nikoliv. V úvahu by snad mohla přicházet výjimka spočívající v zákazu respektovat dříve vyslovené přání, jestliže „*nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti*“. Neprovedení transfuze však nelze považovat za aktivní způsobení smrti, neboť se jedná o opomenutí provést úkon, nikoliv o aktivní provedení nějakého úkonu. Zároveň by se mohla nabízet otázka, zda by v této souvislosti nemohla být uplatněna výjimka uvedená v § 36 odst. 5 písm. c) ZZS, tedy že dříve vyslovené přání „*nelze respektovat, pokud by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby.*“ K tomu P. Uherek uvádí, že aplikace této výjimky by sice mohla přicházet v úvahu, ovšem pouze v případě, kdy by krevní transfuzi odmítala gravidní pacientka a

³⁰³ Rozhodnutí ESLP ve věci *Moskevští Svědkové Jehovovi (Jehovah's Witnesses of Moscow) a ostatní proti Rusku* ze dne 10. 6. 2010, stížnost č. 302/02, bod 136. Dostupné z: http://eslp.justice.cz/justice/judikatura_eslp.nsf/WebSearch/E5EB2AEF89AEAD55C125845E002F58A7?openDocument&Highlight=0,302%2F02 (cit. 12. 12. 2019).

kdy by provedení transfuze krve bylo zároveň jedinou možností, jak při porodu zachránit život jejího rodičího se dítěte.³⁰⁴

5.6. Zástupné rozhodování

Pojmem zástupného rozhodování obecně označujeme situace, kdy se zdravotní péče poskytuje nikoliv na základě souhlasu pacienta samotného (neboť ten není kvůli své nemoci schopen jej samostatně udělit), nýbrž na základě souhlasu jiné oprávněné osoby, případně soudu. Problematika zástupného rozhodování přitom nabývá v současné době stále více na významu, což souvisí zejména s nepříznivým demografickým vývojem české populace, která stárne. Důsledkem tohoto negativního jevu ve věkovém složení české populace je pak i vyšší prevalence neurodegenerativních onemocnění, jako je Alzheimerova nemoc či vaskulární demence, což jsou bezesporu závažná onemocnění, jež mohou vést až k úplnému vymizení rozhodovací schopnosti pacienta a jeho způsobilosti samostatně vyjádřit svůj souhlas. Zákon proto pacientovi umožňuje, aby si pro takové případy zvolil zástupce, jenž za něj bude činit rozhodnutí v době, kdy pacientovy rozhodovací schopnosti budou vlivem progresu jeho nemoci již zcela eliminovány. Pakliže si pacient tohoto zástupce nezvolí, určí se tato osoba přímo podle pravidel obsažených v zákoně.³⁰⁵

OZ se touto problematikou zabývá v rámci svých ustanovení o omezení svéprávnosti. Jestliže byl pacient omezen ve svéprávnosti pro oblast rozhodování o poskytování zdravotních služeb (například z důvodu již zmíněné pokročilé fáze Alzheimerovy choroby), ustanoví mu soud opatrovníka, jenž za něj následně bude v této oblasti činit veškerá rozhodnutí.³⁰⁶ Volnost opatrovníka při jeho rozhodování ovšem

³⁰⁴ P. Uherek in: Svědkové Jehovovi a odmítání transfuze krve nejen z pohledu aktuální legislativy, *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*, Vol 5, No 3 (2015), ISSN 1804-8137, s. 69-71. Dostupné z: <http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/100/98> (cit. 12. 12. 2019).

³⁰⁵ H. Peterková in: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, 2014. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5471-0, s. 477-480.

³⁰⁶ Tamtéž.

není zcela neomezená. Z § 467 OZ³⁰⁷ lze dovodit, že v případě existence dříve vysloveného přání pacienta jej musí opatrovník respektovat a postupovat podle něj, samostatné rozhodnutí činí jen v případě, kdy dříve vyslovené přání pacienta absentuje; i tehdy ovšem musí postupovat v souladu s jeho zájmy. Další omezující pravidla pak vyplývají z ustanovení § 100 a § 101 OZ, jež vymezují případy, kdy opatrovník nemůže postupovat bez souhlasu soudu. Jde jednak o situaci, kdy má u pacienta, jenž není plně svéprávný, dojít k zásahu do jeho integrity, přičemž tento pacient danému zákroku vážně odporuje (právě uvedené bude platit i v opačném směru: souhlas soudu bude vyžadován i tehdy, jestliže pacient sice se zásahem do své integrity souhlasí, opatrovník však nikoliv). Dále jde o situaci, kdy má být „*zasaženo do integrity pacienta neschopného úsudku způsobem zanechávajícím trvalé, neodvratitelné a vážné následky nebo způsobem spojeným s vážným nebezpečím pro jeho život nebo zdraví*“; i v těchto případech je vyžadováno přivolení soudu (ovšem s výjimkou případů, kdy jde o tzv. stav nouze dle § 99 OZ). Obdobné pravidlo pak můžeme nalézt kupříkladu i v právním řádu Spolkové republiky Německo. Ustanovení § 1904 německého občanského zákoníku (BGB) stanoví, že souhlas pacientova zástupce s určitým lékařským zákrokem vyžaduje schválení ze strany soudu tehdy, pakliže jde o zákrok, s jehož provedením je spjato odůvodněné riziko, že pacient zemře nebo utrpí závažné a dlouhodobé poškození zdraví. Vedle toho se souhlas soudu vyžaduje i v případech, kdy zástupce pacienta odmítá provedení určitého zákroku, pokud existuje nebezpečí, že jeho neprovedením dojde k vážnému poškození zdraví daného pacienta.³⁰⁸

ZZS upravuje zástupný souhlas v § 34 odst. 7. Dle tohoto ustanovení je zástupný souhlas vyžadován v případě, kdy pacient vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nemůže vyslovit svůj souhlas samostatně a pokud zároveň nejde o zdravotní služby, jež mohou být poskytnuty i bez jeho souhlasu. V takovém případě má zástupný souhlas

³⁰⁷ „*Opatrovník při plnění svých povinností naplňuje opatrovancova právní prohlášení a dbá jeho názorů, i když je opatrovanec projevil dříve, včetně přesvědčení nebo vyznání, soustavně k nim přihlíží a zařizuje opatrovancovy záležitosti v souladu s nimi.*“

³⁰⁸ SCHULZE, Reiner a Heinrich DÖRNER. *Bürgerliches Gesetzbuch: Handkommentar*. 9. Auflage. Baden-Baden: Nomos, 2017. ISBN 978-3-8487-3308-8, s. 2229-2230.

primárně udělit osoba již dříve pacientem určená³⁰⁹, pokud této osoby není nebo není-li dosažitelná, vyžaduje se souhlas manžela nebo registrovaného partnera, není-li takové osoby nebo není-li dosažitelná, vyžaduje se souhlas rodiče, není-li takové osoby nebo není-li dosažitelná, vyžaduje se souhlas jiné svéprávné osoby blízké, pokud je známa.³¹⁰ Uvedené osoby však (stejně jako opatrovník) nejsou oprávněny samostatně za pacienta činit rozhodnutí o obzvláště rizikových zákrocích a zákrocích zanechávajících vážné následky; i v tomto případě se vyžaduje přivolení ze strany soudu. Zároveň i pro tyto osoby platí, že jsou povinny brát zřetel na dříve vyslovená přání pacienta.³¹¹

Na závěr je nutné zmínit, že pro zástupce, jenž za nezpůsobilého pacienta v konkrétní věci rozhoduje, bude mnohdy velmi obtížné takové rozhodnutí vůbec učinit. To se týká zejména případů rozhodování v samém závěru pacientova života, kdy pacient neučinil dříve vyslovené přání, ani jinak svému zástupci nesdělil své představy ohledně dalšího postupu v léčbě (např. zda má být ukončena život udržující léčba u pacienta v pokročilém stadiu Alzheimerovy nemoci či zda má být pacient nacházející se v permanentním vegetativním stavu odpojen od přístroje, jenž jej udržuje při životě). H. Peterková v této souvislosti zdůrazňuje nezbytnost perfektní znalosti dotyčného pacienta a jistotu zástupce ohledně toho, co je pacientovým nejlepším zájmem.³¹² Je však zřejmé, že osoba, která rozhodnutí činí, nebude mít nikdy – i přes veškerou snahu – naprosto absolutní jistotu o představách a přáních pacienta, za něž rozhoduje (samozřejmě za předpokladu, že jí je pacient předtím sám nesdělil). Německý Spolkový soudní dvůr (*Bundesgerichtshof*) v této souvislosti dovodil, že při zjišťování hypotetické vůle pacienta by měl zástupce vycházet především z pacientových dřívějších prohlášení, jeho náboženského přesvědčení a dalších osobních hodnot; při jakýchkoliv pochybnostech je však třeba vycházet z toho, že ochrana života daného pacienta by měla mít přednost před osobními úvahami lékaře, příbuzných či jiných osob, jež za něj

³⁰⁹ Podle § 33 odst. 1 může pacient určit osobu, která může v případech podle § 34 odst. 7 vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb. Záznam o tom (podepsaný pacientem a zdravotnickým pracovníkem) je součástí zdravotnické dokumentace pacienta.

³¹⁰ § 34 odst. 7 ZZS.

³¹¹ § 98 odst. 2 OZ.

³¹² H. Peterková in: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, 2014. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5471-0, s. 481.

v konkrétním případě rozhodují.³¹³ V této souvislosti nelze pominout ani riziko zneužití rozhodovacího oprávnění ze strany pacientova zástupce, jehož by kupříkladu vidina brzkého zisku dědictví po tomto pacientovi mohla vést k rozhodnutí o ukončení jeho život udržující léčby, aniž by však toto rozhodnutí zároveň bylo v souladu s nejlepším zájmem daného pacienta. Určitou pojistku proti těmto situacím je pak možno nalézt v již zmíněném § 101 OZ; rozhodnutí zástupce o ukončení život udržující léčby pacienta bezesporu představuje zásah do pacientovy integrity, jenž zanechává trvalý následek, a proto i v těchto případech bude k realizaci tohoto rozhodnutí nutné přivolení soudu.

Vedle zástupného rozhodování ve smyslu výše uvedeném – tedy týkajícím se pacientů zletilých – lze v širším smyslu pod tento pojem podřadit i rozhodování zákonných zástupců za své nezletilé děti, jež dosud nenabýly plné svéprávnosti, o čemž je podrobněji pojednáno v kapitole 2.3 této diplomové práce.

5.7. Dříve vyslovená přání a odpovědnost lékaře

Obecně se vychází z toho, že pokud lékař respektuje platné dříve vyslovené přání a na jeho základě tak kupříkladu u pacienta neprovede resuscitaci, nejedná protiprávně, a proto neodpovídá ani za pacientovu smrt, k níž v důsledku neprovedení resuscitace dojde.³¹⁴

V praxi může nicméně lékař mnohdy čelit riziku, že platnost dříve vysloveného přání bude z rozličných důvodů zpochybňována (např. proto, že pacient v okamžiku sepsání dříve vysloveného přání nebyl vůbec způsobilý k platnému projevu vůle z důvodu duševní poruchy). Pakliže by skutečně pacientovo dříve vyslovené přání bylo neplatné a lékař by, s ohledem na jeho domnělou platnost, pacienta neresuscitoval a pacient by následkem toho zemřel, mohl by být lékař shledán trestně odpovědným za

³¹³ „*Kamptener Fall*“. BGH 1 StR 357/94 - Urteil vom 13. September 1994 (LG Kempten). Dostupné z: <https://www.hrr-strafrecht.de/hrr/1/94/1-357-94.php> (cit. 13. 12. 2019).

³¹⁴ KREJČÍKOVÁ, Helena. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*. Praha: Galén, c2014. Theatrum medico-iuridicum. ISBN 978-80-7492-167-4, s. 95.

některý z poruchových trestných činů proti životu, nejspíše za trestný čin usmrcení z nedbalosti podle § 142 trestního zákoníku (pakliže by k úmrtí pacienta nedošlo, mohla by být lékařova nečinnost kvalifikována jako trestný čin neposkytnutí pomoci). Při zvažování možné trestní odpovědnosti lékaře je ovšem nutno rovněž zohlednit zásadu subsidiarity trestní represe, jež v oblasti poskytování zdravotních služeb jakožto společensky prospěšné činnosti, nabývá obzvláště na významu. Podle této zásady je nutno na protiprávní jednání lékaře reagovat primárně formou soukromoprávního, resp. správního postihu; k trestněprávnímu postihu lékaře může být přistoupeno jen tehdy, pokud by se jednalo o natolik společensky škodlivé jednání, že uplatnění jiné než trestněprávní odpovědnosti by v daném případě nepostačovalo.³¹⁵

Naproti tomu, pokud by dříve vyslovené přání pacienta platné bylo, avšak lékař by jej přesto nerespektoval (a tedy by kupříkladu v rozporu s ním pacienta resuscitoval), přičemž by se zároveň nejednalo o žádnou z výjimek uvedených v ustanovení § 36 odst. 5 ZZS (případy, kdy dříve vyslovené přání respektovat nelze), mohl by lékař odpovídat občanskoprávně, a to za zásah do osobnostního práva pacienta, jenž by se mohl podáním žaloby na ochranu osobnosti domáhat odčinění vzniklé nemajetkové újmy.³¹⁶

5.8. Dříve vyslovená přání v americkém zákonodárství

Na závěr tohoto pojednání o dříve vyslovených přáních považuji za vhodné provést v této oblasti stručný exkurs do americké právní úpravy, kde má tento moderní institut v porovnání s Evropou mnohem delší tradici, neboť dříve vyslovená přání se v USA začala využívat již v 70. letech 20. století. I jejich další vývoj pak probíhal mnohem dynamičtěji než na evropském kontinentu, což souvisí především s jejich rozdílným kulturním kontextem. V Evropě je totiž daleko více zohledňováno riziko, že v době mezi sepsáním dříve vysloveného přání a provedením či neprovedením medicínského výkonu podle něj, si mohl pacient vše rozmyslet a změnit názor. Z tohoto

³¹⁵ Krejčíková, op. cit. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*, s. 95-96, 129.

³¹⁶ Tamtéž.

důvodu je v Evropě k dříve vysloveným přáním přístupováno poněkud obezřetněji než v USA, kde je naopak mnohem více akcentováno pacientovo právo na sebeurčení.³¹⁷

V roce 1991 byl v USA na federální úrovni přijat zákon *Patient Self-Determination Act*, dle něhož má pacient možnost sepsat tzv. *living will* či určit svého zástupce, jenž za něj bude rozhodovat o způsobu poskytování zdravotní péče v situaci, kdy toho již pacient pro svůj nepříznivý zdravotní stav nebude schopen sám. Jak již bylo zmíněno výše, prostřednictvím tzv. *living will* pacient určuje, které medicínské výkony na něm mají či nemají být vykonávány v případě, že se bude nacházet ve stavu bezvědomí. V USA nachází tzv. *living will* podobu ve stanovených tiskopisech, v nichž pacienti zaškrťávají, které zdravotní výkony na nich mají být v budoucnu provedeny a které nikoli.³¹⁸

Po přijetí zmíněného federálního zákona však navzdory očekávání nebyl tento nový institut pacienty příliš využíván; dříve vyslovená přání sepisovalo jen zhruba 20 % americké populace. O rozšíření využívání *living will* mezi americkým obyvatelstvem se zasloužil zejména právník Jim Towey, jenž pět let po přijetí uvedeného federálního zákona založil neziskovou organizaci nesoucí název *Aging with Dignity*. Tato organizace rok po svém vzniku představila nový typ dříve vyslovených přání známý pod názvem *Five Wishes*. Jeho předností bylo především ustoupení od přílišného formalismu a zvolení jednoduššího, laického jazyka.³¹⁹ Pět přání představuje pětici témat, k nimž se pacient vyslovuje v textu, jenž je po formální stránce rozčleněn do pěti částí. V první části pacient nejprve určuje osobu, jež za něj bude rozhodovat o otázkách zdravotní péče v situaci, kdy již nebude schopen činit tato rozhodnutí sám. V následující části se pacient na základě předloženého seznamu rozhoduje, které konkrétní medicínské výkony mu mají či naopak nemají být poskytnuty. V části třetí se pak pacient vyjadřuje k tomu, co považuje za nejdůležitější pro svůj komfort a důstojnost. Pacient tak zaškrtnutím příslušných předtištěných možností uvedených v seznamu může například určit, že v případě bolesti mu má být poskytnuto takové množství medikace,

³¹⁷ ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5306-5, s. 153-155.

³¹⁸ Tamtéž.

³¹⁹ Tamtéž.

které jej této bolesti zbaví. Pacient však v této části může kupříkladu vyjádřit i přání, aby mu byly bezprostředně před jeho smrtí čteny básně či náboženské texty. Ve čtvrté části se pacient vyjadřuje k tomu, jak by chtěl, aby se k němu chovali ostatní lidé (např. aby se za něj modlili či aby jej v okamžiku jeho smrti drželi za ruku). Poslední část je zaměřena duchovním směrem a týká se otázek odpuštění, urovnání vztahů s blízkými či způsobu naložení s tělem pacienta po jeho smrti.³²⁰

Oproti českým dříve vysloveným přáním se tak američtí pacienti prostřednictvím *Five Wishes* mohou vyjádřit nejen k tomu, jaká zdravotní služba jim má či nemá být v budoucnu poskytnuta, nýbrž v nich vyjadřují i své osobní preference a životní postoje, čímž je zároveň mnohem více akcentováno jejich právo na sebeurčení.

³²⁰ Formulář *Five Wishes*. Dostupné z: <https://fivewishes.org/docs/default-source/default-document-library/product-samples/fwsample.pdf?sfvrsn=2> (cit. 20. 6. 2019).

6. Vlastní výzkum

Cílem poslední (výzkumné) části této diplomové práce je představit výsledky mého vlastního výzkumu zaměřeného na praktické zkušenosti lékařů při uplatňování informovaných souhlasů v jejich každodenní lékařské praxi, včetně jejich subjektivních názorů na různé aspekty spojené s tímto institutem. Vedle toho jsem se pokusila zmapovat situaci i na druhé straně vztahu lékař-pacient, kdy jsem se zaměřila na praktické zkušenosti samotných pacientů při udělování informovaných souhlasů. Zjištěné výsledky jsem následně porovnávala s požadavky zákona a tedy zda se uplatňování informovaných souhlasů v každodenní praxi zdravotnických zařízení odehrává v souladu s ním.

Uvedený výzkum byl proveden prostřednictvím dotazníkového šetření, jehož se zúčastnilo celkem 51 lékařů z různých specializačních oborů³²¹ působících v různých zdravotnických zařízeních na území ČR, z nichž 27 bylo mužů, ženy byly zastoupeny v počtu 24. Případné doplňující otázky mi poté byly zodpovězeny prostřednictvím osobního rozhovoru s vybranými lékaři.

Na straně pacientů vyplnilo předmětný dotazník celkem 100 respondentů, přičemž se jednalo o pacienty různých věkových kategorií.

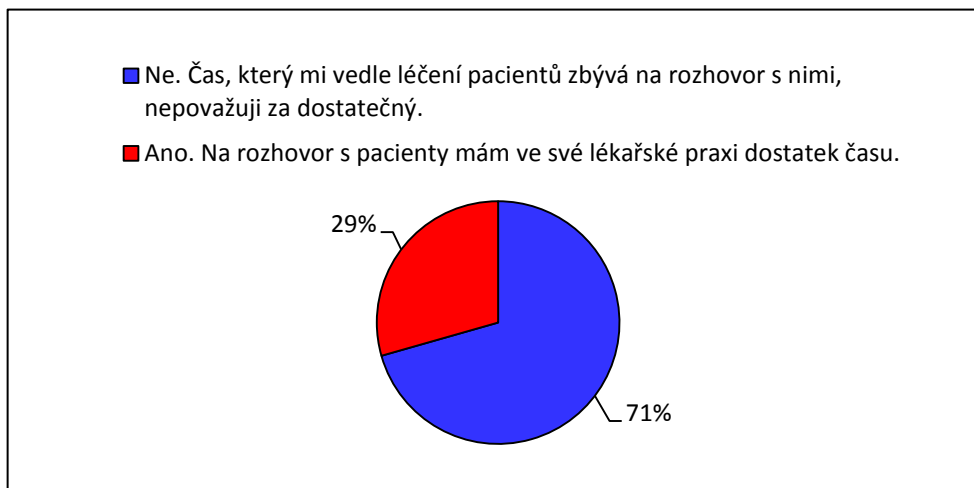
Oba dotazníky, tedy jak dotazník směřovaný na lékaře, tak dotazník adresovaný pacientům, byly vytvořeny prostřednictvím webové stránky www.survio.com, sběr odpovědí poté probíhal od ledna do června letošního roku. Procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí na položené otázky jsem pro přehlednost zpracovala do následujících grafů.

³²¹ Konkrétně šlo o následující lékařské obory: chirurgie, neurologie, onkologie (včetně dětské onkologie, radiační onkologie a hematoonkologie), endokrinologie, hematologie, kardiologie, gastroenterologie, praktické lékařství, gynekologie, ortopedie, urologie, nefrologie, interna, diabetologie, revmatologie (včetně dětské revmatologie), dermatologie, pediatrie, neonatologie, anestezie, pneumologie.

VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ – ODPOVĚDI LÉKAŘŮ

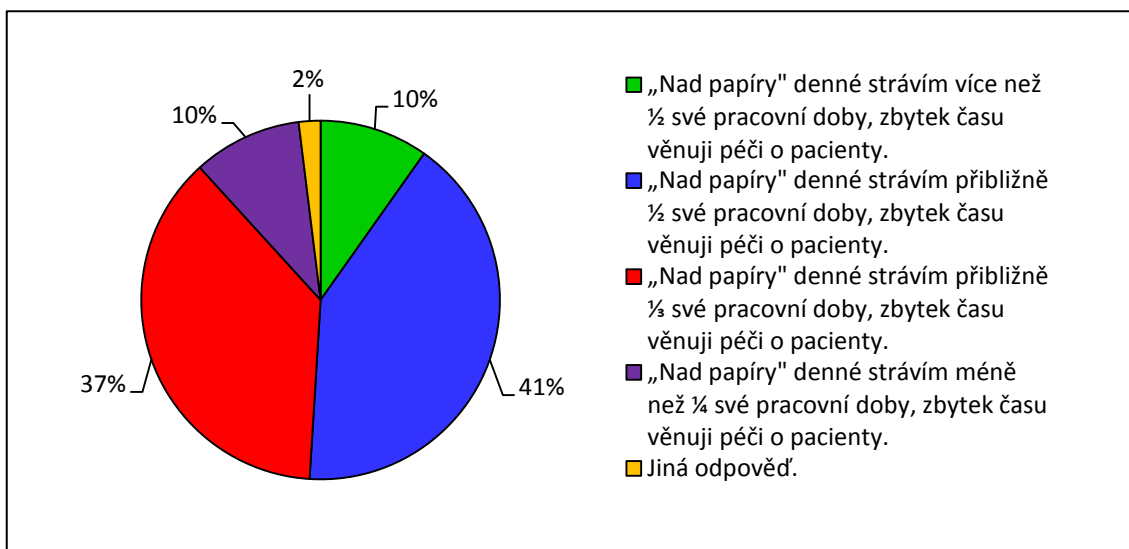
Lékařům bylo položeno celkem 13 otázek:

1. *Máte ve své lékařské praxi dostatek času na rozhovor se svými pacienty, při němž by jim byly podány veškeré potřebné informace o jejich zdravotním stavu a navrhované léčbě?*

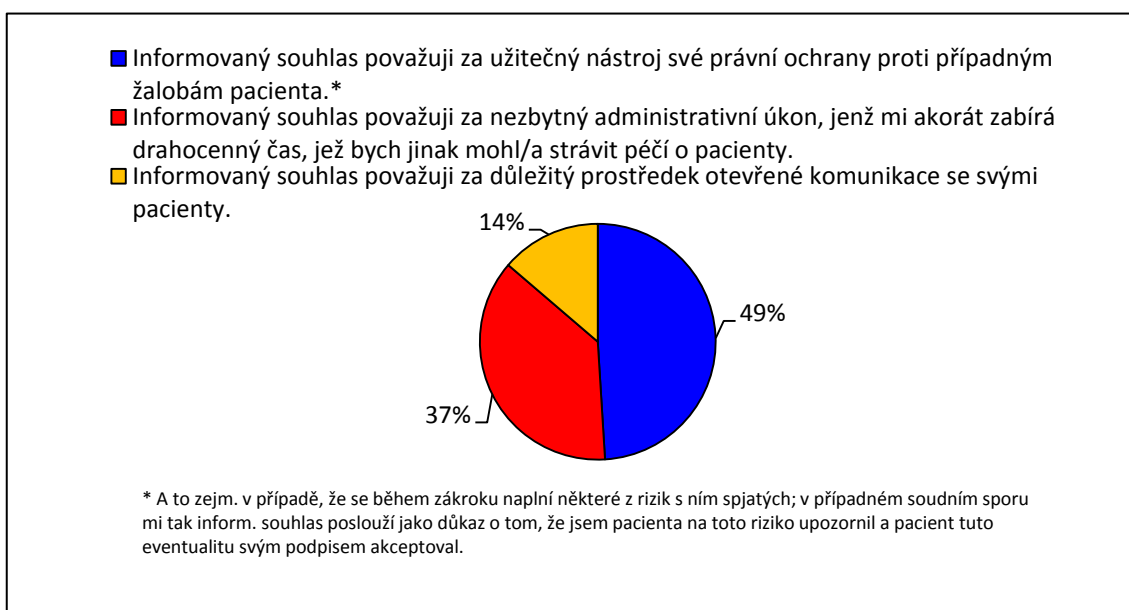


Pracovní přetíženost lékařů je v současné době negativním trendem, který se následně promítá i do nedostatku jejich času na náležité informování pacientů a rozhovor s nimi. Pro mě osobně proto není překvapující, že záporných odpovědí zde bylo daleko více než odpovědí kladných.

2. *Jak velkou část své pracovní doby strávíte denně „nad papíry“, tj. nezbytnou administrativou v porovnání s časem věnovaným pacientům, tj. jejich léčbě a rozhovoru s nimi?*

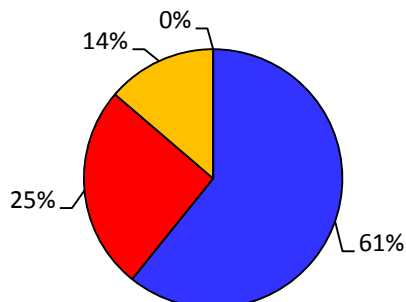


3. Jaký je Váš názor na informovaný souhlas pacienta?

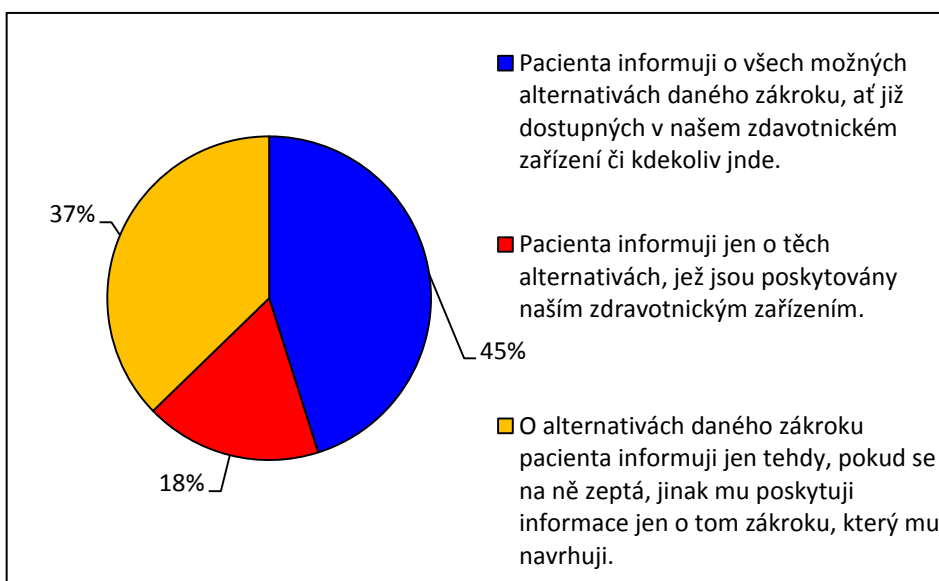


4. Co se týče rizik, jež jsou spjata s podstoupením určitého lékařského zákroku, pacienta informují:

- Jen o rizicích, k nimž v souvislosti s daným zákrokem dochází velmi často.
- O všech rizicích, byť k nim může dojít jen s velmi malou pravděpodobností, a to včetně úmrtí pacienta.
- O těch rizicích, jež daný pacient zřejmě bude považovat za podstatná pro své rozhodnutí, zda daný zákrok podstoupí či nikoliv.
- Pacienta neinformují o žádných rizicích daného zákroku.



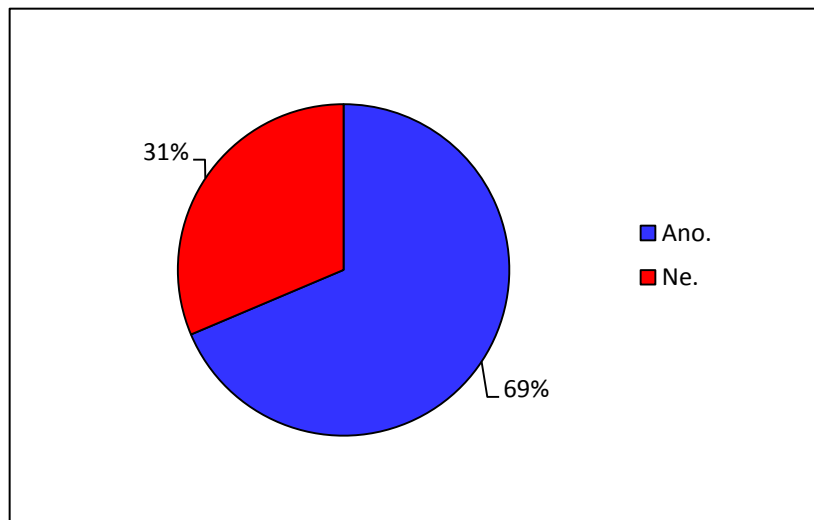
5. V rámci informování pacienta o konkrétním lékařském zákroku:



Domnívám se, že postup lékařů, kteří své pacienty o alternativách konkrétního lékařského zákroku informují jen tehdy, pokud se na ně pacienti sami zeptají, nemá oporu v zákoně. ZZS totiž ve svém § 31 stanoví, že „*poskytovatel je povinen zajistit, aby byl pacient (...) informován o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách (dále jen „informace o zdravotním stavu“)*“.

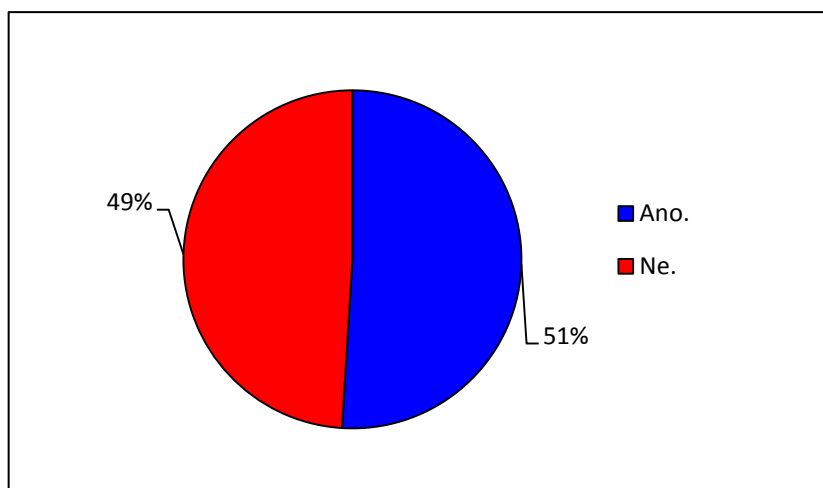
přičemž tato informace má zahrnovat i údaje o „jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích pro pacienta“. Z tohoto důvodu se domnívám, že lékaři by měli pacienty o alternativách lékařských zákroků informovat vždy, a to bez ohledu na to, jestli se na ně pacienti zeptají či nikoliv. Pakliže lékař pacientovi tyto informace neposkytne a ani sám pacient se na ně lékaře nedotáže, bude pacientovi tímto postupem znemožněna možnost volby té alternativy daného zákroku, jež by mu vzhledem k jeho poměrům nejvíce vyhovovala.

6. Setkal/a jste se již ve své lékařské praxi se situací, že se pacient rozhodl nepodstoupit určitý lékařský zákrok z důvodu možných rizik, jež jsou s ním spojena?



Pozn.: Respondentům, kteří na otázku č. 6 odpověděli kladně, byla dále položena doplňující otevřená otázka, jak často k takovéto situaci dochází. Nejčastější odpovědí na tuto otázku byla odpověď „výjimečně“, dále „zcela sporadicky“ či „vzácně“. Jiní z respondentů zvolili procentuální vyjádření četnosti těchto případů: nejčastěji „10 %“, „1-5 %“, častou odpovědí byla i odpověď „asi jednou za šest měsíců“. Jeden z respondentů chirurgického zaměření dokonce uvedl, že k odmítnutí lékařského zákroku z důvodu jeho rizik dochází až „u 1/2 pacientů (většinou se jedná o rozhodnutí nepodstoupit operaci páteře pro degenerativní změny, přičemž tyto pacienti preferují konzervativní postup)“.

7. Už jste někdy ve své lékařské praxi vůči pacientovi uplatnil/a tzv. terapeutické privilegium (tj. nesdělní určité nepříznivé informace týkající se pacientova zdravotního stavu, jejíž sdělení by v daném případě mohlo vést k poškození jeho zdraví)?



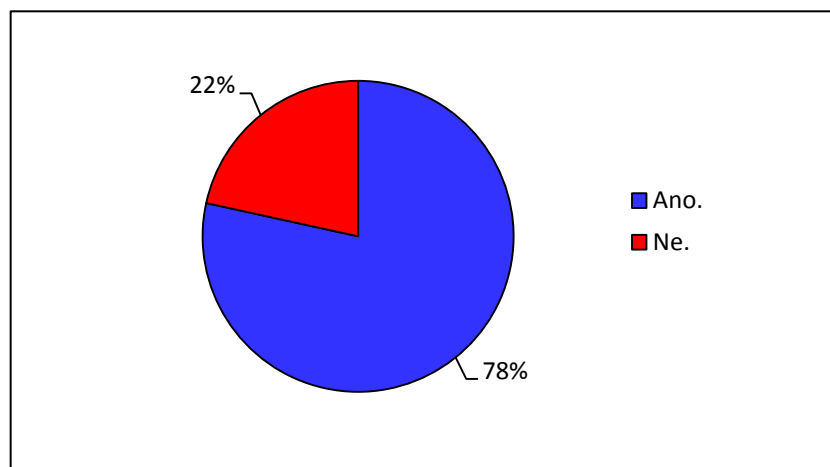
Pozn.: Respondentům, kteří na otázku č. 7 odpověděli kladně, byla dále položena doplňující otázka, kolikrát se k uplatnění terapeutického privilegia ve své praxi uchýlili. Někteří z nich uvedli exaktní počet („pětkrát“, „desetkrát“, „zhruba jedenkrát do roka“, „jen jednou“, „zhruba desetkrát za rok“, „dvakrát“, „u 15 % pacientů“ apod.), jiní zvolili obecnější vyjádření („ojediněle“, „výjimečně“, „u neřešitelného stavu po předchozí domluvě s rodinou, k ulehčení krátkého zbytku života pacienta“, „pouze v beznadějně situaci“ či „v zásadních případech ojediněle, v méně zásadních otázkách občas“; jeden z respondentů dokonce uvedl, že se k aplikaci terapeutického privilegia uchyluje „opakovaně“).

Počet kladných odpovědí na otázku č. 7 mě velmi překvapil. Vzhledem k tomu, že se v odborné literatuře často zdůrazňuje, že terapeutické privilegium by mělo být aplikováno jen ve zcela výjimečných případech, neboť jeho užitím dochází k závažnému zásahu do pacientových práv, zejména do jeho práva na plné informování o jeho zdravotním stavu a zároveň k popření snahy o vyrovnání informační asymetrie mezi lékařem a pacientem, mě překvapila skutečnost, že více než polovina lékařů se již (minimálně jednou) k užití tohoto institutu ve své praxi uchýlila.

Terapeutické privilegium je ve své podstatě určitým paternalistickým prvkem v jinak partnerském vztahu mezi lékařem a pacientem. Přitom paternalismus jako takový je již v oblasti poskytování zdravotních služeb záležitostí minulosti. I z tohoto důvodu se domnívám, že by tento institut měl být v praxi lékaři užíván nanejvýš obezřetně, jen ve zcela krajních situacích a rozhodně ne „opakovaně“.

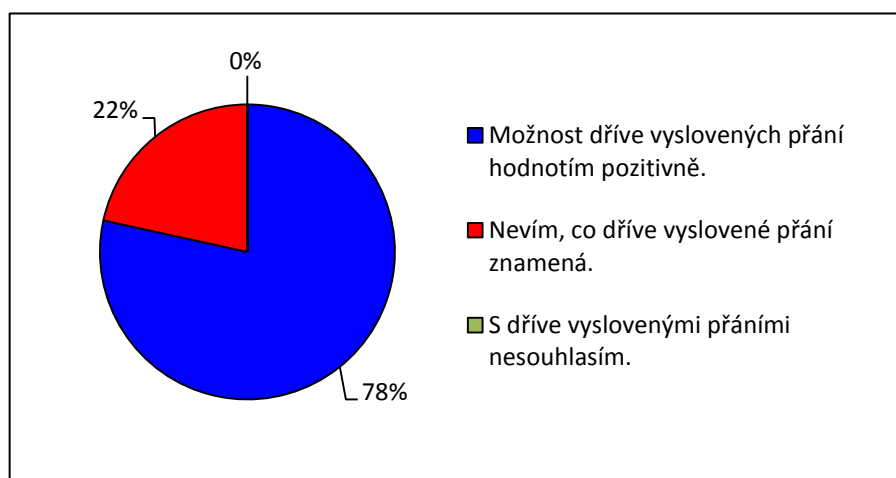
Co se týče názoru samotných pacientů na existenci tohoto institutu, zdá se, že mezi nimi převládají spíše negativní názory. Tento závěr vyvozují z výsledků dotazníkového šetření provedeného mezi pacienty (viz níže), kdy na otázku, jaký názor mají na institut terapeutického privilegia, po objasnění tohoto pojmu 68 % respondentů odpovědělo, že s terapeutickým privilegiem nesouhlasí, neboť se domnívají, že pacienti by měli mít právo být o svém nepříznivém zdravotním stavu informováni vždy.

8. Víte, co znamená tzv. dříve vyslovené přání?

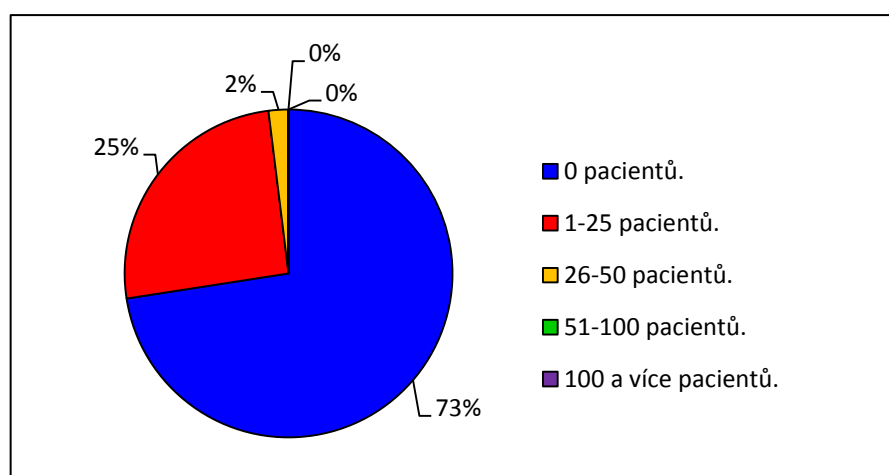


I přestože jsou dříve vyslovená přání v českém zdravotnickém právu relativní novinkou, bylo pro mě překvapujícím zjištěním, že téměř čtvrtina dotázaných lékařů nemá o jejich existenci doposud vůbec ponětí. Domnívám se proto, že by povědomí lékařů v této oblasti mělo být posíleno, a to především prostřednictvím seminářů a kurzů pořádaných Českou lékařskou komorou zaměřených na aktuální otázky z oblasti zdravotnického práva.

9. Jaký názor máte na dříve vyslovená přání?



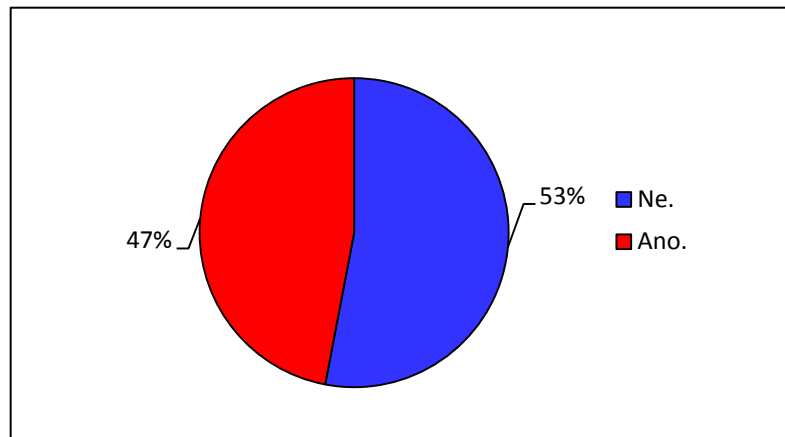
10. Dříve vyslovená přání u mě za celou dobu mé lékařské praxe sepsalo:



Z odpovědí na otázku č. 10 vyplývá, že využívání dříve vyslovených přání ze strany pacientů není v ČR zatím příliš časté, neboť téměř $\frac{3}{4}$ dotázaných lékařů uvedlo, že u nich za celou dobu jejich lékařské praxe tento dokument nesepsal ani jeden pacient.

11. Už jste někdy rozhodl/a o ukončení tzv. marné léčby (tj. léčby pro pacienta zbytečně zatěžující a zároveň nevedoucí k záchraně jeho života či nepřinášející mu již žádný

prospěch) pacienta nacházejícího se v terminálním stadiu jeho onemocnění, aniž byste k takovému postupu měl/a pacientův souhlas?



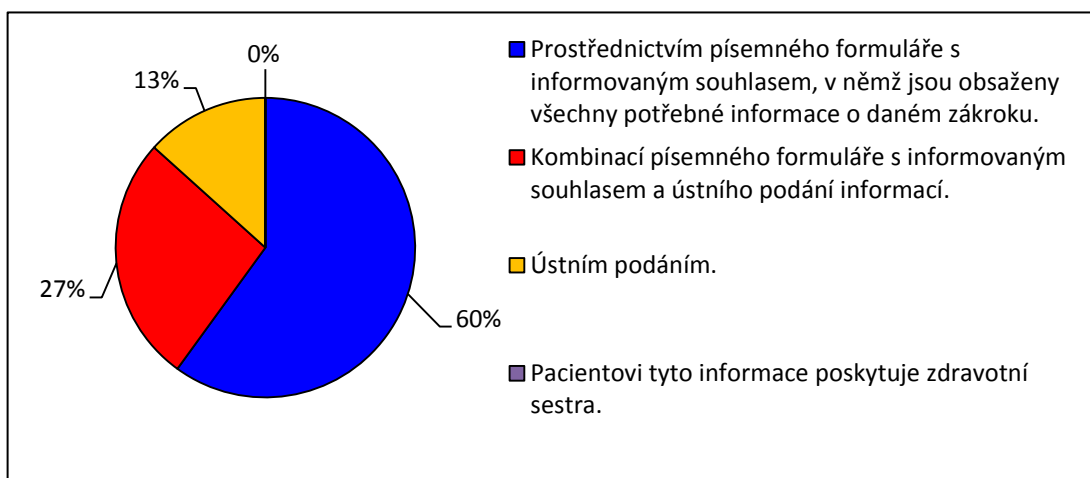
12. Představte si následující situaci: Pacient, jenž je členem náboženské společnosti Svědkové Jehovovi, je přijímám do nemocnice za účelem podstoupení plánované operace. Těsně před jejím započatím však napíše na papír, že z náboženských důvodů odmítá poskytnutí krevní transfuze a tuto svou vůli stvrdí svým podpisem. Při jeho operaci však následně dojde k vážným komplikacím spojeným s velkými krevními ztrátami. Jediná možnost, jak zachránit pacientův život, spočívá v podání transfuze. Podal/a byste v daném případě pacientovi transfuzi či nikoliv?



Odpovědi dotázaných lékařů na tuto otázku nebyly jednoznačné. Pakliže by na tento pacientem sepsaný a vlastnoručně podepsaný dokument bylo nazíráno jako na dříve

vyslovené přání (co by právně závazný dokument), byl by postup lékařů spočívající v podání krevní transfuze tomuto pacientovi chybný, neboť jej pacient předem vyloučil. Je ovšem otázkou, zda by bylo vůbec možné tento dokument za dříve vyslovené přání považovat, neboť mu nepředcházelo písemné poučení pacienta lékařem o důsledcích jeho rozhodnutí.

13. *Otázka pro lékaře se specializací v oblasti chirurgie: O plánovaném operativním zákroku pacientům poskytují informace:*



ZZS sice explicitně nepožaduje, aby poučení pacienta bylo provedeno ústně, nicméně komentářová literatura se k této otázce vyjadřuje jednoznačně, když uvádí, že písemný informovaný souhlas nemůže nahradit osobní rozhovor mezi lékařem a pacientem.³²² Jak jsem již uvedla výše, domnívám se, že požadavek ústní formy poučení by měl být vyjádřen přímo v zákoně, nikoliv jen v komentářové literatuře, obdobně jako tak činí kupříkladu německý BGB ve svém § 630e. Z procentuálního zastoupení odpovědí na tuto otázku je zřejmé, že povědomí lékařů o tom, jakou formou mají své pacienty informovat, není příliš velké, neboť více než polovina z nich pacienty v praxi informuje pouze prostřednictvím písemného formuláře s informovaným souhlasem obsahujícím

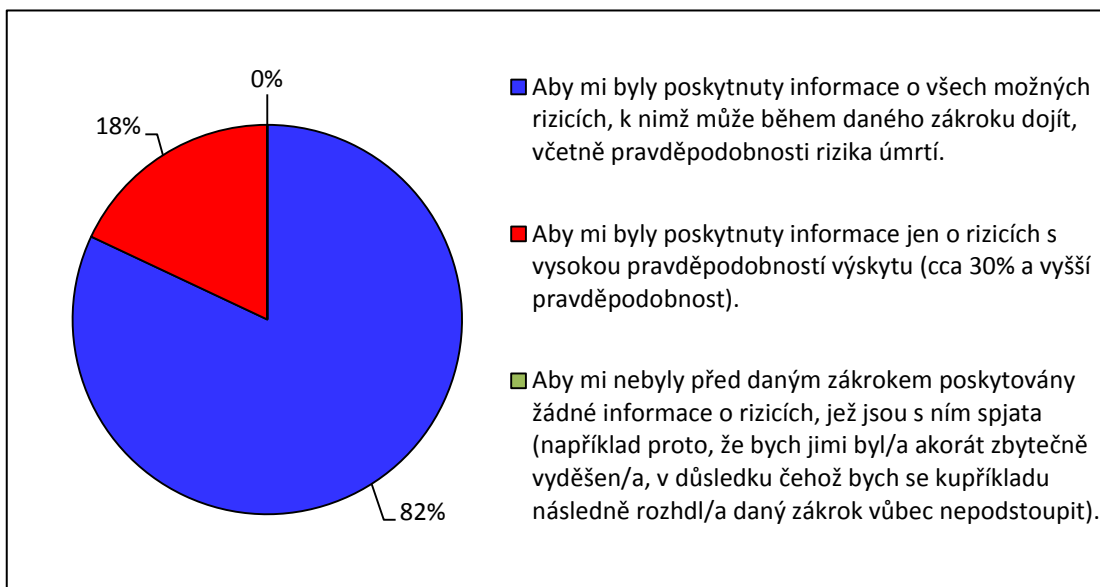
³²² MACH, Jan. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: Zákon o specifických zdravotních službách*. Praha: Wolters Kluwer, 2018. Praktický komentář. ISBN 978-80-7598-103-5, s. 112.

standardizované poučení pacienta, ústním podáním pak poskytuje informace jen 13 % dotázaných lékařů. Domnívám se, že zakotvení jasného pravidla pro lékaře požadujícího ústní formu podávání informací pacientům přímo v zákoně by mohlo přispět ke zlepšení stávající praxe ve zdravotnických zařízeních ve smyslu posílení ústní komunikace mezi lékaři a pacienty, přičemž jakékoliv další písemné materiály by pak sloužily pouze jako doplněk tohoto rozhovoru, nikoliv jako primární prostředek předávání informací.

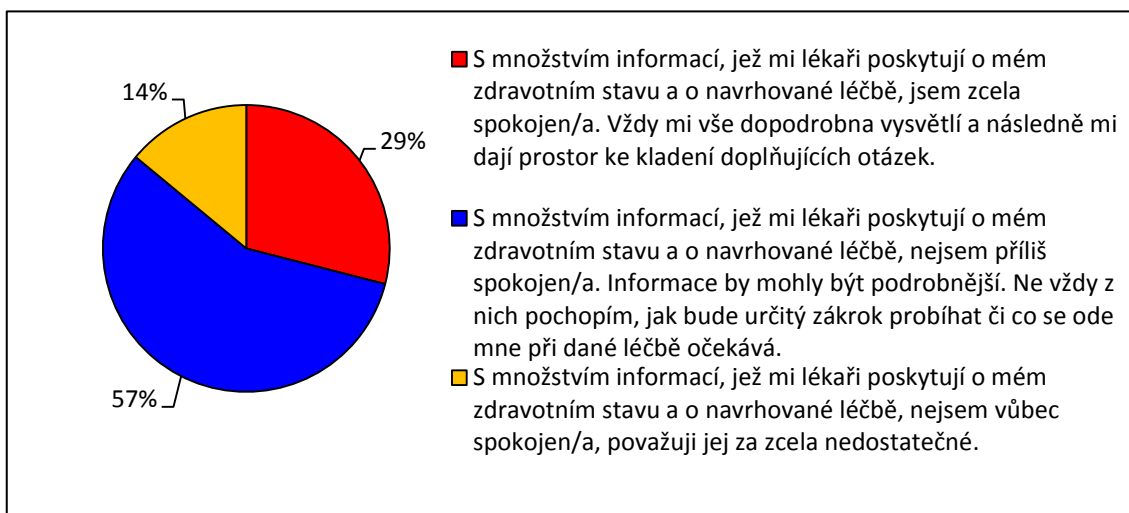
VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ – ODPOVĚDI PACIENTŮ

Pacientům bylo položeno celkem 13 otázek:

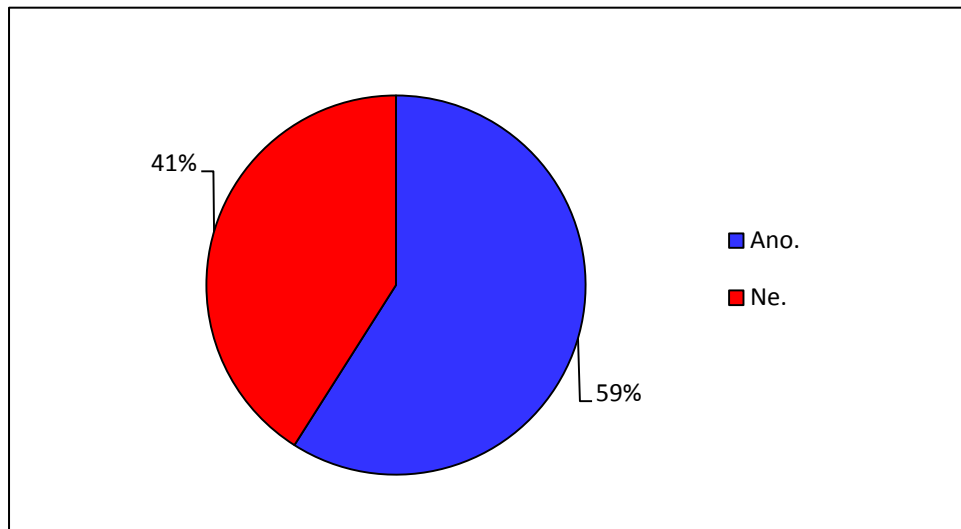
1. *Při poskytování informací lékařem o určitém lékařském zákroku, jež se chystám podstoupit, preferuji:*



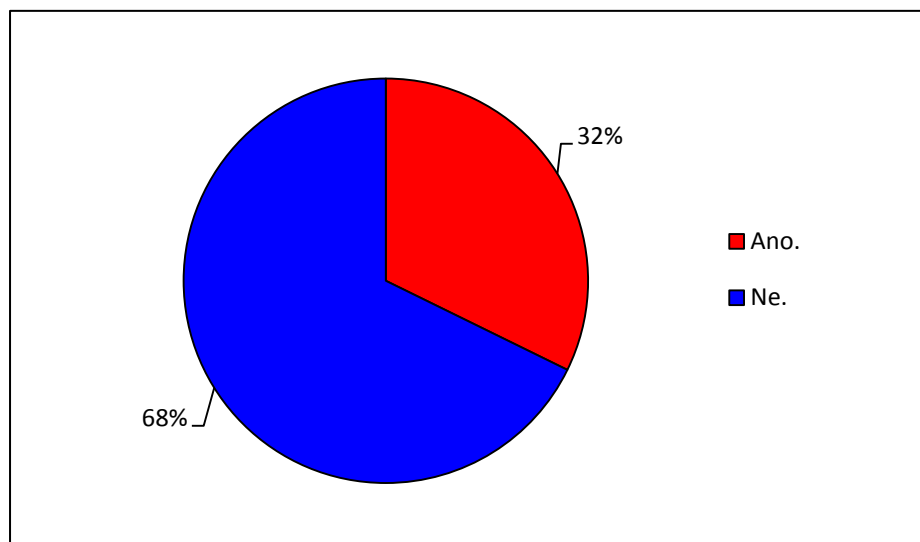
2. *Jak jste spokojen/a s množstvím informací, jež se Vám dostává ze strany Vašich ošetřujících lékařů?*



3. Už Vám byl někdy předložen k podpisu formulář s informovaným souhlasem, jenž jste musel/a před započítím určitého lékařského zákroku podepsat?



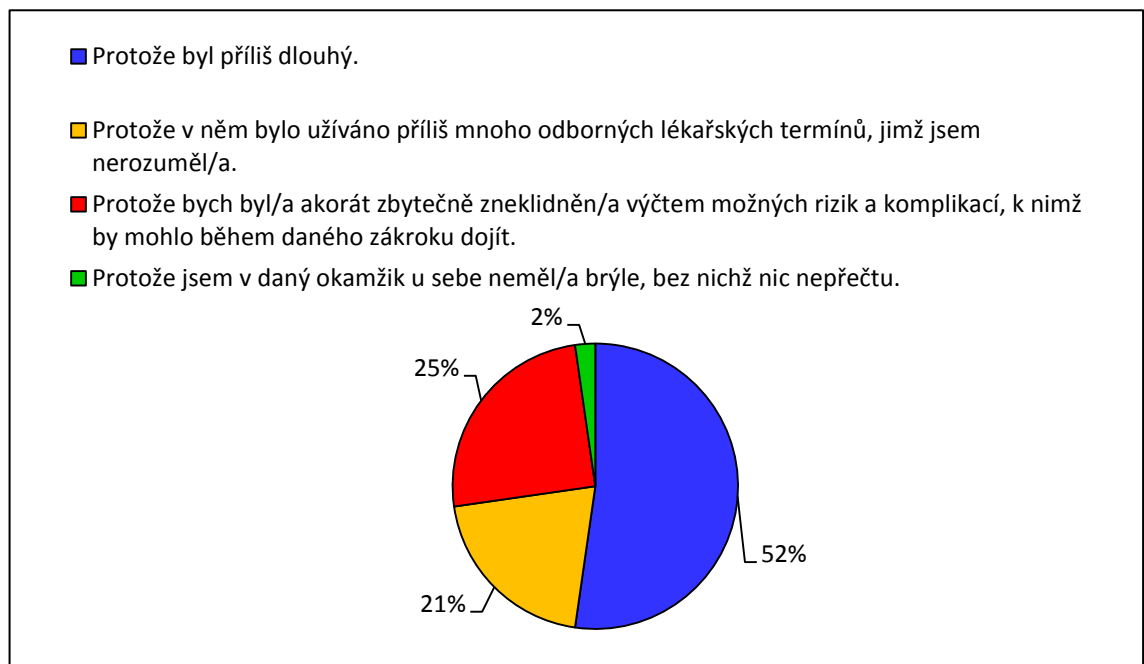
4. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a kladně, přečetl/a jste tento písemný formulář s informovaným souhlasem a standardizovaným poučením o zamýšleném lékařském zákroku úplně celý?



Po zohlednění odpovědí na otázku č. 1 tohoto dotazníku lze učinit závěr, že co do rizik spojených s jednotlivými lékařskými zákroky upřednostňuje převážná většina pacientů svoji maximální informovanost. Poněkud paradoxně pak ovšem může působit

skutečnost, že více než polovina dotázaných pacientů jim předložený písemný formulář s informovaným souhlasem a standardizovaným poučením o zamýšleném lékařském zákroku nepřečetla celý. A to i přesto, že je tento dokument v praxi mnohdy jediným prostředkem, jak se k pacientům mohou potřebné informace o daném zákroku vůbec dostat (srov. odpovědi na otázku č. 13 v dotazníku předkládaném lékařům, kdy polovina lékařů chirurgického zaměření uvedla, že své pacienty informuje výlučně prostřednictvím písemného formuláře s informovaným souhlasem, v němž jsou obsaženy všechny potřebné informace o daném zákroku, aniž by zároveň došlo k jejich poučení ústní formou).

5. Pokud jste jej nepřečetl/a celý, z jakého důvodu?

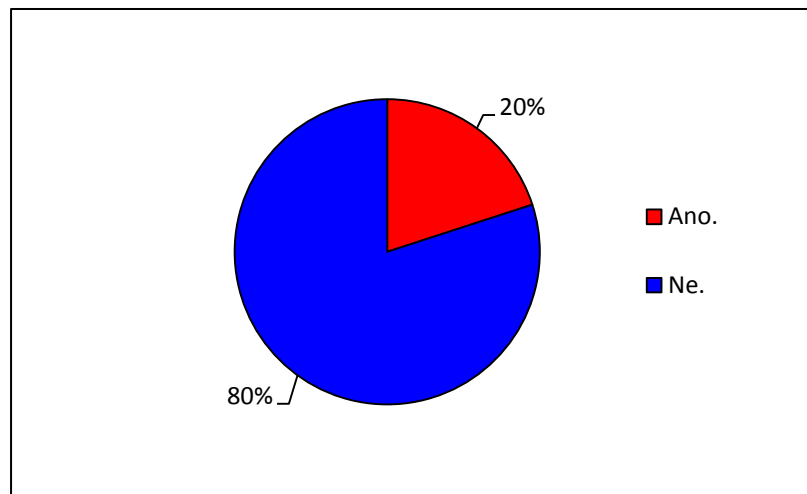


Nejčastějším důvodem, proč pacienti jim předložený písemný informovaný souhlas nepřečetli celý, byla nadměrná délka tohoto dokumentu. Domnívám se proto, že by bylo vhodné písemné informované souhlasy zestručnit tak, aby jejich délka pacienty předem neodrazovala od jejich celého přečtení.

Na druhou stranu ovšem není divu, že se zdravotnická zařízení snaží do písemných informovaných souhlasů obsáhnout co nejvíce informací, neboť v případných soudních

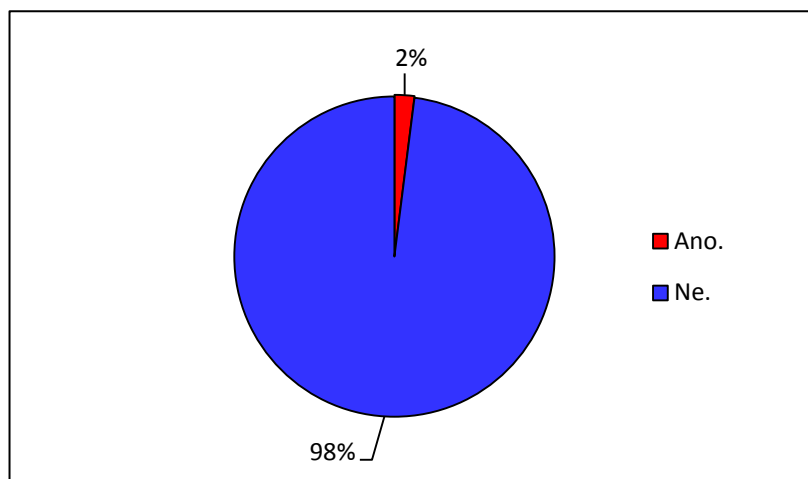
sporech jim pak tento dokument slouží jako důležitý důkaz o tom, že pacient byl upozorněn na možná rizika, k nimž může při provádění konkrétního zákroku dojít a pakliže pacient tuto eventualitu svým podpisem akceptoval, nemůže být lékař následně shledán odpovědným za újmu na jeho zdraví vzniklou v důsledku materializace některého z těchto rizik.

6. Víte, co znamená tzv. dříve vyslovené přání?

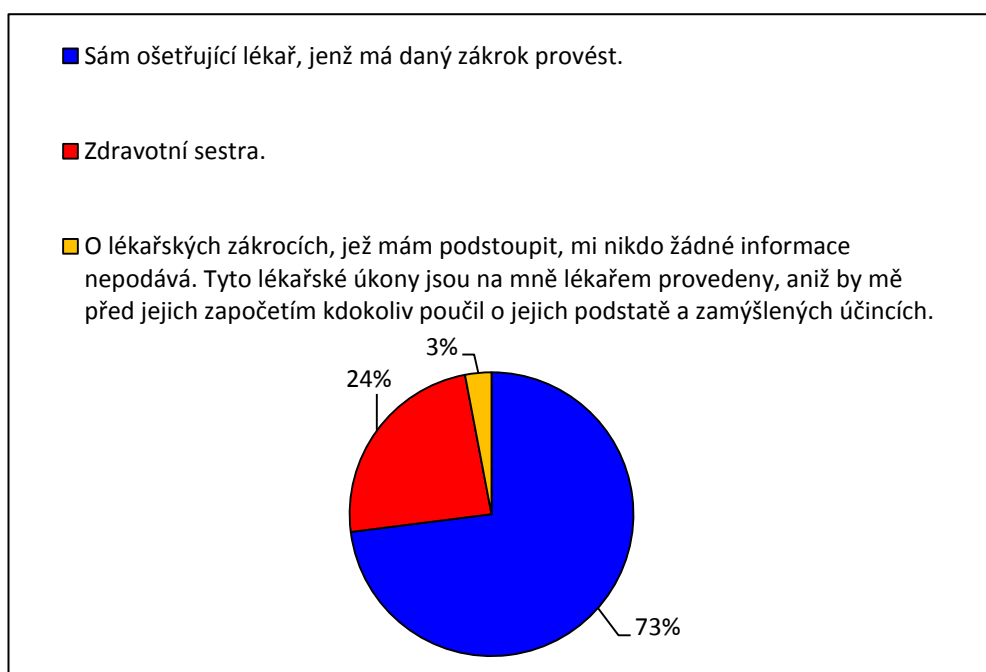


Počet kladných odpovědí na tuto otázku byl pro mě velmi překvapující. S ohledem na skutečnost, že dříve vyslovená přání jsou v českém právním řádu relativní novinkou, jsem se domnívala, že kladných odpovědí bude v porovnání s odpověďmi zápornými jen zcela zanedbatelné množství, nikoliv celá jedna pětina z celkového počtu odpovědí.

7. Znáte někoho ve svém okolí, kdo tzv. dříve vyslovené přání sepsal?



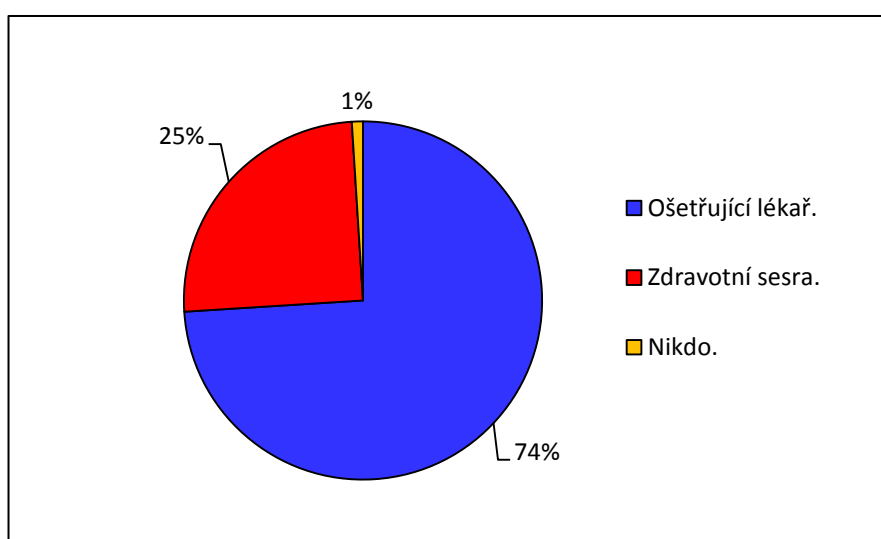
8. *Informace o plánovaném lékařském zákroku a o rizicích, jež jsou s jeho provedením případně spjata, mi podává:*



Téměř ¼ pacientů uvedla, že je o lékařských zákrocích informována nikoliv ošetřujícím lékařem, jenž má daný zákrok provést, nýbrž pouze zdravotní sestrou. Tento jev však dle mého názoru nemá oporu v zákoně, neboť podle § 31 odst. 3 ZZS má pacientovi tuto informaci podat „ošetřující zdravotnický pracovník

způsobilý k poskytování zdravotních služeb, kterých se podání informace týká“, nikoliv zdravotní sestra. 3 pacienti dokonce uvedli, že jim informace o lékařských zákrocích neposkytuje vůbec nikdo; ani tento postup rozhodně není v souladu se zákonem.

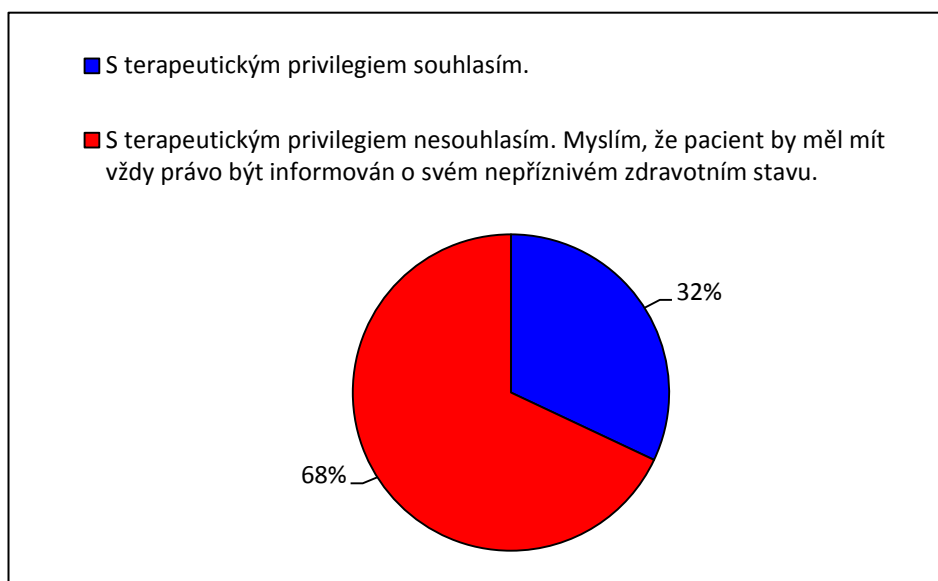
9. Informaci o mém aktuálním zdravotním stavu (např. po provedení určitého vyšetření či zákroku) mi podává:



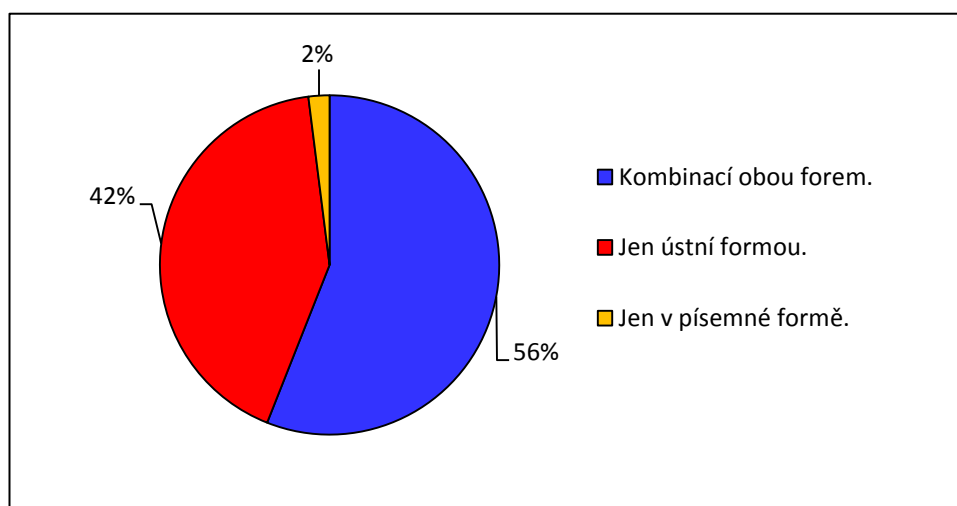
Co bylo výše uvedeno o tom, kdo má pacientům poskytovat informace o jimi podstupovaných lékařských zákrocích, platí i pro poskytování informací o jejich aktuálním zdravotním stavu – pacient by měl tuto informaci vždy obdržet pouze od svého ošetřujícího lékaře, nikoliv od jiných nelékařských zdravotnických pracovníků (zdravotních sester).

10. Jaký je Váš názor na tzv. terapeutické privilegium, tj. možnost lékaře zamlčet pacientovi v nezbytně nutném rozsahu a po nezbytně nutnou dobu informaci o nepříznivé diagnóze nebo prognóze jeho zdravotního stavu, lze-li důvodně předpokládat, že by mu podání této informace mohlo způsobit závažnou újmu na zdraví (např. zadržetí informace vůči psychicky labilnímu pacientovi o tom, že trpí

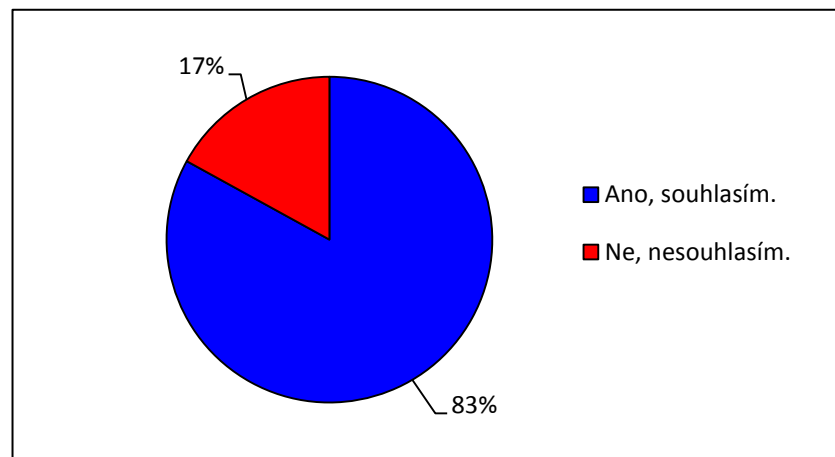
nevléčitelnou nemocí, u něž by silné rozrušení vyvolané touto informací mohlo vést k pokusu o sebevraždu)?



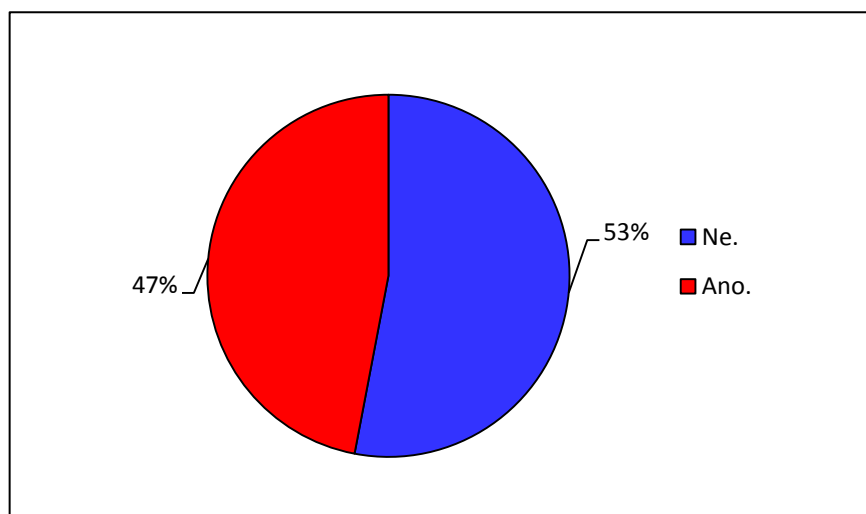
11. Preferoval/a byste spíše, aby Vám informace o zamýšleném lékařském zákroku byly podávány v písemné či ústní formě?



12. Souhlasíte s tím, aby měli pacienti právo rozhodovat prostřednictvím dříve vysloveného přání o ukončení umělé orgánové podpory (např. o vypnutí kardiostimulátoru či umělé plicní ventilace), jež je udržuje při životě, následkem čehož by došlo k jejich úmrtí? (Pozn.: dříve vyslovené přání je předem učiněné písemné prohlášení pacienta ohledně určitého postupu v léčbě učiněné pro případy, kdy již nebude způsobilý svou vůli právně relevantním způsobem projevit (např. z důvodu progredující Alzheimerovy nemoci či komatózního stavu)).



13. Souhlasíte s tím, aby byla v České republice uzákoněna tzv. aktivní eutanazie, tj. usmrcení pacienta lékařem na jeho výslovnou žádost?



Závěr

Cílem diplomové práce bylo popsat a zhodnotit právní úpravu informovaného souhlasu v českém právním řádu a případně navrhnout její změny *de lege ferenda*. V prvních pěti kapitolách této práce jsem se postupně zabývala prameny právní úpravy, dále informovaným souhlasem jako takovým včetně poučení pacienta jakožto nezbytným předpokladem pro jeho udělení, opomenuta nebyla ani problematika odmítání zdravotní péče ze strany pacientů a s tím související tzv. dříve vyslovená přání.

Vedle této převážně teoretické části obsahuje předkládaná práce i část praktickou, jejímž cílem bylo zjistit, jakým způsobem je institut informovaného souhlasu realizován v každodenní praxi zdravotnických zařízení a zda tato praxe koresponduje s požadavky zákona. Jako výzkumnou metodu jsem zvolila metodu dotazníkového šetření, jehož se zúčastnilo celkem 51 lékařů z různých specializačních oborů působících v různých zdravotnických zařízeních na území ČR. Vedle toho jsem se zaměřila i na samotné příjemce zdravotních služeb, kdy jsem, opět formou dotazníkového šetření, zjišťovala jejich praktické zkušenosti i subjektivní názory týkající se různých aspektů spojených s problematikou informovaného souhlasu. Na základě výsledků vzešlých z tohoto výzkumu (jež jsou podrobně vyhodnoceny v šesté části této práce) jsem pak dospěla k závěru, že medicínská praxe ne vždy odpovídá literě zákona. Domnívám se, že důvodem tohoto rozporu praxe se zákonem je především fakt, že zákonodárce dostatečně nezohledňuje současnou situaci ve zdravotnických zařízeních, jež se nezdá potýkají s nedostatkem zdravotnického personálu. Přetížení lékaři, jež jsou za těchto okolností nuceni k stále rychlejšímu tempu práce, pak mnohdy, ve snaze o úsporu času, přenášejí některé své povinnosti na zdravotní sestry. Příkladem může být informování pacientů o jejich aktuálním zdravotním stavu (kupříkladu po provedení určitého lékařského zákroku), kdy 25 % respondentů z řad pacientů uvedlo, že jsou informováni nikoliv samotným ošetřujícím lékařem, nýbrž pouze zdravotní sestrou, což je bezesporu jev, který v zákonné úpravě nemá oporu.³²³

³²³ Srov. § 31 odst. 3 ZZS.

Vedle pracovního přetížení lékařů spatřuji problém i v přehnané administrativní zátěži, jež je na jednotlivé lékaře kladena. Na otázku, jak velkou část své pracovní doby stráví denně lékaři „nad papíry“, tj. nezbytnou administrativou v porovnání s časem věnovaným péči o pacienty, odpovědělo 51 % z nich, že tato doba činí přibližně ½ či dokonce více než ½ jejich pracovní doby, na péči o samotné pacienty jim pak zbývá pouze zbývající část jejich pracovní doby. Zahlcenost lékařů (z mého pohledu mnohdy nadbytečnou) administrativou se pak zákonitě odráží i v nedostatku času na náležitý rozhovor s pacienty a jejich řádné informování. Důkazem zde mohou být odpovědi na jednu z dotazníkových otázek směřovaných na pacienty, kdy na otázku, jak jsou spokojeni s množstvím informací, jež se jim dostává ze strany jejich ošetřujících lékařů, odpovědělo pouze 29 % z nich, že s množstvím informací, jež jim lékaři poskytují o jejich zdravotním stavu a o navrhované léčbě, jsou zcela spokojeni. 57 % respondentů pak s množstvím jim poskytovaných informací není příliš spokojeno a zbývajících 14 % je dokonce zcela nespokojeno. Nespokojenost s tímto stavem pak panuje i na straně samotných lékařů; na otázku, zda množství času, jež mají vyhrazeno na rozhovor se svými pacienty, považují za dostatečné, odpovědělo kladně jen 29 % z nich. Přitom je zřejmé, že plná informovanost je pro pacienty subjektivně důležitá. To se týká zejména jejich informovanosti o možných rizicích jimi podstupovaných lékařských zákroků; 82 % respondentů z řad pacientů uvedlo, že preferují být informováni o všech možných rizicích, k nimž může během daného zákroku dojít, včetně pravděpodobnosti rizika úmrtí. Variantu „*preferuji, aby mi před daným zákrokem nebyly o rizicích poskytovány žádné informace (například proto, že bych jimi byl/a akorát zbytečně vyděšen/a, v důsledku čehož bych se kupříkladu následně rozhodl/a daný zákrok vůbec nepodstoupit)*“, nezvolil žádný z nich.

Původním smyslem zavedení institutu informovaného souhlasu do českého právního řádu měla být otevřená a efektivní spolupráce mezi lékaři a jejich pacienty – pacient jeho prostřednictvím získal potřebné informace o zamýšleném lékařském zákroku a lékař pak udělením informovaného souhlasu ze strany pacienta získal k provedení tohoto zákroku potřebné svolení. Zdá se však, že tato funkce informovaného souhlasu byla postupem času poněkud upozaděna a nyní je na tento dokument, především očima samotných lékařů, nazíráno v první řadě jako na formální nástroj jejich právní ochrany v případných soudních sporech. V rámci dotazníkového šetření

uvedlo pouze 14 % lékařů, že informovaný souhlas považují za důležitý prostředek otevřené komunikace se svými pacienty. Nejvíce z nich (49 %) pak zvolilo odpověď, že informovaný souhlas považují za užitečný nástroj své právní ochrany proti případným žalobám pacienta. Zbývající část respondentů, tedy 37 %, zaujímá k informovanému souhlasu striktně negativní postoj, kdy jej považují za pouhý nezbytný administrativní úkon, jenž jim pouze zabírá drahocenný čas, jež by jinak mohli strávit péčí o pacienty. Při bližším rozhovoru s některými lékaři na toto téma se jeden z mnou oslovených lékařů dokonce vyslovil pro úplné zrušení písemných informovaných souhlasů s tím, že by pacienti měli projevovat písemně pouze vůli o odmítnutí léčby či daného zákroku. Uvedený lékař nadbytečnost mnohých písemných informovaných souhlasů trefně demonstroval na praxi určitého nejmenovaného zdravotnického zařízení, kdy u některých typů onemocnění se v průběhu léčby provádí opakovaně CT vyšetření, přičemž před každým tímto CT vyšetřením musí pacient znovu podepsat nový informovaný souhlas.

Překvapujícím zjištěním vplynuvším z provedeného dotazníkového šetření pro mě v neposlední řadě byla i skutečnost, že více než polovina lékařů již někdy ve své praxi uplatnila tzv. terapeutické privilegium (tj. nesdělní určité nepříznivé informace pacientovi týkající se jeho zdravotního stavu, jejíž sdělení by v daném případě mohlo vést k poškození jeho zdraví). Četnost kladných odpovědí na tuto otázku mě poněkud překvapila; vzhledem k tomu, že terapeutické privilegium představuje určitý prvek paternalismu (jenž je jinak v oblasti poskytování zdravotních služeb již záležitostí minulosti) ve vztahu lékaře a pacienta, a zároveň určitou výjimku z obecně platného pravidla, dle něhož má být pacient plně informován o své diagnóze i prognóze své nemoci, bych očekávala značně větší podíl odpovědí záporných.

Na závěr lze shrnout, že ačkoliv je s realizací zákonné úpravy informovaného souhlasu v každodenní praxi zdravotnických zařízení spojeno nemálo problematických aspektů, je institut informovaného souhlasu nepostradatelným prostředkem realizace práva pacientů na seburčení a autonomii jejich vůle.

Seznam použitých zkratk

ZZS	zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
OZ	zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník
ČR	Česká republika
ESLP	Evropský soud pro lidská práva
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
ČLK	Česká lékařská komora

Seznam použitých zdrojů

1. České monografie

- ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016. ISBN 978-80-7552-321-1.
- PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a Jan MACH. *Informovaný souhlas: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Galén, [2017]. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-7492-334-0.
- ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. Praha: ASPI, 2007. Právní rukověť (ASPI). ISBN 978-80-7357-268-6.
- PRAŽÁK, Zbyněk. *Závazky z právních jednání podle občanského zákoníku: komentář k § 1721-2893 OZ podle stavu k 1.4.2017 ve znění zákona č. 460/2016 Sb.* Praha: Leges, 2017. Komentátor. ISBN 978-80-7502-158-8.
- ELIÁŠ, Karel. *Nový občanský zákoník s aktualizovanou důvodovou zprávou a rejstříkem*. Ostrava: Sagit, 2012. ISBN 978-80-7208-922-2.
- GERLOCH, Aleš. *Teorie práva*. 7. aktualizované vydání. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2017. Právní učebnice (Aleš Čeněk). ISBN 978-80-7380-652-1.
- ŠIMÍČEK, Vojtěch, ed. *Lidská práva a medicína*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Mezinárodní politologický ústav, 2017. ISBN 978-80-210-8700-2.
- POVOLNÁ, Michaela. *Právní rádce pro pracovníky ve zdravotnictví a klienty zdravotních pojišťoven*. Praha: Alfom, 2017. ISBN 978-80-87785-04-1.
- MACH, Jan. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: Zákon o specifických zdravotních službách*. Praha: Wolters Kluwer, 2018. Praktický komentář. ISBN 978-80-7598-103-5.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas: proč a jak?*. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-497-3.
- *Občanský zákoník: komentář*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2014. Komentáře (Wolters Kluwer ČR). ISBN 978-80-7478-370-8.
- PETROV, Jan. *Občanský zákoník: komentář*. Praha: C.H. Beck, 2017. Beckova edice komentované zákony. ISBN 978-80-7400-653-1.
- LAVICKÝ, Petr. *Občanský zákoník: komentář*. Praha: C.H. Beck, 2015. Velké komentáře. ISBN 978-80-7400-529-9.

- KREJČÍKOVÁ, Helena. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*. Praha: Galén, c2014. Theatrum medico-iuridicum. ISBN 978-80-7492-167-4.
- ŠÁMAL, Pavel. *Trestní zákoník: komentář*. 2. vyd. V Praze: C.H. Beck, 2012. Velké komentáře. ISBN 978-80-7400-428-5.
- DRAŠTÍK, Antonín. *Trestní zákoník: komentář*. Praha: Wolters Kluwer, 2015. Komentáře (Wolters Kluwer ČR). ISBN 978-80-7478-790-4.
- TĚŠINOVÁ, Jolana, Tomáš DOLEŽAL a Radek POLICAR. *Medicínské právo*. 2. vydání. V Praze: C.H. Beck, 2019. ISBN 978-80-7179-318-2.
- JELÍNEK, Jiří. *Trestní právo hmotné: obecná část, zvláštní část*. 6. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Leges, 2017. Student (Leges). ISBN 978-80-7502-236-3.
- GRIVA, Martin. *Paliativní péče v kardiologii: racionální přístup u pacientů v pokročilé fázi kardiologických onemocnění*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2018. ISBN 978-80-7553-481-1.
- PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, 2014. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5471-0.
- VALUŠ, Antonín. *Civilní spory mezi lékařem a pacientem při poskytování zdravotní péče*. Praha: Leges, 2014. Praktik (Leges). ISBN 978-80-7502-045-1.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Práva pacientů: (komentované vydání)*. Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilové, 1996. ISBN 80-902163-0-7.
- VAVRUŠKOVÁ, Magda a Jakub VOZÁB. *Informovaný souhlas pacienta - vzory, rady a příklady*. Praha: Verlag Dashöfer, 2015. ISBN 978-80-87963-19-7.
- HOLČAPEK, Tomáš. *Dokazování v medicínskoprávních sporech*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2011. ISBN 978-80-7357-643-1.
- LAVICKÝ, Petr. *Občanský zákoník: komentář*. Praha: C.H. Beck, 2015. Velké komentáře. ISBN 978-80-7400-287-8.
- STOLÍNOVÁ, Jitka a Jan MACH. *Právní odpovědnost v medicíně*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2010. Theatrum medico-iuridicum. ISBN 978-80-7262-686-1.
- MACH, Jan. *Medicína a právo*. V Praze: C.H. Beck, 2006. Beckova edice ABC. ISBN 80-7179-810-x.
- DOLEŽAL, Tomáš a Adam DOLEŽAL. *Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví*. Praha: Linde, 2007. ISBN 978-80-7101-684-6.

- *Občanský zákoník: komentář*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2014. Komentáře (Wolters Kluwer ČR). ISBN 978-80-7478-630-3.
- PRUDIL, Lukáš. *Právo pro zdravotnické pracovníky*. 2., doplněné a upravené vydání. Praha: Wolters Kluwer, 2017. Právo prakticky. ISBN 978-80-7552-507-9.
- CÍSAŘOVÁ, Dagmar a Olga SOVOVÁ. *Trestní právo a zdravotnictví*. 2., upr. a rozš. vyd. Praha: Orac, 2000. Studijní texty (Orac). ISBN 80-86199-75-4.
- ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5306-5.
- DOLEŽAL, Adam. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*. Praha: Academia, 2017. Právo - etika - společnost. ISBN 978-80-200-2687-3.
- CÍSAŘOVÁ, Dagmar. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010. ISBN 978-80-87146-31-6.
- ŠEVČÍK, Pavel a Martin MATĚJOVIČ, ed. *Intenzivní medicína*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Galén, c2014. ISBN 978-80-7492-066-0.
- PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, 2014. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5471-0.

2. Zahraniční monografie

- STAUCH, Marc, Kay WHEAT a John TINGLE. *Text, cases and materials on medical law and ethics*. 4th ed. New York: Routledge, 2012. ISBN 978-0-415-.
- *Principles of Medical Law*. Oxford University Press, 1998. ISBN 0-19-826861-0.
- HERRING, Jonathan. *Medical law and ethics*. Fifth edition. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press, [2014]. ISBN 978-0-19-870226-9.
- MASON, J. K., Alexander MCCALL SMITH, G. T. LAURIE a J. K. MASON. *Mason & McCall Smith's law and medical ethics*. 7th ed. New York: Oxford University Press, 2005. ISBN 978-0-19-928239-5.
- FOSTER, Charles. *Choosing life, choosing death: the tyranny of autonomy in medical ethics and law*. Portland, Or.: Hart Pub., 2009. ISBN 978-1-84113-929-6.

- KOCH, Bernhard A. a Ewa BAGIŃSKA. *Medical liability in Europe: a comparison of selected jurisdictions*. Boston, [Mass.]: De Gruyter, c2011. ISBN 978-3-11-026010-6.
- NEGRI, Stefania. *Self-determination, dignity and end-of-life care: regulating advance directives in international and comparative perspective*. Boston: Martinus Nijhoff Publishers, 2011. ISBN 9789004223585.
- SCHULZE, Reiner a Heinrich DÖRNER. *Bürgerliches Gesetzbuch: Handkommentar*. 9. Auflage. Baden-Baden: Nomos, 2017. ISBN 978-3-8487-3308-8.

3. Časopisecké prameny

- DOLEŽAL, Tomáš. Problematické aspekty vztahu lékaře a pacienta zejména s ohledem na institut tzv. informovaného souhlasu. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*, Praha, Vol. 1, No 1 (2011), ISSN 1804-8137. Dostupné z: <http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/1/pdf>.
- DOLEŽAL, T. Způsobilost nezletilých udělit souhlas s poskytnutím zdravotních služeb. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*, 2018, č. 1. Dostupné z: <http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/164/138>.
- Informovaný souhlas – problematika rozsahu poučení pacienta o rizicích spojených s navrhovanou léčbou. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*, vol 8, No 1 (2018), ISSN 1804-8137. Dostupné z: <http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/162/136>.
- ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. Informovaný souhlas. Odmítnutí zdravotní péče. *Zdravotnictví a právo*. 2011, 15(12), 20-33. ISSN 1211-6432.
- HOLČAPEK T., ŠUSTEK P. K § 115 návrhu nového trestního zákoníku (usmrcení na žádost). *Trestněprávní revue* 2004, č. 11.
- DOLEŽAL, Adam. Marná léčba (futile care) v judikatuře soudů ve Spojených státech amerických *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. Dostupné z: <https://zdravotnickepravo.info/marna-lecba-futile-care-v-judikature-soudu-ve-spojonych-statech-americkyx/>.
- DOLEŽAL, A. Dříve vyslovená přání (Advanced Directives). Právní a etické úvahy. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*, 2017, č. 2. Dostupné z: <http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/141/126>.
- UHEREK, P. Svědkové Jehovovi a odmítání transfuze krve nejen z pohledu aktuální legislativy. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*, Vol 5, No 3

(2015), ISSN 1804-8137. Dostupné z:
<http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/100/98>.

- ŠUSTEK, Petr. Právní postavení a možnosti lékaře při odmítání transfuze krve příslušníkem Náboženské společnosti Svědkové Jehovovi. *Zdravotnictví a právo*. 2005, č. 5.

4. Právní předpisy ČR

- Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).
- Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině, č. 96/2001 Sb. m. s.
- Ústavní zákon č. 1/1993, Ústava České republiky.
- Usnesení č. 2/1993 předsednictva České národní rady o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součástí ústavního pořádku České republiky.
- Zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství.
- Sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí č. 104/1991 Sb., o sjednání Úmluvy o právech dítěte.
- Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon).
- Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.
- zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech.
- Zákon č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně zákona č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních.
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů.
- Vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění.
- Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.
- Vyhláška č. 137/2018 Sb., kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů.

- Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
- Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník.

5. Zahraniční právní předpisy

- Mental Capacity Act 2005.
- Family Law Reform Act 1969.
- Strafgesetzbuch (StGB) 1974.
- Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002.
- Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts (3. BtÄndG) 2009.
- Bundesgesetz über Patientenverfügungen (Patientenverfügungs-Gesetz – PatVG) 2006.
- Zákon n° 2005-370 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

6. Judikatura českých soudů

- Nález Ústavního soudu ČR ze dne 18. 5. 2001, sp. zn. IV. ÚS 639/2000.
- Nález Ústavního soudu ČR ze dne 2. 3. 2015, sp. zn. I. ÚS 1565/14.
- Nález Ústavního soudu ČR ze dne 2. 1. 2017, sp. zn. I. ÚS 2078/16.
- Rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR 30 Cdo 3061/2012 ze dne 21. 12. 2012.
- R 1/1980 tr. Sbírka soudních rozhodnutí a stanovisek.
- Nález Ústavního soudu ČR ze dne 3. 2. 2011 sp. zn. III. ÚS 449/06.
- Nález Ústavního soudu ze dne 22. 12. 2015, sp. zn. I. ÚS 1253/14.
- Rozsudek Nejvyššího soudu ČR ze dne 29. 4. 2015, sp. zn. 25 Cdo 1381/2013.
- Nález pléna Ústavního soudu ze dne 27. 11 2012, sp. zn. Pl. ÚS 1/12.
- Nález Ústavního soudu ze dne 20. 8. 2004, sp. zn. III ÚS 459/2003.

7. Judikatura zahraničních soudů

- Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ve věci *Jehovah's witnesses of Moscow and others v. Russia* ze dne 10. 6. 2010, stížnost č. 302/02.
- *Gillick v West Norfolk and Wisbech Area Health Authority* [1986] AC 112.
- *Chester v Afshar* [2004] UKHL 41.
- *Duce v Worcestershire Acute Hospitals NHS Trust* [2018] EWCA Civ 1307.
- Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ve věci *Glass proti Spojenému království* ze dne 9. 3. 2004, stížnost č. 61827/00.
- Rozhodnutí *In re Quinlan*, 70 N.J. 10, 355 A.2d 647, 1976 (The Supreme Court of New Jersey).
- *Re R (A Minor) (Wardship: Medical Treatment)* [1992].
- *Re W (A Minor) (Medical Treatment: Court's Jurisdiction)* [1993].
- *Re S (adult: refusal of medical treatment)* [1992].
- *Re MB (An adult: Medical Treatment)* [1997] 2 FLR 426.
- Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva z 11. prosince 2014 ve věci *Hanzelkovi proti České republice*, stížnost č. 43643/10.
- Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ze dne 8. listopadu 2011 ve věci *V. C. proti Slovensku*, stížnost č. 18968/07.
- *Re AK* (2000) 58 BMLR 151.
- Rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva ve věci *Moskevští Svědkové Jehovovi (Jehovah's Witnesses of Moscow) a ostatní proti Rusku* ze dne 10. 6. 2010, stížnost č. 302/02.
- „*Kamptener Fall*“, BGH 1 StR 357/94 - Urteil vom 13. September 1994 (LG Kempten).

8. Ostatní zdroje

- Vysvětlující zpráva k Úmluvě o lidských právech a biomedicině. Dostupné z: <http://www.rozalia.cz/literatura/pravo/46-vysvetlujici-zprava-k-umluv-o-lidskych-pravech-a-biomedicin>.
- Stavovský předpis České lékařské komory č. 10 Etický kodex.
- Sborník z konference – Teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví; ISBN: 80-85903-17-2.

- Etický kodex „Práva pacientů“. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/prava-pacientu-cr>.
- Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli.
- Důvodová zpráva k vládnímu návrhu zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.
- E. CAVE, Goodbye Gillick? Identifying and Resolving Problems with the Concept of Child Competence. Dostupné z: <http://dro.dur.ac.uk/11239/1/11239.pdf>.
- Informace o novele vyhlášky č. 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci provedené vyhláškou č. 137/2018 Sb. Dostupné z: <https://www.orthodont-cz.cz/data/files/Informace%20o%20novele%20vyhl%C3%A1%C5%A1ky%2098%202012.pdf>.
- Tisková zpráva: Veřejné mínění o interrupci, eutanazii a prostituci. Dostupné z: https://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c2/a4954/f9/ov190617.pdf.
- Výzkum veřejného mínění o interrupci, eutanazii a prostituci v ČR provedený Sociologickým ústavem AV ČR. Dostupné z: <https://zdravotnickepravo.info/vyzkum-verejneho-mineni-o-interrupci-eutanazii-a-prostituci-v-cr-provedeny-sociologickym-ustavem-av-cr/>.
- Novelle zum Patientenverfügungs-Gesetz. Dostupné z: <https://www.hospiz.at/novelle-zum-patientenverfuegungsgesetz/>.
- Competence assessment and advance directives for people with dementia: ethical and legal aspects. Dostupné z: <https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/praksis/systematisk-etikkarbeid/competence-assessment-and-advance-directives-for-people-with-dementia-ethical-and-legal-aspects.pdf>.
- Formulář *Five Wishes*. Dostupné z: <https://fivewishes.org/docs/default-source/default-document-library/product-samples/fwsample.pdf?sfvrsn=2>.
- Původní návrh zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. Dostupné z: <https://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-v-pravnim-radu-cr-28721.html>.

Název diplomové práce v českém jazyce, abstrakt v českém jazyce a klíčová slova v českém jazyce

Název práce v českém jazyce

Informovaný souhlas pacienta

Abstrakt

Cílem této diplomové práce je popsat a zhodnotit právní úpravu informovaného souhlasu v českém právním řádu a případně navrhnout její změny *de lege ferenda*. Na mnoha místech této práce je rovněž přistoupeno ke komparaci české právní úpravy s právní úpravou zahraniční. V prvních pěti kapitolách této práce je pojednáno postupně o pramenech právní úpravy, dále o informovaném souhlasu jako takovém včetně poučení pacienta jakožto nezbytném předpokladu pro jeho udělení, opomenuta není ani problematika odmítání zdravotní péče ze strany pacientů a s tím související tzv. dříve vyslovená přání. Vedle této převážně teoretické části obsahuje předkládaná práce i část praktickou, jež si klade za cíl zmapovat realizaci právní úpravy informovaného souhlasu v každodenní praxi zdravotnických zařízení a následně tuto praxi porovnat s požadavky zákona. K tomu je využita především metoda dotazníkového šetření zaměřená na praktické zkušenosti lékařů při uplatňování informovaných souhlasů v jejich lékařské praxi. Kromě toho je cílem této praktické části zjistit i zkušenosti a subjektivní názory samotných příjemců zdravotních služeb, tedy pacientů, týkající se různých aspektů spojených s problematikou informovaného souhlasu, a to opět za pomoci dotazníkového šetření. V neposlední řadě tato práce poukazuje i na četná úskalí, jež jsou s institutem informovaného souhlasu v praxi spojena, a předkládá jejich možná řešení.

Klíčová slova

Informovaný souhlas

Odmítnutí zdravotní péče

Dříve vyslovená přání

Název diplomové práce v anglickém jazyce, abstrakt v anglickém jazyce a klíčová slova v anglickém jazyce

Název práce v anglickém jazyce

Informed consent

Abstract

The aim of this thesis is to describe and evaluate legislation concerning the informed consent in the Czech legal system and propose its changes *de lege ferenda*. The thesis also comprises many comparisons between the Czech legislation and the foreign legislation. The first five chapters of this thesis deal with sources of legislation, informed consent as such along with information of patients as a necessary prerequisite for giving of the consent, other topics are refusal of medical care by patients and the so called advance decisions. Apart from this theoretical part the thesis also includes a practical part. The aim of this practical part is to explore implementation of legislation concerning informed consent in the everyday practice of hospitals and subsequently to compare this practice with the requirements of law. This survey was carried out by means of questionnaires, which were submitted to doctors relating their experience with using of informed consents in their medical practice. The purpose of this practical part is also to find out the experience and opinions of recipients of medical services, i. e. the patients, concerning different issues connected with the informed consent, also by means of the questionnaire method. Last but not least the thesis mentions many problems which are connected with the informed consent in the current medical practice and provides its possible solutions.

Key words

Informed consent

Refusal of treatment

Advance decisions