



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Práva a povinnosti pacientů při poskytování
zdravotních služeb

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: REHABILITACE

Autor: Jindřiška Fialová

Vedoucí práce: JUDr. Věra Pražmová Ph.D.

České Budějovice 2016

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Práva a povinnosti pacientů při poskytování zdravotních služeb“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. srpna 2016

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala JUDr. Věře Pražmové Ph.D. za odborné vedení práce, ochotu a cenné rady. Rovněž bych chtěla vyjádřit poděkování všem, kteří se podíleli na výzkumné části této bakalářské práce.

Práva a povinnosti pacientů při poskytování zdravotních služeb

Abstrakt

V posledních letech se v odborných kruzích, ale také na veřejnosti, stále častěji hovoří o právech a povinnostech pacientů týkajících se zdravotnictví. I když se informovanost nemocných stále zvyšuje, současná situace je neuspokojivá a vyžaduje kvalitativní změnu k lepšímu. Domnívám se, že každý by měl mít v této oblasti alespoň základní znalosti, protože v případě, že se pacient ocitne v ordinaci lékaře, je důležité, aby znal svoje práva, ale také povinnosti, zejména z důvodu rovnocenného vztahu pacienta a lékaře.

Právo a povinnost jsou párovým pojmem. Právu jednoho subjektu odpovídá povinnost jiného subjektu práva. Ve vztahu mezi lékařem a pacientem převažují práva pacienta. Jsou garantována mezinárodními úmluvami, ústavními zákony i zákony „obyčejnými“, které ve své bakalářské práci zmiňuji. Jejich naplnění může být potom realizováno prostřednictvím odpovídajících povinností zdravotnických pracovníků nebo zdravotnických zařízení. Dlouho očekávaný zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), kterým byl nahrazen zastaralý a mnohokrát novelizovaný zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, byl předmětem velké pozornosti ze strany odborné i laické veřejnosti. Tyto změny mají vést k větší spokojenosti pacientů a ke zvýšení kvality poskytované péče. Každá změna však může přinášet i řadu obtíží, zejména tehdy, pokud nemají pacienti dostatečné znalosti o nových právních předpisech. Znalost právní úpravy v této oblasti je předpokladem k tomu, aby pacient mohl svá práva uplatňovat a bránit se v případě, že dojde k jejich porušení.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části: teoretickou a praktickou. V teoretické části bakalářské práce se krátce zabývám historickým vývojem práv a povinností pacientů, vysvětluji stěžejní pojmy, které se týkají pacienta, zdravotní péče a medicínského práva. Dále v této práci uvádím důležité právní předpisy ve zdravotnictví, za zmínku jistě stojí Úmluva o lidských právech a biomedicíně a již výše zmiňovaný zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

Cílem bakalářské práce je shrnout právní úpravu a zjistit znalosti práv a povinností pacientů u laické veřejnosti. K dosažení výzkumného cíle jsem stanovila dvě hypotézy. První hypotéza zní: Pacienti s vysokoškolským vzděláním znají více práva a povinnosti pacientů než pacienti s nižším vzděláním. Druhá hypotéza zní: Ženy znají více práva a povinnosti než muži. Na základě získaných a statisticky vyhodnocených dat byly obě hypotézy potvrzeny. Výsledky výzkumu tedy prokazují, že pacienti s vysokoškolským vzděláním znají více práva a povinnosti pacientů než pacienti s nižším vzděláním a že ženy mají v těchto znalostech významnou převahu nad muži.

Klíčová slova

Práva a povinnosti pacienta; zdravotní péče; medicínské právo; zdravotnictví

Patient rights and obligations in the provision of health services

Abstract

Discussion about rights and obligations of patients related to healthcare has been discussed more and more often not only in academic circles but also in public. Even though awareness of patients increases, the current situation is unsatisfactory and requires qualitative improvement. I believe that everybody shall have at least basic knowledge in this area because once the patients find themselves in the consulting room they should know not only their rights but also their duties in order to establish a balanced relationship among the patient and his or her physician.

Right and duty are correlative terms. The right of one subject of law is related to the obligation of another subject of law. The rights of patients prevail in the relationship of the patient and the doctor. They are guaranteed by international conventions, constitutional acts and by "ordinary" laws. I mention some of acts in my thesis. Fulfilment of the law can be implemented through the respective responsibilities of healthcare professionals and healthcare institutions. The long-awaited act no. 372/2011 Sb., on health services and conditions of their provision, which replaced the outdated and repeatedly amended act no. 20/1966 Sb., on care and people's health, was subject of great expectations from professional and lay public. These changes should lead to better patient satisfaction and improve quality of healthcare. However, every change could bring difficulties especially when patients are not well oriented in new rules. Good knowledge of regulating law is a precondition for patient rights defence in cases when there is a risk of their infringement.

The thesis is divided into two parts: theoretical and practical. In the theoretical part I briefly summarize the historical evolution of the rights and duties of patients. I explain the core concepts related to the patient, healthcare and medical law. Furthermore, I mention important legislation in the health sector. Worth mentioning are Convention on Human Rights and Biomedicine and the act no. 372/2011 Sb. on health services and conditions of their provision.

The aim of the thesis is to summarize legislation and to identify the knowledge of rights and duties of patients among the general public. To achieve the research goal I formulated two hypotheses. First hypothesis: Patients with higher education know more rights and obligations of patients than those with less education. The second hypothesis: Women know more rights and obligations than men. Based on the collected data and their statistical evaluation both hypotheses were confirmed. The results of this research confirm that patients with higher education know more rights and obligations of patients than those with less education and that women knowledge is superior compared with knowledge of men.

Key words

Rights and obligations of the patient; health care; medical law; health

Obsah

Seznam grafů	10
Seznam tabulek	10
Úvod.....	11
Teoretická část	13
1 Současný stav.....	14
1.1 Vývoj práv a povinností pacienta	14
1.1.1 Historie	14
1.1.2 Snaha o odklon od paternalistického modelu	14
1.1.3 Nová role pacienta	15
1.2 Vymezení základních pojmů	15
1.2.1 Pacient	15
1.2.2 Zdraví	16
1.2.3 Zdravotní péče	16
1.2.4 Zdravotnictví	16
1.2.5 Medicínské právo	17
1.3 Zdravotnictví a současná legislativa.....	17
1.3.1 Úmluva o lidských právech a biomedicíně.....	17
1.3.2 Úmluva o ochraně lidských práv a svobod.....	18
1.3.3 Listina základních práv a svobod	19
1.3.4 Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)	19
1.3.5 Nový občanský zákoník	20
1.3.6 Etický kodex Práva pacientů	20
1.4 Práva pacientů.....	21
1.4.1 Informovaný souhlas	21
1.4.2 Poskytování zdravotních služeb bez souhlasu.....	22
1.4.3 Dříve vyslovená přání.....	23
1.4.4 Zadržení nepříznivé informace	23
1.4.5 Odmítnutí zdravotní péče (negativní revers).....	24
1.5 Základní povinnosti zdravotnických pracovníků.....	24
1.5.1 Povinnost zachovávat mlčenlivost.....	24
1.5.2 Povinnost jednat eticky.....	25

1.6	Zdravotnická dokumentace.....	26
1.6.1	Přístup ke zdravotnické dokumentaci.....	26
1.6.2	Přístup ke zdravotnické dokumentaci v případě úmrtí pacienta.....	27
1.7	Vymezení pojmu lege artis.....	27
1.7.1	Právní základ povinnosti poskytovat péči lege artis.....	27
1.7.2	Postup non lege artis.....	28
	Praktická část.....	30
2	Cíle práce a hypotézy.....	31
2.1	Cíle práce.....	31
2.2	Hypotézy.....	31
3	METODIKA.....	32
3.1	Použité metody.....	32
4	Vyhodnocení hypotéz.....	42
4.1	Prvotní zpracování dat.....	42
4.2	Ověření předpokladů pro aplikaci Studentova T-testu.....	44
4.3	Hypotéza 1.....	46
4.4	Hypotéza 2.....	48
5	Diskuze.....	50
	Závěr.....	58
	Seznam informačních zdrojů.....	60
	Přílohy.....	64
	Příloha 1 – Dotazník.....	65
	Příloha 2 – Primární data z dotazníků.....	68
	Příloha 3 – Data kvantitativního výzkumu.....	73

Seznam grafů

Graf 1 Počet respondentů podle pohlaví.....	33
Graf 2 Počet respondentů podle věku	34
Graf 3 Počet respondentů podle vzdělání	36
Graf 4 Přehled počtu správných odpovědí podle pohlaví.....	36
Graf 5 Přehled počtu správných odpovědí podle vzdělání	39
Graf 6 Kvantil - kvantil graf pro ověření normality dat	45

Seznam tabulek

Tabulka:1 Počet respondentů podle pohlaví.....	33
Tabulka 2 Počet respondentů podle věku	34
Tabulka 3 Počet respondentů podle vzdělání	35
Tabulka 4 Počet respondentů v kategorii nižší/vysokoškolské vzdělání.....	35
Tabulka 5 Počty dotazníků v kategorii nižší/vysokoškolské vzdělání	43
Tabulka 6 Počty dotazníků v kategorii muži/ženy.....	44
Tabulka 7 Výsledek analýzy F-test pro hypotézu 1	46
Tabulka 8 Výsledek analýzy T-test pro hypotézu 1	47
Tabulka 9 Výsledek analýzy F-test pro hypotézu 2.....	48
Tabulka 10 Výsledek analýzy T-test pro hypotézu 2	49

Úvod

Zdravotnictví jako celek i jednotlivá zdravotnická zařízení tvoří velmi složitý systém. Podobně jako v jiných oblastech i zde dochází k chybám a problémům.

V uplynulých několika letech se v našem zdravotnictví mnohé zlepšilo, i když lze jen těžko vyjádřit celkovou spokojenost s jeho stavem. Stále existují oblasti, které nepřestávají být námětem kritických připomínek laické i zdravotnické veřejnosti. V období před rokem 1990 bylo právo ve zdravotnictví, zdravotnické právo, případně medicínské právo nebo lékařské právo, kodifikované především v zákonu o péči o zdraví lidu č. 20/1966 Sb., zpravidla zařazováno především do oblasti správního práva. Bylo tomu tak zejména proto, že zdravotnictví vykonávali pouze státní zaměstnanci. Každý zdravotník byl v postavení státního zaměstnance, a přestože byly stanoveny určité právní vztahy mezi zdravotníkem a občany při poskytování zdravotní péče, považoval se vztah zdravotník – občan za vztah spíše vrchnostenský, kdy zdravotník rozhoduje o léčbě, právech a povinnostech pacienta, nikoli za vztah občanskoprávní, kdy si pacient u zdravotníka objednáva určitou službu a ten mu tuto službu poskytuje za smlouvou a zákonem stanovených podmínek. Příkladem právní úpravy tohoto nového vztahu je jeden z nových kodexů – zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. (Mach, Buriánek, 2013). Mezi nejdůležitější právní dokumenty, které se vztahují k této problematice, patří Úmluva o lidských právech a biomedicině, jejímž cílem je zajistit každému člověku nedotknutelnost jeho práv a základních svobod.

Každý se někdy dostane do situace, v níž se v důsledku nemoci, úrazu nebo stáří musí postarat o sebe nebo své blízké. V takových případech pak hledáme odbornou lékařskou pomoc. Pokud pacient navštíví zdravotnické zařízení, tak většinou za účelem zlepšení zdravotního stavu. Mnohdy se však může stát, že odchází nejen nevyлéčen, ale případně i ve stavu podstatně horším, než tomu bylo před lékařskou intervencí. V těchto situacích se zpravidla rozpoutá diskuze o právech pacienta a nezřídka dochází ke sporu mezi pacientem a poskytovatelem zdravotní péče. Znalost právní úpravy v této oblasti je pro pacienta důležitá především proto, aby se v takových případech mohl bránit.

Téma své bakalářské práce „Práva a povinnosti pacientů při poskytování zdravotních služeb“ jsem si vybrala proto, že je pro zdravotnictví kdekoliv na světě důležité. Osobně ho považuji za velice zajímavé. Problematika práv pacientů je v poslední době tématem často diskutovaným. V některých oblastech zdravotnictví dochází často k výrazným změnám, právní předpisy jsou stále složitější, a tak vzniká otázka, zda jsou pacienti schopni orientovat se alespoň částečně v právních předpisech, které se této problematice týkají.

Cílem práce je shrnout právní úpravu dané problematiky a zjistit znalosti práv a povinností pacientů. V této práci blíže popisuji práva pacienta, která je podle mého názoru skutečně nutné znát. Mezi ně patří povinná mlčenlivost ve zdravotnictví, problematika specifických zdravotních služeb, svobodný a informovaný souhlas, vztah lékař – pacient a postup „lege artis“.

Teoretická část

1 Současný stav

1.1 Vývoj práv a povinností pacienta

1.1.1 Historie

V minulosti se člověk obracel na svého, zpravidla jediného, lékaře s plnou důvěrou a jeho návrhům léčby se plně a bez jakýchkoli výhrad podroboval. Ostatně lékař v návaznosti na úroveň medicíny dané doby byl většinou schopen navrhnout jen jedno léčebné řešení. Dilematické situace v podobě, jak je známe dnes, vlastně neexistovaly (Haškovcová, 2007). Podstatné je, že výhradně lékař rozhodoval o tom, zda vůbec bude, či naopak nebude informovat nemocného o jeho zdravotním stavu. V případě, že se rozhodl poskytnout informace, určoval i jejich množství a pečlivě zvažoval způsob podání, říká Helena Haškovcová (2007) a dodává, že současně považoval za správné, aby o stavu nemocného byla plně informována jeho rodina.

Po dlouhá staletí se mezi lékařem a pacientem vyvíjel a nakonec i ustálil specifický vztah, který v současné době označujeme jako paternalistický (pater = otec), tedy otcovský, přeneseně rodičovský. Jeho praktická podoba vyhovovala oběma zúčastněným stranám, tedy pacientům a jejich rodinám i lékařům a nebylo třeba ji měnit. Po 2. světové válce došlo v medicíně k významným změnám. Postupně docházelo k celé řadě změn a bývalo pravidlem, že pacient při hospitalizaci podepisoval stručné prohlášení, které bylo ekvivalentem souhlasu s léčbou (Haškovcová, 2007).

1.1.2 Snaha o odklon od paternalistického modelu

Snahy o odklon od paternalistického modelu vztahu lékař – pacient se v prostředí české medicíny objevují od počátku devadesátých let. Poprvé jsou práva pacienta zachycena v etickém kodexu Práva pacientů (etický kodex Práva pacientů, 1992 - 2014). K tomu, aby se lékař vzdal paternalistické pozice vůči nemocnému a respektoval ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy a povinnostmi, vyzýval i Etický kodex České lékařské komory (1996) (Těšinová, 2011). Významný posun ve zdravotnictví přineslo až přijetí Úmluvy o lidských právech a biomedicíně č. 96/2001 Sb., která pro Českou republiku vstoupila v platnost dne 1. 10. 2001 (Těšinová, 2011).

Povinností lékaře bylo vhodným způsobem poučit pacienta o postupu léčebného výkonu, se kterým pacient souhlasil. To bylo zakotveno v zákoně č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, který nabyl účinnosti dnem 1. června 1966, v jeho původním znění. První významnější novelou tohoto zákona z roku 1991 došlo ke zrušení monopolu státu na poskytování zdravotní péče a tím se rozšířila možnost výběru lékařů a zdravotnických zařízení. Později se zákonodárci rozhodli mnohokrát novelizovaný zákon č. 20/1966 Sb. zrušit a nahradit ho novým právním předpisem a to zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Důvodem tohoto rozhodnutí byla neúplnost legislativně ukotvených patientských práv (Topolánek, Julínek, 2008).

1.1.3 Nová role pacienta

Vztah mezi lékařem a pacientem byl, je a bude asymetrický. Lékařovo mimořádné vzdělání i jeho výsostné a prestižní postavení je charakteristické značnou mocí nad pacientem (Haškovcová, 2007). V současné době lze hovořit o asymetrii, která se zmenšuje právě v důsledku celospolečenských změn i zdravotnické legislativy. Na druhé straně bývá často diskutována také otázka, zda v souvislosti s velkým nárůstem celé řady nejrůznějších práv pacientů nedochází k asymetrii jiného typu, zdůrazňuje Helena Haškovcová, a totiž toho, že pacienti mají příliš mnoho práv a lékaři, případně další členové ošetřujících týmů, žádná. Povinnosti zdravotnických pracovníků jsou v mnoha právních předpisech formulovány různými způsoby. Od výslovné a zcela konkrétní povinnosti až po neurčitou a vágní (Žďárek, Těšinová, 2001). Lékař odpovídá za odbornost a správnost svého postupu, ale i za to, že pacient nebude ochuzen ve svých právech, která má (Mach, 2006).

1.2 Vymezení základních pojmů

1.2.1 Pacient

Podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), se za pacienta považuje fyzická osoba, které jsou poskytovány zdravotní služby. Každý z nás je pacient a během svého života, nutně vstupuje do právních vztahů v souvislosti s medicínou. Poprvé při narození, pak při dětské prevenci, péči dětského lékaře, povinném očkování, při péči u svého praktického lékaře

(Mach, 2006). Dle mého názoru pacient není jen uživatelem, ale i aktivním účastníkem péče zdravotníků a zdravotnických zařízení majícím svá práva, ale také povinnosti.

1.2.2 Zdraví

Nejznámější definici zdraví publikovala v roce 1946 Světová zdravotnická organizace (WHO). Ta popisuje zdraví jako stav úplné duševní, tělesné a sociální pohody a zároveň nepřítomnost nemoci nebo vady (Křivohlavý, 2001).

Bártlová říká, že tato definice pokládá lidské zdraví za relativně složitý systém, v němž subsystémy fyzický, psychický a sociální tvoří společný dynamický celek, existenčně spjatý se svým okolím. Proto je zdraví vymežováno třemi navzájem rovnocennými složkami – tělesnou, duševní a sociální. Tyto tři zmíněné oblasti ve skutečnosti spojuje strukturovaný a dynamický systém. Jde tedy o jev, který se vztahuje nejen na samostatně existujícího člověka, ale také na člověka, který je neoddělitelně spjat se sociálním prostředím (Bártlová, 2005).

1.2.3 Zdravotní péče

Zdravotní péče zahrnuje širokou škálu služeb, k těmto náleží nejen samostatná léčba, ale rovněž prevence onemocnění, léčebná rehabilitace, paliativní péče, diagnostika, distribuce zdravotnických pomůcek a léčiv, ochrana zdraví atd. (Doležal, Doležal 2007).

Zákon č. 372/2011 Sb. definuje zdravotní péči jako předcházení, odhalení a odstranění nemoci, udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu (zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb.). Dle časové naléhavosti se zdravotní péče dělí na neodkladnou, akutní, nezbytnou a plánovanou.

1.2.4 Zdravotnictví

Zdravotnictví se od ostatních oborů v mnohém odlišuje. Hlavní náplní práce zdravotníků je nejen zlepšovat či udržovat fyzické a psychické zdraví, ale také například na přání pacienta ovlivňovat jeho reprodukční schopnosti (Mach, 2013). Lze ho také definovat jako soustavu institucí, orgánů a odborných zařízení, jehož cílem je uspokojovat zdravotní potřeby a požadavky lidí. Hlavní funkcí je zajistit odbornou a profesionálně vykonávanou péči, s cílem ochrany, obnovy a posilování zdraví lidí (Holčík, 2005).

1.2.5 Medicínské právo

Zahrnuje komplexní právní odvětví regulující poskytování zdravotní péče, včetně jeho podmínek, důsledků a předpokladů. Většina norem medicínského práva je hmotněprávních, ale zahrnuje také speciální normy procesní (Těšinová, Žďárek, 2011).

Jan Mach se domnívá, že žádný právní předpis neurčuje, co lze přesně zahrnout pod pojem „medicínské právo“. Jedná se o celou řadu zákonů i podzákonných předpisů (Mach, 2006). Právní vztahy ve zdravotnictví a právní předpisy upravující tyto právní vztahy jsou problematické v tom, že je nelze jednoznačně zařadit ani do oblasti veřejného nebo soukromého práva. Příkladem může být zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. Část zákona patří do sféry práva soukromého a obsahuje úpravu vzájemných právních vztahů poskytovatelů zdravotních služeb, lékařů, zdravotnických pracovníků a pacientů. Jiná část tohoto zákona patří do oblasti práva veřejného a upravuje právní vztahy poskytovatelů zdravotních služeb a orgánů státní správy. Z toho vyplývá, že lze jen těžko zařadit medicínské právo do „některé škatulky“ běžně uznávaných právních odvětví a je tedy považováno za samostatný právní obor (Mach, Buriánek, 2013).

V některých případech je označováno jako „právo zdravotnické“, nikoli jako „právo medicínské“. Do tohoto pojmu jsou zahrnuty i právní vztahy v oblasti veřejného zdravotního pojištění. V České republice se v poslední době vžil pojem medicínské právo – byť pojmy zdravotnické právo a lékařské právo jsou rovněž používány (Mach, 2013).

1.3 Zdravotnictví a současná legislativa

1.3.1 Úmluva o lidských právech a biomedicině

Úmluva o lidských právech a biomedicině (Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny) je mezinárodní smlouvou a zakládá široký okruh práv osobám, které podstupují zákroky v souvislosti s léčbou nebo výzkumem. Byla přijata členskými státy Rady Evropy dne 4. dubna 1997 ve španělském Oviedu. Českou republikou byla ratifikována v červnu roku 2001 (Žďárek, Těšinová, 2011). Někdy se o ní mluví také jako o „úmluvě z Ovieda“ (Polícar, 2010). Pro Českou republiku je tento dokument závazný, je ale důležité podotknout, že úmluva je otevřena i případným změnám a průběžnému hodnocení (Munzarová, 2005).

Tato úmluva má v naší zemi přednost před běžnými zákony a v důsledku toho nabývá zcela konkrétního významu pro uplatňování práva ve zdravotnictví. Jejím cílem a důvodem vzniku je ochrana lidských práv a důstojnosti lidské bytosti. Práva zaručená touto úmluvou se týkají každého člověka bez rozdílu, ať již jde o státní občanství, trvalý pobyt, zdravotní pojištění, finanční možnosti apod. Obecně nadřazuje lidské zájmy nad zájmy společnosti. Jednoznačně uznává zásadu, že identitu lidské bytosti a lidskou důstojnost je nutné chránit, jakmile započal život člověka (Mach a kol., 2003).

Podle této úmluvy má každý stát zajistit všem spravedlivý přístup ke zdravotní péči na náležité odborné úrovni. Znamená to, že jakýkoliv zákrok musí být proveden „lege artis“ tedy v souladu s profesními standardy a se zákonem. Obecně lze říci, že tato úmluva má přínos v tom, že každý jednotlivec má právo rozhodovat o vlastním osudu a těle a právo na ochranu soukromí a integrity (Úmluva o ochraně lidských práv a biomedicíně).

1.3.2 Úmluva o ochraně lidských práv a svobod

Evropská úmluva je významným a efektivním mezinárodněprávním nástrojem, který zaručuje ochranu základních lidských práv a svobod (Těšinová, 2011). Obsahuje jedenáct dodatkových protokolů přijímaných Radou Evropy. Základní lidská práva, která jsou v této úmluvě obsažena, podrobněji rozvádí pro oblast zdravotnictví Úmluva o lidských právech a biomedicíně (Mach, Buriánek, 2013). Úmluva o ochraně lidských práv a svobod byla sjednána v Římě roku 1950. V České republice byla přijata 18. března 1992 a publikována pod č. 209/1992 ve Sbírce zákonů (Mach, Buriánek, 2013)

Hlavní přínos této úmluvy spočívá v tom, že poprvé umožnila jednotlivcům i všem smluvním stranám podávat stížnosti týkající se porušení chráněných práv, především díky účinné soudní kontrole, kterou zajišťuje Evropský soud pro lidská práva sídlící ve Štrasburku (Těšinová, Žďárek, 2011). Důležitý význam mají především ustanovení zakotvující následující lidská práva: právo na život, na svobodu, nedotknutelnost a bezpečnost osobnosti, právo na přiměřené soudní řízení, právo na respektování soukromého i rodinného života, právo na svobodné vyjádření názorů, právo na svobodu myšlení, svědomí a náboženství, zákaz mučení, otroctví a nucených prací (Těšinová, 2011).

1.3.3 Listina základních práv a svobod

Listina základních práv a svobod byla vyhlášena usnesením předsednictva České národní rady jako součást ústavního pořádku v prosinci roku 1992 a je součástí ústavního řádu platného na území ČR nepřetržitě od přijetí ústavního zákona č. 23/1991 Sb. (Těšinová, 2011).

Představuje ústavněprávní základ ochrany lidských práv, včetně oblasti poskytování zdravotní péče, ke které se vztahují zejména články garantující právo na život, nedotknutelnost osoby i jejího soukromí, právo na osobní svobodu, právo na ochranu zdraví a na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého života (Těšinová, 2011). Navrátil (2013) uvádí, že základní práva obsažené v listině v zásadě vyjadřují vztah mezi státem a občanem a zpravidla každý se může těchto práv domáhat. Jen některá práva jsou vázána na státní občanství. Ústavní zákony, další právní předpisy, jejich výklad a používání musí být v souladu s touto listinou (ústavní zákon, 1993).

Podle článku 6 má každý právo na život a na ochranu svého zdraví. Každý lidský život je chráněn již před narozením. Nikdo nesmí být zbaven života, trest smrti je nepřípustný (Mach, 2003). Článek 7 odstavec 1 Listiny základních práv a svobod stanovuje nedotknutelnost osoby a jejího soukromí. Toto ustanovení zaručuje také právo občana na to, aby jakékoli zdravotní výkony na něm prováděné byly pouze s jeho poučeným a kvalifikovaným souhlasem. Soukromí člověka je chráněno povinnou mlčenlivostí ve zdravotnictví, která je blíže specifikována v článku 10. Podle tohoto článku má každý právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, dobrá pověst, osobní čest a bylo chráněno jeho jméno. Problematika zdravotnictví je také zahrnuta v článku 31, podle kterého má každý právo na ochranu zdraví a na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči (Mach, 2003).

1.3.4 Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

Dne 1. 4. 2012 nabývá účinnosti zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), který nahradil jeden z nejstarších platných zákonů č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Snahou a motivací pro tuto změnu byla především úprava práv pacientů a odklon od paternalistického

zdravotnictví, kdy je pacient vnímán spíše jako pasivní příjemce zdravotních služeb, než jako pacient, který sám rozhoduje o své léčbě (Lojdrová, Malý, 2014).

Tento zákon zpracovává příslušné předpisy Evropské unie. Dále upravuje zdravotní služby a podmínky jejich poskytování a s tím spojený výkon státní správy, formy a druhy zdravotní péče, práva a povinnosti pacientů a osob pacientům blízkých, poskytovatelů zdravotních služeb, zdravotnických pracovníků, jiných odborných pracovníků a dalších osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, podmínky hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, další činnosti související s poskytováním zdravotních služeb (zákon č. 372/2011 Sb.).

1.3.5 Nový občanský zákoník

Dne 1. ledna 2014 vstoupil v účinnost zákon 89/2012 Sb., nový občanský zákoník (dále jen NOZ).

Hlavním cílem tohoto zákoníku je sjednocení všech úprav občanskoprávních vztahů do jediného právního předpisu (NOZ, 2014). NOZ obsahuje 3081 paragrafů, přejímá celou řadu pravidel a je rozvržen do pěti částí (Knížková, 2015).

Díl 9 čtvrté části zavádí v § 2636 - 2651 smlouvu o péči o zdraví, jejímž cílem je upravit právní režim poskytování péče o zdraví včetně postavení poskytovatele a pacienta při poskytování zdravotních služeb. Zároveň NOZ obsahuje i komplexní úpravu zásahů do integrity fyzické osoby a nutnosti jejího souhlasu k takovému zásahu (NOZ, 2014).

1.3.6 Etický kodex Práva pacientů

Kodex Práva pacientů není a nikdy nebyl sám o sobě právně vymahatelný. Jsou to práva pacientů, která jsou závazná morálně, nikoli právně (Davídek, 2014). V podstatě vyjadřuje opodstatněná přání nemocných. Bylo by ale chybou domnívat se, že etický kodex nemá žádný smysl a je to pouze soubor doporučení, návodů a rad. Je totiž koncipován v komparativní formě i v zákonných ustanoveních (Haškovcová, 2007). První charta práv nemocných byla vyhlášena v USA. Poté bylo nezbytně nutné, aby zdravotníci přesně a jasně vymezili, jaká péče má být nemocnému poskytnuta a na jakou péči má právo. Na základě toho začaly vznikat první standardy zdravotní péče, které postupně vymezovaly kvalitu ošetrovatelské a léčebné péče. Česká verze etického kodexu „Práva

pacientů“ byla schválena Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví ČR dne 25. února 1992 (Bužgová, 2009).

1.4 Práva pacientů

1.4.1 Informovaný souhlas

Právní úprava informovaného souhlasu je zakotvena v Úmluvě o lidských právech a biomedicině (Žďárek, 2011), která byla ratifikována Českou republikou v roce 2001 a zveřejněna pod číslem 96/2001 Sb. Informovaného souhlasu se týká především článek 5 – obecné pravidlo, ve kterém je uvedeno: „*Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích. Dotčená osoba může kdykoli svobodně svůj souhlas odvolat*“ (Mach, Záleská, 2013).

Výjimkou je stav krajní nouze (jak je zakotveno v bodě č. 3 článku 10 Úmluvy o lidských právech a biomedicině), kdy nelze získat daný souhlas a současně je nutné bezodkladně provést lékařský zákrok pro záchranu života a zdraví nemocného (Haškovcová, 2007).

Poskytovat zdravotní péči zásadně, pouze a jenom na základě informovaného souhlasu pacienta, až na některé zákonné výjimky, je druhá nejvýznamnější povinnost lékaře respektive zdravotnického pracovníka (Žďárek, 2011). Je zřejmé, že v současné době musí každý zdravotník a zvláště pak lékař komunikovat s pacientem. Otázkou ovšem zůstává, do jaké míry mají být informace podrobné a zda mají obsahovat i nepříznivé údaje, které by mohly poškodit psychiku pacienta (Mach, Záleská, 2013). Podle § 34 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), je však lékař povinen vhodným způsobem poučít nemocného, popřípadě členy jeho rodiny o povaze jeho onemocnění a o potřebných výkonech (Mach, Záleská, 2013).

Pacient má mít tedy dostatečný vhled do situace své nemoci a porozumět stavu věcí tak, aby se mohl svobodně rozhodnout (Haškovcová, 2007). To znamená, že předtím, než vysloví své stanovisko k navržené léčbě, k preventivnímu, k léčebnému, diagnostickému,

rehabilitačnímu či jinému zdravotnímu výkonu má právo být podrobně informován o všem, co s tímto výkonem a zákrokem souvisí a před jeho provedením se svobodně rozhodnout o svém souhlasu, či nesouhlasu (Mach, 2006).

Informaci o zdravotním stavu podává ošetřující zdravotnický pracovník, který je způsobilý k poskytování zdravotních služeb (Mach, Záleská, 2013). Formy souhlasu se realizují třemi základními způsoby: ústně, konkludentně nebo písemně. V běžných situacích, zejména v ordinacích praktických lékařů, je dostačující, pokud pacient sdělí svůj souhlas ústně nebo jej projeví mlčky s významně souhlasným gestem, tzv. konkludentní formou (Haškovcová, 2007). Souhlas pacienta v písemné formě je nutné požadovat v případě některých konkrétních výkonů rizikovější povahy či závažného dopadu (Polícar, 2010).

1.4.2 Poskytování zdravotních služeb bez souhlasu

Nedobrovolná hospitalizace ve zdravotnickém zařízení je závažný zásah do osobní integrity a práv jednotlivce, neboť každý člověk je svobodný a není povinen činit nic, co mu neukládá zákon (Těšinová, Polícar, 2011). Avšak zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. uvádí, že pacienta lze bez jeho souhlasu hospitalizovat v následujících případech:

- v případě soudem uloženého ochranného léčení, nařízené izolace, karantény nebo léčení podle zákona o ochraně veřejného zdraví nebo v případě vyšetření zdravotního stavu podle trestního nebo občanského soudního řádu na základě rozhodnutí soudu (zákon č. 372/2011 Sb.);
- jestliže pacient ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy nebo touto poruchou trpí nebo je pod vlivem návykové látky, pokud hrozbu pro pacienta nebo jeho okolí nelze odvrátit jinak (zákon č. 372/2011 Sb.);
- jestliže zdravotní stav pacienta vyžaduje poskytnutí neodkladné péče a zároveň neumožňuje, aby vyslovil souhlas (zákon č. 372/2011 Sb.).

1.4.3 Dříve vyslovená přání

Úmluva o lidských právech a biomedicíně, článek 9, stanovuje, že bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit své přání s poskytnutím zdravotních služeb (Mach, Záleská, 2013). Nejde jen o naléhavé situace, může se jednat o případy, kdy pacient předvídá, že se ocitne v situaci, ke které se nebude moci vyjádřit. Obávanými příklady takových situací jsou progresivní choroby, jako je třeba senilní demence, závažný úraz nebo apalický syndrom (Mach, 2006). Helena Haškovcová (2007) říká, že „*předem vyslovené přání nemá a nemůže mít definitivní charakter*“. Pokud existuje písemná forma předem vysloveného přání z minulosti a současné přání pacienta je odlišné, je nutné respektovat aktuální situaci.

Pacient může učinit dříve vyslovené přání kdykoli v průběhu hospitalizace nebo při přijetí do péče, a to ohledně zdravotních služeb zajišťovaných poskytovatelem, u kterého je ve zdravotní péči. Jeho platnost se vztahuje pouze k poskytování služeb u daného poskytovatele (Mach, Záleská, 2013). Dříve vyslovené přání nelze respektovat, jedná-li se o nezletilé pacienty nebo pacienty zbavené způsobilosti k právním úkonům (Mach, Záleská, 2013).

1.4.4 Zadržení nepříznivé informace

Zákon stanovuje, že lékař musí pacientovi poskytnout veškeré informace týkající se jeho zdravotního stavu. Pacient má být informován pravdivě a srozumitelně. Není možné, aby lékař některé informace pacienta zadržel (Candigliota, 2011).

Lékař může pacientovi nesdělít celou a pravdivou diagnózu v případě, že si to pacient sám nepřeje. Není jeho povinností znát všechny informace o svém zdravotním stavu, případně může určit místo sebe jinou osobu pro sdělování informací (Candigliota, 2011).

Zdravotnický pracovník může zadržet nepříznivou informaci o zdravotním stavu pacienta na nezbytně nutnou dobu, pokud by mohla pacientovi způsobit závažnou újmu na zdraví.

Zadržení nepříznivé informace se vylučuje, pokud:

- je zdravotní stav pacienta rizikem pro jeho okolí a je třeba, aby byl informován o zdravotním stavu v plném rozsahu,
- informace je nutná k léčbě a prevenci,
- pacient výslovně žádá o pravdivou informaci, aby si mohl zajistit osobní záležitosti (Mach, Záleská, 2013).

1.4.5 Odmítnutí zdravotní péče (negativní revers)

Pokud pacient odmítne vyslovit souhlas s poskytnutím zdravotních služeb i přes náležité vysvětlení a potřebné informace, vyžádá si o tom ošetřující lékař písemné prohlášení - revers (Mach, 2006). Jestliže pacient odmítne revers podepsat a současně nesouhlasí s příslušným zdravotním výkonem, je třeba tuto skutečnost uvést do zdravotnické dokumentace. Součástí tohoto záznamu musí být písemné prohlášení svědka o tom, že pacient odmítá poskytnutí zdravotní péče (Policar, 2010). U odmítnutí zdravotní péče ze strany zdravotnického zařízení, respektive zdravotnického pracovníka musí být zaznamenáno do zdravotnické dokumentace datum a časový údaj tohoto odmítnutí (Policar, 2010). Právně je velmi nebezpečné zapsat do zdravotnické dokumentace, že pacient nesouhlasí například s hospitalizací nebo operací, podepsat se a poté nepostupovat podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), tedy nevyžádat si od pacienta písemný informovaný souhlas (Mach, Záleská, 2013). V takovém případě hrozí lékaři nařčení, že neposkytl pacientovi potřebné informace.

Negativní revers je institutem k naplnění práva pacienta na jeho osobní svobodu a sebeurčení. Zároveň je i významným nástrojem právní ochrany zdravotnických pracovníků (Těšinová, 2011).

1.5 Základní povinnosti zdravotnických pracovníků

1.5.1 Povinnost zachovávat mlčenlivost

Základem povinné mlčenlivosti, jíž jsou zdravotničtí pracovníci vázáni, je Úmluva o lidských právech a biomedicíně, kde se v článku 10 odstavci 1 uvádí, že „každý má právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o svém zdraví“. Rovněž listina základních práv a svobod vyhláší v článku 10, že každý má právo na ochranu před

neoprávněným zasahováním do soukromého a rodinného života a na ochranu před neoprávněným shromažďováním, zveřejňováním nebo zneužíváním údajů o své osobě (Těšinová, 2011).

V ustanovení § 51 odst. 1 zákona o zdravotních službách se uvádí: „*Poskytovatel je povinen zachovat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb*“ (zákon č. 372/2011Sb).

V zákoně o zdravotních službách v § 51 jsou dále definovány i základní výjimky z této povinnosti. Existují situace, kdy lze povinnou mlčenlivost prolomit v souladu s ústavními principy v zájmu pacienta nebo v zájmu veřejném. Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků není tedy povinností absolutní (Těšinová, 2011). Za porušení povinné mlčenlivosti se nepovažuje sdělování údajů nebo jiných skutečností, je-li poskytovatel zproštěn pacientem, popřípadě zákonným zástupcem pacienta, mlčenlivosti a sděluje-li údaje nebo tyto skutečnosti v rozsahu zproštění (Buriánek, Kvapilová, Valášek, 2013). Dagmar Záleská (2013) zdůrazňuje, že zde je důležité velmi důsledně dbát na to, aby měl lékař v případě potřeby jasný důkaz, že toto zproštění nastalo. Nejčastější výjimkou z povinné mlčenlivosti je předávání informací nezbytných pro zajištění návaznosti poskytovaných zdravotních služeb. I v tomto případě je však nutné upozornit, že lékař, který se dotazuje na informace ze zdravotnické dokumentace, tak musí činit vždy pouze v souvislosti s poskytováním zdravotní péče (Záleská, 2013).

V případě, že zdravotničtí pracovníci neoprávněně sdělují informace o zdravotním stavu pacienta bez jeho souhlasu, jedná se o trestný čin porušení povinné mlčenlivosti a neoprávněné nakládání s osobními údaji. Podle trestního zákona č. 40/2009 Sb. § 180 může být zdravotnický pracovník za takové porušení povinnosti odsouzen až na tři roky (Prudil, 2004).

1.5.2 Povinnost jednat eticky

Mravní normy slouží ve zdravotnictví jako návod, jsou doporučením chování a jednání, které je žádoucí v různých profesionálních situacích. Etická norma vychází z cíle, kterého má být dosaženo. Cíl odráží hodnoty, dává normám ospravedlnění a zdůvodnění, nedává však přesný recept. Je tedy na každém konkrétním zdravotníkovi, jak tuto normu přijme a aplikuje v praxi (Bužgová, 2013).

Soubor etických norem, podle kterého by se měli zdravotničtí pracovníci a lékaři řídit, se nazývá etický kodex. Povinnost postupovat v souladu s etikou lékařského povolání vyplývá například i ze zákona o komorách. Předpokládá se tedy jeho vnitřní přijetí a vnější dodržování (Bužgová, 2013). Nelze jej tedy vnímat pouze, jako něco, k čemu není třeba přihlížet. Jeho nedodržení se může projevit v rovině pracovněprávní, občanskoprávní i disciplinární odpovědnosti zdravotnického pracovníka (Bužgová, 2013).

Nejobecnější povinností zdravotnických pracovníků je vykonávat zdravotnické povolání s úctou a respektem k lidské důstojnosti pacienta, poctivě, svědomitě, s hlubokým lidským vztahem k občanům a svědomím odpovědnosti ke společnosti (Bužgová, 2013).

1.6 Zdravotnická dokumentace

1.6.1 Přístup ke zdravotnické dokumentaci

Zdravotnická dokumentace slouží nejen k ochraně pacienta, ale i zdravotnického zařízení či lékaře, kteří tak mohou prokázat, že při léčbě postupovali správně (Candigliota, 2011).

Do zdravotnické dokumentace mají v souladu se zákonem o zdravotních službách právo nahlížet dvě skupiny subjektů. Jednak je to sám pacient a, jeho zákonný zástupce, dále jsou to osoby určené pacientem nebo jeho zákonným zástupcem. Vedle toho mohou do zdravotnické dokumentace nahlížet i další osoby, mezi něž patří zdravotničtí pracovníci, kteří se podílejí na poskytování zdravotních služeb, ale například i soudní znalci (Buriánek, Kvapilová, Valášek, 2013). Oprávnění nahlížet do zdravotnické dokumentace mají také revizní lékaři zdravotních pojišťoven v rozsahu stanoveném zvláštním právním předpisem. Zdravotní pojišťovny jsou oprávněny kontrolovat poskytování a využívání zdravotní péče, která je hrazena ze zdravotního pojištění. Od 1. ledna 2006 bylo dáno právo nahlížet do zdravotnické dokumentace také veřejnému ochránci práv. Ten má toto oprávnění pouze v souvislosti s šetřením podle zvláštního zákona. Při výkonu jeho oprávnění má být zajištěna ochrana citlivých údajů třetích osob (Policar, 2010).

Univerzita v Jižní Kalifornii ve Spojených státech, která se zabývá také systémem zdravotnictví, oznámila v lednu roku 2016 pacientům, že díky nové mobilní aplikaci budou mít umožněn přístup ke svým zdravotnickým záznamům v elektronické podobě. Tento nový přístup k informacím je zaveden s cílem zvýšit povědomí veřejnosti o právech pacientů a kontrolu jejich údajů (Konski, 2016).

Elektronický způsob vedení zdravotnické dokumentace v České republice nemá příliš dlouhou tradici a dosud není ani uplatňován všemi poskytovateli. Zatímco tradiční listinná forma nepřináší v praxi komplikace nebo nejasnosti, v případě elektronické zdravotnické dokumentace takové problémy někdy vznikají (Buriánek, Kvapilová, Valášek, 2013).

1.6.2 Přístup ke zdravotnické dokumentaci v případě úmrtí pacienta

V případě úmrtí pacienta mohou nahlížet do jeho zdravotnické dokumentace nebo do jiných zápisů vztahujících se ke zdravotnímu stavu pacienta osoby, které si určí pacient za svého života. Pokud tato situace nenastane a pacient si neurčí za svého života žádné osoby, mají toto právo osoby blízké (Těšinová, 2011). Výjimkou jsou situace, kdy pacient zakáže, aby osoby blízké nebo kterákoli osoba jiná nahlížely do jeho zdravotnické dokumentace. Tento zákaz je třeba respektovat. Zákon myslí i na situace, kdy zájem na ochraně zdraví těchto osob převyšuje nad zájmem zemřelého, jedná-li se o případy infekčního onemocnění či dědičných chorob, a ten pak umožňuje zákaz vyslovený pacientem prolomit. Potom je lékař oprávněn poskytnout informace, ale pouze v rozsahu nezbytném pro ochranu zdraví pozůstalých (Policar, 2010).

1.7 Vymezení pojmu lege artis

1.7.1 Právní základ povinnosti poskytovat péči lege artis

Povinnost postupovat při poskytování zdravotní péče lege artis je základní právní povinností každého lékaře. Úmluva o lidských právech a biomedicíně, článek 4, stanovuje, že jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví včetně vědeckého výzkumu je nutno provádět s příslušnými profesními povinnostmi a standardy (Mach, Záleská, 2013).

Okolo pojmu lege artis byla několik let vedena značná diskuze. V původní znění zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, bylo stanoveno poskytovat zdravotní péči na

úrovni současných poznatků lékařské vědy. Po roce 1990 se ukázalo, že je nezbytné definici doplnit alespoň o slovo „ dostupných“ poznatků lékařské vědy. V roce 2008 předložilo Ministerstvo zdravotnictví ČR návrh nového zákona o zdravotních službách, ve kterém byla navrhována definice lege artis tak, že je povinností zdravotnických pracovníků poskytovat zdravotní služby podle potřeb pacienta. Česká lékařská komora varovala před tímto zněním a poslední definicí, kterou navrhuje, dostatečně chrání jak práva pacientů, tak zdravotníky před zbytečnými žalobami a trestním stíháním (Mach, Záleská, 2013). Ustanovení § 4 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), zní: *„Náležitou odbornou úrovní se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti.“*

V zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), je tedy uvedeno, že: *„pacient má právo na poskytování zdravotních služeb na náležité odborné úrovni“*. Toto ustanovení je třeba vykládat v souladu s § 4 odst. 5 zákona, vymezujícím náležitou odbornou úroveň, jako poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti. Podle této definice je lékař povinen zvolit s ohledem na pacienta co nejvhodnější způsob léčby. Ve výjimečném případě, kdy lékař zvolí jiný než medicínsky uznávaný postup, musí tuto skutečnost uvést ve zdravotnické dokumentaci (Císařová, Sovová, 2008).

Pro zajištění ústavní konformity zákona o zdravotních službách je třeba, aby byl zajištěn především soulad s Úmluvou o lidských právech a biomedicíně, která má v případě rozporu se zákonným ustanovením aplikační přednost. Lékařský zákrok bude vždy proveden v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy, pokud bude prováděn podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů (Holík, 2012).

1.7.2 Postup non lege artis

Medicína se neustále vyvíjí, řada postupů, které se učili studenti lékařství před padesáti lety, je z pohledu medicíny třetího tisíciletí non lege artis a rovněž mnohé

postupy, které se vyučují dnes na lékařských fakultách, budou s vysokou pravděpodobností non lege artis již za dvacet let (Žďárek, 2011).

Judikatura uvádí, že za zdravotní péči non lege artis je považována taková zdravotní péče, při které jsou používány postupy zastaralé, nedostatečně účinné, neověřené nebo dokonce nebezpečné, míru nebezpečnosti, zastaralosti a neúčinnosti však z pochopitelných důvodů nestanovila. Proto je zřejmé, že otázka, zda postup byl či nebyl lege artis, je otázkou odbornou. Proto se na ni přísluší odpovídat odborníkům- lékařům (Těšinová, Žďárek, 2011).

Pokud dojde v důsledku nesprávného léčebného postupu ke vzniku závažné škody na zdraví, může mít tato skutečnost hluboké sociální dopady na sociální život pacienta i jeho blízkých. Může dojít k dlouhodobé pracovní neschopnosti nebo i ke smrti uživatele (Candigliota a kol., 2010). Tyto případy je někdy možné řešit odpovědnostním vztahem mezi poškozeným pacientem a poskytovatelem zdravotní péče. Pokud jsou dány základní složky odpovědnostního vztahu, může pacient požadovat náhradu způsobené škody po zdravotnickém zařízení. V případě, že se některou ze složek odpovědnostního vztahu nepodaří prokázat, zdravotnické zařízení za způsobenou škodu na zdraví neodpovídá. Na tuto situaci zákonodárci některých zemí reagují zakotvením právní úpravy odškodňování pacientů prostřednictvím různých forem odškodňovacích fondů (Candigliota a kol., 2010).

Praktická část

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cílem mé bakalářské práce je shrnout současnou právní úpravu dané problematiky a zjistit znalosti práv a povinností pacientů mezi muži, ženami, vysokoškolsky vzdělanými a pacienty s nižším vzděláním u laické veřejnosti na okrese Třebíč.

2.2 Hypotézy

Pro svou bakalářskou práci jsem si stanovila tyto hypotézy

H 1: Pacienti s vysokoškolským vzděláním znají více práva a povinnosti pacientů než pacienti s nižším vzděláním.

H 2: Ženy znají více práva a povinnosti pacientů než muži.

Respondenti byli rozděleni podle vzdělání na respondenty s VŠ vzděláním a s nižším než VŠ vzděláním. Do skupiny s nižším než VŠ vzděláním patřili respondenti se vzděláním základním, vyučení, se vzděláním středoškolským s maturitou a vyšším odborným – VOŠ. Podle mezinárodní standardní klasifikace vzdělávání – ISCED patří VOŠ do prvního stupně terciárního vzdělávání, tudíž jsou na nižším stupni než VŠ (ISCED – klasifikace vzdělávání).

3 METODIKA

3.1 Použité metody

V této práci jsem zvolila kvantitativní výzkum, metodu dotazování. Ke sběru dat byl použit dotazník, který je součástí přílohy (viz příloha). Předností kvantitativního výzkumu je relativně rychlý a přímočarý sběr dat, je užitečný při zkoumání velkého počtu respondentů a výsledky jsou nezávislé na výzkumníkovi (Hendl, 2005). Výhodou dotazníkového šetření je nízká časová a finanční náročnost. Oproti tomu nevýhodou může být nízká návratnost dotazníků (Hendl, 2005).

Na začátku dotazníku je oslovení respondenta, následně uvádím své jméno, název školy a studovaný obor. Dále zmiňuji zdůvodnění výzkumu a ujišťuji pacienta o jeho anonymitě. V dotazníku je celkem 16 uzavřených otázek, ze kterých si respondent vybere správnou odpověď. První tři otázky jsou identifikační. Týkají se pohlaví, věku a vzdělání. Otázka č. 1 byla položena také s ohledem na hypotézu 2, která je zaměřena na to zda ženy znají více práva a povinnosti pacientů než muži. Třetí otázka zjišťovala nejvyšší dosažené vzdělání respondenta a zároveň se vztahovala k hypotéze 1, která řešila, zda pacienti s vysokoškolským vzděláním znají více práva a povinnosti pacientů než pacienti s nižším vzděláním. Ostatní otázky, 4 až 16, zjišťovaly znalosti respondentů týkající se práv a povinností pacientů při poskytování zdravotních služeb. Výsledky, které se vztahují ke stanoveným hypotézám, byly zpracovány v programu Microsoft Office Excel pomocí statistického Studentova T-testu.

V případě tohoto výzkumu bylo rozdáno celkem 300 dotazníků, vráceno bylo 147, z toho 11 dotazníků bylo vzhledem k nedostatečnému nebo chybnému vyplnění vyřazeno ze zpracování. Zbylé dotazníky byly vráceny nevyplněné. Konečný výzkumný soubor tedy tvoří 136 dotazníků. Návratnost činí 45 %.

Dotazníky v tištěné podobě byly rozdány prostřednictvím zdravotnického personálu v ambulantních zařízeních na okrese Třebíč. Konkrétně se jedná o tři ordinace praktických lékařů, a to v Hrotovicích, Třebíči a Náměšti nad Oslavou, a gynekologickou ordinaci v JE Dukovany. Sběr dat probíhal od února 2016 do dubna 2016. Výzkumný soubor tvořili občané starší 18 let.

Grafické znázornění výsledků

Výsledky z vlastního výzkumu dotazníkového šetření. Každá otázka je znázorněna grafem nebo tabulkou.

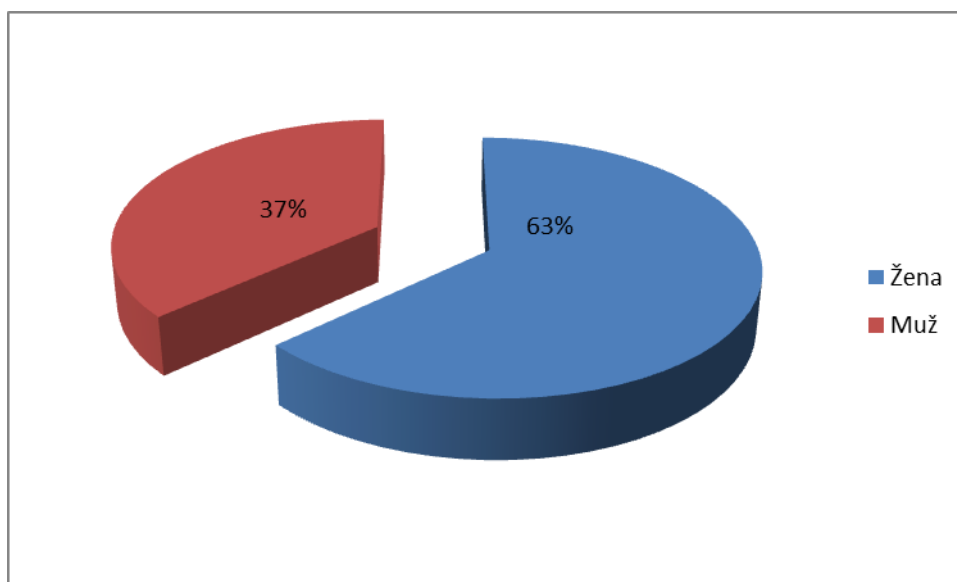
Otázka č. 1: Dotaz směřoval na pohlaví respondenta. Tato otázka byla položena také s ohledem na hypotézu č. 2, která je zaměřena na to, zda ženy znají více práva a povinnosti pacientů než muži. Z celkového počtu 136 respondentů bylo 51 mužů (37 %) a 85 žen (62 %).

Tabulka 1 Počet respondentů podle pohlaví

Pohlaví	Počet respondentů	Počet respondentů v %
Muž	50	37 %
Žena	86	63 %
Celkem	136	100 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 1 Počet respondentů podle pohlaví



Zdroj: Vlastní výzkum

Je pravděpodobné, že vzhledem k tomu, že část dotazníků byla umístěna v gynekologické ordinaci, převažují mezi dotazovanými respondenty ženy.

Otázka č. 2: Dotaz na věk

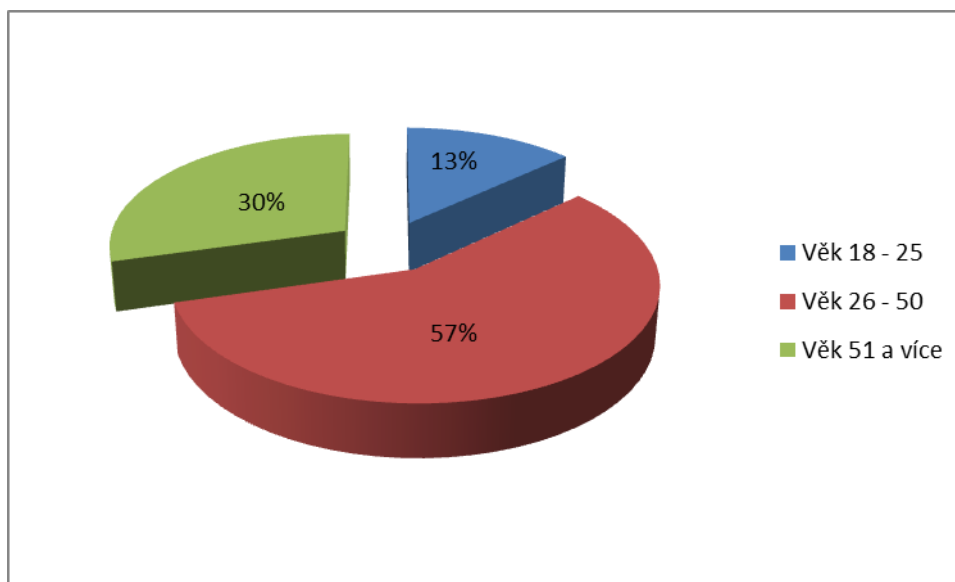
Tabulka 2 Počet respondentů podle věku

Věk	Počet respondentů	Počet respondentů v %
18 – 25 let	18	13 %
26 – 50 let	78	57 %
51 let a více	40	30 %
Celkem	136	100 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Nejpočetnější skupinou mezi respondenty byla věková kategorie 26-50 let celkem 78 (57 %). Následující byla skupina ve věkové kategorii 51 let a více s celkovým počtem 40 respondentů (30 %). Nejmenší počet respondentů tvořila skupina 18-25 let, celkem 18 respondentů (13%)

Graf 2 Počet respondentů podle věku



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 3 řešila nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Tato otázka se týká hypotézy č. 1, která se zaměřuje na to, zda pacienti s vysokoškolským vzděláním znají více svá práva a povinnosti než pacienti s nižším vzděláním.

Tabulka 3 Počet respondentů podle vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Počet respondentů	Počet respondentů v %
Základní	1	1 %
Vyučení nebo střední odborné bez maturity	38	28 %
Středoškolské s maturitou	46	34 %
Vyšší odborné – VOŠ	14	10 %
Vysokoškolské vzdělání	37	27 %
Celkem	136	100 %

Zdroj: Vlastní výzkum

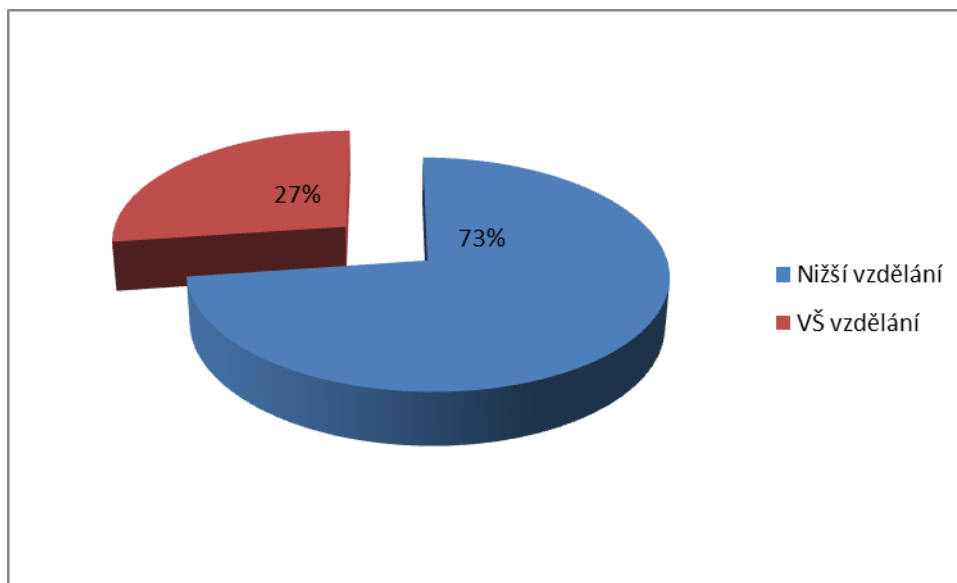
Z dotazovaných respondentů uvedl základní vzdělání 1 (1 %), vyučení nebo vzdělání střední odborné bez maturity 38 (28 %), středoškolské s maturitou 46 (34 %), vyšší odborné (dále „VOŠ“) 14 (10 %), vysokoškolské 37 (27 %).

Tabulka 4 Počet respondentů v kategorii nižší/vysokoškolské vzdělání

Rozdělení vzdělání	Počet respondentů	Počet respondentů v %
Nižší vzdělání	99	73 %
Vysokoškolské vzdělání	37	27 %
Celkem	136	100 %

Zdroj: Vlastní výzkum

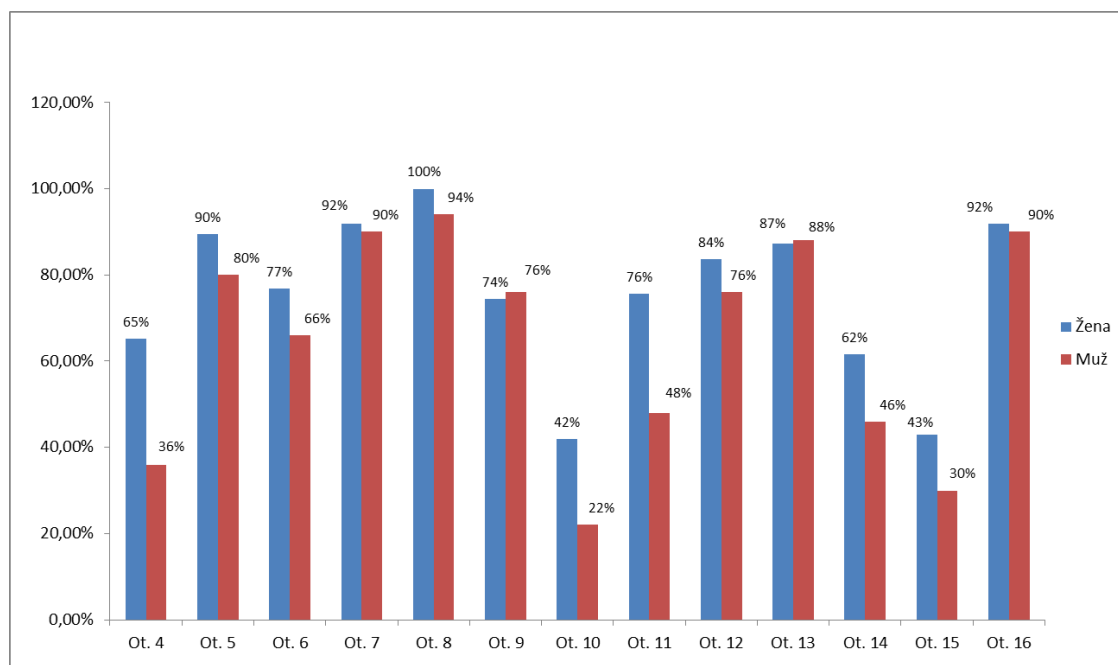
Graf 3 Počet respondentů podle vzdělání



Zdroj: Vlastní výzkum

Podle mezinárodní standardní klasifikace vzdělávání ISCED patří do skupiny s nižším než VŠ vzděláním respondenti se vzděláním základním, vyučení, se vzděláním středoškolským a VOŠ.

Graf 4 Přehled počtu správných odpovědí podle pohlaví



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 4

Sloupcový graf č. 4 zachycuje přehled správných odpovědí podle pohlaví – jsou v něm vyobrazeny jednotlivé otázky od čísla 4 do čísla 16 a u každé z nich je procentuálně vyjádřen počet správných odpovědí dle pohlaví respondenta.

Otázka č. 4 se týkala zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Zde jsem se dotazovala respondentů, zda vědí, kterým právním předpisem byla nahrazena 46 let stará právní úprava. U této otázky byly úspěšnější ženy. Správně odpovědělo celkem 65 % žen a 36 % mužů.

U otázky č. 5, zda má pacient právo nahlížet do své zdravotnické dokumentace, nebyl v počtu správných odpovědí mezi ženami a muži příliš velký rozdíl. Přesto i zde byly ženy úspěšnější, prokázaly znalost tohoto práva v 90 %, muži v 80 %. Správná odpověď je „ano, pacient má právo nahlížet do své zdravotnické dokumentace“.

Na otázku č. 6, kdy má zdravotnický pracovník právo neposkytnout zdravotní služby, je správná odpověď: V případě, že by došlo při jejich poskytování k přímému ohrožení jeho života nebo k vážnému ohrožení zdraví. Správně odpovědělo 64 žen (77%) a 34 mužů (66 %).

Minimální rozdíl v počtu správných odpovědí byl i u **otázky č. 7**, která zjišťovala, zda je pacient povinen dodržovat navržený léčebný postup. Správná odpověď zněla: Ano, pokud s poskytováním zdravotních služeb vyslovil souhlas. Zde byly velice úspěšné obě skupiny. Muži (90 %), ženy (92 %).

Otázka č. 8, zda má pacient právo na svobodnou volbu lékaře nebo zdravotnického zařízení. Správně „ano“ odpovědělo 100 % žen a 94 % mužů. U této otázky dosáhli respondenti obou pohlaví nejvyšší procento správných odpovědí, znamená to tedy, že o tomto právu mají velice dobré znalosti.

Na otázku č. 9, co je informovaný souhlas, správně odpovědělo, že souhlas pacienta poté, co byl srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a o navrženém léčebném postupu a všech jeho změnách, 76 % mužů a 74 % žen.

U otázky č. 10, kdy může být pacient hospitalizován bez svého souhlasu, byli respondenti upozorněni na možnost více správných odpovědí. Ženy měly 42 % správných odpovědí, muži pouze 22 %. Za zcela správnou bylo považováno, pokud respondent označil všechny tři odpovědi: A) V případě rozhodnutí soudu o uložení ochranného léčení, nařízené izolace, karantény nebo léčení podle zákona o ochraně veřejného zdraví, popř. nařízení vyšetření zdravotního stavu. B) Pokud ohrožuje závažným způsobem sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy. C) Je-li pod vlivem návykové látky, pokud hrozbu pro pacienta nebo jeho okolí nelze odvrátit jinak nebo jeho zdravotní stav vyžaduje poskytnutí neodkladné péče a zároveň neumožňuje, aby vyslovil souhlas. Pokud respondent označil pouze jednu nebo dvě správné odpovědi, byla otázka vyhodnocena jako nesprávně zodpovězená.

Otázka č. 11, koho může lékař informovat o pacientově zdravotním stavu? Z celkového počtu 136 respondentů odpovědělo správně 76 % žen a 48 % mužů. Správná odpověď je: „Osobu, kterou si určí pacient“.

Úspěšné byly obě skupiny respondentů u *otázky č. 12*, ženy měly více správných odpovědí 84 %, než muži 76 %. Zde jsem se dotazovala, zda má pacient právo odmítnout přítomnost osoby připravující se na výkon povolání zdravotnického pracovníka. Správná odpověď zněla: „Ano, vždy“.

Otázka č. 13 řešila, zda respondenti vědí, co znamená pojem „dříve vyslovené přání“. U této otázky byli úspěšnější muži o 1 %, dosáhli celkem 88 % správných odpovědí, ženy 87 %. Správná odpověď je: „Předem vyslovený souhlas nebo nesouhlas pacienta s lékařským zákrokem pro případ kdyby, se pacient dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém se nebude moci vyjádřit ke způsobu poskytnutí zdravotních služeb“.

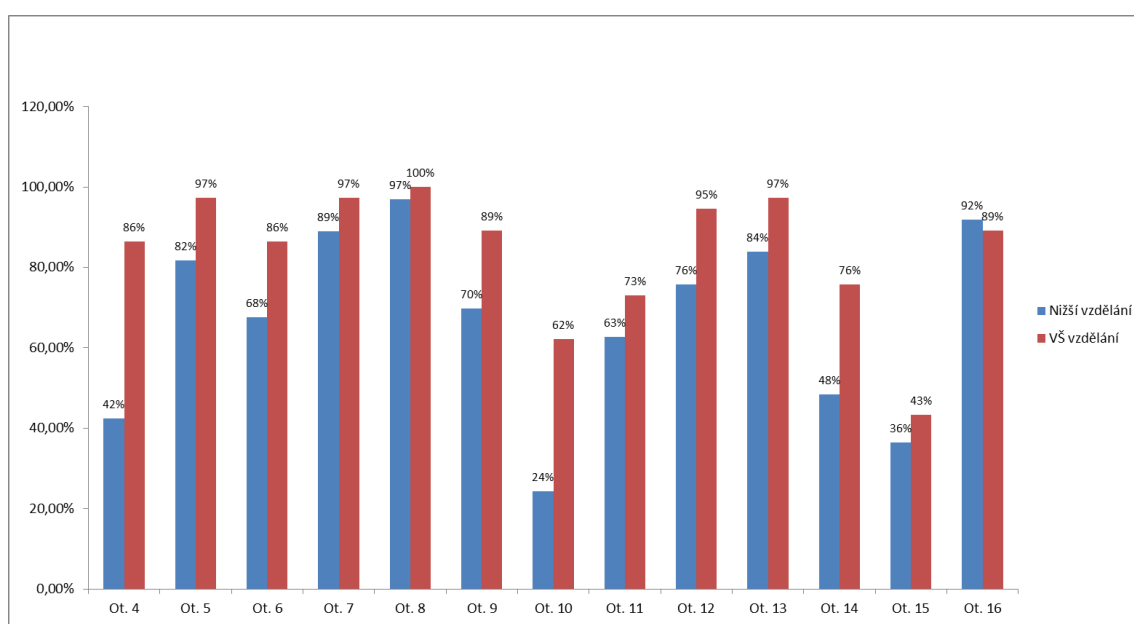
Na otázku č. 14, zda má pacient právo vyžádat si konzultační služby od jiného zdravotnického pracovníka, správně odpovědělo, že: „ano, ale toto neplatí v případě poskytování neodkladné péče nebo u osob ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence“, 62 % žen a 46 % mužů.

Otázkou č. 15, jsem se dotazovala respondentů, zda má pacient právo být předem informován o ceně poskytovaných zdravotních služeb nehrazených nebo částečně

hrazených z veřejného zdravotního pojištění a o způsobu jejich úhrady. Z grafu je zřejmé, že u této otázky mají respondenti méně znalostí. Opět jsou lépe informovány ženy, které mají 43 % správných odpovědí, muži 30 %.

Otázka č. 16, řešila, zda je pacient povinen informovat ošetřujícího zdravotnického pracovníka o dosavadním vývoji svého zdravotního stavu. U této otázky prokázaly opět velice dobré znalosti obě skupiny respondentů, přesto byly o 2 % úspěšnější ženy. Měly celkem 92 % a muži 90 % správných odpovědí. Správná odpověď zní: „ano vždy“.

Graf 5 Přehled počtu správných odpovědí podle vzdělání



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 5

Sloupcový graf č. 5 zachycuje přehled správných odpovědí podle vzdělání. Jak již bylo výše zmíněno, respondenti jsou rozděleni do skupin s VŠ vzděláním a nižším než VŠ vzděláním, do které patří podle mezinárodní standardní klasifikace vzdělávání ISCED, respondenti se vzděláním základním, vyučením, středoškolským s maturitou a VOŠ. V grafu jsou vyobrazeny jednotlivé otázky od čísla 4 do čísla 16 a u nich je procentuálně vyjádřený počet správných odpovědí respondentů podle vzdělání.

Více správných odpovědí u **otázky č. 4** prokázali respondenti s vysokoškolským vzděláním, celkem 86 %, než respondenti s nižším vzděláním, 42 %.

Otázka č. 5 znázorňuje, že jsou na tom se znalostmi opět lépe respondenti s vysokoškolským vzděláním, kteří dosáhli počtu 97 %, respondenti s nižším vzděláním 82 %.

U **otázky č. 6** měli opět více správných odpovědí respondenti s vysokoškolským vzděláním, 86 %, než respondenti s nižším vzděláním 68 %.

Otázka č. 7 nám ukazuje, že vysoké procento úspěšnosti měli respondenti obou skupin. Mají dostatečné znalosti o tom, zda je pacient povinen dodržovat navržený léčebný postup. O 8 % více správných odpovědí mají respondenti s vysokoškolským vzděláním, kteří dosáhli 97 %, respondenti s nižším vzděláním 89 %.

Velké procento správných odpovědí dosáhly obě skupiny u **otázky č. 8**, co je informovaný souhlas. Respondenti s vysokoškolským vzděláním mají 100 % správných odpovědí, respondenti s nižším vzděláním 97 %. Vysokoškolsky vzdělaní respondenti byli o 3 % úspěšnější.

U **otázky č. 9** došlo také k převaze správných odpovědí u respondentů s vysokoškolským vzděláním, kteří dosáhli 89 % správných odpovědí, nad respondenty s nižším vzděláním, kteří dosáhli 70 %.

I u **otázky č. 10** prokázali jednoznačně lepší znalosti respondenti s vysokoškolským vzděláním, kteří mají 62 % správných odpovědí, oproti tomu respondenti s nižším vzděláním dosáhli 24 %.

Na **otázku č. 11**, koho může lékař informovat o pacientově zdravotním stavu, odpovědělo správně celkem 73 % respondentů s vysokoškolským vzděláním, s nižším vzděláním 63 %.

U **otázky č. 12**, zda má pacient právo odmítnout přítomnost osoby připravující se na výkon povolání zdravotnického pracovníka, správně odpovědělo 95 % respondentů s vysokoškolským vzděláním. Respondenti s nižším vzděláním dosáhli 76 % správných odpovědí.

Vysoké procento úspěšnosti týkající se správných odpovědí je také u **otázky č. 13**, kde 97 % respondentů s vysokoškolským vzděláním ví, co znamená pojem „dříve vyslovené přání“, respondenti s nižším vzděláním dosáhli 84 % správných odpovědí.

Na **otázku č. 14**, zda má pacient právo vyžádat si konzultační služby od jiného zdravotnického pracovníka, odpovědělo správně celkem 76 % respondentů s vysokoškolským vzděláním a 48 % respondentů s nižším vzděláním.

Nejnižší procento správných odpovědí dosáhli respondenti obou skupin u **otázky č. 15**, respondenti s vysokoškolským vzděláním dosáhli 43 %, respondenti s nižším vzděláním 36 % správných odpovědí.

Pouze u **otázky č. 16**, byli úspěšnější o 3 % respondenti s nižším vzděláním, kteří dosáhli 92 % správných odpovědí, vysokoškolsky vzdělaní respondenti 89 %.

4 Vyhodnocení hypotéz

Pro svou bakalářskou práci jsem si stanovila tyto výzkumné hypotézy:

- **Hypotéza 1:** Pacienti s vysokoškolským vzděláním znají více práva a povinnosti pacientů než pacienti s nižším vzděláním.
- **Hypotéza 2:** Ženy znají více práva a povinnosti pacientů než muži.

Obě hypotézy jsem ověřila tak, že jsem aplikací Studentova T-testu porovнала střední hodnotu počtu správných odpovědí v jednotlivých dotaznících v závislosti na koumaném rozdělení do výběrových kategorií muži/ženy a nižší/vysokoškolské vzdělání.

4.1 Prvotní zpracování dat

Před použitím statistických metod pro ověření platnosti obou hypotéz jsem provedla zpracování a následnou analýzu dat získaných z odevzdaných dotazníků za pomoci programu Microsoft Excel. Data jsem zadala do tabulky tak, že odpovědi z konkrétního dotazníku jsou uvedeny v jednom řádku. Otázky, podle čísla, tvoří sloupce. Odevzdané dotazníky jsem očíslovala v nahodilém pořadí pouze pro potřebu zpracování.

Dotazník sestává celkem z 16 otázek. První tři z nich slouží pro rozdělení respondentů do kategorií potřebných k ověření hypotéz. Otázky číslo 4 – 16 ověřují znalosti respondenta ve zkoumané problematice a jsou formulovány tak, aby bylo možné jednoznačně rozhodnout, zda je odpověď správná, nebo nesprávná.

Nástroji programu Excel jsem vyhodnotila počty správných odpovědí v jednotlivých dotaznících a doplnila je do zvláštního sloupce.

Dále jsem zpracovala odpovědi na otázku číslo 3, která detailně zjišťovala vzdělání jednotlivých respondentů. Hypotéza 1 je formulovaná pouze pro dvě skupiny pacientů – vysokoškolsky vzdělané a s nižším vzděláním. Proto jsem přidala další sloupec a všechny respondenty, kteří odpověděli, že mají vysokoškolské vzdělání, ponechala v jedné skupině a ostatní s VOŠ a nižším stupněm vzdělání jsem zahrнула do druhé skupiny.

Přehled všech dotazníků a zpracovaných dat je uveden v příloze č. 2.

Z takto zpracovaných dat jsem pro ověření platnosti obou hypotéz použila ze všech odevzdaných dotazníků následující údaje:

- Pro hypotézu 1
 - Vzdělání (nižší, vysokoškolské)
 - Počet správných odpovědí v dotazníku
- Pro hypotézu 2
 - Pohlaví respondenta (muž, žena)
 - Počet správných odpovědí v dotazníku

Tabulky níže shrnují počty dotazníků rozdělených podle počtu správných odpovědí v závislosti na kategorii respondenta. Zdrojová data, která byla předmětem statistického zpracování, jsou uvedena v příloze č. 3.

Tabulka 5 Počty dotazníků v kategorii nižší/vysokoškolské vzdělání

	Počet správných odpovědí v dotazníku											Celkový počet dotazníků
	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Nižší vzdělání	1	5	6	8	11	14	12	13	19	5	5	99
Vysokoškolské vzdělání					1	4	4	3	7	12	6	37
Celkový počet dotazníků	1	5	6	8	12	18	16	16	26	17	11	136

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 6 Počty dotazníků v kategorii muži/ženy

	Počet správných odpovědí v dotazníku											Celkový počet dotazníků
	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Muži		3	4	6	5	9	5	5	8	2	3	50
Ženy	1	2	2	2	7	9	11	11	18	15	8	86
Celkový počet dotazníků	1	5	6	8	12	18	16	16	26	17	11	136

Zdroj: Vlastní výzkum

4.2 Ověření předpokladů pro aplikaci Studentova T-testu

Obě hypotézy budou ověřeny pomocí aplikace Studentova T-testu, který je standardní technikou pro rozhodování o tom, zda bude daná hypotéza přijata či zamítnuta. Pro dva dané výběry dat umožňuje T-test rozhodnout s definovanou pravděpodobností přijetí chybného rozhodnutí α , zda jsou průměry obou výběrů shodné nebo odlišné.

Před použitím T-testu je však třeba ověřit, že data výběru reprezentující celou populaci splňují následující podmínky:

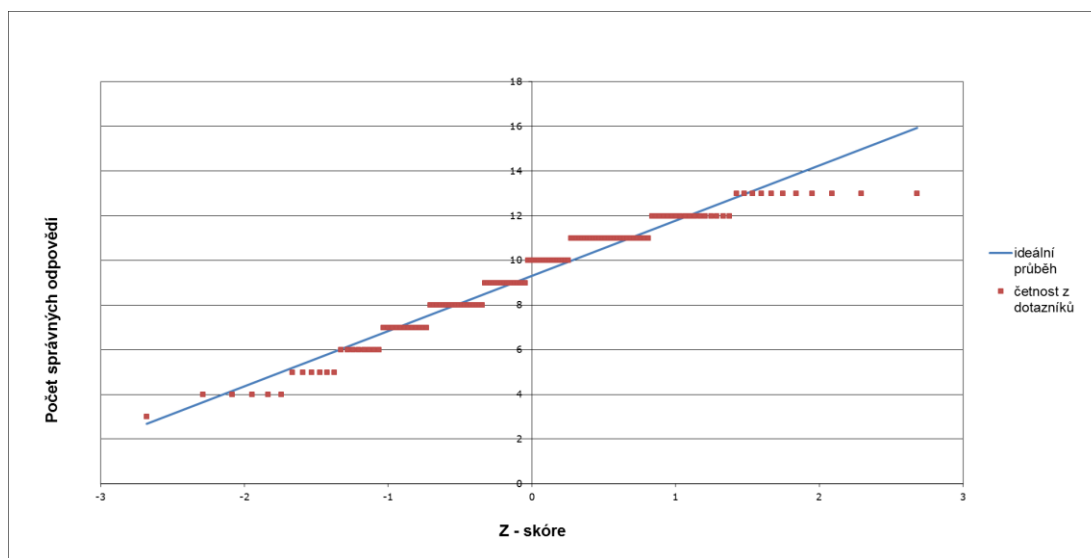
1. Srovnávané výběry jsou nezávislé
2. Data pocházejí z populace, která má normální (Gaussovo) rozdělení pravděpodobnosti.
3. Je známo, zda rozptyl srovnávaných výběrů je statisticky shodný nebo je rozdílný.

Nezávislost výběru ve shromážděných datech je daná způsobem stanovení kategorií, které se vzájemně vylučují – muži a ženy, nižší a vysokoškolské vydělání.

Ověření požadavku na normalitu dat lze provést více statistickými technikami. Pro potřeby této práce jsem v MS Excel sestrojila tzv. kvantil - kvantil graf (Q – Q graf). Q – Q graf porovnává získaná data s modelem vypočteným z „ideálních“ dat, která by byla získána, pokud by se jejich statistické rozložení přesně řídilo normálním rozdělením pravděpodobnosti. Kvantilová graf vychází z pořádkové statistiky a umožňuje přehledně

znázornit data a snadněji rozlišit tvar rozdělení, které může být symetrické, zešikmené k vyšším nebo nižším hodnotám (Meloun, Militký, 1994).

Graf 6 Kvantil - kvantil graf pro ověření normality dat



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu je vidět, že počty správných odpovědí v odevzdaných dotaznících jsou poměrně rovnoměrně rozloženy okolo ideální přímky. „Schodovitý“ průběh je důsledkem skutečnosti, že počty správných odpovědí jsou celočíselné hodnoty.

Pro další zpracování jsem proto přijala závěr, že rozložení znalostí mezi pacienty odpovídá Gaussovu normálnímu rozložení a pro ověření obou hypotéz lze aplikovat Studentův T-test.

Ověření předpokladu shody, resp. rozdílu rozptylů porovnávaných výběrových vzorků bude provedeno aplikací standardního F-testu před aplikací T-testu, neboť způsob výpočtu testovacího kritéria podle T-testu se liší v závislosti na tom, v jakém vztahu jsou rozptyly porovnávaných výběrů.

4.3 Hypotéza 1

H 1: Pacienti s vysokoškolským vzděláním znají více práva a povinnosti pacientů než pacienti s nižším vzděláním.

Dvouvýběrový F-test pro rozptyl v kategorii nižší/vysokoškolské vzdělání na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ (tj. 5 %).

Tabulka 7 Výsledek analýzy F-test pro hypotézu 1

	Nižší	Vysokoškolské
Střední hodnota	8,707070707	10,91891892
Rozptyl	6,045969903	2,965465465
Počet pozorování	99	37
Stupeň volnosti	98	36
F stat	2,038792889	
P(F <= f) (1)	0,008644741	
F krit (1)	1,626103059	

Zdroj: Vlastní výzkum, výsledek výpočtu v modulu Analýza dat, MS Excel

Vyhodnocení F-testu

Hodnota pravděpodobnosti P(F <= f) (1) je 0,008644741. To znamená, že je menší než námi stanovená hranice $\alpha = 0,05$. Proto přijímám předpoklad, že statistické rozptyly v počtu správných odpovědí pacientů s nižším a s vysokoškolským vzděláním se liší. Důsledkem je, že pro porovnání středních hodnot jsem použila nepárový dvouvýběrový T-test s nerovností rozptylů.

Dvouvýběrový T-test s nerovností rozptylů v kategorii nižší/vysokoškolské vzdělání na hladině $\alpha = 0,05$ (tj. 5 %).

Tabulka 8 Výsledek analýzy T-test pro hypotézu 1

	Nižší	Vysokoškolské
Střední hodnota	8,707070707	10,91891892
Rozptyl	6,045969903	2,965465465
Pozorování	99	37
Hypotetický rozdíl středních hodnot	0	
Stupeň volnosti	92	
T stat	-5,885862468	
P(T <= t) (1)	3,18598E-08	
T krit (1)	1,661585397	
P(T<=t) (2)	6,37196E-08	
T krit (2)	1,986086317	

Zdroj: Vlastní výzkum, výsledek výpočtu v modulu Analýza dat, MS Excel

Vyhodnocení T-testu – jednostranný/levostranný T-test (porovnání středních hodnot μ)

$H^0: \mu^{\text{Nižší}} \geq \mu^{\text{Vysokoškolské}}$ – nulová hypotéza T-testu

$H^A: \mu^{\text{Nižší}} < \mu^{\text{Vysokoškolské}}$ – alternativní hypotéza T-testu je shodná s výzkumnou hypotézou 1

Hodnota T stat = -5,885862468 je záporná a současně $P(T \leq t) (1) = 3,18598E-08$ je menší než námi stanovená hranice $\alpha = 0,05$. **Proto přijímám alternativní hypotézu T-testu H^A a tedy i výzkumnou hypotézu 1.**

4.4 Hypotéza 2

H 2: Ženy znají více práva a povinnosti pacientů než muži.

Dvouvýběrový F-test pro rozptyl v kategorii muži/ženy na hladině $\alpha = 0,05$ (5 %).

Tabulka 9 Výsledek analýzy F-test pro hypotézu 2

	Muži	Ženy
Střední hodnota	8,42	9,825581395
Rozptyl	6,289387755	5,41627907
Pozorování	50	86
Rozdíl	49	85
F stat	1,161200831	
P(F <= f) (1)	0,269815604	
F krit (1)	1,502147797	

Zdroj: Vlastní výzkum, výsledek výpočtu v modulu Analýza dat, MS Excel

Vyhodnocení F-testu

Hodnota pravděpodobnosti $P(F \leq f) (1)$ je 0,269815604. To znamená, že je větší než námi stanovená hranice $\alpha = 0,05$. Proto přijímám předpoklad, že statistické rozptyly v počtu správných odpovědí pacientů – mužů a pacientek – žen se neliší. Důsledkem je, že pro porovnání středních hodnot obou výběrů jsem použila nepárový dvouvýběrový T-test s rovností rozptylů.

Dvouvýběrový T-test s rovností rozptylů v kategorii muži/ženy na hladině $\alpha = 0,05$ (5 %).

Tabulka 10 Výsledek analýzy T-test pro hypotézu 2

	Ženy	Muži
Střední hodnota	9,825581395	8,42
Rozptyl	5,41627907	6,289387755
Pozorování	86	50
Společný rozptyl	5,735550156	
Hypotetický rozdíl středních hodnot	0	
Stupeň volnosti	134	
T stat	3,300146601	
P(T <= t) (1)	0,00061917	
T krit (1)	1,656304542	
P(T <= t) (2)	0,001238341	
T krit (2)	1,977825758	

Zdroj: Vlastní výzkum, výsledek výpočtu v modulu Analýza dat, MS Excel

Vyhodnocení T-testu – jednostranný/pravostranný T-test (porovnání středních hodnot μ)

$H^0: \mu^{\text{Ženy}} \leq \mu^{\text{Muži}}$ – nulová hypotéza T-testu

$H^A: \mu^{\text{Ženy}} > \mu^{\text{Muži}}$ – alternativní hypotéza T-testu je shodná s výzkumnou hypotézou 2

Hodnota T stat = 3,300146601 je kladná a současně P(T <= t) (1) = 0,00061917 je menší než námi stanovená hranice $\alpha = 0,05$. **Proto přijímám stanovenou alternativní hypotézu H^A a tedy i výzkumnou hypotézu 2.**

5 Diskuze

Cílem mé bakalářské práce bylo ověřit znalosti práv a povinností pacientů u laické veřejnosti na okrese Třebíč. K dosažení cíle jsem použila metodu kvantitativního výzkumu a stanovila dvě hypotézy.

V rámci hypotézy č. 1 jsem měla prokázat, že pacienti s vysokoškolským vzděláním znají více práva a povinnosti než pacienti s nižším vzděláním. V rámci druhé hypotézy jsem zjišťovala, zda ženy znají více práva a povinnosti pacientů než muži.

Výzkumný soubor tvořilo celkem 136 respondentů starších 18 let. Dotazníky byly umístěné ve třech ambulancích lékařů v okrese Třebíč. Dotazník sestává celkem z 16 otázek. První tři z nich slouží pro rozdělení respondentů do kategorií potřebných k ověření hypotéz.

Otázky č. 4–16 jsou voleny tak, aby ověřily znalosti respondenta ve zkoumané problematice, a jsou formulovány tak, aby bylo možné jednoznačně rozhodnout, zda je odpověď správná, nebo nesprávná. Graf č. 1 znázorňuje skladbu respondentů podle pohlaví. Z celkového počtu respondentů 136 (100 %) bylo 63 % žen (86) a 37 % (37) mužů. Vzhledem k tomu, že část dotazníků byla umístěna v gynekologické ambulanci, lze předpokládat, že mezi dotazovanými respondenty převažují ženy.

Na první pohled by se mohlo zdát, že jsou rozdíly v počtu mužů a žen ve zkoumaném vzorku velké, ale vzhledem k tomu, že je v každé skupině víc jak 30 prvků (mužů i žen), jsou používány takové statistické srovnávací metody, díky kterým se tyto rozdíly vyrovnají (Hošek, 2015).

Podle Českého statistického úřadu se v celé populaci ČR počet mužů a žen příliš významně neliší, ženy převažují pouze mírně – na 100 mužů připadá zhruba 104 žen (ČSÚ).

Z grafického znázornění č. 2 vyplývá, že do nejpočetnější skupiny dotazovaných respondentů podle věku patří kategorie 26–50 let (57 %), následující skupina byla ve věkové kategorii 51 let a více (30 %), nejmenší počet respondentů byl ve věkové kategorii 18–25 let (13 %). Z tohoto grafu je zřejmé, že častěji navštěvují ambulance lékařů pacienti ve věkovém rozmezí 26–50 let.

Graf č. 3 zobrazuje skladbu respondentů podle vzdělání. Hypotéza č. 1, která se ke grafu vztahuje, je formulovaná pouze pro dvě skupiny pacientů s vysokoškolským a nižším vzděláním, proto jsem všechny respondenty, kteří odpověděli, že mají vysokoškolské vzdělání, ponechala v jedné skupině a ostatní s VOŠ a nižším vzděláním zahrnula do druhé skupiny. Respondenti jsou tak rozděleni podle mezinárodní standardní klasifikace vzdělávání – CZ-ISCED 2011 (International Standard Classification of Education). Mezinárodní standardní klasifikace vzdělávání ISCED byla podle Českého statistického úřadu zavedena s účinností od 1. ledna 2014. Z celkového počtu 136 dotázaných bylo 73 % respondentů s nižším vzděláním a 27 % vysokoškoláků. Pro srovnání, Český statistický úřad uvádí na základě dat MŠMT nejvýše dosažené vzdělání v ČR v roce 2012 v populaci 15–64 let, základní 13 %, středoškolské 70 % a vysokoškolské 17,0 % (ČSÚ).

Otázkou č. 4 jsem se dotazovala, jakým právním předpisem byla nahrazena 46 let stará právní úprava týkající se zdravotnictví. Správně odpovědělo celkem 65 % žen a 36 % mužů „Zákonem o zdravotních službách“. U této otázky je vidět výraznější rozdíl ve znalostech mezi muži a ženami. Ze skupiny vysokoškoláků zná tuto právní úpravu 86 % a ze skupiny respondentů s nižším vzděláním pouze 42 %. Z celkového počtu 136 respondentů odpovědělo správně 54 % (74). Tuto právní úpravu nezná 46 % dotázaných, což je celkem 62 respondentů. Do nabytí účinnosti zákona o zdravotních službách byla patientská práva upravena částečně obecně závaznými právními předpisy, zejména Úmluvou o biomedicině, zákonem o péči o zdraví lidu č. 20/1966 Sb. a dále pak etickými kodexy (Konečná, 2014). Zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. přinesl rozsáhlou úpravu práv pacientů. Na rozdíl od dřívější právní úpravy upravuje významně podrobněji, za jakých podmínek lze zasáhnout do osobnosti člověka. Práva pacientů výrazně posiluje i nový občanský zákoník (Konečná, 2014). Přesto, že zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. nabyl účinnosti 1. dubna 2012, není informovanost v této oblasti příliš vysoká.

Tím, zda má pacient právo nahlížet do své zdravotnické dokumentace, se zabývala otázka č. 5. Steiner (2007) uvádí, že pacient je oprávněn k tomu, aby mu byly poskytnuty veškeré informace vedené ve zdravotnické dokumentaci o jeho osobě nebo v jiných

zápisech vztahujících se k jeho zdravotnímu stavu. Do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi mohou v přítomnosti zaměstnance pověřeného poskytovatelem zdravotní péče nahlížet, pořizovat si její výpisy nebo kopie: pacient nebo zákonný zástupce pacienta, dále pak osoby určené pacientem nebo zákonným zástupcem pacienta a osoby blízké zemřelému pacientovi v rozsahu stanoveném v § 33 odst. 4 zák. 372/2011 Sb. (Novák, 2015).

Znalosti v této oblasti prokázalo 86 % (117) dotazovaných, když správně odpověděli „ano“. Zbýlých 14 % (19) se domnívá, že nemá právo nahlížet do své zdravotnické dokumentace nebo tak může učinit pouze se souhlasem svého ošetřujícího lékaře. Mezi muži a ženami nebyl v počtu správných odpovědí výrazný rozdíl. Toto právo zná 90 % žen a 80 % mužů. Ženy byly tedy úspěšnější. Z vysokoškoláků prokázalo znalost tohoto práva 97 % dotázaných, s nižším vzděláním 82 % respondentů. Znalost tohoto práva je na poměrně vysoké úrovni u obou sledovaných skupin.

Otázka č. 6 byla zaměřena na práva zdravotnického pracovníka. Respondentů jsem se dotazovala, zda má zdravotnický pracovník v některých případech právo neposkytnout zdravotní služby. Znalost tohoto práva prokázalo 74 % (101) dotazovaných z celkového počtu respondentů, když správně odpověděli, že „v případě, že by došlo při jejich poskytování k přímému ohrožení jeho života nebo k vážnému ohrožení zdraví“. Zbývajících 26 % (35) toto právo nezná. Ženy byly u této otázky pouze o 8 % úspěšnější než muži. Na otázku odpovědělo správně 77 % žen a 66 % mužů. Větší informovanost v této oblasti mají také vysokoškoláci, kteří odpověděli správně v 86 %. Respondenti s nižším vzděláním byli úspěšní v 68 %.

U otázky č. 7 byl minimální rozdíl v počtu správných odpovědí mezi ženami a muži. Správně informovaní o tom, zda je pacient povinen dodržovat navržený léčebný postup, jsou ženy v 92 % a muži v 90 %. Znalost tohoto práva je u žen i u mužů na vysoké úrovni. Pokud se jedná o správné odpovědi respondentů podle vzdělání, vysokoškoláci mají 97 % správných odpovědí a respondenti s nižším vzděláním 89 %. Obě skupiny prokázaly dostatečné znalosti v této oblasti.

Znalostí práva na svobodnou volbu lékaře nebo zdravotnického zařízení se zabývala otázka č. 8. Z celkového počtu 136 respondentů prokázalo znalost tohoto práva 98 %

(133) respondentů. Pouze 2 % (3) respondentů odpověděla chybně, že „záleží na zdravotní pojišťovně pacienta“. Ženy mají 100 % správných odpovědí a muži 94 %. Z řad vysokoškoláků odpovědělo správně 100 % dotázaných a z řad respondentů s nižším vzděláním 97 %. Z uvedeného výsledku je patrné, že v této oblasti jsou pacienti velice dobře informovaní. Zahumenský (2011) uvádí v příručce „Jak být pacientem v ČR a zachovat si důstojnost“, že změna lékaře může být účinným způsobem, jak ukončit spolupráci s lékařem, kterému například již z nějakého důvodu nedůvěřujeme. Je potřeba si dát ovšem pozor na to, že zákon při volbě lékaře omezuje i pacienta. Aby byla zaručena určitá stabilita a omezeno přílišné „kočování“ pacientů, které s sebou nese administrativní zátěž, říká zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, že pacient může lékaře změnit jednou za tři měsíce.

Otázka č. 9 byla zaměřena na znalost informovaného souhlasu. Myslím si, že znalost obsahu informovaného souhlasu je pro pacienta velmi důležitá. Jak uvádí ve své knize Haškovcová (2007), informovaný souhlas se stal podstatným nástrojem pro poskytování informací a považuje se za náležitý projev pacientovy vůle. Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích. Konečná (2014) dodává, že dotčená osoba může kdykoliv svobodně svůj souhlas odvolat. Obecné pravidlo informovaného souhlasu je zakotveno v Úmluvě o biomedicině v článku 5. Pokud se jedná o nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností, právo na informace o zdravotním stavu a právo klást otázky náleží zákonnému zástupci nebo opatrovníkovi pacienta a taktéž pacientovi, je-li k takovému úkonu přiměřeně rozumově a volně vyspělý. Kritériem je tedy individuální vyspělost každého jednotlivého pacienta (Konečná, 2014). Toto kritérium je zakotveno v ustanovení § 31 odst. 5 zákona o zdravotních službách. Správnou odpověď, že se jedná o souhlas pacienta poté, co byl srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, zvolilo celkem 77 % (105) respondentů. Muži měli 76 % správných odpovědí a ženy 74 %. Z řad vysokoškoláků správně odpovědělo 89 % a respondentů s nižším vzděláním 70 %.

Z výsledků uvedených u otázky č. 10 je patrné, že pro všechny respondenty byla položená otázka nejvíce obtížná. Respondenti byli upozorněni, že mají možnost více správných odpovědí. Na otázku, kdy může být pacient hospitalizován bez svého souhlasu, správně odpovědělo z celkového počtu 136 dotázaných pouhých 35 % (47). Hošková (2010) zmiňuje, že pokud je pacient přijat do zdravotnického zařízení bez souhlasu, je nutno splnit zákonnou oznamovací povinnost. Zdravotnické zařízení je povinné oznámit tuto skutečnost do 24 hodin místně příslušnému soudu (§ 40 ZZS). Soud následně rozhoduje, zda jsou nedobrovolná hospitalizace a držení ve zdravotnickém zařízení oprávněné. Ženy mají 42 % správných odpovědí a muži pouze 22 %. Ze skupiny vysokoškoláků zná správnou odpověď na otázku 62 % dotázaných a pouze 24 % respondentů s nižším vzděláním. Zde je vidět výrazný rozdíl ve znalostech mezi oběma skupinami jak dle pohlaví, tak i dle vzdělání.

Otázka č. 11 se zabývala tím, koho může lékař informovat o pacientově zdravotním stavu. Větší znalost tohoto práva prokázaly opět ženy, které dosáhly 76 % správných odpovědí, muži měli pouze 48 %. Ze skupiny vysokoškoláků zná toto právo 73 % dotázaných a 63 % respondentů s nižším vzděláním. Těšinová (2011) v knize Medicínské právo uvádí, že pacient by vždy při přijetí k poskytování zdravotní péče nebo po přijetí do zdravotnického zařízení měl písemně vyjádřit, které osoby mohou být seznamovány s údaji o jeho zdravotním stavu. Záznam o souhlasu s poskytováním informací o zdravotním stavu pacienta je součástí zdravotnické dokumentace a zahrnuje tyto náležitosti: určení osob, kterým lze informace sdělit, včetně rozsahu informací, místo, datum a podpis pacienta nebo zákonného zástupce. Na druhé straně má pacient právo vyslovit úplný zákaz podávat informace o svém zdravotním stavu jakékoli osobě, a to i osobám blízkým. Vyslovení zákazu podávání informací může být kdykoliv změněno či zcela odvoláno výhradně pacientem (Těšinová, 2011).

Otázky č. 12, 14 a 15 byly zaměřeny na práva pacientů. Podle Konečné (2014) jsou v posledních letech práva pacientů stále více posilována, což se odráží i v právních předpisech České republiky, a právě s ohledem na tuto skutečnost pokládám za důležité zvyšovat právní vědomí pacientů v oblasti zdravotnického práva. Otázka č. 12 mapovala znalosti respondentů o tom, zda mají právo odmítnout přítomnost osoby připravující se

na výkon povolání zdravotnického pracovníka. Více znalostí v této oblasti prokázaly opět ženy, které dosáhly 84 % správných odpovědí, než muži se 76 %. Mezi vysokoškoláky zná toto právo 95 % dotázaných. Správnou variantu odpovědi na tuto otázku zvolilo 76 % respondentů s nižším vzděláním. Větší znalosti tohoto práva prokázali také vysokoškoláci. Přestože nám zákon říká, že pacient má právo odmítnout, myslím si, že ve většině případů pacienti souhlasí s přítomností budoucích zdravotnických pracovníků. Domnívám se, že většina pacientů ví, že tito studenti jsou součástí zdravotnického týmu a podílejí se na ošetřování a léčení našich pacientů pod vedením zkušených zdravotníků. V budoucnu o nás budou totiž pečovat jako lékaři a zdravotní sestry.

Velmi důležitou oblast těchto práv představovala otázka č. 13, co znamená pojem „dříve vyslovené přání“. Znalost v oblasti této problematiky je poměrně vysoká. Z celkového počtu 136 dotázaných respondentů odpovědělo správně 88 % (120). V jednotlivých skupinách prokázalo znalost tohoto pojmu 87 % žen, 88 % mužů, 97 % respondentů s vysokoškolským vzděláním a 84 % s nižším vzděláním. Tito respondenti se správně domnívají, že „dříve vyslovené přání“ je předem vyslovený písemný souhlas nebo nesouhlas pacienta s lékařským zákrokem pro případ, kdyby se pacient dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém se nebude moci vyjádřit ke způsobu poskytnutí zdravotních služeb. Český právní řád dříve vyslovená přání výslovně ukotvil zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Již před nabytím účinnosti tohoto zákona byla možnost dříve vyslovených přání zakotvena v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně v článku 9 takto: „Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání.“ Tato úprava však byla velmi obecná a různorodá (Černý, Doležal, 2013).

Matějek (2011) uvádí, že pacient může učinit dříve vyslovené přání při přijetí do péče poskytovatelem nebo kdykoliv v průběhu hospitalizace. Nelze ho ale respektovat, pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti, nebo pokud by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby. JUDr. Krejčíková (2015) dodává, že vedle dříve vysloveného přání existuje ještě další způsob. Jsou to tzv. předběžná prohlášení upravená občanským zákoníkem. Podle něj je od 1. 1. 2014 možné,

aby pacient předem (a nikoli jen při přijetí do péče) určil, kdo jej má v rozhodování o další péči zastupovat.

Informovanost respondentů o tom, zda má pacient právo vyžádat si konzultační služby od jiného zdravotnického pracovníka, mapovala otázka č. 14. Pacient má právo na konzultaci svých obtíží kromě svého ošetřujícího lékaře ještě s dalším odborníkem. Toto právo může využít pokaždé, když má pochybnosti o léčbě, která je mu nabízena, anebo chce jen vědět, jestli se jeho obtíže nedají řešit i jinak (Hamplová, 2012). To ale neplatí v případech poskytování neodkladné péče nebo u osob ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence. Správnou odpověď uvedlo 62 % žen a 46 % mužů, s vysokoškolským vzděláním 76 % a s nižším vzděláním 48 % respondentů. V závislosti na vzdělání i na pohlaví je vidět patrný rozdíl ve znalostech tohoto práva.

Z výsledků uvedených v grafu č. 4 a 5 u otázky č. 15 je vidět, že pro všechny dotázané respondenty byla tato otázka druhá nejobtížnější. Na otázku, zda má pacient právo být předem informován o ceně poskytovaných zdravotních služeb nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění a o způsobu jejich úhrady, odpovědělo správně z celkového počtu 136 respondentů pouze 38 % (52), celých 62 % (84) dotázaných uvádí nesprávně, že pacient má právo, pouze pokud k tomu svolí poskytovatel zdravotní péče. Správnou odpověď uvedlo ve sledovaných skupinách 43 % žen, 30 % mužů, 43 % respondentů s vysokoškolským vzděláním a 36 % s nižším vzděláním. Lépe informovaní o tomto právu jsou tedy ženy a vysokoškoláci.

U poslední otázky, č. 16, se většina respondentů správně domnívá, že pacient je vždy povinen informovat ošetřujícího zdravotnického pracovníka o dosavadním vývoji svého zdravotního stavu. Na tuto otázku volilo správnou variantu celkem 92 % žen a 90 % mužů. U této jediné otázky uvedli respondenti s nižším vzděláním více správných odpovědí než vysokoškoláci, ale pouze o 3 %.

Pro znázornění otázek směřujících k ověření hypotézy jsem vypracovala grafy č. 4 a 5, ve kterých uvádím, kolik procent správných odpovědí na každou jednotlivou otázku respondenti dosáhli.

Z grafu č. 4, který zobrazuje správné odpovědi respondentů podle pohlaví, je patrné, že muži byli v počtu správných odpovědí úspěšnější pouze ve dvou případech, a to u

otázky č. 9 o 2 % a otázky č. 13 o 1 %. Ve všech zbývajících otázkách měly vždy více správných odpovědí ženy. Hypotéza č. 1 tak byla potvrzena.

Z grafu č. 5 je vidět, že vzdělání respondentů zde hraje velmi podstatnou roli, neboť skupina vysokoškolsky vzdělaných prokázala více znalostí u téměř všech otázek. Pouze v jednom případě, u otázky č. 16, byli respondenti s nižším vzděláním nepatrně úspěšnější než vysokoškoláci. Hypotéza č. 2 byla také potvrzena.

Výsledky tohoto výzkumu jsou ověřeny a zpracovány statistickou metodou T-test, která je podrobně popsána v praktické části této práce.

Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala současnou právní úpravou týkající se zdravotnictví a zjišťovala, jaké jsou znalosti práv a povinností pacientů při poskytování zdravotních služeb u laické veřejnosti na okrese Třebíč.

Důvod, proč jsem si vybrala právě toto téma, je, že ho osobně považuji za velmi zajímavé, neboť je tématem v poslední době velice často diskutovaným. V některých oblastech zdravotnictví dochází k častým změnám a nové právní předpisy jsou stále složitější, a tak vzniká otázka, zda jsou pacienti schopni se správně orientovat v problematice práv pacientů a zdravotní péče. Domnívám se, že je žádoucí vědět, na co máme jako pacienti nárok, co máme právo odmítnout, co můžeme od lékaře žádat a jaké informace nám musí být poskytnuty.

V teoretické části této práce se krátce zabývám historickým vývojem práv pacienta. Prostor jsem věnovala také právní úpravě týkající se zdravotnictví a podrobně charakterizuji některé pojmy, které souvisí s právem pacienta, ale také s povinnostmi zdravotnických pracovníků.

Cílem praktické části bylo zmapovat, jaké jsou znalosti pacientů o jejich právech a povinnostech plynoucích z platných právních předpisů. Pro dosažení cíle byly stanoveny dvě hypotézy. Při ověřování správnosti první hypotézy jsem zjišťovala, zda ženy znají více práva a povinnosti pacientů než muži. V druhé hypotéze jsem vyslovila předpoklad, že pacienti s vysokoškolským vzděláním znají více práva a povinnosti pacientů než pacienti s nižším vzděláním.

Výsledky výzkumu nám ukazují, že znalosti, které respondenti prokázali, se v jednotlivých sledovaných skupinách výrazně liší.

Dále bylo z výzkumu zjištěno, že je nutné v určitých oblastech zvýšit informovanost pacientů o tom, jaká mají práva a povinnosti. Řešením by jistě bylo vytvářet více publikací a informačních materiálů, které by jednak zvýšily právní vědomí pacienta a zároveň usnadnily rozhodování pacienta v obtížných a nejistých situacích. Přínosem by také zajisté byla lepší komunikace mezi pacienty a zdravotníky.

Na základě statistického vyhodnocení shromážděných dotazníků mohu konstatovat, že obě dvě výzkumné hypotézy byly potvrzeny:

- Výzkumná **hypotéza 1**, která předpokládá, že pacienti s vysokoškolským vzděláním znají lépe práva a povinnosti pacientů než pacienti s nižším stupněm vzdělání, **je potvrzena**.
- Výzkumná **hypotéza 2**, která předpokládá, že ženy znají práva a povinnosti pacientů lépe než muži, **je potvrzena**. Shromážděná data tedy prokázala statisticky významnou převahu ve znalostech žen nad znalostmi mužů.

Výsledky bakalářské práce mohou být využity ke zlepšení informovanosti veřejnosti v oblasti zdravotnického práva.

Seznam informačních zdrojů

1. BÁRTLOVÁ, S., 2005. Sociologie medicíny a zdravotnictví. Vyd. 6. Praha: Grada. ISBN 80-247-1197-4
2. BUŽGOVÁ, R., 2013. Etika ve zdravotnictví [online]. [cit. 2016-05-09]. Dostupné z: http://projekty.osu.cz/svp/opory/LF_Buzgova_Etika-ve-zdrav.pdf
3. CANDIGLIOTA, Z. a kol., 2010. Ochrana práv pacientů. Brno: Liga lidských práv. ISBN 978-80-874-14-03-3.
4. CANDIGLIOTA, Z. a kol., 2011. Jak být pacientem v České republice a zachovat si důstojnost. Vyd. 2. Brno: Liga lidských práv. ISBN 978-80-87414-04-0.
5. CÍSAŘOVÁ, D., SOVOVÁ, O. a kol., 2008. Trestní právo a zdravotnictví. Praha: LexisNexis. ISBN 80-86199-75-4.
6. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2011. Klasifikace vzdělávání [online]. [cit. 2016-07-23]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/klasifikace_vzdelani_cz_isced_2011
7. ČERNÝ, D., DOLEŽAL, A., 2013. Smrt a umírání: etické, právní a medicínské otázky na konci života. Praha: Ústav státu a práva AV ČR. ISBN 978-808-7439-159.
8. DAVÍDEK, P., 2014. Schválený etický kodex – práva pacientů 1992 [online]. [cit. 2016-08-02]. Dostupné z: <http://lecideldavidek.cz/lecidelstvi/schvaleny-eticky-kodex-prava-pacientu-1992>
9. DOLEŽAL, T., DOLEŽAL, A., 2007. Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví. Praha: Linde. ISBN 978-80-7101-684-6.
10. ETICKÝ KODEX PRÁVA PACIENTŮ., 2014. In: Osobní asistence [online]. [cit. 2016-04-16]. Dostupné z: <http://www.osobniasistence.cz/?tema=1&article=5&detail=6>
11. HAMPLOVÁ, L., 2012. Mluvte se mnou, doktore. In: Liga lidských práv [online]. [cit. 2016-02-08]. Dostupné z: <http://llp.cz/2012/10/mluvte-se-mnou-doktore/>
12. HAŠKOVCOVÁ, H., 2007. Informovaný souhlas: Proč a jak?. Vyd. 1. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-497-3.

13. HENDL, J., 2005. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál. ISBN 80-902163-0-7.
14. HOLČÍK, J., KAŇOVÁ, P., PRUDIL, L., 2005. Systém péče o zdraví a zdravotnictví. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. ISBN 80-7013-417-8
15. HOŠKOVÁ, P., 2010. Informovanost klientů/pacientů a rodinných příslušníků. Sestra. Roč. 2010 č. 2 s. 28-29. ISSN 1210-0404.
16. ISCED., 1997. Mezinárodní standardní klasifikace vzdělávání [online]. [cit. 2016 - 07 -23]. Dostupné z: <http://www.naep.cz/image/content-management/ISCED%20klasifikace%20vzdelavani.pdf>
17. KNÍŽKOVÁ, J., 2015. Nový občanský zákoník. 14. 10. 2015. [online]. [cit. 2016-06-24]. Dostupné z: <http://www.podnikatel.cz/clanky/novy-obcansky-zakonik-diktuje-bez-mala-dva-roky-uz-se-v-nem-chystaji-zmeny/>
18. KONEČNÁ, J., 2014. Informovaný souhlas/ Informační povinnost/ Poučení/ Souhlas ošetřovaného. In: Časopis pro právní vědu a praxi. 4/14. Brno. ISSN 1210-9126.
19. KONSKI, A.F., 2016. Capitalizing on Collaboration – The President’s Precision Medicine Initiative [online]. [cit. 2016-06-15]. Dostupné z: <https://www.personalizedmedicinebulletin.com/2016/02/29/capitalizing-on-collaboration-the-presidents-precision-medicine-initiative/>
20. KREJČÍKOVÁ, H., 2015. Dříve vyslovené přání [online]. [cit. 2016-08-02]. Dostupné z: <http://modrapomnenka.cz/wp-content/uploads/DVP-bro%C5%BEurka.pdf>
21. KŘIVOHLAVÝ, J., 2001. Psychologie zdraví. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 80-7178-551-2.
22. LOJDOVÁ, E., MALÝ, L., 2013. Dříve vyslovená přání – závěť do nemocnice [online]. [cit. 2016-06-08]. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/clanky/drive-vyslovena-prani-zavet-do-nemocnice-90987.html>
23. LOJDOVÁ, E., MALÝ, L., 2014. NOZ a zdravotnické právo [online]. [cit. 2016-05-09]. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/clanky/noz-a-zdravotnicke-pravo-94153.html>
24. MACH, J. a kol., 2005. Zdravotnictví a právo – komentované předpisy. Vyd. 2. Praha: LexisNexis. ISBN 978-80-8619-993-1.

25. MACH, J., 2006. *Medicína a právo*. Vyd. 1. Praha: C.H. Beck. ISBN 80-7179-810-X
26. MACH, J. a kol., 2013. *Univerzita medicínského práva*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5113-9.
27. MATĚJEK, J., 2011. *Dříve vyslovená přání pacientů. Výhody a rizika*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-6.
28. MELOUN, M., MILITKÝ, J., 1994. *Statistické zpracování experimentálních dat*. Praha: Plus. ISBN 80-85297-56-6.
29. MUNZAROVÁ, M., 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 80-247-1024-2
30. NAVRÁTIL, P., 2013. *Listina základních práv a svobod* [online]. [cit. 2016-08-02]. Dostupné z: http://www.muklservis.cz/cz/listina_zakladnich_prav_a_svobod
31. NOVÁK, D., 2015. *Informační povinnost* [online]. [cit. 2016-02-08]. Dostupné z: <http://www.bulletin-advokacie.cz/informacni-povinnost?browser=full>
32. NOVÝ OBČANSKÝ ZÁKONÍK., 2014. *Vyhlášky – nový občanský zákoník 2014* [online]. [cit. 2016-06-24]. Dostupné z: <http://zakony.penize.cz/novy-obcansky-zakonik-2014>
33. NOVÝ OBČANSKÝ ZÁKONÍK., 2015. *Podnikatel 2016* [online]. [cit. 2016-06-24] Dostupné z: <http://www.podnikatel.cz/n/novy-obcansky-zakonik/>
34. POLICAR, R., 2010. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2358-7.
35. STEINER, M., 2007. *Zásadní změny v právu na informace o zdravotním stavu – jak se projeví v klinických informačních systémech* [online]. [cit. 2016-07-24]. Dostupné z: <http://www.infomed.cz/ps/article/php?arid=106>
36. TĚŠINOVÁ, J., ŽDÁREK, R., POLICAR, R., 2011. *Medicínské právo*. Vyd. 1. Praha: C. H. Beck. ISBN 978-80-7400-050-8.
37. TOPOLÁNEK, M., JULÍNEK, T., 2008. *Důvodová zpráva k vládnímu návrhu zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování* [online]. [cit. 2016-07-23]. Dostupné z: <https://apps.odok.cz/attachment/-/down/RACK7MFCN6B3>

38. Ústavní zákon č. 1/ 1993 Sb., Ústava české republiky. In: Sbíрка zákonů české republiky, částka 1/1993. ISSN 1211-1244.
39. Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník v aktuálním znění včetně automaticky zapracovávaných změn. 2015. In: občanský zákoník [online]. [cit. 2015-04-02]. Dostupné z: <http://obcanskyzakonik.propravo.cz/>
40. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: Sbíрка zákonů České republiky, částka 131/2011. ISSN 1211-1244.

Přílohy

Příloha 1 – Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

dovoluji si Vás požádat o vyplnění následujícího dotazníku. Jmenuji se Jindřiška Fialová a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor rehabilitační a psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory. Tento dotazník slouží jako podklad pro moji bakalářskou práci s názvem „Práva a povinnosti pacientů při poskytování zdravotních služeb“. Všechny údaje v dotazníku jsou anonymní. Prosím zaškrtněte vždy jen jednu možnost, není-li uvedeno jinak.

Srdečně Vám děkuji za Vaši ochotu a čas strávený vyplňováním dotazníku.

Jindřiška Fialová

1. Pohlaví

- Žena
- Muž

2. Věk

- 18 – 25 let
- 26 – 50 let
- 51 a více let

3. Nejvyšší dosažené vzdělání

- Základní
- Vyučení nebo střední odborné bez maturity
- Středoškolské s maturitou
- Vyšší odborné – VOŠ
- Vysokoškolské

4. V roce 2011 došlo ke zrušení 46 let staré právní úpravy, týkající se zdravotnictví. Nyní je nahrazena novým právním předpisem, víte kterým?

- Zákonem o zdravotní a léčebné péči
- Zákonem o péči a zdraví lidu
- Zákonem o zdravotních službách

5. Má pacient právo nahlížet do své zdravotnické dokumentace?

- Ano
- Ne
- Pouze se souhlasem svého ošetřujícího lékaře

- 6. Zdravotnický pracovník má právo neposkytnout zdravotní služby**
- V případě, že by došlo při jejich poskytování k přímému ohrožení jeho života nebo k vážnému ohrožení jeho zdraví
 - nemá právo neposkytnout zdravotní služby v žádném případě
 - v případě, že se nachází mimo zdravotnické zařízení
- 7. Je pacient povinen dodržovat navržený léčebný postup?**
- Ano, pokud s poskytováním zdravotních služeb vyslovil souhlas
 - Vždy, i když s léčebným postupem nesouhlasí
 - Ne pokud s tím nesouhlasí osoba blízká
- 8. Má pacient právo na svobodnou volbu lékaře nebo zdravotnického zařízení?**
- Pacient musí využít poskytovatele zdravotních služeb, ke kterému byl odeslán praktickým lékařem
 - Záleží na zdravotní pojišťovně pacienta
 - Ano
- 9. Informovaný souhlas je**
- Souhlas pacienta o poskytování informací o jeho zdravotním stavu osobě blízké
 - Souhlas pacienta poté, co byl srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informován
 - O jeho zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách
 - Souhlas zákonného zástupce o zadržení informace nezletilému pacientovi
- 10. Kdy může být pacient hospitalizován bez svého souhlasu?
(u této otázky je možnost více správných odpovědí)**
- V případě rozhodnutí soudu o uložení ochranného léčení, nařízené izolace, karantény nebo léčení podle zákona o ochraně veřejného zdraví, popř. nařízení vyšetření zdravotního stavu
 - Pokud ohrožuje závažným způsobem sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy
 - Nemůže být hospitalizován bez svého souhlasu
 - V případě, že je pod vlivem návykové látky, pokud hrozbu pro pacienta nebo jeho okolí nelze odvrátit jinak, nebo jeho zdravotní stav vyžaduje poskytnutí neodkladné péče a zároveň neumožňuje, aby vyslovil souhlas

- 11. Koho může lékař informovat o pacientově zdravotním stavu?**
- Pouze osoby blízké
 - Kterékoliv jiné osoby
 - Osobu, kterou si určí pacient
- 12. Má pacient právo odmítnout přítomnost osoby připravující se na výkon povolání zdravotnického pracovníka?**
- Ne
 - Pouze se souhlasem lékaře
 - Ano, vždy
- 13. Víte co znamená pojem „dříve vyslovené přání“?**
- Předem vyslovený písemný souhlas nebo nesouhlas pacienta s lékařským zákrokem pro případ kdyby se pacient dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém se nebude moci vyjádřit ke způsobu poskytnutí zdravotních služeb
 - Lékař seznamuje pacienta s průběhem jeho léčby, pacient se k ní může vyjádřit
 - Tento pojem ve zdravotnictví neexistuje
- 14. Má pacient právo vyžádat si konzultační služby od jiného zdravotnického pracovníka?**
- V žádném případě
 - Kdykoliv
 - Ano, ale toto neplatí v případě poskytování neodkladné péče, nebo u osob ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence
- 15. Má pacient právo být předem informován o ceně poskytovaných zdravotních služeb nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění a o způsobu jejich úhrady?**
- Ano vždy
 - Pouze pokud k tomu svolí poskytovatel zdravotní péče
 - Ano, pokud to zdravotní stav pacienta umožňuje
- 16. Je pacient povinen informovat ošetřujícího zdravotnického pracovníka o dosavadním vývoji svého zdravotního stavu?**
- Pouze v případě, že je nosičem infekční nemoci
 - Pouze pokud to sám pacient uzná za vhodné
 - Ano, vždy

Příloha 2 – Primární data z dotazníků

Správná odpověď					C	A	A	A	C	B	ABD	C	C	A	C	C	C	
Číslo dotazníku	Ot. 1 Pohlaví	Ot. 2 Věk	Ot. 2 Vzdělání	Skupina vzdělání	Ot. 4	Ot. 5	Ot. 6	Ot. 7	Ot. 8	Ot. 9	Ot. 10	Ot. 11	Ot. 12	Ot. 13	Ot. 14	Ot. 15	Ot. 16	Počet správných odpovědí
1	M	A	B	nižší	B	A	B	B	C	B	AB	A	C	B	B	A	A	4
2	Ž	B	E	VŠ	A	A	A	A	C	A	AB	A	C	A	C	A	C	8
3	Ž	C	D	nižší	C	A	A	A	C	B	AD	C	C	A	B	C	C	11
4	Ž	B	E	VŠ	C	A	A	A	C	B	ABD	A	C	A	B	C	C	11
5	Ž	C	E	VŠ	C	A	B	B	C	B	ABD	C	C	A	B	C	C	10
6	Ž	B	E	VŠ	C	A	A	A	C	B	BD	C	C	A	C	C	C	12
7	Ž	B	E	VŠ	C	A	A	A	C	B	ABD	C	C	A	C	C	C	13
8	Ž	C	E	VŠ	C	A	A	A	C	B	ABD	C	C	A	C	C	C	13
9	Ž	B	E	VŠ	C	A	A	A	C	B	ABD	C	C	A	C	C	C	13
10	Ž	C	E	VŠ	C	A	A	A	C	B	ABD	A	C	A	B	A	C	10
11	Ž	C	E	VŠ	C	A	B	A	C	B	AD	C	C	A	B	A	C	9
12	Ž	B	E	VŠ	C	A	A	A	C	B	AD	C	C	A	C	A	C	11
13	Ž	B	E	VŠ	C	A	A	A	C	B	ABD	C	C	A	C	C	C	13
14	Ž	C	E	VŠ	C	C	A	A	C	B	BD	C	C	A	C	C	C	11
15	Ž	C	E	VŠ	C	A	A	A	C	B	AD	A	C	A	C	C	C	11
16	Ž	B	E	VŠ	C	A	A	A	C	B	ABD	A	C	A	C	C	C	12
17	Ž	B	E	VŠ	C	A	A	A	C	B	ABD	C	C	A	C	A	C	12
18	Ž	B	E	VŠ	C	A	A	A	C	B	ABD	C	C	A	C	A	C	12
19	Ž	B	E	VŠ	C	A	A	A	C	B	ABD	C	C	A	C	A	C	12
20	M	B	C	nižší	A	A	B	A	C	A	A	A	B	A	B	A	B	4
21	M	C	B	nižší	B	A	A	A	C	B	ABD	A	C	C	C	A	B	8
22	M	B	C	nižší	C	A	A	C	C	B	ABD	A	C	A	C	C	A	10
23	Ž	B	E	VŠ	C	A	A	A	C	B	ABD	C	C	A	C	A	C	12
24	Ž	C	E	VŠ	C	A	A	A	C	B	ABD	A	C	A	C	A	C	11
25	Ž	B	E	VŠ	C	A	A	A	C	B	ABD	C	C	A	C	A	C	12

26	Ž	C	E	VŠ	C	A	A	A	C	B	ABD	C	C	A	C	A	C	12
27	Ž	B	E	VŠ	C	A	A	A	C	B	ABD	C	C	A	C	A	C	12
28	Ž	B	E	VŠ	C	A	A	A	C	B	ABD	C	C	A	C	A	C	12
29	Ž	C	B	nižší	C	A	A	C	C	A	AB	C	C	A	B	A	C	8
30	Ž	B	C	nižší	C	A	A	A	C	B	ABD	C	C	A	B	A	C	11
31	Ž	B	C	nižší	C	A	B	A	C	A	ABD	A	C	C	B	A	C	7
32	Ž	B	C	nižší	C	C	A	A	C	B	ABD	C	C	A	B	A	C	10
33	Ž	C	C	nižší	C	A	A	A	C	B	D	C	B	A	B	C	C	10
34	Ž	B	D	nižší	C	A	A	A	C	B	ABD	C	C	A	C	C	C	13
35	Ž	B	D	nižší	C	A	A	A	C	B	ABD	C	C	A	C	C	C	13
36	Ž	C	C	nižší	C	A	A	A	C	B	D	C	B	A	C	C	C	11
37	Ž	C	C	nižší	C	A	B	A	C	B	AD	C	C	A	C	C	C	11
38	Ž	C	D	nižší	C	A	A	A	C	B	AB	C	C	A	C	C	C	12
39	Ž	B	C	nižší	C	A	A	A	C	B	ABD	C	C	A	C	C	C	13
40	Ž	B	C	nižší	C	A	A	A	C	B	ABD	C	C	A	C	C	C	13
41	Ž	B	D	nižší	C	A	B	A	C	B	AD	C	C	A	C	C	C	11
42	Ž	B	C	nižší	C	A	A	A	C	B	BD	C	C	A	C	C	C	12
43	Ž	C	B	nižší	C	A	A	A	C	B	AD	C	C	A	C	C	C	12
44	Ž	C	D	nižší	C	A	A	A	C	A	AD	C	C	A	C	C	C	11
45	Ž	B	C	nižší	C	C	A	A	C	A	AB	C	C	A	C	C	C	10
46	Ž	B	C	nižší	C	A	A	A	C	A	ABD	C	C	A	C	A	C	11
47	Ž	B	C	nižší	C	A	A	A	C	A	AD	A	C	A	C	A	C	9
48	Ž	B	C	nižší	C	A	A	A	C	B	ABD	C	C	A	C	A	C	12
49	Ž	B	C	nižší	C	A	A	A	C	A	AD	C	C	A	A	A	C	9
50	Ž	B	D	nižší	C	A	A	A	C	B	AD	A	C	A	B	A	C	9
51	Ž	B	B	nižší	C	A	A	A	C	C	AD	C	C	A	B	A	C	9
52	Ž	B	C	nižší	C	A	B	A	C	A	AD	C	B	A	B	C	C	8
53	Ž	A	C	nižší	C	C	A	A	C	B	AB	C	C	A	B	C	C	10
54	Ž	B	D	nižší	C	A	B	A	C	A	D	C	C	A	C	A	C	9
55	Ž	A	C	nižší	C	A	A	A	C	A	ABD	C	C	A	C	A	C	11
56	Ž	B	D	nižší	C	A	B	A	C	B	AB	C	C	A	C	A	C	10
57	Ž	B	D	nižší	C	A	A	A	C	B	B	C	C	A	C	A	C	11
58	Ž	B	B	nižší	A	C	A	C	C	B	A	A	C	A	A	C	C	7
59	Ž	C	B	nižší	B	A	A	A	C	A	AD	C	C	B	B	C	C	8
60	Ž	C	D	nižší	A	A	A	A	C	B	ABD	C	C	A	C	C	C	12

61	Ž	A	C	nižší	B	A	A	A	C	B	AB	A	C	A	C	C	C	10
62	Ž	B	C	nižší	A	A	A	A	C	B	AD	C	C	A	C	C	C	11
63	Ž	B	C	nižší	B	A	A	A	C	B	AD	C	C	A	C	C	C	11
64	Ž	B	D	nižší	A	A	A	A	C	B	BD	A	C	A	C	C	C	10
65	Ž	C	C	nižší	A	A	A	A	C	B	AD	C	C	A	C	C	C	11
66	Ž	A	C	nižší	A	A	A	B	C	A	AD	A	C	A	B	A	C	6
67	Ž	A	B	nižší	A	A	B	A	C	A	BD	C	B	B	A	A	C	5
68	Ž	A	B	nižší	A	C	B	A	C	B	AD	A	C	B	B	A	C	5
69	Ž	A	C	nižší	A	A	B	C	C	B	C	A	A	B	B	A	C	4
70	Ž	B	C	nižší	A	A	B	A	C	A	ABD	C	C	A	B	A	C	8
71	Ž	A	B	nižší	B	C	B	B	C	B	ABD	C	C	A	B	A	C	7
72	Ž	A	B	nižší	A	A	A	A	C	B	AB	C	B	A	B	A	C	8
73	Ž	B	C	nižší	A	A	A	A	C	B	AB	C	B	A	B	A	C	8
74	Ž	C	B	nižší	A	C	B	A	C	B	A	A	C	A	B	A	C	6
75	Ž	B	B	nižší	A	A	A	A	C	B	A	A	B	A	B	A	C	7
76	Ž	B	B	nižší	B	A	B	A	C	B	D	C	C	B	B	A	C	7
77	Ž	B	C	nižší	A	A	A	A	C	A	BD	C	C	A	C	A	C	9
78	Ž	B	B	nižší	B	A	A	A	C	B	ABD	A	B	B	C	A	C	8
79	Ž	C	C	nižší	B	C	A	A	C	B	AB	C	B	C	C	A	C	7
80	Ž	A	C	nižší	B	A	A	A	C	B	ABD	A	C	A	C	A	C	10
81	Ž	C	C	nižší	B	A	A	A	C	B	AB	C	C	A	C	A	C	10
82	Ž	B	C	nižší	B	A	B	A	C	B	ABD	A	C	A	B	C	C	9
83	Ž	B	C	nižší	B	A	A	A	C	B	ABD	C	C	A	B	C	C	11
84	M	C	B	nižší	B	A	B	B	C	B	AD	A	C	B	B	A	C	5
85	M	C	B	nižší	A	A	B	A	C	A	AD	A	B	B	A	A	C	4
86	M	B	B	nižší	A	A	B	A	C	A	ABD	C	C	A	B	A	C	8
87	M	A	D	nižší	A	A	A	A	C	B	ABD	C	C	A	B	A	C	10
88	M	A	B	nižší	B	A	A	A	C	B	AB	C	A	A	B	B	C	8
89	M	C	B	nižší	A	A	A	A	C	A	AD	C	B	A	C	C	C	9
90	M	C	C	nižší	A	C	B	A	C	A	ABD	A	B	C	C	C	C	6
91	M	A	B	nižší	A	C	B	A	C	B	C	A	C	B	A	A	C	5
92	M	B	B	nižší	C	A	B	A	C	B	AC	A	C	A	B	C	C	9
93	M	B	C	nižší	C	B	A	A	C	B	AD	C	C	A	C	C	C	11
94	M	B	C	nižší	C	A	A	A	C	B	ABD	C	C	A	C	C	C	13
95	M	C	C	nižší	B	A	A	A	C	B	AB	C	C	A	C	C	C	11

96	M	B	C	nižší	B	A	A	A	C	B	BD	C	C	A	C	C	C	11
97	M	B	D	nižší	C	A	A	A	C	B	AD	A	C	A	C	C	C	11
98	M	B	B	nižší	A	A	A	A	C	B	AD	A	B	A	B	A	C	7
99	M	A	B	nižší	B	C	B	A	C	B	AD	A	B	A	B	A	C	5
100	M	B	B	nižší	A	A	A	A	C	B	AB	A	B	A	B	A	C	7
101	M	C	B	nižší	B	A	B	A	C	B	AD	A	C	A	A	A	C	7
102	M	C	B	nižší	B	C	B	A	C	A	AD	A	C	A	B	A	C	5
103	M	B	B	nižší	A	A	B	A	C	A	AD	A	C	A	B	A	C	6
104	M	B	B	nižší	A	C	B	A	C	B	C	A	C	A	B	A	C	6
105	M	C	C	nižší	A	A	A	A	C	B	AD	A	C	A	B	A	C	8
106	M	B	B	nižší	A	A	B	A	C	A	AB	C	A	A	B	A	C	6
107	M	A	B	nižší	A	C	A	A	A	B	A	C	C	A	B	A	C	7
108	M	C	B	nižší	B	C	A	B	A	B	BD	C	C	A	A	A	C	6
109	M	B	B	nižší	A	A	B	A	C	A	A	C	C	A	B	A	C	7
110	M	B	B	nižší	A	C	A	A	C	B	AB	C	C	A	B	A	C	8
111	M	B	C	nižší	C	A	A	A	C	B	A	C	C	A	C	A	C	11
112	M	A	C	nižší	C	A	B	A	C	B	A	C	C	A	C	A	C	10
113	M	B	B	nižší	C	A	A	B	C	A	AD	A	C	A	C	A	C	8
114	M	B	B	nižší	A	A	A	A	C	B	ABD	C	C	A	C	A	C	11
115	M	C	C	nižší	A	A	A	A	C	B	A	C	C	A	C	A	C	10
116	M	C	A	nižší	C	A	A	A	B	B	BD	A	C	A	C	A	C	9
117	M	C	C	nižší	C	A	A	A	C	A	AD	A	C	A	C	A	C	9
118	M	C	B	nižší	B	C	A	A	C	B	AD	A	B	A	B	A	C	6
119	M	C	E	VŠ	A	A	A	A	C	B	BD	A	C	A	B	A	C	8
120	M	B	E	VŠ	C	A	A	A	C	B	AD	C	C	A	C	A	C	11
121	M	B	E	VŠ	C	A	A	A	C	B	AD	C	C	A	C	B	C	11
122	M	B	E	VŠ	B	A	A	A	C	B	ABD	A	A	A	B	A	C	8
123	M	C	E	VŠ	C	A	A	A	C	B	ABD	C	C	A	C	C	C	13
124	M	B	E	VŠ	C	A	A	A	C	B	AB	C	C	A	C	C	C	12
125	M	C	E	VŠ	C	A	A	A	C	B	ABD	C	C	A	C	C	C	13
126	M	B	E	VŠ	C	A	A	A	C	B	ABD	A	C	A	C	C	C	12
127	M	A	E	VŠ	C	A	B	A	C	A	D	C	A	A	C	C	C	9
128	M	C	E	VŠ	B	A	A	A	C	B	AD	C	C	A	B	C	C	10
129	Ž	B	C	nižší	A	A	B	B	C	A	C	C	B	B	B	A	A	3
130	Ž	B	B	nižší	A	A	B	A	C	A	A	A	B	B	B	C	A	4

131	Ž	B	C	nižší	C	A	A	A	C	C	A	C	B	A	C	A	B	8
132	Ž	B	C	nižší	C	A	A	A	C	B	AB	C	B	A	C	A	B	9
133	Ž	B	E	VŠ	C	A	B	A	C	A	ABD	C	C	C	B	A	B	7
134	Ž	B	E	VŠ	C	A	B	A	C	A	ABD	C	C	A	C	A	A	9
135	Ž	B	E	VŠ	B	A	A	A	C	B	A	C	C	A	C	A	A	9
136	M	B	E	VŠ	C	A	A	A	C	B	AD	A	C	A	B	A	A	8

Legenda:

Otázka č. 1: M – muž, Ž – žena

Otázka č. 2: A - věk 18 – 25 let, B - věk 26 – 50 let, C - věk 51 a více let

Otázka č. 3: A - základní, B - vyučení nebo střední odborné bez maturity, C - středoškolské s maturitou, D -vyšší odborné (VOŠ), E - Vysokoškolské

Otázky č. 4 – 16: A, B, C – varianta odpovědi v pořadí v jakém je uvedena v textu u každé otázky od vrchu směrem dolů

Počet správných odpovědí podle kategorií v jednotlivých dotaznících			
podle pohlaví		podle vzdělání	
		12	
		12	
		13	
		13	
		13	
		13	
		13	