



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra sociální práce

Diplomová práce

**Právní úprava z oblasti zdravotnictví v novém občanském zákoníku a
porovnání se zákonem o zdravotních službách**

Vypracovala: Bc. Iveta Janošťáková

Vedoucí práce: JUDr. Božena Kučerová, Ph.D.

České Budějovice 2015

Abstrakt

V současné době v České republice existuje řada samostatných právních norem, které upravují jednotlivé oblasti každodenního života; některé zákony se vzájemně prolínají a doplňují. Problematikou právních vztahů ve zdravotnictví se zabývá občanské, správní, pracovní i trestní právo. Poskytování zdravotní péče a zdravotních služeb v naší zemi upravuje řada mezinárodních a vnitrostátních právních předpisů v souladu s dodržováním základních lidských práv.

Zdravotně právní problematika je upravena zejména v zákoně č. 372/2011Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, jenž nabyl účinnosti 1. dubna 2012 a nahradil tak zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Přijetím zákona o zdravotních službách došlo k završení porevolučních změn v oblasti zdravotnictví. Zákon představuje poměrně ucelený systém pravidel, mimo jiné upravuje práva a povinnosti pacientů, poskytovatelů zdravotních služeb a zdravotnických pracovníků při poskytování zdravotních služeb. V roce 2012 byla dokončena rekodifikace soukromého práva. V jejím rámci byl schválen zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, který vstoupil v platnost 1. ledna 2014 a přinesl i změny v oblasti zdravotně právních norem. Výše uvedené právní předpisy mají vést k vyšší kvalitě poskytované zdravotní péče a k ochraně práv pacienta a jeho spokojenosti.

Tato diplomová práce je rozčleněna do pěti kapitol včetně závěru, každá kapitola se zabývá jednotlivými okruhy souvisejícími se zvoleným tématem. První kapitola se snaží zachytit vývoj právních norem ve zdravotně sociální oblasti v naší zemi. Rozvoj sociálně zdravotní politiky státu z konce 19. století byl později zpomalen světovou hospodářskou krizí, druhou světovou válkou a následnou normalizací. V 90. letech v rámci reformních opatření státu byly přijaty i nové právní předpisy upravující oblast zdravotnictví. Druhá kapitola přináší přehledný úvod do zdravotnické problematiky a je rozdělena do několika podkapitol. Definuje základní pojmy zdraví a nemoc, které jsou běžnou součástí života každého jedince a zcela právem patří k nejdůležitějším společenským hodnotám. Konkretizuje jednotlivé modely přístupu jedince ke zdraví,

strukturu českého zdravotnictví; část kapitoly se zabývá vztahem lékaře a pacienta, zejména proměnou jejich vztahu od paternalistického přístupu lékaře k nemocnému k partnerskému vztahu, ve kterém se lékař a pacient se stávají rovnocennými partnery. V třetí kapitole jsou uvedeny mezinárodní a vnitrostátní právní předpisy, které jsou součástí současné platné zdravotnické legislativy. Práva a povinnosti pacienta, původně zakotvená jen v Etickém kodexu práv pacientů, Ústavě ČR a Listině základních práv a svobod, upravuje řada specifických vnitrostátních právních předpisů, které vychází z nejdůležitějšího mezinárodního právního dokumentu Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, jejímž cílem je zajištění lidské důstojnosti a lidských práv a svobod každého jednotlivce v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. Tato právní norma vyjadřuje zájem společnosti nejen v České republice chránit základní hodnoty lidské bytosti při poskytování zdravotní péče. Čtvrtá část diplomové práce se podrobněji zaměřuje na vybrané oblasti v poskytování zdravotní péče a zdravotních služeb za účinnosti zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a nově přijatého zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. Nový právní předpis zavádí zvláštní smluvní typ, 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 obsahuje i komplexní úpravu zásahů do integrity fyzické osoby a nutnosti jejího souhlasu k takovému zásahu. V této části práce je zkoumán vztah mezi zákonem o zdravotních službách a novým občanským zákoníkem, problematikou informovaného souhlasu a možnostmi poskytování zdravotních služeb.

Cílem diplomové práce je zmapovat dosavadní a novou právní úpravu v oblasti zdravotnictví a vymezit základní rozdíly právních norem. Na základě komparace obou právních norem posoudit důsledky, které ze změn v právních předpisech vyplývají pro pacienta.

Tato diplomová práce je prací teoretickou, založenou na studiu a obsahové analýze především právních předpisů, odborné literatury a dalších dostupných pramenů.

Závěr, tedy pátá kapitola diplomové práce, je shrnutím vybrané problematiky v poskytování zdravotní péče a zdravotních služeb. Nový občanský zákoník vychází z požadavků moderní společnosti a poskytuje mnohem větší posílení práv pacienta. Tím

dochází z pohledu práva k rovnému postavení obou zúčastněných subjektů, lékaře a pacienta. Poskytování zdravotních služeb je však primárně upraveno v zákoně o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, a to podrobněji než nový občanský zákoník, který je vůči zvláštní úpravě ve vztahu subsidiarity.

Tato práce může být využita jako výukový případně informativní materiál.

Klíčová slova: zdravotnické právo, pacient, lékař, zdravotní péče, zdravotní služby, práva pacienta

Abstract

Numerous separate legal norms dealing with the individual spheres of everyday life exist in the Czech Republic at present; some acts mutually overlap and complement one another. Civil, administration, labour and criminal laws deal with the issues of labour relations in healthcare. Provision of healthcare and healthcare services is regulated by numerous international and national regulations in compliance with adherence to the basic human rights.

The healthcare law issues are particularly dealt with by Act No. 372/2011 Col. on healthcare services and the conditions of their provision, which became effective on 1 April 2012 and substituted Act No. 20/1966 Col. on people health care. Acceptance of the Healthcare Service Act completed the post-revolution changes in healthcare. The Act represents a relatively comprehensive system of rules, among others it regulates the rights and obligations of patients, healthcare providers and healthcare staff in provision of healthcare services. Recodification of the private law was completed in 2012. Act No. 89/2012 Col., the Civil Code was passed within that. It became effective on 1 January 2014 and brought also changes in the field of healthcare legal norms. The above mentioned regulations should lead to higher quality of the healthcare provided and to protection of patient's rights and satisfaction.

This thesis is divided into five chapters including the conclusion, each chapter deals with the individual spheres related to the chosen topic. The first chapter tries to outline the development of the legal norms in healthcare and social sphere in our country. The development of the social-healthcare policy of the state from the late 19th century was later slowed down by the world economy crisis, the Second World War and the consequent normalization. New healthcare regulations were passed in the 1990s within the reform measures of the state. The second chapter gives a brief introduction in the healthcare issues and is divided into several subchapters. It defines the basic terms health and disease, which are the normal part of the life of each individual and belong justifiably among the most important social values. It specifies the individual models of

human approach to health, the structure of the Czech healthcare; a part of the chapter deals with the physician-patient relation, particularly with its modification from the paternalistic approach of a physician to a patient to the partnership relation, in which a physician and a patient become equal partners. The third chapter introduces the international and national regulations forming a part of the current healthcare legislation. The patient's rights and obligations, which were originally only dealt with by the Ethic Code of Patient Rights, the Constitution of the CR and in the Charter of fundamental rights and freedoms are dealt with by numerous specific national regulations based on the most important international legal document, the Convention on Human Rights and Biomedicine, aimed at protection of human rights and dignity of each individual with regard to the application of biology and medicine. This legal norm expresses the willingness of the society not only in the Czech Republic to protect the basic values of a human being in healthcare provision. The fourth part of the thesis focuses in detail on selected spheres of provision of healthcare and healthcare services under the effectiveness of Act No. 372/2011 Col. on Healthcare Services and the newly passed Act No. 89/2012 Col., the Civil Code. The new regulation introduces a new type of contractual relation, a contract of healthcare, which should regulate the legal mode of the healthcare provision, including the position of a healthcare provider and a patient in healthcare provision. It also includes a complex regulation of intervention into natural person's integrity and the necessity of his/her agreement with such an intervention. This part of the thesis examines the relation between the Healthcare Service Act and the new Civil Code, the problems of the informed consent and the possibilities of the healthcare provision.

The aim of the thesis was to map the previous and the new healthcare legislations and to specify the basic differences in the legal norms, and to assess the consequences of the changes in the regulations for a patient upon comparison of both the legal norms.

This thesis is a theoretical one, based on detailed studying and on a content analysis of particularly regulations, specialized literature and further available sources.

The conclusion, i.e. the fifth chapter summarizes selected problems of provision of healthcare and healthcare services. The new civil code is based on the requirements of

the modern society and provides much higher improvement of patient rights. This levels the legal positions of both the involved subjects, the physician and the patient. Healthcare provision is however primarily regulated by the Act on Healthcare Service Provision and the Conditions of their Provision, namely in more detail than by the new Civil Code, which is in the subsidiarity relation to the special regulation.

This thesis can be used as study or informative material.

Key words: healthcare law, patient, physician, healthcare, healthcare services, patient's rights

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci 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 diplomové práce, a to v nezkrácené podobě 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 14. 5. 2015

.....

Bc. Iveta Janošťáková

Poděkování

Děkuji své vedoucí práce paní JUDr. Boženě Kučerové, Ph.D. za odborné vedení, její cenné rady a vstřícnost, které mi během zpracování diplomové práce poskytla. Dále děkuji své rodině za pochopení, podporu a velikou trpělivost v průběhu celého mého studia.

Obsah

Úvod	14
1 Historický vývoj sociálně zdravotního práva v ČR.....	16
1.1 Období před rokem 1918	16
1.2 Období mezi lety 1918 - 1948.....	17
1.3 Období v letech 1948 - 1989.....	18
1.4 Období od roku 1989	19
2 Úvod do zdravotnické problematiky	22
2.1 Vymezení základních pojmů.....	22
2.1.1 Zdraví	22
2.1.2 Nemoc	24
2.1.3 Pacient.....	24
2.1.4 Lékař	25
2.1.5 Zdravotnictví.....	25
2.1.6 Zdravotní politika.....	26
2.1.7 Zdravotnické právo	26
2.1.8 Zdravotní péče.....	26
2.1.9 Zdravotní služba.....	27
2.1.10 Zdravotnický systém	27
2.2 Filozofické pojetí zdraví	28
2.2.1 Holistický model zdraví	28
2.2.2 Biomedicínský model zdraví.....	29
2.2.3 Bio-psycho-sociální model zdraví.....	29
2.2.4 Ekologicko-sociální model zdraví.....	30
2.3 Struktura zdravotnického systému v ČR.....	30
2.3.1 Soustava zdravotnických zařízení	30
2.3.2 Ministerstvo zdravotnictví	31
2.3.3 Systém veřejného zdravotního pojištění	31
2.3.4 Zdravotní pojišťovny.....	32
2.3.5 Národní zdravotní registry	33

2.4	Základní aspekty vztahu lékař – pacient	33
2.4.1	Vývoj vzájemného vztahu lékař – pacient	33
2.4.2	Poskytovatel zdravotní péče.....	35
2.4.3	Práva a povinnosti poskytovatele.....	36
2.4.4	Práva pacienta	37
3	Zdravotnictví a současná legislativa.....	39
3.1	Mezinárodní úmluvy	39
3.1.1	Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod	39
3.1.2	Úmluva o lidských právech a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny	40
3.2	Vnitrostátní právní předpisy.....	41
3.2.1	Ústava ČR	41
3.2.2	Listina základních práv a svobod	42
3.2.3	Zákon o zdravotních službách.....	43
3.2.4	Zákon o specifických zdravotních službách.....	45
3.2.5	Nový občanský zákoník	46
3.2.6	Vybrané obecné a specifické právní předpisy	48
4	Porovnání vybraných oblastí poskytování zdravotních služeb za účinnosti NOZ.....	50
4.1	Vztah NOZ a zdravotních zákonů.....	50
4.2	Vymezení péče o zdraví.....	51
4.2.1	Smlouva o péči o zdraví.....	52
4.2.2	Problematika poučení pacienta.....	55
4.2.3	Problematika informovaného souhlasu	59
4.2.4	Problematika informovaného nesouhlasu	65
4.2.5	Poskytování zdravotní péče nezletilým.....	67
4.2.6	Poskytování zdravotní péče lege artis	71
4.2.7	Poskytování zdravotních služeb za přítomnosti dalších osob	73
4.2.8	Problematika odpovědnosti poskytovatele zdravotních služeb.....	74
4.2.9	Dříve vyslovené přání	75
4.2.10	Odmítnutí poskytované péče pacientem	78
4.2.11	Problematika nedobrovolné hospitalizace.....	79

4.2.13	Nakládání s částmi lidského těla a jeho ochrana po smrti.....	87
5	Závěr	95
6	Seznam použitých zdrojů	100
7	Seznam příloh	117

Seznam použitých zkratk

aktual. - aktualizovaný

č. - číslo

ČR - Česká republika

dopl. - doplňující

např. - například

NOZ - nový občanský zákoník

odst. - odstavec

OZ - občanský zákoník

písm. - písmeno

přepřac. - přepracované

rozšíř. - rozšířené

Sb. - Sbírký zákonů

tzn. - to znamená

vyd. - vydání

WHO - Světová zdravotnická organizace

ZZS - zákon o zdravotních službách

Úvod

Tématem této diplomové práce je Právní úprava z oblasti zdravotnictví v novém občanském zákoníku a porovnání se zákonem o zdravotních službách. Zdravotnické právo je upraveno řadou mezinárodních a vnitrostátních právních předpisů, které mají prvotní základ v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně.

Zásadním zdravotnickým předpisem je v současné době zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, který nahradil zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Práva a povinnosti pacienta byla přijetím tohoto zákona kodifikována v nové podobě a ve vztahu pacienta a lékaře byly stanoveny přímo zákonem bez nutné existence smluvního vztahu. Do materie zákona o zdravotních službách poměrně brzy, dva roky od jeho účinnosti, zasáhlo přijetí nového občanského zákoníku, zákon č. 89/2012 Sb., který vstoupil v účinnost 1. ledna 2014 a definuje péči o zdraví v ustanoveních § 2636 až § 2651.

Nově byl ukotven institut smlouva o péči o zdraví, tato smlouva je uzavírána mezi poskytovatelem zdravotní péče či zdravotních služeb a příkazcem, tzn. ošetřovaným (pacientem) nebo jinou zastupující osobou. Samotná úprava smlouvy o péči o zdraví obsahuje totožné instituty (např. poučení ošetřovaného, souhlas ošetřovaného, postup *lege artis*) jako právní úprava poskytování zdravotní péče a zdravotních služeb podle zákona o zdravotních službách, i když o něco méně podrobněji.

Nový občanský zákoník ukotvuje právo na duševní a tělesnou integritu a poměrně rozsáhle upravuje zásahy do integrity fyzické osoby a nutnost informovaného souhlasu k takovému zásahu. Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu právní úpravu informovaného souhlasu vůbec neobsahoval, proto ve snaze přiblížit se moderním mezinárodním smlouvám upravujícím danou oblast, zejména k Úmluvě o lidských právech a biomedicíně, byl tento institut postupně ukotven v zákoně o zdravotních službách a poté novým občanským zákoníkem.

Nový občanský zákoník je zákonem obecným, k zákonu o zdravotních službách je v pozici subsidiární. Jednotlivá ustanovení nového občanského zákoníku se nacházejí k

zákonu o zdravotních službách v rozdílném postavení. Po krátkém působení obou právních předpisů lze uvést skutečnost, kdy některá ustanovení nového občanského zákoníku nejsou v souladu s ustanoveními zákona o zdravotních službách, a naopak jiná ustanovení nového občanského zákoníku spíše doplňují a upřesňují zákon o zdravotních službách, a samozřejmě i některá ustanovení upravují určité oblasti podrobněji než zákon o zdravotních službách.

V současné době je lékař a pacient při poskytování zdravotní péče a zdravotních služeb vystaven situaci, kdy dochází k souběhu dvou platných právních norem, a proto cílem této diplomové práce bude porovnat vybraná ustanovení nového občanského zákoníku a zákona o zdravotních službách a vyvodit možné vyplývající důsledky pro pacienta.

1 Historický vývoj sociálně zdravotního práva v ČR

Tato kapitola předkládá stručný nástin historického vývoje sociálně zdravotního práva v naší zemi. Zavedením pojistných systémů koncem 19. století v českých zemích se zásadně změnil systém sociálního zabezpečení; vztah mezi občanem a státem začal být upravován právními předpisy. Samotné zákony byly a jsou ovlivňovány sociální politikou a ekonomickou situací státu.

1.1 Období před rokem 1918

Německo bylo první zemí Evropy, které si v 80. letech 19. století začalo uvědomovat vznikající sociální problémy vyvolané v důsledku industriálních změn ve společnosti (rychlý ekonomický rozvoj, rozkvět a modernizace výroby, volný obchod). Německý císař Vilém I. v roce 1881 ve svém prohlášení zdůraznil, že nejlepším řešením situace bude institucionalizování nových sociálních práv (Musil, 1996). V roce 1883 se do čela německé vlády postavil Otto von Bismarck, jehož vláda v témže roce přijala zákon o povinném nemocenském pojištění, o rok později zákon o úrazovém pojištění a v roce 1889 bylo upraveno starobní a invalidní pojištění (Vurm, 2008).

Pod vlivem Bismarckova modelu sociálního pojištění bylo povinné sociální pojištění zavedeno pro rakouskou část Rakouska-Uherska (Předlitavsko), tzn. i pro české země, a v letech 1888 až 1889 byly přijaty zákony o úrazovém pojištění dělníků, nemocenském pojištění dělníků a zákon o bratrských pokladnách, označované jako Taafeho reforma (předsedou rakousko-uherské vlády v té době byl JUDr. Eduard hrabě von Taaffe). Nemocenské pojištění bylo obligatorní, pojistné platili pojištěnci i zaměstnavatelé; byl tak vlastně položen základ odpovědnosti člověka aktivně pečujícího o své zdraví. V době prudkého industriálního rozvoje bylo zavedení povinného sociálního pojištění oproti dosud dobrovolnému pojištění v rámci svépomocných spolků a dělnických pokladen a zejména při malé zodpovědnosti některých zaměstnanců za svoje zdraví klíčovým okamžikem. Sociální politika Rakouska-Uherska byla na přelomu 19. a 20. století na předním místě mezi evropskými státy (Šimák, 2013).

1.2 Období mezi lety 1918 - 1948

Ukončením první světové války a vznikem Československé republiky se začaly vytvářet nové podmínky pro řešení sociálních a zdravotních problémů občanské společnosti nového státu. V roce 1918 byl založen Státní ústav pro zkoumání léčiv a Státní zdravotnický ústav republiky Československé. Od roku 1919 byla zavedena pojistná povinnost na rodinné příslušníky přímých pojištěnců. Systém československého sociálního pojištění byl následně ovlivněn přijetím zákona č. 211 v roce 1924, který upravil pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří; v roce 1925 bylo schváleno i nemocenské pojištění veřejných zaměstnanců. Soustava nemocenského, invalidního a starobního pojištění byla řízena a koordinována Ústřední sociální pojišťovnou. Bylo zřízeno i ministerstvo sociální péče. Nemocenské pojištění bylo spravováno nemocenskými pojišťovnami, pro každé odvětví byl stanoven systém okresních nemocenských pojišťoven. Pojištěnec a jeho rodinní příslušníci měli nárok na bezplatné ambulantní a nemocniční ošetření, léčiva a léčivé přípravky. V případě nemoci pobíral pojištěnec nemocenské dávky ve výši 60 % průměrné mzdy. Už v té době měl pojištěnec určitá práva a povinnosti, které byly určeny stanovami příslušné nemocenské pojišťovny (Niklíček, 2015).

Rozvoj v oblasti sociálně zdravotní politiky Československa s cílem rozšíření povinného sociálního pojištění byl ovšem zpomalen nástupem hospodářské krize začátkem 30. let (Potůček, 1995).

Po ukončení druhé světové války bylo zákonodárství první Československé republiky v sociální zdravotní oblasti převzato. Ovšem sociální situace v zemi byla velmi komplikovaná, pojistné fondy byly v důsledku válečných událostí zcela znehodnoceny. V roce 1948 došlo ke znárodnění nemocnic, léčeben, lázní, zdravotnických a farmaceutických závodů i distribuce léčiv (Gladkij, 2003). V roce 1948 byl přijat zákon č. 99 o národním pojištění; nemocenské a důchodové pojištění bylo sjednoceno do jednoho povinného systému. Tento zákon byl na svou dobu velmi pokrokový a vycházel z principů modelu národního pojištění, který v roce 1942 představil britský politik, ekonom a sociální reformátor sir William Beveridge. Po roce

1948 se upustilo od pojišťovacího principu; v sociálně zdravotní oblasti péči o občany přebral stát (paternalismus), což bylo výrazem ideologie redistributivního pojetí socialismu (Šimák, 2013). Správu nad tímto systémem převzala Ústřední národní pojišťovna, která koordinovala činnosti okresních národních pojišťoven. Nemocenské pojištění bylo financováno z příspěvků pojištěnců a zaměstnavatelů, zdravotní péče byla hrazena pouze ve stanoveném rozsahu. Pokud nebyl někdo pojištěn, byla mu poskytnuta péče za přímou úhradu (Vurm, 2008).

1.3 Období v letech 1948 - 1989

Zdravotně sociální politika státu byla po druhé světové válce silně ovlivněna sovětským vzorem. V roce 1951 se důchodové pojištění oddělilo zákonem č. 102/1951 Sb., o přebudování národního pojištění, ve zdravotnictví byla úplně převzata sovětská koncepce zákonem č. 103/1951 Sb., o jednotné preventivní a léčebné péči. Stát definitivně převzal řízení zdravotnictví, tzn., že veškerou zdravotní péči hradil stát z prostředků státního rozpočtu. Byly založeny ústavy národního zdraví, které metodicky řídily krajské ústavy národního zdraví a pod jejich správu patřily i krajské a fakultní nemocnice (Gladkij, Strnad, 2002). Na řízení zdravotnictví se podílely především politické a správní instituce státu (např. Národní shromáždění, Federální shromáždění, vlády) a zdravotnictví ovlivňovaly i sjezdy KSČ, na nichž byla schvalována zdravotní politika pro následující pětileté období. Tzv. Semaškův model zdravotnictví (Semaško byl prvním ministrem zdravotnictví po vzniku SSSR) byl v naší zemi uplatňován prakticky až do roku 1989 (Dohnal, 2014).

Výše citovaným právním předpisem se zdravotní péče stala pro občany bezplatnou, i když byla financována z daní. Ministerstvo zdravotnictví přerozdělovalo finanční prostředky ze státního rozpočtu prostřednictvím krajských a okresních národních výborů tzv. přísně účelovým způsobem. Základním článkem se stal zdravotnický obvod, kde byla poskytována zdravotní péče příslušným obvodním lékařem, dětským lékařem, ženským lékařem a zubním lékařem (Vurm, 2008).

V sociálním zabezpečení dochází k první reformě přijetím nového zákona č. 54 o nemocenském pojištění zaměstnanců v roce 1956, který s úpravami platil až do 31. 12. 2008 (byl nahrazen až zákonem č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění (Šimák, 2013, str. 30). V tomto roce byl přijat i zákon č. 55/1956 Sb., o sociálním zabezpečení, který převedl v podstatě veškerou sociální péči na stát a jeho orgány. Další reforma sociálního zabezpečení proběhla v roce 1964, kdy byl přijat zákon č. 101/1964 Sb., o sociálním zabezpečení, který kodifikoval služby sociálního zabezpečení, které měly být poskytovány občanům závislých na pomoci společnosti k překonání nepříznivých zdravotních podmínek. Tímto právním předpisem byla rozšířena i péče o občany těžce poškozené na zdraví (Matoušek et.al, 2007).

Nelze opomenout ani přijetí zákona č. 103/1964 Sb., o sociálním zabezpečení družstevních rolníků. Další právní předpis, který změnil systém sociálního zabezpečení, byl zákon č. 121/1975 Sb., o sociálním zabezpečení. Tento zákon vymezil pojem sociální péče a platil až do roku 1988, kdy byl nahrazen zákonem č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, jehož některá ustanovení jsou platná dodnes (Šimák, 2013). V roce 1966 byl Národním shromážděním Československé socialistické republiky přijat zákon č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu. Citovaný právní předpis upravoval právo na péči o zdraví, které patřilo k základním občanským právům zaručeným Ústavou Československé socialistické republiky. V pátém článku tohoto zákona bylo konstatováno, že „péče o zdraví lidu poskytuje stát všem občanům bezplatně“. Tímto předpisem byl zrušen zákon č. 103/1951 Sb. a další právní normy; důchodové pojištění zůstalo nadále upraveno samostatně (Vurm, 2008).

1.4 Období od roku 1989

Po revoluci dochází ke změně politického systému a tím samozřejmě i k potřebě změny systému sociálního zabezpečení i systému řízení zdravotnictví. V oblasti sociálního zabezpečení dochází k zrušení preferencí v důchodovém systému, odstranění diskriminace osob samostatně výdělečně činných, převedení nemocenského pojištění ze

správy odborů a jeho organizační sjednocení s důchodovým pojištěním v rámci ČSSZ, zavedení pravidelné indexace důchodů a zavedení pojistného na sociální pojištění jako zvláštní platby mimo daňový systém. V rámci zavedení nového systému byly přijaty zákony č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění a zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře (Šimák, 2013).

V 90. letech byla zahájena rovněž reforma českého zdravotnictví s cílem vytvořit nový model organizace zdravotní péče, který by zamezil dalšímu negativnímu vývoji zdravotnictví. Byl sestaven tým odborníků, který zformuloval „Návrh nového systému zdravotní péče“, který byl přijat vládou ČR pod č. 251 dne 12. prosince 1990. Na konci roku 1990 byly zrušeny krajské ústavy národního zdraví, okresní ústavy se rozpadly do samostatných menších zdravotních celků. Do konce roku 1991 byly vytvořeny základní organizační a legislativní předpoklady pro transformaci zdravotnictví. ČR si vybrala přechod od původního státního modelu k více pluralitnímu a decentralizovanému systému všeobecného zdravotního pojištění. Byly přijaty nové normy, které zabezpečovaly zajišťování a způsob poskytování zdravotní péče – např. zákon České národní rady č. 220/1991 Sb. o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, zákon č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně (Bártlová, 2005).

Na základě nově přijaté koncepce byly schváleny i další reformní zákony, lze zmínit zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění. Reformní proces našeho zdravotnictví byl založen na rozvoji nových zdravotnických služeb, restrukturalizaci a reorganizaci zdravotnických zařízení a změnách ve financování zdravotnictví. V roce 1997 byl přijat zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění upravujícím rozsah a podmínky veřejného zdravotního pojištění. Tento právní předpis proměnil zdravotnický systém v ČR, v němž hradil zdravotní péči stát na systém veřejného zdravotního pojištění.

Současně dochází i ke stabilizaci řízení zdravotnictví, ministerstvo zdravotnictví je pověřeno přípravou a navrhováním zdravotnických zákonů, získává rozhodující roli

v řízení zdravotnictví a výrazně se podílí na ovlivňování kvality a dostupnosti zdravotnické péče. K 31. 12. 2002 byla zrušena působnost okresních úřadů, jejichž kompetence přešla na krajské úřady, které se v současnosti podílí např. na udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb (Dohnal, 2014).

Další nové pozměňující zákony byly přijaty v roce 2004, lze uvést např. zákon č. 438/2004 Sb., kterým se mění zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů a zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. V souvislosti s novou úpravou způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání byl přijat i zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. Dále byl přijat zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

Začátkem 21. století přichází nová vlna reformních zákonů v sociální oblasti, které změnilly systém sociálního zabezpečení; tyto zákony s následujícími novelizacemi jsou stále platné. Byl přijat např. zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění; zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením (Šimák, 2013).

Nejvýznamnější změnou v rámci poskytování zdravotní péče bylo přijetí zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, který zrušil zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. V témže roce vešel v platnost i zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, který nově kodifikuje posudkovou péči, lékařské posudky, pracovní lékařské služby, posuzování nemocí z povolání a specifické zdravotní služby např. v rámci asistované reprodukce a zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě.

2 Úvod do zdravotnické problematiky

Tato kapitola se zabývá vymezením základních pojmů, se kterými se v oblasti poskytování zdravotní péče setkáváme. Podrobně jsou vymezeny především pojmy zdraví a nemoc, které patří k základním aspektům zdravotnické problematiky. Dále jsou zde definovány jednotlivé modely přístupu jedince ke zdraví a přiblížena struktura českého zdravotnictví. Část kapitoly je věnována vztahu lékaře a pacienta, jejich právům a povinnostem.

2.1 Vymezení základních pojmů

Zdraví patří k nejdůležitějším společenským hodnotám, zdravá populace je hlavním cílem sociálně zdravotní politiky státu. Zdraví je důležité pro kvalitu života, ale zároveň je samotným způsobem života ovlivňováno.

2.1.1 Zdraví

Zdraví je pojem, o kterém se hovoří při různých příležitostech a člověk mu přisuzuje nejvyšší prioritu ve svém životě. Zdraví se týká každého z nás, má vliv na kvalitu života a do značné míry je ovlivněno tím, jak je člověk schopen získávat informace a zdraví si ochraňovat (Nováková, 2011). Zdraví patří v životě každého člověka mezi nejvýznamnější hodnoty a v historii lidské kultury zaujímá v hierarchii hodnot vždy přední místo. Zdraví představuje jednu z podmínek smysluplného a plnohodnotného života (Čeledová, Čevela, 2010). Müllerová, (2014) je rozděluje na genetické a epigenetické faktory, faktory životního stylu a vnější faktory (fyzikální, chemické, biologické, sociální, společenské a environmentální). Nejvíce ovlivňuje zdraví způsob života a životní styl (50 – 60%), vliv prostředí (20-25%), zdravotní péče (15-20%) a genetické faktory se podílejí na vzniku onemocnění jen 10-15%.

Vývoj definice zdraví

Definice zdraví prošla komplikovaným vývojem. Na počátku převládal čistě biologický pohled a zdraví bylo chápáno jen jako *zdraví těla*. Později se na zdraví začalo nahlížet i z roviny sociální a zdraví znamenalo *schopnost normálního zapojení do společnosti*. Následně přibyl i psychologický náhled, kdy důležitou roli ve zdraví sehrává subjektivní pocit (Šťastný, 2014).

V roce 1946 byla Ústavou Světové zdravotnické organizace (WHO) přijata asi nejnámější a nejvíce citovaná definice zdraví, která zdraví popisuje jako „*stav úplné duševní, tělesné a sociální pohody (well-being) a nejenom nepřítomnost nemoci nebo vady*“ (Velemínský, 2011, s. 8). Není to definice v pravém slova smyslu, jedná se spíše o formulaci záměru WHO, která se neorientuje jen na nemoci a poruchy zdraví, ale věnuje se zdraví v celém jeho spektru i v návaznosti na všechny související okolnosti (Holčík, 2012). Prvotní definice byla v průběhu doby upřesňována a doplňována. V roce 1977 v návaznosti na vyhlášení celosvětové strategie WHO *Zdraví pro všechny do roku 2000*, která již mimo jiné zahrnovala základní myšlenky podpory zdraví, byla charakteristika zdraví doplněna o „*schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život*“. V podpoře zdraví je kladen důraz na individuální ovlivnitelnost zdraví a vlastní zodpovědnost především prostřednictvím životního stylu a jeho reflexe v osobní pohodě (Kebza, 2005). V roce 1999, v rámci inovované verze strategie zvané *Zdraví 21 - Zdraví pro všechny v 21. století*, WHO doplňuje původní definici a vymezuje zdraví jako „*snižování úmrtnosti, nemocnosti a postižení v důsledku zjištěných nemocí nebo poruch, a nárůst pocíťované úrovně zdraví*“ (WHO, Regional Office for Europe, 2014, s. 211).

Bártlová (2005, s. 22) zdůrazňuje i Burešovo pojetí definice zdraví, kterému se zdraví jeví jako „*potenciál vlastností (schopností) člověka vyrovnat se s nároky působení vnitřního i zevního prostředí bez narušení životních funkcí*“ jako nejpoužívanější definice v ČR. Definicí zdraví se zabýval i přední český psycholog profesor Křivohlavý (2001) a zdraví popisuje jako celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.

2.1.2 Nemoc

Nemoc je vnímána negativně a v důsledku omezuje člověka v jeho expresivních aktivitách a návycích, kdežto zdraví je jednoznačně pozitivním a dynamickým procesem (Zimová, 2014). Nemoc je objektivně zjiřitelná porucha zdraví, kterou lze diagnostikovat a klasifikovat, která má své příčiny a podmínky vzniku, určitý průběh a somatické i psychosociální důsledky (Pacovský, Sucharda, 2002).

Definice nemoci

Strejšková (2007) popisuje nemoc jako poruchu rovnováhy (homeostázy) vnitřního a vnějšího prostředí organismu nebo jako poruchu celistvosti (integrity) jeho součástí, kdy je pak porušena stavba a funkce jednotlivých orgánů. Nemoc lze definovat jako patologický stav těla nebo mysli, který je projevem změny funkcí buňky a v důsledku i morfologickým poškozením buněk, tkání a orgánů. Nemoc je stav, který nemocnému jedinci způsobuje subjektivní potíže. Subjektivní vnímání nemoci však nemusí zcela odpovídat objektivnímu nálezů odborníka (Čeledová, Čevela, 2012).

Z lékařského hlediska je nemoc popsána jako souhrn reakcí organismu na poruchu rovnováhy v určitém daném biologickém, fyzickém a sociálním prostředí (Tomeš, 2001). Křivohlavý (2002) definuje nemoc jako poruchu zdraví, tzn. stav, kdy je něco v nepořádku, kdy to, co má něco dělat, funguje jen s obtížemi, kdy se určitá funkce vychyluje z běžných mezí.

2.1.3 Pacient

Význam slova pacient pochází z latinského „*patiens*“, což znamená trpící, nemocný; jde tedy o jedince, který potřebuje péči (Kábrt, 2004). Matoušek (2003) popisuje pacienta jako nemocného člověka, který je léčen ve zdravotnickém zařízení, případně v zařízení poskytujícím sociální služby, jestliže má daná péče zdravotní prvky. Pacient nesmí být pouhým předmětem zdravotní péče, musí se stát jedním ze zúčastněných subjektů, na jehož svobodném a informovaném rozhodnutí musí být

založen vztah k tomu, kdo mu péči poskytuje (Brůha, Tomek, 2005). Ustanovení § 3 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (2011) vymezuje pacienta jako fyzickou osobou, které jsou poskytovány zdravotní služby.

2.1.4 Lékař

Lékař jako odborník přijímá rozhodnutí, respektive navrhuje léčebné terapie a její provedení. Současný vědeckotechnický rozvoj v medicíně přináší nespočet různých variant léčby, tím samozřejmě roste riziko nesprávného rozhodnutí. Lékař současně poskytuje péči více pacientům, přesto je důraz kladen na autonomii jednotlivce (Kovářová - Kochová, 2013). V současnosti jsou lékaři při výkonu svého povolání vázáni celou řadou právních norem, důležité jsou i etické kodexy, které nejsou sice právně závazné, ovšem jejich dodržování se předpokládá (Džupinková, Zeman, 2011).

Každý lékař, který vykonává na území ČR lékařské povolání v léčebné a preventivní péči, musí být členem České lékařské komory (dále ČLK). ČLK dohlíží, aby členové komor vykonávali své povolání odborně, v souladu s jeho etikou a platnými zákony. Etický kodex ČLK účinný od 1. ledna 1996 změněný s účinností od 22. července 2007 definuje obecné zásady výkonu lékařského povolání, dále povinnosti lékaře při výkonu povolání, vztahy k pacientům a k ostatním lékařům (ČLK, 2014).

2.1.5 Zdravotnictví

Zdravotnictví lze definovat jako soustavu odborných zdravotnických institucí a činností, které se zaměřují na péči o zdraví občanů a slouží k uspokojování zdravotnických potřeb obyvatelstva, která zahrnuje např. ministerstvo zdravotnictví, zdravotní pojišťovny, lékařskou komoru, odborné lékařské společnosti, nemocnice, léčebné ústavy, ambulantní zařízení, ale i samotné lékaře a zdravotní sestry. Ze služeb a činností lze zahrnout do zdravotnictví léčebně preventivní péči, hygienickou a lékárenskou službu, výchovu ke zdraví, vědecký výzkum atd. (Strejčková, 2007).

2.1.6 Zdravotní politika

Zdravotní politika je vlastně vyjádřením zájmu státu o zdraví jeho občanů dosahovaným prostřednictvím koordinované činnosti všech institucí se zaměřením na posílení a rozvoj zdraví obyvatelstva. Každý stát si vytváří vlastní zdravotní politiku podle svých možností a specifik, měla by vést k identifikaci problémů a účinnému odstraňování překážek a jejich předcházení (Arnoldová, 2004).

Krebs (2010) definuje zdravotní politiku jako cílevědomou činnost státu zaměřenou na ochranu, podporu a obnovu zdraví obyvatelstva. Jsou v ní zahrnuty dva druhy aktivit: aktivity zaměřené k léčení, tzn. k odstranění změn ve zdravotním stavu, a aktivity směřující k zamezení vzniku nemoci.

2.1.7 Zdravotnické právo

Zdravotnické právo obsahuje právní normy upravující poskytování zdravotní péče, práva a povinnosti pacientů i zdravotnických pracovníků, způsobilost zdravotnických pracovníků k výkonu zdravotnického povolání, ale i organizaci zdravotní péče, kompetence poskytovatelů zdravotní péče a jejich zřizovatelů, lázeňskou péči, rehabilitační péče atd. (Vondráček, Kurzová, 2002).

Právní rámec medicínského práva upravují ústavně právní předpisy a mezinárodní úmluvy, které mají vyšší právní sílu než zákon, dále zákony, vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR, které se týkají zdravotnictví, a rovněž právní předpisy občanského práva, trestního i správního práva (Mach, 2006). V poslední době se v ČR ustálil pojem „lékařské právo“, které je kodifikované především v zákoně o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. (Mach, Buriánek, 2013).

2.1.8 Zdravotní péče

Zdravotní péči lze definovat jako souhrnnou péči o všechny nemocné osoby,

prevenci nemoci a úrazů, komplexní rehabilitaci a opatření k udržení zdraví a zdravotní výchovu (Vurm, 2007).

Článek č. 31 Listiny základních práv a svobod (1992) stanovuje: *Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.* Ustanovení § 2 odst. 4 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (2011) nově definuje zdravotní péči jako soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za účelem předcházení, odhalení a odstranění nemoci, vady nebo zdravotního stavu, udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu, udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení, pomoci při reprodukci a porodu, posuzování zdravotního stavu.

2.1.9 Zdravotní služba

Policar (2014a) uvádí, že pojem zdravotní služby je nově zakotven v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Zdravotní služba zahrnuje jak poskytování zdravotní péče zdravotnickými pracovníky a dalšími odborníky v přímé souvislosti s poskytováním zdravotní péče, tak i konzultační služby, nakládání s tělem zemřelého, zdravotnickou záchrannou službu, zdravotnickou dopravní službu, přepravu pacientů a biologického materiálu, transfuzní služby. Do zdravotních služeb jsou zahrnuty i zdravotní služby např. v rámci asistované reprodukce, sterilizace, změny pohlaví, které jsou ukotveny v zákoně č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.

2.1.10 Zdravotnický systém

Prvotním cílem každého zdravotnického systému je udržování zdraví populace s využitím nejnovějších poznatků o vzniku nemocí a dosažení maximálního zdraví obyvatel. Mezi významné cíle patří i minimalizace nerovností mezi jednotlivými skupinami populace prostřednictvím zajištění rovného přístupu ke zdravotní péči a

zdravotním službám a dosažení optimálního stupně zdraví pro všechny jednotlivce (Starfield, 1992).

Zdravotnický systém státu tvoří zdravotnické instituce, kde jsou poskytovány služby zdravotní péče. Smyslem a cílem těchto organizací je zlepšovat zdravotní stav občanů prevencí nebo poskytnutím odborné lékařské péče. Zdravotnické systémy jsou důležitou součástí národního hospodářství jednotlivých zemí a rozlišujeme je podle významnosti a míry regulace státu (Ochrana, Pavel, Vitek, 2010). Zdravotnický systém státu by měl zajistit obecně dostupnou základní zdravotní péči pro všechny, kteří ji potřebují, bez ohledu na jejich finanční situaci a sociální status (Arnoldová, 2004).

Zdravotní péče se stává jedním z občanských práv, které je stát povinen dle deklarace WHO garantovat. V současné době zdravotnické systémy vyspělých zemí rozdělujeme na liberálně-tržní zdravotnictví založené na dobrovolném pojištění (USA), povinné zákonné veřejné pojištění (země EU včetně ČR, Japonsko, Korea, Švýcarsko), státní zdravotnictví financované z daní (Velká Británie, Kanada, Švédsko, Norsko, Finsko a Nový Zéland) a smíšené zdravotnické systémy uplatňované např. v Irsku (Jarošová, D., 2007).

2.2 Filozofické pojetí zdraví

Jednotlivé oblasti zdravotnictví se orientují jak na nemocného, tak i na zdravého jedince. Vztah mezi zdravím a nemocí je relativně komplikovaný, člověk může mít zdravotní problémy, ale své zdraví považuje za dobré, nebo se naopak cítí nemocný a nelze u něj nalézt žádné specifické fyziologické problémy (Annandale, 2009).

2.2.1 Holistický model zdraví

Tento model vidí zdraví jako celek složený z jednotlivých částí, které se vzájemně propojují a ovlivňují. Jestliže dojde k poškození jedné části, bude to mít vliv na další složky. Fyzické zdraví je spojeno s tím, jak náš organismus pracuje, a je výsledkem

činnosti každého systému v těle. Duševní zdraví je spjato se způsobem získávání informací, jak je člověk schopen je zpracovat, vyhodnotit a využít pro své zdraví. Citová složka je zaměřena na vnímání svých pocitů a orientaci člověka v běžném životě. Schopnost člověka získat a udržovat vztahy s ostatními lidmi zahrnuje sociální zdraví. Osobní zdraví je spojeno s tím, jak člověk vidí sebe jako osobnost, jak je úspěšný. Duchovní (spirituální) složka zasahuje oblast, jak člověk vnímá smysl svého bytí (Nováková, 2011).

2.2.2 Biomedicínský model zdraví

Krivošíková (2011) vidí tento model zdraví jako stav dokonalé harmonie a souladu činnosti buněk a orgánů těla. Uznává jen biologický faktor vzniku onemocnění a nemoc definuje jako poruchu normální činnosti. Nemoc přichází nezávisle na psychických a sociálních faktorech a za vznik se považují interní fyziologické a somatické příčiny. Léčba probíhá pomocí medikamentů a operativních zákroků. V tomto modelu pacient nemá kontrolu nad svým tělem a onemocněním, lékař stanovuje diagnózu a rozhoduje o způsobu léčby. Wainwright (2008) uvádí, že v biomedicínském pojetí se na lidské tělo nahlíží jako na mechanismus, jehož jednotlivé funkce je v případě poškození třeba opravit.

2.2.3 Bio-psycho-sociální model zdraví

V tomto modelu je tělo i duše považováno za dva neoddělitelné aspekty člověka. Sleduje biologické, psychologické a sociální faktory všude tam, kde se zjišťuje, co kladně či záporně ovlivňuje zdravotní stav člověka. Všechny tyto faktory spolupůsobí na vznik onemocnění či zachování zdraví a člověk o ně musí pečovat (Strejčková, 2007).

2.2.4 Ekologicko-sociální model zdraví

Tento model zdraví se snaží postihnout zdraví lidí v plné šíři, a to i s jeho determinantami, tzn., že zdraví je podmíněno přírodním a sociálním prostředím. Mezi jeho základní charakteristické znaky patří např., že model je orientován na konkrétního člověka jako na jedinečnou osobnost, pozornost je zaměřena na vnímání i zvládání zdravotních problémů, což je do značné míry ovlivněno kulturou, ekonomickými a politickými okolnostmi. Model si všímá jak objektivní, tak subjektivní stránky zdraví a jeho poruch, je vnímána role osobních pocitů provázejících zdraví a nemoci, např. kladný pocit zdraví. Důležitou roli hraje vnímání hodnoty zdraví v konkrétní společnosti a zaměření na celou osobnost jedince, který plní určité společenské role (Holčík, 2014).

2.3 Struktura zdravotnického systému v ČR

V ČR je tento systém tvořen Ministerstvem zdravotnictví ČR, zdravotními pojišťovnami, poskytovateli zdravotní péče, zařízeními lékárenské péče, krajskými hygienickými stanicemi a Státním zdravotním ústavem. Zdravotní péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

2.3.1 Soustava zdravotnických zařízení

Síť zdravotnických zařízení v ČR se rozděluje na zařízení státní (zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví ČR nebo jiné centrální orgány) a nestátní (zřizovatelem je kraj, město, obec, církev, právnická osoba nebo fyzická osoba). Podle Vurma (2007) se soustava zdravotnického zařízení člení na ambulantní a lůžková zařízení. Mezi ambulantní zařízení patří zařízení primární péče, tzn. ordinace registrujících lékařů: ordinace praktických lékařů pro děti a dorost, praktických lékařů pro dospělé, lékařů gynekologie stomatologie a zařízení sekundární péče, tedy ordinace odborných

ambulantních specialistů a poradny. Mezi lůžková zařízení jsou zařazeny nemocnice a odborné léčebné ústavy, např. léčebny pro dlouhodobě nemocné, psychiatrické nemocnice, rehabilitační a lázeňské ústavy, sanatoria, zvláštní dětská zařízení.

2.3.2 Ministerstvo zdravotnictví

Ministerstvo zdravotnictví je ústředním orgánem státní správy pro zdravotní péči, ochranu veřejného zdraví a v rámci své působnosti zajišťuje a garantuje adekvátní zdravotní péči v celé populaci bez ohledu na sociální, etnická či jiná hlediska, monitoruje a vyhodnocuje vývoj nemocnosti podle určitých kritérií (Tröster, 2009).

V jeho kompetenci je správa nad zacházením s návykovými látkami, přípravky, prekursory a pomocnými látkami, vyhledáváním, ochranou a využíváním přírodních léčivých zdrojů, přírodních léčebných lázní a zdrojů přírodních minerálních vod, léčivy a prostředky zdravotnické techniky pro prevenci, diagnostiku a léčení lidí. Součástí je dotační politika vůči neziskovým organizacím, zdravotnická vědeckovýzkumná činnost, zdravotní pojištění a zdravotnický informační systém. Ministerstvo zdravotnictví řídí přímo některá zdravotnická zařízení, Český inspektorát lázní a zřidel a Inspektorát omamných a psychotropních látek (Vláda ČR, 2014).

2.3.3 Systém veřejného zdravotního pojištění

V současné době je v ČR uplatňován model zdravotního pojištění s více zdravotními pojišťovnami. Základním principem je existence více zdravotních pojišťoven, kombinace podílu trhu a veřejného dohledu, tzn., že zdravotní pojištění je povinné ze zákona a člověk má právo volby zdravotní pojišťovny. Účastníky systému jsou poskytovatelé zdravotní péče a služeb, pacienti a zdravotní pojišťovny. I v tomto systému lze zřídit soukromé zdravotní pojištění či poskytovat zdravotní péči za přímou úhradu (Vurm, 2007). Poskytovatelé zdravotní péče jsou smluvně vázáni na zdravotní

pojišťovny a mají v tomto vztahu ze zákona právo účtovat zdravotním pojišťovnám poskytnutou zdravotní péči pojištěncům (Němec, 2008).

2.3.4 Zdravotní pojišťovny

Rozsah a podmínky veřejného zdravotního pojištění upravuje zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění, na základě těchto právních norem je poskytována zdravotní péče. Oblast fungování zdravotních pojišťoven ukotvují zákony upravující fungování zdravotních pojišťoven a to zejména zákon č. 551/1991 Sb., o všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky a zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách (Červinka, 2014).

Všeobecná zdravotní pojišťovna

VZP existuje od r. 1992 a s necelými šesti miliony klienty patří k základním pilířům systému zdravotnictví v ČR. VZP ČR je právnickou osobou a zajišťuje výběr pojistného na veřejné zdravotní pojištění a úhradu zdravotní péče z prostředků zdravotního pojištění a další činnosti, které jí umožňuje zákon. Vede též registr pojištěnců veřejného zdravotního pojištění, zároveň je správcem zvláštního účtu veřejného zdravotního pojištění. Organizační strukturu VZP ČR tvoří Ústředí, regionální pobočky, klientská pracoviště. V čele stojí ředitel, kterého jmenuje a odvolání správní rada VZP ČR. Ředitel VZP ČR je statutárním orgánem VZP ČR a jedná jejím jménem. Orgány jsou správní rada, dozorčí rada, výbor pro audit. (VZP ČR, 2014).

Oborové zdravotní pojišťovny

Svaz zdravotních pojišťoven ČR sdružuje od r. 1993 šest zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven: Vojenská zdravotní pojišťovna, Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR a

Revírní bratrská pokladna. Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny poskytují služby pro cca 4,4 mil. občanů ČR (Svaz zdravotních pojišťoven ČR, 2014).

2.3.5 Národní zdravotní registry

Národní registry byly zřízeny Ministerstvem zdravotnictví ČR již v roce 2002 (na základě zákona č. 20/1966Sb., o péči o zdraví lidu). Účelem těchto registrů je sledovat vývoj, příčiny a důsledky závažných onemocnění, jejich dopady do sociální sféry a ekonomiky sociálního systému, evidence a sledování pacientů, včetně zemřelých. Na základě statistických a vědeckých zpracování dat registrů jsou vypracovávány analýzy zdravotního stavu obyvatel, kvalita a využívání zdravotní péče s cílem zlepšovat zdraví populace. Záznamy v registrech neobsahují jméno, příjmení, adresu pacienta ani jiné osobní identifikační údaje. Od 1. dubna 2012 upřesňuje podmínky jejich provozování zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. V zákoně je v současné době upraveno deset druhů Národních zdravotních registrů (ÚZIS, 2015). Přehled Národních zdravotních registrů je uveden v příloze č. 1.

2.4 Základní aspekty vztahu lékař – pacient

Vzájemný vztah lékaře a pacienta je vztah, při kterém se setkávají dva jednotlivci s tím, že jeden potřebuje pomoc a druhý ji poskytuje. Výsledkem tohoto vztahu je pak na základě poskytnuté kvalitní péče spokojený pacient. Jedná se o vztah, který ač velmi komplikovaný, musí být založen na vzájemné oboustranné důvěře.

2.4.1 Vývoj vzájemného vztahu lékař – pacient

Primárním cílem vzájemného vztahu je poskytnutí zdravotní péče nebo zdravotních služeb lékařem nemocnému jedinci. Současné právní předpisy upravující poskytování

zdravotní péče vychází ze základních etických norem. Je kladen důraz na dodržování základních lidských práv a respektování jedince jako lidské bytosti se svou autonomií (Doležal, T., 2012a).

Morálním základem poskytování zdravotní péče je Hippokratova přísaha. Nutton (2004) poukazuje na skutečnost, že s výjimkou Bible, není snad jiného dokumentu a autora, který i v 21. století má takový ohlas a závaznost.

K pochopení vývoje tohoto vztahu je vhodné zmínit slova doc. MUDr. Berana, CSc. (Psychiatrická klinika Plzeň): *„Ještě na začátku 20. století byl lékař spolu s farářem a učitelem považován za jednu ze tří přirozených autorit v dané komunitě. Byli to lidé vzdělaní, s mnoha vědomostmi, čehož si jejich spoluobčané cenili a imponovalo jim to“*. V praxi tzn., že lékaře lidé respektovali a vážili si ho; lékař byl pro ně osobou, která se jim snažila pomoci a spoluobčané jeho rozhodnutí plně akceptovali. (Medical Tribune, 2015).

Doležal T. (2012a) uvádí, že z právního pohledu se na počátku 19. století jednalo o nekomplikovaný vztah, ve kterém lékař poskytoval zdravotní péči pacientovi za přímou úhradu. K proměně vztahu došlo zavedením různých pojistných systémů (viz podkapitola 1.1.1) a prudkým rozvojem medicíny a technického vybavení ve 20. století. V rámci současného modelu poskytování zdravotní péče mohou vznikat v zásadě tři druhy souvisejících dvoustranných vztahů. Jedná se o vztah pacienta a lékaře (respektive zdravotnického zařízení), vztah pacienta (pojištěnce) a zdravotní pojišťovny a vztah zdravotní pojišťovny a zdravotnického zařízení.

Podle Haškovcové (2011) se v průběhu doby proměnila i forma přístupu lékaře k pacientovi. Od počátečního jednoduchého smluvního vztahu lékař a pacient, přes paternalistické pojetí vztahu až k tzv. partnerskému vztahu v současné době. Tato podoba vztahu však funguje krátce a neustále se rozvíjí, protože ne všichni lékaři a pacienti jej dokážou aplikovat na praktické úrovni. Hlavními důvody této transformace je ochrana lidských práv a svobody jedince, pokrok ve vědě a lékařské praxi, nárůst dlouhodobě a chronicky nemocných, a s tím i zvýšený počet situací, kde je potřeba spolupráce s informovaným a poučeným pacientem.

V paternalistickém přístupu měl lékař sice povinnost poučit pacienta, eventuálně

osoby blízké, o jeho zdravotním stavu a postupu léčení, tzv. vhodným způsobem; rozsah tohoto poučení a pravdivé sdělení diagnózy bylo plně na úvaze lékaře. Byl založen na absenci otevřené komunikace. V partnerském modelu je položen důraz na pacientovu autonomii, především je deklarováno právo pacienta na svobodné rozhodnutí o všem, co se týká jeho zdraví, zdravotní péče a tělesné integrity. Lékař je povinen provádět všechny diagnostické a léčebné postupy jen se souhlasem plně informovaného pacienta, který může navrhanou léčbu i odmítnout (Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva, 2015). Kvalita vztahu mezi lékařem a pacientem má pro průběh a hlavně výsledek léčby velký význam. Tento nový model se opírá o psychologické poznatky a respektuje bio-eko-psychosociální přístup a přijímá nemoc jako nemoc celého člověka. Základním prvkem je kvalitní spolupráce, spoluzodpovědnost, nedirektivita a zájem o rodinu a osobní život pacienta (Mandincová, 2011).

V tomto momentě je důležité zmínit Listinu základních práv a svobod, která stanovuje, že jsme si všichni rovni ve svých právech, povinnostech a důstojnosti. Vondráček, Wirthová, (2009) zdůrazňují, že v současnosti není dobré dělat rozdíly mezi pacienty a zdravotnickými pracovníky. Lékař a pacient mají svá práva a povinnosti, která se vzájemně respektují; ani jedna ze stran nesmí a nemůže být preferována.

2.4.2 Poskytovatel zdravotní péče

Poskytovatel zdravotních služeb je ukotven v ustanovení § 2 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (2011). Je definován jako fyzická nebo právnická osoba, která má oprávnění k poskytování zdravotních služeb. O udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb rozhoduje podle ustanovení § 15 tohoto zákona krajský úřad, v jehož správním obvodu je zdravotnické zařízení, dále Ministerstvo obrany, Ministerstvo spravedlnosti a Ministerstvo vnitra (zdravotnická zařízení zřízená těmito ministerstvy), a to na základě písemné žádosti při splnění určitých podmínek stanovených zákonem. Ustanovení § 3 odst. 2 výše uvedeného zákona rovněž vymezuje i ošetřujícího zdravotnického pracovníka, v jehož kompetenci je navrhování,

koordinování zdravotních výkonů, vyhodnocování individuálního léčebného postupu u daného pacienta a samozřejmě i koordinace dalších potřebných zdravotních služeb.

Poskytovatelé zdravotní péče (lékař, ošetřující zdravotnický pracovník) jsou povinni poskytovat zdravotní péči v souladu s platnými právními předpisy podle své pracovní náplně a podle pokynů nadřízeného v rámci své kvalifikace, a to bez dozoru nebo pod dohledem (Vondráček L., Vondráček, J., 2007).

Poskytovatelé jsou povinni podle ustanovení § 4 odst. 5 již zmiňovaného zákona o zdravotních službách, poskytovat zdravotní péči lege artis, tzn. podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti, a to na základě požadavku pacienta a jeho souhlasu s konkrétní péčí, o jejímž postupu a riziku je předem poučen. Lékař může zvolit s ohledem na konkrétního pacienta a jeho diagnózu kterýkoli uznávaný medicínský postup, který v dané situaci považuje za nejvhodnější. Odchylka od doporučených postupů zdravotní péče musí být odůvodněna ve zdravotnické dokumentaci. Lékař může poskytnutí péče i odmítnout, jestliže by byla v rozporu s postupem lege artis nebo by mohla pacienta poškodit, podrobněji se definování pojmu lege artis věnuje podkapitola 4.2.6 (Mach, Záleská, 2013a).

Každý pacient má své specifické potřeby a svůj vlastní hodnotový systém. Lékaři a ostatní poskytovatelé zdravotní péče musí svoji činnost vést k tomu, aby byla vytvořena důvěrná atmosféra, která bude směřovat k otevřené vzájemné komunikaci, a to takovým způsobem, aby byly respektovány kulturní, psychosociální a spirituální hodnoty jednotlivého pacienta (Marx, Staněk, 2004).

2.4.3 Práva a povinnosti poskytovatele

Práva a povinnosti poskytovatele zdravotních služeb jsou ukotveny v ustanoveních § 45 až § 51 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (2011; Arnoldová, 2012). Poskytovatel je povinen poskytovat zdravotní služby na náležitě odborné úrovni, vytvořit podmínky a opatření k zajištění uplatňování práv a povinností pacientů a dalších

oprávněných osob, zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků při poskytování zdravotních služeb. Z výše uvedeného vyplývá, že poskytovatel je povinen např.:

- informovat pacienta o ceně poskytovaných zdravotních služeb nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, samozřejmě ještě před jejich poskytnutím a vystavit účet za uhrazené zdravotní služby,
- zpracovat seznam poskytovaných zdravotních služeb nehrazených a částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění a umístit tak, aby byl přístupný pacientům,
- vymežit provozní a ordinační dobu, označit své pracoviště, v době nepřítomnosti informovat o svém zástupu,
- předávat zprávu o poskytnutých zdravotních službách registrujícímu praktickému lékaři, dalším poskytovatelům zdravotních či sociálních služeb,
- je povinen plnit obecnou oznamovací povinnost.

2.4.4 Práva pacienta

Haškovcová (1996) uvádí, že před rokem 1989 se v původním Československu o právech pacientů veřejně nehovořilo, neboť vztah lékaře a pacienta byl do té doby paternalistický. Reforma zdravotnictví v 90. letech v ČR přinesla změny nejen v poskytování zdravotní péče, ale i v oblasti práv pacienta. V návaznosti na Listinu základních práv a svobod dne 25. února 1992 Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví ČR schválila Etický kodex pacientů (Kovářová - Kochová, 2013). Podrobné znění Etického kodexu práv pacientů je uveden v příloze č. 2.

Za nejvyšší právní normu, která se zabývá právy pacientů, se označuje Úmluva č. 96/2001 Sb. m. s. na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, která v ČR vstoupila v platnost 1. října 2001. Kontrolu kvality poskytovaných zdravotnických služeb a budování partnerského přístupu pacienta a lékaře umožňuje část rozhodování po poskytnutí informací a vysvětlení přenést na samostatného pacienta (Šeblová, Knor, 2013).

Práva pacientů jsou ukotvena v ustanoveních § 28 až § 42 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (2011; Arnoldová, 2012). Mezi základní a nejvýznamnější práva pacienta patří např.:

- poskytování zdravotních služeb jen s jeho svobodným a informovaným souhlasem,
- na poskytování zdravotních služeb na náležité odborné úrovni,
- na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost, respektování soukromí,
- zvolit si poskytovatele zdravotních služeb,
- vyžádat si konzultační služby od jiného poskytovatele,
- být seznámen s vnitřním řádem zdravotnického zařízení,
- přítomnost zákonného zástupce, opatrovníka, osoby blízké.

3 Zdravotnictví a současná legislativa

V následující kapitole jsou uvedeny vybrané mezinárodní a vnitrostátní právní předpisy, které formulují základní lidská práva a dotýkají se poskytování zdravotní péče a zdravotních služeb.

3.1 Mezinárodní úmluvy

Podle Ústavy ČR jsou ratifikované mezinárodní smlouvy nadřazené vnitrostátním předpisům a běžné zákony se musí těmto smlouvám přizpůsobovat. V oblasti ochrany zdraví a problematiky zdravotnického práva jsou pro českou legislativu závazné např. Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, Úmluva o právech dítěte, Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod, Evropská sociální charta.

3.1.1 Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod

V r. 1950 byla Radou Evropy přijata první právně závazná mezinárodní norma - Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod. Tato úmluva vymezuje jednotlivá práva a stanovuje podmínky jejich přípustného omezení. Dokument obsahuje např. právo na život, zákaz trestu smrti, zákaz mučení a jiného nelidského či ponižujícího zacházení, zákaz otroctví a nucené práce, právo na spravedlivý proces (Grinc, 2010). Úmluva a její dodatkové protokoly výslovně neurčují právo na zdraví nebo na zdravotní péči, této oblasti se dotýkají jen okrajově. Kontrolu dodržování Úmluvy provádí Evropský soud pro lidská práva, každý stát je zastoupen jedním soudcem, který je volen Parlamentním shromážděním Rady Evropy (Mach et al., 2005).

Úmluva byla přijata naším právním řádem pod č. 209 v roce 1992 a obsahuje ve znění jedenácti dodatkových protokolů přijímaných Radou Evropy lidská práva uznávána signatáři úmluvy. Základní lidská práva obsažená v této úmluvě podrobně

rozvádí pro oblast zdravotnictví Úmluva o lidských právech a biomedicíně (Mach, Buriánek, 2013).

3.1.2 Úmluva o lidských právech a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny

Nejdůležitějším mezinárodním dokumentem v oblasti poskytování zdravotní péče je Úmluva o lidských právech a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (dále jen Úmluva o lidských právech a biomedicíně). Parlamentní shromáždění Rady Evropy už v roce 1991 vydalo doporučení k přípravě tohoto dokumentu, na jehož základě bylo odbornou komisí vypracováno tzv. etické minimum, které by mělo být respektováno v právním řádu jednotlivých zemí. Konečný text úmluvy byl přijat Výborem ministrů Rady Evropy a poté byl v roce 1997 předložen členským zemím v Oviedu ve Španělsku k podpisu (Kutnohorská, 2009).

Česká republika podepsala konvenci v červnu 1998 a v roce 2001 ji ratifikoval Parlament České republiky pod č. 96/2001Sb. m. s. společně se svým Dodatkovým protokolem o zákazu klonování lidských bytostí (č. 97/2001 Sb. m. s.). V případě rozporu s českou legislativou je Úmluva nadřazena zákonům ČR (Policar, 2010).

Článek 1 zavazuje podepsané státy, že smluvní strany budou chránit důstojnost a identitu lidských bytostí a budou zaručovat každému bez rozdílu respektování jeho integrity a dalších práv a základních svobod v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. Zároveň se všechny smluvní strany zavazují přijmout nezbytná opatření pro zajištění účinnosti ustanovení této Úmluvy. Článek č. 3 zajišťuje spravedlivý přístup všech lidí ke zdravotní péči podle jejich potřeby. Dle článku č. 5 se potvrzuje obecně mezinárodně uznávané pravidlo, podle kterého jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví musí být prováděn pouze za podmínky, že k němu dotyčná osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Úmluva se dále zabývá ochranou osob neschopných dát souhlas a ochranou osob s duševní poruchou. Zákrok na osobě, která není schopna dát souhlas, lze provést, pokud je k jejímu přímému prospěchu. (Biomedicine and Human Rights,

2009). Článek č. 6 rovněž říká, že pokud nezletilý nebo dospělá osoba není schopna dát svůj souhlas, smí být zákrok proveden pouze se souhlasem zákonného zástupce nebo orgánu, který je k tomu zmocněn zákonem. Dále je pamatováno na stav nouze vyžadující neodkladná řešení, tj. v situacích nouze, kdy nelze získat příslušný souhlas, lze jakýkoli nutný lékařský zákrok provést okamžitě, pokud je nezbytný pro prospěch zdraví dotyčné osoby. Úmluva dále stanoví, že bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta, ochranu soukromí a práva na informace. Úmluva se dále zabývá ochranou diskriminace, ochranou lidského genomu a volby pohlaví, pravidly vědeckého výzkumu a to zejména ochranou osob zapojených do vědeckého výzkumu, problematikou odběru orgánů a tkání žijících dárců a právem osoby na spravedlivou náhradu škody (Mach, 2010).

3.2 Vnitrostátní právní předpisy

Poskytování zdravotní péče v souladu s dodržováním lidských práv nelze vymezit jediným zákonem. Platné právní předpisy jsou hierarchicky uspořádané podle jejich právní síly. Český právní řád je tvořen Ústavou ČR, ústavními zákony, zákony, zákonnými opatřeními, vládními nařízeními, vyhláškami ministerstev a vyhláškami nižších státních orgánů. Právní normy nižší právní síly nesmí být v rozporu s právním předpisem vyšší právní síly (Vondráček, Wirthová, 2009).

3.2.1 Ústava ČR

Ústava ČR byla schválena dne 16. prosince 1992, v účinnost vešla od 1. ledna 1993. Ústava ČR je součástí ústavního pořádku; skládá se z preambule a 8 hlav: základní ustanovení, moc zákonodárná, výkonná a soudní, Nejvyšší kontrolní úřad, Česká národní banka, Územní samospráva a přechodná a závěrečná ustanovení. Ve svých člancích zakotvuje strukturu státu a základní práva a svobody jednotlivců (Ústava ČR, 1992). Ústava ČR neobsahuje konkrétní ustanovení, které by se přímo promítalo do

problematiky zdravotnického práva. Článek č. 1 základního ustanovení hovoří o úctě k lidským právům. Článek 2 odst. 4 říká, že každý občan může činit, co není zákonem zakázáno, a nikdo nesmí být nucen činit, co zákon neukládá. Z toho vyplývá zásada ochrany a dodržování vzájemných práv a povinností poskytovatelů zdravotní péče a pacientů. (Mach, Buriánek, 2013, s 22).

Dne 1. 6. 2012 nabyl účinnosti Ústavní zákon č. 395/2011 Sb., který novelizoval článek č. 10 Ústavy ČR takto: *Vyhlášené mezinárodní smlouvy, k jejichž ratifikaci dal parlament souhlas a jimiž je Česká republika vázána, jsou součástí právního řádu; stanoví-li mezinárodní smlouvy něco jiného než zákon, použije se mezinárodní smlouva.* Z toho vyplývá, že Úmluva o lidských právech a biomedicíně má aplikační přednost před vnitrostátními předpisy (Mlynářová, 2013, s. 41).

3.2.2 Listina základních práv a svobod

Ústavní pořádek v České republice zakotvuje Ústava ČR, jednak upravuje působnost a činnost hlavních institutů státního zřízení, jednak základní práva a povinnosti občana. Pramenem ústavního práva je i Listina základních práv a svobod (dále jen Listina), je v ní vyjádřen princip rovnosti občanům před zákonem a princip legality při výkonu státní moci. Běžné zákony musí být v souladu s Listinou a v aplikační praxi má Listina přednost před běžným zákonem (Spirit, 2014).

Problematiky medicínského práva se dotýkají zejména články 6, 7, 8, 10 a 31 Listiny základních práv a svobod. Článek č. 6 Listiny stanovuje, že každý má právo na život. Lidský život je hoděn ochrany již před narozením, nikdo nesmí být zbaven života. Právo na ochranu života se nevztahuje na nutnou obranu, na ochranu života před chorobami, které jej mohou ohrozit. V souvislosti s tímto ustanovením Listiny má občan právo na poskytnutí potřebné zdravotní péče, a to v souladu s poskytováním zdravotních služeb lékařem na náležitě odborné úrovni, tzn. podle současných pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů. Podle odst. 1 článku 7 Listina vymezuje nedotknutelnost osoby a jejího soukromí, která může být omezena pouze v případech

stanovených zákonem. Tzn., že jakékoliv zdravotní výkony musí být prováděny pouze s kvalifikovaným souhlasem občana. Listina článkem č. 8 zaručuje osobní svobodu a odst. 6 tohoto článku zákon stanovuje, ve kterých případech může být osoba převzata nebo držena v ústavní zdravotnické péči bez svého souhlasu. Takové opatření musí být do 24 hodin oznámeno soudu, který o tomto umístění rozhodne do sedmi dnů. Problematiku poskytování zdravotní péče a medicínského práva upravuje článek č. 10 Listiny a dle tohoto článku má každý právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno. Článek stanovuje i právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a osobního života, právo na ochranu před neoprávněným shromažďováním, zveřejňováním nebo zneužíváním údajů o své osobě. Souvisí s tím i ochrana osobních údajů pacientů ve zdravotních zařízeních. V článku 31 Listiny je vymezeno právo každého na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon (Mach, 2006).

3.2.3 Zákon o zdravotních službách

Právo na péči o zdraví patří k základním občanským právům zaručeným Ústavou České republiky. Základní podmínky poskytování zdravotní péče upravoval do roku 2012 zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Důvodová zpráva k vládnímu návrhu zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování se zabývala podrobně navrhovanými změnami stávajícího zákona, který byl jedním z nejdéle platných zákonů. Zákon o péči o zdraví lidu prošel od svého přijetí více jak čtyřmi desítkami novelizací, vždy za účelem přiblížit se potřebám moderního zdravotnictví. I přes všechny tyto změny se tato právní norma stala zastaralou a prakticky nepoužitelnou. Zákon se soustřeďoval na „zdraví a potřebu lidu“ a nikoliv reálné potřeby konkrétního pacienta. V nově navrhovaném zákoně se pacient stává hlavním účastníkem procesu poskytování zdravotních služeb, důraz je kladen na jeho práva a individuální potřeby. Právo lidu je nahrazeno právem pacienta. Problémem byla i odlišná terminologie jednotlivých pojmů,

kteřá neodpovídala požadavkům mezinárodních zdravotnických dokumentů. ZZS nově rozlišuje zdravotní péči, odbornou zdravotní péči, zdravotní služby a upravuje podmínky pro jejich poskytování, práva a povinnosti poskytovatelů zdravotní služby, práva a povinnosti pacientů, práva a povinnosti zdravotnických pracovníků, kvalitu poskytovaných zdravotních služeb a bezpečí klienta (Důvodová zpráva návrhu ZZS, 2011). Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování vstoupil v účinnost 1. dubna 2012. ZZS představuje poměrně ucelený systém pravidel a jeho přijetím došlo k završení porevolučních změn v oblasti zdravotnictví. Dohled státu nad zdravím společnosti byl nahrazen službou klientovi, který jediný rozhoduje o tom, zda se bude léčit či nikoliv a jakým dostupným způsobem (Lojdrová, Malý, 2014a).

ZZS recipoval všechny změny v přístupu ke zdravotní péči, které nastaly v posledních desetiletích. Poprvé je v zákonné normě kvalitní definice, která stanovuje zdravotnickým pracovníkům povinnost poskytovat zdravotní služby podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů ovšem s respektováním vůle pacienta a jeho individuality. Zdravotnický pracovník nemůže proti jeho vůli poskytovat žádnou péči, i když kvalitní a na vysoké odborné úrovni (Ptáček, 2011). Nový zákon zavádí pojem zdravotní služba, který zdůrazňuje rovnoprávný vztah mezi pacientem a zdravotníkem v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. K výraznému posunu došlo i v definování práv pacientů, která dosud byla popsána v Etickém kodexu pacientů a Úmluvě lidských právech a o biomedicině. Zákon jednoznačně vyjmenovává jednotlivá práva pacientů a některá i blíže specifikuje. Jsou zde definována i nová práva pro osoby se smyslovým nebo tělesným postižením, osoby s omezenou způsobilostí k právním úkonům. ZZS v souladu s Úmluvou o biomedicině klade velký důraz na poskytování zdravotní péče se souhlasem pacienta a specifikuje podmínky, které je třeba dodržovat při poskytování zdravotní péče (Tomáš, Marková et al., 2014).

ZZS obsahuje 15 částí, první část např. upravuje zdravotní služby a zdravotní péči, definuje pacienta a poskytovatele zdravotních služeb, ošetřujícího zdravotního pracovníka, individuální léčebný postup a hospitalizaci. Druhá část zákona je věnována zdravotním službám a zdravotní péči. Ustanovení § 5 zákona rozděluje druhy zdravotní péče podle časové naléhavosti jejího poskytnutí na neodkladnou péči, akutní péči,

nezbytnou péči a plánovanou péči; podle účelu jejího poskytování rozlišuje zdravotní péči: preventivní, diagnostickou, dispenzární, léčebnou, léčebně rehabilitační, ošetrovatelskou, paliativní a lékárenskou péči. Ustanovení § 7 – 10 specifikuje formy zdravotní péče, kterou ZZS rozděluje na ambulantní, jednodenní, lůžkovou a zdravotní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí. V první části jsou popsány i obecné podmínky poskytování zdravotních služeb. Třetí část zákona je věnována získání a konkrétním podmínkám oprávnění k poskytování zdravotních služeb. V čtvrté části je upraveno postavení pacienta a jiných osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. V ustanovení § 28 jsou konkrétně vymezena práva pacienta, ustanovení § 31 a násl. se věnují informování pacienta o jeho zdravotním stavu a o navržených zdravotních službách, ustanovení § 41 stanovuje povinnosti pacienta. Pátá část kodifikuje postavení poskytovatele, zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, respektive upravuje jejich práva a povinnosti, upravuje i zachování mlčenlivosti výše uvedených v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. Část šestá stanovuje podmínky vedení zdravotnické dokumentace, konkretizuje možnosti s její manipulací jako je např. nahlížení, pořizování výpisů a kopií ze zdravotní dokumentace. Hlava třetí této části upravuje Národní zdravotnický informační systém, sedmá část zakotvuje konkrétní podmínky s nakládáním s odejmutými částmi lidského těla, s tělem zemřelého a postupy při úmrtí a pitvě. Osmá část konkretizuje možnosti stížností, devátá část se zabývá hodnocením kvality a bezpečí zdravotních služeb. Desátá část upravuje kontrolní činnost nadřízených orgánů, jedenáctá část deklaruje odpovědnost kraje. V dvanácté části jsou zákonem specifikovány fakultní nemocnice a centra vysoce specializované péče. V třinácté části zákona jsou kodifikovány správní delikty (Zákon 372/2011, 2011).

3.2.4 Zákon o specifických zdravotních službách

Dne 1. dubna 2012 vstoupil v účinnost i zákon č. 373/2011Sb., o specifických zdravotních službách (2011). Zákon upravuje poskytování specifických zdravotních

služeb a s tím spojený výkon státní správy, práva a povinnosti pacientů a poskytovatelů zdravotních služeb a zároveň i práva a povinnosti dalších právnických a fyzických osob v souvislosti s poskytováním specifických zdravotních služeb. Zákon stanovuje i obecné zásady radiační ochrany osob v souvislosti s lékařským ozářením, režim provádění radiologických postupů a činností zahrnujících lékařské ozářením a míru odpovědnosti poskytovatelů a zdravotnických pracovníků v souvislosti s těmito postupy. V zákoně jsou stanovena i opatření pro zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví.

Zákon je rozčleněn do osmi hlav, zdravotní služby poskytované za zvláštních podmínek jsou kodifikovány v hlavě druhé. Tyto zdravotní služby vyčleňuje zákon jako samostatnou skupinu a řadí sem asistovanou reprodukci, sterilizaci, terapeutickou kastraci a testikulární pulpektomii, změnu pohlaví transsexuálních pacientů, psychochirurgické výkony, genetická vyšetření, odběry lidské krve a jejich složky a léčbu krví nebo jejími složkami (Záleská, Mlynářová, 2013). Hlava třetí stanovuje podmínky ověřování nových postupů v oblasti preventivní, diagnostické a léčebné péče nebo biomedicínského výzkumu. V čtvrté hlavě je upravena oblast posudkové péče a lékařských posudků, pracovně lékařské služby a posuzování nemocí z povolání. Pátá hlava ukotvuje obecné zásady a režim radiační ochrany osob a provádění radiologických postupů v souvislosti s lékařským ozářením, a s tím i míru odpovědnosti poskytovatelů a zdravotnických pracovníků. V šesté hlavě jsou stanoveny podmínky ochranného léčení, které se vykonává na základě rozhodnutí soudu, hlava sedmá upravuje správní delikty, v osmé hlavě jsou stanovena společná, přechodná a závěrečná ustanovení (Zákon 373/2011, 2011).

3.2.5 Nový občanský zákoník

Dne 22. března 2012 byl ve Sbírce zákonů pod číslem 89/2012 Sb. publikován nový občanský zákoník (dále jen NOZ). Přináší zcela novou právní úpravu, která více než kterýkoli jiný zákon zasahuje do běžných životních situací nás všech (Svejkovský et al., 2012). Nový občanský zákoník je pokrokovým kodexem v pojetí soukromého práva,

nahrazuje totalitní právní normy založené na pozitivním přístupu k právu a vyzdvihuje přirozená nezadatelná práva člověka. NOZ je základním právním předpisem soukromého práva, zabývá se úpravou vzájemných vztahů (práv a povinností) osob a jejich rovnoprávným postavením (Novotný, Ivičičová et al., 2014). Původní občanský zákoník č. 40/1964 Sb. byl několikrát novelizován, ale jeho zásadní obsah se v podstatě nezměnil. V 90. letech vzhledem k společenským, politickým a hospodářským změnám bylo zcela zřejmé, že platný občanský zákoník novým poměrům nebude vyhovovat, proto byla v roce 1991 provedena jeho obsáhlá novela přijatá pod č. 509/1991 Sb. V lednu 2000 z rozhodnutí ministra spravedlnosti O. Motejla byly zahájeny práce (po dvou neúspěšných pokusech) na přípravě nového občanského zákoníku (Důvodová zpráva k NOZ, 2012).

V důvodové zprávě (Eliáš, 2012) k novému občanskému zákoníku je ke zrušení starého občanského zákoníku uvedeno následující: *Občanský zákoník z roku 1964 se výrazně odchyľuje od standardů právní kultury kontinentální Evropy i od tuzemských právních tradic, odmítnutých po státním převratu z roku 1948. Funkční, systematické, obsahové i výrazové pojetí platného občanského zákoníku koncepčně v zásadě stále odpovídá některým přístupům, které nastolila socialistická legislativa v 50. a 60. letech minulého století.*

Přijetím NOZ bylo zrušeno kromě občanského zákoníku č. 40 z roku 1964 i dalších 238 současných právních norem či jejich částí a sjednocuje prakticky celé soukromé právo. Zrušen je např. zákon o rodině, obchodní zákoník, o obecně prospěšných společnostech, o sdružování občanů, zákon o vlastnictví bytů. NOZ má celkem 3081 paragrafů a rozděľuje se do pěti částí. První část zákona ukotvuje obecnou část - soukromé právo (§ 1 – 654); zákoník je v první části uvozen Hlavou I, která definuje předmět úpravy a její základní zásady. Výklad prvních 14 paragrafů je zcela klíčový, nejen pro zákoník, ale i pro celé soukromé právo (Korbel, 2012). Hlava I tohoto zákona ukotvuje soukromé právo, užití předpisů občanského práva, ochranu soukromých práv a svépomoc. Ustanovení § 2 uvádí: *Každé ustanovení soukromého práva lze vykládat jenom ve shodě s Listinou základních práv a svobod a ústavním pořádkem vůbec, se zásadami, na nichž spočívá tento zákon, jakož i s trvalým zřetelem k hodnotám, které se*

tím chrání. Rozejde-li se výklad jednotlivého ustanovení pouze podle jeho slov s tímto příkazem, musí mu ustoupit. Druhá část se věnuje kompletní úpravě rodinného práva (§ 655 – 975), třetí část se zabývá absolutním majetkovým právem (§ 976 – 1720 – jsou zde zahrnuta věcná práva a dědické právo). Čtvrtá část v § 1721 až 2990 obsahuje relativní majetková práva (je zde integrována celá oblast závazkového práva) a pátá část obsahuje společná, přechodná a závěrečná ustanovení v § 2991 – 3081 (2012).

NOZ se na rozdíl od původního občanského zákoníku z roku 1964 podrobně věnuje člověku, jeho právům a jejich ochraně. (Doležal A., Doležal T., 2014). Nemravová společně s Vaňkovou (2013) uvádí, že významnou změnou přijetím NOZ je zavedení nové terminologie, osnova nového občanského zákoníku se vrací k „tradičnímu vyjadřování“, text se vyhýbá cizím slovům a měl by se stát srozumitelným i široké veřejnosti. Z nových termínů lze zmínit např. účastník, způsobilost k právním úkonům, které jsou nově nahrazeny osobou, svéprávností. NOZ nově zavádí důsledné rozlišení právních domněnek (vyvratitelných a nevyvratitelných) a fikcí. Vyvratitelná právní domněnka je označena v textu označena jako „*má se za to, že*“, nevyvratitelná právní domněnka pak „*platí, že*“ a právní fikce jako „*hledí se na*“.

Lojdrová a Malý (2014) zmiňují, že NOZ vstoupil v účinnost necelé dva roky po účinnosti ZZS a zcela jednoznačně zasáhl do materie ZZS. Ovšem základním předpisem zůstane i nadále ZZS jako předpis speciální (*lex specialis*) a ustanovení NOZ se použijí jen subsidiárně tam, kde obsahují podrobnější úpravu nebo upravují otázky v ZZS neřešené. NOZ nebyl zatím novelizován žádným předpisem, zůstává ve stejné podobě i v roce 2015 a nejbližší možnost jeho novely je Ministerstvem spravedlnosti ČR uváděna k datu 1. lednu 2016 (Občanský zákoník, 2015).

3.2.6 Vybrané obecné a specifické právní předpisy

Níže je uveden přehled obecných zákonů, právních předpisů a specifických norem vztahující se k zdravotnickému právu v ČR. Problematikou právních vztahů ve zdravotnictví se zabývá občanské, správní a trestní právo (Mach, Buriánek, 2013).

Z obecných zákonů lze uvést např.:

- Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, který ukotvuje i problematiku práv a povinností při poskytování zdravotních služeb, odpovědnost za zásah do práva na ochranu osobnosti, odpovědnost za škodu a rozsah případné náhrady škody
- Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád upravující postupy v soudním řízení a problematiku řízení o přípustnosti držení osoby v ústavu zdravotní péče (§ 191a - 191g)
- Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, kodifikuje problematiku oznamovací povinnosti, odpovědnosti za ublížení na zdraví, neposkytnutí pomoci, neoprávněné nakládání s osobními údaji, s orgány a tkáněmi, lidským embryem a genomem, omezení osobní svobody, poškození cizích práv a vystavování nepravdivých lékařských posudků apod.
- Zákon č. 141/191 Sb., trestní řád, upravuje podmínky, za kterých lze bez souhlasu pacienta sdělovat údaje orgánům činným v trestním řízení
- Zákon č. 500/2004 Sb., správní řád, ukotvuje práva a povinnosti účastníků správního řízení
- Zákon č. 150/2002 Sb., soudní řád správní, upravuje vzájemná práva, povinnosti a pravidla řízení před soudy rozhodující proti správnímu rozhodnutí
- Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ukotvuje práva a povinnosti zaměstnavatelů a zaměstnanců
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví
- Zákon č. 359/1999 Sb., zákon o sociálně právní ochraně dětí, který upravuje např. povinnosti poskytovatelů zdravotních služeb

Další specifické právní předpisy upravující medicínské právo jsou uvedeny v příloze č. 3.

4 Porovnání vybraných oblastí poskytování zdravotních služeb za účinnosti NOZ

Základním dokumentem ve sféře poskytování zdravotní péče je zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění. Přijetím nového legislativního dokumentu zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník dochází ke změnám v oblasti soukromoprávních vztahů; část této obecné úpravy se dotýká problematiky poskytování zdravotní péče, resp. poskytování zdravotních služeb. Tato kapitola se zaměřuje na komparaci vybraných oblastí zdravotnictví podle obou platných právních norem.

4.1 Vztah NOZ a zdravotních zákonů

Právní úprava zdravotnického práva je obsažena v řadě právních předpisů mezinárodní i vnitrostátní legislativy. Jednotlivé oblasti zdravotnictví jsou upraveny ve zvláštních zákonech, které zůstávají v dané situaci vzhledem NOZ právními předpisy v pozici „*lex specialis*“.

Doležalové A. a T. (2014) zmiňují, že vztah NOZ a ZZS je založen na několika základních pravidlech:

- základním předpisem pro poskytování zdravotní služeb je zákon o zdravotních službách,
- pravidla NOZ se uplatní především v rámci posuzování vztahu lékaře a pacienta jako celku,
- v konkrétních situacích se pravidla NOZ použijí pouze výjimečně, a to tam, kde ZZS nebo jiné zdravotnické zákony danou věc vůbec neupravují, nebo v případech, kdy ZZS odkazuje na pravidla obsažená v NOZ,
- ve výjimečné situaci se mohou pravidla NOZ uplatnit i tam, kde danou problematiku upravují oba právní předpisy, ale NOZ poskytuje pacientovi podstatně vyšší standard ochrany jeho práv,
- vodítkem pro určení vztahu by měl být rovněž úmysl zákonodárce vyjádřený v důvodové zprávě.

Ustanovení § 1 NOZ (2012) uvádí, že uplatňování soukromého práva je nezávislé na uplatňování práva veřejného. Nezakazuje-li to zákon výslovně, mohou si osoby ujednat práva a povinnosti odchylně od zákona; zakázána jsou ujednání porušující dobré mravy, veřejný pořádek nebo právo týkající se postavení osob, včetně práva na ochranu osobnosti (Uherek, 2013).

Při hodnocení vztahu NOZ a ZZS je třeba zmínit ustanovení § 9 odst. 2 NOZ, podle kterého se soukromá práva a povinnosti osobní a majetkové povahy řídí novým občanským zákoníkem v tom rozsahu, v jakém je neupravují jiné právní předpisy. NOZ je vůči zvláštní právní úpravě v pozici subsidiární, což je aplikováno i na jeho vztah k ZZS, což ostatně potvrzuje i důvodová zpráva NOZ (Pořízek, 2014).

Mach (2014a) zmiňuje i samotného autora NOZ prof. JUDr. Karla Eliáše, který jednoznačně v této souvislosti prohlásil, že ZZS je v poměru speciality, tedy *lex specialis*, k novému občanskému zákoníku, a obsahuje-li podrobnější právní úpravu, platí NOZ subsidiárně, jinak má přednost specifická právní úprava stanovená zvláštními předpisy.

Pro oblast zdravotnictví NOZ ukotvuje nový typ smlouvy o péči o zdraví, problematiku práv a povinností při poskytování zdravotních služeb, odpovědnost za zásah do práva na ochranu osobnosti, odpovědnost za škodu a rozsah případné náhrady škody (Doležal A., Doležal T., 2014).

Z výše řečeného vyplývá, že zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování upravuje tyto skutečnosti podrobněji než NOZ a jako zvláštní právní úprava má přednost před ustanoveními nového občanského zákoníku, což ostatně potvrzuje i důvodová zpráva nového občanského zákoníku.

4.2 Vymezení péče o zdraví

Péče o zdraví je novým občanským zákoníkem definována poměrně široce a upravuje úkony, prohlídky nebo rady a všechny služby vedené snahou zlepšit nebo zachovat zdravotní stav ošetřovaného. Péče o zdraví ve smyslu občanského zákoníku

zahrnuje i zdravotní služby podle ustanovení § 2 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, viz podkapitola 2.1.9 a zdravotní péči podle ustanovení § 2 odst. 4 tohoto zákona, viz podkapitola 2.1.8 (Pořízek, 2014).

Péčí o zdraví lze označit dále i výkony kosmetické plastické chirurgie, neterapeutickou sterilizaci, různé zdravotní prohlídky (např. zaměstnanecké, sportovní, řidičské), asistovanou reprodukci apod. Do této oblasti jsou zařazeny i služby, které nejsou vykonávány zdravotnickými pracovníky, což je např. nutriční terapeut, masér, zdravotní laborant, ergoterapeut apod. (Bezouška, Piechowiczová, 2013).

Vyplývající změny pohledu na vztah poskytovatele zdravotních služeb a pacienta, kdy vzájemný vztah je postaven na smluvním základě a základ je tvořen smlouvou, jsou stanoveny v devátém dílu hlavy druhé části čtvrté v ustanoveních § 2636 až § 2651 občanského zákoníku (dále jen OZ). Jednotlivá uvedená ustanovení této části OZ zahrnují smlouvu o péči o zdraví, poučení, práva a povinnosti stran a záznamy o péči o zdraví.

4.2.1 Smlouva o péči o zdraví

Významnou novinkou v rámci kvalifikace vztahu poskytovatele zdravotních služeb a pacienta je zavedení nového smluvního typu, v podobě smlouvy o péči o zdraví, jehož hlavním cílem je úprava poskytování péče o zdraví včetně postavení poskytovatele a pacienta při poskytování zdravotních služeb.

Je to poprvé, kdy je v našem právu kodifikován smluvní charakter vztahu mezi lékařem a pacientem. Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu a občanský zákoník z roku 1964 tento vztah označoval vztahem administrativněsprávním, tzn., že právní postavení lékaře a pacienta bylo na základě vzájemného paternalistického vztahu obou subjektů značně nerovné. Aplikace občanského zákoníku byla prakticky vyloučena a i po roce 1989 byly všechny povinnosti lékaře a pacienta obsaženy v zákoně č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Obě tyto právní úpravy ovšem vycházely z veřejného práva (Hulmák et al., 2014).

Tato skutečnost, jak uvádí i Doležal T. (2012a), že zákon o péči o zdraví lidu nevyhovuje modernímu pojetí vztahu lékaře a pacienta, neboť je příliš paternalistický a ve své podstatě nedbá autonomie obou zúčastněných subjektů, byla opakovaně zmiňována Ministerstvem zdravotnictví ČR v rámci připomínek k novému zákonu o zdravotních službách.

Nově byl vztah lékaře a pacienta upraven přijetím zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (od 1. dubna 2012), kdy došlo v rámci zdravotnické legislativy ke značnému posunu, např. institut péče o zdraví nahradil institut *zdravotní služby*, institut zdravotnické zařízení byl nahrazen institutem *poskytovatel zdravotních služeb*. Nově přijatý zákon o zdravotních službách, ale i zákon o specifických zdravotních službách přinesly v tomto směru řadu významných změn; podrobně upravují práva a povinnosti obou stran (lékaře a pacienta), ovšem bez jediné zmínky o smluvním základu tohoto vztahu či obsahu (Hulmák et al., 2014). Doležal T. (2012a) se rovněž domnívá, že přes mnohé změny se pohled na vztah lékaře a pacienta od roku 1966 příliš nezměnil, neboť je zde stále preferován veřejnoprávní pohled.

Smlouva o péči o zdraví je zvláštním typizovaným kontraktem, který do českého právního řádu zavedl právě nový občanský zákoník, předchozí právní úprava tento smluvní typ neznala (Hulmák et al., 2014). Bezouška společně s Piechowiczovou (2013) taktéž označují smlouvu o péči o zdraví jako zcela nový smluvní typ, jehož cílem je upravit právní režim poskytování péče o zdraví. Tím se nový občanský zákoník přihlašuje k soukromoprávnímu chápání vztahu mezi poskytovatelem zdravotní péče a jejím příjemcem.

Základní ustanovení § 2636 odst. 1 a 2 OZ (2012) praví: *Smlouvou o péči o zdraví se poskytovatel vůči příkazci zavazuje pečovat v rámci svého povolání nebo předmětu činnosti o zdraví ošetřovaného, ať již je jím příkazce nebo třetí osoba. Příkazce zaplatí poskytovateli odměnu, je-li to ujednáno; to neplatí, stanoví-li jiný právní předpis, že se péče o zdraví hradí výlučně z jiných zdrojů.*

Poskytovatel se na základě smlouvy o péči o zdraví zavazuje k poskytování péče o zdraví druhé smluvní strany tzv. příkazce, který může být osobou odlišnou od ošetřovaného, pokud příkazce není způsobilý uzavřít smlouvu (nezletilé dítě, osoba

s omezenou svéprávností). Poskytovatel odpovídá především za odborné provedení výkonu, nikoli za dosažení výsledku, proto má poskytovatel povinnost podat ošetřovanému vysvětlení, že poskytovanou zdravotní péčí nemusí být dosaženo chtěného výsledku. Pokud poskytovatel zdravotní péče postupoval řádně a *lege artis* (podrobněji v podkapitole 4.2.6), a přesto se vyskytnou u pacienta zdravotní komplikace, povinnosti poskytovatele jsou splněny a ošetřovanému nevzniká právo na žádnou kompenzaci. Tento typ smlouvy nelze označit za úplatnou (služba poskytovaná na základě smlouvy za peníze), protože převážná většina zdravotních výkonů je plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění (Hulmák et al., 2014).

Právě tato skutečnost, povinnost poskytovatele poskytnout péči o zdraví tzv. *de moyens*, tzn., že poskytovatel se zavazuje pečovat v rámci svého povolání nebo předmětu činnosti o zdraví ošetřovaného a je přitom povinen postupovat s péčí řádného odborníka, a to v souladu s pravidly svého oboru, je nesporným přínosem nově přijatého občanského zákoníku (Doležal, T., 2013).

V ustanovení § 2637 OZ (2012) je stanoveno: *Péče o zdraví zahrnuje úkon, prohlídku nebo radu a všechny další služby, které se týkají bezprostředně ošetřovaného a které jsou vedeny snahou zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav. Péče o zdraví však není činnost spočívající jen v prodeji nebo jiném převodu léků.*

Toto ustanovení vymezuje pojem péče o zdraví a stanovuje, že se péčí o zdraví rozumí úkon, prohlídka, rada a další služby, které se týkají bezprostředně ošetřovaného. Všechny tyto činnosti musí být vedeny snahou zlepšit nebo zachovat zdravotního stav jedince, tím se dostávají mimo rámec této smlouvy např. výkony kosmetické plastické chirurgie, zdravotní zaměstnanecké prohlídky, sportovní a řidičské prohlídky, výkony asistované reprodukce, které nemohou být předmětem úpravy tohoto smluvního typu. Jenomže i tyto výše uvedené služby mají smluvní základ, a i když nejsou prvotně vedeny snahou o zlepšení či udržení zdravotního stavu, jejich opomenutí v této právní úpravě vzniklo zřejmě nedopatřením. OZ v této oblasti výslovně vylučuje i činnosti spočívající ve výlučném prodeji nebo jiném převodu léků, což se vztahuje především na činnost farmaceutů a tento vztah je upraven např. kupní smlouvou. Ovšem lék používaný lékařem v rámci poskytované zdravotní služby je součástí péče o zdraví a je

předmětem této smlouvy (Hulmák et al., 2014). V praxi to znamená, že v obecné rovině bude tento vztah podléhat ustanovením smlouvy o péči o zdraví podle OZ, ovšem obsah práv a povinností obou zúčastněných subjektů bude regulován ustanoveními ZZS nebo i jinými právními předpisy, např. zákonem o specifických zdravotních službách (Doležal, 2013).

4.2.2 Problematika poučení pacienta

V ustanoveních § 2638 až § 2641 OZ je upravena oblast poučení o navrhované péči o zdraví. Poskytovatel a ošetřovaný jsou v právně rovném postavení, ani jedna strana nemá vůči druhé straně nařizovací pravomoc. Zákon ukládá povinnost poskytovateli poskytnout ošetřovanému potřebné informace, aby se mohl rozhodnout, zda určitou péči chce poskytnout či nikoliv.

Poučení poskytovatele o navrhovaném zákroku, včetně jeho alternativ a rizik, je důležitým předpokladem udělení souhlasu pacienta se zákrokem, poučení se provádí prostřednictvím rozhovoru poskytovatele zdravotních služeb s pacientem. O této skutečnosti je pak následně vyplněn písemný formulář, který je součástí zdravotnické dokumentace pacienta. Bez provedení poučení se všemi náležitostmi by souhlas pacienta s poskytovanou zdravotní službou či zdravotní péčí byl neplatný (Lojdrová, Malý, 2013).

Právní úprava v OZ vychází obdobně jako ZZS ze skutečnosti, že ošetřovaný nemá o svém zdravotním stavu a péči, která mu má být poskytována, stejné odborné znalosti jako poskytovatel. Z toho plyne, že poskytovatel je povinen ošetřovanému vysvětlit jeho zdravotní stav a další postup, a to takovým způsobem, aby ošetřovaný pochopil svůj zdravotní stav, účel a nezbytnost péče, možné výsledky, nebezpečí pro jeho zdraví a možné alternativy (Pořízek, 2014).

Obsah poučení je ukotven v ustanovení § 2638 odst. 1 OZ (2012), které praví: *Poskytovatel srozumitelně vysvětlí ošetřovanému zamýšlené vyšetření i navrhovanou péči o zdraví; po příslušném vyšetření poskytovatel vysvětlí ošetřovanému jeho*

zdravotní stav a péči o zdraví i při dalším postupu. Žádá-li to ošetřovaný, podá mu poskytovatel vysvětlení v písemné formě.

V tomto ustanovení se odráží respekt k zásadě, že poskytovatel a pacient jsou v právně rovném postavení (viz smlouva o péči o zdraví § 2636). Z toho plyne respektování autonomie ošetřovaného, neboť péče o zdraví zasahuje do tělesné a duševní integrity člověka, a proto se veškerá poskytovaná zdravotní péče nebo zdravotní služby mohou poskytovat po řádně podané informaci o zamýšlené péči a souhlasu ošetřovaného s touto péčí. Poskytovatel musí podat poučení srozumitelným způsobem pro ošetřovaného, v tomto případě je třeba dbát na intelektuální úroveň ošetřovaného, jeho vzdělání a schopnost poskytnuté informace zpracovat. V rámci komunikace lékaře a pacienta je nutné se vyvarovat používání odborných výrazů, které by mohly bránit pochopení sdělované informace (Hulmák et al., 2014).

ZZS (2011) tuto oblast upravuje v ustanovení § 31 odst. 1, které stanovuje povinnost poskytovatele srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informovat pacienta o jeho zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu.

Pacient nebo osoba určená pacientem má možnost klást, i opakovaně, doplňující otázky ohledně jeho zdravotního stavu a navrhované zdravotní péče. Povinností poskytovatele zdravotní péče je tyto otázky srozumitelným způsobem zodpovědět. V ustanovení § 31 odst. 2 jsou stanoveny konkrétní údaje, které musí informace o zdravotním stavu podle odst. 1 obsahovat. Je zde uvedena i možnost vzdát se podání informace o zdravotním stavu podle ustanovení § 32 odst. 2 písm. a) nebo určení osoby podle ustanovení § 32 a § 44 nebo vyslovení zákazu o podávání informací o zdravotním stavu podle ustanovení § 33. Informace o zdravotním stavu má být pacientovi sdělena při přijetí do péče a samozřejmě i v průběhu poskytované zdravotní péče, nebo pokud si to vyžaduje zdravotní stav pacienta (Fiala, Mayer, 2014).

Výše uvedené ustanovení § 31 odst. 2 ZZS upravuje povinnost lékaře poskytovat pacientovi informace o jeho zdravotním stavu plně v souladu s ustanoveními Úmluvy o lidských právech a biomedicíně (2011; Doležal, T., 2012a). Podle zmíněného ustanovení je poskytovatel povinen:

- a) o příčině a původu nemoci, jsou-li známy, jejím stádiu a předpokládaném

vývoji,

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

Ustanovení § 2639 odst. 1 OZ (2012) praví: *Vysvětlení je řádně podáno, lze-li rozumně předpokládat, že ošetřovaný pochopil svůj zdravotní stav, způsob, účel a nezbytnost péče o zdraví včetně očekávaných následků i možných nebezpečí pro své zdraví, jakož i to, zda přichází v úvahu i případný jiný způsob péče o zdraví.*

Povinnost podat vysvětlení je zakotvena již v § 2638 odst. 1 OZ, ovšem není zde stanoven podrobný obsah vysvětlení. Plný rozsah řádného vysvětlení je stanoven právě výše uvedeným ustanovením, vysvětlení by se mělo skládat z vysvětlení o zdravotním stavu a vysvětlení způsobu poskytování péče o zdraví, jejího účelu a nezbytnosti, včetně očekávaných následků i možných nebezpečí pro zdraví ošetřovaného (Hulmák et al., 2011).

Terapeutické privilegium

Ustanovení § 2640 odst. 1 OZ (2012) stanovuje: *Ohrozil-li by se tím zcela zjevně a vážně zdravotní stav ošetřovaného, může mu být vysvětlení podáno v plném rozsahu dodatečně, jakmile již není třeba obávat se nebezpečí. Má se za to, že toto právo poskytovatel nemá, nepotvrdí-li mu zjevnost a vážnost nebezpečí jiná osoba poskytující péči o zdraví v daném oboru.*

Šustek a Holčápek (2007) vymezují institut tzv. terapeutického privilegia jako situaci, kdy se lékař rozhodne nemocnému nesděliti určitou informaci z obavy, že by to mohlo přímo škodit pacientovu zdraví, jako příklad uvádí zatajení smrtelné prognózy

nemocnému, který na takovéto sdělení není připraven. V souvislosti s tím lze zmínit článek 10 odstavec 3 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, která připouští, aby zákon v zájmu pacienta ve výjimečných případech omezil jeho právo znát všechny okolnosti týkající se jeho zdravotního stavu.

Stolínová (1990) rovněž považuje za rozhodující požadavek chránit zájem pacienta. Před přijetím nové legislativy, kdy je obsah sdělení vymezen zákonem, bylo zcela na lékaři, aby vyhodnotil situaci a zohlednil např. pacientův zdravotní stav, jeho intelekt a psychiku, a poté na základě zjištěných skutečností rozhodl o individuálním přístupu.

OZ ve zmiňovaném ustanovení využití institutu terapeutického privilegia zpřísňuje tím, že k jeho využití se nespokojí se subjektivním hodnocením naplnění podmínek použití, tzn. vážnosti a zjevnosti ohrožení zdravotního stavu ošetřovaného, ale vyžaduje potvrzení naplnění těchto podmínek další osobou poskytující péči o zdraví v témže oboru (Hulmák et al., 2014).

Terapeutické privilegium je pro oblast poskytování zdravotní služeb upraveno v ustanovení § 32 odst. 2 ZZS (2011), které stanovuje: *Informace o nepříznivé diagnóze nebo prognóze zdravotního stavu pacienta může být v nezbytně nutném rozsahu a po dobu nezbytně nutnou zadržena, lze-li důvodně předpokládat, že by její podání mohlo pacientovi způsobit závažnou újmu na zdraví.* Výjimkou jsou situace, jestliže podání informace o určité nemoci je jediným způsobem, jak pacientovi umožnit podniknout preventivní opatření nebo podstoupit včasnou léčbu nebo když zdravotní stav pacienta představuje riziko pro jeho okolí a pokud pacient žádá výslovně o přesnou a pravdivou informaci, aby si mohl zajistit osobní záležitosti.

Odmítnutí vysvětlení

Ustanovení § 2641 OZ (2012) stanovuje: *Dal-li ošetřovaný zřetelně najevo, že si vysvětlení nepřeje, neposkytne se, ledaže nebezpečí, které z toho hrozí ošetřovanému nebo jiné osobě, zjevně převyšuje jeho zájem.*

Toto definování vyjadřuje respekt k autonomii ošetřovaného nejen v povinnosti mu vysvětlení poskytnout, ale rovněž v nutnosti akceptovat jeho rozhodnutí, že si nepřeje

být o svém zdravotním stavu informován. Přání nebýt informován musí být ošetřovaným projeveno zřetelně, nejlépe v písemné formě (Hulmák et al., 2014).

ZZS (2011) tuto problematiku upravuje konkrétněji v ustanovení § 32, odst. 1: *Pacient se může vzdát podání informace o svém zdravotním stavu, popřípadě může určit, které osobě má být podána. Záznam o vzdání se podání informace o zdravotním stavu a určení osoby, které má být informace o zdravotním stavu podána, je součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi; záznam podepíše pacient a zdravotnický pracovník. K vzdání se podání informace o zdravotním stavu se nepřihlíží, jde-li o informaci, že pacient trpí infekční nemocí nebo jinou nemocí, v souvislosti s níž může ohrozit zdraví nebo život jiných osob.*

Obě právní úpravy vycházejí z článku 10 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně. V důvodové zprávě k této Úmluvě se uvádí, že pacienti mohou mít vlastní důvody, aby si přáli nebýt obeznámeni s určitými aspekty svého zdraví. Z výše uvedeného vyplývá, že pokud bude péče o zdraví poskytována v rámci zdravotních služeb, uplatňuje se rozsah poučení pacienta podle ustanovení § 31 ZZS, který je v souladu s článkem 5 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, ve kterém je uvedeno: *Osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích*, popř. i rozšiřujících požadavků zvláštních právních předpisů v konkrétních případech, např. při darování tkání a orgánů. Přesto zůstane řada činností, které se budou řídit prioritně ustanovením § 2638 OZ o povinnosti poskytnout řádnou informaci ošetřovanému. Jedná se zejména o činnosti nelékařských zdravotnických pracovníků (rozsah těchto profesí je stanoven v předpisu č. 96/2004 Sb., zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), kteří nemají oprávnění k poskytování zdravotních služeb (Hulmák et al, 2014).

4.2.3 Problematika informovaného souhlasu

Informovaný souhlas je vnímán jako základ pro vyvážený vztah mezi pacientem a lékařem. Obecně jej lze považovat za vyjádření větší otevřenosti v mezilidských

vztazích a zánik paternalismu na straně lékaře, i když je výrazem dobrého úmyslu a snahy jednat v zájmu pacienta (Ptáček, Bartůněk et al, 2014).

Beran (2010) definuje informovaný souhlas pacienta jako právní akt v medicíně, který je zároveň i výrazem vzájemné nedůvěry mezi pacientem a lékařem, a oba subjekty tímto předcházejí dodatečným sporům. Při definování informovaného souhlasu je možné zmínit i Policara (2010), který hovoří o institutu, který má dvě fáze. V první fázi sdělí kvalifikovaný zdravotnický pracovník pacientovi všechny důležité informace týkající se plánované léčby nebo zákroku, v druhé fázi je pak na zvážení pacienta, zda na základě poskytnutých informací v zájmu svých hodnot, zájmů a priorit, bude souhlasit s provedením navrhované zdravotní péče.

Právní úprava souhlasu s lékařským zákrokem se objevuje v několika různých předpisech. Šustek, Holčapek (2007) zmiňují, že nelze opomenout zejména Úmluvu o lidských právech a biomedicíně, která je podle článku 10 Ústavy České republiky právním předpisem vyšší právní síly.

Hlavní zásada Úmluvy o lidských právech a biomedicíně uvedená v preambuli této úmluvy: *Nikoli prospěch, ale vůle nemocného je pro lékaře nejvyšším příkazem*, zcela jednoznačně stanovuje, že svobodná vůle pacienta má přednost před paternalistickou snahou o ochranu jeho života či zdraví (Mach, Záleská, 2013b).

Informovaným souhlasem se zabývá především článek 5 výše zmiňované Úmluvy o lidských právech a biomedicíně (1997), který zakotvuje obecné pravidlo: *Jakýkoliv 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.*

Nově je tato oblast zakotvena i v OZ, a to úpravou poskytování zdravotních služeb se souhlasem; informovaný souhlas je upraven v ustanoveních § 2642 v rámci úpravy práv a povinností smluvních stran smlouvy o péči o zdraví a v ustanoveních § 91 a násl., které upravují zásahy do duševní a tělesné integrity člověka. Podrobněji je problematika souhlasu upravena v ustanoveních § 28 až § 42 ZZS, které ukotvují jak

práva a povinnosti pacienta, tak i udělení souhlasu se zákrokem v rámci poskytování zdravotních služeb (Doležal, A, Doležal, T., 2014).

Dalším právním předpisem zabývajícím se souhlasem pacienta je např. zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů (2002). V ustanovení § 7 transplantačního zákona je upraveno úplné poučení a souhlas, podle kterého je vyžadováno úplné poučení o účelu, povaze a důsledcích darování tkáně nebo orgánů a okamžitých i dlouhodobých rizicích. Souhlas musí být svobodný, informovaný a konkrétní, je požadováno zopakování úplného poučení bezprostředně před odběrem, je povinná písemná forma souhlasu. V této souvislosti lze opět zmínit Úmluvu o biomedicíně a lidských právech, jejíž články 19 až 22, které jsou zvláštními ustanoveními k principům informovaného souhlasu podle článků 5 až 10 a celou tuto oblast upřesňují a především zpřísňují (Šustek, Holčapek, 2007). Rovněž vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci (2012) je právním předpisem zabývajícím se řádným a úplným poučením pacienta, jeho právem s poskytovaným zákrokem souhlasit či jej odmítnout.

Ustanovení § 93 odst. 1 OZ (2012) uvádí: *Mimo případ stanovený zákonem nesmí nikdo zasáhnout do integrity jiného člověka bez jeho souhlasu uděleného s vědomím o povaze zásahu a o jeho možných následcích. Souhlasí-li někdo, aby mu byla způsobena závažná újma, nepřihlíží-li se k tomu; to neplatí, je-li zásah podle všech okolností nutný v zájmu života nebo zdraví dotčeného.*

Právě tato zásada svobodného rozhodování v otázkách péče o zdraví vyplývá z ústavního principu nedotknutelnosti integrity osoby (viz ust. § 91 OZ). OZ obdobně v souladu s citovaným článkem 5 Úmluvy o biomedicíně a lidských právech stanovuje základní pravidlo, že zásahy do integrity jiného člověka lze provádět pouze s jeho informovaným a poučeným souhlasem. Výjimku z tohoto pravidla může stanovit pouze zákon (Lavický et al., 2014).

Důležité je zde zmínit i ustanovení § 94 odst. 1 OZ (2012), které stanovuje: *Kdo chce provést na jiném člověku zákrok, vysvětlí mu srozumitelně povahu tohoto zákroku. Vysvětlení je řádně podáno, lze-li rozumně předpokládat, že druhá strana pochopila*

způsob a účel zákroku včetně očekávaných následků i možných nebezpečí pro své zdraví, jakož i to, zda přichází v úvahu případně i jiný postup.

Nelze zde opomenout ustanovení § 97 odst. 2 OZ (2012), kdy věta první stanovuje: *Nevyžaduje-li se pro souhlas písemná forma, má se za to, že byl udělen.* Tím je do OZ vnesena vyvratitelná domněnka udělení souhlasu se zákrokem, ovšem s výjimkou případů, kdy je vyžadována písemná forma souhlasu (viz § 96 OZ). To bude mít velký význam v případě pochybností o udělení souhlasu, případně v civilním soudním řízení, kdy pacient bude povinen doložit přesvědčivý důkaz o tom, že souhlas se zákrokem udělen nebyl (Doležal A, Doležal T., Uher J., 2014).

Toto ustanovení se zcela jistě použije i v případě poskytování zdravotních služeb podle ZZS, jelikož tento zákon takovou úpravu vůbec neobsahuje. Podle ustanovení § 34 odst. 1 ZZS se souhlas pokládá za svobodný, je-li dán bez jakéhokoli nátlaku a za informovaný se pokládá takový souhlas, je-li pacient před vyjádřením souhlasu v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a měnách o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách nebo když se pacient podání informací o zdravotním stavu vzdal v souladu s § 32 odst. 1 ZZS (Fiala, Mayer, 2014).

Všechny právní úpravy respektují udělení souhlasu se zákrokem jako nezbytný element poskytování zdravotních služeb. Ustanovení § 28 odst. 1 citovaného ZZS (2011) zakotvuje zásadní právo pacienta: *Zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem, nestanoví-li tento zákon jinak.* V souvislosti s tímto právem nelze opomenout zmínit i ustanovení § 31 odst. 1 ZZS: *Poskytovatel je povinen zajistit, aby byl pacient srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách.* V praxi tzn., že poskytovatel zdravotní péče nebo služeb nesmí bez souhlasu pacienta provést jakýkoliv zákrok, i kdyby vedl k jeho uzdravení.

Ustanovení § 2642 odst. 1 a 2 OZ (2012) praví: *Ke každému úkonu v rámci péče o zdraví se vyžaduje souhlas ošetřovaného, ledaže zákon stanoví, že souhlasu není třeba. Odmítne-li ošetřovaný souhlas, potvrdí to poskytovatel na jeho žádost v písemné formě. Požádá-li o to poskytovatel nebo ošetřovaný, potvrdí mu druhá strana v písemné formě, k čemu byl souhlas udělen.*

Legislativa zde zavádí další nový právní pojem – úkon v rámci péče o zdraví, který zahrnuje i ty úkony, které nejsou zásahem do integrity, tzn. nejen jakékoli dotčení tělesné a duševní integrity člověka, ale také prohlídku, radu či jiná faktická jednání ze strany poskytovatele (např. přeprava ošetřovaného do nemocnice). Odmítnutí poskytované zdravotní péče ošetřovaným a jeho písemným potvrzením na základě žádosti poskytovatele je de facto obdoba dnes existujícího institutu tzv. negativního reversu (vzor tohoto dokumentu je přiložen v příloze č. 6). Je stanoveno, že ke každému úkonu v rámci péče o zdraví je požadován souhlas ošetřovaného, s výjimkou pokud zákon stanoví, že souhlasu není třeba. Možnost poskytnout péči pouze se souhlasem ošetřovaného je výrazem respektu k autonomii člověka. Právě tato volba ošetřovaného svobodně nakládat se svým zdravím představuje hlavní zásadu v oblasti poskytování péče o zdraví. Tento souhlas musí být proveden výslovně písemně nebo ústně či jiným způsobem nevzbuzujícím pochybnosti. V praxi tzn., že OZ sice nevyžaduje výslovný souhlas u většiny běžných zákroků (např. ošetřovaný nastaví ruku, aby mu byla píchnuta injekce, svlékne se při vyšetření). Ošetřovaný totiž svým jednáním nevzbuzujícím pochybnosti dává najevo, že se zákrokem souhlasí. Ve většině případů bude projeven souhlas jen ústní formou, písemná forma bude v tomto ohledu výjimkou (Hulmák et al., 2014).

Písemná forma souhlasu je vyžadována na základě § 96 OZ v situacích, že se jedná o zásah do integrity člověka a má-li být oddělena část těla, která se již neobnoví nebo k lékařským pokusům na člověku a k zákrokům nevyvolaných zdravotním stavem s výjimkou kosmetických zákroků nezanechávající trvalé nebo závažné následky. V případě kosmetických zákroků, které mohou zanechat trvalé následky, se přednostně uplatňuje speciální předpis, a to zákon č. 372/2011 Sb., č. 373/2001 Sb. Z toho vyplývá, že toto ustanovení OZ se bude dotýkat především zákroků prováděných mimo působnost výše uvedených zákonů a bez použití zdravotnických postupů, např. tetování, piercing, permanentní make-up. U těchto zákroků je podmínkou písemný forma informovaného souhlasu (Lavický et al., 2014).

Ustanovení § 34 odst. 2 ZZS (2011) stanovuje: *Písemná forma souhlasu se vyžaduje, pokud tak stanoví jiný právní předpis nebo pokud tak s ohledem na*

charakteru poskytovaných zdravotních služeb určí poskytovatel. Souhlas s hospitalizací musí být vždy v písemné formě. Na vyžádání je pacientovi poskytnuta kopie písemné formy souhlasu. Formu informovaného souhlasu s poskytováním zdravotních služeb podle zmiňovaného ustanovení stanovuje ZZS následovně:

a) písemná forma souhlasu se vyžaduje v případě, že tak stanoví jiný zákon (např. zákon č. 285/2002 Sb., transplantační zákon, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů nebo NOZ,

b) v ostatních případech umožňuje ZZS poskytovateli zdravotních služeb, aby si sám určil, u kterých výkonů či vyšetření bude vyžadovat po pacientovi písemný informovaný souhlas,

c) pro souhlas s hospitalizací je stanovena obligatorní písemná forma.

Jestliže není požadován písemný informovaný souhlas, pak pacient může vyjádřit souhlas s poskytnutím zdravotních služeb ústně nebo i konkludentně, např. nastavením ruky při odběru krve (Fiala, Mayer, 2014).

Rozhodující skutečnosti ve vztahu k oprávněnosti zásahu prokazuje poskytovatel zdravotní péče. Toto platí např. i o způsobu poskytnutí poučení a jeho obsahu ve smyslu ustanovení § 94 OZ tak, aby se mohl učinit závěr, že presumovaný souhlas byl skutečně informovaný. Z toho vyplývá vyvratitelná domněnka trvání informovaného souhlasu, respektive jeho nezrušení formou jeho odvolání, mělo-li k odvolání souhlasu dojít v jiné než písemné podobě. Ovšem v praxi se souhlasné provádění zásahů do tělesné a duševní integrity člověka řídí opět podle zákona č. 372/2011 Sb. a zákona č. 373/2011 v platném znění. Ustanovení NOZ se v tomto případě nemohou uplatnit ani subsidiárně, přestože zvláštní výše uvedené předpisy institut vyvratitelné domněnky souhlasu se zásahem do integrity neupravují (Lavický et al., 2014).

V souladu s Úmluvou o lidských právech a medicíně v ustanovení § 97 odst. 1 OZ je upravena možnost odvolání uděleného souhlasu, a to jakoukoliv formou, i když se pro udělení souhlasu vyžaduje jeho písemná forma. Souhlas je možné odvolat do doby, než bude zákrok proveden. V ustanovení § 34 odst. 4 ZZS stanovuje, že pacient může svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb odvolat s tím, že odvolání souhlasu není

účinné, pokud již bylo započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušeni může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života pacienta.

Je však nutné upozornit i na ustanovení § 31 odst. 4 zákona ZZS (2011), který stanovuje možnost vůbec nepodávat informace o zdravotním stavu pacientovi, který v důsledku svého zdravotního stavu není schopen poskytnuté informace ani vnímat. Ustanovení § 31 odst. 6 ZZS pak upravuje skutečnost, že: *Jestliže to zdravotní stav nebo povaha onemocnění pacienta vyžadují, je poskytovatel oprávněn sdělit osobám, které budou o pacienta osobně pečovat, informace, které jsou nezbytné k zajištění této péče nebo pro ochranu jejich zdraví.*

Nelze opomenout ustanovení § 34 odst. 6 ZZS (2011), které upravuje situaci, kdy pacientův zdravotní stav nedovoluje samotné vyjádření souhlasu, odvolání souhlasu nebo vyslovení nesouhlasu s poskytnutím zdravotních služeb požadovaným způsobem. Zdravotnický pracovník zaznamená nepochybný projev vůle pacienta do zdravotnické dokumentace o něm vedené a uvede způsob, jakým pacient svou vůli projevil, a zdravotní důvody bránící pacientovi ve vyjádření požadovaným způsobem.

OZ toto upravuje v ustanovení § 2639 odst. 1 s tím, že vysvětlení je řádně podáno, lze-li rozumně předpokládat, že ošetřovaný pochopil svůj zdravotní stav, způsob, účel a nezbytnost péče o zdraví, včetně očekávaných následků i možných nebezpečí pro své zdraví, jakož i to, zda přichází v úvahu i případný způsob péče o zdraví. Povinnost podat vysvětlení je zakotvena v ustanovení § 2638 odst. 1, ovšem toto ustanovení stanovuje podrobný rozsah a obsah vysvětlení, které by mělo obsahovat: vysvětlení o zdravotním stavu a vysvětlení způsobu poskytování péče o zdraví (Hulmák et al., 2014). Vzor poučení a informovaného souhlasu je uveden v příloze č. 4 a vzor písemného souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb v příloze č. 5.

4.2.4 Problematika informovaného nesouhlasu

Zde je nutné zmínit právě ustanovení § 34 odst. 3 ZZS (2011), které stanovuje: *Pacientovi, kterému byla podána informace o zdravotním stavu nebo se podání*

informace podle § 32 odst. 1 vzdal a který odmítá vyslovit souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, nejde-li o případ, kdy lze zdravotní služby poskytnout bez souhlasu, je opakovaně podána informace o jeho zdravotním stavu v rozsahu a způsobem, ze kterého je zřejmé, že neposkytnutí zdravotních služeb může vážně poškodit jeho zdraví nebo ohrozit život. Jestliže pacient i nadále odmítá vyslovit souhlas, učiní o tom písemné prohlášení (revers) a ustanovení § 34 odst. 5 ZZS (2011), které praví: Písemný souhlas, písemné odvolání souhlasu, popřípadě záznam o odvolání tohoto souhlasu, pokud pacient souhlas odvolal bez písemného vyjádření, písemné prohlášení o nesouhlasu s poskytnutím zdravotních služeb, popřípadě záznam o tomto nesouhlasu, pokud pacient odmítá učinit písemné prohlášení, je součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi; podepíše je pacient a zdravotnický pracovník. Odmítá-li pacient záznam podle věty první podepsat, zdravotnický pracovník tuto skutečnost do záznamu doplní; záznam podepíše zdravotnický pracovník a svědek.

Z výše uvedeného pak vyplývá, že na základě poměru *lex specialis* ZZS k novému občanskému zákoníku, v situacích, kdy ošetřovaný odmítá navrhované zdravotní služby, např. hospitalizaci, operaci, umístění na jednotce intenzivní péče, chemoterapii, je třeba opakovaného podání informace oprávněným zdravotnickým pracovníkem o jeho zdravotním stavu v rozsahu a způsobem, ze kterého pacientovi je zřejmé, že neposkytnutí zdravotních služeb, které je mu navrhováno, může vážně poškodit jeho zdraví nebo ohrozit jeho život. Pacient by měl být znovu dotázán, jestli i po této informaci nadále odmítá vyslovit souhlas s navrhovanými službami, a pokud setrvává na svém stanovisku a není zákonný důvod k poskytnutí zdravotních služeb bez souhlasu (např. pacient není způsobilý k platnému projevu vůle s ohledem na jeho zdravotní stav), je požádán o podepsání písemného prohlášení o nesouhlasu poskytnutí zdravotních služeb. Skutečnost, že pacient přes všechna poučení o důsledcích odmítnutí navrhované zdravotní péče a odmítnutí samotného podepsání reversu, vše odmítl, musí lékař zapsat do zdravotnické dokumentace. Tento záznam musí podepsat jak lékař poskytující zdravotnické služby, tak i jeden svědek, např. zdravotní sestra, který potvrdí, že pacient nesouhlasil s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb a současně odmítl podepsat negativní revers. Vzor tohoto dokumentu je uveden v příloze

k vyhlášce Ministerstva zdravotnictví ČR č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci. Písemnou formu zaznamenaného nesouhlasu lze pak využít i jako důkaz v případných soudních sporech např. chrání lékaře před nařčením, že pacient souhlasil s poskytnutím konkrétních zdravotních služeb, ale lékař mu je vůbec nenabídl a neindikoval (Mach, 2014b).

4.2.5 Poskytování zdravotní péče nezletilým

V této souvislosti je nutné zmínit i Úmluvu o právech dítěte, která v článku 3 uvádí zásadu, že nejlepší zájem dítěte musí být předním aspektem při jakékoli činnosti týkající se dětí. Při poskytování zdravotní péče je pojem nejlepší zájem dítěte – pacienta vnímám v souvislosti s rozhodováním o jejich léčbě (Heřmanová, Vácha et al., 2012).

Přijetím nového občanského zákoníku byl zrušen i právní předpis č. 94/1963 Sb., zákon o rodině, který společně s původním občanským zákoníkem č. 40/1964 Sb. upravoval, kdo je oprávněn za nezletilého právně jednat a udělit souhlas s navrženou zdravotní péčí. Právní úprava nabytí svéprávnosti u nezletilých v OZ doznala značné proměny (Doležal A., Doležal, T., 2014).

Podle Těšínové, Žďárka a Policara (2011) je informovaný souhlas z pohledu práva právním úkonem a vyžaduje jako jakýkoli jiný právní úkon ke své platnosti, aby byl učiněn osobou, která je k němu způsobilá. Způsobilost k právním úkonům vzniká v plném rozsahu zletilostí.

Podle ustanovení § 30 odst. 1 OZ (2012) se člověk stává plně svéprávným zletilostí, což znamená dovršením 18 let věku. Před nabytím zletilosti se plně svéprávným stane osoba soudním přiznáním svéprávnosti (viz § 37 OZ) nebo uzavřením manželství (viz § 30 OZ), pokud nenastane tato situace, je nutné na osobu pohlížet jako na nezletilého pacienta. Podle § 31 OZ platí vyvratitelná domněnka: *Má se za to, že každý nezletilý, který nenabyl plně svéprávnosti, je způsobilý k právním jednáním, co do povahy přiměřeným rozumové a volní vyspělosti nezletilých jeho věku.*

Z výše uvedeného vyplývá, že OZ rozlišuje mezi osobami zletilými a osobami nezletilými. Nezletilým je osoba, která nedovršila 18. roku svého věku, zletilým pak ta osoba, která tento věk dovršila. OZ zároveň rozlišuje mezi osobami svéprávnými a nesvéprávnými. Plně svéprávnými jsou osoby, které jsou vždy zletilé, tedy ty, které dosáhly věku 18 let a jejich svéprávnost nebyla nijak omezena (Lavický et al., 2014). V ustanovení § 95 OZ (2012) se praví: *Nezletilý, který není plně svéprávný, může v obvyklých záležitostech udělit souhlas k zákroku na svém těle také sám, je-li to přiměřené rozumové a volní vyspělosti nezletilých jeho věku a jedná-li se o zákrok nezanechávající trvalé nebo závažné následky.*

Pro oblast poskytování zdravotních služeb je toto ustanovení zkonkretizováno v ustanovení § 35 odst. 1 ZZS (2011), které stanoví: *Při poskytování zdravotních služeb nezletilému pacientovi je třeba zjistit jeho názor na poskytnutí zamýšlených zdravotních služeb, jestliže je to přiměřené rozumové a volní vyspělosti jeho věku. Tento názor musí být zohledněn jako faktor, jehož závažnost narůstá úměrně s věkem a stupněm rozumové a volní vyspělosti nezletilého pacienta. Pro vyslovení souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb nezletilému pacientovi se použijí právní předpisy upravující svéprávnost fyzických osob s tím, že nezletilému pacientovi lze zamýšlené zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. Tím není dotčena možnost poskytování zdravotních služeb bez souhlasu.*

Je tedy nutné zdůraznit, že lékař může určitou zdravotní péči poskytnout nezletilému pacientovi pouze s jeho souhlasem, aniž by vyžadovala souhlas zákonného zástupce, neboť nezletilý je sám schopen rozumově vyhodnotit dopady zákroku a rozhodnout se sám, zda s takovým zákrokem souhlasí. Jestliže lékař dojde k závěru, že nezletilý pacient je oprávněn poskytnout souhlas, pak má takový souhlas stejnou váhu jako souhlas zletilého pacienta a případný nesouhlas zákonného zástupce nezmění nic na oprávněnosti provést zákrok (Urban, 2014).

Ustanovení § 93 odst. 2 OZ (2012) uvádí: *Zákonný zástupce může udělit souhlas k zásahu do integrity zastoupeného, je-li to k přímému prospěchu osoby, která není schopna dát souhlas sama.*

OZ vychází z důsledného rozlišování mezi institutem zákonného zástupce a ostatními formami zastoupení včetně opatrovnictví (Lavický et.al., 2014). Doležalové A. a T. (2014) upozorňují, že při poskytování zdravotní péče nezletilým se lékaři nejpravděpodobněji budou setkávat zejména s rodiči, přesto může nastat situace, že s dítětem přijde do ordinace jiná osoba než rodič, avšak oprávněná právně jednat za dítě. Podle OZ se může jednat o poručníka, osvojitele, pěstouna, pečující osobu, opatrovníka nebo statutární orgán nebo jím pověřeného pracovníka ústavu, ve všech těchto situacích musí být dítě uvedené osobě svěřeno rozhodnutím soudu.

Ustanovení § 32 odst. 1 OZ (2012) stanovuje: *Uděлил-li zákonný zástupce nezletilému, který nenabyl plné svéprávnosti, ve shodě se zvyklostmi soukromého života souhlas k určitému právnímu jednání nebo k dosažení určitého účelu, je nezletilý schopen v mezích souhlasu sám právně jednat, pokud to není zákonem zvlášť zakázáno; souhlas může být následně omezen i vzat zpět.*

Důvodová zpráva k OZ vychází z faktu, že zákonní zástupci, zejména rodiče, jsou ti, kdo nezletilého nejlépe znají a spolu s ním dokážou nejlépe posoudit jeho rozum, vůli a další individuální schopnosti. Ve své podstatě toto ustanovení přináší ulehčení situace, zákonní zástupci staršího dítěte mohou u poskytovatele zdravotních služeb prohlásit, že k běžnému poskytování zdravotní péče může nezletilý poskytovat souhlas sám. Je naprosto nezbytné toto prohlášení zaznamenat v písemné formě, přiložit do zdravotnické dokumentace, ovšem tento záznam nemá formu informovaného souhlasu (Lavický et al., 2014).

Samozřejmě může nastat situace, kdy zákonný zástupce souhlas s poskytováním zdravotní péče nemůže poskytnout dostatečně včas nebo souhlas poskytnout dokonce odmítá. Na tuto situaci pamatuje ustanovení § 35 odst. 3 ZZS, kde je stanoveno, že v případě neodkladné péče nebo pokud jde o akutní péči a nelze získat bezodkladně souhlas zákonného zástupce, rozhoduje o případném poskytování zdravotní péče ošetřující lékař. Rovněž je možné poskytnout zdravotní péči i v souladu s ustanovením § 38 odst. 4 a 5 ZSS, a to v případě, že se bude jednat o péči, která snese odkladu a není možné získat souhlas zákonného zástupce a zároveň se nejedná o péči, kterou lze poskytnout na základě souhlasu nezletilého, pak je nutné vyčkat udělení takového

souhlasu (Urban, 2014). V praxi ovšem může nastat i situace, kdy jsou názory zákonného zástupce nezletilého a nezletilého v přímém rozporu při rozhodnutí, zda udělit či neudělit informovaný souhlas k lékařskému výkonu. V zákoně o zdravotních službách není tato situace výslovně upravena, OZ tuto problematiku upravuje v ustanoveních § 100 a § 877 (Doležal, A., Doležal, T., 2014).

Ustanovení § 100 odst. 1 a 2 OZ (2012) stanovuje: *Má-li být zasaženo do integrity nezletilého, který dovršil čtrnáct let, nenabyl plné svéprávnosti, a který zákroku vážně odporuje, třebaže zákonný zástupce se zákrokem souhlasí, nelze zákrok provést bez souhlasu soudu. To platí i v případě provedení zákroku nezletilé osobě, která není plně svéprávná. Nesouhlasí-li zákonný zástupce se zásahem do integrity osoby uvedené v odst. 1, ač si jej tato osoba přeje, lze zákrok provést na její návrh nebo na návrh osoby jí blízké jen se souhlasem soudu.*

Nelze opomenout, že OZ rozlišuje dvě věkové kategorie, pokud se bude jednat o osobu mladší 14 let, je nutné vycházet z toho, že souhlas za ni uděluje její zákonný zástupce. Je nutné však zjistit názor nezletilého na poskytnutí zamýšlených zdravotních služeb, jestliže je to přiměřené rozumové a volní vyspělosti jeho věku. V této situaci, kdy zastoupený zákroku odporuje, nedovoluje provést poskytnutí zdravotní péče pouze na základě rozhodnutí zákonného zástupce, je nutné požadovat souhlas soudu (Doležal, A., Doležal, T., 2014). Vyjádření soudu je nutné i v případě, kdy jeden ze zákonných zástupců vysloví se zdravotním výkonem souhlas a druhý projeví aktivní nesouhlas, viz ustanovení § 877 odst. 1 OZ (Mach, Záleská, 2013b).

Největším problémem pro lékaře při poskytování zdravotních služeb nezletilým bude zřejmě konkretizace institutu „přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti“. Důležitým aspektem bude věk nezletilce, jinou péči může odsouhlasit dítě ve věku 8 let a jinou péči osoba, které je 17 let. S ohledem na tyto uvedené skutečnosti se v případě pochybností doporučuje vyžádat si souhlas zákonného zástupce, v podstatě rodiče, podle ustanovení § 898 OZ nebo poručníka jmenovaného soudem podle ustanovení § 928 OZ, což by mělo zamezit možnému nezákonnému zásahu do osobnostních práv nezletilého pacienta (Urban, 2014).

Ustanovení § 2638 odst. 2 OZ (2012) upravuje poučení ošetřovaného, který není plně svéprávný: *Není-li ošetřovaný plně svéprávný, ale přesto je schopen úsudku, poučí se způsobem přiměřeným jeho schopnosti vysvětlení pochopit; vysvětlení se podá i jeho zákonnému zástupci.*

V tomto případě OZ nerozlišuje důvod neúplnosti svéprávnosti (nezletilost, omezení svéprávnosti) a vychází z principu, že i v těchto případech musí být respektována důstojnost a autonomie těchto osob a vysvětlení musí být poskytnuto způsobem přiměřeným jejich schopnosti vysvětlení pochopit. Současně musí být toto vysvětlení podáno i zákonnému zástupci (Hulmák et al., 2014).

Ustanovení § 31 odst. 5 ZZS (2011) upravuje tuto skutečnost méně kategoricky: *Jde-li 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 pacientovi, je-li k takovému úkonu přiměřeně rozumově a volně vyspělý.*

Tímto ustanovením je upraveno právo na informace o zdravotním stavu jak pro zákonného zástupce pacienta, tak pro pacienta samotného.

Urban (2014) uvádí, že Ministerstvo spravedlnosti ČR v připravované novele OZ plánuje pozměnit ustanovení § 100; patrně zmizí hranice 14 let, a dále některé případy závažného zásahu do integrity nezletilého se budou moci řešit v rámci rodiny, a ne soudní cestou.

4.2.6 Poskytování zdravotní péče *lege artis*

Povinnost postupovat při poskytování péče *lege artis* je základní právní povinností nejen lékaře, ale i jiného zdravotnického pracovníka v mezích jeho kompetencí. Medicína je v současné době považována jak za lékařskou vědu, tak i umění. Tento pojem v překladu znamená doslova podle pravidel umění (*lex* = zákon, *ars* = umění), vznikl zkrácením z *de lege artis* (tzn., podle pravidel umění lékařského). V běžné praxi

při poskytování zdravotní péče je tím myšlen odborný správný postup (Těšínová, Žďárek, Polícar, 2011).

Tento pojem obsahuje prvotně již článek 4 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně (1997), který stanovuje: *Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví, včetně vědeckého výzkumu, je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy.*

Mlynářová (2013) uvádí skutečnost, že na základě této Úmluvy je uznán jakýkoliv lékařský preventivní, diagnostický nebo terapeutický postup jako postup *lege artis*, pokud splňuje základní kritéria:

- a) je odborně medicínsky uznávaný (tedy ověřený nebo osvědčený) postupem,
- b) účinnost, resp. účelnost a důvodnost se všeobecně přijímá,
- c) je v souladu s aktuálním stavem vědy, s dosaženou úrovní teoretických a praktických poznatků v oblasti poskytování zdravotní péče.

Mach (2013) definuje tyto standardy úmluvy jako medicínou uznávané postupy, které vyplývají z odborných publikací (učebnice, odborná literatura, doporučení a stanoviska odborných profesních komor apod.). Dále Mach (2006) připomíná, že v žádném případě to neznámá, že uvedené profesní standardy by měly předpisovat nezbytně jen jediný způsob postupu lékaře při péči o pacienta v určitém zdravotním stavu. Stolínová, Mach (2010) uvádí, že hodnocení toho, co je postupem *lege artis*, přísluší medicíně, nikoliv právu. Lékařská věda připouští řadu různých postupů, metod a prostředků, a proto zdůrazňuje, že lékař, který se přidržel kteréhokoliv z uznávaných postupů, postupoval *lege artis*. Do roku 2011 vycházel právní výklad ze zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu a podle ustanovení § 11 zákon ukládal zdravotnickým zařízením poskytovat občanům zdravotní péči na úrovni současných dostupných poznatků lékařské vědy (Mlynářová, 2013).

Podle ustanovení § 2643 odst. 1 a 2 OZ (2012): *Poskytovatel postupuje podle smlouvy s péčí řádného odborníka, a to i v souladu s pravidly svého oboru. Ošetřovaný sdělí poskytovateli podle svého nejlepšího vědomí potřebné údaje a poskytne mu součinnost nutnou podle očekávání k tomu, aby mohl splnit povinnosti podle smlouvy.*

Termín *péče řádného odborníka* si zaslouží vysvětlení. Podle ustanovení § 5 OZ je řádný odborník ten, kdo se veřejně nebo ve styku s jinou osobou přihlásí k odbornému výkonu jako příslušník určitého povolání nebo stavu a dává tím najevo, že je schopen jednat se znalostí a pečlivostí, která je s jeho povoláním nebo stavem spojena (Hulmák et al., 2014).

Poskytovatel je povinen postupovat podle smlouvy s péčí řádného odborníka v souladu s pravidly svého oboru. Obdobně podle ustanovení § 45 odst. 1 ZZS je poskytovatel zdravotních služeb povinen je poskytovat na náležitě odborné úrovni ve smyslu ustanovení § 4 odst. 5 uvedeného zákona, kdy se náležitou odbornou úrovní (postupem *lege artis*) rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti (Pořízek, 2014).

4.2.7 Poskytování zdravotních služeb za přítomnosti dalších osob

Ustanovením § 2644 OZ je upravena přítomnost dalších osob v rámci poskytování zdravotní péče ošetřovanému. Nikdo nesmí zasahovat do soukromí druhého člověka, pokud k tomu nemá zákonný důvod, zejména bez souhlasu ošetřované osoby. Jestliže by přesto kdokoliv sledoval poskytování péče bez souhlasu ošetřované osoby, jednalo by se o neoprávněný zásah do osobnosti člověka. Je tedy opravdu na rozhodnutí ošetřovaného, zda s přítomností dalších osob bude souhlasit. Tento souhlas může být udělen ústně, písemně či jinak (Hulmák et al., 2014).

Jestliže se jedná o poskytování zdravotních služeb ve smyslu ZZS (2011) bude použito ustanovení § 28 odst. 3 písm. a) podle kterého: *Pacient při poskytování zdravotních služeb má dále právo na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytovaných zdravotních služeb.*

Přítomnost další osoby při poskytování zdravotních služeb je upravena ustanovením § 28 odst. 3 písm. e) ZZS (2011), v platném znění, a to právem pacienta na:

- nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce, popřípadě osoby určené zákonným zástupcem, pěstouna nebo jiné osoby, do jejíž péče byl pacient na základě rozhodnutí soudu nebo jiného orgánu svěřen, je-li nezletilou osobou,
- nepřetržitou přítomnost opatrovníka, popřípadě osoby určené opatrovníkem, je-li osobou, jejíž svéprávnost je omezena tak, že není způsobilá posoudit poskytnutí zdravotních služeb,
- přítomnost osoby blízké nebo osoby určené pacientem.

Poskytovatel zdravotních služeb je povinen přítomnost výše uvedených osob umožnit, ale jen pokud je to v souladu s jinými právními předpisy a vnitřním řádem, a nenaruší-li přítomnost těchto osob poskytnutí zdravotních služeb.

4.2.8 Problematika odpovědnosti poskytovatele zdravotních služeb

V ustanovení § 2645 OZ je stanovena odpovědnost poskytovatele, který odpovídá za to, že splní své povinnosti s péčí řádného odborníka. Péče o zdraví se poskytuje ošetřovanému na základě smlouvy, jestliže dojde k porušení povinnosti ze smlouvy a nebude dodrženo ustanovení již zmiňovaného § 2636 OZ, budou uplatněny zásady pro porušení povinností stanovené v ustanovení § 2913 OZ (Hulmák et al., 2014)

Péče v zařízení provozovaném třetí osobou upravuje ustanovení § 2646 OZ (2012) které praví: *Poskytuje-li se péče o zdraví ve zdravotnickém zařízení, v zařízení sociálních služeb nebo v obdobném zařízení, které smluvní strana neprovozuje, musí být ošetřovanému nebo příkazci včas sděleno, kdo je poskytovatelem a že provozovatel zařízení smluvní stranou není.*

Na základě smlouvy jsou smluvními stranami o péči o zdraví poskytovatel zdravotních služeb a příkazce (ošetřovaný či třetí osoba); stanovení smluvních stran je důležité jak pro uzavření smlouvy, tak i pro určení právní odpovědnosti s poskytovanou službou. V praxi smlouvu o péči o zdraví s pacientem neuzavírá samotný lékař, ale poskytovatel zdravotních služeb, který konkrétního lékaře zaměstnává; toto se ovšem netýká

soukromých lékařů, kteří jsou zároveň jak ošetřujícím lékařem, tak i poskytovatelem zdravotní péče (Hulmák et al, 2014).

Věta první tohoto ustanovení je v souladu s povinností poskytovatele vytvořit podmínky k zajištění uplatňování práv a povinností při poskytování zdravotní služeb ve smyslu ustanovení § 45 odst. 1 ZZS (2011): *Poskytovatel je povinen poskytovat zdravotní služby na náležité odborné úrovni, vytvořit podmínky a opatření k zajištění uplatňování práv a povinností pacientů a dalších oprávněných osob, zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků při poskytování zdravotních služeb, zejména pak s principem informační povinnosti poskytovatele zdravotních služeb.*

Je třeba zdůraznit, že poskytovatel má povinnost informovat pacienta o všech skutečnostech, které souvisejí s poskytováním zdravotní péče. V tomto případě se považuje za nutné i sdělení pacientovi, kdo je poskytovatelem zdravotních služeb, eventuelně provozovatelem zařízení, kde jsou pacientovi tyto zdravotní služby poskytovány. Vzhledem k tomu, že ZZS v tomto případě neobsahuje zvláštní úpravu, je možné toto ustanovení OZ aplikovat i v případech poskytování zdravotních služeb podle ZZS. V praxi tzn., že praktický lékař, který dochází do domova pro seniory je poskytovatelem zdravotní služby, ale nikoliv provozovatelem tohoto zařízení (Hulmák et al, 2014).

Občanský zákoník nově upravuje rovněž úpravu náhrady škody na zdraví, náhrady osobnostní újmy a úpravu odškodnění pozůstalých, ale též blízkých toho, kdo utrpěl vážnou újmu. Tato problematika není předmětem této diplomové práce, neboť je obsahově značně rozsáhlá, a zajisté by mohla být tématem samostatné práce.

4.2.9 Dříve vyslovené přání

Článek 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně upravuje situaci, kdy bude brán zřetel na *dříve vyslovená přání* pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyslovit své přání. Tento článek umožňuje pacientovi zanechat písemnou instrukci lékaři pro případ vzniku takové situace, kdy by

v budoucnu pacient mohl být v takovém zdravotním stavu, ve kterém nebude schopen dát svůj platný souhlas nebo nesouhlas s poskytováním zdravotní péče, např. při poúrazových stavech, senilní demenci. Platí zde zásada, že pokud někdo prokazatelně vyjádřil své přání, je třeba toto přání respektovat (Mach, 2006).

Komplexně upravuje institut „dříve vyslovené přání“ ZZS v ustanovení § 36 (2011), které stanovuje: *Pacient může pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit.*

V podstatě se jedná o písemný záznam pacientovy vůle pro případ výše uvedené situace, která by neumožňovala se ke svému osudu vyjádřit. Obsahem dříve vysloveného přání pacient předem odmítá nějaký zákrok nebo volí mezi možnostmi léčby (Lojdová, Malý, 2013). Dříve vyslovené přání musí být v písemné formě a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta. Součástí tohoto záznamu je i písemné poučení poskytovatelem zdravotní péče, kterého se dříve vyslovené přání dotýká, o důsledcích tohoto rozhodnutí. Pacient má možnost učinit toto prohlášení též při přijetí do péče a i v průběhu hospitalizace, a to ohledně zdravotních služeb právě poskytovaných v rámci zdravotní péče. Takto vyslovené přání se poznamená do zdravotnické dokumentace, záznam podepíše pacient, zdravotnický pracovník a svědek, úřední ověření podpisů není nutné. Platnost tohoto záznamu se ovšem vztahuje pouze na poskytování zdravotních služeb u příslušného poskytovatele. Dříve vyslovené přání nelze respektovat, pokud by bylo jeho výsledkem aktivní způsobení smrti, ohrožení jiných osob. Nepřichází v úvahu respektovat dříve vyslovené přání, jestliže od doby jeho vyslovení došlo ke změně poskytování zdravotních služeb a tento institut nelze uplatnit ani pokud jde o nezletilé pacienty nebo pacienty omezené ve svéprávnosti (Mach, Záleská, 2013b).

OZ upravuje institut dříve vysloveného přání v ustanovení § 98 odst. 2 (2012), které uvádí: *Při zákroku i při udělení souhlasu se vezme zřetel na dříve vyslovená známá přání člověka, do jehož integrity má být zasaženo.* Obsahem dříve vysloveného může být jak souhlas s budoucím zásahem do integrity jedince, tak i zákaz určitých

jednání při poskytování zdravotních služeb. Tzn., že význam dříve vysloveného přání tedy může spočívat nejen v udělení informovaného souhlasu *pro futuro*, ale i v založení výluky z protiprávnosti při nečinnosti toho, kdo by k tomu byl jinak povinen. V praxi se toto ustanovení uplatní spíše výjimečně, a to tehdy, pokud by šlo o mimořádný zásah do integrity člověka mimo rámec poskytování zdravotních služeb (Lavický et al., 2014).

V rámci poskytování zdravotních služeb je režim dříve vyslovených přání upraven autonomně v již výše citovaném ustanovení § 36 ZZS. Dříve vyslovené přání je podmíněno splněním určitých podmínek, za prvé musí být učiněno, jak už bylo dříve uvedeno, v písemné podobě zletilou osobou svéprávnou a podpis musí být úředně ověřen (výjimkou je vyslovené přání přímo při hospitalizaci, kde postačí podpis lékaře a svědka). Pacient musí být poučen svým praktickým lékařem nebo ošetřujícím lékařem specialistou o možných následcích dříve vysloveného přání a možných změnách, za kterých bylo přání učiněno např. došlo ke změně léčebného postupu, který by pravděpodobně donutil pacienta změnit své rozhodnutí léčbu odmítnout (Lojďová, Malý, 2013).

Je zde vhodné zmínit skutečnost, že v původním znění ustanovení § 36 odst. 3 byl stanoven pětiletý limit platnosti. Účelem tohoto opatření byla ochrana pacienta s ohledem na předpokládaný vývoj v medicíně. Tato formulace se stala předmětem odborné kritiky a byla zrušena nálezem Pl. Ústavního soudu 1/12 ze dne 27. 11. 2012. Ústavní soud dospěl k názoru, že toto ustanovení není slučitelné s právem pacienta podle článku 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, aby na pacientovo dříve vyslovené přání nemohl být brán zřetel jen v důsledku uplynutí zákonem stanovené doby jeho platnosti, pokud pacient nebude mít současně skutečnou možnost toto přání svým projevem vůle obnovit. Dříve vyslovené přání je někdy jedinou možností psychicky nemocných pacientů, např. při Alzheimerově nemoci, senilní demenci, ovlivnit vyslovením souhlasu nebo nesouhlasu poskytované zdravotní služby (Předpis 437/2012, 2012).

4.2.10 Odmítnutí poskytované péče pacientem

Ustanovení § 2651 OZ (2012) se zabývá pacientovým odmítnutím poskytované zdravotní služby: *Ošetřovaný, který není příkazcem, může péči o zdraví odmítnout; jeho odmítnutím se závazek ruší.*

Smlouva je s poskytovatelem zdravotních služeb uzavírána samotným ošetřovaným (příkazcem); smlouvu však mohou uzavřít i jiné osoby odlišné od osoby ošetřované. V situaci, kdy byla smlouva uzavřena ve prospěch ošetřovaného jiným příkazcem a na základě autonomie a ochrany osobní integrity ošetřovaného, ošetřovaný nemůže být nucen se této péči podrobit s výjimkou případů, které stanovují zvláštní zákony. V praxi tzn., že i když ošetřovaný nebyl tím, kdo smlouvu uzavíral, má právo ji odmítnout a tento závazek mezi poskytovatelem a příkazcem se zruší. Pokud se jedná o nezletilého pacienta je brán zřetel na zjištění jeho názoru na poskytnutí zamýšlených zdravotních služeb, jestliže je to přiměřené rozumové a volní vyspělosti jeho věku (Hulmák et al, 2014).

Nelze opomenout ani možnost poskytovatele zdravotních služeb odmítnout pacienta nebo ukončit poskytovanou péči. Tato problematika je upravena v ustanovení § 48 ZZS (2011); v jednotlivých ustanoveních jsou stanoveny možnosti odmítnutí poskytovatele, kterého si pacient zvolil, možnosti poskytovatele ukončení péče o pacienta, ustanovení odst. 3 tohoto paragrafu přesně definuje i situaci, kdy poskytovatel nemůže odmítnout: *Poskytovatel nesmí odmítnout přijetí pacienta do péče podle odstavce 1 nebo ukončit péči o něj podle odstavce 2 písm. d) nebo e), jde-li o pacienta, kterému je třeba poskytnout neodkladnou péči, jde-li o porod nebo jde o zdravotní služby, které jsou nezbytné z hlediska ochrany veřejného zdraví nebo ochrany zdraví při práci, dále jde-li o krizové situace nebo výkon ochranného léčení nařízeného soudem, pokud jiný právní předpis nestanoví jinak.* Poskytovatel je povinen své odmítnutí přijetí do péče, tak i odmítnutí poskytnutí zdravotních služeb vydat pacientovi písemnou zprávu, ve které musí být uveden přesný důvod odmítnutí nebo ukončení.

Z výše uvedeného vyplývá, že základem vztahu mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem je smlouva. Obsah práv a povinností této smlouvy je kodifikován

ZZS a jen výjimečně budou použita některá ustanovení o smlouvě o péči o zdraví upravené v OZ. Doležal A a T. (2014) se domnívají, že v praxi není nutno s pacienty uzavírat zvláštní písemné smlouvy podle OZ, poskytované zdravotní služby budou nadále probíhat jako dosud, většina smluv bude vznikat naprosto neformálním způsobem během návštěvy, lékař nebude sepisovat smlouvy o péči o zdraví a ukládat je.

4.2.11 Problematika nedobrovolné hospitalizace

Touto problematikou se zabývá Listina základních práv a svobod, zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a nově občanský zákoník č. 89/2012 Sb. V zásadě se jedná o hospitalizaci, se kterou osoba nesouhlasí, kterou však nařídí lékař. Nedobrovolná hospitalizace je citlivou záležitostí pro všechny zúčastněné, lékař je povinen posoudit obdržené informace např. od rodiny v souladu s vlastním úsudkem, protože lékař je tím, kdo v konečném důsledku nese odpovědnost (Mahrová, Venglářová et al., 2008).

Papežová (2011) zdůrazňuje, že u nedobrovolné hospitalizace je z etického hlediska důležité citlivě vyhodnotit zájem pacienta a jeho okolí. Pacient je nedobrovolně hospitalizován, jestliže ohrožuje sebe nebo okolí. K nedobrovolné hospitalizaci se přistupuje např. u pacientů s vážnou duševní poruchou, kteří nemají náhled a nejsou schopni o léčbě rozhodnout. Lékař musí postupovat individuálně po konzultaci s právníkem a rodinou. S účinností nového občanského zákoníku došlo k rozštěpení právní úpravy do zdravotnického zařízení bez souhlasu umístěného do tří právních předpisů, a to v první řadě do zákona o zdravotních službách, dále do občanského zákoníku a zákona o zvláštních řízeních soudních (Mohyla, 2013).

Ustanovení § 104 OZ (2012) stanovuje podmínky převzetí do detence: *Převzít člověka bez jeho souhlasu do zařízení poskytujícího zdravotní péči nebo ho v něm bez jeho souhlasu držet lze jen z důvodu stanoveného zákonem a za podmínky, že nezbytnou péči o jeho osobu nelze zajistit mírnějším a méně omezujícím opatřením. Podání návrhu*

na omezení svéprávnosti nezakládá samo o sobě důvod, aby byl člověk bez svého souhlasu do takového zařízení převzat nebo v něm držen.

Jelikož občanský zákoník nově upravuje některá soukromá práva a povinnosti osobní povahy v souvislosti s nuceným převzetím a držením člověka ve zdravotnickém zařízení. Občanský zákoník z roku 1964 se touto oblastí nezabýval, nyní lze konstatovat, že ustanovení zákona o zdravotních službách i daná ustanovení OZ se vztahují na totožný okruh situací, jelikož neexistuje institut *obecné* detence, která by byla prováděna mimo rámec poskytování zdravotních služeb (Lavický et al., 2014).

Zde je nutné zmínit ustanovení § 38 odst. 1 ZZS (2011), které upravuje vlastní důvody pro umístění člověka do zdravotní detence, jestliže:

- a) mu bylo pravomocným rozhodnutím soudu uloženo ochranné léčení formou lůžkové péče, nebo mu je nařízena izolace, karanténa nebo léčení podle zákona o ochraně veřejného zdraví, a nebo mu je podle trestního řádu nebo zákona o zvláštních řízeních soudních nařízeno vyšetření zdravotního stavu,
- b) pokud ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy nebo touto poruchou trpí nebo je pod vlivem návykové látky,
- c) pokud jeho zdravotní stav vyžaduje poskytnutí neodkladné péče a zároveň neumožňuje, aby vyslovil souhlas.

Nelze opomenout ani ustanovení § 65 zákona č. 292/2013, o zvláštních řízeních soudních, který stanovuje přivolení soudu v situaci, kdy má být zasaženo do integrity člověka neschopného úsudku způsobem zanechávajícím trvalé, neodvratitelné a vážné následky nebo způsobem spojeným s vážným nebezpečím pro jeho život a zdraví (Jirsa et al., 2015).

Působnost příslušných ustanovení OZ a ZZS se však nevztahuje na případy, kdy souhlas s hospitalizací byl jménem pacienta dán jeho zákonným zástupcem či opatrovníkem. Nejedná se pak o hospitalizaci bez souhlasu pacienta a nezahajuje se ani tzv. detenční soudní řízení. OZ samostatně žádné důvody zdravotní detence nestanovuje, ale odkazuje na zvláštní zákon, tedy ZZS (Lavický et al., 2014).

Podle ustanovení § 105 odst. 1 OZ je poskytovatel zdravotních služeb povinen oznámit neprodleně nedobrovolnou hospitalizaci pacienta ve zdravotnickém zařízení dvěma skupinám osob, a to pacientovu zákonnému zástupci, opatrovníku, nebo podpůrci, tzn. osobám zastupujícím pacienta z důvodu jeho nikoli plné svéprávnosti či napomáhajících pacientovi při rozhodování z příčiny jeho duševní poruchy; v druhé skupině povinně informovaných osob je manžel, popř. jiná jeho známá osoba blízká. Ovšem ustanovení § 38 odst. 6 ZZS velmi podrobně a s kaskádovitou posloupností uvádí výčet osob, které je poskytovatel zdravotních služeb povinen vyrozumět, počínající osobami určených pacientem samým a to postupem podle ustanovení § 33 ZZS, není-li takové osoby, přichází na řadu některá z osob blízkých, popř. osoba ze společné domácnosti nebo zákonný zástupce pacienta. Zde dochází k určité kolizi obou právních norem, ovšem ve prospěch ZZS z důvodu absolutní preference pacientovy vůle, zohledněné více vyřazením všech osob, které si pacient nezvolil (Mohyla, 2013).

Ustanovení § 105 odst. 2 OZ (2012) stanovuje povinnost poskytovatele zdravotních služeb oznámit nedobrovolnou hospitalizaci pacienta do 24 hodin soudu, přičemž soud o takovém učiněném opatření rozhodně do sedmi dnů. Oznamovací povinnost je v tomto případě ošetřena i ustanovením § 75 zákona o zvláštních řízeních soudních; jestliže dochází k hospitalizaci na základě jiného právního předpisu. Zpravidla je to na dobu delší 24 hodin, kdy je pacientovi poskytována zdravotní péče ve formě lůžkové péče a zdravotnické zařízení je povinno oznámit soudu do 24 hodin, v jehož obvodu je toto zařízení, převzetí každého, kdo v něm byl umístěn bez svého písemného souhlasu (Jirsa et al., 2015).

Je zde nutné zmínit i ustanovení § 107 odst. 1 OZ (2012), které rozšiřuje výčet povinně informovaných osob (dle § 105 odst. 1) o osoby zmocněnce nebo důvěrníka, kterým je poskytovatel zdravotních služeb povinen oznámit provedené učiněné opatření bez zbytečného odkladu poté, co se o nich dozví. Důležitý je i odst. 2 tohoto ustanovení, podle kterého důvěrník a podpůrce mohou uplatnit ve prospěch pacienta svým jménem všechna jeho práva vzniklá v souvislosti s jeho nedobrovolnou hospitalizací.

Z výše uvedeného vyplývá, že právní úprava stanovená ZZS vymezuje zejména okruh důvodů, pro které lze zdravotní detenci uskutečnit, zatímco konkrétní ustanovení

OZ upravují především některé procesní souvislosti a stanoví některá další relativní osobnostní práva mezi pacientem a poskytovatelem zdravotních služeb. Vztah těchto příslušných ustanovení obou právních předpisů se v současné době v zásadě doplňují či nadbytečně dublují (Lavický et al., 2014).

4.2.12 Problematika vedení zdravotní dokumentace

Polícar (2010) považuje zdravotnickou dokumentaci jako zdroj základních informací pro zdravotnické pracovníky, kteří podle nich mohou zvolit odpovídající diagnostickou a léčebnou strategii. Součástí správně vedené dokumentace jsou údaje o osobě pacienta, jeho anamnéze, popis vývoje zdravotního stavu pacienta v čase a průběh poskytování zdravotní péče. Zdravotnická dokumentace je rovněž informačním zdrojem pro pacienta, kdy mu nabízí přehled zdravotních výkonů, které mu byly provedeny. Slouží také jako důkaz o poskytnuté zdravotní péči, za kterou zdravotnické zařízení požaduje úhradu od zdravotní pojišťovny.

Zdravotnická dokumentace je vlastně záznam informací týkající se poskytované zdravotní péče konkrétní fyzické osobě. Povinnost vést zdravotnickou dokumentaci ZZS ukládá příslušnému zdravotnickému zařízení, zápisy provádějí lékař i sestra. Kromě identifikačních údajů o pacientovi obsahuje dokumentace i identifikaci zdravotnického zařízení a údaje o konkrétních fyzických osobách poskytujících zdravotní péči (Vondráček, Wirthová, 2009).

Buriánek (2005) uvádí, že zdravotnické údaje jsou především obsaženy v základním průběžném zápisu (tzv. *dekurz*) a dále pak v přílohách, které jsou podkladem pro uvedené skutečnosti. Do dokumentace je třeba zaznamenávat všechny skutečnosti související se zdravotním stavem, které mohou mít význam pro zdravotní péči. Uvedena musí být všechna vyšetření a všechna nařízená a provedená terapeutická opatření. Jednotlivé záznamy o návštěvě lékaře a provedených vyšetření podává komplexní obraz o poskytované zdravotní péči. Uplatňuje se zásada, že co není zaznamenáno ve zdravotní dokumentaci, jako by nebylo provedeno.

Nově je institut zdravotnické dokumentace a s ní spojené nahlížení do lékařské dokumentace upraveno ZZS; v šesté části hlavy druhé tohoto zákona je tato oblast ukotvena v ustanoveních § 53 až § 69. OZ se zmiňuje v devátém díle hlavy druhé části čtvrté v ustanoveních § 2647 až § 2650 (jsou součástí smlouvy o péči o zdraví) o vedení záznamů poskytované péče. OZ upravuje většinu dotčených otázek velmi obecně, ZZS naopak zcela konkrétně.

Kromě těchto zákonů lze zmínit i Listinu základních práv a svobod (čl. 10 a 13), Etický kodex pacientů (čl. 2, 3, 6) a čl. 5 Úmluvy o lidských právech a medicíně, jejich citované články se také věnují této problematice. Např. čl. 10 odst. 3 Listiny: *každý má právo na ochranu před neoprávněným shromažďováním zveřejňováním nebo jiným zneužíváním údajů o své osobě*. Z toho plyne, že záznamy vedené o poskytované zdravotní péči mají velmi osobní charakter. I v čl. 6 Etického kodexu práv pacientů je ukotveno pacientovo právo na ochranu veškerých zpráv a záznamů o jeho léčbě (Jarošová, I., 2013).

Ustanovení § 2647 OZ (2012) stanovuje vymezení obsahu zdravotnické dokumentace: *Poskytovatel vede záznamy o péči o zdraví, z nichž musí být zřejmé údaje o zdravotním stavu ošetřovaného a o poskytovatelově činnosti, včetně podkladů osvědčujících správnost těchto údajů, v rozsahu nezbytném pro poskytování řádné péče o zdraví. Záznamy poskytovatel uchová tak dlouho, jak to vyžaduje potřeba odborné péče*.

Z toho vyplývá, že podle OZ je poskytovatel povinen řádně dokumentovat průběh poskytování zdravotní péče. Záznamy o péči zahrnují informace formální a odborné, zásadním znakem těchto záznamů je jednoduchá přiřaditelnost jak k poskytovateli, tak i ošetřovanému. Musí být jednoznačně dané, koho se záznamy týkají, v praxi tzn., že zde je uvedeno jméno, příjmení, bydliště, datum narození, pohlaví, rodné číslo. Ve zdravotní dokumentaci jsou uvedeny i odborné informace, především popis a hodnocení zdravotního stavu ošetřovaného, návrh dalšího postupu poskytované péče a jednotlivé činnosti, které poskytovatel v rámci léčby provedl. Součástí zdravotní dokumentace jsou i zprávy předložené pacientem, např. záznamy od předchozích poskytovatelů, odborná vyšetření (Hulmák et al., 2014). Vyhláška MZ č. 98/2012 Sb., o zdravotní

dokumentaci (2012) v ustanovení § 5 odst. 2 stanovuje, že zdravotnická dokumentace se uchovává po dobu 5 let, pokud není jiným právním předpisem nebo v příloze č. 3 k této vyhlášce stanoveno jinak.

Povinnost vést zdravotnickou dokumentaci je poskytovateli zdravotních služeb uložena v ustanovení § 53 odst. 1 ZZS (2011): *Poskytovatel je povinen vést a uchovávat zdravotnickou dokumentaci a nakládat s ní podle tohoto zákona a jiných právních předpisů. Zdravotnická dokumentace je souborem informací podle odst. 2 vztahujících se k pacientovi, o němž je vedena.*

Rozsah náležitostí zdravotní dokumentace je upraven v ustanovení § 53 odst. 2 ZZS (2011), který stanovuje, že zdravotnická dokumentace podle svého účelu zaměření by měla obsahovat identifikační údaje pacienta, pohlaví pacienta, identifikační údaje poskytovatele, informace o zdravotním stavu pacienta, o průběhu a výsledku poskytovaných zdravotních služeb, údaje zjištěné z rodinné, osobní, sociální a pracovní anamnézy pacienta, údaje vztahující se k úmrtí pacienta a další možné údaje podle platných právních předpisů upravujících poskytování zdravotních péče. Ještě podrobnější výčet všech skutečností ve zdravotnické dokumentaci je stanoven v ustanovení § 1 a § 2 Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR č. 98/2012, o zdravotní dokumentaci.

Ustanovení § 54 odst. 1 ZZS (2011) upravuje vedení zdravotnické dokumentace v listinné nebo elektronické podobě nebo v kombinaci obou podob za určených podmínek uvedených tímto zákonem. Ustanovení § 54 odst. 2 ZZS: *Zdravotnická dokumentace, včetně jejich samostatných součástí, musí být vedena průkazně, pravdivě, čitelně a musí být průběžně doplňována. Zápisy se provádějí bez zbytečného odkladu. Jde-li o poskytování akutní lůžkové péče, zázpis o aktuálním zdravotním stavu pacienta se provádí nejméně jednou denně.*

Obě právní úpravy mají jiný náhled na povinnost zaznamenávat jakékoliv nahlédnutí do zdravotních záznamů. OZ tuto povinnost ukládá absolutně, ustanovení

§ 2647 odst. 3 stanovuje: *Do záznamů poskytovatel vždy poznamená, kdo do nich nahlížel.* Naproti tomu ustanovení § 66 odst. 6 ZZS tuto povinnost částečně omezuje: *Každé nahlédnutí do zdravotnické dokumentace nebo pořízení jejich výpisů nebo kopií*

podle tohoto zákona nebo jiných právních předpisů s výjimkou nahlédnutí podle § 65 odst. 2 písm. a) a odst. 3, se do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi zaznamená. Výše uvedené ustanovení § 65 odst. 2 podrobně stanovuje osoby, které mohou do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi nahlížet bez jeho souhlasu, v rámci poskytování zdravotní péče. V praxi tzn., že podle ZZS není nutné zaznamenávat nezbytné nahlédnutí osob, které se přímo podílejí na poskytování zdravotní péče a služeb a pravidelně se zdravotními záznamy pracují (Nonnemann, 2013). OZ nahlíží na tuto povinnost především s respektem k ochraně osobnostních práv ošetřovaného, jelikož neoprávněné zpřístupnění záznamů ošetřovaného jen nejen porušením smlouvy, ale rovněž neoprávněným zásahem právě do jeho osobnostních práv (Hulmák et al., 2011).

Nahlížení do zdravotnické dokumentace úzce souvisí s § 31 a násl. ZZS (2011), který upravuje poskytování informací pacientovi (podrobně podkapitola 4.2.3), jinak je tato oblast upravena ustanovením § 65: *do zdravotnické dokumentace mohou v přítomnosti zaměstnance či jiného pověřeného poskytovatel nahlížet, pořizovat si její výpisy nebo kopie a) pacient, zákonný zástupce, opatrovník pacienta; b) osoby určené pacientem, zákonným zástupcem nebo opatrovníkem pacienta; c) osoby blízké zemřelému pacientovi v rozsahu § 33 odst. 4.*

Ustanovení § 65 odst. 2 písm. a) až n) ZZS (2011) podává přesný výčet možností, za kterých lze nahlížet v zájmu pacienta do zdravotnické dokumentace bez jeho souhlasu, jestliže je to v zájmu pacienta nebo jestliže je to potřebné pro účely vyplývající z tohoto zákona nebo jiných právních předpisů, a to v nezbytném rozsahu. Jedná se např. o osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání, odborní pracovníci v přímé souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, osoby podílející se na výkonu působnosti příslušného správního orgánů v souvislosti s přezkoumáním lékařského posudku, osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání (posudkoví lékaři, osoby oprávněné k výkonu kontroly, osoby pověřené zdravotními pojišťovnami.

OZ (2012) upravuje nahlížení do zdravotní dokumentace v ustanovení § 2648 odst. 1: *Požádá-li o to ošetřovaný, umožní mu poskytovatel bez zbytečného odkladu nahlédnout do záznamů, které o něm vede, a umožní mu pořizovat si výpisy, opisy nebo*

kopie, popřípadě mu sám vydá proti zaplacení přiměřené náhrady z nich výpis, opis nebo kopii.

OZ vychází ze skutečnosti, že zdravotnická dokumentace pacienta je sice majetkem poskytovatele, ale obsahující záznamy o ošetřovaném jsou důležité i pro ošetřovaného a to nejen jako podklad pro další poskytování péče o zdraví, ale jsou i dokladem plnění smluvních povinností poskytovatelem. Pokud tedy požádá ošetřovaný o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace, je poskytovatel povinen mu toto umožnit bez zbytečného odkladu. Samozřejmě je povinen mu umožnit i pořizování výpisů, opisů nebo kopií. Z výše uvedeného vyplývá otázka, zda zdravotnickou dokumentaci ošetřovanému zapůjčit, aby si tyto kopie provedl samostatně např. mobilním telefonem či fotoaparátem, složitější situace nastává tehdy, pokud by si pacient chtěl zdravotnickou dokumentaci odnést, což ovšem nelze. I na tuto situaci OZ pamatuje, poskytovatel provede výpis, opis nebo kopii osobně za přiměřenou náhradu, de facto je vydá proti zaplacení (Hulmák et al., 2014).

Ustanovení § 2648 odst. 2 OZ (2012): *Obsahují-li záznamy rovněž údaje o třetí osobě, nelze je zpřístupnit bez jejího souhlasu.*

Ve zdravotnické dokumentaci se mohou objevit osobní údaje třetí osoby, tj. osob odlišných od osoby ošetřované, které se do záznamů dostanou např. odebráním rodinné či sociální anamnézy. Zpřístupnění těchto údajů je vázáno na souhlas třetí osoby, což je trochu nelogické, pokud je poskytovateli podal sám ošetřovaný. Dodržování tohoto ustanovení by mělo smysl jen tehdy, pokud by se údaje o třetí osobě dostaly do záznamů bez vědomí ošetřovaného. (Hulmák et al., 2014).

Doležal T. (2012b) upozorňuje, že OZ ustanovením § 2648 obsahuje obdobnou úpravu § 67bb odst. 2 zákona o péči o zdraví lidu, podle kterého bylo zdravotnické zařízení povinno zajistit, aby osoba, která může nahlížet do zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů vztahující se ke zdravotnímu stavu pacienta, anebo si může pořizovat výpisy, opisy nebo kopie těchto dokumentů, nezjistila osobní údaje o třetí osobě. Ačkoliv ZZS upravuje problematiku nahlížení do zdravotnické dokumentace v § 65, obdobné ustanovení ZZS neobsahuje.

Tato skutečnost se stává problematickou tehdy, jestliže zdravotnické záznamy obsahují údaje o třetí osobě bez vědomí ošetřovaného nebo záznamy jsou zpřístupněny osobě, kterou ošetřovaný k nahlédnutí zmocnil např. kamarád, přítelkyně (Hulmák et al., 2014).

Ustanovení § 2649 OZ (2012) upravuje zákaz zpřístupnění záznamů bez výslovného souhlasu ošetřovaného: *Nestanoví-li zákon něco jiného, nelze záznamy zpřístupnit jiné osobě bez výslovného souhlasu ošetřovaného, třeba by to byl i příkazce nebo zástupce ošetřovaného. Udělil-li ošetřovaný souhlas, nebo odmítl-li jej udělit, uvede se v to záznamech, které poskytovatel o ošetřovaném vede.*

Vztah lékaře a pacienta je založen na vzájemné důvěře, informace ve zdravotnické dokumentaci jsou natolik důvěrné, že musí být zajištěna jejich ochrana ve vztahu k třetím osobám. Pokud zákon nestanoví jinak, jsou tyto informace zpřístupněny jiné osobě než ošetřovanému pouze v případě, že s tím on výslovně souhlasí. Ustanovení § 2650 OZ ukotvuje sdělování údajů bez souhlasu ošetřovaného, jestliže jsou poskytnuty v anonymizované podobě k vědeckým a statistickým účelům. Přestože je primárním cílem této právní úpravy ochrana soukromí ošetřovaného, zveřejnění některých informací a dat např. pro různé registry NZIS přispívá k rozvoji medicíny a fungování veřejného zdravotnictví (Hulmák et al., 2014).

4.2.13 Nakládání s částmi lidského těla a jeho ochrana po smrti

Nakládání s odejmutými částmi lidského těla, těla zemřelého, postup při úmrtí a pitvy je upraveno v ustanoveních § 79 až § 92 ZZS, OZ se této problematice věnuje v ustanoveních § 111 až § 117.

Úkony lze na těle zemřelého provádět podle ustanovení § 79 odst. 1 ZZS tehdy, pokud jde o prohlídku těla zemřelého, pitvu, včetně odběru biologického materiálu pro diagnostické účely, odběr orgánů pro transplantace podle transplantačního zákona, odběr tkání a buněk určených k použití u člověka, odběr části lidského těla s využitím pro lékařskou vědu, výzkum nebo k výukovým účelům, vyjmutí iplantabilních zdravotnických prostředků. Je zakázáno vyjímání pevných stomatologických

protetických výrobků. Lze provádět i další úkony, které jsou stanovené zákonem o pohřebnictví (2011; Arnoldová, 2012).

V ustanoveních § 111 a § 117 OZ (2012) je upraveno nakládání s částmi lidského těla a ochrana lidského těla po smrti. Nelze opomenout třetí pododdíl výše uvedené části OZ, který podrobně definuje otázku tělesné a duševní integrity člověka. Ustanovení § 91 stanovuje: *člověk je nedotknutelný*. Zmínit lze i ustanovení § 92 odst. 1: *lidské tělo je pod právní ochranou i po smrti člověka. Naložit s lidskými pozůstatky a s lidskými ostatky způsobem pro zemřelého nedůstojným se zakazuje*.

Z výše uvedeného vyplývá, že existují dvě hlavní možnosti nakládání s tělem člověka po jeho smrti: provedení pitvy a odběr tělesných orgánů za účelem transplantace. Tyto možnosti zcela jednoznačně zasahují do tělesné integrity člověka, neboť on je tím, kdo rozhoduje a bez jeho souhlasu nesmí být proveden žádný zásah do jeho tělesné schránky, a to i po smrti. (Keisler, 2014)

Pitvu lze definovat jako „otevření a prozkoumání lidského těla“ nebo „posmrtné vyšetření v organismu“ (Těšínová, Žďárek, Policar, 2011, s. 206).

Rozdělení pitev je kodifikováno v sedmé části v ustanovení § 88 ZZS a uvedený zákon rozlišuje čtyři druhy pitev:

- **patologicko-anatomická pitva**, tzn., že člověk zemřel ve zdravotnickém zařízení; pitvu provádí oddělení patologie za účelem zjištění základní nemoci či dalších nemocí a k ověření klinické diagnózy a léčebného postupu,
- **zdravotní pitva**, člověk zemřel mimo zdravotnické zařízení, náhle, neočekávaně ve zdravotnickém zařízení, a nebo násilným úmrtím, včetně sebevraždy; pitvy provádějí oddělení soudního lékařství za účelem zjištění příčiny smrti a objasnění dalších ze zdravotního hlediska závažných okolností a mechanismu úmrtí),
- **soudní pitva**, které provádějí oddělení soudního lékařství při podezření, že úmrtí bylo způsobeno trestným činem,
- **anatomická pitva**, tyto jsou prováděny na univerzitních vysokých školách, kde se vzdělávají budoucí zdravotníci, a to k výukovým účelům nebo k účelům vědy a výzkumu v oblasti zdravotnictví (Zákon 372/2011, 2011).

Podle OZ (2012) smrtí člověka absolutní osobnostní právo zaniká, viz ustanovení § 82 odst. 2: *Po smrti člověka se může ochrany jeho osobnosti domáhat kterákoli z osob jemu blízkých.* Jedná se o tzv. postmortální (pietní) ochranu osobnosti zesnulého člověka, včetně jeho těla v podobě pozůstatků či ostatků a naložení s nimi. Při nakládání s tělem po smrti člověka nutno respektovat projev vůle zemřelého (Lavický et al., 2014).

Pokud se lékař na základě dané situace rozhodne provést pitvu, lze to jen tehdy, je-li dán souhlas zemřelého dle ustanovení § 113 odst. 1 a 2 OZ (2012): *Člověk má právo rozhodnout, jak bude po jeho smrti naloženo s jeho tělem. Provést pitvu nebo použít lidské tělo po smrti člověka pro potřeby lékařské vědy, výzkumu nebo k výukovým účelům bez souhlasu zemřelého, lze, jen pokud tak stanoví jiný zákon.* Jestliže za svého života člověk tento souhlas neposkytne, ustanovení § 115 OZ (2012) pak zakotvuje presumpci nesouhlasu s pitvou: *Zemře-li člověk, aniž projeví souhlas s pitvou nebo s použitím svého těla po smrti způsobem podle § 113, platí, že s provedením pitvy nebo s takovým použitím svého těla nesouhlasí.*

Souhlas lze projevit dle ustanovení § 116 OZ zápisem do speciálního rejstříku či ve veřejné listině nebo před poskytovatelem zdravotních služeb. Pro provedení pitvy je tedy nutný souhlas člověka vyslovený pro případ smrti, v žádném případě nepostačí, že člověk provedení pitvy na svém těle výslovně nezakázal a rovněž nepostačuje udělení souhlasu ze strany osob vykonávajících tzv. postmortální ochranu osobnosti zemřelého (Lavický et al., 2014).

OZ tak stanovuje domněnku nesouhlasu, která se v dřívější právní úpravě nevyskytovala. Z výše uvedeného vyplývá, že zemře-li člověk, aniž projeví souhlas s pitvou nebo s použitím svého těla (viz § 115) způsobem podle níže uvedeného ustanovení § 113, platí, že s provedením pitvy nebo s takovým použitím svého těla nesouhlasí (Klusáková, 2014a). Ovšem tím se presumpce nesouhlasu s pitvou dostává do rozporu se ZZS. Podle tohoto právního předpisu může být pitva či užití lidského těla po smrti člověka provedeno bez jeho souhlasu v případě, že dojde k naplnění ustanovení § 81 odst. 4, tzn. v případě užití biologického materiálu za účelem výuky, vědy či výzkumu, pokud při tomto užití nebudou použity dané údaje, které by vedly

k identifikaci pacienta nebo při nácviu život zachraňujícího zdravotního výkonu koniotomie nebo punkce tenzního pneumotoraxu v rámci patologicko-anatomické pitvy či zdravotní pitvy. Taxativní výčet případů těchto povinných pitev je obsažen v ustanovení § 88 odst. 2 a 3 ZZS (Luxová, 2014).

Právě tato výše uvedená ustanovení ZZS upravují provádění pitev, které se provádějí povinně, pokud zákon nestanoví jinak. Ustanovení § 88 odst. 2 ZZS (2011) stanovuje možnosti, za kterých se provede patologicko-anatomická pitva. Ta se povinně provede:

- a) u žen, které zemřely v souvislosti s těhotenstvím, porodem, potratem a umělým přerušením těhotenství nebo v šestinedělí,
- b) u plodů z uměle přerušovaných těhotenství provedených z důvodů genetické indikace nebo indikace vrozené vývojové vady plodu,
- c) u dětí mrtvě narozených a u dětí zemřelých do 18 let věku,
- d) u pacientů, kteří zemřeli při operaci, při nechirurgickém intervenčním výkonu, v souvislosti s komplikací navazující na operaci nebo nechirurgický intervenční výkon nebo při úvodu do anestézie,
- e) jestliže byl z těla zemřelého proveden odběr orgánu pro účely transplantací, tkání nebo buněk pro použití u člověka nebo odebrána část těla pro výzkum nebo k výukovým účelům; v případech, kdy transplantační zákon stanoví provádění pitev jinak, postupuje se podle transplantačního zákona,
- f) v případě, že k úmrtí došlo v souvislosti se závažnou nežádoucí příhodou při klinickém hodnocení humánního léčivého přípravku nebo s nežádoucí příhodou při klinických zkouškách zdravotnického prostředku nebo v souvislosti s ověřováním nových poznatků použitím metod, které dosud nebyly v klinické praxi na živém člověku zavedeny, nebo v případě podezření na tyto skutečnosti,
- g) v případě podezření, že k úmrtí došlo v souvislosti s odběrem orgánů za účelem transplantace nebo tkání nebo buněk pro použití člověka.

Zdravotní pitvy se provádí v oboru soudní lékařství a provedou povinně, viz ustanovení § 88 odst. 3 ZZS (2011) při náhlých a neočekávaných úmrtích, jestliže při prohlídce těla zemřelého nebylo možno jednoznačně zjistit příčinu smrti, při všech

násilných úmrtích včetně sebevraždy, při podezření, že úmrtí může být v příčinné souvislosti s nesprávným postupem při poskytování zdravotních služeb, které vyslovil zdravotnický pracovník zúčastněný na poskytování zdravotních služeb, lékař který provedl prohlídku těla zemřelého, nebo osoba blízká zemřelému, dále při podezření, že úmrtí mohlo být způsobeno v souvislosti se zneužíváním návykových látek a u osob, které zemřely ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence.

V ustanovení § 89 odst. 3 ZZS (2011) je ukotveno právo lékaře provádějícího prohlídku těla zemřelého neprovést patologicko-anatomickou pitvu, jestliže se jedná o úmrtí, jehož příčina je zřejmá a zemřelý pacient za svého života, zákonný zástupce pacienta či osoba blízká zemřelému vyslovili prokazatelně nesouhlas s provedením pitvy, který musí být součástí zdravotnické dokumentace vedené o zemřelém.

Prioritní zásadou OZ je respekt k autonomii člověka, tzn., že do integrity člověka nelze zasáhnout bez jeho souhlasu. Nesmíme opomenout zmínit i čl. 22 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, který vychází rovněž z autonomie člověka a stanovuje, že použití jakoukoliv část těla člověka je možné pouze s jeho souhlasem (1997).

Samotnou kapitolou je provádění soudní pitvy dle ustanovení § 88 odst. 1 písm. c) ZZS, kde ve spojení ustanovení § 115 odst. 1 zákona č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád), která se provádí vždy, pokud je podezření, že smrt člověka byla způsobena trestným činem a její provádění nařizují orgány činné v trestním řízení (Doležal, A., Doležal, T., Uher, 2014).

Druhým důvodem, jak bylo výše uvedeno, posmrtného zásahu do lidské integrity je odběr orgánů; tuto problematiku upravuje zákon č. 285/2002 Sb., transplantační zákon (2002). V ustanovení § 11 odst. 1 písm. a) tohoto zákona se uvádí: *Odběr od zemřelého dárce je vyloučen, pokud zemřelý za svého života nebo zákonný zástupce zemřelého, který byl nezletilou osobou nebo osobou zbavenou způsobilosti, vyslovil prokazatelně nesouhlas s posmrtným odběrem tkání a orgánů.*

ZZS ustanovením § 81 odst. 5 (2011) stanovuje skutečnost, že prokazatelné vyslovení souhlasu s uchováním a použitím části těla pacienta nebo těla zemřelého musí mít podobu písemného souhlasu pacienta nebo zemřelého vyslovený za jeho života nebo osoby blízké zemřelému, ovšem s jejich úředně ověřeným podpisem nebo

záznamu o souhlasu pacienta vysloveného ve zdravotnickém zařízení. Tento záznam musí být podepsán pacientem a zdravotnickým pracovníkem, jestliže pacientův zdravotní stav nedovolí se podepsat, vyžaduje se podpis osoby blízké, není-li přítomna, pak je vyžadován podpis svědka. V záznamu nesmí chybět popsany způsob, jakým pacient svou vůli projevil a zdravotní důvody bránící podpisu pacienta. Písemný souhlas nebo záznam o vyslovení souhlasu je součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi.

Na rozdíl od presumce souhlasu v OZ (vzhledem k provádění pitev) vychází transplantační zákon z této úpravy tak, že pokud nebylo prokázáno, že zemřelý vyslovil za svého života prokazatelně nesouhlas, platí de facto, že s odběrem v transplantaci souhlasí. Jeho nesouhlas by měl být evidován v Národním registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů. Dodržen musí být i nesouhlas vyslovený pacientem přímo ve zdravotnickém zařízení před ošetřujícím lékařem a jedním svědkem (§ 16 odst. 1 transplantačního zákona), tento nesouhlas je povinnou součástí zdravotnické dokumentace (Výkladové stanovisko č. 20, 2014).

Doležal A. a T. (2014) poukazují na značnou diskrepanci mezi některými ustanoveními nově zavedenými v OZ a mezi zvláštními předpisy (ZZS, transplantační zákon), jejíž výsledkem je vzájemná neprovázanost a nepřehlednost obou předpisů. Klusáková (2014b) ve svém článku poukazuje na fakt, že ČLK není spokojena s rozdílnými pravidly obou právních norem. Ve svém prohlášení představenstvo ČLK uvádí: „*Rozporná úprava pravidel, daná zákonem o zdravotních službách na straně jedné a novým občanským zákoníkem na straně druhé, přinesla chaos. Mimo jiné zcela paralyzuje provádění pitev a likviduje lékařský obor patologie*“.

Ministerstvo zdravotnictví ve svém stanovisku publikovaném 28. února 2014 uvádí, že nově vzniklá nemožnost provádět významnou část pitev vzhledem k účinnosti OZ má několik aspektů. V první řadě dochází ke ztrátě zpětné vazby ošetřujícího lékaře zemřelého pacienta, který si nemůže ověřit správnost svých diagnostických a terapeutických postupů. Negativní dopad má tato situace i na studium lékařských oborů a postgraduálního vzdělávání nových patologů (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2014).

Policar (2014b) v souvislosti s výše uvedeným stanoviskem MZ ČR uvádí, že za značně problematickou se opravdu dá označit oblast provádění pitev anatomických, které jsou prováděny v rámci výuky lékařů či jiných zdravotnických pracovníků univerzitními vysokými školami. Tento druh pitvy je i podle pravidel uvedených ZZS možný provést jen tehdy, když s jejich provedením souhlasila za života osoba, o jejíž tělo se jedná, popřípadě osoba blízká zemřelému po jeho smrti, jinak pro ni neexistuje jediný zákonný důvod.

Předseda odborné společnosti patologů profesor Aleš Ryška uvedl v březnu 2015, že vzdělávání patologů v Česku se kvůli úbytku pitev téměř zastavilo a ani medicí nemohou plnit požadovaný počet pitev. Nemocnice považují totiž za neetické požadovat souhlas s pitvou ihned po přijetí pacienta, a tak počet pitev ve fakultních nemocnicích klesl na desetinu; podle dostupných dat ÚZIS v r. 2012 bylo na sledovaných pracovištích provedeno 15137 pitev (ČTK, 2015).

Klusáková (2014a) uvádí, že nízký počet pitev ovlivnil např. i oční chirurgii. Transplantace rohovky je totiž často konečným řešením u pacientů se závažnějším očním onemocněním nebo poškozením oční rohovky; po nabytí platnosti NOZ dle sdělení oftalmologů nastal nečekaný nedostatek očních rohovek určených k transplantaci.

V současné době probíhá vnitřní připomínkové řízení k novele ZZS (materiál byl předložen Ministerstvem zdravotnictví v září 2014), které by upravilo právní podklad pro realizaci některých patologicko-anatomických a zdravotních pitev i bez souhlasu zemřelého, které dle dosavadní úpravy nemohou být prováděny. Nově by se k ustanovení § 88 odst. 2 zařadily pitvy prováděné *v případě, že existují závažné nejasnosti týkající se příčiny smrti, základní nemoci, dalších nemocí, jejich komplikací a klidné diagnózy*. Změnit by se mělo i ustanovení § 88 odst. 3 písm. a) podle kterého se zdravotní pitva bude moci provést, pokud *lékař provádějící prohlídku nestanoví příčinu smrti vůbec nebo jen jako příčinu pravděpodobnou*. Bude doplněno i ustanovení § 88 odst. 4 explicitním určením, že se veškeré pitvy vymezené v odst. 2 a 3 provádějí i bez souhlasu zemřelého. Novelizace ZZS by měla vést k odstranění vzniklých problémů,

aniž by tím byl negován princip autonomie vůle a právo na integritu lidského těla i po smrti, jak jsou obsaženy v OZ (Klusáček, 2014).

Doležal T. (2014c) se domnívá, že OZ nijak nezasáhl do povinnosti provést pitvu v těch případech, kdy tak nařizuje zákon. Ovšem zásadně změnil situaci v případě, kdy lékař dosud měl možnost mimo povinné případy nařídít pitvu. Souhlasí s obecnou myšlenkou, že pokud stát provedení pitvy nenařizuje, měla by být provedena pouze se souhlasem zesnulého, neboť je tím dostatečně respektována autonomie jedince rozhodovat o svém těle. Případná novela ZZS by měla obsahovat další povinné případy pitvy (z přesně vymezených, medicínsky oprávněných důvodů) a v ostatních případech by měla být pitva umožněna jen souhlasem osoby, o jejíž tělo se jedná.

5 Závěr

Dne 1. ledna 2014 vstoupil v účinnost zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, který je v současné době základním právním předpisem soukromého práva. Tento právní předpis upravuje velmi širokou problematiku zahrnující řadu každodenních situací, kdy si ani neuvědomujeme, že jde o právní jednání. Zdravotnické právo zahrnuje definovaný okruh společenských vztahů, které souvisí s člověkem a jeho zdravím prakticky od narození až do smrti. Každý jedinec se ve svém životě ocitne v situacích, ve kterých využívá zdravotní péči nebo zdravotních služby, a to např. jako osoba pečující o druhou osobu nebo v pozici samotného pacienta. Důležitým aspektem v této oblasti je vztah lékaře a pacienta, který je v naší zemi regulován řadou právních norem. Právní úprava zdravotnického práva je značně rozsáhlá, přesto by všechny subjekty měly znát svoje práva a povinnosti.

Základní podmínky poskytování zdravotní péče upravoval do roku 2012 zákon č. 20/1966Sb., o péči o zdraví lidu a byl nahrazen přijetím zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, který je nyní zásadním dokumentem zdravotnického práva. Tento zákon je přitom pro stanovení práv a povinností pacientů a poskytovatelů zdravotní péče komplexním a zvláštním právním předpisem. Problematiku v oblasti zdravotnictví upravuje od roku 2014 i nový občanský zákoník, který úpravou osobnostních práv a péči o zdraví zasáhl i do materie zákona zdravotních služeb. Podle samotných tvůrců nového občanského zákoníku je tento právní předpis zákonem obecným; tento vztah subsidiarity občanského zákoníku vůči zvláštním právním úpravám, tedy i k zákonu o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, který je v pozici *lex specialis* přináší přednost jednotlivých ustanovení zákona o zdravotních službách před ustanoveními občanského zákoníku.

Zdravotní péče je v občanském zákoníku definována velmi rozsáhle a zahrnuje jak úkony a prohlídky, tak i rady a všechny služby, které se týkají bezprostředně ošetřovaného vedené snahou zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav. Smlouva o péči o zdraví je zvláštním typem smlouvy, kterou náš právní pořádek neznal; na jejím základě je postaven právní vztah mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem.

Z toho vyplývá, že poskytovaná zdravotní péče v rámci zákona o zdravotních službách se bude řídit na základě smlouvy o péči o zdraví ustanoveními občanského zákoníku jen v obecné rovině, jinak práva a povinnosti budou podléhat ustanovením zákona o zdravotních službách.

Velmi důležitým aspektem v poskytování zdravotní péče je podle obou právních předpisů poučení pacienta, které je prováděno poskytovatelem zdravotních služeb před zahájením samotného léčení. Občanský zákoník i zákon o zdravotních službách vychází ze skutečnosti, že pacient nemá stejné odborné znalosti. Jak příslušná ustanovení občanského zákoníku, tak i zákona o zdravotních službách stanovují, že poskytovatel zdravotních služeb srozumitelně pacientovi vysvětlí navrhovanou léčbu a podá mu informace o jeho zdravotním stavu. Z toho plyne rovné postavení lékaře a pacienta a respektování autonomie ošetřovaného.

Další významnou oblastí při poskytování zdravotních služeb je udělení souhlasu se zákrokem. Problematika souhlasu je obsažena v občanském zákoníku jak v ustanoveních v rámci péče o zdraví, tak i v obecné části občanského zákoníku v souvislosti s úpravou práv člověka na duševní a tělesnou integritu. Tento institut je velmi podrobně upraven i zákonem o zdravotních službách a je postaven na zásadě poskytovat zdravotní služby pacientovi pouze s jeho informovaným souhlasem a srozumitelným poučením. Zdravotní služby lze pacientovi poskytnout bez informovaného souhlasu jen za podmínek jasně stanovených zákonem o zdravotních službách nebo za podmínek uvedených v ustanovení § 99 občanského zákoníku. Občanský zákoník vyžaduje skutečnost, aby ošetřovaný (pacient) byl v určitém rozsahu poučen a informován v menším rozsahu, než jak vyžaduje zákon o zdravotních službách.

Patřičná pozornost je věnována poskytování zdravotní péče nezletilým osobám, na které se vztahují stejné podmínky jako u dospělých osob, tzn., že zdravotní služby lze poskytnout pouze s pacientovým informovaným a svobodným souhlasem, pokud tedy zákon nestanoví jinak. Velmi problematickým aspektem v této oblasti bude nastavení vztahu lékař, nezletilý pacient a zákonný zástupce. Důležitou roli zde sehraje věk nezletilého pacienta, neboť schopnost provést určité právní úkony dle jejich rozumové a

volní vyspělosti, posiluje i postavení nezletilých pacientů či pacientů s omezenou svéprávností. Při poskytování zdravotní péče je nutné přihlížet k tomu, co si tito pacienti přejí. Souhlas pak bude mít právní účinky obdobné souhlasu zletilého pacienta, a v některých případech nahradí i souhlas zákonného zástupce.

Výrazné změny doznalo definování pojmu *lege artis*; poskytovatel je totiž povinen podle občanského zákoníku poskytovat zdravotní péči podle smlouvy s péčí řádného odborníka, a to v souladu s pravidly svého oboru. Tento pojem upravuje i zákon o zdravotních službách, kdy postupem *lege artis* rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti. Podle ustanovení § 5 odst. 1 občanského zákoníku, kdo se veřejně nebo ve styku s jinou osobou přihlásí k odbornému výkonu jako příslušník určitého povolání nebo stavu, dává tím najevo, že je schopen jednat se znalostí a pečlivostí, která je s jeho povoláním nebo stavem spojena. Obě právní úpravy upravují i možnost přítomnosti další osoby při poskytování zdravotní péče, a aby se nejednalo o neoprávněný zásah do integrity osobnosti člověka, musí se tak vždy konat se souhlasem ošetřovaného. Na základě smlouvy o péči o zdraví je stanovena i odpovědnost poskytovatele, který by vždy měl postupovat s péčí řádného odborníka, v opačném případě tzn. porušení smlouvy ze strany poskytovatele a ten je pak povinen nahradit vzniklou škodu. Institut *dříve vysloveného přání* vychází z článku 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně a oba právní předpisy požadují v tomto případě písemný záznam pacientovy vůle pro případ situace, kdy pacient nebude již schopen rozhodovat o poskytované zdravotní péči.

Občanský zákoník i zákon o zdravotních službách upravuje možnost pacientova odmítnutí poskytované zdravotních služeb, v tomto případě budou přednostně použita ustanovení zvláštního zákona. Někdy je nutné poskytnout zdravotní služby i v podobě tzv. nedobrovolné hospitalizace, většinou pokud daná osoba ohrožuje sebe nebo své okolí a není schopna poskytnout informovaný souhlas. V této oblasti se jednotlivá ustanovení obou právních úprav vzájemně doplňují někdy i dublují.

Obě právní normy upravují jak vedení zdravotnické dokumentace, tak i nahlížení do ní. Právní úprava obsažená v zákoně o zdravotních službách se snaží pokrýt všechny

možné varianty, kdy a za jakých okolností je možné poskytovat informace, nahlížet do zdravotnické dokumentace a pořizovat opisy, výpisy a kopie. Opět se zde setkáváme s tím, že občanský zákoník upravuje většinu těchto skutečností obecně, zatímco zákon o zdravotních službách v návaznosti na další právní předpisy konkrétně vymezuje obsah zdravotnické dokumentace, a vyhláška o zdravotnické dokumentaci ještě jednotlivé údaje výrazně specifikuje.

Významnou oblastí je i právní úprava nakládání s částmi lidského těla a jeho ochrany po smrti. V této oblasti určitá ustanovení OZ zasáhla do zvláštního zákona asi největším dílem; hojně diskutabilním tématem je problematika provádění patologicko-anatomických pitev, které mohou být dle nové právní úpravy v OZ prováděny jen souhlasem pacienta. OZ přináší poměrně širokou ochranu osobnosti člověka a zakotvuje základní uznávanou zásadu, že lidské tělo je hodno ochrany i po smrti. Je respektována autonomie vůle člověka a v OZ je nově upraveno pravidlo, že provést pitvu či použít lidské tělo po smrti je možné jen s předchozím souhlasem zemřelého. Tato problematika se jeví jako nejvíce problematická, neboť presumpce nesouhlasu je v rozporu se zvláštní úpravou. Zákon o zdravotních službách souhlas zemřelého s provedením pitvy či užitím lidského těla po smrti člověka nevyžaduje v případě při užití lidského těla či jeho částí podle ustanovení § 81 odst. 4 a u povinných pitev podle ustanovení § 88 odst. 2 a 3.

Vztah mezi lékařem a pacientem je vztahem soukromoprávním, a z toho důvodu má přijetí nového občanského zákoníku i pro zdravotnictví svůj význam. Po prostudování příslušných právních předpisů a na základě provedené komparace obou právních norem, lze přijetí těchto zákonů hodnotit velmi pozitivně, neboť občanský zákoník velmi výrazně posiluje práva pacienta při poskytování zdravotních služeb a tím doplňuje zákon o zdravotních službách. Lze konstatovat, že účelem občanského zákoníku je vymezení obecných mantinelů vzájemného vztahu lékaře a pacienta, zatímco smyslem zákona o zdravotních službách je konkrétní stanovení práv a povinností zúčastněných subjektů. Celou prací se prolíná zásadní myšlenka dostatečné ochrany práv pacienta. Přijetí občanského zákoníku má pro zdravotnictví. Jak bylo již několikrát v práci zmíněno, občanský zákoník je k zákonu o zdravotních službách úpravou obecnou, jednotlivá ustanovení nového občanského zákoníku se použijí

subsidiárně v situacích, pokud obsahují podrobnější úpravu, a to se děje jen ve výjimečných případech. V odborné literatuře je zmiňována skutečnost, že na základě subsidiarity občanského zákoníku k zvláštní úpravě, bude použití nové úpravy podstatně omezeno. Lze zmínit autory Adama a Tomáše Doležala, kteří se zabývají rozborem dopadu nového občanského zákoníku na jednotlivá ustanovení zákona o zdravotních službách. I oni se přiklání k názoru, že případný možný dopad občanského zákoníku na poskytování zdravotních služeb bude v běžné praxi nevýznamný. Domnívám se, že rozhodně nelze paušálně říci, že zákon o zdravotních službách bude aplikován i nadále bez jakékoli změny a zohlednění občanského zákoníku. Je vždy nutné pro danou skutečnost porovnat úpravy obou právních předpisů a s použitím výkladových právních pravidel zjistit, která právní norma se použije a v jaké míře.

Závěrem nelze opomenout názor Tomáše Doležala, že nový občanský zákoník svou koncepcí a vztahem k zákonu o zdravotních službách může působit řadu aplikačních problémů. Osobně považuji jeho přijetí za přiblížení moderním mezinárodním právním předpisům jiných vyspělých evropských zemí. Jsem toho názoru, že pozitivně lze hodnotit i zavedení nových institutů a terminologie. Kladně lze ohodnotit i proměnu vzájemného vztahu pacienta a lékaře, který prošel převratnými změnami, a nyní se oba subjekty nachází v rovném, tzv. partnerském postavení.

6 Seznam použitých zdrojů

Monografie

ANNANDALE, E., 1998, reprint 2009. *The Sociology of Health and Medicine: A Critical Introduction*. Malden, MA: Polity Press. 352 s. ISBN 978-07-456-1358-1.

ARNOLDOVÁ, A., 2004. *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení*. 2. rozšíř. vyd. Praha: Karolinum. 375 s. ISBN 80-246-0728-x.

ARNOLDOVÁ, A., 2012. *Sociální zabezpečení I: sociální zabezpečení v České republice, lékařská posudková služba, pojistné systémy sociálního zabezpečení*. 1. vyd. Praha: Grada. 350 s. ISBN 978-80-247-3724-9.

BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.

BERAN, J., 2010. *Lékařská psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. 140 s. ISBN 978-80-247-1125-6.

BEZOUŠKA, P., PIECHOWICZOVÁ, L., 2013. *Nový občanský zákoník: nejdůležitější změny*. 1. vyd. Olomouc: ANAG. 375 s. ISBN 978-80-7263-819-2.

BIOMEDICINE AND HUMAN RIGHTS: *The Oviedo Convention and Its Additional Protocols*. Council of Europe Publishing. 2009. ISBN 978-92-871-6662-3.

BRŮHA, D., TOMEK, V., 2005. *Pracovní právo ve zdravotnictví a sociálních službách*. 1. vyd. Praha: ASPI. 211 s. ISBN 80-7357-093-9.

BURIÁNEK, J., 2005. *Lékařské tajemství, zdravotnická dokumentace a související právní otázky*. 1. vyd. Praha: Linde. 204 s. ISBN 80-7201-544-3.

ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada. 126 s. ISBN 978-80-247-3213-8.

ČERVINKA, T., 2014. *Zdravotní pojištění: zaměstnavatelů, zaměstnanců, OSVČ: s komentářem a příklady*. 6. aktual. vyd. Olomouc: ANAG. 175 s. ISBN 978-80-7263-860-4.

DOHNAL, F., 2014. *Studijní texty k dějinám farmacie*. 1 vyd. Praha: Karolinum. 154 s. ISBN 978-80-2462-60986.

DOLEŽAL, T., 2012a. *Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva*. 1. vyd. Praha: Leges. 160 s. ISBN 978-80-87576-25-0.

DOLEŽAL, A., DOLEŽAL, T., 2014. *Praktické dopady nového občanského zákoníku na provozování lékařské praxe*. 1. vyd. Praha, BOFIA Medical, s.r.o. 58 s. ISBN 978-80-87996-00-3.

ELIÁŠ, K., 2012. *Nový občanský zákoník s aktualizovanou důvodovou zprávou a rejstříkem*. Ostrava: Sagit. 1119 s. ISBN 978-80-7208-922-2.

GLADKIJ, I., 2003. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

GLADKIJ, I., STRNAD, L., 2002. *Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. 111 s. ISBN 80-244-0500-8.

GRINC, J., 2010. *Právo pro politology*. 1. vyd. Praha: Grada. 147 s. ISBN 978-80-247-2921-3.

HAŠKOVCOVÁ, H., 1996. *Práva pacientů – komentované vydání*. Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilové. 176 s. ISBN 8090216307, 978809021630.

HEŘMANOVÁ, J., VÁCHA, M. et al., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.

HULMÁK, M. et al., 2014. *Občanský zákoník VI. Závazkové právo. Zvláštní část (§ 2055 – 3014). Komentář*. 1. vyd. Praha: C. H. Beck. 2 072 s. ISBN 978-80-7400-287-8.

JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.

JIRSA, J. et al., 2015. *Občanské soudní řízení, soudcovský komentář. Kniha III. Zvláštní řízení soudní*. 1. vyd. Praha: JUDr. Karel Havlíček. 1079 s. ISBN 978-80-87109-48-9.

KÁBRT, J., 2004. *Lexicon medicum*. 2. 4. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. 1136 s. ISBN 80-7262-235-8.

KEBZA, V., 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Academia. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.

KREBS, V., 2010. *Sociální politika*. 5. přeprac. a aktual. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR. 542 s. ISBN 978-80-7357-585-4.

KRIVOŠÍKOVÁ, M., 2011. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada. 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1.

KŘIVOHLAVÝ, J., 2001. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál. 279 s. ISBN 80-7178-551-2.

KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

LAVICKÝ, P. et al., 2014. *Občanský zákoník I. Obecná část (§ 1 – 654). Komentář*. 1. vyd. Praha: C. H. Beck. 2 400 s. ISBN 978-80-7400-529-9.

MAHROVÁ, G, VENGLÁŘOVÁ, M., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5.

MACH, J. et al., 2005. *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy*. 2. rozšíř. a dopl. vyd. Praha: Lexis Nexis CZ. 455 s. ISBN 80-86199-93-2.

MACH, J., 2006. *Medicína a právo*. 1. vyd. Praha: C. H. Beck. 257 s. ISBN 80-7179-810-X.

MACH, J., 2010. *Lékař a právo. Praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. 1. vyd. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-3683-9.

MANDINCOVÁ, P., 2011. *Psychosociální aspekty péče o nemocného: onemocnění štítné žlázy*. 1. vyd. Praha: Grada. 123 s. ISBN 978-80-247-3811-6.

MATOUŠEK, O., 2003. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál. 287 s. ISBN 80-7178-549-0.

MATOUŠEK, O. et al., 2007. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.

MARX, D., STANĚK., I., 2004. *Joint Commission International: Mezinárodní akreditační standardy pro dlouhodobou péči: komentovaný oficiální překlad*. 1. vyd. Praha: Grada. 287 s. ISBN 80-247-0629-6

MUSIL, L., 1996. *Vývoj sociálního státu v Evropě*. 1. vyd. Brno: DOPLNĚK. 258 s. ISBN 1081-074-1996.

MÜLLEROVÁ, D. et al., 2014. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum. 256 s. ISBN 978-80-246-2510-2.

NĚMEC, J., 2008. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.

NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost*. 2. 1. vyd. Praha: Grada. 204 s. ISBN 978-80-247-3709-6.

NOVOTNÝ, P., IVIČIČOVÁ, J. et al., 2014. *Nový občanský zákoník: Principy a základní pojmy*. 1. vyd. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5163-4.

NUTTON, V., 2013. *Ancient Medicine*. 2. vyd. London: Route Ledge, ISBN 978-0-415-52094-2.

OCHRANA, F., PAVEL, J. a VÍTEK, L. et al., 2010. *Veřejný sektor a veřejné finance – financování nepodnikatelských a podnikatelských aktivit*. 1. vyd. Praha. 2010. 264 s. ISBN 978-80-247-3228-2.

PACOVSKÝ, V., SUCHARDA, P., 2002. *Úvod do medicíny: učebnice pro bakalářské a magisterské studium zdravotnických, paramedicínských a sociálních oborů*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 150 s. ISBN 80-246-0414-0.

POLICAR, R., 2010. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. 223 s. ISBN 978-80-247-2358-7.

POTŮČEK, M., 1995. *Sociální politika*. 1. vyd. Praha: SLON. 142 s. ISBN 80-85850-01-X.

PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. et al., 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. 1. vyd. Praha: Grada. 520 s. ISBN 978-80-247-5471-0.

SPIRIT, M., 2014. *Úvod do studia práva*. 2. vyd. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5280-8.

STARFIELD, B., 1998. *Primary care: Balancing Health Needs, Services, and Technology (Religion in America)*. New York: Oxford University Press. ISBN 0-19-512543-6.

STOLÍNOVÁ, J., 1990. *Občan, lékař a právo*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 164 s. ISBN 80-201-0036-9.

STOLÍNOVÁ, J., MACH, J., 2010. *Právní odpovědnost v medicíně*. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. 313 s. ISBN 978-80-7262-686-1.

STREJČKOVÁ, A., 2007. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro SZŠ obor zdravotnický asistent*. 1. vyd. Praha: Fortuna. 11 s. ISBN 978-80-7168-943-0.

SVEJKOVSKÝ, J. et al., 2012. *Nový občanský zákoník. Srovnání nové a současné úpravy občanského práva*. 1. vyd. Praha: C. H. Beck, --xiv. 792 s. ISBN 978-80-7400-423-0.

ŠEBLOVÁ, J., KNOR, J. et al., 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada. 400 s., xvi s. obr. příl. ISBN 978-80-247-4434-6.

ŠUSTEK, P., HOLČAPEK, T., 2007. *Informovaný souhlas*. 1. vyd. Praha: ASPI. 260 s. ISBN 978-80-7357-268-8.

TĚŠÍNOVÁ, J., ŽDÁREK, R., POLICAR, R., 2011. *Medicínské právo*. 1. vyd. Praha: C. H. Beck. 448 s. ISBN 978-80-7400-050-8.

TOMÁŠ, P., MARKOVÁ, E., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada. 295 s. ISBN 978-80-247-4236-6.

TOMEŠ, I., 2001. *Sociální politika: teorie a mezinárodní zkušenost*. 2. přeprac. vyd. Praha: Socioklub. 262 s. ISBN 8086484009.

TOMEŠ, I., KOLDINSKÁ, K., 2003. *Sociální právo Evropské unie*. 1. vyd. Praha: C.H.Beck. xvii, 267 s. ISBN 80-7179-831-2.

VELEMÍNSKÝ, M. et al., 2011. *Zdraví a nemoc*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 133 s. ISBN 978-80-7394-326-4.

VONDRÁČEK, L., KURZOVÁ, H., 2002. *Zdravotnické právo: pro praxi a posluchače lékařských fakult*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 142 s. ISBN 80-246-0531-7.

VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J., 2007. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha: Grada. 76 s. ISBN 978-80-247-2181-1.

VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., 2009. *Právní minimum pro sestry: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. 95 s. ISBN 978-80-247-3132-2.

VURM, V. et al., 2007. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví: pro studující ZSF JU*. Vyd. 1. Praha: Triton. 125 s. ISBN 978-80-7254-997-9.

Kapitola v monografii

DŽUPINKOVÁ, M., ZEMAN M., 2011. In: ZEMAN, M., KRŠKA, Z. et al. *Chirurgická propedeutika*. 3. dopl. a přeprac. vydání. Praha, Grada. 451 – 460 s. ISBN 978-80-247-3770-6.

HAŠKOVCOVÁ, H., 2011. Etika a komunikace v lékařské praxi. In: PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P. et al. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 27- 37 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

KOVÁŘOVÁ-KOCHOVÁ, I., 2013. Mediace a náhrada újmy na zdraví vzniklé ve zdravotnictví. In: HOLÁ, L. *Mediace a možnosti využití v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. 243 - 257 s. ISBN 978-80-247-4109-3.

MACH, J., 2013. Lege artis jako náležitá odborná úroveň poskytování zdravotních služeb. In: PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P., MACH J. et al. *Lege artis v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada. 20 - 39. ISBN 978-80-247-5126-9.

MACH, J., BURIÁNEK, A., 2013. Hlavní problémy v českém zdravotnictví v současné době. Systém a přehled právních předpisů medicínského práva a dalších souvisejících právních předpisů (trestních, občanskoprávních, správních) – co kde najdeme. K pojmu medicínského práva. In: MACH, J., BURIÁNEK, A. a ZÁLESKÁ, D. et al. *Univerzita medicínského práva. Kolektiv právní kanceláře České lékařské komory*. 1. vyd. Praha: Portál. 13 - 31 s. ISBN 978-80-247-5113-9.

MACH, J., ZÁLESKÁ, D., 2013a. Náležitá odborná úroveň zdravotních služeb – lege artis. Nová zákonná definice, posuzování v praxi, kazuistiky, problematika znaleckých posudků. In: MACH, J., BURIÁNEK, A. a ZÁLESKÁ, D. et al. *Univerzita medicínského práva. Kolektiv právní kanceláře České lékařské komory*. 1. vyd. Praha: Portál. 50 - 62 s. ISBN 978-80-247-5113-9.

MACH, J., ZÁLESKÁ, D., 2013b. Vztah lékař – pacient (zákonný zástupce), komunikace, informovaný souhlas, revers, poskytování zdravotních služeb bez souhlasu, detence, omezovací prostředky, hlášení soudu, zadržení nepříznivých informací, dříve vyslovená přání. In: MACH, J., BURIÁNEK, A. a ZÁLESKÁ, D. et al. *Univerzita medicínského práva. Kolektiv právní kanceláře České lékařské komory*. 1. vyd. Praha: Portál. 88 - 100 s. ISBN 978-80-247-5113-9.

MLYNÁŘOVÁ, D., 2013. *Lege artis – konkrétní podmínky a objektivní možnosti*. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., MACH J. et al. *Lege artis v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada. 40 - 50. ISBN 978-80-247-5126-9.

PAPEŽOVÁ, H., 2011. Etické principy a profesionalita v psychiatrii. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. et al. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 133 – 142 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

PTÁČEK, R., 2011. Význam komunikace v medicíně. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. et al. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 37 - 50 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

ŠIMÁK, M., 2013. Úvod do práva sociálního zabezpečení. In: KAHOUN, V. et al. *Sociální zabezpečení. Vybrané kapitoly*. 2. aktual. vyd. Praha, Triton. 23 -47 s. ISBN 978-80-7387-733-0.

TRŮSTER, P., 2009. Zdravotní správa. In: TOMEŠ, I. et al. *Sociální správa. Úvod do teorie a praxe*. 2. rozšíř. a přeprac. vyd. Praha: Portál. 228 – 243 s. ISBN978-80-7367-483-0.

VURM, V., 2008. Trochu historie. In: KAHOUN, V., VURM., V. a KUČEROVÁ, B. *Vybrané kapitoly z pojišťovnictví*. 1. vyd. Praha: Triton. 12 - 15 s. ISBN 978-80-7387-7.

WAINWRIGHT, D., 2008. Illness behaviour and diskurse of Health. In: WAINWRIGHT, D., ed. *A Sociology of Health*. London, U.K: Sage. 76-96 s. ISBN9781446213575.

ZÁLESKÁ, D., MLYNÁŘOVÁ, D., 2013. Problematika specifických zdravotních služeb – transplantace, interrupce, zásahy do reprodukce, sterilizace, kastrace, stereotaktické operace, lékařský experiment, pracovně lékařské služby, posudková činnost a další specifické zdravotní služby. In: MACH, J., BURIÁNEK, A. a ZÁLESKÁ, D. et al. *Univerzita medicínského práva. Kolektiv právní kanceláře České lékařské komory*. 1. vyd. Praha: Portál. 130 - 158 s. ISBN 978-80-247-5113-9.

Periodika

DOLEŽAL, T., 2013. Poskytování zdravotních služeb po nabytí účinnosti nového občanského zákoníku. In: *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 5. 8. 2013. Vol 3. 2/2013. 34 - 44 s. ISSN 1804-8137.

KEISLER, I., 2014. Dichotomie posmrtného osudu lidského těla. In: *Rekodifikace a praxe*. Praha: Wolters Kluwer ČR a.s. roč. 2014. č. 5. 9 - 14 s. ISSN 1805-6822.

KLUSÁKOVÁ, P., 2014a. Občanský zákoník vyvolal chaos v přístupu lékařů k pitvám. In: *Zdravotnictví a medicína*. 27. 1. 2014. č. 02/2014. 1 – 2 s. ISSN 1805-2355.

KLUSÁKOVÁ, P., 2014b. Česká lékařská komora jednala s ministryní spravedlnosti. In: *Zdravotnictví a medicína*. 30. 6. 2014. č. 13/2014. 4 s. ISSN 2336 - 2987.

KORBEL, F., 2012. Nový občanský zákoník s aktualizovanou důvodovou zprávou a rejstříkem. In: *Bulletin advokacie*. 5/2012. 56 - 57 s. ISSN 1210-6348.

MACH, J., 2014a. Nový občanský zákoník a pitvy. In: *Tempus Medicorum*. 2/2014. Ročník 23. 25 s. ISSN 1214-7524.

MACH, J., 2014b. Negativní revers lékaře právně chrání. In: *Tempus Medicorum*. 2/2014. Ročník 23. 26 - 27 s. ISSN 1214-7524.

NONNEMANN, F., 2013. Zdravotnická dokumentace po nabytí účinnosti nového občanského zákoníku. In: *Právní rozhledy*. Ročník 21. č. 18. 638 s. ISSN 1210-6410.

POLICAR, R., 2014b. Právní podmínky provádění pitev po účinnosti nového občanského zákoníku. In: *Zdravotnictví a medicína*. 27. 1. 2014. č. 21/2014. 39 s. ISSN 1805 – 2355.

Elektronické zdroje

CONVENTION FOR THE PROTECTION OF HUMAN RIGHTS AND DIGNITY OF THE HUMAN BEING WITH REGARD TO THE APPLICATION OF BIOLOGY AND MEDICINE: Convention on Human Rights and Biomedicine, 1997. In: *conventions.coe.int*. [online]. [cit. 2015-20-02]. Dostupné z: <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/164.htm>.

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA, 2015. Česká lékařská komora. In: *lkcr.cz*. © 2011. [online]. [cit. 2015-01-02]. Dostupné z: <http://www.lkcr.cz/clk-2.html>.

ČTK, 2015. Méně pitev, méně patologů. Medici ani nemohou splnit praxi. In: *www.tyden.cz*. 2. 3. 2015. © 2006 EMPRESA MEDIA, a.s. [online]. [cit. 2015-03-06]. Dostupné z: http://www.tyden.cz/rubriky/domaci/skolstvi/mene-pitev-mene-patologu-medici-ani-nemohou-splnit-praxi_334990.html#.VUTJnsuJhdg.

DOLEŽAL, T., 2012b. Zajišťuje zákon o zdravotních službách dostatečně ochranu informací vedených v dokumentaci o třetích osobách. In: *www.zdravotnickepravo.info*. 12. 9. 2012. © 2014 Zdravotnické právo a bioetika. [online]. [cit. 2015-03-06]. Dostupné z: <http://zdravotnickepravo.info/zajistuje-zakon-o-zdravotnich-sluzbach-dostatecne-ochranu-informaci-vedenych-v-dokumentaci-o-tretich-osobach/>.

DOLEŽAL, A., DOLEŽAL, T. a UHER, J., 2014. Co přináší občanský zákoník? In: *www.splcr.cz*. 18. ročník. 2/2014. [online]. [cit. 2015-01-02]. Dostupné z: http://www.splcr.cz/Files/nastenka/page_5557/Version1/APPEL_2014-02.pdf.

FIALA, P., MAYER, J., 2014. 93584. Informovaný souhlas pacienta s poskytováním zdravotních služeb. 5. 3. 2014. © epravo.cz, a.s. 1999-2015.[online]. [cit. 2015-01-02]. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/clanky/informovany-souhlas-pacienta-s-poskytovanim%20-zdravotnich-sluzeb-93584.html>.

HOLČÍK, J., 2014. Zdraví jako osobní a společenská hodnota. V. Brněnské bioetické dny - ochrana počínající života. In: *Prakt.upol.cz*. 11. 1.2012. [online]. [cit. 2014-12-16]. Dostupné z: http://prakt.upol.cz/zdravi_holcik.php.

JAROŠOVÁ, I., 2013. 91551. Nahlížení do lékařské dokumentace. 9. 7. 2013. © epravo.cz, a.s. 1999-2015. [online]. [cit. 2015-01-02]. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/clanky/nahlizen-do-lekarske-dokumentace-91551.html?>.

KLUSÁČEK, J., 2014. Ministerstvo ví, jak řešit pitvy podle nového občanského zákoníku. In: *www.zdravotnickytydenik.cz*. © 2015. [online]. [cit. 2015-05-01]. 4. 10. 2014. Dostupné z: <http://www.zdravotnickytydenik.cz/2014/10/ministerstvo-ma-reseni-jak-zvladnout-pitvy-podle-noveho-zakoniku/>.

LOJDOVÁ, E., MALÝ, L., 2014. 94153. NOZ a zdravotnické právo. In: *epravo.cz*. 17. 4. 2014. © epravo.cz, a.s. 1999-2015.[online]. [cit. 2015-01-02]. Dostupné z:<http://www.epravo.cz/top/clanky/noz-a-zdravotnicke-pravo-94153.html>.

LOJDOVÁ, E., MALÝ, L., 2013. 90987. Dříve vyslovená přání – závěť do nemocnice. In: *epravo.cz*. 25. 4. 2013. © epravo.cz, a.s. 1999-2015.[online]. [cit. 2015-01-02]. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/clanky/drive-vyslovena-prani-zavet-do-nemocnic-e-90987.html?mail>.

LUXOVÁ, L., 2014. 95424. Ochrana lidského těla po smrti. In: *epravo.cz*. 22. 10. 2014. © epravo.cz, a.s. 1999-2015.[online]. [cit. 2015-01-02]. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/clanky/ochrana-lidskeho-tela-po-smrti-95424.html?mail>.

MEDICAL TRIBUNE CZ, 2015. Tribuna lékařů a zdravotníků. Co ovlivňuje dnešní vztah lékař – pacient. In: *www.tribune.cz*. © 2000-2012 MEDICAL TRIBUNE CZ, s.r.o.[online]. [cit. 2015-03-22]. Dostupné z:<http://www.tribune.cz/clanek/11689-co-ovlivnuje-dnesni-vztah-lekar-amp-pacient>.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2014. Stanovisko Ministerstva zdravotnictví k problematickému stavu provádění pitev. In: *mzcr.cz*. MZČR © 2010. [online]. [cit. 2015-02-20]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/stanovisko-ministerstva-zdravotnictvi-k-problematickemu-stavu-provadeni-pitev_8786_3030_1.html.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2014. Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. In: *mzcr.cz*. MZČR © 2010. [online]. [cit. 2015-02-20]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8663_114_1.html.

MOHYLA, L., 2013. 91040. Právní úprava nedobrovolné hospitalizace dle nového občanského zákoníku. In: *epravo.cz*. 16. 5. 2013. © epravo.cz, a.s. 1999-2015.[online]. [cit. 2015-01-02]. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/-91040.html>.

NEMRAVOVÁ, O., VAŇKOVÁ, M., 2013. 90480. Ještě k některým změnám z hlediska důvodové zprávy k NOZ. In: *epravo.cz*. 24. 3. 2013.. © epravo.cz, a.s. 1999-2015.[online]. [cit. 2015-01-02]. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/clanky/jeste-k-nekterym-zmenam-z-hlediska-duvodove-zpravy-k-noz-90480.html?mail>.

NIKLÍČEK, L., 2015. Čeští lékaři a povinné nemocenské pojištění v letech 1888 – 1938. Sdružení ambulantních specialistů, o.s. In: *sasp.cz*. [online]. [cit. 2015-04-02]. Dostupné z: <http://www.sasp.cz/cesti-lekari-a-povinne-nemocenske-pojisteni-v-letech-1888-1938>.

OBČANSKÝ ZÁKONÍK, 2015. Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník v aktuálním znění včetně automaticky zapracovávaných změn. In: *www.obcanskyzakonik.propravo.cz*. [online]. [cit. 2015-04-02]. Dostupné z: <http://obcanskyzakonik.propravo.cz/>.

POLICAR, R., 2014a. Slovník zákona o zdravotních službách. In: *zdravotnickepravo.info*. 5. 2. 2012. © 2014. Zdravotnické právo a bioetika. [online]. [cit. 2014-12-16]. Dostupné z: <http://zdravotnickepravo.infor/bipolarni-pojmy-zdravi-a-nemoc-3/>.

POLICAR, R., 2014c. Právní podmínky pitev v nové legislativě. In: *www.tribune.cz*. © 2000-2012 MEDICAL TRIBUNE CZ, s.r.o. 14. 1. 2014. [online]. [cit. 2015-03-22]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/31919-pravni-podminky-pitev-v-nove-legislative>.

POŘÍZEK, J., 2014. 94360. Ke smlouvě o péči o zdraví dle nového občanského zákoníku. In: *epravo.cz*. 20. 5. 2014. © epravo.cz, a.s. 1999-2015.[online]. [cit. 2015-01-02]. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/clanky/ke-smlouve-o-peci-o-zdravi-dle-noveho-obcanskeho-zakoniku-94360.html>.

SVAZ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN ČR, 2014. Pojišťovny. In: *szpccr.cz*. © SZP 1993-2013.[online]. [cit.2014-12-28]. Dostupné z: <http://www.szpccr.cz/index.php?c=pojistovny>.

ŠŤASTNÝ, J., 2014. Zdravotnictví a determinanty zdraví. In: *Recepis.cz*. Srpen 2005. ©2004 VIP Most, s. r. o. [online]. [cit. 2014-12-16]. Dostupné z:http://www.recepis.cz/ke_stazeni/determinanty.recepis.pdf.

URBAN, J. 96087. Některé aspekty poskytování zdravotní péče nezletilým. In: *epravo.cz*. 3. 12. 2014. © epravo.cz, a.s. 1999-2015.[online]. [cit. 2015-01-02]. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/clanky/nektere-aspekty-poskytovani-zdravotni-pece-nezletilym-96087.html?mail>.

ÚSTAV VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNSKÉHO PRÁVA, 2015. Vztah lékař – pacient a jeho historický vývoj. In: *www.usm.lf1.cuni.cz*. [online]. [cit. 2015-02-21]. Dostupné z:<http://usm.lf1.cuni.cz/download/Historicky.vyvoj.pdf>.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, 2015. Národní zdravotní registry. In: *www.uzis.cz*. © ÚZIS ČR 2010 – 2014. [online]. [cit. 2015-02-21]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/registry/narodni-zdravotni-registry>.

VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY, 2014.. Ministerstva – Ministerstvo zdravotnictví. In: *vlada.cz*. Vláda ČR © 2009-2014. [online]. [cit. 2014-12-30]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/clenove-vlady/ministerstva/>.

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČR, 2015. O nás. In: *VIP.cz*. © VZP ČR 2015 Český výbor pro UNICEF. [online]. [cit. 2015-01-02]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/o-nas/organizacni-struktura>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, 2014. Health21: The health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All. Series No. 6. Copenhagen: World Health Organization. In: *Euro.who.int/en/home*. © World Health Organization, 2014. 211 s. [online]. [cit. 2014-12-16]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0/010/98398/wa540ga199heeng.pdf.

ZÍMOVÁ, P., 2014. Bipolární pojmy – zdraví a nemoc. In: *zdravotnickepravo.info*. 4. 10. 2012. © 2014 Zdravotnické právo a bioetika. [online]. [cit. 2014-12-16]. Dostupné z: <http://zdravotnickepravo.infor/bipolarni-pojmy-zravi-a-nemoc-3/>.

Interní zdroje:

DŮVODOVÁ ZPRÁVA K NÁVRHU ZÁKONA O ZDRAVOTNÍCH SLUŽBÁCH A PODMÍNKÁCH JEJICH POSKYTOVÁNÍ (zákon o zdravotních službách), 2011. In: *ASPI* [právní informační systém]. LIT 39209CZ. 29. 6. 2011. Wolters Kluwer ČR. [cit. 14-12-2014].

DŮVODOVÁ ZPRÁVA K ZÁKONU Č. 89/2012 SB., NOVÝ OBČANSKÝ ZÁKONÍK (konsolidované znění). Vývoj právní úpravy soukromého práva, 2012. In: *ASPI* [právní informační systém]. LIT 38253CZ. 3. 2. 2012. Wolters Kluwer ČR. [cit. 14-12-2014].

UHEREK, P., 2013. K některým ustanovením smlouvy o péči o zdraví dle nového občanského zákoníku a jejich srovnání se zákonem o zdravotních službách. In: *ASPI* [právní informační systém]. LIT 44543CZ. 2/2013. Wolters Kluwer ČR. [cit. 18-12-2014].

VÝKLADOVÉ STANOVISKO Č. 20 EXPERTNÍ SKUPINY KOMISE PRO APLIKACI NOVÉ CIVILNÍ LEGISLATIVY PŘI MINISTERSTVU

SPRAVEDLNOSTI, 2014. In: *ASPI* [právní informační systém]. LIT 46982CZ. 3. 3. 2014. Wolters Kluwer ČR. [cit. 14-12-2014].

Legislativa

ČESKO. *Předpis č. 1 ze dne 16. prosince 1992, Ústava České republiky.*

ČESKO. *Předpis č. 2 ze dne 16. prosince 1992, Usnesení předsednictva České národní rady o vyhlášení LISTINY ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD jako součástí ústavního pořádku České republiky.*

ČESKO. *Předpis č. 98 ze dne 22. března 2012, vyhláška o zdravotnické dokumentaci.*

ČESKO. *Předpis č. 437, nález Ústavního soudu ze dne 27. listopadu 2012 sp. zn. Pl. ÚS 1/12 ve věci zrušení § 30 odst. 2 písm. d) zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, a některých ustanovení zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), a návrhu na zrušení některých dalších zákonů.*

ČESKO. *Zákon č. 89 ze dne 3. února 2012, občanský zákoník.*

ČESKO. *Zákon č. 285 ze dne 30. května, o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon).*

ČESKO. *Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.*

ČESKO. *Zákon č. 373 ze dne 6. listopadu 2011 o specifických zdravotních službách.*

7 Seznam příloh

Příloha 1 - Přehled Národních zdravotních registrů

Příloha 2 - Přehled specifických právních předpisů upravující medicínské právo

Příloha 3 - Etický kodex práv pacientů ČR

Příloha 4 - Vzor poučení a informovaného souhlasu pacienta s hospitalizací

Příloha 5 - Vzor - Písemný souhlas s poskytnutím zdravotních služeb

Příloha 6 - Vzor - Negativní revers

Příloha č. 1

Přehled Národních zdravotních registrů

- Národní onkologický registr (registr novelizován)
- Národní registr hospitalizovaných (registr beze změny)
- Národní registr reprodukčního zdraví (slučující registr /Národní registr - rodiček, novorozenců, vrozených vad, potratů a asistované reprodukce)
- Národní registr kardiovaskulárních operací a intervencí (slučující registr/Národní kardiochirurgický registr a Národní registr kardiovaskulárních intervencí)
- Národní registr kloubních náhrad (registr beze změny)
- Národní registr nemocí z povolání (registr beze změny)
- Národní registr léčby uživatelů drog (slučující registr/Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek a Registr žádostí o léčbu)
- Národní registr úrazů (nový registr)
- Národní registr osob trvale vyloučených z dárcovství krve (nový registr)
- Národní registr pitev a toxikologických vyšetření prováděných na oddělení soudního lékařství (nový registr)

Příloha č. 2

Přehled specifických právních předpisů upravující medicínské právo

Zdravotní služby

- Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě,
- Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon), ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 296/2008 Sb., o zajištění jakosti a bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka a o změně souvisejících zákonů (zákon o lidských tkáních a buňkách), ve znění pozdějších předpisů.
- Nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti hrazených služeb.

Pracovníci ve zdravotnictví

- Zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů.

Zdravotní pojištění

- Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, ve znění pozdějších předpisů,

- Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 274/2003 Sb., kterým se mění některé zákony na úseku ochrany veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů ([Min. zdrav. ČR, 2014](#)).

Léčiva a zdravotnické prostředky

- Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Ochrana veřejného zdraví

- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 120/2002 Sb., o podmínkách uvádění biocidních přípravků a účinných látek na trh a o změně některých souvisejících předpisů, ve znění pozdějších předpisů.

Návykové látky

- Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Lázeňství

- Zákon č. 164/2001 Sb., o přírodních léčivých zdrojích, zdrojích přírodních minerálních vod, přírodních léčebných lázních a lázeňských místech a o změně některých souvisejících zákonů (lázeňský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

Statistika a ostatní

- Zákon č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 126/1992 Sb., o ochraně znaku a názvu Červeného kříže a o Československém Červeném kříži, ve znění nálezu Úst. soudu publikovaného pod č. 261/2000 Sb. a zákona č. 375/2011 Sb.

Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/pusobnost-ministerstva-zdravotnictvi-_7463_2901_1.html, ke dni 27. 2. 2015.

Příloha č. 3

Etický kodex práv pacientů ČR

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věcí důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.

6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.

7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.

9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

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

11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Etický kodex "Práva pacientů" navrhla a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví ČR. Tato práva pacientů jsou prohlášena platná dnem 25. února 1192. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/840>, ke dni 23. 2. 2015.

Příloha č. 4

Vzor poučení a informovaného souhlasu pacienta s hospitalizací

Poučení a informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s hospitalizací

Pacient(ka) – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Důvod hospitalizace:

--

Souhlas:

<i>Vzor vyplnění (zatržení):</i>	Zakroužkujte správnou odpověď	<input checked="" type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------

Poučení o zdravotním stavu - Byl(a) jsem srozumitelně poučen(a) o mém zdravotním stavu, o povaze onemocnění a o předpokládaném vývoji mého onemocnění.	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Obdržel(a) jsem údaje o předpokládaném prospěchu léčby, jednotlivých léčebných a vyšetřovacích výkonech a jejich významu pro můj zdravotní stav a údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného výkonu. Byl jsem poučen(a) o léčebném režimu a vhodných preventivních opatřeních, o provedení kontrolních léčebných nebo vyšetřovacích výkonů a o právu svobodně se	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE

rozhodnout o dalším navrhovaném postupu.		
Lékař, který mi poskytl potřebné informace a poučení mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto poučení a souhlasu a měl(a) jsem možnost klást mu doplňující otázky, na které mi odpověděl. V případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků, nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s provedením veškerých dalších potřebných a neodkladných výkonů, nutných k záchraně života nebo zdraví.	ANO	NE
Souhlasím s tím, aby osoby získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání (studenti SZŠ, VOŠ, FZV, studenti LF UP apod.) a odborně vyučující prováděly lékařskou a ošetrovatelskou péči v rámci výuky v souladu s vnitřními předpisy FNOL.	ANO	NE
Souhlasím s tím, aby výše uvedené osoby mohly nahlížet do mé zdravotnické dokumentace v rozsahu nezbytně nutném. Všechny tyto osoby jsou povinny o těchto skutečnostech i mém rodném čísle zachovávat mlčenlivost.	ANO	NE
Souhlasím s tím, aby externí zdravotničtí auditoři mohli nahlížet do mé zdravotnické dokumentace v souvislosti s jejich kontrolní činností. O všech skutečnostech jsou povinni zachovávat mlčenlivost.	ANO	NE
Souhlasím, že budu uveden(a) v přehledu pacientů hospitalizovaných na příslušném pracovišti.	ANO	NE
V případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE
Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	ANO	NE
Byl jsem lékařem poučen, že mohu nahlížet do své zdravotnické dokumentace a pořizovat si z ní výpisy, opisy nebo kopie.*	ANO	NE

Přeji si, aby o mém zdravotním stavu byla informována jiná osoba(osoby):		ANO	NE
Jméno a příjmení:	adresa:	Tel.:	
Přeji si, aby výše uvedená osoba(osoby) měla právo:			

a) nahlížet do mé zdravotnické dokumentace	ANO	NE
b) pořizovat si výpisy, opisy nebo kopie z mé zdravotnické dokumentace*	ANO	NE

*Zdravotnické zařízení může za pořízení výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů požadovat úhradu ve výši, která nesmí přesáhnout náklady spojené s jejich pořízením (§ 67bb odst. 4 písm. b) zák. č.20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu

Datum:	Hodina	Podpis pacienta(tky) / nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno příjmení lékaře(řky), který(á) provedl(a) poučení	Podpis lékaře(řky), který(á) provedl(a) poučení

Pokud se pacient(tka) nemůže podepsat, uved'te důvody, pro které se pacient(ka) nemohl(a) podepsat:			
Jak pacient(ka) projevil(a) svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotního pracovníka/svědka	Podpis zdravotního pracovníka/svědka	Datum:	Hodina

Příloha č. 5

Vzor - Písemný souhlas s poskytnutím zdravotních služeb

Pacient: Jméno, příjmení, číslo pojištěnce, pojišťovna (resp.štítek pacienta)

Písemný souhlas s poskytnutím zdravotních služeb/zdravotních výkonů

Název zdravotních služeb/zdravotního výkonu:

Písemný souhlas obsahuje:

1. údaje o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích zdravotních služeb,
2. poučení o tom, zda navrhované zdravotní služby mají nějakou alternativu a pacient má možnost zvolit si z několika alternativ,
3. údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí příslušných zdravotních služeb, lze-li takové omezení předpokládat, a v případě změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti,
4. údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a o poskytnutí dalších zdravotních služeb,
5. poučení o právu pacienta svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují,
6. záznam o poučení pacienta, jemuž byl implantován zdravotnický prostředek, formou poskytnutí podrobné informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu,
7. datum a podpis pacienta a zdravotnického pracovníka, který pacientovi údaje a poučení poskytl.

Byl jsem poučen o svém právu se svobodně rozhodnout o navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče i o možnosti kdykoliv v budoucnu svůj souhlas odvolat, případně znovu udělit.

Souhlas pacienta s poskytnutím zdravotních služeb/zdravotních výkonů

Já, níže podepsaný prohlašuji, že výše uvedené poučení mi bylo níže uvedeným lékařem osobně a ústně vysvětleno, tak, že jsem měl čas a možnost tyto informace uvážit. Měl jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zodpovězeny. Tomuto poučení a poskytnutým informacím jsem plně porozuměl. **Výslovně souhlasím s poskytnutím zdravotních služeb a s provedením výše uvedených výkonů.**

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s provedením veškerých dalších potřebných a neodkladných výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví.

V..... dne v hod.

Podpis pacienta:

Jméno, příjmení, titul a podpis lékaře:

V případě, že se pacient nemůže podepsat:

Prohlášení svědka, který byl projevu souhlasu přítomen.

Jméno, příjmení, adresa, datum narození svědka:

Prohlašuji, že pacient přede mnou projevil, že po poskytnutém poučení souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb/provedením výše uvedených výkonů včetně všech jednotlivých výše uvedených prohlášení.

Pacient se nemůže podepsat z důvodu, že:

Pacient projevils svůj souhlas tak, že:

Podpis svědka:

Příloha č. 6

Vzor - Negativní revers

**Záznam o odmítnutí poskytnutí zdravotních služeb/výkonu
(negativní revers)**

Jméno, příjmení, datum narození pacienta (resp. štítek pacienta)

Pacient hospitalizovaný (vyšetřovaný) na vše uvedeném oddělení od dne,
byl poučen o svém zdravotním stavu a potřebných zdravotních službách/ výkonu:

(údaj o zdravotním stavu pacienta a potřebných zdravotních službách)

Pacient byl poučen, že neposkytnutí zdravotních služeb/neprovedení zdravotního
výkonu může mít zejména tyto následky pro pacienta:

*(údaj o možných následcích odmítnutí potřebných zdravotních služeb pro zdraví pacienta -
uvést zcela jasně a otevřeně a se všemi podrobnostmi možné následky - např. smrt, konkrétní
těžká újma na zdraví apod.)*

Pacient potvrzuje, že poučení mu bylo níže uvedeným lékařem osobně a ústně sděleno a
vysvětleno, že měl čas a možnost je uvážit, porozuměl mu a měl možnost klást
doplňující otázky, které mu byly lékařem zodpovězeny.

Pacient i přes opakovaně poskytnuté vysvětlení **potřebné zdravotní služby/výkon
odmítá.**

Vdne.....v hod.....

Podpis pacienta:

Jméno, příjmení, titul a podpis lékaře, který pacientovi informace poskytl:

Nemůže-li se pacient s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat nebo odmítá-li záznam o prohlášení podepsat:

Prohlášení svědka:

Jméno, příjmení svědka, adresa, datum narození, který byl projevu odmítnutí přítomen:

Prohlašuji, že pacient přede mnou projevil, že po poskytnutém poučení s doporučovanou zdravotní péčí nesouhlasí.

Pacient odmítl podepsat negativní revers/ Pacient se nemůže podepsat z důvodu, že:

Pacient projevil svůj nesouhlas tak, že: *(např. opustil příslušné oddělení, příslušnou ambulanci atd.)*

Podpis svědka: