



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 právních oborů, řízení a ekonomiky

Diplomová práce

Práva pojištěnce a práva pacienta dle právní úpravy

Vypracoval: Bc. Simona Vlčková
Vedoucí práce: JUDr. Božena Kučerová, Ph.D.

České Budějovice 2015

Abstrakt

Přestože je v České republice odborná zdravotní péče na vysoké mezinárodní úrovni a lze říci, že je dostupná pro většinu obyvatelstva, rezervy můžeme spatřovat v přístupu poskytovatelů zdravotních služeb k pacientům s ohledem na jejich patientská práva. Do roku 2011 upravoval v zásadě komplexně oblast poskytování zdravotní péče a práva pacientů zákon č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu. Postupem času se ukázalo, že velká část zákona dostatečně neupravovala potřeby konkrétního pacienta. Snaha zákonodárců uvést práva pacienta co nejvíce do souladu s principy Ústavy, Listiny základních práv a svobod a Úmluvy o lidských právech a biomedicíně dala vzniknout zákonu č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, který zákon o péči a zdraví lidu nahradil. Nové zakotvení práv pacientů poskytuje pacientovi záruku, že v případě jejich nerespektování se může dovolávat jejich naplnění, neboť teprve zákonem definovaná práva je možné účinně vymáhat. Předpokladem k tomu, aby mohl pacient svá práva uplatňovat a vymáhat, je jejich znalost. Cílem mé diplomové práce je stručně shrnout vývoj práv pacientů a jejich pramenů v mezinárodním kontextu a v České republice, blíže popsat některá práva pojištěnce a pacienta, představit oblast ochrany práv pacienta a ověřit znalost vybraných práv mezi pacienty v Jihočeském kraji.

Na základě vlastního výzkumu, který probíhal v ambulantních a lůžkových zařízeních v Jihočeském kraji formou dotazníkového šetření, jsem chtěla zjistit, do jaké míry jsou pacienti o svých právech informováni a zda se o ně aktivně zajímají. Zvolila jsem dvě hypotézy. První hypotéza měla ověřit tvrzení, že pacienti ve věkové hranici nad 50 let mají více znalostí o právech pacienta než pacienti ve věkové hranici do 50 let. Z výsledků statistického zkoumání dat vyplývá, že pacienti ve věkové kategorii nad 50 mají skutečně více znalostí než pacienti z druhé věkové kategorie, tudíž hypotéza byla potvrzena. Zda jsou pacienti pasivní při získávání informací o právech pacienta, než aby aktivně vyhledávali zdroje těchto informací, měla potvrdit hypotéza č. 2. Průzkum prokázal, že pacienti jsou aktivní a mají zájem informace o právech pacienta zjišťovat, hypotéza č. 2 se nepotvrdila.

Mým cílem nebylo detailně popsat všechna práva, ale přehledně zpracovat základní patientská práva a práva pojištěnce, která mohou posloužit k větší informovanosti pacientů, k využití pracovníků ve zdravotnictví nebo pro výuku studentů ZSF JCU.

Abstract

Even though the health care services in the Czech Republic are of high international standards and accessible to majority of the population, some drawbacks may be noticed in terms of the approach of health care providers to patients and patient rights. Until 2011, the Act No. 20/1966 Coll., on Public Health Care, had regulated the health care provision and patient rights in a complex way. Gradually, it became clear that the main part of regulations did not consider the patient-specific needs adequately. Legislators' efforts to bring the patient rights in conformity with the principles of the Constitution, Charter of Fundamental Rights and Freedoms, and the Convention of Human Rights and Biomedicine have led to the Act No. 372/2011 Coll., on Healthcare Services, which has replaced the Act on Public Health. The new foundation of patient rights guarantees that the failure to fulfil may be rectified as only the rights defined by law can be effectively enforced. The prerequisite for a patient to exercise and demand his/her rights to be fulfilled is their knowledge. This dissertation aims to provide a concise overview of the progression of patient rights and their origins within the international and national context, to outline some rights of an insured person and a health care user more in-depth, to introduce the protection of patient rights, and to verify the knowledge of selected rights among the patients in the South Bohemian region.

Based on my own research which took place in outpatient and inpatient facilities in the South Bohemian region by the questionnaire form I wanted to find how are patients informed about their rights and whether they are actively interested in them. I chose two hypothesis. The first hypothesis was verified claims that the patients over the age of 50 have more knowledges about their rights than the patients to the age of 50. From the results of statistical data exploration it shows implies that the patients over the age of 50 have really more knowledges than the patients of the second age category, therefore the hypothesis was confirmed. The second hypothesis should confirm whether the patients are passive at getting informations about the patients rights. The survey shows that the

patients are active and they are interested in finding out informations. The second hypothesis didn't confirmed. My purpose wasn't describe in detail all patient rights. I wanted compile basic patient rights and rights of an insured person and a health care user which can be used to more patient know-how, for use of health professionals utilization or to teaching students of the Social and health faculty of South Bohemian University.

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

V Českých Budějovicích dne 18. května 2015

.....

Simona Vlčková

Poděkování

Děkuji vedoucí mé diplomové práce, paní JUDr. Kučerové za pomoc a podporu při zpracování celé práce. Také děkuji všem respondentům za jejich ochotu při vyplnění dotazníků.

Obsah

Úvod	9
1 Současný stav	11
1.1 Pojištěnec	11
1.1.2 Vývoj veřejného zdravotního pojištění	11
1.1.3 Principy zdravotního pojištění	12
1.1.4 Zdravotní péče	14
1.1.5 Práva pojištěnce	15
1.1.5.1 Právo na výběr poskytovatele zdravotních služeb	16
1.1.5.2 Právo na časovou a místní dostupnost hrazených služeb	17
1.1.5.3 Právo na poskytnutí informací od zdravotní pojišťovny	18
1.2 Pacient	18
1.2.1 Vývoj práv pacientů na mezinárodní scéně	19
1.2.2 Vývoj práv pacientů v České republice	21
1.2.3 Právní úprava v České republice	22
1.2.4 Práva pacienta	23
1.2.4.1 Svobodný a informovaný souhlas	24
1.2.4.2 Povinná mlčenlivost	28
1.2.4.3 Postup lege artis	33
1.3 Ochrana práv pacienta	35
1.3.1 Stížnosti	35
1.3.2 Odpovědnost při poskytování zdravotních služeb	36
1.3.3 Organizace na ochranu práv pacienta v České republice	38
2 Cíl práce a hypotézy	40
2.1 Cíl práce	40
2.2 Výzkumné otázky	40
2.3 Hypotézy	40
3 Metodika	42
3.1 Použitá metoda	42
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	44
4 Výsledky	45
4.1 Grafické znázornění výsledků	45
4.2 Statistické ověření hypotézy	69
5 Diskuze	71
6 Závěr	79
7 Seznam použité literatury	81
8 Klíčová slova	86
9 Přílohy	87

Úvod

My všichni občané České republiky jsme ze zákona pojištěnci, a i když nutně nemusíme být nemocní, během svého života jsme se ocitli i v pozici pacienta, a to hned při narození, dále v péči dětského lékaře nebo při pravidelných preventivních prohlídkách. Někteří z nás navštěvují lékařské ordinace častěji, jiní méně často. Při každém kontaktu s lékařem tak vstupujeme do právních vztahů v souvislosti se zdravotnictvím. Od zdravotnických pracovníků očekáváme zejména vysokou odbornost a zájem o naše uzdravení. Často však netušíme, že kromě odborného postupu a lékařského umění máme ze strany lékaře právo na respekt, soukromí a individuální přístup. Přestože je zdravotní péče v České republice na vysoké úrovni, mohli jsme se ještě nedávno setkat s tím, že lékař přistupoval k pacientovi paternalisticky a pacient se zcela podřizoval rozhodnutí lékaře. Mnohdy je ještě třeba překonat historicky zakořeněné stereotypy, ale stále více převládá snaha budovat rovnocenný, partnerský a na vzájemném respektu založený vztah mezi lékařem a pacientem. K takovému vztahu je ale nutné, aby pacient svá práva znal a uměl je využívat.

Cílem mé diplomové práce je zjistit, do jaké míry se pacienti v této problematice orientují, zda se o svá práva zajímají a jak dobře je znají. A protože jsem se na začátku zmínila o tom, že všichni jsme pojištěnci, nesmí chybět ani téma veřejného zdravotního pojištění a práva pojištěnce v tomto systému.

V první, teoretické části diplomové práce se proto věnuji pojištění a jeho právům včetně krátkého exkursu do historického vývoje práv pojištěnce, principům zdravotního pojištění a zdravotní péči. V části týkající se pacienta představuji vývoj práv pacientů a současná práva dle aktuální právní úpravy. Blíže popisují práva pacienta, která je podle mého názoru nutné skutečně znát, a těmi jsou - svobodný a informovaný souhlas, institut dříve vysloveného přání, povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků a postup *lege artis*. V závěru první části práce se zabývám ochranou práv pacienta, stížnostmi, odpovědností zdravotnických pracovníků, a představím i některé organizace,

které zájmy pacientů hájí, včetně malé zmínky o odškodňování v souvislosti s novým občanským zákoníkem.

Vzhledem k tomu, že od novely zákona o veřejném zdravotním pojištění a od vzniku nového zákona o zdravotních službách uplynuly již čtyři roky, zajímá mě, zda se tyto právní předpisy již stačily dostat do povědomí dospělé populace. Tuto skutečnost jsem se snažila zjistit prostřednictvím kvantitativního výzkumu, který probíhal v lůžkových a ambulantních zařízeních Jihočeského kraje. Cílem bylo zjistit, jakou znalost o svých patientských právech a o právech pojištěnce mají pacienti vybraných zdravotnických zařízení a zda jsou informovanější pacienti do 50 let věku nebo ti starší. Prostřednictvím dotazníku jsem se zaměřila na aktuální témata, jako je například časová a místní dostupnost hrazených zdravotních služeb nebo pojem dříve vyslovené přání. Další otázkou je, do jaké míry se pacienti aktivně zajímají o svá práva a z jakých zdrojů čerpají.

1 Současný stav

1.1. Pojištěnec

Dle zákona o veřejném zdravotním pojištění č. 48/1997 Sb. jsou zdravotně pojištěné osoby, které mají trvalý pobyt na území České republiky (dále jen ČR); dále osoby, které na území ČR trvalý pobyt nemají, avšak jsou zaměstnány u zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území ČR. Zákon o veřejném zdravotním pojištění v § 2 bodě 5 stanoví osoby, které jsou ze zdravotního pojištění vyňaty. Účast na zdravotním pojištění vzniká dle zákonné úpravy třemi událostmi, a to narozením člověka, jde-li o osobu s trvalým pobytem na území ČR, okamžikem, kdy se osoba bez trvalého pobytu na území ČR stala zaměstnancem zaměstnavatele, který má sídlo na území ČR, a získáním trvalého pobytu na území ČR (30). Zdravotní pojištění a zároveň povinnost hradit pojistné tedy logicky zaniká úmrtím, ukončením pracovního poměru osoby bez trvalého pobytu nebo ukončením trvalého pobytu na území ČR. Stát má zájem na tom, aby byl každý pojištěn, protože kdokoliv může potřebovat lékařskou péči a nemusel by mít dostatek prostředků, aby si ji uhradil sám (4).

1.1.2 Vývoj veřejného zdravotního pojištění

Prvopočátky dnešního sociálního zdravotního pojištění můžeme vystopovat již v cechovních zajišťovacích spolcích ve středověku. Zpočátku bylo nejvyšší prioritou pojištění proti ztrátě příjmu, tj. nemocenské pojištění. Ale postupně s rozvojem medicíny se k nemocenskému pojištění přidávalo pojištění zdravotní pro krytí výdajů na zdravotní péči. V roce 1849 bylo v Prusku zavedeno první povinné zdravotní pojištění pro horníky. Zdravotní pojištění byli povinni odvádět jak zaměstnanci, tak zaměstnavatelé. Prvním podnětem ke vzniku zákona o povinném zdravotním pojištění pro zaměstnané dělníky byl dokument k zavedení sociálního pojištění, který v roce 1881 vydal německý císař Vilém II. Podobný zákon byl v roce 1886 přijat i v tehdejší Rakousku – Uhersku. Tento zákon se vztahoval na všechny zaměstnané osoby, později i

částečně na živnostníky. Princip solidarity a možnost pojištění pro případ chudoby a pro potřeby léčení má v českých zemích tradici od 19. století. Po druhé světové válce byl tento princip solidarity přerušen až do roku 1989, kdy vznikl systém státního zdravotnictví založený na principech ústavů národního zdraví a zdravotní péče hrazené výlučně státem. Tím skončil pojišťovnický systém zdravotní péče v českých zemích (35).

Princip poskytování zdravotní péče na základě platby ze zdravotního pojištění byl znovu zaveden v roce 1991. Zároveň byl do Listiny základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku České republiky, zakotven článek 31. V tomto článku je uvedeno, že všichni občané státu mají právo na bezplatnou zdravotní péči a zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon (54).

Systém veřejného zdravotního pojištění je založen na činnosti zdravotních pojišťoven, jejichž hlavním úkolem je vybrat pojistné od plátců a těmito získanými finančními prostředky zaplatit poskytovatelům zdravotních služeb za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům. (32).

Legislativní základ zdravotního pojištění tvoří čtyři zákony - zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, zákon 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, zákon 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky a zákon 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách (35).

1.1.3 Principy zdravotního pojištění

Základními principy veřejného zdravotního pojištění je povinná účast na veřejném zdravotním pojištění, svobodná volba zdravotní pojišťovny a lékaře a princip solidarity.

Povinná účast na veřejném zdravotním pojištění

Rozhodnutí zda být pojištěn či nikoliv nezáleží na vůli občana, ale vzniká na základě zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Zde je v § 2 uveden osobní rozsah zdravotního pojištění s uvedením osob, které jsou ze zákona zdravotně pojištěny. Výčet těchto osob jsem již uvedla v první kapitole. Z toho vyplývá, že pojištění občanů uvedených v tomto paragrafu vzniká ze zákona bez ohledu na jejich volbu. Pojištěna je tedy i ta osoba, která má na území ČR trvalý pobyt, nemá žádný průkaz pojišťovny, nikdy pojištění neplatila a ani neplatí, ale přesto je pojištěncem a má nárok na zdravotní péči hrazenou ze zdravotního pojištění. Tato osoba je automaticky pojištěncem Všeobecné zdravotní pojišťovny, pokud si dříve nezvolila jinou (32).

Svobodná volba zdravotní pojišťovny a lékaře

Pojištěnec má právo na výběr zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovnu lze změnit jedenkrát za dvanáct měsíců, a to vždy k 1. lednu následujícího roku. Přihlášku je nutné vybrané zdravotní pojišťovně předložit nejpozději šest měsíců před požadovaným dnem změny. Právo na výběr zdravotní pojišťovny se nepoužije v případě narození dítěte, dítě se stává pojištěncem té zdravotní pojišťovny, u které je pojištěna matka v den porodu (23). Pojištěnec může využít svého práva na výběr poskytovatele zdravotních služeb a jednou za tři měsíce na změnu registrujícího poskytovatele zdravotních služeb (všeobecný praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost, stomatolog a gynekolog). Pojištěnec má i právo na výběr zdravotnického zařízení. Poskytovatel zdravotních služeb musí mít uzavřen smluvní vztah s příslušnou zdravotní pojišťovnou (53).

Princip solidarity

System veřejného zdravotního pojištění v ČR je postaven na principu solidarity. V praxi to znamená, že jednotliví plátcí pojistného přispívají na zdravotní pojištění rozdílnými částkami a přitom všichni pojištěnci mají rovný přístup ke zdravotní péči. Princip sociální solidarity je třeba chápat trojím způsobem, a to jako solidaritu zdravých a nemocných, mladých a seniorů, tzv. solidarita v čase, a dále jako solidaritu mezi bohatými a chudými, tzv. solidarita v objemu (53).

1.1.4 Zdravotní péče

Prvořadým úkolem zdravotních pojišťoven je použít vybrané pojistné na všeobecné zdravotní pojištění na úhradu za poskytnutou zdravotní péči svých pojištěnců jednotlivým poskytovatelům zdravotních služeb. Zdravotní péčí se rozumí soubor léčebných úkonů prováděných lékaři a ostatními zdravotnickými pracovníky za účelem vyléčení pacienta, zlepšení nebo alespoň zachování jeho zdravotního stavu (15). Zákon č. 372/2011 Sb. zdravotní péči mimo jiné dále definuje jako *předcházení, odhalení a odstranění nemoci nebo zdravotního stavu*. Zdravotní péčí jsou i zdravotní výkony rozdělené podle účelu jejího poskytnutí, a to preventivní, diagnostické, léčebné, léčebně rehabilitační, ošetrovatelské nebo jiné zdravotní výkony prováděné zdravotnickými pracovníky. Dále lze zdravotní péči rozdělit i podle časové naléhavosti na neodkladnou, akutní, nezbytnou a plánovanou (12). Zdravotní péče je poskytována pojištěncům v zásadě čtyřmi formami, kterými jsou forma ambulantní, při níž není nutná hospitalizace pacienta; jednodenní, kdy je nutný pobyt pacienta na lůžku ovšem po dobu kratší než 24 hodin; lůžková, při níž je nezbytná hospitalizace; a zdravotní péče poskytnutá ve vlastním sociálním prostředí pacienta (15).

V následující části bych se ráda zmínila o rozdělení zdravotní péče dle kritéria úhrady. Nebudu zde uvádět všechny jednotlivé položky hrazené, částečně hrazené či nehrazené zdravotní péče v systému našeho zdravotního pojištění. Rozsáhlý seznam

těchto položek je uveden v zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a v jeho přílohách.

Hrazená péče je hrazena s prostředků veřejného zdravotního pojištění. Zde se nejlépe projevuje zásada rovnosti a solidarity. Každý pojištěnec bez ohledu na výši svého příspěvku má nárok na stejnou hrazenou zdravotní péči (25).

Nehrazenou péči rozumíme vyšetření a prohlídky v osobním zájmu provedené na žádost fyzických osob nebo právnických osob, orgánů činných v trestním řízení nebo orgánů státní správy. V těchto případech hradí tyto výkony ty orgány, které si je vyžádaly (Kahoun aj. 2008). Z veřejného zdravotního pojištění se dále nehradí výkony akupunktury, plastické chirurgie a interrupce z jiných než zdravotních důvodů. Všechny položky nehrazené péče jsou uvedeny v příloze č. 1 zákona č. 48/1997 Sb.

V systému zdravotního pojištění v České republice je částečně hrazená zdravotní péče využívána zejména u některých léků, některých stomatologických výrobků a prostředků zdravotnické techniky. Jedná se o takzvanou spoluúcast, která má eliminovat nadužívání zdravotní péče pacienty a působit na občany v oblasti prevence (35).

1.1.5 Práva pojištěnce

Občané – pojištěnci v systému veřejného zdravotního pojištění mají svá základní práva, která jsou zakotvena v zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Ten je definuje v § 11. Pojištěnec má právo na výběr zdravotní pojišťovny. Pojišťovny jsou povinny přijmout všechny pojištěnce splňující zákonem stanovené podmínky pro změnu zdravotní pojišťovny.

Pojištěnec má dále právo na výběr lékaře, resp. poskytovatele zdravotních služeb, na časovou a místní dostupnost hrazených zdravotních služeb, na poskytnutí hrazených služeb v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem o veřejném zdravotním pojištění, přičemž poskytovatel nesmí za tyto hrazené služby přijímat od pojištěnce žádnou úhradu. Významným právem pojištěnce je možnost kontrolovat poskytnutou zdravotní péči a požadovat od zdravotní pojišťovny informaci o zdravotní péči, která mu byla

poskytnuta a byla hrazena z veřejného zdravotního pojištění, a právo podat stížnost dle zákona o zdravotních službách (9). Některá z uvedených práv více přibližují v následující části.

1.1.5.1 Právo na výběr poskytovatele zdravotních služeb

Jeden ze základních principů, na němž je současný vztah mezi lékařem a pacientem postaven, je právo na svobodnou volbu lékaře. V minulém režimu měli občané stanovenu příslušnost ke svému obvodnímu lékaři. Právní úprava počátkem devadesátých let zcela uvolnila tuto příslušnost a zavedla téměř neomezenou volbu lékaře, která kromě pozitiv pro pacienta přinesla i řadu negativ ve formě duplicitních výkonů, čerpání léků nebo přístupu lékaře ke zdravotnické dokumentaci. Zákonodárce na tyto nedostatky reagoval omezením volby lékaře tak, že pojištěnec má právo změnit svého registrujícího lékaře jednou za tři měsíce (18).

Dalším omezením svobodné volby lékaře je skutečnost, zda je lékař smluvním partnerem dané zdravotní pojišťovny. Pokud chce totiž pacient poskytnout bezplatnou péči, musí být zvolený lékař či jiný zdravotnický pracovník ve zdravotnictví ve smluvním vztahu se zdravotní pojišťovnou, jíž je pacient pojištěncem. Pojištěnec má samozřejmě možnost zvolit si lékaře, který ve smluvním vztahu s danou zdravotní pojišťovnou není. Tímto krokem se však pojištěnec vzdává svého práva na hrazenou péči (56).

Jsou i situace, kdy lékař vybraný pojištěncem může tohoto pojištěnce odmítnout přijmout do své péče z důvodu, kdy by tímto přijetím bylo překročeno únosné pracovní zatížení lékaře. Dalším důvodem pro odmítnutí přijetí pojištěnce do péče může být příliš velká vzdálenost místa trvalého bydliště pojištěnce pro výkon návštěvní služby zejména u praktických lékařů, nebo pacient není pojištěncem zdravotní pojišťovny, se kterou má poskytovatel zdravotních služeb uzavřenou smlouvu podle zákona o veřejném zdravotním pojištění. Neodkladnou péči je však lékař povinen poskytnout vždy. Právo svobodné volby lékaře se netýká vojáků v činné službě a žáků vojenských škol, dále

osob ve výkonu trestu odnětí svobody a závodní preventivní péče, kterou zajišťuje zaměstnavatel (4).

Ukončit péči o pacienta může poskytovatel zdravotních služeb mimo jiné v případě, kdy pacient závažným způsobem omezuje práva ostatních pacientů a úmyslně a soustavně nedodrží navržený léčebný postup (1).

Jak je vidět, právo svobodné volby lékaře je pro pojištěnce v některých případech limitováno.

1.1.5.2 Právo na časovou a místní dostupnost hrazených služeb

Novelou zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v dubnu 2012 bylo poprvé v historii zakotveno právo pojištěnce na časovou a místní dostupnost hrazených zdravotních služeb poskytovaných smluvními poskytovateli příslušné zdravotní pojišťovny. Na základě tohoto ustanovení nabylo v lednu 2013 účinnosti Nařízení vlády, které konkrétně stanoví místní dostupnost pro jednotlivé lékařské obory a služby, a to pro ambulantní i lůžkovou péči. Místní dostupností se rozumí přiměřená vzdálenost místa poskytování hrazených služeb vzhledem k místu bydliště pojištěnce, která je vyjádřena dojezdovou dobou v minutách. Dále nařízení obsahuje časovou dostupnost, kterou se stanoví maximální časová lhůta pro provedení plánovaného zákroku či zahájení léčby. Časová dostupnost je vyjádřena v týdnech. Plánování těchto zdravotních služeb je nutné v zájmu zajištění dostatečného a trvalého přístupu pojištěnců k těmto službám (14).

1.1.5.3 Právo na poskytnutí informací od zdravotní pojišťovny o jemu poskytnutých hrazených službách a právo podílet se na kontrole poskytnuté zdravotní péče hrazené zdravotním pojištěním

Zdravotní pojišťovny podléhají kontrole Ministerstva zdravotnictví. Na kontrole zdravotních pojišťoven se mohou podílet i pojištěnci. Zdravotní pojišťovna je povinna na žádost pojištěnce poskytnout písemně a bezplatně údaje o zdravotní péči, která byla uhrazena za tohoto pojištěnce v posledních dvanácti měsících, dále o zaplacených doplatecích za léky a regulačních poplatcích, a to jedenkrát ročně. Jedná se o tzv. výpis z osobního účtu.

Zdravotní pojišťovny dále umožňují svým klientům na jejich žádost vzdálený přístup k informacím týkajícím se čerpané zdravotní péče. Na základě přiděleného registračního kódu je možné kdykoliv vstoupit do osobního účtu na webových stránkách pojišťovny. Pojištěnec tak má přehled o tom, jakou zdravotní péči vykázali jeho ošetřující lékaři, jaké doplatky za léky vydané na recept jsou v pojišťovně evidovány a jaké regulační poplatky pojištěnci zaplatili. V přehledu zdravotní péče tak má pojištěnec možnost zkontrolovat poskytnutou zdravotní péči a v případě nesrovnalostí v úhradách za poskytnutou zdravotní péči se může na pojišťovnu obrátit.

O elektronický výpis z osobního účtu může pojištěnec žádat u jednotlivých pojišťoven různými způsoby (36).

1.2. Pacient

Pacientem se dle zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. rozumí fyzická osoba, které jsou poskytovány zdravotní služby. Dle Světové zdravotnické organizace je pacientem osoba, která je příjemcem zdravotní péče. Význam slova pacient pochází z latinského *patiens* – trpící, nemocný, jde o jedince, který potřebuje péči (24).

1.2.1 Vývoj práv pacientů na mezinárodní scéně

V této části bych se ráda ohlédla zpátky do historie a připomněla několik dokumentů, ve kterých lze najít náznaky práce lékařů a jejich vztahu k pacientům. První zmínku můžeme najít v oblasti starobabylónské říše v Chammurapiho zákoníku sepsaného kolem roku 1800 př. n. l. Obsahem tohoto zákoníku bylo mimo jiné i ustanovení o tom, co se stane lékaři, způsobí-li nemocnému újmu na zdraví. V zákoníku je kladen větší důraz na represii než na výchovnou funkci lékaře. Neschopní lékaři byli postihováni za chybné zákroky tvrdými sankcemi, v některých případech jim hrozilo i useknutí ruky. Vzhledem k tehdejší úrovni medicíny nebylo povolání lékaře nejbezpečnější (26).

Naopak lékaři ve starověkém Egyptě byli uznávanými odborníky. Zejména bohatým občanům, kteří si lékaře mohli dovolit, se dostávalo odborné péče. Co se týká chudších obyvatel, nebyl na jejich léčbě příliš velký zájem. Léčba a její průběh patrně nebyly příliš důvěrné (20). Dle mého názoru je těžké posoudit, do jaké míry byli nemocní informováni o svém zdravotním stavu a průběhu léčby, či znali jméno lékaře.

Významným krokem byl vznik tzv. Hippokratovy přísahy (5. století př. n. l.), která položila základy moderní lékařské etiky. Podle Haškovcové se jedná o soubor etických pravidel jednání lékaře, jež je po staletí považován za závaznou normu lékařů ve vztahu k pacientům. Obsahuje totiž povinnosti lékařů vůči pacientům, kolegům a veřejnosti. Přestože se přímo nejedná o práva pacientů tak, jak je chápeme dnes, dokument představuje důležitý zdroj, který dodnes slouží k jejich, byť nepřímé ochraně (20). Nutno podotknout, že Hippokratova přísaha byla chápána nejen jako etická, ale i jako právní norma (41).

Ve středověku péče o nemocné probíhala většinou v kláštřích. O tyto osoby převážně pečovaly církevní řády. Při kláštřích po celé Evropě mnohdy vznikaly špitály, kde nalézali útočiště nemocní i sirotci. I v této době pod vlivem křesťanské víry a znalosti Hippokratovy přísahy se můžeme domnívat, že docházelo k jistému dodržování práv nemocných ze strany lékařů a ošetřovatelů (20).

K významnému posunu došlo po druhé světové válce, kdy začal být kladen větší důraz na lidská práva a svobody. Snahy o vytvoření bezpečnějšího světa a zajištění základních práv všem obyvatelům vyústily v založení Organizace spojených národů v roce 1945 v San Franciscu, Světové lékařské asociace v roce 1947 v Londýně a Světové zdravotnické organizace v roce 1948 v Ženevě. Cílem těchto organizací bylo vytvořit podmínky pro udržení trvalého míru a bezpečnosti, stejně jako jejich základního předpokladu – lidského zdraví (50).

Lidská práva a základ pro práva pacientů

Snahy výše uvedených organizací byly shrnuty a vyzdviženy v dokumentech, které zmíněné organizace vydaly. Rozhodně nejznámějším lidskoprávním dokumentem na světě je Všeobecná deklarace lidských práv, která byla přijata Valným shromážděním OSN v roce 1948 a stala se tak prvním mezinárodním uznáním práv a svobod každého člověka bez rozdílu. Ve stejném roce vydala Světová lékařská asociace Ženevskou deklaraci, která vychází z Hippokratovy přísahy a obsahuje slib lékařů, že budou stát vždy na straně humanitárních cílů medicíny. Deklarace dodnes slouží pro profesní sliby lékařů po celém světě, ale podíváme-li se na tento dokument očima pacienta, zjistíme, že vztah lékař - pacient je upraven pouze jednostranně, a to z pozice lékaře (55).

Chybí zde zajištění práv a potřeb pacienta ze strany lékaře a zdravotnického personálu. Všeobecná deklarace inspirovala nejen následný vznik již právně závazných mezinárodních úmluv chránících lidská práva, ale i jednotlivé státy, které do svých ústav začlenily své národní katalogy lidských práv. Mezi nimi nechybí ani Česká republika, a to díky naší Listině základních práv a svobod. O vývoji práv v ČR se zmiňuji v další kapitole.

Reakcí Evropy na Všeobecnou deklaraci lidských práv bylo přijetí Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod v roce 1951. Obsah úmluvy byl snahou o definování a právní zakotvení lidských práv a tento obecný základ se stal podkladem pro budoucí patientská práva. Významnou úmluvou zasahující do problematiky

lidských práv je nepochybně Evropská sociální charta z roku 1961. Tato úmluva má rámcový charakter, a práva zakotvená touto chartou nejsou zpravidla uplatnitelná přímo. Úmluva zakotvuje právo na ochranu zdraví, na dostupnou lékařskou péči a pomoc, a věnuje se též zdravým pracovním podmínkám (30). Zcela jistě významnou úmluvou z oblasti zdravotnictví je Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (1997). Jsou zde vytčena veškerá důležitá opatření nezbytná k ochraně důstojnosti člověka a základních práv jedince v oblastech, které se týkají užití biologie a medicíny. Právo na prevenci a ochranu zdraví a právo na zdravotní péči za podmínek stanovených legislativou jednotlivých států je zaručeno ve článku 35 Charty základních práv Evropské unie z roku 2000, která byla novelizována v roce 2007 a je součástí Lisabonské smlouvy. Listina se stala podkladem pro vznik Evropské charty práv pacientů z roku 2002. Ta definuje 14 základních práv pacienta, kterým věnuji samostatnou kapitolu (42).

1.2.2 Vývoj práv pacientů v České republice

Historie práv pacientů v České republice je poměrně krátká. Přestože v západním světě v průběhu sedmdesátých let se začaly objevovat první náznaky snah o zakotvení práv pacientů a reflektovaly změny ve zdravotnických systémech, v České republice vlivem politické situace a probíhající normalizace stále panoval paternalistický přístup. Změna nastala s přeměnou společnosti na demokratickou, ve které jsou lidská práva a individuální svobody vysoce ceněny. Lidé přijímají plnou odpovědnost za svůj život a zdraví a přejí si mít dostatek informací za všech okolností, a to i v nepříznivých podmínkách svého života. Mají potřebu o sobě rozhodovat a být lékaři rovnocenným partnerem. Tato skutečnost vyvolala nutnost vypracovat kodex, který by připomněl práva pacientů, a ta se tak dostala do běžného povědomí zdravotnické i laické obce. Návrh na vypracování kodexu podala v roce 1991 Hana Haškovcová centrální etické komisi při vědecké radě Ministerstva zdravotnictví za předsednictví Jaroslava Šetky (20). Jedná se o soubor práv pacientů, který byl schválen Centrální etickou komisí

Ministerstva zdravotnictví. Obsahuje výčet práv pacienta, která jsou závazná morálně, nikoliv právně. Garantuje pacientům dodržování jejich lidských práv a svobod, přináší pacientům zejména ochranu v jejich právu na rozhodování o své osobě a ochraně osobních údajů (37).

Jako základní zdroj práv pacienta můžeme vnímat obecná lidská práva zakotvená v Listině základních práv a svobod, která se spolu s Ústavou České republiky z roku 1993 stala součástí právního pořádku ČR. Obsah tvoří kodex občanských práv a svobod, které musí být respektovány ve všech dalších právních normách. Důležitým ustanovením této ústavy je článek 10, ve kterém se stanovuje, že mezinárodní smlouvy ratifikované a vyhlášené v České republice jsou součástí právního řádu. Tyto mezinárodní úmluvy jsou v případě sporu nadřazené národním zákonům. Jedná se např. o Úmluvu o ochraně lidských práv a základních svobod (v ČR 1992), Evropskou sociální chartu (v ČR 2000), Úmluvu o lidských právech a biomedicině (v ČR 2001) (42).

1.2.3 Právní úprava v České republice

Základ právní úpravy zdravotní péče byl před rokem 1990 obsažen v části třetí zákona č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu. Tento zákon upravoval zásady poskytování zdravotní péče. Pacient byl podle tohoto zákona pouze pasivním účastníkem, který měl velmi omezená práva rozhodovat o tom, jaká péče mu má být poskytnuta. První významnější novelou z roku 1991 byly vytvořeny předpoklady pro vznik kvalitativně odlišného systému zdravotní péče. Došlo zejména ke zrušení monopolu státu na poskytování zdravotní péče a tím i k rozšíření možnosti výběru lékařů a zdravotnických zařízení. Ve stanoveném rozsahu se zdravotní péče stala věcnou dávkou veřejného zdravotního pojištění, byly upraveny alespoň rámcově druhy zdravotní péče a korigovány hmotně právní důvody poskytování zdravotní péče bez souhlasu pacienta (49).

Zákon definuje několik práv pacientů, a to právo na poskytování zdravotní péče, možnost volby lékaře a zdravotnického zařízení, právo na poskytnutí veškerých informací ze zdravotnické dokumentace, právo nahlížet do zdravotnické dokumentace za přítomnosti zdravotnického pracovníka a pořizovat si výpisy, opisy a kopie. Dále má pacient právo určit osobu, která může být informována o jeho zdravotním stavu, případně vyslovit zákaz sdělovat informace (8). Do jaké míry ale bylo toto právo pacientovi umožněno a jak velký rozsah informací mohl pacient získat, zůstává otázkou.

Postupem času se ukázalo, že patientská práva zakotvená v tomto zákoně nejsou úplná a dostatečná a že neodpovídají reálné potřebě dnešního zdravotnictví. Neúplnost legislativně ukotvených patientských práv vedla nakonec k přijetí zákona, který zcela nahradil zákon z roku 1966, tím je zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

Důvodem, proč se zákonodárci rozhodli mnohokrát novelizovaný zákon č. 20/1966 Sb. zrušit a nahradit ho novým právním předpisem, byla skutečnost, že velká část původního zákona byla prakticky nepoužitelná, neboť upravovala „zdraví a potřebu lidu“ a nikoliv skutečné potřeby konkrétního pacienta. Tím byla výrazně potlačena možnost pacienta vymáhat svá práva a nároky (49). Snahou bylo dát práva pacientů co nejvíce do souladu s principy Úmluvy o lidských právech a biomedicině a také s dalšími principy uplatňovanými v evropském právním prostředí.

1.2.4 Práva pacienta

V této části se věnuji výše zmíněnému novému zákonu o zdravotních službách, uvedu patientská práva a některá z nich blíže představím.

Zákon o zdravotních službách obsahuje ve čtvrté části Hlava I Práva a povinnosti pacienta a jiných osob. Na prvním místě je uvedeno, že *zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodných a informovaným souhlasem, nestanoví-li tento zákon jinak*. Dále zákon uvádí právo pacienta *na poskytnutí zdravotních služeb na náležitě odborné úrovni, na úctu, soukromí a důstojné zacházení*. Pacient si může zvolit

poskytovatele oprávněného k poskytnutí zdravotních služeb a v případě pochybností o správnosti diagnózy nebo poskytnuté péče si vyžádat konzultační služby od jiného poskytovatele. Významným právem je právo pacienta na nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce nebo opatrovníka a na přítomnost osoby blízké. Pacient má právo odmítnout přítomnost osob, které nejsou na poskytování zdravotních služeb přímo zúčastněny, dále má právo na předem vyslovený souhlas nebo nesouhlas, tzv. dříve vyslovené přání. Pacient může nahlížet do své zdravotnické dokumentace, pořizovat si výpisy nebo kopie. Pacient se může vzdát podání informace o svém zdravotním stavu a při přijetí do péče může určit osoby, které mohou být informovány o jeho zdravotním stavu (12).

Zákon vymezuje řadu dalších práv pacientů, ale není smyslem této práce kopírovat zákon a uvádět všechna práva. V další části práce se některými, dle mého názoru významnými právy, budu zabývat podrobněji.

1.2.4.1 Svobodný a informovaný souhlas

Informace o zdravotním stavu pacienta

Pacient má právo na informace o svém zdravotním stavu, povaze jeho onemocnění, o navržených léčebných postupech, o výsledcích léčby včetně neočekávaných výsledků. Dále má pacient nebo osoba pacientem určená právo klást doplňující otázky vztahující se k jeho zdravotnímu stavu (12).

Institut informovaného souhlasu se váže k zásadě, že pacient rozhoduje sám o dalším postupu v oblasti zdravotní péče o jeho osobou. Jeho rozhodování je ale ovlivněno některými skutečnostmi, které mohou způsobit, že jeho rozhodnutí není zcela autonomní. Jasně se k tomu vyjadřuje Adam Doležal: „*Pacient se nachází v pozici strachu, nejistoty a bolesti. Možnost bytí jeho Já je omezována bolestí a tak se nechává uchopit jinou existencí, které svěřuje své já. Zatímco lékařovo postavení je uchopující, v opakovaném úkonu někdy i rutinní, sice vedené s maximálně odbornou péčí, nicméně*

bytostně nezaujaté, je tedy v pozici, která je oddělená od bytostného chápání úzkosti Druhého Já, tj. pacientovy existence.“ Do rozhodování pacienta jsou zahrnuty i další důležité faktory, které jsou ovšem často a nepochopitelně opomíjeny. Patří k nim mentální kapacita pacienta, kdy ač řádně poučen, nedokáže dovést důsledky zákroku nebo si prostě nedokáže vybrat z nabízených alternativ a přiklání se tak k alternativě doporučené lékařem. Faktor společenských tlaků je také nezanedbatelný (16).

Přijmout informace o zdravotním stavu není pacientovou povinností ale právem. Z toho vyplývá, že pacient může tyto informace odmítnout a tohoto práva i vzdát. Pacient může určit osobu, jíž bude informace o jeho zdravotním stavu podána. Tyto skutečnosti musí být zaznamenány do zdravotnické dokumentace. Existují však výjimky, kdy se k tomuto přání pacienta nepřihlíží, a to v případě, kdy se jedná o infekční nebo jiné onemocnění, které by mohlo ohrozit zdraví nebo život jiných osob.

V případě, kdy lze předpokládat, že by podání informací o zdravotním stavu způsobilo pacientovi závažnou újmu na zdraví, může být v nezbytně nutném rozsahu a po dobu nezbytně nutnou dobu informace o nepříznivé diagnóze zdravotního stavu zadržena. (12). Ustanovení o rozhodnutí zadržet informaci o zdravotním stavu pacienta se nazývá „terapeutické privilegium“. Jedná se například o zadržení informací o smrtelné prognóze onemocnění, kdy by taková informace mohla výrazně zhoršit zdravotní stav pacienta. Vzhledem k tomu, že pacientovi byly informace poskytnuty v co nejmenší míře, tato skutečnost ztěžuje možnost pacientova rozhodování o dalším postupu (46).

Dle mého názoru lékař musí mít pro zadržení informace konkrétní důvody a zadržení informace musí předem důkladně zvážit. Haškovcová k tomuto tématu dále uvádí, že „*otázka, zda pacient pravdu unese, či nikoliv, je irrelevantní. Pacient nemůže o své nemoci nevědět, on ji určitým způsobem nést musí.*“ (20).

Vymezení terapeutického privilegia v současné legislativě považuji za žádoucí pokrok. V předchozí právní úpravě takové ustanovení nebylo.

Souhlas pacienta s léčbou

Jak jsem již zmínila předchozím bodě, svobodný a informovaný souhlas pacienta je podmínkou pro poskytnutí zdravotní služby, tj. zahájení vyšetřovacích nebo léčebných výkonů. Aby byl souhlas se zákrokem platný, musí mít pacient k dispozici dostatek kvalitních informací. Každý pacient má právo znát potenciální rizika, výhody i možnosti nabízené léčby (39). Další podmínkou platnosti souhlasu je jeho svoboda. O nesvobodném souhlasu můžeme hovořit v případě, kdy pacient souhlasí se zákrokem například pod nátlakem rodiny nebo lékaře nebo je nucen se rozhodnout ve stavu akutní bolesti. Souhlas se zákrokem musí být udělen vždy ke konkrétnímu zákroku (4). Právní předpisy obecně nevyžadují souhlas pacienta se zákrokem v písemné podobě a ve většině případů dostačuje souhlas ústní či mlčky. Výjimku tvoří některé konkrétní výkony rizikovější povahy či závažného dopadu. U jakých zákroků se písemný souhlas vyžaduje, upravují jiné právní předpisy, tj. zákon o specifických zdravotních službách nebo transplantáční zákon. Jedná se například o asistovanou reprodukci, transplantaci a umělé přerušování těhotenství (38).

Zákon o zdravotních službách vymezuje i případy, kdy lze léčbu zahájit bez souhlasu pacienta. Pacienta je možno léčit navzdory tomu, že neposkytl k léčbě souhlas (ať už on či jeho zákonný zástupce), pouze pokud se jedná o neodkladnou péči a navíc je-li splněna alespoň jedna z následujících podmínek:

- pokud zdravotní stav neumožňuje pacientovi tento souhlas vyslovit, tím není dotčeno dříve vyslovené přání
- pokud se jedná o léčbu vážné duševní poruchy a pokud by v důsledku jejího neléčení došlo se vši pravděpodobností k vážnému poškození zdraví pacienta, a to i u nezletilého pacienta
- u nezletilého pacienta pokud jde o neodkladné výkony nutné k záchraně jeho života nebo zamezení vážného poškození zdraví
- nezletilému pacientovi nebo pacientovi s omezenou svéprávností, lze poskytnout neodkladnou péči bez souhlasu zákonného zástupce, pokud je podezření na týrání, zneužívání nebo zanedbávání (31).

Dále je možno bez souhlasu pacienta poskytnout zdravotní služby stanovené zákonem o ochraně veřejného zdraví, tedy např. služby směřující k zabránění v šíření infekčních chorob (např. břišního tyfu nebo HIV).

Pacient může svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb odvolat, ovšem pouze za předpokladu, že ještě nebyly zahájeny vyšetřovací a léčebné úkony, jejichž přerušeni by mohlo způsobit vážné poškození zdraví pacienta (12).

Pokud pacient i přes opakované podání informace o jeho zdravotním stavu odmítá vyslovit souhlas s léčbou, učiní o tom písemné prohlášení, tzv. negativní revers. Toto prohlášení je součástí zdravotnické dokumentace o pacientovi. Jestliže pacient odepře podepsání takového nesouhlasu, zdravotnický pracovník tuto skutečnost do záznamu doplní a podepíše ji spolu se svědkem (12). Institut negativního reversu má za úkol chránit jak zdravotnického pracovníka, tak pacienta. Ráda bych se blíže zmínila o negativním reversu v případě dětí a osob s omezenou svéprávností. Často totiž dochází ke sporu mezi rodiči a poskytovateli zdravotních služeb, pokud jde o aplikaci negativního reversu u dětí. Rodiče jsou totiž oprávněni za děti podepsat negativní revers, a pokud rodiče odpírají souhlas s léčbou i v případech, kdy je tento léčebný výkon nezbytný k záchraně života a zdraví dítěte či osob s omezenou svéprávností, je o provedení výkonu oprávněn rozhodnout ošetřující lékař (38). Považuji toto opatření za zásadní, jelikož chrání život a zdraví dítěte a zabrání tak libovůli nezodpovědných rodičů.

Dříve vyslovené přání

Institut dříve vyslovené přání upravuje až současná právní úprava, v minulosti tento pojem nebyl v zákoně zakotven. Obecně je právo na respektování přání pacienta uvedeno i v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně. Jedná se o možnost pacienta, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas či nesouhlas s poskytnutím léčby, vyslovit tento souhlas či nesouhlas předem formou tzv. dříve vysloveného přání. Přání musí mít písemnou formu a musí být

opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta. Zákon stanoví výjimky, při kterých nelze předem udělený souhlas či nesouhlas respektovat, a dále ustanovení, že institut dříve vyslovené přání nelze uplatnit u dětí a osob s omezenou svéprávností (32). Předem vyslovené přání není možné respektovat v případě, pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti, pokud by jeho splnění mohlo ohrozit další osoby a jiné (12). Za ne příliš správné považuji definování pojmu „aktivní způsobení smrti“, kdy „Aktivním ukončením života se rozumí např. odpojení od přístrojů, podání smrtelné dávky léku“, ale je nutné odlišovat aktivitu lékaře spočívající v usmrcení pacienta a nekonání lékaře, tj. nechat pacienta zemřít.

Otázkou je, zda je lékař povinen řídit se dříve vysloveným přáním za každou cenu. Vzhledem k rychlému vývoji technologie a medicíny mohou existovat důvody, aby přání pacienta splněno nebylo. Lékař může předpokládat, že za současné situace by pacient s léčbou souhlasil. Jak má tedy lékař postupovat v případě pochybností? Podle Císařové je v případě pochybností lepší léčit, i když tím lékař může zasáhnout do autonomie vůle člověka, než neléčit, a tím případně zmařit lidský život (6). Dle § 36 odst. 2 zákona o zdravotních službách je *poskytovatel povinen brát zřetel na dříve vyslovené přání pacienta, má-li ho k dispozici*. Toto ustanovení je v praxi jen těžko uchopitelné. Pokud nebude přání součástí zdravotnické dokumentace u příslušného poskytovatele, nemusí o takovém přání poskytovatel vědět. Souhlasím s návrhem Ligy lidských práv na zřízení elektronického registru dříve vyslovených přání, který zní:

„Doporučujeme také zřízení jednotného elektronického registru dříve vyslovených přání, neboť pacient může své pokyny udělit v jedné nemocnici, z různých důvodů pak ale může být hospitalizován v nemocnici jiné.“ (28).

1.2.4.2 Povinná mlčenlivost

Ochrana lékařského tajemství je jednou ze základních zásad výkonu zdravotnického povolání. Zachovávání mlčenlivosti patří k profesní cti zdravotnických pracovníků, porušování by bylo porušením etických zásad a příslušných kodexů.

Porušení povinné mlčenlivosti by bylo i porušením práva, neboť toto právo pacientovi zaručuje Úmluva o lidských právech a biomedicíně, která je nesporně nejvyšším stupněm ochrany osobních údajů pacientů v hierarchii právních předpisů. Je zde stanoveno, že každý má právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o svém zdravotním stavu. Dále je toto právo zakotveno i v Listině základních práv a svobod, podle níž má každý právo na ochranu před neoprávněným shromažďováním, zveřejňováním nebo jiným zneužíváním údajů o své osobě. Základním právním předpisem, ve kterém jsou stanovena práva a povinnosti při zpracování osobních údajů bez ohledu na oblast, v níž k tomuto zpracování dochází, je zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. V oblasti poskytování zdravotních služeb se touto problematikou zabývá zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, který upravuje povinnou mlčenlivost zdravotnických pracovníků, a dále vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci (32).

Jak jsem uvedla v úvodu, povinná mlčenlivost zdravotníků vychází jak z Listiny základních práv a svobod, tak z Úmluvy o lidských právech a biomedicíně. Na základě této skutečnosti, má pacient možnost domáhat se nápravy zásahu do jeho soukromí u Ústavního soudu i u Evropského soudu pro lidská práva (30).

Definice povinné mlčenlivosti je zakotvena v § 51 odst. 1 zákona o zdravotních službách a zní: *poskytovatel je povinen zachovat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. Zákon vymezuje i některé výjimky, kdy je zdravotnický pracovník zproštěn povinné mlčenlivosti, tzv. průlomů. Prvním případem je předávání informací nezbytných pro zajištění návaznosti poskytovaných zdravotních služeb. V tomto případě je třeba zmínit, že lékař, kterému byly postoupeny informace nutné pro další léčbu, se nás může dotazovat na informace z naší zdravotnické dokumentace pouze v takovém rozsahu, který přímo souvisí s poskytováním navazující zdravotní péče. Nejčastějším průlomem z povinné mlčenlivosti je sdělování údajů, je-li poskytovatel zproštěn přímo pacientem. Je třeba, aby lékař měl toto zproštění v písemné podobě s přesným uvedením, komu a jaké údaje smí sdělovat. Dokument musí být vlastnoručně podepsán pacientem a datován. Tato*

skutečnost souvisí i s právem pacienta určit si osoby, kterým mohou být informace o jeho zdravotním stavu podávány. Pacient má možnost sdělit, že si nepřeje sdělovat informace o jeho zdravotním stavu nikomu, ani osobám blízkým. V případě, že by totiž pacient byl v takovém zdravotním stavu, kdy nemůže osoby určit, měly by osoby blízké na tyto informace nárok (30).

Bez souhlasu pacienta lze prolomit mlčenlivost v případech, kdy to vyžadují potřeby trestního řízení. Souhlas se získáním údajů zaštitěných povinnou mlčenlivostí může pro účely trestního řízení dát pouze soudce trestního soudu. Je-li souhlas soudce v trestním řízení vydán, jsou zdravotničtí pracovníci povinni poskytovat orgánům činným v trestním řízení součinnost sdělením informací, na něž se souhlas vztahuje (38).

Ze zákona o zdravotních službách dále vyplývá, že je možné sdělit údaje nebo jiné skutečnosti bez souhlasu pacienta, pokud se jedná o oznamovací povinnost zdravotnického pracovníka. Zdravotnický pracovník je povinen oznámit zákonem stanovenou skutečnost státním orgánům v případě, kdy se dozví, že někdo připravuje, páchá nebo spáchal trestný čin. Takovým trestným činem může být například vražda, znásilnění nebo týrání svěřené osoby. Jedná se tedy o povinnost oznamovací, kdy zdravotnický pracovník nebo poskytovatel mají povinnost určité informace sami aktivně oznamovat, jakmile se o nich dozvědí, bez předchozí žádosti. Neoznámením této skutečnosti by se zdravotní pracovník mohl sám ocitnout v pozici trestně stíhaného pro spáchání trestného činu nepřekažení či neoznámení trestného činu. Možnost sdělit údaje bez souhlasu pacienta má zdravotnický pracovník i vůči jiným institucím, např. zdravotním pojišťovnám nebo správě sociálního zabezpečení (2).

Podle Macha můžeme za další průlom v mlčenlivosti považovat sdělování údajů v nezbytném rozsahu pro ochranu vlastních práv v trestním řízení a jiných řízeních nebo před soudem, je-li předmětem řízení spor mezi poskytovatelem, popř. jeho zaměstnancem, a pacientem nebo jinou osobou uplatňující práva na náhradu škody nebo ochranu osobnosti v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (32). Z toho vyplývá, že zdravotnický pracovník je oprávněn porušit tuto povinnost na svoji obranu

proti trestnímu stíhání a sdělit pouze takové informace, které jsou pro obhajobu nezbytné (12.).

Dle mého názoru je možnost poskytovat informace pro ochranu vlastních práv pro zdravotnické pracovníky velkým přínosem. Toto ustanovení bylo díky České lékařské komoře zakotveno v právní úpravě.

Poslední výjimkou je možnost sdělování údajů zdravotnickým pracovníkem, který je členem komory, a to v rozsahu nezbytném pro účely řízení prováděných orgány komory (12).

Povinná mlčenlivost se týká nejen zdravotnických pracovníků, ale i jiných odborných pracovníků v souvislosti s výkonem jejich povolání. Dále i osob, které se na ošetření a léčbě přímo nepodílejí, a osob, které již nevykonávají své povolání, tato povinnost platí i při ukončení pracovního poměru. Povinnost se týká i osob, které získávají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, a dalších osob uvedených v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

I přesto, že je problematice ochrany osobních údajů věnována velká pozornost již po řadu let, můžeme se stále ještě dnes setkat s tím, že lékaři podceňují riziko, které vyplývá z porušení povinné mlčenlivosti. Mám na mysli sdělování informací bez rozmyslu, komu, v jakém rozsahu a za jakým účelem je při výkonu svého povolání sdělují. I zdánlivě nevinně podaná informace může pro pacienta znamenat vážný zásah do jeho práva na ochranu osobních údajů a pro lékaře i reálné nebezpečí právního postihu.

Jaké sankce z porušení povinné mlčenlivosti vyplývají? Můžeme hovořit o právních následcích pracovněprávních, kdy se může např. jednat až o okamžité ukončení pracovního poměru se zaměstnancem; občanskoprávních, disciplinárních a trestněprávních (40).

Podle nového občanského zákoníku *má každý právo na ochranu svého života a zdraví, jakož i svobody, cti, důstojnosti a soukromí. Zásah do práva na ochranu osobnosti je ten, kdo ho způsobil, povinen odstranit a nepokračovat v něm, poskytnout poškozenému přiměřené zadostiučinění v nepeněžní formě a v případě závažnějšího*

zásahu má poškozený nárok i náhradu v peněžní formě (7). Občanskoprávní úprava však není omezena pouze na dikci občanského zákoníku, jejím významným doplňkem, existujícím formálně mimo něj, je v rámci celkové soukromoprávní úpravy zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů fyzické osoby. Podle tohoto zákona je jakýkoliv údaj o zdravotním stavu občana zvláště chráněným citlivým osobním údajem (52).

Kontrolu podle zákona o ochraně osobních údajů provádí Úřad pro ochranu osobních údajů, který je oprávněn ukládat sankce za porušení povinností zpracovatele osobních údajů týkajících se pacientů. Úřad vykonává kontrolu prostřednictvím svých inspektorů. V případě zjištěných pochybení hrozí poskytovateli uložení pokuty až pět milionů korun, v případě fyzických osob a deset milionů korun v případě právnických osob (10).

Nesmíme opomenout ani možnost zahájení disciplinárního řízení a přijetí disciplinárního opatření ze strany disciplinárních orgánů České lékařské komory. Jako sankci lze uložit pokutu či vyloučení lékaře z komory (43).

Podíváme-li se, jak na porušení povinnosti mlčenlivosti nahlíží trestní zákoník č. 40/2009 Sb., zjistíme, že se jedná o neoprávněné nakládání s osobními údaji, které je v současné době trestným činem. Z hlediska zavinění je u tohoto trestného činu dostačující i zavinění z nedbalosti. Takového činu se například mohou dopustit zdravotničtí pracovníci, když neoprávněně sdělují informace o zdravotním stavu pacientů bez jejich souhlasu nebo, aniž by k tomu byli oprávněni, na základě právního předpisu. Trestní zákoník v § 180 vymezuje trestní sazby při porušení povinné mlčenlivosti. Ten, kdo spáchá tento trestný čin porušením povinnosti vyplývající z jeho povolání, zaměstnání nebo funkce, což je případ všech zdravotnických pracovníků, může být odsouzen až na tři roky nebo zákazem činnosti. Pokud navíc spáchal takový čin v úmyslu získat pro sebe nebo někoho jiného značný prospěch, či způsobil-li značnou škodu, pohybuje se trestní sazba v rozmezí jeden rok až pět let (40).

Z toho vyplývá, že porušení povinné mlčenlivosti již není pouze etickým proviněním nebo pracovněprávním přestupkem, ale může být i správním deliktem, kdy sankce za porušení mlčenlivosti mohou být pro poskytovatele i likvidační, dále

porušením práva na ochranu osobnosti a v neposlední řadě se může jednat o trestný čin, za nějž lze uložit poměrně vysoké tresty.

1.2.4.3 Postup lege artis

Termín *lege artis* představuje skutečnost, že medicína je současně lékařskou vědou i uměním. Překladem slov zjistíme, že *Lex* znamená zákon a *ars* znamená umění, tedy postup podle zákona umění. Tento termín je používán v souvislosti s hodnocením správnosti a úspěšnosti léčebného procesu a v České republice je definován v § 4 odst. 5 v zákoně o zdravotních službách jako „*náležitá odborná úroveň poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti*“. Odborná úroveň poskytování zdravotní služeb je ustanovena i ve článku 4 Úmluvy o biomedicíně.

Podle této definice je lékař povinen zvolit nejvhodnější medicínský postup s ohledem na pacienta. Pokud je třeba ve výjimečném případě zvolit jiný než uznávaný medicínský postup, lékař tuto skutečnost odůvodní ve zdravotnické dokumentaci. Důležité je posoudit, jak se stav pacienta jevil lékaři v době, kdy rozhodoval o léčbě a jejím dalším postupu, nikoliv až v době, kdy byl již výsledek znám (5).

Díky pokroku v oblasti medicínských znalostí a technologií je obsah pojmu lege artis značně proměnlivý. Léčba, která byla před několika lety dle lege artis, může být v současné době překonána, a použití stejné léčby může být v současnosti již zakázáno (41).

Proto je nutné sledovat pokrok v medicíně a vyloučit metody, které již neodpovídají současnému stavu oboru. Nejedná se zde však o povinnost psaných standardů a pravidel pro jednotlivé lékařské výkony či jediné správné řešení. Volba metody a způsobu léčení je na konkrétním lékaři, který nese plnou zodpovědnost za důsledky svého rozhodnutí. Z důvodu bezpečnosti pacienta musí být lékař při svém rozhodování zcela nezávislý. Lékař by neměl pod tlakem manažera nebo zdravotní pojišťovny omezit kvalitu nebo

dostupnost zdravotní péče, a to ať už kvůli svým etickým zásadám vůči pacientovi či pouze s ohledem na svou vlastní obhajobu postupu lege artis (32). V zákoně č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění je totiž zakotveno, že pojištěnec má právo na hrazené zdravotní služby, které jsou mimo jiné v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. Povinností zdravotní pojišťovny je tyto služby uhradit (9).

Kdo posoudí, zda daný postup byl proveden lege artis? Správnost či nesprávnost postupu lékaře či jiného zdravotníka posuzuje znalec či znalecká komise. Znalcem by měl být zvolen lékař stejné odbornosti, jakou má lékař, jehož postup je posuzován. To však nevylučuje, aby se ve složitějších případech na posuzování podíleli i znalci z dalších oborů. Je nezbytné, aby znalecký posudek byl vypracován až na základě získání všech potřebných podkladů o konkrétních podmínkách a objektivních možnostech na daném pracovišti v dané době. Součástí je i vyjádření dalších lékařů a kompletní zdravotní dokumentace. Pokud dotyčný lékař nesouhlasí se závěry znaleckého posudku, může se bránit a to tím, že požádá jiného soudního znalce o vypracování nového posudku. Proto se v praxi běžně stává, že v rámci jednoho případu existuje několik odlišných znaleckých posudků (47). Pacient či blízké osoby mohou podat stížnost na postup poskytovatele zdravotních služeb tomuto poskytovateli. Tématu je věnována následující kapitola.

1.3 Ochrana práv pacienta

1.3.1 Stížnosti

Právo pacienta podat stížnost na poskytovatele zdravotních služeb bylo nově zakotveno až v zákoně o zdravotních službách č. 372/2011 Sb., osmá část. Do té doby neexistoval právní předpis, který by jednotně upravoval proces podání a vyřizování stížnosti. Poskytovatelé a zřizovatelé zdravotnických zařízení se řídili čtvrtou částí správního řádu. Díky zákonu o zdravotních službách může osoba, která se domnívá, že jí nebyla poskytnuta náležitá zdravotní péče nebo došlo k prodlení v poskytnutí kvalitní nezbytné péče, příp. jí byla zdravotní péče odmítnuta, podat stížnost. Stěžovat si může i v případech, kdy je nespokojena s chováním lékaře nebo jeho přístupem, považuje podávané informace za nedostatečné, má podezření na zanedbání povinné péče či pochybení při operacích (34).

Pacient podává stížnost poskytovateli, proti kterému stížnost směřuje, tedy lékaři nebo vedení poskytovatele zdravotních služeb nebo přímo zřizovateli, příp. registrujícímu orgánu. Pokud pacient s vyřízením své stížnosti nesouhlasí, může podat stížnost příslušnému správnímu orgánu či na Českou lékařskou komoru nebo jinou profesní organizaci. V případě, že pacient nesouhlasí s tím, jak byla jeho stížnost vyřízena, podává námitku, kterou se zabývá Čestná rada České lékařské komory. České lékařské komoře se podává stížnost tehdy, když je pacient nespokojen s odborným postupem lékaře či neetickým chováním lékaře.

V případě, že lékař nebo jiný zdravotnický pracovník odmítl provést zdravotní výkon hrazený zdravotní pojišťovnou, může se pacient se svou stížností obrátit na svou zdravotní pojišťovnu. Zdravotní pojišťovna ovšem musí mít s příslušným lékařem nebo poskytovatelem uzavřenou smlouvu. Nesmíme zapomenout ani na možnost, že do práv pacienta zasáhla i samotná zdravotní pojišťovna například tím, že nemá uzavřenou smlouvu s lékařem v místě nebo blízkosti bydliště pacienta a nezajistila tak svému pojištěnci dostupnou zdravotní péči bez přímé úhrady. Pacient má právo obrátit se na ministerstvo zdravotnictví, které může po zdravotní pojišťovně požadovat nápravu.

Některé právní předpisy umožňují pacientovi podat stížnost i k veřejnému ochránci práv, Úřadu pro ochranu osobních údajů nebo hygienické stanici (4).

1.3.2 Odpovědnost při poskytování zdravotních služeb

Problematika právní odpovědnosti ve zdravotnictví je obsáhlé téma, které v této práci nelze zpracovat podrobně. Představím zde praktické druhy právní odpovědnosti, které mohou být vyvozeny vůči zdravotnickému pracovníkovi nebo poskytovateli zdravotních služeb, a dále uvedu, jaké možnosti má pacient, pokud byla porušena jeho patientská práva.

Zdravotničtí pracovníci mají velké množství povinností, které jsou stanoveny v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v již zmiňované Úmluvě o lidských právech a biomedicíně a v řadě kodexů a norem. Porušením těchto povinností mohou vzniknout různé druhy odpovědnostních vztahů. Aby mohla nastat právní odpovědnost, musí k tomu být zákonem stanovené podmínky. Těmi jsou porušení právní povinnosti, škodlivý následek, příčinná souvislost a zavinění. Zavinění je nutnou podmínkou pro právní odpovědnost v případě trestní odpovědnosti a v případě občanskoprávní odpovědnosti za škodu. Základní druhy právní odpovědnosti jsou trestní, občanskoprávní, pracovněprávní, správní, disciplinární a smluvní (40).

Pracovněprávní odpovědnost je odpovědností zaměstnance vůči zaměstnavateli za škodu, kterou zaměstnanec zaměstnavateli způsobil. Příkladem může být situace, kdy lékař nebo jiný zdravotnický pracovník porušením svých právních povinností způsobil škodu pacientovi, ale jako zaměstnanec za tuto škodu nezodpovídá, odpovědnost je na straně zaměstnavatele. Zaměstnavatel může, pokud bylo porušení právních povinností prokázáno, od zaměstnance požadovat finanční náhradu způsobené škody ve výši čtyř a půlnásobku průměrného měsíčního výdělku, odebrat osobní ohodnocení, převést zaměstnance na jinou pozici a v případě hrubého porušení i jednostranně ukončit pracovní poměr. Způsobenou škodu uhradí poskytovatel nebo ve většině případů komerční pojišťovna na základě povinného pojištění odpovědnosti za škodu (2).

Občanskoprávní odpovědnost je odpovědnost poskytovatele zdravotních služeb vůči osobám, kterým byla způsobena újma na zdraví nebo smrt či jiná škoda v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. Pacient se na občanskoprávní soud obrací většinou až v případě, pokud nebyl spokojen s vyřízením své stížnosti. Může podat žalobu na náhradu škody, pokud mu byla způsobena škoda na zdraví nebo úmrtí, nebo žalobu na ochranu osobnosti, která se podává v případě neoprávněného zásahu do práva na ochranu osobnosti. Žalobu na ochranu osobnosti lze podat v případě hrubého a neetického zacházení s pacientem nebo porušení povinné mlčenlivosti a vyzrazení citlivých údajů o onemocnění pacienta (33;48).

Trestné činy ve zdravotnictví jsou nejčastěji představovány trestnými činy proti životu a zdraví. Pokud jde o podmínku zavinění, k trestní odpovědnosti je třeba zavinění úmyslné, nestanoví-li trestní zákon výslovně, že postačí zavinění z nedbalosti. Právě u trestných činů proti životu a zdraví, trestní zákoník stanoví, že je lze spáchat z nedbalosti (11).

Nejčastějšími trestnými činy ve zdravotnictví jsou usmrcení z nedbalosti nebo ublížení na zdraví z nedbalosti, neposkytnutí pomoci, neoprávněné nakládání s osobními údaji, kdy v případě zdravotnických pracovníků se jedná o porušení povinné mlčenlivosti (43).

Disciplinární odpovědnost je odpovědnost za disciplinární delikt. Jedná se delikt fyzické osoby, která má zvláštní práva a povinnosti vyplývající ze vztahu k určité instituci. V oblasti poskytování zdravotních služeb jsou těmito institucemi profesní komory. Z toho plyne, že disciplinární odpovědnost je odpovědností člena profesní komory za disciplinární delikt. Nejčastější příčinou disciplinárního řízení je stížnost pacienta. Pacient však není v tomto řízení účastníkem. Je pouze na revizní komisi, zda disciplinární řízení zahájí a jakým způsobem bude stěžovatele informovat. Za porušení povinností můžeme považovat neetické jednání, nepostupování dle lege artis, neplacení stanovených příspěvků, nenahlášení změn souvisejících s lékařským povoláním nebo například neuzavření povinného pojištění odpovědnosti. Sankcí za porušení těchto a jiných povinností bývá udělení pokuty, podmíněné vyloučení z komory a vyloučení

z komory. Úkolem komor je totiž „*dbát, aby jejich členové vykonávali svoje povolání odborně, v souladu s etikou a způsobem stanoveným zákonem a komorními řády*“ (19).

Podle Stolínové a Macha můžeme mezi uvedené odpovědnosti zařadit i odpovědnost smluvní, o níž hovoříme hlavně v souvislosti se smluvními závazky uzavřenými mezi poskytovatelem zdravotních služeb a zdravotní pojišťovnou. Přestože označení smluvní vztah předpokládá vztah založený na rovnoprávném postavení smluvních stran v oblasti práv a povinností, je zřejmé, že pojišťovny mají výhodnější pozici, protože nejsou povinny obnovit s poskytovatelem smlouvu a mohou tak lépe hájit své vlastní zájmy (44; 32).

Zdravotničtí pracovníci jsou denně vystavováni riziku, že se dopustí omylu mnohdy s fatálním důsledkem, který nelze napravit. Pokud taková situace nastane, je důležité zvážit, o jaký druh odpovědnosti se jedná. Tato práce si neklade za cíl představit komplikovanou problematiku právní odpovědnosti zdravotnických pracovníků, ale pouze stručně seznámit čtenáře se skutečností, že v případě porušení jeho patientských práv má možnost podat stížnost, případně občanskoprávní nebo trestní žalobu.

1.3.3 Organizace na ochranu práv pacienta v České republice

Jak jsem uvedla výše, pacient si v případě nespokojenosti může stěžovat, ale s největší pravděpodobností nebude vědět kam a jakým způsobem. Kromě podání stížnosti nebo žaloby lze řešit spor s lékařem nebo poskytovatelem zdravotních služeb i smírnou cestou. V kapitole o stížnostech popisují, kam může pacient podat svou stížnost, ať už přímo poskytovateli, či zřizovateli, profesní komoře apod. Existují však i neziskové organizace pro pacienty, které hájí zájmy pacienta a poskytují poradenství v řadě právních oblastí. Například občanské poradny jsou schopny poradit pacientům v základních otázkách jejich práv a v případě komplikovanějších problémů je odkázat na specialisty v medicínském právu. Největším patientským sdružením je Svaz pacientů České republiky, který kromě jiného na svých webových stránkách provozuje bezplatnou poradnu pro pacienty a zveřejňuje aktuality z oblasti zdravotnictví. Je zde

uveden seznam znalců v oboru zdravotnictví, příručka pacienta a možnost konzultace s advokátem. Další neziskovou organizací je Liga lidských práv, která se zaměřuje na prosazování práv pacientů, navrhuje změny právních předpisů, zastupuje některé pacienty před soudy a pořádá vzdělávací semináře. Právům pacientů se na svých internetových stránkách věnuje i Poradna pro občanství, občanská a lidská práva (3). Jako poslední uvedu organizaci Unie pacientů ČR, která dbá o důsledné prosazování oprávněných práv pacientů ve všech sférách zdravotnictví, usiluje o rozvoj poznatků lékařských věd a mimo jiné se podílí na šíření zdravotnické osvěty mezi občany.

Domnívám se, že úspěšnost mimosoudních řešení by mohla a měla být vyšší. Častým jevem je ale skutečnost, že lékaři a poskytovatelé zdravotních služeb na stížnosti pacientů příliš nereagují a hájí se tím, že postupovali správně a nic nezanedbali. Poškozený pacient pak v důsledku neznalosti váhá, zda se pouštět do soudního sporu s nejasným výsledkem. Mimosoudní řešení je jistě pro všechny zúčastněné rychlejší, levnější a jednodušší.

V souvislosti s ochranou práv pacienta považuji za vhodné zmínit i systém odškodňování pacientů v České republice. Účinností nového občanského zákoníku skončila platnost vyhlášky, která tabulkově vymezovala výše částek pro odškodnění pacientů, kteří byli pochybením lékaře poškozeni. Skončily tak paušální částky a o výši odškodnění nově rozhodují soudy na základě znaleckých posudků. Od legislativní změny zatím uběhla krátká doba, ale už nyní je patrné, že se dá očekávat navýšení částky za odškodnění poškozených (27).

2 Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem práce je zjistit, jaká je informovanost pacientů, kteří čerpají zdravotní služby v lůžkových a ambulantních zařízeních v Jihočeském kraji, o jejich právech

2.2 Výzkumné otázky

VO1:

Mají pacienti, kteří čerpají zdravotní služby v lůžkových a ambulantních zařízeních v Jihočeském kraji, dostatek znalostí o právech pojištěnce a právech pacienta?

VO2:

Zajímají se vybraní pacienti aktivně o svá práva při poskytování zdravotních služeb?

2.3 Hypotézy

H1:

Pacienti ve věkové kategorii nad 50 let mají více znalostí o právech pacienta než pacienti ve věkové kategorii do 50 let.

H2:

Pacienti jsou pasivní při získávání informací o právech pacienta, než aby aktivně vyhledávali zdroje těchto informací

Operacionalizace hypotéz

V případě H1 více znalostí o právech pacienta znamená, že minimálně 20 % respondentů v dané věkové kategorii odpoví v dotazníku správně alespoň na 13 z 15 otázek (tj. na otázky č. 5-19)

V případě H2 aktivní vyhledávání znamená, že respondenti označí v otázce č. 3 alespoň jednu možnost a v otázce č. 4 odpoví kladně. Pasivně znamená, pokud respondent v otázce č. 3 neuvedl žádný zdroj pro čerpání informací a na otázku č. 4 odpověděl záporně, nebo v otázce č. 3 neuvedl žádný zdroj pro čerpání informací a na otázku č. 4 odpověděl kladně, nebo v otázce č. 3 uvedl alespoň jeden zdroj a na otázku č. 4 odpověděl záporně.

3 Metodika

3.1. Použitá metoda

Pro zjištění odpovědí na příslušné výzkumné otázky jsem si zvolila kvantitativní výzkum, metodu dotazování prostřednictvím dotazníkového šetření. Dotazník je nejpoužívanějším prostředkem ke sběru informací a lze ho považovat za vysoce efektivní techniku sběru dat. Výhodou dotazníku je možnost hromadného zpracování nasbíraných dat, oslovení velkého počtu respondentů a časová a finanční úspora. Nevýhodou může být malá návratnost dotazníků (21). V mnoha zemích je za úspěšnou považována 50% návratnost. V případě mého šetření se mi z 600 rozdaných dotazníků vrátilo 545, což je návratnost více než 90% (45). Tuto skutečnost považuji za velký úspěch. Z důvodu nevyplnění některých otázek jsem z uvedeného počtu vyřadila dalších devět dotazníků, což představuje konečné číslo 536 dotazníků, které mi posloužily jako podklad pro další zpracování.

Dotazník obsahoval 20 otázek. První otázka apelovala na respondenta, aby se zamyslel, zda je pro něho důležité znát svá patientská práva. Otázky číslo dva až čtyři sloužily ke zjištění validity hypotézy č. 2, že Pacienti jsou pasivní při získávání informací o právech pacienta, než aby aktivně vyhledávali zdroje těchto informací. Otázky byly uzavřené s možností odpovědět na jednu ze dvou variant, pouze u třetí otázky měl respondent možnost označit více odpovědí. Na tuto otázku odpovídal tehdy, pokud byla jeho odpověď na otázku č. 2 kladná. Kromě poslední, dvacáté otázky, která zjišťovala věkovou kategorii respondenta, se zbylé otázky vztahovaly k problematice práv pacienta a měly ověřit validitu hypotézy č. 1 Pacienti ve věkové kategorii nad 50 let mají více znalostí o právech pacienta než pacienti ve věkové kategorii od 18 do 50 let. Dvě otázky týkající se pohlaví a vzdělání jsem vyřadila, neboť jsem usoudila, že pro potvrzení či vyvrácení hypotéz nejsou relevantní.

Aby odpovědi nesváděly respondenty ke snaze jevit se informovanější, než ve skutečnosti jsou, případně aby neodpovídali tak, jak se od nich očekává, zamítla jsem

vytvořit otázky, na které by respondenti odpovídali ano nebo ne. Například otázka typu „myslíte si, že máte právo na ...“ je subjektivní a v případě kladné odpovědi není jisté, že respondent si uvedenou skutečnost opravdu myslí nebo pouze nechce přiznat, že neví. Zvolila jsem proto možnost tří odpovědí, z nichž pouze jedna byla správná, a respondent si vybral tu, kterou považoval za správnou. Čtvrtá odpověď pak umožnila přiznat, že odpověď nezná.

Před samotným výzkumem jsem provedla předvýzkum na malém vzorku své cílové skupiny. V rámci předvýzkumu jsem rozdala dvacet dotazníků do ambulantních zařízení v Českých Budějovicích. Na vyplnění dotazníku jsem si počkala a požádala respondenta o hodnocení. Z celkového počtu respondentů odmítli dotazník vyplnit čtyři dotazovaní. Jako důvod uvedli, že nemají trpělivost číst otázky. Zbylí respondenti neměli s otázkami ani odpověďmi problém. Předvýzkum mi posloužil k otestování srozumitelnosti dotazníkových otázek a mohla jsem ho použít k samotnému sběru dat.

Dotazníky byly rozdány osobně i prostřednictvím zdravotnického personálu v ambulantních a lůžkových zařízeních v Jihočeském kraji v období od ledna do března 2015. Pro své dotazníkové šetření jsem si vybrala nemocnici v Českých Budějovicích, Českém Krumlově, Písku, Strakonících, Jindřichově Hradci, Táboře a v Prachaticích. Dále jsem navštívila dvě polikliniky, čtyři ordinace praktických lékařů a rehabilitační středisko, vše v Českých Budějovicích, polikliniku a ordinaci očního lékaře ve Strakonících.

V úvodu dotazníku jsem uvedla své jméno, školu a studovaný obor a požádala respondenty o vyplnění dotazníku. Dále jsem zmínila potřebu vyplnění dotazníku, vysvětlila způsob označování odpovědí a ujistila respondenty, že zajistím jejich anonymitu.

Vzhledem k tomu, že jsem ve většině případů nepřišla s oslovenými pacienty do styku, shledávám jako nedostatek skutečnost, že jsem správné odpovědi nemohla osobně pacientům sdělit. Přesto jsem na příslušném oddělení nemocnice vždy nechala několik správně vyplněných dotazníků pro případný zájem pacientů ověřit si své odpovědi. V ambulantních zařízeních jsem počkala na vyplnění dotazníků přímo v čekárně a obratem jsem pacienty o správných odpovědích informovala.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Zkoumaný soubor tvoří pacienti, kteří čerpají zdravotní služby v lůžkových a ambulantních zařízeních v Jihočeském kraji. Jako metodu výběru jsem zvolila stratifikovaný výběr. Stratifikovaný náhodný výběr je používán tam, kde je potřeba rozdělit populaci na několik skupin, které jsou pak ve výzkumu srovnávány. Je nutné, aby tyto skupiny byly ve vzorku dostatečně zastoupeny. Tímto způsobem jsem vybrala požadovanou cílovou skupinu s určitými vlastnosti, kterou jsem potřebovala zkoumat. Jedním kritériem byl věk respondenta, a to 18 až 50 let jedna skupina a 51 let a více druhá skupina. Dalším kritériem byla podmínka, že respondent je pacientem v ambulantním nebo lůžkovém oddělení, oblast Jihočeského kraje.

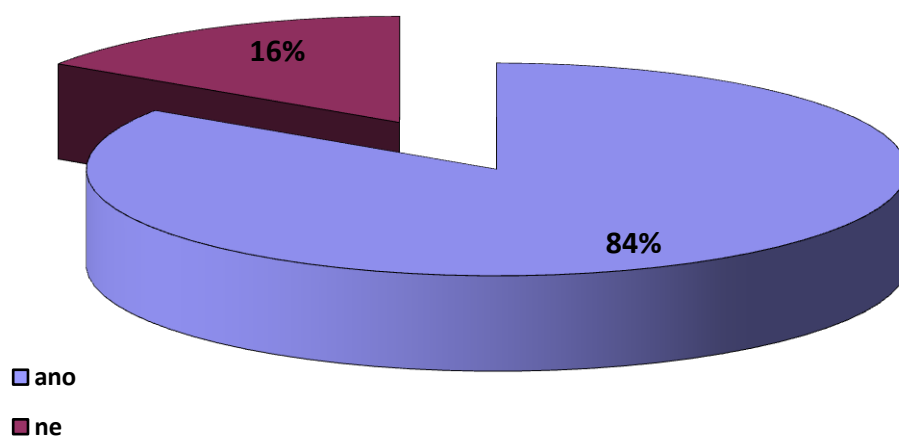
4 Výsledky

4.1 Grafické znázornění výsledků

Výsledky z vlastního výzkumu dotazníkového šetření. V příloze 1 je uveden vzor dotazníku.

Otázka č. 1: Je pro Vás důležité znát svá patientská práva?

Graf č. 1

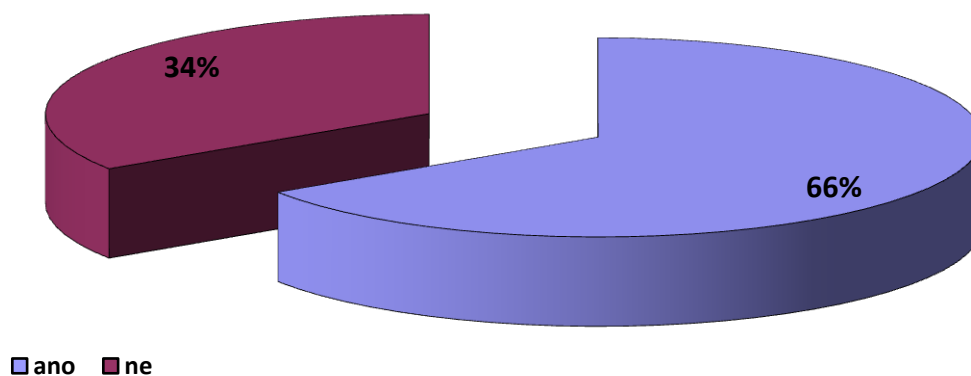


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 536 respondentů odpovědělo „ano“ 448 (84 %) respondentů, zbylých 88 (16 %) odpovědělo „ne“.

Otázka č. 2: Zajímáte se o právní úpravu v oblasti zdravotních služeb v souvislosti se svými patientskými právy?

Graf č. 2

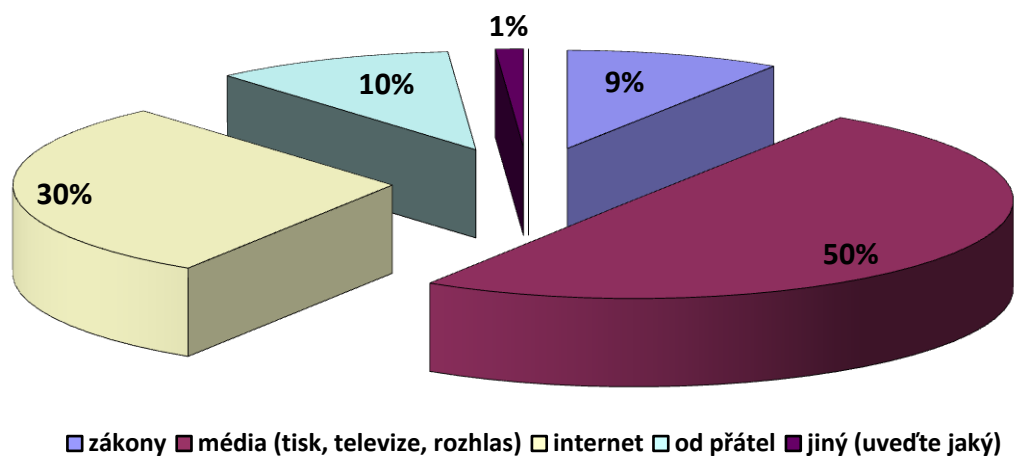


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 536 respondentů odpovědělo „ano“ 352 respondentů (66 %) a zbylých 184 respondentů (34 %) odpovědělo „ne“.

Otázka č. 3: V případě, že jste na předchozí otázku odpověděl/a „ano“, označte svůj zdroj.

Graf č. 3

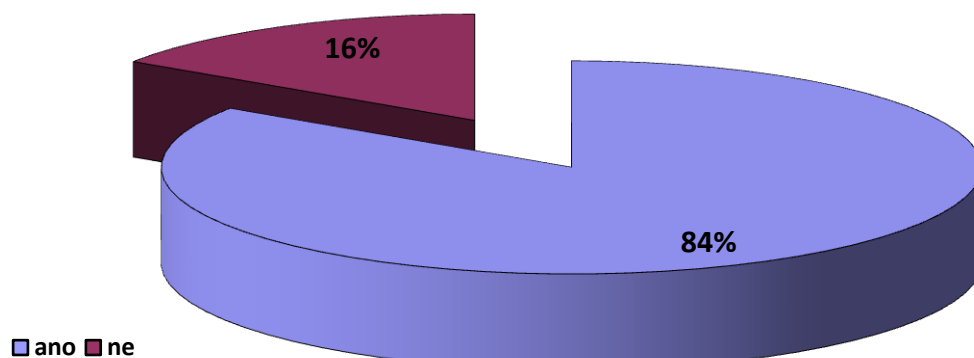


Zdroj: Vlastní výzkum

Zdroje informací: média (50 % respondentů), internet (30 % respondentů), od přátel (10 % respondentů), zákony (9 % respondentů), jiný zdroj (1 % respondentů).

Otázka č. 4: V případě, že vám váš lékař neposkytne dostatečné informace o vašem zdravotním stavu, průběhu a následcích léčby, vyžadujete aktivně poskytnutí těchto informací?

Graf č. 4

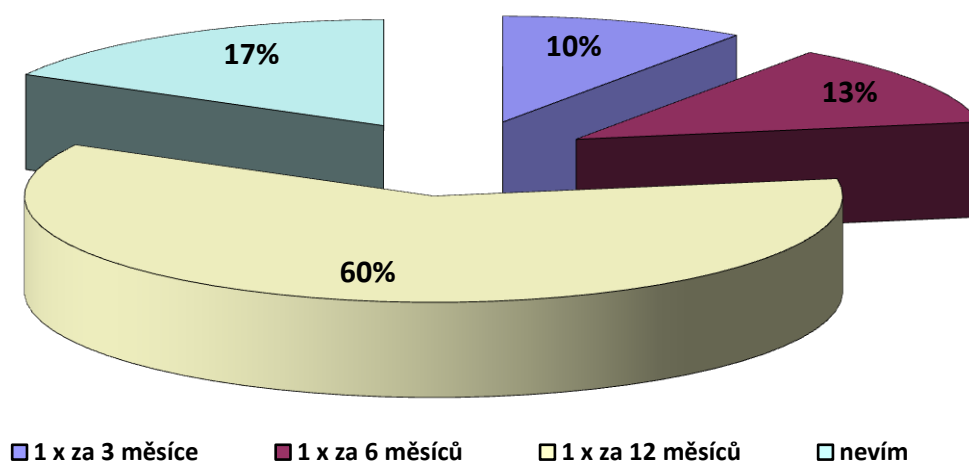


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu respondentů 536 tyto informace aktivně vyžaduje 452 respondentů (84 %), nevyžaduje je 84 respondentů (16 %).

Otázka č. 5: Víte, po jaké době můžete změnit zdravotní pojišťovnu?

Graf č. 5

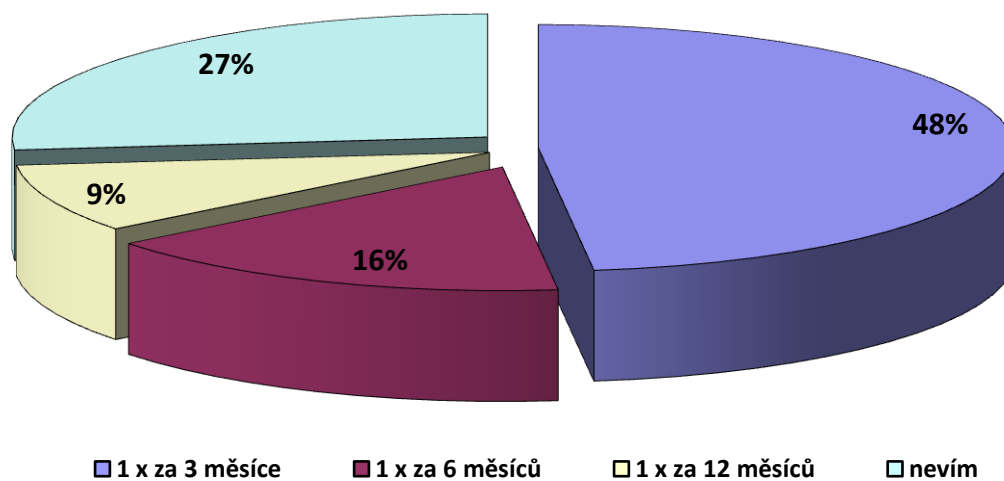


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu respondentů 536 odpovědělo správně 325 respondentů (60 %), chybně odpovědělo 120 respondentů (23 %) a 91 respondentů (17 %) neví.

Otázka č. 6: Víte, po jaké době můžete změnit zdravotní pojišťovnu?

Graf č. 6

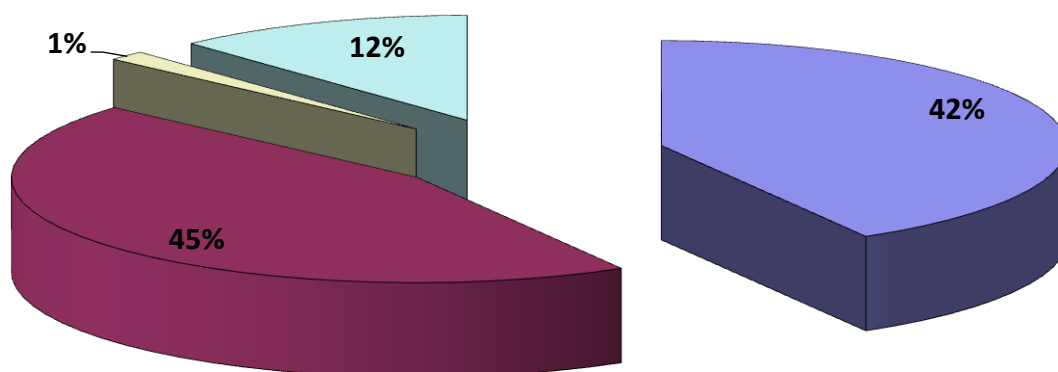


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 536 respondentů znalo správnou odpověď 258 respondentů (48 %), chybně odpovědělo 135 respondentů (25 %), neví 143 respondentů (27 %).

Otázka č. 7: Jakou částku za vás zaplatí zdravotní pojišťovna v ČR, které vám bylo poskytnuto v zemích EU a jednalo se o náhlé onemocnění?

Graf č. 7



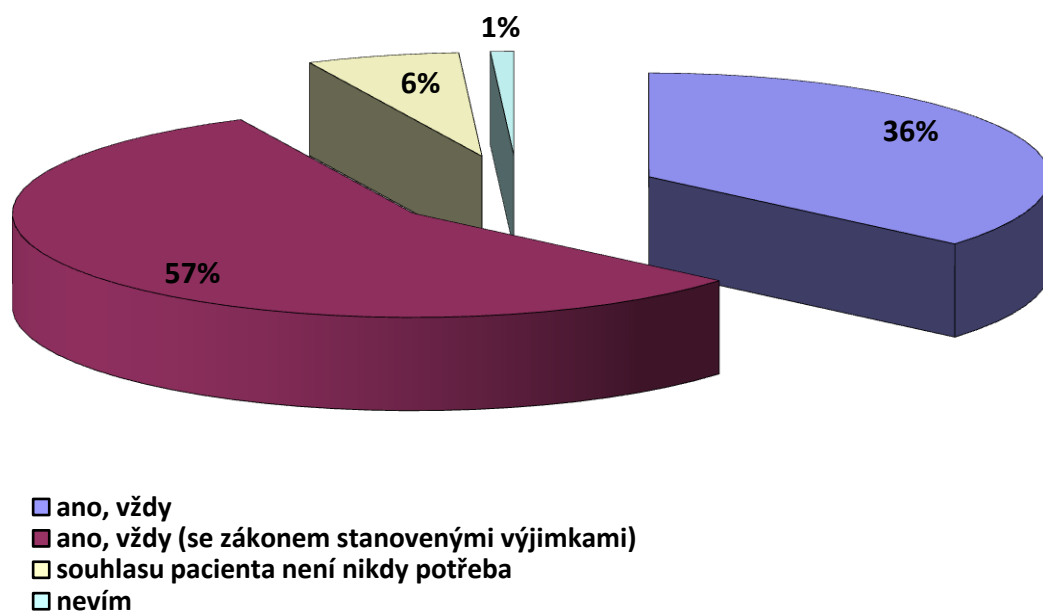
- ZP zaplatí celou částku vynaloženou v zemích EU
- jen takovou, jakou by pojišťovna hradila v ČR

Zdroj: Vlastní výzkum

223 respondentů (42 %) odpovědělo správně, 249 respondentů (46 %) odpovědělo chybně, zbylých 64 respondentů (12 %) neví.

Otázka č. 8: Je třeba, abyste dal/a ke svému ošetření a léčbě souhlas?

Graf č. 8

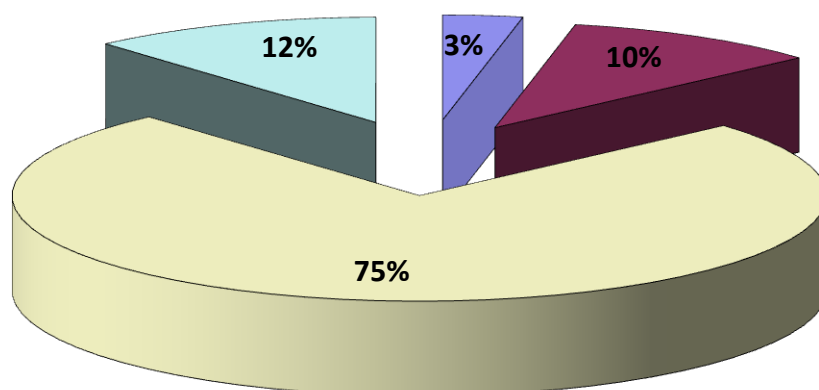


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu respondentů odpověděli správně 304 respondenti (57 %), 227 respondentů (42 %) odpovědělo špatně, neví 5 respondentů (1 %).

Otázka č. 9: Může být rodič přítomen při ošetření a hospitalizaci svého nezletilého dítěte?

Graf č. 9:



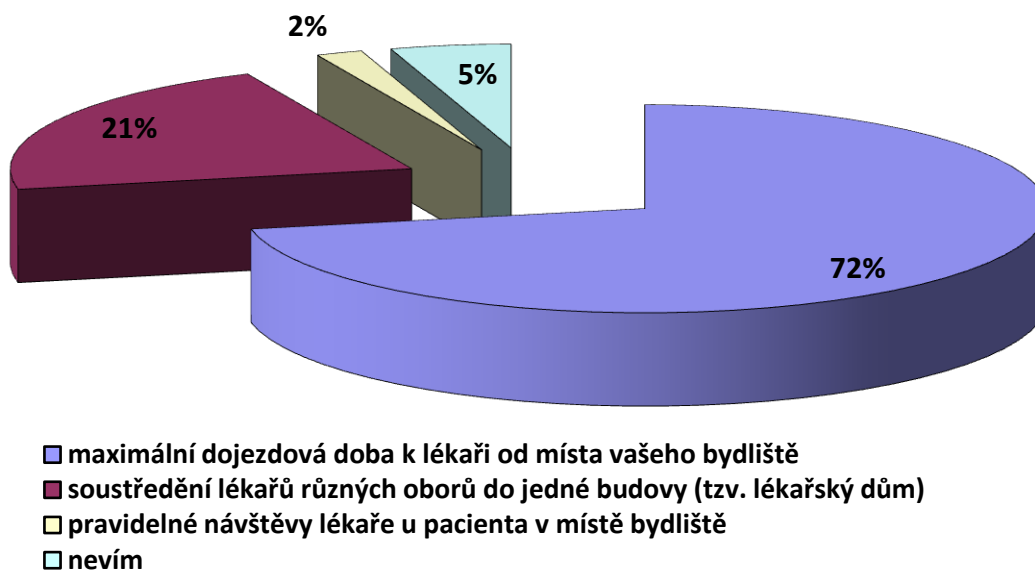
- pouze po dobu návštěvních hodin
- stále, ale jen v případě, že je dítě zdravotně postižené
- nepřetržitě, nenaruší-li přítomnost těchto osob poskytnutí zdravotních služeb
- nevím

Zdroj: Vlastní výzkum

Správně odpovědělo 402 respondentů (75 %), chybné odpovědi mělo 72 respondentů (13 %), neví 62 respondentů (12 %).

Otázka č. 10: Co si představujete pod pojmem „místní dostupnost zdravotních služeb“?

Graf č. 10

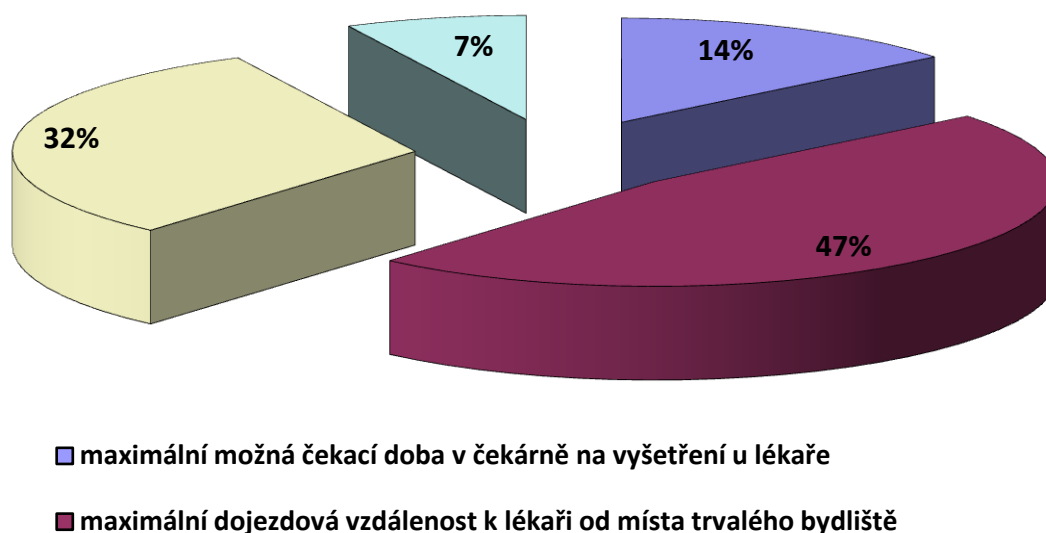


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu respondentů 536 odpovědělo správně 385 respondentů (72 %), chybně odpovědělo 125 respondentů (23 %), zbylých 26 respondentů (5 %) neví.

Otázka č 11: Co si představujete pod pojmem „časová dostupnost poskytovaných zdravotních služeb“?

Graf č. 11

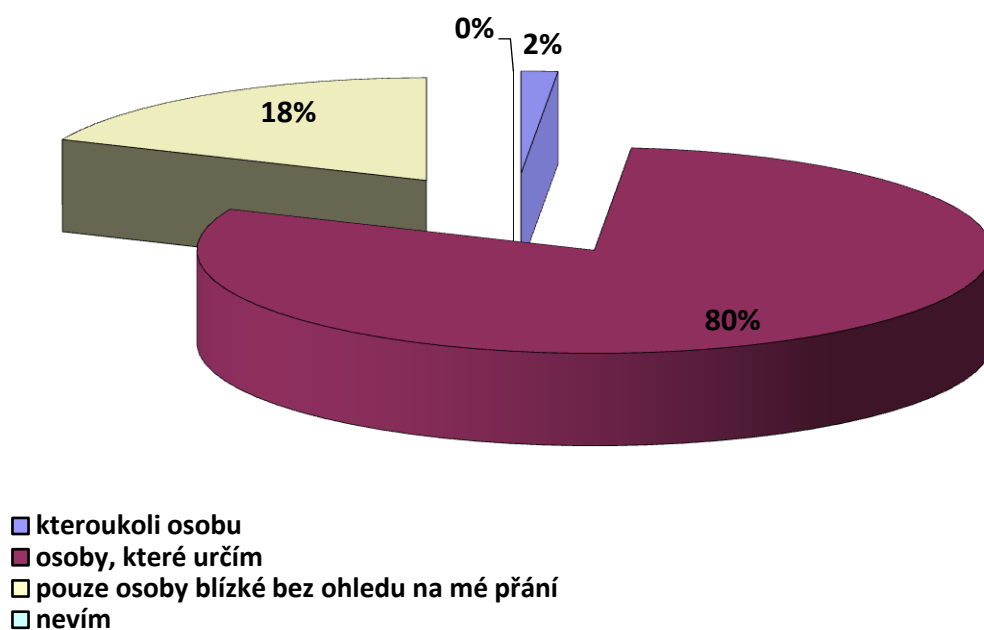


Zdroj: Vlastní výzkum

Správně odpovědělo 168 respondentů (32 %), 329 respondentů (61 %) odpovědělo chybně, 39 respondentů (7 %) neví.

Otázka č. 12: Koho může lékař informovat o vašem zdravotním stavu?

Graf č. 12

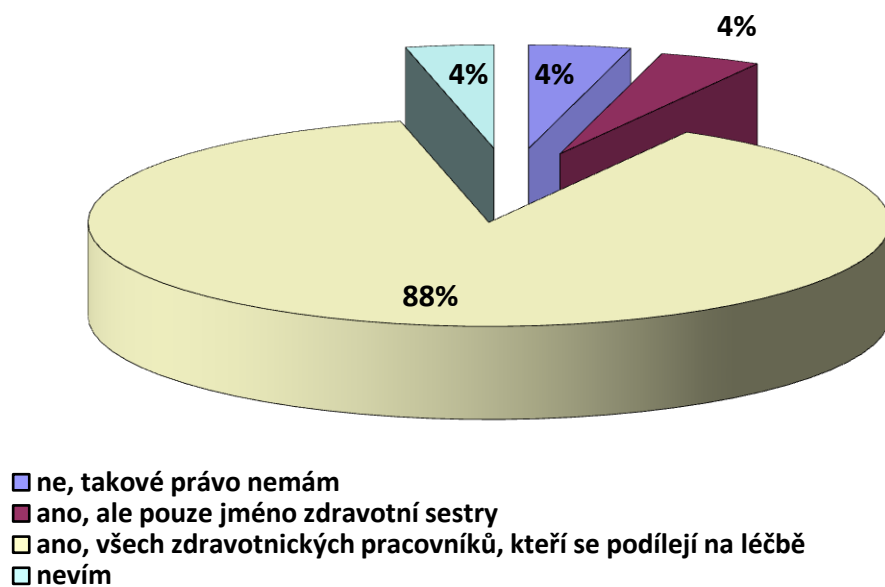


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 536 respondentů odpovědělo správně 429 respondentů (80%), chybně odpovědělo 107 respondentů (20%).

Otázka č. 13: Máte při vašem ošetření či léčbě právo znát jména zdravotnických pracovníků?

Graf č. 13

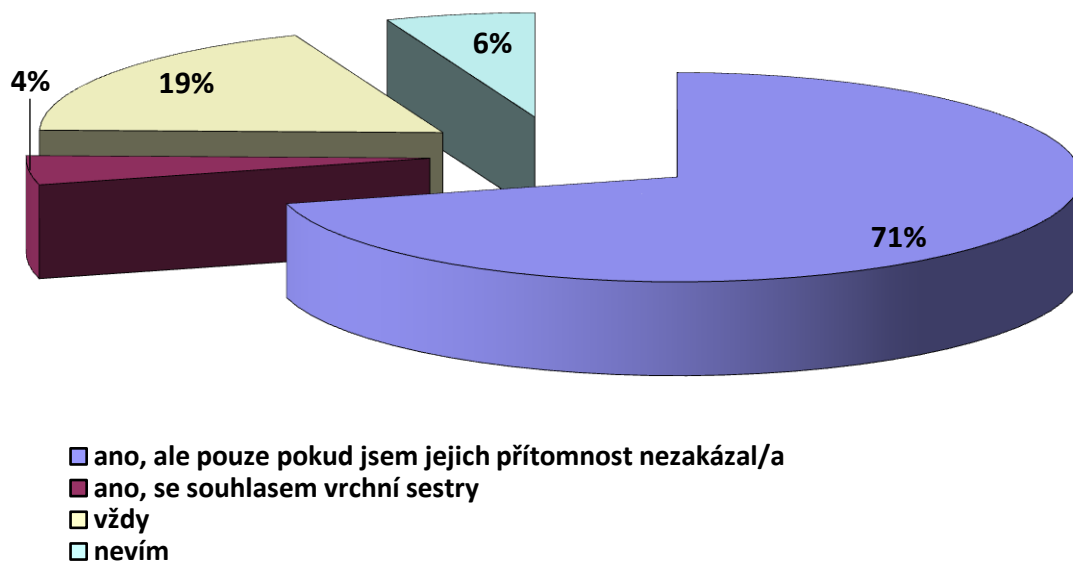


Zdroj: Vlastní výzkum

Správně odpovědělo 473 respondentů (88 %), chybně odpovědělo 41 (8 %), dalších 22 respondentů (4 %) neví.

Otázka č. 14: Mohou být při vaší léčbě přítomni medicí (studenti medicíny), kteří se na léčbě přímo nepodílejí?

Graf č. 14

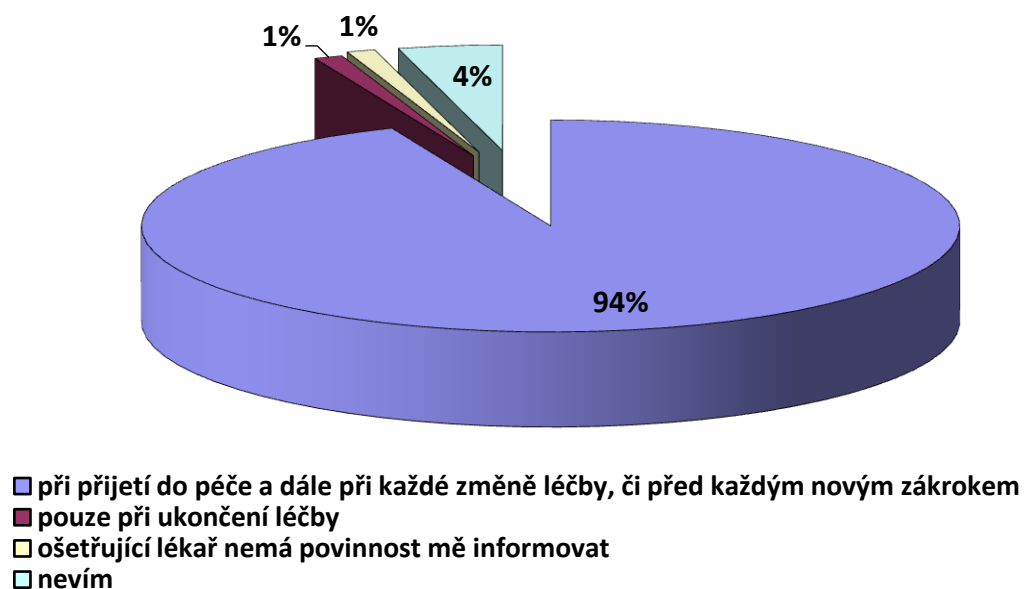


Zdroj: Vlastní výzkum

Správnou odpověď znalo 380 respondentů (71 %), chybně odpovědělo 124 respondentů (23 %), 32 respondentů (6 %) nevědělo.

Otázka č. 15: Kdy je ošetřující lékař povinen vás informovat o vašem zdravotním stavu?

Graf č. 15

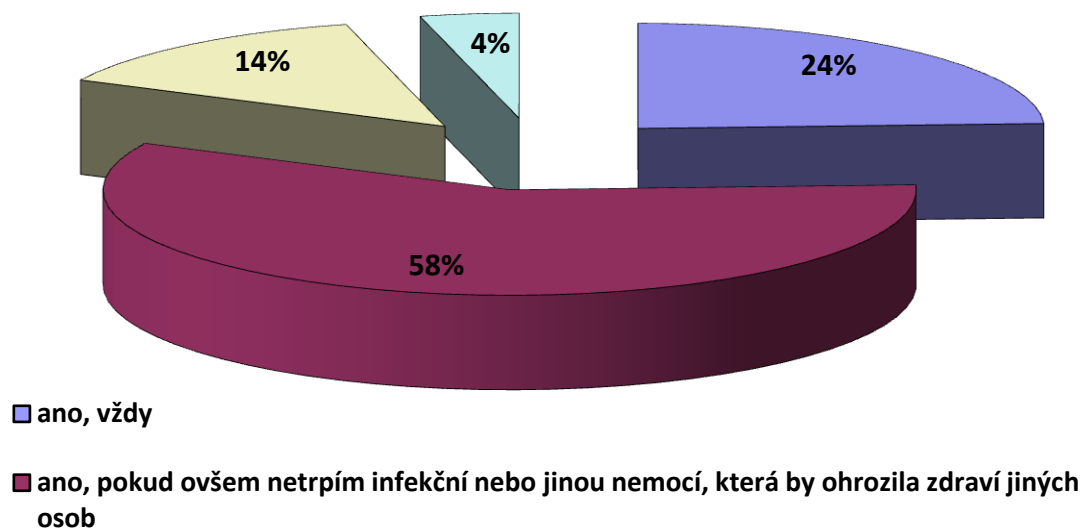


Zdroj: Vlastní výzkum

Správnou odpověď označilo 502 respondentů (94 %), 12 respondentů (2 %) odpovědělo chybně, 22 respondentů (4 %) nevědělo.

Otázka č. 16: Můžete jako pacient odmítnout sdělení informace o vašem zdravotním stavu?

Graf č. 16

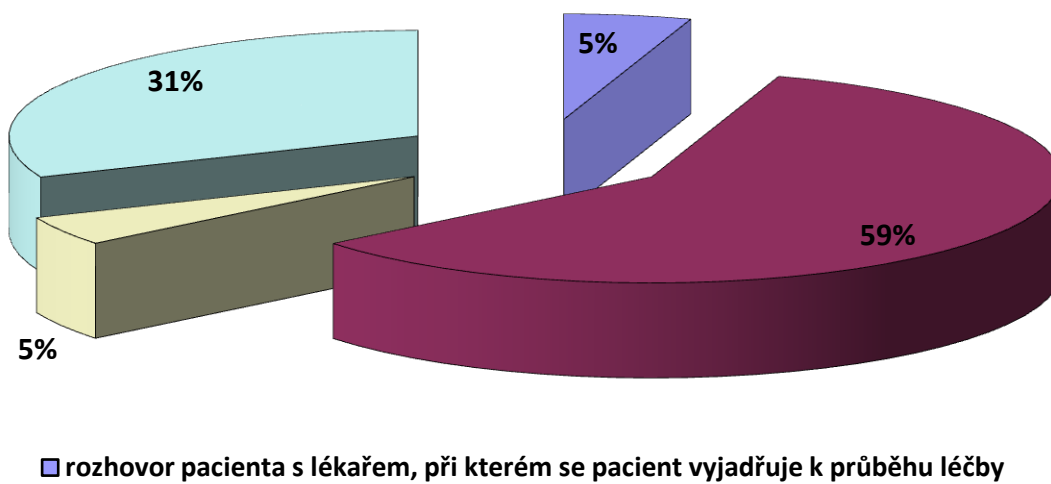


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 536 respondentů správně odpovědělo 311 respondentů (58 %), chybně odpovědělo 204 respondentů (38 %), 21 respondentů (4 %) nevěděl.

Otázka č. 17: Co je to „dříve vyslovené přání“?

Graf č. 17

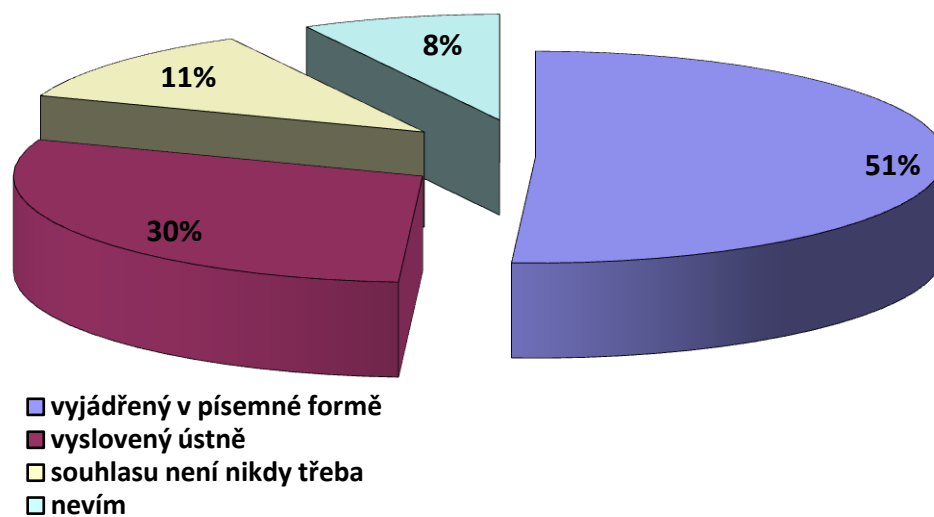


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 536 respondentů správně odpovědělo 317 respondentů (59 %), chybně odpovědělo 51 respondentů (10 %), 168 respondentů (31 %) nevědělo.

Otázka č. 18: Souhlas pacienta s hospitalizací musí být

Graf č. 18

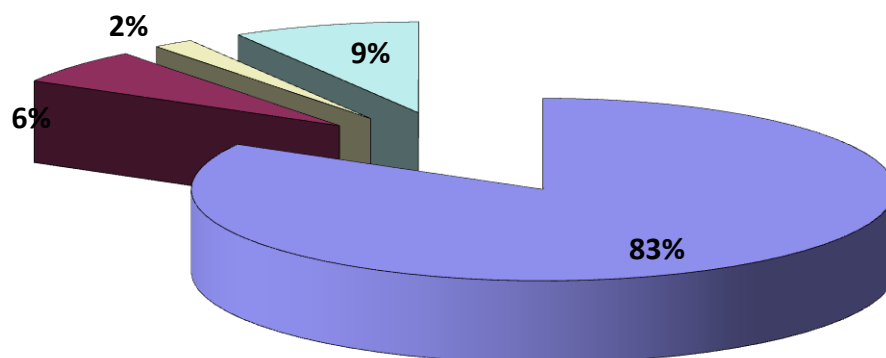


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 536 respondentů správně odpovědělo 273 respondentů (51 %), chybně odpovědělo 221 respondentů (41 %), 42 respondentů (8 %) nevědělo.

Otázka č. 19: Pacient může léčbu odmítnout

Graf č. 19



- kdykoli (mimo situace dané zákonem, kdy lze léčbu poskytnout bez souhlasu) a lékař je povinen pacienta informovat o možných důsledcích
- kdykoli a lékař není povinen pacienta informovat o důsledcích nezahájení léčby
- pacient nemůže léčbu odmítnout
- nevím

Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 536 respondentů správně odpovědělo 446 respondentů (83 %), chybně odpovědělo 44 respondentů (8 %), 46 respondentů (9 %) nevědělo.

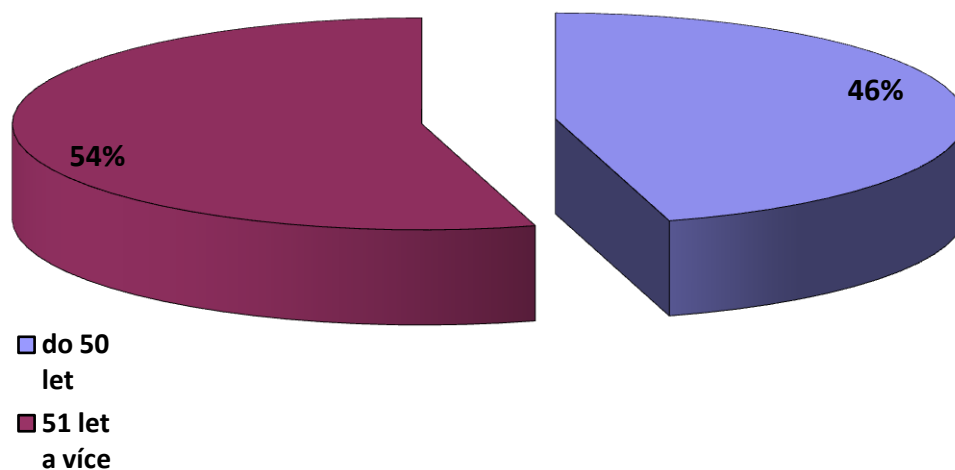
Otázka č. 20: Váš věk?

Tabulka č. 1

Věkové kategorie respondentů	Počet respondentů	Počet respondentů v %
18 - 50 let	244	46%
51 a více	292	54%
Celkem	536	100%

Zdroj: Vlastní výzkum

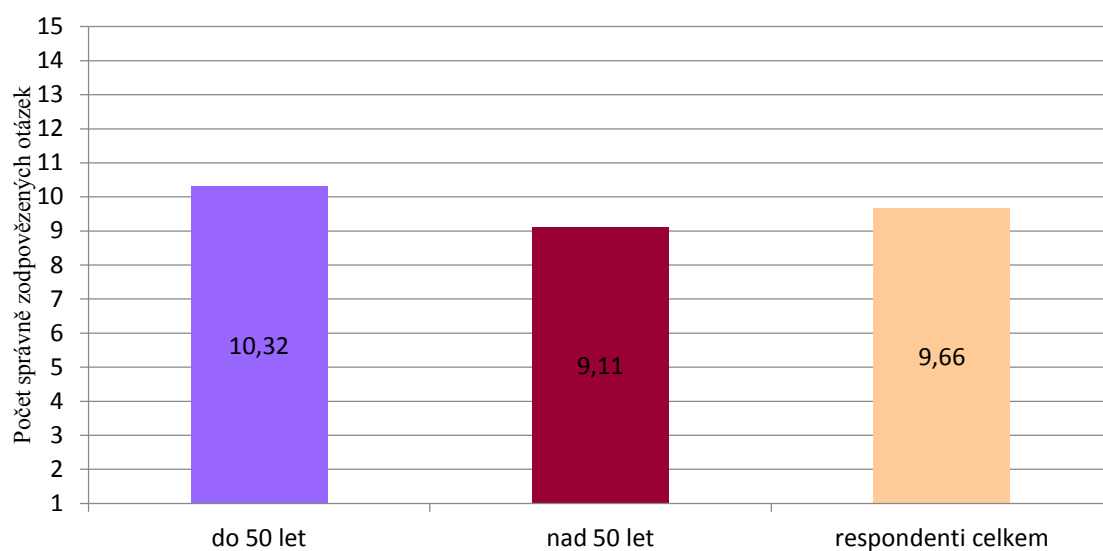
Graf č. 20



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 536 respondentů bylo 244 (46 %) ve věkové kategorii do 50 let a 292 (54 %) ve věkové kategorii nad 50 let.

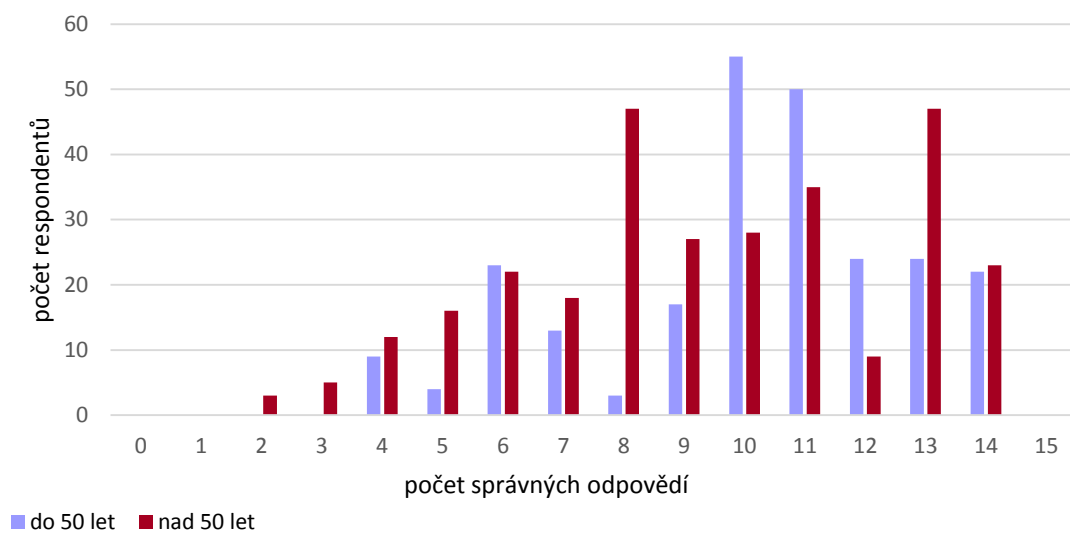
Graf č. 21 Průměrná hodnota počtu správných odpovědí na 1 respondenta



Zdroj: *Vlastní výzkum*

Ve věkové kategorii do 50 let činil průměrný počet správně zodpovězených otázek na jednoho respondenta 10,32 otázky, ve věkové kategorii nad 50 let činil průměrný počet správně zodpovězených otázek 9,11. Bez ohledu na věkové kategorie je průměr 9,66.

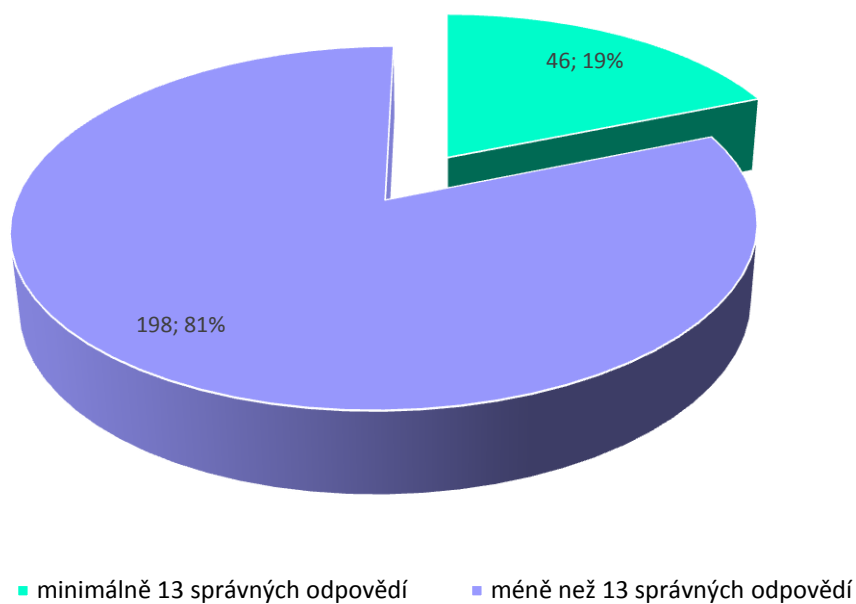
Graf č. 22 Porovnání počtu správných odpovědí u obou věkových kategorií



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf znázorňuje počet správných odpovědí respondentů na otázky č. 5 – 19 v dotazníku.

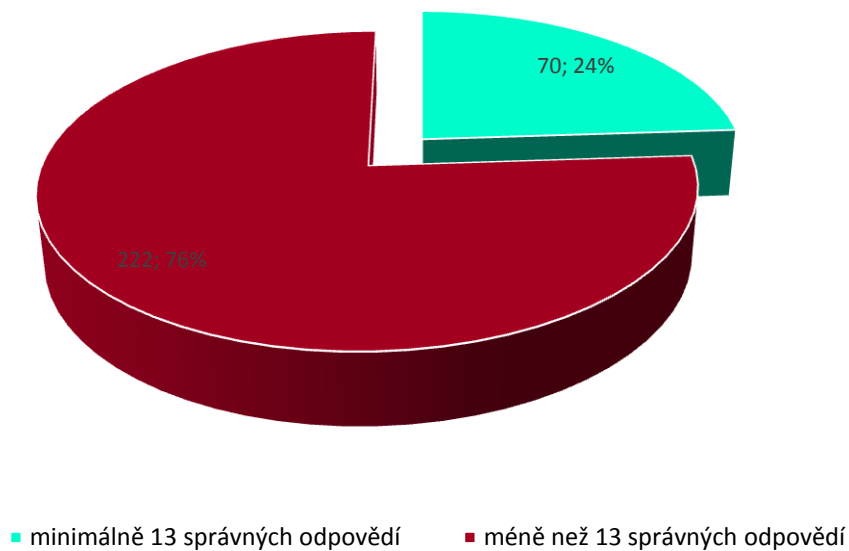
Graf č. 23 Počet respondentů do 50 let, kteří správně odpověděli na min. 13 otázek



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu respondentů ve věkové kategorii do 50 let zodpovědělo správně na 13 a více otázek 19 % respondentů.

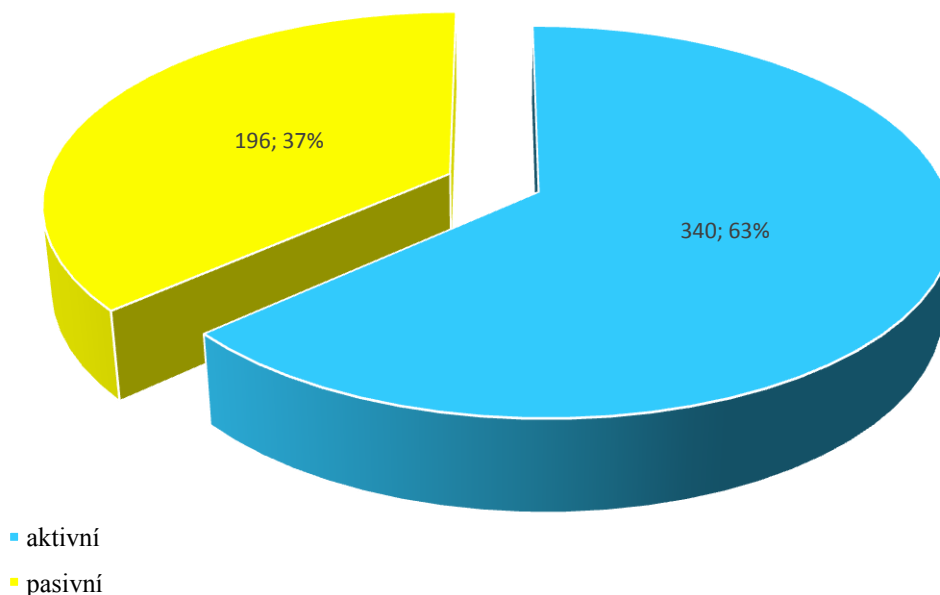
Graf č. 24 Počet respondentů nad 50 let, kteří správně odpověděli na min. 13 otázek



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu respondentů ve věkové kategorii nad 50 let zodpovědělo správně na 13 a více otázek 24 % respondentů.

Graf č. 25 Podíl aktivních a pasivních respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 536 respondentů je 340 (63 %) aktivních při vyhledávání informací o právech pacienta. Zbýlých 196 (37 %) je pasivních při vyhledávání informací.

4.2 Statistické ověření hypotézy

Pro statistické zpracování výsledků, které se vztahovaly ke stanovené hypotéze č. 1, byl použit nepárový T-test. Tento test porovnává data, která jsou vytvořena dvěma nezávislými výběry. Výběry pocházejí ze dvou různých skupin populací. Zda byla hypotéza ověřena či nikoliv, udává tzv. p-hodnota, která určuje hladinu významnosti. Testování prokázalo dosaženou hladinu významnosti 0,0274, což ukazuje na „statisticky významný rozdíl“ (kdy $p < 0,05$). Znamená to tedy, že hypotéza byla potvrzena a platí, že „Pacienti ve věkové kategorii nad 50 let mají více znalostí o právech pacienta než pacienti ve věkové kategorii do 50 let“.

Tabulka č. 2

	respondenti do 50 let	respondenti nad 50 let
aritmetický průměr	13,28	13,48
rozptyl	0,21	0,25
směrodatná odchylka	0,45	0,5

P-hodnota byla zjištěna pomocí statistického testování v MS Excel.

5 Diskuze

Ve své diplomové práci jsem zjišťovala míru informovanosti pacientů, kteří v období, kdy výzkum probíhal, byli buď hospitalizováni, nebo navštívili některá ambulantní zařízení poskytující zdravotní služby v Jihočeském kraji. Celkový počet výzkumného souboru tvořilo 536 pacientů ve věkové kategorii od 18 do 50 let a 51 let a více.

První čtyři otázky sloužily k zamyšlení respondenta. První otázkou v mém dotazníku bylo zjištění, zda je pro pacienty vůbec důležité znát svá patientská práva. Z průzkumu vyšlo, že 84 % dotazovaných považuje znalost svých patientských práv za důležitou, tato znalost není důležitá pro 16 % respondentů. Tento výsledek považuji za uspokojivý, neboť v případě, že pacient svá práva považuje za důležitá, je šance, že je bude i umět využívat.

Zajímavé je, že přestože je pro většinu pacientů důležité svá práva znát, odpověď na druhou otázku ukazuje, že třetina (34 %) dotazovaných se o svá práva nezajímá. Takto odpověděli převážně pacienti ambulantních zařízení s vysvětlením, že by se o svá práva zajímali až v případě hospitalizace. Celkem 66 % dotazovaných se o svá patientská práva zajímá.

Odpověď na otázku č. 3 se vázala na otázku č. 2 a měla být zodpovězena v případě, že na předchozí otázku odpověděl respondent „ano“. Týkala se označení zdrojů, ze kterých respondenti čerpají informace ohledně svých patientských práv. Jako nejčastější zdroj informací pacienti uvedli média, a to televizi, tisk a rozhlas 50 %, druhý významný zdroj tvoří internet (30 %). Na doporučení od přátel dá 10 % respondentů, 9 % dotazovaných sleduje zákony a pouze 1 % uvedlo jiný zdroj, a to všichni shodně školu. Myslím si, že díky medializaci pacienti získali větší přehled, jaká jsou jejich práva a čeho se mohou domáhat. Určitě by se mělo v rozšiřování povědomí dále pokračovat, ale to se týká i řady jiných oblastí, kde pacienti přesně nevědí, jaké jsou jejich nároky.

Otázka č. 4 se zabývala zjištěním, zda pacienti vyžadují aktivně od lékaře poskytnutí informací o svém zdravotním stavu v případě, že lékař sám neposkytl

dostatečné informace. Celých 84 % respondentů uvedlo, že informace o svém zdravotním stavu vyžadují. S informacemi od lékaře se spokojí 16 % dotazovaných a dále se aktivně o podrobnější informace nezajímají. Zde vidíme souvislost s odpověďmi na otázku č. 1, kdy stejné procento pacientů, pro které je důležité znát svá práva, současně vyžaduje od lékaře dostatečné informace.

Otázky č. 3 a 4 se vztahují k hypotéze č. 2, která zní „Pacienti jsou pasivní při získávání informací o právech pacienta, než aby aktivně vyhledávali zdroje těchto informací.“ Kritériem pro posouzení aktivity bylo zodpovězení kladných odpovědí na obě otázky. Z průzkumu a grafického znázornění (graf č. 25) vyplývá, že z celkového počtu 536 respondentů odpovědělo kladně na obě otázky 340 (63 %) respondentů. Zbylých 196 (37 %) odpovědělo kladně pouze na jednu nebo na žádnou otázku. Odpověď pouze na jednu otázku nesplňovala požadovanou aktivitu. Vzhledem k výše uvedeným výsledkům, kdy většina dotazovaných prokázala, že jsou aktivní, považují hypotézu č. 2 za nepotvrzenou.

Hypotézu č. 1 Pacienti ve věkové kategorii nad 50 let mají více znalostí o právech pacienta, než pacienti ve věkové kategorii do 50 let, ověřuji otázkami č. 5 – 19.

Změna zdravotní pojišťovny je diskutovaným tématem a mě zajímalo, zda lidé vědí, jak často mohou svoji zdravotní pojišťovnu změnit. Z odpovědí na otázku č. 5 je zřejmé, tuto skutečnost zná 60 % respondentů. Chybně odpovědělo 13 % dotazovaných, kteří si mysleli, že mohou pojišťovnu změnit jednou za půl roku a 10 % se domnívá, že dokonce jednou na čtvrt roku. Zbývajících 17 % odpovědělo, že neví. Vzhledem k tomu, že všichni občané jsou pojištěnci, je zarážející, že lhůtu pro změnu pojišťovny zná pouze 60 % dotazovaných. Tato právní úprava je dle Macha předmětem oprávněné kritiky, protože pokud chce pojištěnec změnit svou pojišťovnu, je povinen se k nové pojišťovně přihlásit již půl roku předem, a pokud tuto lhůtu promešká, má další možnost až přes příští rok. Toto ustanovení pojištěnci brání změnit bez zbytečného prodlužování (32).

Naopak častěji může pojištěnec změnit registrujícího lékaře. Za jak dlouho, zjišťovala otázka č. 6. Pouze 48 % respondentů odpovědělo správně, že jednou za tři měsíce, 27 % nevědělo, 16 % se domnívá, že jednou za půl roku, a 9 % se domnívá, že

lze registrujícího lékaře změnit stejně jako zdravotní pojišťovnu, tedy jedenkrát ročně. U této otázky je informovanost pacientů ještě menší, než byla u dotazu na změnu zdravotní pojišťovny. Malá informovanost o lhůtách změny lékaře může pojištěnce dostat do situace, že se zaregistruje u lékaře a brzy na to zjistí, že s lékařem není spokojen. Okamžitě chce registraci zrušit a přejít k jinému lékaři. Učinit tak může až po třech měsících. Nic však nebrání nechat se ošetřit u jiného lékaře, pokud se jedná o neodkladnou péči.

Sedmá otázka byla zaměřena na znalost výše úhrady za ošetření v zemích EU v případě, že se jedná o náhlé onemocnění. Na tuto otázku většina respondentů odpověděla mylně, 45 % se domnívá, že by zdravotní pojišťovna hradila jen takovou částku, jakou by hradila v ČR, správně odpovědělo pouze 42 %, tj. že zdravotní pojišťovna zaplatí celou částku vynaloženou v zemích EU, 12 % neumělo na tuto otázku odpovědět a 1 % se dokonce domnívá, že by zdravotní pojišťovna neuhradila žádné takové náklady. Po předložení Evropského průkazu zdravotního pojištění bude pojištěnci poskytnuta zdravotní péče za podmínek, které platí v příslušné zemi EU. Zdravotní pojišťovna v ČR následně uhradí náklady v plné výši. Podotýkám, že se musí jednat o neodkladnou péči. Tuto skutečnost značná část dotazovaných nezná.

Na osmou otázku odpověděla většina dotazovaných správně, a to 57 %. Tito respondenti vědí, že je třeba, aby ke svému ošetření a léčbě dali vždy souhlas kromě zákonem stanovených výjimek. 36 % dotazovaných odpovědělo napůl správně s tím, že nevěděli nic o zákonem stanovených výjimkách. Překvapující bylo zjištění, že 6 % se domnívá, že souhlasu není nikdy třeba, a 1 % neumělo na tuto otázku odpovědět. Domnívám se, že se ještě můžeme setkat se situacemi, kdy pacient bezmezně respektuje pokyny lékaře bez ohledu na to, co si pacient sám přeje nebo nepřeje. V odpovědích, že souhlasu není nikdy třeba, spatřuji pozůstatky paternalistického vztahu mezi lékařem a pacientem. V současné době by měl být vzájemný vztah partnerský a lékař by měl respektovat pacienta v jeho rozhodnutí podstoupit léčbu či nikoliv. Pacient by se pak neměl bát vyjádřit svůj názor.

Otázka č. 9 zjišťovala skutečnost, zda může být rodič přítomen při ošetření a hospitalizaci svého nezletilého dítěte. Až 75 % dotazovaných vědělo, že ano, 12 %

neznalo odpověď a překvapivé bylo, že 10 % se domnívá, že ano, ale jen v případě, že je dítě zdravotně postižené. 3 % se domnívají, že mohou, ale pouze v době návštěvních hodin. Dítě v nemocnici potřebuje oporu rodičů, proto by jeden z rodičů s nimi a dodával jim klid. Přítomnost rodiče u nezletilého dítěte je povolena, pokud to nenaruší průběh poskytovaných zdravotních služeb. To znamená, že nemocnice nemusí rodičovu přítomnost povolit. Málokdy ale rodič ví, že si může vybrat i jinou nemocnici, která mu přítomnost u svého dítěte umožní (42).

V souvislosti s desátou otázkou, která zněla: Co si představujete pod pojmem místní dostupnost zdravotních služeb, znala správnou odpověď většina dotazovaných, a to 72 %. Další respondenti se mylně domnívali, že tento pojem znamená soustředění lékařů v tzv. lékařských domech (21 %), tento pojem neznalo 5 % a 2 % se domnívala, že se jedná o pravidelné návštěvy lékaře u pacienta v místě bydliště. Přestože se jedná o nový pojem, zdá se, že se do podvědomí pojištěnců již zažil.

Dle dotazníkového šetření pacienti neznají pojem časová dostupnost, který znamená maximální čekací dobu pro provedení plánovaného lékařského zákroku či zahájení léčby. Na otázku č. 11 tudíž odpovědělo správně pouze 32 % dotazovaných, 47 % se mylně domnívá, že se jedná o maximální možnou čekací dobu v čekárně, a 7 % přiznalo, že se s tímto pojmem nikdy nesešlo. Ač většina pacientů odpověděla správně na dotaz týkající se místní dostupnosti zdravotních služeb, u otázky na časovou dostupnost byla informovanost mnohem menší. Řešením by byla podpora informovanosti o těchto dvou celkem nových pojmech, které byly do právní úpravy zakotveny teprve novelou zákona o veřejném zdravotním pojištění v roce 2012, například ve formě letáků v ambulantních zařízeních.

Otázka č 12 měla za úkol zjistit, koho může lékař informovat o zdravotním stavu pacienta. Celých 80 % dotazovaných vědělo, že lékař smí informovat o jejich zdravotním stavu pouze osoby, které si pacienti určí. Někteří respondenti (18 %) se domnívají, že informování mohou být vždy osoby blízké bez ohledu na jejich přání, jakékoliv osoby to mohou být podle 2 % respondentů. Při návštěvě nemocnice v Českých Budějovicích jsem zjistila, že nemocnice zavedla novou službu, a to zasílání zpráv pomocí mobilního telefonu. Jedná se o rychlé a jednoduché předávání informací

kromě jiného osobám blízkým pacienta nebo jiným osobám, které pacient určil, pokud došlo ke zhoršení stavu pacienta a je nezbytné danou osobu informovat. Textová zpráva nesmí obsahovat žádné citlivé údaje o zdravotním stavu pacienta, ale pouze žádost o kontaktování nemocnice. Ke sdělení informací slouží až osobní rozhovor.

Problém dotazovaným nečinila ani otázka č. 13, tedy zda mají právo znát jména zdravotnických pracovníků. Správně odpovědělo 88 % respondentů. Skutečnost, že by pacient takové právo neměl, nebo směl znát pouze jméno zdravotní sestry, označilo shodně po 4 %. Z výzkumu z roku 2013 jsem zjistila, že na stejnou otázku odpovědělo správně 68,93 % respondentů. Z toho usuzuji, že se informovanost pacientů od té doby zvýšila a toto právo jim již není cizí (42).

Správnou odpověď na otázku č. 14, že mohou být při mé léčbě přítomni lékaři pouze, pokud jejich přítomnost nezakážu, znalo 71 % respondentů, 19 % se domnívá, že mohou být přítomni vždy, 6 % nevědělo a 4 % se mylně domnívalo, že mohou být přítomni pouze se souhlasem vrchní sestry.

Téměř všichni dotazovaní (94 %) znali odpověď na otázku č. 15, kdy je lékař povinen informovat pacienta o jeho zdravotním stavu, a to při přijetí do péče a dále při každé změně léčby, či před každým novým zákrokem. Odpověď nevěděla 4 % dotazovaných. Zanedbatelná procenta respondentů se domnívala, že lékař je povinen tuto informaci sdělit pouze při ukončení léčby (1 %), další 1 % dotazovaných se domnívalo, že lékař nemá povinnost informovat pacienta o jeho zdravotním stavu. Povinností lékaře je informovat pacienta o jeho onemocnění, jakým způsobem je třeba provést určitý léčebný nebo zdravotní výkon, o průběhu léčby, důsledcích výkonu a o rizicích spojených se zákrokem a léčbou. Mach uvádí, že je nutné, aby s pacientem vždy hovořil lékař osobně. Poukazuje na situaci v Německu a v Rakousku, kde byl vypracován precizní písemný informovaný souhlas s lékařským zákrokem včetně informací o rizicích, ale ukázalo se, že pacient na základě předloženého dokumentu řádně poučen nebyl (30).

Dotazovaní si nebyli zcela jisti, zda mohou odmítnout sdělení informací o svém zdravotním stavu. Správně na otázku č. 16 odpovědělo 58 %, kteří věděli, že sdělení této informace mohou odmítnout za předpokladu, že netrpí infekční nebo jinou nemocí,

která by ohrozila zdraví jiných osob. Dalších 24 % se mylně domnívalo, že ano a vždy, 14 % se domnívalo, že nesmí odmítnout takové sdělení a že ho i přes svou vůli musí vždy obdržet, 4 % nevěděla. Případnému přání pacienta nebýt informován o svém zdravotním stavu je třeba vyhovět. Mach doporučuje, aby každý případ odmítnutí byl písemně zdokumentován a opatřen pacientovým podpisem. Mohou však nastat situace, kdy nebude možné pacientovo přání akceptovat, a to ve výše zmíněných případech infekčního a jiného onemocnění, které by ohrozilo zdraví jiných lidí. Pozitivní je, že alespoň polovina dotazovaných tuto skutečnost zná (30).

Otázka č. 17 zjišťovala, zda respondenti znají pojem dříve vyslovené přání. Na tuto otázku odpovědělo správně 58 % respondentů, kteří věděli, že se jedná o dokument v písemné formě, ve kterém pacient předem vyslovil souhlas/nesouhlas s léčbou. Že se jedná o rozhovor pacienta s lékařem, při kterém se pacient vyjadřuje k průběhu léčby, si mylně myslelo 5 % dotazovaných, dalších 5 % si dokonce myslelo, že takový pojem v české právní úpravě neexistuje, a 31 % o tomto pojmu nikdy neslyšelo. I přesto, že od data účinnosti zákonného provedení tohoto práva uplynula už nějaká doba, je zřejmé, že pacientům se nedostává náležitého poučení ze strany lékaře o možnosti přání vyslovit. Dle Peterkové je naprosto zásadní poučení příslušným lékařem, dříve vyslovené přání je třeba vztahovat na konkrétního pacienta při přijetí do intenzivní péče, přáním věnovat pozornost a pečlivě je zaznamenávat do zdravotnické dokumentace.

Ministerstvo práce a sociálních věcí se v dubnu 2015 rozhodlo finančně podpořit kampaň, která bude veřejnost informovat o institutu dříve vysloveného přání. Podle některých odborníků je léčba některých nevléčitelně nemocných pouze „prodlužováním umírání“ a je chybou lékařů, kteří pacienty včas neinformovali o možnosti dříve vysloveného přání. Dle Dostála je pro některé lékaře jednodušší, pokud pacient předem žádné přání nevyslovil (17).

Otázku č. 18 ohledně vyjádření souhlasu pacienta s hospitalizací zodpovědělo správně 51 % respondentů, kteří věděli, že souhlas musí být vyjádřený v písemné formě, dalších 30 % se domnívalo, že stačí ústní souhlas, 11 % uvedlo, že takového souhlasu není nikdy třeba a 8 % nevědělo.

Zda může pacient odmítnout léčbu, zjišťovala otázka č. 19. Správně odpověděli dotazovaní v 83 %, a to kdykoliv, mimo situace dané zákonem, kdy lze léčbu poskytnout bez souhlasu, a lékař je povinen pacienta informovat o možných důsledcích nezačínání léčby. Dalších 6 % dotazovaných se mylně domnívalo, že mohou léčbu odmítnout kdykoliv a lékař není povinen je informovat o možných důsledcích. Odpověď nevědělo 9 % a 2 % se chybně domnívalo, že nemohou nikdy léčbu odmítnout. Podle výsledků Růžičky znalo v roce 2013 toto právo 81,55 % dotazovaných (42). I zde můžeme spatřit mírný nárůst informovanosti pacientů. Pokud pacient odmítne nějaký zákrok, nemusí to znamenat, že odmítá celou léčbu. Otázkou je, kde lze vidět hranici, kdy už by odmítnutí léčby znamenalo vědomé a dobrovolné ukončení života, pokud by pacient odmítl zákrok, který by pravděpodobně sloužil k záchraně jeho života. Na druhou stranu souhlasím se Stolínovou, že je nutné respektovat právo pacienta na odmítnutí léčby, a to i té, která zachraňuje jeho život, pokud nemá omezenou svéprávnost (44).

Poslední dvacátá otázka zjišťovala, počty respondentů v daných věkových kategoriích. Z celkového počtu dotazovaných respondentů 536 tvořilo 54 % dotazovaných ve věkové kategorii nad 51 let včetně a 46 % respondentů ve věkové hranici 18 až 50 let.

V celkovém hodnocení a v grafickém znázornění odpověděli respondenti celkem na dvacet otázek, z nichž 5. až 19. otázka se vztahovala k hypotéze č. 1. Pro ověření hypotézy jsem nejprve zpracovala graf č. 22, ve kterém uvádím, na kolik správných otázek v dotazníku odpověděli respondenti z věkové kategorie do 50 let a nad 50 let. Maximum bylo 15 otázek. Vzhledem k tomu, že za dostatečnou informovanost považuji zodpovězení minimálně třinácti otázek v jednotlivém dotazníku, byly pro můj výzkum důležité počty správných odpovědí ve výši třinácti a více za každou danou kategorii. Ostatní čísla jsou pouze informativní. Z grafu je patrné, že respondenti ve svém dotazníku nejčastěji správně odpovídali na osm až deset otázek, a to u obou věkových kategorií. Počet správných odpovědí na jednoho respondenta byl celkem vyrovnaný za obě věkové kategorie. Tuto skutečnost potvrzuje i graf č. 21. Mě však zajímaly již

zmíněné počty správných odpovědí ve výši třináct a více. Překvapivé pro mě bylo, že ani jeden respondent neodpověděl správně na všech patnáct otázek.

Další mírou pro posouzení informovanosti bylo požadovaných minimálně 20 % respondentů v dané věkové kategorii, kteří odpověděli správně na třináct a více otázek.

Grafickým znázorněním (graf č. 23 a 24) jsem zjistila míru informovanosti respondentů do 50 let a nad 50 let. Z celkového počtu respondentů do 50 let odpovědělo na třináct a více otázek 19 % respondentů a počet dotazovaných nedosáhl požadovaných 20 %. Naproti tomu z celkového počtu respondentů nad 50 odpovědělo na třináct a více otázek 24 % respondentů. Tito dotazovaní navíc splnili i druhé kritérium, a to 20% podíl. Hypotéza č. 1 byla tudíž potvrzena. Tyto výsledky mám ověřené i statistickou metodou t-test, kterou popisuji ve výsledcích.

6 Závěr

V diplomové práci jsem věnovala pozornost problematice práv pojištěnců v systému veřejného zdravotního pojištění a práv pacientů.

V teoretické části práce jsem se opírala o literaturu uvedenou v seznamu použitých zdrojů a shrnula právní úpravu této problematiky. Pomocí těchto zdrojů jsem mohla charakterizovat historický vývoj práv pojištěnce a pacienta v mezinárodním kontextu i v České republice. Věnovala jsem pozornost několika vybraným právům, které jsem podrobněji popsala, a to svobodný a informovaný souhlas, povinná mlčenlivost a postup lege artis. Zajímala jsem se o ochranu práv pacienta a představila některé organizace zabývající se ochranou patientských práv.

Cílem práce bylo zjistit, jaká je informovanost pojištěnců a pacientů v Jihočeském kraji o svých právech a zda je pro ně důležité svá práva znát. V souladu s cílem diplomové práce jsem si zvolila dvě hypotézy. První hypotéza měla potvrdit, že pacienti ve věkové kategorii nad 50 let mají více znalostí o právech pacienta než pacienti ve věkové kategorii do 50 let. Tato hypotéza se potvrdila. Hypotéza č. 2, která tvrdila, že pacienti jsou pasivní při získávání informací o právech pacienta, než aby aktivně vyhledávali zdroje těchto informací, se nepotvrdila.

Výzkumem jsem zjistila, že pacienti, kteří čerpají zdravotní služby v lůžkových a ambulantních zařízeních, se o svá práva ve většině případů zajímají a aktivně je vyhledávají. Co se týká skutečné informovanosti pacientů o svých právech, adekvátní pro mě bylo zjištění průměrného počtu správně zodpovězených otázek v jednom dotazníku, kdy celkový počet otázek týkajících se práv pojištěnce a pacienta byl patnáct. Z celkového počtu respondentů činil průměr na jednoho respondenta 9,66 správně zodpovězené otázky. Tuto hodnotu nepovažuji za tak významnou, abych mohla tvrdit, že jsou pacienti Jihočeského kraje dostatečně informováni. Více znalostí o právech pacienta by představoval větší počet správných odpovědí na jednoho respondenta.

Z mého výzkumu vyplývá, že informovanost pacientů o svých právech není dostatečná, což se projevuje hlavně ve skupině respondentů ve věkové kategorii do 50

let. Navrhuji proto zvýšit informovanost pacientů prostřednictvím médií a informačních brožur od zdravotních pojišťoven a zároveň apeluji na lékaře a zdravotnické pracovníky v ambulantních a lůžkových zařízeních, aby své pacienty dostatečně informovali, a to nejen tiskopisy předanými k podpisu, ale hlavně formou osobního rozhovoru. Určitě je pořád co zlepšovat a je vidět, že pacienti by hlavně potřebovali dostatek informací, jaká jsou jejich práva. Největší prostor pro zlepšení nacházím v tom, aby se pacient dokázal zorientovat ve svých právech a uměl je dostatečně využít.

7 Seznam použité literatury

1. BEZPLATNÁ PRÁVNÍ PORADNA. *Kdy může lékař odmítnout pacienta*. [online]. [cit. 7.4. 2015]. Dostupné z: <http://bezplatnapravniporadna.cz/online-zdarma/ruzne/zdravotnictvi-drogy-hygiena/20233-kdy-muze-lekar-odmitnout-pacienta-neakutni-pece.html>
2. BURIÁNEK, J. *Lékařské tajemství, zdravotnická dokumentace a související právní otázky*. Praha: Linde Praha, a.s., 2005. ISBN 80-7201-544-3.
3. CANDIGLIOTA, Z. A KOL. *Ochrana práv pacientů*. Brno: Liga lidských práv, 2010. ISBN 978-80-87414-03-3.
4. CANDIGLIOTA, Z. A KOL. *Jak být pacientem v České republice a zachovat si důstojnost*. Brno: Liga lidských práv, 2011. ISBN 978-80-87414-04-0.
5. CÍSAŘOVÁ, D., SOVOVÁ, O. a kol. *Trestní právo a zdravotnictví*. Praha: LexisNexis, 2008. ISBN 80-86199-75-4.
6. CÍSAŘOVÁ, D., SALAČ, J. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do not resuscitate v teorii a praxi*. Praha: Univerzita Karlova, Právnická fakulta, 2010. ISBN 978-80-87146-31-6.
7. ČESKO. Zákon č. 89 ze dne 26. 2. 1964 občanský zákoník. In: *Sbírka zákonů České Republiky*. 2010. ISSN 1211-1244.
8. ČESKO. Zákon č. 20 ze dne 10. 7. 1966 o péči a zdraví lidu. In: *Sbírka zákonů České Republiky*. 2010. ISSN 1211-1244.
9. ČESKO. Zákon č. 48 ze dne 7. 3. 1997 o veřejném zdravotním pojištění o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (zákon o veřejném zdravotním pojištění). In: *Sbírka zákonů České Republiky*. 2010. ISSN 1211-1244.
10. ČESKO. Zákon č. 101 ze dne 4. 4. 2000 o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů (zákon o ochraně osobních údajů). In: *Sbírka zákonů České Republiky*. 2010. ISSN 1211-1244.
11. ČESKO. Zákon č. 40 ze dne 8. 1. 2009 trestní zákoník. In: *Sbírka zákonů České Republiky*. 2010. ISSN 1211-1244.

12. ČESKO. Zákon č. 372 ze dne 6. 11. 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České Republiky*. 2010. ISSN 1211-1244.
13. ČESKO. Vyhláška č. 98 ze dne 22. 3. 2012 o zdravotnické dokumentaci. In: *Sbírka zákonů České Republiky*. 2010. ISSN1211-1244.
14. ČESKO. Nařízení vlády 307 ze dne 29. 8. 2012 o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb, 2012. In: *Sbírka zákonů České Republiky*. 2010. ISSN 1211-1244.
15. DANĚK, A., GLET, J. *Zdravotní pojištění*. Praha: Linde, 2003. ISBN 80-86131-46-7.
16. DOLEŽAL, T. *Problematické aspekty vztahu lékaře a pacienta zejména s ohledem na institut tzv. informovaného souhlasu*. Časopis zdravotnického práva a bioetiky. Vol 1, No 1 (2011). ISSN 1804-8137. [online]. [cit. 15. 2. 2015]. Dostupné z: <http://www.ilaw.cas.cz/medlawjournal/index.php/medlawjournal/article/view/1>
17. DOSTÁL, O. Interview. In. *Studio ČT24*. TV, ČT24, 3. dubna 2015, 13:10.
18. Eprávo. *Právo na svobodnou volbu lékaře*. [online]. [cit. 1.4.2015]. Dostupné z <http://www.epravo.cz/top/clanky/pravo-na-svobodnou-volbu-lekare-20718.html>
19. FIALA, J., MATES, P. *Komory podnikatelů a komory svobodných povolání*. Brno: Masarykova univerzita, 1994. ISBN 80-210-0983-7.
20. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Gallén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.
21. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-902163- 0-7.
22. CHRÁSTKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
23. KAHOUN, V., VURM, V. A KUČEROVÁ, B. *Vybrané kapitoly z pojišťovnictví*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-130-7.
24. KÁBRT, J., KÁBRT, J. jr. *Lexicon medicum*. Praha: Gallén, 2003. ISBN 80-7262-235-8.
25. KREBS, V. *Sociální politika*. Praha: ASPI, a.s., 2007. ISBN 978-80-7357-276-1.

26. KLÍMA, J. *Nejstarší zákony lidstva: Chammurapi a jeho předchůdci*. Praha: Academia. 1979.
27. KYŠA, L. *Více pacientů se soudí a roste i výše odškodnění*. In *Zdravotnický deník*. [online]. [cit. 17.4.2015]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2014/10/pravni-specialista-vice-pacientu-se-soudi-a-roste-i-vyse-odskodneni/>
28. Liga lidských práv. *Legislativní ochrana práv pacientů*. [online]. [cit. 30.3.2015]. Dostupné z: <http://www.llp.cz>
29. MACH, J. A KOL., *Zdravotnictví a právo*. Praha: LexisNexis CZ s.r.o., 2005. ISBN 80-86199-932.
30. MACH, J. *Medicína a právo*. Praha: C. H. Beck, 2006. ISBN 80-7179-810-X.
31. MACH, J. *Nové zdravotnické zákony*. Tempus medicorum, 2012, č. 1. ISSN 1214-7524
32. MACH, J. A KOL. *Univerzita medicínského práva*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. ISBN 978-80-247-5113-9.
33. MERVARTOVÁ, M. *Právní aspekty odpovědnosti lékaře a zdravotnického zařízení*. In *Zdravotnictví a právo*. 2010, č. 10. ISSN 1315-8534.
34. Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Postup podání stížností na poskytnutí zdravotní péče*. [online]. [cit. 20.4.2015]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/postup-podani-stiznosti-na-poskytnuti-zdravotni-pece_2623_22.html
35. NĚMEC, J., *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2628-1.
36. Oborová zdravotní pojišťovna. *Elektronická dokumentace*. [online]. [cit. 30.3.2015]. Dostupné z : <http://www.ozp.cz/elektronicka-komunikace/informace/vitakarta-online-informace>
37. PODSTATOVÁ, E. a kol. *Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1997-9.
38. POLICAR, R. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-2358-7.

39. POZGAR, G. *Legal aspects of health care administration*. Sudbury, Mass: Jones & Bartlett Learning, 2012.
40. PRUDIL, L. *Základy právní odpovědnosti ve zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004. ISBN 80-7013-409-7.
41. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., MACH, J. A KOL. *Lege artis v medicíně*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. ISBN 978-80-247-5126-9.
42. RŮŽIČKA, P. *Informovanost pacientů o svých právech ve zdravotnických zařízeních v České republice a ve Francii*. Plzeň, 2013. Diplomová práce. Západočeská univerzita, Fakulta zdravotnických studií.
43. SOLNAŘ, V., FENYK, J., CÍSAŘOVÁ, D. *Základny trestní odpovědnosti*. Praha: Orac, 2003. ISBN 80-86199-74-6.
44. STOLÍNOVÁ, J. *Občan, lékař a právo*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0036-9.
45. SURYNEK, Alois: *Základy sociologického výzkumu*. Praha, Management Press 2001. ISBN 80-7261-038-4.
46. ŠUSTEK, P., HOLČAPEK, T. *Informovaný souhlas*. Praha: ASPI, 2007. ISBN 978-80-7357-238-6.
47. ŠUSTEK, P., KŘÍSTEK, A. a kol. *Vademecum pacienta*. [online]. [cit. 05.04.2015]. Dostupné z: http://pravapacientu.poradna-prava.cz/folder05/Vademecum_pacienta.pdf
48. TĚŠINOVÁ, J., ŽDÁREK R., POLICAR, R. *Medicínské právo*. Praha: C. H. Beck, 2011. ISBN 978-80-7400-050-8.
49. TOPLÁNEK, M., JULÍNEK, T. *Důvodová zpráva k vládnímu návrhu zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*. Praha, 2008.
50. UN [United Nations] *The Universal Declaration of Human Rights: 1948-1998*. New York: United Nations, 1998. [cit. 3. 5. 2015]

51. VEPŘEK, J. A KOL. *Zpráva o léčení českého zdravotnictví aneb Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2002. ISBN 80-247-0347-5.
52. VOGNAROVÁ, K. *Ochrana osobnosti ve zdravotnictví*. Brno, 2009. Diplomová práce. [online]. [cit.19.2.2015]. Dostupné z https://is.muni.cz/th/162950/pravf_m/Ochrana_osobnosti_ve_zdravotnictvi.pdf
53. VURM, V., a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: MANUS, 2004. 100 s. ISBN 80-86571-07-6.
54. WHO [World Health Organization] 2013 *Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks* [online]. [cit. 1.5.2015]. str. 15 Dostupné z: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/185779/e96814.pdf?ua=1
55. WMA [World medical association]. *Declaration of Geneva* [online]. [cit. 1.4.2015] Ženeva, 1948. Dostupné z: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/g1/>
56. Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra. *O zdravotním pojištění*. [online]. [cit. 5.4.2015] Dostupné z: <http://www.zpmvcr.cz/pojistenci/informace-pro-pojistence/o-zdravotnim-pojisteni/>

8 Klíčová slova

Pojištěnec

Pacient

Práva pacienta

Zdravotní služby

Insured person

Patient

Patient rights

Health services

9 Přílohy

Příloha 1: Dotazník

Příloha 2: Etický kodex práv pacientů

Příloha č. 1

DOTAZNÍK

Jmenuji se Simona Vlčková. Studuji Zdravotně-sociální fakultu na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích, obor Rehabilitační-psycho sociální péče o postižené děti, dospělé a seniory. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který slouží jako podklad k mé diplomové práci na téma „Práva pojištěnce a práva pacienta dle právní úpravy“.

U každé otázky prosím vyberte jednu odpověď a zakroužkujte ji. Předem děkuji za váš čas a vyplnění dotazníku.

Dotazník je zcela anonymní.

1. Je pro vás důležité znát svá patientská práva?
 - a) ano
 - b) ne

2. Zajímáte se o právní úpravu v oblasti zdravotních služeb v souvislosti se svými patientskými právy?
 - a) ano
 - b) ne

3. V případě, že jste na předchozí otázku odpověděl/a „ano“, označte svůj zdroj (lze označit i více možností)
 - a) zákony
 - b) média (tisk, televize, rozhlas)
 - c) internet
 - d) od přátel
 - e) jiný

4. V případě, že vám váš lékař neposkytne dostatečné informace o vašem zdravotním stavu, průběhu a následcích léčby, vyžadujete aktivně poskytnutí těchto informací?
- a) ano
 - b) ne
5. Po jaké době můžete změnit zdravotní pojišťovnu?
- a) 1x za tři měsíce
 - b) 1x za šest měsíců
 - c) 1x za dvanáct měsíců
6. Po jaké době můžete změnit svého registrujícího lékaře (praktický lékař, zubní lékař, gynekolog)?
- a) 1x za tři měsíce
 - b) 1x za šest měsíců
 - c) 1x za dvanáct měsíců
7. Jakou částku za vás zaplatí vaše zdravotní pojišťovna v České republice za ošetření, které vám bylo poskytnuto v zemi EU a jednalo se o náhlé onemocnění nebo úraz?
- a) vaše zdravotní pojišťovna zaplatí celou částku vynaloženou v zemi EU
 - b) jen takovou částku, jakou by pojišťovna hradila v ČR
 - c) pojišťovna neuhradí nic
8. Je třeba, abyste dal/a ke svému ošetření a léčbě souhlas?
- a) ano, vždy
 - b) ano, s výjimkou neodkladného zákroku
 - c) souhlasu pacienta není nikdy třeba

9. Může být rodič přítomen při ošetření a hospitalizaci svého nezletilého dítěte?
- a) pouze po dobu návštěvních hodin
 - b) stále, ale jen v případě, že je dítě zdravotně postižené
 - c) nepřetržitě
10. Co si představujete pod pojmem místní dostupnost zdravotních služeb?
- a) maximální dojezdová doba k lékaři od místa vaše bydliště
 - b) soustředění lékařů různých oborů do jedné budovy (tzv. lékařský dům)
 - c) pravidelné návštěvy lékaře u pacienta v místě bydliště
11. Co si představujete pod pojmem časová dostupnost poskytovaných zdravotních služeb?
- a) maximální možná čekací doba v čekárně na vyšetření u lékaře
 - b) maximální dojezdová vzdálenost k lékaři od místa trvalého bydliště
 - c) maximální možná čekací doba pro provedení plánovaného lékařského zákroku či zahájení léčby
12. Koho může lékař informovat o vašem zdravotním stavu?
- a) kteroukoliv osobu
 - b) osoby, které určím
 - c) pouze osoby blízké bez ohledu na mé přání
13. Máte při vašem ošetření či léčbě právo znát jména zdravotnických pracovníků?
- a) ne, takové právo nemám
 - b) ano, ale pouze jméno zdravotní sestry
 - c) ano, všech zdravotnických pracovníků, kteří se podílejí na léčbě

14. Mohou být při vaší léčbě přítomni medicí (studenti medicíny), kteří se na léčbě přímo nepodílejí?
- a) ano, ale pouze s mým souhlasem
 - b) ano, se souhlasem vrchní sestry
 - c) vždy
15. Kdy je ošetřující lékař povinen informovat vás o vašem zdravotním stavu?
- a) při přijetí do péče a dále při každé změně léčby, či před každým novým zákrokem
 - b) pouze při ukončení léčby
 - c) ošetřující lékař nemá povinnost mě informovat
16. Můžete jako pacient odmítnout sdělení informace o vašem zdravotním stavu?
- a) ano, vždy
 - b) ano, pokud ovšem netrpím infekční nebo jinou nemocí, která by ohrozila zdraví jiných osob
 - c) ne, informaci o svém zdravotním stavu musím vždy obdržet
17. Co je to „dříve vyslovené přání“?
- a) rozhovor pacienta s lékařem, při kterém se pacient vyjadřuje k průběhu léčby
 - b) dokument v písemné formě, ve kterém pacient předem vyslovil souhlas nebo nesouhlas s léčbou pro případ, že by se dostal do takového stavu, kdy by nebyl schopen souhlas nebo nesouhlas s léčbou poskytnout
 - c) v české právní úpravě tento pojem neexistuje

18. Souhlas pacienta s hospitalizací musí být

- a) vyjádřený v písemné formě
- b) vyslovený ústně
- c) souhlasu není nikdy třeba

19. Pacient může léčbu odmítnout

- a) kdykoliv (mimo situace dané zákonem, kdy lze léčbu poskytnout bez souhlasu) a lékař je povinen opakovaně pacienta informovat o důsledcích nezahájení léčby
- b) kdykoliv a lékař není povinen pacienta informovat o důsledcích nezahájení léčby
- c) pacient nesmí léčbu odmítnout

20. Váš věk?

- a) 18 až 50 let
- b) 51 let a více

Příloha č. 2

Etický kodex práv pacientů

Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.

Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem nemocnice, 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.

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

Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu, ale musí být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.

V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření a léčba jsou důvěrnou věcí a musí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.

Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné i v případě počítačového zpracování. Práva a povinnosti při

zpracování osobních údajů souvisejících se zajišťováním zdravotní péče se řídí zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů. Bez souhlasu pacienta mohou do zdravotnické dokumentace nahlížet, a to v rozsahu nezbytně nutném pro splnění konkrétního úkolu v rozsahu své kompetence pouze osoby uvedené v § 67b zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů. Ostatní osoby mohou do zdravotnické dokumentace nahlížet pouze se souhlasem pacienta, u dítěte je nutný souhlas jeho zákonného zástupce. Informace o zdravotním stavu pacienta může lékař poskytnout pouze osobám, které pacient oznámí a jejichž jména budou uvedena v jeho zdravotnické dokumentaci. Z důvodů dodržení zákona o ochraně osobních údajů a zachování lékařského tajemství nejsou informace o zdravotním stavu pacienta poskytovány telefonicky.

Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět jeho žádostem o poskytnutí péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, kdy mu bylo poskytnuto plné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které přitom existují.

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 z nemocnice má právo očekávat, že jej bude lékař informovat o tom, jak o něj bude dále pečováno.

Pacient má právo na podrobné a 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 kdykoli, a to i bez uvedení důvodu, od experimentu ustoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

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

Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platnými předpisy instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat zdůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

V lednu 1991 ratifikovalo Federální shromáždění Listinu lidských práv a svobod; v návaznosti na ni vypracovala a schválila centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky kodex o právech pacientů; tento byl prohlášen za platný 25. února 1992.