

2011

Právní rádce pacienta

Aktualizované znění



Obsah

Obsah.....	1
Úvod.....	3
Pacient jako občan.....	3
Právo, etika a morálka.....	4
Jak se orientovat v právních předpisech?.....	5
Nejvýznamnější právní předpisy.....	7
Úmluva o biomedicině a základní okruhy práv pacientů.....	7
Právo na přístup k péči: Pacient jako pojištěnec.....	10
Úvod.....	10
Systém zdravotnictví v České republice.....	11
Základní právní principy v systému zdravotnictví.....	13
Právo na ochranu zdraví.....	13
Princip veřejného (zdravotního) pojištění.....	13
Princip bezplatnosti.....	14
Princip zákonného vymezení základního balíku.....	14
Princip nediskriminace.....	14
Princip demokratické legitimacy.....	15
Princip spravedlivého procesu.....	15
Zdravotní pojišťovny.....	16
Poskytovatelé zdravotních služeb.....	17
Práva pojištěnce.....	19
Právo na volbu zdravotní pojišťovny.....	20
Volba poskytovatele zdravotních služeb.....	22
Bezplatný přístup k péči.....	25
„Sponzorské dary“ v praxi.....	27
Regulační poplatky a limit.....	31
Regulační poplatky.....	31
Limit poplatků a doplatků na léky.....	34
Kontrola a ochrana práv pojištěnce.....	36
Povinnosti pojištěnce.....	36
Čerpání péče v jiných státech EU.....	40
Právo pacienta na bezpečnou a kvalitní péči.....	43
Úvod.....	43
Profesní standardy v právu: co jsou a kdo je určuje.....	44
Zjištění anamnézy.....	48
Diagnóza.....	51
Léčebné zákroky a následná péče.....	53
Odborný standard a úhradový standard.....	55
Informace o léčbě a role patientských sdružení.....	60
Povinnost poskytovat pomoc v nouzi.....	61
Profesní standardy a léčitelé.....	64
Informovaný souhlas.....	65
Historický vývoj práva a etiky informovaného souhlasu.....	65
Účel poučení a informovaného souhlasu.....	67
Právní úprava informovaného souhlasu.....	67
Souhlas jako právní úkon a jeho forma.....	68
Náležitosti poučení o zákroku.....	69

Poučení o léčebném režimu a povinnost jej dodržovat	71
Poučení o rizicích zákroku	71
Povinnost poučení o alternativách zákroku	72
Poučení o ceně a úhradě péče	73
Výjimky z povinnosti postupovat s informovaným souhlasem	76
Informovaný souhlas a stavy nouze	81
Předem vyslovená přání	82
Poučení o zákroku: právo, nikoliv povinnost pacienta	82
Právo na informace o zdravotním stavu a přístup do zdravotnické dokumentace	84
Zdravotnická dokumentace v právních předpisech	84
Záznamy o souhlasech, odmítnutí péče a dalších rozhodnutích pacienta	86
Povinná mlčenlivost a výjimky z ní	88
Přístup pacienta a příbuzných do zdravotnické dokumentace	89
Přístup pozůstalých do zdravotnické dokumentace zemřelého	90
Lhůta pro poskytnutí kopií dokumentace a úhrada nákladů	91
Elektronické zdravotní záznamy	91
Právní odpovědnost a právní ochrana zdravotníka	93
Ochrana práv pacienta	94
Ochrana práv zdravotníka	97
Pomoc obětem trestné činnosti	99

Úvod

Pacient jako občan

Lékaři, sestry, pacienti a jejich příbuzní jsou občané jako všichni ostatní. Naprostá většina práv a povinností platí v nemocničním prostředí stejně jako v běžném životě. Příchodem k poskytovateli zdravotních služeb pacient nepozbývá svobody, neztrácí svá občanská práva – pokud tomu nemoc a potřeby léčení nebrání, může se i nadále setkávat s blízkými, užívat svůj majetek, zachovávat obřady své víry, stejně jako ostatní zdraví lidé. Nemocný člověk má právo na stejnou úctu, stejný respekt ke svým právům, jako člověk zdravý. Přehnaně paternalistický přístup, kdy zdravotník bez dalšího přistupuje i k dospělému nemocnému jako rodič k malému dítěti, neuznává jeho právo na soukromí a samostatné rozhodování, není již v moderním zdravotnictví považován za vhodný.

Totéž ale platí i pro občanské povinnosti nemocných. Pokud pacient úmyslně zničí cenný kus nemocničního vybavení, nebezpečně vyhrožuje personálu nebo dokonce napadne zdravotníka, páchá stejné trestné činy, jako kdyby obdobně jednal například v hotelu, v restauraci, na náměstí nebo v supermarketu. Lékaři někdy vnímají jako neetické žalovat své pacienty nebo na ně volat policii, dokonce i když jsou sami oběťmi násilného trestného činu – na to by se však problémové osoby v nemocnicích neměly spoléhat a hřešit na to.

Pacient by měl znát svá práva a neměl by se ostýchat je uplatnit. Na druhou stranu si však musí být plně vědom svých povinností vůči zdravotníkům, spolupacientům i dalším osobám, chovat se zodpovědně a tyto povinnosti dodržovat. V právu platí, že práva jednoho vytváří povinnosti druhého – a naopak, povinnosti jedněch zakládají oprávnění druhých. Tak například právu pacienta na poučení o zákroku odpovídá právní povinnost lékaře s pacientem aktivně komunikovat a sdělit mu veškeré informace, které pacient potřebuje pro své rozhodnutí o souhlasu či odmítnutí zákroku. Právu pacienta na péči *lege artis* odpovídá na straně poskytovatele široké spektrum povinností nutných k tomu, aby mohla být náležitá péče bezpečně a kvalitně poskytnuta. Podobně, právu pacienta na péči bez přímé platby odpovídá povinnost poskytovatele zdravotních služeb takovou péči bez přímé platby pacienta poskytnout. V politickém procesu přijímání zákonů je často zdůrazňováno uzákonňování nových práv (což je populární) před zakládáním nových povinností (což populární není). Při tom se často zapomene na zmíněné pravidlo, že každé nové právo vytváří odpovídající novou

povinnost. Není-li nebo nemůže-li být tato povinnost plněna, ani právo není respektováno – stává se mrtvou literou zákona. Populismus na straně zákonodárce tak nevede k posílení práv pacientů, ale k chaosu, korupci a nedostatku právní jistoty.

Náš systém zdravotnictví je velmi velkorysý. Zjednodušeně řečeno, umožňuje každému občanovi, kdykoliv onemocní, využívat moderních možností medicíny a pozornosti vysoce kvalifikovaných zdravotníků, a to vše takřka zdarma a bez starostí. Morální i právní povinností nemocného (byť jen málo vynutitelnou) v solidárním zdravotnictví je proto péči nezneužívat ani neužívat zbytečně. Jak říká preambule Zákona o péči o zdraví lidu - *péči společnosti o zdraví lidu musí odpovídat snaha každého jednotlivce žít zdravě a vyvarovat se vlivů škodlivě působících na jeho zdraví. Zároveň má každý občan napomáhat dobrému vývoji zdraví svých spoluobčanů, a proto aktivně přispívat k vytváření zdravých podmínek a zdravého způsobu života a práce.* Být zdravý je především věcí každého občana, nikoliv zdravotníků. Ti mu mohou pomoci, avšak jak shledala i medicínská věda, samotným poskytováním zdravotní péče je možno ovlivnit zdravotní stav jen v menší míře; ve větší míře vyplývá, kromě vrozených dispozic, zejména ze zvoleného způsobu života a aktivní péče o vlastní zdraví.

Právo, etika a morálka

Právní spory se liší od běžných neshod a rozepří mezi lidmi tím, že jejich řešení vychází z výhradního, jednotného systému pravidel – právních předpisů. Zatímco u běžných mezilidských neshod hrají rozhodující roli často subjektivní názory obou stran na to, co je vhodné či slušné, právo se často soustředí na popis, co se musí a co se nesmí, aniž by se pouštělo do hodnotových úvah. Kvůli tomu mohou působit právní řešení poněkud studeně a neosobně, na druhou stranu však umožňují přistupovat ke všem zúčastněným stejně, řešit spory nezaujatě, bez diskriminace a útlatu slabších či s menšinovým názorem. Tak například může existovat mnoho názorů na přípustnost interrupce, a zastánci těch radikálnějších se na mezilidské úrovni mezi sebou nikdy neshodnou. Nicméně v právním sporu se řešení nalezne vždy pouze na základě zákona (zde zákona o umělém přerušení těhotenství), a to bez ohledu na to, zda soudce či advokát je přesvědčením konzervativní katolík nebo militantní feministka.

Skoro v každém zdravotnickém zařízení bývá vyvěšen některý z etických kodexů, například Kodex práv pacienta. Podobné kodexy jsou v praxi velice důležité, neboť říkají, co je správné, „co se má“. Tyto kodexy však zpravidla nejsou závaznými právními předpisy. Proto, když dojde ke sporu „na ostří nože“, nebude se rozhodovat podle nich, nýbrž podle platných zákonných předpisů, které stanoví, co je a co není *právní* povinností. To, že většina obsahu etických kodexů má svůj takřka přesný odraz v zákonech, je samozřejmě správné, občan však musí pamatovat, že u soudu se bude moci opřít vždy jen o právní předpis. Je to jako u reklam – přestože mohou jednoznačně slibovat, že nový předmět spolehlivě vzbudí závist souseda a pozornost krásných žen, tak zůstane-li nový majitel zcela nepovšimnut, nemůže nikoho pro porušení těchto slibů žalovat. K soudu může výrobce pohnat jen tehdy, pokud předmět do dvou let přestane fungovat, díky zákonem stanovené záruce. Součástí tréninku právníků je proto umění rozlišovat mezi právními normami (například zákony či vyhláškami), které jsou v právních sporech závazné, a ostatními pravidly (například morálními kodexy, ideologiemi, náboženskými představami, zvyklostmi či etiketou), které v právním sporu závazné nejsou.

Jak se orientovat v právních předpisech?

Právní řád předpokládá, že občané znají právní předpisy – v právu platí zásada, že neznalost zákona neomlouvá. Plná znalost všech zákonů, nebo alespoň těch, které se člověka bezprostředně týkají, je v dnešní době iluze; sbírka českých právních předpisů, kterou má většina advokátů a úřadů, se distribuuje na nosiči DVD a v knižní podobě by zabrala několik velkoskladů. Předpisů, které se týkají práv pacientů, však zase tolik není a i neprávnik si může zákon, který zrovna potřebuje, celkem snadno sám nalézt. Ani občané bez právního vzdělání by se neměli zbytečně bát pracovat přímo se zákony. Často je to ta nejrychlejší, nejspolehlivější a nejlevnější cesta, jak zjistit, na co mám právo a kdo má v případě sporu pravdu. Jen je třeba číst pečlivě, dát pozor na aktuálnost (právní předpisy se občas mění) a na případné výjimky.

Kde najít zákon, který potřebujete? Nejsnadnější to je pro ty, kteří umějí pracovat s internetem. Každý právní předpis má své číslo, ze kterého je zřejmý rok jeho vydání a zdroj, kde byl publikován. Tak například zákon 372/2011 Sb. o zdravotních službách je tří stý sedmdesátý druhý zákon vydaný v roce 2011 a uveřejněný ve Sbírce zákonů. Pokud do internetového vyhledávače, například www.google.com nebo www.seznam.cz, zadáte „372/2011 Sb.“, vyhledá se hned několik desítek odkazů na stránky, kde je tento předpis v

plném znění uveřejněn. Za jeden z nejlepších internetových zdrojů považuji Portál veřejné správy (www.portal.gov.cz), kde jsou české právní předpisy v plném znění a zcela zdarma. Pokud internet nemáte nebo nepoužíváte, text zákona vám pomohou najít v nejbližší veřejné knihovně.

Je třeba upozornit, že zákony se čas od času mění. Tak například do 31. března 2011 upravoval v zásadě komplexně oblast poskytování zdravotní péče zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ale od 1. dubna je zrušen a nahrazen zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Vždy je potřeba znát aktuální znění zákona, protože postup podle starého znění či podle zrušeného zákona může občana i poškodit. Zákony uveřejněné na kvalitních internetových stránkách, například na „portálu veřejné správy“ jsou automaticky aktualizované, při vyhledání vždy dostanete platné znění.

Nejdůležitější právní předpisy jsou Ústava a Listina základních práv a svobod, pro oblast zdravotnictví též tzv. Úmluva o lidských právech a biomedicíně. Ústava, Listina i Úmluva o lidských právech a biomedicíně, která je mezinárodní smlouvou, mají vyšší právní sílu a přednost před „obyčejnými“ zákony schválenými Parlamentem. To je významné zejména z toho důvodu, že Listina základních práv a svobod stanoví v čl. 31, že *občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon*. Základní práva stanovená s právní silou ústavních zákonů mohou být zákonem omezena pouze v té míře, do které to jejich znění samo umožňuje. Zákony, ústavní i „obyčejné“, mají přednost před podzákonnými právními předpisy veřejné moci (zejména nařízení vlády a vyhlášky ministerstev). Zcela zvláštní kategorií jsou pak nejrůznější metodické pokyny a stanoviska státní správy či odborných společností, která nemají znaky obecně závazného právního předpisu; jejich charakter je spíše doporučující a zásadně nemohou zužovat rozsah Listinou či zákonem stanovených práv. V praxi se lze někdy setkat s tím, že pracovníci velkých institucí postupují podle svých vnitřních předpisů, bez ohledu na to, co říká zákon. Takovému přístupu je třeba se bránit, pokud by byl vnitřní předpis špatně napsán nebo špatně vykládán a jeho použitím se zasahovalo do práv pacienta daných zákonem.

Nejvýznamnější právní předpisy

Mezi nejdůležitější právní předpisy, ve kterých lze nalézt práva pacientů, patří zejména následující:

Ústavní zákony a mezinárodní dokumenty

- Listina základních práv a svobod, č. 2/1993 Sb.
- Úmluva o ochraně lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (Úmluva o lidských právech a biomedicině), č. 96/2001 Sb.m.s.

Zákony

- Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách
- Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění
- Zákon č. 220/1991 o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře
- Zákon č. 66/1986 Sb. o umělém přerušení těhotenství
- Zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví
- Zákon č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů
- Trestní zákon, č. 40/2009 Sb.
- Zákon č. 141/1961 Sb. o trestním řízení soudním (trestní řád)
- Zákon č. 200/1990 Sb. o přestupcích
- Občanský soudní řád, č. 99/1963 Sb.
- Občanský zákoník, č. 40/1964 Sb.

Vybrané podzákonné předpisy

- Vyhláška č. 75/1986 Sb., kterou se provádí zákon o umělém přerušení těhotenství
- Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška č. 440/2001 Sb. o odškodnění bolesti a ztížení společenského uplatnění

Úmluva o biomedicině a základní okruhy práv pacientů

Základním předpisem zdravotnického práva je Úmluva o biomedicině, která zakládá široký okruh práv osobám, které se podrobují zákrokům v souvislosti s léčbou či výzkumem. Úmluvu o biomedicině lze pro naše účely rozdělit na dvě části. První část se zabývá stanovením obecně platných základních pravidel, druhá, zvláštní část, se týká vědeckého výzkumu a nových, eticky citlivých medicínských metod.

Preamble a článek 1 popisují účel Úmluvy a povinnost států zajistit její dodržování pomocí předpisů národního práva. Článek 2 stanoví přednost zájmů lidské bytosti před zájmy společnosti nebo vědy. Článek 3 pojednává o rovném přístupu ke kvalitní lékařské péči; zde se však nejedná o individuálně vymahatelné právo, jde o povinnost státu o zabezpečení kvalitní péče usilovat (což zohledňuje rozdílné ekonomické možnosti členských států). Článek 4 stanoví povinnost poskytovat péči v souladu s profesními standardy.

Články 5-9 pojednávají o informovaném souhlasu. Obecným pravidlem je, že žádný zákrok nemůže být proveden bez souhlasu pacienta. Jedná se o mimořádně důležité ustanovení, jehož smyslem je ochrana pacientovy svobody rozhodovat o svém osudu. Nedílnou součástí tohoto práva je právo na poskytnutí informací o zákroku, jeho následcích, rizicích a možných alternativách. Dále jsou v této sekci upraveny podrobnosti a výjimky, konkrétně postup získávání souhlasu, pokud se jedná o nezletilého nebo právně nezpůsobilého. Výjimkou z povinnosti získat informovaný souhlas jsou stavy nouze, kdy jde o čas - v takovém případě je povoleno provést bez souhlasu neodkladný zákrok, který je v zájmu zdraví pacienta. Konečně je upravena i povinnost poskytovatele zdravotních služeb respektovat předem vyjádřená přání pacienta, který není ve stavu, kdy by byl schopen vyjádřit svou vůli.

Článek 10 pojednává o ochraně soukromí pacienta. Do této oblasti spadají zejména povinnost lékařské mlčenlivosti, pravidla pro vedení zdravotnické dokumentace a její předávání mezi poskytovateli zdravotních služeb nebo jednotlivými lékaři a právo pacienta na informace o jeho zdraví.

Do „zvláštní části“ Úmluvy lze řadit články 11-14 o nakládání s lidským genomem, články 15-18 o provádění vědeckého výzkumu a články 19-22 o transplantační medicíně a nakládání s částmi lidského těla. Významná je zejména oblast týkající se vědeckého výzkumu, která zahrnuje klinické testování nových léků a léčebných metod.

Členění obecné části Úmluvy o biomedicině lze využít k rozdělení základních práv pacientů do čtyř velkých okruhů:

- První z nich, založený na článku 3 Úmluvy (a současně čl. 31 naší Listiny základních práv a svobod), se týká práva na rovný přístup k bezplatné péči na základě veřejného zdravotního pojištění.
- Druhý okruh, založený na článku 4, se týká práva na kvalitu a profesionalitu péče. Tomuto právu odpovídá povinnost lékaře poskytovat péči *lege artis*. Porušením tohoto práva může být například chyba v diagnóze nebo nesprávně zvolená léčba, nepřímo do této skupiny spadají i chyby způsobené špatnou spoluprací mezi lékaři.
- Třetí velký okruh, popsáný v člancích 5-9, obsahuje ochranu pacientovy svobody rozhodování. Odpovídá mu povinnost lékaře vyžádat si souhlas s každým plánovaným zákrokem a pacienta předem dostatečně poučit. Porušením tohoto práva je provedení jakéhokoliv zákroku nekrytého souhlasem, byť by byl proveden správně. Nedostatečné poučení má za následek vadný souhlas a protiprávnost zákroku.
- Poslední okruh, který se váže na článek 10, se týká pacientova práva na soukromí. Tomu odpovídá povinnost lékaře soukromí pacienta chránit, typickým porušením této povinnosti je sdělování citlivých informací třetím osobám bez svolení pacienta nebo nesprávné nakládání se zdravotnickou dokumentací.

Podle těchto okruhů jsou členěny i následující čtyři kapitoly. Naši publikaci uzavírá kapitola o právní odpovědnosti a nástrojích ochrany práv pacientů i zdravotníků.

PRÁVO NA PŘÍSTUP K PÉČI: PACIENT JAKO POJIŠTĚNEC

Úvod

Historicky byla zdravotní péče poskytována v rámci dvoustranného právního vztahu mezi lékařem a pacientem – pacient přicházel za lékařem s požadavkem poskytnutí péče, kterou lékař poskytoval buďto za úplatu nebo bezplatně. Ve všech moderních systémech zdravotnictví, z důvodu zajištění solidarity, přístupu k péči a sdružení finančních prostředků i individuálních rizik, přistupuje ke vztahu lékař-pacient též třetí subjekt – zdravotní fond (v našem současném systému veřejná zdravotní pojišťovna, v tržních systémech poskytovatel soukromého pojištění, v systémech tzv. národní zdravotní služby může tuto roli plnit stát).

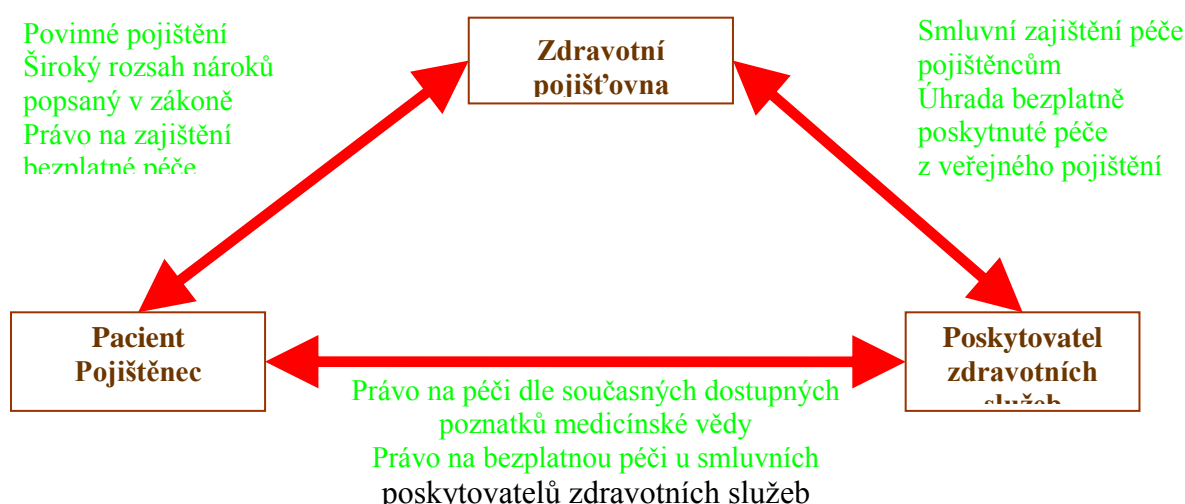
Vzniká tedy trojúhelník, tvořený třemi dvoustrannými vztahy, které se navzájem ovlivňují:

- **Vztah občan (pojištěnec) vs. zdravotní pojišťovna**, v jehož rámci pojištěnec platí pojišťovně pojistné dané smluvně či zákonem, a za to očekává, že mu budou zajištěny v případě potřeby zdravotní služby v dohodnutém nebo zákonem určeném rozsahu. Povinností pojišťovny je zajistit poskytnutí těchto služeb prostřednictvím smluv s poskytovateli zdravotních služeb.
- **Vztah zdravotní pojišťovna vs. poskytovatel zdravotních služeb**, v jehož rámci se poskytovatel zdravotních služeb zavazuje poskytnout pojištěncům pojišťovny, kteří vyhledají jeho pomoc, zdravotní služby v rozsahu dohodnutém s pojišťovnou, a pojišťovna se zavazuje poskytnout za tyto služby poskytovateli zdravotních služeb finanční úhradu.
- **Vztah občan (pacient) vs. poskytovatel zdravotních služeb**, v jehož rámci pacient požaduje u poskytovatele zdravotních služeb služby potřebné pro obnovení či zachování jeho zdraví, a poskytovatel zdravotních služeb mu tyto služby poskytuje; jde-li o služby spadající do rámce pacientova zdravotního pojištění, hradí je za pacienta pojišťovna, jde-li o služby mimo tento rámec, hradí je pacient poskytovateli zdravotních služeb přímo.

Právní spory mohou vznikat na všech třech liniích vztahů:

- **Mezi pojištěncem a zdravotní pojišťovnou**, pokud pojišťovna odmítne uhradit péči, která spadá do předem definovaného pojistného krytí, případně nevytvoří takovou síť smluvních poskytovatelů zdravotních služeb, aby se pojištěnec mohl v případě nemoci domoci včasné a kvalitní péče v rozsahu popsáném v zákoně.

- Mezi **zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb**, zejména pokud pojišťovna neuhradí smluvnímu poskytovateli zdravotních služeb péči, kterou tento poskytovatel zdravotních služeb poskytl jejím pojištěncům, nebo pokud poskytovatel zdravotních služeb požaduje platbu za úkony, na kterou nemá ze zákona či smlouvy vůči pojišťovně nárok.
- Mezi **pacientem (pojištěncem) a poskytovatelem zdravotních služeb**, zejména pokud tento poskytl péči nekvalitně a došlo ke škodě na zdraví pacienta, a to bez ohledu na to, zda šlo o péči hrazenou pojišťovnou nebo o péči hrazenou přímo pacientem.



Systém zdravotnictví v České republice

Systém zdravotnictví v České republice je založen na principu veřejného zdravotního pojištění. Toto veřejné zdravotní pojištění je univerzální a solidární.

„Univerzální“ (všeobecné) znamená, že každý občan České republiky je zdravotně pojištěn. Platit zdravotní pojištění je pro každého povinné, nelze se mu nijak vyhnout či se dobrovolně rozhodnout, že pojištěn být nechci. Univerzálnost na druhou stranu znamená, že každý občan, ať majetný či nemajetný, je zdravotně pojištěn a v nemoci se může spolehnout na zdravotní zabezpečení; není-li výdělečně činný, platí za něj pojistné odvody stát. To není samozřejmost – jedním z největších plánů amerického prezidenta Baracka Obamy je zdravotní reforma,

jejímž klíčem je zavést v USA právě univerzální zdravotní pojištění a vyřešit tak problém desítek milionů amerických občanů, kteří v současnosti pro případ nemoci nijak pojištění nejsou a náhlé zdravotní výdaje pro ně mohou znamenat i osobní bankrot.

„Solidární“ znamená zejména, že kalkulace výše pojistného nezohledňuje zdravotní stav konkrétního občana ani budoucí riziko potřeby péče. Zdravý platí stejně jako chronicky nemocný, při volbě pojišťovny se český občan nemusí zpovídat, jaký byl jeho předchozí zdravotní stav – na rozdíl třeba od pojištění odpovědnosti z provozu vozidel („povinné ručení“), kde se sazba pojistného odvíjí do jisté míry od toho, kolik nehod člověk v minulosti zavinil, rizikový řidič platí výrazně více než ten, kdo jezdil bezpečně. Solidární zdravotní pojištění se tak svou povahou trochu blíží dani a kritici tvrdí, že nemotivuje občany k zodpovědnému přístupu k vlastnímu zdraví. Na druhou stranu, na rozdíl od rizika způsobení dopravních nehod nemůže člověk riziko špatného zdraví vždy ovlivnit, solidarita zdravotního pojištění tak chrání třeba ty, kteří se narodili se zdravotními vadami vyžadujícími trvale nákladnou péči a které by v čistě komerčním systému patrně nikdo za únosné pojistné nepojistil.

Stávající systém zdravotnictví byl v posledních letech opakovaně kritizován, hovoří se o potřebě zásadní reformy, privatizace zdravotních pojišťoven, zavedení výrazných spoluúčástí či individuálních účtů. Faktem je, že naše zdravotnictví trpí korupcí a plýtváním plynoucím z neefektivního řízení, pravdou je též, že mnozí občané výhod solidárního systému zneužívají. To nicméně nemusí být řešeno odstraněním veřejného systému, ale spíše jeho nápravou a zájmem o jeho fungování, o což se může zasadit každý jednotlivý pojištěnec.

Zdravotní pojišťovny spravují nemalé částky – české zdravotnictví spotřebuje každoročně přes 220 miliard korun. To zastiňuje i mnohé z největších veřejných investic, jako je výstavba nové dálnice či nákup nadzvukových stíhaček pro armádu. Na jednoho občana ČR připadá ročně více než 20 000 korun zdravotnických výdajů, přičemž průměrný ekonomicky aktivní občan, kteří přispívají na zdravotnictví nejen placením pojistného, ale též daňově (za důchodce či osoby na sociálních dávkách platí pojistné stát, což je nutno vybrat z daní) odvede na zdravotnictví každý rok takřka dvojnásobek této částky. Pojistné se vypočítává ze mzdy a za zaměstnance je odvede rovnou zaměstnavatel, takže mnozí zaměstnanci celkovou výši svých odvodů na zdravotní pojištění nevnímají. Nicméně občan se statisticky průměrnou hrubou mzdou 22 000 Kč („superhrubá“ mzda 29 500 Kč) dá letos na zdravotnictví měsíčně

2 970 Kč a za dvanáct měsíců 35 640 Kč; občan s hrubou mzdou 15 000 Kč („superhrubá“ mzda 20 100 Kč) dá letos měsíčně 2 025 Kč a za dvanáct měsíců 24 300 Kč, daňové příspěvky na chod zdravotnictví v to nepočítaje.

Ceny hrazené zdravotní péče však těmto nákladům odpovídají, a to i přesto, že (narozdíl třeba od právních služeb) stát ceny zdravotních služeb přísně reguluje. Státisíce či dokonce miliony tak může stát léčba chronicky nemocného dítěte s vrozeným zdravotním defektem, ale též transplantační léčba u občana, který si lidově řečeno „prochlatal játra“. Je tedy namístě, aby zdravotnické zákony a jejich budoucí změny nastavily spravedlivou a ekonomicky udržitelnou míru solidarity zdravých s nemocnými.

Základní právní principy v systému zdravotnictví

Listina základních práv a svobod a další nadzákonné právní normy stanoví základní pravidla (principy) pro fungování zdravotnického systému.

Právo na ochranu zdraví

Listina stanoví v čl. 31, větě první právo každého *na ochranu zdraví*. Obdobné ustanovení lze nalézt v čl. 12 Mezinárodního paktu o ekonomických, sociálních a kulturních právech, dle kterého státy *uznávají právo každého na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně fyzického a duševního zdraví*. Tato ustanovení bývají často ne zcela přesně interpretována jako „právo na zdraví“. Odpovídající povinností k právu na zdraví by totiž byla patrně byla povinnost zaručit či poskytnout zdraví; možnost takové záruky zůstává při současné úrovni vědy stále ve sféře vyšší moci, lidským zákonům nepodléhající. Přesnější je proto, v souladu s přesným zněním Listiny, mluvit o právu na ochranu zdraví, jemuž odpovídá povinnost státu vytvářet zdravé životní a pracovní prostředí, předcházet vzniku chorob a usilovat o co nejefektivnější využívání dostupných veřejných fondů určených pro oblast zdravotnictví.

Princip veřejného (zdravotního) pojištění

Princip veřejnosti pojištění, zakotvený v druhé větě čl. 31 Listiny, spočívá v jeho univerzalitě (každý občan je pojištěn) a solidaritě (kalkulace pojistného nezohledňuje zdravotní stav a budoucí riziko potřeby péče).

Princip bezplatnosti

Z principu bezplatnosti, stanoveném v Listině čl. 31, větě druhé, vyplývá, že každý, kdo je pojištěncem, za zdravotní péči v rozsahu vymezeném zákonem v momentě jejího poskytnutí neplatí přímo, náklady hradí místo něj zdravotní pojišťovna. To však neznamená nutně všeobecnou bezplatnost veškeré zdravotní péče, avšak pouze bezplatný přístup k té části zdravotní péče, která je jako „základní balík“ popsána v zákoně. V současnosti jde zejména o zákon 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění v ustanoveních § 13 a následujících. Listina zde tedy zjevně ponechává prostor pro zákonodárce, aby určil rozsah hrazené péče udržitelným způsobem. Tato opatření by však měla být v souladu se zásadou nediskriminace.

Princip zákonného vymezení základního balíku

Posledním principem vyplývajícím z čl. 31 věty druhé Listiny je zásada vymezení podmínek veřejného pojištění výhradně zákonem. Jde-li o stranu příjmů zdravotního pojištění, není pochyb, že povinné odvody na zdravotní pojištění mohou být stanoveno jen zákonem (tedy nikoliv například podzákonnými předpisy), podobně jako je tomu u daní. Avšak jde-li o stranu výdajovou, tedy co zdravotní pojišťovny hradí a za jakých podmínek, vznikají problémy. Dle Listiny by mělo platit, že pro určení tohoto „veřejného balíku hrazené péče“ je rozhodný pouze text zákona 48/1997 Sb., přičemž podzákonné předpisy (vč. vyhlášek Ministerstva zdravotnictví či metodik zdravotních pojišťoven) tento zákonný nárok nemohou zrušit ani zúžit pod rozsah stanovený zákonem. Tak rozhodl i Ústavní soud v nálezu 206/1996 Sb., kterým zrušil nařízení vlády o zdravotním řádu. Pro pojištěnce, kteří se budou domáhat přístupu ke zdravotní péči, je proto užitečné vědět, že jakékoliv omezování hrazené péče, ať už prováděné přímo či nepřímo, státem, zdravotními pojišťovnami či poskytovateli zdravotních služeb, musí mít přímou oporu v zákoně.

Princip nediskriminace

Nadzákoné normy přímo a výslovně stanoví požadavek rovnosti občanů, a to hned v několika ustanoveních. Dle článku 1 Listiny jsou lidé *svobodní a rovní v důstojnosti i v právech*. Dle článku 4 odst. 3 musí *zákonná omezení základních práv a svobod platit stejně pro všechny případy, které splňují stanovené podmínky*. Požadavek rovnosti se vztahuje na možnost uplatnění veškerých základních práv, tedy i práva na hrazenou zdravotní péči dle článku 31. Pro oblast zdravotní péče stanoví článek 3 Úmluvy o biomedicině, že *smluvní strany, majíce na zřeteli zdravotní potřeby a dostupné zdroje, učiní odpovídající opatření, aby v rámci své jurisdikce zajistily rovnou dostupnost zdravotní péče patřičné kvality*.

Jakékoliv právní či faktické nastavení, které bude bezdůvodně diskriminovat mezi občany v přístupu k benefitům veřejného systému, není přijatelné. Skutečnost, že některá nemoc je obávaná či populární, zatímco jiná je málo známá a až na ty, které postihla, se o její léčbu nikdo nezajímá, by neměla vést k rozdílným nárokům občanů s obdobně léčitelnými stavy. Stejně tak by nemělo být nespravedlivě rozlišováno mezi pacienty se stejnou nemocí, avšak z různých regionů a nemělo by se stávat, že zázemí pro moderní léčebné metody je koncentrováno pouze na části území republiky a pro občany z jiných regionů nejsou fakticky dostupné. To je důležité zejména u akutní péče, kde z důvodu nebezpečí z prodlení nemůže být pacient převážen na delší vzdálenosti.

Princip demokratické legitimacy

Čl. 2 odst. 1 Ústavy stanoví, že lid je zdrojem veškeré státní moci; vykonává ji prostřednictvím orgánů moci zákonodárné, výkonné a soudní. Systém zdravotnictví v České republice je vystaven na solidaritě, a tedy i na povinných odvodech ve formě zdravotní daně nebo pojistného na veřejné zdravotní pojištění. Jelikož se jedná o „veřejné peníze“, musí existovat veřejná kontrola nad takto vybranými prostředky. V rozporu s tímto principem jsou situace, kdy sice občané povinně odvádějí prostředky do solidárních fondů, fakticky však nemají žádný vliv na využití a rozdělení těchto prostředků. Demokratickou legitimitu zpravidla nemají různé „expertní komise“ konstituované bez transparentních kritérií či „patientské rady“ (zejména tehdy, jsou-li složené převážně z lidí zdravých a politicky ambiciózních). Totéž platí dokonce i pro odborné společnosti složené z erudovaných odborníků, mají-li činit rozhodnutí o veřejných zdrojích. Vždy by měla platit jedna z nejstarších demokratických zásad. „žádné zdanění bez zastoupení“ – a to i pokud nejde o daně, ale o povinné odvody na zdravotní pojištění.

Princip spravedlivého procesu

Hlava 5 Listiny popisuje právo na soudní a jinou právní ochranu. V článku 36 Listina stanoví, že *se každý může domáhat stanoveným postupem svého práva u nezávislého a nestranného soudu a ve stanovených případech u jiného orgánu. Kdo tvrdí, že byl na svých právech zkrácen rozhodnutím orgánu veřejné správy, může se obrátit na soud, aby přezkoumal zákonnost takového rozhodnutí, nestanoví-li zákon jinak.* Další záruky pro ochranu práv jsou obsaženy v mezinárodních smlouvách, pro oblast práv pacientů zejména v Úmluvě o biomedicině. V člancích 23-25 tato Úmluva ukládá smluvním stranám zajistit *bez zbytečného prodlení odpovídající právní ochranu tak, aby předešly nebo zamezily porušování práv a*

zásad stanovených touto Úmluvou. Osoba, která utrpěla újmu způsobenou zákrokem, má nárok na spravedlivou náhradu škody za podmínek a postupů stanovených zákonem, přičemž smluvní strany zajistí odpovídající právní postih pro případy porušení ustanovení Úmluvy. V oblasti medicínskoprávních sporů je tedy český stát povinen především zajistit rychlé a efektivní rozhodování soudů, poskytnout stranám náležitě procesní záruky zejména v oblasti dokazování a regulovat výši částek odškodného, aby docházelo k plné a spravedlivé kompenzaci utrpěné újmy.

Zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovny hospodaří s pojistným, které bylo vybráno od občanů, které by měly využívat k tomu, aby u jejich smluvních poskytovatelů zdravotních služeb dostali občané zdravotní péči, kterou potřebují, a to bezplatně v rozsahu, který stanoví zákon 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění.

V současné době existuje osm zdravotních pojišťoven:

- Všeobecná zdravotní pojišťovna, www.vzp.cz
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, www.ozp.cz
- Revírní bratrská pokladna, www.rbp-zp.cz
- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky, www.zpmvcr.cz
- Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky, www.vozp.cz
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, www.zpskoda.cz
- Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE, www.zpma.cz
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, www.cpzp.cz

Všeobecná zdravotní pojišťovna je výrazně největší, jde o zdravotní pojišťovnu zřízenou zvláštním zákonem, 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR. Ostatní pojišťovny vznikají na základě zákona, 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách (hovoří se o tzv. „zaměstnaneckých“ pojišťovnách). Nová je v tomto seznamu Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, která vznikla v druhé půli 2009 sloučením Hutnické zdravotní pojišťovny, České národní zdravotní pojišťovny a Zdravotní pojišťovny AGEL. Pojištěnci těchto pojišťoven tedy jsou nyní pojištěnci České průmyslové.

Relativně nová byla též Zdravotní pojišťovna Média, která existovala od první poloviny roku 2009, avšak v roce 2011 zanikla.

V současnosti jsou všechny zdravotní pojišťovny v České republice veřejné instituce. Zdravotní pojištění je tak možno odlišit od komerčního (při)pojištění týkajícího se zdraví, které nabízejí soukromé pojišťovny. Jde například o různá úrazová pojištění či pojištění zdravotních výloh v zahraničí. Tato pojištění jsou dobrovolná, nespádají do rámce povinného zdravotního pojištění a je jen na každém občanu, zda a v jaké výši si je sjedná.

Poskytovatelé zdravotních služeb

Pod zákonný pojem „poskytovatel zdravotních služeb“ spadá každá instituce nebo osoba, která vlastním jménem poskytuje zdravotní služby. Může tak jít o nemocnici, polikliniku, lékárnu, lázně, léčebnu či ordinaci; „poskytovatelem zdravotních služeb“ je velká fakultní nemocnice se stovkami zaměstnanců stejně jako samostatný praktický lékař.

Pro správné uplatnění práv pojištěnce je nutno porozumět pojmům „smluvní“ a „nesmluvní“ poskytovatel zdravotních služeb, což není totéž jako pojmy „soukromý“ a „veřejný“ poskytovatel zdravotních služeb. Uplatnit všechna práva pojištěnce je totiž možno jen u smluvních poskytovatelů zdravotních služeb (tedy u těch, kteří mají smlouvu s pojišťovnou, u které je občan pojištěn); zda jsou tito smluvní poskytovatelé zdravotních služeb státní, krajská či soukromá, není z pohledu pojištěnce podstatné.

V minulosti stát vlastnil a provozoval poskytovatele zdravotních služeb – od velkých nemocnic až po ordinace obvodních lékařů. V současnosti spadá pod stát jen malá menšina poskytovatelů zdravotních služeb, zejména fakultní nemocnice. Většina nemocnic je nestátními poskytovateli zdravotních služeb, dílem ve vlastnictví krajů či obcí, dílem jde o soukromé subjekty. Ambulantní poskytovatelé zdravotních služeb, tedy zejména ordinace praktických lékařů a ambulantních specialistů, jsou soukromé – lékaři je provozují zpravidla jako osoby samostatně výdělečně činné, nebo jako společnosti s ručením omezeným.

Každá z devíti zdravotních pojišťoven uzavírá smlouvy s poskytovateli zdravotních služeb a vytváří tak pro své pojištěnce tzv. síť smluvních poskytovatelů zdravotních služeb. V ní mohou pojištěnci této pojišťovny čerpat péči vymezenou v zákoně bezplatně (až na regulační

poplatky). Ve smlouvě s pojišťovnou se nemocnice zavazuje, že ošetří všechny její pojištěnce, kteří do ní přijdou, a za úkony kryté smlouvou s pojišťovnou nebude od pojištěnců chtít žádné peníze; zdravotní pojišťovna se na oplátku zavazuje, že péči bezplatně poskytnutou jejím pojištěncům nemocnici řádně uhradí.

Do své smluvní sítě si zdravotní pojišťovny mohou vybírat jak veřejné, tak soukromé nemocnice, ordinace a další poskytovatele zdravotních služeb. Pacienti se někdy nepřesně domnívají, že v soukromé nemocnici nebo ordinaci budou muset za péči platit. Pokud má ale tento soukromý poskytovatel zdravotních služeb smlouvu s pacientovou zdravotní pojišťovnou, dostane se mu u něj stejné bezplatné péče jako ve smluvním zdravotnickém zařízení veřejném. Pouze pokud jde o soukromého poskytovatele zdravotních služeb „nesmluvního“ (v praxi jde například o některé kliniky specializované na plastickou chirurgii, oční operace či asistovanou reprodukci, nebo orientované na zahraniční klientelu), bude muset pacient zpravidla za každý zákrok zaplatit přímo ze své kapsy.

Pro pojištěnce je proto důležité vědět, kteří poskytovatelé zdravotních služeb patří do smluvní sítě jeho zdravotní pojišťovny. Poskytovatelé zdravotních služeb se obvykle snaží uzavřít si smlouvu se všemi zdravotními pojišťovnami, ale nemají žádnou povinnost tak učinit a ne vždy se jim to zdaří. Pokud má místní lékař smlouvu s osmi zdravotními pojišťovnami, ale já jsem pojištěn zrovna u té deváté, budu u tohoto lékaře muset zaplatit za péči sám. Pokud nebudu chtít platit, musím si buď najít jiného lékaře, který s mou pojišťovnou smlouvu má, nebo si zvolit jinou zdravotní pojišťovnu. Může se také stát, že moje zdravotní pojišťovna uzavřela smlouvu s místním lékařem pouze na některé činnosti – pokud budu chtít něco z nenasmlouvaných služeb, budu muset zaplatit přímo, nebo si pro tyto služby najít jiného lékaře.

Zde se nám tedy odhaluje rozdíl mezi právy pacienta a právy pojištěnce.

- **Práva pacienta** (právo na kvalitní péči, právo na poučení a informovaný souhlas, právo nahlížet do dokumentace a další práva, vypočtená zejména v zákoně 372/2011 Sb. o zdravotních službách) lze uplatnit v každém zdravotnickém zařízení v ČR, bez ohledu na to, zda je smluvní či nesmluvní. Práva pacienta mám bez ohledu na to, zda si péči platím „z kapsy“ či zda za mne péči hradí zdravotní pojišťovna; stejná práva jako český pacient má i cizinec, který žádné zdravotní pojištění nemá.

- **Práva pojištěnce** (tedy práva ekonomické povahy, zejména právo na bezplatné čerpání péče, vypočtená v zákoně 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění) mohou užívat jen ti pacienti, kteří jsou ze zákona účastníky zdravotního pojištění. Lze je uplatnit jen u těch poskytovatelů zdravotních služeb, kteří uzavřeli smlouvu o poskytování a úhradě péče se zdravotní pojišťovnou konkrétního pojištěnce. Jinde se tato práva (s výjimkou neodkladné péče) neuplatní; nesmluvní poskytovatel zdravotních služeb jej až na nouzové situace nemusí přijmout a pokud pacientovi poskytne své služby, bude je muset pacient zaplatit.

Pokud se mnozí občané dosud domnívají, že práva pacienta a práva pojištěnce jsou jedno a totéž, a že v případě nemoci se o ně musí kterákoliv nemocnice plně postarat kvalitně, moderně a bezplatně, jde o představu mylnou. Pokud nicméně většina občanů na ekonomické limity práv pojištěnce ve svém životě nenarazí, vypovídá o tom, že náš systém zdravotnictví přes veškerou kritiku stále ještě účinně funguje. V následujícím výkladu se však zaměříme hlavně na situace, kdy v praxi může dojít k problémům.

Práva pojištěnce

Základní práva a povinnosti pojištěnce jsou vypočteny v § 11 a 12 zákona 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. Jde zejména o následující práva a povinnosti:

- Právo na volbu zdravotní pojišťovny (§ 11 odst. 1) písm. a) zákona 48/1997 Sb.)
- Právo na volbu smluvního poskytovatele zdravotních služeb (§ 11 odst. 1) písm. b) zákona 48/1997 Sb.)
- Právo na volbu lékaře či jiného zdravotníka (§ 11 odst. 1) písm. b) zákona 48/1997 Sb.)
- Právo na zdravotní péči bez přímé úhrady (§ 11 odst. 1) písm. d) zákona 48/1997 Sb.)
- Právo na léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely bez přímé úhrady (§ 11 odst. 1) písm. e) zákona 48/1997 Sb.)
- Práva související s regulačními poplatky, zejm. na uhrazení poplatků a doplatků nad tzv. limit (§ 11 odst. 1) písm. g), h) a i) zákona 48/1997 Sb.)
- Právo podílet se na kontrole péče a právo na přezkum v případě sporů (§ 11 odst. 1) písm. f) a § 11 odst. 2) zákona 48/1997 Sb.)
- Povinnost platit pojistné a plnit s tím související povinnosti (§ 12 písm. a), b) a c) zákona 48/1997 Sb.)
- Povinnost poskytnout součinnost při zdravotním výkonu a kontrole průběhu léčebného procesu a dodržovat lékařem stanovený léčebný režim (§ 12 písm. d) zákona 48/1997 Sb.)

- Povinnost podrobit se na vyzvání preventivním prohlídkám, dodržovat opatření směřující k odvrácení nemocí a vyvarovat se jednání, jehož cílem je vědomé poškození vlastního zdraví (§ 12 písm. e), f) a g) zákona 48/1997 Sb.)
- Povinnost prokazovat se při poskytování zdravotní péče platným průkazem pojištěnce (§ 12 písm. h) zákona 48/1997 Sb.)
- Povinnost hradit poskytovateli zdravotních služeb regulační poplatky (§ 12 písm. m) zákona 48/1997 Sb.)

Právo na volbu zdravotní pojišťovny

Zákon 48/1997 Sb. dává v § 11 odst. 1) písm. a) právo každému pojištěnci změnit zdravotní pojišťovnu, a to vždy k 1. lednu s nutností zažádat v první polovině předcházejícího roku. Změnu zdravotní pojišťovny provádí za osoby nezletilé a osoby bez způsobilosti k právním úkonům jejich zákonný zástupce, za dítě tedy typicky rodič. Narozené dítě se stává pojištěncem té zdravotní pojišťovny, u které je pojištěna matka dítěte v den jeho narození. Změnu zdravotní pojišťovny dítěte může jeho zákonný zástupce provést až po přidělení rodného čísla dítěti.

Chce-li pojištěnec změnit zdravotní pojišťovnu ve smyslu zákona, je zdravotní pojišťovna povinna jeho žádosti vyhovět bez průtahů. Zdravotní pojišťovna není oprávněna stanovit pojištěnci dobu, po kterou u ní bude pojištěn, nebo vztah pojištěnce ke zdravotní pojišťovně sama ukončit. Ze zákona tedy vyplývá, že pojišťovna je povinna přijmout jako pojištěnce jakéhokoliv občana – bez ohledu na to, zda je zdravý či nemocný, bohatý či chudý, tedy bez ohledu na to, zda bude pro zdravotní pojišťovnu „ziskový“ (například zdravý občan s vysokým platem, tedy s vysokými odvody pojištění) či „ztrátový“ (například chronicky nemocný pacient bez zaměstnání). V tom se projevuje solidarita našeho pojištění, narozdíl od komerčních systémů pojištění, kde se podmínky a dostupnost pojištění odvozují od individuálního zdravotního rizika.

Občan si může vybrat kteroukoliv zdravotní pojišťovnu. Přestože názvy některých pojišťoven naznačují sepětí s určitou profesní skupinou („Vojenská“, „Ministerstva vnitra“, „Zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví“), neznamena to, že by občan musel v dané profesi pracovat, aby si tuto konkrétní pojišťovnu mohl vybrat. Vojenskou zdravotní pojišťovnu si tak může zvolit i zarytý pacifista.

Pojišťovny se někdy snaží lákat pojištěnce na různé propagační akce a zvýhodnění, například slevy na sportovní akce, příspěvky na antikoncepci, odvykání kouření, helmy, autosedačky a podobně. Při volbě zdravotní pojišťovny by však měl být pojištěnec obezřetný a soustřeďovat se hlavně na to podstatné – s jakými poskytovateli zdravotních služeb má pojišťovna uzavřenou smlouvu, jak ochotně jim hradí péči, a jaký je její přístup k řešení sporů s pojištěncem ohledně rozsahu hrazené péče.

Patrně nejdůležitější kritérium pro výběr zdravotní pojišťovny je otázka její sítě poskytovatelů zdravotních služeb, tedy množství nemocnic a ordinací v příslušném regionu, se kterými má pojišťovna uzavřenou smlouvu. To lze připodobnit k výběru mobilního operátora: nepozorný zákazník se může nachytat na bonusy, levnější minutové tarify a telefony zdarma, ale po uzavření smlouvy s nepříjemným překvapením zjistit, že v jeho obci není signál nebo je tak špatný, že musí kvůli každému telefonátu vyběhat na nejbližší kopec. Podobná situace nastane, když si pojištěnec zvolí zdravotní pojišťovnu kvůli nabízené slevě, ale pak zjistí, že s ní jeho oblíbený lékař či místní nemocnice nemá smlouvu; teoreticky je sice zákonnou povinností každé pojišťovny zajistit každému pojištěnci dostatečnou dostupnost péče, ale v praxi to může skončit i tak, že pojištěnec bude muset lékaře změnit a za péčí dojíždět. To je problém zejména s nově vzniklými pojišťovnami či s pojišťovnami historicky existujícími kolem určitých průmyslových celků, které svou působnost soustřeďují především na „svůj“ region. Informace o síti poskytovatelů zdravotních služeb lze získat od pojišťovny, pacientům by v této věci měli umět poradit i u lékaře nebo v nemocnici.

Neméně důležitý je též přístup pojišťovny k poskytovateli zdravotních služeb. Poskytovatelé zdravotních služeb by teoreticky měli přistupovat ke všem pacientům stejně, poskytovat jim kvalitní a moderní péči, a zdravotní pojišťovny by měly takto řádně poskytnutou péči poskytovatelem zdravotních služeb také spravedlivě, řádně a včas uhradit. V praxi jsou však vztahy mezi pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb velmi komplikované, neprůhledné a místy i vyhozené – extrémním případem je medializovaný příběh lékaře, který se demonstrativně zastřelil na pobočce jedné z pojišťoven. Zdravotní pojišťovny se někdy opoždějí s platbami, poskytovatelům zdravotních služeb přísně přezkoumávají potřebnost vykázané péče nebo jim stanoví přísné úhradové stropy. Smluvní vztahy jsou bohužel někdy nastaveny tak, že čím více vyšetření na průměrného pacienta lékař provádí a čím více drahých léků mu ordinuje, tím více je omezována úhrada této péče ze zdravotního pojištění, a lékař

léčící nákladně se může dostat i „do mínusu“. To by správně mělo vést lékaře k omezení nepotřebných, nadbytečných úkonů a výdajů, někdy to však bohužel vede i k omezování potřebné péče. Pokud se lékař rozhoduje, zda u pacienta s nejistou diagnózou provede dodatečné vyšetření „pro jistotu“, může jej ovlivnit i ekonomická úvaha, „zda mu to pojišťovna zaplatí“ či zda si vyšetření objednává ke své vlastní újmě. V soudní praxi jsme se bohužel setkali se situací, kdy lékař, který v daném roce již úhradového stropu dosáhl, nezopakoval včas důležité laboratorní vyšetření na rakovinu a pacientka tak začala být léčena až v pokročilé fázi onemocnění, kdy se na správnou diagnózu přišlo. Zejména pro chronicky nemocné pacienty může být proto dobré zeptat se svého lékaře, která pojišťovna se při rozhodování o úhradě potřebné péče chová nejvelkoryseji, lékaře limituje jen rozumně, a takovou pojišťovnu zvolit.

Konečně, velkou roli při volbě by měl hrát i přístup pojišťovny k pojištěnci v případě řešení sporů a vyřizování administrativy. Zde je podstatná zejména dostupnost pobočky pojišťovny. Důležité je ale též, jak se pojišťovna zachová, pokud si pojištěnec bude stěžovat na faktickou nedostupnost či neochotu smluvního lékaře, na neprovedení dle pojištěnce potřebných vyšetření, dlouhé čekací doby na operaci atd. Pojišťovnu, která na tyto stížnosti zodpovědně nereaguje a o potřeby svých klientů-pojištěnců se nestará, je lepší opustit a vybrat si jinou.

Volba poskytovatele zdravotních služeb

Zákon 48/1997 Sb. dává v § 11 odst. 1) písm. b) každému pojištěnci právo volby na výběr lékaře či jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví a zdravotnického zařízení s výjimkou závodní zdravotní služby, kteří jsou ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně. Toto právo může pojištěnec uplatnit jednou za tři měsíce.

Zvolený lékař může odmítnout přijetí pojištěnce do své péče pouze tehdy, jestliže by jeho přijetím bylo překročeno únosné pracovní zatížení lékaře tak, že by nebyl schopen zajistit kvalitní zdravotní péči o tohoto nebo o ostatní pojištěnce, které má ve své péči. Jiná vážná příčina, pro kterou může zvolený lékař odmítnout přijetí pojištěnce, je též přílišná vzdálenost místa trvalého nebo přechodného pobytu pojištěnce pro výkon návštěvní služby. Míru únosného pracovního zatížení a závažnost příčiny pro nepřijetí pojištěnce do své péče posuzuje zvolený lékař. Lékař nemůže odmítnout pojištěnce ze stanoveného spádového

území a v případě, kdy se jedná o neodkladnou péči. Každé odmítnutí převzetí pojištěnce do péče musí být lékařem pojištěnci písemně potvrzeno.

Ze znění zákona vyplývá, že pojištěnec má právo zvolit si jakéhokoliv poskytovatele zdravotních služeb, který je ve smluvním vztahu s jeho zdravotní pojišťovnou. Tomu odpovídá povinnost každého smluvního poskytovatele zdravotních služeb řádně a včasné pojištěnce ošetřit, není-li překročena kapacita. Zásadně by se nemělo stávat, že by smluvní poskytovatel zdravotních služeb nemocného pojištěnce odmítal bez důvodu, nebo že by jeho přijetí a ošetření podmiňoval nějakou finanční platbou. Naproti tomu, nesmluvní poskytovatel zdravotních služeb má povinnost poskytnout pouze péči nutnou a neodkladnou, v případě péče „odkladné“ je přijetí či nepřijetí pacienta věcí smluvní svobody – dohody pacienta a nesmluvního poskytovatele zdravotních služeb o podmínkách a ceně, kterou bude třeba zaplatit.

„Smluvními poskytovateli zdravotních služeb“, ze kterých si může pojištěnec volit, jsou zpravidla jak ambulantní, tak ústavní poskytovatelé zdravotních služeb. Platný zákon tedy v zásadě nenutí pacienta využívat služeb specialistů a nemocnic pouze na doporučení praktického lékaře, umožňuje mu vyhledat pomoc u specialisty či v nemocnici přímo. Lze však doporučit, aby i přesto pojištěnci pokud možno vždy vyhledávali specializovanou péči jen s doporučením praktika, neboť to zpravidla přispívá k lepší návaznosti péče a jejich bezpečí. Pokud pacient nezávisle na sobě dochází k několika specialistům, kteří o sobě nevědí, vzniká riziko plýtvání (duplicitní vyšetření, opakovaně předepsané léky), může též dojít k podání vzájemně neslučitelných léčiv a škodě na zdraví.

Neformálním, avšak mezi lékaři i právníky často diskutovaným názorem je, že znění zákona široce zakotvující možnost volby jakéhokoliv poskytovatele zdravotních služeb bylo nechtěným legislativním omylem – úmyslem zákonodárce mělo údajně být pouze umožnění volby lékaře v primární péči, nikoliv zavedení možnosti přímého přístupu k ústavní péči. Tomuto výkladu by nasvědčovalo i znění § 24 současného zákona 48/1997 Sb., podle kterého „do ústavní péče jsou pojištěnci přijímáni zpravidla na doporučení ošetřujícího lékaře. Ošetřující lékař zasílá s doporučením k přijetí do ústavní péče též písemné odůvodnění a důležité zdravotní údaje včetně výsledků předem provedených vyšetření a informace o provedeném léčení.“ Nicméně vzhledem k použití „měkkého“ výrazu „zpravidla“ v textu zákona, dle mého názoru není možné odmítnout pacienta, který zvolil přímo zařízení ústavní

péče, aniž by měl doporučení lékaře primární péče. V praxi tak nastává situace, že zatímco většina pacientů vyhledává nemocniční péči jen na základě doporučení, někteří pacienti využívají možnosti přímé volby k tomu, aby se jim dostalo ošetření v nemocnici, které je často poskytováno komplexněji, bez nutnosti čekat v čekárně, typicky 24 hodin denně atd.. Tato situace nastává také tehdy, pokud konkrétní praktický lékař fakticky omezí dostupnost svých služeb, např. zkrátí ordinační hodiny; v takovém případě nastává nežádoucí a ekonomicky neefektivní situace, kdy praktický lékař obdrží za pacienta kapitační platbu, avšak pro „každodenní“ péči jeho pacienti chodí namísto k němu přímo do nemocnice či k ambulantním specialistům (kteří mj. nemají typicky jeho kompletní zdravotní záznamy a může dojít k chybě). Platný zákon však nedává nemocničnímu lékaři oporu pro odmítnutí pacienta s tím, aby si své „běžné“ zdravotní problémy řešil u svého praktického lékaře, kam ve správně fungujícím systému náleží.

Důležité je též si uvědomit, že povinnost smluvního poskytovatele zdravotních služeb poskytnout určitý druh péče pojištěnci je podmíněn tím, že pojištěnec tuto péči z hlediska medicínského potřebuje. Pokud by se například pojištěnec-hypochondr domáhal pobytu v nemocnici, přestože je podle objektivních výsledků medicínských vyšetření zdravý, není důvod, aby jej nemocnice přijímala, resp. je možné, aby jej po provedení vyšetření, které jakýkoliv zdravotní problém vyloučí, pacienta propustila.

Každý pojištěnec by měl mít svého registrujícího praktického lékaře, který vede jeho zdravotní kartu a v případě potřeby zajišťuje též četné administrativní úkoly; registrující praktický lékař by měl být vždy tím, kdo pacientův zdravotní stav dlouhodobě sleduje a zná. Měnit registrujícího praktického lékaře by proto pacient měl jen s rozmyslem, například v případě změny bydliště nebo vážné nespokojenosti s lékařovými službami. V nedávné minulosti se objevily marketingové iniciativy, v rámci kterých dostávali občané formuláře ke změně registrujícího praktika na nově vznikající řetězce ambulancí. To není sice nijak v rozporu se zákonem, avšak v případě „přeregistrace“ si musí pojištěnec vždy uvědomit, že tím jeho původní lékař přestává být jeho „registrujícím lékařem“, platbu za registrovaného pojištěnce bude dostávat onen nový registrující poskytovatel zdravotních služeb a u něj, nikoliv u původního lékaře, si pojištěnec bude muset vyřizovat veškerá ověření a posudky. Zpětně změnit registrujícího lékaře lze až po uplynutí dalších tří měsíců.

Zákon 48/1997 Sb. uvádí nejen právo volby poskytovatele zdravotních služeb, ale též právo volby lékaře či jiného zdravotníka. Většina právníků se však shoduje, že toto právo se nevztahuje na volbu lékaře-zaměstnance v rámci nemocnice. Rozhodnutí o tom, který z více lékařů na oddělení bude například vést operaci, je tedy věcí organizačních pravidel oddělení. Přidělování operačních termínů a operatérů ve smluvním zdravotnickém zařízení by však mělo probíhat na základě rovnosti; rozhodně není v pořádku, pokud by personál poskytovatele zdravotních služeb vybíral „sponzorské dary“ či jiné korupční platby za přednostní operaci vedenou nejzkušenějším lékařem – tím by totiž docházelo k diskriminaci ostatních pojištěnců.

Konečně, platná právní úprava byla opakovaně kritizována za to, že neřeší oprávnění lékaře ukončit terapeutický vztah, je-li zásadně narušena důvěra mezi ním a pacientem. Právní úprava vztahující se například na poskytování právních služeb advokátům tuto možnost dává, lékaři však nemají dostatečný zákonný prostor pro odmítnutí poskytovat péči i pacientům zcela nerespektujícím jejich doporučení, dopouštějícím se vůči lékařům hrubě neslušného jednání, vyžadujícím služby neslučitelné s etickým přesvědčením lékaře atd. Plné řešení tohoto problému je obsaženo v připravované legislativě o zdravotní péči. Platné právo pamatuje výslovně pouze na ústavní péči, kde umožňuje nemocnici v případě vážné nespolupráce pacienta hospitalizaci ukončit, nebylo-li by tím bezprostředně ohroženo jeho zdraví nebo život.

Bezplatný přístup k péči

Dle § 11 odst. 1) písm. d) zákona 48/1997 Sb. platí, že pojištěnec má ve smluvním zdravotnickém zařízení právo na zdravotní péči bez přímé úhrady, pokud mu byla poskytnuta v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem.

Listina základních práv a svobod uvádí v čl. 31, že občané mají právo na bezplatnou péči na základě veřejného zdravotního pojištění v rozsahu stanoveném zákonem. Zákon 48/1997 Sb. v § 11 odst. 1 písm. d) uvádí, že každý pojištěnec má právo na zdravotní péči bez přímé úhrady, pokud mu byla poskytnuta v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem. Lékař či jiný odborný pracovník ve zdravotnictví ani poskytovatel zdravotních služeb nesmí za tuto zdravotní péči přijmout od pojištěnce žádnou úhradu.

Výjimkou z ústavní zásady bezplatnosti jsou nově zavedené regulační poplatky, což Ústavní soud těsnou většinou shledal přípustným. Nad rámec regulačních poplatků však smluvní poskytovatel zdravotních služeb nemůže od pojištěnce za hrazenou péči požadovat nic navíc.

Znění zákona 48/1997 Sb. před novelou k 1.1.2008 uvádělo, že zákaz přijímat od pacienta-pojištěnce přímé platby se nevztahuje pouze na péči hrazenou, ale též na služby „související“ s péčí hrazenou. Ani minulá, ani současná právní úprava v tomto neposkytují dostatečnou právní jistotu, protože je těžké rozlišit, které služby jsou ještě péčí hrazenou a které již jsou péčí související.

Často dochází k situacím, kdy je po pacientovi požadována přímá platba za to, že se může u daného lékaře nebo v dané nemocnici léčit, popřípadě za to, že se přednostně dostane na plánovanou operaci, pečovat o něj bude nejkvalifikovanější lékař, popřípadě dostane modernější implantát. Pokud by poskytovatel zdravotních služeb požadoval platbu za tyto výhody otevřeně, dostal by se i za současného stavu do rozporu se zákonem a riskoval by finanční sankci či vypovězení smlouvy pojišťovnou. Proto byly tyto platby někdy maskovány jako sponzorské dary, poplatky za registraci atd. Tyto praktiky při podrobném právním přezkumu neobstojí, zpravidla však platí, že kde není žalobce, není soudce.

Obecně platí, že by lékař neměl od pacienta požadovat platbu v hotovosti za zákroky, které jsou hrazené ze zdravotního pojištění. Správa zdravotnické dokumentace, případně vedení seznamu pacientů registrovaných u praktického lékaře, jsou úkony související s hrazenou zdravotní péčí. Nepřípustné jsou též požadavky lékařů na přímou platbu odůvodňované například tím, že je ordinace lékaře v centru velkoměsta a příplatek kryje zvýšené výdaje na nájmy, neboť zákonné právo na bezplatnou péči není podmíněno umístěním ordinace. Konečně, poskytovatel zdravotních služeb nesmí podmínit přijetí do péče, provedení nějakého zákroku či volbu operátora zaplacením žádného „sponzorského daru“. Pacient smí samozřejmě sponzorský dar spontánně poskytnout, nicméně je třeba si uvědomit, že „darováním“ se v právu rozumí jednostranný akt. Pokud tedy jde ve skutečnosti o oboustranné plnění, „něco za něco“, nejde již o darování, nýbrž o nepovolený příplatek za hrazenou péči.

Při porušení této povinnosti je oprávněn příslušný orgán státní správy odejmout oprávnění k poskytování zdravotní péče nebo uložit pokutu. Ze stejných důvodů je příslušná zdravotní pojišťovna oprávněna vypovědět smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče.

Pokud chce pacient své právo na péči bez přímé úhrady bránit, měl by se předem svého lékaře zeptat, čím vybírání přímých plateb odůvodňuje, a odkázat se na uvedený paragraf. To samo v mnoha případech postačí. Pokud bude lékař na přímé platbě trvat, může se pacient obrátit svou zdravotní pojišťovnu a zeptat se, má-li za daných okolností poskytovatel zdravotních služeb na zaplacení skutečně právo. Pokud se náhodou nejedná o některou z výjimek, nespádajících do hrazené péče, příplatek je porušením smlouvy mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb, které může pojišťovna postihnout citelnou smluvní sankcí. Z důkazních důvodů by měl pacient požadovat, aby lékař na zaplacenou částku vystavil účtenku, obsahující důvod plnění; ta je důkazem, že transakce proběhla, a v případě, že šlo o platbu vyžádanou neoprávněně, může pacient na základě toho vymoci své peníze nazpět.

„Sponzorské dary“ v praxi

Bez ohledu na platnou právní úpravu bylo a je možno v praxi pozorovat četné případy nedodržování zákazu příplatků k hrazené, resp. související péči. Jde o jev zcela logický; pokud se laické vnímání kvality běžně dostupné péče hrazené ze zdravotního pojištění zhoršuje, pojištěnci jsou motivováni k tomu, aby se snažili zajistit si péči za nadstandardních podmínek s využitím svých soukromých prostředků. Tato poptávka se setkává s nabídkou ze strany poskytovatelů zdravotních služeb, pro které je doplnění nedostatečných veřejných úhrad soukromými penězi pacientů žádoucí. Na straně institucí, dohlížejících na dodržování zákona, zejména zdravotních pojišťoven, navíc neexistuje potřebná motivace – přísun dodatečných finančních prostředků od pacientů pomáhá odlehčit tlak na omezené veřejné zdroje, přičemž odpovědnost zdravotních pojišťoven za nezajištění bezplatného přístupu pojištěncům je zatím jen slabá. V praxi se proto vytvořily různé mechanismy, kterými je zákaz přímých plateb za hrazenou péči obcházen. Patrně nejznámějším je systém tzv. „sponzorských darů“.

Lidové noviny zjistily v roce 2004, že taxa za odvoz do určené nemocnice je 200 Kč, umístění do domova důchodců stojí až 100 tisíc Kč a přednostní operaci lze pořídit asi za 20 tisíc Kč.¹ Podle téhož zdroje existují gynekologické ordinace, které péči o své klientky navíc spojují s výběrem „dobrovolného“ sponzorského příspěvku, například ve výši 1000 korun ročně.² V témže roce byl publikován v MF Dnes průzkum, podle kterého neformálně vyjde pobyt v LDN na cca 3 tisíce měsíčně, přičemž v řadě léčen se vybírají takzvané sponzorské dary. Zvolený lékař u porodu stojí 5-10 tisíc, platby někde oficiálně vybírá nemocnice, jinde je to dohoda beze smlouvy mezi lékařem a klientkou, tedy oficiálně dar. Zvolený operatér a rychlejší termín operace vyjde na cca 10 tisíc. Přední představitelé lékařské veřejnosti, citovaní v článku, tehdy otevřeně uvedli, že je současný systém nutí, aby byli pokrytci; všem to však prý přesto svým způsobem vyhovuje, platby se často neevidují a nejspíš ani nedaní.³

Poněkud pokročilejším řešením jsou vázané smlouvy, kdy peníze jsou vybírány za „čistý nadstandard“, tedy za nějakou luxusní službu, která z veřejného pojištění hrazena není - ve skutečnosti však žádné nadstandardní služby nejsou poskytovány, poplatek je pacientem poskytován především za zlepšený přístup k hrazené péči. „Můj gynekolog na Praze 6 po mně chce každý půlrok 500 korun,“ uvedla pro citovaný průzkum jedna pacientka; „oficiálně mi slibuje nadstandardní služby, ale já žádné nepociťuji,“ dodává.⁴

Jak již bylo uvedeno, dle § 41a odst. 2 Občanského zákoníku platí, že má-li být právním úkonem zastřen právní úkon jiný, platí tento jiný úkon, odpovídá-li to vůli účastníků a jsou-li splněny všechny jeho náležitosti. Není tedy podstatné, jakou dohodu pacient a poskytovatel simulují a jak ji formálně nazývají, naopak, zastíraná dohoda může být snadno právně kvalifikována podle věcného obsahu. Jakkoliv tedy není nic špatného na skutečném sponzorském daru, který může být poskytnut z vděčnosti, v každém případě však není nijak spojen s čerpáním péče, „sponzorský dar“ poskytnutý za účelem zajištění lepší péče již je třeba posoudit jako dvoustrannou dohodu, v níž se poskytovatel zavazuje zajistit přednostní přístup k hrazené péči a pacient se zavazuje zaplatit smlouvenou cenu. Taková dohoda potom je, bez ohledu na pojmenování, v rozporu se zákonem.

¹ „„Sponzorské“ dary ve zdravotnictví“, Lidové noviny 24.2.2004, cit. na

<http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=5181&mode=thread&order=0>

² Petr Kučera, „Ženy přestanou být sponzory“, Lidové noviny 28.11.2007, cit. na <http://www.zmenyprobudoucnost.cz/precete-si/media-detail.aspx?ID=420>

³ Martina Riebaurová, Ivana Lesková, „Pacienti platí za bezplatnou péči“, MF Dnes, 17.12.2004, cit. na http://zpravy.idnes.cz/domaci.asp?r=domaci&c=A041216_221357_domaci_pav

⁴ Martina Riebaurová, Ivana Lesková, „Pacienti platí za bezplatnou péči“, MF Dnes, 17.12.2004, cit. na http://zpravy.idnes.cz/domaci.asp?r=domaci&c=A041216_221357_domaci_pav.

Škála možných sankcí, které mohou být za takový postup uloženy, zahrnuje zejména možnost odnětí oprávnění k poskytování zdravotní péče či uložení pokuty poskytovateli zdravotních služeb, výpověď smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče zdravotní pojišťovnou. V krajním případě může být uložena i trestní sankce, typicky za trestný čin podvodu, myslitelný je též trestný čin úplatkářství. Aby však skutečně k uplatnění sankcí došlo, je zapotřebí jednak iniciativy na straně pacienta, od kterého byla přímá platba protiprávně vyžadována, jednak vůle k potrestání na straně regulátora, ať již tuto roli sehrává zdravotní pojišťovna, zřizovatel či moc soudní.

Zákonný zákaz přímé platby za péči hrazenou se neuplatní, pokud konkrétní služba požadovaná pacientem není vůbec péčí hrazenou ze zdravotního pojištění; tak například za provedení výkonu akupunktury může požadovat přímou platbu kterýkoliv smluvní poskytovatel zdravotních služeb, neboť §15 odst. 2 zákona 48/1997 Sb. úhradu akupunktury vylučuje, staví tyto výkony mimo péči hrazenou. Zákonný zákaz přímé platby se ovšem rovněž neuplatní, pokud požadovaná služba sice patří do zákonného katalogu péče hrazené (například operace kýly), pacient ji však poptává ve zdravotnickém zařízení, které nemá vůbec smlouvu s pojišťovnou daného pacienta, nebo tato smlouva daný výkon nepokrývá. Zde si pacient musí buďto zvolit jiného poskytovatele zdravotních služeb, se kterým jeho pojišťovna smlouvu na daný výkon má, nebo využít služeb stávajícího poskytovatele zdravotních služeb, ovšem za přímou platbu.

Obecná definice zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění je obsažena především v páté části zákona 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. Zde se obecně stanoví, že se ze zdravotního pojištění hradí zdravotní péče poskytnutá pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav, přičemž zákon dále podrobněji vymezuje, jaká péče je hrazena. Ze zdravotního pojištění se nehradí vyšetření, prohlídky a jiné výkony provedené v osobním zájmu a na žádost fyzických osob nebo v zájmu a na žádost právnických osob, jejichž cílem není zachovat nebo zlepšit zdravotní stav pojištěnce. Do této kategorie patří výkony typu vyšetření na řidičský průkaz, potvrzení na sportovní akce, potvrzení o zdravotním stavu pro dětské tábory, vstupní prohlídka do zaměstnání, zbrojní průkaz, aplikace náušnic, aplikace nepovinného očkování, vystavení náhradního dokladu apod. Hrazená péče dále nezahrnuje vyšetření, prohlídky a jiné zdravotní výkony provedené na dožádání soudu, státního zastupitelství, orgánů státní správy a orgánů Policie České republiky. Úhradu

zdravotních výkonů podle předchozí věty poskytne poskytovateli zdravotních služeb orgán, pro který se zdravotní výkony provádějí, ve výši stanovené seznamem zdravotních výkonů s bodovými hodnotami v souladu s rozhodnutím Ministerstva financí.

Pokud jde o standard hrazené péče, zákon 48/1997 Sb. na několika místech uvádí, že hrazená péče musí být poskytnuta kvalitně a v souladu s dalšími právními předpisy. To je promítnuto i do vyhlášky o rámcových smlouvách, dle které je povinností poskytovatele zdravotních služeb poskytovat hrazenou zdravotní péči v souladu s právními předpisy v odbornostech a rozsahu dohodnutých a vymezených ve smlouvě, pro které je věcně a technicky vybaveno a personálně zajištěno, a poskytovat hrazenou zdravotní péči „lege artis“ bez nadbytečných nákladů, vždy však se zřetelem k tomu, aby potřebného diagnostického nebo léčebného efektu bylo dosaženo s ohledem na individuální zdravotní stav pojištěnce. Mezi tyto další právní předpisy nepochybně patří též zákon 378/2011 Sb. o zdravotních službách, který stanoví v povinnost poskytovatelů zdravotních služeb poskytovat péči na náležité odborné úrovni. Z povinnosti poskytovat hrazenou péči v souladu s (dalšími) právními předpisy vyplývá, že součástí hrazené péče je též vedení zdravotnické dokumentace o této péči, a zajištění práva na volbu lékaře a poskytovatele zdravotních služeb. Jak volba lékaře a poskytovatele zdravotních služeb, tak vedení dokumentace jsou tedy službami, za které typicky nebude možno požadovat přímou platbu od pojištěnce. To potvrzuje i vyhláška o rámcových smlouvách, která k tomu blíže uvádí, že poskytovatel zdravotních služeb nepodmíní právo pojištěnce na svobodnou volbu lékaře, poskytovatele zdravotních služeb nebo na poskytnutí hrazené zdravotní péče žádnými registračními poplatky nebo sponzorskými dary a za poskytnutou zdravotní péči hrazenou pojišťovnou nebude od pojištěnce, pokud to nevyplývá z právních předpisů, vybírat žádnou finanční úhradu, neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v § 11 odstavci 1 písmenu b) zákona, povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtované zdravotní péče v průkazné formě zdravotní dokumentaci o léčení pojištěnců, ve které budou zaznamenávány provedené zdravotní výkony, vyžádaná zdravotní péče včetně zdravotní dopravy, předepisované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a uchovány v ní i doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření a ošetření, v souladu se zvláštním právním předpisem. Jak volba lékaře a poskytovatele zdravotních služeb, tak vedení dokumentace jsou tedy službami, za které typicky nebude možno požadovat přímou platbu od pojištěnce.

Konkrétní definice péče hrazené pojištěncům dané zdravotní pojišťovny v daném zdravotnickém zařízení vyplývá ze smlouvy o poskytování a úhradě zdravotnických služeb. Hrazenou péčí ve vztahu ke konkrétnímu pacientovi je tedy jediné to, na co má poskytovatel zdravotních služeb uzavřenou smlouvu s jeho zdravotní pojišťovnou. Vše ostatní je ve smyslu zákona v daném případě péčí nehrazenou.

V tomto kontextu je nicméně zapotřebí si uvědomit, že i nedostatečná úhrada zdravotní péče z veřejného pojištění stále ponechává danou službu v okruhu péče hrazené. Zahrnutí nástrojů řízení péče, zejména paušálních úhrad, objemových omezení či bonifikačně regulačních mechanismů do smluv mezi pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb, resp. uplatnění těchto nástrojů při překročení limitu s následkem krácení plateb neznamena, že by poskytovatel zdravotních služeb mohl kompenzovat ztrátu požadováním přímého doplatku od pacientů. Péče hrazená paušálem nebo zatížená limitem je stále péčí hrazenou, byť by byla úhrada iracionálně nízká a neodpovídala protiplnění, ke kterému se poskytovatel zdravotních služeb zavázal, tedy poskytovat péči na náležité odborné úrovni.

Zdravotník ve smluvním zdravotnickém zařízení by měl poučit pacienta o tom, zda požadovaný zákrok v daném zdravotnickém zařízení spadá do kategorie péče hrazené či zda za něj bude požadována přímá platba (ať již proto, že daný poskytovatel zdravotních služeb nemá požadovaný zákrok krytý smluvně s pojišťovnou pacienta, či proto, že požadovaný zákrok obecně nespadá do péče hrazené). Tuto povinnost lze dovodit z práva pacienta na poučení mj. o okolnostech, důsledcích a alternativách navrhovaného zákroku. Poskytování informací týkající se ceny, dostupnosti a úhrady péče ale současně spadá do sféry povinností pacientovy zdravotní pojišťovny, na kterou by se měl pacient jako pojištěnec obracet s těmito dotazy především. Zdravotní pojišťovna by měla být schopna svému klientovi vždy sdělit, zda je jím požadovaný úkon hrazený a pokud ano, u kterých poskytovatelů zdravotních služeb je pro něj nasmlouván.

Regulační poplatky a limit

Regulační poplatky

Práva související s regulačními poplatky, zejm. na uhrazení poplatků a doplatků nad tzv. limit jsou upraveny jednak v § 11 odst. 1) písm. g), h) a i), jednak v § 16a a 16b zákona 48/1997

Sb.). Právní situace kolem regulačních poplatků bohužel není příliš přehledná. Předně, významná část právníků se domnívá, že regulační poplatky jako takové nejsou v souladu s Listinou základních práv a svobod a měly by být zrušeny. Zákonný text, který poplatky a limit zavádí, nevyniká též srozumitelností; a konečně, tento zákoný text prodělal několik změn a novelizací.

Zákon uvádí v § 16a, že pojištěnec, anebo za něj jeho zákoný zástupce, je povinen v souvislosti s poskytováním hrazené péče hradit poskytovateli zdravotních služeb regulační poplatek ve výši:

- 30 Kč za návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření u praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost, ženského lékaře, nebo za návštěvu, při které bylo provedeno vyšetření u zubního lékaře, návštěvu u lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči, návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost, za návštěvu u klinického psychologa, a za návštěvu u klinického logopeda,
- 30 Kč za recept,
- 90 Kč za pohotovostní službu poskytnutou poskytovatelem zdravotních služeb poskytujícím lékařskou službu první pomoci včetně lékařské služby první pomoci poskytované zubními lékaři, ústavní pohotovostní službu v sobotu, neděli nebo ve svátek a v pracovních dnech v době od 17.00 hod. do 7.00 hod., pokud nedorazí k následnému přijetí pojištěnce do ústavní péče,
- 100 Kč za každý den, ve kterém je poskytována ústavní péče, komplexní lázeňská péče nebo ústavní péče v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách, přičemž se den, ve kterém byl pojištěnec přijat k poskytování takové péče, a den, ve kterém bylo poskytování takové péče ukončeno, počítá jako jeden den; to platí i pro pobyt průvodce dítěte, je-li hrazen ze zdravotního pojištění.

Regulační poplatky dle současného právního stavu neplatí následující skupiny osob:

- pojištěnci umístění v dětských domovech, ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy nebo umístění k výkonu ústavní výchovy v domovech pro osoby se zdravotním postižením, nebo pojištěnci umístění na základě rozhodnutí soudu v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc nebo pojištěnci svěřeni rozhodnutím soudu do pěstounské péče podle zákona o rodině,

- pojištěnci v ochranném léčení nařízeném soudem nebo umístění z důvodů stanovených zákonem bez svého nebo jeho souhlasu do ústavní péče, vysloví-li s přípustností převzetí a dalšího držení pojištěnce v ústavní péči souhlas soud, nebo pojištěnci v zabezpečovací detenci,
- pojištěnci při léčení infekčního onemocnění, kterému jsou povinni se podrobit, při nařízené izolaci ve zdravotnickém zařízení nebo při nařízených karanténních opatřeních k zajištění ochrany veřejného zdraví,
- pojištěnci, kteří se prokáží rozhodnutím, oznámením nebo potvrzením vydaným orgánem pomoci v hmotné nouzi o dávce, která je mu poskytována podle zvláštního právního předpisu, ne starším 30 dnů,
- pojištěnci při posuzování zdravotní způsobilosti pojištěnce k odběru tkání a orgánů, při odběru tkání a orgánů a při dispenzární péči po odběru tkání a orgánů podle transplantčního zákona,
- pojištěnci, kterým jsou poskytovány pobytové sociální služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem nebo u poskytovatelů zdravotních služeb v oblasti ústavní péče, pokud u tohoto pojištěnce po úhradě za ubytování a stravu činí stanovený zůstatek ve výši alespoň 15 % jeho příjmu méně než 800 Kč nebo pokud nemá žádný příjem; tuto skutečnost prokazuje pojištěnec potvrzením ne starším než 30 dnů, které je na jeho žádost povinen vydat poskytovatel sociálních služeb.

Částečně jsou dále osvobozeny všechny děti do 18 let věku, které neplatí „třicetikoruny“ za návštěvy u praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost, ženského lékaře, dalších ambulantních specialistů či zubního lékaře, klinického logopeda či psychologa.

Další skupiny osob budou možná zbaveny povinnosti platit poplatky aktuálně připravovanou legislativou, například dárce krve.

Ani zbylí pojištěnci, kteří do výše uvedených skupin nepatří, neplatí regulační poplatky, pokud se jedná o:

- preventivní prohlídku
- případy dispenzární péče u vybraných dětí od jednoho roku věku chronicky nemocným a ohroženým poruchami zdravotního stavu, a to v důsledku nepříznivého rodinného nebo jiného společenského prostředí, a u těhotných žen ode dne zjištění těhotenství,
- hemodialýzu

- laboratorní nebo diagnostické vyšetření vyžádané ošetřujícím lékařem, pokud není zároveň provedeno klinické vyšetření
- vyšetření lékařem transfúzní služby při odběru krve, plazmy nebo kostní dřeně.

Konečně, „stokoruny“ za každý den hospitalizace se neplatí při ústavní péči o narozené dítě, a to ode dne porodu do dne propuštění od poskytovatele zdravotních služeb v oblasti ústavní péče, u kterého k porodu došlo, nebo do dne propuštění od jiného poskytovatele zdravotních služeb v oblasti ústavní péče, ke kterému bylo dítě ze zdravotních důvodů bezprostředně po porodu převezeno.

Jak je vidět, problematika regulačních poplatků je velmi nepřehledným a komplikovaným systémem pravidel a výjimek. Bez ohledu na to však poskytovatelé zdravotních služeb musí tyto poplatky vybírat (i pokud by nechtěli), neboť v případě nevybírání jim hrozí citelná pokuta, až ve výši 1 000 000 Kč. Přestože je tedy regulační poplatek příjmem nemocnice, ta jej nesmí pacientovi „odpustit“. Pokud pojištěnec poplatkové povinnosti podléhá a nejedná se o situaci, kdy by poplatek někdo uhradil za něj, musí si dát pozor na to, aby jej včas uhradil. V praxi se totiž vyskytl i případ, kdy nemocnice vymáhala několikasetkorunový dluh na poplatcích formou exekuce.

Limit poplatků a doplatků na léky

Druhou výraznou změnou, která byla provedena v souvislosti s regulačními poplatky, je tzv. limit poplatků a doplatků na léky, upravený v § 16b zákona 48/1997 Sb. Jeho cílem je zajistit, aby nemocní občané zaplatili na regulačních poplatcích a doplatcích na léky jen určitou maximální sumu za rok. Když zaplatí v daném kalendářním roce více, zdravotní pojišťovna jim „přečerpanou“ sumu vrátí na konci roku zpět. Do limitu se však nezapočítávají všechny regulační poplatky ani všechny doplatky na léky, ale jen některé.

Zákon stanoví, že celková částka limitu na doplatky a regulační poplatky je:

- u dětí mladších 18 let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršily 18. rok věku, a u pojištěnců starších 65 let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršili 65. rok věku, ve výši 2500 Kč
- u ostatních ve výši 5 000 Kč

Do limitu se započítávají pouze regulační poplatky podle § 16a odst. 1 písm. a) až d) zákona, což jsou všechny „třicetikoruny“ za návštěvy a recepty. Do limitu se však nezapočítávají „devadesátikoruny“ za pohotovost ani „stokoruny“ za každý den hospitalizace.

Pokud jde o doplatky, do limitu se započítávají všechny doplatky za předepsané, ze zdravotního pojištění částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, vydané na území České republiky. Seznam léčivých přípravků hrazených a částečně hrazených ze zdravotního pojištění, s uvedením výše úhrady a výše doplatku započitatelného do limitu, zveřejňuje Ministerstvo zdravotnictví způsobem umožňujícím dálkový přístup. Doplatky se však do limitu započítávají pouze ve výši doplatku na nejlevnější na trhu dostupné léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely s obsahem stejné léčivé látky a stejné cesty podání. To znamená, že si pojištěnec, který chce ušetřit (resp. nechat si započítat doplatek do limitu) musí vybrat z v zásadě zaměnitelných léků ten s nejnižším doplatkem; s tím by mu měl poradit lékař. Lékárník by měl i v případě, kdy lékař nepředepíše lék s nejnižším doplatkem z dané skupiny, pojištěnci navrhnout změnu na ten nejlevnější. Pokud pojištěnec v takovém případě odmítne a bude požadovat lék dražší, který mu byl lékařem předepsán, plný doplatek se mu započte do limitu pouze tehdy, pokud předepisující lékař na receptu vyznačil, že předepsaný lék nahradit nelze. Lékař by tak měl učinit vždy, pokud by levnější, v zásadě zaměnitelný lék byl pro pacienta nevhodný, a o správném postupu pacienta při vypisování receptu poučit.

Zdravotní pojišťovna je povinna uhradit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci částku, o kterou překračuje součet regulačních poplatků a doplatků limit 5000 nebo 2500 Kč, a to do 60 kalendářních dnů po uplynutí kalendářního čtvrtletí, ve kterém byl limit překročen. V kalendářních čtvrtletích následujících po kalendářním čtvrtletí, ve kterém byl limit podle odstavce 1 již překročen, je zdravotní pojišťovna povinna uhradit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci částku ve výši součtu regulačních poplatků a doplatků za příslušné kalendářní čtvrtletí, a to opět do 60 kalendářních dnů po uplynutí každého takového kalendářního čtvrtletí. Pokud taková částka za čtvrtletí nepřesáhla 50 Kč, uhradí ji zdravotní pojišťovna do 60 kalendářních dnů po uplynutí posledního kalendářního čtvrtletí v kalendářním roce.

Kontrola a ochrana práv pojištěnce

Zákon dává pojištěnci hned několik způsobů, jak usilovat o nápravu porušení jeho práv. Má-li pojištěnec za to, že mu není poskytována náležitá zdravotní péče, může:

- **podat návrh na přezkoumání vedoucímu poskytovatele zdravotních služeb nebo jeho zřizovateli.** Tento krok by měl být zpravidla využit jako první, neboť mnohá nedorozumění lze vyřešit smírně hned na úrovni poskytovatele zdravotních služeb. Nově je postup podávání stížností podrobně upraven v zákoně 378/2011 Sb. o zdravotních službách.
- **obrátit se na Českou lékařskou komoru, Českou stomatologickou komoru nebo Českou lékárnickou komoru,** týkají-li se nedostatky odborného nebo etického postupu lékaře nebo lékárníka. Úlohou profesních komor je sledovat etiku výkonu povolání svých členů, k čemuž vydávají své Etické kodexy; etický kodex ČLK (Stavovský předpis č. 10) je možno nalézt na stránkách komory, www.lker.cz. Je dobré vědět, že podnět ČLK je třeba podat nejpozději do roka ode dne, kdy se zmiňovaná událost odehrála, jinak se orgány ČLK nebudou moci stížností zabývat.
- **obrátit se na jinou profesní organizaci, pokud byla zřízena, týkají-li se uvedené nedostatky jiného zdravotnického pracovníka.** Zde může jít zejména o disciplinární orgány České asociace sester, www.cnna.cz
- **obrátit se na zdravotní pojišťovnu, jejímž je pojištěncem, zejména odmítne-li zdravotnický pracovník provést zdravotní výkon spadající do hrazené péče.** Zde je možno řešit zejména problémy s požadováním přímých plateb za hrazenou péči („sponzorských darů“), špatnou časovou dostupnost smluvního lékaře atd.
- **obrátit se na příslušný orgán státní správy, který vydal oprávnění k poskytování zdravotních služeb poskytovateli zdravotních služeb podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.** U většiny poskytovatelů zdravotních služeb jsou příslušnými správními orgány podle zákona krajské úřady.

Povinnosti pojištěnce

Základní povinností pojištěnce je platit pojistné, způsobem a ve výši stanovené zákonem. V případě zaměstnanců řeší veškerou agendu spojenou s odvody na zdravotní pojištění zaměstnavatel, osoby samostatně podnikající musí v souladu s ustanoveními zákona 592/1992

Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění odvádět pojistné samy. Za ekonomicky neaktivní občany (například důchodci) odvádí pojistné stát.

Primárním účelem úpravy povinností pacienta-pojištěnce je zejména pozitivní vliv na vývoj jeho zdravotního stavu a zároveň omezení možných negativních dopadů na třetí osoby. Dalším, neméně důležitým účelem, je však též ochrana fondů solidárního zdravotního pojištění před zneužíváním. V tomto kontextu jde zejména o následující povinnosti:

- poskytnout součinnost při zdravotním výkonu a kontrole průběhu léčebného procesu,
- dodržovat lékařem stanovený léčebný režim,
- podrobit se na vyzvání preventivním prohlídkám, pokud tak stanoví zákon,
- dodržovat opatření směřující k odvrácení nemocí a vyvarovat se jednání, jehož cílem je vědomé poškození vlastního zdraví.

V souvislosti s postavením pacienta jako pojištěnce zdravotního pojištění má pacient dle § 12 zákona 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění ve vztahu k pojišťovně následující povinnosti:

- povinnost hradit příslušné zdravotní pojišťovně pojistné
- sdělit v den nástupu do zaměstnání svému zaměstnavateli, u které zdravotní pojišťovny je pojištěn
- prokazovat se při poskytování zdravotní péče platným průkazem pojištěnce,
- oznámit do osmi dnů příslušné zdravotní pojišťovně jeho ztrátu nebo poškození,
- oznámit příslušné zdravotní pojišťovně změny osobních údajů

Je-li pacient v postavení pojištěnce nemocenského pojištění, má dle zákona 187/2006 Sb. o nemocenském pojištění následující povinnosti:

- dočasně neschopný pojištěnec nemocenského pojištění je povinen dodržovat režim dočasně práce neschopného pojištěnce
- umožnit příslušnému orgánu nemocenského pojištění a v rozsahu v zákoně uvedeném též zaměstnavateli kontrolu dodržování tohoto režimu a sdělit ošetřujícímu lékaři při uznání dočasné pracovní neschopnosti místo pobytu, na kterém se bude v době dočasné pracovní neschopnosti zdržovat

- dostavit se v určeném termínu k ošetřujícímu lékaři nebo k lékaři příslušného orgánu nemocenského pojištění ke kontrole posouzení zdravotního stavu a dočasné pracovní neschopnosti
- Pojištěnec, který pobírá ošetřovné, je povinen na výzvu ošetřujícího lékaře, který vydal rozhodnutí o vzniku potřeby ošetřování, nebo orgánu nemocenského pojištění dostavit se k ošetřujícímu lékaři s osobou s potřebou ošetřování ke kontrole posouzení zdravotního stavu a potřeby ošetřování

Důležitou zákonnou povinností pojištěnce je rovněž dodržování vnitřního řádu poskytovatele zdravotních služeb.

Vymahatelnost se u různých druhů povinností liší. Pokud jde o nemocniční péči, podle § 27 zákona 48/1997 Sb. platí, že pojištěnec, který soustavně porušuje hrubým způsobem domácí řád poskytovatele zdravotních služeb a odmítá zásadním způsobem spolupráci, může být z ústavní péče předčasně propuštěn, pokud toto chování není způsobeno závažnou duševní poruchou nebo jinými závažnými důvody a pokud by okamžitým přerušením péče nebylo ohroženo vážným způsobem jeho zdraví. Předčasně ovšem nelze propustit pojištěnce v případech, kdy se jedná o povinné léčení.

§ 44 zákona 48/1997 Sb. stanoví další sankce na porušení některých z výše uvedených povinností:

- při opětovném nesplnění povinnosti podrobit se preventivní prohlídce,
- při porušení povinností vůči pojišťovně (zejména povinnosti oznámit ztrátu kartičky pojištěnce nebo v případě ukončení pojištění u této pojišťovny vrátit kartičku pojištěnce),
- nebo byl-li pojištěnec předčasně propuštěn z ústavní péče pro soustavné hrubé porušování domácího řádu poskytovatele zdravotních služeb,

může příslušná zdravotní pojišťovna uložit pojištěnci pokutu až do výše 500 Kč. Zdravotní pojišťovna může dále uložit pokutu až do výše 5000 Kč pojištěnci, který se při poskytování zdravotní péče prokázal jejím průkazem pojištěnce, přestože v té době jejím pojištěncem nebyl. Pokuty lze uložit do jednoho roku ode dne, kdy příslušná zdravotní pojišťovna zjistila porušení nebo nesplnění povinnosti, nejdéle však do tří let ode dne, kdy k porušení nebo nesplnění povinnosti došlo.

Mnohé z dalších povinností, zejména povinnost dodržovat léčebný režim, spolupracovat s lékařem při poskytování péče (informovat jej pravdivě o skutečnostech důležitých pro stanovení diagnózy), jsou zdánlivě bez účinné sankce - zákon zatím nestanoví dostatečný trest či pokutu, kterým by bylo jejich porušení postihováno. Kromě toho, že se pacient porušováním těchto povinností do určité míry trestá sám, však poskytuje určitou sankci ustanovení Občanského zákoníku o spoluzavinění poškozeného; § 441 Občanského zákoníku stanoví, že byla-li škoda způsobena také zaviněním poškozeného, nese škodu poměrně, byla-li škoda způsobena výlučně jeho zaviněním, nese ji sám. Pokud se tedy pacient domáhá náhrady škody proti poskytovateli zdravotních služeb, avšak tuto škodu si zavinil zcela nebo zčásti sám (například nedodržením stanoveného léčebného režimu nebo zamlčením důležité informace lékaři) a žalovaný tuto skutečnost prokáže, pacient o možnost náhrady škody zcela či zčásti přijde.

Se spory a tvrzeními týkajícími se léčebného režimu či špatné spolupráce pacienta se lze místy setkat i u soudu. V jednom probíhajících případech žalovaná strana (nemocnice) argumentuje tím, že škoda na zdraví pacienta spočívající ve špatném zhojení kosti po ortopedické operaci s nutností reoperace nebyla způsobena nesprávným provedením ortopedického zákroku, nýbrž nekázní obézního pacienta, který začal příliš brzy končetinu zatěžovat. Zde si však žalovaná procesně spíše škodí, neboť dostupná zdravotnická dokumentace neobsahuje žádný záznam o tom, že by její lékaři o správném pooperačním režimu pacienta poučili. Opakovaně se též setkáváme s tím, že žalovaná argumentuje spoluzaviněním pacienta v tom smyslu, že lékaře neinformoval o dědičné zátěži, přesném mechanismu úrazu či jiné důležité skutečnosti. Jak s nepříliš velkou nadsázkou říkají někteří lékaři, podle odpovědí pacientů na otázku „pijete alkohol“ bychom byli tím nejstřízlivějším národem v Evropě – málokdo ani z těžkých alkoholiků přizná více než „sem tam pivo“. V případech nepravdivých odpovědí pacientů se může žalovaná nemocnice pokusit tvrdit, že by si škodu vzniklou nesprávným určením diagnózy měl nést žalobce-pacient sám, protože dal lékaři špatné informace. Zde jsou nicméně podstatné dvě skutečnosti. Zaprvé, aby žalovaný uspěl, musí být schopen prokázat spoluzavinění žalobce, tedy zejména mít nepravdivé tvrzení žalobce náležitě zaznamenané ve zdravotnické dokumentaci. Zadruhé, pacient je obvykle laik, který nemusí být vždy schopen spontánně zmínit všechny důležité skutečnosti; úkolem lékaře v procesu získávání anamnézy je proto klást správné otázky. Spoluzavinění pacienta zde bude typicky v situacích, kdy na přesný dotaz odpoví vědomě nepravdivě.

Čerpání péče v jiných státech EU

Vzhledem k možnostem cestovat, pracovat či studovat v zahraničí stále častěji nastávají situace, kdy český občan potřebuje vyhledat zdravotní péči v jiné zemi Evropské Unie. Může se tak stát neplánovaně - český turista v zahraničí utrpí úraz nebo u člověka chronicky nemocného dojde při návštěvě cizí země k náhlému zhoršení jeho stavu či k vážnému projevu choroby. Za péči však mohou pacienti chtít cestovat i plánovaně, například nabízí-li německá či rakouská klinika moderní zákrok, který se u nás neprovádí, nebo pokud má pacient pocit, že péče v zahraničí bude poskytnuta za lepších podmínek či v lepší kvalitě. Otázkou však vždy zůstává, kdo takovou péči zaplatí, přesněji zda je možno, aby péči v jiné zemi EU hradila domácí zdravotní pojišťovna pacienta.

Evropská unie obecně ponechává zdravotnictví v rukou jednotlivých států. Aby však chybějící zdravotní péče nebyla překážkou ve svobodném pohybu osob v rámci EU, stanovil Brusel závazné podmínky pro to, kdy péče poskytnutá v zahraničí musí být proplacena z domácího zdravotního pojištění. Stalo se tak nařízením 1408/71/EHS. Vynecháme-li osoby, které jsou v jiné zemi EU dlouhodobě za účelem práce či studia, mají nárok na proplacení péče poskytnuté v jiném státě zejména dvě kategorie pacientů:

- Osoby, které na území jiného státu EU, kde ani nepracují, ani trvale nebydlí, a nutně potřebují okamžitou zdravotní péči. V takovém případě je péče proplacena domácí pojišťovnou automaticky, bez nutnosti předchozího schválení, ve stejném rozsahu, v jakém by byla proplacena v domovském státě.
- Osoby, které mají souhlas udělený jejich domácí zdravotní pojišťovnou s poskytnutím zdravotní péče odpovídající jejich zdravotnímu stavu v jiném členském státě EU. Zde se jedná o osoby, které plánovaně vyjíždí do zahraničí za účelem čerpání zdravotní péče. Aby se však chránila finanční stabilita národních systémů zdravotnictví, musí pojišťovna pacientovi provedení zákroku v cizině předem odsouhlasit.

Právě tuto podmínku předchozího schválení péče v zahraničí domácí pojišťovnou podrobil Evropský soudní dvůr podrobnému zkoumání. Zdravotní péče, a to i péče nemocniční, je v právu EU vnímána jako služba. Volný pohyb služeb a osob je důležitou součástí volného trhu EU. Evropský soudní dvůr se mnohokrát zabýval situacemi, kdy se státy snažily chránit své vlastní poskytovatele služeb před konkurencí z jiných evropských států, a opakovaně

rozhodl, že členské státy nesmí „své“ poskytovatele nijak zvýhodňovat. Naopak, musí umožnit svým občanům čerpat a cizím poskytovatelům nabízet služby za rovných podmínek.

Pokud pojišťovna domácího státu odmítne pacientovi schválit úhradu plánované péče v zahraničí, říká tím vlastně, že pacientovi je ochotna „koupit“ zákrok pouze u českého poskytovatele zdravotních služeb, ale „nekoupí“ jej u „cizinců“. Na to se soud pochopitelně dívá velmi podezřívavě a pojišťovně neschválení péče povolí pouze výjimečně, typicky vyžaduje-li to ochrana finančních zájmů domovského systému. Soud v několika významných rozhodnutích shledal, že důvod k zamítnutí schválení zde není, vyjíždí-li pacient pouze za mimonemocniční či jednodušší nemocniční péčí, v takových případech pojišťovna úhradu péče v zahraničí schválit musí. Pojišťovna může úhradu neschválit, pokud jde o složitější zákrok v nemocnici; ani tato výjimka však neplatí, pokud by pro pacienta nebyla taková nemocniční péče v domácím státě dostupná v potřebné kvalitě a bez nepřiměřené čekací doby.

Právě posledním jmenovaným pravidlem se Evropský soudní dvůr zabýval v zajímavém případě Watts vs. Velká Británie. Paní Yvonne Watts, starší paní, trpěla nepříjemnou artritidou kyčlí, vyžadující operaci. Její lékař popsal její chorobu, shledal, že pohyblivost pacientky je značně snížena a trpí stálými bolestmi. Zařadil ji však do kategorie „běžný případ“, což pro ni znamenalo dobu čekání přibližně jeden rok, než bude moci podstoupit chirurgický zákrok v místní nemocnici – britský systém je známý relativně dlouhými čekacími dobami na zákroky, které jsou jinak pro pacienty bezplatné. S takovým řešením paní Watts nebyla spokojena. Místo aby čekala doma, než na ni dojde po letech řada, rozhodla se vyjet do zahraničí, kde mohla být operace provedena okamžitě. Ačkoliv britský zdravotní systém její výjezd do zahraničí neautorizoval a sdělil, že jej neproplatí, nechala se operovat ve Francii a péči zaplatila ze svého. Náklady péče pak, se zpětnou platností, soudně požadovala po britském systému. Když se věc po několika letech dostala k Evropskému soudnímu dvoru, soud rozhodl, že čekací doba na britskou nemocnici by byla vzhledem k zdravotnímu stavu paní Watts nepřiměřená, proto britský systém nebyl oprávněn zamítnout jí povolení čerpat péči v kratší lhůtě na francouzské klinice. Vynaložené náklady byly tedy paní Watts nahrazeny.

Proč je toto rozhodnutí důležité pro nás? Evropská unie nemůže za členské státy rozhodovat, jak velký má být rozsah hrazené péče a co všechno má zahrnovat. Pokud však členský stát svým občanům „slíbí“ prostřednictvím zákona určité spektrum zákroků, tyto zákroky musí

být pacientům skutečně dostupné, tedy včas vzhledem k medicínské potřebě a v náležité kvalitě. V České republice je „balík“ zákroků dostupných bezplatně na základě veřejného pojištění velmi rozsáhlý, ale ne vždy dobře dostupný. Přístup k péči v ČR je nyní proto, podobně jako ve Velké Británii, poněkud neurčitý; pacient má teoreticky na kvalitní, včasnou péči plné právo, ve skutečnosti však často nenalezne poskytovatele zdravotních služeb, který by mu péči řádně a bez nepřiměřeného čekání mohl poskytnout. V takovém případě může své právo realizovat v jiném státě Evropské unie, podobně jako paní Watts. Evropská unie se vydala na chvályhodnou cestu garance stejných práv pro všechny své občany. Jak budou pacienti stále více za péčí cestovat, stane se brzy samozřejmým, že pacienti budou informováni o skutečné nabídce poskytované péče (aby si mohli vybrat svého poskytovatele zdravotních služeb), kvalita péče bude lépe sledována a kritéria kvality budou v členských státech sledována jednotně. Z širšího pohledu jsou značné rozdíly v přístupu ke kvalitní lékařské péči evropských občanů dlouhodobě neudržitelné.

PRÁVO PACIENTA NA BEZPEČNOU A KVALITNÍ PÉČI

Úvod

Tato kapitola se zabývá právem pacienta na péči kvalitní, bezpečnou a poskytovanou na dostatečné odborné úrovni. Toto právo je trvale zakotveno v předpisech nejvyšší právní síly, jeho výklad je však nutně proměnlivý. Každý pokrok v medicíně, každé zavedení bezpečnějšího léčebného postupu či vynález nového léku totiž obsah tohoto práva fakticky mění: povinností lékaře se stává novou metodu znát a využívat, naopak použití zastaralé metody se stává protiprávním.

V praxi není nijak výjimečné, je-li pacient s průběhem či výsledkem léčby nespokojen, domnívá-li se, že zdravotníci nesprávně rozpoznali nemoc, nezačali léčit včas, použili nesprávnou metodu a že následkem toho utrpěl trvalé poškození zdraví, bolest či jinou újmu. V poslední době se doslova roztrhl pytel s novinovými příběhy o léčebných chybách a následných soudních žalobách. Nejde však o nic nového. Historie již od starověku zaznamenala četné případy nespokojených pacientů – zejména léčit krále či jiné mocnáře bylo zpravidla úkolem značně nevděčným, neboť tito neváhali v případě neúspěchu léčby své lékaře citelně trestat či dokonce popravovat. Od těchto drastických projevů nespokojenosti se již naštěstí v moderních dobách ustoupilo, nicméně i dnes se velmi často stává, že nespokojený pacient či skupina pozůstalých lékařů notně ztrpčí život - žene jej k trestnímu soudu, žaluje jej o milionové částky či skandalizuje jeho jméno v médiích. Úkolem práva a právníků se pak stává uzel emocí a faktů rozmotat a posoudit, zda zdravotník skutečně jednal protiprávně a pacienta poškodil, či zda naopak neuspokojivý výsledek nastal z vyšší moci a zdravotník za něj neodpovídá.

Zdravotní péče byla zejména v posledních letech v debatách často přirovnávána k něčemu na způsob autoservisu – pacient navštíví nemocnici, objedná si zdravotní službu určenou k odstranění nemoci, zaplatí nějaké peníze (sám či cestou pojištění) a odejde uzdravený, přičemž pokud oprava neuspěla, zažaluje zdravotníka za vadnou práci. Takové přirovnání je však velmi nepřesné. Lidský organismus je složitý a v mnoha svých projevech ještě neprozkoumaný, jedinec od jedince se liší, na rozdíl od automobilů má svou vlastní vůli zahrnující i zlovyky a nedodržování léčebného režimu, a ani stane-li se z neznámých příčin soustavně poruchovým, není povoleno jej vyřadit z provozu a sešrotovat. Medicína musí

pracovat s velkým množstvím neznámých, zdravotník nemůže nikdy, ani u relativně banálních zákroků, zaručit pacientovi stoprocentní úspěch. Nemůže být tedy automaticky volán k odpovědnosti za každý nepříznivý výsledek. Co však považovat lze, je aby lékař i každý jiný zdravotnický pracovník při poskytování péče jednal zodpovědně a pečlivě, aby měl potřebnou kvalifikaci a znalosti o vývoji medicínské vědy a aby též těchto poznatků správně využil.

Je tedy důležité si zapamatovat, že jednání zdravotníka není možno v právu považovat za závazek na výsledek („*slibuji, že vás vyléčím*“), ale za závazek na konání („*slibuji, že pro vaše vyléčení řádně využiji svých znalostí, svých schopností a poznatků moderní medicíny*“). Může se stát a stává se, že zdravotník postupuje správně, avšak pacient se stejně neuzdraví nebo dokonce zemře; v takovém případě zdravotník za nepříznivý výsledek neodpovídá.

Profesní standardy v právu: co jsou a kdo je určuje

Stalo se tedy, že zdravotník v péči o pacienta neuspěl, pacient se neuzdravil, jeho stav se zhoršil či dokonce zemřel. Jak jsme si řekli, to ještě nemusí znamenat, že zdravotník pochybil a měl by čelit trestní či jiné právní odpovědnosti. Jak ale odlišit situace, kdy zdravotník dělal, co mohl, jen příroda byla mocnější než možnosti medicíny, takže žádný právní postih rozhodně není na místě, od situací, kdy škoda na pacientově zdraví vznikla jen proto, že zdravotník přistupoval ke své práci nedbale?

Protože zdravotník neodpovídá za výsledek, ale za konání, je nutno v právu nalézt nějaké měřítko, podle kterého bude správnost jeho konání hodnocena. Někdy se hovoří o tzv. odborných standardech. Právní teorie říká, že zdravotník je povinen postupovat při léčení tzv. *lege artis*. Tato dvě latinská slůvka však dostatečnou definici ve zdravotnických zákonech zatím nemají, jeho obsah je tedy nutno hledat výkladem zákona, zejména v rozhodnutích soudů.

Úmluva o lidských právech a biomedicíně stanoví ve svém článku 4, že jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví, včetně vědeckého výzkumu, je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy. Občanský zákoník ukládá každému obecnou povinnost počínat si tak, aby nedocházelo ke škodám na zdraví. Dle zákona 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu platilo, že jsou poskytovatelé zdravotních služeb povinni poskytovat

zdravotní péči „v souladu se současnými dostupnými poznatky medicínské vědy“. Zdravotnickým pracovníkům dále tentýž zákon ukládal vykonávat zdravotnické povolání svědomitě, poctivě, s hluboce lidským vztahem k občanům a s vědomím odpovědnosti ke společnosti. Dále je zdravotnický pracovník povinen vykonávat své povolání v rozsahu a způsobem, pro něž zásady určuje ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s profesními organizacemi. Ministerstvo zdravotnictví připravilo do nového zákona o zdravotních službách změněnou definici. Péčí *lege artis*, nebo slovy zákona „náležitou odbornou úrovní“ poskytování péče, se dle § 4 odst. 5) zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách rozumí „poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti“.

Vysvětlující zpráva k Úmluvě o lidských právech a biomedicíně komentuje problematiku *lege artis* tak, že základním úkolem lékaře je nejen nemocné uzdravovat, ale podniknout i odpovídající kroky k upevňování jejich zdraví a ke zmírnění bolesti s přihlédnutím k duševní pohodě pacienta. Odbornost se musí ověřovat především ve vztahu k vědeckým znalostem a klinickým zkušenostem odpovídajícím danému oboru nebo specializaci v dané době. Profesní úroveň a kvalifikaci, kterou lze očekávat od profesionálních zdravotnických pracovníků při výkonu jejich povolání, určuje současný stupeň vývoje oboru. Sledováním pokroku v medicíně se tato úroveň mění s novým vývojem, přičemž se vylučují metody, které již neodpovídají současnému stavu oboru. Nicméně se připouští, že profesní standardy nepředepisují nezbytně jeden způsob jako jediný možný: uznávaná lékařská praxe může totiž připouštět několik možných způsobů zákroku a ponechává tak určitou volnost ve volbě metod a technik.

Jedno z dobrých vodítek k výkladu, co je *lege artis*, nabízí nedávný rozsudek Nejvyššího soudu. Podle názoru soudců platí, že pojem *lege artis* je v současnosti obvykle vykládán jako takový preventivní, diagnostický nebo terapeutický postup, který odpovídá nejvyššímu dosaženému vědeckému poznání. Za zdravotní péči *lege artis* je tedy považována taková zdravotní péče, která je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. Naopak za zdravotní péči non *lege artis* je považována taková zdravotní péče, při jejímž poskytování lékař volí postupy zastaralé, nedostatečně účinné, neověřené nebo dokonce nebezpečné. Závěr o tom, zda konkrétní lékařský úkon byl nebo nebyl proveden *lege artis*, činí obvykle

soud (zpravidla na podkladě znaleckých nebo ústavních posudků, příp. dalších důkazů) v meritorním rozhodnutí, v němž zhodnotí adekvátnost zvoleného postupu.

Významnou roli při stanovení odborných pravidel pro výkon zdravotnické profese lékaře hraje Česká lékařská komora. U zubních lékařů a lékárníků plní obdobnou funkci stomatologická komora a lékárnická komora; zdravotní sestry vlastní komoru dosud nemají, její roli ale do jisté míry nahrazuje Česká asociace sester. Lékař je povinen dodržovat závazná stanoviska profesní komory zřízené zákonem č. 220/1991 Sb. Podle něho Česká lékařská komora, která je samosprávnou nepolitickou organizací povinně sdružující všechny lékaře zapsané v seznamu vedeném komorou, dbá na to, aby členové komory vykonávali své povolání odborně, v souladu s jeho etikou a způsobem stanoveným zákony a řády komory, a je (mimo jiné) oprávněna vydávat pro členy komory závazná stanoviska k odborným problémům poskytování zdravotní péče.

Každý člen komory má povinnost vykonávat své povolání odborně, v souladu s jeho etikou a způsobem stanoveným zákony. Tento zákonný mandát Česká lékařská komora využila vydáním Etického kodexu, podle něž mimo jiné platí, že

- Lékař v rámci své odborné způsobilosti a kompetence svobodně volí a provádí ty preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a které pro nemocného považuje za nejvýhodnější. Přitom je povinen respektovat v co největší možné míře vůli nemocného (nebo jeho zákonného zástupce)
- Lékař má právo odmítnout péči o nemocného z odborných důvodů nebo je-li pracovně přetížen, nebo je-li přesvědčen, že se nevytvořil potřebný vztah důvěry mezi ním a pacientem. Je však povinen doporučit, a v případě souhlasu zajistit vhodný postup v pokračování léčby.
- Lékař nemůže být donucen k takovému lékařskému výkonu nebo spoluúčasti na něm, který odporuje jeho svědomí.
- Lékař, který vykonává své povolání, je povinen odborně se vzdělávat.

Zejména poslední jmenovaná povinnost lékaře, tedy povinnost průběžně se odborně vzdělávat, je velmi důležitá pro právní přezkum jeho práce. Pacient má právo na péči dle současných dostupných poznatků medicínské vědy. Pokud by lékař využíval zastaralých

metod, pokud jsou již v jeho specializaci běžně známy metody účinnější a bezpečnější, nebude lékaři omluvou, že léčí tak, jak ho to naučili kdysi dávno na lékařské fakultě.

Jak ale posoudit, co je „současným dostupným poznatkem“ lékařské vědy a co nikoliv? To bohužel není technicky možné vypsát žádným výčtem do zákona, neboť medicínská věda se stále vyvíjí. Pacient by se v našem století patrně podivil, pokud by mu lékař nabízel léčbu pouštěním žilou či přikládáním pijavic, přestože ve středověku šlo o metodu všeobecně uznávanou a pacienti za ni lékařům vděčně platili. Svého času byla horkou novinkou v léčbě duševních metod lobotomie, podávání hašiše či LSD, dnes by se však psychiatr při využití těchto metod nejspíše potázel u soudu se zlou. Stejně tak i my si můžeme být skoro jisti, že mnohé z toho, co dnes považujeme za nejmodernější medicínu, bude za několik desítek let považováno za neúčinné či dokonce zakázáno jako zdraví škodlivé.

Lze tedy shrnout, že každý medicínský postup prochází třemi fázemi – nejprve je postupem experimentálním a neověřeným, v druhé fázi získá charakter standardního postupu *lege artis*, přičemž časem může dospět do třetí fáze, kdy je ve srovnání s modernějšími dostupnými a ověřenými postupy již zastaralý. Pravidla jsou tedy následující:

- Zdravotník smí aplikovat zásadně pouze postupy nalézající se v druhé fázi, tedy postupy již vědecky ověřené a nikoliv zastaralé.
- Moderní postupy, které ještě ověřeny nebyly, za běžných okolností využít nesmí – ověřování nových medicínských poznatků na člověku podléhá přísným zákonným pravidlům, vyžaduje mj. etický dohled, schválení správními orgány a výslovný souhlas pacienta s tím, že bude podroben experimentu.
- Postupy nacházející se již ve třetí fázi, tedy postupy zastaralé, nesmí zdravotník použít vůbec, jsou-li k dispozici poznatky o postupech modernějších, bezpečnějších a účinnějších.

Sebelepší „kodifikace“ postupů bude mít tedy tendenci zastarávat, často velmi rychle. Možnost sepsání „standardů péče“ do zákona jednou provždy tedy není z povahy věci proveditelná. To nevylučuje, aby odborná sdružení, profesní komory či Ministerstvo zdravotnictví v součinnosti s nimi vydávaly doporučení, která usnadní zdravotníkům v praxi orientaci v aktuálních medicínských poznatcích. Tato doporučení však nebudou nevyvratitelným důkazem, jejich platnost bude s časem omezována dostupnými novějšími poznatky.

Vývoj v medicíně není jen věcí léků či složitých přístrojů, může jít též například o vývoj v oblasti metod ošetrovatelské péče. V nedávném soudním sporu tak byla předmětem sporu skutečnost, že ošetrovatelský personál nepostupoval podle aktuálně známých a obecně uznávaných postupů pro zajištění dostatečné výživy pacienta a předcházení tzv. dekubitů, následkem čehož došlo k oslabení pacienta a jeho pozdějšímu úmrtí souvisejícímu právě s nedostatečnou ošetrovatelskou péčí.

Obecně lze shrnout, že mezi právní povinnosti zdravotníků spadající do oblasti poskytování péče *lege artis* patří zejména:

- Zjištění anamnézy
- Určení diagnózy
- Volba správného léčebného postupu
- Zajištění následné péče

Zjištění anamnézy

Lékařský zákrok lze provést pouze na základě správné anamnézy a diagnózy. Anamnéza je kromě popisu okamžitého problému (například bolesti) též „historií“ pacienta, zahrnuje informace o jeho rodině, předchozích chorobách, užívaných lécích nebo okolnostech bezprostředně předcházejících úrazu. Velkým problémem je, že mnohdy pacient nesdělí vše podstatné, roli může hrát zapomnětlivost, špatné komunikační schopnosti na straně lékaře i pacienta, jazyková bariéra atd. V některých případech pacienti dokonce vědomě lžou, typické je to u otázek týkajících se dodržování léčebného režimu nebo požití alkoholu či drog. Mezi lékaři se říká, že podle odpovědí pacientů na otázku, zda pijí alkohol, bychom museli být jednoznačně nejstřízlivějším národem na světě – i těžcí pijani totiž často lékařům odpovídají na dotaz o konzumaci alkoholu ve smyslu „jen sem tam jedno pivo po obědě“.

Pokud na základě nesprávné či nepravdivé informace lékař špatně určí následný postup, kdo má odpovídat za škodu? Povinností lékaře je pokusit se určit chorobu na základě informací o pacientovi, které jsou mu dostupné. V rámci toho by měl pokládat pacientovi cílené dotazy; pacient jako laik totiž nemůže vždy přesně vědět, co je důležité lékaři sdělit. S tímto problémem se lze setkat i v soudních sporech. V jednom z typických případů žalovala pacientka svého gynekologa, že včas neodhalil vážnou vývojovou vadu a narodilo se těžce

postižené dítě. Pacientka tvrdila, že kdyby o vadě věděla, podstoupila by interrupci. Obviňovala lékaře, že jí bez dostatečného vyšetření ujistil, že riziko vývojové vady nehrozí a že není žádný důvod se strachovat, a žádala po lékaři úhradu zvýšených nákladů na péči o postižené dítě. V průběhu sporu vyšlo najevo, že v rodině pacientky existuje dědičná zátěž právě na to postižení, které se projevilo i u novorozence. Lékař se hájil tím, že mu pacientka o dědičné zátěži neřekla – kdyby to pacientka nezamlčela, lékař by provedl dodatečná podrobná vyšetření, která by vadu takřka jistě odhalila, takto k tomu však neměl důvod. Pacientka oponovala, že medicíně nerozumí, nemohla vědět, že nemoci jejích příbuzných mají důležitost pro posouzení stavu jejího plodu, a že kdyby se lékař zeptal, určitě by mu vše řekla. K podobným případům je možno z hlediska práva zajisté říci, že by se lékař měl ptát co možná konkrétně a neměl by předpokládat, že mu pacient řekne vše důležité sám od sebe. Na druhou stranu, moderní zdravotnictví počítá s aktivní rolí pacienta; je tedy možno jen doporučit, aby se pacient sám pokusil dozvědět se o svých nemocech a nemocech v rodině co nejvíce, aby sdělil lékaři pokud možno vše, co je relevantní; koneckonců, chrání tím vlastní zdraví. Vždyť ani pracovníkům autoservisu nedáme porouchaný automobil jen se stručným oznámením, že to nejede a ať s tím něco udělají, ale snažíme se sdělit, jak dlouho porucha trvá, kdy vznikla a co jsme v té době s autem prováděli.

Zjištěné informace je lékař povinen zaznamenat do zdravotnické dokumentace. Pacient je povinen sdělit lékaři pravdivé informace – to vyplývá z obecné zákonné povinnosti počínat si tak, aby nedocházelo ke škodám na zdraví. Lékař je oprávněn spolehnout se na sdělené informace, pokud klinické příznaky nenaznačují něco jiného. Pokud takové příznaky chybí, není lékař zásadně povinen diagnostickými zákroky sdělení pacienta ověřovat. Výjimkou budou snad jen situace, kdy se pacientovo sdělení podstatně odchyluje od toho, co vyplývá z předchozí dokumentace či z upozornění ošetřujícího lékaře, který pacienta předal do péče. Je však nutno si uvědomit, že opakovaná vyšetření jsou časově a pro systém zdravotnictví i finančně náročná a v některých případech mohou přinést nadbytečná rizika.

Pokud se lékař zmýlí z důvodu nedostatečně či nepravdivě poskytnutých informací, mohou vzniknout tři typy situací:

- Lékař se řídil nepravdivou výpovědí právně způsobilého pacienta, avšak v ten moment o její nesprávnosti nesvědčily žádné klinické příznaky a z okolností nevyplývala možnost či povinnost lékaře informace pacienta ověřit. V těchto případech lékař za škodu

neodpovídá, neboť nejednal nedbale, nebyl naplněn znak zavinění – z jeho strany jde o omluvitelný skutkový omyl.

- Lékař se řídil nepravdivou výpovědí právně způsobilého pacienta, přestože měl a mohl dle zjevných příznaků její nesprávnost zjistit. V tomto případě jednali protiprávně oba – pacient porušil poskytnutím nepravdivé informace povinnost jednat tak, aby se předešlo škodě na zdraví, lékař jednal nedbale, protože si výpověď neověřil, přestože tak učinit měl a mohl. Příklad se posoudí podle pravidel o spoluzavinění poškozeného.
- Lékař se ani nepokusil zjistit okolnost, která mohla mít vliv na určení diagnózy, ačkoliv tak jako lékař dané odbornosti učinit měl a mohl, nebo se řídil podle zjevně irelevantní výpovědi pacienta; to bude platit zejména pro informace podané právně nezpůsobilým pacientem, např. pacientem v silném alkoholovém opojení. V takovém případě lékař odpovídá za chybu v diagnóze, která je následkem mylného zjištění, sám – výpovědi zcela dezorientovaného či intoxikovaného pacienta není možno brát z hlediska určení dalšího léčebného postupu spolehlivě v potaz.

Vyžádá-li si pacient zdravotnickou dokumentaci z návštěvy lékaře, záznam o anamnéze nalezne hned v úvodní části záznamu. Anamnéza obvykle zahrnuje následující položky:

- Rodinná anamnéza (zkratka R.A.) - týká se zejména genetických rizik, ale též častějších výskytů nádorových onemocnění či onemocnění oběhové soustavy v rodině. Zaznamenává se počet a věk postižených příbuzných, pokud již nežijí, tak i věk, ve kterém zemřeli. V případě, že již nežijí rodiče nemocného, je důležitou informací věk, kterého se dožili, i příčina smrti. V České Republice se obvykle lékaři v rámci rodinné anamnézy výslovně ptají nemocných na výskyt vysokého krevního tlaku, infarktu, cévních mozkových příhod, nádorových onemocnění či diabetu.
- Osobní anamnéza (zkratka O.A.) - informace o dosavadních obtížích nemocného, obvykle v časové souslednosti. Pacienti si často nepamatují bezpečně všechna minulá onemocnění; tento problém může překonat, pokud je zdravotnická dokumentace vedena v elektronické podobě a je zajištěna návaznost předání informací, neboť současný lékař si může v historii pacienta vše potřebné ověřit.
- Farmakologická anamnéza (zkratka F.A.) - seznam užívaných léků, popřípadě informace o lécích užívaných v minulosti. I zde může velmi pomoci elektronická forma dokumentace, zpřístupňující lékařům i to, co pacientovi předepsali jiní lékaři a co by pacient mohl zapomenout uvést.

- Abúzus, příp. toxikologická anamnéza (zkratka T.A.) - užívání či zneužívání návykových látek, zejména alkoholu, cigaret a drog.
- Alergologická anamnéza (zkratka A.A.) zahrnuje alergie pacienta - zejména na léky, ale případně i na další látky a vlivy.
- Sociální anamnéza (zkratka S.A.) hodnotí životní podmínky pacienta, například prostředí, dům či byt, osoby bydlící ve společné domácnosti atd. U osamocených pacientů s omezenou schopností sebepéče je důležitá též informace o dosažitelnosti případné pomoci, například ze strany potomků.
- Nynější onemocnění (zkratka N.O.) zaznamenává postupný vznik a vývoj pacientem pociťovaných a popisovaných příznaků. Důležitou informací je i to, jak se nemocný snažil postupovat před tím, než vyhledal lékařskou pomoc.

Pokud o některých skutečnostech pacient nevěděl či prohlásil, že zde nejsou, obvykle se uvádí slůvko „neguje“, zkratka „neg.“ nebo číslice 0.

Zdravotnická dokumentace je významným důkazním prostředkem v případném právním sporu. Pokud však jde o údaje zaznamenané v části dokumentace věnované anamnéze, je nutno dát si pozor na jejich někdy nižší objektivní vypovídací hodnotu. Na rozdíl od např. výsledků provedených laboratorních testů o anamnéze platí, že je do značné míry pouhým zachycením toho, co o sobě pacient sám vypověděl, popřípadě co bylo převzato z dřívějších lékařských zpráv. Výpovědi pacienta i dřívější zprávy však mohou být zkreslené. Anamnestická část dokumentace je tedy pravdivá pouze v tom rozsahu, v jakém byly pravdivé zde zachycené výpovědi či jiné informace poskytnuté pacientem.

Diagnóza

Na základě dostupných informací, výsledků vyšetření a svých odborných znalostí stanoví lékař diagnózu, má tedy právní povinnost rozpoznat určit chorobu či stav, kterým pacient trpí. Při chybném stanovení diagnózy však nelze automaticky hovořit o protiprávním jednání vyšetřujícího lékaře. Jak uvádí medicínskoprávní literatura, diagnóza je v podstatě medicínskou hypotézou o příčině, stavu, lokalizaci a dalších rysech onemocnění. Chyba v úsudku na straně lékaře, vedoucí k nesprávné diagnóze, může být i následkem přirozené lidské omylnosti, nemusí mít vždy povahu protiprávního jednání. Tu bude mít zásadně tehdy,

pokud je nesprávné určení diagnózy následkem nedbalosti lékaře, třeba tehdy, pokud dojde k závažnému porušení zavedených postupů pro její určování. Do tohoto okruhu bude spadat zejména bezdůvodné nevyužití dostupných diagnostických metod, přehlédnutí důležité informace v anamnéze aj. Soudní praxe popisuje například případ, kdy lékař rentgenové vyšetření vůbec neprovedl, přičemž rentgen by býval odhalil cizorodý objekt v ráně, nebo případ, kdy byla vyšetření podrobena nesprávná část pacientova těla - lékař rentgenoval zdravý prst, následovaly komplikace u neléčeného zlomeného prstu.

V medicínskoprávní teorii i v praxi je často kritizována praxe zdravotníků, kteří takzvaně „ordinují po telefonu“, tedy určují diagnózu a léčebný postup pouze na základě telefonické informace. Chybou je též, pokud diagnózu určuje samostatně zdravotník, který k tomu nemá potřebné odborné znalosti a kompetence (například nedostatečně kvalifikovaná zdravotní sestra či neatestovaný mladý lékař). K takovým situacím dochází někdy i proto, že si kvalifikovaný zdravotník, který měl podle zákona i podle svého popisu práce nad mladším kolegou vykonávat odborný dohled, svou práci zjednodušuje a nechává některé méně populární činnosti zcela na něm. Někdy je však chyba na straně vedení nemocnice, které nezajistí dostatek kvalifikovaného personálu a toleruje situaci, kdy v některých časech řádně kvalifikovaný lékař fakticky není a nemůže být dostupný. Pokud dojde k omylu v určení diagnózy následkem některých výše uvedených důvodů, zdravotník se jen stěží vyhne obvinění z nedbalosti.

Pokud lékař nemá potřebné přístroje nebo specializaci k tomu, aby diagnózu určil, je povinen pacienta předat do péče specialisty nebo si vyžádat konzilium. Byl-li tento postup možný, nemůže se lékař vyvinít poukazem na to, že sám pro pacienta učinil vše, co byl povinen v rámci své odbornosti znát.

V praxi je diagnózu často nutno stanovit „naslepo“, v časové tísní, kdy není možno opatřit si všechny potřebné podklady pro rozhodnutí. Tento postup není protiprávní v případech, kdy jsou splněny podmínky krajní nouze, tedy pokud by bylo s časovou prodlevou spojeno vyšší riziko škody na pacientově zdraví, než jaké hrozí následkem potenciálně chybné diagnózy. Rozumnost lékařova postupu je nutno hodnotit vždy na základě informací, které mu byly dostupné ve chvíli rozhodování – bylo by nespravedlivé obviňovat lékaře poskytujícího akutní péči zpětně, kdy již například pitva vše s odstupem času jasně ukázala a „po bitvě je každý generálem“. Ani tato právní úleva pro akutní situace však nezbavuje lékaře povinnosti stále

sledovat vývoj zdravotního stavu pacienta a diagnózu případně později přehodnotit, vyjdou-li najevo nové skutečnosti či bude-li z časového hlediska možno provést dodatečná upřesňující vyšetření.

Léčebné zákroky a následná péče

Pokud jde o vlastní léčbu, právní předpisy neposkytují úplný výčet protiprávních terapeutických pochybení a ani tak činit nemohou – obor práva nemůže přebírat roli oboru medicíny a stanovovat lékařům silou zákona, jak přesně mají postupovat. Ani kdyby takový zákon vytvářeli sebelepší medicínští odborníci, nebylo by to praktické - takový právní předpis by měl tendenci zastarávat a byl by překážkou rychlého přebírání vědeckých poznatků do praxe.

Ptáme-li se tedy, jaká léčba je tzv. *lege artis*, resp. zjišťujeme-li v soudním sporu, zda konkrétní postup lékaře byl či nebyl *lege artis*, prostým nahlédnutím do žádného zákona to nezjistíme. Zákon zakotvuje pouze obecné požadavky, zejména že každý zdravotník je povinen postupovat tak, aby nedocházelo ke škodám na zdraví a dalších hodnotách (§ 415 Občanského zákoníku) a poskytovat péči na náležité odborné úrovni (§ 4 zákona 378/2011 Sb. o zdravotních službách). Co však je v konkrétním případě oním správným postupem, co je v souladu s vědeckými poznatky, je otázkou z oboru medicíny, nikoliv práva – v soudním sporu ji tedy musí pomoci zodpovědět soudní znalec s příslušnou medicínskou specializací.

Správně by mělo posuzování správnosti postupu lékaře probíhat v následujících krocích:

- Soudce zjistí z předložených důkazů, zejména svědeckých výpovědí a zdravotnické dokumentace, jak zdravotník při léčení skutečně postupoval
- Soudní znalec z oboru zdravotnictví popíše, jaký postup pro podobné situace předepisuje současná medicínská věda; přitom by se soudní znalec neměl dopouštět spekulací, ale vycházet striktně z vědeckých poznatků, ověřených odbornými studiemi a doporučeními odborných společností
- Soudce poté použije stanovisko znalce jakožto standard či měřítko, kterým poměří zjištěný skutečný postup žalovaného zdravotníka. Pokud soud shledá, že se zdravotník od tohoto standardu podstatně odchýlil, posoudí jeho postup jako postup protiprávním;

shledá-li však soulad mezi vědecky uznanými metodami a skutečným postupem zdravotníka, posoudí jeho postup jakožto v souladu s právem.

Správnost výsledku tohoto postupu závisí samozřejmě na dostatečném zjištění, jak zdravotník postupoval (pro což je důležitá zejména zdravotnická dokumentace), a dále na kvalitě znalecké práce (pokud znalec sám poskytne soudu nesprávné informace o postupech uznaných současnou medicínskou vědou, výsledek soudního sporu to zkreslí).

Odchyly od předepsaného postupu lze dále v právu rozdělit na ty, které jsou způsobeny konáním a ty, které jsou následkem opomenutí. Skupinu jednání lze dále rozdělit na vědomé a nevědomé odchyly od standardů. Ze skupiny vědomých odchylek konáním lze zmínit situace, kdy se lékař rozhodne provést zákrok, ke kterému nemá specializaci či potřebné schopnosti, dále situace, kdy se lékař rozhodne provést zákrok příliš pozdě, příliš brzy, v rozporu s postupem doporučeným konzultujícím specialistou nebo pokud se rozhodne aplikovat neověřenou metodu či lék. Lékař je povinen hodnotit rizika zákroku v porovnání s riziky dostupných alternativ a navrhnout pro pacienta nejvýhodnější řešení; v případě vzniku škody se může vyvinut s poukazem na to, že v daný okamžik se jeho postup objektivně nabízel jako nejméně rizikový. Vědomou odchylkou od standardů je i aplikace nevyzkoušené metody v podobě klinického experimentu. K tomu je vždy třeba splnit všechny požadavky právních předpisů regulujících výzkum, především výslovný a velmi podrobný souhlas pacienta, zahrnující i jeho srozumění s tím, že má být aplikována nevyzkoušená metoda.

Zdravotník je při poskytování péče povinen pamatovat nejen na „čistě medicínské“ poznatky, ale též na další standardy kvality a bezpečí pacienta, které výsledek léčebného prospěchu též významně ovlivňují, byť mnohdy souvisí též s organizací a řízením nemocnice. V této souvislosti může být chybou například podání vzájemně kontraindikovaných léčiv v důsledku nedostatečného předávání informací o pacientovi mezi jednotlivými lékaři. Dále sem patří mediálně vděčné případy chirurgických nástrojů a pomůcek zanechaných v tělech pacienta, například svorek, tampónů, skalpelů a podobně. V judikatuře se vyskytl dokonce případ patnácticentimetrové pinzety zapomenuté v břiše pacienta, který s ní žil přes pět let, či aktuální případ ženy, která po více než patnáct let po komplikovaném porodu měla v oblasti pánevní „zapomenutý“ několikacentimetrový úlomek chirurgické jehly. V dnešní době se již za běžné bezpečnostní opatření považuje počítání operačních pomůcek, proto bude pro zdravotníky v takovém případě poměrně obtížné těžké se vyvinut. Přes určitou senzačnost tématu se mnohdy jedná o závažná poškození zdraví, nutná bývá reoperace, může dojít ke

komplikacím. Nelze zapomenout ani na případy související se špatným chodem poskytovatele zdravotních služeb, například pád a úraz pacienta způsobený mokrou a kluzkou podlahou na chodbě a na toaletách poskytovatele zdravotních služeb, podání nesprávných léků následkem jejich nesprávného označení, či nemocničních záměny; ty se v praxi vyskytují překvapivě často, a to jak v podobě záměny pacientů, tak v podobě nesprávné operace u daného pacienta či například stranové záměny v podobě operace nesprávné končetiny nebo odnětí nesprávného z párových orgánů.

Mezi nebezpečné odchylky od správného postupu patří v neposlední řadě případy špatné komunikace mezi zdravotníkem a pacientem. Jedná se zejména o nedostatek instrukcí, které pacient potřebuje, aby mohl dobře dodržovat léčebný režim. Povinností lékaře je sdělit pacientovi nutná varování, informovat jej o užívání léků, stravovacím režimu či o „zákazech“ určitých činností. Podobně jako u informovaného souhlasu by měl zdravotník zajistit, aby pacient instrukcím skutečně porozuměl.

Odborný standard a úhradový standard

V poslední době se hodně hovoří o zavedení tzv. standardů ve zdravotnictví, tento požadavek je obsažen takřka ve všech programech politických stran. Co však tyto „standardy“ znamenají pro občany? Vzhledem k tomu, že jde o záležitost medicínskou, právní, ale i ekonomickou, je zapotřebí podrobnější vysvětlení.

V optimálním případě by mohli všichni pacienti čerpat zdarma veškerou péči dle nejmodernějších poznatků medicínské vědy. To však není vzhledem k ekonomickým možnostem státu proveditelné. Je zřejmé, že ani v našem veřejném zdravotnictví nejsou všichni pacienti se stejnou chorobou léčeni stejně. Úroveň poskytované péče fakticky závisí na mnoha proměnných – na pacientově věku, bydlišti, sociálním postavení, na tom, ke kterému lékaři a do jak dobře vybavené nemocnice se dostane, co je schopen si sám či „přes známé“ domluvit, a na dalších okolnostech. To není dobře, neboť jde o narušení zásady rovnosti a vede to k právnímu chaosu a korupci. Ti, kteří navrhuji zavedení „standardů“, si zpravidla představují, že se určí jakási průměrná, ekonomicky udržitelná úroveň léčby, která bude stejně dostupná pro všechny, a popsáný chaos se tím odstraní.

Problémem pojmu „standardy“ je to, že má dva zcela odlišné významy, které se v diskusích bohužel směšují. Prvním z významů je standard ve smyslu medicínském, odborném; jeho obsahem je to, co vše medicínská věda uznává jako správný postup. Druhý z významů je standard ve smyslu úhradovém; jeho obsahem je to, o čem občané rozhodli, že bude každému pacientovi uhrazeno ze solidárních fondů zdravotního pojištění. Prvnímu významu lze tedy říkat „odborný standard“ a tomu druhému „úhradový standard“.

Kompletní nabídka moderních medicínských postupů je zpravidla širší než to, co solidární systém zdravotnictví zvládne poskytovat svým nemocným občanům zadarmo. Rozdíl je to stejný jako mezi možnostmi kuchařského umění a nabídkou závodní jídelny, která vaří obědy v průměrné hodnotě padesát korun. České zdravotnictví má ročně k dispozici zhruba čtvrt bilionu korun na deset milionů občanů, tedy asi 25 tisíc korun na osobu; to není málo, avšak na vše to nestačí – veškeré moderní výtoby nejsou schopny dát všem svým občanům zdarma ani výrazně bohatší západoevropské zdravotnické systémy.

Na druhou stranu to, že některý medicínský postup není hrazen ze zdravotního pojištění, neznamená, že by pro pacienty přestal existovat, že by jej lékař nebyl povinen znát či že by jej nebyl povinen pacientovi doporučit. Pokud se nějaký medicínský postup či lék nevejde do úhradového standardu (v dnešní době jde například o některé doplňkové léky), avšak vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta je vhodné jej použít, lékař je povinen to pacientovi sdělit. I tento doplňkový lék je tedy součástí odborného standardu, jeho poskytnutí je *lege artis*; naopak, pokud by zdravotník léčil málo vhodným lékem jen proto, že je plně hrazený, a o vhodnějším doplňkovém léku pacientovi neřekl, jednal by protiprávně, *non lege artis* – pokud ovšem pacient s takovou léčbou výslovně nesouhlasil.

Jak vznikla představa, že vše potřebné je hrazeno a nehrazená péče je v zásadě nepotřebná, tedy jak došlo k promíchání pojmů „odborný standard“ a „úhradový standard“? Když hluboko v minulém století vznikaly základy pro dnešní solidární systém zdravotnictví, mnohé medicínské technologie teprve čekaly na svůj objev či uvedení do praxe. Rozdíl ve složitosti a náročnosti tehdejší a současné medicíny lze přirovnat třeba k rozdílu mezi tranzistorovým rádiem a plazmovou televizí. Tehdejší státní zdravotnictví tedy mohlo snadno poskytnout občanům bezplatně všechny *tehdejší* dostupné poznatky medicínské vědy. Současné zdravotnictví již zpřístupnit každému bezplatně všechny *současné* možnosti ekonomicky nezvládá – účinnost, ale i finanční náročnost medicínských technologií rostla totiž výrazně

rychleji, než celkové bohatství společnosti. Zajistit každému občanu standard jednoduchého rádia je snazší než zajistit každému standard plazmové televize. Za současných 250 miliard na rok by bylo snadné zdarma zajistit vše, co medicína znala v 70. či v 80. letech – to by však dnešním nemocným jistě nestačilo. Příčinou „krize“ ve zdravotnictví je opomenutí této skutečnosti; zdravotnictvím sice dnes protéká více peněz než kdy jindy, dostupné jsou dříve nevídané technologie – avšak jejich plošná úhrada již není finančně udržitelná.

Základní právní chyba tedy spočívá v nerozlišování odborného standardu (co je medicínsky možné) od úhradového standardu (co z toho je hrazeno). V uvažování většiny občanů, včetně odborníků, existuje standard jediný: Pokud je postup či lék medicínsky uznaný (*lege artis*), jsme povinni jej pacientovi poskytnout a veřejné fondy to uhradí; veškerá potřebná péče je také péčí hrazenou; nehrazená péče je vlastně péče nepotřebná. Tak to v reálném životě není, ovšem zákony týkající se zdravotního pojištění se s tím ještě nestihly dostatečně vyrovnat. Rostoucí rozpor mezi finanční náročností moderních metod a dostupnými veřejnými prostředky je v současnosti bohužel často řešen skrytými regulacemi. Pacient si v současnosti nemůže být jistý, že jeho lékař dostane od zdravotní pojišťovny úhradu přesně odpovídající úkonům, které mu poskytl. Naopak, takřka každý poskytovatel zdravotních služeb je ve své činnosti svázán úhradovými podmínkami a omezeními, přičemž mnohá z těchto omezení jsou absurdně složitá, netransparentní a diskriminační. Lékař tedy při péči o pacienta neřeší pouze, zda je daný lék či postup medicínsky prospěšný, ale také zda si jej může dovolit naordinovat, zda jej pojišťovna proplatí. To může vést a také vede k tomu, že pacienti nejsou odesíláni na potřebná vyšetření, dostávají méně účinné léky, musí dlouho čekat na operaci a podobně, což může v krajním případě i vážně ohrozit jejich zdraví. Poskytovatelé zdravotních služeb nejsou přitom financováni stejným způsobem – některé nemocnice mají možnost poskytnout takřka libovolné množství nejmodernější péče a nejdražších léků a spolehnout se na to, že vše dostanou od pojišťovny zapláceno, jiné naopak musí počítat každý lék a obviz. Důsledkem je situace, kdy některé nemocnice z ekonomického hlediska potřebují „proléčít“ a „provyšetřovat“ co nejvíce, naopak jinde dochází k tragickým případům nedostatečné péče.

Současné zákony regulující *poskytování* péče hovoří jasně – povinností lékaře vůči pacientovi je dodržet odborný standard péče, nabídnout mu péči v souladu se současnými dostupnými poznatky medicínské vědy, tedy nabídnout takové metody a takové léky, které pacientovi vzhledem k jeho zdravotnímu stavu pomohou nejvíce. To, jak se případné poskytnutí takové péče odrazí ve finančních vztazích mezi poskytovatelem zdravotních služeb a zdravotní

pojišťovnou, by správně nemělo péči o pacienta ovlivnit. Pokud lékař doporučí pacientovi péči méně vhodnou či zastaralou jen proto, že se mu optimální varianta péče „nevejde do úhrad“, jedná protiprávně. Stejně tak však lékař jedná protiprávně, pokud pacientovi ordinuje zbytečná vyšetření či léky jen proto, že z toho má on sám nebo případně poskytovatel zdravotních služeb jako celek nějakou výhodu – například pokud je lékař finančně motivován farmaceutickou společností za to, že předepisuje co nejvíce jejích léků.

Pokud jde o lékaře, tato pravidla jsou obsažena v Etickém kodexu České lékařské komory, který stanoví v § 2 odst. 13, že lékař nesmí sám nebo po dohodě s jinými ordinovat neúčelné léčebné, diagnostické a jiné úkony ze zjištěných motivů. V rámci své pravomoci nesmí poskytovat odborně neodpovídající vyjádření, z nichž by plynuly občanům neoprávněné výhody. Dále, v § 2 odst. 14, Etický kodex uvádí, že pokud lékař doporučuje ve své léčebné praxi léky, léčebné prostředky a zdravotní pomůcky, nesmí se řídit komerčními hledisky, ale výhradně svým svědomím a prospěchem pacienta. Toto ustanovení poskytuje též jednoznačný pokyn, jak by se měl lékař stavět k úhradovým omezením vyplývajícím ze smluv mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnami. Pokud pojišťovna odmítá nějaký zákrok hradit, měl by lékař o této skutečnosti pacienta poučit, avšak i přesto mu potřebnou péči či lék z hlediska medicínského doporučit. Pokud pacient s provedením zákroku či poskytnutím léku souhlasí, lékař by jej měl provést; pokud pak zdravotní pojišťovna odmítne úhradu z jakéhokoliv důvodu, může to pro pacienta znamenat, že bude muset zdravotní péči či lék uhradit sám. Jak vyplývá i z aktuální judikatury, vztah mezi lékařem a pacientem je vztahem v zásadě soukromoprávním, pokud tedy byla práce vykonána, musí být zaplacená – nestane-li se tak cestou zdravotního pojištění, nezbyvá, než aby zaplatil pacient. Nicméně to nezabavuje pacienta práva vymáhat zaplacenou cenu péče či léků po své zdravotní pojišťovně s argumentem, že zákrok či lék spadají do pacientova zákonného nároku na hrazenou péči a tedy není možné, aby je pojišťovna neuhradila. Alternativně, podobný spor může vést poskytovatel zdravotních služeb se zdravotní pojišťovnou. V obou případech bude věcí dokazování, zda provedená péče či poskytnutý lék skutečně spadaly do rámce hrazené péče; důkazem bude zdravotnická dokumentace a případné znalecké posouzení. Pokud takový spor se zdravotní pojišťovnou povede pacient, lékař by mu měl poskytnout potřebnou součinnost.

Pro pacienta je nutnost vést takový spor zřejmě nepříjemná věc. Ještě horší však je z jeho pohledu situace, kdy lékař s vědomím úhradových omezení pacientovi zamlčí potřebu

nákladné zdravotní péče, naordinuje mu méně účinný lék či se rozhodne neprovést potřebné vyšetření. V poslední době se množí soudní případy, jejichž podstatou je, že lékaři pod tlakem úhradových omezení buďto zcela opomenuli provést důležité diagnostické či terapeutické zákroky, nebo je poskytli opožděně (v daném období byl již úhradový limit vyčerpán) a následkem toho došlo k vážnému poškození zdraví pacienta. Ukázkovým příkladem je recentní případ lékaře-gynekologa, který neposlal pacientku na laboratorní vyšetření, přestože příznaky jednoznačně nasvědčovaly potřebě takové vyšetření provést. Pacientka si po několika měsících našla jiného lékaře, který vyšetření naordinoval, laboratoř shledala rychle postupující rakovinné bujení v pokročilé fázi. Pacientka byla okamžitě operována, došlo k odnětí dělohy a záchraně života, pacientka – mladá bezdětná žena – však nebude schopna přirozené reprodukce; kdyby bylo vyšetření provedeno včas a operace se uspíšila o několik měsíců, mohla být výrazně méně rozsáhlá a tento následek by nenastal. Takové jednání lékaře, který pouze z ekonomických důvodů neprovede potřebné zákroky a nadto pacientovi zamlčí jejich potřebnost (resp. jej dokonce ujistí, že zákrok není třeba) je hrubě neetické a protiprávní.

S ekonomickými aspekty poskytování péče *lege artis* souvisí též otázka reklamy a marketingu ze strany lékařů, prezentujících buďto své vlastní služby, nebo zboží či služby jiného subjektu (například léky některé farmaceutické společnosti). Ve vztahu mezi lékařem a pacientem zpravidla existuje výrazná informační nerovnost. Pacient nemá často schopnost správně vyhodnotit, co je medicínsky nejvýhodnější, v tom se musí mnohdy spolehnout na rady a informace poskytnuté lékařem. Udržení vztahu důvěry mezi lékařem a pacientem, neovlivněného případným ekonomickým konfliktem zájmů, je z tohoto hlediska klíčové. Proto Etický kodex České lékařské komory uvádí v § 2 odst. 15 a 16, že lékař se podle svého uvážení může sice účastnit na prezentaci a diskusi medicínských témat na veřejnosti, v tisku, v televizi či rozhlasu, musí se však vzdát individuálně cílených lékařských rad a doporučení ve svůj soukromý prospěch. Lékař se musí zdržet všech nedůstojných aktivit, které přímo nebo nepřímo znamenají propagaci nebo reklamu jeho osoby a lékařské praxe a ve svých důsledcích jsou agitační činností, cílenou na rozšíření klientely. Nesmí rovněž tyto aktivity iniciovat prostřednictvím druhých osob. Je tedy možno konstatovat, že jakékoliv náborové akce, například cílené k přeregistraci pacienta k jinému praktickému lékaři, jsou v tomto smyslu neetické a protiprávní. Přezkum konkrétních případů může na základě stížnosti pacienta provést Česká lékařská komora.

Informace o léčbě a role patientských sdružení

Současné zdravotnické právo počítá s aktivním zájmem pacienta o vlastní zdraví a s tím, že bude o procesu poskytování péče spolurozhodovat. Aby tak pacienti mohli činit zodpovědně, potřebují získat informace o nemocech či nepříznivých stavech, které se jich týkají. To je zvláště důležité u pacientů s vážnými chronickými nemocemi či u jejich rodičů.

Obvyklým prvním krokem pro získání informací je v dnešní době internet. Medicínské informace získané z internetu však mohou být často zavádějící či nepřesné, neexistuje žádná účinná právní garance jejich správnosti, za případné škodlivé následky poskytnutí nesprávných informací zpravidla ani nelze nikoho volat k odpovědnosti. Zvláště nebezpečný je internet z hlediska neoficiálního nákupu zdravotnických pomůcek či léků na předpis. Ačkoliv lze na internetu najít různé inzeráty a neformální „obchody“ s těmito komoditami, které nabízejí nízké ceny a snadnou dostupnost, využití takových služeb rozhodně nelze doporučit.

Pokud jde o léky, spolehlivým zdrojem informací pro pacienta jsou příbalové letáky a údaje uvedené na balení léku. Jejich obsah je právně regulován, a to zákonem 378/2007 Sb. o léčivech, který v § 37 uvádí, že každý léčivý přípravek musí být vybaven příbalovou informací s výjimkou případů, kdy jsou veškeré údaje příbalové informace uvedeny přímo na obalu léčivého přípravku. Příbalová informace musí být snadno čitelná a srozumitelná pro pacienta a musí odrážet výsledky konzultací se skupinami pacientů, kterým je léčivý přípravek určen, aby se zajistilo, že je čitelná a srozumitelná. Příbalová informace nesmí obsahovat jakékoli prvky reklamního charakteru. Údaje na obalu léčivého přípravku a v příbalové informaci musí být v českém jazyce; pokud jsou uvedeny ve více jazycích, musí být jejich obsah shodný. Nejúplnějším odborným zdrojem informací o léku je tzv. souhrn údajů o přípravku, ze kterého příbalový leták vychází. S těmito informacemi by se měl pacient vždy důkladně seznámit, zejména pokud jde o kontraindikace léku. Naopak poměrně nespolehlivým zdrojem jsou jakékoliv reklamní materiály či sdělení.

Zejména pacientům s chronickými nemocemi, ale nejen jim, lze doporučit účast v patientských sdruženích zaměřených na konkrétní diagnózu nebo skupinu diagnóz. Taková sdružení často pořádají semináře s lékaři, členové mají možnost se setkávat, navzájem se

informovat o možnostech léčby a sdílet své zkušenosti s lékaři a zdravotními pojišťovnami. Mnohá pacientská sdružení jsou velmi aktivní v prosazování dostupnosti léčby a ochraně práv občanů jako pacientů i jako pojištěnců veřejného zdravotního pojištění. To může být velmi důležité zejména u pacientů s diagnózami vyžadujícími nákladnou léčbu. Seznamy pacientských sdružení je možno nalézt například na stránkách Národní rady zdravotně postižených (www.nrzp.cz) či Koalice pro zdraví (www.koaliceprozdravi.cz). Ale i zdravým občanům lze doporučit, aby se zajímali a občansky angažovali ve věcech týkajících se například svých místních a regionálních nemocnic, jejich přístrojového vybavení, smluvní sítě zdravotních pojišťoven a podobně. V momentě nemoci již může být pozdě na to začít se starat, kde se domoci kvalitní a dostupné zdravotní péče.

Povinnost poskytovat pomoc v nouzi

Pomoci člověku, který je bezprostředně ohrožen na životě a na zdraví, je v současné společnosti považováno nejen za morální, nýbrž i za právní povinnost. Tato povinnost není uložena pouze tomu, kdo ohrožení zdraví vyvolal, nýbrž každému, kdo je v dané chvíli poblíž, bez ohledu na to, že je pro něj člověk v ohrožení zcela cizí osobou. Kdo jinému v hrozící nouzi nepomůže, vystavuje se riziku trestněprávní i občanskoprávní odpovědnosti. Poskytování pomoci při ohrožení zdraví se tradičně očekává zejména od osob, které se zabývají péčí o lidské zdraví. U náhle vzniklých zdravotních problémů se lidé automaticky ptají, není-li mezi přítomnými lékař, od kterého se očekává, že se o nemocného postará, bez ohledu na to, že je mimo službu, že z poskytnutí pomoci nemůže očekávat žádný finanční zisk a že mu při ošetřování může vzniknout riziko.

Povinnost poskytovat pomoc je upravena zejména v trestním zákoně (40/2009 Sb.). Skutková podstata trestného činu neposkytnutí pomoci je upravena v § 150 trestního zákona, kde je stanoveno následující:

(1) Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo jiného vážného onemocnění, neposkytne potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.

(2) Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo vážného onemocnění, neposkytne potřebnou pomoc, ač je podle povahy svého zaměstnání

povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti.

První odstavec § 150 platí obecně pro všechny občany, druhý odstavec se týká jen vybraných skupin osob, mimo jiné zdravotnických pracovníků.

Zákon o péči o zdraví lidu upravuje povinnost poskytovat pomoc na dvou místech. Všem občanům je tato povinnost stanovena v § 9, který říká, že *v zájmu svého zdraví a zdraví spoluobčanů je každý povinen poskytnout nebo zprostředkovat nezbytnou pomoc osobě, který je v nebezpečí smrti nebo jeví známky závažné poruchy zdraví.* Pro zdravotnické pracovníky platí zvláštní povinnost uvedená v § 55 odst. 2) písm. c), kde se uvádí, že každý zdravotnický pracovník je povinen poskytovat neprodleně první pomoc každému, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo zdraví a není-li pomoc včas dosažitelná obvyklým způsobem, a zajistit mu podle potřeby další odbornou péči.

Povinnost poskytovat pomoc v případech ohrožení života či zdraví je též etickou povinností lékaře dle Etického kodexu České lékařské komory. Ten v § 2 odst. 2) a 3) stanoví, že každý lékař je povinen v případech ohrožení života a bezprostředního vážného ohrožení zdraví neodkladně poskytnout lékařskou pomoc. Lékař musí plnit své povinnosti v situacích veřejného ohrožení a při katastrofách přírodní nebo jiné povahy.

Povinnost laika i zdravotnického pracovníka je zde dána, hrozí-li u osoby nacházející se v jejím dosahu bezprostřední nebezpečí smrti nebo jeví-li taková osoba známky vážné poruchy zdraví. Způsob, jakým má být potřebná pomoc poskytnuta, závisí na konkrétních okolnostech, zejména na povaze zranění a možnostech toho, kdo pomoc poskytuje. Pomoc nemusí být vždy poskytnuta osobně; v závislosti na typu rizika může být vhodnějším řešením například zařídit převoz do nemocnice nebo přivolání lékařské pomoci. Potřebnou pomocí je třeba rozumět takovou pomoc, které je zapotřebí k odvrácení nebo snížení nebezpečí smrti ohroženého.

Povinnost poskytnout pomoc má dle trestního zákona každý, kdo má s ohledem na okolnosti případu možnost pomoc poskytnout. Pokud již pomoc na místě poskytuje někdo jiný z přítomných a nepotřebuje k tomu pomoc nikoho dalšího, ostatní osoby povinnost poskytovat pomoc současně nemají. To však neplatí tehdy, pokud by jiná osoba mohla

poskytnout pomoc účinněji, rychleji nebo na lepší odborné úrovni. Tato výjimka platí zejména pro lékaře a jiné kvalifikované zdravotníky, kteří jsou povinni nabídnout pomoc i v případech, kdy již je poskytována laikem, protože k rozpoznání a odstranění hrozících rizik zdravotního charakteru budou zpravidla způsobilější.

Trestní odpovědnost laiků a profesionálů se liší, za neposkytnutí pomoci hrozí profesionálovi delší trest odnětí svobody než laikovi, navíc může být postižen zákazem činnosti. Ještě významnější je však odlišnost v rizicích, které je při poskytování potřebné pomoci zachraňující snášet. Trestní zákon vytváří ve druhém odstavci § 150 kategorii osob, které jsou „podle povahy svého zaměstnání povinny“ potřebnou pomoc poskytnout. Takovými osobami se rozumí typicky lékaři, porodní asistentky či zdravotní sestry. Jedná se však též o plavčíky, hasiče, příslušníky policie, členy Horské služby a jiné osoby, které mají v popisu práce poskytování pomoci ohroženým osobám.

První odstavec § 150, který se vztahuje na laiky, obsahuje důležitou výjimku z povinnosti poskytnout potřebnou pomoc. Povinnosti poskytnout pomoc je zbaven ten, kdo by splněním této povinnosti vystavil sebe nebo jiného v nebezpečí. Tak například špatný plavec není povinen skočit do rozvodněné řeky pro tonoucího, pokud by se tím sám vystavil riziku utonutí, nebo fyzicky slabá osoba není povinna přijít na pomoc člověku napadenému velkým psem. Tato výjimka však takovou osobu nezbavuje povinnosti poskytnout potřebnou pomoc jiným způsobem, ze kterého jí riziko nehrozí a který je v jejích možnostech, například přivoláním pomoci.

Druhý odstavec § 150, vztahující se na profesionály, tuto výhradu vlastního rizika neobsahuje. Profesionál je povinen poskytnout pomoc i tehdy, pokud by jemu nebo dalším osobám hrozilo z tohoto zásahu nebezpečí. To například znamená, že plavčík u moře nemůže odmítnout pomoc tonoucímu s tím, že příliš vysoké vlny zvyšují riziko jeho utonutí, hasič nemůže odmítnout vstoupit do hořícího domu, ve kterém se nalézají živé osoby s reálnou šancí na záchranu, a zdravotnický pracovník nemůže odmítnout ošetření nemocného nakažlivou chorobou z důvodu, že by se mohl nakazit sám, případně další osoby; nemůže ani odmítnout ošetření těžce zraněného, který krvácí, s poukazem na možnost přenosu viru HIV.

Tuto povinnost snášet při poskytování potřebné pomoci vlastní riziko však nelze považovat za bezvýjimečnou a všezahrnující. Jak jsme řekli, každý profesionál má předcházet riziku jen ve

svém oboru, a jen v něm je tedy povinen snášet osobní ohrožení. Zdravotník například nemá povinnost vyprošťovat osobu z hořícího domu, tuto povinnost může přenechat hasičům a svůj díl pomoci poskytnout až následně. Totéž by mělo platit i pro případy, kdy je záchranná služba povolána k agresivnímu zraněnému nebo ke zraněnému, který je obklopen agresivními osobami; k tomu může docházet při pomoci zraněným v hospodských rvačkách, při domácích konfliktech a podobně. Zdravotníci nejsou povinni plnit úkoly bezpečnostních složek a snášet rizika s tím spojená. U takového zákroku jim tedy může pomáhat policie, přičemž policisté odstraní bezpečnostní rizika, která zdravotník není povinen snášet a která mu objektivně v poskytnutí pomoci brání.

Profesní standardy a léčitelé

Kapitola o profesních standardech by nebyla kompletní bez alespoň stručné zmínky o problematice léčitelů či jiných nezdravotníků, kteří poskytují (nebo to alespoň tvrdí) služby směřující k odstranění nemoci či upevnění zdraví. České právo bohužel podmínky poskytování péče léčiteli výslovně neupravuje, na rozdíl například od práva švýcarského či rakouského. Neexistence pravidel umožňuje, aby v tomto oboru působilo vedle relativně seriózních poskytovatelů alternativní medicíny také velké množství podvodníků, jejichž metody jsou nejen neúčinné, nýbrž někdy přímo škodlivé.

Nebylo by spravedlivé vykládat platné právo tak, že jedna část pečovatelů o zdravotní stav populace (zdravotníci) bude za své jednání plně právně odpovědná a postižitelná a druhá (léčitelé) nikoliv. Byť může být sporné, zda se na léčitele – nezdravotníky mohou vztahovat zdravotnické předpisy (například zákon o péči o zdraví lidu), je nepochybné, že se na léčitele vztahují povinnosti dle obecných právních předpisů, zejména dle občanského a trestního zákoníku (zejména obecná prevenční povinnost, odpovědnost za narušení osobnostních práv a trestní i občanskoprávní odpovědnost za škodu na zdraví). Léčitelé též patrně musí dodržovat povinnosti dle Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, neboť i oni provádějí zásahy do tělesné integrity svých pacientů; analogicky i zde je tedy třeba požadovat, aby svého pacienta předem řádně poučili o povaze léčebné metody, jejích důsledcích a rizicích. Měli by též znát a pacientům sdělovat meze účinnosti svých léčebných postupů a případné kontraindikace. Byť jsou takové spory zatím našemu právu cizí, v zahraničí existují případy, kdy byla proti léčitelům vyvozena odpovědnost za poškození zdraví pacienta, který byl léčen zjevně neúčinnými či škodlivými metodami, nebo který nebyl včas předán do péče lékaře-specialisty.

V jednom případě z USA tak například léčitel poradil pacientovi, aby přestal brát lékařem dříve předepsané léky. Místo nich mu naordinoval drastickou dietu. Pacient během krátké doby ztratil několik desítek kilogramů a následně zemřel.

Nejlepší ochranou pacienta však v souvislosti s léčitelem není právo, ale především jeho zdravý rozum a úsudek.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Historický vývoj práva a etiky informovaného souhlasu

Vztahu mezi lékařem a pacientem se tradičně v medicínské etice přiznávají určité zvláštnosti, které jej odlišují od ostatních vztahů mezi občany. Medicínská etika klade velký důraz na vztah důvěry mezi lékaři a pacienty, požaduje záruky proti zneužití tohoto vztahu a pro povinnost lékaře jako profesionála srozumitelně informovat pacienta o všem, co s léčbou souvisí, aby pacient-laik mohl činit zodpovědná rozhodnutí o svém zdraví. Zejména k naplnění těchto cílů slouží právě etická povinnost s pacientem správně komunikovat, sdělovat mu důležité informace a umožnit mu podílet se na rozhodování o léčebném procesu – povinnost poučení a právo informovaného souhlasu.

Ještě před několika desetiletími byl ve zdravotnické etice i právu preferován tzv. paternalistický přístup, který na jednu stranu kladl veškerou tíhu a odpovědnost rozhodování na lékaře, na druhou stranu nepočítal příliš mnoho s tím, že by pacient měl chtít nebo dokonce právně vymáhat po lékaři podrobné informace o tom, jakou má chorobu, kdo a jak jej bude léčit. V tomto ohledu jsou velmi ilustrativní „staré“ díly seriálu Nemocnice na kraji města, kde je pacient domáhající se informací považován za drzého a nevychovaného, jako by projevoval svými dotazy neúctu a nedůvěru ke zkušeným lékařům, kteří převzali povinnost o něj pečovat. Paternalistický model předpokládá, že lékaři činí sami obtížná rozhodnutí, nepříjemné informace pacientovi nesdělují, naopak „prozrazení“ špatného výsledku považují za cosi neetického. Tento přístup měl svůj právní odraz i v dosavadním zákoně 20/1966 Sb., který v § 23 zakotvoval, že lékař je povinen „vhodným způsobem“ poučit pacienta, „popřípadě členy jeho rodiny“; tím se lékařům vytvářel určitý prostor pro posouzení, co je „vhodné“, aby pacient věděl, a co naopak bude řečeno jen příbuzným.

Moderní medicínské právo však tento přístup výrazně mění. Po přelomu tisíciletí nabyla síly teze, již dříve uznávaná v zahraničí, že pacient má být s lékařem v rovnoprávném postavení,

má právo na veškeré informace o svém zdravotním stavu a o postupu péče má právo plně rozhodovat. Právě proto, že lidské zdraví považujeme za velmi důležitou hodnotu, povinností lékaře je pacienta podrobně a pravdivě poučit a vyžádat si jeho informovaný souhlas s každým zákrokem. Oproti minulosti je nyní již svobodné rozhodování o postupu péče na pacientovi, nikoliv jen na lékaři. Druhou stranou této svobody je však nutnost nést její následky – pokud se pacient přes doporučení lékařů rozhodne špatně, například odmítne naléhavě potřebný zákrok, nemůže za škodlivé důsledky svého rozhodnutí vinit lékaře, ale jen svůj špatný úsudek.

V poslední době stalo zvykem namísto pojmu „zdravotní péče“ používat pojem „zdravotní služby“. Cílem má být zdůraznit rozhodovací autonomii pacienta a snad i trochu odstranit vnímání služeb zdravotníků jako čehosi specifického, připodobnit je k ostatním službám, které v každodenním životě čerpáme – službám bank či pojišťoven, autoservisů, právníků, účetních a podobně. Právní vztahy mezi zdravotníky a pacienty se skutečně těmito občanskoprávními vztahům do jisté míry podobají. Přicházím-li do banky pro hypotéku, k advokátovi s potřebou sepsat žalobu, do autoservisu nechat si opravit automobil – ve všech těchto situacích potřebuji po odborníkovi vyřešit problém, kterému nerozumím a jako laik obvykle nejsem schopný zhodnotit, zda mi odborník skutečně navrhuje nejlepší řešení a férovou cenu. Přesto mám plnou svobodu se rozhodnout, zda si služby koupím či nekoupím, a ponesu si svou ztrátu, rozhodnu-li se špatně. Právo a medicínská etika však pacienty stále chrání výrazně přísněji. Tam, kde se v „běžném“ obchodním životě někdy považuje bezmála za důkaz schopností prodejce, pokud přesvědčí nepozorného klienta k uzavření smlouvy na předražené, nevýhodné či nepotřebné služby, je uznávanou právní i etickou povinností lékaře sledovat vždy nejlepší zájem pacienta a nikdy nezneužít svých speciálních znalostí v jeho neprospěch.

V návaznosti na nově schvalované zákony, předpisy a standardy si většina lékařů začala výrazně více uvědomovat svou právní i etickou povinnost s pacientem komunikovat a jejich přístup se stal otevřenější. Na některých pracovištích si však bohužel manažeři a zdravotníci vyložili právo informovaného souhlasu nesprávně, formalisticky, nikoliv jako povinnost s pacientem komunikovat, ale jako povinnost „pořídít si na každý zákrok podepsaný papír“, aby se chránili „před právníky“. Došlo k vytvoření složitých, mnohastránkových formulářů, jejichž mechanické vyplňování vyvolává obrovské administrativní náklady, obtěžuje pacienty a připravuje zdravotníky o čas – paradoxně často právě o ten čas, který by měli namísto

papírování věnovat tomu, aby pacientovi skutečně vysvětlili, co se bude dít. Nic takového ovšem právo rozhodně nepožaduje, naopak, jedná se o nepochopení účelu informovaného souhlasu a projev špatného řízení pracoviště.

Účel poučení a informovaného souhlasu

K čemu tedy poučení a informovaný souhlas ve skutečnosti slouží? Jeho účel je v zásadě trojí, etický, právní a ekonomický:

- Z hlediska etiky je účelem informovaného souhlasu vyrovnaní informační asymetrie mezi lékařem a pacientem, tedy poučení pacienta takovým způsobem, aby skutečně porozuměl, v čem spočívá jeho zdravotní problém, co mu plánovaný zákrok přinese, na jaká rizika se musí připravit a co se stane, pokud zákrok odmítne. Cílem je též zapojit pacienta do léčebného procesu, zejména dosáhnout toho, aby porozuměl důležitosti předepsaného léčebného režimu, včetně případných omezení a zákazů, pro dosažení svého uzdravení.
- Z hlediska právního je důležité, aby pacient vyjádřil svůj souhlas (či nesouhlas) se zákrokem svobodně a s vědomím všech rizik. Tím totiž také přebírá odpovědnost za následky své volby. Protože vztah mezi lékařem a pacientem je z hlediska práva určitou analogií „smlouvy o dílo“, dalším účelem informovaného souhlasu je právní vymezení rozsahu úkonů, které pacient po lékaři požaduje a které se lékař zavazuje provést (či naopak neprovést, v případě odmítnutí péče).
- Z hlediska ekonomického, které nabývá důležitosti zejména v souladu s očekávaným vývojem zdravotnického systému, je cílem souhlasu vymezení, jak nákladná péče bude poskytnuta a kdo za ni zaplatí. Tato oblast pacienty až donedávna v podstatě nezajímala, péče byla z pohledu pacienta převážně bezplatná a její financování bylo věcí vztahu zdravotníků a zdravotních pojišťoven. Dohoda na ceně se tak týkala jen okrajových oblastí zdravotnictví, kde péči pojišťovny nehradí, například některých typů plastické chirurgie. Se zaváděním spoluúčastí, regulačních poplatků a stále vyššími doplatky na léky či zdravotní pomůcky však vzrůstá důležitost toho, aby si i běžný pacient vždy před provedením zákroku se zdravotníkem vyjasnil, co to bude stát, kdo to zaplatí a jaké levnější či dražší alternativy jsou případně k dispozici.

Právní úprava informovaného souhlasu

Za nejdůležitější z právních předpisů upravujících informovaný souhlas lze bezpochyby označit Úmluvu na ochranu lidských práv v souvislosti s aplikací biologie a medicíny

(zkráceně Úmluva o lidských právech a biomedicině), která u nás vstoupila v platnost v říjnu roku 2001. Povinnost poučit pacienta a získat jeho souhlas se zákrokem byla dále tradičně upravena v zákoně 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu ve znění novelizací. Nyní je velmi podrobně popsána v zákoně 378/2011 Sb. o zdravotních službách, zejména v části o právech pacienta, § 28 a násl. Konečně, důležitá pravidla pro obsah poučení a formu souhlasu lze nalézt též ve vyhlášce o zdravotnické dokumentaci, která nabude účinnosti k 1. 4. 2012.

Obecné pravidlo článku 5 Úmluvy o biomedicině uvádí, že jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. „Zákrokem“ se rozumí jakýkoliv zásah do tělesné integrity v oblasti péče o zdraví, tedy jakýkoliv úkon na pacientovi, včetně preventivní péče, stanovení diagnózy, léčby, rehabilitace či výzkumu.

Souhlas jako právní úkon a jeho forma

„Souhlas“ je právním úkonem ve smyslu Občanského zákoníku, tedy projevem vůle směřujícím zejména ke vzniku, změně nebo zániku těch práv nebo povinností, které právní předpisy s takovým projevem spojují. „Projev vůle“ může být učiněn jednáním nebo opomenutím; může se stát výslovně nebo jiným způsobem nevzbuzujícím pochybnosti o tom, co chtěl účastník (pacient) projevit. Právní úkony vyjádřené slovy je třeba vykládat nejenom podle jejich jazykového vyjádření, ale zejména též podle vůle toho, kdo právní úkon učinil, není-li tato vůle v rozporu s jazykovým projevem. Právní úkony vyjádřené jinak než slovy se vykládají podle toho, co způsob jejich vyjádření obvykle znamená. Přitom se přihlíží k vůli toho, kdo právní úkon učinil, a chrání se dobrá víra toho, komu byl právní úkon určen. Již z těchto nejobecnějších pravidel tedy jasně vyplývá, že pokud pacient ve skutečnosti nepochopil smysl zákroku, byl ve stavu neschopném rozhodování (demence, alkoholové opojení) či byl dokonce k „souhlasu“ přímo či nepřímo donucen, žádný souhlas ve smyslu práva udělen ve skutečnosti nebyl, ani kdyby takový pacient podepsal deset formulářů.

Forma souhlasu není Úmluvou určena, zákon však hovoří o některých úkonech v oblasti komunikace s pacientem, které musí být povinně zaznamenány v písemné podobě; jedná se především o tzv. negativní revers, tedy informované odmítnutí potřebného zákroku. Původní verze vyhlášky o zdravotnické dokumentaci požadovala písemný záznam o poučení a souhlasu u každého zákroku spojeného s rizikem; vzhledem k nepřiměřené administrativní

zátěži zdravotníků, která by z toho plynula, však byl tento požadavek zmírněn, nyní se mohou poskytovatelé zdravotních služeb zásadně sami rozhodnout, u kterých zákroků záznam v písemné formě pořídí. Lze jen doporučit, aby se tak stávalo u všech závažnějších zákroků, např. operací, již z důvodů důkazních. V případě sporu může soud požadovat po zdravotnickém zařízení, aby předem daný souhlas pacienta prokázalo, včetně důkazu o řádném poučení. Pokud by písemný záznam chyběl, musel by poskytovatel zdravotních služeb relevantní skutečnosti prokázat např. svědecky, což je nepoměrně obtížnější. Nicméně, souhlas se zákrokem lze udělit i ústně nebo, u těch nejjednodušších zákroků, též např. gestem jednoznačně vyjadřujícím vůli pacienta.

Jako každý projev vůle, i souhlas se zákrokem musí být učiněný právně způsobilou osobou svobodně a vážně, určitě a srozumitelně. Jakékoliv ovlivnění vůle, například podanými léky, donucením ze strany zdravotnického personálu či rodiny, tedy může negativně ovlivnit platnost souhlasu. Poskytnutý souhlas musí být prostý omylu; vzhledem k obvyklé informační asymetrii mezi zdravotníkem-odborníkem a pacientem-laikem je proto třeba, aby souhlasu předcházelo náležité poučení.

Pokud je poučení neúplné nebo se nepodaří prokázat, že bylo poskytnuto, následkem může být, že souhlas bude posouzen jako neplatný. Pokud je souhlas neplatný, neprokazatelný, případně pokud vůbec nedošlo k jeho získání od pacientky, následný zákrok je protiprávní, a to bez ohledu na to, zda byl či nebyl proveden medicínsky správně. Provedení zákroku bez předchozího řádného souhlasu pacientky může vést k právní odpovědnosti poskytovatele zdravotních služeb za negativní důsledky, včetně těch, které jsou přirozeným následkem nebo běžným rizikem byť správně provedeného zákroku.

Náležitosti poučení o zákroku

Pokud jde o poučení, Úmluva stanoví v čl. 5, že osoba podstupující zákrok musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích. Toto ustanovení je třeba s využitím Výkladové zprávy k Úmluvě o biomedicíně interpretovat tak, že podané informace musí být dostatečně jasné a vhodně formulované pro osobu, která má zákrok podstoupit. Pacient se musí prostřednictvím výrazů, kterým je schopen porozumět, dostat do situace, kdy je schopen zvážit nutnost a účelnost zamýšleného zákroku a metody zákroku v porovnání s riziky a také s nepohodlím či bolestí, které jí zákrok způsobí. Kritériem

správnosti a dostatečnosti poučení tedy je, zda konkrétní pacient porozuměl poskytnutému poučení a zda toto poučení obsahovalo všechny skutečnosti, které by konkrétní pacient vzal v úvahu při rozhodování, zda zákrok podstoupit či ne. Kritériem dostatečnosti tedy není pouze, zda by podané informace stačily jakémusi obecnému, „průměrnému“ pacientovi. Tím spíše není možné posuzovat dostatečnost rozsahu poučení podle zvyklostí určité skupiny zdravotníků nebo dokonce konkrétního zdravotníka. Úmluva tím, že požaduje poučení „řádné“, neposkytuje prostor zdravotníkovi, aby dle své úvahy některé skutečnosti zamlčel - pokud se pacient výslovně svého práva na poučení nevzdá.

Podle Úmluvy musí být poučení o zákroku dáno „předem“. Právní předpisy sice nestanoví, jak dlouho předem má být pacient poučen, z povahy věci však vyplývá, že se tak musí stát dostatečně předem, aby měl dle povahy zákroku dostatek času na rozmyšlenou, popřípadě aby u zvláště závažných zákroků mohla před rozhodnutím získat druhý názor jiného zdravotníka. Ideální postup je poskytnutí písemných materiálů, které si pacient může v klidu prostudovat, a následný rozhovor, ve kterém zdravotník pacientovi osvětlí případné nejasnosti.

Poučení musí být poskytnuto „řádné“, tedy typicky ošetřujícím lékařem, není možné tuto povinnost delegovat například na střední zdravotnický personál, stážisty apod. Výjimkou jsou nelékařské zdravotnické profese, které mají ze zákona oprávnění provádět některé výkony samostatně, bez indikace lékaře; takoví kvalifikovaní nelékaři budou tedy i samostatně poučovat.

Pojem „účelu, povahy a důsledků“ zákroku obsahuje především informaci o typu zákroku, tedy zda se jedná o zákrok diagnostický, léčebný, o terapeutický experiment, o povinné vyšetření atd. Pacient by měl být též seznámena s tím, zda se jedná o naléhavý zákrok či zda je možné jej odložit, případně jaká rizika se s odkladem pojí. Zmínit je vždy třeba důsledky buď úspěšného provedení zákroku, typicky jeho bolestivost, následnou dočasnou nepohyblivost, případně délku hospitalizace či pracovní neschopnosti (což bude praktické zejména u pracovně vytížených osob). V závislosti na osobnosti pacienta se dále jedná o informace o pro něj neakceptovatelných součástech zákroku (např. z důvodu náboženských).

Poučení o léčebném režimu a povinnost jej dodržovat

Pacient musí být poučen o léčebném režimu a vnitřním řádu poskytovatele zdravotních služeb, zejména o tom, co smí a nesmí dělat po propuštění z ošetřování či po provedení operačního zákroku, právech návštěv a podobně. Jak jsme si řekli, jednou z povinností pacienta jako pojištěnce zdravotního pojištění v nemocnici je dodržovat léčebný režim a vnitřní řád. Důsledné poučení o povinnostech je proto důležité i pro případné uplatnění sankcí (zejména propuštění pacienta „pro nespolupráci“) – nepochybně by bylo nespravedlivé uplatňovat jakékoliv sankce za něco, o čem pacient nevěděl, že je zakázáno či naopak přikázáno. Pacient je povinen dodržovat léčebný režim, a pokud svým nezodpovědným chováním způsobí, že po správně provedeném zákroku vzniknou komplikace, nemůže se s úspěchem domáhat náhrady škody. Pokud by se však prokázalo, že pacient poučen nebyl, nedozvěděl se tedy například o nebezpečí spojeném s předčasným ukončením klidu na lůžku, mohla by odpovědnost za z toho vyplývající poškození postihnout zdravotníka, který pacienta v tomto smyslu nepoučil.

Poučení o rizicích zákroku

Poučení o rizicích zahrnuje především popis rizik obecně spojených s daným zákrokem, doplněný o rizika spojená s osobou pacientky vzhledem k jeho věku, předchozím zdravotním komplikacím, souběžným chorobám atd. Složitým problémem, který poutá pozornost judikatury i teorie, je odlišení „důležitých“ rizik od „nedůležitých“. Každý zákrok je totiž spojen s rizikem nekonečně mnoha komplikací, většina z nich však buď není závažná, nebo je jejich pravděpodobnost mizivá. Poučovat pacienta o všech rizicích by bylo zbytečně stresující a časově náročné. Jako řešení je v teorii navrhováno například poučovat pouze o rizicích, jejichž pravděpodobnost je vyšší než jednorozhodnutí pacienta může být relevantnější půlprocentní riziko vážné komplikace než desetiprocentní riziko nevýznamných krátkodobých zdravotních následků. Judikatura též obecně klade vyšší požadavky na poučení u zákroků, které nejsou nezbytné (typické jsou v tom zejména kosmetické operace). V žádném případě není možné spoléhat při poučování o rizicích výlučně na předem připravené formuláře, protože jak jednotlivá rizika samotná, tak citlivost na tato rizika budou u každé konkrétní osoby odlišné. Lišit se budou zejména vzhledem k věku pacienta, souběžným chorobám, obezitě, alkoholismu a podobně. Osobní komunikace a možnost klást otázky je tedy nezbytná.

Povinnost poučení o alternativách zákroku

Povinnost zdravotníka poučit pacienta o alternativách zákroku sice z Úmluvy přímo nevyplývá, je však nesporná vzhledem k účelu poučení. Nové právní předpisy již s poučením o alternativách výslovně počítají. Bez znalosti alternativ nemůže pacient posoudit a svobodně rozhodnout, zda je navržený zákrok skutečně tím nejvhodnějším řešením, udělený souhlas bez znalosti alternativ proto bude z právního hlediska vadný. Při poučení o alternativách je opět třeba vycházet z individuálních preferencí, konkrétní pacient může preferovat i objektivně nesmyslné řešení svého zdravotního problému. Platí ovšem, že též u alternativního postupu je třeba zmínit jeho rizika a důsledky, podobně jako u „doporučeného“ postupu. Typickými alternativami bude možnost konzervativní nebo invazivní léčby. Vždy je nutno zmínit alespoň alternativu neléčení, ponechání pacienta bez provádění jakýchkoliv zdravotnických zákroků. Jen tak bude moci pacient posoudit, zda je pro něj podstoupení jakéhokoliv zákroku vůbec přínosem.

Otázkou je, zda má zdravotník pacientku informovat o zákrocích, které jsou dostupné pouze v zahraničí, které jsou nehrazené a finančně náročné. Teoreticky je i tato skutečnost důležitá pro rozhodování pacienta, takže by měla být zmíněna, neboť našim občanům nic nebrání péči v zahraničí čerpat. V případě některých forem léčby tak lze učinit v jiném státě Evropské unie dokonce na účet české zdravotní pojišťovny. Existuje-li tedy terapie, která je v České republice nedostupná, avšak pro pacienta může přinést výrazně vyšší zdravotní prospěch než u nás dostupné typy péče, zdravotník by měl alespoň rámcově tuto skutečnost pacientovi sdělit. Vyšší míru informovanosti pacientů (a patrně i zdravotnických pracovníků) o možnostech čerpat péči v zahraničí bude možno očekávat teprve s větším rozvojem evropského zdravotnického trhu a lepší dostupností informací o nabídkách zahraničních zdravotnických zařízení.

Pacient má v každém případě právo na informaci o všech diagnostických či terapeutických alternativách, které jsou dostupné v České republice, byť by třeba nebyly dostupné v konkrétním zdravotnickém zařízení. Jen těžko by bylo možno právně připustit situaci, kdy by v některých částech republiky byla nabídka péče, resp. informovanost o této nabídce, méně rozsáhlá než v jiných místech.

Naopak pokud jde o alternativy z oblasti jiné než vědecky uznané medicíny, zdravotník nemá povinnost je znát a provádět, nemá tedy ani povinnost o nich informovat pacienta. Nic však nebrání tomu, aby o nich, pokud to uzná za vhodné, pacienta poučil, ovšem aniž by jej uváděl v omyl ohledně jejich účinnosti, neexistují-li o ní průkazná vědecká data.

Poučení o ceně a úhradě péče

Dosud jsme o poučení a informovaném souhlasu hovořili pouze v kontextu informací z oboru medicíny. Při rozhodování pacienta však stále více hrají roli informace ekonomického rázu – kolik zákrok (lék, pomůcka) stojí, zda jej za pacienta uhradí zdravotní pojišťovna, kolik bude třeba si doplatit, zda není možné zařídit to levněji. To nás nutně přivádí k otázce, zda je zdravotník povinen poučovat svého pacienta též o těchto ekonomických skutečnostech. Tato otázka bude snad mnoha zdravotníkům i pacientům připadat nepřipadná, neboť narušuje vnímání zdravotní péče jako něčeho, co má být bez dalšího dostupné všem a prosto ekonomických limitů. Společenský vývoj v oblasti zdravotnictví však naznačuje, že dostatečná orientace též ve finanční stránce věci bude pro ochranu práv pacienta mnohdy zcela zásadní.

Zákon výslovně povinnost zdravotníka informovat pacienta o ceně a úhradě péče stanoví. Pokud, v souladu s názorem právní vědy, považujeme vztah lékař-pacient za soukromoprávní, určitou dobu smlouvy o dílo, je nepochybně povinností smluvních stran předem se dostatečně domluvit na tom, co bude předmětem smlouvy – co je kdo povinen činit, co je kdo povinen platit. Bez dostatečně určitého vymezení těchto skutečností by nebyla smlouva platná. Právní povinnost zdravotníka poučit pacienta o ceně a úhradě lze dovodit patrně též z účelu poučení; pokud má být tímto účelem umožnit pacientovi rozhodnutí o zákroku se zohledněním všech pro něj podstatných okolností, informace ekonomického rázu nepochybně nelze pominout.

Mezi zásadní informace, které by pacient měl vědět nebo je s dopomocí zdravotníka před udělením souhlasu s péčí zjistit, patří zejména následující:

- **Je poskytovatel zdravotních služeb smluvním partnerem pacientovy zdravotní pojišťovny?** Pokud není, péče poskytnutá v tomto zdravotnickém zařízení obvykle nebude uhrazena zdravotní pojišťovnou. Výjimkou jsou pouze případy péče nutné a neodkladné. Pokud poskytovatel zdravotních služeb poskytuje péči odkladnou a není

smluvním partnerem pacientovy zdravotní pojišťovny, měl by pacientovi sdělit, že si péči zaplatí ze svého, a učinit alespoň hrubý odhad ceny. Z hlediska etiky se domnívám, že by zdravotník měl též ve vhodných případech pacientovi doporučit, aby zvážil možnost léčit se v některém jiném zdravotnickém zařízení, které smlouvu s jeho pojišťovnou má, bude jí moci péči vyúčtovat a pacientova platba z vlastní kapsy bude nižší nebo nulová.

- **Spadá daný úkon (lék, pomůcka) do zákonného rozsahu plně či částečně hrazené péče?** To se může týkat zejména úkonů omezených četností (metody umělého oplodnění se hradí nanejvýš 3x za život), situací, kdy je úhrada podmíněná souhlasem revizního lékaře (některé zdravotnické pomůcky, lázně atd.), situací, kdy je úhrada podmíněna doporučením lékaře příslušné specializace (zejména některé moderní léky) či situací, kdy zákon stanoví určité časové podmínky čerpání péče (v poslední době zejména nepovinné očkování proti pneumokoku). Pokud je úhrada jen částečná, měl by pacient vědět, jaký je jeho podíl „z vlastní kapsy“.
- **Je pacient povinen platit regulační poplatek, a v jaké výši?** Vzhledem k nepřehledné legislativní situaci a rozdílným pravidlům v jednotlivých regionech je patrně vhodné, aby pracovníci poskytovatele zdravotních služeb pacientovi sdělili, zda ponese tíži poplatků sám, resp. pokud ne, jakým mechanismem se domůže jejich proplacení. Významná pro pacienta může být zejména položka hospitalizačních poplatků u chronicky nemocných.
- **Je-li na lék doplatek, počítá se do tzv. limitu na doplatky?** Jak bylo popsáno, zákon stanoví roční limit na doplatky, po jehož dosažení vrátí zdravotní pojišťovna pacientovi peníze, které vyplatil v daném roce rámec limitu. Pro pacienta, který užívá nákladné léky, je proto důležitou informací, zda se mu do limitu doplatek započte či ne. U léků, které mají levnější alternativu se stejnou účinnou látkou, může lékař ovlivnit započtení doplatku do limitu tím, že na receptu označí, že u konkrétního pacienta je nutno použít právě tento lék, nikoliv onu alternativu. Pokud tak lékař učiní, doplatek se do limitu započítá, pokud nikoliv a pacient neakceptuje levnější variantu, doplatek se do limitu počítat nebude.
- **Je daný úkon tzv. nadstandardem?** Některé nemocnice i ambulantní zařízení nabízejí pacientům za příplatek tzv. nadstandardní služby. Lékař by měl vždy pacienta pravdivě informovat, zda je daná služba přímo placená, kolik stojí a též o tom, že ji pacient nemusí chtít, pokud chce čerpat pouze úkony dle zákona hrazené zdravotní pojišťovnou. Praktiky, při kterých je pacient uváděn v omyl například v tom smyslu, že aby dostal hrazenou péči, musí si zaplatit nejruznější „vstupní“, „registrační“ či jiné poplatky, jsou zpravidla v rozporu s právem.

Pro pacienta je dobré vědět, že zdravotníci se při rozhodování o péči musejí mnohdy ohlížet na finanční limity vyplývající ze smlouvy mezi jejich nemocnicí a zdravotní pojišťovnou. Stává se, že lékař ví, jaký postup či lék by byl pro pacienta nejlepší, avšak také ví, že zdravotní pojišťovna stanovila jeho nemocnici maximální počet případů takové léčby, kterou v jednom roce proplatí. Pokud by taková vyšetření nebo léky lékař prováděl u každého nemocného, kterému by medicínsky prospěla, záhy by tento limit přečerpal, přespočetné úkony by nemocnice nedostala proplacené a lékař by se stal terčem kritiky svých nadřízených, kteří jsou odpovědní za její ekonomické řízení. Proto se pacienti mnohdy o nejvhodnějším způsobu léčby nedozvědí. Taková situace je právně nežádoucí, avšak fakticky se s ní setkáváme až nepříjemně často, zejména v posledních letech. Následkem jsou někdy zbytečná zhoršení zdraví či dokonce úmrtí, kterým by včasné a účinné léčení zabránilo.

Zdravotník se v praxi bohužel nachází mezi dvěma mlýnskými kameny: pokud v oblasti nákladné péče nabídne její poskytnutí každému potřebnému pacientovi, bude mít problém s pojišťovnou či svými nadřízenými; pokud možnost účinné péče pacientovi či potřebu jejího včasného provedení zamlčí, vystavuje se riziku žaloby, pokud tím dojde ke zdravotní újmě. V současné době tak je veden například spor o sedm milionů korun proti gynekologovi, který „z úhradových důvodů“ neprovedl včas důležité laboratorní vyšetření, které mělo ověřit podezření na rakovinné bujení. Vyšetření nakonec provedeno bylo, avšak s velkým zpožděním, během kterého onemocnění pacientky rychle pokročilo, takže bylo nutno přikročit k radikální operaci tam, kde by v případě včasné diagnózy stačila konzervativní léčba. Pacientka je oprávněně rozhořčena – zmíněné vyšetření nebylo nijak nákladné a pacientka by si ho přinejhorším i sama zaplatila, pokud by se dozvěděla, jak je potřebné pro její včasnou léčbu. Lékaři ve sporu hrozí neúspěch – pacientku byl povinen dle zákona poučit o jejím zdravotním stavu a potřebných vyšetřeních, a to bez ohledu na to, zda jsou tato vyšetření hrazena, resp. zda mu na ně zdravotní pojišťovna stanovila nějaká omezení, která v té době již přečerpal.

Plné řešení tohoto problému může přinést až nová legislativa, sepsaná s dostatečnou politickou odvahou. Současný zákon o veřejném zdravotním pojištění s trochou nadsázky předstírá, že „každý pojištěnec má právo na všechno“; aby však systém kvůli takto nerealistickému slibu nezkrachoval, objem prostředků ze zdravotního pojištění vyplácený poskytovatelem zdravotních služeb je přísně omezovaný podzákonnými předpisy.

Poskytovatelé zdravotních služeb jsou tak nabádáni provádět skrytou regulaci přístupu k péči – nevejdou-li se do limitů, ekonomicky trátí. V některých případech jsou dokonce úhradové mechanismy nastaveny tak, aby lékaře přímo zainteresovaly na snížení výdajů – z omezení rozsahu péče vyplývá pro poskytovatele zdravotních služeb ekonomická výhoda. To je případ například tzv. „regulačně-bonifikačního mechanismu“ pro úhradu léčiv, který se začal ve smlouvách mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnami objevovat po přelomu tisíciletí.

Lékaři by však nikdy neměli zapomínat, že jejich primárním právním i etickým závazkem je důvěra pacienta a povinnost činit vše pro jeho uzdravení. Vždy by jej tedy měli pravdivě informovat o povaze jeho nemoci a o všech medicínsky známých metodách jejího léčení, byť by poskytnutí takové péče v plném rozsahu nebylo pro nemocnici výhodné. Spory o to, kdo nakonec za péči zaplatí, mohou být nepříjemné, ať už půjde o spory mezi zdravotní pojišťovnou a pojištěncem nebo mezi zdravotní pojišťovnou a nemocnicí - není vyloučeno, že v některých případech bude nakonec muset zaplatit pacient, prokáže-li se, že pojišťovna podle zákona není povinna péči hradit. Pacient však vždy musí dostat šanci správně a včas řešit svůj medicínský problém. Dává-li lékař pacientovi k jeho újmě záměrně nepravdivé informace o tom, že „léčba u něj není indikována“ či „plánovaný zákrok je třeba odložit na později“ jen proto, aby si ekonomicky pomohl, jde o jednání hrubě neetické a ve všech civilizovaných zemích přísně postihované soudy i profesními samosprávami

Výjimky z povinnosti postupovat s informovaným souhlasem

Zákon o péči o zdraví lidu i Úmluva o lidských právech a biomedicíně připouští několik výjimek z obecného pravidla, že osoba, která má zákrok podstoupit, musí udělit svůj souhlas se zákrokem. První z těchto výjimek se týká osob neschopných dát souhlas z důvodu nezpůsobilosti k právním úkonům, tedy osob nezletilých a osob s duševní poruchou – zde je pochopitelné, že ani děti, ani duševně nemocní za sebe nemohou rozhodovat, tento úkol je tedy svěřen jejich rodičům či opatrovníkům. Další výjimka se vztahuje na situace, kdy souhlas nelze získat a zároveň je zapotřebí neodkladně provést zákrok nutný z hlediska zdravotního stavu pacienta – typicky případy pacientů přivezených do nemocnice v bezvědomí po autohavárii. Konečně, Úmluva připouští četné výjimky v oblasti ochrany veřejného zdraví, příkladem mohou být povinná očkování, kde se souhlas nevyžaduje ani od svéprávných osob a je nahrazen zákonnou povinností uvalenou na každého za účelem ochrany společnosti.

Právní úprava informovaného souhlasu u osob nezpůsobilých k právním úkonům je založena na čl. 6 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, kde se stanoví, že jestliže nezletilá osoba není podle zákona způsobilá k udělení souhlasu se zákrokem, nemůže být zákrok proveden bez svolení jejího zákonného zástupce (typicky rodiče), úřední osoby či jiné osoby nebo orgánu, které jsou k tomuto zmocněny zákonem. Názor nezletilé osoby bude zohledněn jako faktor, jehož závaznost narůstá úměrně s věkem a stupněm vyspělosti – konečné rozhodnutí je však v rukou rodiče či jiného zákonného zástupce. Pokud jde o osoby s duševní poruchou, je to obdobné - Úmluva stanoví, že pokud podle platného práva dospělá osoba není schopna dát souhlas se zákrokem z důvodu duševního postižení, nemoci nebo z podobných důvodů, lze zákrok provést pouze se souhlasem jejího zákonného zástupce nebo příslušného orgánu nebo osoby či instituce pověřených ze zákona. Dle možnosti se dotčená osoba zúčastní udělení zástupného souhlasu. Poučení, které by jinak dostal sám pacient, v těchto případech obdrží zákonný zástupce, a to za stejných podmínek, za kterých by byl poučen zastoupený, kdyby byl způsobilý k právním úkonům. Zástupný souhlas lze kdykoliv odvolat, je-li to v nejlepším zájmu dotčené osoby.

Nezletilí pacienti

Ohledně nezletilých stanoví Občanský zákoník, že způsobilost fyzické osoby vlastními právními úkony nabývat práv a brát na sebe povinnosti vzniká v plném rozsahu zletilostí. Zletilosti se nabývá dovršením osmnáctého roku. Před dosažením tohoto věku se zletilosti nabývá jen uzavřením manželství, takto nabytá zletilost se neztrácí ani zánikem manželství ani prohlášením manželství za neplatné. Nezletilí mají způsobilost jen k takovým právním úkonům, které jsou svou povahou přiměřené rozumové a volní vyspělosti odpovídající jejich věku. V praxi někdy vznikají pochybnosti, zda konkrétní nezletilý pacient je schopen posoudit rizika a důsledky navrhovaného zákroku sám, tedy zda toto posouzení odpovídá rozumové a volní vyspělosti dítěte jeho věku, či zda je třeba souhlasu rodiče – příkladem může být dítě na letním táboře, které se zraní, potřebuje drobný operační zákrok k ošetření zlomeniny a rodiče nejsou přítomni, aby rozhodli. Obecně lze doporučit, aby se zdravotník v takových situacích vždy pokusil rodiče kontaktovat, alespoň telefonicky. Praktické může být, pokud rodiče před odjezdem dítěte pověří plnou mocí jinou dospělou osobu, například vedoucího, aby za ně jejich pravomoc v určité míře vykonával. Etickým problémem může být situace, kdy nezletilý výslovně nesouhlasí s tím, aby za něj rozhodoval rodič, či aby byl rodič vůbec informován. Typicky tato situace nastává v případě mladistvých dívek, které požadují předepsání

antikoncepce. Zde by měl zdravotník zvážit, zda dívka daného věku je schopna posoudit rizika a důsledky užívání antikoncepčních prostředků a zda je tedy dostatečně rozumově a volně vyspělá, aby takové rozhodnutí učinila platně sama. Pokud ano, souhlas rodiče není třeba, pokud ne, k předepsání nedojde buďto vůbec, nebo až po získání souhlasu rodiče.

Zákonný zástupce je povinen postupovat vždy v nejlepším zájmu zastoupeného. Toto pravidlo je třeba brát v potaz zejména v případech, kdy hrozí nebezpečí z prodlení. Zákon 20/1966 Sb. pro tyto případy stanoví, že je-li neodkladné provedení vyšetřovacího nebo léčebného výkonu nezbytné k záchraně života nebo zdraví dítěte anebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům a odpírají-li rodiče nebo opatrovník souhlas, je ošetřující lékař oprávněn rozhodnout o provedení výkonu. Rozhodovací pravomoc rodiče, který odmítá neodkladnou, naléhavě potřebnou péči pro své dítě, se tedy neuplatní.

Ústavní soud se touto problematikou zabýval v nedávném rozhodnutí III. ÚS 459/03. Skutkový stav byl takový, že rodiče, Svědkové Jehovovi, odmítli, aby byla u jejich dítěte provedena potřebná operace, v souvislosti se kterou by byla dána též krevní transfúze. Nemocniční lékaři, kteří si byli vědomi ohrožení zdraví dítěte a potřeby operace, se obrátili na soud, aby rozhodnutí rodičů posoudil z hlediska prospěchu dítěte a případně jejich rozhodnutí zvrátil. Předběžným opatřením obecného soudu bylo rozhodnutí o dítěti svěřeno do péče lékařů, operace byla později provedena, což rodiče vnímali jako nepřipustný zásah do rodičovských práv a náboženské svobody. S jejich ústavní stížností se nicméně Ústavní soud neztotožnil a ve svém rozhodnutí uvedl, že ochrana zdraví a života dítěte, je zcela relevantním a více než dostatečným důvodem pro zásah do rodičovských práv a omezení náboženské svobody, kdy jde o hodnotu, jejíž ochrana je v systému základních práv a svobod jednoznačně prioritní. Odmítají-li rodiče léčbu nezletilého dítěte, jež je v bezprostředním ohrožení života, nepředstavuje vydání předběžného opatření, kterým se dítě svěří do péče příslušného léčebného zařízení, porušení jejich práv zakotvených v Listině základních práv a svobod. Vzhledem k nutnosti okamžitého zásahu není zpravidla možno v řízení o vydání takového předběžného opatření řešit případný spor rodičů s léčebným zařízením o vhodnosti té které léčby. Týká-li se věc dítěte ve věku okolo šesti let, není porušením čl. 12 odst. 1 Úmluvy o právech dítěte, pokud toto dítě nebylo v daném řízení soudem vyslechnuto. Výslech rodičů musí soud provést pouze v případě, že by to pro rozhodnutí bylo nezbytné a z hlediska zákonné lhůty pro vydání rozhodnutí možné.

Pacienti s duševní poruchou či přechodným omezením

Pokud jde osoby s duševní poruchou, zákon stanoví, že jestliže fyzická osoba pro duševní poruchu, která není jen přechodná, není vůbec schopna činit právní úkony, soud ji způsobilosti k právním úkonům zbaví. Jestliže fyzická osoba pro duševní poruchu, která není jen přechodná, anebo pro nadměrné požívání alkoholických nápojů nebo omamných prostředků či jedů je schopna činit jen některé právní úkony, soud její způsobilost k právním úkonům omezí a rozsah omezení v rozhodnutí určí. Soud zbavení nebo omezení způsobilosti změni nebo zruší, změni-li se nebo odpadnou-li důvody, které k nim vedly.

Občanský zákoník stanoví, že právní úkon osoby, jednající v duševní poruše, která ji činí k tomuto právnímu úkonu neschopnou, je neplatný. V úvahu tedy přicházejí i případy „přechodné“ duševní poruchy či intoxikace; souhlas se zákrokem daný osobou jednající v takové duševní poruše by nebyl platný. To může v praxi způsobovat komplikace zejména při péči o pacienty s progresivní demencí, o staré špatně se orientující pacienty, ale též osoby pod vlivem alkoholu, léků či drog. Zdravotník vždy musí posoudit, zda osoba, která souhlas uděluje či odmítá, je schopná posoudit veškerá rizika a dopady svého rozhodnutí a zda její volní schopnosti nejsou negativně ovlivněny. Výsledek svého uvážení musí zdravotník zaznamenat do zdravotnické dokumentace. Pokud shledá, že osoba je schopná právně relevantně jednat, měl by respektovat její vůli; v opačném případě bude postupovat podle některé z výjimek z pravidla postupu se souhlasem, typicky podle zákonného ustanovení pro stavy nouze vyžadující neodkladné řešení, kdy není možno souhlas získat – tak například dle dosavadního § 23 odst. 4 zákona o péči o zdraví lidu platilo, že pacient pod vlivem duševní poruchy nebo intoxikace, který ohrožuje sebe nebo své okolí, může být i nuceně hospitalizován. Tato pravidla jsou zachována i v novém zákoně 378/2011 Sb. o zdravotních službách.

Zdravotník by neměl činit závěry o způsobilosti pacienta bez náležitého, objektivního zhodnocení jeho zdravotního stavu. Diagnóza, včetně diagnózy duševní poruchy, je zpravidla vždy do jisté míry domněnkou, medicínskou hypotézou. Její nesprávnost nemusí nutně znamenat protiprávní jednání. Zdravotník je však povinen při jejím stanovení postupovat lege artis, tedy řádně využít diagnostické metody dostupné vzhledem k okolnostem a pečlivě posoudit jejich výsledky. Diagnózy stanovené „od boku“ či dokonce diagnózy stanovené účelově, například na žádost rodiny, mohou být závažným protiprávním jednáním.

Ústavní soud podrobil přezkumu diagnostickou svobodu zdravotníka ve věci duševní poruchy, resp. právo lékaře posoudit podle tehdejšího § 23 odst. 4 zákona 20/1966 Sb., že pacient ohrožuje sebe nebo své okolí a nařídí nucenou hospitalizaci, v zajímavém nedávném rozhodnutí (IV. ÚS 639/2000). V rámci tohoto rozhodnutí vyjádřil stanovisko, že z ústavního principu nedotknutelnosti integrity osobnosti vyplývá zásada svobodného rozhodování v otázkách péče o vlastní zdraví; proto při aplikaci ustanovení umožňujících ve vyjmenovaných případech, určité medicínské výkony či vyšetření provést i bez výslovného souhlasu občana (pacienta), je nutné šetřit podstatu této svobody a postupovat s maximální zdrženlivostí. Diagnóza není více než právo.

Listina základních práv a svobod v čl. 8 stanoví, že každé opatření, kterým se osoba přebírá bez souhlasu do péče v ústavním zařízení, musí být do 24 hodin oznámeno soudu, který o tomto umístění rozhodne do 7 dnů. Převzetí se soudu neoznamuje, jestliže nemocný dodatečně ve lhůtě 24 hodin projevil souhlas s ústavní péčí. Ve lhůtě 24 hodin se však oznamují situace, kdy je pacient ve zdravotnickém zařízení původně se svým souhlasem, v průběhu léčby je však bez svého souhlasu omezen ve volném pohybu nebo v kontaktu s vnějším světem.

Rozhodování o převzetí do péče je upraveno v § 191a a násl. Občanského soudního řádu. Soud ustanoví osobě převzaté do péče opatrovníka, nemá-li tato osoba jiného zástupce. Soud provede důkazy potřebné pro posouzení, zda k převzetí došlo ze zákonných důvodů, vyslechne nemocného a ošetřujícího lékaře. Do sedmi dnů ode dne, kdy došlo k omezení svobody, o tom soud rozhodne usnesením. Toto usnesení se doručí umístěnému (pacientovi), ledaže podle vyjádření ošetřujícího lékaře není schopen chápat obsah takového rozhodnutí, dále jeho zástupci (opatrovníku) a ústavu. Odvolání proti tomuto usnesení nemá odkladný účinek. Odvolat se může i ústav, bylo-li vysloveno, že převzetí se nestalo v souladu se zákonnými důvody. Ústav může umístěného propustit, i když soud vyslovil, že k převzetí došlo v souladu se zákonnými důvody.

Jestliže soud vyslovil, že převzetí bylo v souladu se zákonnými důvody a umístěný je omezen nebo vyloučen ze styku s vnějším světem, pokračuje soud v řízení o vyslovení přípustnosti jeho dalšího držení v ústavu. Ke zjištění zdravotního stavu umístěného soud ustanoví znalce. Úkolem znalce je vyjádření o tom, zda další držení umístěného v ústavu při omezení nebo vyloučení styku s vnějším světem je či není nutné. Znalcem nemůže být ustanoven lékař,

který pracuje v ústavu, v němž je umístěný držen. Soud nařídí jednání, k němuž přizve umístěného (pokud podle vyjádření ošetřujícího lékaře nebo písemného znaleckého posudku je umístěný schopen vnímat průběh a význam jednání) a jeho zástupce (opatrovníka). Při jednání vyslechne znalce, podle okolností ošetřujícího lékaře, umístěného a provede popřípadě další vhodné důkazy. V rozsudku, který musí být vyhlášen do tří měsíců od výroku o přípustnosti převzetí do ústavu, rozhodne soud, zda další držení je přípustné a na jakou dobu. Účinnost tohoto rozsudku zanikne uplynutím doby jednoho roku ode dne jeho vyhlášení, nebyla-li v něm určena lhůta kratší. Má-li být držení v ústavu prodlouženo nad tuto dobu, je nutno provést nové vyšetření a soud musí o povolení dalšího držení znovu rozhodnout. Rozsudek nebrání tomu, aby ústav propustil osobu drženou v ústavu před uplynutím doby uvedené v rozsudku, ani tomu, aby opatrovnícký soud učinil jiné opatření.

Osoba držená v ústavu, je-li způsobilá k právním úkonům, její zástupce (opatrovník) a osoby jí blízké mohou ještě před uplynutím doby, do které je držení přípustné, žádat o nové vyšetření a rozhodnutí o propuštění, je-li odůvodněna domněnka, že další držení v ústavu není důvodné. Zamítne-li soud návrh na propuštění, může rozhodnout, že nebude konat další vyšetřování před uplynutím doby, po kterou bylo držení v ústavu povoleno. Náklady řízení platí stát. Neplatí však náklady právního zastoupení, s výjimkou situace, vyžaduje-li to ochrana zájmů účastníka.

Informovaný souhlas a stavy nouze

Významnou výjimkou z povinnosti získat informovaný souhlas je čl. 8 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, kde se stanoví, že pokud v situacích nouze nelze získat příslušný souhlas, jakýkoliv nutný medicínský zákrok lze provést okamžitě, pokud je nezbytný pro prospěch zdraví dotyčné osoby. Tato výjimka se uplatní, jsou-li současně splněny všechny následující podmínky:

- Nelze získat příslušný souhlas (například pacient po autonehodě je v bezvědomí přivezen do nemocnice)
- Existuje stav nouze - přímo hrozící, závažná újma na zdraví (například krvácení do mozku)
- Zákrok směřuje k přímému prospěchu zdraví pacienta, je nezbytný a nesnese odkladu (bez provedení zákroku by bylo vážně ohroženo zdraví nebo život pacienta)
- Zákrok nelze odložit do doby, kdy bude možno získat souhlas (například než se pacient probere z bezvědomí)

Předem vyslovená přání

Za určitou výjimku z této výjimky je možno považovat ustanovení čl. 9 Úmluvy, které zní: „Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání.“

Podle tohoto ustanovení tedy právně způsobilý pacient, který předvídá, že by se mohl v budoucnu dostat do situace, kdy nebude způsobilý se rozhodovat, může stanovit, že pro takový případ schvaluje či zakazuje konkrétní zákrok, druh zákroků, případně že odmítá veškerou péči. Pacient též může vymezit okolnosti, za kterých se předem vyslovené přání uplatní. Učebnicovým příkladem předem vyslovených přání jsou podepsané a obvykle notářsky ověřené kartičky se zákazem transfúze krve, které u sebe stále nosí Svědkové Jehovovi pro případ například autohavárie následované bezvědomím a potřebou operace. V zahraničí se lze též často setkat s předem vyslovenými přáními pacientů s progresivní demencí, kterými tito pacienti ve chvíli, kdy je ještě choroba nepřipravila o schopnost právně jednat, dávají najevo své léčebné preference pro dobu, kdy způsobilost definitivně pozbudou.

V zahraničí již takto předem vyslovená přání nabyla určitých konkrétních forem a nejsou běžně zpochybňována – např. německé „*Patientenverfügung*“ nebo anglosaské „*Living Will*“, či „*Durable Power of Attorney*“. Přesto nebývají v českém prostředí takováto předem vyslovená přání mnohdy přijímána. Zdravotníci se mnohdy obávají trestního stíhání za neposkytnutí pomoci, pokud by přání respektovali a nechali pacienta zemřít, a z hlediska etiky připodobňují takový přístup k pasivní euthanasii. Již dlouho se očekává jednoznačný právní předpis, který by v této oblasti učinil jasno.

Poučení o zákroku: právo, nikoliv povinnost pacienta

Poučení o zákroku je právem pacienta, nikoliv jeho povinností. Při debatách s členy patientských sdružení trpícími chronickými nemocemi je často slyšet stížnosti, že jim lékaři při každé návštěvě dokolečka opakují ty samé informace a nutí je podepisovat ty samé formuláře, ač už pacienti vše potřebné vědí a tento přístup je obtěžuje. Jiní pacienti se zase cítí nejistě, pokud jim lékař říká složité medicínské informace a ptá se jich na souhlas – zejména u starších pacientů zvyklých na paternalistický přístup to budí podvědomou nedůvěrou, domnívají se, že lékař by měl sám vědět nejlépe co je správně a ne to řešit s pacientem. Je možno i za současného právního stavu těmto pacientům vyhovět, nevyžádaných informací a

tíže rozhodování je zbavit? Možné to je, pacient však musí dát toto svoje přání jednoznačně a prokazatelně najevo.

Pacient může svým právem na poučení disponovat, může se jej tedy zcela vzdát, nebo může k přijetí poučení pověřit jiného, například blízkou osobu. Tato osoba bude pak s lékařem komunikovat a v rámci pacientovy plné moci za něj činit rozhodnutí. Ve zdravotnických předpisech sice tato praxe není jednoznačně zakotvena, avšak v úvodní části občanského zákoníku je možno nalézt pravidla pro jednání na základě plné moci; tato pravidla platí obecně, není tedy důvod se domnívat, že ve zdravotnictví by byla jejich platnost vyloučena. Může-li si občan určit plnomocníka, aby jej zastupoval a za něj dle předem daných pokynů rozhodoval, v řízení před soudem, při jednání v bance, na policii či daňovém úřadě, není důvod brát mu právo tak učinit i v nemocnici při komunikaci s lékaři. V každém případě by tak měl pacient učinit písemnou formou, záznam o takové plné moci je třeba založit do zdravotnické dokumentace. Sdělovat jakékoliv informace bez výslovného pověření pacienta třetím osobám, byť nejbližším členům rodiny, je totiž zdravotníkům jinak zakázáno, právo by to hodnotilo jako porušení povinné mlčenlivosti.

Z uvedeného pravidla o možnosti odmítnout poučení o svém zdravotním stavu však existuje výjimka v situacích, kdy je pacienta nutné informovat nejen v jeho zájmu, ale i v zájmu ochrany zdraví jiných; typickým příkladem je poučení pacienta s nakažlivou chorobou o povinnostech, které musí dodržovat v zájmu zabránění jejího šíření.

PRÁVO NA INFORMACE O ZDRAVOTNÍM STAVU A PŘÍSTUP DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

Dalším z důležitých okruhů práv a povinností ve zdravotnictví je oblast práva na soukromí, problematika nakládání s citlivými informacemi o zdravotním stavu, vedení zdravotnické dokumentace a přístup k ní. Mnozí pacienti trpí problémy, které považují za velmi osobní a do jejich rodinného či pracovního života by mohlo vážně zasáhnout, pokud by se informace o těchto problémech dostaly na veřejnost. Vztah důvěry mezi lékařem a pacientem vyžaduje, aby to, co pacient lékaři sdělí, zůstalo v maximální míře jen mezi těmito dvěma osobami.

Zdravotnická dokumentace je nástrojem, sloužícím k uchovávání důležitých informací o nemocech, návycích a zlovycích pacienta, postupu léčby chorob, užívaných lécích, pobytech v nemocnici a o dalších medicínských i osobních skutečnostech. Zdravotnická dokumentace slouží především k zajištění návaznosti péče o pacienta, umožňuje jednotlivým zdravotníkům, kteří v průběhu života o pacienta pečují, seznámit se s výsledky a postupy svých kolegů, byť je v mnoha případech nemusejí nikdy potkat či osobně znát. Pečlivě vedená zdravotnická dokumentace tak může pacientovi prospět, neboť se znalostí předchozího vývoje je pro lékaře snazší určit správnou diagnózu, nedochází k opakování vyšetření, lékaři se vyvarují metod, postupů a léků, které u pacienta již dříve nefungovaly či mu dokonce škodily. Zdravotnická dokumentace je však také klíčovým důkazem v medicínskoprávních sporech. Svědecké výpovědi, zejména pokud jsou podávány k odborným záležitostem a s odstupem delšího času, jsou zpravidla nedostatečně průkazné; soud a soudem jmenovaný znalec proto zpravidla při přezkumu správnosti postupu lékaře podrobně zkoumají zdravotnickou dokumentaci, ze které mohou často velmi spolehlivě dovodit, zda se lékař dopustil chyby a pokud ano, tak kdy a jakým způsobem.

Zdravotnická dokumentace v právních předpisech

Tato významná práva jsou upravena četnými právními předpisy, zejména Listinou základních práv a svobod a Úmluvou o lidských právech a biomedicíně, dále pak zákonem 378/2011 Sb. o zdravotních službách a zákonem 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.

Podle zákona 378/2011 Sb. o zdravotních službách lidu jsou poskytovatelé zdravotních služeb povinni vést zdravotnickou dokumentaci. Zdravotnickou dokumentaci vede nejen registrující praktický lékař, ale též všichni poskytovatelé zdravotních služeb, kteří se na péči o pacienta podílejí, a to v rozsahu, který odpovídá jejich podílu na péči. Zdravotnická dokumentace obsahuje osobní údaje pacienta v rozsahu nezbytném pro identifikaci pacienta a zjištění anamnézy, informace o onemocnění pacienta, o průběhu a výsledku vyšetření a léčení, a informace o dalších významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta a s postupem při poskytování zdravotní péče. Do zdravotnické dokumentace patří veškeré informace o léčbě pacienta, tak jak je zákon vymezuje.

Poskytovatelé zdravotních služeb jsou povinni tyto informace zaznamenat, bez ohledu na to, zda se to pacientovi líbí či nikoliv. Pokud je například pacient opakovaně přivezen do nemocnice ve stavu těžké podnapilosti, laboratorní vyšetření prokáže vždy několik promile alkoholu v krvi a lékař z toho učiní závěr zaznamenaný do dokumentace, že pacient trpí alkoholismem, není pacient oprávněn domáhat se výmazu těchto informací či dokonce žalovat lékaře pro pomluvu. Zaznamenané informace jsou pravdivé, ověřené, diagnostický závěr je tedy důvodný a zapsat jej lékaři prikazuje zákon. Zdravotník by si však vždy měl uvědomit, že zdravotnickou dokumentaci nepíše jen pro svou potřebu, ale budou do ní moci nahlížet četné další osoby (další zdravotníci v rámci navazující péče, soudní znalci, revizní lékaři zdravotní pojišťovny, soudní znalci a další osoby, které vyjmenovává zákon). Měl by proto informace zaznamenávat objektivně a v plném rozsahu, ale bez zbytečných emocí. V dobách, kdy se dokumentace vedla v papírové podobě a pacient neměl právo do ní bez dalšího nahlížet, bylo zvykem zdravotníků (lékařů i sester) poznamenávat do zdravotnické dokumentace nejrůznější subjektivní poznámky o charakteru či inteligenci pacienta, bez souvislosti s poskytovanou péčí. V praxi se tak šlo setkat v jazyce českém i latinském se širokou škálou osobních poznámek, počínaje různými interními zkratkami, přes kritické hodnocení návyků či charakteru (simulant, kverulant) až po poznámky vztahující se k rase či sexuálnímu životu pacienta či jeho rodiny. Takové poznámky jsou sice zábavné pro nezúčastněného čtenáře, avšak pacienta zbytečně poškozují v očích dalších osob, které dokumentaci čtou. Mohou dokonce nepříznivě ovlivnit přístup dalších zdravotníků, kteří v budoucnu pacienta převezmou do péče – pokud si zdravotník přečetl, že příchozí pacient je simulant, může mít tendenci brát pacientovy stesky na lehkou váhu, a to i kdyby byly tentokrát důvodné. Subjektivně zabarvené záznamy bez objektivního podkladu tedy do zdravotnické dokumentace zásadně nepatří a pacient se může domáhat jejich odstranění.

Záznamy o souhlasech, odmítnutí péče a dalších rozhodnutích pacienta

Do zdravotnické dokumentace je třeba zaznamenat nejen skutečnosti medicínského rázu, ale i různá nemedicínská rozhodnutí pacienta – záznamy o poučení pacienta o jeho zdravotním stavu, poučení pacienta o rizicích, důsledcích a alternativách plánovaných zákroků a souhlasy pacienta nebo jeho zákonného zástupce se zákroky či naopak tzv. negativní reversy neboli informovaná odmítnutí potřebné péče, a dále pak souhlasy s hospitalizací, zpravidla zahrnující pokyny, jak a komu smí poskytovatel zdravotních služeb poskytovat informace o jeho zdravotním stavu.

Zákon a vyhláška Ministerstva zdravotnictví o zdravotnické dokumentaci popisuje obsahové náležitosti, které jsou zdravotníci povinni zaznamenávat do zdravotnické dokumentace, kterou vedou. Zde je též upraveno, jaké náležitosti musí mít záznam o poučení pacienta. Písemný souhlas tedy obsahuje:

- údaje o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích zdravotního výkonu,
- poučení o tom, zda plánovaný zdravotní výkon má nějakou alternativu a pacient má možnost zvolit si jednu z alternativ, pokud zvláštní právní předpisy toto právo nevylučují,
- údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti,
- údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů,
- zápis vyjádření pacienta, že tyto údaje a poučení podle bodů byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, že jim porozuměl a že měl možnost klást doplňující otázky, které mu byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny,
- datum a podpis pacienta a zdravotnického pracovníka, který pacientovi údaje a poučení poskytl; nemůže-li se pacient podepsat, opatří se záznam jménem, popřípadě jmény, příjmením a podpisem svědka, který byl přítomen projevu souhlasu, a uvedou se důvody, pro něž se pacient nemohl podepsat, a dále se uvede, jakým způsobem pacient svou vůli projevil.

Jde-li o nezletilého pacienta, pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům, musí z písemného souhlasu vyplývat, že příslušné údaje byly poskytnuty pacientovu zákonnému zástupci a v přiměřeném rozsahu a formě též pacientovi; zákonný zástupce v takovém případě podepíše písemný souhlas. Odmítá-li zákonný zástupce písemný souhlas podepsat, opatří se jménem, popřípadě jmény, příjmením a podpisem svědka, který byl přítomen odmítnutí, a uvedou se důvody, pro něž se zákonný zástupce nepodepsal.

Pokud pacient odmítá provedení zákroku, musí být o takové skutečnosti zaznamenán tzv. negativní revers, tedy právní úkon, kterým právně způsobilý pacient prohlašuje, že přes poučení o prospěšnosti zákroku jej nechce podstoupit. Náležitosti negativního reversu upravuje zákon a vyhláška o zdravotnické dokumentaci. Takové prohlášení musí obsahovat:

- údaj o zdravotním stavu pacienta a potřebném zdravotním výkonu,
- údaj o možných následcích odmítnutí potřebného zdravotního výkonu pro zdraví pacienta,
- záznam vyjádření pacienta, že údaje podle předchozích bodů mu byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, že jim porozuměl a že měl možnost klást doplňující otázky, které mu byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny,
- písemné prohlášení pacienta, popřípadě záznam o tomto prohlášení, že i přes poskytnuté vysvětlení potřebný zdravotní výkon odmítá,
- místo, datum, hodina a podpis pacienta,
- podpis zdravotnického pracovníka, který pacientovi informace poskytl,
- nemůže-li se pacient s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat nebo odmítá-li záznam o prohlášení podepsat, opatří se záznam jménem, popřípadě jmény, příjmením a podpisem svědka, který byl projevu odmítnutí přítomen, a uvedou se důvody, pro něž se pacient nepodepsal, a dále se uvede, jakým způsobem projevil svou vůli.

Jde-li o nezletilého pacienta, pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům, musí z prohlášení o odmítnutí zdravotního výkonu vyplývat, že příslušné informace byly poskytnuty pacientovu zákonnému zástupci a v přiměřeném rozsahu a formě též pacientovi; zákonný zástupce v takovém případě podepíše prohlášení, popřípadě záznam o odmítnutí zdravotního výkonu. Odmítá-li zákonný zástupce prohlášení, popřípadě záznam podepsat, opatří se jménem, popřípadě jmény, příjmením a podpisem svědka, který byl přítomen odmítnutí, a uvedou se důvody, pro něž se zákonný zástupce nepodepsal.

Povinná mlčenlivost a výjimky z ní

Právní i etické předpisy zakotvují důležitou povinnost každého zdravotníka zachovat mlčenlivost o všem, co se dozvěděl v rámci poskytování zdravotní péče. Pro nahlížení do zdravotnické dokumentace, která všechny tyto citlivé informace obsahuje, platí proto přísná pravidla. Zásadně platí, že do dokumentace má přístup pouze ten, koho k tomu zákon výslovně zmocňuje, nebo ten, komu pacient přístup výslovně povolil.

Zákon 378/2011 Sb. o zdravotních službách stanoví, kteří pracovníci ve zdravotnictví mohou do dokumentací přistupovat i bez souhlasu pacienta. Jde především o další zdravotníky poskytující navazující péči, dále pak jsou v zákoně jmenováni soudní znalci, revizní lékaři zdravotních pojišťoven, pracovníci orgánů ochrany veřejného zdraví a další. Toto zákonné oprávnění je vždy omezené, vyjmenované osoby mohou do dokumentace konkrétního pacienta nahlížet jen v rozsahu nezbytně nutném pro splnění konkrétního úkolu v rozsahu své kompetence.

Zákon dále výslovně vyjmenovává případy, kdy je lékař i bez souhlasu pacienta povinen porušit svou mlčenlivost, a to v zájmu ochrany některého významného celospolečenského zájmu – jde zejména o postih závažné kriminality, ochranu nezletilých, ochranu veřejného pořádku a veřejného zdraví. Mezi nejvýznamnější výjimky z povinné mlčenlivosti zdravotníka tak patří povinnost oznámit či překazít trestný čin, zakotvená v § 367 a 368 nového Trestního zákona. Tato ustanovení obsahují výčet trestných činů tak závažných, že je zapotřebí pro jejich předcházení či potrestání porušit i povinnost mlčenlivosti zdravotníka – to však neplatí pro ostatní trestné činy zde nevyjmenované, zde má mlčenlivost přednost. V kontextu poskytování zdravotní péče jsou nejdůležitějšími „oznamovacími“ a „překažovacími“ trestnými činy zejména trestné činy vraždy, týrání svěřené osoby a obecného ohrožení. Zdravotník má dále oznamovací povinnost podle zákona o sociálně-právní ochraně dětí, pokud v dané situaci existuje podezření z týrání dítěte či zanedbání povinné péče (§10 odst. 4 zákona 359/1999 Sb.) Konečně, důležitou výjimkou z mlčenlivosti je poskytování informací orgánům činným v trestním řízení, zde je však nutný souhlas soudce dle § 8 odst. 5) Trestního řádu.

Přístup pacienta a příbuzných do zdravotnické dokumentace

Úmluva o biomedicině stanoví ve svém čl. 10, že každý má právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o svém zdraví, a současně říká, že každý je oprávněn znát veškeré informace shromažďované o svém zdravotním stavu, přičemž je třeba respektovat přání každého nebýt takto informován. Již novely zákonů z roku 2007 potvrdily existenci nároku pacienta na přímý přístup ke zdravotnické dokumentaci, pořizování jejích opisů, výpisů a kopií. Zakotvila též právo blízkých osob nahlížet do zdravotnické dokumentace zemřelého, pokud to dotyčný za života výslovně nezakázal. Tyto dvě novinky značně zlepšily postavení pacienta z hlediska přístupu k informacím, a tedy posílily jeho rozhodovací svobodu. Mírně též „pročistily“ oblast soudních sporů vedených proti zdravotníkům, protože díky možnosti vyžádat si předem informace o průběhu léčby a nechat je přezkoumat nezávislým znalcem ubylo trestních oznámení a žalob podávaných následkem neznalosti či nedorozumění.

Současné znění zákona stanoví, že pacient má právo na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci vedené o jeho osobě nebo v jiných zápisech vztahujících se k jeho zdravotnímu stavu, v přítomnosti zdravotnického pracovníka nahlížet do těchto dokumentů a na pořízení výpisů, opisů nebo kopií těchto dokumentů. Pacient nemusí tato práva vykonávat sám, ale může jejich výkonem pověřit jinou osobu, například blízkého příbuzného, přítele či právního zástupce. To je praktické zejména je-li pacient těžce nemocen a sám průběh péče kontrolovat nemůže. Zákon za tímto účelem dává pacientovi právo určit osobu, která může být informována o jeho zdravotním stavu, ale též vyslovit zákaz podávání těchto informací jakékoliv osobě, a to při přijetí k poskytování zdravotní péče nebo kdykoliv po přijetí do nemocnice. Zákon pamatuje i na situace, kdy je pacient přijat do nemocnice v bezvědomí či v jiném stavu, který omezuje jeho možnosti právně jednat, ale příbuzní a blízcí chtějí vědět, jaká je jeho bezprostřední prognóza. Aby zákon umožnil zdravotníkům alespoň základní informace rodině sdělit i v takových případech, stanoví, že jde-li o pacienta, který nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav určit osoby, které mohou být o jeho zdravotním stavu informovány, mají právo na aktuální informace o jeho zdravotním stavu osoby blízké. § 116 Občanského zákoníku říká, že osobou blízkou je příbuzný v řadě přímé, sourozenec a manžel, partner; jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se pokládají za osoby sobě navzájem blízké, jestliže by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pociťovala jako újmu vlastní.

Právníci v praxi obvykle nedoporučují podávat informace o pacientech prostřednictvím telefonu, neboť zde typicky není možné ověřit totožnost volající osoby a hrozí riziko podvodů. Z hlediska lékařské etiky může být určitou výjimkou situace, kdy dojde k nehodě, pacient leží ve vzdálené nemocnici a příbuzný pacienta telefonuje, aby se dozvěděl, zda pacient bojuje se smrtí či zda má banální zlomeninu – zde se někdy doporučuje zdravotníkům právně zariskovat a alespoň základní informace sdělit, i když identifikace volajícího není možná.

Přístup pozůstalých do zdravotnické dokumentace zemřelého

Problematickým momentem bylo až do schválení novely z května 2007 zpřístupňování informací o zemřelém pacientovi pozůstalým. Patrně nejznámějším případem byl spor o poskytnutí zdravotnické dokumentace vdově po hokejovém trenérovi Ivanu Hlinkovi, která se domáhala přezkumu zdravotní péče o svého manžela v posledních hodinách jeho života. Tento spor rozpoutal širokou debatu o tomto tématu a byl významným impulsem k vypracování novely zákona, která již na poskytování dokumentace pozůstalým pamatuje.

Pozůstalí mohou mít zájem na přístupu ke zdravotnické dokumentaci, například pokud se domnívají, že při péči o zemřelého došlo k pochybení zdravotníků nebo v zájmu zjištění možných dědičných vad. Osoby blízké zemřelému pacientu mají právo na informace o zdravotním stavu pacienta, který zemřel, na informace o příčinách úmrtí a výsledku pitvy, byla-li provedena, v přítomnosti zdravotnického pracovníka nahlížet do zdravotnické dokumentace nebo do jiných zápisů vztahujících se ke zdravotnímu stavu pacienta, na pořízení výpisů, opisů nebo kopií těchto zdravotnické dokumentace. Tato práva mají blízké osoby v případě, že zemřelý pacient neurčil za svého života jinak. Zdravotnický pracovník má právo v případě pochybností o totožnosti osoby, popřípadě jejího vztahu k pacientovi, které náleží uvedená práva, požadovat, aby tato osoba prokázala svou totožnost. V praxi tedy žadatel předloží například svůj občanský průkaz a kopii rodného listu, má-li prokázat, že je synem zemřelého.

Lhůta pro poskytnutí kopií dokumentace a úhrada nákladů

Zažádá-li pacient, či pozůstalý po smrti pacienta o pořízení výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů vztahujících se k zdravotnímu stavu pacienta, existuje ze zákona lhůta 30 dnů, ve které by měl poskytovatel zdravotních služeb zdravotnickou dokumentaci obstarat. Poskytovatel zdravotních služeb může za pořízení výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů požadovat úhradu ve výši, která nesmí přesáhnout náklady spojené s jejich pořízením; to neplatí, je-li pořízení výpisů, opisů nebo kopií hrazeno z veřejného zdravotního pojištění nebo na základě zvláštního právního předpisu upravujícího ceny. V praxi se lze obvykle s požadovanou úhradou ve výši několika korun za stránku, získání kompletních kopií tak vyjde dle rozsahu dokumentace řádově na stovky korun.

Elektronické zdravotní záznamy

V současnosti se ve zdravotnictví stále častěji setkáváme s vedením zdravotnické dokumentace v elektronické podobě. Tyto nové technologie umožňují lepší správu informací o pacientovi, jejich rychlejší sdílení mezi zdravotníky a tedy i větší bezpečí pacienta. To platí zejména pro nástroje umožňující sdílení dat mezi více poskytovateli zdravotních služeb, tzv. elektronické zdravotní knížky.

Myšlenka zdravotní knížky není nová. Při poskytování zdravotní péče je zapotřebí, aby lékař znal nejen okamžitý zdravotní stav pacienta, ale též aby věděl něco více o jeho minulých chorobách, operacích, alergiích či lécích, které pacient užívá. V historických dobách medicíny bylo obvyklé, že pacient měl pouze jednoho lékaře, který obvykle pečoval též o celou jeho rodinu. Takový lékař znal zpravidla veškeré zdravotní problémy pacienta již od dětství, měl přehled o jeho životním stylu, většinu zákroků a léků pacientovi poskytoval sám. S rozvojem medicíny se stalo častějším, že se o pacienta nestaral pouze jeden lékař, ale celý tým zdravotníků. V souvislosti s tím vzrostla důležitost správně vedené zdravotnické dokumentace, která umožňovala i těm členům týmu, kteří s pacientem nebyli pravidelně v osobním styku, získat dostatek informací potřebných ke správnému léčení pacienta a k tomu, aby se vyvarovali omylů. V současnosti potřeba snadného sdílení informací mezi lékaři ještě vzrostla. Díky zvýšené mobilitě obyvatelstva, větší dělbě práce mezi jednotlivými

medicínskými specializacemi a v neposlední řadě též díky zákonem zaručenému právu na volbu lékaře a poskytovatele zdravotních služeb je běžné, že pacient navštěvuje několik lékařů, kteří o sobě navzájem nemusí ani vědět; někteří z těchto lékařů přitom mohou přijít s pacientem do styku pouze jednou v životě. Stále však platí, že má-li být péče poskytnuta co možná kvalitně a bez rizika omylu, musí lékař o svém pacientovi vědět co nejvíc – musí tedy mít přehled též o péči, kterou pacientovi poskytli jiní lékaři. Má-li určit správně diagnózu, potřebuje znát historii pacientových potíží, porovnat výsledky minulých vyšetření s vyšetřením současným, někdy dokonce potřebuje znát informace o chorobách vyskytujících se v rodině pacienta. Má-li správně předepsat lék, potřebuje vědět, jaké jiné léky pacient užívá, jinak může dojít ke vzájemné reakci léčiv, která může pacienta ohrozit. Neméně důležité je, aby zdravotníci znali alergie pacienta – traduje se mnoho příhod, kdy jen se štěstím pacient na poslední chvíli upozornil, že je alergický na látku, kterou již měla sestra či lékař připravenou k použití.

Sdílená zdravotnická dokumentace v elektronické podobě tento problém efektivně řeší. Utrpěl-li například pacient autonehodu na dovolené daleko od svého bydliště a nalézá se v bezvědomí, zdravotník ve voze záchranné služby nebo na akutním příjmu potřebuje vědět, jakými chorobami pacient trpí, jaké léky užívá či na které látky je alergický, aby mu nevědomky neuškodil. Tyto informace si v časové tísní jen sotva bude moci v dostatečné míře opatřit, pokud bude odkázaný na vlastní vyšetření či kusé informace poskytnuté otřesenými spolucestujícími. Pokud jsou informace o pacientovi vedeny ve formě elektronických záznamů, zdravotník může vše potřebné zjistit snadno a rychle cestou internetové komunikace s poskytovateli zdravotních služeb, kteří o pacienta pečovali dříve, a vyvarovat se tak chyby. Vždy je však zapotřebí, aby takové moderní systémy poskytovaly současně dostatečnou ochranu dat a aby k citlivým údajům o pacientovi nemohly k jeho škodě přistupovat neoprávněné osoby – například znesváření příbuzní, obchodní konkurenti či zaměstnavatelé. Na to dohlíží Úřad pro ochranu osobních dat, kam může případně pacient směřovat své dotazy, je-li přesvědčen, že poskytovatel zdravotních služeb jeho osobní údaje nechrání dostatečně. Zodpovědní poskytovatelé zdravotních služeb při zavádění elektronické správy zdravotnických dokumentací na soukromí pacienta dbají a právní přípustnost zaváděných nástrojů s Úřadem konzultují.

PRÁVNÍ ODPOVĚDNOST A PRÁVNÍ OCHRANA ZDRAVOTNÍKA

Zdravotnické právo může hrát důležitou roli ve zvyšování bezpečí pacientů tím, že poskytne nemocnicím vhodné pobídky pro zvyšování kvality péče a prevenci rizik. Účelem systému právní odpovědnosti je plnit dvě zásadní společenské role: přispívat k odškodnění pacientů, kteří utrpěli cizí vinou škodu na zdraví, a zároveň motivovat poskytovatele péče k předcházení vzniku škod. Kvalitu systému právní odpovědnosti lze hodnotit podle toho, jak je v těchto dvou kategoriích úspěšný. Funkce spravedlivého odškodnění je splněna tehdy, pokud se poškozený může prostřednictvím systému rychle a efektivně domoci náhrady odpovídající rozsahu způsobené škody. Preventivní funkci plní systém tehdy, je-li špatná kvalita nabízených zdravotnických služeb následována nutností vyplácet odškodnění, takže poskytovatelé jsou ekonomicky motivováni k tomu, aby i přes nutnost určitých investic usilovali o co nejvyšší možné bezpečí pacientů.

Častou výtkou, slýchanou na medicínskoprávních fórech z úst zdravotníků a zástupců jejich profesních sdružení je, že soudní spory vedené pacienty proti lékařům či nemocnicím obrovsky zdražují zdravotnictví a vedou k tzv. defenzivní medicíně. Právní zástupci pacientů jsou tak nepřímě obviňováni, že kvůli nim unikají ze systému prostředky, které pak chybí při léčbě pacientů. V reakci na toto tvrzení je především nutno vzít na vědomí, že ztráta na celkovém bohatství společnosti nevzniká ve chvíli, kdy soud odsoudí poskytovatele zdravotních služeb k vyplacení kompenzace poškozenému pacientovi. Tato ztráta vzniká již ve chvíli, kdy se chyba stala, tedy kdy při poskytování zdravotní péče dojde k nežádoucí události, jejímž následkem je škoda na zdraví. Od tohoto momentu se již pouze rozhoduje o tom, kdo tuto ztrátu ponese. Pokud by neexistovala žádná možnost požadovat náhradu škody, ztrátu by nesl postižený sám, blízké osoby z jeho okolí, které o něj pečují, případně systém sociálního zabezpečení.

Přesto však cílem zdravotnického práva ani jeho odpovědnostní části není vytvářet pohádkové výdělky úspěšným žalobcům a jejich advokátům. Naopak, cílem právní odpovědnosti ve zdravotnictví musí být vždy posilovat, nikoliv narušovat vztah důvěry mezi lékaři a pacienty; poškozenému má pomoci překonat následky vzniklé škody a zdravotníky má upozornit na vznikající chyby a vést k jejich včasnému odstraňování.

Náš současný systém právní odpovědnosti bohužel není dokonalý a připouští mnoho excesů. Na jednu stranu jsou přiznávány mnohamilionové částky často i za méně závažná poškození a z vedení sporů se stává „byznys“; na druhou stranu, mnozí poškození se spravedlnosti nedoberou, protože soudní řízení je příliš zdlouhavé, nákladné a složité. V mezinárodním srovnání se proto dobře osvědčují systémy mimosoudních (mediačních či arbitrážních) řešení sporů mezi lékaři a pacienty, které jsou méně konfrontační, rychlejší, nevedou sice k přiznávání horentních částek, avšak umožňují přístup ke spravedlnosti většímu množství poškozených.

Nelze zapomenout ani na práva zdravotníků. Dojde-li k jejich napadení, poškození jejich cti, jsou-li vystaveni šikanózním žalobám nebo křivým obviněním, mohou se bránit a takto škodlivé jednání účinně postihnout, a to jak nástroji trestního a přestupkového práva, tak žalobami na náhradu škody či na ochranu osobnosti. Spory vedené za účelem právní ochrany zdravotníka je nutnou protiváhou právních sporů vedených pacienty.

Ochrana práv pacienta

Při poskytování zdravotní péče může dojít k četným zásahům do patientských práv. Pacient může utrpět újmu na zdraví následkem nesprávně provedeného zákroku, může být narušeno jeho právo na soukromí či jeho lidská důstojnost, může být omezena jeho rozhodovací autonomie. Právní řád České republiky obsahuje dostatečné mechanismy k tomu, aby se občan nemusel se zásahem do svých práv pouze pasivně smířit. Postižený je oprávněn svá práva hájit a měl by tak i činit. Na práva, jejichž dodržování není vymáháno, se totiž pomalu zapomíná, stávají se pouhým neživým textem v hlubinách sbírky zákonů. Naopak respektování práv, která občané znají a na nichž trvají, se časem stává naprosto samozřejmým. Není proto správné odsuzovat každého, kdo důsledně trvá na svých právech, jako problémového jedince a kverulanta; tím, že občan trvá na dodržení zákona ve své věci, nepřímo přispívá též k dodržení zákona ve věcech svých spoluobčanů.

Nelze však popřít, že proces vymáhání vlastních práv, zejména v oblasti zdravotnictví, není zpravidla nic příjemného. Nejlepší (a též nejlevnější) cestou je proto snažit se budoucím problémům a porušením práv předcházet.

Ani tehdy, pokud už k problémům došlo a pacient není s výsledky zdravotní péče spokojen, nemusí být vždy jedinou cestou soudní spor nebo trestní oznámení na policii. Téměř nikdy

neuškodí, pokud pacient prodiskutuje problém nejprve se svým lékařem. Velká většina právních sporů mezi lékaři a pacienty je jen následkem špatné komunikace. Tato nedorozumění vyplývají například z toho, že pacient nesprávně porozumí některému cizojazyčnému medicínskému pojmu. V takovém případě se může stát, že jeho náležitý překlad získá až před soudem, bohužel až po tom, co neuspěl v časově i finančně nákladném sporu vyvolaném omylem. Včasná diskuse s lékařem může pacientovi ušetřit značné částky. Teprve pokud ani po podání vysvětlení není pacient spokojen, je zapotřebí, aby věc posoudil nezávislý třetí.

Nespokojený pacient má k dispozici v zásadě čtyři možnosti postupu.

- Prvním je podání stížnosti u vedoucího poskytovatele zdravotních služeb či u zřizovatele poskytovatele zdravotních služeb.
- Druhým je podání disciplinární stížnosti k některé z profesních samospráv, typicky k České lékařské komoře.
- Pokud má pacient zájem především na odškodnění způsobené újmy na svém zdraví, měl by zvolit občanskoprávní žalobu. Než tak učiní, je vhodné, aby se písemně obrátil na poskytovatele zdravotních služeb s výzvou k dobrovolné náhradě způsobené škody a stanovil mu přiměřenou lhůtu pro odpověď. V některých případech, zejména je-li způsobená újma zcela nesporná, poskytovatel zdravotních služeb rychle zareaguje a pomocí mimosoudního jednání se podaří dospět k dohodě o náhradě škody, která je přijatelná pro pacienta i pro nemocnici. Nestane-li se tak, nezbyvá než žalobu podat. V takovém případě má budoucí žalobce dvě možnosti volby. Může poskytovatele zdravotních služeb žalovat na náhradu škody podle §420 a násl. Občanského zákoníku, podle kterých je možno domáhat se náhrady skutečně vzniklé škody, včetně ztráty na výdělku, nákladů spojených s dalším léčením, bolestného, náhrady ztížení společenského uplatnění a ušlého zisku. Další možností je žaloba na ochranu osobnosti podle §11 a násl. Občanského zákoníku. Dle tohoto ustanovení platí, že každý má právo na ochranu své osobnosti, zejména života a zdraví, občanské cti a lidské důstojnosti, jakož i soukromí, svého jména a projevů osobní povahy. Dojde-li k neoprávněnému zásahu do některých z těchto osobnostních práv (například pokud lékař v rozporu se svou povinností mlčenlivosti vyzradí citlivé údaje o pacientově onemocnění a ten tak utrpí újmu na svém soukromí či rodinném životě), je možno domáhat se odstranění následků takového zásahu a poskytnutí přiměřeného zadostiučinění. Tímto zadostiučiněním nemusí být vždy vyplacení finanční částky, někdy může být vhodným zadostiučiněním například omluva.

Pokud by však došlo k vážnému zásahu do osobnostních práv, má pacient právo na náhradu této nemajetkové újmy v penězích.

- Čtvrtou možností postupu, mezi veřejností patrně nejlépe známou, je podání trestního oznámení. Tento postup je však třeba využívat výhradně tehdy, došlo-li k mimořádně nebezpečnému jednání, jakým je například těžké opilství lékaře mající za následek chybu při operaci, nebo případy, kdy zdravotník úmyslně poškodí pacienta. Přestože i z újmy na zdraví způsobené následkem běžné nedbalosti či nedostatečných schopností zdravotníka může být teoreticky vyvozen trestní postih, v naprosté většině takových případů nakonec k odsouzení zdravotníka nedojde. V těchto případech je proto vhodnějším postupem podání občanskoprávní žaloby na náhradu škody.

Ať už bude adresátem podané stížnosti, žaloby či oznámení soud, lékařská komora, policie nebo třeba mediátor, je důležité, aby stěžovatel náležitě popsal všechny rozhodné skutečnosti, pokud možno stručně a výstižně. Pro adresáta stížnosti je velmi obtížné udělat si o případu správný obrázek a zvolit vhodný postup směřující ke spravedlivému vyřešení, pokud obdrží nesouvislý mnohastránkový popis různých trápení stěžovatele za posledních několik desetiletí, ze kterého však nevyplyvá, na koho a proč si vlastně dotyčný stěžuje.

Povinnost tvrzení a důkazní břemeno nese především žalobce. Ve sporech mezi pacientem a poskytovatelem zdravotních služeb je zpravidla třeba, aby pacient prokázal, že některý ze zdravotníků jednal protiprávně, že pacientovi vznikla určitá škoda na zdraví, a že tato škoda je následkem protiprávního jednání zdravotníka. Účastníci jsou povinni označit důkazy k prokázání svých tvrzení. Žalobce musí prokázat, (nestačí jen tvrdit), že žalovaný jednal protiprávně. Před zahájením sporu by se tedy žalobce měl ujistit, že má k dispozici, nebo bude schopen opatřit, potřebné důkazy. Může jít o důkazy listinné, například zdravotnickou dokumentaci, včetně výsledků vyšetření, (ne)souhlasů se zákroky a záznamů o provedení zákroků či o podání léčiv. Pokud se žalobci podaří získat kopie těchto materiálů, může ještě před vyvoláním sporu kontaktovat jiného lékaře, kterému důvěřuje, a předložit mu získanou dokumentaci pro posouzení, zda z ní průkazně vyplývá, že došlo k léčebnému pochybení či jinému protiprávnímu postupu. Využít je možno i jiné důkazní prostředky, například výslechy svědků (lékařů či sester, kteří o pacienta pečovali, spolupacientů, rodinných příslušníků atd.), znalecké posudky a další expertní vyjádření ke zdravotnímu stavu poškozeného a průběhu jeho léčby, doklady o výši průměrného příjmu z minulých let pro prokázání ušlého zisku a podobně. V medicínskoprávních sporech mimořádně záleží na důkazech. K neprokázaným tvrzením poškozeného obvykle nebude soudem přihlédnuto.

Ochrana práv zdravotníka

Při setkáních s právníky si zdravotníci často stěžují na to, že se setkali s agresivním jednáním ze strany pacientů, jejich rodin nebo dalších osob z jejich okolí. Někdy jde „pouze“ o nadávky či vyhrožování, v horších případech o fyzické útoky, široce medializovány byly případy napadení lékařů a posádek vozů záchranné služby s následkem vážné újmy na zdraví. Nepříjemné jsou též urážky na cti prostřednictvím bulvárních médií nebo šíření pomluv, zejména v prostředí menších měst. Zdravotníci si často stěžují, že „pacient může všechno“, oni však musejí vše strpět. Toto přesvědčení není ovšem pravdivé. Český právní řád přes svou určitou nedokonalost obsahuje dostatek nástrojů pro ochranu lékařů i dalších zdravotnických pracovníků. Zdravotníci by měli ve svém vlastním zájmu tyto nástroje znát a nezdráhat se je použít, nebo alespoň umět na možnost jejich použití konfliktního pacienta důrazně upozornit.

Pro méně společensky přizpůsobivé pacienty (a též jejich blízké) platí, stejně jako pro každého občana, zákazy uvedené v trestním a přestupkovém zákoně. Dle § 353 Trestního zákona platí, že kdo jinému vyhrožuje usmrcením, těžkou újmou na zdraví nebo jinou těžkou újmou takovým způsobem, že to může vzbudit důvodnou obavu, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok nebo peněžitým trestem. Pokud nezůstane jen u výhrůžek, samozřejmá je odpovědnost za ublížení na zdraví či těžkou újmu na zdraví. Podle § 358 Trestního zákona platí, že kdo se dopustí veřejně nebo na místě veřejnosti přístupném hrubé neslušnosti nebo výtržnosti, zejména tím, že napadne jiného, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta. Proti osobám, které chtějí dosáhnout neoprávněných výhod násilnými metodami, lze použít § 175 Trestního zákona, podle kterého kdo jiného násilím, pohrůzkou násilí nebo pohrůzkou jiné těžké újmy nutí, aby něco konal, opominul nebo trpěl, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta. Konečně, podle § 184 může být za trestný čin pomluvy postížen ten, kdo o jiném (třeba i o zdravotníkovi) sdělí nepravdivý údaj, který je způsobilý značnou měrou ohrozit jeho vážnost u spoluobčanů, zejména poškodit jej v zaměstnání, narušit jeho rodinné vztahy nebo způsobit mu jinou vážnou újmu, a to odnětím svobody až na jeden rok. Odnětím svobody až na dvě léta nebo zákazem činnosti bude potrestán ten, kdo uvedený čin spáchá tiskem, filmem, rozhlasem, televizí nebo jiným obdobně účinným způsobem.

Méně závažná protispolečenská jednání lze postihnout dle zákona 200/1990 Sb., obvykle jako přestupek na úseku zdravotnictví (§29) nebo občanského soužití (§49). Přestupku podle §29 se dopustí zejména ten, kdo úmyslně zmaří, ztíží nebo ohrozí poskytnutí zdravotnické služby nebo se nepodrobí povinnému vyšetření nebo léčení, padělá nebo úmyslně neoprávněně změní lékařskou zprávu nebo zdravotní průkaz anebo zneužije lékařskou dokumentaci, případně padělá či zneužije lékařský předpis. Přestupku podle § 49 se dopustí zejména ten, kdo jinému ublíží na cti tím, že ho urazí nebo vydá v posměch, úmyslně naruší občanské soužití vyhrožováním újmou na zdraví, drobným ublížením na zdraví, schválnostmi nebo jiným hrubým jednáním. Za zmínku stojí i povinnost zdržet se útoků na cizí majetek, ať už se jedná o krádeže či úmyslná poškození; závažnější formy jsou postižitelné jako trestný čin, méně závažné jako přestupek.

Z práva zdravotníka na ochranu osobnosti, resp. z práva poskytovatelů zdravotních služeb na ochranu dobrého jména právnické osoby dle §11 a násl. Občanského zákoníku vyplývá povinnost pacientů i jiných osob zdržet se šíření různých klepů a nepravdivých nařčení, kterými by pověst svého lékaře či nemocnice neoprávněně poškozovali, a to v jakékoliv formě, počínaje vystoupeními v médiích a konče hrubým pomlouváním svého lékaře v hospodě nebo na internetu.

Manažeři poskytovatelů zdravotních služeb a v rostoucí míře i samotní lékaři by měli mít základní znalosti o komunikaci s tiskem. Dvěma základními právními instituty, obsaženými v tiskovém zákoně a analogicky v předpisech o rozhlasovém a televizním vysílání jsou právo na odpověď a právo na dodatečné sdělení. Podle § 10 zákona 49/2000 Sb. o právech a povinnostech při vydávání periodického tisku platí, že jestliže bylo v periodickém tisku uveřejněno sdělení obsahující skutkové tvrzení, které se dotýká cti, důstojnosti nebo soukromí určité fyzické osoby, anebo jména nebo dobré pověsti určité právnické osoby, má tato osoba právo požadovat na vydavateli uveřejnění odpovědi. Vydavatel je povinen na žádost této osoby odpověď uveřejnit.

Pokud byl tedy například zdravotník v místním tisku nepravdivě nařčen z toho, že léčil pacienta nedbale, může využít tohoto práva na odpověď. Odpověď se musí omezit pouze na skutkové tvrzení, kterým se tvrzení uvádí na pravou míru nebo neúplné či jinak pravdu zkreslující tvrzení se doplňuje nebo zpřesňuje. Odpověď musí být přiměřená rozsahu napadeného sdělení, a je-li napadána jen jeho část, pak této části; z odpovědi musí být patrné,

kdo ji činí. Žádost o uveřejnění odpovědi nebo dodatečného sdělení musí mít písemnou formu. Vydavateli musí být doručena nejpozději do 30 dnů ode dne uveřejnění napadeného sdělení v periodickém tisku, jinak právo na uveřejnění odpovědi zaniká.

Jestliže bylo v periodickém tisku uveřejněno sdělení o trestním řízení nebo o řízení ve věcech přestupků vedeném proti fyzické osobě, anebo o řízení ve věcech správních deliktů vedeném proti fyzické nebo právnické osobě, kterou lze podle tohoto sdělení ztotožnit, a toto řízení nebylo ukončeno pravomocným rozhodnutím, má tato osoba právo požadovat na vydavateli uveřejnění informace o konečném výsledku řízení jako dodatečného sdělení. Vydavatel je povinen na žádost této osoby informaci o pravomocném rozhodnutí jako dodatečné sdělení uveřejnit. Toto je praktické zejména v situacích, kdy média nerespektují presumpci nevinny a o zdravotníkovi, na kterého bylo podáno trestní oznámení, referují bezmála jako o odsouzeném, přestože trestní oznámení vůbec nemusí být shledáno důvodným.

Pomoc obětem trestné činnosti

Pokud se již zdravotník stal obětí trestné činnosti, zejména v případech vážnějších fyzických útoků, může využít postupu podle zákona 209/1997 Sb. o poskytnutí peněžité pomoci obětem trestné činnosti. Oprávněnou osobou je oběť, které nebyla škoda pachatelem uhrazena, případně pozůstalí. Jedná se o jednorázovou peněžitou pomoc, odškodňuje se zejména ušlý zisk a ušlé výživné, neodškodňuje se však bolestné a hodnota odcizených věcí či peněz. Pomoc se neposkytuje u škod na zdraví pod 100 bodů dle vyhlášky 440/2001 Sb., což je značná limitace, neboť drobné, byť nepříjemné následky napadení, například zlomenina čelisti, této bodové hranice nedosáhnou. O pomoc je nutno zažádat do 1 roku od spáchání trestného činu. Postup spočívá v oznámení trestného činu, vyžádání si lékařské zprávy o následcích a v podání žádosti na Ministerstvo spravedlnosti ČR.

Důležitým nástrojem boje proti trestné činnosti je generální prevence. Důsledně využívat možnosti ochrany proti agresivním osobám a násilí v plné míře postihovat je v zájmu každého občana, nejen postiženého. Zdravotníci by měli trvat na tom, aby jakékoliv protiprávní jednání proti jejich tělesné integritě nebo cti, byť způsobené pacientem, bylo náležitě prošetřeno a potrestáno.