

Práva pacientů a zdravotníků

Aktualizované vydání, 2017

JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M.

OBSAH

ÚVOD	4
Pacient jako občan	5
Právo, etika a morálka	6
Jak se orientovat v právních předpisech?	6
Nejvýznamnější právní předpisy.....	7
Právo pacienta na kvalitní a bezpečnou péči	9
RUČÍ LÉKAŘ ZA UZDRAVENÍ PACIENTA?	9
KDE V ZÁKONĚ JE PRÁVO NA KVALITNÍ A BEZPEČNOU PÉČI ZAKOTVENO?	10
CO SI PŘEDSTAVIT POD POJMEM „NÁLEŽITÉ ODBORNÉ ÚROVNĚ“?	10
EXISTUJE ZÁVAZNÝ VÝČET SPRÁVNÝCH POSTUPŮ, V ZÁKONĚ ČI JINDE?	12
JSOU „UZNÁVANÝMI POSTUPY“ POUZE TY, KTERÉ HRADÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA?	12
JAKOU ROLI PLNÍ PROFESNÍ KOMORY?	14
NEDOSTATEK PERSONÁLU NEBO NEDOSTATEČNÉ VYBAVENÍ	15
JE PACIENT POVINEN ŘÍKAT LÉKAŘI PRAVDU?	17
POVINNOST SPRÁVNĚ URČIT DIAGNÓZU	20
ORGANIZACE PÉČE A BEZPEČÍ PACIENTA	21
PRÁVO NA INFORMACE O LÉČBĚ, PACIENTSKÁ SDRUŽENÍ	22
POVINNOST POSKYTOVAT POMOC V NOUZI	23
JAK PRÁVO NAHLÍŽÍ NA LÉČITELE?	26
INFORMOVANÝ SOUHLAS	27
K ČEMU SLOUŽÍ POUČENÍ A INFORMOVANÝ SOUHLAS?	29
PRÁVNÍ ÚPRAVA INFORMOVANÉHO SOUHLASU	30
SOUHLAS JAKO PRÁVNÍ JEDNÁNÍ: KDO ROZHODUJE A JAK?	30
O ČEMU MUSÍ BÝT PACIENT POUČEN	32
POUČENÍ O LÉČEBNÉM REŽIMU A POVINNOST JEJ DODRŽOVAT	33
POUČENÍ O RIZICÍCH ZÁKROKU	34
POVINNOST POUČENÍ O ALTERNATIVÁCH ZÁKROKU	34
POUČENÍ O CENĚ A ÚHRADĚ PÉČE	35
POUČENÍ O CENĚ A FINANČNÍ LIMITY POJIŠŤOVEN	37
VÝJIMKY Z POVINNOSTI POSTUPOVAT S INFORMOVANÝM SOUHLASEM	38
SOUHLAS U NEZLETILÝCH PACIENTŮ	39
PACIENTI S DUŠEVNÍ PORUCHOU ČI JINAK OMEZENÍ NA SVÉPRÁVNOSTI	40

INFORMOVANÝ SOUHLAS A STAVY NOUZE	41
PŘEDEM VYSLOVENÁ PŘÁNÍ.....	42
POUČENÍ O ZÁKROKU: PRÁVO, NIKOLIV POVINNOST PACIENTA.....	43
Právo na informace o zdravotním stavu a přístup do zdravotnické dokumentace	44
CO DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE PATŘÍ A CO NE	44
ZÁZNAMY O SOUHLASECH, ODMÍTNUTÍ PÉČE A DALŠÍCH ROZHODNUTÍCH PACIENTA	46
ZÁZNAMY O MEDICÍNSKÉ HISTORII PACIENTA	48
POVINNÁ MLČENLIVOST A VÝJIMKY Z NÍ	48
PŘÍSTUP PACIENTA A PŘÍBUZNÝCH DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE	49
PŘÍSTUP POZŮSTALÝCH DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE ZEMŘELÉHO	51
LHŮTA PRO POSKYTNUTÍ KOPIÍ DOKUMENTACE A ÚHRADA NÁKLADŮ	51
ELEKTRONICKÉ ZDRAVOTNÍ ZÁZNAMY	52
PRÁVA POJIŠTĚNCE	53
SYSTEM ZDRAVOTNICTVÍ V ČESKÉ REPUBLICE	55
ZÁKLADNÍ PRAVIDLA V SYSTÉMU ZDRAVOTNICTVÍ	57
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY	59
POSKYTOVATELÉ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB	60
PRÁVA A POVINNOSTI POJIŠTĚNCE	62
Právo na volbu zdravotní pojišťovny	63
Volba poskytovatele zdravotních služeb	66
Standard a nadstandard	68
Bezplatný přístup k péči	72
„Sponzorské dary“ v praxi	74
Regulační poplatky	78
Limit doplatků na léky	78
Povinnosti pojištěnce	80
Čerpání péče v jiných státech EU	82
Právo pacienta na právní ochranu.....	83
Ochrana práv pacienta	85
Možnosti postupu nespokojeného pacienta.....	85
Co musí nespokojený pacient doložit.....	87
Ochrana práv zdravotníka	87

ÚVOD

Vážení čtenáři,

do rukou se Vám dostává druhé vydání příručky o právech pacientů. V průběhu posledních pěti let došlo v českém zdravotnictví k mnoha změnám. Mezi ty nejdůležitější patří přijetí Zákona o zdravotních službách, 372/2011 Sb., který nově upravuje práva a povinnosti pacientů i zdravotníků, zavádí pravidla pro komunikaci s nemocnými a jejich příbuznými, vytváří nový postup pro podávání stížností a přináší spoustu dalších změn, z pohledu pacienta většinou k lepšímu

Nejde však o jedinou zákonnou změnu. Od vydání první verze této příručky byly opakovaně měněny i další předpisy, zejména zákon 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. Zde došlo mimo jiné ke zrušení většiny regulačních poplatků, zavedení práva na časovou a místní dostupnost hrazené léčby, usnadnila se též volba zdravotní pojišťovny. Na druhou stranu, dosud nebyl přes opakované přísliby vyřešen problém tzv. nadstandardů, vznikají problémy s úhradou nákladných léčiv nebo reálnou dostupností péče tam, kde lékaři a nemocnice narážejí na finanční limity.

Zdravotnické právo je laiky vnímáno především jako soudní spory mezi pacienty a lékaři, o kterých opakovaně referují média. Neméně důležitou oblastí je však ta část zdravotnického práva, která upravuje rozsah nároku občanů na bezplatnou péči, úhradu této péče ze strany zdravotních pojišťoven a postupy co dělat, pokud péče není dostupná. Musíme počítat s tím, že veškerá zdravotní péče není a ani v budoucnu nebude solidárně hrazená – nebylo tomu tak ani nikdy v minulosti, jen se o tom nemluvilo. O to víc je ale důležité znát svá práva. O tom, co je hrazeno, totiž nerozhodují lékaři, nemocnice, zdravotní pojišťovny ani Ministerstvo zdravotnictví; naopak, rozsah nároku na bezplatnou péči může vymezit pouze zákon.

Veřejný systém zdravotnictví není žádnou charitou; naopak, přes čtyři miliony ekonomicky aktivních občanů ČR každý rok na řádné fungování zdravotnictví odvede hodně přes čtvrt bilionu korun. Jako občané máme proto právo požadovat za tyto peníze řádnou protihodnotu v podobě péče, kterou již lékaři nemusíme platit přímo. Požadavek nemocného občana na

přístup ke zdravotní péči není prosbou či obtěžováním, ale právním nárokem, založeným na zákoně a vymahatelným u soudu.

K tomu, aby se pacienti a jejich blízcí v systému zdravotnictví neztratili, snad poslouží i tato příručka.

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. 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 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.

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* (na náležité odborné úrovni) odpovídá na straně poskytovatele široké spektrum povinností nutných k tomu, aby mohla být náležitá péče bezpečně a kvalitně poskytnuta. Podobně, právu pojištěnce na péči bez přímé platby odpovídá povinnost poskytovatele zdravotních služeb takovou péči bez přímé platby pacienta poskytnout.

Morální i právní povinnosti nemocného (byť jen zřídka vymáhanou) v solidárním zdravotnictví je proto péči nezneužívat ani neužívat zbytečně. Být zdravý je především věcí

každého občana, nikoliv zdravotníků. Samotným poskytováním zdravotní péče je možno ovlivnit zdravotní stav jen zčásti - ve značné míře vyplývá, kromě vrozených dispozic, zejména ze zvoleného způsobu života a aktivní péče o vlastní zdraví.

PRÁVO, ETIKA A MORÁLKA

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 odraz v zákonech, je samozřejmě správné, občan však musí pamatovat, že u soudu se bude moci opřít vždy jen o právní předpis. Je proto potřeba vždy 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 – platí zásada, že neznalost zákona neomlouvá. Plná znalost všech zákonů, nebo alespoň těch, které se člověka bezprostředně týkají, je v dnešní době takřka nemožná; 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, i neprávnik si může zákon, který zrovna potřebuje, snadno sám nalézt. 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 právní předpis 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, například www.portal.gov.cz nebo www.zakonyprolidi.cz. 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 platil pro zdravotnictví zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ale od 1. dubna 2012 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 poškodit.

Nejdůležitější právní předpisy jsou Ústava a Listina základních práv a svobod, pro oblast zdravotnictví též tzv. Úmluva o lidských právech a biomedicíně. 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 to bylo ke škodě pacienta

NEJVÝZNAMNĚJŠÍ PRÁVNÍ PŘEDPISY

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

- 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 biomedicíně), č. 96/2001 Sb.m.s.
- Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, což je základní předpis, který upravuje například práva pacientů, povinnosti zdravotníků či přístup ke zdravotnické dokumentaci
- Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, který popisuje, které zdravotní služby, léky či pomůcky jsou hrazené a které nikoliv
- Zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví, důležitý například pro oblast povinných očkování či karanténních opatření
- Občanský zákoník, č. 89/2012 Sb., obecný předpis, kde se dozvíme například o tom, kdo jedná za děti a nesvéprávné osoby, nebo jak se domoci náhrady škody na zdraví

PRÁVO PACIENTA NA KVALITNÍ A BEZPEČNOU PÉČI

Pacienti či jejich blízcí jsou někdy s průběhem či výsledkem léčby nespokojeni. Domnívají se, že zdravotníci nesprávně rozpoznali nemoc, nezačali léčit včas či použili nesprávnou metodu, a tvrdí, že následkem toho došlo k trvalému poškození zdraví či dokonce úmrtí, zbytečné bolesti či jiné újmě. Nemocnice a lékaři stěžovatelům ovšem obvykle tvrdí, že zvolená léčba byla zcela v pořádku a došlo-li ke škodě, není to chybou lékaře, ale vnějších vlivů, vyšší moci či osudu; že lidé jsou smrtelní a leccos léčit neumíme. 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 lékaře citelně trestat či popravovat. Od těchto drastických projevů patientské nespokojenosti se již našťestí v moderních dobách ustoupilo, nicméně i dnes je třeba často právně řešit, kdy zdravotník postupoval správně a kdy nikoliv.

RUČÍ LÉKAŘ ZA UZDRAVENÍ PACIENTA?

Zdravotní péče je v posledních letech prohlašována za „zdravotní službu“, z čehož někdy vzniká mylná představa, že pacient navštíví nemocnici, objedná si zdravotní službu určenou k odstranění nemoci, zaplatí nějaké peníze (ze své kapsy nebo z pojištění) a odejde uzdravený. Lidský organismus je ale velmi složitý, medicína musí pracovat s velkým množstvím neznámých, takže sebelepší zdravotník nemůže nikdy zaručit pacientovi stoprocentní úspěch, ani u snadných zákroků. Proto nemůže být volán k odpovědnosti za každý nepříznivý výsledek. Právo však požaduje, aby každý zdravotník při poskytování péče jednal zodpovědně a pečlivě, aby měl potřebnou kvalifikaci a znalosti o vývoji medicínské vědy a aby těchto poznatků a možností plně využil ve prospěch pacienta.

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, využije všech možností medicíny a pacient se stejně neuzdraví nebo dokonce zemře; v takovém případě ovšem zdravotník za nepříznivý výsledek neodpovídá.

KDE V ZÁKONĚ JE PRÁVO NA KVALITNÍ A BEZPEČNOU PÉČI ZAKOTVENO?

Protože zdravotník neodpovídá za výsledek, ale za konání, je nutno v právu nalézt nějaké měřítko, podle kterého bude správnost jeho konání hodnocena. Tomuto měřítku se mezi lékaři i v právní teorii říká postup *lege artis* („dle pravidel lékařského umění“). Tento latinský výraz v zákoně nenajdeme, místo něj zákon stanoví, že zde se namísto toho používají pojmy „profesní povinnosti“, „standardy“ či „náležitá odborná úroveň“.

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*. 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 upevnování 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.

Zákon o zdravotních službách stanoví v § 28 odst. 2), že pacient má právo na *poskytování zdravotních služeb na náležitě odborné úrovni*, a nemocnicím i zdravotníkům ukládá odpovídající povinnost péči na náležitě odborné úrovni poskytovat.

CO SI PŘEDSTAVIT POD POJMEM „NÁLEŽITÉ ODBORNÉ ÚROVNĚ“?

Zákon o zdravotních službách říká v § 4 odst. 5), že „náležitou odbornou úrovní“ se rozumí „poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti“. Zkoumáno bude tedy zda:

1) Postupoval zdravotník podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů?

Co je „uznávaným medicínským postupem“ či „pravidlem vědy“ není přesně v zákoně popsáno. Ani nemůže být, medicínská věda totiž stále své postupy zdokonaluje. Každý pokrok v medicíně, každé zavedení bezpečnějšího léčebného postupu či vynález nového léku tak obsah tohoto práva fakticky mění: povinností lékaře se stává novou metodu znát a využívat, naopak použití zastaralé metody se stává protiprávním. Co je v daný moment považováno za správný postup léčby proto v případech sporu zpravidla určuje přizvaný soudní znalec.

2) Respektoval zdravotník individualitu pacienta?

Podle moderního práva zásadně nesmí lékař provádět žádné zákroky bez souhlasu pacienta (dokonce ani ty život zachraňující), pokud si je pacient nepřeje. Pokud byla léčba poskytnuta „podle pravidel vědy“, avšak pacient s ní nevyslovil souhlas či ji ve smyslu zákona odmítl (tzv. negativní revers), zdravotník jednal protiprávně bez ohledu na dosažený příznivý výsledek. Stinnou stránkou pacientova práva rozhodovat o léčbě a třeba i odmítat potřebnou péči je to, že z následků své svobodné volby nemůže vinit nikoho než sebe.

3) Bránily zdravotníkovi v poskytnutí řádné péče nějaké konkrétní podmínky nebo objektivní možnosti?

Zdravotníky nelze vinit z nevyužití všech možností medicínské vědy, pokud péči poskytuje v nepříznivých podmínkách, které to neumožňují. Tak například poskytl-li lékař první pomoc na ulici, nebo potýká-li se nemocnice s desítkami zraněných z náhlé katastrofy, je zřejmé, že úroveň péče, pozornosti a použitých technologií nebude moci být stejná jako při plánovaném zákroku na špičkově vybaveném operačním sále. Proto zákonodárce tuto výjimku chrání lékařem do zákona zavedl. Kritici ovšem tvrdí, že tato výjimka je formulována nešťastně a mohla by být výmluvou pro snižování kvality zdravotní péče, například nedostatečné přístrojové vybavení, nedostatek personálu nebo snaha „na pacientech šetřit“ u nemocnic, které dostávají úhradu paušálem. Předběžné názory soudců na toto nové ustanovení našťastí takový výklad neschvalují, zdravotník či nemocnice se na „podmínky a okolnosti“ bude moci vymlouvat pouze tehdy, pokud je sami nevyvolali. Tvrdí-li někdy poskytovatelé na obranu odmítání či odkládání potřebné péče, že „zdravotní pojišťovna málo platí“ – nezbavuje je to právní odpovědnosti za vzniklou škodu.

Pokud zdravotník ví, že nemá pro svou práci vytvořeny dostatečné podmínky, musí o tom informovat nejen své nadřízené, ale samozřejmě i pacienta, který je tím ohrožen.

EXISTUJE ZÁVAZNÝ VÝČET SPRÁVNÝCH POSTUPŮ, V ZÁKONĚ ČI JINDE?

Co je „současným dostupným poznatkem lékařské vědy“ není 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 příkládáním pijavic, přestože ve středověku šlo o metodu všeobecně uznávanou a pacienti za ni lékařům vděčně platili. Staroegyptští lékaři se školili v „léčbě“ otvíráním lebek pacientů, svého času bylo horkou novinkou v léčbě duševních nemocí podávání halucinogenních drog, dnes by se však lékař při využití takových metod ptákal u soudu se zlou. Stejně tak i my se můžeme dočkat, že leccos z toho, co dnes považujeme za nejmodernější medicínu, bude za několik desítek let považováno za neúčinné, překonané a škodlivé.

Každý medicínský postup prochází třemi fázemi – nejprve je postupem experimentálním a neověřeným, v druhé fázi se stane „uznávaným medicínským postupem“, přičemž časem může dospět do třetí fáze, kdy je ve srovnání s modernějšími dostupnými a ověřenými postupy již zastaralý. Pravidla jsou tedy následující: Zdravotník používá zpravidla jen postupy již vědecky ověřené a nikoliv zastaralé. Experimentální 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. Velmi výjimečně zákon umožňuje využít i neověřený postup či neregistrovaný lék, typicky jde-li o jedinou šanci u nemoci neléčitelné stávajícími postupy. Zastaralé postupy 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 vydávaly doporučení, která usnadní zdravotníkům v praxi orientaci v aktuálních medicínských poznacích. Tato doporučení však nebudou nevyvratitelným důkazem, jejich platnost bude s časem nahrazována dostupnými novějšími poznatky.

JSOU „UZNÁVANÝMI POSTUPY“ POUZE TY, KTERÉ HRADÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA?

Nejsou – to zda je metoda, pomůcka či lék „medicínsky uznaná“, nemá nic společného s tím, zda ji hradí pojišťovna nebo zda se hradí přímo. Například, existují četné pokročilé postupy zubního lékařství nebo estetické chirurgie, které se nehradí, ale jsou perfektně ověřené medicínskými zkušenostmi a pacienti se mají plné právo o nich dozvědět. Totéž platí u léků – mnohé medicínsky prospěšné a řádně registrované léky nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění, protože jim Státní ústav pro kontrolu léčiv nepřiznal úhradu, to ale nijak neomezuje právo lékaře je nabízet a právo pacientů je požadovat.

V poslední době se hodně hovoří o zavedení tzv. standardů ve zdravotnictví. Problémem je, že se v diskusi směšují dva zcela rozdílné významy tohoto pojmu:

- Prvním z významů je standard ve smyslu medicínském, odborném. Jeho obsahem je to, co vše medicínská věda uznává – otestovanou metodu, registrovaný lék, bezpečnou zdravotní pomůcku.
- Druhý z významů je standard ve smyslu úhradovém; jeho obsahem je to, o čem občané rozhodli skrz své volené politiky, že bude každému pacientovi uhrazeno ze solidárních fondů zdravotního pojištění.

Slovo „standard“ se tím bohužel stává trochu matoucí, proto se bude v této příručce používat jen opatrně.

- Pro zdravotní péči, kterou medicínská věda uznává za ověřenou a kterou by měl lékař pacientovi nabídnout (tedy pro „medicínský standard“), lze použít pojem „**péče *lege artis***“, případně zákonný pojem „**postup na náležité odborné úrovni**“.
- Pro užší okruh zdravotní péče, která je solidárně hrazena z prostředků zdravotního pojištění a kterou máme jako pojištěnci dle zákona o veřejném zdravotním pojištění nárok bez přímé platby (tedy pro „úhradový standard“), lze použít pojem „**péče hrazená ze zdravotního pojištění**“ nebo stručněji „**hrazená péče**“.

Kompletní nabídka moderních medicínských postupů je vždy širší než to, co solidární systém zdravotnictví zvládne poskytovat svým nemocným občanům zadarmo. Český systém zdravotního pojištění má pro rok 2017 k dispozici 274 miliard korun, což rozhodně není málo. Pořád je to ale v průměru jen necelých 30 tisíc korun na osobu, což je násobně méně než třeba v Německu či v USA. A ani ty nejbohatší systémy zdravotnictví nejsou schopny dát všem svým občanům zdarma veškeré moderní vymoženky medicíny.

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 hrazené péče, avšak vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta je takový lék nebo zákrok vhodný, lékař je povinen to pacientovi sdělit, nesmí mu jeho existenci zamlčet. I tento doplňkový lék je tedy součástí odborného standardu, jeho poskytnutí je *lege artis*; naopak, pokud by zdravotník léčil málo vhodnou metodou jen proto, že je plně hrazená, a o medicínsky vhodnější nehrazené metodě pacientovi neřekl, jednal by protiprávně, *non lege artis*.

Nárokům nemocného na péči hrazenou ze zdravotního pojištění se budeme věnovat podrobněji v kapitole o ekonomických právech pojištěnce.

JAKOU ROLI PLNÍ PROFESNÍ KOMORY?

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.

Podle Etického kodexu ČLK 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 být léčen na současné úrovni medicíny. Pokud by lékař využíval zastaralých metod, ačkoliv jsou v jeho specializaci již známy a zavedeny metody účinnější a bezpečnější, nebude lékaři omluvou, že léčí tak, jak ho to naučili kdysi dávno na lékařské fakultě.

NEDOSTATEK PERSONÁLU NEBO NEDOSTATEČNÉ VYBAVENÍ

Kvalitu péče o pacienty může velmi silně ovlivnit špatné vybavení nemocnice, nedostatečný počet či kvalifikace zdravotníků. Poskytování zdravotní péče je proto státem přísně regulováno. Kdo chce poskytovat zdravotní péči, musí zaměstnávat dostatek lékařů a sester s předepsaným vzděláním a délkou praxe, kteří musí být dále zdravotně způsobilí a bezúhonní. Dále musí mít kvalitní přístroje a pomůcky nutné k poskytování péče v daném oboru a jeho prostory musí splňovat požadavky na hygienu a bezpečí pacientů.

Požadavky na poskytovatele zdravotní péče jsou popsány ve druhé a třetí části Zákona o zdravotních službách, zejména v § 16, a v prováděcích vyhláškách. Jde zejména o následující vyhlášky:

- Vyhláška 99/2012 Sb. o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb
- Vyhláška 92/2012 Sb. o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče

Pokud jde o požadavky na vzdělání a délku praxe lékařů a dalších zdravotníků, je upravena zejména v následujících právních předpisech:

- Zákon 95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta

- Zákon 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů
- Vyhláška 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

Kritici uvedené vyhlášky o minimálním personálním zabezpečení tvrdí, že zde uvedené minimální počty personálu nestačí pro kvalitní poskytování péče. Z důvodů špatné ekonomické situace se stává stále častěji, že v nemocnicích není dostatek lékařů, nebo namísto kvalifikovaných lékařů v nemocnici slouží jen absolventi bez zkušeností a atestace. Stává se také, že je vyhláška naplňována pouze formálně – lékaři jsou napsaní na seznamu personálu, ve skutečnosti však pracují současně ve více nemocnicích či ve svých soukromých ordinacích a ve skutečnosti nejsou k dispozici ani „na zavalanou“. Existoval kuriózní případ, kdy se zjistilo, že podle výkazů měl jeden lékař současně šest pracovních úvazků na různých pracovištích; v jiném případě měl být kvalifikovaný lékař sice k dispozici na zavalanou za účelem odborného dohledu nad svým mladším kolegou bez potřebných kvalifikací, ve skutečnosti se však nacházel v jiném městě vzdáleném více než hodinu autem. Pro pacienta je nedostupnost kvalifikovaného lékaře nebezpečná zejména při vzniku náhlých stavů ohrožujících život. Problematický bývá zejména čas mimo obvyklou pracovní dobu; soudní případy řešící pozdní či nesprávnou reakci na akutní zhoršení stavu pacienta se často týkají nocí ze soboty na neděli – svědecké výpovědi a záznamy z dokumentací pak napovídají, že kvalifikovaný lékař buď vůbec nebyl k dispozici, nebo byl dán neformální příkaz „nebudit“. Je zřejmé, že na standardních odděleních (tedy nikoliv JIP) a v léčebnách dlouhodobě nemocných není v praxi vždy možné zajistit nepřetržitý přímý dohled kvalifikovaného lékaře nad pacientem, ale i přesto musí být lékař k sehnání, pokud se pacientův stav náhle zhorší.

Stejně tak je nebezpečný nedostatek sester, neboť zejména u pacientů upoutaných na lůžko mohou vést nedostatky v ošetrovatelské péči k vážným zdravotním komplikacím. Mezi ně může patřit například podvýživa či proleženiny. U nepohyblivých pacientů v dlouhodobé péči je zapotřebí, aby byli pravidelně polohováni. Může však nastat situace, kdy se na oddělení v ten samý čas sejde větší množství nepohyblivých pacientů, nadto někteří mohou mít tělesnou hmotnost dobře přes sto kilogramů a vyžadovat pro pravidelnou manipulaci spojené úsilí hned několika zdravotníků. V takovém případě nebude minimální počet personálu podle vyhlášky stačit k tomu, aby se o všechny pacienty po ošetrovatelské stránce náležitě postaral,

může tedy dojít ke zvýšenému riziku komplikací. Vzhledem k právu pacienta na péči na náležité odborné úrovni je v takovém případě povinností nemocnice zajistit přiměřené množství zdravotníků, nikoliv pouze minimální podle vyhlášky.

Pokud se pacient nebo jeho příbuzní setkají při pobytu ve zdravotnickém zařízení s tím, že zdravotnický personál často není k sehnání nebo „nestíhá“, může být vhodné upozornit na rizika cestou stížnosti. Dostatečnost věcného a personálního vybavení kontroluje orgán příslušný k registraci poskytovatele, typicky krajský úřad. Ten může vyhodnotit stížnost jako podnět ke kontrole a v případě nedostatků uložit poskytovateli, aby situaci napravil.

Současně lze ovšem doporučit, aby se o potřeby pacienta v mezích možností zajímali i jeho příbuzní a blízcí, zejména pokud je pacient bezmocný či neschopný komunikovat. Teoreticky má sice pacient právo na to, aby se o něj během hospitalizace v plném rozsahu postaral personál nemocnice, veškeré potřebné služby jsou teoreticky nemocnici hrazeny ze zdravotního pojištění. V praxi ale může zájem a pomoc blízkých osob významně pomoci přetíženému zdravotnickému personálu a zlepšit pacientovy vyhlídky na uzdravení, nemluvě o psychické podpoře, kterou přítomnost blízkých osob pro nemocného představuje. Za tímto účelem zakotvil zákon 372/2011 Sb. právo pacienta na přítomnost osob blízkých a dobrá nemocnice by ve svých vnitřních řádech a postupech neměla přítomnosti blízkých osob bránit, není-li to ke škodě ostatních pacientů.

JE PACIENT POVINEN ŘÍKAT LÉKAŘI PRAVDU?

Lékařskou péči lze úspěšně poskytovat jen na základě dobré znalosti stavu pacienta a jeho onemocnění. Lékař proto musí správně zjistit od pacienta anamnézu - popis aktuálního problému (například bolesti), dále pak „historii“ pacienta, která zahrnuje informace o nemocech v 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 „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. Lékař by se 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 vše podstatné; 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.

Nový zákon o zdravotních službách proto zakotvil povinnost pacienta říkat pravdu. Podle § 41 odst. 1) zákona je pacient při poskytování zdravotních služeb povinen pravdivě informovat ošetřujícího zdravotnického pracovníka:

- o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech,
- o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli,
- o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a
- o dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb.

Lékař by se tak měl od pacienta dozvědět vše, co k léčbě potřebuje. Platí stále, že lékař by měl pacienta vést, na podstatné informace se aktivně ptát; na druhou stranu, zejména chroničtí pacienti při přijetí do péče u nového lékaře by se měli ve vlastním zájmu snažit sdělit lékaři vše důležité bez ohledu na to, že se přímo nezeptal. Zjištěné informace je lékař povinen zaznamenat do zdravotnické dokumentace. Teoreticky by se lékaři měli vždy dozvědět z dokumentace vše, co již pacient dříve řekl jejich kolegům, v praxi to však nefunguje zcela spolehlivě, zejména jsou-li předávány lékařské zprávy v „papírové“ podobě, které často pouze shrnují stav pacienta a něco významného mohou opomenout.

Za dětského pacienta či za pacienta s duševní chorobou musí lékaři vše potřebné říci jeho zákonný zástupce a je to i jeho zákonnou povinností. Je vhodné, aby podobnou roli plnili

blízcí i u pacientů, kteří nejsou dětmi ani duševně chorými, ale do nemocnice přicházejí s úrazem, v šoku, v bezvědomí či s omezenou možností komunikovat.

Za nesplnění povinnosti sdělovat informace nestanoví sice zákon pacientovi žádnou pokutu, pacient však může být postižen nepřímo. Poskytovatel zdravotních služeb je podle § 48 zákona 372/2011 sb. oprávněn ukončit péči o pacienta, který neposkytuje potřebnou součinnost, nejedná-li se o neodkladnou péči. Současně platí, že lékař je v zásadě oprávněn spolehnout se na sdělené informace, pokud klinické příznaky nenaznačují něco jiného. Výjimkou budou snad jen situace, kdy se pacientovo sdělení podstatně odchyluje od toho, co vyplývá z předchozí dokumentace či z upozornění jiného lékaře, který pacienta předal do péče. Opakovaná vyšetření jsou časově a pro systém zdravotnictví i finančně náročná a v některých případech mohou přinést nadbytečná rizika. Pacient, který sám od sebe nesdělí lékaři podstatné informace, riskuje nesprávnou léčbu.

Pokud se lékař zmýlí z důvodu nedostatečně či nepravdivě poskytnutých informací, mohou vzniknout u soudu 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 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, o škodu se lékař a pacient „podělí“.
- 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 nekompetentní výpovědi pacienta; to bude platit zejména pro informace podané nesvéprávným pacientem. V takovém případě lékař odpovídá za chybu v diagnóze, která je následkem mylného zjištění, sám – výpovědi zcela dezorientovaného pacienta není možno brát z hlediska určení dalšího léčebného postupu spolehlivě v potaz.

POVINNOST SPRÁVNĚ URČIT DIAGNÓZU

Na základě dostupných informací, výsledků vyšetření a svých odborných znalostí stanoví lékař diagnózu, musí rozpoznat chorobu či stav, kterým pacient trpí. Při chybném stanovení diagnózy však nelze automaticky hovořit o protiprávním jednání vyšetřujícího lékaře. Diagnóza je v podstatě medicínskou domněnkou 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. To ale neplatí, pokud je nesprávné určení diagnózy následkem zavinění lékaře, třeba 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.

Nesprávná je 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 odborně nezpůsobilý 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, ve skutečnosti na kolegu nedohlížel. Chyba může být i 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, poskytovatel zdravotních služeb se jen stěží vyhne stížnostem a žalobám.

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 vyvinut 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.

ORGANIZACE PÉČE A BEZPEČÍ PACIENTA

Výsledek léčebného prospěchu též významně ovlivňují i okolnosti, které souvisí s organizací a řízením oddělení či nemocnice. Chybami plynoucími z organizačních nedostatků mohou být například podání vzájemně kontraindikovaných léčiv v důsledku nedostatečného předávání informací o pacientovi mezi jednotlivými lékaři. Dále sem patří mediálně vděčné případy chirurgických pomůcek zanechaných v těle pacienta - 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. Může dojít i k velmi závažným poškozením zdraví nebo osobnostních práv pacienta. 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.

Na zajištění bezpečí pacientů by měly dbát jak správní orgány, tak i zdravotní pojišťovny, zákon počítá s nezávislou kontrolou kvality zdravotní péče prostřednictvím akreditací. Pokud se pacient setká s nebezpečnými situacemi, měl by na ně upozornit vedení nemocnice, které zpravidla má ustanoven odbor kontroly kvality.

PRÁVO NA INFORMACE O LÉČBĚ, PACIENTSKÁ 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 blízkých osob, například rodičů nemocného dítěte.

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 nikdo neodpovídá. Zvláště nebezpečný je internet z hlediska neoficiálního nákupu zdravotnických pomůcek či léků. Ačkoliv lze na internetu najít různé inzeráty a neformální „obchody“ s těmito komoditami, které nabízejí nízké ceny a snadnou dostupnost, je třeba dbát zvýšené opatrnosti, může se jednat i o padělky.

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 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 srozumitelná pro pacienta a musí odrážet výsledky konzultací se skupinami pacientů, kterým je léčivý přípravek určen, aby se zajistilo, že je skutečně 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 patientská 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. Kontakty na patientská sdružení je možno nalézt například na stránkách Národní rady zdravotně postižených (www.nrzp.cz) či jiných sdružení. 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 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 ohrožený člověk úplně 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 lékaři, od toho 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, vůči kterým je poměrně přísný.

Povinnost laika i zdravotnického pracovníka je 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 hrožících rizik zdravotního charakteru budou zpravidla lépe připraveni. Za neposkytnutí pomoci hrozí profesionálovi delší trest odnětí svobody než laikovi, navíc může být postižen zákazem činnosti.

Ještě významnější rozdíl v postavení laika a zdravotníka je v rizicích, které jsou při poskytování potřebné pomoci povinni snášet. 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 nezavazuje povinnosti poskytnout potřebnou pomoc jiným způsobem, ze kterého jí riziko nehrozí a který je v jejích možnostech, například přivoláním pomoci.

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, zdravotní sestry či další zdravotníci. Jedná se však též o plavčíky, hasiče, příslušníky policie, členy Horské služby a jiné osoby, které mají v popisu práce poskytování pomoci ohroženým osobám. Druhý odstavec § 150, vztahující se na profesionály, výhradu vlastního rizika neobsahuje. Profesionál je povinen poskytnout pomoc i tehdy, pokud by jemu nebo dalším osobám hrozilo z tohoto zásahu nebezpečí (pokud by nešlo o nebezpečí vysloveně sebevražedné, tam právní literatura dovozuje meze této povinnosti). To například znamená, že plavčík u moře nemůže odmítnout pomoc tonoucímu s tím, že je moře příliš rozbourané, 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.

Nový zákon 372/2011 Sb. o zdravotních službách upravuje povinnost poskytovat pomoc v sekci o právech a povinnostech zdravotníka o něco mírněji než platný Trestní zákon. Dle § 49 zákona 372/2011 Sb. je zdravotnický pracovník sice povinen poskytovat neprodleně odbornou první pomoc každému, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo zdraví a není-li pomoc včas dosažitelná obvyklým způsobem, ale v § 50 odst. 1) je tato povinnost zmírněna. Právním zdravotnického pracovníka dle tohoto ustanovení je získat informace o tom, že pacient, kterému má poskytovat zdravotní služby, je nosičem infekční nemoci podle zákona o ochraně veřejného zdraví, a o dalších závažných skutečnostech týkajících se pacientova zdravotního stavu. Dalším právem zdravotníka je neposkytnout zdravotní služby v případě, že by došlo při jejich poskytování k přímému ohrožení jeho života nebo k vážnému ohrožení jeho zdraví.

Povinnost poskytovat pomoc v případech ohrožení života či zdraví při katastrofách (např. bioteroristický útok, epidemie neznámé nakažlivé nemoci apod.) je nepochybně 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, a že lékař musí plnit své povinnosti v situacích veřejného ohrožení a při katastrofách přírodní nebo jiné povahy.

JAK PRÁVO NAHLÍŽÍ NA LÉČITELE?

I v příručce pro pacienty a zdravotníky je třeba se zabývat tím, že v praxi dochází často k nabízení zdravotních služeb nezdravotníky – léčiteli, 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. 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 budou vázáni pravidly Úmluvy o lidských právech a biomedicíně a nového Občanského zákoníku, neboť i oni provádějí zásahy do tělesné integrity svých pacientů; 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. Podobné spory by byl myslitelné i u nás, zatím se však přes mediální pozornost v praxi nevyskytují.

Moderní právo nemocnému nijak nezakazuje vyhledávat léčebné metody, jejichž účinnost nebyla vědecky ověřena, dokonce jej ani nijak nepostihuje, pokud v důsledku opožděného vyhledání „opravdové“ medicínské pomoci se jeho léčba hrazená ze zdravotního pojištění podstatně prodraží. Jiná situace je však u dětí a jiných osob bez plné způsobilosti. Rodič za dítě nesmí rozhodovat tak, aby mu upřel život či zdraví zachraňující péči, nebo jej vystavil riziku neověřených metod. Jak konstatoval i Ústavní soud, nejlepším zájmem dítěte je třeba rozumět jeho zájem na ochraně zdraví a života – a ten je v případě nemoci naplněn pouze tak, že dítě bude čerpat péči, o jejíž účinnosti a bezpečnosti existují vědecké důkazy.

V každém případě, nejlepší ochranou pacienta před podvodnými léčiteli není ani tak právo, ale především vlastní zdravý rozum a úsudek.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

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 upřednostňován 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 svými dotazy projevoval 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 dřívějším zákoně 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, 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 myšlenka, 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.

K ČEMU SLOUŽÍ POUČENÍ A INFORMOVANÝ SOUHLAS?

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 vyrovnání informační nerovnosti (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 vývojem zdravotnického systému směrem k větší roli trhu, 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 vnímána jako bezplatná a její financování bylo věcí vztahu zdravotníků a zdravotních pojišťoven. Dohoda na ceně se tak týkala jen okrajových oblastí zdravotnictví, kde péči pojišťovny nehradily, například některých typů plastické chirurgie. Se zaváděním spoluúčastí, regulačních poplatků a stále vyššími doplátky 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 poučít 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 372/2011 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 nabyla 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“ je právním jednáním 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 nepřímě 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. Jedna z původních verzí 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 u většiny zákroků 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. Naopak, pokud pacient trvá na písemné formě poučení a souhlasu, měli by mu zdravotníci vždy vyhovět. To bude praktické zejména tam, kde je po pacientovi požadována přímá platba.

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 nerovnosti 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 pacienta, následný zákrok může být shledán protiprávním, a to bez ohledu na to, zda byl či nebyl proveden medicínsky správně. Provedení zákroku bez předchozího řádného souhlasu pacienta může vést k právní odpovědnosti poskytovatele zdravotních služeb za negativní důsledky, včetně těch, které jsou přirozeným následkem nebo běžným rizikem byť správně provedeného zákroku, pokud právě nesprávné poučení bylo důvodem, že pacient tento zákrok neodmítnul a podstoupil.

O ČEMU MUSÍ BÝT PACIENT POUČEN

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. 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 mu zákrok způsobí. Kritériem správnosti a dostatečnosti poučení tedy je, zda konkrétní pacient porozuměl poskytnutému poučení a zda toto poučení obsahovalo všechny skutečnosti, které by 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. Vhodným postupem může být například poskytnutí písemných materiálů, které si pacient může v klidu prostudovat, a následný rozhovor, ve kterém zdravotník pacientovi osvětlí případné nejasnosti.

Poučení musí být poskytnuto „řádně“, tedy typicky ošetřujícím zdravotníkem, není možné tuto povinnost delegovat například stážisty. Ošetřujícím zdravotníkem nemusí být nutně lékař; existují 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 klinickou studii, 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, o 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.

POUČENÍ O RIZICÍCH ZÁKROKU

Poučení o rizicích zahrnuje především popis rizik obecně spojených s daným zákrokem, doplněný o rizika spojená s osobou pacienta vzhledem k jeho věku, předchozím zdravotním komplikacím, souběžným chorobám atd. 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, nesmí však být zamlčena ta rizika, která by pacienta ovlivnila v rozhodování. V žádném případě není možné spoléhat při poučování o rizicích jen 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, návykům, zlovykům a podobně. Osobní komunikace a možnost klást otázky je tedy nezbytná.

POVINNOST POUČENÍ O ALTERNATIVÁCH ZÁKROKU

Povinnost zdravotníka poučit pacienta o alternativách léčby je nesporná vzhledem k účelu poučení, nový zákon o zdravotních službách s poučením o alternativách výslovně počítá. Bez znalosti alternativ nemůže pacient posoudit a svobodně rozhodnout, zda je navržený zákrok skutečně tím nejpříjemnějším 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 takové řešení svého zdravotního problému, které lékařům přijde jako méně vhodná varianta. 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 pacienta informovat o zákrocích, které jsou nehrazené a finančně náročné, případně které jsou dostupné jen na jiných pracovištích v ČR či v zahraničí. I tato skutečnost důležitá pro rozhodování pacienta, takže by měla být zmíněna, neboť našim občanům nic nebrání zvolit jiné zdravotnické zařízení, nebo za péčí vycestovat do zahraničí. 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 daném zařízení 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 nepřípadná, neboť narušuje vnímání zdravotní péče jako něčeho, co má být bez dalšího dostupné všem a prosto ekonomických limitů. Společenský i právní vývoj v oblasti zdravotnictví však naznačuje, že dostatečná orientace též ve finanční stránce věci bude pro ochranu práv pacienta zcela zásadní.

Zákon výslovně stanoví povinnost zdravotníka informovat pacienta o ceně a úhradě péče. 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 též z účelu poučení; pokud má být tímto účelem umožnit pacientovi rozhodnutí o zákroku se zohledněním všech pro něj podstatných okolností, informace o ceně a úhradě 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 nabídnout pacientovi kalkulaci ceny. Z hlediska etiky 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 zákroků, jejichž úhrada je zákonem omezena četností (například v oblasti asistované reprodukce), situací, kdy je úhrada podmíněna souhlasem revizního lékaře (některé zdravotnické pomůcky, lázeňská péče, mnohé inovativní terapie atd.), situací, kdy je úhrada podmíněna doporučením lékaře příslušné specializace (zejména některé nákladnější léky) či situací, kdy zákon stanoví určité časové podmínky čerpání péče (například nepovinné hrazené očkování). Pokud je úhrada jen částečná, měl by pacient vědět, jaký je jeho podíl „z vlastní kapsy“.
- **Je-li na lék doplatek, počítá se do tzv. limitu na doplatky?** 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. 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. Situace, při kterých je pacient uváděn v omyl například v tom smyslu, že aby dostal hrazenou péči, musí si zaplatit nejrůznější „vstupní“, „registrační“ či jiné poplatky, jsou zpravidla v rozporu s právem.

POUČENÍ O CENĚ A FINANČNÍ LIMITY POJIŠŤOVEN

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 úhradu, 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 odpovědni 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. Ústavní soud již několikrát tento způsob financování péče zkritizoval, jasně také vyjádřil, že finanční limity nemohou ohrožovat péči o pacienta, naopak poskytovatel si má případné „vícenáklady“ uplatnit vůči zdravotní pojišťovně, praxe však zůstává pro pacienty nepříznivá.

Zdravotník se v reálném životě bohužel nachází mezi dvěma mlýnskými kameny: pokud v oblasti nákladné péče nabídne její poskytnutí každému potřebnému pacientovi, bude mít problém s regulacemi pojišťovny či svými nadřízenými; pokud možnost účinné péče pacientovi či potřebu jejího včasného provedení zamlčí, vystavuje se riziku žaloby, pokud tím dojde ke zdravotní újmě. Plné řešení tohoto problému měla přinést již v roce 2014 nová legislativa, ta však nebyla zpracována. 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 podzákonými předpisy.

Poskytovatelé zdravotních služeb jsou tak stále 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.

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, ve všech civilizovaných zemích přísně postihované soudy i profesními samosprávami; v ČR tomu není právně jinak.

VÝJIMKY Z POVINNOSTI POSTUPOVAT S INFORMOVANÝM SOUHLASEM

Zákon o zdravotních službách 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 právnímu jednání, 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.

SOUHLAS U NEZLETILÝCH PACIENTŮ

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, 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.

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 o

zdravotních službách pro tyto případy stanoví výjimku, podle které je ošetřující lékař v neodkladných stavech 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 zajímavém 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 potřebnosti operace, se obrátili na soud, aby rozhodnutí rodičů posoudil z hlediska prospěchu dítěte a případně jejich rozhodnutí zvrátil. Předběžným opatřením obecného soudu bylo rozhodování svěřeno poskytovateli, operace byla později provedena, což rodiče vnímali jako nepřípustný 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.

PACIENTI S DUŠEVNÍ PORUCHOU ČI JINAK OMEZENÍ NA SVÉPŘÁVNOSTI

Občanský zákoník stanoví, kdy mohou být dospělé osoby omezeny na svých rozhodovacích právech. V úvahu přicházejí jak případy omezení svéprávnosti pro trvalý stav (například duševní porucha, stav po mozkové mrtvici aj.), tak případy omezení pro přechodné situace neschopnosti rozhodovat (například opilost či jiná intoxikace); souhlas se zákrokem daný osobou jednající v takové duševní poruše by nebyl platný. V praxi mohou vznikat zejména při péči o pacienty s progresivní demencí nebo seniory se zhoršeným vnímáním okolí, kteří zjevně nejsou schopni plně jednat, právně však dosud omezení ve svéprávnosti nebyli a nemají ustanoveného opatrovníka.

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 - tato pravidla jsou obsažena v zákoně 372/2011 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 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.

Právní předpisy 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.

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, obsažená i v zákoně, 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

Ustanovení čl. 9 Úmluvy 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 pozbydou.

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*“. Pamatováno na ně je též v českém zákoně, konkrétně v § 36 zákona o zdravotních službách. Proces zakotvení předem vysloveného přání je však složitý a i tak zákon obsahuje výjimky, kdy předem vyslovené přání nemusí být zdravotníky bráno v potaz. Většímu rozšíření předem vyslovených přání v praxi zatím tato právní úprava spíše brání.

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 podle zákona svobodně nakládat, 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. Taková zmocnění či vzdání se práva na informace jsou zpravidla obsaženy v souhlasech s hospitalizací, které pacienti dostávají hned po příchodu do nemocnice. 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 uchování důležitých informací o nemocech pacienta a postupu jejich léčby, užívaných lécích, pobytech v nemocnici a o dalších medicínských i osobních skutečnostech. Zdravotnická dokumentace slouží 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 často nedostatečně průkazné; soud a soudem jmenovaný znalec proto obvykle 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.

CO DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE PATŘÍ A CO NE

Právo na soukromí a vedení zdravotnické dokumentace jsou upraveny v několika právních předpisech, zejména Listinou základních práv a svobod a Úmluvou o lidských právech a biomedicíně, dále pak zákonem 372/2011 Sb. o zdravotních službách, prováděcími vyhláškami a zákonem 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.

Podle zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách 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.

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 musí být pravdivé, ověřené, jejich zápis zdravotníkovi přikazuje 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 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 nejružnější 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 mohou být 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. Nepravdivé nebo 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. Součástí záznamů ve zdravotnické dokumentaci by měly být i informace o ceně nehrazené péče, kterou pacient platil z vlastní kapsy.

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 nevyklučují,
- 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 nesvéprávného pacienta, 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.

ZÁZNAMY O MEDICÍNSKÉ HISTORII PACIENTA

Zdravotnická dokumentace bude zpravidla obsahovat podrobné informace o historii léčby pacienta i o jeho osobě. Může jít například o rodinnou anamnézu – ta se týká zejména genetických rizik, ale též častějších výskytů onemocnění v rodině. Osobní anamnéza zahrnuje 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 kvalitně a je zajištěna návaznost předání informací, neboť současný lékař si může v historii pacienta vše potřebné ověřit. Nedílnou součástí dokumentace je též seznam užívaných léků, popřípadě informace o lécích užívaných v minulosti. I zde může velmi pomoci kvalitní záznam, pokud možno dostupný elektronicky, zpřístupňující lékaři i to, co pacientovi předepsali jiní lékaři a co by pacient mohl zapomenout uvést. Dokumentace může dále obsahovat informace o užívání či zneužívání návykových látek, alkoholu, cigaret, drog atd. pacientem, důležitou součástí je informace o alergiích či nepříznivých reakcích na léky. Sociální anamnéza hodnotí životní podmínky pacienta, u osamocených pacientů s omezenou schopností sebepéče je důležitá též informace o dosažitelnosti případné pomoci, například ze strany potomků. Dokumentace samozřejmě obsahuje především informace o aktuálním omezení, včetně vývoje pacientem pocívaných a popisovaných příznaků. Důležitou informací je i to, jak se nemocný snažil postupovat před tím, než vyhledal lékařskou pomoc. 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. Pacient má podle zákona povinnost lékaři poskytovat pravdivé informace, ne vždy je však tato povinnost skutečně splněna.

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 372/2011 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 překazit 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 biomedicíně 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 novelizace zákonů z roku 2007 potvrdila 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 dotýčný za života výslovně nezakázal. Tyto dvě novinky značně zlepšily postavení pacienta z hlediska přístupu k informacím. 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 kvůli nemožnosti objektivního zhodnocení zdravotnické dokumentace před zahájením sporu.

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. Občanský zákoník 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 porušení mlčenlivosti.

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, dále mohou v přítomnosti zdravotnického pracovníka nahlížet do zdravotnické dokumentace nebo do jiných zápisů vztahujících se ke zdravotnímu stavu pacienta, mají právo 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 mu svou totožnost a vztah k pacientovi žadatel prokázal, například předložením občanského průkazu.

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, tedy různých projektů „elektronické zdravotní knížky“. Bohužel se dosud nepodařilo vytvořit plně funkční a všeobecně dostupné elektronické řešení, to se však očekává v blízké budoucnosti. Již dnes však je zaváděno do praxe elektronické předávání zdravotních záznamů v některých oblastech zdravotnictví, například pro sdílení informací mezi nemocnicemi a záchrannou službou.

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 právem 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. Utrpěli 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.

PRÁVA POJIŠTĚNCE

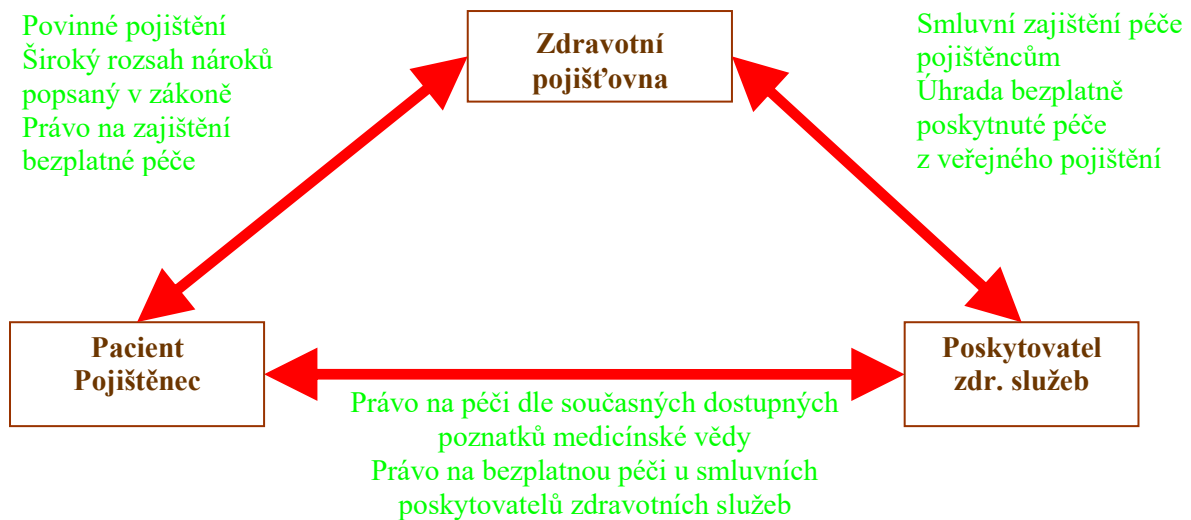
Historicky byla zdravotní péče poskytována v rámci dvoustranného právního vztahu mezi lékařem a pacientem – pacient přicházel za lékařem s požadavkem poskytnutí péče, kterou lékař poskytoval buďto za úplatu nebo bezplatně. Ve všech moderních systémech zdravotnictví, z důvodu zajištění solidarity, přístupu 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 REPUBLICĚ

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

„Univerzální“ (všeobecné) znamená, že do systému zdravotního pojištění spadají všichni občané. Účast na systému a placení odvodů na zdravotní pojištění je pro každého povinné, nelze se dobrovolně rozhodnout, že pojištěnec ze systému vystoupí. 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 stát (tzv. státní pojištěnci). To není samozřejmost – např. v USA univerzální zdravotní pojištění zavedeno není a soustavně se diskutuje 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. Ani v jiných státech, západních či východních, rozhodně není samozřejmostí, že by všichni občané měli rovný nárok na hrazenou péči, léky a pomůcky v dostatečném rozsahu.

„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 posledním desetiletí opakovaně kritizován, zvažovaly se zásadní reformy, privatizace zdravotních pojišťoven, zavedení výrazných spoluúčastí či individuálních účtů. Faktem je, že naše zdravotnictví trpí korupcí a plýtváním plynoucím z neefektivního řízení, pravdou je také, 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 hodně přes čtvrt bilionu korun a tyto náklady v každém z minulých let prudce rostly. To zastiňuje i mnohé z největších veřejných investic, jako je výstavba nové dálnice či nákup techniky pro armádu. Na jednoho občana ČR připadá ročně ke třiceti tisícům korun zdravotnických výdajů, přičemž průměrný ekonomicky aktivní občan, který přispívá 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 ještě mnohem více. Pojistné se vypočítává ze mzdy a za zaměstnance je odvede rovnou zaměstnavatel, takže mnozí zaměstnanci celkovou výši svých odvodů na zdravotní pojištění nevnímají. Občan s hrubou mzdou 22 000 Kč („superhrubá“ mzda 29 500 Kč) dá 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. Zdravotnictví skutečně není zadarmo. Ceny hrazené zdravotní péče však těmto nákladům odpovídají, a to i přesto, že

stát ceny zdravotních služeb přísně reguluje. Je tedy namístě, aby zdravotnické zákony a jejich budoucí změny nastavily spravedlivou a ekonomicky udržitelnou míru solidarity zdravých s nemocnými. Stále důležitější bude, aby pacienti přesně znali, na co mají nárok „z veřejného“ a co si naopak musí zaplatit.

ZÁKLADNÍ PRAVIDLA V SYSTÉMU ZDRAVOTNICTVÍ

Listina základních práv a svobod a další nadzákonné právní normy stanoví základní pravidla (principy) pro fungování zdravotnického systému. Ta jsou takřka „nezrušitelná“, je tedy možné počítat s tím, že budou platit i v případě, že se zákonné předpisy regulující oblast zdravotního pojištění v budoucnu novelizují. Jde o následující práva a principy:

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.

Zásada 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).

Zásada 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.

Zásada zákonného vymezení rozsahu hrazené péče

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 pojištěncům 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.

Zásada nediskriminace

Nadzákonné 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 biomedicíně, 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.

Zásada účasti veřejnosti a 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. 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.

Zásada 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. To platí jak pro spory o náhradu škody způsobené chybou zdravotníka, tak pro mnohem důležitější a častější spory o zajištění přístupu k hrazené péči, vedené vůči zdravotním pojišťovnám nebo jejich smluvním poskytovatelům.

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
- 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). 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, lékárnou, 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 výhradně vlastnil a řídil 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 většinou soukromé – lékaři je provozují zpravidla jako osoby samostatně výdělečně činné, nebo jako společnosti s ručením omezeným.

Každá ze 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, nestanoví-li zákon doplatkovou povinnost. Ve smlouvě s pojišťovnou se nemocnice či jiný poskytovatel 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 nenasmlovaných 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 A POVINNOSTI 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 časovou a místní dostupnost hrazené péče (§ 11 odst. 1) písm. c) 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.), a to i v případě vzácných onemocnění (§ 11 odst. 1) písm. f) zákona 48/1997 Sb.)
- Práva související s doplňky a regulačními poplatky, zejm. na uhrazení poplatků a doplňků nad tzv. limit (§ 11 odst. 1) písm. i), j) a k) zákona 48/1997 Sb.)
- Právo podílet se na kontrole péče a právo na přezkum v případě sporů (§ 11 odst. 1) písm. g), h) a § 11 odst. 2) zákona 48/1997 Sb.)
- Právo čerpat péči v zahraničí, zejména v rámci tzv. přeshraniční péče v rámci EU (§ 11 odst. 1) písm. l) a m) 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 ve dvou přestupních termínech každý rok. Změnu zdravotní pojišťovny provádí za osoby nesvéprávné jejich zákonný zástupce, za dítě tedy typicky rodič. Narodené 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, 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 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 vybíhat 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. 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 poskytovatelům 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 vyhrcoené – 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“. Toto pravidlo teoreticky mělo vést lékaře k omezení nepotřebných, nadbytečných úkonů a výdajů, ve skutečnosti však tam, kde bylo zavedeno, vedlo 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 pacient tak začal být léčen až v pokročilé fázi onemocnění, kdy se na správnou diagnózu přišlo. Zejména pro chronicky nemocné pacienty může být proto dobré sledovat, jak se pojišťovna staví k síti poskytovatelů a úhradám za péči, a podle toho pojišťovnu zvolit.

Konečně, velkou roli při volbě by měl hrát i přístup pojišťovny k pojištěnci v případě řešení sporů a vyřizování administrativy. Zde může prospět dobrá dostupnost pobočky pojišťovny, v dnešní době je však významnější schopnost poskytovat clientský servis elektronicky. Důležité je ale především, 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 poskytovatele 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 poskytovatel může odmítnout přijetí pojištěnce do své péče pouze tehdy, jestliže by jeho přijetím bylo překročeno únosné pracovní zatížení ve smyslu § 48 zákona o zdravotních službách tak, že by nebyl schopen zajistit kvalitní zdravotní péči o tohoto nebo o ostatní pacienty, které má ve své péči. Míru únosného pracovního zatížení a závažnost příčiny pro nepřijetí pojištěnce do své péče posuzuje zvolený poskytovatel, ale odmítnutí není nikdy možné v případě, že jde o porod či o neodkladnou péči, a to ani „z kapacitních důvodů“. Každé odmítnutí převzetí pojištěnce do péče musí být lékařem pojištěnci písemně potvrzeno, včetně uvedení konkrétního důvodu odmítnutí.

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 léčit. 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 jak ambulantní, tak ústavní poskytovatelé zdravotních služeb. Platný zákon tedy v zásadě nenutí pacienta využívat služeb specialistů a nemocnic pouze na doporučení praktického lékaře, naopak, 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. V praxi ovšem 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 nemocničnickému 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.

STANDARD A NADSTANDARD

V poslední době se hodně hovořilo o zavedení tzv. nadstandardů ve zdravotnictví, problému se věnoval i Ústavní soud. 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 navrhují zavedení „standardů“, si zpravidla představují, že se určí jakási průměrná, ekonomicky udržitelná úroveň léčby, která bude stejně dostupná pro všechny, a popsany 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. 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

výdobytky 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 či zcela nehrazené 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. 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 uznáný (*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 obvaz. 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 vyplývajících ze smluv mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovнами. 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, nezbývá, 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 zajisté 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 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. Takové jednání lékaře, který pouze z ekonomických důvodů neprovede potřebné zákroky a nadto pacientovi zamlčí jejich potřebnost (resp. jej dokonce ujistí, že zákrok či lék 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. Ve vztahu mezi lékařem a pacientem zpravidla existuje výrazná informační nerovnost. 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 činnosti, cílenou na rozšíření klientely. Přezkum konkrétních případů může na základě stížnosti pacienta provést Česká lékařská komora.

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 byly načas zavedené regulační poplatky, což Ústavní soud nejprve v roce 2009 těsnou většinou shledal přípustným, později po dalším zvýšení nemocničních poplatků však již shledal rozpor s Ústavou, regulační poplatky v ambulantní sféře a v lékárnách následně zrušil Parlament.

V praxi se lze setkat se situacemi, 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 služby hrazené pojišťovnou 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. Na druhou stranu, za služby, léky a pomůcky nehrazené ze zdravotního pojištění zcela legálně přímou platbu přijmout lze, totéž platí i pro částečnou úhradu od pacienta u doplatkových léků či pomůcek.

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, které jsou součástí hrazené péče. 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 požadovat písemné zdůvodnění. 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 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.

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“.

Příkladem ze starších případů, 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. Podle téhož zdroje existují gynekologické ordinace, které péči o své klientky navíc spojují s výběrem „dobrovolného“ sponzorského příspěvku, například ve výši 1000 korun ročně. V témže roce byl publikován v MF Dnes průzkum, podle kterého neformálně vyjde pobyt v LDN na cca 3 tisíce měsíčně, přičemž v řadě léceben 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 nevidují a nejspíš ani nedaní. Lze bohužel konstatovat, že od doby publikace tohoto článku „sazby“ ještě vzrostly.

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,“ dodávala.

Dle § 555 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 rozpoznána podle svého skutečného obsahu. Jakkoliv tedy není nic špatného na skutečném sponzorském daru, který může být poskytnut z vděčnosti, ale není nijak spojen s čerpáním péče, tak falešný „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.

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.

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 poskytnout 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 372/2011 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 zákoně, 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. 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 či limitovaná úhrada zdravotní péče poskytovateli stále ponechává danou službu v okruhu péče hrazené. Zahrnutí nástrojů řízené 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 protiplatební, 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. Řešení problémů týkajících 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 vždy, když narazí na finanční překážku čerpání hrazené péče. 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

Práva související s regulačními poplatky, zejm. na uhrazení poplatků a doplatků nad tzv. limit jsou upraveny jednak v § 11 odst. 1) písm. i), j) a k), jednak v § 16a a 16b zákona 48/1997 Sb.). Zákon uvádí v § 16a, že pojištěnec, anebo za něj jeho zákonný zástupce, je povinen hradit poskytovateli regulační poplatek ve výši 90 Kč za využití lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubní lékařství, pokud v rámci pohotovostní služby ošetřující lékař neshledal, že stav pojištěnce vyžaduje hospitalizaci. Poplatky za recept, za ambulantní ošetření a za hospitalizaci byly zrušeny.

Regulační poplatek 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, poručnické péče nebo péče jiné osoby,
- pojištěnci, kteří se prokážou 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, 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.

LIMIT DOPLATKŮ NA LÉKY

Druhou výraznou změnou, která byla zavedena v roce 2008 v souvislosti s regulačními poplatky, je tzv. limit doplatků na léky, upravený v § 16b zákona 48/1997 Sb. Jeho cílem je zajistit, aby nemocní občané zaplatili na 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 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

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. Do limitu se započítávají doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely s obsahem stejné léčivé látky a stejné cesty podání pouze ve výši vypočtené podle doplatku na léčivý přípravek nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely, jehož doplatek na množstevní jednotku této léčivé látky je nejnižší a u kterého nebylo zjištěno přerušeni nebo ukončení dodávání. To neplatí, pokud předepisující lékař na receptu vyznačil, že předepsaný léčivý přípravek nelze nahradit; v takovém případě se do limitu započítává doplatek v plné výši. Do limitu se nezapočítávají doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely obsahující léčivé látky určené k podpůrné nebo doplňkové léčbě; to neplatí, jde-li o léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely předepsané na recept pojištěncům starším 65 let, včetně dne, ve kterém dovršili 65. rok věku. Seznam léčivých látek určených k podpůrné nebo doplňkové léčbě stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou. Doplatky se tedy 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.

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.

§ 44 zákona 48/1997 Sb. stanoví další sankce na porušení některých z výše uvedených povinností. Tak například při opětovném nesplnění povinnosti podrobit se preventivní prohlídce, nebo 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; v něm se 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.

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, a to v předpisech o tzv. přeshraniční péči. 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.

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. 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. Od roku 2014 jsou pravidla pro čerpání péče v zahraničí podrobně upravena v § 14-14c zákona 48/1997 Sb. Podrobné informace o přeshraniční péči a jejím financování lze získat na kontaktním místě, kterým je v ČR Centrum mezistátních úhrad (www.cmu.cz)

PRÁVO PACIENTA NA PRÁVNÍ OCHRANU

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, slychanou 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; 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.

MOŽNOSTI POSTUPU NESPOKOJENÉHO PACIENTA

Nespokojený pacient má k dispozici v zásadě čtyři možnosti postupu. Prvním je podání stížnosti na poskytovatele zdravotních služeb dle zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách. 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 lze poskytovatele zdravotních služeb žalovat na náhradu škody, která zahrnuje skutečně vzniklou škodu včetně ztráty na výděлку, náklady spojené s dalším léčením, bolestné, náhrady ztížení společenského uplatnění a ušlého zisku; dále může jít o odškodnění zásahu do práva na ochranu své osobnosti, zejména života a zdraví, občanské cti, lidské důstojnosti nebo soukromí. 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 vyplaceni 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, ve většině takových případů nakonec k odsouzení zdravotníka nedojde. V těchto případech je proto vhodnějším postupem podání občanskoprávní žaloby na náhradu škody.

CO MUSÍ NESPOKOJENÝ PACIENT DOLOŽIT

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 trápění stěžovatele za posledních několik desetiletí, ze kterého však nevyplývá, 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 nezdřáhat 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. Může jít například o trestné činy nebezpečného vyhrožování, o trestné činy proti zdraví či majetku, nebo trestný čin pomluvy. Méně závažná protispolečenská jednání lze postihnout dle zákona 200/1990 Sb., obvykle jako přestupek na úseku zdravotnictví nebo občanského soužití. Přestupku na úseku zdravotnictví 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 proti občanskému soužití 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 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 články v novinách a konče pomlouváním zdravotníků v mezilidském styku nebo na internetu.