

ČÁST PRVNÍ

POVINNOSTI A PRÁVA ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ

Jak je již zmíněno v předmluvě, zdravotnickoprávní problematika je velmi obsáhlá a nelze ani zdaleka pojednat o všech povinnostech zdravotnických pracovníků. Musel jsem se tedy, chtět nechtět, zaměřit na problémy, které se vyskytují nejčastěji a zároveň se týkají podstatné části zdravotnických pracovníků. Záměrně jsem tuto část pojmenoval „Povinnosti a práva zdravotnických pracovníků“, neboť při výkonu svého povolání mají zdravotníci poměrně hodně povinností a poměrně málo práv.

Co do základu jsou povinnosti a práva zdravotnických pracovníků upravena zejména v Úmluvě na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny č. 96/2001 Sb. m. s. (dále jen „Úmluva o biomedicině“) a v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen „zákon o zdravotních službách“ nebo „zák. o zdrav. službách“), ve znění pozdějších předpisů.² Existuje pochopitelně celá řada dalších obecně závazných právních předpisů, které upravují povinnosti a práva zdravotníků. Ty nejdůležitější jsou uvedeny v závěru této publikace a jsou k nalezení např. na stránkách www.justice.cz a www.mzcr.cz, eventuálně jsou též k dispozici v běžných prodejnách knih.

I. POVINNOSTI ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ

1. Povinnost postupovat *lege artis*

Prvotní a základní povinností zdravotníků je, jak vyplývá ze samotné podstaty jejich povolání, postupovat tzv. *lege artis*. Pojem *lex artis* je ve zdravotnické praxi používán dlouhodobě, běžně se s ním setkáváme jak v komunikaci mezi zdravotníky, tak i při posuzování správnosti či nesprávnosti odborného postupu zdravotníku, bez ohledu na to, zda přezkum provádí orgány justiční, správní nebo jiné.

² Pokud jde o Úmluvu o biomedicině, je možno se v literatuře setkat i s jejím označením jako Oviedská úmluva nebo Oviedská konvence, a to podle místa jejího podpisu.

Ačkoli je tento pojem běžně používán, v obecně závazných právních předpisech se s ním nesetkáme, nenalézáme jeho legální definici. Přesto s ním budu, právě pro jeho zaužívanost mezi zdravotníky, i nadále v této publikaci pracovat s tím, že jeho vymezení podávám v této části.

Článek 4 Úmluvy o biomedicině stanoví, že jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví, včetně vědeckého výzkumu, je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy. Je zde definováno obecné pravidlo, podle kterého není výkon činnosti zdravotníka výrazem jeho libovůle, ale musí být respektovány standardy výkonu povolání. Na rozdíl od pojmu *lex artis* se s pojmem standard v obecně závazných právních předpisech běžně setkáváme, ale ani u něj zpravidla nenalézáme jeho legální definici. Při posuzování toho, co je a není standardní, je tak třeba vycházet zejména z obecně závazných právních předpisů, pokud pro jednotlivé odbornosti či výkony standardy definují, a dále pak z odborné literatury a doporučení, která jsou vydávána odbornými společnostmi. Zejména doporučení vydávaná odbornými společnostmi mívají nejrůznější označení, jako např. doporučené postupy, *guidelines*, stanoviska apod. Ať již jsou standardy vydávány pod jakýmkoli označením a v jakékoli formě (snad s výjimkou obecně závazného právního předpisu, kde by byla situace právně komplikovanější), mají jedno společné – nelze u nich hovořit o absolutní závaznosti. Mívají charakter doporučení, a je tak možno se od nich odchýlit. Případné odchýlení se od standardu ale zase nemůže být výrazem zdravotníkovy zvůle, ale musí vycházet z jeho odborného názoru a přesvědčení, a to v kontextu poskytování zdravotních služeb konkrétnímu pacientovi. Pokud se tedy zdravotník rozhodne odchýlit se od standardu, musí mít velmi dobře odborně podloženo, proč tak učinil, a musí pochopitelně počítat s tím, že bude muset svoje rozhodnutí dokázat před pacientem, osobami blízkými pacientovi, kolegy a eventuálně i před dalšími orgány a subjekty obhájit. Jistě by neobstála argumentace, kdy by svůj nesprávný postoj zdravotník označil za odchylku od standardu. Lze doporučit, aby případné rozhodnutí o odchýlení se od standardního postupu bylo rozhodnutím, které nečiní jeden člověk, ale je výsledkem kolektivní odborné rozvahy.

V závislosti na vývoji vědeckého poznání a medicínských možností se pochopitelně mění i to, co je v dané odbornosti či u daného výkonu pokládáno za standardní. Nejeví se tak většinou jako účelné, aby standardy byly definovány ve formě obecně závazných právních předpisů. Co je a co není standardní, je tak nutno obvykle hledat v odborné literatuře a ve výstupech (publikacích, zápisech z jednání apod.) z odborných společností.

I dle § 49 odst. 1 zák. o zdrav. službách je zdravotnický pracovník povinen poskytovat zdravotní služby, ke kterým získal odbornou nebo specializovanou

způsobilost, v rozsahu odpovídajícím jeho způsobilosti, zdravotnímu stavu pacienta, na náležitě odborné úrovni a je povinen řídit se etickými principy. Náležitou odbornou úroveň se pak podle § 4 odst. 5 zák. o zdrav. službách rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti. Pro účely této publikace tedy pojem *lex artis* používám jako ekvivalent pojmu **náležitá odborná úroveň**, tak jak je definována právě v § 4 odst. 5 zák. o zdrav. službách.³

Judikatura

Z hlediska toho, co je možno pokládat za postup *lege artis*, zejména z pohledu trestněprávního, pokládám za důležité zmínit rozhodnutí Nejvyššího soudu, ve kterém Nejvyšší soud uvedl, že „Chyba v diagnóze bez dalšího neznamena postup *non lege artis*, který představuje porušení povinnosti lékaře poskytovat zdravotní péči v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy (čl. 4 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, § 11 odst. 1 a § 55 odst. 1, 2 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů). Naproti tomu, pokud nesprávná diagnóza spočívá v závažném porušení lékařských postupů při jejím určování (např. tím, že lékař bezdůvodně nevyužije dostupné diagnostické metody), jde zpravidla o postup *non lege artis*, který za splnění dalších podmínek odůvodňuje závěr o trestní odpovědnosti lékaře např. za trestný čin ublížení na zdraví podle § 224 odst. 1, 2 TZ (ve znění účinném do 31. 12. 2009). Postup lékaře je přitom třeba hodnotit *ex ante*, tedy na základě informací, které měl v době rozhodování.“⁴ **(NS 7 Tdo 219/2005)**

V rámci hodnocení toho, zda bylo, nebo nebylo postupováno *lege artis*, je třeba vždy brát v úvahu konkrétní podmínky a objektivní možnosti, za kterých byly zdravotní služby poskytovány. Lze očekávat, že personální složení a technické vybavení se bude u jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb lišit, bude se případ od případu lišit i pracovní vytížení jednotlivých zdravotníků, to vše je nutno brát v potaz při posuzování toho, zda poskytovaná péče byla na náležitě odborné úrovni. Již na tomto místě je potřeba odlišit odpovědnost občansko-právní a trestněprávní, kdy může poměrně snadno nastat situace, že za způsobený škodlivý následek bude odpovídat poskytovatel zdravotních služeb např. proto,

³ Povinnost postupovat *lege artis* nalézáme i v § 2643 obč. zák. Byť je formulace zde uvedená odlišná od té, která je v zákoně o zdravotních službách, zásadní věcné rozdíly zde nenacházím.

⁴ Rozhodnutí Nejvyššího soudu bylo přijímáno za účinnosti dřívějšího zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, proto odkaz na paragrafové znění tohoto zákona. Obdobná ustanovení ale nalézáme i v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

že dostatečně personálně nezajistil obsazení služeb, ale trestněprávně nebude odpovídat nikdo, třeba právě s poukazem na skutečnost, že za daného personálního obsazení nemohl potřebnou zdravotní péči poskytnout.

Nelze samozřejmě odhlédnout od toho, že zdravotní služby jsou poskytovány v rámci určité ekonomické reality, kterou lze, bez ohledu na zemi, které se to týká, velmi zjednodušeně formulovat tak, že není k dispozici tolik peněz, aby bylo všem zapláceno vše, co moderní medicína umožňuje. Většina států, zejména evropských, tak hledá takovou úpravu financování zdravotních služeb, která by vyvážila potřeby obyvatelstva (existujících či potenciálních pacientů), možnosti medicíny a možnosti ekonomiky. Nejinak je tomu i v České republice. Základní vymezení práva na ochranu zdraví a financování zdravotních služeb je dáno čl. 31 Listiny, který stanoví, že každý má právo na ochranu zdraví a že občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.

V minulosti došlo k novelizaci zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, kterou byly obecně definovány tzv. ekonomicky náročnější varianty zdravotních služeb; v běžné mluvě se pro ekonomicky náročnější varianty zdravotních služeb používá poněkud nepřesně pojem nadstandarty. Kromě mnoha jiných otázek, které se v souvislosti s ekonomicky náročnějšími variantami zdravotních služeb objevují, se pochopitelně nabízí i otázka, co má dělat zdravotník v situaci, kdy on osobně je přesvědčen, že postupem *lege artis* je poskytnutí zdravotních služeb, které spadají do kategorie ekonomicky náročnějších variant, ale pacient není schopen nebo ochoten si takové služby připlácet.⁵

Judikatura

K této otázce se ve svém rozhodnutí vyjádřil i Ústavní soud ve svém nálezu sp. zn. Pl. ÚS 36/11 (publikováno ve Sbírce zákonů pod č. 238/2013 Sb.), ze kterého je možno, *in extenso*, ocitovat: „Z pohledu Ústavního soudu je podstatné, aby obsah čl. 31 Listiny nebyl zákonem fakticky vyprazdňován. V jeho duchu musí být prostředky veřejného zdravotního pojištění plně kryta kvalitní, plnohodnotná a účinná péče jakožto péče základní, standardní. Jak bylo řečeno v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 14/02, „z ústavních i zákonných principů nelze tuto péči dělit na jakousi základní ‚levnější‘, ale méně vhodnou a méně účinnou, a na nadstandardní ‚dražší‘, ale vhodnější a účinnější. Rozdíl mezi standardní a nadstandardní péčí nesmí spočívat v rozdílech ve vhodnosti a účinnosti léčby. Zákon neupravuje, jakou zdravotní péči může lékař, resp. zdravotnické zařízení poskytovat, ale jakou musí v obecném zájmu poskytovat, aby všichni pojištěnci měli stejnou měrou

⁵ Nechávám stranou právní problém, byť jsem si ho vědom, zda a případně jak mají být „nadstandarty“ řešeny zákonem či podzákonnou normou. Pro účely tohoto textu je rozbor tohoto problému poněkud nadbytečný.

nárok na taková ošetření a léčby, jež odpovídají objektivně zjištěným potřebám a požadavkům náležité úrovně a lékařské etiky. Vývojová orientace zdravotnictví, podložená zákony, je tedy založena nikoli na přesunu „lepších“ úkonů zdravotní péče z bezplatné péče do sféry pojištění přímo hrazené, ale naopak ve směru zlepšování úkonů poskytovaných bezplatně z veřejného zdravotního pojištění.“ (...) Nelze vyloučit, že při více možnostech léčby, z nichž každá splňuje shora uvedené parametry, může být dražší postup vhodnější než levnější s ohledem na individuální podmínky konkrétního pacienta. V takovém případě musí být dána ošetřujícímu lékaři možnost rozhodnout v zájmu ochrany života a zdraví pacienta o vhodnosti použití ekonomicky dražší varianty, která při splnění stanovených podmínek bude i tak plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Pacient se nemůže dostat do situace, k níž stávající úprava svádí: bude poučen o základním a ekonomicky náročnějším léčebném postupu, přičemž ošetřující lékař jej seznámí s tím, že mu bude plně uhrazen ze zdravotního pojištění pouze léčebný zákrok v základní variantě, ale současně, s ohledem na jeho specifické podmínky, doporučován jako pro něho vhodnější léčebný postup ve variantě ekonomicky náročnější... Pokud se ošetřující lékař rozhodne doporučit pro konkrétní diagnózu ekonomicky náročnější variantu, může tak učinit jedině za té podmínky, že bude plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Nelze přehlížet, že pacient je slabší stranou při sjednávání podmínek léčebného postupu, a poskytuje-li právní úprava ochranu spotřebiteli v oblasti závazkových právních vztahů majících materiální podstatu, tím spíše musí právní úprava poskytovat ochranu pacientovi, kde jde o hodnoty podstatnější. Příkladem takové situace mohou být pacienti s přidruženými chorobami, u kterých by základní varianta výkonu znamenala zvýšené riziko komplikací, eventuálně ohrožení života, a proto je u nich nutno ekonomicky náročnější výkon považovat za výkon základní v zájmu ochrany zdraví konkrétního pacienta. V takovém případě je vyloučeno, aby tento, vzhledem k individuálním podmínkám pacienta vhodnější výkon nebyl plně hrazen z veřejného zdravotního pojištění.“⁶ (Pl. ÚS 36/11)

Je-li tak poskytovatel zdravotních služeb či konkrétní zdravotník postaven před dilema, zda poskytnout zdravotní péči na náležité odborné úrovni a riskovat její neuhrazení, nebo zda „slevit“ z náležité odborné úrovně s tím, že péče bude uhrazena, je namísto doporučit poskytnutí zdravotní péče na náležité odborné úrovni, byť s tím rizikem, že úhrada takové péče může být problematická a celá věc může skončit vleklým soudním sporem. Zejména u těch poskytovatelů zdravotních služeb, u kterých je poskytována péče s vyšší spoluúčastí pacienta (stomatologie, estetická chirurgie apod.), se již dnes setkáváme s tím, že v rámci vyjednávání o ceně se pacient snaží přimět poskytovatele k tomu, aby slevil ze své povinnosti poskytovat péči *lege artis* a zároveň slevil z navrhované ceny za

⁶ Pro zájemce doporučuji seznámit se s celým nálezelem Ústavního soudu včetně odlišných stanovisek některých soudců.

výkon.⁷ Zdravotnické pracovníky je proto nutno upozornit na § 2645 obč. zák., který výslovně stanoví, že poskytovatel odpovídá za to, že splní své povinnosti s péčí řádného odborníka a že k ujednáním, která to vylučují nebo omezují, se nepřihlíží. Zjednodušeně řečeno, i kdyby poskytovatel výslovně a jednoznačně poučil pacienta o tom, že zvolený postup je *non lege artis* a pacient s takovýmto postupem souhlasil, poskytovatele by takové ujednání nezabavilo odpovědnosti za újmu, která by pacientovi tímto postupem vznikla. Hypotetickou dohodu o postupu *non lege artis* nelze ale ztotožňovat s tím, že pacient má právo odmítat navrhanou péči, stejně jako má právo vyjádřit své přání, aby mu byla nebo nebyla nějaká péče v budoucnu poskytována (k tomu viz dále).⁸

2. Povinnost poskytovat první pomoc

Zdravotničtí pracovníci mají přímo ustanovením § 49 odst. 1 písm. b) zák. o zdrav. službách uloženu povinnost 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, a zajistit mu podle potřeby poskytnutí zdravotních služeb. Vyjádření této povinnosti ve speciálním zákoně (zákoně o zdravotních službách) lze pokládat za konkretizaci obecnými předpisy uložené povinnosti předcházet vzniku škod, tedy i škod na zdraví, která je uložena všem subjektům, tedy nejen zdravotníkům. Zdravotníkům je výslovně uložena povinnost poskytovat odbornou první pomoc, neboť se předpokládá, že mají takové odborné znalosti, které jim umožňují poskytnutí kvalifikovanější pomoci, než je schopen poskytnout laik.

Už na tomto místě je třeba upozornit, že neposkytnutí první pomoci může být sankcionováno prostředky práva trestního, neboť jak dřívější trestní předpisy, tak i nynější zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů definuje v § 150 trestný čin neposkytnutí pomoci, kdy vyšší trestní sazbou jsou

⁷ Když jsem přemýšlel o modelových situacích, kdy se zdravotničtí pracovníci nechají „zlákat“ k postupu *non lege artis*, tak to byly za prvé zmiňované případy, kdy je poskytování zdravotních služeb spojeno s vyššími platbami přímo od pacientů. Za druhé to byly, paradoxně, situace, kdy zdravotničtí pracovníci poskytují péči svým kolegům, blízkým a kamarádům a ve snaze jim v maximální možné míře vyhovět, ustupují od toho, co by měli správně dělat. Doporučení, že „standardní postup zpravidla vede ke standardním výsledkům“, jistě neplatí stoprocentně, ale ve většině případů je vhodné se jim řídit.

⁸ Povinnost pacienta informovat poskytovatele zdravotních služeb a poskytnout součinnost je dána i § 2643 odst. 2 obč. zák. Pacient je povinen poskytnout potřebné údaje podle svého nejlepšího vědomí a součinnost nutnou podle rozumného očekávání, aby bylo možno poskytnout řádnou péči.

ohroženy právě osoby, které jsou podle povahy svého zaměstnání povinny takovou pomoc poskytnout (k trestnému činu neposkytnutí pomoci podrobněji viz dále).

3. Povinnost zachovávat mlčenlivost

Respekt k pacientovu soukromí a z něj vyplývající povinnost mlčenlivosti zdravotníků se prolíná medicínskými a právními dějinami již po staletí, se zmínkou o povinnosti utajovat informace se setkáváme např. již v Hippokratově přísaze. Míra respektu k soukromí se, i v českých zemích, v minulosti měnila, někdy byla více akcentována práva jednotlivce, někdy se více zohledňovaly skutečné nebo tvrzené zájmy společnosti.

V současné době již není sporu o tom, a je to pochopitelně zakotveno i legislativně, že soukromí jednotlivce je významnou hodnotou, která má být chráněna. Jedním z prostředků, které k ochraně soukromí slouží, je i povinnost uložená poskytovatelům zdravotních služeb a zdravotnickým pracovníkům zachovávat mlčenlivost. Jaký je rozsah této povinnosti, na koho se vztahuje, jak dlouho trvá, za jakých podmínek nemusí být tato povinnost zachovávána? Pojďme si na tyto otázky odpovědět.

Článek 10 odst. 1 Úmluvy o biomedicině v obecné rovině stanoví, že každý má právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o svém zdraví. Jak je patrné, Úmluva o biomedicině omezuje ochranu soukromí pouze na informace, které se vztahují k pacientovu zdraví. Vnitrostátní úprava v České republice jde však dále. Jak poskytovatel zdravotních služeb, tak i zdravotničtí pracovníci a jiní odborní pracovníci jsou povinni zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděli v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (§ 51 zák. o zdrav. službách).⁹ Povinnost mlčenlivosti se tak nevztahuje jen na informace

⁹ Dle § 2 odst. 2, 3 zák. o zdrav. službách se zdravotními službami rozumí:

- a) poskytování zdravotní péče podle tohoto zákona zdravotnickými pracovníky, a dále činnosti vykonávané jinými odbornými pracovníky, jsou-li tyto činnosti vykonávány v přímé souvislosti s poskytováním zdravotní péče,
- b) konzultační služby, jejichž účelem je posouzení individuálního léčebného postupu, případně navržení jeho změny nebo doplnění, a další konzultace podporující rozhodování pacienta ve věci poskytnutí zdravotních služeb prováděné dalším poskytovatelem zdravotních služeb nebo zdravotnickým pracovníkem, kterého si pacient zvolil,
- c) nakládání s tělem zemřelého v rozsahu stanoveném tímto zákonem, včetně převozu těla zemřelého na patologicko-anatomickou pitvu nebo zdravotní pitvu a z patologicko-anatomické pitvy nebo ze zdravotní pitvy prováděné poskytovatelem podle zákona o pohřebnictví,
- d) zdravotnická záchranná služba,
- e) zdravotnická dopravní služba, jejímž účelem je