



Odborný článek

Vývoj vztahu mezi lékařem a pacientem a navazující právní úpravy od počátku 20. století po současnost

Aneta Schwarzová

Autorka je doktorandkou na Fakultě právnické Západočeské univerzity v Plzni na Katedře občanského práva. Článek byl zpracován v rámci interního projektu ZČU SGS-2023-012 Právo v běhu času 4, který je řešen na Katedře právních dějin Fakulty právnické Západočeské univerzity v Plzni.

Abstrakt

Článek je zaměřen na vývoj vztahu mezi lékařem a pacientem a navazující právní úpravy od počátku 20. století po současnost. Nejprve je věnován prostor světovému vývoji vztahu mezi lékařem a pacientem a významným mezinárodním pramenům v této oblasti. Následně je zpracován vývoj na území České republiky. Na základě těchto zjištění jsou formulovány dílčí závěry, které shrnují jednotlivé etapy a proměny tohoto vztahu. Prostor je dále věnován současnému stavu a jeho kritickému zhodnocení. Autorka si především pokládá otázku, zda je vztah mezi lékařem a pacientem skutečně partnerský a rovnoprávný. Následně se zabývá přetrvávajícími nerovnostmi a rozdíly mezi právy a povinnostmi pacienta a lékaře.

Abstract

The article focuses on the development of the relationship between doctors and patients and the subsequent legal regulations from the beginning of the 20th century to the present. First, it analyzes global development of the relationship between doctors and patients and important international sources in this area. Subsequently, the development in the territory of the Czech Republic is discussed. Based on these findings, partial conclusions are formulated to summarize the individual stages and transformations of this relationship. Further attention is given to the current state and its critical evaluation. The author primarily asks whether the relationship between doctors and patients is truly a partnership and an equal one. Subsequently, the article deals with persistent inequalities and differences between the rights and obligations of patients and doctors.

Úvod

¹V historii se vyvinulo několik přístupů ke zdravotnické péči. Tím nejstarším způsobem byla forma samoléčby čerpající ze zkušeností, přírodní medicína a léčitelství. Postupem času vznikla tzv. péče charitativní, která byla navázána na náboženské smýšlení a péči o bližního svého. Od konce 19. století docházelo k organizaci zdravotní péče a vzniká zdravotní systém a profesionální lékařství.²

Vztah mezi lékařem a pacientem představuje ústřední vztah při poskytování zdravotní péče. Z hlediska historického vývoje tento vztah doznal významných změn. Původní nerovné postavení, kde lékař vystupoval v silnější pozici, se proměnilo ve vztah profesionálního partnerství. Důvodem proměny byla mj. změna primárního chráněného zájmu. Historicky byla totiž upřednostňována ochrana života a zdraví jednotlivce. Neočekávalo se, že by pacient zpochybňoval rozhodnutí lékaře a sám si zvolil způsob léčby, který by byl v rozporu s těmito zájmy, nebo úplně léčbu odmítal. Existovaly dokonce doby, kdy poskytování odborných zdravotních služeb nebylo běžné ani dostupné.³ Tento přístup však nerespektoval vůli pacienta a jeho důstojnost.

Současné vnímání vztahu lékař – pacient stojí především na komunikaci s pacientem a jeho řádném poučení. Součástí lékařského postupu je nyní institut informovaného souhlasu. Nyní o pacientovi nerozhoduje sám lékař, nýbrž lékař vysvětlí možné postupy v daném případě a volba je přenesena a ponechána na pacientovi. Lékař již není autoritou a měl by plně respektovat autonomii vůle pacienta a výsledné stanovisko pacienta (např. v situacích, kdy je o sobě pacient sám způsobilý rozhodnout, je při vědomí a jeho psychický stav to umožňuje nebo neohrožuje svým rozhodnutím veřejné zdraví). Je toto vždy naplňováno také v praxi? Je nyní vztah mezi lékařem a pacientem skutečně rovnoprávný? Existují stále situace, kdy lékař vystupuje jako autorita?

Text má poskytnout vhled do problematiky vztahu mezi lékařem a pacientem, zasadit vztah do historického kontextu, kriticky zhodnotit současný stav, případně poukázat na přetrvávající nerovnosti. Nejprve bude zpracován vývoj vztahu mezi lékařem a pacientem a jeho proměny ve světě i na území České republiky, přičemž bude také poskytnut přehled významných historických událostí, které měly zásadní vliv na tvorbu mezinárodních pramenů a některých institutů. Kromě toho bude poukázáno na garance práv pacientům, jež jsou zakotveny jak na mezinárodní, tak na vnitrostátní úrovni, a jejich projevy a faktické naplňování v praxi. Na základě výše uvedeného budou formulovány závěry a identifikovány základní etapy vývoje. Následně bude podrobeno kritickému zhodnocení, zda skutečně současný stav v praxi je rovnoprávným vztahem, který lze označit za profesionální partnerství.

1. Vývoj ve světě

Proměna vztahu mezi lékařem a pacientem neprošla postupným a přirozeným vývojem, ale přišla najednou, shora tzv. systémově. Největší proměna v obecném světovém měřítku nastala teprve v posledních dekádách. Neznamená to však, že nebyly vyvíjeny snahy, které by směřovaly ke změně přístupu ve vztahu mezi lékařem a pacientem tak, aby byla respektována vůle pacienta a jeho důstojnost. Nyní se zaměříme na některé významné historické momenty, které ovlivnily vývoj práva v oblasti zdravotnictví.

Již na počátku 20. století se objevily v severoamerické jurisprudenci snahy o vytvoření základní

doktríny svobodného a informovaného souhlasu. Moderní chápání informovaného souhlasu se ovšem začalo reálně vyvíjet až po událostech z druhé světové války.⁴ Tyto události vedly k přijetí řady mezinárodních nástrojů ochraňujících důstojnost a integritu osoby. Hrůzná experimentální praktika používaná nacisty při výzkumu vedly k vytvoření Norimberského kodexu⁵. Norimberský kodex tak představuje z historického hlediska pro oblast zdravotnického práva a bioetiky velmi významný dokument, neboť právě v něm bylo poprvé uvedeno, že dobrovolný souhlas lidského subjektu s výzkumem je naprosto nezbytný. Norimberský kodex je tak vůbec prvním dokumentem, který zakotvuje pojem informovaného souhlasu.⁶

Na jedné straně se jednalo o velmi významný krok, avšak důsledky se do praxe zapracovávaly jen velmi pomalu. Příkladem je situace, kdy v 30. letech 20. století začala v Tuskegee studii syfilidy.⁷ Tato studie byla organizována Službou veřejného zdravotnictví Spojených států ve spolupráci s Univerzitou v Tuskegee v Alabamě, a to až do roku 1972. Experiment se týkal 600 afroameričanů, kteří byli použiti jako výzkumné subjekty bez jejich souhlasu. Studie sledovala průběh neléčené syfilidy po mnoho let. Přestože v průběhu experimentu došlo ke zjištění, že lze syfilis léčit penicilinem, byla tato informace subjektům zatajována a ve výzkumu bylo pokračováno. V některých případech zdravotnický personál aplikoval pouze placebo. Účast na experimentu byla účastníkům prezentována, jako bezplatná lékařská péče, kterou by si chudí zemědělci nemohli dovolit. Studie pokračovala, přestože byla již od roku 1947 v rozporu s Norimberským kodexem. Teprve až v roce 1972 byla shledána jako neoprávněná a ukončena.⁸

Kromě výzkumných zařízení se etické zásady v dnešním slova smyslu nedodržovaly v řadě dalších oblastí zdravotnictví. Jednou z historicky nejzranitelnějších skupin pacientů vždy byly osoby s fyzickým nebo psychickým postižením.⁹ Právě oblast psychiatrie je historicky velmi kontroverzní, a přes výrazný posun v péči o pacienta, nepanuje ani dnes jednotná shoda v odborné obci na použití některých konkrétních léčebných nebo zabezpečujících a omezujících metod. Jedním z takových příkladů bylo v poslední dekádě velmi diskutované použití tzv. klecových a síťových lůžek.¹⁰

2. Vývoj mezinárodních pramenů

Z historického vývoje základních mezinárodních pramenů, které na oblast zdravotnického práva doléhají, je patrné, že k významným změnám došlo teprve relativně nedávno. Základním a velmi významným pramenem v mezinárodním měřítku je Evropská úmluva o lidských právech (dále také jako „EÚLP“), která byla v roce 1950 sjednána a přijata Radou Evropy. Tento dokument obsahuje základní katalog lidských práv, mezi nimi právo na život (čl. 2 EÚLP), zákaz mučení a nelidského zacházení (čl. 3 EÚLP) nebo právo na respektování soukromého a rodinného života (čl. 8 EÚLP). V roce 1992 Československo ratifikovalo Evropskou úmluvu o lidských právech jako Sdělení federálního Ministerstva zahraničních věcí č. 209/1992 Sb., o sjednání Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod a Protokolů na tuto Úmluvu navazujících.

Téměř za další půlstoletí, v roce 1997, sjednala a přijala Rada Evropy Úmluvu o lidských právech a biomedicíně (celým názvem Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně, dále také jako „ÚoB“ nebo „Oviedská úmluva“). Kromě své právní síly je Úmluva o biomedicíně velice významná pro katalog lidských práv, který obsahuje a garantuje.¹¹ Dne 22. června 2001 Česká republika ratifikovala tuto

smlouvu, která následně dne 1. října 2001 vešla v platnost. Rada Evropy přijala dále několik dodatků k Oviedské úmluvě, a to v roce 1998 Dodatkový protokol o zákazu klonování lidských bytostí, dále v roce 2002 Dodatkový protokol o transplantaci orgánů a tkání lidského původu, v roce 2005 pak Dodatkový protokol o biomedicinském výzkumu a v roce 2008 Dodatkový protokol o genetickém testování pro zdravotnické účely. Dodatkové protokoly postupně přijala i Česká republika, přičemž poslední z nich ratifikovala v roce 2019. V neposlední řadě je dalším významným pramenem také Listina základních práv Evropské unie z roku 2000.

Mezi významné prameny pro oblast mezinárodního práva v oblasti bioetiky řadíme také deklarace, které jsou výsledkem aktivit UNESCO v rámci OSN. Těmito významnými dokumenty jsou: Všeobecná deklarace o lidském genomu a lidských právech z roku 1997, dále Mezinárodní deklarace o lidských genetických datech z roku 2003 a Všeobecná deklarace o bioetice a lidských právech z roku 2005. Tyto deklarace jsou mezinárodně uznávány většinou států světa. UNESCO mimo jiné řídí od roku 1993 Mezinárodní bioetickou komisi (IBC).¹²

Kromě výše uvedených pramenů patří mezi významné dokumenty také doporučení přijatá Výborem ministrů rady Evropy v oblasti bioetiky. Tato doporučení se zpracovávají problematiku různých oblastí v rámci zdravotnictví, mezi nimi oblastí výzkumu biologických materiálů lidského původu,¹³ dále ochrany lidských práv a důstojnosti u osob s duševními poruchami,¹⁴ xenotransplantace,¹⁵ a oblast zpracování osobních zdravotních údajů pro pojišťovací účely, včetně údajů vyplývajících z genetických testů¹⁶ a řada dalších.

3. Vývoj na území České republiky

Krátce před rozpadem rakousko-uherské monarchie v roce 1918 vzniká Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy. Do té doby spadal resort zdravotnictví pod Ministerstvo vnitra. Z hlediska vlivu na povahu vztahu mezi lékařem a pacientem však změna nepřichází, vztah má i nadále povahu veřejnoprávní a lékař v něm vystupuje jako autorita. Naopak přibývá dohled státu, který se projevuje větší organizací v oblasti vzdělávání, systematizací povinného nemocenského pojištění, budováním institucí zajišťující zdravotní péči apod. Tento vývoj pramenil z nutnosti změny a potřeb společnosti. Na počátku 20. století byl zdravotní stav obyvatelstva v Československé republice velmi neuspokojivý. Důvodem byly především špatné hygienické podmínky a nedostatek potravin, které pramenily ze špatných sociálních poměrů, ale i důsledky první světové války (mj. vysoké množství poválečných invalidů). Dostupnost lékařské péče se sice za první republiky, oproti dostupnosti za rakousko-uherské monarchie, zlepšila a bylo jí možné poskytovat širším vrstvám obyvatelstva, nicméně legislativa v této oblasti byla stále roztržštěná, nejednotná a mnohdy situaci nepřispívaly ani velmi zastaralé lékařské postupy (především ve východnějších částech a na venkově).¹⁷ V letech 1918–1920 situace dramaticky vyvrcholila během pandemie španělské chřipky.¹⁸ Infekční onemocnění byla na vzestupu, obyvatelstvo ohrožovaly také onemocnění jako skvrnitý tyfus, záškrť, spála, černý kašel, tuberkulóza nebo pravé neštovice. Ve většině případů se povedlo postupně tyto nemoci omezit. Situaci přispěla také opatření v podobě povinného očkování (např. v roce 1919 proti pravým neštovicím) nebo hygienická opatření. V návaznosti na dílčí problémy vznikají specializované ústavy, jako například Ústav pro výrobu protitetanového séra nebo Pasteurův ústav pro výrobu očkovací látky proti vzteklině a její léčbu.¹⁹ V 30. letech odborná veřejnost postupně přichází s návrhy na preventivní lékařství. V rámci zákona č. 114/1929 Sb., o výkonu lékařské praxe (dále také jako „ZoVLP“) byla

upravena práva a především povinnosti lékaře, jako například povinnost poskytnutí první pomoci (§ 10 ZoPVL), právo na náhradu za poskytnutou pomoc (§ 11 ZoVLP), povinnost mlčenlivosti (§ 13 ZoVLP), postup při vyšetření a určení diagnózy pacienta (§ 15 ZoVLP) apod. V zákoně je také formulován způsob, jakým lze získat lékařské vzdělání a podmínky pro výkon lékařské praxe.

V období nacistické okupace od roku 1939 do roku 1945 přišly systémové změny a významným způsobem negativně zasáhly do sféry zdravotnictví. Správa zdravotnictví byla rozdělena na sudetskou část a protektorát. Veřejné zdravotnictví v Sudetech podléhalo místně příslušným říšským úřadům. V protektorátu resort zdravotnictví řídilo v té době protektorátní ministerstvo sociální a zdravotní správy. Byl zřízen dohled nad rasovou čistotou a zvláštní soudy pro dědičné zdraví (*Erbgesundheitsgerichte*).²⁰ Zdravotní podmínky obyvatelstva se v tomto období zhoršily. Lidé umírali kvůli oslabení z důvodu hladu a nemocí, ale také v návaznosti na fyzické a psychické mučení v koncentračních táborech a nelidské pokusy nacistických lékařů, z nedostatečné lékařské péče a další část podlehl zraněním v boji. Někteří čeští lékaři byli zavražděni pro svůj původ, jiní odešli do exilu, kde pokračovali v praxi. Byly kladeny stále větší překážky pro vzdělávání lékařů, jednou z dalších ran bylo uzavření vysokých škol v roce 1939.²¹ Přes všechny tyto negativní vlivy ve světovém měřítku oblast medicíny a lékařství výrazně pokročila. Prim patřil USA, a to jak v civilní, tak vojenské medicíně. Nové postupy léčení se potají dostávaly do Čech právě z USA (objev penicilinu) nebo z Anglie (postup léčby při popáleninách).²²

Po roce 1945 bylo obyvatelstvo zesláblé a společnost se musela potýkat s řadou infekčních onemocnění, které se do té doby nepodařilo vymýtit. Kromě toho přibývala nová onemocnění jako reakce na válku a traumatizující zážitky, především šlo o nemoci kardiovaskulární, onkologické a psychosomatického charakteru.²³

V roce 1948 došlo k centralizaci a zestátnění zdravotnictví. Zdravotnictví představovalo dlouhodobě jednu z priorit komunistického režimu. Právo na ochranu zdraví bylo zakotveno v ústavě z 9. května roku 1948²⁴ (dále také jako „květnová ústava“) v rámci části o sociálních právech. V ustanovení § 29 květnové ústavy byl ustanoven systém veřejné zdravotní a sociální péče, přičemž bylo pomýšleno na zajištění osob ve stáří nebo osob nezaopatřených či nezpůsobilých k práci (§ 29 odst. 1 květnové ústavy). Jmenovitě pak byla přiznána zvláštní práva na péči v těhotenství a v mateřství (§ 29 odst. 2 květnové ústavy). V průběhu následujících let bylo vydáno několik zákonů zestátnujících zdravotnické instituce.²⁵ Květnová ústava v § 29 odst. 3 dále odkazuje na další zákony, mezi které patří i zákon č. 99/1948 Sb., o národním pojištění. Legislativa se centralizací postupně sjednocuje a stejně tak i lékařské postupy. Jsou vydávány zákony vedoucí k systematizaci zdravotní péče a dokonce i prevence.²⁶ V návaznosti na tyto zákony vznikaly nové instituce, např. hygienicko-epidemiologické stanice.

Krokem vpřed v umožnění ženám rozhodovat alespoň částečně o svém těle bylo přijetí zákona č. 68/1957 Sb., o umělém přerušení těhotenství (dále také jako „ZoUPT“). V úvodním ustanovení je uvedeno, že zákon byl přijat v návaznosti na vysoká rizika škod na zdraví a životech žen, které podstupovaly zákrok mimo zdravotnická zařízení velmi často prováděné neodborníky a mnohdy s fatálními důsledky (§ 1 ZoUPT). V zájmu péče o zdravý vývoj rodiny bylo ženám umožněno ve zdravotnickém zařízení zákrok podstoupit. Jednou z podmínek k umělému přerušení těhotenství však byla žádost ženy, případně jejího zákonného zástupce, která byla schválena komisí k tomu zřízenou (§ 3 odst. 1 ZoUPT). Komise posuzovala, zda je možné žádosti vyhovět. Důvodem, pro který bylo

možné žadatelce vyhovět, byl zdravotní stav pacientky, nebo jiné důvody hodné zvláštního zřetele (§ 3 odst. 2 ZoUPT). V praxi se jednalo jen o velmi výjimečné případy.

Také v ústavním zákoně č. 100/1960 Sb., Ústava Československé socialistické republiky se v čl. č. 23 objevuje garance práva na ochranu zdraví. Otázkou však zůstává, zda a jakým způsobem byla tato garance fakticky naplňována. V roce 1966 byl v Československé republice vztah mezi lékařem a pacientem upraven zákonem č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu (dále také jako „zákon o péči o zdraví lidu“ nebo „ZoPoZL“). Od roku 1966 do roku 1990 zůstal tento předpis ve své původní nezměněné formě. V tomto období vystupoval lékař vůči pacientovi jako autorita, vztah byl takzvaně paternalistický. V devadesátých letech prošel zákon řadou novelizací. V roce 2001 vešla v platnost Úmluva o lidských právech a biomedicíně, která měla pro vztah mezi lékařem a pacientem zásadní význam a předznamenala nutnou obměnu tohoto předpisu. Zákon byl nahrazen v roce 2012, a to zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (dále také jako „ObčZ“ nebo „občanský zákoník“), který zakotvuje základní ustanovení týkající se vztahu mezi lékařem a pacientem, dále zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) (dále také jako „ZoZS“ nebo „zákon o zdravotních službách“) a dalšími předpisy jako zákonem č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách apod. V souvislosti se změnou režimu došlo k privatizaci zdravotnictví. Z těchto skutečností je patrné, že se nejednalo o přirozenou postupnou přeměnu, ale k vývoji úpravy vztahu lékař – pacient došlo až v demokratické společnosti, což bylo spojeno se změnou režimu. Respektování práv v této oblasti je tak nedílně navázáno na obecné respektování práv ve státě.

4. Současný stav v České republice

V současné době je v České republice vztah pacient – lékař primárně upraven v soukromoprávní části a jeho oporu nalezneme v občanském zákoníku v části čtvrté, v hlavě II, v díle 9 Péče o zdraví (§ 2636-2651 ObčZ). Nyní lékař nevystupuje ve většině případů (tam kde to není nezbytně nutné, kupř. z důvodu rizika ohrožení veřejného zdraví) jako autorita.²⁷ V současné době je kladen důraz na právo pacienta svobodně rozhodovat o svých záležitostech, o svém těle a alternativách, které mu léčba nabízí. Povinností lékaře je informovat pacienta o všech alternativách, rizicích a situacích, které mohou nastat. Právem pacienta je možnost svobodně se rozhodnout o volbě postupu. Naproti tomu také lékař disponuje právem některý zvolený postup odmítnout vykonat (např. výhrada svědomí) a pacient má povinnost, některý postup strpět (např. z již zmíněného důvodu rizika ohrožení veřejného zdraví).

Z hlediska respektování autonomie vůle pacienta se obecně uvádí, že vztah mezi pacientem a lékařem je partnerský a rovnoprávný. Toto tvrzení s ohledem na vývoj a proměnu vztahu lékař – pacient je teoreticky platné. Neznamená to však, že v rámci vztahu lékař pacient nevznikají žádné nerovnosti. Závazkový vztah, jehož předmětem je péče o zdraví, představuje službu, která je poskytována ošetřovanému (laikovi) poskytovatelem služeb (odborníkem). Tedy základní nerovnost, kterou lze spatřit je nerovnost odbornostní. Další nerovnost je informativní. Lékař bude vždy v roli odborníka a pacient bude odkázán na informace, které mu lékař poskytne a v ty důvěřovat. Obecně platí, že je lékař povinen pacienta seznámit se všemi informacemi, které se týkají pacientova zdravotního stavu. Ve specifických případech, kdy by celá informace zcela zjevně a vážně ohrozila zdravotní stav ošetřovaného, může lékař vyhodnotit, že pacientovi informaci nesdělí (tzv. terapeutické privilegium).

Lékař může pacientovi informaci sdělit dodatečně, nebo mu sdělí jen nezbytnou část, případně ji sdělí důvěrníkovi (§ 2640 ObčZ). Dalšími faktory, které mohou vytvářet nerovnost a ovlivnit výsledné stanovisko pacienta, mohou být bolest, strach nebo také únava. Pacient pod tíhou svého prožitku situace může učinit zkratkovité rozhodnutí, aby se např. co nejrychleji zbavil bolesti. S ohledem na tyto okolnosti může být pacient snáze ovlivnitelný. Přestože je vztah mezi lékařem a pacientem z hlediska teorie označován za rovnoprávný, existují zde výrazné rozdíly mj. z hlediska sociální psychologie v moci a autoritě, které mohou mít vliv na autonomii vůle a výsledné rozhodnutí pacienta.²⁸ Smlouva o péči o zdraví se samozřejmě řídí obecnými zásadami závazkového, resp. spotřebního práva, jako je právě zásada ochrany slabší strany. Vzhledem k výše uvedenému je pacient považován za slabší stranu a je tedy chráněn. V případě nejistoty v rámci vztahu mezi lékařem a pacientem je tak rozhodováno ve prospěch ošetřovaného.²⁹

Jednou z nezbytných součástí smlouvy o péči o zdraví je informovaný souhlas pacienta (§ 2642 odst. 1 ObčZ). V momentě, kdy se lékař seznámí se stavem pacienta, dojde k rozhodování o dalším postupu. O tomto postupu nemůže lékař rozhodnout bez souhlasu pacienta, nestanoví-li zákon jinak (§ 2642 odst. 1 ObčZ). Informovaný souhlas je vyžadován ke každému úkonu. Konkrétní výjimky, kdy je možné poskytovat zdravotní služby bez souhlasu pacienta, jsou uvedeny v zákoně o zdravotních službách. Jsou jimi například situace, kdy pacientův zdravotní stav vyžaduje poskytnutí neodkladné péče a zároveň neumožňuje, aby souhlas vyslovil (§ 38 odst. 1 písm. c) ZoZS). Dále například situace, kdy pacient ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí (§ 38 odst. 1 písm. b) ZoZS) nebo mu byla nařízena izolace nebo karanténa (§ 38 odst. 1 písm. a) bod 2. ZoZS) či mu bylo pravomocným rozhodnutím soudu uloženo ochranné léčení formou lůžkové péče (§ 38 odst. 1 písm. a) bod 1. ZoZS) atd.

V případě, že pacient souhlasí, musí být souhlas informovaný a svobodný. Lékař je povinen pacienta poučit řádně a srozumitelně. V rámci poučení musí lékař pacientovi srozumitelně vysvětlit zamýšlený postup, případná rizika a následky (§ 2638 odst. 1 ObčZ). Lékař se musí přesvědčit, zda pacient pochopil informace, které mu byly sděleny (§ 2639 odst. 1 ObčZ). Teprve následně může pacient poskytnout k úkonu souhlas, pokud není zákonem stanoveno, že v daném případě není souhlasu třeba (§ 2642 odst. 1 ObčZ). Výše uvedené podmínky mohou být učiněny v ústní i písemné formě, dle požadavků. Rozsah poučení bude záviset také na okolnostech. Jak je již uvedeno výše v případě, že lékař vyhodnotí, že je za daných okolností poučení nadbytečné, nebo by mohlo ohrozit, popřípadě zhoršit zdravotní stav pacienta, může rozsah modifikovat a provést přiměřené poučení, nebo ho provést dodatečně (§ 2640 ObčZ).

V případě, že ošetřovaný odmítne souhlas udělit, může poskytovatel zdravotních služeb vyžadovat písemné potvrzení (§ 2642 odst. 1 věta druhá ObčZ). Odmítnutím jednotlivého úkonu v rámci péče však smlouva o péči o zdraví nezaniká. Závazek jako celek se ruší teprve v případě, kdy ošetřovaný výslovně odmítne péči o zdraví (§ 2651 ObčZ).

Respektování autonomie vůle pacienta a jeho rozhodnutí souvisí také se zásadou ochrany nedotknutelnosti ošetřovaného. S ohledem na sledovaný chráněný zájem však mohou být v některých situacích práva ošetřovaného omezena. V takovém případě lékař provádí úkon proti vůli ošetřovaného. V judikatuře je typicky zmiňován střet práv rodičky a nenarozeného dítěte. Zde platí, že případě, kdy je bezprostředně ohrožen život a zdraví nenarozeného dítěte, je možné omezit práva matky, pokud budou prováděné úkony přiměřené účelu a ochraně života a zdraví nenarozeného dítěte.³⁰

Za situace, kdy je pacientem např. dítě, které není schopné samo udělit souhlas, může jeho zákonný zástupce udělit tzv. zástupný souhlas. Zástupný souhlas je možné udělit jen s takovým zákrokem, který bude pro pacienta přímo prospěšný.³¹ V praxi se může také naopak stát, že zákonní zástupci s postupem, který navrhuje lékař, nesouhlasí. Ústavní soud se ve svém nálezu ze dne 20. 8. 2004, sp. zn. III. ÚS 459/03 zabýval přípustností zásahu do rodičovských práv z důvodu ochrany zdraví a života nezletilého dítěte. Jednalo se o situaci, kdy bylo dítěti diagnostikováno vysoce zhoubné nádorové onemocnění. Součástí navrhované léčby byla chemoterapie a podání krevní transfuze. Vzhledem k náboženskému vyznání (svědci Jehovovi) rodiče odmítli navrhovanou léčbu *lege artis* a požadovali alternativní léčbu, která spočívala především v tlumení bolesti. Nutno podotknout, že žádná z alternativních variant v tomto případě nebyla schopna odstranit příčiny nemoci než léčba navrhovaná lékařem. Ústavní soud v tomto případě vyjádřil stanovisko, že nelze připustit, aby rodiče přijímali opatření škodlivá pro zdraví nebo rozvoj dítěte.³²

V rámci úvodních ustanovení občanského zákoníku je formulováno, že každý má právo na ochranu života a zdraví, jakož i svobody, cti, důstojnosti a soukromí (§ 3 odst. 2 písm. a) ObčZ). V souvislosti s tímto ustanovením je nutno připomenout § 19 odst. 2 ObčZ, který uvádí, že přirozená práva spojená s osobností člověka nelze zcizit a nelze se jich vzdát; stane-li se tak, nepřihlíží se k tomu (§ 19 odst. 2 ObčZ). Pro oblast zdravotnického práva a výzkumu se jedná o velmi významné pravidlo. Obecně nelze dát jinému souhlas s tím, aby druhého zranil nebo zabil. V oblasti zdravotnictví ovšem zásahem do tělesné integrity dochází k ochraně chráněných zájmu, zdraví a života, a jedná se o postup v souladu se zákonem. Občanský zákoník pro tyto případy zakotvuje pravidlo, které toto potvrzuje a říká, že, mimo případy stanovené zákonem, nesmí nikdo zasáhnout do integrity jiného člověka bez jeho souhlasu uděleného s vědomím o povaze zásahu a jeho možných následcích. Souhlasí-li někdo, aby mu byla způsobena závažná újma, nepřihlíží se k tomu; to neplatí, je-li zásah podle všech okolností nutný v zájmu života nebo zdraví dotčeného. (§ 93 odst. 1 ObčZ)

Zákonodárce akcentuje změnu, kterou prošel vztah mezi lékařem a pacientem (už v devadesátých letech), a jeho soukromoprávní povahu.³³ Důvodová zpráva k tomuto ovšem uvádí, že toto soukromoprávní zakotvení nemá vliv na veřejnoprávní předpisy, které na tento vztah dopadají.³⁴ Jedním z příkladů je např. úprava zdravotního pojištění. Péče poskytovaná v rámci vztahu lékař – pacient a je hrazena z veřejných prostředků. Rozsah péče je upraven v zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. V České republice je systém zdravotní péče založen na principu solidarity. Výsledkem je, že je možné zdravotní péči poskytovat každému občanu České republiky. Aby mohla být péče v tomto rozsahu plně a bezplatně poskytnuta, je stanovena zákonná povinnost platby na zdravotní pojištění.³⁵ Kromě toho může být lékař v případě pochybení trestně odpovědný. V současné době panuje odborná shoda na správném či vhodném léčebném postupu lékaře v souladu s pravidly svého oboru, tzv. postup *lege artis*. Tato povinnost je upravena obecně v občanském zákoníku v § 2643 odst. 1 ObčZ, dále také v zákoně o zdravotních službách v § 45 odst. 1 ZoZS. Pojem není zákonem definován. Postup *lege artis* představuje v obecné rovině neoptimálnější řešení zohledňující důležité okolnosti a autonomii vůle pacienta. Nedodržení postupu *lege artis* nebo případné pochybení se tak může řešit nejen v rámci kárného řízení a v občanskoprávní rovině, ale také v rámci trestního stíhání. Tedy přestože se nyní jedná o vztah soukromoprávní, nelze přehlédnout veřejnoprávní aspekty, které se do něj prolínají.

V souvislosti s veřejnoprávními normami je nutno také zmínit především povinnosti, jaké má lékař bez ohledu na vůli pacienta, např. při nakládání s informacemi, které se od pacienta a o pacientovi

dozvěděl. Pacient má kromě volby léčebného postupu právo rozhodovat o tom, zda a komu budou informace o jeho osobě a zdravotním stavu sdělovány. Zde platí, že lékař má povinnost mlčenlivosti a v případě, že tuto povinnost poruší je trestněprávně odpovědný. Tato povinnost vyplývá jak z občanského zákoníku, tak ze zákona o zdravotních službách. Jedná se tedy o zákonem uloženou povinnost ve smyslu § 124 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, při jejímž porušení se lékař dopouští skutkové trestného činu neoprávněného nakládání s osobními údaji podle § 180 odst. 2 téhož zákona. Naproti tomu má lékař oznamovací povinnost vůči skutečnostem, o kterých se dozví při výkonu své činnosti a které je povinen podle zákona o zdravotních službách nebo jiného právního předpisu oznámit (§ 51 odst. 2 písm. c) ZoZS). Dále je také povinen takto činit sám nebo na vyžádání informací pro potřeby trestního řízení (§ 51 odst. 2 písm. d) ZoZS). V případě překažení a oznámení trestného činu nebo sdělení informací o pacientovi, vydání zdravotnické dokumentace pacienta pro potřeby trestního řízení, vystupuje lékař jako autorita a jedná v souladu s povinnostmi, které jsou mu uloženy. Neučiní-li tak, opět vystavuje svou osobu trestněprávní sankci.

Oblast zdravotnického práva je velice specifická, neboť se v ní prolíná několik právních i vědních odvětví. To se samozřejmě promítá i do normotvorby, která je v oblasti zdravotnictví poměrně rozsáhlá a čítá přes tisíc zákonných i podzákonných pramenů. K dalším významným předpisům v této oblasti můžeme řadit samozřejmě Listinu základních práv a svobod, dále zákon č. 258/2000, o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, zákon č. 95/2004 Sb., o zdravotnických povoláních lékařů, zubního lékaře a farmaceutů, zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, zákon č. 285/2002 Sb., transplantační zákon, zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, zákon č. 268/2014 Sb., o diagnostických zdravotnických prostředcích *in vitro*, zákon č. 129/2008 Sb., o výkonu zabezpečovací detence a o změně souvisejících zákonů, ale také například zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. K dalším neopomenutelným pramenům patří etické kodexy jednotlivých pracovníků v oblasti zdravotnictví.

Závěr

Je patrné, že v České republice, ani ve světě nedošlo v oblasti zdravotnického práva k postupnému vývoji. Již na počátku 20. století sice existovaly snahy, které měly přispět k respektování vůle pacienta, ale dlouhé roky zůstaly pouze v teoretické rovině. Formálně došlo k významnému posunu až v polovině 20. století, přičemž zásadní změny přišly teprve na přelomu 20. a 21. století.

Z hlediska mezinárodního práva pro sféru zdravotnictví jsou významnými dokumenty Norimberský kodex (1947) a Úmluva o biomedicíně sjednaná a přijata Radou Evropy (1950). Oba tyto dokumenty představují krok vpřed v garanci práv pacientům. Bohužel se změny v přístupu mezi lékařem a pacientem do praxe dostávaly jen velmi pomalu, tedy dlouhá léta se jednalo pouze o formální uznání práv. Vývoj v oblasti zdravotnického práva byl navázán na politicko-společenské dění a respektování práv v oblasti zdravotnictví bylo navázáno na respektování práv ve státě obecně. Jak v Evropě, tak v České republice došlo k dynamickému vývoji v 90. letech 20. století.

Vývoj na území České republiky od počátku 20. století do současnosti lze rozdělit do několika základních etap: První etapou je vyčlenění resortu veřejného zdravotnictví. V této době vzniká samostatné ministerstvo, právní úprava je roztržistěná, legislativa spíše reaguje na již vzniklé problémy

a řeší špatné hygienické podmínky obyvatelstva a epidemické situace. Dalším z problémů je dostupnost zdravotní péče. Objevují se snahy o systémové změny, ale zásadním způsobem do připravovaných změn zasáhne období nacistické okupace.

Druhou etapou centralizace a zestátnění zdravotnictví. V této době má vztah mezi lékařem a pacientem stále veřejnoprávní povahu, lékař vystupuje jako autorita. Právo na ochranu zdraví je formálně zakotveno v ústavě. Péče se stává dostupnější, vzniká systém veřejné a sociální péče. Autonomie vůle pacienta je však limitována (ne)respektováním práv ve společnosti. Například pacientkám je umožněno na žádost legálně podstoupit umělé přerušení těhotenství, ovšem o důvodnosti žádosti rozhoduje komise k tomu zřízená. Vzniká jednotný specializovaný právní předpis – zákon o péči o zdraví lidu. Přestože již existují na mezinárodní úrovni listiny, které garantují pacientům rozhodovat o sobě na základě informovaného souhlasu, nejsou tyto postupy dodržovány.

Třetí etapou je přeměna právní povahy vztahu mezi lékařem a pacientem jeho zakotvení v rámci soukromoprávní části. V prvních dvou etapách byla řešena dostupnost a systematizace poskytování zdravotní péče, teprve ve třetí etapě lze hovořit o vztahu mezi lékařem a pacientem v pravém slova smyslu. Vztah mezi lékařem a pacientem je nyní vnímán jako rovnocenný a důraz je kladen na komunikaci s pacientem. Pacient se může svobodně rozhodnout a je respektována jeho vůle. Pro poskytování zdravotních služeb obecně platí, že je vždy nutný předchozí informovaný souhlas pacienta.

Teorie označuje současný vztah mezi lékařem a pacientem za vztah rovnoprávný a označuje ho pojmem profesionální partnerství. Toto tvrzení je samozřejmě obecně platné, neboť je na rozdíl od dob dřívějších kladen důraz na respektování autonomie vůle pacienta, ovšem vzhledem ke specifčnosti tohoto vztahu je situace mnohem více problematická. Přestože je vztah mezi lékařem a pacientem pokládán za rovnoprávný, v souvislosti s konkrétními situacemi může vznikat celá řada nerovností. Jsou jimi v prvé řadě nerovnosti odbornostní a informativní. V převážné většině případů je pacientem laik, který se rozhoduje na základě informací, jež mu poskytne lékař. Lékař by měl pacientovi sdělit všechny důležité informace a nic mu nezamlčovat. Měl by ale také dbát na to, aby informace sdělil způsobem, který pacienta nezahltí a nezmate, a měl by se přesvědčit, že bylo sdělení pochopeno. Lékař však může rozsah sdělení výrazně ovlivnit, a to jak v dílčích záležitostech, tak v zásadních informacích, přičemž se může v odůvodněných případech dokonce rozhodnout určitou informaci pacientovi nesděliti. Naproti tomu i pacient je povinen lékaři sdělit pravdivě všechny skutečnosti, které by pro návrh dalšího postupu měly být rozhodující. Pro vztah mezi lékařem a pacientem je rozhodně velmi důležitou součástí oboustranná důvěra.

Další nerovnost představuje již to, že pacient vyhledává lékaře a přijde za ním do jeho prostředí. Ve většině případů se pacient na lékaře obrací až v době, kdy už má nějaký problém. Kromě toho, že pacient není odborníkem a vychází z informací, které mu sdělí lékař, se může rozhodovat pod tíhou svého stavu v daném okamžiku. Takové rozhodnutí může být ovlivněno bolestí, strachem, studem, úzkostí, únavou apod. Z tohoto a dalších důvodů je pacient považován za slabší stranu a podléhá ochraně.

Výrazné rozdíly lze také spatřit v právech a povinnostech subjektů tohoto vztahu. Lékař je vázán celou řadou právních předpisů, které mu stanovují řadu povinností, díky kterým je např. povinen v konkrétních situacích konat bez ohledu na přání pacienta. Příklady, kdy lékař jedná proti vůli pacienta, jsou mj. situace, kdy omezuje práva rodičky v zájmu práv nenarozeného dítěte, které je

ohroženo na životě a zdraví, dále v případech dětských pacientů je lékař povinen zakročit, pokud zákonní zástupci přijímají opatření, která jsou škodlivá pro zdraví nebo rozvoj dítěte apod. Přestože je povaha vztahu mezi lékařem soukromoprávní, je stále limitována veřejnoprávními normami, které do něj zasahují. V situaci, kdy pacient trpí vysoce nakažlivým onemocněním, je povinností lékaře nejen pacienta léčit, ale také zabránit v šíření této nemoci. Pacient může být navzdory svému nesouhlasu umístěn do karantény apod. Z hlediska sdělování informací může v praxi nastat situace, kdy je lékař povinen zjištěné informace sdělit příslušným institucím a orgánům bez ohledu na souhlas pacienta. Kromě oznamovací povinnosti, lékař může pro účely trestního řízení vydat v odůvodněných případech orgánům činným v trestním řízení celé zdravotní záznamy pacienta. Práva a povinnosti lékaře mohou dále vyplývat také z profesních předpisů, etických norem atd. V případě pochybení lékaře, které může vyplývat z chybně zvoleného postupu, z nerespektování vůle pacienta, porušení mlčenlivosti, neoznámení informací příslušnému orgánu, porušení hygienických norem a preventivních opatření atd., je lékař za své jednání odpovědný a může to pro něj znamenat různé druhy sankcí (soukromoprávní, pracovněprávní, kárné, trestní). Naproti tomu pacient tyto povinnosti nemá a je chráněn. V případě, kdy dojde k pochybnostem, je rozhodováno ve prospěch pacienta. Domnívám se, že výše uvedené nerovnosti z hlediska odpovědnosti ve vztahu mezi lékařem a pacientem mohou částečně přispívat k utvrzování pozice lékaře jako autority.

Kromě výše uvedených důvodů lze spatřit nerovnosti, které vyplývají také z výzkumu v oblasti sociální psychologie. Výsledky výzkumu poukazují na výrazné rozdíly v moci a autoritě ve vztahu mezi lékařem a pacientem. Tato asymetrie může mj. vědomě i nevědomě ovlivňovat individuální rozhodnutí pacienta.

Osobně se domnívám, že výše uvedené nerovnosti lze odstranit velmi těžko. S ohledem na charakter vztahu, chráněné zájmy a důsledek, který v případě pochybení může nastat, je logické, že lékaři postupují mnohdy raději obezřetně, což může mít v některých situacích za následek nedostatečné respektování vůle pacienta. Prospěch situaci by mohlo strukturované vzdělávání lékařů v této oblasti, a to jak v oblasti práv a povinností ve vztahu k jejich osobě a výkonu profese, tak ve vztahu k právům a povinnostem pacientů. Stejně tak by pozitivně prospěla i osvěta pacientů, přičemž by byl kladen důraz na rozdíly a pozice jednotlivých subjektů.

Oblast zdravotnického práva je poměrně mladým odvětvím, které se dynamicky vyvíjí a stejně tak i vztah mezi lékařem a pacientem. Kromě politicko-společenské situace je dalším aspektem, který má bezesporu na tuto oblast nezanedbatelný vliv, systém vzdělávání a pokrok ve vědě a výzkumu. Digitalizace a technologický pokrok přináší nové možnosti v komunikaci s pacienty a nové způsoby poskytování zdravotní péče. Jedním výdobytků moderní technologie je např. telemedicína, která umožňuje pacientům konzultovat své zdravotní problémy s lékaři na dálku, využívat online zdroje informací a zvyšovat tak dostupnost a efektivitu poskytovaných služeb. Pacienti se stávají aktivnějšími účastníky své vlastní péče a stále intenzivněji se zapojují do rozhodovacího procesu o svém těle a zdraví. Do budoucna by se mohl vztah mezi lékařem a pacientem přibližovat stále více profesionálnímu partnerství, přičemž by lékař stále více zastával funkci pouhého průvodce zdravotní péčí. Toto však nebude možné bez výjimek, neboť s ohledem na výše uvedené budou stále přetrvávat projevy lékaře z pozice autority.

Seznam poznámek pod čarou

- 1 Článek byl zpracován v rámci interního projektu ZČU SGS-2023-012 Právo v běhu času 4, který je řešen na katedře právních dějin Fakulty právnické Západočeské univerzity v Plzni.
- 2 MAŠTÁLKA, J. *Zdravotní péče v historickém kontextu*. online. In: Mastalka.cz. Publikováno 13. 9. 2016. Dostupné z: <https://www.mastalka.cz/zdravotni-pece-v-historickem-kontextu/>. [citováno 2023-07-10].
- 3 HLAVÁČKOVÁ, L. *Dějiny lékařství v českých zemích*. Triton, 2004.
- 4 SMRŽ, I. *Informovaný souhlas – problematika rozsahu poučení pacienta o rizicích spojených s navrhovanou léčbou*. online. In: Právní prostor. Publikováno 29. 5 2018. Dostupné z: <https://www.pravniprostor.cz/clanky/ostatni-pravo/informovany-souhlas-problematika-rozsahu-pouceni-pacienta-o-rizicich-spojenych-s-navrhovanou-lecbou>. [citováno 2023-07-10].
- 5 KUŘE, J.; VESELSKÁ, R. *Kapitoly z lékařské etiky. Přílohy. Norimberský kodex (Nuremberg Code) – 1947*. online. In: MUNI. Publikováno © 2021. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps21/lekarska_etika/web/pages/priloha2_norimbersky_kodex.html?kod=MA512;lang=en. [citováno 2023-07-10].
- 6 VAVRUŠKOVÁ, M.; VOZÁB, J.; Vozáb & Co. Law Offices s. r. o. *Požadavky na informovaný souhlas pro účast v klinické studii*. online. In: Mediprofi. Publikováno 1. 6 2017. Dostupné z: <https://www.mediprofi.cz/33/pozadavky-na-informovany-souhlas-pro-ucast-v-klinicke-studii-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4EpT9gM6LsLxGuMhrQ9rKANs/>. [citováno 2023-07-10].
- 7 Seznam Médium. *Experimentování na lidech pro studii průběhu syfilidy*. online. Publikováno 18. 2. 2023. Dostupné z: <https://medium.seznam.cz/clanek/levkemyk-experimentovani-na-lidech-pro-studii-prubehu-syfilidy-3121>. [citováno 2023-07-10].
- 8 Seznam Médium. *Experimentování na lidech pro studii průběhu syfilidy*. online. Publikováno 18. 2. 2023. Dostupné z: <https://medium.seznam.cz/clanek/levkemyk-experimentovani-na-lidech-pro-studii-prubehu-syfilidy-3121>. [citováno 2023-07-10].
- 9 Prima ZOOM. *Chovancům trhali zuby a pořádali s nimi zápasy. Takhle vypadá léčebna z nočních můr*. online. Publikováno 18. 2. 2023. Dostupné z: <https://zoom.iprima.cz/zajimavosti/lecebna-pennhurst-200951?fbclid=IwAR0P0bP1dTTHB3lcFeJCO77bC0Y7kwEurcMePsCcTMu5eYe3dy9jFNnnhDA>. [citováno 2023-07-10].
- 10 Deník.cz. *Reforma psychiatrie: Česko definitivně skončilo s kritizovanými klecovými lůžky*. online. Publikováno 2. 3. 2022. Dostupné z: <https://www.denik.cz/zdravi/klecova-luzka-sit-cesko-konec.html>. [citováno 2023-07-10].
- 11 ŠUSTEK, P.; HOLČAPEK, T. a kol. *Zdravotnické právo*. Wolters Kluwer, 2017.
- 12 Celab. *Bioetika v UNESCO. Základní texty*. online. Publikováno © 2008. Dostupné z: <https://celab.ceu.edu/sites/celab.ceu.edu/files/attachment/basicpage/29/csehjav2a.pdf>. [citováno 2023-07-10].

10].

13 Council of Europe portal. Committee of Ministers. *Recommendation Rec(2006)4 of the Committee of Ministers to member states on research on biological materials of human origin*. online. Publikováno 15. 3. 2006. Dostupné z: https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/Rec_2006_4.pdf. [citováno 2023-07-10]. Dále: Council of Europe portal. Committee of Ministers. *Recommendation CM/Rec(2016)6 of the Committee of Ministers to member States on research on biological materials of human origin*. online. Publikováno 11. 5. 2016. Dostupné z: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=090000168064e8ff. [citováno 2023-07-10].

14 Council of Europe portal. Committee of Ministers. *Recommendation Rec(2004)10 of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder and its Explanatory Memorandum*. online. Publikováno 22. 9. 2004. Dostupné z: <https://rm.coe.int/rec-2004-10-em-e/168066c7e1>. [citováno 2023-07-10].

15 Council of Europe portal. Committee of Ministers. *Recommendation Rec(2003)10 of the Committee of Ministers to member states on xenotransplantation*. online. Publikováno 19. 6. 2003. Dostupné z: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805df8df. [citováno 2023-07-10]. Dále dostupné z: Council of Europe. *Bioethics*. online. Publikováno © 2014. Dostupné z: https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/06_Xenotransplantation_en/. [citováno 2023-07-10].

16 Council of Europe portal. Committee of Ministers. *Recommendation CM/Rec(2016)8 of the Committee of Ministers to the member States on the processing of personal health-related data for insurance purposes, including data resulting from genetic tests*. online. Publikováno 26. 10. 2016. Dostupné z: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectId=09000016806b2c5f. [citováno 2023-07-10].

17 HLAVÁČKOVÁ, L. *Dějiny lékařství v českých zemích*. Triton, 2004. s. 159–161.

18 Český rozhlas Plus. *Španělská chřipka přišla před sto lety v několika vlnách, připomíná historik medicíny Sallfellner*. online. Publikováno 15. 10. 2020. Dostupné z: <https://plus.rozhlas.cz/spanelska-chripka-prisla-pred-sto-lety-v-nekolika-vlnach-pripomina-historik-7676403>. [citováno 2023-07-10].

19 HLAVÁČKOVÁ, L. *Dějiny lékařství v českých zemích*. Triton, 2004. s. 162. Dále na: PETRÁŠ, M. *Ranná historie vakcín*. online. In: Vakciny.net. Aktualizováno 21. 3. 2005. Dostupné z: https://www.vakciny.net/AKTUALITY/akt_2005_10.htm. [citováno 2023-07-10].

20 HLAVÁČKOVÁ, L. *Dějiny lékařství v českých zemích*. Triton, 2004. s. 197–198.

21 SEVERA, D. *Co se stalo 17. listopadu 1939 a co tomu předcházelo?* online. In: SeznamZpravy. Publikováno 3. 11. 2020. Dostupné z: <https://www.seznamzpravy.cz/clanek/17-listopad-1939-co-se-stalo-78948>. [citováno 2023-07-10].

22 HLAVÁČKOVÁ, L. *Dějiny lékařství v českých zemích*. Triton, 2004. s. 195 a násl.

- 23 HLAVÁČKOVÁ, L. *Dějiny lékařství v českých zemích*. Triton, 2004. s. 218 a násl.
- 24 Ústavní zákon č. 150/1948 Sb., Ústava Československé republiky.
- 25 Např. zákon č. 185 zestátnění léčebných a ošetrovacích ústavů a o organisaci státní ústavní léčebné péče.
- 26 Např. zákon č. 103/1951 Sb., o jednotné preventivní a léčebné péči, zákon č. 4/1952 Sb., o hygienické a protiepidemické péči.
- 27 ŠUSTEK, P.; HOLČAPEK, T. a kol. *Zdravotnické právo*. Wolters Kluwer, 2017.
- 28 KIPNIS, D. Does power corrupt? *Journal of Personality and Social Psychology*. 24(1)/1972, s. 33–41.
- 29 ŠUSTEK P., HOLČAPEK T. *Informovaný souhlas: Teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. Aspi, 2007. s. 50-51.
- 30 Např. Nález Ústavního soudu ze dne 16. 3. 2021, sp. zn. III. ÚS 2480/20.
- 31 POVOLNÁ, M. In: PETROV, J. a kol. *Občanský zákoník. Komentář*. 2. aktualizované vydání. Praha: C. H. Beck, 2023. Komentář k ustanovení § 2642.
- 32 Nález Ústavního soudu ze dne 20. 8. 2004, sp. zn. III. ÚS 459/03.
- 33 Důvodová zpráva k zákonu č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.
- 34 Důvodová zpráva k zákonu č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.
- 35 Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Veřejné zdravotní pojištění*. online. Aktualizováno 5. 8. 2020. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/verejne-zdravotni-pojisteni-2/>. [citováno. 2023-07-10].