



**Zadavatel:** Sdružení pomoci duševně nemocným ČR z.s.,  
IČ 27007596, se sídlem Brno, Lesná, Kupkova 664/62

**Zadání:** Povinnosti poskytovatele lůžkové péče pro zajištění ust. § 47 odst. 2 zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, v návaznosti na § 45 odst. 1 a 2 písm. g) a § 46 odst. 1 písm. c) z. 372/2011.

1. a) Rozsah povinností poskytovatele lůžkové péče v oblasti psychosociální intervence a její vymahatelnost dle platného zákona.  
b) Povinnost záznamu do zdravotní dokumentace o průběhu a výsledku soběstačnosti DN ve vztahu stanovení základních životních potřeb, u kterých bude po propuštění potřebovat pomoc formou dohledu? (§ 8 a násl. zák. č. 108/2006 Sb., příloha č. 1 vyhl. č. 505/2006 Sb.)  
c) Kdo má profesně povinnost záznamu do zdravotní dokumentace?
2. Vyplývá povinnost poskytovatele lůžkové péče dle § 47 odst. 2 zák. č. 372/2011 Sb. v návaznosti ad 1. stanovit pro pečující osoby nebo instituci, které má být pacient při propuštění předán, u kterých z deseti základních životních potřeb vyžaduje pacient pomoc formou dohledu?
3. Úmluva o lidských právech a biomedicíně: čl. 4 – je tento požadavek dostatečně legislativně zajištěn v návaznosti ad 1., ad 2.?

# Právní rozbor

Zpracovala: Mgr. Lenka Žváčková, advokátka  
se sídlem Příkop 148/18, Brno, PSČ 602 00

Datum: 30.12.2015

**Povinnosti poskytovatele lůžkové péče pro zajištění ust. § 47 odst. 2 zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, v návaznosti na § 45 odst. 1 a 2 písm. g) a § 46 odst. 1 písm. c) z. 372/2011.**

---

Posuzovaná ustanovení:

**§ 47 odst. 2** zákona č. 372/2011 Sb.,  
o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování  
(zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů  
(dále též jen „**zákon o zdravotních službách**“ nebo „**ZZdrSl**“)

*„Pokud není pacient vzhledem ke svému zdravotnímu stavu schopen obejít se bez pomoci další osoby, může být propuštěn z jednodenní nebo lůžkové péče až po předchozím včasné vyrozumění osoby, která tuto péči zajistí. Má-li být propuštěn pacient, u něhož není zajištěna další péče, poskytovatel o tom včas informuje obecní úřad obce s rozšířenou působností příslušný podle adresy místa trvalého pobytu pacienta, a má-li pacient trvalý pobyt na území hlavního města Prahy, informuje Magistrát hlavního města Prahy; obdobně postupuje u nezletilých pacientů se závažnou sociální problematikou v rodině.“*

**§ 45 odst. 1** ZZdrSl

*„Poskytovatel je povinen poskytovat zdravotní služby na náležitě odborné úrovni, vytvořit podmínky a opatření k zajištění uplatňování práv a povinností pacientů a dalších oprávněných osob, zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků při poskytování zdravotních služeb.“*

**§ 45 odst. 2 písm. g)** ZZdrSl

*„Poskytovatel je povinen ... předat jiným poskytovatelům zdravotních služeb nebo poskytovatelům sociálních služeb potřebné informace o zdravotním stavu pacienta nezbytné k zajištění návaznosti dalších zdravotních a sociálních služeb poskytovaných pacientovi ...“.*

**§ 46 odst. 1 písm. c)** ZZdrSl

*„Poskytovatel je povinen zajistit ... aby byl pacient informován o dalších zdravotních službách a dalších možných sociálních službách, které mohou zlepšit jeho zdravotní stav, zejména o možnostech sociální, pracovní a pedagogické rehabilitace ...“.*

**I. Právní rozbor § 47 odst. 2 ZZdrSl:**

Výše citované ustanovení stanovuje **vyrozumívací povinnost** pro případ, že pacient, který má být propuštěn z jednodenní či lůžkové péče není s ohledem na svůj zdravotní stav schopen obejít se bez pomoci další osoby.

V tomto směru je třeba nejprve vyložit, co se rozumí pojmem **schopnost, resp. neschopnost obejít se bez pomoci další osoby**. Zákon o zdravotních službách sám o sobě tento pojem nijak neupravuje. Při jeho výkladu je tak možné využít zejména zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále též jen „**zákon o sociálních službách**“ nebo „**ZSocSl**“) a vyhlášku č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále též jen „**prováděcí vyhláška**“ nebo „**ProvV**“).

Ustanovení § 8 ZSocSI konkrétním způsobem vymezuje, kdy lze osobu považovat za závislou na pomoci jiné fyzické osoby, tj. neschopnou obejít se bez pomoci další osoby. Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat následujících 10 základních životních potřeb<sup>1</sup>:

1. **Mobilita** – je-li osoba schopna zvládat vstávání a usedání, stoj, zaujímat polohy, pohybovat se chůzí krok za krokem, popřípadě i s přerušováním zastávkami, v dosahu alespoň 200 m, a to i po nerovném povrchu, chůzí po schodech v rozsahu jednoho patra směrem nahoru i dolů, používat dopravní prostředky včetně bariérových, má se za to, že je schopna zvládat tuto základní životní potřebu.
2. **Orientace** – za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna poznávat a rozeznávat zrakem a sluchem, mít přiměřené duševní kompetence, orientovat se časem, místem a osobou, orientovat se v obvyklém prostředí a situacích a přiměřeně v nich reagovat.
3. **Komunikace** – pokud je osoba schopna se dorozumět a porozumět, a to mluvenou srozumitelnou řečí a psanou zprávou, porozumět všeobecně používaným základním obrazovým symbolům nebo zvukovým signálům, používat běžné komunikační prostředky, má schopnost zvládat tuto životní potřebu.
4. **Stravování** – tato základní životní potřeba se považuje za zvládnutou, je-li osoba schopna vybrat si ke konzumaci hotový nápoj a potraviny, nápoj nalít, stravu naporcovat, naservírovat, najíst se a napít, dodržovat stanovený dietní režim.
5. **Oblékání a obouvání** – zvládnutím této základní životní potřeby se rozumí schopnost vybrat si oblečení a obutí přiměřené okolnostem, oblékat se a obouvat se, svlékat se a zouvat se, manipulovat s oblečením v souvislosti s denním režimem.
6. **Tělesná hygiena** – je-li osoba schopna použít hygienické zařízení, mýt si a osušovat si jednotlivé části těla, provádět celkovou hygienu, česat se, provádět ústní hygienu, holit se, považuje se tato schopnost za zvládnutou.
7. **Výkon fyziologické potřeby** – za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna včas používat WC, vyprázdnit se, provést očistu, používat hygienické pomůcky.
8. **Péče o zdraví** – pro zvládnutí této základní životní potřeby se vyžaduje schopnost osoby dodržovat stanovený léčebný režim, provádět stanovená léčebná a ošetřovatelská opatření a používat k tomu potřebné léky, pomůcky.
9. **Osobní aktivity** – u této životní potřeby se posuzuje zejména to, zda je osoba schopna vstupovat do vztahů s jinými osobami, stanovit si a dodržet denní program, vykonávat aktivity obvyklé věku a prostředí jako např. vzdělávání, zaměstnání, volnočasové aktivity, vyřizovat své záležitosti.
10. **Péče o domácnost** – za zvládnutí této potřeby se považuje stav, kdy je osoba schopna nakládat s penězi v rámci osobních příjmů a domácnosti, manipulovat s předměty denní potřeby, obstarat si běžný nákup, ovládat běžné domácí spotřebiče, uvařit si teplé jídlo a nápoj, vykonávat běžné domácí práce, obsluhovat topení a udržovat pořádek.<sup>2</sup>

Pokud osoba není schopna zvládnout alespoň jednu z aktivit, která je vymezena pro schopnost ji zvládat, má se za to, že osoba není schopna základní životní potřebu zvládat, i pokud by např. jiné z vymezených aktivit byla schopna zvládnout. Za neschopnost zvládnout konkrétní základní životní potřebu se považuje stav, kdy porucha funkčních schopností dosahuje úrovně úplné poruchy nebo poruchy těžké, kdy i přes využívání zachovaných potenciálů a kompetencí fyzické osoby a využívání běžně dostupných pomůcek, prostředků, předmětů denní potřeby nebo vybavení

1 § 9 odst. 1 ZSocSI

2 Viz Příloha č. 1 k prováděcí vyhlášce.

domácnosti, veřejných prostor nebo s využitím zdravotnického prostředku nelze zvládnout životní potřebu v přijatelném standardu.

Dle výše uvedených kritérií se osoba považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby, jestliže není schopna zvládat 3 nebo 4 základní životní potřeby (lehká závislost), 5 nebo 6 základních životních potřeb (středně těžká závislost), 7 nebo 8 základních životních potřeb (těžká závislost) nebo 9 nebo 10 základních životních potřeb (úplná závislost) a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby.<sup>3</sup>

Z výše uvedeného vyplývá, že za osobu neschopnou obejít se bez pomoci další osoby je nutné považovat osoby, které nezvládají minimálně 3 základní životní potřeby. Pro aplikaci ustanovení § 47 odst. 2 ZZdrSl tedy postačí, pokud dotyčná osoba bude potřebovat pomoc jiné fyzické osoby ke zvládnutí minimálně 3 základních životních potřeb anebo (v případě osob starších 18 let) bude nezbytný dohled jiné fyzické osoby pro zvládnutí minimálně 3 základních životních potřeb. V těchto případech se uplatní stanovená vyznamovací povinnost a takováto osoba tedy bude moci být propuštěna z lůžkové péče až po předchozím včasné vyrozumění osoby, která zajistí péči, bez níž se osoba není schopna obejít.

Další problém při výkladu posuzovaného ustanovení činí stanovení konkrétní **osoby, která je vyznamovací povinností zavázána**. V úvahu připadají následující osoby: ošetřující lékař, jakýkoliv lékař, jiný zdravotnický pracovník, jiný odborný pracovník podílející se na poskytování zdravotních služeb, jiný odborný pracovník, ev. jakýkoliv jiný pracovník (např. sekretářka apod.).

Zákon o zdravotních službách ani žádný jiný právní předpis tuto problematiku neřeší, bude tedy nutné přidržet se obecného ustanovení § 49 ZZdrSl, dle něhož by měl tuto povinnost splnit:

- některý zdravotnický pracovník nebo
- jiný odborný pracovník, který se podílí na poskytování zdravotních služeb, nebo
- jiný odborný pracovník vykonávající činnosti v přímé souvislosti s poskytováním zdravotních služeb.

Pro zajištění dodržování této povinnosti by však bylo vhodné, aby zákon konkrétněji vymezil osobu, kterou předmětná povinnost stíhá, ev. aby zde alespoň existovala povinnost upravit tuto problematiku vnitřním předpisem v rámci jednotlivých zdravotnických zařízení.

Výkladové problémy může rovněž působit to, v jaké lhůtě musí povinná osoba vyrozumění provést a tedy jak posuzovat **včasnost**, resp. nevčasnost vyrozumění. Z povahy věci lze dovodit, že včasnost vyrozumění bude nutné posuzovat vždy v každém konkrétním případě zvlášť, s přihlédnutím ke specifickým okolnostem daným zejména:

1. zdravotním stavem pacienta,
2. stupněm jeho závislosti na jiné fyzické osobě a
3. poměry vyznamované osoby (je-li vyznamována fyzická osoba, např. rodinný příslušník pacienta, bude nutné přihlédnout např. ke vzdálenosti jeho bydliště od sídla poskytovatele

---

3 Pro osoby do 18 let jsou stupně závislosti stanoveny odlišně:

- 1) I.stupeň (lehká závislost) – neschopnost zvládat 3 základní životní potřeby,
  - 2) II. stupeň (středně těžká závislost) – neschopnost zvládat 4 nebo 5 základních životních potřeb,
  - 3) III. stupeň (těžká závislost) – neschopnost zvládat 6 nebo 7 základních životních potřeb,
  - 4) IV. stupeň (úplná závislost) – neschopnost zvládat 8 nebo 9 základních životních potřeb,
- + vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby. Při hodnocení stupně závislosti se současně vychází z toho, zda tyto základní životní potřeby zvládají jiné děti obdobného věku.

lůžkové péče; je-li vyrozumívána obec, bude nutné vzít v potaz pracovní dobu úřadu<sup>4</sup> apod.).

Pro zamezení situacím, kdy se pacient ocitne bezprizorní, bez zajištěné jakékoliv další péče, by proto bylo vhodné, kdyby zákon blíže specifikoval, v jakém časovém horizontu je třeba vyrozumění učinit.

Dle § 47 odst. 2 ZZdrSl má být vyrozuměna „*osoba, která tuto péči zajistí*“. Je otázkou, jakou osobu má tímto zákon na mysli a jakým způsobem bude osoba činící vyrozumění tuto skutečnost zjišťovat (tj. zda postačí spokojit se s ústním ověřením toho, že určitá osoba péči zajistí nebo je povinností vyrozumivatele tuto skutečnost ověřit).

Předně se nabízí vyrozumění zákonného zástupce pacienta ve smyslu ustanovení § 47 odst. 1 písm. c) ZZdrSl. V tomto směru je nutné zdůraznit, že zákon neukládá povinnost vyrozumět případného opatrovníka pacienta (např. u pacientů, jež byli soudním rozhodnutím omezeni ve svéprávnosti), ani případného zmocněnce, důvěrníka či podpůrce, které si pacient zvolil ve smyslu § 106 a násl. zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (dále též jen „**občanský zákoník**“ nebo „**ObčZ**“)<sup>5</sup>.

Nemá-li pacient zákonného zástupce nebo tento zákonný zástupce není schopen zajistit potřebnou péči, kterou pacient potřebuje, příp. i kumulativně s vyrozuměním zákonného zástupce, přichází v úvahu vyrozumění osob určených podle § 33 ZZdrSl, tj. osob, které pacient při svém přijetí do péče určil jako osoby, které mohou být informovány o jeho zdravotním stavu, příp. že mohou též nahlížet do jeho zdravotnické dokumentace nebo dokonce i v případech uvedených podle § 34 odst. 7 ZZdrSl mohou vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb.

Není-li výše uvedených osob nebo nejsou-li tyto osoby schopny zajistit nezbytnou péči o pacienta, mohl by být zřejmě vyrozuměn nějaký vhodný rodinný příslušník pacienta ev. jiná osoba pacientovi blízká. Zde se nicméně nabízí dva základní problémy. První je čistě praktický: pokud pacient na tyto osoby neposkytne nějaký (ideálně telefonický) kontakt, a to ať již z jakéhokoliv důvodu (např. nechce tento kontakt poskytnout, nepamatuje si telefonní číslo apod.) a tento kontakt poskytovatel lůžkové péče nebude moci zjistit nějakým jednoduchým způsobem (např. sestra si může kontakt zapsat v okamžiku návštěvy vyrozumívané osoby u pacienta, vyhledáním v telefonním seznamu apod.), bude velmi problematické, jak tuto osobu vyrozumět. Druhým problémem pak může být situace, kdy pacient výslovně zakáže poskytování informací o svém zdravotním stavu jakýmkoliv osobám ve smyslu § 33 odst. 1 věta druhá ZZdrSl. V tomto případě zřejmě nebude možné žádnou fyzickou osobu vyrozumět<sup>6</sup> a situaci bude nutné posoudit jako stav,

4 Zde si lze představit například situaci, kdy obec bude vyrozuměna v pátek v odpoledních hodinách o propuštění pacienta, ke kterému by mělo dojít v pondělí. Byť jde o vyrozumění učiněné 3 dny předem, nelze dle mého názoru toto vyrozumění považovat za včasné s ohledem na to, že obecní úřady bývají uzavřeny v pátek kolem poledne, resp. v brzkých odpoledních hodinách; zajišťování sociální péče pro takového pacienta pak nemůže být odpovídajícím způsobem vyřešeno. Z Metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví ČR k aplikaci zákona o sociálních službách rovněž plyne, že vyrozumění obce by mělo být provedeno s **dostatečným předstihem**, aby se nestalo, že u pacienta bude ukončena hospitalizace bez určení odpovídajícího sociálního zařízení, kde bude péče o pacienta pokračovat.

5 Dle § 106 odst. 1 ObčZ musí poskytovatel zdravotních služeb zajistit, aby se člověku převzatému do zařízení poskytujícího zdravotní péči nebo zadržnému v takovém zařízení dostalo bez zbytečného odkladu náležitého vysvětlení jeho právního postavení, zákonného důvodu učiněného opatření a možností právní ochrany včetně práva zvolit si zmocněnce nebo důvěrníka. Stejná práva jako důvěrník má i podpůrce (srov. § 107 odst. 2 věta druhá ObčZ).

6 S ohledem na tuto skutečnost by proto bylo více než vhodné, upravit tuto problematiku speciálně (a rovněž

kdy u pacienta není zajištěna další péče, tj. aplikovat ustanovení věty druhé § 47 odst. 2 ZZdrSl a informovat obecní úřad obce s rozšířenou působností.

V této souvislosti se dostáváme k dalšímu výkladovému problému, a to k otázce, **kdo je povinen zajistit další péči** o pacienta, který není schopen se obejít bez pomoci další osoby, tj. zvládat minimálně 3 ze základních životních potřeb, resp. zda tuto povinnost má poskytovatel jednodenní či lůžkové péče.

Z dikce předmětného ustanovení lze dovodit, že další péči o pacienta by měla zajistit fyzická osoba, která bude poskytovatelem jednodenní či lůžkové péče vyzkoušená o propuštění pacienta. Pokud tato osoba bude schopna další péči o pacienta řádným a vhodným způsobem zajistit, poskytovatel jednodenní či lůžkové péče bude moci pacienta již bez dalšího propustit (samozřejmě při splnění ostatních povinností plynoucích z právních předpisů jako je např. vydání propouštěcí zprávy, vybavení pacienta léky apod.).

Otázkou je, jak se má poskytovatel jednodenní či lůžkové péče zachovat v případě, že zde není žádná fyzická osoba, která by mohla další péči zajistit, tj. zda má poskytovatel povinnost zajistit, ev. se pokusit zajistit tuto další péči o pacienta sám nebo má pouze povinnost vyzkoušet obecní úřad obce s rozšířenou působností a zajištění sociálních služeb je pak povinností obecního úřadu. Vyjdeme-li z textu zákona, musíme dojít k závěru, že zajištění další péče nebo alespoň pokus o její zajištění není v povinnostech poskytovatele jednodenní či lůžkové péče; je tedy jen a pouze na poskytovateli, zda se o toto sám ze své iniciativy dobrovolně pokusí nebo bude rovnou vyzkoušet obecní úřad obce s rozšířenou působností a zajištění další péče nechá na něm.

V souladu s ustanovením § 92 písm. c) ZSocSl je obecní úřad obce s rozšířenou působností na základě oznámení poskytovatele zdravotních služeb povinen zjistit, zda pacient, jež má být propuštěn z lůžkové péče, potřebuje služby sociální péče, a současně též zprostředkovat možnost jejich poskytnutí. V případě, že nelze služby sociální péče pacientovi poskytnout, je povinen neprodleně sdělit tuto skutečnost poskytovateli zdravotních služeb, v jehož zdravotnickém zařízení je osoba umístěna. Nastane-li tato situace, zákon o zdravotních službách již nijak neřeší, jak má poskytovatel lůžkové péče nadále postupovat, tj. zda je povinen poskytnout další péči sám či je povinen zajistit poskytnutí další péče o pacienta nebo zda takového pacienta může propustit i bez zajištění této další péče.

Vodítko pro řešení těchto situací nabízí ustanovení § 52 odst. 1 ZSocSl, které uvádí, že ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče se poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení lůžkové péče. Z tohoto ustanovení je tedy zřejmé, že pokud jde o pacienta, který není schopen obejít se bez pomoci další osoby, **nelze jej** v případě, kdy u něj není zajištěna další péče jinou vhodnou fyzickou osobou či obcí s rozšířenou působností, **propustit**, nýbrž poskytovatel lůžkové péče je povinen mu poskytnout pobytové sociální služby, a to až do doby, než je pacientovi zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb. Jiné než pobytové sociální služby může poskytovatel lůžkové péče pacientovi sám poskytovat toliko v případě, že je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb.<sup>7</sup>

podrobněji) právě u osob duševně nemocných.

<sup>7</sup> Viz Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR k aplikaci zákona o sociálních službách : Bude-li zdravotnické zařízení předpokládat ukončení léčby pacienta ze zdravotních důvodů, mělo by kontaktovat obec III. stupně podle místa trvalého bydliště pacienta se žádostí, aby pomohla pacientovi zprostředkovat odpovídající služby. Obec buď sdělí, že má služby zajištěné, nebo že je zajištěné nemá. Tento proces by měl být činěn s **předstihem**, aby se nestalo,

Závěrem je nutné poukázat na to, že **porušení vyrozumívací povinnosti** dle § 47 odst. 2 ZZdrSl **není nijak sankcionováno** (porušení této povinnosti není v ustanovení § 114 a násl. ZZdrSl označeno ani za přestupek ani za správní delikt). V důsledku toho může docházet (a často fakticky i dochází) k tomu, že poskytovatelé lůžkové péče tuto povinnost nebudou respektovat a pacienti budou propouštěti bez jakéhokoliv vyrozumění a zajištění následné sociální péče. Typicky tomu může být v případech, kdy pacient potřebuje toliko dohled jiné fyzické osoby při plnění základních životních potřeb (např. u pacientů duševně nemocných).

V úvahu by přicházela pouze odpovědnost občanskoprávní, např. v případě, že by porušením vyrozumívací povinnosti vznikla nějakému subjektu škoda. V tomto případě by však byl žalobce v eventuálním sporu povinen prokazovat veškeré předpoklady nutné pro uplatnění odpovědnosti za škodu, tj. nejen porušení právní povinnosti, ale též např. i příčinnou souvislost mezi tímto porušením a vznikem škody, zavinění a musel by rovněž přesně vyčíslit škodu, což bývá velmi složité. V důsledku výše uvedeného se proto ustanovení § 47 odst. 2 ZZdrSl jeví jakožto **nevymahatelné**.

## **II. Posouzení § 47 odst. 2 ZZdrSl ve vztahu k § 45 odst. 1 ZZdrSl:**

Dle ustanovení § 45 odst. 1 ZzdrSl je poskytovatel povinen poskytovat zdravotní služby na náležité odborné úrovni, vytvořit podmínky a opatření k zajištění uplatňování práv a povinností pacientů a dalších oprávněných osob, zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků při poskytování zdravotních služeb.

Toto ustanovení velmi obecné a je nutné zdůraznit, že se týká pouze **zdravotních služeb**. Ve vztahu k § 47 odst. 2 ZZdrSl se ho tedy nelze dovolávat, jelikož aplikace § 47 odst. 2 ZZdrSl vyvstává až teprve v případě, že poskytovatel lůžkové péče dospěje k závěru, že poskytování této zdravotní péče bude moci být s ohledem na zdravotní stav pacienta ukončeno. Ustanovení § 45 odst. 1 ZZdrSl tak nedopadá na poskytování sociálních služeb, ev. dalších jiných než zdravotních služeb.

Blíže je ustanovení § 45 odst. 1 ZZdrSl rozebráno v části 3.

## **III. Posouzení § 47 odst. 2 ZZdrSl ve vztahu k § 45 odst. 2 písm. g) ZZdrSl:**

Ustanovení § 45 odst. 2 písm. g) ZZdrSl ukládá poskytovateli zdravotních služeb povinnost předat jiným poskytovatelům zdravotních služeb nebo poskytovatelům sociálních služeb potřebné informace o zdravotním stavu pacienta nezbytné k zajištění návaznosti dalších zdravotních a sociálních služeb poskytovaných pacientovi.

Tímto ustanovením je do jisté míry prolamována povinnost mlčenlivosti poskytovatele zdravotních služeb, zdravotnických pracovníků a dalších osob stanovená v § 51 ZZdrSl.

Z dikce ustanovení § 45 odst. 2 písm. g) ZZdrSl však nelze dovodit povinnost poskytovatele zdravotních služeb zajistit následné sociální služby pacienta, nýbrž pouze **informovat** poskytovatele

---

že u pacienta bude ukončena hospitalizace ze zdravotních důvodů, ale nebude určeno žádné zařízení, kde bude péče pokračovat. V případě, že obecní úřad sdělí zdravotnickému zařízení, že nelze služby sociální péče pacientovi poskytnout, je zdravotnické zařízení oprávněno uzavřít s pacientem smlouvu o poskytování sociálních služeb, ale pouze v případě, je-li zapsáno v registru poskytovatelů sociálních služeb.

sociálních služeb, který byl zajištěn vhodnou fyzickou osobu (viz výše), obcí s rozšířenou působností, není však vyloučeno, aby byl zajištěn přímo i samotným poskytovatelem zdravotních služeb.

Zákon neuvádí, jakou *formou* mají být příslušné informace předány, tj. zda postačí informování ústní nebo informace musí být podána písemně. V případě nezbytnosti písemné informace se pak nabízí v úvahu otázka, zda má být poskytovateli sociálních služeb předložena celá zdravotnická dokumentace pacienta nebo pouze výpis z ní<sup>8</sup>, ev. lze potřebné informace poskytnout volnou formou.

Porušení této informační povinnosti je s ohledem na ustanovení § 117 odst. 1 písm. u) ZZdrSl považováno za **správní delikt**, za nějž je možné uložit pokutu až do výše 100.000,- Kč (srov. § 117 odst. 4 písm. e) ZZdrSl). Poskytovatel lůžkové péče by se mohl zprostit odpovědnosti za správní delikt pouze v případě, pokud by prokázal, že vynaložil veškeré úsilí, které bylo možno požadovat, aby porušení právní povinnosti zabránil<sup>9</sup> (např. si lze představit případ, kdy poskytovatel lůžkové péče zašle příslušnou informaci poskytovateli sociálních služeb poštou, avšak dojde ke ztrátě zásilky, ev. si poskytovatel sociálních služeb zásilku nevyzvedne).

#### **IV. Posouzení § 47 odst. 2 ZZdrSl ve vztahu k § 46 odst. 1 písm. c) ZZdrSl:**

Ustanovení § 46 odst. 1 písm. c) ZZdrSl ukládá poskytovateli zdravotních služeb povinnost zajistit, aby byl pacient informován o dalších zdravotních službách a dalších možných sociálních službách, které mohou zlepšit jeho zdravotní stav, zejména o možnostech sociální, pracovní a pedagogické rehabilitace.

**Povinnost informační** tak nestíhá přímo poskytovatele zdravotních služeb, k naplnění účelu § 46 odst. 1 písm. c) ZZdrSl postačí, pokud poskytovatel zdravotních služeb poskytnutí příslušné informace pouze zajistí. Může tak uskutečnit buď sám nebo pro tyto účely využít jinou vhodnou formu. Informace lze poskytnout jak ústně, tak i písemně. Je však nutné upozornit, že porušení této povinnosti není zákonem nijak sankcionováno, když se nejedná ani o přestupek ani o správní delikt.

#### **V. Závěr**

Lze tedy shnout, že § 47 odst. 2 ZZdrSl působí mnohé výkladové obtíže, zejména pak jde o problematiku včasnosti vyrozumění, toho, kdo má být vyrozuměn, i toho, zda by zdravotnické zařízení nemělo být povinno zajistit či se alespoň pokusit zajistit pacientovi další následnou péči (alespoň v případech, kdy zde není žádná fyzická osoba, která by mohla péči zajistit a ani obec s rozšířenou působností tuto péči nezajistí).

**Nejzásadnějším problémem však zůstává porušování této povinnosti**, a to zejména v případech, kdy osoba vyžaduje pouze dohled nad plněním základních životních potřeb. K vyrozumívání fyzických osob (typicky opatrovníků nebo rodinných příslušníků osob s duševním postižením) totiž často nedochází vůbec, což může být zapříčiněno mj. tím, že porušení vyrozumívací povinnosti není zákonem žádným způsobem sankcionováno.

<sup>8</sup> Minimální požadavky na výpis ze zdravotnické dokumentace jsou stanoveny v části 1. přílohy č. 1 k vyhl. č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>9</sup> Srov. § 118 odst. 1 ZZdrSl



## 1. a) Rozsah povinností poskytovatele lůžkové péče v oblasti psychosociální intervence a její vymahatelnost dle platného zákona.

---

Pojem *psychosociální intervence* není definován v žádném právním předpise, jeho obsah je vymezován toliko naukou, a to např. jako soubor reakcí, činností a služeb, které navozují v člověku postiženém nepřízní osudu (např. fyzickou či duševní nemocí), neštěstím či mimořádnou událostí, příp. i v jeho rodinných příslušnících a osobách blízkých přesvědčení, že na daný problém není sám a že problém zvládne. Vychází z předpokládaných a vyjádřených potřeb a hodnot zasažených v oblastech sociální, psychické, duchovní a tělesné a aktivně povzbuzuje osobité strategie zvládání zátěže a zacházení s vlastními silami a zdroji se zdůrazněním primárních (neformálních) zdrojů sociální opory.

Primárně je třeba, aby byly zajištěny základní lidské tělesné potřeby, potřeby každodenního života, dále pak např. potřeba bezpečí, jistoty, informací, spojení s rodinou, psychologické podpory. Psychosociální intervence má posílit člověka, příp. i jeho okolí, obnovit jeho životu prospěšné iluze o bezpečí a moci jedince a předvídatelnosti a ovlivnitelnosti událostí a udržet či zvýšit jeho odvalu k životu a pocit životního smyslu. Hlavním cílem psychosociální pomoci pak je začlenění lidí do společenství při co nejvíce zachované soběstačnosti. Důležité přitom je, aby se psychosociální intervence realizovala senzitivně a kontinuálně.

Poskytovatelé lůžkové péče jsou **povinni** poskytovat **pobytové sociální služby** osobám, které s ohledem na svůj zdravotní stav sice již nevyžadují lůžkovou, avšak nejsou schopny obejít se bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení lůžkové péče (srov. § 52 ZSocSl).

Tato povinnost poskytovatele lůžkové péče stíhá až do doby, než je takovým pacientům:

- zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo
- zabezpečena pomoc jinou fyzickou osobou nebo
- zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo
- zajištěno poskytování pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb.

Poskytovatelé lůžkové péče jsou povinni poskytovat tyto sociální služby v následujícím rozsahu<sup>10</sup>:

- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Podrobný rozsah jednotlivých úkonů, které výše uvedené sociální služby obsahují, je popsán v ustanovení § 18 odst. 1 ProvV<sup>11</sup>.

<sup>10</sup> Srov. § 52 odst. 2 ZSocSl

<sup>11</sup> Základní činnosti při poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:

- a) poskytnutí ubytování (ubytování, úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení)
- b) poskytnutí stravy (zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel)

V případě, že je poskytovatel lůžkové péče zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb, může pacientovi nad rámec výše uvedených sociálních služeb poskytovat i sociální služby jiné, a to na základě uzavřené smlouvy o poskytování sociálních služeb.

Dle ustanovení § 4 odst. 1 písm. k) vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů (dále též jen „**vyhl. č. 55/2011 Sb.**“), spadá do kompetence všeobecných sester bez odborného dohledu orientačně hodnotit sociální situaci pacienta, identifikovat potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkovat pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních. V tomto směru je však nutné konstatovat, že z dikce citovaného ustanovení nevyplývá, že by všeobecné sestry byly povinny postupovat výše naznačeným způsobem<sup>12</sup>; v případě, že by se všeobecná sestra sociální situací pacienta nijak nezabývala a nezprostředkovala žádnou potřebnou pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních, nejde o porušení právních předpisů. V úvahu by přicházelo pouze porušení pracovněprávních povinností, pokud by v rámci vnitřních předpisů příslušného poskytovatele lůžkové péče byla tato povinnost zakotvena.

Povinnost poskytovat psychologické a sociální služby svým pacientům pak pro poskytovatele lůžkové péče vyplývá z vyhlášky č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů (dále též jen „**vyhl. 99/2012 Sb.**“). Tato vyhláška stanovuje požadavky na minimální personální zabezpečení mj. poskytovatelů lůžkové péče<sup>13</sup> s tím, že zabezpečení zdravotnickými pracovníky a jinými odbornými pracovníky nad rámec stanovených požadavků závisí na druhu a objemu poskytované zdravotní péče, oboru a spektru prováděných výkonů a činností tak, aby byla zajištěna kvalita, bezpečí a dostupnost zdravotní péče. Z těchto požadavků na minimální personální zabezpečení pak lze výkladem (ve spojení se zakotvením kompetencí jednotlivých pracovníků) dovodit, jaké psychosociální služby by měly být pacientům standardně poskytovány.

Zde se povinnosti poskytovatelů lůžkové péče liší dle toho, jakou péči poskytují, resp. jaká oddělení se v zařízení nachází.

V případě **akutní standardní lůžkové péče** je vyžadováno zabezpečení následujícími pracovníky poskytujícími psychosociální intervenci:

- oddělení geriatric: všeobecná sestra bez dohledu  
zdravotně-sociální pracovník nebo sociální pracovník  
ergoterapeut (postačí jeho dostupnost)
- oddělení psychiatrie: psychiatr  
lékař s odbornou způsobilostí

---

c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu (pomoc při úkonech osobní hygieny, pomoc při základní péči o vlasy a nehty, pomoc při použití WC)

d) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu (pomoc a podpora při podávání jídla a pití, pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek, pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík, pomoc při vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh, pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru)

e) **zprostředkování kontaktu se společenským prostředím** (podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů, pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob)

f) **sociálně terapeutické činnosti** (socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob)

g) **aktivizační činnosti** (návlek a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností)

h) **pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí** (pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů).

12 Srov. formulaci vyhl. 55/2011 Sb., kde je uvedeno, že všeobecná sestra „*může*“ ...

13 Příloha č. 3 k vyhl. 99/2012 Sb.

sestra pro péči v psychiatrii  
všeobecná sestra bez dohledu  
ergoterapeut nebo pracovní terapeut (postačí jeho dostupnost)  
klinický psycholog nebo psycholog ve zdravotnictví<sup>14</sup>  
zdravotně-sociální pracovník nebo sociální pracovník

- oddělení návykových nemocí:
  - psychiatr nebo lékař se zvláštní odbornou způsobilostí v návykových nemocech
  - lékař s odbornou způsobilostí
  - sestra pro péči v psychiatrii bez dohledu nebo adiktolog bez dohledu
  - všeobecná sestra bez dohledu
  - zdravotně-sociální pracovník nebo sociální pracovník
- oddělení rehabilitační a fyzikální medicíny:
  - všeobecná sestra bez dohledu
  - ergoterapeut
  - klinický psycholog (postačí jeho dostupnost)

V případě **následné lůžkové péče** je vyžadováno zabezpečení následujícími pracovníky poskytujícími psychosociální intervenci:

- obecně: všeobecná sestra bez dohledu
  - fyzioterapeut nebo ergoterapeut
  - klinický psycholog (postačí jeho dostupnost)
- oddělení návykových nemocí: všeobecná sestra bez dohledu
  - psychiatr nebo lékař se zvláštní odbornou způsobilostí v návykových nemocech
  - lékař s odbornou způsobilostí
  - sestra pro péči v psychiatrii bez dohledu nebo adiktolog bez dohledu
  - všeobecná sestra bez dohledu
  - klinický psycholog nebo psycholog ve zdravotnictví<sup>15</sup>
- oddělení psychiatrie a sexuologie:
  - psychiatr nebo gerontopsychiatr nebo sexuolog
  - lékař s odbornou způsobilostí
  - sestra pro péči v psychiatrii
  - všeobecná sestra bez dohledu
  - ergoterapeut nebo pracovní terapeut
  - klinický psycholog nebo psycholog ve zdravotnictví<sup>16</sup>
- oddělení rehabilitační a fyzikální medicíny:
  - všeobecná sestra bez dohledu
  - fyzioterapeut nebo ergoterapeut nebo pracovní terapeut
  - klinický psycholog (postačí jeho dostupnost)
- lázeňská léčebně rehabilitační péče:
  - všeobecná sestra bez dohledu
  - ergoterapeut
- následná intenzivní péče:
  - všeobecná sestra bez dohledu
  - klinický psycholog (postačí jeho dostupnost)
  - zdravotně-sociální pracovník nebo sociální pracovník (postačí jeho dostupnost)

---

14 Je-li zajištěna dostupnost klinického psychologa.

15 Je-li zajištěna dostupnost klinického psychologa.

16 Je-li zajištěna dostupnost klinického psychologa.

V případě **dlouhodobé lůžkové péče** je vyžadováno zabezpečení následujícími pracovníky poskytujícími psychosociální intervenci:

všeobecná sestra bez dohledu  
fyzioterapeut bez dohledu nebo ergoterapeut bez dohledu  
klinický psycholog (postačí jeho dostupnost)

Z vymezení toho, jaké pracovníky musí jednotliví poskytovatelé lůžkové péče zabezpečit, vyplývá i rozsah poskytovaných psychosociálních služeb. Jejich bližší vymezení pak vyplývá i z vyhl. č. 55/2011 Sb., která blíže popisuje náplň jednotlivých odborných pracovníků a tím i určuje obsah služeb psychosociální intervence, které má poskytovatel lůžkové péče povinnost poskytnout.

V § 6 vyhl. č. 55/2011 Sb. je vymezena **ergoterapie** (lčba prací), přičemž ergoterapeut může zejména:

- a) provádět ergoterapeutické vyšetření zaměřené na analýzu aktivit pacienta, hodnocení senzomotoriky, mobility a lokomoce, orientační vyšetření kognitivních funkcí ve vztahu k analýze běžných denních činností (ADL),
- b) provádět hodnocení a nácvik běžných denních činností (ADL) v nemocničním i ve vlastním sociálním prostředí,
- c) provádět hodnocení v oblasti pracovních a zájmových aktivit v kontextu fyzického a sociálního prostředí,
- d) na základě ergoterapeutického vyšetření a analýzy funkčních schopností sestavovat krátkodobý a dlouhodobý plán ergoterapie, vybírat specifické ergoterapeutické postupy a metodiky, v rámci multidisciplinárního týmu vytvářet dlouhodobý plán komplexní rehabilitace,
- e) aplikovat ergoterapeutické postupy a metodiky v individuální i skupinové ergoterapii s cílem zlepšení funkční schopnosti pacienta,
- f) navrhovat a popřípadě zhotovovat kompenzační a technické pomůcky a učit pacienty, jimi určené osoby a ošetrovatelský personál tyto pomůcky využívat,
- g) poskytovat poradenské služby a instruktáže v otázkách adaptace, kompenzace a substituce poruch a onemocnění,
- h) v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti v rámci ergodiagnostiky, analyzovat zbylý pracovní potenciál, trénovat toleranci zátěže a vytrvalosti a ve spolupráci s ostatními odborníky doporučovat vhodné pracovní a studijní začlenění zdravotně postižených,
- i) navrhovat a popřípadě provádět preventivní opatření proti vzniku komplikací a strukturálních změn u imobilních pacientů, spolupracovat a edukovat v tomto směru všeobecnou sestru, pacienty a jimi určené osoby, působit v rámci ošetrovatelského týmu jako odborník zaměřený na uspokojování specifických potřeb pacientů,
- j) seznamovat pacienty s možnostmi sociální péče a v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti v rámci sociální rehabilitace osob se zdravotním postižením,
- k) v rozsahu své odborné způsobilosti provádět na základě indikace klinického psychologa, klinického logopeda nebo lékaře výcvik komunikačních a rozumových funkcí.

V případě osob duševně nemocných a mentálně postižených existují specializovaní **ergoterapeuti pro psychiatrii**, kteří mohou zejména:

- a) realizovat opatření vedoucí k zachování co nejvyšší míry soběstačnosti a začlenění do přirozeného sociálního a pracovního prostředí,
- b) provádět nácvik a trénink pracovních dovedností,
- c) provádět kondiční ergoterapii za pomoci pohybových her a kreativních činností,
- d) v rozsahu své specializované způsobilosti vykonávat činnosti při dlouhodobém programu léčby drogově závislých,

e) na základě indikace klinického psychologa, klinického logopeda nebo lékaře provádět trénink kognitivních funkcí, sociálních a komunikačních dovedností prostřednictvím cílených aktivit (srov. § 77 vyhl. č. 55/2011 Sb.).

Dalším specializovaným pracovníkem v psychiatrii poskytujícím mj. psychosociální intervenci jsou **sestry pro péči v psychiatrii**, které krom dalšího mohou:

- a) provádět poradenskou činnost v oblasti prevence poruch duševního zdraví a v oblasti resocializace,
- b) koordinovat spolupráci mezi ústavními zdravotnickými zařízeními a terénními službami, aktivně pracovat s osobami určenými pacientem, společně vytvářet podmínky pro návrat pacienta do vlastního sociálního prostředí,
- c) sledovat chování pacienta z hlediska včasného zachycení nastupující krize,
- d) napomáhat adaptaci pacienta na změněné životní podmínky a podporovat zachování fyzických, kognitivních a psychických funkcí prostřednictvím cílených aktivit,
- e) provádět psychoterapeutickou podporu,
- f) v rozsahu své specializované způsobilosti vykonávat činnosti při začleňování pacienta s poruchou duševního zdraví do vlastního sociálního prostředí,
- g) na základě indikace lékaře provádět návštěvní službu a poskytovat ošetrovatelskou péči ve vlastním sociálním prostředí pacienta,
- h) na základě indikace lékaře poskytovat ošetrovatelskou péči pacientovi, který má patologické změny psychického stavu, vyžadující stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví pacienta nebo jeho okolí,
- i) na základě indikace lékaře sledovat dodržování léčebného režimu pacienta, hodnotit známky zhoršování onemocnění, vyhodnocovat, zda pacient není nebezpečný sobě nebo svému okolí, a
- j) na základě indikace lékaře informovat lékaře, případně zajistit nezbytná opatření pro bezpečnost pacienta a jeho okolí,
- k) pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo klinického psychologa v rozsahu své specializované způsobilosti vykonávat činnosti při krizové intervenci, při zajišťování psychologické pomoci rodině, používat pomocné psychoterapeutické techniky včetně individuálních psychoterapeutických rozhovorů a zajišťovat psychoterapeutický režim oddělení (srov. § 64 vyhl. č. 55/2011 Sb.).

V § 9 vyhl. č. 55/2011 Sb. je vymezena činnost **zdravotně-sociálních pracovníků**, kteří jsou oprávněni:

- a) provádět sociální prevenci, včetně depistážní činnosti, zaměřenou na cílené a včasné vyhledávání jedinců, kteří se v důsledku své nemoci nebo nemoci blízkých osob mohou ocitnout nebo se již ocitli v nepříznivé sociální situaci,
- b) provádět sociální šetření u pacientů a posuzovat životní situace pacienta ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům, podle potřeby objektivizovat rozbor sociální situace návštěvní službou v rodinách, na základě spolupráce s orgány veřejné správy, popřípadě dalšími subjekty a o zjištěných skutečnostech zpracovávat zprávu o posouzení životní situace pacienta,
- c) sestavovat plán psychosociální intervence do životní situace pacienta, včetně rozsahu, druhu a potřeby sociálních opatření, ve spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky tato opatření realizovat,
- d) zajišťovat sociálně-právní poradenství ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům,
- e) účastnit se integrace pacientů, kteří takovou pomoc potřebují v důsledku chybějících fyzických, psychických nebo sociálních schopností, narušených sociálních vztahů nebo jiných překážek do společenského prostředí; k aktivní účasti na této integraci získávat pacienty a jejich sociální okolí,
- f) v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přípravě a organizaci rekondičních pobytů,

- g) v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přípravě propuštění pacientů, včetně zajištění další péče a služeb,  
h) v případě úmrtí pacientů provádět odborné poradenství v sociální oblasti; u osamělých zemřelých pacientů zajišťovat záležitosti spojené s úmrtím.

Kompetence **psychologů ve zdravotnictví** jsou zakotveny v § 23 vyhl. č. 55/2011 Sb. Tito pod odborným dohledem klinického psychologa nebo dětského klinického psychologa mohou provádět

- a) psychologickou diagnostiku,
- b) psychoterapii a socioterapii,
- c) neodkladnou péči v případě akutních psychických krizí a traumat,
- d) rehabilitaci, reedukaci a resocializaci psychických funkcí,
- e) školení zdravotnických pracovníků v oblasti psychologie zdraví a nemoci,
- f) psychologickou prevenci, výchovu a poradenství ke zdravému způsobu života,
- g) v rozsahu své odborné způsobilosti prevenci psychologických problémů zdravotnických pracovníků,
- h) poradenskou činnost v oblasti péče o psychický stav tělesně i duševně nemocných pacientů, včetně paliativní péče o nevléčitelně nemocné a přípravy na lékařské zákroky,
- i) odbornou konziliární, posudkovou a dispensární činnost.

V případě, že by pacientovi nebyly poskytovány potřebné psychosociální služby buď vůbec nebo v nedostatečné míře či kvalitě, může pacient sám nebo jeho zákonný zástupce, opatrovník, zmocněnec nebo v případě, kdy pacient tak nemůže učinit s ohledem na svůj zdravotní stav nebo zemřel osoba pacientovi blízká, podat proti postupu poskytovatele **stížnost** v souladu s § 93 a násl. ZZdrSl. Poskytovatel lůžkové péče je pak povinen vyřídit stížnost do 30 dnů ode dne jejího obdržení<sup>17</sup> a je-li to s ohledem na charakter stížnosti možné, navrhnout stěžovateli ústní projednání stížnosti.

Pokud stěžovatel nesouhlasí s vyřízením stížnosti může podat stížnost příslušnému správnímu orgánu, který poskytovateli udělil oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Správní orgán pak stížnost vyřídí v zákonem stanovené lhůtě 30 dnů (ev. 90 dnů, je-li třeba ustavit nezávislého odborníka, či 120 dnů, resp. je-li třeba ustavit nezávislou odbornou komisi). Zjistí-li správní orgán při šetření stížnosti porušení práv nebo povinností při poskytování zdravotních služeb nebo činnostech s tím souvisejících stanovených tímto zákonem nebo jinými právními předpisy anebo jiná pochybení dotýkající se práv a zájmů pacientů:

- uloží poskytovateli **nápravná opatření** s uvedením lhůty pro jejich splnění, popřípadě
- podá **podnět orgánu** příslušnému podle jiných právních předpisů (např. dle zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech, nebo zákona č. 296/2008 Sb., o zajištění jakosti a bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka a o změně souvisejících zákonů (zákon o lidských tkáních a buňkách)) nebo
- podá **podnět příslušné komoře**, jestliže zjistí takové pochybení zdravotnickým pracovníkem, který je členem komory, které přísluší šetřit komoře podle zákona upravujícího činnost komor.

Je-li poskytovatel lůžkové péče zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb, existují zde kontrolní mechanismy nad plněním jeho povinností stanovených mu právními předpisy, tedy i v oblasti poskytování psychosociální intervence, stanovené zákonem o sociálních službách v § 97 a násl. **Inspekci poskytování sociálních služeb** provádí Ministerstvo práce a sociálních věcí.

---

<sup>17</sup> Tato lhůta může být v odůvodněných případech prodloužena o dalších 30 dnů.

V ostatních případech je pak možné uplatnit **kontrolní mechanismy** stanovené § 107 a násl. ZZdrSl. Kontrolní orgány jsou oprávněny kontrolovat plnění povinností a podmínek stanovených zákonem o zdravotních službách nebo jinými právními předpisy upravujícími zdravotní služby nebo činnosti související se zdravotními službami. Kontrolní orgány jsou v této souvislosti oprávněny

- ukládat k odstranění zjištěných nedostatků nápravná opatření,
- stanovit lhůty, v nichž je třeba nápravné opatření splnit,
- kontrolovat splnění nápravných opatření,
- požadovat na kontrolovaných osobách písemné zprávy o splnění nápravných opatření.

**1. b) Povinnost záznamu do zdravotní dokumentace o průběhu a výsledku soběstačnosti DN ve vztahu stanovení základních životních potřeb, u kterých bude po propuštění potřebovat pomoc formou dohledu? (§ 8 a násl. zák. č. 108/2006 Sb., příloha č. 1 vyhl. č. 505/2006 Sb.)**

Náležitosti zdravotnické dokumentace obsahuje § 1 vyhl. č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů (dále též jen „**vyhl. č. 98/2012 Sb.**“). Zdravotnická dokumentace krom dalšího obsahuje údaje o zdravotním stavu pacienta i o skutečnostech souvisejících s poskytováním zdravotních služeb pacientovi, zejména informace o zdravotním stavu pacienta, o průběhu a výsledku poskytovaných zdravotních služeb a o **dalších významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta** a s postupem při poskytování zdravotních služeb, včetně anamnestických údajů potřebných pro poskytování zdravotních služeb (srov. § 1 odst. 1 písm. h) vyhl. č. 98/2012 Sb.). Zdravotnická dokumentace v návaznosti na zjištěné informace o zdravotním stavu pacienta dále obsahuje záznamy **o jiných významných okolnostech** souvisejících se zdravotním stavem pacienta, které byly zjištěny v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (srov. § 1 odst. 2 písm. q) vyhl. č. 98/2012 Sb.).

Byť vyhláška č. 98/2012 Sb. nestanoví výslovně povinnost zaznamenat do zdravotnické dokumentace ty základní životní potřeby, u nichž pacient bude potřebovat pomoc jiné fyzické osoby formou dohledu, bylo by možné tuto skutečnost považovat za jinou významnou okolnost související se zdravotním stavem pacienta. V důsledku toho by bylo nezbytné tuto skutečnost do zdravotnické dokumentace zaznamenat. Nicméně ve výčtu náležitostí propouštěcí zprávy (slovy vyhlášky „informace o ukončení lůžkové péče“) tento údaj chybí<sup>18</sup>.

Nejpodstatnějším předpisem v této oblasti však zcela evidentně je sdělení Českého statistického úřadu č. 431/2009 Sb. ze dne 18.11.2009, o zavedení Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF).

**Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MFK, mezinár. zkratka ICF)** byla přijata v roce 2001 Světovým zdravotnickým shromážděním<sup>19</sup> a je součástí souboru klasifikací Světové zdravotnické organizace a je určena pro měření zdravotního postižení na individuální i populační úrovni. Klasifikace MKF je určena pro účely hodnocení stupně disability, posuzování zdravotní způsobilosti k práci (pokud je fyzická osoba disabilní), posuzování speciálních potřeb ve vzdělávání, předepisování a proplácení zdravotnických prostředků, pro účely zdravotních pojišťoven, pro zjišťování zdravotního stavu jako podkladu pro posouzení ve věcech dávek a služeb sociálního zabezpečení zaměstnanosti, pro posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu ve věcech sociálního zabezpečení a zaměstnanosti a pro statistické účely při hodnocení zdravotního stavu.

<sup>18</sup> Srov. náležitosti propouštěcí zprávy stanovené v bodě 4. A přílohy č. 1 k vyhl. č. 98/2012 Sb.:

Propouštěcí zpráva obsahuje:

1. stručný údaj o anamnéze a současné nemoci,
2. dobu a průběh jednodenní nebo lůžkové péče vystihující, proč byl pacient hospitalizován a jaký byl výsledek diagnostického úsilí, ošetřování a léčby,
3. hlavní diagnózu, vedlejší diagnózy,
4. záznam o dosavadní léčbě a výsledky provedených vyšetření, které jsou podstatné pro poskytování dalších zdravotních služeb,
5. přehled provedených zdravotních výkonů, včetně jejich výsledků a případných komplikací,
6. doporučení k poskytnutí potřebných zdravotních služeb, včetně léčebně rehabilitační a ošetrovatelské péče a doporučení dietního režimu, léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a jejich dávkování a doporučení zdravotnických prostředků určené poskytovateli, který bude další zdravotní služby poskytovat, a doporučení pro posudkovou zdravotní péči.

<sup>19</sup> Světové zdravotnické shromáždění je jedním ze základních orgánů Světové zdravotnické organizace (WHO)



**Klasifikaci MKF je povinen používat každý ošetřující lékař (zdravotnické zařízení), pokud u pacienta zjistí zdravotní stav (diagnózu) s určitým stupněm disability, která bude dlouhodobého nebo trvalého charakteru. Příslušné klasifikační kódy dle klasifikace MKF musí být uvedeny ve zdravotnické dokumentaci pacienta a zároveň musí být součástí propouštěcí zprávy ze zdravotnického zařízení u všech pacientů, kteří jsou disabilní.**

Ve vztahu k osobám duševně nemocným odkazují v rámci klasifikace MKF zejména na část 3 podrobné klasifikace „*Aktivita a participace*“, na základě níž lze hodnotit, jakým způsobem (nejen) duševně nemocný zvládá uvedené aktivity, jaké může mít problémy při jejich provádění, jakým způsobem se zapojuje do životních situací a jaké problémy a tímto zapojením může mít. Stručně řečeno, jsou hodnoceny situace, ve kterých má (nejen) duševně nemocný problémy a nemůže je optimálně zvládat.

Hodnotí se například:

- schopnost smyslově vnímat (tj. schopnost pozorovat, naslouchat, vnímat jiným způsobem)
- schopnost učit se (opisováním, opakováním, získávat dovednosti apod.)
- schopnost aplikovat znalosti (tj. schopnost soustředit pozornost, myslet čist, psát, počítat, řešit jednoduché problémy, řešit složité problémy, rozhodovat se)
- schopnost provádět jednotlivé úkoly (tj. úkol začít, organizovat si čas, prostor, materiál, provést a kompletovat úkol, udržet ho), a to úkoly jednoduché, složité, samostatně, ve skupině, mnohočetné úkoly
- schopnost vykonávání běžných denních povinností
- schopnost zvládání obtíží a jiných psychických nároků (zvládání odpovědnosti, stresu, krize či jiných obtíží či nároků)
- schopnost komunikace (tj. schopnost přijímat mluvené zprávy, neverbální zprávy – pomocí gest, obecných znaků a symbolů či kreseb a fotografií, přijímat psané zprávy, mluvit, vytvářet neverbální zprávy, psát zprávy, schopnost konverzovat, diskutovat, používat komunikační pomůcky a techniky – telefon, počítač, apod.)
- schopnost měnění a udržování pozice těla
- schopnost nošení předmětů, pohybování a zacházení s věcmi
- schopnost chůze a pohybu, schopnost používání dopravy, ev. řídit
- schopnost sám o sebe pečovat (tj. schopnost umýt se, pečovat o části těla, používání toalety, oblékat se a svlékat, obouvat se a zouvat, jíst, pít, udržovat si své zdraví)
- schopnost získat nezbytné životní potřeby (bydlení, jídlo, pití apod.), schopnost nakupovat, připravit si jídlo, vykonávat domácí práce (prát a sušit prádlo, uklidit kuchyň a obytných prostor, používat domácí spotřebiče, odstraňovat odpadky), starat se o domácnost, zašívát si oblečení, pečovat o rostliny, zvířata, pomáhat druhým apod.
- schopnost základních mezilidských jednání, vytváření vztahů, ukončení vztahů, jednání s lidmi, jednání se zaměstnavatelem, jednání s rodinnými příslušníky, schopnost navazovat intimní vztahy apod.
- schopnost výchovy, vzdělávání, pracovat, vykonávat ekonomickou činnost
- schopnost žít komunitní, sociální a občanský život.

Další náležitosti a podrobnosti použití klasifikace MKF určují metodické pokyny pro jednotlivé agendy a práce, kde je tato klasifikace požadována. Platné znění klasifikace MKF je k dispozici mj. v elektronické podobě na internetových stránkách Ministerstva zdravotnictví ([www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz)) a Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky ([www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)).

## 1. c) Kdo má profesně povinnost záznamu do zdravotní dokumentace?

---

Povinnost **poskytovatele** zdravotní péče vést zdravotnickou dokumentaci plyne z ustanovení § 2647 ObčZ, kde jsou rovněž vymezeny základní náležitosti této dokumentace<sup>20</sup>. Stejnou povinnost, tj. vést a uchovávat zdravotnickou dokumentaci zakotvuje též § 53 ZZdrSl (porobnosti pak obsahuje prováděcí vyhláška č. 98/2012 Sb.).

V této souvislosti je třeba v první řadě vyjasnit, jaký je vztah obou těchto předpisů, tj. občanského zákoníku a zákona o zdravotních službách, a který z nich má při aplikaci přednost (řeší-li shodnou otázku). Je poměrně jednoznačné, že občanský zákoník je nutno považovat za předpis obecný a zákon o zdravotních službách za předpis speciální, který tehdy, pokud oba zmíněné zákony budou upravovat totožnou oblast, bude uplatněn přednostně. Účelem a smyslem občanského zákoníku v oblasti péče o zdraví je stanovit jisté základní, obecné mantinely vztahu všech zúčastněných subjektů, zatímco smyslem zákona o zdravotních službách je celou tuto oblast upravit konkrétně a tam, kde to zákonodárce shledal za důvodné, detailně stanovit práva a povinnosti zúčastněných osob.

Vedení zdravotnické dokumentace je bezpochyby zpracováním osobních a citlivých údajů ve smyslu příslušných definičních ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále též jen „**zákon o ochraně osobních údajů**“ nebo „**ZOOÚ**“), proto je nutno při vedení zdravotnické dokumentace zohlednit i tento právní předpis. Rovněž v tomto případě je třeba konstatovat, že zákon o ochraně osobních údajů je obecným předpisem platícím pro každé zpracování osobních údajů, informací týkajících se určité či určitelné fyzické osoby, zatímco zákon o zdravotních službách a vyhláška o zdravotnické dokumentaci jsou v postavení předpisů speciálních, jež se v zásadě uplatní na prvním místě (použití zákona o ochraně osobních údajů připadá v úvahu zejména v oblasti technicko-organizačního zabezpečení zdravotnické dokumentace).

Byť povinnost vést zdravotnickou dokumentaci upravují dva právní předpisy, oba shodně ukládají tuto povinnost **poskytovateli zdravotních služeb**, aniž by konkrétněji určily osobu odpovědnou za provedení příslušných záznamů do této dokumentace.

V tomto směru nám nezbyvá, než přidržet se obecného ustanovení § 49 ZZdrSl, které uvádí, že povinnosti stanovené zákonem o zdravotních službách (tj. i povinnost vést zdravotnickou dokumentaci) mají:

- zdravotničtí pracovníci nebo
- jiní odborní pracovníci, kteří se podílí na poskytování zdravotních služeb, nebo
- jiní odborní pracovníci vykonávající činnosti v přímé souvislosti s poskytováním zdravotních služeb.

Tomuto obecnému závěru napovídá i vyhláška č. 55/2011 Sb., dle něhož povinnost vést zdravotnickou dokumentaci mají

- zdravotničtí pracovníci uvedení v § 4 až 29 vyhlášky č. 55/2011 Sb., tj. pracovníci bez odborného dohledu (např. všeobecná sestra, ergoterapeut, zdravotně-sociální pracovník, psycholog ve zdravotnictví apod.)
- jiní odborní pracovníci uvedení v § 45 až 53 vyhlášky č. 55/2011 Sb., pod odborným dohledem nebo přímým vedením zdravotnického pracovníka (např. psycholog, sociální pracovník, arteterapeut, pracovní terapeut apod.).

---

<sup>20</sup> Občanský zákoník namísto pojmu zdravotnická dokumentace používá pojem „záznamy o péči o zdraví“.

Zřejmě nejkonkrétněji se k problematice osoby, která je povinna učinit záznam do zdravotní dokumentace, vyjadřuje § 3 odst. 3 vyhl. 98/2012 Sb., který uvádí, že za provedení zápisu do zdravotnické dokumentace je odpovědný **zdravotnický pracovník nebo jiný odborný pracovník, který pacientovi poskytl zdravotní službu**. Ustanovení § 54 odst. 2 vyhl. 98/2012 Sb. pak ukládá povinnost vést zdravotnickou dokumentaci průkazně, pravdivě, čitelně, povinnost dokumentaci průběžně doplňovat a jednotlivé **zápisy provádět bez zbytečného odkladu**.

Závěrem lze zmínit, že poruší-li poskytovatel lůžkové péče povinnost vést a uchovávat zdravotnickou dokumentaci nebo nakládat se zdravotnickou dokumentací, dopouští se tím správního deliktu ve smyslu § 117 odst. 3 písm. e) ZZdrSl, za nějž lze uložit pokutu až do výše 500.000,- Kč.

**2. Vyplývá povinnost poskytovatele lůžkové péče dle § 47 odst. 2 zák. č. 372/2011 Sb. v návaznosti ad 1. stanovit pro pečující osoby nebo instituci, které má být pacient při propuštění předán, u kterých z deseti základních životních potřeb vyžaduje pacient pomoc formou dohledu?**

---

Jak již bylo uvedeno výše, zjistí-li ošetřující lékař, resp. poskytovatel lůžkové péče u pacienta zdravotní stav (diagnózu) s určitým stupněm disability, která bude dlouhodobého nebo trvalého charakteru, je povinen použít klasifikaci MKF a příslušné klasifikační kódy uvést do zdravotnické dokumentace pacienta. Příslušné klasifikační kódy současně musí být součástí propouštěcí zprávy ze zdravotnického zařízení u všech pacientů, kteří jsou disabilní.<sup>21</sup>

Osoba či instituce tak na základě této klasifikace může jednoduchým způsobem určit, u kterých potřeb bude osoba potřebovat pomoc jiné fyzické osoby. Otázkou pak zůstává již jedině to, zda je ošetřující lékař, resp. poskytovatel lůžkové péče povinen do zdravotnické dokumentace uvést i to, jakou formou se má pomoc realizovat (tj. zda je nutná každodenní osobní péče či postačí pomoc právě formou dohledu).

---

<sup>21</sup> Srov. Sdělení Českého statistického úřadu č. 431/2009 Sb. ze dne 18.11.2009, o zavedení Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF)

### **3. Úmluva o lidských právech a biomedicíně: čl. 4 – je tento požadavek dostatečně legislativně zajištěn v návaznosti ad 1., ad 2.?**

---

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (zkráceně Úmluva o lidských právech a biomedicíně, dále též jen „Úmluva“) vyhlášená Radou Evropy byla ze strany České republiky podepsána dne 24.6.1998, následně prošla procesem ratifikace, byla vyhlášena ve Sbírce mezinárodních smluv pod č. 96/2001 a vstoupila v platnost dnem 1.10.2001.

Posuzovaný článek:

#### **Článek 4 – Profesní standardy**

*„Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví, včetně vědeckého výzkumu, je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy.“*

#### **I. Právní rozbor čl. 4 Úmluvy:**

Při výkladu Úmluvy a jejích jednotlivých ustanovení je třeba vycházet zejména z Vysvětlující zprávy<sup>22</sup>, která byla zpracována z pověření generálního tajemníka Rady Evropy. Tato zpráva sice nepředstavuje jediný možný právně závazný výklad Úmluvy, nicméně zabývá se základními problémy řešenými v souvislosti s přípravnými pracemi na Úmluvě a poskytuje informace k objasnění záměru a účelu Úmluvy a k lepšímu porozumění jejích ustanovení.

Z Vysvětlující zprávy plyne, že čl. 4 Úmluvy se týká nejen lékařů a profesionálních zdravotnických pracovníků, včetně psychologů, ale i sociálních pracovníků, kteří jsou členy týmů zapojených do rozhodování nebo provádění zákroků. Z pojmu „profesní“ standardy se ale dovozuje, že čl. 4 Úmluvy dopadá toliko na profesionální pracovníky.

Pojem „zákrok“ je pak třeba chápat v širokém smyslu. Tento pojem zahrnuje všechny lékařské úkony, zejména za účelem preventivní péče, diagnostiky, léčby nebo rehabilitace nebo v souvislosti s výzkumem.

Pojem „standard“ je v čl. 4 Úmluvy užit v obecném slova smyslu, tj. jako požadavek (ať již psaný či nepsaný), který buďto předepisuje a vyžaduje nebo pouze popisuje, co je normální, přijatelné, obvyklé. Dle typu prostředku, v němž jsou konkrétní standardy obsaženy, se pak liší i míra jejich závaznosti (viz dále).

Všechny zákroky se musí provádět v souladu s platným právem obecně, jak je doplněno a rozvíjeno profesními normami a pravidly. Tato pravidla mohou mít např. formu profesního etického kodexu (v tomto směru lze odkázat zejména na stavovský předpis č. 10 České lékařské komory – Etický kodex ČLK) nebo jakýchkoli jiných prostředků zaručujících práva a zájmy pacientů, např.:

- Etický kodex „Práva pacientů“ vydaný Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví ČR (vstoupil v platnost 25.2.1992)
- Práva duševně postižených – schválena rezolucí Valného shromáždění OSN dne 20.12.1971
- Zásady ochrany duševně nemocných (Principles for the Protection of Persons with Mental Illness) – přijaty rezolucí Generálního shromáždění OSN č. 46/119 dne 17.12.1991.

---

<sup>22</sup> Zveřejnění této Vysvětlující zprávy bylo schváleno Výborem ministrů dne 17.12.1996.

Tento článek se týká jak psaných, tak nepsaných pravidel. Pokud existuje rozpor mezi různými normami, měl by právní řád obsahovat pravidlo a způsob, jak tento rozpor mezi právními normami řešit.

Náplň profesních standardů, povinností a pravidel chování není ve všech zemích identická. Tytéž lékařské povinnosti se mohou v jednotlivých společnostech poněkud lišit. Ve všech zemích však platí **základní zásady řádného výkonu lékařského povolání**. Lékaři a obecně všichni profesionální pracovníci, kteří se podílejí na lékařském výkonu, podléhají zákonným a etickým imperativům. Jsou povinni **jednat s péčí a odborností a věnovat bedlivou pozornost potřebám každého pacienta**.

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 současným vědeckým znalostem a klinickým zkušenostem odpovídajícím danému oboru nebo specializaci. 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.

Dále se musí konkrétní průběh úkonu posuzovat pod zorným úhlem specifického zdravotního problému, na který upozorňuje dotyčný pacient. Zvláště pak musí zákrok splňovat kritéria relevance a úměrnosti mezi sledovaným cílem a použitými prostředky. Dalším důležitým faktorem úspěchu lékařského ošetření je důvěra pacienta v jeho lékaře. Tato důvěra také determinuje povinnosti lékaře vůči nemocnému. Důležitým prvkem těchto povinností je respektování práv pacienta. Vytváří to a zvyšuje vzájemnou důvěru. Toto terapeutické spojení se posílí, pokud jsou plně respektována práva pacienta.

Standardy lékařské péče jsou rovněž dány i vybaveností jednotlivých zdravotnických zařízení. Byť poznatky lékařské vědy mohou umožňovat určitý typ léčby, nemusí být tato léčba možná právě s ohledem na vybavenost příslušného zdravotnického zařízení a lékař je nucen zvolit postup jiný. I v tomto případě je však povinen postupovat co nejvíce v zájmu pacienta a uplatnit adekvátní způsob léčby.

Lze tedy shrnout, že pokud čl. 4 Úmluvy hovoří o „*profesních povinnostech a standardech*“, nemají se tím na mysli pouze nějaké fixní psané a kategoricky dané standardy, které by byli lékaři či zdravotničtí pracovníci povinni respektovat při své činnosti. Spíše jde o to, aby postup lékařů i ostatních zdravotníků byl v souladu s pravidly lékařské vědy, kterých dosáhla v daném stupni poznání a s uznávanými (nikoli již například zastaralými a překonanými) postupy. V tomto směru se hovoří o postupu **tzv. lege artis**.

Úmluvu tedy **nelze vykládat** tak, že by zde musela existovat určitá psaná formální pravidla či profesní postupy, které by byly obecně platné pro každý jednotlivý případ a lékaři a ostatní zdravotničtí pracovníci by byli povinni se jimi řídit, nemohli by se od nich odchýlit a museli by je aplikovat při všech zákrocích a potažmo i ve všech situacích<sup>23</sup>. Státy jsou povinny přijmout právní předpisy zaručující alespoň základní ochranu práv pacientů a zaručujících jejich zájmy, v ostatním směru je možné (a v podstatě i nutné), aby se pojem lege artis utvářel:

---

23 Jelikož lékařství je dynamicky se rozvíjející věda, není toto ani v praxi reálně možné.

- profesními pravidly (České lékařská komora),
- stanovisky a doporučeními příslušných orgánů,
- standardy zavedenými v rámci jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče,
- judikaturou,
- literaturou,
- příp. jakýmkoliv jinými (i nepsanými) prostředky.

## II. Zakotvení právního rámce pojmu „lege artis“ v českém prostředí

Ústavněprávním východiskem pojmu lege artis je **čl. 31 Listiny základních práv a svobod**, podle něhož má každý právo na ochranu zdraví. Přesnější vymezení na ústavněprávní úrovni představuje výše rozebraný **čl. 4 Úmluvy**.

Obecným zákonným předpisem v této oblasti představuje **občanský zákoník**<sup>24</sup>, a to zejména jeho § 2643 a § 2645. Poskytovatel zdravotní péče tak musí při své činnosti postupovat s péčí řádného odborníka a současně též i v souladu s pravidly svého oboru.

Zákonný rámec pojmu lege artis však tvoří zejména ustanovení **§ 46 odst. 1 ZZdrSl** a **§ 28 odst. 2 ZZdrSl** ve spojení s ustanovením **§ 4 odst. 5 ZZdrSl**. Ustanovení § 46 odst. 1 ZZdrSl ukládá poskytovatelům zdravotních služeb povinnost poskytovat zdravotní služby na náležité odborné úrovni, vytvořit podmínky a opatření k zajištění uplatňování práv a povinností pacientů a dalších oprávněných osob, zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků při poskytování zdravotních služeb. Ustanovení § 28 odst. 1 ZZdrSl pak zaručuje pacientům právo na poskytování zdravotních služeb na náležité odborné úrovni.

Co se rozumí pojmem **náležitá odborná úroveň** pak vymezuje § 4 odst. 5 ZZdrSl, který ji definuje jako poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti.

Rozvinutí pojmu náležitá odborná úroveň pak představuje zakotvení jednotlivých práv pacientů (§§ 28 – 30 ZZdrSl) a jim odpovídajících povinností poskytovatelů zdravotních služeb (§§ 45 – 48 ZZdrSl) a zdravotnických pracovníků (§ 49 ZZdrSl).

Zákon o zdravotních službách používá též pojem **náležitý odborný postup**, a to v souvislosti s řešením stížností proti postupu poskytovatele při poskytování zdravotních služeb nebo proti činnostem souvisejícím se zdravotními službami. V takových případech může být ustavena nezávislá odborná komise, která může rozhodnout, zda byl či nebyl dodržen náležitý odborný postup, a v případě, že nebyl, zda je toto pochybení v příčinné souvislosti s újmou na zdraví či životě pacienta<sup>25</sup>. Z uvedeného plyne, že pro zdravotnické pracovníky i poskytovatele zdravotní péče platí povinnost dodržovat náležité odborné postupy. V praxi je však tento pojem vykládán obdobně jako pojem náležitá odborná úroveň.

Aby byla zajištěna náležitá odborná úroveň, existují zde zákonem dané podmínky a předpoklady získání způsobilosti k výkonu povolání lékaře, a to **zákonem č. 95/2004 Sb.**, o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu

24 Jak již bylo uvedeno výše, představuje občanský zákoník obecnou úpravu ve vztahu k úpravě dané zákonem o zdravotních službách, kterou je nutné považovat za úpravu speciální a v případě, je-li řešena stejná otázka rozdílně, dát této úpravě v zákoně o zdravotních službách přednost.

25 Srov. § 95 odst. 5 písm. b) body 1 a 2 ZZdrSl

zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. Zákon pak lékařům, kteří jsou činní ve zdravotnictví, v ustanovení § 22 ukládá povinnost se celoživotně vzdělávat, tj. průběžně si obnovovat vědomosti, dovednosti a způsobilost odpovídající získané odbornosti v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky.

Stejně povinnosti jsou předeepsány i pro jiné zdravotnické pracovníky a jiné odborné pracovníky, kteří, byť již splnili podmínky stanovené **zákonem č. 96/2004 Sb.**, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a získali tak odbornou způsobilost k výkonu svého povolání, musí se celoživotně vzdělávat a průběžně si nejen obnovovat vědomosti a dovednosti, ale tyto vědomosti, dovednosti a způsobilost rovněž zvyšovat, prohlubovat a doplňovat, a to v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky (srov. § 53 zákona č. 96/2004 Sb.).

Zdravotníci pracovníci jsou povinni řídit se i **etickými principy** (§ 49 odst. 1 písm. a) ZZdrSl). Z písemného zachycení etických norem lze v první řadě zmínit Etický kodex České lékařské komory (stavovský předpis ČLK č. 10), nicméně existují nejrůznější kodexy vydávané jednotlivými poskytovateli zdravotních služeb, a to i pro nelékařské pracovníky. Obsah pojmu je však širší a zahrnuje i písemně nezachycené etické principy.

Další závazné vymezení pojmu *lege artis* obsahuje právě **Etický kodex České lékařské komory**, a to v čl. 2 odst. 1, který stanoví, 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.

Kromě obecně závazných právních předpisů musí lékaři i jiní zdravotníci pracovníci dodržovat **závazná stanoviska vydaná Českou lékařskou komorou**<sup>26</sup>. Pouhá doporučení vydaná Českou lékařskou komorou však ale závazná nejsou a lékaři se jimi nemusí řídit.

**Standardy vydané Ministerstvem zdravotnictví**, resp. jiným ústředním správním úřadem, a zveřejněné ve věstníku Ministerstva zdravotnictví, resp. publikačním prostředku jiného ústředního správního úřadu, představují písemně zpracované postupy při poskytování zdravotní péče nebo související s poskytováním zdravotní péče, které odpovídají současným dostupným poznatkům vědy (srov. § 2 písm. h) vyhl. č. 55/2011 Sb.). Tato metodická doporučení Ministerstva zdravotnictví sice nejsou právně závazná, ale bývají obvykle respektována. Metodické pokyny mají charakter pouhých doporučení, samy o sobě nemají právní váhu, konečné rozhodnutí o volbě vhodného postupu tak zůstává jen a pouze na zdravotnickém pracovníkovi.

V českém prostředí existují rovněž metodické pokyny vydávané Českou lékařskou společností J. E. Purkyně. O jejich závaznosti však platí shodně to, co bylo uvedeno u metodických pokynů vydávaných Ministerstvem zdravotnictví.

Jak již bylo uvedeno v předchozí části rozboru, povinnost postupovat tzv. *lege artis* má i svá **ekonomická omezení**. Pojem nelze vykládat tak, že pacient má automaticky právo na tu nejlepší a nejdražší péči, pokud existuje nějaká její levnější varianta. Je totiž nutné vycházet i z toho, jaké jsou

---

26 Z hlediska případné trestní odpovědnosti lékaře či jiného zdravotnického pracovníka je rozhodující, zda je konkrétní postup závazný podle § 2 odst. 2 písm. i) zákona č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, ve znění pozdějších předpisů.



konkrétní možnosti příslušného zdravotnického zařízení včetně jeho ekonomických podmínek.

Obsah pojmu *lege artis* dotváří i samotná judikatura. Klíčovým judikátem v této oblasti je zejména rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR ze dne 22.3.2005, sp.zn. **7 Tdo 219/2005**, kde se uvádí: „*V trestně právní nauce se běžně považuje za porušení lege artis, pokud lékař při výkonu svého povolání nedodrží rámec pravidel vědy a medicínských způsobů, a to v mezích daných rozsahem svých úkolů podle pracovního zařazení i konkrétních podmínek a objektivních možností. Nejvyšší soud v této souvislosti konstatuje, že chyba v diagnóze sama o sobě ještě nemusí mít charakter nedbalosti, ani jednání non lege artis. Může tomu tak být v případě, je-li nesprávná diagnóza důsledkem závažného porušení postupů pro její určení, například v případě bezdůvodného nevyužití dostupných diagnostických metod. Postup lékaře je ovšem nutno hodnotit tzv. ex ante, tj. na základě informací, které měl lékař v době rozhodování k dispozici.*“<sup>27</sup>

Z dalších podstatných rozhodnutí v této oblasti lze zmínit například usnesení Nejvyššího soudu ČR ze dne 10.12.2008, sp.zn. **8 Tdo 1421/2008**, kde Nejvyšší soud uvedl, že lékař je povinen řídit se pravidly lékařské vědy, vykonávat povolání v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a dodržovat pouze závazná stanoviska profesní komory zřízené zákonem. Tímto zákonem je zákon o České lékařské komoře. Podle něho Česká lékařská komora, která je samosprávnou nepolitickou organizací 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 zákonem a řády komory, a je (mimo jiné) oprávněna vydávat pro členy komory závazná stanoviska k odborným problémům poskytování zdravotní péče. Každý člen komory má povinnost vykonávat své povolání odborně, v souladu s jeho etikou a způsobem stanoveným zákonem. Za zdravotní péči *lege artis* je považována taková zdravotní péče, která je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. Naopak za zdravotní péči *non lege artis* je považována taková zdravotní péče, při jejímž poskytování lékař volí postupy zastaralé, nedostatečně účinné, neověřené nebo dokonce nebezpečné.

### III. Závěr

Lze tedy shrnout, že dle českého právního řádu je nezbytné poskytovat zdravotní služby v souladu s pravidly vědy a uznávanými medicínskými postupy. Aplikuje-li zdravotnický pracovník jakýkoli uznávaný medicínský postup, má se za to, že postupuje *lege artis* a nelze mu klást k tíži, že měl raději užít jiný uznávaný medicínský postup. Při hodnocení činnosti lékaře nebo jiného zdravotníka při péči o pacienta je nutno brát ohled na **konkrétní podmínky a objektivní možnosti**, za kterých byla péče poskytována. Z toho vyplývá i povinnost posuzovat s ohledem na tyto konkrétní podmínky každý případ z pohledu *ex ante*, což znamená z pohledu lékaře či zdravotnického pracovníka, jak se mu jevil v době, kdy rozhodoval o dalším postupu (nikoli tedy až *ex post*, kdy je již známo, jak původní rozhodnutí dopadlo).

Pro zdravotnické pracovníky jsou závazné pouze ty postupy, které stanoví obecně závazné právní předpisy (zejména zákon o zdravotních službách) nebo závazná stanoviska České lékařské komory, České stomatologické komory a České lékárnické komory k odborným problémům poskytování zdravotní péče a ve zdravotnickém výzkumu<sup>28</sup>. Jiná, byť psaná pravidla (např. metodické pokyny apod.) právně závazná nejsou a zdravotničtí pracovníci se jimi nemusí řídit za předpokladu, že budou schopni obhájit, proč postupovali jiným způsobem.

<sup>27</sup> Česká lékařská komora na kongresu „K problematice znaleckých posudků z oboru zdravotnictví a postupu *lege artis*“ konaném dne 18.6.2009 v Praze doporučila, aby se uvedené rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR stalo základem nové definice *lege artis* v nově připravovaném zákonu o zdravotních službách.

<sup>28</sup> K vydávání závazných stanovisek jsou Česká lékařská komora, Česká stomatologická komora a Česká lékárnická komora zmocněny na základě § 2 odst. 2 písm. i. zákona č. 220/1991 Sb.

#### 4. Závěr

---

Závěrem je nutné konstatovat, že úprava práv duševně nemocných osob je velmi roztržštěná, přičemž si nelze představit, že by se obyčejný člověk, laik mohl vyznat ve změní nejrůznějších práv a povinností, které jsou stanoveny v mnoha předpisech. Právní předpisy navíc často opomíjí, že řešení problematiky osob duševně nemocných má svá specifika, a obecná úprava platná pro všechny pacienty tak není v mnoha případech přiléhavá či dostatečná.

Ideálním řešením by bylo přijetí samostatné speciální právní úpravy pro duševně nemocné osoby, příp. alespoň doplnění zvláštních oddílů do právních předpisů stávajících. S ohledem na časovou náročnost těchto řešení však lze doporučit revizi aktuální právní úpravy společně s posouzením, která ustanovení jsou pro duševně nemocné vyhovující a která jsou neodpovídající či nedostatečná.

V první fázi by bylo možné vyřešit alespoň problematiku, kterou přináší aplikace (resp. neaplikace) § 47 odst. 2 zákona o zdravotních službách, a u duševně nemocných pacientů stanovit povinnost s dostatečným předstihem vyrozumívát o jejich propuštění buď jejich opatrovníka nebo v případě, že opatrovníka dosud nemají, osobu blízkou (zejména vhodného rodinného příslušníka). Pro zajištění vymahatelnosti této povinnosti pak doporučuji stanovit za její porušení odpovídající sankce.

### Použité právní předpisy:

Usnesení předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb., o vyhlášení LISTINY ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD jako součástí ústavního pořádku České republiky

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník

Zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů

Sdělení Českého statistického úřadu č. 431/2009 Sb., o zavedení Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF)

Sdělení ministerstva zahraničních věcí č. 96/2001 Sb.m.s., Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (Úmluva o lidských právech a biomedicině)

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Stavovský předpis č. 10 České lékařské komory – Etický kodex ČLK

### Použitá judikatura:

Rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR ze dne 22.3.2005, sp.zn. 7 Tdo 219/2005

Usnesení Nejvyššího soudu ČR ze dne 10.12.2008, sp.zn. 8 Tdo 1421/2008

Použitá literatura:

**Mach Jan:** „Lege artis – náležitá odborná úroveň a profesní standardy“, Zdravotnické fórum, 2012, č. 8

Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR k aplikaci zákona o sociálních službách

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF)

**Nonnemann František:** „Zdravotnická dokumentace po nabytí účinnosti nového občanského zákoníku“, Právní rozhledy, 2013, č. 18

**Štrejtová Kateřina:** „Pojem „lege artis“ a trestní odpovědnost v medicíně“, Trestněprávní revue, 2013, č. 6