

## **Veřejnoprávní otázky omezení autonomie rozhodování poskytovatele a příjemce zdravotních služeb v době krizového řízení zdravotnictví**

### **Public Law Issues of Limitations of the Decision-Making Autonomy of the Provider and the Recipient of Healthservices in Healthcare Crisis Management**

*Doc. JUDr. Olga Sovová, Ph.D., Policejní akademie České republiky v Praze, Centrum zdravotnického práva Právnické fakulty Univerzity Karlovy*

**Abstract:** The decision-making autonomy is an essential precondition for the performance of health services, both on the part of the provider and the patient. The specialist determines what treatment and related procedures he will propose to the patient. Based on proper instruction and informed consent, the patient either accepts or rejects. Both the provider and the specific healthcare professional often conflict between their legal obligations, the ethics of the profession and the requirements for medical procedure *lege artis*. The crisis caused by the SARS-CoV-2 (Covid-19) pandemic has brought entirely new issues that affect the very foundations of the autonomy of the medical profession and the autonomy of the patient. The protection of the profession's independence and the respect for patient's right to self-determination form legal fundamentals of health law within the rule of law. The paper deals with public law aspects of limiting the autonomy of both parties during a pandemic. The article examines how the requirements of healthcare crisis management constrain both health care providers and patients. The lack of human, financial and material resources limit healthcare providers.

For these reasons, also the freedom of decision of the recipient of the service is significantly limited. The paper focuses on a multidisciplinary concept of health law and considers the managerial issues of the pandemic.

**Key words:** decision-making autonomy – dual loyalty – public law – general measure – crisis management – pandemic

**Abstrakt:** Autonomie rozhodování je základním předpokladem výkonu zdravotních služeb, jak na straně poskytovatele, tak na straně pacienta. Odborník určuje, jaké léčebné a související postupy budou pacientovi navrženy. Pacient, na základě řádného poučení a informovaného souhlasu, tyto návrhy buď přijme, nebo odmítne. Poskytovatel i konkrétní zdravotnický pracovník se často dostávají do konfliktu mezi svými právními povinnostmi, etikou výkonu povolání a požadavky na lékařský postup *lege artis*. Krize, způsobená pandemií SARS-CoV-2 (COVID-19) přinesla a přináší zcela nové otázky, které se dotýkají samotných základů autonomie lékařského povolání i autonomie pacienta. Z pohledu práva jsou ochrana nezávislosti při výkonu povolání a respekt k právu pacienta na seburčení základním institutem zdravotnického práva v rámci právního státu. Příspěvek se zabývá veřejnoprávními aspekty omezení autonomie obou stran v době pandemie, kdy poskytovatelé zdravotních služeb i pacienti jsou omezeni požadavky krizového řízení zdravotnictví. Poskytovatelé jsou limitováni nedostatkem lidských, finančních i materiálních zdrojů při poskytnutí zdravotní péče. Z uvedených důvodů je také svoboda rozhodování příjemce služby výrazně omezena. Příspěvek vychází z multidisciplinárního pojetí zdravotnického práva a zohledňuje rovněž manažerskou problematiku pandemie.

**Klíčová slova:** autonomie rozhodování – dvojí loajalita – veřejné právo – opatření obecné povahy – krizové řízení – pandemie

## ÚVOD

*Pod základním právem na ochranu zdraví chápe moderní právní pojetí nejen poskytování zdravotní péče, v evropských podmínkách obvykle z veřejného pojištění, ale především právo člověka nebýt pouhým objektem péče státu či jiného orgánu o své zdraví. Hovoříme o autonomii pacienta, která je v České republice chráněna souborem mezinárodních i vnitrostátních právních předpisů. Vzhledem k interdisciplinaritě zdravotnického práva instituty ochrany autonomie vůle pacienta – příjemce zdravotnických služeb a zdravotní péče – jsou zakotveny v právních předpisech soukromého i veřejného práva.<sup>1</sup> Nedílnou součástí autonomie pacienta je také *subjektivní právo podílet se na péči o své zdraví*. Záměrně hovořím o právu podílet se na péči o zdraví, nikoli o právu i povinnosti zároveň přijmout výlučnou odpovědnost za rozhodování o zdraví. Nezbytné je totiž jak v právní teorii, tak především při praktické každodenní aplikaci norem medicínského práva, vymezit vztah subjektivního a objektivního práva každého jednotlivce na zdraví a jeho ochranu. Je nepochybné, že každý člověk má právo rozhodnout, kdo a jakým způsobem bude o jeho zdraví pečovat, avšak zároveň jeho vlastní rozhodování nesmí ohrožovat zdraví jako právem chráněný zájem ostatních osob.<sup>2</sup>*

V České republice vyjádřil základní ústavněprávní princip, že každý člověk je oprávněn o sobě sám rozhodovat a diagnóza není víc než právo, Ústavního soud v nálezu IV. ÚS 639/2000: „*Ústavního principu nedotknutelnosti integrity osobnosti vyplývá zásada svobodného rozhodování v otázkách péče o vlastní zdraví; proto při aplikaci ustanovení umožňujících ve vyjmenovaných případech, určité medicínské výkony či vyšetření provést i bez výslovného souhlasu občana (pacienta), je nutné šetřit podstatu této svobody a postupovat s maximální zdrženlivostí. Diagnóza není více než právo. Každý člověk je svobodný a není povinen činit nic, co mu zákon neukládá. Z toho vyplývá, že také v otázkách péče o vlastní zdraví záleží jen na jeho svobodném rozhodnutí, zda a v jaké míře se podrobí určitým medicínským výkonům a jen zákon ho může zavázat, že určitá vyšetření podstoupit musí.*“

*Otázky autonomie a svobodné vůle pacienta jsou právní a medicínskou teorií, praxí i judikaturou poměrně dobře prozkoumány, zejména z pohledu interakce mezi soukromým právem, občanským zákoníkem (zákon č. 89/2012 Sb. – o. z.), a právem veřejným, především zákonem o zdravotních službách (zákon č. 372/2011 Sb. – ZZS), zákonem o specifických zdravotních službách (zákon č. 373/2011 Sb. – ZSZS), zákonem o zdravotnické záchranné službě (zákon č. 374/2011 Sb. – ZS) a trestním zákoníkem (zákon č. 40/2009 Sb. – tr. z.).<sup>3</sup>*

---

<sup>1</sup> ŠUSTEK, P. – HOLČAPEK, T. a kol. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2017, s. 210, 410.

<sup>2</sup> Podrobně srov. PAVLÍČEK, V. a kol. *Ústava a ústavní řád České republiky. Komentář. I. a 2. díl*. Praha: Linde, 1999. KOLEKTIV AUTORŮ. *Občanská a lidská práva*. Praha: Aleko, 1992. Viz též SOVOVÁ, O. *Zdravotnická praxe a právo: praktická příručka*. Praha: Leges, 2011, Kap. I.

<sup>3</sup> Například ŠUSTEK, P. – HOLČAPEK, T. *Informovaný souhlas teorie a praxe informovaného souhlasu*. Praha: ASPI, 2007. ŠUSTEK, P. – HOLČAPEK, T. a kol. *Zdravotnické právo*, kap. 6, 7. SOVOVÁ, O. *Informovaný souhlas a nesouhlas*

Velmi málo se odborná literatura před pandemií SARS-CoV-2 (pandemie), věnovala *omezení autonomie pacienta i poskytovatele zdravotních služeb za účelem ochrany veřejného zdraví*. Jakkoli různé typy ohrožení zdraví a života velkých skupin v důsledku nových epidemiologických hrozeb v nedávné době již existovaly,<sup>4</sup> s ohledem na geografii jejich výskytu bylo ohrožení veřejného zdraví v České republice (ČR) považováno za nepravděpodobné, případně velmi marginální.<sup>5</sup>

Rovněž problematika autonomie vůle poskytovatele zdravotní péče a zdravotnického pracovníka je zkoumána minimálně. V těchto tzv. vztahových či pomáhajících profesích, jejichž úkolem je poskytovat nějaký typ veřejné služby, vznikají specifické problémy. Zdravotnický pracovník se velmi často dostává do konfliktu mezi svými právními povinnostmi a etikou výkonu povolání v širokém slova smyslu. V době pandemie se tento konflikt může, z důvodu náporu na rozsah i personální a věcné kapacity poskytování zdravotní péče, zintenzivnit, prohloubit a rozšířit na vztah pacient – zdravotnický pracovník – poskytovatel.

Zahraniční nauka i rozhodovací praxe nazývá uvedený konflikt *dual loyalty*. Pro další rozbor použiji český název *dvojí loajalita*. Je možné použít též například výrazu dvojí vázanost, neboť se zde poukazuje na povinnost příslušníka regulovaného povolání řídit se nejen obecně závaznými právními normami, ale i předpisy a etikou stavu.

Dvojí loajalitu je nutno odlišit od konfliktu zájmu. Konflikt zájmů obvykle nastává mezi vlastním prospěchem a zákonným požadavkem na chování, zatímco dvojí loajalita je konfliktem mezi dvěma neslučitelnými externalitami. Typickým případem konfliktu zájmů je provedení nepotřebného vyšetření za účelem zvýšení příjmů zdravotnického zařízení. V době pandemie, kdy poskytování neakutní zdravotní péče je omezeno nebo zcela v lůžkových zařízeních zrušeno, k tomuto typu jednání obvykle nedochází. Konflikt typu dvojí loajality je nutno řešit v případě, kdy zdravotnický pracovník nemá sám žádný prospěch ze svého jednání, avšak je zde zájem pacienta na straně jedné a zájem zaměstnavatele, zřizovatele nebo veřejných financí na straně druhé.

---

jako právní předpoklad poskytování bezpečné zdravotní péče. In: *Nové horizonty v práve 2017*. DOLEŽAL, A. – DOLEŽAL, T. Kompetence pacienta a informovaný souhlas. *Vnitřní lékařství* (e-verze). 2021, roč. 67, č. 1, s. e49–e55. Dostupné z: <<https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2021/01/19.pdf>>.

<sup>4</sup> SARS – *Severe acute respiratory syndrome*, poprvé hlášený v roce 2003. Onemocnělo více než 8 000 osob, 10% mortalita. MERS-CoV – *Middle East respiratory syndrome coronavirus*, koronavirové respirační onemocnění, poprvé hlášeno ze Saudské Arábie v roce 2012, znovu v Jižní Koreji v květnu 2015. Významnou hrozbou byla též africká epidemie viru Ebola, která propukla na jaře 2014, a až po roce se jí podařilo dostat pod kontrolu. První výskyt onemocnění ebolou byl hlášen v roce 1976 souběžně v Súdánu a Demokratické Republice Kongo. Zdroje dostupné z: <[www.cdc.gov](http://www.cdc.gov). [www.who.int](http://www.who.int)>.

<sup>5</sup> Z recentní literatury k uvedenému problému viz ŠEJVL, M. Lidská práva v současné situaci. In: ŠEJVL, M. – AGHA, P. – SOBEK, T. – KOKEŠOVÁ, J. – ČERNÝ, D. *Vítězové a poražení. Právní a etické problémy současné koronakrizy*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2020. s. 10–27.

Autonomie vůle ve veřejném právu je složitou otázkou, neboť v moderním státě je podstatným znakem zestátnění právního řádu a autonomie bez státní delegace je zcela nemyslitelná.<sup>6</sup> Vzhledem k tomu, že právo na zdravotní péči je nedílnou součástí sociálních práv, zakotvených v Listině základních práv a svobod, je autonomie poskytovatele i zdravotnického pracovníka omezena i za běžných okolností. Povinnost poskytnout zdravotní péči je návazně dána škálou veřejnoprávních předpisů, především ZZS a zákonem o veřejném zdravotním pojištění, č. 48/1997 Sb. Nelze však říci, že tato povinnost je absolutní, a to dokonce i u poskytovatelů, kteří jsou tzv. přímo řízenými organizacemi Ministerstva zdravotnictví ČR, tedy příspěvkovými organizacemi veřejné správy. Poskytovatelé při registraci u orgánu veřejné správy mají povinnost, která je zároveň možností, zvolit rozsah a obsah poskytované zdravotní péče v závislosti na svém věcném, technickém, a především personálním vybavení. Poskytovatel má také právo určit, zda se stane centrem specializované nebo vysoce specializované péče. V neposlední řadě, což je podstatné právě v krizových obdobích, poskytovatel stanoví okamžik, kdy zcela naplní svou kapacitu poskytovat zdravotní služby a zdravotní péči. Takto pojatá oprávnění poskytovatele jsou, dle mého názoru, nedílnou součástí poskytování zdravotní péče *lege artis*.

Článek se věnuje rozboru *veřejnoprávní a manažerské problematiky omezení autonomie rozhodování poskytovatele a příjemce zdravotních služeb v době pandemie*. Příspěvek poukazuje na právní a manažerské problémy v jejich vzájemné provázanosti. Na tomto základě navrhuje, jak řešit konflikt mezi veřejným zájmem na ochranu zdraví v pandemických a obdobných extrémních situacích a autonomií jednotlivce, zdravotnického pracovníka a poskytovatele zdravotních služeb.

## 1. PRÁVNÍ PROBLEMATIKA

Základem zkoumání problematiky autonomie při poskytování zdravotních služeb je především *posouzení individuálního zájmu pacienta i poskytovatele*.

*Autonomie pacienta* se opírá o svobodný informovaný souhlas. To znamená, že pacient je nejen příjemcem informace o dalším postupu léčebné péče a prognóze svého nemocnění, ale zároveň se rozhoduje, zda navrženou léčbu skutečně přijme.

Judikatura vymezuje tento pojem následovně: „*Výrazem ‚svobodný a informovaný souhlas‘ je míněn souhlas daný v situaci, v níž se pacient, jemuž byl objasněn mimo jiné účel, povaha, rizika a alternativy zákroku, jakož i následky jeho neprovedení, bez nátlaku a s dostatkem času na rozvážení a s možností položit doplňující otázky, rozhodne navrhovaný zákrok podstoupit. Provedení lékařského zákroku bez informovaného souhlasu, tedy rovněž na základě souhlasu, jenž nebyl informovaný ve smyslu shora*

---

<sup>6</sup> HÁCHA, E. Autonomie. In: *Slovník veřejného práva československého*. Praha: Eurolex Bohemia, 2000, s. 78.

vymezeném (tj. souhlas byl dán, aniž se pacientovi dostalo řádného poučení), je porušením právní povinnosti.<sup>7</sup>

*Autonomie lékaře* je založena především na výkonu lékařského povolání jako povolání svobodného, jehož základním principem je nezávislost při odborném rozhodování při péči o zdraví jednotlivce.<sup>8</sup> Etický kodex České lékařské komory odkazuje v § 2, odst. 3 na plnění povinností v případech veřejného ohrožení a při katastrofách různého původu.

*Autonomie poskytovatele*, právnické nebo fyzické osoby, je založena na svobodném rozhodnutí poskytovat zdravotní službu. Poskytovatel je také ekonomickým subjektem, který má legitimní zájem na ekonomické výhodnosti své činnosti. Pokud je poskytovatelem služby stát, pak ministerstvem zdravotnictví přímo řízené příspěvkové organizace nemají svobodu volby své primární činnosti, ale jsou ekonomickými subjekty, které spolufinancují poskytování zdravotních služeb a mají vymezenou právní subjektivitu, v jejímž rámci rozhodují.<sup>9</sup>

Jakkoli jsou medicína a poskytování zdravotní péče považovány za poslání, s odklonem od paternalistického přístupu došlo ke zvýraznění individuálního zájmu jednotlivých aktérů. Autonomie ve svém kontextu v postmoderních státech podporuje individualismus. Tento individualismus sice posiluje jedinečnost a nezávislost osoby, avšak zároveň vede ke ztrátě ukotvení v komunitě.<sup>10</sup> Omezení autonomie subjektů je tak i v době katastrof vnímáno jako nežádoucí a neopodstatněný zásah do jejich práva na nerušený osobní a rodinný život, práva na ochranu zdraví či ekonomických aktivit.

*Veřejné právo* má za úkol vyvážit a porovnat hodnoty obecného zájmu na ochraně veřejného zdraví a individuálního práva na autonomní rozhodování. *Zásahy veřejné moci* musí být i v době zásadních omezení jak veřejných, tak soukromých individuálních práv, nejen proporcionální, ale také odůvodněné. Toto velmi dobře vyjádřil Nejvyšší správní soud (NSS) ve svém rozhodnutí 8 Ao 15/2021: „*Soud nestojí v cestě boji s epidemií, požaduje po odpůrci [státu, který jedná prostřednictvím Ministerstva zdravotnictví – doplněno autorkou] ,jen‘ naplnění požadavků pandemického zákona, tedy kvalitní odůvodnění přijatých opatření.*“<sup>11</sup>

---

<sup>7</sup> NS 25 Cdo1381/2013. Jde o rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR, které, i když se zabývá odpovědností a poučením dle předcházející právní úpravy zákonem č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, je plně aplikovatelné, pokud se týká otázky informovaného souhlasu.

<sup>8</sup> Srov. ČLK. *Etický kodex České lékařské komory, Stavovský předpis č. 10* [cit. 2021-06-24]. Dostupné z: <[https://www.lkcr.cz/doc/cms\\_library/13-sp-c-10-eticky-kodex-clk-101313.pdf](https://www.lkcr.cz/doc/cms_library/13-sp-c-10-eticky-kodex-clk-101313.pdf)>.

<sup>9</sup> § 53–70 zákona č. 218/2000 Sb., rozpočtová pravidla.

<sup>10</sup> MAURER, M. Princip autonomie. In: VÁCHA, M. – KÖNIGOVÁ, R. – MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012, kap. 6, s. 106–107.

<sup>11</sup> Dostupné z: <[www.nssoud.cz](http://www.nssoud.cz)> [cit. 2021-06-24].

*Omezení autonomie* rozhodování pacienta i poskytovatele zdravotních služeb je zakotveno v široké škále veřejnoprávních předpisů. Aktuální analýzu ústavnosti různých typů omezení veřejným právem, s ohledem na právní sílu předpisů, podal ve svém článku *Nouzové zákonodárství a roušky* Zdeněk Koudelka.<sup>12</sup> Autor si klade otázku „*Jaké je postavení nouzového zákonodárství, tedy možnosti tvorby právních předpisů nahrazujících zákony?*“. Dochází k závěru, že stát v případech mimořádné a výjimečné situace musí mít možnost nouzového zákonodárství, avšak přesně stanovenou ústavně zakotvenými prvky.

Zásadního významu nabyl v době pandemie ústavní zákon č. 110/1998 Sb., o bezpečnosti České republiky. Na základě vyhlášeného nouzového stavu může vláda omezit základní občanská práva. Jakkoli samotné vyhlášení nouzového stavu vládou lze charakterizovat jako *normativní, konstitutivní akt vlády bez přímého a bezprostředního účinku do právní sféry osob*,<sup>13</sup> je nepochybné, že využitím pravomoci dané zákonem o krizovém řízení, zákon č. 240/2000 Sb., krizový zákon, *obecně závaznými opatřeními* ministerstva zdravotnictví došlo k omezení ekonomických činností a práva na nerušený rodinný a soukromý život. Primárně tak *vrchnostenské rozhodování správních úřadů*, ať již ministerstev nebo orgánů hygienické služby, zasáhlo do oblasti veřejných subjektivních práv i soukromé sféry právnických i fyzických osob. Ministerstvo zdravotnictví (MZD) rovněž *omezilo dostupnost lékařské péče*, jak jí stanoví zdravotnické zákony a zákon o veřejném zdravotním pojištění (č. 48/1997 Sb.).

Pro *medicínskou praxi* však teoretické úvahy *ex post*, ani soudní rozhodnutí, rušící různá opatření obecné povahy, nemají v situaci, kdy se lékař musí rozhodnout, jak postupovat, zda pacient má právo odmítnout navržený postup, nebo jde o akutní situaci a léčbu bez souhlasu, a poskytovatel má omezené zdroje a příkazy svého zřizovatele – ministerstva zdravotnictví, reálný význam. Úkolem veřejnoprávní části zdravotnického práva je dát návod, jak postupovat, protože z pohledu dvojí loajality i odpovědnosti lékaře i poskytovatele zde může nastat právní problém z toho důvodu, že ani nouzový stav, nebo obecně závazné opatření či příkaz zřizovatele, nezbavují povinnosti *postupovat při léčbě lege artis, v širokém slova smyslu, tedy i s respektem k autonomii pacienta*.

*Dostupnost lůžkové lékařské péče* byla omezena mimořádnými opatřeními Ministerstva zdravotnictví.<sup>14</sup> Tato opatření byla vydána na základě zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, s poměrně vágním odkazem na § 2 a § 69, odst. 1, písm. d), i) a odst. 2. Správní akt, nazvaný *Mimořádné opatření – nařízení všem poskytovatelům akutní a následné lůžkové péče zakazující příjem nových pacientů za účelem poskytování plánované péče*, je zásadním omezením autonomie pacientů i poskytovatelů zdravotní péče. V době odevzdání tohoto příspěvku je dosud platné mimořádné opatření 46953/2020-

<sup>12</sup> KOUDELKA, Z. *Nouzové zákonodárství a roušky*. *Právník*. 2020, č. 12, s. 956–968. Dostupné též z: <<https://www.pravniprostor.cz/clanky/ostatni-pravo/nouzove-zakonodarstvi-rousky>> [cit. 2021-06-24].

<sup>13</sup> HORÁK, F. – DIENSTBIER, J. – DERKA, V. *Právní úprava mimořádného vládnutí v kontextu pandemie covid-19. Rozhodnutí o vyhlášení nouzového stavu*. *Právník*. 2021, č. 6, s. 431.

<sup>14</sup> 46953/2020-1/MIN/KAN, 46953/2020-2/MIN/KAN, 46953/2020-3/MIN/KAN a 46953/2020-4/MIN/KAN, a 46953/2020-5/MIN/KAN. Dostupné z: <[www.fullsoft.cz](http://www.fullsoft.cz)> [cit. 2021-06-25].



5/MIN/KAN ze dne 6. 4. 2021, účinnost od 7. 4. 2021, které stále omezuje příjem nových pacientů pro plánovanou péči a nařizuje co nejrychlejší uvolňování akutních lůžek.<sup>15</sup> U následné lůžkové péče opatření vyžadovalo a vyžaduje průběžné uvolňování lůžek následné péče a překládání pacientů do domácí péče.

Uvedená opatření MZD nebyla soudně napadena, ač se dotýkají samotné podstaty vztahu pacient–lékař–poskytovatel, o kterém Nejvyšší správní soud v rozhodnutí čj. 4 Azs 256/2014 dospěl k závěru, že při určení, jaký zdravotnický zákrok a jakým způsobem bude proveden, se nejedná mezi pacientem a poskytovatelem o veřejnoprávní vztah. NSS v citovaném rozhodnutí jasně vymezil možnosti aplikace správního práva a jeho zásad v rámci poskytování zdravotní péče.

*„[P]osuzování zdravotního stavu, stanovování léčebných diagnóz a určování způsobu léčby nepředstavuje výkon veřejné moci, a jedná se tudíž o otázku ryze odbornou, medicínskou, závislou na odborných znalostech poskytovatele zdravotní péče.“*

Vzhledem k tomu, že uvedené opatření MZD, ani jeho předchůdci neobsahují jiné zdůvodnění, než nutnost implementace opatření k zamezení šíření nemoci covid-19 proč omezovat plánovanou péči ve smyslu zásahu do zákonem garantovaného práva na péči o zdraví a zároveň do práva svobodně vykonávat ekonomickou činnost, bylo by na místě uvedená opatření aplikovat jako vnitřní instrukci přímo řízeným organizacím MZD. Pro ostatní poskytovatele se jeví jako vhodnější ponechat je pouze ve formě doporučení s tím, že zváží své personální, věcné a technické kapacity.

Pochopitelně hodnocení právního postupu v době vrcholících projevů pandemie na území ČR je velmi složité i proto, že ustanovení právních předpisů k ochraně veřejného zdraví používají logicky pojmy neurčité nebo jde o blanketní normy, které vyžadují obsahové naplnění a zdůvodnění podrobné při aplikaci orgánem veřejné správy.

Z pohledu teorie, judikatury i praxe správního práva je však nutné vždy rozlišit mezi právní formou nařízení, opatření obecné povahy a instrukce či pokynu podřízenému subjektu.<sup>16</sup> *Omezení autonomie pacientů i poskytovatelů je proto nutné stanovit obsahově i formálně správně.* Pokud jde o celostátní a všeobecnou působnost, je vhodné zvážit následné přijetí právního předpisu tak, aby materiální zásah do práv subjektů byl opodstatněn.

Právní předpis, který má stanovit, v jakých situacích a jakým způsobem mimořádná opatření vydávat, je zákon č. 94/2021 Sb., o mimořádných opatřeních při epidemii onemocnění COVID-19, *pandemický zákon*. Důvodová zpráva uvádí: *„Smyslem navrhovaného zákona je tak upravit zákonné mantinely pro vydávání opatření, která by měla za účelem zamezení dalšího šíření onemocnění COVID-19*

---

<sup>15</sup> Zde již MZD nepoužívá spojení mimořádné opatření – nařízení.

<sup>16</sup> Srov. HENDRYCH, D. – KAVĚNA, M. – PAVLÍK, M. *Správní věda. Teorie veřejné správy*. 4. vydání. Wolters Kluwer, 2014, kap. 4., § 3. HEJČ, D. – BAHÝLOVÁ, L. *Opatření obecné povahy v teorii a praxi*. C. H. Beck, 2017.



*omezovat některé činnosti či poskytování služeb, [...] případně naopak nařídít nějakou činnost, která by bránila šíření tohoto onemocnění, a to v rozsahu, na nějž zákon o ochraně veřejného zdraví dosud nepamatuje. Postup podle zákona o ochraně veřejného zdraví však tímto zákonem není vyloučen, to znamená, že mimořádná opatření budou nadále vydávána i podle zákona o ochraně veřejného zdraví, a to podle toho, co bude třeba mimořádným opatřením regulovat.“* (zvýrazněno autorkou).

Pandemický zákon, s ohledem na svou omezenou účinnost do 28. 2. 2022, není předmětem rozboru v tomto článku. Recentní judikatura Nejvyššího správního soudu,<sup>17</sup> která se podrobně zabývá požadavky na zpracování a odůvodnění opatření obecné povahy, však jednoznačně poukazuje na to, že opatření nejsou řádně zdůvodněna a nenaplnují tak požadavky na ústavně konformní postup při stanovení povinností adresátů. Obava předkladatele z možných námitek svévole při ukládání omezení, která je vyjádřena v důvodové zprávě jako jedna z příčin přijetí pandemického zákona, se tak v praxi plně potvrdila.<sup>18</sup> Z pohledu právní jistoty adresátů veřejné správy je také velmi závažné, že předkladatel a následně i zákonodárce akceptují možnost dvojkolejnosti vydávání opatření obecné povahy.

Odborná medicínská i právní diskuse byla vedena k *dostupnosti intenzivní péče v době pandemie v případě nedostatku i vzácných zdrojů*.<sup>19</sup> Prozatím u nás nebylo judikováno ve věci neposkytnutí pomoci či neodkladné péče v rámci pandemie, katastrofy či hromadné havárie. Rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR (NS) 8 Tdo 1421/2008, je nicméně poměrně návodným pro případy, kdy se lékař rozhodne nezahajovat neodkladnou péči a resuscitaci.

Je však třeba zdůraznit, že i *odborná stanoviska a doporučení omezují jak autonomii pacienta, tak autonomii lékaře a poskytovatele*, ač nejsou právně závazná, jak uvedl NS ve zde citovaném rozhodnutí 8 Tdo 1421/2008.<sup>20</sup> Důvodem je skutečnost, že jsou vydávána odbornými společnostmi a osobnostmi, které požívají vysoké autority v medicínské i právní komunitě. To ostatně plyne i z uvedeného rozsudku, kde NS na jedné straně konstatuje, že: „[...] už proto její [České lékařské společnosti J. E. Purkyně – doplněno autorkou] doporučení nemohou být pro lékaře (příp. další sdružené osoby) závazná, natož aby mohla být považována za obecně závazné standardy nejen pro její členy, ale dokonce i pro všechny zdravotnické pracovníky v České republice“. Na straně druhé odkazuje na odborné vyjádření člena téže společnosti právě k doručení při postupu resuscitace a konstatování úmrtí.

---

<sup>17</sup> Výše citovaný rozsudek NSS 8 Ao 15/202, judikatura tam uvedená a další dostupná z: <[www.nssoud.cz](http://www.nssoud.cz)>.

<sup>18</sup> Důvodová zpráva dostupná z: <<https://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=8&CT=859&CT1=0>> [cit. 2021-06-25].

<sup>19</sup> Dostupné z: <<https://koronavirus.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/01/Stanovisko-výboru-CSARIM-aktuáln%C3%AD-stav-dostupnosti-a-poskytván%C3%AD-intenzivn%C3%AD-péče-v-ramci-pandemie-onemocněn%C3%AD-covid-19.pdf>> [cit. 2021-06-25].

<sup>20</sup> „Lékař je tedy 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.“

## 2. MANAŽERSKÁ PROBLEMATIKA

Peter Drucker ve své knize *The New Realities* zdůrazňuje, že řízení zdravotnického zařízení je jednou z nejkompexnějších manažerských činností ve společnosti. Skutečnost se mnohdy liší od problémů, na které se soustřeďuje pozornost veřejnosti, médií nebo teorie či výuky.<sup>21</sup>

Nezastupitelnou úlohu v rámci nalezení rovnováhy mezi zájmem pacienta a zájmem poskytovatele zdravotních služeb, hraje způsob organizace a řízení zdravotnického zařízení a dosahování stanovených cílů prostřednictvím zdravotnických pracovníků i pracovníků ve zdravotnictví. K řízení zdravotnických zařízení je možné přistupovat z různých úhlů pohledu. Základem řízení je správně zvolená vize a strategie k jejímu dosažení. Pokud bychom vyšli z Donabediana, pak základní vizí je: „Kvalitní zdravotní péče, tedy takový druh péče, při které lze očekávat maximální užitek pro pacientovo zdraví a kdy očekávaný užitek je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu.“<sup>22</sup>

Pandemie nicméně tyto přístupy změnila. Přednost dostal *krizový management*, jehož úkolem je zvládnout složitou situaci, v níž je narušena rovnováha mezi běžným a obvyklým chováním systému a okolním prostředím. Vztah pacient–lékař–poskytovatel se změnil, neboť v pandemii jde obvykle o případy, kdy je možná léčba bez souhlasu. Důvodem je buď ochrana veřejného zdraví, nebo akutní ohrožení života a zdraví. Poskytovatel i lékař jsou v roli toho, kdo rozhoduje, v mnoha případech vrchnostenským způsobem.

Samotný pojem *krizové řízení* nebo *krizový management* je používán ve zdravotnictví dvojitým způsobem.<sup>23</sup> První přístup pracuje s medicínou katastrof a vnějšími riziky. Druhý chápe krizový management jako nástroj, jak v konkrétní organizaci překonat problematickou situaci, která může být dána jak z vnějších příčin, například hospodářská krize a nedostatečné financování zdravotní péče, tak z příčin vnitřních. Vnitřní příčina ve zdravotnictví je typicky systémové nebo individuální selhání v péči o pacienta. V obou případech je úkolem krizového managementu identifikovat podstatu krize, zasáhnout s cílem minimalizovat škody a zajistit zotavení se z krizového stavu. Soudobá teorie klade rovněž důraz na preventivní opatření a spolupráci všech zainteresovaných složek.<sup>24</sup>

---

<sup>21</sup> DRUCKER, P. *The New Realities*. USA: Routledge, 2011, s. 214–215.

<sup>22</sup> DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*. 2005, 5, s. 691–729. Dostupné z: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>> [cit. 2021-06-24].

<sup>23</sup> Krizový management je nutno odlišit od zdravotnického rizikového managementu, neboť ten směřuje především k prevenci a omezení rizik pro bezpečí pacientů.

<sup>24</sup> WAUGH, W. L. – STREIB, G. Collaboration and Leadership for Effective Emergency Management. *Public Administration Review*. 2006, Vol. 66, s. 131–140. Též McENTIRE, D. – DAWSON, G. The Intergovernmental Context. s. 60. In: WAUGH, W. L., Jr. – TIERNEY, K. (eds). *Emergency Management: Principles and Practice for Local Government*. 2nd edition. Washington DC, 2007.

*Krizové řízení ve zdravotnictví* se stává zásadní a velmi důležitou otázkou v souvislosti s pandemií a níže zmíněnými klimatickými změnami a extrémním počasím, neboť dlouhodobé prognózy, založené na zkušenostech z minulosti, nemusí být přesné, právě z důvodu změny klimatu. Nové technologie vytvářejí nové typy rizik, které vyžadují podrobnější zpracování, monitorování a připravenost na katastrofy. Proto také mnohem častěji zaznívá, že nedostačuje pouze krizový management, ale pro úspěšné zvládnutí katastrof je třeba zkušených leaderů.<sup>25</sup> *Vůdcovství – leadership* v rámci krizového managementu může napomoci ke zvládnutí krize, zatímco nedostatky ve vedení mohou ještě zhoršit situaci.

*Krizový management se uplatňoval v ČR především v rámci medicíny katastrof*, jako jsou např. hromadné havárie a živelné pohromy. Česká republika v rámci přírodních vlivů obvykle čelila a čelí následkům záplav nebo povodní. Nově se objevilo i neobvyklé sucho v letech 2015–2020 jako přírodní a sociální riziko, které může ovlivnit výživový a zdravotní stav obyvatelstva.<sup>26</sup>

*Koncepce krizové připravenosti zdravotnictví České republiky* byla schválena v roce 2007.<sup>27</sup> Přesto však tato koncepce není dosud dostatečně uvedena do praxe, aby umožnila efektivně reagovat na možný výskyt vysoce nebezpečných nemocí. Odborná společnost<sup>28</sup> upozorňuje, že o krizové připravenosti je možno hovořit pouze u státních zdravotních zařízení a zdravotnické záchranné služby, protože pro ostatní zdravotnická zařízení není dosud vytvořen resortní program a naplňování politiky krizové připravenosti.<sup>29</sup> Je ovšem diskutabilní, zda i státní poskytovatelé zdravotní péče byli připraveni na pandemickou situaci. Dle mého názoru centrální řízení ministerstvem ukázalo základní slabinu v tom, že nerespektovalo specifika jednotlivých poskytovatelů a konkrétní místní situaci. Dále důvody omezení a následného zákazu poskytování neakutní péče v lůžkových zařízeních všech poskytovatelů nebyly správně a důsledně vysvětleny příjemcům. Důsledkem chybně sděleného a pochopeného plošného zákazu poskytování neakutní péče je zhoršení zdravotního stavu části obyvatel a zanedbání preventivní péče, kterou mohli nadále poskytovat například praktičtí lékaři nebo ambulantní specialisté, neboť ti nebyli do zákazu zahrnuti.

Z pohledu *autonomie zdravotnického pracovníka i konfliktu dvojí loajality* je oblast poskytování zdravotní péče v rámci různých typů krizí či katastrof velmi náročná. Königová upozorňuje: „*Je to zdravotní péče, která je poskytována při stavech, které bezprostředně ohrožují život, [...] bez rychlého poskytnutí*

---

<sup>25</sup> MURPHY, R. *Leadership in Disaster*. Dostupné z: <<http://www.afn.ca/uploads/files/emi-forum/6.pdf>> [cit. 2021-06-24].

<sup>26</sup> Srov. usnesení vlády č. 620 z 29. července 2015 k přípravě realizace opatření pro zmírnění negativních dopadů sucha a nedostatku vody. Dostupné z: <[www.vlada.cz](http://www.vlada.cz)> [cit. 2021-06-24].

<sup>27</sup> Č. j. MZDR3708/2007. Dostupné z: <<http://www.skpz.cz/wp-content/uploads/2012/07/Koncepce-krizov%C3%A9-p%C5%99ipravenosti-zdravotnictv%C3%AD.pdf>> [cit. 2021-06-24].

<sup>28</sup> Společnost krizové připravenosti zdravotnictví ČLS – [www.skpz.cz](http://www.skpz.cz).

<sup>29</sup> FIŠER, V. Příprava a připravenost zdravotnictví na mimořádné události v rámci ochrany obyvatelstva. *Krizová připravenost zdravotnictví*. 2014, č. 1, s. 8–14.

*odborné pomoci způsobí trvalé chorobné změny, působí náhlé utrpení, bolest a změny chování a jednání postiženého ohrožujícího jeho samotného i okolí.*<sup>30</sup> Zásadním problémem v této situaci je, že mnohdy požadavky na zdravotní péči přesahují možnosti zdravotnického pracovníka, poskytovatele i systému. *Manažerský problém* hospodárného vynaložení dostupných materiálních prostředků i vhodného rozložení lidských zdrojů s ohledem na efektivitu poskytování zdravotní péče z pohledu veřejného zájmu i zájmů poskytovatele se *tak stává problémem etickým a následně i právním*. Tím dochází k výraznému narušení autonomie rozhodování odborníka i poskytovatele zdravotních služeb.

Zdravotničtí pracovníci, vykonávající regulované povolání, jsou i z podstaty své činnosti s nutností nezávislého, často velmi rychlého rozhodování pod stresem, určení k tomu, aby byli přirozenými manažery a lídry v pracovních týmech. To samozřejmě vede k vyššímu tlaku, jak vnitřnímu, tak vnějšímu i celospolečenskému, na odpovědnost za výkon činnosti. Vedoucí pracovníci zdravotnických zařízení nesporně splňují požadavky na *leadera*, a proto jsou vystaveni konfliktu dvojí loajality ještě mnohem více než řadoví pracovníci. Toto zároveň skýtá možnost manažerského řešení dopadu krize do poskytování zdravotní péče.

*Krizovou situaci* je nutno chápat naprosto stejně, jako například australská doktrína chápe soudní spor<sup>31</sup> – tedy upozornění a následek, který vede ke zvýšení kvality činnosti. V České republice se však ke krizovým situacím na úrovni zdravotnických zařízení přistupuje jako k zásadnímu otřesu, který je nežádoucí a nemá žádný pozitivní přínos. Takové situace však lze využít ke změně přístupu ke zvládnutí mimořádných situací ve zdravotnictví a k nácviku dovedností, které vedou ke změně přístupu a pomohou eliminovat při dalších hrozbách nežádoucí reakce při zvládnutí krizových stavů. Krizové stavy vedou k přetížení zdravotnických pracovníků, neboť velmi často vyžadují vykonávání více nezvyklých činností najednou. Jde tedy o výraznou odchylku od denní rutiny, která může vést k chybám. Poskytovatelé zdravotní péče a zejména jednotlivá zdravotnická zařízení se musí stát učící se organizací. Krizový management je proto nutno propojit s informačním a znalostním managementem. Tímto způsobem pojaté řízení ve zdravotnictví je úzce spojeno nejen s vedením a využitím lidských zdrojů a neustálým zvyšováním znalostí organizace, tedy vytvářením učící se organizace, ale je rovněž spojeno s otázkami dvojí loajality v tom směru, že jeho úkolem je překonávat nedostatky mezi strategií a vizí organizace, a vést k naplnění základního poslání, tj. poskytování zdravotní péče.

---

<sup>30</sup> KÖNIGOVÁ, R. Hromadná poranění v rámci katastrof. In: VÁCHA, M. – KÖNIGOVÁ, R. – MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012, kap. 14, s. 280.

<sup>31</sup> FORRESTER, K. – GRIFFITHS, D. *Essentials of Law for Medical Practitioners*. Australia: Elsevier, 2011, kap. 5.

## ZÁVĚR

Oblast poskytování zdravotní péče a zdravotních služeb je velmi svébytné území s mnoha zvyky, právně nezakotvenými, pevnou hierarchií, danou odborností a autoritou v daném oboru, a přirozeným leadershipem vedoucích pracovníků.

Autonomie pacienta v krizové době, zejména pokud možnosti poskytování péče dosáhnou kritické hranice a není k dispozici dostatečné personální i technické vybavení, je omezena. Pacient se nepodílí na rozhodování o léčbě, která je založena na využití vzácných zdrojů.<sup>32</sup> Nicméně i obecné sdílení rozhodování je zásadně ohroženo. M. Mauer rozbořem Karpmanova trojúhelníku dramatu ukazuje,<sup>33</sup> že skutečnost, že hovoříme o rovnoprávném vztahu pacient–lékař, samo o sobě neznamena, že přehnaně paternalistické nebo mocenské přístupy ve zdravotnické péči vymizely. Mauer výslovně zdůrazňuje, že *vztah mezi osobou, která potřebuje pomoc a přijímá jí, a pomáhajícím, není nikdy symetrický*. Zdravotník se proto může dostat do role nadřazeného zachránce, stejně jako pronásledovatele, který pacientovi vyčítá jeho přístup k nemoci a léčbě. Velmi častý je posun v postavení zdravotníka od zachránce k pronásledovateli, a naopak. Pacient se dostává do role oběti buď vlastní pasivitou, nebo přijímáním nadřazené role lékaře. *V době pandemie či jiných katastrof se možnost mocenských přístupů při poskytování zdravotní péče ještě výrazně prohlubuje.*

*Právní stát* však, ani v době zásadní krize, nemůže rezignovat na ochranu autonomie jak příjemce zdravotní služby, tak odborníka i poskytovatele. Právě nástroje veřejného práva spolu s možnostmi, které přináší krizový management, a právní nástroje k řešení krize a přechod od vrchnostenské, rozhodovací a nařizovací veřejnosprávní činnosti k doporučením a pomoci bez zavádění mimořádných opatření chrání autonomii pacienta i poskytovatele.

K prostředkům veřejného práva patří nepochybně i *právo trestní*, avšak jsem přesvědčena, že *princip subsidiarity trestní represe* je nutno při poskytování zdravotních služeb a zdravotní péče v době pandemie, ještě zdůraznit. Rozbor trestní odpovědnosti za omezení autonomie pacientů, zdravotnických pracovníků a poskytovatelů v situaci, která dosud nebyla v evropských i mimoevropských právních státech řešena, je, dle mého názoru, předčasný.

*Konflikt dvojí loajality působí intenzivně právě v krizových dobách a má velký vliv na bezpečí pacientů i konkrétní postupy při poskytování zdravotní péče a zdravotních služeb. Vždy však jde o interakci mezi lidmi*

---

<sup>32</sup> Srov. DOLEŽAL, A. Informovaný souhlas v době pandemie. In: *Zdravotnické právo a bioetika* [online]. 25. 4. 2021. Dostupné z: <<https://zdravotnickepravo.info/adam-dolezal-informovany-souhlas-v-dobe-pandemie/>> [cit. 2021-06-25].

<sup>33</sup> Karpmanův trojúhelník dramatu se používá pro analýzu patologické vztahové komunikace pro potřeby psychoterapie. Viz podrobně VÁCHA, M. – KÖNIGOVÁ, R. – MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*, kap. 6.

*v prostředí, kde se řeší zachování základních lidských hodnot – života a zdraví, což vyžaduje hluboké znalosti, lidské i pracovní zkušenosti a zralost.*

**REFERENČNÍ SEZNAM:**

- CÍSAŘOVÁ, D. – SOVOVÁ, O. *Trestní právo a zdravotnictví*. 2. vydání. Praha: Orac, 2004. ISBN 80-86199-75-4.
- DOLEŽAL, A. Informovaný souhlas v době pandemie. *Zdravotnické právo a bioetika*. 25. 4. 2021. Dostupné z: <<https://zdravotnickepravo.info/adam-dolezal-informovany-souhlas-v-dobe-pandemie/>>.
- DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*. 2005, 5, s. 691–729. Dostupné z: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>>.
- DRUCKER, P. *The New Realities*. USA: Routledge, 2011. ISBN 978-0-7506-1980-6.
- FÍŠER, V. Příprava a připravenost zdravotnictví na mimořádné události v rámci ochrany obyvatelstva. *Krizová připravenost zdravotnictví*. 2014, 1, s. 8–14. ISSN 1804-9303.
- FORRESTER, K. – GRIFFITHS, D. *Essentials of Law for Medical Practitioners*. Australia: Elsevier, 2011. ISBN 978-0-7295539142.
- HÁCHA, E. Autonomie. In: *Slovník veřejného práva československého*. Praha: Eurolex Bohemia, 2000. ISBN 80-902752-4-9.
- HEJČ, D. – BAHÝLOVÁ, L. *Opatření obecné povahy v teorii a praxi*. C. H. Beck, 2017. ISBN 978-80-7400-276-2.
- HENDRYCH, D. – KAVĚNA, M. – PAVLÍK, M. *Správní věda. Teorie veřejné správy*. 4. vydání. Wolters Kluwer, 2014. ISBN 978-80-7478-561-0.
- HORÁK, F. – DIENSTBIER, J. – DERKA, V. Právní úprava mimořádného vládnutí v kontextu pandemie covid-19. Rozhodnutí o vyhlášení nouzového stavu. *Právník*. 2021, č. 6, s. 431–450. ISSN 0231-6625.
- HRIB, N. *Kriminalistika a zdravotnictví*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2010. ISBN 978-80-7380-269-1.
- KOLEKTIV AUTORŮ. *Občanská a lidská práva*. Praha: Aleko, 1992. ISBN 80-85341-28-X.
- KOUDELKA, Z. Nouzové zákonodárství a roušky. *Právník*. 2020, č. 12, s. 956–968. ISSN 0231-6625.
- MURPHY, R. *Leadership in Disaster*. Dostupné z: <<http://www.afn.ca/uploads/files/emi-forum/6.pdf>>.
- PAVLÍČEK, V. a kol. *Ústava a ústavní řád České republiky. Komentář. I. a 2. díl*. Praha: Linde, 1999. ISBN 80-7201-170-7.
- SOVOVÁ, O. *Zdravotnická praxe a právo: praktická příručka*. Praha: Leges, 2011. ISBN 978-80-87212-72-1.



SOVOVÁ, O. Informovaný souhlas a nesouhlas jako právní předpoklad poskytování bezpečné zdravotní péče. In *Nové horizonty v práve 2017*. 1 vydání. s. 181 – 196. Zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie konanej 26. - 27. apríla 2017 na Právnickej fakulte Univerzity Mateja Bela v Banskej Bystrici. Banská Bystrica: Belianum. Vydavateľstvo Univerzity Mateja Bela v Banskej Bystrici, 2017. 258 s. ISBN 978-80-557-1252-9.

ŘEZÁČ, J. *Moderní management: manažer pro 21. století*. Brno: Computer Press, 2009. ISBN 978-80-251-1959-4.

ŠEJVL, M. – AGHA, P. – SOBEK, T. – KOKEŠOVÁ, J. – ČERNÝ, D. *Vítězové a poražení. Právní a etické problémy současné koronakrize*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2020. ISBN 978-80-8739-45-6.

ŠUSTEK, P. – HOLČAPEK, T. a kol. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2017. ISBN 978-80-7552-321-1.

VÁCHA, M. – KÖNIGOVÁ, R. – MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-7367-780-0.

WAUGH, W. L., Jr. – TIERNEY, K. (eds). *Emergency Management: Principles and Practice for Local Government*. 2nd edition. Washington DC, 2007. ISBN 978-0-87326-719-9.

WAUGH, W. L. – STREIB, G. Collaboration and Leadership for Effective Emergency Management. *Public Administration Review*. 2006, Vol. 66, Iss. 1, s. 131–140. ISSN 1540-6210.

[www.usoud.cz](http://www.usoud.cz)

[www.nsoud.cz](http://www.nsoud.cz)

[www.nssoud.cz](http://www.nssoud.cz)