

Odpovědnost za újmu a kvalita zdravotní péče s přihlédnutím k zahraniční zkušenosti

Liability for injury and quality of healthcare in the light of foreign experience

*Mgr. Hana Adamová, Ph.D., Ústav práva a humanitních věd Provozně ekonomické fakulty
Mendlovy univerzity, Nejvyšší soud*

Abstract: In one of its recent decisions, the Constitutional Court came up with the thesis that an expansive interpretation of the conditions for claiming compensation for injuries suffered during the provision of health care services is generally beneficial for improving the quality of care provided. Foreign experience, supported by a number of different studies, shows in particular that doctors' fears of litigation can lead to the development of defensive medicine, i.e. the choice of procedures which are not so much justified by clinical judgement as by fears that in any subsequent litigation the doctor in question will be accused of incorrect practice and blamed for the complications arising. In particular, this approach risks placing an unnecessary burden on patients through these procedures and the complications that may arise from them, as well as draining a significant amount of capacity and resources from healthcare and, as a result, worsening access to healthcare as a whole. The debate in a number of countries is how to prevent the development of defensive medicine, or whether to adopt an alternative approach to the concept of accountability in health care provision in the light of this phenomenon. There are also indications that, in order to maintain the long-term functionality and stability of the healthcare system, it is necessary to reflect societal changes (e.g. demographic changes) affecting the functioning of the healthcare system and to consider the general approach to medicine and perceptions of doctors in the requirements for healthcare provision. The above points argue for the conclusion that the quality of health care should not be clearly linked to an extensive interpretation of the conditions for incurring liability for the harm suffered, but rather to a judicious setting of requirements for the way in which health care is provided and the compensation for any harm that may occur in doing so. Although the topic deserves a broader examination also within the Czech national environment, foreign experience encourages the conclusion that a strict concept of liability in healthcare does not necessarily contribute to improving the quality of healthcare as such.

Keywords: defensive medicine – liability – health care

Abstrakt: Ústavní soud v jednom ze svých nedávných rozhodnutí přišel s tezí, že extenzivní výklad podmínek pro uplatnění nároku na náhradu újmy utrpěné při poskytování zdravotních služeb obecně prospívá zvýšení kvality poskytované péče. Zahraniční zkušenosti podpořené řadou různých výzkumů poukazují především na to, že obavy lékařů ze soudních sporů mohou vést k rozvoji defenzivní medicíny, tedy volbě postupů, jež nejsou opodstatněny ani tak klinickým úsudkem o jejich vhodnosti, ale spíše obavami z toho, že v případném následném soudním sporu bude danému lékaři vytčen nesprávný postup a přičteny k tíži vzniklé komplikace. Tento přístup s sebou nese především riziko zbytečné zátěže pacientů těmito postupy a případných komplikací od nich se odvíjejících, jakož i odčerpání významné části kapacity a prostředků na zdravotní péči, a ve svém důsledku zhoršení dostupnosti zdravotní péče jako takové. Předmětem debaty v řadě států je, jak rozvoji defenzivní medicíny zamezit, případně zda i s ohledem na tento jev zvolit alternativní přístup k pojmání odpovědnosti při poskytování zdravotní péče. Rovněž tak se objevují poukazy na to, že v zájmu zachování dlouhodobé funkčnosti a stability zdravotnického systému je v požadavcích kladených na poskytování zdravotní péče nezbytné reflektovat celospolečenské změny (např. demografické) ovlivňující fungování zdravotnického systému a uvážit obecný přístup k medicíně a vnímání lékařů. Uvedené momenty hovoří pro závěr, že kvalita zdravotní péče by neměla být jednoznačně spojována s extenzivním výkladem podmínek vzniku odpovědnosti za vzniklou újmu, ale spíše uvážlivým nastavením požadavků na způsob poskytování zdravotní péče a kompenzaci případných újem, k nimž přitom může dojít. Jakkoliv si daná tematika zaslouží širší zkoumání i v rámci českého vnitrostátního prostředí, vybízí zahraniční zkušenost k závěru, že přísné pojetí odpovědnosti ve zdravotnictví nutně neprospívá zvyšování kvality zdravotní péče jako takové.

Klíčová slova: defenzivní medicína – odpovědnost – zdravotnictví

ÚVOD

Odpovědnost za újmu utrpěnou při poskytování zdravotní péče je téma, které budí pozornost jak v rovině teoretické, tak v rámci aplikační praxe. Nese s sebou řadu specifických obtíží, ať již při řešení otázky důkazního břemene, příčinné souvislosti či posuzování, zda konkrétní postup lze mít za protiprávní či nikoliv. Ve vztahu k úvahám, jakým směrem by se měl ubírat výklad dotčených právních norem, lze mít za zajímavou tezi nedávno připomenutou (v rámci *obiter dicta*) Ústavním soudem v nálezu ze dne 25. 5. 2021, sp. zn. IV. ÚS 3416/20. Ústavní soud zde zdůraznil obecný význam preventivního působení práva, jež si žádá, aby zdravotnická zařízení poskytovala své služby na co nejvyšší úrovni a v případě, že dojde k pochybení, měla snahu o zavedení takových systémových opatření a kontrolních mechanismů, aby dalším pochybením ve své činnosti zabránila. Ústavní soud dále uvedl, že čím důslednější právní ochrana pacientů bude, tím větší snahu budou mít zdravotnická zařízení chyby eliminovat, přinejmenším proto, že se jim to vyplatí i z finančního hlediska. Závěry vyřčené v rámci zmíněného *obiter dicta*, vyslovující se k uplatnění doktríny ztráty šance v českém právním řádu, se v podstatě přiklání k tomu, že extenzivní výklad podmínek pro vznik odpovědnosti za újmu utrpěnou při poskytování zdravotní péče a silnější postavení pacientů při uplatňování nároků takto vzniklých zajistí vyšší kvalitu zdravotní péče. Tento závěr do značné reflektuje tradiční důraz na to, že jednou z funkcí náhrady škod by obecně mělo být preventivní působení dané úpravy, jež by mělo ostatní osoby vést k tomu, aby se škodlivému jednání vyvarovaly, a naopak podněcovat k podpoře aktivit, jež vzniku újmy zabraňují.¹ Připomenutí, že náhrada škody by měla sloužit k předcházení škodám, ostatně najdeme i v čl. 10.101 PETL. Ač je preventivní funkce náhrady škody hodnocena jako vedlejší, v lepším případě souběžnou s hlavní, tj. kompenzační funkcí deliktního práva,² může být zjevně právně ona výrazným jazyčkem na vahách v případě sporných momentů interpretace dotčené právní úpravy.

Zmíněný závěr Ústavního soudu ovšem vybízí k úvaze, nakolik lze důslednému uplatňování nároků z deliktů, případně též usnadněním pozice pacientů akceptací specifických přístupů pro přiznání satisfakce v podobě ztráty šance (což bylo řešené v dané kauze), přiznat reálný potenciál přispět ke zlepšení úrovně zdravotní péče jako takové, tedy zda lze s tímto přístupem jednoznačně spojit posílení preventivní funkce náhrady škody v této oblasti a zda v podstatě je teleologická úvaha sledující účel právní úpravy (jejíž součástí jsou aplikované normy³) v podobě zvýšení kvality zdravotní péče, vskutku opodstatněná.

Zdravotnický systém je značně složitý, stížený personálními i materiálními nedostatky, oproti tomu úroveň medicínského poznání je značně dynamická, přinášející neustále nové poznatky, možnosti a postupy, avšak současně stále daleka toho, aby vždy poskytovala jednoznačné řešení pro optimální vyléčení každé jednotlivé zdravotní komplikace. Složitě postavení zdravotnických zařízení při snaze o

¹ BEZOUŠKA, P. In: HULMÁK, M. a kol. *Občanský zákoník VI. Závazkové právo. Zvláštní část (§ 2055–3014). Komentář*. Praha: C. H. Beck, 2014, s. 2072.

² TICHÝ, L. – HRÁDEK, J. *Deliktní právo*. Praha: C. H. Beck, 2017, s. 239.

³ K pojetí teleologického výkladu WINTR, J. *Metody a zásady interpretace práva*. Praha: Auditorium, 2013, s. 123 an.

předcházení újem připomněl Nejvyšší soud ve svém rozsudku ze dne 16. 10. 2019, sp. zn. 25 Cdo 4518/2018, v němž upozornil, že zdravotnická zařízení jakožto příspěvkové organizace jsou z ekonomických důvodů značně limitována co do reálné možnosti přijetí efektivních organizačních opatření potřebných k nápravě nežádoucího stavu, jenž se podílel na vzniku újmy, neboť mohou činit jen takové kroky, které jim umožní finanční prostředky od zřizovatele. Nelze přehlédnout ani realitu stavu kvalifikovaných pracovních sil ve zdravotnictví, kdy zjednáání nápravy organizačních nedostatků přijetím dostatečného počtu zkušených, případně atestovaných lékařů, může bránit nedostatek takových pracovníků na trhu práce. V rozsudku ze dne 9. 2. 2022, sp. zn. 31 Cdo 2376/2021, uveřejněném pod číslem 86/2022 Sbírký soudních rozhodnutí a stanovisek, pak Nejvyšší soud konstatoval, že je poněkud problematické, aby soud bez potřebných znalostí a podkladů jednoznačně konstatoval prospěšnost či neprospěšnost určitého pojetí odpovědnosti poskytovatelů zdravotní péče pro zlepšení úrovně zdravotních služeb, a tím i zdraví a ochraně života jako ústavně chráněných hodnot, a v této souvislosti poukázal též na problém tzv. defenzivní medicíny, provázející narůstající tendenci pacientů volat lékaře k právní odpovědnosti v případě nepříznivých léčebných výsledků, jež u zdravotníků vyvolává nejistotu, kterou pak řeší prováděním zbytečných vyšetření a nasazováním všech dostupných léčebných postupů bez uvážení aplikace klinického úsudku a kritického posouzení, zda z toho má pacient skutečně prospěch.⁴

Dopady uplatňování odpovědnosti za újmu na zdravotnický systém v českém prostředí však doposud nebyly systematickému zkoumání podrobeny. Při zvažování dopadů odpovědnosti za škodu na kvalitu, bezpečnost a způsob poskytování zdravotní péče každopádně může být inspirativní přihlídnutí ke zkušenosti ze zahraničí, kde se tomuto tématu dostalo pozornosti v řadě studií a diskusí zainteresovaných odborníků z různých oblastí. Jakkoli se nejen zdravotnický systém, způsob poskytování zdravotní péče, ale i právní rámec uplatňování deliktních nároků v různých zemích liší, a v zahraničí vyslovené závěry tudíž samozřejmě není možné bez dalšího přebírat do vnitrostátního prostředí, nepochybně mohou být podnětnými i při úvahách nad optimálním přístupem v rámci českého prostředí.

1. DEFENZIVNÍ MEDICÍNA

1.1. DEFENZIVNÍ MEDICÍNA V KOLÉBCE SVÉHO VZNIKU

Spory navázané na újmu utrpěnou při poskytování zdravotní péče se v průběhu let rozvinuly se značnou intenzitou především ve Spojených státech amerických, kde specifická reakce zdravotního prostředí dala vzniknout pojmu defenzivní medicína, souhrnnému označení pro postupy volené lékaři nikoliv s ohledem na rozumný klinický úsudek o vhodnosti určitého postupu, ale z obav, aby jim následně nebyla vytknuta nedbalost při poskytování péče zakládající nárok pacienta na takto způsobenou újmu, neboť osoby následně hodnotící jejich postup budou mít jiný názor na optimální způsob léčby či diagnostiky. V tomto směru je poukazováno na paradox daný tím, že prudký nárůst

⁴ Nejvyšší soud v tomto poukázal na úvahy připomínané v literatuře – SLÁMA, O. In: KUŘE, J. – PETRŮ, M. *Filosofie medicíny v českých zemích*. Praha: Triton, 2015, s. 259, a konkretizoval je poukazem na publikované statě o zahraniční zkušenosti v tomto směru.

soudních sporů týkajících se řádného poskytování zdravotní péče byl poháněn očekáváním její perfektnosti spojené se vzrůstající kvalitou péče.⁵ Nicméně ani vzrůstající úroveň poznání a možností moderní medicíny neumožňuje formulaci jednoznačných a univerzálně platných správných postupů uplatnitelných u každého jednotlivce a například náhled na zhodnocení situace konkrétního pacienta (např. rizika komplikací versus reálně očekávatelný přínos léčby) se může u různých lékařů téže odbornosti lišit. Vznik pojmu „defenzivní medicína“ je americkými autory⁶ spojován především s prudkým nárůstem sporů týkajících se nesprávné zdravotní praxe, jejichž počet mezi lety 1965 a 1970 vzrostl o 300 %, s čímž současně narůstalo lékáři hrazené pojistné, rekordně pak v oboru všeobecné chirurgie, až o 950 %. Z obav ze soudních sporů začali měnit své počínání též jednotliví lékaři, začali se vyhýbat provádění rizikových úkonů (tzv. negativní defenzivní medicína), či začali činit více úkonů a předepisovat více vyšetření a léčebných postupů čistě ze strachu z případných žalob (tzv. pozitivní defenzivní medicína), přestože jinak daný postup neměli za medicínsky opodstatněný či vhodný, avšak nejistota, zda v následném sporu nebude vysloven závěr opačný, je vedla k provádění úkonů jimi pokládaných za zbytečné.

S defenzivními postupy je spojováno vynakládání značných prostředků (odkazovaný zdroj uvádí 162 bilionů dolarů ročně podle údajů publikovaných v roce 2013, jiné zdroje zmiňují, že náklady uplatňování odpovědnosti ve zdravotnictví, včetně defenzivní medicíny činily v roce 2010 v USA 55,6 bilionu dolarů⁷). Rovněž tak je poukazováno na zbytečná zdravotní rizika spjatá s přehnanou diagnostikou a léčbou (tzv. „*overdiagnosis*“ a „*overtreatment*“) – řada vyšetření či léčebných postupů s sebou nese rizika pro pacienty, případné falešné pozitivní výsledky mohou vést ke zbytečným zákrokům, zjištěné výsledky vedou k léčbě nemoci, jež by pacienta jinak nijak neohrožovala apod. Taktéž je s daným přístupem spjata dlouhodobá změna v chování lékařů, kteří si dané postupy osvojují již v průběhu své profesní přípravy, a posouvá se tak jejich výchozí přístup k volbě léčebných postupů. Krom této obecné změny v přístupu při volbě léčebných postupů se soudní uplatňování nároků pacientů a dlouhodobý stres lékaře s tím spojený může projevit též rozvojem tzv. klinicko-soudního syndromu (tzv. *clinical-judicial syndrom*), jenž ve svém důsledku nepoškozuje jen dotčeného lékaře, ale snížením jeho výkonosti a pracovních schopností též fungování zdravotnických zařízení.⁸ V obecné

⁵ AGARWAL, R. – GUPTA, A. – GUPTA, S. The impact of tort reform on defensive medicine, quality of care, and physician supply: A systematic review. *Health Services Research*. 2019, Vol. 4, s. 851–859. doi: 10.1111/1475-6773.13157.

⁶ Ke shrnutí vzniku a vývoje defenzivní medicíny: viz BERLIN, L. Medical errors, malpractice, and defensive medicine: an ill-fated triad. *Diagnosis*. 2017, Vol. 4, No. 3, s. 133–139. doi: 10.1515/dx-2017-0007.

⁷ SETHI, M. K. – OBREMSKEY, W. T. – NATIVIDAD, H. – MIR, H. R. – JAHANGIR, A. A. Incidence and costs of defensive medicine among orthopedic surgeons in the United States: a national survey study. *American Journal of Orthopedics*. 2012, Vol. 41, No. 2, s. 69–73.

⁸ PELLINO, I. M. – PELLINO, G. Consequences of defensive medicine, second victims, and clinical-judicial syndrome on surgeons' medical practice and on health service. *Updates in Surgery*. 2015, Vol. 67, No. 4, s. 331–337. doi: 10.1007/s13304-015-0338-8.

rovině jsou ovšem za zásadní rizika defenzivní medicíny pro pacienty pokládána především omezení přístupu ke zdravotní péči a případné poškození zdraví.⁹

Zvýšené náklady zdravotnictví spjaté s rizikem soudních sporů a odčerpávání kapacit a prostředků na zdravotní péči prostřednictvím defenzivní medicíny si vyžádalo značnou pozornost, neboť ohrožuje efektivní využívání prostředků ve zdravotnictví, a tedy i celkový standard a reálnou dostupnost péče. Řada amerických studií (často zpracovávaných za spolupráce odborných institucí zdravotnických, právních, ekonomických či obecně sociálněvědních) se zaměřuje nejen na zjištění extenzity nároků uplatňovaných s poukazem na pochybení při zdravotní péči (jejich vývoje v čase,¹⁰ vazby na specializaci apod.¹¹), ale též usiluje o empirické uchopení problému vyčíslení s ním spjatých nákladů a efektů reforem deliktního práva přijatých za účelem stabilizace situace v jednotlivých státech. Pro ilustraci uvedme některé z nich. Například americká studie zkoumající postupy defenzivní medicíny v chirurgické ortopedii vedla ke zjištění, že 96,2 % respondentů indikuje úkony z obav před možným odpovědnostním postihem, odhadované náklady defenzivních postupů na jednoho respondenta činily 8 458 dolarů měsíčně, přičemž nejčastěji byla z defenzivních důvodů prováděna vyšetření magnetickou rezonancí a další radiologická vyšetření. Extrapolací zjištěných dat pak autoři studie dovodili, že náklady na defenzivní medicínu činí ročně asi 30 biliónů dolarů. Za obory, k nimž se podle dat ve Spojených státech nejčastěji váže riziko případné soudní pře, jsou pokládány chirurgie, porodnictví a gynekologie, řada sporů se týká též primární péče.¹² Další studie¹³ (zpracovaná mimo jiné ve spolupráci s *Columbia Law School*) identifikovala jako obzvláště rizikové ve vztahu k případným sporům o kvalitu péče obory urgentní medicíny, všeobecné chirurgie, neurochirurgie, gynekologie a porodnictví a radiologie. Drtivá většina (93 %) respondentů z těchto oborů potvrdila, že se uchylují k některé z typických variant defenzivních postupů – 59 % uvedlo, že provádí více diagnostických testů, než by bylo medicínsky indikováno, 52 % odkazuje pacienty k jiným specialistům, jedna třetina přiznala předepisování více medikamentů, než bylo lékařsky nutné, stejně tak jedna třetina navrhovala invazivní postupy, které podle jejich profesního úsudku nebyly opodstatněné. Co se týče některých konkrétních vyšetření, pak například podle učiněných zjištění více než jedna polovina urgentních lékařů, ortopedů a neurochirurgů předepisovala počítačovou tomografii, magnetickou rezonanci a radiografii, i když to neměli za klinicky potřebné. Z dalších zajímavých údajů zjištěných zmiňovanou studií lze zmínit například to, že 39 % oslovených lékařů uvedlo, že se vyhýbají značně rizikovým pacientům (nejvíce z nich bylo z oblasti chirurgické ortopedie). Rovněž se v souvislostech s učiněnými zjištěními objevuje

⁹ STUDDERT, D. M. – MELLO, M. M. – SAGE, W. M. – DESROCHES, C. M. – PEUGH, J. – ZAPERT, K. – BRENNAN, T. A. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA*. 2005, Vol. 29, No. 21, s. 2609–2617. doi: 10.1001/jama.293.21.2609.

¹⁰ SCHAFFER, A. C. – JENA, A. B. – SEABURY, S. A. – SINGH, H. – CHALASANI, V. – KACHALIA, A. Rates and Characteristics of Paid Malpractice Claims Among US Physicians by Speciality, 1992–2014. *JAMA*. 2017, Vol. 177, No. 5, s. 710–718. doi: 10.1001/jamainternmed.2017.0311.

¹¹ JENA, A. B. – SEABURY, S. – LAKDAWALLA, D. – CHANDRA, A. Malpractice risk according to physician specialty. *The New England journal of medicine*. 2011, Vol. 365, No. 7, s. 629–636. doi: 10.1056/NEJMsa1012370.

¹² WILLIAMS, P. L. – WILLIAMS, J. P. – WILLIAMS, B. R. The fine line of defensive medicine. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2021, Vol. 80, 102170. doi: 10.1016/j.jflm.2021.102170.

¹³ STUDDERT, D. M. – MELLO, M. M. – SAGE, W. M. – DESROCHES, C. M. – PEUGH, J. – ZAPERT, K. – BRENNAN, T. A. *Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment*.

poukaz na samoutvrzovací efekt daných postupů – čím více diagnostických a léčebných postupů se provádí, tím pravděpodobněji se stanou standardní péčí. Ve studii zaměřené na vysoce rizikový obor neurochirurgie autoři poukazují na extrémní dopady soudních sporů a značné výše přisouzených částek (promítnuté do výše pojistného) ve státě Pensylvánie, jež vedly k natolik výraznému odlivu neurochirurgů z tohoto státu, že zde nebyl dostatek odborníků, kteří by se mohli ujmout akutních stavů, pacienti museli být transportováni jinam, přičemž ve dvou popsáných případech pacienti během převozu zemřeli.¹⁴ Během průzkumu prováděného mezi neurochirurgy ve Spojených státech vyšlo dále najevo, že výhradně z defenzivních důvodů využívalo zobrazovacích metod 72 % respondentů, 67 % respondentů provádělo laboratorní testy a 66 % konzultovalo jiné lékaře (při odhadovaných nákladech na vyšetření činěná z obav ze soudních sporů 55,6 billionů dolarů v roce 2008). Z téže studie vyplynulo, že více než 50 % dotazovaných neurochirurgů uzpůsobilo svou praxi, aby se vyhnulo vysoce rizikovým úkonům jako například operace úrazů hlavy a páteře, vnitrolebečního krvácení, tumorů mozku a hydrocefalu, 71 % pak uvedlo, že prostředí zatížené obavou ze soudních sporů ovlivňuje jejich rozhodnutí, jak dlouho vykonávat svou praxi.¹⁵ Jiný výzkum ukázal, že výše pojistného (odvíjející se od sum, které pojišťovna může být povinna vyplácet poškozeným) má vliv na způsoby provádění porodů, přičemž v oblasti s vyšším pojistným byla vysledována vyšší incidence porodů císařským řezem, nižší počet vaginálních porodů po porodu císařským řezem a nižší počet instrumentálních porodů.¹⁶ Stranou zájmu nezůstávají ani poměrně úzce specializované oblasti činnosti, jako například mamární patologové (specializující se na tumory prsou),¹⁷ z analýzy jejich činnosti vyplynulo, že obavy z případných soudních sporů vedou 60 % dotázaných k nařízení dalších imunochemických testů, 56 % z nich k doporučení chirurgickému odběru dalších vzorků, 86 % k vyžádání kontrolního vyšetření a 15 % z nich volí ze stejného důvodu v hraničních případech horší variantu diagnózy.

Obdobných publikovaných studií zkoumajících defenzivní postupy ve vztahu k jednotlivým medicínským specializacím se dá v rámci odborných časopisů dohledat celá řada. Nicméně kromě snahy náležitě uchopit daný problém a stanovit jeho rozsah v té či oné odbornosti se stalo předmětem zájmu též zkoumání vlivu rozdílného přístupu k odpovědnosti za újmu způsobenou špatným lékařským postupem na kvalitu péče. Jedna z publikovaných studií¹⁸ se věnuje rozdílu ve zdravotní péči poskytované zařízeními americké armády. Vojaři v aktivní službě, kteří se zde léčí, nemohou uplatňovat odpovědnostní nároky za případnou újmu zde utrpěnou. Zmíněná studie poukázala na to, že průměrné náklady na léčbu pacienta zde byly o 5 % nižší bez negativních dopadů na výsledek poskytnuté péče.

¹⁴ NAHED, B. V. – BABU, M. A. – SMITH, T. R. – HEARY, R. F. Malpractice liability and defensive medicine: a national survey of neurosurgeons. *PLoS One*. 2012, Vol. 7, No. 6, e39237. doi: 10.1371/journal.pone.0039237.

¹⁵ Ibidem.

¹⁶ ZWECKER, P. – AZOULAY, L. – ABENHAIM, H. A. Effect of fear of litigation on obstetric care: a nationwide analysis on obstetric practice. *American Journal of Perinatology*. 2011, Vol. 28, No. 4, s. 277–284. doi: 10.1055/s-0030-1271213.

¹⁷ REISCH, L. M. – CARNEY, P. A. – OSTER, N. V. – WEAVER, D. L. – NELSON, H. D. – FREDERICK, P. D. – ELMORE, J. G. Medical malpractice concerns and defensive medicine: a nationwide survey of breast pathologists. *American Journal of Clinical Pathology*. 2015, Vol. 144, No. 6, s. 916–922. doi: 10.1309/AJCP80LYIMOOUJIF.

¹⁸ FRAKES, M. – GRUBER, J. Defensive Medicine: Evidence from Military Immunity. *American economic journal. Economic policy*. 2019, Vol. 11, No. 3, s. 197–231. doi: 10.1257/pol.20180167.

Další zdroje poukazují na scházející důkazy, že obavy ze soudních sporů vedou ke snížení chybovosti ve zdravotní péči.¹⁹ Rovněž tak autoři nedávno publikovaného systematického zhodnocení řady studií zabývajících se vztahem mezi rizikem odpovědnosti a kvalitou a výsledky zdravotní péče dospěli k závěru o absenci souvislosti mezi odpovědností za způsobenou újmu a kvalitou a výsledky zdravotní péče.²⁰ Lze ovšem dodat, že někteří autoři zvažují i to, že motivem k defenzivním postupům nemusí být jen obava ze soudní pře, ale též obavy z toho, jak lékaři budou vnímáni svým okolím či kritizováni svými kolegy.²¹

Jelikož daná oblast deliktního práva je v rámci Spojených států ponechána regulaci jednotlivými státy, legislativní reformy deliktního práva reagující na problém defenzivní medicíny a problému, jenž vyvolává při distribuci prostředků ve zdravotnictví, se tedy odehrávají právě v rámci jednotlivých států, jež v zájmu dosažení cíle – snížit riziko soudních sporů, náklady na pojistné a ve svém důsledku tlak na defenzivní postupy^{22, 23} – volí různé cesty. Uvedené pak dává možnost americkým odborníkům komparovat dopady různých přístupů. V pojednání shrnujícím výsledky řady studií publikovaném v roce 2019²⁴ byly hodnoceny reformy v podobě limitů náhrady nemajetkové újmy či ušlého zisku nebo obojího, zamezení kompenzace újmy z více zdrojů, omezení finanční odpovědnosti na míru zavinění, rozložení platby kompenzace na dlouhou dobu oproti jednorázovému odškodnění, limitace odměny advokáta, státem poskytované pojištění lékařů, redukce nároku na úrok z prodlení před vynesením rozsudku. Autoři se zaměřili na hodnocení míry defenzivní medicíny, kvality péče a dostatku lékařů. Po zhodnocení celé řady studií z různých oblastí dospěli k závěru, že limitace nahrazované nemajetkové újmy byla spojena s ústupem defenzivních postupů, zvýšení dostatku lékařů a neměla negativní dopad na kvalitu péče, u jiných reforem neshledali jednoznačně průkazný závěr. Jiné zdroje za možný nástroj k redukcí finanční zátěže spojené s uplatňováním nároků vznášených v souvislosti s poskytovanou zdravotní péčí označují alternativní řešení sporů prostřednictvím různých komisí a disciplinárních orgánů působících jako prostředníci mezi pacienty a lékaři dříve, než dojde k eskalaci pře do soudního

¹⁹ HERMER, L. D. – BRODY, H. Defensive medicine, cost containment, and reform. *Journal of General Internal Medicine*. 2010, Vol. 25, No. 5, s. 470–473. doi: 10.1007/s11606-010-1259-3; KOHN, L. T. – CORRIGAN, J. M. – DONALDSON, M. S. (eds). *To Err is Human: Building a Safer Health System* [online]. Washington (DC): National Academies Press, 2000 [cit. 2023-01-24]. PMID: 25077248. Dostupné z: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>>.

²⁰ MELLO, M. M. – FRAKES, M. D. – BLUMENKRANZ, E. – STUDDERT, D. M. Malpractice Liability and Health Care Quality: A Review. *JAMA*. 2020, Vol. 323, No. 4, s. 352–366. doi: 10.1001/jama.2019.21411. PMID: 31990319.

²¹ BERLIN, L. Medical errors, malpractice, and defensive medicine: an ill-fated triad. *Diagnosis*. 2017, Vol. 4, No. 3, s. 133–139. <https://doi.org/10.1515/dx-2017-0007>.

²² YU, H. – GREENBERG, M. – HAVILAND, A. The Impact of State Medical Malpractice Reform on Individual-Level Health Care Expenditures. *Health Services Research*. 2017, Vol. 52, No. 6, s. 2018–2037. doi: 10.1111/1475-6773.12789.

²³ Viz též: FLOYD, T. K. Medical malpractice: trends in litigation. *Gastroenterology*. 2008, Vol. 134, No. 7, s. 1822–1825, 1825.e1. doi: 10.1053/j.gastro.2008.05.001.

²⁴ AGARWAL, R. – GUPTA, A. – GUPTA, S. The impact of tort reform on defensive medicine, quality of care, and physician supply: A systematic review. *Health Services Research*. 2019, Vol. 54, No. 4, s. 851–859. doi: 10.1111/1475-6773.13157.

sporu.²⁵ Za vhodné k uvážení jsou pokládány i jiné, byť prozatím nezhodnocené postupy, nahrazení názoru odborníka při posuzování řádnosti péče doporučeními pro klinickou praxi („*clinical practice guidelines*“) či stanovení určitých komplikací, které jsou kompenzovány bez ohledu na jejich zavinění.²⁶ Komplexní novátorský přístup pak představují podle návrhu odborných institucí Harvardské univerzity tzv. zdravotnické soudy („*health courts*“) coby základ systému určeného pro vypořádání vztahů mezi pacienty a zdravotníky administrativní cestou, prostřednictvím zvláštních odborných posuzovatelů, jejichž prostřednictvím by přitom byly kompenzovány újmy, jejichž vzniku šlo předejít (tedy šířeji stanovené hranice než nedbalost zvažovaná u deliktních nároků), přičemž přiznání kompenzace by mělo být opodstatněno odborným výkladem podloženým stávajícími vědeckými poznatky.²⁷ Jiní autoři se zaměřují na zdravotní praxi, a nikoliv na systémové změny, a k eliminaci negativních dopadů defenzivní medicíny doporučují vzdělávání lékařů a pacientů ohledně situací, v nichž nejčastěji dochází k defenzivním postupům, formulování a rozšiřování doporučených klinických postupů cílících na nejčastější defenzivní postupy a omezení psychické a finanční zranitelnosti osob v rizikových specializacích.²⁸

1.2. DEFENZIVNÍ MEDICÍNA MIMO USA

Problematiku defenzivní medicíny ovšem nelze redukovat toliko na oblast Spojených států amerických. Být značná část publikovaných statí se vztahuje právě k nim, pozornost je tomuto jevu věnována i v řadě dalších zemí. Například japonská studie zkoumající defenzivní praktiky mezi gastroenterology poukázala na to, že nehledě na to, že počet žalob v rámci dané odbornosti v Japonsku není velký, téměř všichni gastroenterologové zahrnutí do výzkumu (98 %) se uchylují k postupům defenzivní medicíny, což je dáváno do souvislostí s narůstajícím počtem žalob i tím, že osvojení defenzivních postupů nemusí být důsledkem osobní zkušenosti s vystavením soudnímu sporu, ale i kolektivní úzkostí z něj.²⁹ Rovněž tak je defenzivní medicína předmětem pozornosti i v rámci evropských odborných textů, byť poněkud méně komplexně a s různou intenzitou v různých státech, stejně tak jako množství sporů stran zdravotní péče, jež skončí u soudu – podle dat publikovaných v roce 2014 to bylo nejvíce v Itálii 90 % v roce 2014, ve srovnání s 60 % ve Francii a 40 % v Německu.³⁰ V zemích jako Dánsko, Nizozemsko či Švédsko, kde stížnosti pacientů jsou předně projednávány

²⁵ WILLIAMS, P. L. – WILLIAMS, J. P. – WILLIAMS, B. R. The fine line of defensive medicine. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2021, Vol. 80, e:102170. doi: 10.1016/j.jflm.2021.102170.

²⁶ AGARWAL, R. – GUPTA, A. – GUPTA, S. *The impact of tort reform on defensive medicine, quality of care, and physician supply: A systematic review*, s. 851–859.

²⁷ MELLO, M. M. – STUDDERT, D. M. – KACHALIA, A. B. – BRENNAN, T. A. "Health courts" and accountability for patient safety. *Milbank quarterly. A multidisciplinary journal of population health and health policy*. 2006, Vol. 84, No. 3, s. 459–492. doi: 10.1111/j.1468-0009.2006.00455.x.

²⁸ STUDDERT, D. M. – MELLO, M. M. – SAGE, W. M. – DESROCHES, C. M. – PEUGH, J. – ZAPERT, K. – BRENNAN, T. A. *Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment*.

²⁹ HIYAMA, T. – YOSHIHARA, M. – TANAKA, S. – URABE, Y. – IKEGAMI, Y. – FUKUHARA, T. – CHAYAMA, K. Defensive medicine practices among gastroenterologists in Japan. *World Journal of Gastroenterology*. 2006, Vol. 12, No. 47, s. 7671–7675. doi: 10.3748/wjg.v12.i47.7671.

³⁰ TORALDO, D. M. – VERGARI, U. – TORALDO, M. Medical malpractice, defensive medicine and role of the "media" in Italy. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*. 2015, Vol. 10, No. 1, s. 12. doi: 10.1186/s40248-015-0006-3.

specifickými alternativními tělesy, jsou zdravotníci méně finančně odpovědní a defenzivní medicína se zdá být vnímána jako méně závažný problém, respektive spíše jako případná hrozba z budoucí amerikanizace evropských zdravotnických systémů,³¹ nicméně v různé míře se defenzivní medicína prosazuje ve většině evropských zemí.³² Stěžejní pozornost je i zde věnována modifikaci volených postupů z obav před případným soudním rozhodnutím konstatujícím pochybení lékaře, jež je spojováno (nehledě na to, zda rozhodnutí soudu přinese lékaři přímou ekonomickou ztrátu či trestní postih) s obavami ze ztráty dobrého jména, zisku z provozované praxe, ohrožení pozice a případného dalšího postupu v zaměstnání a především se značnou psychickou a emocionální zátěží, a tedy vnímáním rozhodnutí jako sankce.³³

Z publikovaných statí se podává, že kupříkladu v Itálii³⁴ se defenzivní medicína stala významným fenoménem, podle údajů z roku 2010 činila 10,5 % nákladů na zdravotní péči, podle později publikovaných dat italské parlamentní komise činily náklady na defenzivní medicínu 0,75 % hrubého národního produktu,³⁵ což vedlo italské odborníky ke zkoumání daného jevu a doporučení kroků pro jeho eliminaci v rámci dílčích specializací, jako například cévní chirurgii (autoři poukazují na nejčastější zákroky a stěžejní momenty pro hodnocení jejich korektního provedení, načasování, *guidelines*, zvolené techniky), či porodnictví se zaměřením na vliv defenzivní medicíny na vzrůstající počet porodů císařským řezem, neboť s příliš opožděným provedením císařského řezu (či vůbec jeho neprovedením) se taktéž pojí řada soudních sporů.³⁶ V tomto směru se sluší dodat, že na zátěž spojenou s uplatňováním kompenzačních nároků reagovala italská legislativa zákonem č. 24/2017, označovaným též jako „*Gelli-Bianco*“, v němž byl posílen důraz na postupy směřující k omezení možných pochybení a na opatření směřující ke zvýšení bezpečnosti pacientů a rovněž tak byla přijata opatření ke snížení sporů s důrazem na význam doporučení (*guidelines*) vydaných Italským zdravotním institutem, přičemž

³¹ GARATTINI, L. – PADULA, A. Defensive Medicine in Europe: A 'Full Circle'? *The European Journal of Health Economics*. 2020, Vol. 21, No. 2, s. 165–170. doi: 10.1007/s10198-019-01144-0. Erratum in: *The European Journal of Health Economics*. 2020, Vol. 21, No. 5, s. 815; YAN, S. C. – HULSBERGEN, A. F. C. – MUSKENS, I. S. – VAN DAM, M. – GORMLEY, W. B. – BROEKMAN, M. L. D. – SMITH, T. R. Defensive medicine among neurosurgeons in the Netherlands: a national survey. *Acta Neurochirurgica*. 2017, Vol. 159, No. 12, s. 2341–2350. doi: 10.1007/s00701-017-3323-9.

³² GARATTINI, L. – PADULA, A. *Defensive medicine in Europe: a 'full circle'?*

³³ RAPOSO, V. I (Won't) See You in Court Alternative Dispute Resolution for Medical Liability Conflicts: Examples from Europe. *European Review of Private Law*. 2020, Vol. 28, s. 1273–1294. doi: 10.54648/ERPL2020076.

³⁴ Itálie je přitom jednou ze zemí, které ve své rozhodovací praxi akceptovaly doktrínu ztráty šance – viz: SCARSO, A. P. – FOGLIA, M. In: KOCH, B. A. *Medical Liability in Europe, A comparison of selected jurisdiction*. Berlin: De Gruyter, 2011, s. 339.

³⁵ FRATI, P. – BUSARDÒ, F. P. – SIRIGNANO, P. – GULINO, M. – ZAAMI, S. – FINESCHI, V. Does defensive medicine change the behaviors of vascular surgeons? A qualitative review. *BioMed research international*. 2015, Vol. 2015. Article ID 170692. doi: 10.1155/2015/170692.

³⁶ FINESCHI, V. – ARCANGELI, M. – DI FAZIO, N. – DEL FANTE, Z. – FINESCHI, B. – SANTORO, P. – FRATI, P. (Associazione Consulcesi Health and Onlus Futura Ricerca). Defensive Medicine in the Management of Cesarean Delivery: A Survey among Italian Physicians. *Healthcare*. 2021, Vol. 9, No. 9, s. 1097. doi: 10.3390/healthcare9091097.

důsledného zhodnocení dopadů této legislativní změny na praxi, soudní spory i defenzivní postupy se ještě vyčkává.³⁷

Na defenzivní přístupy poukazují i studie ze sousedního Rakouska, například v rámci studie mezi ortopedy, traumatology a radiology bylo zjištěno, že 65 % hospitalizací a 32 % CT vyšetření lze pokládat za důsledky defenzivní medicíny.³⁸ Mezinárodní studie, u níž podstatná část participantů byla z Francie, Německa, Itálie, Španělska a Velké Británie, se zaměřila na postupy lékařů z oboru infekčního lékařství a mikrobiologie při předepisování antibiotik. Jakkoliv zmíněné obory nejsou pokládány za vysoce rizikové stran sporů ohledně správné klinické praxe a odpovědnosti za újmu takto způsobenou, i v jejich rámci může obava z případné odpovědnosti za škodu vést k nadměrnému užití antibiotik (předepisování léčiv bez ohledu na reálné opodstatnění tohoto kroku je pokládáno za jednu z defenzivních technik). Podle učiněných zjištění přitom 85 % účastníků studie připustilo, že přistoupili k některému z defenzivních postupů (nejčastěji prodlužování doby užívání antibiotik, předepisování zbytečně širokospektrálních antibiotik či zbytečné kombinace léčivých látek a antibiotik), přičemž za situaci, v níž se častěji uchylují k defenzivním postupům, podstatná část z dotazovaných označila práci v noci nebo špatnou komunikaci s dotazujícím se lékařem. Z téže studie vyplynulo, že za žádoucí pro redukci defenzivního chování pokládají participanté doporučení či algoritmus pro rozhodovací proces, práci v týmu a víc času na každý jednotlivý předpis a radu.³⁹ Jiný průzkum, tentokrát mezi francouzskými neurochirurgy, vedl ke zjištění, že obavy ze soudních sporů změnil chování podstatné části lékařů ve vztahu k pacientům (89,7 % respondentů). Z šetření vyplynulo, že 60,2 % účastníků studie z tohoto důvodu odmítlo provést riskantní operaci, strach ze soudního sporu podle 55,1 % z nich přispívá ke zhoršení negativního tlaku v průběhu operace a 37,2 % kvůli tomu zvažuje úplné skončení své praxe.⁴⁰ Španělský výzkum mezi lékaři na urgentním příjmu vedl ke zjištění, že 89,8 % respondentů provádí testy, které nejsou nezbytné, a 63 % z nich prodlužuje pobyt pacienta na oddělení, a to z obav před soudním sporem.⁴¹

³⁷ ALBANO, G. D. – RIFIORITO, A. – MALTA, G. – SORRENTINO, E. S. – FALCO, V. – FIRENZE, A. – ARGO, A. – ZERBO, S. The Impact on Healthcare Workers of Italian Law n. 24/2017 "Gelli-Bianco" on Patient Safety and Medical Liability: A National Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022, Vol. 19, No. 1, e4:8448. doi: 10.3390/ijerph19148448.

³⁸ KAINBERGER, F. Defensive medicine and overutilization of imaging—an issue of radiation protection. *Wiener klinische Wochenschrift*. 2017, Vol. 129, No. 5–6, s. 157–158. doi: 10.1007/s00508-016-1089-3.

³⁹ TEBANO, G. – DYAR, O. J. – BEOVIC, B. – BÉRAUD, G. – THILLY, N. – PULCINI, C. ESCMID. Study Group for Antimicrobial stewardship (ESGAP). Defensive medicine among antibiotic stewards: the international ESCMID. AntibioLegalMap survey. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. 2018, Vol. 73, No. 7, s. 1989–1996. doi: 10.1093/jac/dky098.

⁴⁰ DEBONO, B. – HAMEL, O. – GUILLAIN, A. – DURAND, A. – RUÉ, M. – SABATIER, P. – LONJON, G. – DRAN, G. French Society of Private Neurosurgeons (SFNCL). Impact of malpractice liability among spine surgeons: A national survey of French private neurosurgeons. *Neurochirurgie*. 2020, Vol. 66, No. 4, s. 19–224. doi: 10.1016/j.neuchi.2020.05.003.

⁴¹ PEREA-PÉREZ, B. – GARROTE DÍAZ, J. M. – HERNÁNDEZ GIL, A. – MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, S. – GARCÍA MARTÍN, Á. F. – SANTIAGO-SÁEZ, A. Medicina defensiva en los Servicios de Urgencias Hospitalarias [Defensive medicine in hospital emergency services.]. *Revista española de salud pública*. 2021, Vol. 7, No. 7, 95:e202106080.

Defenzivní medicína je tedy jevem přítomným v různé míře i v evropském prostředí, přičemž za státy, v nichž je uplatňována v podstatně nižší intenzitě, jsou pokládány země severské,⁴² předjímající jako prioritní způsob uspokojení nároků pacientů alternativní administrativní cestou prostřednictvím zvláštních orgánů a rovněž rozdílné podmínky vzniku povinnosti k náhradě, a to v návaznosti na to, zda se vzniklé újmy bylo možné vyvarovat či nikoli (tzv. „avoidability“). Severské státy tedy (zjednodušeně a souhrnně pojato) pojmají za odškodnitelnou újmu, již bylo možné se vyvarovat, aniž by se řešilo její zavinění.⁴³ Skandinávský systém nemá nároky pacientů, jež utrpí újmu v souvislosti s poskytováním zdravotní péče, za deliktů a pro jejich vznik není zásadní zaviněné protiprávní jednání, ale vzniklá újma – zatímco systémy založené na deliktích nárocích lze pojímat jako zaměřené na jednání lékaře, systém nevyžadující zavinění je vnímán jako více zaměřený na práva pacienta.⁴⁴ Pacient ve Švédsku, Finsku, Dánsku, Norsku či na Islandu nemusí prokazovat nedbalost nebo zavinění, aby získal kompenzaci, což je pokládáno za zbytečně složitý a nákladný proces, rozhodující je posouzení, zda se újma šlo vyvarovat, přičemž tento moment je pojmán rozdílně v jednotlivých státech. V Dánsku a Švédsku⁴⁵ je při posouzení této otázky – opět zjednodušeně pojato – určující rozumný lékařský postup posuzovaný podle uvážení fiktivního zkušeného specialisty, v Norsku je rozhodující, zda došlo k selhání („failure“) posuzovaného opět z pohledu rozumné lékařské praxe, při zohlednění přiměřených očekávání pacienta a alokaci zdrojů.⁴⁶ Pro dané systémy je rovněž příznačné vypořádání nároků prostřednictvím specifických orgánů (správních či pojišťovacích) a (například ve srovnání se Spojenými státy americkými) nižší přiznávané kompenzace, které nepokrývají náklady v těchto státech kryté sociálním systémem jako invalidní důchod či pečovatelské služby.⁴⁷ K danému pojetí se přiklonil i Nový Zéland⁴⁸ a hlasy pro jeho zavedení se ozývají i z jiných států, např. z Kanady,⁵⁰ poukazující na lepší nákladovou efektivnost a transparentnost daného systému, jenž umožňuje dosáhnout na kompenzaci širšímu

⁴² GARATTINI, L. – PADULA, A. *Defensive medicine in Europe: a 'full circle'?*

⁴³ KACHALIA, A. B. – MELLO, M. M. – BRENNAN, T. A. – STUDDERT, D. M. Beyond negligence: avoidability and medical injury compensation. *Social Science & Medicine*. 2008, Vol. 66, No. 2, s. 387–402. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.08.020.

⁴⁴ SOVIG, K. H. – FURROW, B. In: ORENTLICHER, D. – HERVEY, T. *The Oxford handbook of comparative health law*. Oxford University Press, 2022, s. 583 etc.

⁴⁵ K bližší specifikaci kompenzovatelné újmy ve Švédsku viz MIELNICKI, P. – SCHULTZ, M. In: KOCH, B. A. *Medical Liability in Europe, A comparison of selected jurisdiction*. Berlin: De Gruyter, 2011, s. 533.

⁴⁶ SOVIG, K. H. – FURROW, B. In: ORENTLICHER, D. – HERVEY, T. *The Oxford handbook of comparative health law*, s. 585 a 586 etc.

⁴⁷ Ibidem, s. 585 a 590.

⁴⁸ KACHALIA, A. B. – MELLO, M. M. – BRENNAN, T. A. – STUDDERT, D. M. *Beyond negligence: avoidability and medical injury compensation*.

⁴⁹ Pacienti na Novém Zélandu, kteří jsou nespokojeni s kvalitou poskytnuté péče, si vybírají, zda budou požadovat peněžní kompenzaci nebo nepeněžní formu odpovědnosti v podobě nápravných opatření, každou z forem zajišťuje zvláštní, nesoudní instituce – viz BISMARCK, M. – DAUER, E. – PATERSON, R. – STUDDERT, D. Accountability sought by patients following adverse events from medical care: the New Zealand experience. *Canadian Medical Association Journal*. 2006, Vol. 175, No. 8, s. 889–894. doi: 10.1503/cmaj.060429.

⁵⁰ LEE, S. K. – ROWE, B. H. – FLOOD, C. M. – MAHL, S. K. Canada's System of Liability Coverage in the Event of Medical Harm: Is It Time for No-Fault Reform? *Healthcare Policy*. 2021, Vol. 17, No. 1, s. 30–41. doi: 10.12927/hcpol.2021.26580.

okruhu pacientů a může napomáhat odstranění bariér pro hlášení pochybení a zlepšovat tak celkovou úroveň péče.

1.3. SHRUTÍ

Empirické výzkumy dokládají, že obavy lékařů z uplatňování deliktních nároků, respektive toho, že jejich postup bude v případném soudním sporu zhodnocen jako nedostatečný či chybný, mohou vést ke zvolení postupu klinicky neopodstatněného a neúčelného. Kumulativní účinky tohoto přístupu pak mohou narušit optimální alokaci zdrojů ve zdravotnictví a vést ke zbytečné zátěži pacientů i celého zdravotního systému a zhoršit celkový standard a dostupnost zdravotní péče. Oproti tomu jednoznačné zlepšení léčebných postupů výsledků v souvislosti s uplatňováním deliktních nároků doposud nebylo zjištěno. Míra uplatňování defenzivních postupů přitom může být ovlivněna právním prostředím a předpoklady vzniku nároků pacienta na kompenzaci.

2. DALŠÍ SOUVISLOSTI UPLATŇOVÁNÍ ODPOVĚDNOSTNÍCH NÁROKŮ VE ZDRAVOTNICTVÍ

Jakkoli je defenzivní medicína poměrně jednoznačně definovatelná a do jisté míry empiricky zkoumatelný jev vyvolávaný obavou lékařů ze soudních řízení, není jevem jediným, jenž je zmiňován v souvislosti s uplatňováním nároků na náhradu újmy vůči zdravotnickým zařízením. I o poznání hůře uchopitelné jevy přitom mohou dokreslovat komplexnost a složitost dané problematiky a být podnětem k úvahám o optimálním nastavení systému.

Souvislostí ryze právní jsou přitom úskalí spojovaná s uplatňováním nároků u běžných civilních soudů, jež nedisponují dostatečným vhladem do medicínské problematiky, jenž nemusí dostatečně zajistit ani znalecká vyjádření.⁵¹ Podle jedné ze studií až ve čtvrtině případů je rozhodnuto v rozporu s věcným opodstatněním sporu (tzn., zda byla či nebyla kompenzace v souladu s tím, zda došlo či nedošlo k pochybení).⁵² Nejednotné a pro lékaře nedostatečně srozumitelné vyjádření toho, co od nich soudy čekají, prospívá atmosféře nejistoty a nedůvěry, stejně jako samotné pojetí tradičního soudního řízení, v němž někdo prohraje a někdo vyhraje.⁵³ V nahodilosti výsledků soudních řízení, nedostatečné kvalifikaci soudů i nákladnosti a zdlouhavosti soudního řízení je spatřován důvod, proč by medicínské spory měly být podle některých autorů řešeny metodami alternativního řešení sporů (tzv. ADR), tedy vyjednáváním, mediacemi, smířčím řízením či rozhodčím řízením.

Pozornost je ovšem věnována i měnícím se podmínkám, v nichž jsou zdravotní služby poskytovány, které ztěžují (a budou patrně nadále ztěžovat více a více) optimální způsob poskytování zdravotní péče, což uplatňování deliktních nároků nebude s to změnit. Pro současný způsob poskytování zdravotní péče je příznačné především to, že lékaři ošetřují víc a více pacientů, a to při narůstající administrativní zátěži, což vede k omezení času, jenž lékař může strávit s pacientem a

⁵¹ RAPOSO, V. I. (*Won't See You in Court Alternative Dispute Resolution for Medical Liability Conflicts: Examples from Europe*).

⁵² KACHALIA, A. – MELLO, M. M. New directions in medical liability reform. *The New England Journal of Medicine*. 2011, Vol. 364, No. 16, s. 1564–1572. doi: 10.1056/NEJMp1012821.

⁵³ RAPOSO, V. I. (*Won't See You in Court Alternative Dispute Resolution for Medical Liability Conflicts: Examples from Europe*).

probrat s ním vše potřebné a získat jeho důvěru, coby výchozího předpokladu pro to, aby mu pacient sdělil všechny důležité informace,⁵⁴ a potažmo tak byly vytvořeny základní předpoklady úspěšné léčby. Medicínu a moderní zdravotnictví ovlivňují další podstatné momenty, které přináší současná doba – vzrůstající náklady na moderní technologie, stárnutí populace, změna příčin úmrtí z chorob akutních na chronické, delší průměrná délka života, byť nikoliv nutně v plném zdraví, schopnost efektivnější léčby řady onemocnění (rakovina, mrtvice, srdeční choroby) atd.⁵⁵ Tyto skutečnosti s sebou přinášejí větší zátěž zdravotního systému, s níž tak bude třeba počítat, a to pokud možno i v právní rovině stran toho, co lze pokládat za řádně poskytovanou péči při reálných možnostech zdravotnického systému.

Nicméně mimo relativně objektivní úskalí, kterým čelí jak zajišťování zdravotní péče, tak právní zhodnocení podstatných okolností, může uplatňování deliktů ovlivnit jak vnímání zdravotnictví společností, tak naopak vnímání jeho fungování zdravotníky. V tomto směru se předně objevuje volání po celospolečenské debatě o pojetí moderní medicíny a s tím souvisejících očekávání, která na ni mohou být kladena. Zda medicínu vnímat jako přesnou vědu pracující s jistotou, nebo spíše nedokonalé umění pravděpodobnosti.⁵⁶ Biomedicínský přístup vychází z přirovnání těla ke stroji, který lékař v pozici mechanika opravuje, vhodný léčebný postup pak nutně musí přinést vyléčení nemoci a nedojde-li k tomu, vzniká podezření, že došlo k chybě.⁵⁷ Oproti tomu biopsychosociální přístup poukazuje na to, že medicína je stále spíše uměním pravděpodobnosti než exaktní vědou, jedinou jistotou je nejistota, klinická zkušenost a intuice by měla pohánět umění medicíny, avšak nepředvídatelné a nežádoucí důsledky jsou nevyhnutelné,⁵⁸ aniž by se muselo jednat o pochybení při poskytování péče (podle jedné ze studií sledující počet nežádoucích komplikací v newyorské nemocnici došlo ke komplikacím v 3,7 % případů, z nichž bylo jen 27,6 % zapříčiněno nedbalostí⁵⁹). Rovněž tak smrt je moderní společností stále více vnímána jako komplikace, jíž bylo možné předejít, než jako možný následek nemoci.⁶⁰ Uvedená očekávání se pak promítají i do míry uplatňování deliktů ovlivnit.

Oproti uvedenému stojí naopak vnímání pochybení v rámci zdravotnického systému. Jedním z dalších fenoménů, jež mohou mít ve výsledku negativní dopady na kvalitu péče o pacienty, je tzv.

⁵⁴ GARATTINI, L. – PADULA, A. *Defensive medicine in Europe: a 'full circle'?*; VENTO, S. – CAINELLI, F. – VALLONE, A. *Defensive medicine: It is time to finally slow down an epidemic. World Journal of Clinical Cases.* 2018, Vol. 6, No. 11, s. 406–409. doi: 10.12998/wjcc.v6.i11.406.

⁵⁵ LINDENTHAL, J. J. – LAKO, C. J. – VAN DER WAAL, M. A. – TYMSTRA, T. – ANDELA, M. – SCHNEIDER, M. *Quality and cost of healthcare: a cross-national comparison of American and Dutch attitudes. The American Journal of Managed Care.* 1999, Vol. 5, No. 2, s. 173–181.

⁵⁶ VENTO, S. – CAINELLI, F. – VALLONE, A. *Defensive medicine: It is time to finally slow down an epidemic.*

⁵⁷ GARATTINI, L. – PADULA, A. *Defensive medicine in Europe: a 'full circle'?*; LYKKEGAARD, J. – ANDERSEN, M. K. – NEXØE, J. – HVIDT, E. A. *Defensive medicine in primary health care. Scandinavian Journal of Primary Health Care.* 2018, Vol. 36, No. 3, s. 225–226. doi: 10.1080/02813432.2018.1499483.

⁵⁸ GARATTINI, L. – PADULA, A. *Defensive medicine in Europe: a 'full circle'?*; VENTO, S. – CAINELLI, F. – VALLONE, A. *Defensive medicine: It is time to finally slow down an epidemic.*

⁵⁹ BRENNAN, T. A. – LEAPE, L. L. – LAIRD, N. M. – HEBERT, L. – LOCALIO, A. R. – LAWTHERS, A. G. – NEWHOUSE, J. P. – WEILER, P. C. – HIATT, H. H. *Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. The New England Journal of Medicine.* 1991, Vol. 324, No. 6, s. 370–376. doi: 10.1056/NEJM199102073240604.

⁶⁰ VENTO, S. – CAINELLI, F. – VALLONE, A. *Defensive medicine: It is time to finally slow down an epidemic.*

„*blame culture*“, tedy kultura viny či obviňování, v níž je obecně pochybení či nežádoucí následek spojovaný s obviněním určité osoby, což s sebou nese atmosféru strachu (negativně ovlivňující stav a pracovní výkony zdravotníků⁶¹), obav a neochoty chyby nahlašovat a umožnit tak se z nich poučit a předcházet jim v budoucnu. Jakkoliv je vnímání viny pokládáno za neodstranitelnou složku zdravotnického svědomí, jež s sebou nesou motivaci k sebezlepšení a vyšší míru empatie s kolegy,⁶² v zahraničí se objevují hlasy, že kulturu viny je třeba nahradit kulturou odpovědnosti, umožňující chyby bez zbytečného obviňování identifikovat, analyzovat je i důvody jejich vzniku, poučit se z nich a případně do budoucna formulovat postupy, jež by pochybením měla předcházet, a zvyšovat tak bezpečnost pacientů.⁶³

Ačkoliv předestřené momenty nejsou přímo navázané na pojetí deliktních nároků, ilustrují též okolnosti, jež stojí za to vzít v potaz při formování náhledu na zdravotnickou péči, požadovaný či požadovatelný standard péče a účely, k jejichž naplnění by měla sloužit právní úprava. Jde přitom o celospolečenské jevy, které se (být v různé míře) mohou projevovat ve všech státech s vyspělým zdravotnictvím. Pokud budeme chtít, aby právní regulace skutečně směřovala k tomu, aby zdravotní péče byla obecně poskytována co nejkvalitněji a co nejefektivněji všem pacientům, měli bychom brát i při aplikaci a interpretaci práva v potaz tyto skutečnosti, které se mohou výrazně odrazit v reálném fungování systému a očekávání, která na něj klademe. Patrně by nebylo žádoucí, aby výklad norem deliktního práva přispíval k neúměrným očekáváním kladeným společnostmi jak na moderní medicínu, tak na reálné možnosti zdravotnického systému v dnešní době, či prohluboval obtíže porozumění lékařů pojetí zdravotní péče justičními orgány a odrazoval od identifikace nedostatků v rámci zdravotnického systému, coby nutnému předpokladu pro jejich napravení do budoucna. Rovněž by nepochybně bylo vhodné brát uvedené momenty v potaz při formulaci jakékoliv budoucí právní úpravy této oblasti.

ZÁVĚR

V různých zemích se liší přístupy ke zdravotní péči, její organizaci, materiálnímu a personálnímu zabezpečení, právnímu rámci jejího poskytování i předpokladů vzniku odpovědnosti za újmu způsobenou pochybením při poskytování zdravotní péče. Medicína ve své podstatě však není vázána na konkrétní právní rámec každého jednotlivého státu, stejně tak jako interpersonální vztahy, lidské postoje a reakce. Být by v právní rovině bylo možné poukazovat na řadu rozdílů v pojetí odpovědnosti, i to, že při zkoumání odezvy zdravotníků je v řadě případů kladen důraz na obavy ze soudních sporů či řízeních vedených kvůli pochybení při poskytování zdravotní péče, bez důsledného rozlišení formy odpovědnosti (občanskoprávní, trestněprávní, disciplinární), jejichž důsledné rozlišení řadě

⁶¹ BRADFIELD, O. M. – BISMARCK, M. – SCOTT, A. – SPITTAL, M. Medical negligence claims and the health and life satisfaction of Australian doctors: a prospective cohort analysis of the MABEL survey. *BMJ Open*. 2022, Vol. 12, No. 5, e059447. doi: 10.1136/bmjopen-2021-059447.

⁶² COLLINS, M. E. – BLOCK, S. D. – ARNOLD, R. M. – CHRISTAKIS, N. A. On the prospects for a blame-free medical culture. *Social Science & Medicine*. 2009, Vol. 69, No. 9, s. 1287–1290. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.08.033.

⁶³ RODZIEWICZ, T. L. – HOUSEMAN, B. – HIPSKIND, J. E. *Medical Error Reduction and Prevention* [online]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2022 [cit. 2023-01-24]. PMID: 29763131. Dostupné z: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>>.

zdravotníků jako právních laiků není zcela zřejmé, nebylo by na místě dané závěry smést ze stolu s poukazem na jejich irelevantnost v českém vnitrostátním prostředí. Rozsáhlost naznačené problematiky, a to jak v rovině geografické, tak ekonomické a zdravotnické naopak značí, že dopady soudních sporů na způsob, kvalitu a dostupnost zdravotní péče není vhodné bagatelizovat či neúměrně simplifikovat. Přes značné rozdíly v právní rovině lze mít zahraniční zkušenosti minimálně za inspirativní a podnětné k tomu, abychom vážili a zkoumali jejich relevanci i v našem vnitrostátním prostředí a podrobili případně i je kritickým úvahám.

Vrátíme-li se tedy k výchozímu problému – výkladu úpravy deliktních nároků ve vztahu ke zdravotní péči, lze za pomoci zahraniční zkušenosti dovodit, že uplatňování deliktní odpovědnosti nelze mít automaticky za prostředek zlepšení poskytování zdravotní péče jako takové. Tedy ani zdůvodňování extenzivního výkladu podmínek vzniku odpovědnosti za porušení povinností při poskytování zdravotní péče preventivním působením právní úpravy odpovědnosti za újmu nelze mít za přesvědčivou a opodstatněnou argumentační konstrukci. Kompenzační funkce a zájem na reparaci či satisfakci za újmu utrpěnou konkrétním pacientem tímto samozřejmě nemůže být potlačena, nicméně uchýlení se v nejasných momentech k teleologické argumentaci zlepšením zdravotních služeb se jeví být v obecné rovině zavádějící a v rozporu s reálnými očekáváními. Z pohledu zahraniční zkušenosti lze s širším pojetím podmínek pro vznik odpovědnosti za škodu způsobenou při poskytování zdravotní péče spojovat spíše rozvoj defenzivních postupů (vyhýbání se rizikovým úkonům, předepisování zbytečných vyšetření, postupů, hospitalizací, vyvarování se riskantních zákroků, provádění zákroků zbytečných) se všemi riziky s tím spojenými, tedy vznik zbytečných komplikací spojených s těmito postupy, léčení chorob, které pacienta nijak nezatěžují, a plýtvání omezenými zdroji a v důsledku zhoršení přístupu dalších pacientů ke zdravotnickým službám (např. dlouhými čekacími lhůtami na vyšetření).

Neopodstatněnost *a priori* extenzivního výkladu podmínek vzniku odpovědnosti za škodu přitom není jediný moment, na který zahraniční zkušenost poukazuje. Kvalita a dostupnost zdravotní péče je zájmem každého člověka, střetává se při ní zájem na ochraně penězi nevyčíslitelných hodnot života a zdraví a omezené zdroje na jejich zajištění prostředky zdravotnického systému. Závěry, k nimž došli zahraniční autoři, poukazují na to, že do způsobu jejího poskytování může výrazně promlouvat též uplatňování odpovědnosti za škodu, aniž by však šlo o obecné zlepšování kvality péče. Rovněž pak si zaslouží pozornost změny společenské (demografický vývoj, změny v pojetí povinností lékařů apod.), jakož i přístup k medicíně jako takové, jež dokreslují očekávání pacientů a možnosti medicíny a zdravotnického systému, které se následně mohou střetávat při uplatňování deliktních nároků a do jisté míry promítat se do pojetí podmínek jejich vzniku. I v rámci vnitrostátního prostředí by bylo tedy vhodné rozvíjet společenskou diskusi o očekávání pacientů, realitě zdravotnické péče a blíže se zaměřit na zkoumání vlivu odpovědnosti za škodu na způsob poskytování zdravotní péče v širších souvislostech a zvažování její optimální podoby tak, aby prospívala jak zájmům konkrétního pacienta, tak zájmu na kvalitě zdravotní péče jako takové.

REFERENČNÍ SEZNAM:

ALBANO, G. D. – RIFIORITO, A. – MALTA, G. – SORRENTINO, E. S. – FALCO, V. – FIRENZE, A. – ARGO, A. – ZERBO, S. The Impact on Healthcare Workers of Italian Law n. 24/2017 "Gelli-Bianco" on Patient Safety and Medical Liability: A National Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022, Vol. 19, No. 1, e4:8448. doi: 10.3390/ijerph19148448.

AGARWAL, R. – GUPTA, A. – GUPTA, S. The impact of tort reform on defensive medicine, quality of care, and physician supply: A systematic review. *Health Services Research*. 2019, Vol. 4, s. 851–859. doi: 10.1111/1475-6773.13157.

BERLIN, L. Medical errors, malpractice, and defensive medicine: an ill-fated triad. *Diagnosis*. 2017, Vol. 4, No. 3, s. 133–139. doi: 10.1515/dx-2017-0007.

BEZOUŠKA, P. In: HULMÁK, M. a kol. *Občanský zákoník VI. Závazkové právo. Zvláštní část (§ 2055–3014). Komentář*. Praha: C. H. Beck, 2014, s. 2072.

BISMARCK, M. – DAUER, E. – PATERSON, R. – STUDDERT, D. Accountability sought by patients following adverse events from medical care: the New Zealand experience. *Canadian Medical Association Journal*. 2006, Vol. 175, No. 8, s. 889–894. doi: 10.1503/cmaj.060429.

BRADFIELD, O. M. – BISMARCK, M. – SCOTT, A. – SPITTAL, M. Medical negligence claims and the health and life satisfaction of Australian doctors: a prospective cohort analysis of the MABEL survey. *BMJ Open*. 2022, Vol. 12, No. 5, e059447. doi: 10.1136/bmjopen-2021-059447.

BRENNAN, T. A. – LEAPE, L. L. – LAIRD, N. M. – HEBERT, L. – LOCALIO, A. R. – LAWTHERS, A. G. – NEWHOUSE, J. P. – WEILER, P. C. – HIATT, H. H. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *The New England Journal of Medicine*. 1991, Vol. 324, No. 6, s. 370–376. doi: 10.1056/NEJM199102073240604.

COLLINS, M. E. – BLOCK, S. D. – ARNOLD, R. M. – CHRISTAKIS, N. A. On the prospects for a blame-free medical culture. *Social Science & Medicine*. 2009, Vol. 69, No. 9, s. 1287–1290. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.08.033.

DEBONO, B. – HAMEL, O. – GUILLAIN, A. – DURAND, A. – RUÉ, M. – SABATIER, P. – LONJON, G. – DRAN, G. French Society of Private Neurosurgeons (SFNCL). Impact of malpractice liability among spine surgeons: A national survey of French private neurosurgeons. *Neurochirurgie*. 2020, Vol. 66, No. 4, s. 19–224. doi: 10.1016/j.neuchi.2020.05.003.

FINESCHI, V. – ARCANGELI, M. – DI FAZIO, N. – DEL FANTE, Z. – FINESCHI, B. – SANTORO, P. – FRATI, P. (Associazione Consulcesi Health and Onlus Futura Ricerca). Defensive Medicine in the Management of Cesarean Delivery: A Survey among Italian Physicians. *Healthcare*. 2021, Vol. 9, No. 9, s. 1097. doi: 10.3390/healthcare9091097.

FLOYD, T. K. Medical malpractice: trends in litigation. *Gastroenterology*. 2008, Vol. 134, No. 7, s. 1822–1825, 1825.e1. doi: 10.1053/j.gastro.2008.05.001

FRAKES, M. – GRUBER, J. Defensive Medicine: Evidence from Military Immunity. *American economic journal. Economic policy*. 2019, Vol. 11, No. 3, s. 197–231. doi: 10.1257/pol.20180167.

- FRATI, P. – BUSARDÒ, F. P. – SIRIGNANO, P. – GULINO, M. – ZAAMI, S. – FINESCHI, V. Does defensive medicine change the behaviors of vascular surgeons? A qualitative review. *BioMed research international*. 2015, Vol. 2015. Article ID 170692. doi: 10.1155/2015/170692.
- GARATTINI, L. – PADULA, A. Defensive Medicine in Europe: A 'Full Circle'? *The European Journal of Health Economics*. 2020, Vol. 21, No. 2, s. 165–170. doi: 10.1007/s10198-019-01144-0. Erratum in: *The European Journal of Health Economics*. 2020, Vol. 21, No. 5, s. 815
- HERMER, L. D. – BRODY, H. Defensive medicine, cost containment, and reform. *Journal of General Internal Medicine*. 2010, Vol. 25, No. 5, s. 470–473. doi: 10.1007/s11606-010-1259-3.
- HIYAMA, T. – YOSHIHARA, M. – TANAKA, S. – URABE, Y. – IKEGAMI, Y. – FUKUHARA, T. – CHAYAMA, K. Defensive medicine practices among gastroenterologists in Japan. *World Journal of Gastroenterology*. 2006, Vol. 12, No. 47, s. 7671–7675. doi: 10.3748/wjg.v12.i47.7671.
- JENA, A. B. – SEABURY, S. – LAKDAWALLA, D. – CHANDRA, A. Malpractice risk according to physician specialty. *The New England journal of medicine*. 2011, Vol. 365, No. 7, s. 629–636. doi: 10.1056/NEJMsa1012370.
- KAINBERGER, F. Defensive medicine and overutilization of imaging—an issue of radiation protection. *Wiener klinische Wochenschrift*. 2017, Vol. 129, No. 5–6, s. 157–158. doi: 10.1007/s00508-016-1089-3.
- KACHALIA, A. B. – MELLO, M. M. – BRENNAN, T. A. – STUDDERT, D. M. Beyond negligence: avoidability and medical injury compensation. *Social Science & Medicine*. 2008, Vol. 66, No. 2, s. 387–402. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.08.020.
- KACHALIA, A. – MELLO, M. M. New directions in medical liability reform. *The New England Journal of Medicine*. 2011, Vol. 364, No. 16, s. 1564–1572. doi: 10.1056/NEJMhpr1012821.
- KOHN, L. T. – CORRIGAN, J. M. – DONALDSON, M. S. (eds). *To Err is Human: Building a Safer Health System* [online]. Washington (DC): National Academies Press, 2000 [cit. 2023-01-24]. PMID: 25077248. Dostupné z: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>>.
- KUŘE, J. – PETRŮ, M. *Filosofie medicíny v českých zemích*. Praha: Triton, 2015, s. 259.
- LEE, S. K. – ROWE, B. H. – FLOOD, C. M. – MAHL, S. K. Canada's System of Liability Coverage in the Event of Medical Harm: Is It Time for No-Fault Reform? *Healthcare Policy*. 2021, Vol. 17, No. 1, s. 30–41. doi: 10.12927/hcpol.2021.26580.
- LINDENTHAL, J. J. – LAKO, C. J. – VAN DER WAAL, M. A. – TYMSTRA, T. – ANDELA, M. – SCHNEIDER, M. Quality and cost of healthcare: a cross-national comparison of American and Dutch attitudes. *The American Journal of Managed Care*. 1999, Vol. 5, No. 2, s. 173–181.
- LYKKEGAARD, J. – ANDERSEN, M. K. K. – NEXØE, J. – HVIDT, E. A. Defensive medicine in primary health care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2018, Vol. 36, No. 3, s. 225–226. doi: 10.1080/02813432.2018.1499483.
- MELLO, M. M. – FRAKES, M. D. – BLUMENKRANZ, E. – STUDDERT, D. M. Malpractice Liability and Health Care Quality: A Review. *JAMA*. 2020, Vol. 323, No. 4, s. 352–366. doi: 10.1001/jama.2019.21411. PMID: 31990319.

MELLO, M. M. – STUDDERT, D. M. – KACHALIA, A. B. – BRENNAN, T. A. "Health courts" and accountability for patient safety. *Milbank quarterly. A multidisciplinary journal of population health and health policy*. 2006, Vol. 84, No. 3, s. 459–492. doi: 10.1111/j.1468-0009.2006.00455.x.

MIELNICKI, P. – SCHULTZ, M. In: KOCH, B. A. *Medical Liability in Europe, A comparison of selected jurisdiction*. Berlin: De Gruyter, 2011, s. 533.

NAHED, B. V. – BABU, M. A. – SMITH, T. R. – HEARY, R. F. Malpractice liability and defensive medicine: a national survey of neurosurgeons. *PLoS One*. 2012, Vol. 7, No. 6, e39237. doi: 10.1371/journal.pone.0039237.

Nález Ústavního soudu ze dne 25. 5. 2021, sp. zn. IV. ÚS 3416/20

PELLINO, I. M. – PELLINO, G. Consequences of defensive medicine, second victims, and clinical-judicial syndrome on surgeons' medical practice and on health service. *Updates in Surgery*. 2015, Vol. 67, No. 4, s. 331–337. doi: 10.1007/s13304-015-0338-8.

PEREA-PÉREZ, B. – GARROTE DÍAZ, J. M. – HERNÁNDEZ GIL, A. – MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, S. – GARCÍA MARTÍN, Á. F. – SANTIAGO-SÁEZ, A. Medicina defensiva en los Servicios de Urgencias Hospitalarias [Defensive medicine in hospital emergency services.]. *Revista española de salud pública*. 2021, Vol. 7, No. 7, 95:e202106080

RAPOSO, V. I (Won't) See You in Court Alternative Dispute Resolution for Medical Liability Conflicts: Examples from Europe. *European Review of Private Law*. 2020, Vol. 28, s. 1273–1294. doi: 10.54648/ERPL2020076

REISCH, L. M. – CARNEY, P. A. – OSTER, N. V. – WEAVER, D. L. – NELSON, H. D. – FREDERICK, P. D. – ELMORE, J. G. Medical malpractice concerns and defensive medicine: a nationwide survey of breast pathologists. *American Journal of Clinical Pathology*. 2015, Vol. 144, No. 6, s. 916–922. doi: 10.1309/AJCP80LYIMOOJIF.

RODZIEWICZ, T. L. – HOUSEMAN, B. – HIPSKIND, J. E. *Medical Error Reduction and Prevention* [online]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2022 [cit. 2023-01-24]. PMID: 29763131. Dostupné z: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956>

Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 16. 10. 2019, sp. zn. 25 Cdo 4518/2018.

Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 9. 2. 2022, sp. zn. 31 Cdo 2376/2021.

SCARSO, A. P. – FOGLIA, M. In: KOCH, B. A. *Medical Liability in Europe, A comparison of selected jurisdiction*. Berlin: De Gruyter, 2011, s. 339.

SETHI, M. K. – OBREMSKEY, W. T. – NATIVIDAD, H. – MIR, H. R. – JAHANGIR, A. A. Incidence and costs of defensive medicine among orthopedic surgeons in the United States: a national survey study. *American Journal of Orthopedics*. 2012, Vol. 41, No. 2, s. 69–73.

SCHAFFER, A. C. – JENA, A. B. – SEABURY, S. A. – SINGH, H. – CHALASANI, V. – KACHALIA, A. Rates and Characteristics of Paid Malpractice Claims Among US Physicians by Speciality, 1992–2014. *JAMA*. 2017, Vol. 177, No. 5, s. 710–718. doi: 10.1001/jamainternmed.2017.0311.

SOVIG, K. H. – FURROW, B. In: ORENTLICHER, D. – HERVEY, T. *The Oxford handbook of comparative health law*. Oxford University Press, 2022, s. s. 585 a 586 etc.

STUDDERT, D. M. – MELLO, M. M. – SAGE, W. M. – DESROCHES, C. M. – PEUGH, J. – ZAPERT, K. – BRENNAN, T. A. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA*. 2005, Vol. 29, No. 21, s. 2609–2617. doi: 10.1001/jama.293.21.2609.

TEBANO, G. – DYAR, O. J. – BEOVIC, B. – BÉRAUD, G. – THILLY, N. – PULCINI, C. ESCMID. Study Group for Antimicrobial stewardship (ESGAP). Defensive medicine among antibiotic stewards: the international ESCMID. AntibioLegalMap survey. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. 2018, Vol. 73, No. 7, s. 1989–1996. doi: 10.1093/jac/dky098.

TICHÝ, L. – HRÁDEK, J. *Deliktní právo*. Praha: C. H. Beck, 2017, s. 239.

TORALDO, D. M. – VERGARI, U. – TORALDO, M. Medical malpractice, defensive medicine and role of the "media" in Italy. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*. 2015, Vol. 10, No. 1, s. 12. doi: 10.1186/s40248-015-0006-3.

VENTO, S. – CAINELLI, F. – VALLONE, A. Defensive medicine: It is time to finally slow down an epidemic. *World Journal of Clinical Cases*. 2018, Vol. 6, No. 11, s. 406–409. doi: 10.12998/wjcc.v6.i11.406.

WILLIAMS, P. L. – WILLIAMS, J. P. – WILLIAMS, B. R. The fine line of defensive medicine. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2021, Vol. 80, 102170. doi: 10.1016/j.jflm.2021.102170.

WINTR, J. *Metody a zásady interpretace práva*. Praha: Auditorium, 2013, s. 123 an.

YAN, S. C. – HULSBERGEN, A. F. C. – MUSKENS, I. S. – VAN DAM, M. – GORMLEY, W. B. – BROEKMAN, M. L. D. – SMITH, T. R. Defensive medicine among neurosurgeons in the Netherlands: a national survey. *Acta Neurochirurgica*. 2017, Vol. 159, No. 12, s. 2341–2350. doi: 10.1007/s00701-017-3323-9.

YU, H. – GREENBERG, M. – HAVILAND, A. The Impact of State Medical Malpractice Reform on Individual-Level Health Care Expenditures. *Health Services Research*. 2017, Vol. 52, No. 6, s. 2018–2037. doi: 10.1111/1475-6773.12789.

ZWECKER, P. – AZOULAY, L. – ABENHAIM, H. A. Effect of fear of litigation on obstetric care: a nationwide analysis on obstetric practice. *American Journal of Perinatology*. 2011, Vol. 28, No. 4, s. 277–284. doi: 10.1055/s-0030-1271213