Sympóziá, kolokviá, konferencie

MEDICÍNA A PRÁVO

Zborník z rovnomennej

medicínsko-právnej konferencie

konanej dňa 18. novembra 2014

na Univerzite Komenského v Bratislave, Právnickej fakulte

Univerzita Komenského v Bratislave

Právnická fakulta

Bratislava 2015

Editor zborníka: Pavol Kádek

CIP

Medicína a právo : zborník príspevkov z rovnomennej medicínsko-právnej konferencie konanej na Právnickej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave dňa 18. novembra 2014 pod záštitou prof. JUDr. Márie Patakyovej, PhD., prorektorky Univerzity Komenského v Bratislave / zostavovateľ: Pavol Kádek. – 1. vyd. – Bratislava : Univerzita Komenského v Bratislave, Právnická fakulta, Univerzitný vedecký park Univerzity Komenského v Bratislave, 2015. – 181 s.

(Sympóziá, kolokviá, konferencie)

ISBN 978-80-7160-392-4

34 * 61

- medicínske právo - Slovensko
- zdravotné poistenie – právne aspekty

Všetky práva vyhradené. Toto dielo ani žiadnu jeho časť nemožno reprodukovať, širiť v papierovej, elektronickej či v inej podobe, ukladať do informačných systémov alebo inak rozširovať bez výslovného predchádzajúceho súhlasu vydavateľa.

Za odbornú a jazykovú stránku tohto zborníka zodpovedajú autori jednotlivých príspevkov.

©Univerzita Komenského v Bratislave, Právnická fakulta, 2015

©Univerzitný vedecký park Univerzity Komenského v Bratislave, 2015

ISBN 978-80-7160-392-4

OBSAH

ÚVODNÉ SLOVO 4

Pavol KÁDEK: NIEKOĽKO MYŠLIENOK K INŠTITÚTU PRÁVNEJ ZODPOVEDNOSTI V MEDICÍNE A ZDRAVOTNÍCTVE – FAKTY A ARGUMENTY 5

Juraj VAČOK: VEREJNÁ MINIMÁLNA SIEŤ POSKYTOVATEĽOV ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI AKO ZÁRUKA PRÍSTUPU K ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI 20

Branislav JABLONKA: POSTUP *„LEGE ARTIS“* PRI VÝKONE POVOLANIA LEKÁRA .. 28

Silvia CAPÍKOVÁ: OTÁZNIKY NAD PRÁVNYM INŠTITÚTOM POUČENIA PACIENTA 34

Zuzana KISELYOVÁ: INŠTITÚT INFORMOVANÉHO SÚHLASUV BIOMEDICÍNE V MEDZINÁRODNOM A VNÚTROŠTÁTNOM KONTEXTE 44

Ján MATLÁK: OSOBNÝ ROZSAH ZDRAVOTNÉHO POISTENIA 54

Peter VRŠANSKÝ: SÚČASNÉ MEDZINÁRODNÉ PRÁVO A MEDICÍNA 62

Marek ŠTEVČEK - Tomáš GÁBRIŠ: OTÁZKY SÚVISIACE S MEDICÍNSKYM PRÁVOM V NAVRHOVANOM NOVOM CIVILNOM MIMOSPOROVOM PORIADKU 79

Tomáš GÁBRIŠ - Marek ŠTEVČEK: PRÁVNE ÚKONY INCAPACITATIS CAUSA 89

Ján ŠKROBÁK: VYBRANÉ PROBLÉMY ADMINISTRATÍVNEJ ZODPOVEDNOSTI POSKYTOVATEĽOV ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI 112

Branislav FRIDRICH: PREMLČANIE PRÁVA NA NÁHRADU ZA SŤAŽENIE SPOLOČENSKÉHO UPLATNENIA 122

Ján ŠURKALA: INTERUPCIE A PRÁVO V KONTEXTE HISTORICKÉHO VÝVOJA 129

Jozef TÓTH: TRESTNOPRÁVNE ASPEKTY NEOPRÁVNENÉHO ODBERU ORGÁNOV, TKANÍV A BUNIEK A NEZÁKONNEJ STERILIZÁCIE 138

Zoltán PERHÁCS: CHARAKTERISTIKA TRESTNÝCH ČINOV OHROZOVANIA VÍRUSOM ĽUDSKEJ IMUNODEFICIENCIE A OHROZOVANIA POHLAVNOU CHOROBOU 146

Andrea ERDŐSOVÁ: SÚČASNÉ LIMITY NÚTENEJ DETENCIE 155

Juraj TKÁČ: OSOBITOSTI VEREJNÉHO OBSTARÁVANIA V ZDRAVOTNÍCTVE 164

Tomáš ŠIFFALOVIČ: ZHUBNÉ NÁDORY PRSNÍKA AKO VEREJNO – ZDRAVOTNÝ PROBLÉM 171

ÚVODNÉ SLOVO

Medicína je jedným z najrýchlejšie sa rozvíjajúcich odborov ako z pohľadu vedy, tak z pohľadu právnych a ostatných spoločenských súvislostí. Nielen lekár, ale každý jeden zdravotnícky pracovník sa v súčasnosti každodenne stretáva s problémami, ktoré mnohokrát nevyplývajú len zo samotného realizovania vyšetrovacích, diagnostických, terapeutických, príp. preventívnych medicínskych úkonov, ale majú omnoho širšiu dimenziu. Medicínske právo je špecifické tým, že je značne interdisciplinárne, pričom mnohé jeho inštitúty neboli doposiaľ vyložené domácou judikatúrou, príp. mnohé právne problémy, s ktorými sa zdravotnícki pracovníci každodenne stretávajú, nie sú riešené ani v súčasnosti platnými a účinnými právnymi predpismi. Právo bezpochyby vstupuje aj do oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti a výkonu jednotlivých medicínskych úkonov.

Vedecká konferencia „Medicína a právo“ mala napomôcť tomu, aby prebehla vecná diskusia medzi jednotlivými odborníkmi z oblasti práva a medicíny, a ponúkli sa tak efektívne riešenia na prípadnú úpravu de lege ferenda konkrétnych medicínsko-právnych inštitútov, ako aj vedecky odôvodnené legislatívne návrhy a odporúčania v oblasti zdravotníckej legislatívy.

Právnická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave v rámci Univerzitného vedeckého parku Univerzity Komenského v Bratislave svojou vedeckou autoritou prispeli k hľadaniu východísk pri riešení tohto aktuálneho problému. Reálnym krokom k splneniu stanoveného cieľa bolo usporiadanie monotematickej vedeckej konferencie s názvom „Medicína a právo“, ktorá sa uskutočnila dňa 18. novembra 2014 na pôde Právnickej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave.

Súčasťou vedeckej konferencie bola prezentácia knižnej monografie P. Kádeka s názvom „Súčasné dimenzie právnej zodpovednosti v medicíne a zdravotníctve“ z vydavateľstva Wolters Kluwer.

Pavol Kádek, hlavný organizátor konferencie a editor zborníka

NIEKOĽKO MYŠLIENOK K INŠTITÚTU PRÁVNEJ ZODPOVEDNOSTI V MEDICÍNE A ZDRAVOTNÍCTVE – FAKTY A ARGUMENTY[1]

Pavol KÁDEK

Univerzita Komenského v Bratislave, Právnická fakulta

Abstrakt
Tak ako v minulosti, aj v súčasnosti je problematika právnej zodpovednosti v medicíne vysoko aktuálnou témou. Výkon zdravotníckeho povolania je v prvom rade poslaním. Každý jeden zdravotnícky pracovník by mal pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti sledovať primárny cieľ svojho povolania, ktorým je uzdravenie pacientov, zmierňovanie ich utrpenia a bolestí, ako aj všetkých patologických prejavov ich chorôb. Každý pacient má právo neutrpieť škodu spôsobenú nedostatočným fungovaním zdravotníckych služieb, zanedbaním zdravotnej starostlivosti, ako aj právo na prístup k zdravotníckym službám, ošetreniu a liečbe, ktoré spĺňajú vysoko stanovené medicínske štandardy. Výkon zdravotníckeho povolania je však mnohokrát spojený aj s pochybením zo strany zdravotníckych pracovníkov.

Kľúčová slová: *právna zodpovednosť, medicína, zdravotná starostlivosť, pacient*

Abstract
As in the past also nowadays, the issue of the legal liability in the medicine is highly actual. The medical profession is primarily a mission. The priority of each sanitary employee should be providing the healthcare in the best possible way to cure the patients and relieve their suffering and pain, and the all other pathological issues of the illness. Each individual patient has the right not to suffer any damage caused by the poor functioning of health services, medical malpractices and errors, and the right to access the health services and treatments that meet high medical standards. The performance of the healthcare profession is often associated with the misconduct by health-care workers.

Key words: *Legal Liability, Medicine, Healthcare, Patient*

ÚVOD

Medicína je veľmi dynamicky sa rozvíjajúca vedná disciplína, ktorá napreduje míľovými krokmi a púta pozornosť nielen zdravotníckych pracovníkov a prírodovedcov, ale aj ďalších vedcov z radov medicínskych právnikov. Bez akejkoľvek hyperbolizácie možno skonštatovať, že medicína je jednou z najrýchlejšie sa rozmáhajúcich vied ako z pohľadu prírodných, exaktných vied, tak aj z pohľadu medicínskeho práva a ostatných spoločenských vied. Zdravotnícki pracovníci sa pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti každodenne

[1]Príspevok vznikol vďaka podpore v rámci OP Výskum a vývoj pre dopytovo-orientovaný projekt: Univerzitný vedecký park Univerzity Komenského v Bratislave, ITMS 26240220086 spolufinancovaný zo zdrojov Európskeho fondu regionálneho rozvoja.

stretávajú s pálčivými problémami, ktoré mnohokrát nevyplývajú len zo samotného realizovania vyšetrovacích, diagnostických, terapeutických, prípadne preventívnych medicínskych úkonov, ale majú omnoho širší rámec. Medicínske právo vstupuje bezpochyby aj do oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti a výkonu jednotlivých medicínskych úkonov.

Právna úprava zodpovednosti v medicíne spojená s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a výkonom zdravotníckeho povolania patrí bezpochyby k zaujímavým a aktuálnym témam verejného a súkromného práva, tak z pohľadu teoretického a vedeckého, ako aj z pohľadu aplikácie tohto významného právneho inštitútu. Právna zodpovednosť v medicíne v sebe zahŕňa isté dosť významné špecifiká a osobitosti, ktoré nenájdeme v iných druhoch právnej zodpovednosti, pretože ide o zložitý právny vzťah medzi pacientom a zdravotníckym zariadením, resp. medzi pacientom a zdravotníckym pracovníkom, ktorý možno hodnotiť a pristupovať k nemu z rôznych hľadísk, a teda v konečnom dôsledku i vymedziť jednotlivé práva a im zodpovedajúce povinnosti zdravotníckeho pracovníka a pacienta. Výkon zdravotnej starostlivosti predstavuje vždy či už väčší alebo menší zásah do telesnej a psychickej integrity každého pacienta. Poskytovaním vyšetrovacích, diagnostických, terapeutických a preventívnych medicínskych úkonov dochádza žiaľ často k rôznym pochybeniam zo strany ošetrujúcich zdravotníckych pracovníkov, ktorých následkom je vyvodenie adekvátneho druhu právnej zodpovednosti voči konkrétnym zodpovednostným subjektom. V tomto kontexte považujem za relevantné zdôrazniť obsah poslania výkonu každého jedného zdravotníckeho povolania. Každý jeden zdravotnícky pracovník je povinný vykonávať svoje zdravotnícke povolanie svedomito, statočne, s hlbokým ľudským vzťahom k človeku, v súlade s platnými a účinnými právnymi predpismi a s dostupnými poznatkami lekárskych a biomedicínskych vied, pričom zdravotnícky pracovník je povinný sa správať k pacientovi ako k rovnocennému partnerovi, korektne, s pochopením, s rešpektovaním intimity a trpezlivosťou, a nikdy sa neznížiť k hrubému, nemravnému a nemorálnemu konaniu.

PREDPOKLADY VZNIKU PRÁVNEJ ZODPOVEDNOSTI V MEDICÍNE

Právna zodpovednosť príslušných subjektov v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti na úseku ochrany života a zdravia, ochrany telesnej integrity a psychickej integrity, nemajetkových – osobnostných práv (príp. i majetkových práv) prostriedkami verejného a súkromného práva vzniká, ak sa tieto subjekty zodpovednosti správajú v rozpore s právami a povinnosťami, ktoré zakotvujú príslušné právne predpisy. Treba mať vždy na zreteli, že legislatívna úprava právnej zodpovednosti v medicíne je jednou z najdôležitejších a najzložitejších častí práva ako takého, a to nielen z hľadiska teoretického, ale i z hľadiska aplikácie tohto významného právneho inštitútu. Je nemožné opomenúť skutočnosť, že inštitút právnej zodpovednosti v medicíne v priamej súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a vôbec s realizovaním akýchkoľvek medicínskych úkonov, je obsiahnutý v celej škále rôznych právnych predpisov tak práva verejného, ako aj práva súkromného, pričom nemožno nepostrehnúť výrazný interdisciplinárny charakter spomenutého právneho inštitútu vyjadrujúceho nevyhnutnosť subjektu práva (zdravotníckeho pracovníka alebo zdravotníckeho zariadenia) zodpovedať za každé protiprávne konanie, ktorým zdravotnícky pracovník porušuje objektívne právo, a teda zodpovedať za každé konanie *non de lege artis medicinae*, ktoré nemožno považovať za odborne správny postup zdravotníckeho pracovníka v súlade s jeho profesijnými povinnosťami. Za základné podmienky, resp. predpoklady vzniku právnej zodpovednosti v medicíne, ktoré musia byť splnené na to, aby bolo vôbec možné uvažovať o založení právnej zodpovednosti zdravotníckeho pracovníka, treba považovať porušenie právnej povinnosti zdravotníckeho pracovníka postupovať spôsobom *de lege artis medicinae,* existenciu škodlivého následku vo forme škody, resp. ujmy na živote

alebo zdraví, príp. inej majetkovej či nemajetkovej ujmy pacienta, existenciu kauzálneho nexu medzi konaním *non de lege artis medicinae* a vzniknutým škodlivým následkom, a taktiež zavinenie ako subjektívny predpoklad vzniku zodpovednosti ako vnútorného psychického vzťahu zodpovedného zdravotníckeho pracovníka k vlastnému protiprávnemu konaniu, ktoré sa prieči objektívnemu právu.

PORUŠENIE PROFESIJNEJ A PRÁVNEJ POVINNOSTI ZDRAVOTNÍCKEHO PRACOVNÍKA – PROTIPRÁVNE KONANIE

Protiprávnosť je rozpor ľudského správania s objektívnym právom, ktorý sa prejavuje ako stav poruchy alebo ohrozenia právom chránených spoločenských vzťahov. Protiprávnosť je vzťahom ľudského správania sa k objektívnemu právu, je rozporom s objektívnym právom, a teda nie je rozporom správania sa so subjektívnym právom. Porušenie subjektívneho práva, resp. právneho pomeru, k obsahu ktorého subjektívne právo patrí, nie je predpokladom protiprávnosti, ale právnej zodpovednosti, ktorá predpokladá jednak protiprávnosť, t.j. rozpor s objektívnym právom, jednak porušenie alebo ohrozenie právneho pomeru, resp. subjektívneho práva, t.j. ujmu, resp. škodu. Protiprávnosť ako prvok zodpovednostnej skutkovej podstaty musí byť skutočne daná, ak má dôjsť k vzniku právnej zodpovednosti predpokladajúcej naplnenie všetkých prvkov zodpovednostnej skutkovej podstaty, teda predpokladov zodpovednosti za škodu, resp. ujmu. Je nesporné, že protiprávnosť musí byť nielen daná, ale aj dokázaná.[2]

Väčšina trestných oznámení podávaných na zdravotníckych pracovníkov, ako aj mnohých civilných žalôb na náhradu škody, a taktiež žalôb na ochranu osobnosti pacienta podávaných či už na zdravotnícke zariadenia, príp. na zdravotníckych pracovníkov, vychádza z porušenia profesijnej a právnej povinnosti zdravotníckeho pracovníka postupovať pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti a vôbec pri výkone rôznych vyšetrovacích, diagnostických, liečebných a preventívnych medicínskych úkonov odborne správne – spôsobom *de lege artis medicinae,* a teda v súlade s najvyšším stupňom vedeckého poznania a praxe. V zmysle ustanovenia § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, je poskytovateľ zdravotnej starostlivosti povinný poskytovať zdravotnú starostlivosť správne. Zdravotnícky pracovník je povinný pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pridržať sa všeobecne uznávaných medicínskych postupov, zásad a štandardov. Možno povedať, že pod správnym poskytovaním zdravotnej starostlivosti sa rozumie zákonné zasahovanie tak do telesnej integrity, ako aj do psychickej integrity toho ktorého pacienta pri výkone medicínskych úkonov, a ide teda o akýsi odborne medicínsky správny postup a štandard v lekárskej vede všeobecne uznávaný. Zdravotnú starostlivosť možno považovať za *de lege artis medicinae* poskytnutú, t.j. správne poskytnutú, ak sa pri poskytovaní zdravotnej starostlivosť vykonajú všetky zdravotné výkony na správne určenie choroby so zabezpečením včasnej a účinnej liečby s cieľom uzdravenia pacienta alebo zlepšenia zdravotného stavu pacienta pri zohľadnení súčasných poznatkov medicíny. Medicínsky úkon je vykonaný v zmysle princípu *de lege artis medicinae* vtedy, ak boli bez zbytočného odkladu vykonané všetky vyšetrovacie a diagnostické úkony smerujúce k správnemu určeniu diagnózy a bol zabezpečený správny preventívny alebo terapeutický postup pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

V prípade, že sa má súd v občianskom súdnom konaní alebo v trestnom konaní zaoberať otázkou občianskoprávnej zodpovednosti zdravotníckeho zariadenia, príp. zdravotníckeho pracovníka alebo trestnoprávnou zodpovednosťou zdravotníckeho pracovníka

[2] Luby, Š.: Prevencia a zodpovednosť v občianskom práve. I. diel. Bratislava: Academia, 1958, s. 309 – 310.

za škodu, resp. ujmu spôsobenú pacientovi, je nevyhnutné, aby súd položil príslušnému znalcovi otázku, či zdravotná starostlivosť bola poskytnutá *de lege artis medicinae*, resp. *non de lege artis medicinae*, a teda v čom konkrétne bola porušená táto profesijná a právna povinnosť zdravotníckeho pracovníka postupovať pri výkone zdravotnej starostlivosti odborne medicínsky správne.

Znalecká činnosť má pri vyvodzovaní právnej zodpovednosti voči zdravotníckemu pracovníkovi či zdravotníckemu zariadeniu nezastupiteľné miesto, keďže posudzovanie otázky *de lege artis medicinae,* resp. *non de lege artis medicinae* je otázkou vysoko odbornou a je určená pre znalcov z rôznych odvetví v odbore „Zdravotníctvo a farmácia". Otázku, či daný vyšetrovací, diagnostický alebo terapeutický medicínsky úkon bol odborne správny, resp. nesprávny, resp. či konanie *non de lege artis medicinae* zdravotníckeho pracovníka bolo v príčinnej súvislosti s ujmou na zdraví či dokonca s exitom pacienta, je potrebné, aby zhodnotil príslušný odborník, expert z oblasti zdravotníctva, teda znalec v príslušnom medicínskom odvetví. Neustále prítomná je však tendencia nielen zo strany laikov, ale aj zo strany samotných znalcov posudzovať správnosť, resp. nesprávnosť poskytnutej zdravotnej starostlivosti podľa výsledku, resp. podľa toho, ako daný terapeutický úkon dopadol, t.j. pacient sa buď uzdravil, zlepšil sa jeho zdravotný stav, alebo naopak, exitoval.

Záver o tom, či konkrétny medicínsky úkon bol alebo nebol pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vykonaný v zmysle princípu *de lege artis medicinae,* urobí obvykle súd (spravidla na podklade znaleckých alebo ústavných posudkov, príp. ďalších dôkazov) v meritórnom rozhodnutí, v ktorom zhodnotí adekvátnosť zvoleného diagnostického alebo terapeutického postupu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Mnohokrát je veľmi zložité fundovane odpovedať na otázku, či konkrétny zdravotnícky pracovník postupoval *non de lege artis medicinae,* a tiež odborne zodpovedať v čom konkrétne zdravotnícky pracovník pochybil. Najzložitejšie sú prípady, keď pochybením zdravotníckych pracovníkov je pacientovi spôsobená ujma na zdraví alebo ujma na živote - exitus, pričom zdravotníckym pracovníkom, a to najmä lekárom je kladené za vinu, že práve oni svojím nesprávnym postupom spôsobili pacientovi ujmu na zdraví alebo dokonca smrť. Nemožno tiež opomenúť, že otázku, či zdravotnícky pracovník postupoval správne, t.j. *de lege artis medicinae*, resp. chybne, nesprávne, protiprávne, t.j. *non de lege artis mediciane* je potrebné posudzovať z pohľadu *ex ante,* t.j. z pohľadu ako sa konkrétny zdravotný stav pacienta javil ošetrujúcemu zdravotníckemu pracovníkovi v čase, keď rozhodoval o ďalšom terapeutickom, liečebnom postupe, nikdy však *ex post*, teda za situácie, keď je už výsledok známy, a teda je známe, či sa pacient uzdravil, zhoršil jeho zdravotný stav alebo dokonca exitoval.

Ošetrujúci zdravotnícky pracovník nezodpovedá za výsledok poskytovania zdravotnej starostlivosti, ergo za dosiahnutie vyliečenia pacienta, zodpovedá však za správne využitie všetkých diagnostických a terapeutických postupov v súlade so súčasnými poznatkami medicíny a ostatných biomedicínskych vied. Žiaľ aj v dnešnej dobe, keď rozvoj v oblasti medicíny napreduje míľovými krokmi, sa dennodenne stretávame s mnohými prípadmi, keď škoda, resp. ujma na živote alebo zdraví pacienta je následkom lekárovej nedbanlivosti, ľahostajnosti, nedostatočnej odbornosti, nedostatočnej praxe, a vôbec neospravedlniteľnej neznalosti a nevedomosti v medicíne všeobecne známych postupov a štandardov.

Zoznam zdravotných výkonov je súhrn zdravotných výkonov, ktoré sa vykonávajú pri chorobách uvedených v prílohe č. 1 (kód a názov choroby) zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších právnych predpisov. Do zoznamu zdravotných výkonov sú zaradené tie zdravotné výkony, ktoré vedú k záchrane

života pacienta, vyliečeniu choroby, zabráneniu vzniku závažných zdravotných komplikácií, zabráneniu zhoršenia závažnosti choroby alebo jej prechodu do chronického štádia, a taktiež tie, ktoré vedú k účinnej prevencii, zisteniu choroby, ako aj tie zdravotné výkony, ktoré vedú k zmierneniu prejavov choroby. Zoznam zdravotných výkonov obsahuje ku každej diagnóze zdravotné výkony, ktoré možno považovať za indikovateľné podľa súčasných medicínskych poznatkov, ergo v zmysle princípu *de lege artis medicinae.* Sú to teda tie zdravotné výkony, ktoré je pri danej diagnóze potrebné vykonať vždy, pričom niektoré zdravotné výkony môžu závisieť od závažnosti zdravotného stavu, iné môžu predstavovať alternatívny postup. Pri zaraďovaní zdravotných výkonov do zoznamu zdravotných výkonov sa okrem spomenutých kritérií berie do úvahy aj účinnosť zdravotného výkonu v rámci prevencie, diagnostiky alebo liečby, ďalej prínos zdravotného výkonu v rámci prevencie, diagnostiky alebo liečby v súvislosti so znižovaním chorobnosti a úmrtnosti, ako aj zlepšenie prevencie, diagnostiky alebo liečby pri porovnaní s existujúcimi možnosťami prevencie, diagnostiky alebo liečby. Zo zoznamu zdravotných výkonov možno vyradiť zdravotné výkony, ak je preukázateľné, že z hľadiska prevencie, diagnostiky alebo liečby sa týmito zdravotnými výkonmi nedosahujú uspokojivé výsledky alebo existujú účinnejšie zdravotné výkony obsiahnuté v zozname zdravotných výkonov. Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky zriaďuje Komisiu pre zdravotné výkony ako svoj poradný orgán na odborné posudzovanie zdravotných výkonov pri tvorbe zoznamu zdravotných výkonov. Komisia pre zdravotné výkony má jedenásť členov, z ktorých troch členov navrhuje Ministerstvo zdravotníctva SR, troch členov navrhujú zdravotné poisťovne a piatich členov navrhujú odborné spoločnosti.

Za porušenie princípu *de lege artis medicinae* možno v praxi považovať napríklad nevyčerpanie všetkých dostupných diagnostických možností a postupov pri zisťovaní konkrétneho ochorenia, čím dochádza v mnohých prípadoch k omeškaniu v zahájení terapie a poškodeniu zdravia pacienta; chybný diagnostický záver pri danom vyšetrení; nerealizovanie všetkých dostupných diagnostických metód, postupov a výkonov na správne určenie diagnózy; nepostupovanie v súlade so štandardnými terapeutickými postupmi; nevykonanie potrebných kompletných laboratórnych vyšetrení; nesprávne posúdenie závažnosti zdravotného stavu pacienta a následné neprivolanie lekára špecialistu na konziliárne vyšetrenie; napriek vykonaniu realizovaných vyšetrovacích metód a laboratórnych vyšetrení nezistenie diagnózy dominantného ochorenia a z toho dôvodu nerealizovanie adekvátnej liečby pacienta; podcenenie konkrétnych lekárskych nálezov; nevyužitie všetkých dostupných možností diagnostiky a liečby v súvislosti s aktuálnym zdravotným stavom pacienta; nezvolanie konzília príslušných odborníkov – lekárov špecialistov; hospitalizovanie pacienta v závažnom zdravotnom stave v regionálnom zdravotníckom zariadení napriek nevyhnutnosti urgentnej chirurgickej intervencie; nedostatočné zhodnotenie stavu daného ochorenia operatérmi a po stabilizácii stavu okamžité neodoslanie pacienta na vyššie špecializované pracovisko; podcenenie konkrétneho ochorenia, podcenenie príznakov daného ochorenia; nedostatočné venovanie pozornosti vývoju zdravotného stavu pacienta po vykonaní invazívneho zákroku; nevhodné, neetické oznámenie diagnózy; nedôstojné a nešetrné zaobchádzanie s pacientom; zlá organizácia práce zdravotníckych pracovníkov; nedostatočné vedenie záznamov v zdravotnej dokumentácii, nedostatky vo vedení zdravotnej dokumentácie; absencia objektívneho lekárskeho nálezu v zdravotnej dokumentácii, ktorý indikoval dané vyšetrenie pacienta; nedostatočné zhodnotenie stavu pacienta vzhľadom na zhoršujúci sa klinický nález a pretrvávanie ťažkostí, bolestí pacienta; podcenenie zdravotného stavu pacienta napriek závažným klinickým príznakom; nepodloženie údajov v zdravotnej dokumentácii pacienta objektívnymi nálezmi, t.j. nevyšetrenie pacienta lekárom a napriek tomu konštatovanie lekára, že pacient zdravotné ťažkosti nemá; absencia objektívneho vyšetrenia zdravotného stavu pacienta na zistenie odôvodnenosti indikácie hospitalizácie pacienta; porušenie povinnej mlčanlivosti zo strany zdravotníckeho pracovníka, ako aj mnohé ďalšie špecifické prípady zlyhania zdravotníckych pracovníkov pri výkone svojho povolania.

Za konanie *non de lege artis medicinae* možno však pri výkone zdravotníckej praxe považovať nielen aktívne – komisívne konanie zo strany zdravotníckeho pracovníka, ale i omisívne konanie, na ktoré bol konkrétny zdravotnícky pracovník povinný, teda subjekt zodpovednosti – zdravotnícky pracovník sa nezachoval tak, ako sa zachovať mal, a to opomenutím konania, resp. zdržaním sa právom predpísanej činnosti a pod. Napríklad pri trestnom čine neposkytnutia pomoci konkrétny zodpovedný zdravotnícky pracovník neposkytol potrebnú pomoc, napr. prvú pomoc osobe, ktorá sa ocitla v nebezpečenstve smrti, alebo javila príznaky ťažkej ujmy na zdraví, hoci tento zdravotnícky pracovník vzhľadom na svoje zdravotnícke povolanie tak učiniť mal a potrebnú pomoc tejto osobe mal poskytnúť.

V prípade, že zdravotná starostlivosť nebola poskytnutá v zmysle princípu *de lege artis medicinae*, ale práve naopak, nesprávne, s chybami, resp. protiprávne, t.j. *non de lege artis medicinae*, má to za následok vyvodenie zodpovedajúceho druhu právnej zodpovednosti. Takýto nesprávny výkon zdravotnej starostlivosti bude zakladať právnu zodpovednosť konkrétneho subjektu zodpovednosti. Ak bol určitý medicínsky úkon vyšetrovacej, diagnostickej, liečebnej, príp. preventívnej povahy vykonaný *non de lege artis medicinae,* má to spravidla za následok vyvodenie občianskoprávnej zodpovednosti zdravotníckeho zariadenia, resp. občianskoprávnej zodpovednosti súkromného zdravotníckeho pracovníka, pracovnoprávnej zodpovednosti zdravotníckeho pracovníka ako zamestnanca zdravotníckeho zariadenia, disciplinárnej zodpovednosti člena príslušnej profesijnej komory v zdravotníctve, administratívnoprávnej zodpovednosti voči príslušnému správnemu orgánu, príp. dokonca i trestnoprávnej zodpovednosti konkrétneho zdravotníckeho pracovníka za predpokladu, že sa naplnila skutková podstata niektorého trestného činu (najčastejšieho trestného činu proti životu, proti zdraviu, resp. trestného činu ohrozujúceho život alebo zdravie pacienta).

Nemožno však opomenúť, že nie len postup *non de lege artis medicinae* je protiprávnym konaním zo strany zdravotníckych pracovníkov, z ktorého je vyvodzovaná právna zodpovednosť. V súčasnosti je čoraz častejšie právna zodpovednosť v medicíne vyvodzovaná taktiež pre porušenie povinnosti zdravotníckych pracovníkov poskytovať vyšetrovacie, diagnostické, liečebné a preventívne úkony zdravotnej starostlivosti iba na základe slobodného a informovaného súhlasu pacienta, ktorému by malo predchádzať poučenie zo strany ošetrujúceho zdravotníckeho pracovníka. Z uvedeného teda jasne vyplýva, že prevedenie akéhokoľvek medicínskeho úkonu bez toho, aby mu predchádzal informovaný súhlas pacienta, je protiprávnym konaním zo strany zdravotníckych pracovníkov, ktoré je v rozpore s objektívnym právom, resp. v rozpore so všeobecne záväzným právnym predpisom, t.j. zákonom č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších právnych predpisov. Je samozrejme taktiež potrebné podotknúť, že i samotný už vyššie citovaný zákon o zdravotnej starostlivosti obsahuje taxatívny výpočet prípadov, kedy je možné zdravotnú starostlivosť poskytnúť aj bez toho, aby jej predchádzal informovaný súhlas. Informovaný súhlas sa totiž nevyžaduje v prípade neodkladnej zdravotnej starostlivosti, ak nemožno včas získať informovaný súhlas, ale ho možno predpokladať; ďalej v prípade ochranného liečenia uloženého súdom v zmysle príslušných ustanovení Trestného zákona č. 300/2005 Z. z. v znení neskorších právnych predpisov; taktiež v prípade ústavnej zdravotnej starostlivosti, ak ide o pacienta, ktorý šíri prenosnú chorobu, ktorá závažným spôsobom ohrozuje jeho okolie; ako aj v prípade ambulantnej zdravotnej starostlivosti alebo ústavnej zdravotnej starostlivosti, ak ide o pacienta, ktorý v dôsledku duševnej choroby alebo s príznakmi duševnej poruchy ohrozuje seba alebo svoje okolie, alebo ak hrozí vážne zhoršenie jeho zdravotného stavu.

Na tomto mieste je taktiež potrebné sa aspoň čiastočne zmieniť o všeobecnej prevenčnej povinnosti, ktorá je obsiahnutá v ustanovení § 415 Občianskeho zákonníka č.

40/1964 Zb. v znení neskorších právnych predpisov. V zmysle tohto ustanovenia je každý povinný počínať si tak, aby nedochádzalo ku škodám na zdraví, na majetku, na prírode a životnom prostredí. Spomenuté ustanovenie sa vzťahuje na všetkých účastníkov občianskoprávnych vzťahov, a to bez ohľadu na to, či ide o fyzické osoby alebo právnické osoby, pričom povinnosť vyplývajúca z tohto zákonného ustanovenia je povinnosťou právnou. Pre oblasť poskytovania zdravotnej starostlivosti má význam najmä tá časť spomenutého zákonného ustanovenia, ktoré je namierené na ochranu zdravia. Ak si napríklad niektorý zdravotnícky pracovník neplní svoju všeobecnú prevenčnú povinnosť vyplývajúcu z ustanovenia § 415 Občianskeho zákonníka zameranú na ochranu zdravia, treba vyvodiť, že si neplní svoju právnu povinnosť, a teda takýto zdravotnícky pracovník koná protiprávne, resp. v rozpore so zákonom (Občianskym zákonníkom), t.j. *contra legem*. Všeobecná prevenčná povinnosť vyplývajúca z Občianskeho zákonníka sa vzťahuje na každého, pričom ide o právnu povinnosť každého dodržiavať nielen povinnosti uložené právnymi predpismi a povinnosti prevzaté zmluvne, ale i bez konkrétne stanoveného pravidla správania sa, počínať si natoľko obozretne, aby konaním alebo opomenutím nevznikla škoda inému alebo jemu samému. Je nesporné, že správať sa v rozpore so všeobecnou prevenčnou povinnosťou znamená správať sa protiprávne.[3]

ŠKODLIVÝ NÁSLEDOK

Škodlivý následok je bezpochyby jednou z najdôležitejších podmienok, bez ktorej by sme o vzniku právnej zodpovednosti v medicíne ani nemohli hovoriť, nakoľko škodlivý následok predstavuje tú samotnú ujmu, resp. škodu, ktorá protiprávnym konaním zdravotníckeho pracovníka pacientovi vznikla. Škodlivým následkom v súvislosti so vznikom právnej zodpovednosti v medicíne môže byť napr. ujma na zdraví, t.j. poškodenie zdravia pacienta, alebo dokonca úmrtie pacienta v dôsledku konania zdravotníckeho pracovníka spôsobom *non de lege artis medicinae*.

V prípade, že sa pozeráme na škodlivý následok z občianskoprávneho hľadiska, môže ním byť majetková, materiálna, hmotná ujma – škoda, alebo nemajetková, imateriálna, nehmotná ujma napr. na osobnostných právach pacienta. Skutkovým znakom protiprávneho správania sa, a teda predpokladom uloženia, resp. vyvodenia občianskoprávnej zodpovednosti je vždy výsledok, t.j. škodlivý následok, ktorým je ujma vzniknutá na ohrozenom, resp. porušenom právnom pomere. Možno teda jednoznačne konštatovať, že bez existencie škodlivého následku v podobe ujmy niet občianskoprávneho protiprávneho konania, resp. občianskoprávneho protiprávneho úkonu, a niet ani občianskoprávnej zodpovednosti za škodu, resp. ujmu v medicíne.[4]

Z pohľadu trestného práva existujú i také prípady, keď škodlivý následok v podobe vzniku napr. ujmy na živote alebo zdraví pacienta nenastane, avšak trestnoprávna zodpovednosť zdravotníckeho pracovníka je daná. V takom prípade ide o ohrozovacie trestné činy, a to konkrétne napr. o trestný čin neoprávneného experimentu na človeku a klonovania ľudskej bytosti, trestný čin ohrozovania zdravia nepovolenými liečivami, zdravotníckymi pomôckami a potrebami, alebo napr. aj o trestný čin neposkytnutia pomoci zdravotníckym pracovníkom osobe, ktorá je v nebezpečenstve smrti alebo javí príznaky ťažkej ujmy na zdraví, hoci tento zdravotnícky pracovník je podľa povahy svojho zamestnania, resp. zdravotníckeho povolania povinný takú pomoc poskytnúť. Z trestnoprávneho hľadiska je

[3] Švestka, J., Jehlička, O., Škárová, M., Spáčil, J. a kol.: Občanský zákoník. Komentář. 10. vydání. Praha: C. H. Beck, 2006, s. 696.

[4] K tomu podrobnejšie Luby, Š.: Prevencia a zodpovednosť v občianskom práve. I. diel. Bratislava: Academia, 1958, s. 270.

obligatórnym znakom charakterizujúcim objektívnu stránku trestného činu aj následok. Následok treba z pohľadu trestného práva vykladať nielen ako porušenie záujmu chráneného Trestným zákonom č. 300/2005 Z. z. v znení neskorších predpisov, ale taktiež aj ako ohrozenie záujmu chráneného týmto právnym predpisom. Ohrozovacie trestné činy teda predstavujú reálnu možnosť vzniku poruchy na objekte, teda na spoločenských záujmoch, resp. hodnotách chránených Trestným zákonom, resp. v tomto prípade na živote a zdraví pacienta. Naproti tomu poruchové trestné činy priamo predpokladajú vznik poruchy na objekte, možno povedať, že poškodenie objektu - života alebo zdravia, teda napr. poškodenie zdravia pacienta, alebo dokonca spôsobenie smrti pacientovi a pod.

Za zmienku tiež stojí, že napr. aj príslušná stavovská organizácia v zdravotníctve, t.j. príslušná profesijná komora môže uplatniť voči svojmu členovi, t.j. zdravotníckemu pracovníkovi disciplinárne opatrenia i v prípade, keď samotný škodlivý následok nenastal, ale konkrétny zdravotnícky pracovník ako člen danej profesijnej komory v zdravotníctve porušil niektorú z povinností, ktoré mu ukladá zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších právnych predpisov, a to konkrétne povinnosť vykonávať svoje zdravotnícke povolanie odborne, t.j. v zmysle princípu *de lege artis medicinae*; ďalej vykonávať zdravotnícke povolanie v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi a s Etickým kódexom zdravotníckeho pracovníka; taktiež povinnosť spolupracovať pri zabezpečení verejnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ak verejná sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti je menšia ako minimálna sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti; ako aj povinnosť oboznamovať sa s vnútornými predpismi príslušnej profesijnej komory v zdravotníctve, dodržiavať vnútorné predpisy stavovskej organizácie v zdravotníctve, a taktiež plniť úlohy vyplývajúce z členstva v príslušnej profesijnej komore v zdravotníctve.

KAUZÁLNY NEXUS MEDZI PROTIPRÁVNYM KONANÍM A ŠKODLIVÝM NÁSLEDKOM

Obligatórnym predpokladom vzniku právnej zodpovednosti pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti je existencia príčinného vzťahu medzi protiprávnym konaním zdravotníckeho pracovníka a škodlivým následkom na strane pacienta. *Nexus causalis* rozhoduje o tom, či je tu vôbec príčinný základ právnej zodpovednosti. Musí byť vždy preukázané, že škodlivý následok je skutočne následkom konkrétneho protiprávneho konania, resp., že medzi protiprávnym konaním *non de lege artis medicinae* a škodlivým následkom v podobe napr. ujmy na zdraví alebo usmrtenia pacienta, je príčinná súvislosť. V konkrétnom súdnom konaní, t.j. buď v trestnom konaní alebo v občianskom súdnom konaní sa ergo skúma, či existuje, resp. či je prítomný celkom bezpochyby kauzálny nexus medzi porušením profesijnej povinnosti zdravotníckeho pracovníka postupovať spôsobom *de lege artis medicinae* a škodlivým následkom v podobe ujmy na živote pacienta, t.j. úmrtím pacienta, resp. škodlivým následkom v podobe ujmy na zdraví pacienta. Je teda potrebné či už v občianskom súdnom konaní alebo v trestnom konaní preukázať, že medzi odborným pochybením zdravotníckeho pracovníka poskytovať zdravotnú starostlivosť spôsobom *de lege artis medicinae* a ujmou na zdraví pacienta, resp. úmrtím pacienta je vzťah príčiny a následku, a teda preukázať, že škodlivý následok je skutočne následkom daného protiprávneho konania zdravotníckeho pracovníka, t.j. preukázať, že bez daného protiprávneho konania by škodlivý následok v podobe napr. exitu pacienta alebo ujmy na zdraví pacienta nenastal spôsobom akým nastal, resp. by nenastal vôbec.

V prípade, že nebude existencia kauzálneho nexu medzi protiprávnym konaním a škodlivým následkom nad všetky pochybnosti preukázaná, nemožno ani hovoriť o vzniku

právnej zodpovednosti. Avšak je potrebné dôrazne podotknúť a mať na pamäti i skutočnosť, že kauzálny nexus nemožno vylučovať iba z toho dôvodu, že protiprávne konanie zdravotníckeho pracovníka len dovŕšilo už existujúci i tak infaustný zdravotný stav pacienta, a teda že vyhliadky na vyliečenie samotného pacienta neboli už v tomto konkrétnom prípade takmer žiadne. Zodpovedný zdravotnícky pracovník, resp. zdravotnícke zariadenie sa nemôžu brániť a argumentovať tvrdením, že ak by poškodený pacient netrpel ďalšími pridruženými chorobami, konkrétne konanie *non de lege artis medicinae* by nemalo tak závažné, mnohokrát až fatálne následky na strane pacienta napr. v podobe ujmy na živote alebo zdraví pacienta.

Pri samotnom výklade kauzálneho nexu z pohľadu právnej zodpovednosti v medicíne je ergo potrebné podotknúť, že vôbec nie je dôležité, že pacientov zdravotný stav bolo možné považovať za infaustný, t.j. majúci nepriaznivé, zlé vyhliadky na vyliečenie, a konštatovať, že pacient by skôr či neskôr aj tak exitoval alebo by sa jeho zdravotný stav neustále zhoršoval. Dôležité však je, že ujma na zdraví pacienta, resp. jeho exitus boli spôsobné neodborným, nesprávnym, chybným lekárskym zákrokom, resp. neodborným, nesprávnym, chybným vyšetrovacím, diagnostickým alebo liečebným medicínskym úkonom, v dôsledku ktorého sa pacientov zdravotný stav zhoršil alebo v dôsledku ktorého pacient dokonca exitoval.

ZAVINENIE

Zavinenie sa definuje tak v trestnom, ako aj v občianskom práve ako vnútorný psychický vzťah toho, kto porušil právo, jednak k vlastnému konaniu, ktoré je v rozpore s platným právom či záväzkom uskutočneným na základe a v medziach práva, a jednak k jeho protiprávnemu výsledku, resp. k škodlivému následku.[5] Zavinenie sa prejavuje vo forme priameho úmyslu – *dolus directus* a nepriameho úmyslu – *dolus indirectus*, resp. *dolus eventualis*, alebo vedomej nedbanlivosti – *culpa lata*, resp. *culpa luxuria* a nevedomej nedbanlivosti – *culpa levis*, resp. *culpa negligentia*.

Pojem oboch foriem zavinenia, t.j. dolózneho i kulpózneho sa vymedzuje tak v právnom poriadku, ako aj v teoretických definíciách právnej náuky. Občianske právo sa spolieha s vymedzením spomínaných pojmov v trestnom práve alebo v teórii práva. Občiansky zákonník č. 40/1964 Zb. v znení neskorších právnych predpisov prenecháva vymedzenie týchto pojmov Trestnému zákonu č. 300/2005 Z. z. v znení neskorších predpisov. V dôsledku toho je pojem zavinenia a jednotlivých foriem zavinenia jednotný pre celý právny poriadok.[6] Predpisy súkromného práva teda definíciu zavinenia nepoznajú, a preto sa pri výklade súkromnoprávnej zodpovednosti vychádza z definície zavinenia podľa Trestného zákona č. 300/2005 Z. z. v znení neskorších predpisov. Avšak je potrebné taktiež poznamenať, že vymedzenie pojmu zavinenia nachádzame taktiež v ustanoveniach § 3 a najmä § 4 zákona č. 372/1990 Zb. o priestupkoch v znení neskorších predpisov.

Na rozdiel od trestného práva, v ktorom sa právna zodpovednosť bezvýnimočne zakladá na zavinení, v občianskom práve je zavinenie len zásadne požadovaným predpokladom vzniku zodpovednosti, tzn., že sa vyskytujú i prípady občianskoprávnej zodpovednosti bez zavinenia.[7]

Skutková podstata všeobecnej subjektívnej občianskoprávnej zodpovednosti za zavinené protiprávne konanie je založená na subjektívnom zodpovednostnom princípe,

---

[5] Pozri Prusák, J.: Teória práva. II. Vydanie. VO PF UK. Bratislava, 1999, s. 273.

[6] K tomu pozri Luby, Š.: Prevencia a zodpovednosť v občianskom práve. I. diel. Bratislava: Academia, 1958, s. 497.

[7] Luby, Š.: Prevencia a zodpovednosť v občianskom práve. I. diel. Bratislava: Academia, 1958, s. 445.

vychádza z prezumpcie zavinenia, tzn., že zavinenie sa prezumuje a je na škodcovi, t.j. na zdravotníckom zariadení, príp. na samostatne pôsobiacom zdravotníckom pracovníkovi (na súkromnom lekárovi), aby preukázal, že spôsobenú škodu poškodenému pacientovi nezavinil. Pre splnenie predpokladov občianskoprávnej zodpovednosti za škodu spôsobenú pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti nie je rozhodujúce, či škoda bola spôsobená úmyselne alebo z nedbanlivosti. Rozlíšenie zavinenia na dolózne alebo kulpózne má relevantný význam z hľadiska rozsahu náhrady škody vzniknutej pacientovi zo strany zdravotníckeho zariadenia, resp. zdravotníckeho pracovníka. Prezumpcia zavinenia sa v občianskom práve vzťahuje len na nedbanlivostné – kulpózne zavinenie, neplatí pre úmyselné – dolózne zavinenie, a ani pre hrubú nedbanlivosť.

Pri absolútnej objektívnej občianskoprávnej zodpovednosti za škodu spôsobenú okolnosťami, ktoré majú pôvod v povahe prístroja, nástroja (inštrumentu), lieku (medikamentu) alebo inej veci, ktoré sa pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti použili, nie je rozhodujúce, či došlo ku konaniu *non de lege artis medicinae* – k odbornému pochybeniu, resp. k protiprávnemu konaniu, a nie je ani potrebné preukázať zavinenie zodpovedného zdravotníckeho pracovníka, pričom postačí preukázať, že škoda bola pacientovi spôsobená povahou prístroja alebo inej veci, ktoré sa použili pri výkone medicínskych úkonov. V prípade občianskoprávnej zodpovednosti za škodu spôsobenú okolnosťami, ktoré majú pôvod v povahe prístroja alebo inej veci použitých pri poskytovaní zdravotníckych služieb, ide o objektívnu občianskoprávnu zodpovednosť predovšetkým zdravotníckeho zariadenia. Uvedenú objektívnu zodpovednosť by znášal zdravotnícky pracovník za predpokladu, že by poskytoval zdravotnú starostlivosť ako samostatne pôsobiaci zdravotnícky pracovník. Pri objektívnej zodpovednosti totiž zodpovedá za škodu, ktorá pacientovi vznikla, buď zdravotnícke zariadenie, s poskytovaním zdravotníckych služieb ktorého bol vznik škody spojený, alebo samostatne pôsobiaci zdravotnícky pracovník (privátny lekár), s poskytovaním zdravotníckych služieb ktorého bol vznik škody spojený. Možno teda konštatovať, že v prípade absolútnej objektívnej občianskoprávnej zodpovednosti za škodu spôsobenú okolnosťami, ktoré majú pôvod v povahe použitého prístroja alebo inej veci použitej pri poskytovaní zdravotníckych služieb v zmysle ustanovenia § 421a Občianskeho zákonníka, sa zavinenie ako subjektívny predpoklad vzniku zodpovednosti za škodu neskúma. Pri tomto druhu občianskoprávnej zodpovednosti za škodu postačí, ak je preukázané, že pri poskytovaní zdravotníckych služieb boli použité medicínske prístroje, nástroje, lekárske inštrumenty a medikamenty dokonca aj v súlade s princípom *de lege artis medicinae* (t.j. nešlo vôbec o protiprávne konanie), ďalej ak je preukázané, že došlo ku vzniku škodlivého následku, t.j. k ujme na zdraví pacienta alebo k úmrtiu pacienta, a taktiež ak je preukázaná existencia kauzálneho nexu medzi použitým prístrojom alebo inou použitou vecou a ujmou na zdraví alebo úmrtím pacienta. V prípade, že zdravotnícke zariadenie muselo pacientovi nahradiť škodu a išlo o vadný výrobok, má príslušné zdravotnícke zariadenie právo následne si žalobou uplatniť náhradu vzniknutej škody u výrobcu medicínskeho nástroja, prístroja alebo u farmaceutickej spoločnosti, ktorá vyrobila daný medikament, ktorý napr. po aplikácii spôsobil nepredvídateľnú alergickú reakciu pacientovi, pričom zdravotnícky pracovník nemal ako vedieť, že tento medikament môže takéto alergické reakcie spôsobiť. Je nesporné, že v takýchto a podobných prípadoch budú zdravotnícke zariadenia za škody pacientom takto vzniknuté zodpovedať vždy.[8] Nakoľko ide o absolútnu objektívnu zodpovednosť, ktorá nepripúšťa žiadne liberačné dôvody, zdravotnícke zariadenie sa tohto druhu občianskoprávnej zodpovednosti za škodu nemôže nijakým spôsobom zbaviť, a to ani vtedy, keby preukázalo, že škode nebolo možné zabrániť ani pri vynaložení všetkého úsilia. Uvedená skutková

[8] Pozri bližšie Mach, J.: Lékař a právo. Praktická příručka pro lékaře a zdravotníky. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 58.

podstata je v súčasnosti obsiahnutá v platnom a účinnom slovenskom Občianskom zákonníku č. 40/1964 Zb. v znení neskorších právnych predpisov. Nový český Občiansky zákonník č. 89/2012 Sb. už opustil koncepciu absolútnej občianskoprávnej zodpovednosti za škodu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti tak, ako ju v súčasnosti pozná slovenský Občiansky zákonník č. 40/1964 Zb. V zmysle nového českého Občianskeho zákonníka č. 89/2012 Sb. sa absolútna občianskoprávna zodpovednosť uplatňuje jedine v tom prípade, ak je preukázaná vada veci. Z dikcie ustanovenia § 2936 nového českého Občianskeho zákonníka č. 89/2012 Sb. vyplýva, že kto je povinný niekomu niečo plniť a použije pri tom vadnú vec, nahradí škodu spôsobenú vadou veci. To platí i v prípade poskytnutia zdravotníckych, sociálnych, veterinárnych a iných biologických služieb.

Taktiež nemožno opomenúť, že je vylúčené, aby bola posúdená občianskoprávna zodpovednosť zdravotníckeho zariadenia v zmysle ustanovenia § 421a Občianskeho zákonníka č. 40/1964 Zb., ak nemala táto škoda príčinu v povahe použitého prístroja alebo inej použitej veci, ktoré sa pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti použili, ale práve naopak, škoda mala príčinu v samotnom medicínskom úkone, lekárskom zákroku, resp. v konkrétnom vyšetrovacom, diagnostickom alebo liečebnom úkone. V takomto prípade je nepochybné, že zdravotnícke zariadenie bude zodpovedať v zmysle ustanovenia § 420 Občianskeho zákonníka č. 40/1964 Zb., a teda pôjde o všeobecnú subjektívnu občianskoprávnu zodpovednosť zdravotníckeho zariadenia za škodu spôsobenú pacientovi konaním *non de lege artis medicinae*, t.j. protiprávnym konaním zdravotníckeho pracovníka ako zamestnanca daného zdravotníckeho zariadenia. V zdravotníckej praxi, v nemocničných zariadeniach, a v ambulanciách sa totiž často vyskytnú prípady, keď zdravotnícky pracovník ako zamestnanec pri plnení si svojich pracovných úloh, a teda pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti zavinene spôsobí pacientovi ujmu na zdraví alebo dokonca exitus. V takomto prípade z pohľadu súkromnoprávnej zodpovednosti zdravotnícky pracovník ako zamestnanec zdravotníckeho zariadenia nezodpovedá priamo poškodenému pacientovi za vzniknutú ujmu na zdraví, príp. pozostalým poškodeného pacienta za úmrtie tohto pacienta, ale vzhľadom na znenie ustanovenia § 420 ods. 2 Občianskeho zákonníka, zodpovedá za takto vzniknutú ujmu zamestnávateľ zdravotníckeho pracovníka, t.j. príslušné zdravotnícke zariadenie. Tieto osoby samy, t.j. konkrétni škodcovia – zdravotnícki pracovníci za ujmu takto pacientovi spôsobenú podľa Občianskeho zákonníka nezodpovedajú, pričom však zodpovednosť zdravotníckych pracovníkov ako zamestnancov zdravotníckeho zariadenia nie je podľa pracovnoprávnych predpisov dotknutá. V tomto prípade vzniknú dva zodpovednostné právne vzťahy. V prvom rade pôjde o zodpovednostný právny vzťah medzi zdravotníckym zariadením a poškodeným pacientom, ktorý sa bude spravovať ustanoveniami Občianskeho zákonníka, a až v dôsledku náhrady spôsobenej škody, resp. ujmy pacientovi zo strany zdravotníckeho zariadenia, vznikne v poradí druhý zodpovednostný právny vzťah medzi zdravotníckym zariadením a zdravotníckym pracovníkom ako zamestnancom tohto zdravotníckeho zariadenia, ktoré škodu, resp. ujmu pacientovi nahradilo. Na tento druhý zodpovednostný právny vzťah medzi zdravotníckym zariadením – zamestnávateľom a zdravotníckym pracovníkom – zamestnancom zdravotníckeho zariadenia sa aplikujú príslušné ustanovenia Zákonníka práce č. 311/2001 Z. z. v znení neskorších predpisov upravujúce všeobecnú zodpovednosť zamestnanca – zdravotníckeho pracovníka za škodu s prezumpciou neviny tohto zamestnanca. Pri súkromnoprávnej zodpovednosti je zavinenie obligatórnym znakom taktiež všeobecnej pracovnoprávnej zodpovednosti zdravotníckeho pracovníka za škodu, pričom zamestnávateľ (zdravotnícke zariadenie) je povinný preukázať zdravotníckemu pracovníkovi jeho zavinenie, t.j. samotné dôkazné bremeno spočíva na zdravotníckom zariadení, ktoré zdravotníckeho pracovníka zamestnáva.

V prípade občianskoprávnej zodpovednosti za nemajetkovú ujmu spôsobenú neoprávneným zásahom do práva na ochranu osobnosti pacienta v zmysle ustanovenia § 11

a nasl. Občianskeho zákonníka č. 40/1964 Zb., zavinenie ako subjektívny predpoklad vzniku zodpovednosti za nemajetkovú ujmu odpadá. Pri tejto skutkovej podstate, pri ktorej sa zavinenie neskúma, zodpovedá za nemajetkovú ujmu, ktorá pacientovi vznikla, zdravotnícke zariadenie, s poskytovaním zdravotníckych služieb (vyšetrovacích, diagnostických, liečebných a preventívnych úkonov) ktorého bol vznik nemajetkovej ujmy spojený, alebo tiež samostatne pôsobiaci zdravotnícky pracovník (napr. privátny lekár), s poskytovaním zdravotníckych služieb ktorého bol vznik nemajetkovej ujmy spojený.

Na rozdiel od občianskoprávnej zodpovednosti, ktorá nepredpokladá nevyhnutne zavinenie, v trestnom práve niet zodpovednosti bez zavinenia, t.j. bez zavinenia niet trestného činu a ani trestu – *nullum crimen sine culpa*, resp. *nulla poena sine culpa*. Pri trestnoprávnej zodpovednosti zodpovedného zdravotníckeho pracovníka nepostačí preukázať v trestnom konaní len samotné protiprávne konanie zdravotníckeho pracovníka spôsobom *non de lege artis medicinae*, vznik škodlivého následku napr. v podobe ujmy na zdraví pacienta alebo exitu pacienta, ako aj existenciu kauzálneho nexu medzi konaním *non de lege artis medicinae* a vznikom napr. ujmy na živote alebo zdraví pacienta, ale taktiež bude nevyhnutné preukázať i prítomnosť zavinenia konkrétneho zdravotníckeho pracovníka. Väčšinou ide pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti o kulpózne konanie zo strany zdravotníckych pracovníkov, pričom túto nedbanlivosť zo strany zdravotníckeho pracovníka je potrebné aj preukázať, t.j. nestačí argumentovať názorom, že zdravotnícky pracovník konal *non de lege artis medicinae* a vďaka takémuto protiprávnemu konaniu ujma pacientovi vznikla. Vychádzajúc z prvej hlavy osobitnej časti Trestného zákona č. 300/2005 Z. z. v znení neskorších predpisov, môžu zdravotnícki pracovníci spáchať nasledujúce trestné činy len dolóznym zavinením, a to napr. trestný čin vraždy, resp. úkladnej vraždy v podobe aktívnej eutanázie, nedovolené prerušenie tehotenstva, účasť na samovražde pacienta, úmyselné ublíženie na zdraví pacienta, neoprávnené odoberanie orgánov, tkanív, buniek a nezákonná sterilizácia, neoprávnený experiment na človeku a klonovanie ľudskej bytosti, ako aj trestný čin neposkytnutia pomoci. Trestný zákon taktiež vo svojej osobitnej časti vymedzuje trestné činy, keď z hľadiska subjektívnej stránky postačí aj zavinenie z nedbanlivosti, tzn., že ich možno spáchať obidvoma formami zavinenia. Ide napr. o trestný čin poškodenia zdravia pacienta, ako aj o trestný čin ohrozovania zdravia nepovolenými liečivami, zdravotníckymi pomôckami a potrebami. Z pohľadu trestnoprávnej zodpovednosti zdravotníckeho pracovníka sú kulpóznymi trestnými činmi napr. zabitie pacienta, usmrtenie pacienta, nedbanlivostné spôsobenie ťažkej ujmy na zdraví pacientovi, nedbanlivostné ublíženie na zdraví pacienta a pod. Práve kulpózne pochybenie zo strany zdravotníckych pracovníkov je mnohokrát dôvodom nielen ich trestného stíhania, ale i dôvodom podávania civilných žalôb o náhradu škody, príp. žalôb na ochranu osobnosti pacienta.

Pri priamom úmysle – *dolus directus* subjekt zodpovednosti, resp. páchateľ chcel porušiť alebo ohroziť právnym predpisom chránený záujem, pričom chcenie sa rozumie ako najvyšší prejav vôle. Ak páchateľ konal tak, že z jeho útoku musela nevyhnutne nastať smrť poškodeného a páchateľ si bol tejto skutočnosti vedomý, nekonal z ľahostajnosti, a preto treba usúdiť na jeho priamy úmysel v zmysle ustanovenia § 15 písm. a) Trestného zákona č. 300/2005 Z. z.[9] Zdravotnícky pracovník pri priamom úmysle vedel, že daným medicínskym úkonom môže pacientovi spôsobiť ujmu na zdraví alebo mu dokonca spôsobiť exitus, a súčasne mu túto ujmu aj chcel spôsobiť. Situácie, keď by zdravotnícky pracovník vyslovene chcel spôsobiť ujmu pacientovi sa prakticky nevyskytujú, pričom sporadicky sa môžeme stretnúť i s takýmito excesmi, ako napríklad prípad „heparínového vraha“ Petra Zelenku, ktorý neindikovane aplikoval heparín pacientom v bezvedomí na anestéziologicko-

[9] K tomu pozri uznesenie Najvyššieho súdu Slovenskej republiky zo dňa 21. decembra 1995, sp. zn. Tzo - V 5/95 (R 13/1997).

resuscitačnom oddelení v havlíčkobrodskej nemocnici v susednej Českej republike. Takéto prípady sa však vyskytujú pri výkone medicínskych úkonov veľmi ojedinele, keďže väčšina zdravotníckych pracovníkov sleduje pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti primárny cieľ a poslanie svojho povolania, a síce vykonávať toto svoje povolanie svedomito, statočne, s hlbokým ľudským vzťahom k človeku, v súlade s právnymi predpismi, s dostupnými poznatkami lekárskych vied a biomedicínskymi vedami a s prihliadnutím na technické a vecné vybavenie zdravotníckeho zariadenia, v ktorom sa poskytuje zdravotnú starostlivosť.

Pri nepriamom úmysle – *dolus indirectus*, resp. *dolus eventualis* škodca, resp. páchateľ priamo nechcel spôsobom uvedeným v právnom predpise porušiť alebo ohroziť chránený záujem, avšak súčasne je uzrozumený s tým, že takéto porušenie alebo ohrozenie nastane. Uzrozumenie sa rozumie ako najnižšia zložka vôle.[10] Avšak len z ľahkomyseľného správania obvineného vo vzťahu k možnému následku na zdraví, prípadne životu iného, nemožno bez ďalšieho usudzovať, že bol so vzniknutým následkom uzrozumený.[11] Ide o také situácie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, keď zdravotnícky pracovník vie, čo môže spôsobiť svojím komisívnym alebo omisívnym konaním, a je s týmto eventuálnym výsledkom svojho protiprávneho konania (v podobe ujmy na strane pacienta – najčastejšie v podobe ujmy na zdraví alebo exitu pacienta) uzrozumený.

Pri vedomej nedbanlivosti – *culpa lata*, resp. *culpa luxuria* subjekt zodpovednosti, resp. páchateľ vie o možnosti vzniku škodlivého následku, avšak bez primeraných dôvodov sa spolieha, že škodlivý následok nenastane. Opierajúc sa o českú judikatúru, možno konštatovať, že i Najvyšší súd Českej republiky vo svojom uznesení poznamenal, že dovolateľ, ako hlavný operatér pri vykonávaní predmetnej a podrobne súdom popísanej operácie, konal tak, že v dôsledku jeho nedbalého konania došlo u poškodeného k ochrnutiu svalov na prednej a vonkajšej strane ľavého predkolenia s výraznou poruchou chôdze a necitlivosti vonkajšej strany predkolenia a nohy s tým, že takto privodil zníženie pracovnej schopnosti poškodeného pacienta a jeho čiastočnú invaliditu. Súdy prvej a druhej inštancie potom adekvátne takto nepochybne zistenému skutkovému stavu priliehavo stanovili aj mieru zavinenia dovolateľa (hlavného operatéra) s tým, že ten vedel, že môže svojím konaním spôsobiť následok (ku ktorému i došlo), ale bez primeraných dôvodov sa spoliehal na to, že taký následok nevznikne. Tým, že v kritickej dobe ako hlavný operatér dostatočne nezviditeľnil nerv vymanením z okolitých štruktúr pre jeho ochranu pred nechceným poškodením a od steny cysty tento nerv neoddelil, ho takto pri odstrihávaní časti steny cysty s nervom zrastenej spolu resekoval, t.j. chirurgicky odstránil. Zjavne tak pochybil v operačnej technike, pričom jeho zavinenie v tomto smere bolo adekvátne uvedeným skutočnostiam kvalifikované ako nedbanlivosť.[12]

Pri nevedomej nedbanlivosti – *culpa levis*, resp. *culpa negligentia* škodca, resp. páchateľ síce nevedel, že svojím konaním môže daný škodlivý následok spôsobiť, resp. porušiť alebo ohroziť záujem chránený príslušným právnym predpisom, hoci vzhľadom na okolnosti a na svoje osobné pomery to vedieť mal a mohol, pričom vedomostná zložka je tu vyjadrená len ako povinnosť a možnosť vedieť, nie ako skutočná vedomosť rozhodujúcich skutočností. Pokiaľ by napr. zdravotnícky pracovník nevedel, že určitý vyšetrovací, diagnostický, liečebný alebo preventívny úkon zdravotnej starostlivosti je nesprávny, t.j. *non de lege artis medicinae*, ale s prihliadnutím ku skutočnosti, že vykonáva povolanie

[10] Pozri bližšie Samaš, O., Stiffel, H., Toman, P.: Trestný zákon. Stručný komentár. Bratislava: Iura Edition, 2006, s. 44.

[11] Uznesenie Najvyššieho súdu Slovenskej republiky zo dňa 22. novembra 1995, sp. zn. Tzo - V 4/95 (R 4/1997).

[12] Uznesenie Najvyššieho súdu Českej republiky zo dňa 6. 4. 2005, sp. zn. 3 Tdo 321/2005.

zdravotníckeho pracovníka, takúto znalosť má mať, teda má vedieť, čo je považované za *de lege artis medicinae* a čo zase za *non de lege artis medicinae,* ergo má vedieť, že určitý medicínsky postup, resp. lekársky zákrok nemá používať, resp. vedieť, že ako ho správne používať v zmysle princípu *de lege artis medicinae,* a to tak, aby takýmto zákrokom nespôsobil pacientovi škodu na zdraví alebo dokonca exitus. Ide najmä o také situácie, keď zdravotnícky pracovník nevedel, že môže spôsobiť škodlivý následok na strane pacienta, avšak vzhľadom na okolnosti (napr. nedostatočná vybavenosť danej ambulancie) a svoje osobné pomery (pregraduálne štúdium príslušného zdravotníckeho odboru a absolvovanie špecializačného štúdia a vykonanie príslušnej špecializačnej skúšky) vedieť mal a mohol, že daný škodlivý následok na strane pacient môže nastať, ergo že svojím konaním môže spôsobiť porušenie alebo ohrozenie zákonom chráneného záujmu, o čom však vzhľadom k okolnostiam a svojim osobným pomerom vedieť mal a mohol. Napriek tomu, že v tomto prípade nejde o úmysel – dolózne konanie, ani o vedomú nedbanlivosť - *culpa lata,* resp. *culpa luxuria*, bude naplnená subjektívna stránka vo forme nevedomej nedbanlivosti - *culpa levis,* resp. *culpa negligentia*. V takomto prípade však nestačí argumentovať tým, že zdravotnícky pracovník konal *non de lege artis medicinae*, ale je nutné preukázať, že konal nedbalo, t.j. preukázať zavinenie vo forme nevedomej nedbanlivosti.

Použitá literatúra, judikatúra a právne predpisy:

1. Kádek, P.: Súčasné dimenzie právnej zodpovednosti v medicíne a zdravotníctve. Bratislava: Wolters Kluwer, 2014, 184 s. ISBN: 978-80-8168-124-0.
2. Kádek, P.: Právna zodpovednosť v medicíne. Sládkovičovo: Vydavateľstvo FPJJ VŠS, 2012. 312 s. ISBN 978-80-89267-88-0.
3. Luby, Š.: Základy všeobecného súkromného práva. III. vydanie pôvodného diela. Bratislava: Heuréka, 2002. 287 s. ISBN 80-89122-00-0.
4. Luby, Š.: Prevencia a zodpovednosť v občianskom práve. I. diel. Bratislava: Academia, 1958. 507 s.
5. Mach, J.: Lékař a právo. Praktická příručka pro lékaře a zdravotníky. Praha: Grada Publishing, 2010. 320 s. ISBN 978-80-247-3683-9.
6. Prusák, J.: Teória práva. II. vydanie. VO PF UK. Bratislava, 1999. 331 s. ISBN 80-7160-113-6.
7. Samaš, O., Stiffel, H., Toman, P.: Trestný zákon. Stručný komentár. Bratislava: Iura Edition, 2006. 886 s. ISBN 80-8078-078-1.
8. Svoboda, J. a kol.: Občiansky zákonník. I. diel. Komentár. 4. vydanie. Bratislava: Eurounion, 2000. 826 s. ISBN 80-88984-09-2.
9. Švestka, J., Jehlička, O., Škárová, M., Spáčil, J. a kol.: Občanský zákoník. Komentář. 10. vydání. Praha: C. H. Beck, 2006. 1465 s. ISBN 80-7179-486-4.
10. Rozhodnutie Najvyššieho súdu zo dňa 15. mája 1963, Tzv. 8/63 (R 46/1963).
11. Stanovisko päťčlenného senátu Najvyššieho súdu Československej socialistickej republiky zo dňa 3. apríla 1980, sp. zn. St 1/79 (R 7/1980).
12. Rozsudok Najvyššieho súdu Československej socialistickej republiky zo dňa 18. novembra 1980, sp. zn. 2 Tz 10/80 (R 20/1981).
13. Rozsudok Najvyššieho súdu Slovenskej republiky zo dňa 29. apríla 1992, sp. zn. 2 Cz 16/92.
14. Uznesenie Najvyššieho súdu Slovenskej republiky zo dňa 22. novembra 1995, sp. zn. Tzo - V 4/95 (R 4/1997).

15. Uznesenie Najvyššieho súdu Slovenskej republiky zo dňa 21. decembra 1995, sp. zn. Tzo - V 5/95 (R 13/1997).
16. Uznesenie Najvyššieho súdu Českej republiky zo dňa 6. apríla 2005, sp. zn. 3 Tdo 321/2005.
17. Zákon NR SR č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších právnych predpisov.
18. Zákon NR SR č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších právnych predpisov.
19. Zákon č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších právnych predpisov.
20. Zákon č. 372/1990 Zb. o priestupkoch v znení neskorších právnych predpisov.
21. Zákon NR SR č. 311/2001 Z. z. Zákonník práce v znení neskorších právnych predpisov.
22. Zákon NR SR č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon v znení neskorších právnych predpisov.
23. Zákon Českej republiky č. 89/2012 Sb. Občiansky zákonník v znení neskorších právnych predpisov.

Kontakt – e-mail: pavol.kadek@flaw.uniba.sk

Tento článok vznikol vďaka podpore v rámci OP Výskum a vývoj pre dopytovo-orientovaný projekt: Univerzitný vedecký park Univerzity Komenského v Bratislave, ITMS 26240220086 spolufinancovaný zo zdrojov Európskeho fondu regionálneho rozvoja.

Podporujeme výskumné aktivity na Slovensku/

Projekt je spolufinancovaný zo zdrojov EÚ

MINISTERSTVO ŠKOLSTVA, VEDY, VÝSKUMU A ŠPORTU SLOVENSKEJ REPUBLIKY

This contribution/publication is the result of the project implementation: Comenius University in Bratislava Science Park supported by the Research and Development Operational Programme funded by the ERDF Grant number: ITMS 26240220086.

Podporujeme výskumné aktivity na Slovensku/

Projekt je spolufinancovaný zo zdrojov EÚ

MINISTERSTVO ŠKOLSTVA, VEDY, VÝSKUMU A ŠPORTU SLOVENSKEJ REPUBLIKY

VEREJNÁ MINIMÁLNA SIEŤ POSKYTOVATEĽOV ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI AKO ZÁRUKA PRÍSTUPU K ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Juraj VAČOK[1]

Právnická fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave

Abstrakt

Autor sa zameriava na verejnú minimálnu sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti ako jeden z inštitútov, ktoré majú zabezpečiť prístup k zdravotnej starostlivosti. Poukazuje na nedostatky úpravy tohto inštitútu, ktoré vidí v možnosti zdravotných poisťovní vyberať si poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, s ktorými uzatvorí zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a absencie mechanizmov na zabezpečenie verejnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti aspoň v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Kľúčové slová: verejné zdravotné poistenie, zdravotná poisťovňa, poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, prístup k zdravotnej starostlivosti

Abstract

This contribution is focused to the Minimum Public Network of Health Care Providers as one of the institutes, which aim is to ensure access to health care. He points to the shortcomings of this Institute. The first is the possibility of health insurance companies to choose health care providers, with which enters into a contract for the provision of health care. The second is the absence of mechanisms for ensuring the public network of health care providers at least in the range of minimum public network of healthcare providers.

Key words: public health insurance, health insurance company, health care provider, access to health care

ÚVOD

Jedným zo základných ľudských práv je aj právo na ochranu zdravia a právo na takzvanú bezplatnú zdravotnú starostlivosť na základe zdravotného poistenia. Obe tieto práva vyplývajú z článku 40 právneho predpisu číslo 460/1992 Zb. Ústava Slovenskej republiky v znení neskorších zmien (ďalej len Ústava).

S právom na ochranu zdravia a právom na bezplatnú zdravotnú starostlivosť veľmi úzko súvisí potreba zabezpečenia adekvátneho (dostatočného) počtu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. To najmä takých, ktorí poskytujú zdravotnú starostlivosť v rámci vyššie uvedeného zdravotného poistenia.

[1] Univerzita Komenského v Bratislave, Právnická fakulta.

Štát sa snaží zabezpečiť dostatočný počet poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na základe zdravotného poistenia viacerými spôsobmi. Jedným z nich je verejná minimálna sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

VEREJNÉ ZDRAVOTNÉ POISTENIE VO VZŤAHU K VEREJNEJ MINIMÁLNEJ SIETI POSKYTOVATEĽOV ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Z článku 40 Ústavy je zrejmé, že bezplatné poskytovanie zdravotnej starostlivosti je ohraničené rozsahom zdravotného poistenia. V Slovenskej republike môžeme hovoriť o dvoch druhoch zdravotného poistenia. Vyplýva to z § 2 zákona číslo 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších zmien (ďalej len zákon o zdravotnom poistení), ktorý medzi zdravotné poistenie zaraďuje verejné zdravotné poistenie a individuálne zdravotné poistenie.

Individuálne zdravotné poistenie sa realizuje na báze súkromnoprávnej zmluvy spravidla medzi poisťovateľom a poistencom. Je výlučne na vôli poistenca, či takéto poistenie uzavrie. Jednotlivé práva a povinnosti sa spravujú § 788 a nasledujúcimi zákona číslo 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších zmien.

Domnievam sa, že prostredníctvom individuálneho zdravotného poistenia sa realizujú práva uvedené v článku 40 Ústavy len minimálne. Je síce pravdou, že poistená osoba má právo na refundáciu nákladov od poisťovne za poskytnuté zdravotnú starostlivosť v rozsahu zdravotného poistenia. Toto poistenie však negarantuje a nezabezpečuje právo na ochranu zdravia v plnom rozsahu. Najmä preto, že je závislé od vôle a ekonomických možností platiteľa poistného.[2]

Práva vyplývajúce z článku 40 Ústavy by sa primárne mali realizovať prostredníctvom verejného zdravotného poistenia. Toto poistenie je vymedzené v § 2 odseku (1) písmene a) zákona o zdravotnom poistení.[3] Podľa tohto ustanovenia sa na základe verejného zdravotného poistenia za podmienok ustanovených zákonom o zdravotnom poistení poskytuje zdravotná starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v rozsahu vymedzenom osobitnými predpismi.

Základný právny predpis upravujúce rozsah lekárenskej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia je zákon číslo 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších zmien. Túto skutočnosť potvrdzuje aj § 1 tohto zákona vymedzujúci jeho predmet. Podľa prvej vety tohto ustanovenia tento zákon ustanovuje rozsah a podmienky úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia.

---

[2] Uvedené nepriamo potvrdzuje aj dôvodová správa k návrhu zákona o zdravotnom poistení, ktorá pri § 2 uvádza: *Individuálne zdravotné poistenie je dobrovoľným poistením, ktoré vzniká na základe zmluvného vzťahu. Rozsah úhrady nákladov zdravotnej starostlivosti (vrátane liekov a zdravotníckych pomôcok) a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti je určený zmluvou uzavretou medzi ktoroukoľvek osobou (môže a nemusí byť poistencom verejného zdravotného poistenia) a poisťovňou vykonávajúcou individuálne zdravotné poistenie na základe povolenia.* (uverejnené na http://www.nrsr.sk/web/Default.aspx?sid=zakony/cpt&ZakZborID=13&CisObdobia=3&ID=640, 24. 11. 14).

[3] Zákon v tomto ustanovení hovorí o povinnom verejnom zdravotnom poistení.

Rozsah poskytovania ostatnej zdravotnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia je upravený v zákone číslo 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších zmien (ďalej len zákon o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia). Vyplýva to z § 1, podľa ktorého je účelom tohto zákona ustanoviť rozsah zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a úhrady za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

Zjednodušene možno povedať, že zákon o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia stanovuje zdravotnícke výkony, ktoré sú z verejného zdravotného poistenia uhrádzané. Zákon stanovuje buď plnú alebo čiastočnú úhradu.[4]

Povinnosť úhrady zdravotníckeho výkonu však zdravotná poisťovňa nemá vo vzťahu ku všetkým poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytli zdravotný výkon jej poistencovi v rozsahu zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia. Právny nárok na úhradu zdravotnej starostlivosti nevzniká zo strany zdravotnej poisťovne samotným uskutočnením zdravotníckeho výkonu. Podľa § 8 odseku (1) zákona číslo 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších zmien (ďalej len zákon o zdravotných poisťovniach) zdravotná poisťovňa uhrádza poskytnutú zdravotnú starostlivosť na základe zmlúv uzatvorených s konkrétnymi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.

Výber jednotlivých poskytovateľov je v podstate ponechaný na konkrétnu zdravotnú poisťovňu. Zdravotná poisťovňa je však povinná podľa § 7 odseku (1) zákona o zdravotných poisťovniach uzavrieť zmluvy s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov.

VYMEDZENIE VEREJNEJ MINIMÁLNEJ SIETE POSKYTOVATEĽOV ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Základ právnej úpravy verejnej minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti sa nachádza v § 5 zákona číslo 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších zmien (ďalej len zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti). V odseku (1) tohto ustanovenia je definovaná ako usporiadanie najmenšieho možného počtu verejne dostupných poskytovateľov na území Slovenskej republiky alebo na území príslušného samosprávneho kraja alebo na území príslušného okresu.

Účelom verejnej minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti má byť podľa uvedeného ustanovenia zabezpečenie efektívne dostupnej, plynulej, sústavnej a odbornej zdravotnej starostlivosti. Predmetné ustanovenie tiež určuje, že počet a zloženie najmenšieho počtu verejne dostupných poskytovateľov na území Slovenskej republiky sa má realizovať s prihliadnutím na počet obyvateľov príslušného územia, chorobnosť a úmrtnosť obyvateľov príslušného územia, migráciu cudzincov a osôb bez štátnej príslušnosti na príslušnom území a bezpečnosť štátu. Podľa § 5 odseku (5) zákona o poskytovateľoch

[4] Pozri napríklad § 7 odsek (1) zákona.

zdravotnej starostlivosti minimálnu sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti stanoví vláda Slovenskej republiky nariadením. V súčasnosti je účinné nariadenie vlády Slovenskej republiky číslo 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v znení neskorších zmien.

Pri vymedzení minimálnej verejnej siete si zasluhuje pozornosť dôvodová správa k návrhu zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, ktorá ju vymedzuje ako abstraktný pojem, ktorý nie je v priamom vzťahu ku konkrétnemu poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti.[5] S uvedeným sa dá súhlasiť. Z môjho pohľadu je minimálna verejná sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti určitým ideálnym vyjadrením niečoho, čo sa v praktickej rovine nemusí naplniť. Je tiež pochybné, či v tejto súvislosti môžeme hovoriť o ideálnom vyjadrení vo vzťahu k niektorým právam pacienta. Bude preto lepšie zotrvať na pojme abstraktného vyjadrenia.

VEREJNÁ MINIMÁLNA SIEŤ POSKYTOVATEĽOV ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI VO VZŤAHU K PRÁVU PACIENTA NA VÝBER POSKYTOVATEĽA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Právo pacienta na výber poskytovateľa zdravotnej starostlivosti je upravené v § 11 odseku (6) zákona číslo 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších zmien. Podľa prvej vety tohto ustanovenia má každý právo na výber poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. V zásade je poskytovateľ zdravotnej starostlivosti povinný zdravotnú starostlivosť poskytnúť s výnimkou prípadov uvedených v § 12 odseku (2) uvedeného zákona.

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti však neznemená hradenie zdravotnej starostlivosti. V rámci poskytovanie starostlivosti tak môžeme hovoriť o troch právnych vzťahoch. Prvým právnym vzťahom je vzťah pacienta a poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Druhým právnym vzťahom je vzťah poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a zdravotnej poisťovne. Tretím právnym vzťahom je vzťah medzi pacientom a zdravotnou poisťovňou.

Vzťah medzi pacientom a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti je upravený na základe dohody uzatvorenej podľa § 12 odseku (1) zákona o zdravotnej starostlivosti. Toto ustanovenie explicitne neurčuje náležitosti dohody. Súčasťou tejto dohody tak môže byť aj úhrada za poskytovanie zdravotnej starostlivosti. To aj s odkazom na iný dokument, ktorým je oficiálne zverejnený cenník konkrétneho poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

Vzťah medzi poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a zdravotnou poisťovňou je upravený zmluvou uzatvorenou podľa § 7 zákona o zdravotných poisťovniach. V súlade s uvedeným však zdravotná poisťovňa nemá povinnosť uzatvoriť zmluvu s každým poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ale len v rozsahu minimálnej siete zdravotnej starostlivosti. Z tohto dôvodu môže nastať situácia, že pacient bude mať uzatvorenú dohodu s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ale poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nebude mať uzatvorenú zmluvu so zdravotnou poisťovňou, v ktorej je pacient poistený v rámci verejného zdravotného poistenia.

[5] Predmetná dôvodová správa je uverejnená na internetovej stránke http://www.nrsr.sk/web/Default.aspx?sid=zakony/cpt&ZakZborID=13&CisObdobia=3&ID=639, 13. 1. 2015.

Takáto právna úprava nastoľuje stav, na základe ktorého si pacient síce môže vybrať poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ale v prípade absencie zmluvy so zdravotnou poisťovňou pacienta musí predmetnú zdravotnú starostlivosť uhradiť. Pacient sa tak môže dostať do situácie, v ktorej si môže vybrať poskytovateľa zdravotnej starostlivosti s dodatkom – ak na úhradu za poskytovanie zdravotnej starostlivosti u tohto poskytovateľa má finančné prostriedky.[6]

Oproti právu pacienta na výber poskytovateľa zdravotnej starostlivosti stojí právo zdravotnej poisťovne vybrať si poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, s ktorými zdravotná poisťovňa uzavrie zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Predpokladá to aj zákon o zdravotných poisťovniach v § 7 odseku (4) písmene b), podľa ktorého zdravotná poisťovňa je povinná vytvoriť poradie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti podľa ich úspešnosti pri plnení kritérií na uzatváranie zmlúv. Podľa zákona o zdravotných poisťovniach teda zdravotné poisťovne vytvárajú kritéria na uzatváranie zmlúv, na základe ktorých vytvárajú poradie poskytovateľov. Znamená to, že zdravotné poisťovne si môžu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vyberať. Potvrdzuje to aj § 7 odsek (4) písmeno c) zákona o zdravotných poisťovniach, podľa ktorého sú zdravotné poisťovne povinné zohľadniť poradie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti podľa zverejnených kritérií.

Takúto právnu úpravu považujem za nevhodnú. Za jediný akceptovateľný dôvod, pre ktorý by mala zdravotná poisťovňa si vyberať, s ktorým poskytovateľom zdravotnej starostlivosti uzatvorí zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, je určitá kontrola kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti. Tu však narážame na problém, že zdravotná poisťovňa nie je predmetným zoznamom viazaná. Vyplýva to napríklad z § 7 odseku (11) písmena b) zákona o zdravotných poisťovniach, podľa ktorého je zdravotná poisťovňa oprávnená vypovedať zmluvu, ak sa k 31. 12. zmenilo poradie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vo vzťahu k plneniu kritérií. Z použitého pojmu „oprávnenie“ je zrejmé, že vo vzťahu k zdravotným poisťovniam ide o právo a nie o povinnosť.

V súvislosti s posudzovaním kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti sa naskytá otázka, či by kvalita poskytovania zdravotnej starostlivosti mala byť zverená zdravotným poisťovniam. To aj s ohľadom na skutočnosť, že táto činnosť patrí do pôsobnosti viacerých orgánov verejnej moci.[7]

K posudzovaniu kvality zdravotnej starostlivosti zdravotnými poisťovňami je potrebné tiež uviesť, že zdravotné poisťovne sú podľa § 2 odseku (1) zákona o zdravotných poisťovniach akciovými spoločnosťami, teda subjektmi súkromného práva. Z § 2 odseku (2) zákona číslo 513/1991 Zb. Obchodný zákonník v znení neskorších zmien (ďalej len Obchodný zákonník) vyplýva, že akciová spoločnosť je podnikateľom. S ohľadom na § 2 odseku (1) Obchodného zákonníka možno konštatovať, že hlavným účelom je dosahovanie zisku.

Na základe uvedeného možno konštatovať, že pri verejnom zdravotnom poistení narážame na konflikt dvoch záujmov. V prvom rade je to záujem na kvalitnom výkone verejného zdravotného poistenia a v druhom rade je to záujem zdravotnej poisťovne konať za účelom zisku. S ohľadom na všetky tieto skutočnosti je potrebné brať na zreteľ, že zo svojej podstaty akciové spoločnosti nevykonávajú svoje základné činnosti z dôvodu altruizmu

[6] Výnimkou je neodkladná zdravotná starostlivosť v súlade s § 8 odsekom (3) zákona o zdravotných poisťovaniach.

[7] Príkladom je Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, ktorý podľa § 18 odseku (1) písmena b) zákona o zdravotných poisťovniach vykonáva dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti tým, že dohliada na správne poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

akcionárov, ale dosahovania zisku vyplácaného formou dividend. Je teda otázne, či zdravotné poisťovne sú za súčasného stavu povinné voliť si najkvalitnejších poskytovateľov, alebo tých, ktorý v konečnom dôsledku ich budú stáť najmenej peňazí.

Možnosť rozhodnúť sa, s ktorým poskytovateľom zdravotnej starostlivosti uzatvorí zdravotná poisťovňa zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti považujem za rozpornú s právom pacienta na výber poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Domnievam sa, že vo vzťahoch medzi zdravotnou poisťovňou, poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a pacientom by mal primárne prevažovať záujem pacienta. Predmetnými vzťahmi sa totiž realizuje základné ľudské právo pacienta na bezplatnú zdravotnú starostlivosť v rozsahu verejného zdravotného poistenia. Úlohou poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a zdravotnej poisťovne by tak malo byť vo vzájomných vzťahoch zabezpečenie tohto práva.

Ústava zdravotnej poisťovni právo na výber poskytovateľa zdravotnej starostlivosti pre svojho poistenca nepriznáva. Napriek tomu na základe súčasného právneho stavu sa vyvíja ekonomický tlak na pacientov, aby si vyberali poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí majú uzatvorenú zmluvu s danou zdravotnou poisťovňou. Pokiaľ poistenec poisťovne uzavrie dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktorý nemá uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti so zdravotnou poisťovňou tohto poistenca, význam verejného zdravotného poistenia sa stráca. Poistenec je totiž stále povinný uhrádzať zdravotné poisťovne v plnej výške. Napriek tomu, že zdravotnú starostlivosť poskytovanú v rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia musí hradiť poistenec sám.

VEREJNÁ MINIMÁLNA SIEŤ POSKYTOVATEĽOV ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI VO VZŤAHU K DOSTATOČNÉMU MNOŽSTVU POSKYTOVATEĽOV ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Právna úprava verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti nerieši, čo v prípade, ak je počet poskytovateľov zdravotnej starostlivosti nižší, ako je verejná minimálna sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Tohto stavu sa dotýka len § 7 odsek (1) zákona o zdravotných poisťovniach, podľa ktorého v takomto prípade je zdravotná poisťovňa povinná uzatvárať zmluvy v rozsahu verejnej siete poskytovateľov.

Za situácie, že verejná sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti je menšia ako verejná minimálna sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, nastáva problémový stav. Verejná minimálna sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti nám totiž podľa § 5 odseku (1) zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti vymedzuje usporiadanie najmenšieho počtu verejne dostupných poskytovateľov na príslušnom území, aby sa zabezpečila efektívne dostupná, plynulá, sústavná a odborná zdravotná starostlivosť. Znamená to, že keď verejná sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti klesne pod verejnú minimálnu sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, môže sa to prejaviť v dostupnosti, sústavnosti a odbornosti poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Už len pri nedostatočnej dostupnosti zdravotnej starostlivosti môže nastať otázka, či táto skutočnosť nemá vplyv na základné ľudské právo na ochranu zdravia vyjadrené a garantované v prvej vete článku 40 Ústavy. Nedostatočná dostupnosť a odbornosť zdravotnej starostlivosti môže mať aj iné ďalekosiahle následky. Nedostatočné zabezpečenie zdravotnej starostlivosti môže zasiahnuť aj do práva na život garantovaného článkom 15 odsekom (1) Ústavy.

V tejto súvislosti je treba poznamenať, že mi nie sú známe žiadne konkrétne mechanizmy, ktoré by nútili štát na zabezpečenie dostatočného poštu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Na jednej strane hovoríme, že verejná minimálna sieť zdravotnej starostlivosti je usporiadanie najmenšieho možného počtu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Na druhej strane pri poklese verejnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pod verejnú minimálnu sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, právna úprava sa obmedzí na stanovenie povinnosti zdravotným poisťovniam uzatvoriť zmluvy so všetkými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti v rozsahu verejnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Riešenie uvedeného stavu prirodzene vôbec nie je jednoduché. Navyše nedostatok poskytovateľov zdravotnej starostlivosti nie je možné vyriešiť čisto právnymi prostriedkami. Pre zabezpečenie dostatočného počtu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti je totiž potrebné v prvom rade vytvoriť fungujúci systém vzdelávania, ktorý nebude zaručovať len kvalitných poskytovateľov, ale aj ich dostatočné množstvo. Domnievam sa preto, že základ zmien by mal byť urobený primárne v rámci vzdelávacieho systému, v rámci ktorého by mali byť miesta pre študentov a žiakov v zdravotníckych odboroch nastavené v súlade s aktuálnou a predpokladanou potrebou poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Dôležité je tiež nastaviť systém tak, aby sa čo najviac eliminoval odchod absolventov týchto odborov do zahraničia v dôsledku ponuky lepších podmienok. V tejto oblasti je potrebné urobiť kroky aj vo vzťahu k absolventom. Je totiž potrebné, aby si aj absolventi štátnych a verejných škôl uvedomili, že ich vzdelanie je pomerne nákladné a skladala sa na neho celá spoločnosť. Považujem preto za prinajmenšom neetické, ak absolvent s možnosťou uplatniť sa na území Slovenskej republiky dá prednosť zahraničiu a pozabudne na to, akým spôsobom bolo uhrádzané jeho vzdelanie.

ZÁVER

Zdravie človeka považujem za jednu z najväčších hodnôt. Táto hodnota sa pritom netýka len konkrétnych jednotlivcov. Zdravie je dôležité pre celú spoločnosť. Z uvedených dôvodov by ochrana zdravia mala byť jednou z najväčších priorít každého štátu. Pri napĺňaní tohto cieľa na úseku zdravotnej starostlivosti by preto malo byť úlohou štátu zabezpečiť dostupnú a odbornú zdravotnú starostlivosť. Verejná minimálna sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti by mala byť jedným z inštitútov na napĺňanie tohto cieľa. Som však toho názoru, že tento inštitút svoj cieľ plní len čiastočne.

Za pozitívum tohto inštitútu považujem, že definuje minimálne množstvo poskytovateľov zdravotnej starostlivosti potrebných na určitom území. Problémom však je, že toto množstvo síce určuje, ale nijako nezabezpečuje. V práci som poukázal na skutočnosť, že tento inštitút slúži na možnosť zdravotných poisťovní uzavrieť zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti len v rozsahu tejto minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Zastal som názor, že táto možnosť zdravotných poisťovní stojí v protiklade k právu pacientov na výber poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Tiež som poukázal na skutočnosť, že v Slovenskej republike nie sú vybudované účinné mechanizmy, na základe ktorých by štát bol povinný zabezpečiť počet poskytovateľov zdravotnej starostlivosti aspoň v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

S ohľadom na uvedené skutočnosti som toho názoru, že by do budúcna bolo potrebné nastaviť systém vzdelávania tak, aby štát mohol garantovať taký počet zdravotníckych pracovníkov, ktorý by garantoval množstvo poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

minimálne v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Zároveň sa domnievam, že s ohľadom na právo pacienta na výber poskytovateľa zdravotnej starostlivosti by zdravotné poisťovne v budúcnosti mali mať povinnosť uzavrieť zmluvu s každým poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktorý poskytuje zdravotnú starostlivosť jeho poistencovi na základe dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v rozsahu zdravotnej starostlivosti, ktorej úhrada spadá do verejného zdravotného poistenia.

POSTUP „*LEGE ARTIS*“ PRI VÝKONE POVOLANIA LEKÁRA[1]

Branislav JABLONKA

Katedra obchodného práva a hospodárskeho práva

Právnická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave

ÚVOD - FILOZOFICKÉ VÝCHODISKÁ POSTUPU „LEGE ARTIS“

V poslednej dobe sa čoraz viac na verejnosti medializujú kauzy zo zdravotníckeho prostredia a poukazuje sa na pochybenia zdravotníckych pracovníkov (najmä lekárov). Nie je na tom nič zvláštne, že téma poskytovania zdravotnej starostlivosti patrí medzi najviac popularizované témy verejného záujmu. Život a zdravie patria medzi najprirodzenejšie hodnoty človek. Ako hovorí staré známe príslovie „zdravie si nekúpiš“ a zároveň „peniaze do hrobu si nezoberieš“. Je síce pravda, že chamtivosť ľudí za statkami v modernej dobe nepozná hraníc. Mnohí racionálne zmýšľajúci sa legitímne pýtajú, načo je dobrá prehnaná honba za majetkom pri zanedbávaní hodnôt ako je život a zdravie človeka.

Ako uviedla expremiérka Iveta Radičová aj na Slovensku sa vytvorila „oligarchická demokracia“[2], ktorú je potrebné oslabiť. Uvedené svedčí o tom, že po cca dvadsiatich piatich rokoch od nežnej, zamatovej, či ružovej revolúcie sa sformovala vplyvná vrstva oligarchov. Ide najmä o skupinu ľudí, ktorí najmä v „divokých“ časoch privatizácie „preskupili“ štátny majetok do „vlastných rúk“ mnohokrát aj v rozpore s právnymi predpismi. Sankcia voči nim však nebola vyvodená žiadna (nielen občianskoprávna, o trestnej už ani nehovoriac), pretože politické strany ovládajúc svojim vplyvom orgány verejnej moci kryli protiprávne praktiky a upratovali protiprávne kauzy pod koberec. Aj uvedené svedčí o tom, že verejné zdravotníctvo v tejto honbe za majetkom bolo na slepej koľaji ktorejkoľvek vlády, pričom v súčasnosti sme svedkami toho, ako sa ho snažia ovládnuť finančné žraloky. Nehovorím, že privatizácia verejného zdravotníctva nie je cesta k úspechu ako zaručiť ľuďom kvalitu poskytovania zdravotnej starostlivosti a samozrejme toho, aby postup zdravotníckych pracovníkov (najmä lekárov) bol „*lege artis“*. Netreba však zabúdať na to, že všetko predovšetkým závisí od charakteru a správania sa ľudí (zdravotníckych pracovníkov), a nie od toho, kto je vlastníkom toho ktorého zdravotníckeho zariadenia.

V tejto súvislosti stojí za zmienku aj výrok Matky Terezy z Kalkaty, ktorá sa zamýšľala nad tým, prečo je na svete toľko chudoby, keď uviedla*: „Hlad na svete nie je preto, že nedokážeme nasýtiť chudobných, ale preto, že nedokážeme nasýtiť bohatých.*[3] Avšak pokiaľ bohatý ochorie na nevyliečiteľnú chorobu, čaká ho ten istý osud ako chudobného. Rozdiel spočíva v tom, že chudobnému by sa mala poskytnúť „len“ základná starostlivosť, no bohatý má možnosť dopriať si nadštandard, ktorý závisí od výšky financií, ktoré na uvedené obetuje. Postup lekára pri liečení u oboch by však mal byť rovnaký, a to pri zachovaní postupu „*lege artis*“. Pokiaľ však nie je nádej vyliečenia, čaká oboch rovnaký osud. V týchto intenciách možno súhlasiť s tým, že každý človek je „z mäsa a kože“ – toto je u každého prirodzene rovnaké, a preto každý musí podstúpiť liečbu bez ohľadu na jeho majetkové postavenie.

---

[1] Tento článok vznikol vďaka podpore v rámci OP Výskum a vývoj pre dopytovo-orientovaný projekt: Univerzitný vedecký park Univerzity Komenského v Bratislave, ITMS 26240220086 spolufinancovaný zo zdrojov Európskeho fondu regionálneho rozvoja.

[2] http://aktualne.atlas.sk/musime-oslabit-oligarchicku-demokraciu-konstatuje-radicova/slovensko/politika/

[3] http://sk.wikiquote.org/wiki/Matka_Tereza

Suma sumárom, zdravie a život sú hodnoty, v záujme ktorých je každý prirodzene zdravo zmýšľajúci človek obetovať všetky ďalšie hodnoty. V prípade zhoršenia zdravia je preto človek ochotný obetovať všetky ostatné pôžitky na to, aby v rámci pudu sebazáchovy zachoval svoj život a zdravie.

Nie je to tak dávno, čo bola medializované kauza pohotovostnej lekárky pôsobiacej na Považí. Pohotovostná lekárka vyšetrovala maloletého pacienta, ktorý následne na druhý deň zomrel. V laickej, odbornej (najmä medicínskej a právnickej) verejnosti sa dosiaľ vynárajú otázky, či pohotovostná lekárka postupovala *„lege artis“*. Zaujímavé na prípade je, že zatiaľ čo prvostupňový súd uznal pohotovostnú lekárku vinnou zo spáchania trestného činu – prečinu usmrtenia, následne odvolací súd pohotovostnú lekárku spod obžaloby oslobodil z dôvodu, že skutok nie je trestným činom. Na úrovni všeobecných súdov tak vzniklo dichotomické rozhodovanie (súd prvého stupňa totiž vyhodnotil dôkazy inak než súd odvolací). Práve kľúčovou otázkou pri posúdení viny bolo, či pohotovostná lekárka postupovala *lege artis* a či existuje príčinná súvislosť medzi výkonom „*non lege artis*“ a usmrtením. Cez prizmu uvedeného prípadu je mojou ambíciou ozrejmiť metódu „lege artis“ a poukázať na praktické súvislosti pri hodnotení skutkových okolností.

VYMEDZENIE POSTUPU *„LEGE ARTIS“* PODĽA ZÁKONA Č. 576/2004 Z. z. O ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Pojem postup *„lege artis*“ sa používa nielen v súvislosti s hodnotením postupu lekára, ale aj postupu iného špeciálneho subjektu, ktorý má právnu povinnosť postupovať určitým spôsobom (napríklad advokát[4], konateľ spoločnosti s ručením obmedzeným, či daňový poradca). Každý takýto špeciálny subjekt má základný rámec svojich povinností určený v právnom predpise na úrovni zákona, ktorý upravuje, tú ktorú oblasť práva. Základný rámec stanovený pre postup lekára (poskytovateľa zdravotnej starostlivosti) je na Slovensku upravený v zákone č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti. Základná právna povinnosť pre poskytovateľa zdravotnej starostlivosti je upravená v kľúčovou ustanovení ***§ 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z., podľa ktorého: „Poskytovateľ je povinný poskytovať zdravotnú starostlivosť správne. Zdravotná starostlivosť je poskytnutá správne, ak sa vykonajú všetky zdravotné výkony na správne určenie choroby so zabezpečením včasnej a účinnej liečby s cieľom uzdravenia osoby alebo zlepšenia stavu osoby pri zohľadnení súčasných poznatkov lekárskej vedy.“***

Aj keď zákon č. 576/2004 Z. z. nepoužíva v legislatívnom texte pojem „*lege artis*“, domnievam sa, že je možné z hľadiska obsahu pojmu „*lege artis*“ v právnom zmysle hodnotiť ako postup „*lege artis*“ taký postup lekára, ktorý je vykonaný postupom podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. Zdôrazňujem však, že v tomto článku hodnotím postup „*lege artis*“ len z pohľadu rýdzo právneho, t. j. čo je obsahom „*lege artis*“ podľa právneho predpisu. Rozoberme si na drobné, aké právne povinnosti ukladá právna úprava na to, aby sa postup lekára mohol hodnotiť ako postup „*lege artis*“. V zmysle § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. na to, aby bol postup posudzovaný „*lege artis*“ musia byť kumulatívne splnené **dva základné znaky**: 1) vykonanie všetkých zdravotných úkonov na správne určenie choroby (t. j. správne určenie diagnózy), 2) určenie promptnej účinnej liečby, ktorej cieľom je uzdravenie osoby. Pri obidvoch základných znakoch sa musí postupovať **v súlade so súčasnými poznatkami lekárskej vedy**. Legislatívne vymedzenie, čo sa považuje za poznatky lekárskej vedy neexistuje. Nakoniec by to asi ani nebolo účelné, aby zákon takúto legálnu definíciu obsahoval. Doktrína pri vymedzení pojmu „*lege artis*“ nie je jednotná. Domnievam sa, že

[4] Pri postupe advokáta lege artis uvádza bližšie: **Csach, K. a kol.** Profesijná zodpovednosť, Košice 2011, s. 214, ďalej **Jablonka, B.** Etická a právna zodpovednosť advokáta v slovenskom právnom poriadku. In: Bulletin slovenskej advokácie č. 5-6/2003, s. 46 a nasl., a Bulletin advokacie č. 6/2004, s. 8 a nasl., ďalej: **Kerecman, P.** Zodpovednosť advokáta za škodu. In: Bulletin slovenskej advokácie č. 10/2011, s. 6 a nasl.

výstižné vymedzenie pojmu „lege artis“ nájdeme v českom zdravotníckom odbornom príspevku, ktorý uvádza: „Za konanie *lege artis* je označovaný spôsob liečenia, prevencie a diagnostiky, ktorý je v súlade s najvyšším stupňom vedeckého poznania a praxe. Doslovne to v preklade znamená zákonným spôsobom, nejde však o žiadny zákon, ktorý by určoval, ako má byť pri liečbe postupované.“[5] Súčasná moderná slovenská medicínsko-právna doktrína obdobne uvádza: „Správne poskytnutá zdravotná starostlivosť je taká, keď zdravotnícky pracovník správne určí diagnózu a zabezpečí včasnú a účinnú terapiu v súlade so súčasnými poznatkami medicíny a ostatných biomedicínskych vied.“[6]

Ilustrujme uvedené na zjednodušenom príklade. Ak príznaky pacienta signalizujú možnosť protrúzie, (resp. extrúzie) medzistavcovej platničky, je potrebné na mieste všeobecného lekára, aby takéhoto pacienta bezodkladne odporučil ku špecialistovi – neurológovi. Od neurológa sa vyžaduje v tomto prípade okrem iného, aby pacienta bezodkladne odporučil na vyšetrenie k rádiológovi prístrojom magnetickej rezonancie, ktorý je z pohľadu najnovších poznatkov lekárskej vedy prístrojom, na základe zobrazenia ktorého je možné presne stanoviť rozsah a závažnosť choroby medzistavcovej platničky. Pokiaľ by namiesto magnetickej rezonancie odporučil neurológ pacientovi vyšetrenie len röntgenom, mohlo by byť jeho konanie posudzované za *non lege artis*, pretože röntgen nedokáže správne diagnostikovať bez ďalšieho, či ide o protrúziu (resp. extrúziu) medzistavcovej platničky. Röntgen totiž nezobrazuje tzv. mäkké tkanivá, medzi ktoré patrí aj medzistavcová platnička.

ANALÝZA POSTUPU „LEGE ARTIS“ V PRÍPADE TRESTNE STÍHANEJ SLUŽBUKONAJÚCEJ LEKÁRKY

Poďme k uvedemému medializovanému prípadu pohotovostnej lekárky na Považí. Táto bola v trestnom konaní obžalovaná zo skutku, že „ako službukonajúca lekárka detskej ambulancie lekárskej služby prvej pomoci Nemocnice s poliklinikou Ilava, n.o., dňa 12.12. 2009 v čase o 14.04 hodine a následne opakovane uvedeného dňa v čase asi o 18.30 hodine pri vyšetrení dieťaťa J.F., nar. XX.XX. XXXX, bytom v Z., nebrala do úvahy priebeh jeho ochorenia, ktorý poukazoval na možnosť invazívneho bakteriálneho ochorenia pleuropneumónie, podcenila tento jeho stav a nevykonala všetky zdravotné úkony na správne určenie choroby, predovšetkým nerozšírila vyšetrenia o tzv. zápalové markery a nevyšetrila snímok hrudníka na základe jednoznačného progresu ochorenia s jeho alarmujúcimi príznakmi neodporučila pacientovi hospitalizáciu a komplexné vyšetrenie s cielenou útočnou liečbou, v dôsledku čoho došlo dňa 13.12. 2009 v čase o 8.30 hodine doma v mieste bydliska k úmrtiu pacienta J.F., pričom príčinou jeho smrti bolo kardiorespiračné zlyhanie v dôsledku hnisavého zápaľu pľúc apohrudnice, čím tak nebola zdravotná starostlivosť zo strany J.P.E. poskytnutá v súlade s ustanovením § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti v znení neskorších právnych predpisov, nakoľko neboli správne vykonané všetky zdravotné úkony na správne určenie choroby so zabezpečením včasnej a účinnej liečby s cieľom uzdravenia osoby alebo zlepšenia stavu osoby pri zohľadnení súčasných poznatkov lekárskej vedy.“

Prvostupňový súd[7] skúmajúc dodržanie právnej povinnosti službukonajúcej lekárky podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. dospel k záveru, že lekárka postupovala nesprávne v rozpore s ustálenými medicínskymi postupmi, pričom vychádzal najmä zo znaleckých posudkov z odboru zdravotníctva a farmácie a odvetvia pediatria, pričom zobral do úvahy najmä nasledovné skutočnosti. Prvostupňový súd má za to, že lekárka pochybila pri postupe a určovaní diagnózy maloletého, pričom určila nesprávnu diagnózu a realizovala aj nesprávnu

[5] **Cisářová, D., Sovová, O. a kol.:** Trestní právo a zdravotnictví. 2.upravené vydání. Orac 2004, s. 21
[6] **Kádek, P.:** Súčasné dimenzie právnej zodpovednosti v medicíne a zdravotníctve. Wolters Kluvers 2014, s. 11
[7] Rozsudok Okresného súdu Trenčín zo dňa 05.03.2013, sp. zn.: 4 T 127/2010. In: www.justice.gov.sk

liečbu. Lekárka napriek svojej dlhoročnej praxi pediatra hlboko podcenila a prehliadla anamnestické údaje o zdravotnom stave maloletého, ktoré udávala matka maloletého, napr. sťažené dýchanie, ktoré bolo počuteľné aj bežným uchom, nieto ešte fonendoskopom. Stav maloletého vyhodnotila tak, že ho nepovažovala za natoľko vážny, že by si vyžadoval odbornú diagnostiku na vyššom pracovisku, ako je nemocnica. Skutočnosť, že v danom období (december 2009) sa na Slovensku vyskytovala život ohrozujúca prasacia chrípka (vírus H1 N1) s rýchlym priebehom spôsobujúca aj respiračné problémy mala by tiež výstrahou na ďalšiu odbornú diagnostiku, čo sa však nestalo.

Na základe dokazovania a vyhodnotenia skutkového stavu prvostupňový súd ustálil, že lekárka postupovala „*non lege artis*“ a za splnenia ďalších zákonných podmienok ju uznal vinou z prečinu usmrtenia, uložil jej nepodmienečný trest odňatia slobody na 2 roky aj 6 mesiacov a zároveň jej zakázal vykonávať lekársku prax na dobu 6 rokov.

Na rozdiel od prvostupňového súdu, odvolací súd[8] vyhodnotil dôkazy inak. Podľa odvolacieho súdu lekárka pri opakovanom vyšetrení pacienta nepochybila pri postupe a stanovení diagnózy, a preto ju spod obžaloby oslobodil. Odvolací súd sa v odôvodnení podrobnejšie zaoberal z pohľadu *lege artis* dvomi kľúčovými otázkami: 1) aká príčina viedla ku kardiorespiračnému zlyhaniu, ktoré vyústilo v úmrtie maloletého, **2)** vyhodnotenie vzťahu vykonaných zdravotných úkonov lekárkou ku príčine, ktorá viedla k smrti maloletého pacienta.

Odvolací súd zdôraznil závery so znaleckých posudkov, že bola spochybnená ako jediná príčina smrti bakteriálne ochorenie – pleuropneumónia. Klinický vývoj a priebeh choroby nesvedčí jednoznačne pre smrť v dôsledku kardiorespiračného zlyhania pri zápale pľúc. Niektorí znalci uviedli, že následný vývin pri klinickom obraze popísanom v zdravotnej dokumentácii lekárka nemohla predpokladať. Išlo o nešťastnú zhodu okolností, kedy s prihliadnutím na nepriaznivú epidemiologickú situáciu (pandemický chrípkový vírus H1N1) v decembri 2009, maloletý podľahol na nečakane rýchlo prebiehajúcu chrípkovú encefalidítu komplikovanú aj súbežnou pleuropneumóniou.

Ďalej odvolací súd poukázal na zistenia znalcov, že bezprostrednou príčinou smrti maloletého bolo udusenie následkom vdýchnutia obsahu žalúdka do dýchacích ciest následkom zvracania v ranných hodinách pri akútnom zápale horných dýchacích ciest a rozvíjajúcom sa obojstranne hnisavom zápale pľúc. Aj lekárka, ktorá resuscitovala maloletého, zistila v dýchacích cestách aspiráciu. Aspirácia je najčastejšou príčinou syndrómu tzv. „náhleho úmrtia“ dieťaťa pre rýchlo sa rozvíjajúce patologické procesy, ktoré vo vysokom percente končia napriek intenzívnej liečbe smrťou pacienta. Bezprostrednou príčinou smrti maloletého bolo pravdepodobne kardiorespiračné zlyhanie v dôsledku aspirácie (prehltnutia) žalúdočného obsahu v dôsledku gastrooesophageálneho refluxu s možným reflexným laryngospazmom. Službukonajúca lekárka teda nemohla pri voľbe hospitalizáciou (alibizmus) a domácim liečením (zodpovednosť) predpokladať, že maloletý na druhý deň ráno aspiruje (prehltne) žalúdočný obsah.

Odvolací súd ďalej zdôraznil, že z usmernenia Úradu verejného zdravotníctva SR vyplýva, že ani pacienta s potvrdeným vírusom chrípky H1N1 nie je nutné hospitalizovať, ak si to nevyžaduje jeho klinický stav.

Odvolací súd na základe uvedeného vyvodil, že za situácie keď ani „ex post“ sa viacerí odborníci nevedia jednoznačne zhodnúť na tom, či smrti maloletého predchádzala postupná etiológia invazívneho bakteriálneho ochorenia - pleuropneumónia, alebo či išlo o ochorenie v dôsledku baktériovej superinfekcie chrípky Klebssiella pneumónie (H1N1), resp. či k uduseniu došlo v dôsledku vdýchnutia obsahu žalúdka do dýchacích ciest pri zvracaní, pričom ani pitva nepotvrdzuje ani nevylučuje ani jednu z týchto možností, nie je možné požadovať, aby uvedené mohla predpokladať službukonajúca lekárka.

[8] Rozsudok Krajského súdu v Trenčíne zo dňa 19.08.2013, sp. zn.: 23 To 51/2013. In: www.justice.gov.sk

Odvolací súd ďalej vyvodil, že ani na liečebné postupy, vrátane podaných liekov, nie sú zhodné názory svedčiace pre správnosť, resp. nesprávnosť postupu. Diagnóza, na ktorú liečila lekárka maloletého – zápal horných dýchacích ciest vyvrátená nebola a správnosť tejto diagnózy je skôr podporovaný. Nasadené antibiotikum Klabax už pri prvej návšteve službukonajúcej lekárky je zároveň aj adekvátne pri liečbe zápalu dolných dýchacích ciest – pľúc, t. j. röntgenologické vyšetrenie bezprostredne potrebné nebolo, pretože práve ono slúži pre diagnostiku, či uvedené antibiotiká nasadiť, alebo nenasadiť. Vo vzťahu k nehospitalizovaniu maloletého svedčia tie skutočnosti, že maloletý mal priaznivú sociálnu situáciu rodičov, maloletý netrpel imunodeficienciou, nebol vo veku do 3 rokov, dostupnosť lekára bola primeraná, maloletý odchádzal druhý krát z ambulancie bez teploty.

Za týchto okolností odvolací súd dospel k záveru, že službukonajúca lekárka postupovala *lege artis*, pretože poskytla lekársku starostlivosť zodpovedajúcu ňou zistenému ochoreniu.

Analyzujúc súdený prípad odvolací súd sa musel vysporiadať s množstvom otázok súvisiacich s posúdením postupu službukonajúcej lekárky *lege artis*. Ako kľúčové pri posúdení, či lekárka postupovala so súčasnými poznatkami lekárskej vedy považoval stanoviská znalcov z medicínskych odborov. Ďalej z odôvodnenia rozhodnutia vyplýva, že odvolací súd vychádzal aj zo stanoviska Úradu verejného zdravotníctva SR pri posúdení nutnosti hospitalizácie maloletého pacienta pri ochorení chrípkovým vírusom H1N1, t. j. aj stanovisko úradu posudzoval ako materiál s výpovednou hodnotou pre súčasné poznatky lekárskej vedy[9].

V takýchto prípadoch je súd pri hodnotení skutkového stavu do určitej miery rukojemníkom znalcov, pretože zistenie, čo sa považuje za „súčasný poznatok lekárskej vedy“ môže predovšetkým lekár, a nie právnik. To znamená, že v týchto otázkach sa súd musí spoľahnúť na správnosť posúdenia lekármi. Samozrejme je potrebné zdôrazniť, že súd sám vyhodnocuje dôkazy, pričom dôkazmi nie sú len znalecké posudky, t. j. je mylný záver, že súd musí „odkopírovať“ závery znalca a držiac sa záverov v nich uvedených aj doslovne podľa znaleckých posudkov rozhodnúť. Nie je vylúčené, že vyhodnotením znaleckých posudkov v spojení s inými dôkazmi dospeje súd k iným zisteniam než sú obsiahnuté izolovane len v znaleckých posudkov. To znamená, že sa môže stať aj situácia, že skutkové zistenia v súhrne hodnotenia všetkých vykonaných dôkazov budú zjavne odlišné než záver v jednom znaleckom posudku. V tom spočíva zásada voľného hodnotenia dôkazov v ich vzájomných súvislostiach.

ZÁVER

Cieľom môjho príspevku bolo na prípadovej štúdii, ktorá sa v skutočnosti aj stala, poukázať na posúdenie postupu „*lege artis*“ pri výkone povolania lekára. Posúdenie, čo sa považuje za súčasné poznatky lekárskej vedy je veľmi krehké. Ako vyplýva z prípadovej štúdie viacerí znalci sa nedokázali jednoznačne zhodnúť na tom, či službukonajúca lekárka postupovala pri určení diagnózy a stanovení liečebného postupu v súlade s postupmi „*lege artis*“ v medicíne. Odvolací súd v konečnom dôsledku považoval za kľúčové pre posúdenie postupu „*lege artis*“ práve znalecké posudky, resp. vyjadrenia a stanoviská znalcov z rôznych medicínskych odborov. V neposlednom rade ako podporný dôkaz vzal do úvahy aj stanovisko úradu verejného zdravotníctva pre posúdenie nutnosti hospitalizácie pacienta pri podozrení na chrípkové ochorenie H1N1 (tzv. prasacia chrípka).

[9] Pre úplnosť uvádzam, že rozsudok odvolacieho súdu bol zrušený Najvyšším súdom SR, a to rozsudkom NS SR zo dňa 16.04.2014, sp. zn.: 3 Tdo 17/2014, ako súdom dovolacím pre procesné chyby, t. j. správnosť záverov odvolacieho súdu dovolacím súdom spochybnená nebola. In: www.nsud.sk

Domnievam sa, že z pohľadu *de lege ferenda* by lekárom pomohli tzv. „GUIDE LINES“ stanovujúce odporúčania – spôsoby – ako postupovať pri určitých klinických príznakoch pacienta. Nehovorím, že „GUIDE LINES“ by boli bernou mincou pre posúdenie postupu „*lege artis*“, ale určite by boli dosť významnou pomôckou nielen pre lekárov prvého kontaktu, ale aj pre špecialistov.

Tento článok vznikol vďaka podpore v rámci OP Výskum a vývoj pre dopytovo-orientovaný projekt: Univerzitný vedecký park Univerzity Komenského v Bratislave, ITMS 26240220086 spolufinancovaný zo zdrojov Európskeho fondu regionálneho rozvoja.

Podporujeme výskumné aktivity na Slovensku/

Projekt je spolufinancovaný zo zdrojov EÚ

Operačný program VÝSKUM a VÝVOJ

Európska únia
Európsky fond regionálneho rozvoja

MINISTERSTVO ŠKOLSTVA, VEDY, VÝSKUMU A ŠPORTU SLOVENSKEJ REPUBLIKY

This contribution/publication is the result of the project implementation: Comenius University in Bratislava Science Park supported by the Research and Development Operational Programme funded by the ERDF

Grant number : ITMS 26240220086.

Podporujeme výskumné aktivity na Slovensku/

Projekt je spolufinancovaný zo zdrojov EÚ

Operačný program VÝSKUM a VÝVOJ

Európska únia
Európsky fond regionálneho rozvoja

MINISTERSTVO ŠKOLSTVA, VEDY, VÝSKUMU A ŠPORTU SLOVENSKEJ REPUBLIKY

OTÁZNIKY NAD PRÁVNYM INŠTITÚTOM POUČENIA PACIENTA

Silvia CAPÍKOVÁ

Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky,

Lekárska fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave

Abstrakt
Na prelome 19. a 20. storočia sa začalo kryštalizovať medicínske právo ako odvetvie právneho poriadku, ktorého ťažiskom je vzťah lekára a pacienta pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Príspevok sa zameriava na právnu úpravu poučenia pacienta v SR a na niektoré jej nedostatky.

Kľúčové slová*: poučenie pacienta, zdravotnícki pracovníci, Slovenská republika, problémy.*

Abstract
On the break of the 19th and the 20th century, medical law started to emancipate as the branch of law with the doctor-patient relationship as a fundamental relation subjected to regulation. The paper deals with the issue of information to the patient in the Slovak Republic and focuses some of its shortcomings.

Key words*: information to the patient, health care prifessionals, Slovak Republic, problems.*

ÚVOD

Na prelome 19. a 20. storočia sa začalo kryštalizovať medicínske právo ako odvetvie právneho poriadku, ktorého základným kameňom je vzťah lekára a pacienta pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Vzťah lekára a pacienta je základným vzťahom v komplexe zdravotnej starostlivosti. Právna úprava platná v Slovenskej republike (ďalej iba SR) a v mnohých, najmä európskych, krajinách akcentuje význam komunikácie vo vzťahu lekár-pacient, zdravotnícky pracovník-pacient. Schopnosť profesionálne komunikovať a poučiť pacienta má rovnaký význam ako odbornosť lekára, čo potvrdzujú poznatky zo zahraničnej literatúry týkajúcej sa medicínsko-právnych sporov.[1]

1 POUČENIE V KONTEXTE PRINCÍPU EFEKTÍVNEJ KOMUNIKÁCIE

Právny poriadok SR prikladá komunikácii pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti zvláštny význam a obsahuje právne záruky, ktoré majú podporovať efektívnu komunikáciu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Tieto poznatky formulujeme ako **princíp efektívnej komunikácie**, ktorý pokladáme za špecifický právny princíp medicínskeho práva ako svojbytného, relatívne autonómneho právneho odvetvia. Medzi právne inštitúty ktoré zastrešuje uvedený princíp patria najmä právne inštitúty: poučenie pacienta, informovaný súhlas, mlčanlivosť zdravotníckeho pracovníka, sprístupňovanie údajov zo zdravotnej

[1] Spomeňme napr. Ptáček, R., Bartúněk P. et al.: Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada 2011, tiež Barancová, H. et al.: Medicínske právo. Trnava: Typi universitatis tyrnaviensis 2008.

dokumentácie[2]. **Princíp efektívnej komunikácie** expressis verbis v legislatíve SR definovaný nie je. Princíp efektívnej komunikácie znamená, že ošetrujúci zdravotnícky pracovník, nie iba lekár, je povinný komunikovať s pacientom tak, aby mu zabezpečil dostatok relevantných informácií, a aby aj on od pacienta mohol získať informácie potrebné pre manažment ochorenia, resp. klinický manažment. Súhlas pacienta so zdravotnou starostlivosťou a podrobenie sa zdravotnému výkonu neznamená, že zdravotnícky pracovník môže pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti postupovať svojvoľne. Z právneho hľadiska nestačí, ak cieľom činnosti zdravotníckeho pracovníka je zlepšenie zdravotného stavu v zmysle etického princípu *salus aegrotii suprema lex*. Potrebné je tiež rešpektovanie osobnostných práv pacienta pri výbere a realizácii prostriedkov a metód, ktorými sa má dosiahnuť účel zdravotného výkonu.

Právny inštitút poučenia v SR, podobe ako v iných krajinách, je viazaný na **právnu doktrínu informovaného súhlasu**. Takto je vyjadrený v legislatíve a takto sa v odbornej literatúre spravidla interpretuje.[3]

V SR túto oblasť upravuje[4] v súlade s Ústavou SR a medzinárodnými zmluvami[5] predovšetkým zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov, v znení neskorších predpisov a zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov, v znení neskorších predpisov, najmä jeho príloha č. 4: Etický kódex zdravotníckeho pracovníka.

2 POUČENIE AKO SÚČASŤ PRÁVA NA INFORMÁCIE

Realizácia práv pacienta podľa §11 ods.8 zák. č. 576/2004 Z. z. (a najmä práva na informácie) si vyžaduje aby pacient dostal informácie o svojom zdravotnom stave vhodným spôsobom, zrozumiteľne, a tak aby ich mohol aj využiť.

Aktuálna právna úprava poučenia je obsahom §6 zák. č. č. 576/2004 Z. z. a zodpovedným subjektom je ošetrujúci zdravotnícky pracovník. Zákonná povinnosť ošetrujúceho zdravotníckeho pracovníka **poučiť pacienta** podľa §6 ods.1 zákona znamená, že **ošetrujúci zdravotnícky pracovník** je povinný informovať o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti, ak tento zákon neustanovuje inak.

Každý, kto má právo na poučenie podľa odseku 1, má aj právo poučenie odmietnuť a zároveň sa o odmietnutí poučenia urobí písomný záznam.

Poučenie sa poskytuje osobe, ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť, alebo aj inej osobe, ktorú si táto osoba určila. Ak osobou, ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť, je maloleté dieťa, osoba pozbavená spôsobilosti na právne úkony alebo osoba s obmedzenou

---

[2] Capíková, S.: Právne súvislosti zdravotnej starostlivosti o pacienta s postihnutím sluchu. In: P. Beňo, D. Tarcsiová, S. Capíková: Komunikácia so sluchovo postihnutými v zdravotníctve a sociálnej práci. Druhé, rozšírené a prepracované vydanie Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2014.

[3] Capíková, S.: Právne súvislosti zdravotnej starostlivosti o pacienta s postihnutím sluchu. In: P. Beňo, D. Tarcsiová, S. Capíková: Komunikácia so sluchovo postihnutými v zdravotníctve a sociálnej práci. Druhé, rozšírené a prepracované vydanie Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2014.

[4] Podľa právneho stavu platného ku 15.11.2014.

[5] Napr. Dohovor o ochrane ľudských práv a dôstojnosti človeka v súvislosti s aplikáciou biológie a medicíny, Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím, Dohovor o právach dieťaťa.

spôsobilosťou na právne úkony (nespôsobilá dať informovaný súhlas), poučiť treba jej zákonného zástupcu[6], vhodným spôsobom aj túto osobu.

Z uvedeného nevyplýva pre ošetrujúceho zdravotníckeho pracovníka povinnosť telefonicky kontaktovať príbuzných, ani možnosť automaticky poskytovať poučenie osobe ktorá telefonuje do zdravotníckeho zariadenia a označí sa ako príbuzný či blízka osoba pacienta.

Pokiaľ ide o **spôsob poučenia**, odsek 2 ustanovuje že ošetrujúci zdravotnícky pracovník je povinný poskytnúť poučenie zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť pre informovaný súhlas a primerane rozumovej a vôľovej vyspelosti a zdravotnému stavu osoby, ktorú má poučiť.

„Pri informovaní pacienta musí byť dodržaná zásada včasnosti, to znamená, že pacient by mal mať, v závislosti od konkrétneho prípadu, primeraný časový priestor na zhodnotenie predložených faktov o jeho zdravotnom stave.“[7]

Na rozdiel od pôvodnej právnej úpravy[8] zákonom č.20/1966 Zb. o zdraví ľudu alebo zák. č.277/1994 Z.z. v súčasnej právnej úprave **chýba účel** sledovaný poučením pacienta a jeho rodiných príslušníkov, resp. blízkych osôb („*aby mohli aktívne spolupracovať pri poskytovaní liečebno-preventívnej starostlivosti“).*[9]

---

[6] T.j. opatrovníka, poručníka, inú fyzickú osobu ako rodič, ktorá má maloleté dieťa zverené do osobnej starostlivosti, osobu, ktorá má dieťa v náhradnej osobnej starostlivosti, osobu, ktorá má dieťa v pestúnskej starostlivosti, osobu, ktorá má záujem stať sa pestúnom a má dieťa dočasne zverené do starostlivosti, budúceho osvojiteľa, osobu, ktorá má dieťa zverené podľa osobitných predpisov, alebo štatutárneho zástupcu zariadenia, v ktorom sa vykonáva rozhodnutie súdu o nariadení ústavnej starostlivosti alebo o uložení ochrannej výchovy.

[7] Nováková M.: Vzťah medzi lekárom a pacientom. S.224 – 244. In Barancová, H. et al.: Medicínske právo. Typi universitatis tyrnaviensis2008, s.230.

[8] Historické aspekty približujú napr. Remišová, M., Ozorovský, V., Chandogová, E., Gaži, G., Kelčíková, S.: História a súčasnosť v informovaní chorého lekárom . Medzinárodné sympózium k dejinám medicíny a farmácie, Bratislava : Slovenská lekárska spoločnosť, 1994 S. 85-87.

[9] Právna úprava poučenia pacienta ktorá sa výrazne podieľa na fungovaní organizačnej kultúry v našich zdravotníckych zariadeniach, bola zapracovaná už v zákone č. 20/1966 Zb. *o starostlivosti o zdravie ľudu* zo 17.3.1966, kde §23, ods. 1 stanovoval: „*Lekár je povinný poučiť vhodným spôsobom chorého, prípadne členov jeho rodiny o povahe ochorenia a o potrebných výkonoch tak, aby mohli aktívne spolupracovať pri poskytovaní liečebno-preventívnej starostlivosti.*“ Od 1.1.1995 platný zákon č. 277/1994 Z.z. *o zdravotnej starostlivosti* z 24.8.1994, sa venoval problematike poučenia o niečo obšírnejšie. V §15 odsekoch 1 až 6 bolo stanovené: „*Lekár je povinný vhodným a preukázateľným spôsobom poučiť pacienta, prípadne osoby blízke pacientovi o povahe ochorenia a o potrebných zdravotných výkonoch tak, aby mohli aktívne spolupracovať pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Obsah vhodného poučenia určuje lekár v každom prípade individuálne tak, aby bolo urobené ohľaduplne a eticky a aby u pacienta nenarúšalo liečebný proces*“. Úplné poučenie bol lekár ako povinný subjekt poskytnúť pacientovi, *„ak a) sa má pacient podrobiť výkonu neliečebnej povahy, b) je pacient postihnutý pohlavnou chorobou, AIDS alebo iným prenosným ochorením, ktoré si vyžaduje osobitné opatrenia na zabránenie jeho šíreniu*.“ Iba na výslovné želanie pacienta, lekár bol povinný poskytnúť mu úplné poučenie - aj to bolo viazané na situácie ak sa pacient mal podrobiť závažnému liečebnému výkonu alebo jeho ochorenie je podľa súčasných poznatkov lekárskej vedy nevyliečiteľné. Pacient teda mohol vysloviť želanie ohľadom rozsahu poučenia ktoré mu lekár má poskytnúť. Lekár nebol povinný poskytnúť poučenie, ak si to pacient neželal, vyhlásenie pacienta, že si neželá byť poučený, bolo potrebné urobiť v písomnej alebo inak preukázateľnej forme. Ak pacient odmietol úplné poučenie, lekár bol povinný poskytnúť mu vhodné poučenie. Už podľa tejto právnej úpravy bola povinnosť poučenia viazaná na zápis do zdravotnej dokumentácie: „*Spôsob poučenia pacienta treba zaznamenať do zdravotnej dokumentácie*.“ Pacientovi neplnoletému či pozbavenému spôsobilosti na právne úkony alebo majúcemu obmedzenú spôsobilosť na právne úkony, bol lekár povinný poskytnúť vhodné poučenie o povahe ochorenia a o potrebných zdravotných výkonoch. Jeho zákonnému zástupcovi mal poskytnúť poučenie rozsiahlejšie. Špecifickú povinnosť mali podľa zákona 277/1994 Z.z. zdravotnícki pracovníci a iní odborní pracovníci v zdravotníctve pri výdaji a predaji liečiv, zdravotníckych pomôcok a zdravotníckych potrieb – mali poskytnúť úplné poučenie o ich užívaní, o správnom zaobchádzaní s nimi, o vedľajších účinkoch liečiv a o správnej životospráve pri užívaní vydaného liečiva.

Podľa „Etického kódexu zdravotníckeho pracovníka“ je poslaním zdravotníckeho pracovníka vykonávať zdravotnícke povolanie „*svedomito, statočne, s hlbokým ľudským vzťahom k človeku, v súlade s právnymi predpismi, s dostupnými poznatkami lekárskych vied a biomedicínskymi vedami a s prihliadnutím na technické a vecné vybavenie zdravotníckeho zariadenia, v ktorom poskytuje zdravotnú starostlivosť*.“ V časti „Zdravotnícky pracovník a pacient“ je zakotvený partnerský model vzťahu s pacientom, v bode 3 je výslovne uvedené: „*Zdravotnícky pracovník je povinný v rozsahu svojich kompetencií zrozumiteľným spôsobom poučiť pacienta alebo jeho zákonného zástupcu o charaktere ochorenia, zamýšľaných diagnostických a liečebných postupoch vrátane rizík o uvažovanej prognóze a o ďalších dôležitých okolnostiach, ktoré môžu nastať v priebehu diagnostiky a liečby*.“

Hoci písomnú **formu poučenia** vyžaduje zák.č. 576/2004 Z. z iba pri osobitných prípadoch poskytovania zdravotnej starostlivosti, podľa dikcie ustanovenia § 21 ods. 1 pism. b) zákona č. 576/2004 Z. z. zápis do zdravotnej dokumentácie obsahuje okrem iného aj „spôsob poučenia a obsah poučenia,“ čiže písomná forma je *ex lege* požadovaná aj pri banálnych zdravotných výkonoch. Poučenie sa tak v zdravotníckej praxi často redukuje na byrokratický, dehumanizovaný úkon v podobe podpísania formulky o udelení informovaného súhlasu na základe poučenia „o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti,“ ktoré pacient často podpisuje „medzi dverami“ na odchode z ambulancie.

Právna prax v mnohých krajinách, vrátane SR, si osvojila prezumpciu, že **úkon, ktorý nie je zapísaný v zdravotnej dokumentácii, nebol realizovaný**. Pacient, ktorý utrpel škodu na zdraví v dôsledku nesprávneho postupu lekára, môže si spravidla úspešne uplatniť nárok na náhradu škody v súvislosti s porušením práva na informácie ako súčasť ochrany osobnostných práv. Nenaplnenie povinnosti má za následok právnu zodpovednosť ošetrujúceho zdravotníckeho pracovníka, následne si pacient môže uplatniť nárok na náhradu škody na zdraví, ktorá mu prípadne vynikla nesplnením povinnosti poučiť pacienta, tá sa však posudzuje podľa okolností konkrétneho prípadu. Zahraničná judikatúra potvrdzuje právnu zodpovednosť lekára poučiť pacienta nie len preukázateľne (záznamom v zdravotnej dokumentácii), ale najmä takým spôsobom, aby ako laik nepodcenil závažnosť situácie (a podrobil sa odporúčaniam lekára).[10]

3 OTÁZNIKY NAD OBSAHOM A ROZSAHOM POUČENIA

Mnoho otáznikov sa týka obsahu a rozsahu poučenia pacienta pri bežných zdravotných výkonoch. Ako poukázali Vlček a Hrubešová (2007), žiaden právny predpis v SR bližšie neurčuje, o ktorých skutočnostiach a v akom rozsahu je lekár povinný pacienta poučiť aby sa naplnilo ustanovenie §6 ods.1. Dosiaľ presnejšia právna úprava v SR absentuje, čo vytvára priestor na chyby, v bežnej zdravotníckej praxi býva problematické *ad hoc* určiť obsah a rozsah poučenia pacienta a nie je jasné čo všetko má ošetrujúci zdravotnícky pracovník pacientovi oznámiť. Ako uvádzajú menovaní autori: „*S výnimkou akútnych a život ohrozujúcich stavov, keď nie je na obsažné poučenie pacienta potrebný priestor, by však vhodné poučenie, aby naplnilo zákonom sledovaný účel, malo podľa nášho názoru zahŕňať informovanie o:*

a) podstate ochorenia a jeho priebehu (podrobné vysvetlenie konkrétnej diagnózy je v praxi skôr výnimkou za účelom usmernenia vhodného správania pacienta),

[10] Výber z rozhodnutí zahraničných súdov zostavila H.Barancová (Barancová, H. et al., 2008, s.360-388).

b) *každom vyšetrovacom a liečebnom postupe (prečo bol zvolený práve takýto postup, aká je jeho podstata a účel),*
c) *prognóze ochorenia,*
d) *rizikách a výhodách navrhovaných vyšetrovacích a liečebných postupov,*
e) *možnosti navrhovaný zákrok kedykoľvek odmietnuť,*
f) *začiatku, priebehu a očakávaných výsledkoch liečby vrátane potrebného režimu liečenia,*
g) *alternatívnych možnostiach liečby „de lege" artis vrátane málo dostupných postupov,*
h) *vhodnej zmene životného štýlu."* (Vlček R., Hrubešová M., 2007, s.43)

Pacient, ktorému sa **bude** poskytovať zdravotná starostlivosť, je oprávnený dozvedieť sa nielen to akým spôsobom sa bude zasahovať do jeho organizmu, ale aj to, aké sú možnosti zmeny jeho zdravotného stavu (prevencia). Prípady, kedy pre zlepšenie zdravotného stavu pacienta je potrebná jeho aktívna spolupráca, sa vyskytujú u lekárov takmer všetkých odborností.

Vo vzťahu lekára a pacienta je poučenie situované do procesov sociálnej komunikácie, ktoré sa uskutočňujú na mikroúrovni spoločnosti. Poučenie ako súčasť zdravotnej starostlivosti plní množstvo funkcií, ktoré sú prínosné tak pre pacienta, ako aj pre lekára:

1. informačná (pochopenie lekárových pokynov)
2. motivačná (compliance)
3. edukačná
4. aktivizačná (pacient aktívne pristupuje k rozhodovaniu o sebe, aktívne sa podieľa na zachovaní či zlepšovaní svojho zdravia)
5. funkcia spätnej väzby
6. posilnenie dôvery vo vzťahu lekára a pacienta
7. predchádzanie medziľudských konfliktov vo vzťahu lekára a pacienta
8. predchádzanie medicínsko-právnych konfliktov
9. posilnenie profesijnej autority lekára.[11]

Poučenie teda má v rámci liečebno-preventívnej starostlivosti obsahovať aj informácie, čo a ako môže a mal by pacient urobiť pre zlepšenie alebo zachovanie svojho zdravia. Ak je zo zdravotného hľadiska dôležité u konkrétneho pacienta zmeniť životný štýl, majú byť pacientovi poskytnuté aj príslušné informácie. To sa *ex lege* vzťahuje aj na pacienta, ktorý nemá právnu spôsobilosť vyjadriť informovaný súhlas. Osobitnú pozornosť je potrebné venovať i osobám ktoré síce majú plnú spôsobilosť na právne úkony, a tým tiež udelenie informovaného súhlasu, ale majú senzorické postihnutie.

Širší okruh informácií sa podľa zákona č.576/2004 Z.z. poskytuje v taxatívne určených prípadoch:

- žene, ktorá písomne požiadala o utajenie svojej osoby v súvislosti s pôrodom (§6a)
- § 6b upravuje „Informovaný súhlas pri umelom prerušení tehotenstva" ako podmienku realizácie UPT, v prípade, ak ide o neplnoletú osobu, je podmienkou vykonania umelého prerušenia tehotenstva ešte aj písomný informovaný súhlas zákonného zástupcu neplnoletej osoby po predchádzajúcom poučení. Takýto informovaný súhlas musí obsahovať dátum jeho udelenia a podpis zákonného zástupcu.

[11] Capíková, S., Ozorovský, V., Heřmanová, D., Chandogová, E.: Poučenie pacienta a zdravotná výchova v ambulancii všeobecného lekára. In: *36. Dni zdravotnej výchovy MUDr. Ivana Stodolu. Hodnotenie dopadov na verejné zdravie.* Bratislava: Úrad verejného zdravotníctva SR, 2011, ISBN 978-80-7159-210-5, s.67-69.

- §27 upravuje obsah poučenia budúceho účastníka biomedicínskeho výskumu alebo jeho zákonného zástupcu.
- §36 sa týka poučenia darcu orgánov a tkanív. Vo výnimočných taxatívne určených prípadoch darcom podľa odseku 1 môže byť aj osoba nespôsobilá dať informovaný súhlas na základe informovaného súhlasu zákonného zástupcu.
- sterilizácia §40 (3).

4 NIEKTORÉ NEDOSTATKY AKTUÁLNEJ ZÁKONNEJ ÚPRAVY POUČENIA

Vzhľadom na limitovaný rozsah príspevku, nie je možné analyzovať všetky aspekty[12] právnej úpravy poučenia v SR. Za účelom podnietiť odbornú diskusiu, vyberieme aspoň niektoré problémové okruhy.

1. Prílišná univerzálnosť. Medzi nedostatky platnej právnej úpravy inštitútu poučenia v zákone č. 576/2004 Z.z. v znení nehorších predpisov patrí prílišná univerzálnosť. Pikantné je, že § 6a zákona č.576/2004 Z.z. sa nazýva „Poučenie a informovaný súhlas v osobitných prípadoch“ – pritom v skutočnosti neupravuje všetky osobitné prípady, ale ide o špeciálny subjekt - ženu, ktorá písomne požiadala o utajenie svojej osoby v súvislosti s pôrodom a túto jedinú situáciu (označovanú v medicínskej praxi hovorovo ako „utajená gravidita“). Poučenie v ostatných „osobitných prípadoch“ sú riešené hore uvedenými samostatnými ustanoveniami uvedeného predpisu (v nadväznosti na informovaný súhlas). Právna úprava poučenia pacienta v SR nediferencuje rôzne situácie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej iba ZS), ani špecifiká jednotlivých druhov ZS a rozsah informácií ktoré sa viažu ku konkrétnym zdravotným výkonom a rizikám. Je ľahké právnu úpravu obísť a tak málo chráni pacienta ako aj lekára pred konaním *contra bonos mores*, resp. pred rutinnými postupmi v zdravotníckej praxi. Chýba spresnenie, aký rozsah informácií má poskytnúť ošetrujúci zdravotnícky pracovník poskytujúci zdravotnú starostlivosť v danom zdravotníckom povolaní – v praxi je rozdiel medzi starostlivosťou zdravotnej sestry, lekára-ortopéda a lekára-klinického onkológa, rontgenológa, fyzioterapeuta, stomatológa, dentálneho hygienika, atd.
2. Zákon č. 576/2004 Z.z. by mal napr. presne určiť okruh osôb, ktorým poskytovateľ zdravotnej starostlivosti má oprávnenie a kedy má povinnosť poskytnúť informácie o aktuálnom stave pacienta a jeho prognóze v prípade ak pacient nie je vzhľadom na svoj zdravotný stav pri vedomí alebo má ťažkosti v artikulácii, komunikácii, takže nedokáže určiť komu má byť adresované poučenie o jeho zdravotnom stave. Súčasná právna úprava je nevyhovujúca, čo prináša aplikačné problémy a u poskytovateľov prináša neistotu či neprekročili hranice povinnej mlčanlivosti, príp. ochrany osobných údajov.
3. Zrozumiteľnosť poučenia ako priestor pre tlmočnícke služby. Podľa M. Novákovej, vzhľadom na to že pre poskytovateľa zdravotnej starostlivosti je v dikcii zákona stanovená povinnosť poskytnúť poučenie zrozumiteľne, z toho zákonite vyplýva i povinnosť zabezpečiť tlmočníka posunkovej reči pre osoby so zdravotným postihnutím, prípadne cudzincov, „v opačnom prípade by išlo o porušenie zásady

[12] Analýza právnej zodpovednosti za nesplnenie povinnosti poučiť pacienta, najmä v medzinárodnom porovnaní, by si zaslúžila samostatnú štúdiu. Čiastočne sú tieto otázky analyzované in Capíková, S.: Právne súvislosti zdravotnej starostlivosti o pacienta s postihnutím sluchu. S.90-162 In: Beňo, P., Tarcsiová,D., Capíková, S.: Komunikácia so sluchovo postihnutými v zdravotníctve a sociálnej práci. Druhé, rozšírené a prepracované vydanie Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2014.

rovnakého zaobchádzania.“[13] Vo viacerých západoeurópskych krajinách sú, resp. boli služby tlmočníkov hradené z verejného zdravotného poistenia a skúseného tlmočníka zabezpečovalo zdravotnícke zariadenie.[14] Služby tlmočníkov posunkovej reči sú v mnohých krajinách súčasťou antidiskriminačnej legislatívy a garantované požiadavkou primeraných úprav. I v právnom poriadku SR je nevyužitý priestor na upresnenie v rámci zákona č.365/2004 Z.Z. (tzv. antidiskriminačný zákon).

4. Jazykové práva pacientov so sluchovým postihnutím[15] nie sú systémovo ani legislatívne-technicky dostatočne prepojené s predpismi medicínskeho práva upravujúcimi poučenie, podobne ani iné inštitúty zabezpečujúce ich právo na informácie. Je potrebné prijať opatrenia v právnej aj mimoprávnej oblasti, aby jazykové práva nepočujúcich osôb boli při poskytovaní poučenia rešpektované a dodržiavané. V už citovanom zákone č.576/2004 Z.z. chýba akýkoľvek odkaz na zákon o posunkovom jazyku. Používanie posunkového jazyka v SR je zapracované iba v malom počte právnych predpisov, základnou právnou úpravou je zákon č.149/1995 Z.z. *o posunkovej reči nepočujúcich osôb*, prijatý NR SR dňa 26.6. 1995. Účelom zákona je ustanoviť používanie posunkovej reči ako nástroja dorozumievania sa nepočujúcich a tým zabezpečiť podmienky na ich uplatnenie. Za nepočujúcich sa považujú osoby s takým poškodením sluchu, ktoré im znemožňuje bežné zvukové dorozumievanie sa aj s použitím kompenzačnej pomôcky. Posunková reč nepočujúcich osôb je definovaná v §3 ako prirodzený vizuálno-pohybový systém reči vyjadrovaný zaužívanými a určenými pohybmi, postavením a pohybom rúk, prstov a mimikou tváre. Nepočujúce osoby majú podľa §4 právo na používanie posunkovej reči, vzdelávanie sa s použitím posunkovej reči, informácie pomocou posunkovej reči v televíznom vysielaní verejnoprávnej inštitúcie, v knižniciach a videotékach. Podľa §5, nepočujúce osoby majú právo na tlmočníka posunkovej reči, ktorý tlmočí do štátneho jazyka alebo zo štátneho jazyka pri riešení základných životných problémov nepočujúcich osôb v styku so štátnymi orgánmi, orgánmi územnej samosprávy a inými právnickými osobami a fyzickými osobami. Ak všeobecne záväzné právne predpisy nepredpisujú náhradu trov, tlmočnícke služby sa nepočujúcim osobám poskytujú bezplatne.[16] Podľa splnomocňovacieho ustanovenia § 6 má Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR oprávnenie/povinnosť všeobecne záväzným právnym predpisom upraviť jednak spôsob vyúčtovania poskytnutých služieb a rozsah služieb uvedených v § 4 a 5, ktoré sa budú poskytovať nepočujúcim osobám bezplatne, a jednak rozsah a obsah prípravy tlmočníkov posunkovej reči. Do dnešného dňa sa tak nestalo. Chýba vykonávací predpis k zákonu č.149/1995 Z.z. o posunkovej reči nepočujúcich osôb, ktorá by zaviedla pravidlá pre realizáciu práva na používanie posunkového jazyka pri využívaní verejných služieb, kam nepochybne patria aj služby zdravotnícke. V zmysle článku 5 bodu 3 *Dohovoru o právach osôb so*

[13] Nováková M.: Vzťah medzi lekárom a pacientom. S.224 – 244. In Barancová, H. et al.: Medicínske právo. Typi universitatis tyrnaviensis 2008, s.230.

[14] Review of Sign Language Interpretation Services and Service Requirements in Ireland. Sepetber 2006. [online] URL: http://www.citizensinformationboard.ie/downloads/Sign_Language_Report.pdf

[15] To môžu byť osoby prelingválne nepočujúce (kedy strata sluchu nastala v detstve), postlingválne nepočujúce (strata sluchu po získaní schopnosti ovládať jazyk, tzv. ohluchnuté osoby) a osoby nedoslýchavé. (Beňo, P., Tarcsiová, D., Capíková, S.: Komunikácia so sluchovo postihnutými v zdravotníctve a sociálnej práci. Druhé, rozšírené a prepracované vydanie Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2014.)

[16] Právna úprava posunkového jazyka v SR doteraz neobsahuje finančný mechanizmus krytia výdavkov na zabezpečenie tlmočníkov posunkovej reči v styku obyvateľov so zariadeniami zdravotníckych a sociálnych služieb. Neobsahuje ani sankcie za porušenie zákonných práv osôb ktoré ako hlavný komunikačný prostriedok používajú posunkový jazyk. Motivácia k dodržiavaniu tohto zákona nie je podporená pozitívnymi ani negatívnymi sankciami ktoré by boli legislatívne jednoznačne formulované, čo sťažuje realizáciu zákona a jeho vymáhateľnosť, a to nie len vo vzťahu k poskytovaniu poučenia alebo k zdravotníctvu.

zdravotným postihnutím, štát by mal zabezpečiť jednoznačné pravidlá umožňujúce využívanie služieb tlmočníkov posunkovej reči pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

V legislatívne definovaných situáciách by mala byť daná povinnosť hradiť náklady na tlmočenie z prostriedkov verejného zdravotného poistenia. Jednou z možností je rozšíriť zákon č. 576/2004 Z.z. a do §13 medzi „služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti" začleniť služby tlmočníka posunkovej reči. Najmä veľké zdravotnícke zariadenia a vyššie špecializované pracoviská celoštátneho významu by mali spolupracovať s tlmočníkmi posunkového jazyka, čo zaistí že tlmočenie budú realizovať osoby so skúsenosťami s touto špecifickou terminológiou. Podrobnosti by mohol riešiť podzákonný predpis ktorý by mohlo vydať s platnosťou pre rezort zdravotníctva MZ SR.

5. Vo všeobecnosti, v slovenskej legislatíve je nedostatočne podporovaná dostupnosť a využívanie nových technológií, vrátane informačných a komunikačných technológií, pomôcok na dorozumievanie, zariadení a podporných technológií, vhodných pre osoby s rôznym stupňom postihnutia sluchu, ale tiež pre osoby s iným zdravotným znevýhodnením, národnostné a jazykové menšiny alebo cudzincov migrujúcich na naše územie či využívajúcich cezhraničnú zdravotnú starostlivosť. Možným riešením by mohol byť podzákonný právny predpis kde by bol definovaný spôsob určenia pravidiel pre prekonávanie bariér v komunikácii s pacientmi so sluchovým postihnutím. Jeho obsahom by mali byť i demonštratívne uvedené technické prostriedky a opatrenia na uľahčenie komunikácie a daná sloboda voľby poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti – fyzickej osobe, ktoré z možností využije. V našich podmienkach by mohol byť užitočnou pomôckou pre poskytovateľov aj príjemcov zdravotnej starostlivosti bez ohľadu na to, či trpia zdravotným postihnutím.

ZÁVER

Informovaný súhlas ktorému predchádzalo poučenie pacienta je súčasťou správnej klinickej praxe, požadovaný legislatívou aj deontológiou.[17] Poučenie je predpokladom humánneho prístupu zdravotníckych pracovníkov rôznych odborností k pacientovi a jeho blízkym a predpokladom vzniku dôvery. Dôvera nie je právne vynútiteľná, k zdravotnej starostlivosti však organicky patrí, a terapeutický vzťah je bez dôvery nepredstaviteľný. Poučenie pacienta je treba chápať a realizovať nie ako (časovú či administratívnu) záťaž lekára, sestry, röntgenológa a pod. ale skôr ako integrálnu súčasť výkonu profesie a zároveň ako vitálnu potrebu zdravotníctva, ktorá je obojstranne prospešná vo vzťahu lekár – pacient. Žiaľ, dosiaľ nenašla adekvátne miesto v Liečebnom poriadku. Mnohí súčasní zahraniční autori dokonca pokladajú kvalitnú komunikáciu za jeden z faktorov prevencie medicínsko-právnych sporov. Zároveň lekári u nás však i v súčasnosti komunikujú s pacientom v intenciách paternalistického modelu vzťahu lekár-pacient a poučenie pacienta zostáva v tieni odborného zdravotného výkonu.

[17] Hoci niekedy je pohľad práva a pohľad etiky na riešenie určitého problému súvisiaceho s poskytovaním zdravotnej starostlivosti rozdielne, v mnohých aspektoch sa legislatívne požiadavky na interakciu lekár-pacient prekrývajú s nárokmi lekárskej deontológie. „Etické princípy, akými sú zachovávanie mlčanlivosti, informovaný súhlas, dobrá komunikácia a kultivovaný dialóg sú oporami vzťahu lekár – pacient."Trizuljaková, J.P.: Úskalia dialógu vo vzťahu lekár – pacient. Právo a manažment v zdravotníctve, Roč. 2, č. 6 (2011), s. 34.

Napokon, podľa pomerne ustálenej zahraničnej judikatúry, právo pacienta na informácie je súčasťou osobnostných práv pacienta.[18] Môže byť teda základom žalôb o náhradu škody v občianskoprávnych sporoch[19]. Bude teda potrebné *de lege ferenda* riešiť aktuálne nedostatky, aby právna úprava poskytovala oporu aplikačnej praxi a zároveň poskytovala účinnú ochranu zdravotníckym pracovníkom aj pacientom.

Použitá literatúra:

1. Barancová, H. et al.: Medicínske právo. Trnava: Typi universitatis tyrnaviensis 2008. ISBN 978-80-8082-178-4.

2. Capíková, S.: Právne súvislosti zdravotnej starostlivosti o pacienta s postihnutím sluchu. S.90-162 In: Beňo, P., Tarcsiová,D., Capíková, S.: Komunikácia so sluchovo postihnutými v zdravotníctve a sociálnej práci. Druhé, rozšírené a prepracované vydanie Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2014. ISBN 978-80-8082-786-1.

3. Capíková, S., Ozorovský, V., Heřmanová, D., Chandogová, E.: Poučenie pacienta a zdravotná výchova v ambulancii všeobecného lekára. In: *36. Dni zdravotnej výchovy MUDr. Ivana Stodolu. Hodnotenie dopadov na verejné zdravie.* Bratislava: Úrad verejného zdravotníctva SR, 2011, ISBN 978-80-7159-210-5, s.67-69.

4. Humeník, I.: Ochrana osobnosti a medicínske právo. 1.vyd. Bratislava: Eurokódex 2011. ISBN 978-80-89447-58-9.

5. Kádek P.: Súčasné dimenzie právnej zodpovednosti v medicíne a zdravotníctve. Bratislava: Wolters Kluwer 2014, ISBN 978-80-8168-124-0.

6. Nováková M.: Vzťah medzi lekárom a pacientom. S.224 – 244. In Barancová, H. et al.: Medicínske právo. Trnava: Typi universitatis tyrnaviensis 2008. ISBN 978-80-8082-178-4.

7. Ptáček, R., Bartúněk P. et al.: Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada 2011. ISBN 978-80-247-3976-2.

8. Remišová, M., Ozorovský, V., Chandogová, E., Gaži G., Kelčíková S.: História a súčasnosť v informovaní chorého lekárom . Medzinárodné sympózium k dejinám medicíny a farmácie, Bratislava : Slovenská lekárska spoločnosť, 1994 S. 85-87.

9. Review of Sign Language Interpretation Services and Service Requirements in Ireland. September 2006. [online] Available at:

[18] Zákon č. 40/1965 Zb Občiansky zákonník, v platnom znení v §16 stanovuje: „Kto neoprávneným zásahom do práva na ochranu osobnosti spôsobil škodu, zodpovedá za ňu podľa ustanovení tohoto zákona o zodpovednosti za škodu. Bližšie o tom pojednávajú napr. Humeník, I.: Ochrana osobnosti a medicínske právo. 1.vyd. Bratislava: Eurokódex 2011., Kádek P.: Súčasné dimenzie právnej zodpovednosti v medicíne a zdravotníctve. Bratislava: Wolters Kluwer 2014 a Barancová, H. et al.: Medicínske právo. Trnava: Typi universitatis tyrnaviensis 2008.

[19] Súhlasíme s názorom P. Kádeka, že „problematika súčasných trendov medicínsko-právnej zodpovednosti patrí bezpochyby k pozoruhodným a aktuálnym objektom záujmu medicínskych právnikov ako z pohľadu teoretického a vedeckého, tak aj z pohľadu aplikačnej praxe.“ Kádek P.: Súčasné dimenzie právnej zodpovednosti v medicíne a zdravotníctve. Bratislava: Wolters Kluwer 2014, s.6. Právna úprava poučenia by mala zodpovedať potrebám aplikačnej praxe, aby nepôsobila demotivujúco, zároveň by jej efektívnosť mala byť garantovaná adekvátnymi zodpovednostnými mechanizmami.

http://www.citizensinformationboard.ie/downloads/Sign_Language_Report.pdf [cit. 10.11.2014]

10. Trizuljaková, J.P.: Úskalia dialógu vo vzťahu lekár – pacient. Právo a manažment v zdravotníctve, Roč. 2, č. 6 (2011), s. 33-34.

11. Vlček, R., Hrubešová, M.: Zdravotnícke právo. Bratislava: EPOS, 2007.

12. Právne predpisy uvedené v texte.

Kontaktný e-mail: silvia.capikova@fmed.uniba.sk

INŠTITÚT INFORMOVANÉHO SÚHLASUV BIOMEDICÍNE V MEDZINÁRODNOM A VNÚTROŠTÁTNOM KONTEXTE[1]

Zuzana KISELYOVÁ

Univerzita Komenského v Bratislave, Právnická fakulta

Katedra obchodného, finančného a hospodárskeho práva

Abstrakt

Príspevok analyzuje recentnú právnu úpravu inštitútu informovaného súhlasu, ako dôležitého aspektu práv účastníkov biomedicínskeho výskumu. Autorka sa zameriava na porovnanie požiadaviek na uplatnenie informovaného súhlasu v medzinárodnom a vnútroštátnom kontexte.

Kľúčové slová: *biomedicínsky výskum, informovaný súhlas, Dohovor o ochrane ľudských práv a dôstojnosti človeka v súvislosti s aplikáciou biológie a medicíny - Dohovor o ľudských právach a biomedicíne, Dodatkový protokol k Dohovoru o ľudských právach a biomedicíne, týkajúci sa biomedicínskeho výskumu, zákon o zdravotnej starostlivosti.*

Abstract

The paper analyzes the recent legislative regulation of the concept of informed consent as an important aspect of the rights of participants in biomedical research. The author focuses on the comparison of the requirements for the application of informed consent in international and national context.

Key words: *biomedical research, informed consent, the Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine - Convention on Human Rights and Biomedicine, Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine concerning Biomedical Research, Healthcare Act.*

1 ÚVOD

Medicína sa zahŕňa do takého odvetvia ľudskej činnosti, ktoré si kladie za cieľ záchranu života alebo aspoň zmiernenie zdravotných ťažkostí. Každý nový poznatok je však v určitom štádiu bádania potrebné overiť na človeku. V takomto prípade však vzniká rozpor medzi záujmom spoločnosti, prípadne chorobou postihnutého jednotlivca na novej medicínskej metóde alebo liečive a záujmom na ochrane života a zdravia osoby, ktorá by mala byť objektom tohto experimentu.[2]

[1] Tento článok vznikol vďaka podpore v rámci OP Výskum a vývoj pre dopytovo-orientovaný projekt: Univerzitný vedecký park Univerzity Komenského v Bratislave, ITMS 26240220086 spolufinancovaný zo zdrojov Európskeho fondu regionálneho rozvoja.

[2] VLČEK, R. – HRUBEŠOVÁ, Z. Zdravotnícke právo. Bratislava: EPOS, 2007, s. 176

Pre Slovenskú republiku je v tejto oblasti mimoriadne dôležitým Dohovor o ochrane ľudských práv a dôstojnosti človeka v súvislosti s aplikáciou biológie a medicíny - Dohovor o ľudských právach a biomedicíne (ďalej len „Dohovor[3]“), ktorý bol dňa 04.04. 1997 v Oviede otvorený na podpis pre členské štáty Rady Európy a členov Európskeho spoločenstva. Pre Slovenskú republiku nadobudol platnosť 1. 12. 1999, jeho prijatie bolo oznámené Ministerstvom zahraničných vecí Slovenskej republiky pod č. 40/2000 Z. z. K tomuto Dohovoru bol dňa 25.01. 2005 v Štrasburgu prijatý Dodatkový protokol k Dohovoru o ľudských právach a biomedicíne, týkajúci sa biomedicínskeho výskumu (ďalej len „Protokol“), ktorý pre Slovenskú republiku nadobudol platnosť 01.09. 2007. Ustanovenia článkov 1 až 32 tohto Protokolu sa považujú za dodatkové články Dohovoru a príslušne platia všetky ustanovenia Dohovoru. Dohovor má pre oblasť medicínskeho práva veľký význam aj z toho dôvodu, že Národná rada Slovenskej republiky ho svojím uznesením 1493/2005 zaradila v zmysle čl. 7 ods. 5 Ústavy Slovenskej republiky[4] medzi medzinárodné zmluvy majúce prednosť pred vnútroštátnymi zákonmi. Dohovor a jeho dodatky sú vzhľadom na ich právnu povahu významným formálnym prameňom medicínskeho práva.[5]

Medzi ustanovenia Dohovoru majúce kľúčový význam sa zaraďujú okrem iných najmä pravidlá o informovanom súhlase. Cieľom Dohovoru nebolo zachytenie celého predošlého vývoja v oblasti ľudských práv v zdravotníctve, ale len zavedenie určitých minimálnych štandardov, ktoré budú zaručené vo všetkých členských štátoch Rady Európy. Danému zodpovedá aj článok 27 Dohovoru, podľa ktorého sa žiadne z ustanovení Dohovoru nesmie vykladať ako obmedzujúce alebo inak ovplyvňujúce možnosti zmluvnej strany prijať v súvislosti s aplikáciou biológie a medicíny ďalšie ochranné opatrenia ako tie, ktoré sú uvedené v Dohovore, čo znamená, že jednotlivým štátom sa umožňuje obsah práv stanovených Dohovorom ľubovoľne rozšíriť. Napriek tomu by sa nemalo stať, že by niektorý štát interpretoval Dohovor spôsobom výrazne odlišným od ostatných členských štátov. Preto je nutné porovnať inštitút informovaného súhlasu vo vnútroštátnej úprave so znením Dohovoru (Protokolu).[6]

2 INFORMOVANÝ SÚHLAS – ANALÝZA A POROVNANIE V MEDZINÁRODNOM A VNÚTROŠTÁTNOM KOTEXTE

Článok 15 Dohovoru zakotvuje zásadu slobody vedeckého výskumu v oblasti biomedicíny a medicíny, ktorá je odôvodňovaná tak právom ľudstva na poznanie, ako aj skutočnosťou, že výsledky pokroku v tejto oblasti môžu priniesť mnoho pozitívneho vo vzťahu k zdraviu pacientov. Avšak ani sloboda vedeckého výskumu v danej oblasti nie je absolútna. Je obmedzovaná najmä základnými právami jednotlivcov vyjadrenými predovšetkým v ustanoveniach Dohovoru, osobitný význam má v tomto smere článok 1 Dohovoru, ktorý chráni integritu, dôstojnosť a identitu jednotlivcov.[7] Biomedicínsky výskum

[3] Dohovor vychádza z viacerých aj pre Slovenskú republiku záväzných medzinárodných dokumentov: Všeobecná deklarácia ľudských práv (1948), Dohovor o ochrane ľudských práv a základných slobôd (1950), Európska sociálna charta (1961), Medzinárodný pakt o občianskych a politických právach a Medzinárodný pakt o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach (1966), Dohovor o ochrane osobnosti vo vzťahu k automatizovanému spracovaniu osobných údajov (1981), Dohovor o právach dieťaťa (1989).

[4] zákon č. 460/1992 Zb. v znení neskorších predpisov

[5] HUMENÍK, I. Ochrana osobnosti a medicínske právo. Bratislava: EUROKÓDEX, s.r.o., 2011, s. 132,133, 135

[6] ŠUSTEK, P. – HOLČAPEK, T. Informovaný súhlas. Praha: ASPI, 2007, s. 199

[7] MACH, J. a kol. Zdravotnictví a právo. komentované předpisy. druhé, rozšírené a doplněné vydání. Praha: LexisNexis CZ, s.r.o. 2005, s. 25

zasahuje do základných ľudských práv účastníka tohto výskumu – s ohľadom na riziká vyplývajúce pre účastníka výskumu mu platná legislatíva priznáva určité práva týkajúce sa najmä informácii o výskume.

Inštitút **informovaného súhlasu** je predmetom úpravy Dohovoru, pričom patrí medzi ustanovenia s kľúčovým významom; tieto ustanovenie sa použijú bez ohľadu na to, či zákon alebo podzákonný predpis prípadne obsahuje odlišnú úpravu.[8]

V článku 5 Dohovoru je upravené všeobecné pravidlo poskytnutia súhlasu, ktoré stanovuje podmienku, aby akýkoľvek zákrok v oblasti zdravia sa uskutočnil len vtedy, ak osoba, ktorej sa týka, bola informovaná a so zásahom vyjadrila súhlas. Pred zákrokom musí byť osoba primerane informovaná o jeho účele a povahe, ako aj o následkoch a rizikách zákroku. Príslušná osoba môže svoj súhlas kedykoľvek slobodne zrušiť.

Z uvedeného ustanovenia vyplýva všeobecné pravidlo, podľa ktorého nikto nemôže byť nútený podstúpiť akýkoľvek zákrok, bez toho, aby k tomu dal súhlas. Človek preto musí mať možnosť slobodne dať alebo odmietnuť súhlas s akýmkoľvek zákrokom týkajúci sa jeho osoby. Sloboda súhlasu znamená, že súhlas môže byť kedykoľvek odvolaný, hneď ako bola dotyčná osoba plne informovaná o následkoch a jej rozhodnutie musí byť rešpektované. Informácie musia byť dostatočne jasné a vhodne formulované pre osobu, ktorá má zákrok podstúpiť. Pacient sa musí prostredníctvom výrazov, ktorým je schopný porozumieť, dostať do situácie, kedy je schopný zvážiť nutnosť a účelnosť zamýšľaného zákroku a metódy zákroku v porovnaní s rizikami a tiež nepohodlím či bolesťami, ktoré mu zákrok spôsobí. Súhlas pacienta sa považuje za slobodný a poučený, pokiaľ je daný na základe objektívnych informácií poskytnutých zodpovedným profesionálnym zdravotníckym pracovníkom ohľadom povahy a možných následkov plánovaného zákroku alebo jeho alternatív. V článku 5 Dohovoru sú uvedené najdôležitejšie aspekty informácie, ktorá má predchádzať zamýšľanému zákroku. Tento výpočet nie je úplny (taxatívny); poučený súhlas môže podľa okolností vyžadovať aj ďalšie prvky.[9]

Podrobnejšie upravuje náležitosti informovania a súhlasu pred výskumom Protokol v článku 13 a 14. Osobám, ktoré sú požiadané o účasť na výskumnom projekte, sa majú poskytnúť primerané informácie v zrozumiteľnej forme. Takéto informácie sa majú zadokumentovať. Informácie majú obsahovať účel, celkový plán a možné riziká a prospech, plynúce z výskumného projektu, a ich súčasťou je aj posudok etickej komisie. Predtým, ako dotknuté osoby požiadajú o súhlas s účasťou na projekte, majú byť v závislosti od charakteru a účelu výskumu primerane informované o

i. charaktere, rozsahu a trvaní príslušných postupov, najmä o podrobnostiach celej záťaže, ktorá bude spojená s výskumným projektom,
ii. dostupných preventívnych, diagnostických a liečebných postupoch,
iii. zabezpečení reagovania na nežiaduce príhody, resp. obavy účastníkov výskumu,
iv. tom, ako bude zabezpečené dodržiavanie súkromia a dôvernosti osobných údajov,
v. zabezpečení prístupu k informáciám vo vzťahu k účastníkovi, vyplývajúcim z výskumu, a k všeobecným výsledkom výskumu,
vi. zabezpečení spravodlivej náhrady v prípade vzniku škôd,
vii. všetkých predvídaných potenciálnych ďalších spôsoboch využitia výsledkov výskumu, údajov, resp. biologického materiálu vrátane komerčného využitia,
viii. zdroji financovania výskumného projektu.

[8] ŠUSTEK, P. – HOLČAPEK, T. Informovaný súhlas. Praha: ASPI, 2007, s. 199

[9] tamtiež s. 205

Osoby požiadané o účasť na výskumnom projekte majú byť navyše informované o právach a opatreniach, ktoré ustanovuje zákon na ich ochranu, a konkrétne o ich práve odmietnuť udelenie súhlasu, resp. kedykoľvek odvolať súhlas bez toho, aby sa stali objektom diskriminácie najmä s ohľadom na ich právo na lekársku starostlivosť. Protokol opätovne zdôrazňuje nevyhnutnosť informovaného, slobodného, výslovného, konkrétneho a zadokumentovaného súhlasu osôb pre ich účasťou na výskume, ako aj možnosť účastníkov výskumu tento súhlas slobodne vziať späť, a to v ktorejkoľvek etape výskumu. Odmietnutie udelenia súhlasu s účasťou na výskume nesmie viesť k žiadnej forme diskriminácie voči dotknutej osobe a späťvzatie súhlasu s účasťou na výskume nesmie viesť k žiadnej forme diskriminácie voči dotknutej osobe najmä s ohľadom na právo na lekársku starostlivosť. Protokol uvádza, že ak je spôsobilosť osoby na udelenie informovaného súhlasu pochybná, je potrebné zabezpečiť overenie, či takáto osoba túto spôsobilosť má, alebo nie.

Aj podľa zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o zdravotnej starostlivosti“) je zákonnou podmienkou účasti osoby na biomedicínskom výskume poskytnutie informovaného súhlasu. Všeobecné náležitosti poučenia a informovaného súhlasu sú obsiahnuté v § 6 tohto zákona. Ošetrujúci zdravotnícky pracovník je povinný poskytnúť poučenie zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť pre informovaný súhlas a primerane rozumovej a vôľovej vyspelosti a zdravotnému stavu osoby, ktorú má poučiť. Každý, kto má právo na poučenie, má aj právo poučenie odmietnuť, o odmietnutí poučenia sa urobí písomný záznam.

Na rozdiel od všeobecnej úpravy informovaného súhlasu, podmienkou v prípade účasti na biomedicínskom výskume je **písomný informovaný súhlas** po predchádzajúcom poučení. Takýto informovaný súhlas musí obsahovať dátum jeho udelenia a podpis budúceho účastníka biomedicínskeho výskumu alebo jeho zákonného zástupcu.

Poučenie predchádzajúce informovanému súhlasu musí zahŕňať informácie o

a) možnosti účastníka výskumu kedykoľvek informovaný súhlas odvolať aj bez uvedenia dôvodu,
b) účele, plánovanom postupe, rizikách, ktoré možno predpokladať, a očakávanom prínose tohto výskumu,
c) podstate, rozsahu a trvaní všetkých výkonov a postupov spojených s účasťou na tomto výskume, najmä takých, ktoré opisujú záťaž a riziká, ktoré možno predpokladať,
d) iných preventívnych, diagnostických a liečebných postupoch, ktoré sú k dispozícii,
e) opatreniach určených na riešenie nežiaducich fyzických alebo psychických reakcií, ktoré by sa mohli vyskytnúť u účastníka výskumu v súvislosti s týmto výskumom, alebo na riešenie otázok účastníkov výskumu, ktoré by mohli vzniknúť v jeho priebehu,
f) opatreniach na zabezpečenie rešpektovania súkromia a ochrany osobných údajov účastníka výskumu,
g) opatreniach na zabezpečenie využitia informácií o zdravotnom stave účastníka výskumu získaných v súvislosti s jeho účasťou na tomto výskume v záujme zlepšenia alebo zachovania jeho zdravia,
h) opatreniach na zabezpečenie primeranej kompenzácie v prípade poškodenia zdravia účastníka výskumu v súvislosti s jeho účasťou na tomto výskume,

i) predpokladanom využití výsledkov, údajov alebo biologických materiálov získaných počas tohto výskumu vrátane ich uvažovaného komerčného využitia,
j) stanovisku etickej komisie,
k) zdrojoch financovania tohto výskumu.

Odmietnutie účasti na biomedicínskom výskume, informovaný súhlas účastníka výskumu a jeho odvolanie nesmú nepriaznivo ovplyvniť poskytovanie zdravotnej starostlivosti a nesmú pre túto osobu znamenať iné nepriaznivé dôsledky zo strany zdravotníckych pracovníkov.

Vnútroštátna úprava reguluje aj okruh osob (subjektov), ktorým je príslušný ošetrujúci zdravotnícky pracovník povinný poskytnúť poučenie, a to:

a) osobu, ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť, alebo aj inú osobu, ktorú si táto osoba určila,
b) zákonného zástupcu, opatrovníka, poručníka, inú fyzickú osobu ako rodič, ktorá má maloleté dieťa zverené do osobnej starostlivosti, osobu, ktorá má dieťa v náhradnej osobnej starostlivosti, osobu, ktorá má dieťa v pestúnskej starostlivosti, osobu, ktorá má záujem stať sa pestúnom a má dieťa dočasne zverené do starostlivosti, budúceho osvojiteľa, osobu, ktorá má dieťa zverené podľa osobitných predpisov[10], alebo štatutárneho zástupcu zariadenia, v ktorom sa vykonáva rozhodnutie súdu o nariadení ústavnej starostlivosti alebo rozhodnutie súdu o uložení ochrannej výchovy[11] (ďalej len „**zákonný zástupca**“), ak osobou, ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť, je maloleté dieťa, osoba pozbavená spôsobilosti na právne úkony alebo osoba s obmedzenou spôsobilosťou na právne úkony (ďalej len „**osoba nespôsobilá dať informovaný súhlas**“) a vhodným spôsobom aj osobu nespôsobilú dať informovaný súhlas.

Osobitným spôsobom rieši tak medzinárodná, ako aj vnútroštátna úprava otázku získania súhlasu od **osôb nespôsobilých dať informovaný súhlas.** Podľa Dohovoru zákrok na osobe, ktorá nie je spôsobilá vyjadriť súhlas, sa vykoná iba v prípade, ak ide o jej priamy prospech. V prípade

- maloletého, ktorý podľa zákona nie je spôsobilý vyjadriť súhlas so zákrokom, sa môže zákrok vykonať jedine so súhlasom jeho zástupcu, inštitúcie alebo osoby, či orgánu ustanoveného zákonom. Názor maloletého sa bude brať vo zvyšujúcej miere do úvahy úmerne k jeho veku a stupňu zrelosti; podľa Dohovoru sa má názor maloletých pokladať za rozhodujúci faktor, ktorého význam vzrastá úmerne s ich vekom a stupňom vyspelosti. To znamená, že v určitých situáciách, keď sa berie do úvahy povaha a závažnosť zákroku, ako aj vek maloletého a jeho schopnosť chápať, má sa názoru maloletých vzrastajúcou mierou prisudzovať závažnosť pri konečnom rozhodovaní.[12]

- dospelej osoby, ktorá v zmysle zákona nie je spôsobilá vyjadriť súhlas vzhľadom na duševnú poruchu či chorobu, alebo podobné dôvody, zákrok sa môže vykonať len so súhlasom jej zástupcu, inštitúcie alebo osoby, či orgánu ustanoveného zákonom. Daná osoba sa podľa možnosti zúčastní pri rozhodovaní o vyslovení súhlasu.

---

[10] zákon č. 36/2005 Z. z. o rodine a o zmene a doplnení niektorých zákonov a § 75 a 75a zákona č. 99/1963 Zb. Občiansky súdny poriadok

[11] § 27 zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník

[12] ŠUSTEK, P. – HOLČAPEK, T. Informovaný súhlas. Praha: ASPI, 2007, s.207

Pretože účelom Dohovoru nie je zaviesť jediný systém pre celú Európu, ale chrániť osoby nespôsobilé dať svoj súhlas, ukázalo sa nevyhnutným, aby text Dohovoru obsahoval odkaz na vnútroštátny právny poriadok; je totiž na vnútroštátnej právnej úprave jednotlivých krajín, aby bolo zodpovedajúcim spôsobom stanovené, či je určitá osoba spôsobilá dať súhlas a aby zohľadňoval nutnosť zbavenia spôsobilosti k autonómnemu rozhodovaniu len tam, kde je to nevyhnutné v jej najlepšom záujme. V záujme ochrany základných ľudských práv a obzvlášť v záujme znemožnenia používania diskriminačných kritérií obsahuje Dohovor výpočet dôvodov, kedy je možné dospelú osobu podľa vnútroštátneho práva považovať za nespôsobilú dať súhlas, t.j. duševná porucha alebo choroba, alebo podobné dôvody. Výrazom „podobné dôvody" sa označujú situácie ako napríklad úrazy alebo stavy kómy, keď pacient nie je schopný formulovať alebo vyjadriť svoje priania. Pokiaľ bola dospelá osoba prehlásená za nespôsobilú dať súhlas, avšak v určitom okamžiku už netrpí zníženou duševnou schopnosťou (napríklad pretože v jej chorobe nastal priaznivý vývoj), musí podľa Dohovoru daj svoj súhlas sama.[13]

Dohovor ďalej ustanovuje, že zákonným zástupcom alebo inštitúcii, ktorých súhlas sa k realizácii zákroku požaduje, musia byť poskytnuté riadne informácie o následkoch zákroku a o riziku so zákrokom spojeným. Tieto subjekty môžu kedykoľvek svoj súhlas odvolať, ak tak urobia v záujme osoby, ktorá nie je spôsobilá dať svoj súhlas. Dohovor istým spôsobom stanovuje povinnosť lekára chrániť pacienta proti rozhodnutiam urobených osobou alebo orgánom (subjektov), od ktorých súhlas sa požaduje, pokiaľ tieto rozhodnutia nie sú v záujme pacienta; v tomto smere by mal vnútroštátny zákon upravovať náležité opravné postupy.[14]

V zákone o zdravotnej starostlivosti (§ 6 ods. 7) sú dané prípady riešené tým spôsobom, že ak zákonný zástupca odmietne dať informovaný súhlas, poskytovateľ môže dať návrh na súd, ak je to v záujme osoby nespôsobilej dať informovaný súhlas, ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť. V tomto prípade súhlas súdu s poskytnutím zdravotnej starostlivosti nahrádza informovaný súhlas zákonného zástupcu. Do rozhodnutia súdu možno vykonávať len také zdravotné výkony, ktoré sú nevyhnutné na záchranu života tejto osoby.

Vo vzťahu k <u>ochrane osôb s duševnou poruchou</u> Dohovor deklaruje, že s prihliadnutím na ochranné ustanovenia zákona vrátane dozoru, kontroly a odvolacieho konania môže byť osoba s ťažkou duševnou chorobou podrobená zákroku zameranému na liečbu duševnej poruchy bez jej súhlasu iba vtedy, ak by jej bez takej liečby hrozilo vážne poškodenie zdravia (takéto riziko existuje napríklad, keď osoba trpí samovražednými sklonmi a predstavuje tak nebezpečenstvo pre samú seba).

Protokol v článku 15 podrobnejšie rozoberá podmienky výskumu na osobách, ktoré nie sú spôsobilé na udelenie súhlasu s výskumom; takýto výskum možno vykonať, iba ak:

i. výsledky výskumu môžu priniesť skutočný a priamy zdravotný prospech danej osobe,
ii. výskum porovnateľnej účinnosti nemožno vykonať na osobách spôsobilých na udelenie súhlasu,
iii. osoba, ktorá sa podrobí výskumu, bola informovaná o svojich právach a zabezpečení ustanovených zákonom na jej ochranu, ak daná osoba nie je v stave, ktorý jej bráni takéto informácie prijať,
iv. zákonný zástupca alebo úrad, osoba alebo orgán ustanovený zákonom udelil potrebné povolenie konkrétne a v písomnej forme, po obdržaní informácií podľa článku 16 a so zohľadnením želaní alebo námietok vyjadrených danou osobou v minulosti. Dospelá

[13] tamtiež s. 206

[14] tamtiež s. 207,208.

osoba nespôsobilá na udelenie súhlasu sa musí zúčastniť na povoľovacom postupe v možnom rozsahu. Názor mladistvého sa vezme do úvahy ako určujúci faktor úmerne k veku a stupňu zrelosti,

v. dotknutá osoba nenamieta.

Ak výskum nemôže priniesť výsledky s priamym zdravotným prospechom pre dotknutú osobu, takýto výskum možno výnimočne a za predpokladu zabezpečení podmienok ustanovených zákonom povoliť s uplatnením podmienok ustanovených v bodoch ii), iii), iv) a za splnenia týchto doplnkových podmienok:

i. cieľom výskumu je prostredníctvom významne lepšieho vedeckého porozumenia stavu jednotlivca, jeho choroby alebo poruchy prispieť ku konečnému dosiahnutiu výsledkov, ktoré môžu priniesť prospech dotknutej osobe alebo osobám tej istej vekovej kategórie alebo postihnutým rovnakou chorobou alebo poruchou alebo ktoré sa nachádzajú v rovnakom stave,

ii. ak je výskum spojený s minimálnym rizikom a minimálnou záťažou pre dotknutého jednotlivca; a na ospravedlnenie zvýšenej úrovne rizika alebo záťaže sa nesmú použiť žiadne úvahy o dodatkovom možnom prospechu výskumu. Na účely Protokolu sa výskum považuje za spojený *s minimálnym rizikom*, ak s ohľadom na charakter a rozsah zásahu možno očakávať, že prinajhoršom bude viesť k veľmi miernemu a dočasnému negatívnemu vplyvu na zdravie dotknutej osoby. *Za spojený s minimálnou záťažou* sa považuje vtedy, ak možno očakávať, že nepohoda bude pre dotknutú osobu prinajhoršom dočasná a veľmi mierna. Pri hodnotení záťaže pre jednotlivca bude podľa okolností hodnotiť záťaž osoba, ktorá požíva osobitnú dôveru dotknutej osoby.

Námietky proti účasti, odmietnutie poskytnutia povolenia alebo späťvzatie povolenia na účasť na výskume nesmú viesť k žiadnej forme diskriminácie proti dotknutej osobe najmä s ohľadom na právo na lekársku starostlivosť.

Protokol napokon neopomenul ani na úpravu informácií pred povolením účasti na výskume: Primerané informácie sa v zrozumiteľnej forme majú poskytnúť tomu, kto je požiadaný o povolenie účasti osoby na výskumnom projekte, pričom tieto informácie sa zadokumentujú. Tieto informácie majú obsahovať: účel, celkový plán a možné riziká a prospech výskumného projektu a ich súčasťou bude posudok etickej komisie. Musia byť ďalej informovaní o právach a zabezpečení ustanovených zákonom na ochranu tých, ktorí sú nespôsobilí udeliť súhlas na výskum, a konkrétne o práve kedykoľvek povolenie odmietnuť alebo vziať späť bez toho, aby sa dotknutá osoba stala objektom diskriminácie v akejkoľvek forme najmä s ohľadom na právo na lekársku starostlivosť.

Informácie musia byť tiež poskytnuté dotknutému jednotlivcovi, ak táto osoba je v stave umožňujúcom tieto informácie prijať.

Zákon o zdravotnej starostlivosti upravuje podmienky na účasť osôb nespôsobilých dať informovaný súhlas prísnejšie než v ostatných prípadoch biomedicínskeho výskumu. <u>Výskum na základe zdravotnej indikácie</u> s účasťou osoby nespôsobilej dať informovaný súhlas možno vykonať len vtedy, ak

a) výskum s porovnateľnou efektívnosťou nemožno vykonať s účasťou osoby, ktorá je spôsobilá dať informovaný súhlas,

b) bola spôsobom primeraným svojmu zdravotnému stavu a svojim rozumovým schopnostiam informovaná o tomto výskume a o svojich právach a zákonných opatreniach na ich ochranu,

c) neprejavuje s účasťou na tomto výskume zrejmý nesúhlas vyjadrený spôsobom, ktorý zodpovedá možnostiam vyjadrenia vzhľadom na jej fyzický a psychický stav.

Výskum bez zdravotnej indikácie s účasťou osoby nespôsobilej dať informovaný súhlas možno výnimočne vykonať vtedy, ak sú okrem vyššie uvedených podmienok splnené aj tieto podmienky:

a) cieľom výskumu je dosiahnutie výsledkov, ktoré umožnia prospech pre iné osoby v rovnakom alebo v obdobnom stave, s rovnakou alebo obdobnou chorobou alebo postihnutím,
b) výskum predstavuje pre účastníka výskumu len
   1. riziko, ktoré podľa súčasného stavu vedeckého poznania predstavuje možnosť malého a krátko trvajúceho negatívneho vplyvu na zdravotný stav účastníka výskumu (ďalej len „zanedbateľné riziko“), alebo
   2. záťaž, pri ktorej miera nepohodlia účastníka výskumu je malá a trvá veľmi krátko (ďalej len „zanedbateľná záťaž“).

Biomedicínsky výskum s účasťou osoby nespôsobilej dať informovaný súhlas možno vykonať len na základe informovaného súhlasu zákonného zástupcu budúceho účastníka výskumu.

V článku 8 Dohovoru sú upravené **stavy núdze vyžadujúce neodkladné riešenia**. V naliehavých situáciách sa môžu lekári ocitnúť pred konfliktom dvoch povinností – povinnosťou poskytnúť ošetrenie a povinnosťou získať súhlas pacienta. Tento článok oprávňuje lekára v takýchto situáciách okamžite konať, bez čakania na získanie súhlasu od pacienta alebo od jeho zákonného zástupcu. Toto ustanovenie sa odchyľuje od všeobecného pravidla nevyhnutnosti získanie slobodného a informovaného súhlasu zakotveného v článku 5 Dohovoru, preto je spojené s určitými podmienkami:

- Po prvé je táto možnosť obmedzená len na stavy núdze, ktoré lekárovi znemožňujú získať riadny poučený súhlas. Tento článok sa vzťahuje tak pre osoby, ktoré sú spôsobilé dať súhlas, ako aj pre osoby nespôsobilé dať súhlas. Ako príklad by bolo možné uviesť situáciu pacienta v kóme, ktorý nie je schopný poskytnúť svoj súhlas alebo situáciu lekára, ktorý nie je schopný dostať sa do styku so zákonným zástupcom osoby nespôsobilej dať súhlas k neodkladnému zákroku.

- Po druhé je táto možnosť obmedzená výlučne na nevyhnutné liečebné zákroky, ktoré neznesú odklad. Vylúčené sú zákroky, ktorých odklad je prijateľný. Táto možnosť však nie je obmedzená len na život zachraňujúce zákroky.

- Napokon tento článok špecifikuje, že zákrok musí byť realizovaný pre priamy prospech dotknutej osoby.[15]

Zákon o zdravotnej starostlivosti informovaný súhlas nevyžaduje v prípade

a) neodkladnej starostlivosti, ak nemožno včas získať informovaný súhlas, ale ho možno predpokladať,
b) ochranného liečenia uloženého súdom podľa osobitného predpisu (zákona č. 300/2004 Z. z. Trestného zákona)
c) ústavnej starostlivosti, ak ide o osobu, ktorá šíri prenosnú chorobu, ktorá závažným spôsobom ohrozuje jej okolie, alebo

[15] ŠUSTEK, P. – HOLČAPEK, T. Informovaný súhlas. Praha: ASPI, 2007, s. 209,210

d) ambulantnej starostlivosti alebo ústavnej starostlivosti, ak ide o osobu, ktorá v dôsledku duševnej choroby alebo s príznakmi duševnej poruchy ohrozuje seba alebo svoje okolie, alebo ak hrozí vážne zhoršenie jej zdravotného stavu.

Článok 9 Dohovoru, ktorý zachytáva problematiku **skôr vyslovených prianí**, stanovuje, že u pacienta, ktorý v čase zákroku nie je v takom stave, že môže vyjadriť svoje prianie, treba prihliadať na prianie, ktoré vyslovil s vykonaním zákroku skôr.

Účelom tohto ustanovenia je, aby osoby, ktoré nie sú schopné dať právne relevantné stanovisko s ohľadom na aktuálny zdravotný stav, ktoré však už skôr vyslovili svoje platné stanovisko so zreteľom k predvídateľným situáciám, mohli vyjadriť svoj názor na zdravotný výkon – či už na jeho prevedenie alebo neprevedenie. Toto ustanovenie sa teda nezaoberá len naliehavými situáciami, ale tiež situáciami, keď človek predvídal, že by sa v budúcnosti mohol dostať do takého zdravotného stavu, v ktorom nebude schopný dať svoj platný súhlas alebo nesúhlas s určitým zdravotným výkonom, napríklad v prípade progresívnej choroby, ako je senilná demencia. Pokiaľ teda niekto už skôr vyjadril svoje prianie, je potrebné toto prianie v zásade rešpektovať. To však neznamená, že sa vopred vyslovené priania musia za všetkých okolností splniť. Pokiaľ boli napríklad priania vyjadrené dlho pred zákrokom a veda medzitým pokročila, môžu existovať dôvody, aby prianie pacienta nebolo splnené, pretože neohol predvídať pokrok lekárskej vedy. Lekár by si teda mal byť pokiaľ je to možné byť istý, že sa prianie pacienta týka súčasnej situácie, a že je stále platné aj s ohľadom na súčasný stav vedy a pokrok v medicíne.[16]

3 ZÁVER

Z uvedenej analýzy možno vyvodiť záver, že vnútroštátna úprava je v otázke poučenia a informovaného súhlasu osôb zúčastnených na biomedicínskom výskume rovnaká a súladná. Medzinárodná úprava však stanovuje, že súhlas za osobu nespôsobilú dať informovaný súhlas na výskum dáva zákonný zástupca alebo úrad, osoba alebo orgán ustanovený zákonom, no tiež vyžaduje, aby táto osoba nenamietala svoju účasť na výskume. Otázka „nenamietania“ účasti môže byť v aplikačnej praxi značným problémom hlavne v prípade účastníkov trpiacich psychickými ochoreniami, alebo ťažkou retardáciou. Protokol takisto ako podmienku platného súhlasu udeleného namiesto účastníka výskumu uvádza, že účastník v minulosti nevyslovil nesúhlas so svojou účasťou na výskume (prichádza do úvahy jedine pri osobách trpiacich psychickým ochorením). Zohľadnenie predošlých želaní, resp. námietok nespôsobilého účastníka národná úprava neobsahuje.[17]

Použitá literatúra:

1. Dohovor o ochrane ľudských práv a dôstojnosti človeka v súvislosti s aplikáciou biológie a medicíny - Dohovor o ľudských právach a biomedicíne
2. Dodatkový protokol k Dohovoru o ľudských právach a biomedicíne, týkajúci sa biomedicínskeho výskumu
3. zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov
4. HUMENÍK, I. Ochrana osobnosti a medicínske právo. Bratislava: EUROKÓDEX, s.r.o., 2011, 288 s. ISBN: 978-80-89447-58-9

[16] MACH, J. a kol. Zdravotníctví a právo. komentované předpisy. druhé, rozšírené a doplněné vydání. Praha: LexisNexis CZ, s.r.o. 2005, s. 19

[17] HUMENÍK,I. BIOMEDICÍNSKY VÝSKUM – POJEM, PODMIENKY JEHO REALIZOVANIA A OCHRANA JEHO ÚČASTNÍKOV. In: http://www.pravo-medicina.sk/aktuality/6/biomedicinsky-vyskum--pojem-podmienky-jeho-realizovania-a-ochrana-jeho-ucastnikov videné dňa 16.1.2015

5. HUMENÍK,I. BIOMEDICÍNSKY VÝSKUM – POJEM, PODMIENKY JEHO REALIZOVANIA A OCHRANA JEHO ÚČASTNÍKOV. In: http://www.pravo-medicina.sk/aktuality/6/biomedicinsky-vyskum--pojem-podmienky-jeho-realizovania-a-ochrana-jeho-ucastnikov videné dňa 16.1.2015
6. MACH, J. a kol. Zdravotnictví a právo. komentované předpisy. druhé, rozšírené a doplněné vydání. Praha: LexisNexis CZ, s.r.o. 2005, 455 s. ISBN: 80-86199-93-2
7. ŠUSTEK, P. – HOLČAPEK, T. Informovaný súhlas. Praha: ASPI, 2007, 260 s. ISBN: 978-80-7357-268-6

Kontakt – e-mail: zuzana.kiselyova@flaw.uniba.sk

Tento článok vznikol vďaka podpore v rámci OP Výskum a vývoj pre dopytovo-orientovaný projekt: Univerzitný vedecký park Univerzity Komenského v Bratislave, ITMS 26240220086 spolufinancovaný zo zdrojov Európskeho fondu regionálneho rozvoja.

Podporujeme výskumné aktivity na Slovensku/

Projekt je spolufinancovaný zo zdrojov EÚ

MINISTERSTVO ŠKOLSTVA, VEDY, VÝSKUMU A ŠPORTU SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Európska únia
Európsky fond regionálneho rozvoja

This contribution/publication is the result of the project implementation: Comenius University in Bratislava Science Park supported by the Research and Development Operational Programme funded by the ERDF

Grant number : ITMS 26240220086.

Podporujeme výskumné aktivity na Slovensku/

Projekt je spolufinancovaný zo zdrojov EÚ

MINISTERSTVO ŠKOLSTVA, VEDY, VÝSKUMU A ŠPORTU SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Európska únia
Európsky fond regionálneho rozvoja

OSOBNÝ ROZSAH ZDRAVOTNÉHO POISTENIA

Ján MATLÁK[1]

Univerzita Komenského v Bratislave, Právnická fakulta

Katedra pracovného práva a práva sociálneho zabezpečenia

Abstrakt

V rámci sociálno-poisťovacích právnych vzťahov osobitné miesto zaujíma zdravotné poistenie. Platná právna úprava rozlišuje dva druhy zdravotného poistenia, a to povinné verejné zdravotné poistenie a individuálne zdravotné poistenie. Povinné verejné zdravotné poistenie vzniká u taxatívne vymedzeného okruhu subjektov zo zákona (ex lege), pričom tieto subjekty tvoria osobný rozsah zdravotného poistenia.

Kľúčové slová: *verejné zdravotné poistenie, osobný rozsah, zdravotná starostlivosť, nezaopatrené dieťa*

Abstract

The health insurance occupies a special place within the social insurance legal relations. The valid legislation distinguishes two types of health insurance, the compulsory health insurance and the individual health insurance. The compulsory health insurance by exhaustively specified subjects arises from the law (ex lege), and these entities constitute the personal scope of health insurance.

Key words: *public health insurance, personal scope, healthcare, dependent child*

ÚVOD

V rámci práva sociálneho zabezpečenia osobitný význam má poisťovací systém, nakoľko vývoj právnej úpravy z hľadiska zabezpečovaných osôb smeruje k sociálno-poisťovacím vzťahom. Poisťovací systém a spoluúčasť občanov na jeho financovaní je výsledkom snahy oslabovania štátneho paternalizmu, ktorý viedol k pasívnej úlohe jednotlivca a zabraňoval mu v zodpovednosti za svoju vlastnú budúcnosť. Poisťovací systém je povinný systém, v rámci ktorého sa fyzická osoba alebo iný subjekt určitú fyzickú osobu zabezpečuje pre prípad nepriaznivej sociálnej udalosti. Popri povinnom poisťovacom systéme existuje aj možnosť poistenia, ktoré má dobrovoľnú povahu. V rámci poisťovacieho systému

---

[1] Doc. JUDr. Ján Matlák, CSc., Katedra pracovného práva a práva sociálneho zabezpečenia, Univerzita Komenského v Bratislave, Právnická fakulta,

Vedecký článok bol spracovaný v rámci riešenia projektu VEGA č. 1/0935/12 „Právno-ekonomické aspekty dlhodobej nezamestnanosti v Slovenskej republike“.

ide o právne vzťahy, ktoré tvoria komplex práv a povinností medzi nositeľmi poistenia a poistenými, čo osobitne platí pre zdravotné poistenie. Aj v rámci zdravotného poistenia sa fyzická osoba preventívne poisťuje pre prípad poskytnutia zdravotnej starostlivosti, vrátane liekov, zdravotníckych pomôcok, resp. služieb súvisiacich s poskytnutím zdravotnej starostlivosti.

1 ZDRAVOTNÉ POISTENIE

Pre zdravotné poistenie ako aj pre ostatné sociálno-poisťovacie právne vzťahy významným medzníkom je rok 1993. V tomto roku nadobudol účinnosť zákon NR SR č. 7/1993 Z. z. o zriadení Národnej poisťovne a o financovaní zdravotného poistenia, nemocenského poistenia a dôchodkového poistenia a zákon NR SR č. 10/1993 Z. z. o Fonde zamestnanosti SR a o zmene a doplnení niektorých ďalších zákonov. Týmito zákonmi sa v Slovenskej republike zaviedol poisťovací systém a okrem iného sa začal upravovať aj osobný rozsah jednotlivých sociálno-poisťovacích vzťahov.

O dva roky neskôr, v roku 1995, nadobudol účinnosť zákon NR SR č. 273/1994 Z. z. o zdravotnom poistení, financovaní zdravotného poistenia, o zriadení Všeobecnej zdravotnej poisťovne a o zriaďovaní rezortných, odvetvových, podnikových a občianskych zdravotných poisťovní. Týmto zákonom bola zriadená Všeobecná zdravotná poisťovňa a položené právne základy pre zriadenie ďalších zdravotných poisťovní.[2] Postavenie zdravotného poistenia v súčasnom období upravuje zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o zdravotnom poistení“), ktorý nadobudol účinnosť 1. januára 2005.

Zatiaľ čo predchádzajúca právna úprava vymedzovala zdravotné poistenie iba ako povinné poistenie, platná právna úprava rozlišuje dva druhy zdravotného poistenia, a to povinné verejné zdravotné poistenie a individuálne zdravotné poistenie. Diskutabilnou je otázka, či bolo adekvátne v období od 1. septembra 2005 do 30. apríla 2010 deliť verejné zdravotné poistenie na povinné verejné zdravotné poistenie a dobrovoľné verejné zdravotné poistenie. Odpoveď dáva jedna z noviel zákona o zdravotnom poistení, ktorá dobrovoľné verejné zdravotné poistenie zrušila a osoby, ktoré boli do 1. mája 2010 dobrovoľne verejne zdravotne poistené, boli povinné do 15. mája 2010 vrátiť preukaz poistenca a európsky preukaz, ak ich mali vydané, a to zdravotnej poisťovni, ktorá bola ich príslušnou zdravotnou poisťovňou.

Pokiaľ ide o individuálne (dobrovoľné) zdravotné poistenie, toto dáva fyzickým osobám možnosť využiť doplnkové formy tohto poistenia a vzniká na základe prejavu vôle subjektov. Ide o zmluvný vzťah, ktorým sa zakladá dobrovoľné (fakultatívne) zdravotné poistenie.

Povinné verejné zdravotné poistenie vzniká zo zákona (ex lege) a k jeho vzniku sa nevyžaduje prejav vôle subjektu. Ide o zdravotné poistenie, ktoré je povinným (obligatórnym) poistením a vzniká u taxatívne vymedzeného okruhu subjektov. Táto forma poistenia je prioritná a uplatňuje sa ňou princíp obligatórnosti poisťovacieho systému. Jednotlivé subjekty musia byť zdravotne poistené v niektorej zdravotnej poisťovni. Z tohto pohľadu u nás platí princíp

---

[2] V súčasnom období v SR pôsobia tri zdravotné poisťovne:

Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

Dôvera, zdravotná poisťovňa, a.s.

Union zdravotná poisťovňa, a.s.

plurality poisťovacích inštitúcií. Pluralita to je konkurencia a tá by mala znamenať skvalitnenie poskytovaných služieb. Zrušenie tejto plurality je často medializovanou a veľmi diskutovanou otázkou. Domnievame sa, že pri zachovaní plurality zo strany jednotlivých zdravotných poisťovní je potrebné pružnejšie reagovať na požiadavky poistencov, lekárov a zdravotníckych zariadení, aby tieto subjekty mali motiváciu na výber, resp. zmenu zdravotnej poisťovne.

V rámci povinného verejného zdravotného poistenia má poistenec nárok na úhradu zdravotnej starostlivosti v určitom rozsahu, a to buď v plnom alebo v čiastočnom.[3] Za určitých podmienok poistenec môže mať nárok iba na úhradu neodkladnej zdravotnej starostlivosti.[4]

2 OSOBNÝ ROZSAH VEREJNÉHO ZDRAVOTNÉHO POISTENIA

Zákon o zdravotnom poistení taxatívne vymedzuje subjekty, ktoré tvoria osobný rozsah povinného verejného zdravotného poistenia. Osobný rozsah verejného zdravotného poistenia neznamená vymedzenie subjektov, ktoré platia poistné na zdravotné poistenie, resp. účastníkov verejného zdravotného poistenia, ale vymedzuje okruh subjektov, ktoré sú verejne zdravotne poistené. To znamená, že určité subjekty sú účastníkmi tohto poistenia, sú povinné platiť aj poistné a nie sú zahrnuté do osobného rozsahu povinného verejného zdravotného poistenia ako napr. zamestnávateľ alebo štát.

Základným predpokladom pre existenciu poistného vzťahu v rámci povinného verejného zdravotného poistenia je trvalý pobyt fyzickej osoby na území Slovenskej republiky s výnimkou osôb taxatívne vymenovaných. Ide o fyzické osoby, ktoré síce na území Slovenskej republiky majú trvalý pobyt, ale v prípadoch taxatívne vymenovaných sú zdravotne poistené v cudzine a to na území štátu, v ktorom vykonávajú činnosť zamestnanca. Ide o prípady, ak fyzická osoba je zamestnaná u zamestnávateľa, ktorý nemá sídlo na území Slovenskej republiky, pričom v tomto prípade nie je rozhodujúca dĺžka tohto obdobia, t. j. bez ohľadu na to, či fyzická osoba je zamestnaná u tohto zamestnávateľa jeden deň alebo niekoľko rokov. Inak je ustanovená podmienka pokiaľ ide o fyzickú osobu, ktorá je zamestnaná v služobnom úrade alebo v jeho príspevkovej organizácii a je ním služobne vyslaná na plnenie úloh v cudzine, pričom v tomto prípade je ustanovená podmienka, že musí ísť o vyslanie na čas dlhší ako šesť po sebe nasledujúcich mesiacov. Od 1. januára 2006 táto podmienka účasti na zdravotnom poistení sa vzťahuje aj na manžela a deti zamestnanca služobného úradu alebo jeho príspevkovej organizácie. Pokiaľ ide o tento okruh subjektov, t. j. o subjekty, ktoré majú

[3] Rozsah zdravotnej starostlivosti upravuje zákon č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti

[4] Neodkladnú zdravotnú starostlivosť vymedzuje § 2 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, o službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Podľa tohto ustanovenia neodkladná zdravotná starostlivosť je zdravotná starostlivosť poskytnutá osobe na základe náhlej zmeny jej zdravotného stavu, ktorá bezprostredne ohrozuje jej život, môže vážne ohroziť jej zdravie, spôsobuje jej náhlu a neznesiteľnú bolesť alebo spôsobuje náhle zmeny jej správania a konania, pod vplyvom ktorých bezprostredne ohrozuje seba alebo svoje okolie. Na roveň neodkladnej zdravotnej starostlivosti sa kladie aj zdravotná starostlivosť poskytovaná pri pôrode ako aj neodkladná preprava osoby do zdravotníckeho zariadenia, neodkladná preprava medzi zdravotníckymi zariadeniami a neodkladná preprava darcov orgánov, tkanív a buniek určených na transplantáciu, ktorú vykonávajú poskytovatelia záchrannej zdravotnej služby.

trvalý pobyt na území Slovenskej republiky, ale nie sú verejne zdravotne poistené, tento sa, a to úplne logicky, od 1. septembra 2005 rozšíril aj o samostatne zárobkovo činné osoby a to za podmienok, ak tieto vykonávajú samostatnú zárobkovú činnosť v cudzine a sú tam aj zdravotne poistené.

Verejne zdravotne poistená nie je ani fyzická osoba, ktorá má na území Slovenskej republiky trvalý pobyt, ale z akéhokoľvek dôvodu sa dlhodobo zdržiava v cudzine. Pojem dlhodobo na tieto účely, na rozdiel od tohto pojmu na účely sociálneho poistenia, štátnej sociálnej podpory, sociálnej pomoci ako aj na účely pracovnoprávne[5], treba rozumieť dlhšie ako šesť po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov. Podmienkou pre neúčasť na verejnom zdravotnom poistení je skutočnosť, že táto osoba je zdravotne poistená v cudzine[6] a na území Slovenskej republiky nie je zamestnaná a ani nevykonáva samostatnú zárobkovú činnosť.

Pozitívne treba hodnotiť legislatívnu úpravu, na základe ktorej sa od 1. októbra 2013, okruh subjektov, ktoré majú trvalý pobyt na území Slovenskej republiky, ale nie sú povinne verejne zdravotne poistené, rozšíril o nezaopatrených rodinných príslušníkov osoby, ktorá podlieha právnym predpisom iného členského štátu, pričom toto ustanovenie taxatívne vymedzuje tento okruh subjektov. Za takého nezaopatreného rodinného príslušníka sa považuje nezaopatrené dieťa, manžel alebo manželka, ktorá je poberateľom rodičovského príspevku alebo ktorá sa osobne celodenne a riadne stará o dieťa vo veku do šiestich rokov, manžel alebo manželka, ktorá nevykonáva zárobkovú činnosť[7], je vedená v evidencii uchádzačov o zamestnanie a nepoberá dávku v nezamestnanosti dosiahla dôchodkový vek a nevznikol jej nárok na dôchodok, je invalidná a nevznikol jej nárok na invalidný dôchodok a nie je poistencom štátu.

Aj keď jednou zo základných podmienok pre účasť na povinnom verejnom zdravotnom poistení, okrem výnimiek, je trvalý pobyt tejto osoby na území Slovenskej republiky, povinne verejne zdravotne poistené sú aj fyzické osoby, ktoré síce na území Slovenskej republiky nemajú trvalý pobyt, ale ide o subjekty, ktorých postavenie odôvodňuje povinnú účasť na verejnom zdravotnom poistení. Všetky tieto okruhy subjektov, aj keď nemajú trvalý pobyt na území Slovenskej republiky, sú účastníkmi povinného verejného zdravotného poistenia, ale iba v prípade, ak nie sú zdravotne poistené v inom členskom štáte Európskej únie a ani v zmluvnom štáte na základe Dohody o Európskom hospodárskom priestore a ani vo Švajčiarskej federácii. Táto podmienka v období prvých ôsmych mesiacov od účinnosti zákona o zdravotnom poistení absentovala, čo v aplikačnej praxi vyvolávalo viaceré problémy a nejasnosti.

---

[5] Na účely sociálneho poistenia, štátnej sociálnej podpory, sociálnej pomoci ako aj na účely pracovnoprávne pojem dlhodobo treba rozumieť dlhšie ako jeden rok.

[6] Podľa § 3 ods.5 zákona o zdravotnom poistení zdravotným poistením v cudzine sa rozumie systém zdravotného poistenia financovaný prostredníctvom odvodov na zdravotné poistenie alebo daňového systému príslušného štátu alebo komerčné zdravotné poistenie ustanovené legislatívou príslušného členského štátu; v prípade štátov, ktoré nie sú členskými štátmi, sa týmto pojmom rozumie aj komerčné poistenie liečebných nákladov.

[7] Zárobkovou činnosťou sa rozumie činnosť, ktorá zakladá právo na príjem

- zo závislej činnosti, okrem príjmov z dohody o brigádnickej práci študentov, dohody o vykonaní práce poberateľov výsluhového dôchodku z výsluhového zabezpečenia policajtov a vojakov, ak dovŕšili dôchodkový vek podľa osobitného predpisu, poberateľov invalidného výsluhového dôchodku z výsluhového zabezpečenia policajtov a vojakov, poberateľov starobného dôchodku alebo poberateľov invalidného dôchodku, dohody o pracovnej činnosti poberateľov výsluhového dôchodku z výsluhového zabezpečenia policajtov a vojakov, ak dovŕšili dôchodkový vek podľa osobitného predpisu, poberateľov invalidného výsluhového dôchodku z výsluhového zabezpečenia policajtov a vojakov, poberateľov starobného dôchodku alebo poberateľov invalidného dôchodku, odchodného, výsluhového príspevku alebo rekreačnej starostlivosti podľa osobitného predpisu,
- z podnikania a z inej samostatnej zárobkovej činnosti okrem príjmu z výkonu činnosti osobného asistenta.

Ide o osobu, ktorá na území Slovenskej republiky nemá trvalý pobyt, ale je zamestnaná u zamestnávateľa, ktorý má sídlo alebo stálu prevádzkareň na území Slovenskej republiky alebo je organizačnou zložkou podniku zahraničnej osoby na území Slovenskej republiky. Táto výnimka sa nevzťahuje na osobu, ak je zamestnaná v Slovenskej republike u zamestnávateľa, ktorý požíva diplomatické výsady a imunity podľa medzinárodného práva alebo u zamestnávateľa na základe niektorej z dohôd o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru (dohoda o vykonaní práce, dohoda o pracovnej činnosti, dohoda o brigádnickej práci študentov), okrem prípadov, ak sa na takúto osobu vzťahujú osobitné predpisy alebo medzinárodná zmluva.

Verejne zdravotne poistená je aj fyzická osoba, ktorá na území Slovenskej republiky nemá trvalý pobyt, ale vykonáva alebo má oprávnenie vykonávať na tomto území samostatnú zárobkovú činnosť, je azylant, je študent z iného členského štátu alebo zahraničný študent študujúci na škole v Slovenskej republike na základe medzinárodnej zmluvy, ktorou je Slovenská republika viazaná, alebo žiak alebo študent, ktorý je Slovákom žijúcim v zahraničí4a) a zároveň študuje na škole v Slovenskej republike, je maloletý cudzinec, ktorý sa zdržiava na území Slovenskej republiky bez zákonného zástupcu alebo fyzickej osoby zodpovednej za jeho výchovu a poskytuje sa mu starostlivosť v zariadení, v ktorom je umiestnený na základe rozhodnutia súdu, je cudzinec zaistený na území Slovenskej republiky, je vo väzbe alebo vo výkone trestu odňatia slobody. Tento okruh subjektov sa od 1. mája 2010 rozšíril o nezaopatreného rodinného príslušníka, u ktorého sa vyžaduje splnenie podmienky, že sa poistencovi narodil v inom členskom štáte. Za rodinného príslušníka na tieto účely sa považuje neplnoleté dieťa, ako aj plnoleté dieťa, ktoré má charakter nezaopatreného dieťaťa. S účinnosťou od 1. októbra 2013 sa tento okruh subjektov rozšíril o fyzickú osobu, ktorá nemá trvalý pobyt **v** Slovenskej republike, ak nie je zdravotne poistená **v** cudzine a poberá niektorý z taxatívne vymedzených dôchodkov[8] a zároveň nie je povinne verejne zdravotne poistená **v** Slovenskej republike **z** dôvodu výkonu zárobkovej činnosti , ak to vyplýva **z** medzinárodných zmlúv a dohôd, ktorými je Slovenská republika viazaná. Účasť na povinnom verejnom zdravotnom poistení je vylúčená, ak takáto fyzická osoba má trvalý pobyt **v** cudzine okrem členských štátov a je poistená na úhradu liečebných nákladov počas pobytu **v** Slovenskej republike.

Od 1. januára 2011 sa rozšírilo negatívne vymedzenie osobného rozsahu verejného zdravotného poistenia, a to tak, že takto poistená nie je ani fyzická osoba, ktorá nemá trvalý pobyt na území Slovenskej republiky, ale je zdravotne poistená v cudzine, okrem členských štátov, a vykonáva u zamestnávateľa, ktorý má sídlo v Slovenskej republike, činnosť konateľa spoločnosti s ručením obmedzeným, činnosť člena štatutárneho orgánu, člena správnej rady, člena dozornej rady, člena kontrolnej komisie a člena iného samosprávneho orgánu právnickej osoby alebo činnosť spoločníka spoločnosti s ručením obmedzeným, komanditistu komanditnej spoločnosti alebo člena družstva. Tým, že táto osoba nepatrí do osobného rozsahu verejného zdravotného poistenia, nemá nárok na úhradu zdravotnej starostlivosti v rozsahu ustanovenom zákonom č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Týmto ustanovením sa vylúčili z osobného rozsahu povinného verejného zdravotného poistenia „štatutári“ a ďalší členovia pochádzajúci z iného ako členského štátu, napr. z USA, Austrálie, Ruska, čím im nevzniká oznamovacia povinnosť.

[8] Podľa § 3 ods.4 zákona o zdravotnom poistení ide výlučne o dôchodok zo Slovenskej republiky a to: starobný dôchodok, invalidný dôchodok, vdovský dôchodok, vdovecký dôchodok, sirotský dôchodok alebo výsluhový dôchodok a dovŕšila dôchodkový vek, invalidný výsluhový dôchodok, vdovský výsluhový dôchodok, vdovecký výsluhový dôchodok alebo sirotský výsluhový dôchodok z výsluhového zabezpečenia policajtov a vojakov.

Vychádzajúc zo zákona o zdravotnom poistení, fyzická osoba, ktorá má trvalý pobyt na území Slovenskej republiky, je účastníčkou povinného verejného zdravotného poistenia od narodenia až do smrti, resp. do vyhlásenia tejto osoby za mŕtvu. Týmto sa podstatne odlišuje účasť na poisťovacom systéme v rámci povinného verejného zdravotného poistenia od účasti na poisťovacom systéme v rámci sociálneho poistenia. V rámci sociálneho poistenia môžu byť prípady, keď fyzická osoba z rôznych dôvodov nie je, a to niekedy aj po celý život, zúčastnená napr. na nemocenskom poistení, dôchodkovom poistení alebo na poistení v nezamestnanosti.

Vznik a zánik povinného verejného zdravotného poistenia veľmi úzko súvisí s jeho osobným rozsahom a právne skutočnosti, ktoré ovplyvňujú tento vznik alebo zánik, majú osobitný význam z hľadiska vymedzenia doby trvania účasti poistencov na povinnom verejnom zdravotnom poistení, a teda aj osobitný význam so súvisiacimi právami a povinnosťami (napr. právo poistenca na úhradu zdravotnej starostlivosti, právo poistenca na výber zdravotnej poisťovne, povinnosť poistenca podať prihlášku na verejné zdravotné poistenie, povinnosť poistenca platiť poistné, resp. preddavok na poistné).

Subjekty, ktoré patria do osobného rozsahu povinného verejného zdravotného poistenia sú povinné platiť poistné. Okruh subjektov povinných platiť poistné na povinné verejné zdravotné poistenie je však širší a medzi týchto platiteľov patrí: zamestnanec,[9] samostatne zárobkovo činná osoba,[10] zamestnávateľ, štát, platiteľ dividend ako aj osoba, ktorá nie je zamestnancom, samostatne zárobkovo činnou osobou alebo osobou, za ktorú platí poistné štát.

Na rozdiel od zákona o sociálnom poistení, kde účasť štátu pri platení poistného je minimálna[11], zákon o zdravotnom poistení vymedzuje oveľa širší okruh subjektov, za ktorých platí poistné na povinné verejné zdravotné poistenie štát. Osobitnú skupinu, za ktorú poistné platí štát, tvoria nezaopatrené deti. V práve sociálneho zabezpečenia je viacero vymedzení pojmu nezaopatrené dieťa (napr. iné vymedzenie pojmu nezaopatrené dieťa je na účely systému štátnej sociálnej podpory a systému sociálnej pomoci), čo v praxi vyvoláva viacero nejasností a problémov. Na účely povinného verejného zdravotného poistenia za nezaopatrené dieťa sa považuje dieťa v zmysle zákona o sociálnom poistení.

---

[9] Za zamestnanca sa považuje fyzická osoba, ktorá vykonáva zárobkovú činnosť a má nárok na príjem zo závislej činnosti okrem príjmov z dohody o brigádnickej práci študentov, dohody o vykonaní práce poberateľov výsluhového dôchodku z výsluhového zabezpečenia policajtov a vojakov, ak dovŕšili dôchodkový vek, poberateľov invalidného výsluhového dôchodku z výsluhového zabezpečenia policajtov a vojakov, poberateľov starobného dôchodku alebo poberateľov invalidného dôchodku a dohody o pracovnej činnosti poberateľov výsluhového dôchodku z výsluhového zabezpečenia policajtov a vojakov, ak dovŕšili dôchodkový vek, poberateľov invalidného výsluhového dôchodku z výsluhového zabezpečenia policajtov a vojakov, poberateľov starobného dôchodku alebo poberateľov invalidného dôchodku.

Pri absencii príjmu zo závislej činnosti v kalendárnom mesiaci náhrady príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti, nemocenského, ošetrovného alebo materského sa fyzická osoba nepovažuje za zamestnanca a z tohto titulu neplatí poistné na verejné zdravotné poistenie.

[10] Samostatne zárobkovo činná osoba podľa zákona o zdravotnom poistení je fyzická osoba, ktorá dovŕšila 18 rokov veku a ktorá je oprávnená na výkon alebo na prevádzkovanie zárobkovej činnosti, alebo má príjem z tejto činnosti.

[11] Podľa zákona o sociálnom poistení štát platí poistné iba na dôchodkové poistenie a to za taxatívne vymedzené subjekty podľa § 15 ods.1 písm. c) až e).

3 NEZAOAPATRENÉ DIEŤA

Nezaopatrené dieťa na účely zákona o sociálnom poistení, a teda aj na účely zákona o zdravotnom poistení je dieťa do skončenia povinnej školskej dochádzky, t. j. každé dieťa od narodenia do skončenia povinnej školskej dochádzky. Prípadné zanedbávanie plnenia povinnej školskej dochádzky nemá vplyv na nezaopatrenosť dieťaťa.

Po skončení povinnej školskej dochádzky sa považuje dieťa za nezaopatrené, ale najdlhšie do dovŕšenia 26 rokov veku, ak sa sústavne pripravuje na povolanie, pre chorobu a stav, ktoré si vyžadujú osobitnú starostlivosť, sa nemôže pripravovať na povolanie alebo nemôže vykonávať zárobkovú činnosť alebo pre dlhodobo nepriaznivý zdravotný stav je neschopné sa sústavne pripravovať na povolanie alebo vykonávať zárobkovú činnosť.

Sústavnou prípravou na budúce povolanie sa na tieto účely považuje štúdium na strednej škole po skončení povinnej školskej dochádzky alebo štúdium na vysokej škole do získania vysokoškolského vzdelania druhého stupňa. Z uvedeného vyplýva, že dieťa sa považuje za nezaopatrené bez ohľadu na to, akou formou študuje na strednej alebo vysokej škole, t. j. či ide o dennú formu alebo formu popri zamestnaní, resp. externú formu štúdia, avšak maximálne do 26 rokov veku.

Pokiaľ ide o negatívne vymedzenie pojmu nezaopatrené dieťa za takéto sa nepovažuje dieťa, aj keď sa sústavne pripravuje na povolanie, ale už získalo vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa a bol mu priznaný akademický titul alebo je poberateľom invalidného dôchodku priznaného z dôvodu poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o viac ako 70 %.

Pojem nezaopatrené dieťa na účely povinného verejného zdravotného poistenia prešiel od účinnosti zákona o zdravotnom poistení, t. j. od 1. januára 2005 viacerými legislatívnymi úpravami. Vzhľadom na to, že každá z týchto úprav znamenala zásadnú zmenu v chápaní nezaopatrenosti dieťaťa, možno konštatovať, že aj zákonodarca v tomto smere nemal a možno ani nemá jasnú predstavu. Okruh nezaopatrených detí na účely zdravotného poistenia bol na rozdiel od zákona o sociálnom poistení rozšírený aj o fyzické osoby, a to bez ohľadu na vek, ak študujú dennou formou na vysokej škole. Z uvedeného vyplýva, že aj osoby staršie ako 26 rokov boli na účely povinného verejného zdravotného poistenia postavené na roveň nezaopatrených detí, avšak za podmienky, že študovali dennou formou. V tomto prípade bola ustanovená podmienka, že takáto osoba ešte nezískala vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa a nebol jej priznaný akademický titul. Ďalšou podmienkou bolo, že štúdium podľa študijného programu nepresiahlo štandardnú dĺžku.

Ak na roveň nezaopatreného dieťaťa sa kládli osoby po 26 roku veku bez ohľadu na vek, paradoxne od 1. 1. 2011 sa takéto fyzické osoby na účely zdravotného poistenia nepovažovali za nezaopatrené dieťa, a to bez ohľadu na formu štúdia, t. j. za nich neplatil poistné na verejné zdravotné poistenie štát. Za nezaopatrené dieťa sa považovalo iba dieťa podľa zákona o sociálnom poistení, ako aj fyzická osoba maximálne do dovŕšenia 26 roku veku, ktorá študovala na prvej vysokej škole, a to iba dennou formou, najdlhšie do získania vysokoškolského vzdelania druhého stupňa. Podmienkou pritom bolo, že štúdium nepresiahlo štandardnú dĺžku. Táto právna úprava vyvolala zo strany niektorých študentov nespokojnosť, a to oprávnene, a od 1. mája 2011 sa za nezaopatrené dieťa na účely zdravotného poistenia považuje aj fyzická osoba do dovŕšenia 30 roku veku, ktorá študuje na vysokej škole, a to najdlhšie do získania vysokoškolského vzdelania druhého stupňa, ale iba dennou formou štúdia. V súčasnosti za poistenca štátu sa považuje toto dieťa aj v období prázdnin až do vykonania štátnych záverečných skúšok alebo do zápisu na vysokoškolské štúdium druhého alebo tretieho stupňa v dennej forme. Podmienkou je, že tento zápis bol vykonaný do konca kalendárneho roka, v ktorom bolo získané toto vysokoškolské vzdelanie.

Štát je platiteľom poistného na povinné verejné zdravotné poistenie za nezaopatrené dieťa ako aj za ostatné okruhy subjektov, ale iba v prípade ak ich vymeriavací základ v rozhodujúcom období nie je vyšší ako 15-násobok životného minima (aj keď v zákone v poznámke pod čiarou nie je konkretizovaná táto suma, treba rozumieť sumu životného minima pre jednu plnoletú fyzickú osobu).[12]

ZÁVER

Za pozitívum zákona o zdravotnom poistení treba považovať diferencovaný prístup pri určení percentuálnej sadzby poistného na povinné verejné zdravotné poistenie a to aj u subjektov, ktoré patria do osobného rozsahu povinného verejného zdravotného poistenia. Ide o diferenciáciu vo vzťahu k osobám so zdravotným postihnutím[13], u ktorých sa odvodová povinnosť realizuje v polovičnej percentuálnej sadzbe.

Zdravie nie je trvalý a nepremenný stav. Ide o dynamický proces, ktorý vychádza zo sústavného vzájomného pôsobenia organizmu na prostredie a naopak. Pre každú fyzickú osobu má zdravie osobitný význam, čo znamená, že tento význam má aj pre spoločnosť. Preto aj legislatíva z hľadiska verejného zdravotného poistenia musí smerovať k zdokonaľovaniu jeho osobného ako aj vecného rozsahu.

Použitá literatúra:

1. Zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov
2. Zákon č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov
3. Zákon č. 461/2003 z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov

Kontakt – e-mail: jan.matlak@flaw.uniba.sk

[12] Zákon č. 601/2003 z. z. o životnom minime a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov rozlišuje tri druhy súm životného minima a to pre jednu plnoletú fyzickú osobu, pre ďalšiu spoločne posudzovanú plnoletú fyzickú osobu a pre dieťa a to nezaopatrené dieťa ako aj pre neplnoleté zaopatrené dieťa.

[13] Podľa § 12 ods.2 zákona o zdravotnom poistení Na účely sa za osobu so zdravotným postihnutím považuje fyzická osoba uznaná za invalidnú podľa zákona o sociálnom poistení a osoba s ťažkým zdravotným postihnutím, ak jej miera funkčnej poruchy je najmenej 50 %.

SÚČASNÉ MEDZINÁRODNÉ PRÁVO A MEDICÍNA[1]

Peter VRŠANSKÝ

Právnická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave

Katedra medzinárodného práva

Abstrakt

Motto: Medicína lieči, príroda uzdravuje, medzinárodné právo koordinuje. Úvodné poznámky. Význam medzinárodného práva pre oblasť medicíny. „Rule of Justice“, „Rule of Law“, alebo „Rule of Justice and Law“? Riešenie nespočíva v právnom zákaze vykonávania niektorých rizikových činnosti v oblasti medicíny, všeobecne prospešných pre rozvoj ľudstva (napr. výskum a aplikácia v oblasti „klonovania“ atd.), ale v stanovení rozumnej hornej hranice výšky náhrady za škodu v rámci objektívnej zodpovednosti, ktorá neodradí subjekty od pokračovania v prospešných rizikových činnostiach.

Kľúčové slová: *medzinárodné právo, medicína, objektívna zodpovednosť za škodu spôsobenú rizikovými činnosťami nezakázanými vnútroštátnym a medzinárodným právom*

Abstract

Motto: Medicine treats, Nature heals, and International Law coordinates. The Importance of the International Law to Medicine. „Rule of Justice“, „Rule of Law“ or „Rule of Justice and Law“? A Solution does not rest in a legal prohibition of execution of some hazardous activities that bring general benefits for development of humankind (e.g. research and application in the field of “cloning”), but in establishing a reasonable top limit on compensation within the liability for harm arising from such hazardous activities not prohibited by national and international law.

Key words: *International Law, Medicine, Liability for harm arising from hazardous activities not prohibited by national and international law*

ÚVOD

Motto: „Medicína lieči, príroda uzdravuje, medzinárodné právo koordinuje“

Vyššie uvedené motto je parafrázou na známy vtip „Lekár lieči, príroda uzdravuje“. Účelom tohto príspevku však nie je skúmať, do akej miery je vtip pravdivý. Isté je len to, že

[1] Tento článok vznikol vďaka podpore v rámci OP Výskum a vývoj pre dopytovo-orientovaný projekt: Univerzitný vedecký park Univerzity Komenského v Bratislave, ITMS 26240220086 spolufinancovaný zo zdrojov Európskeho fondu regionálneho rozvoja.

vyviera z dlhodobej skúsenosti niektorých chorých ľudí, získanej z ich kontaktov s lekármi a prírodou. Navyše, nie je známe ani to, do akej miery sa na vytváraní skúseností podieľali v toku času, okrem fungujúcich prírodných zákonov, aj nefungujúce zákony vytvorené človekom.

V každom prípade, národné[2], regionálne a medzinárodné právo vytvárajú všeobecné právne podmienky pre prikázané, možné a dovolené postupy v oblasti medicíny. Súčasne definujú aj hranice právne relevantného správania, ktoré odporuje prikázaným, možným a dovoleným postupom, a to najprv všeobecnému princípu *Rule of Law* a potom tomu, čo súhrnne nazývame konanie *De Lege Artis*.

Na rozdiel od oficiálneho názvu vedeckej konferencie („Medicína a právo"), autor zvolil názov príspevku v opačnom poradí použitých výrazov, pretože sa domnieva, že zo systematického hľadiska, právo reguluje, subordinuje a koordinuje na národnej a medzištátnej úrovni aktivity štátov a iných právnych subjektov v oblasti medicíny, a nie naopak. To však samozrejme nevylučuje spätnú väzbu od medicíny smerom k právu, ktorá sa prejavuje vo formulovaní návrhov *de lege ferenda*, v kodifikácii a progresívnom rozvoji vnútroštátneho a medzinárodného práva v oblasti medicíny.

Pojem „Medicína" má z hľadiska obsahu 3 rôzne významy:

1. Veda alebo prax vzťahujúca sa na diagnostikovanie, liečenie alebo prevenciu chorôb ľudí,
2. Prostriedok na liečenie chorôb,
3. Predmet, ktorému sú pripisované liečivé účinky.

Pre účel tohto článku, za obvyklý význam pojmu „Medicína" bude autor považovať najmä prvý z vyššie uvedených významov.

Pojem „Medzinárodné právo" sa tak isto používa v rôznych súvislostiach:

1. medzinárodné právo verejné (Public International Law),
2. medzinárodné právo súkromné (Private International Law),
3. medzinárodné obchodné právo (právo medzinárodného obchodu)(International Commercial Law)
4. právo medzinárodných organizácií (Law of International Organizations)
5. regionálne právne systémy (v podmienkach Európy je to európske právo, vrátane práva Európskej únie)

Všeobecne sa dá povedať, že zatiaľ čo medicína je orientovaná na diagnostikovanie, liečenie alebo prevenciu chorôb ľudí, medzinárodné právo je orientované na diagnostikovanie, liečenie alebo prevenciu chorôb medzinárodného spoločenstva štátov, vrátane chorôb ktorými trpí svetová populácia.

Pokiaľ je to nevyhnutné v demokratickej spoločnosti, v prípade všeobecného legálneho a legitímneho záujmu medzinárodného spoločenstva štátov, medicína orientovaná na jednotlivca sa musí podriadiť medicíne chápanej v osobitnom význame, to znamená medicíne orientovanej na diagnostikovanie, liečenie a prevenciu chorôb medzinárodného spoločenstva a svetovej populácie.

[2] Napr. Charta práv pacienta prijatá vládou Slovenskej republiky v roku 2001 zohľadňujúca aj dôležité medzinárodné záväzky Slovenskej republiky

Pre účel tohto článku, za obvyklý význam pojmu „Medzinárodné právo“ bude autor považovať najmä prvý z vyššie uvedených významov, to znamená, bude ho chápať vo význame medzinárodného práva verejného.

V domácej a zahraničnej odbornej literatúre existujú rôzne definície medzinárodného práva verejného, pričom všetky definujú ako hlavný obsahový znak tohto pojmu to, že medzinárodné právo upravuje medzištátne vzťahy.[3]

Napríklad M. Potočný definuje medzinárodné právo ako „súbor právnych noriem, ktoré z najväčšej časti upravujú vzťahy medzi štátmi, mimo toho však regulujú aj ich vzťahy k medzinárodným organizáciám, vzťahy medzinárodných organizácií medzi sebou a niektoré vzťahy jednotlivcov ku štátu“.[4]

Profesor J. Tomko definuje medzinárodné právo ako „ucelený rozvíjajúci sa súbor právnych pravidiel, ktoré upravujú vzťahy medzi subjektmi medzinárodného práva, predovšetkým medzi suverénnymi štátmi“.[5]

Pojem medzinárodné právo verejné bude autor v budúcom výskume chápať v jeho celkovej súvislosti, pričom bude prihliadať nielen na preambulu, text, prílohy, predmet a účel dvojstranných, viacstranných a mnohostranných medzinárodných zmlúv ako základných písomných prameňov, ale aj na iné právne pramene tohto právneho systému – na medzinárodnú obyčaj ako dôkaz všeobecnej praxe prijímanej za právo, všeobecné právne zásady uznávané civilizovanými národmi, na právne relevantné rozhodnutia medzinárodných vládnych organizácií, a ako pomôcku pri určení právnych pravidiel, aj na judikatúru medzinárodných súdov a náuku najviac kvalifikovaných odborníkov v oblasti práva.

Pokiaľ ide o ďalšie vyššie spomenuté právne systémy, všetky sa môžu vzťahovať, v tej či onej miere, intenzite alebo podrobnostiach, aj na právnu úpravu otázok súvisiacich s vedou a praxou medicíny, to znamená s procesom diagnostikovania, liečby alebo prevencie chorôb.

Podľa § 1 zákona č. 97/1963 Zb. o medzinárodnom práve súkromnom a procesnom, účelom zákona je „ustanoviť, ktorým právnym poriadkom sa spravujú občianskoprávne obchodné, rodinné, pracovné a iné podobné vzťahy s medzinárodným prvkom, upraviť právne postavenie cudzincov, ako aj ustanoviť postup slovenských justičných orgánov pri úprave týchto vzťahov a rozhodovanie o nich a tým napomáhať medzinárodnej spolupráci“.[6] V učebnici autorov N. Štefanková, P. Lysina a kol. z roku 2011 je medzinárodné právo súkromné vymedzené ako „súbor právnych noriem, ktoré upravujú výlučne súkromnoprávne vzťahy s cudzím prvkom, vrátane právnych noriem upravujúcich postup súdov a iných orgánov a účastníkov, príp. iných osôb, a vzťahy medzi nimi vznikajúce v konaní o občianskoprávnych veciach, v ktorých je obsiahnutý cudzí prvok.“[7]

V tomto zmysle, problematika medicíny je priamym alebo nepriamym objektom súkromnoprávnych vzťahov s cudzím prvkom, či už ide o záväzkové vzťahy (napr. zmluvný

[3] Porovnaj napr.: Vršanský, P., Valuch, J. a kol.: Medzinárodné právo verejné, Všeobecná časť. Bratislava: Eurokodex, 2012. 416 s. ISBN 978-80-89447-71-8, s.45 – 48.

[4] Potočný, M.: Mezinárodní právo veřejné, 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Panorama, 1978, s. 16

[5] Tomko, J.: Medzinárodné verejné právo, Bratislava, Obzor, 1988, s. 12

[6] § 1 Zákon č. 97/1963 Zb. o medzinárodnom práve súkromnom a procesnom (konsolidované znenie)

[7] Štefanková, N., Lysina, P. a kol.: Medzinárodné právo súkromné. 1. vydanie. Praha: C. H. Beck, 2011, 649 s., ISBN 978-80-7400-351-6

vzťah lekár - pacient), pracovnoprávne vzťahy (napr. vzťah lekár - zamestnávateľ), a im podobné právne vzťahy, kde v subjekte, objekte, predmete alebo v právnej skutočnosti, ktorá viedla k vzniku, zmene alebo zániku právneho pomeru, vystupuje cudzí element – napríklad lekár, ktorý je občanom iného štátu, cudzie právo, ktoré si účastníci právneho vzťahu zvolili ako rozhodné právo, miesto právneho úkonu, ktoré sa nachádza v cudzine, premet kontraktu, ktorý sa nachádza v cudzine, právny úkon alebo právna udalosť, ktoré nastali v cudzine.

Pokiaľ ide o medzinárodné obchodné právo (právo medzinárodného obchodu), tak v zmysle rezolúcie Valného zhromaždenia OSN č. 2102/XX a v nadväzujúcej správy Generálneho tajomníka OSN z roku 1966 [8] sa právo medzinárodného obchodu definuje ako „súbor noriem upravujúcich obchodné vzťahy súkromnoprávnej povahy dotýkajúce sa viacerých štátov".

Na problematiku medicíny sa teda vzťahujú aj právne normy medzinárodného práva obchodného, napríklad právna úprava obchodovania s liekmi alebo medicínskymi službami a pod.[9]

Pokiaľ ide o právo medzinárodných organizácií, tak v súčasti na medzinárodnej úrovni pôsobia niektoré medzinárodné vládne organizácie, ktorých agenda sa priamo či nepriamo vzťahuje aj na problematiku medicíny, a v širšom kontexte, na celkovú problematiku zdravotníctva. Typickým príkladom je Svetová zdravotnícka organizácia, ktorá je špecializovanou agentúrou, pôsobiacou v rámci systému Organizácie Spojených národov. [10] „Osobitný subjekt medzinárodného práva predstavuje Medzinárodný výbor Červeného kríža (MVČK) so sídlom v Ženeve." [11] MVČK bol založený ešte v roku 1863.

Pokiaľ ide o európske regionálne právo, na problematiku medicíny sa priamo či nepriamo môže vzťahovať (samozrejme v rôznom rozsahu, intenzite a podrobnosti právnej úpravy) najmä agenda Rady Európy, agenda Európskej únie alebo agenda Organizácie pre bezpečnosť a spoluprácu v Európe.

Ako je známe, Rada Európy prijala viaceré medzinárodnoprávne regionálne dohovory, ktorých predmetom sú aj medicínske otázky. Jednak ide o Európsky dohovor o ľudských právach, vrátane protokolov k Dohovoru,[12] a jednak ide o ďalšie podrobnejšie špecifické dohovory, upravujúce niektoré oblasti vzťahujúce sa na zdravotníctvo, medicínu, postavenie chorých či postavenie osôb s rôznym telesným alebo mentálnym postihnutím a pod.

Aplikačné problémy súvisiace s uvedením týchto právnych dokumentov do života sú predmetom posudzovania aj na úrovni Európskeho súdu pre ľudské práva.

Analýza jednotlivých práv a slobôd zaručených v Dohovore a ďalších právnych dokumentoch Rady Európy potvrdzuje, že ochrana zdravia je jedným z legitímnych cieľov, kedy štát má právo zákonným a primeraným spôsobom nevyhnutným v demokratickej spoločnosti

---

[8] Doc. A/6396

[9] K problematike medzinárodného obchodného práva pozri napr.: Rozehnalová, N. Právo mezinárodního obchodu, 3. Vydání. Praha : Wolters Kluwer, ČR, a.s. 2010, s. 552, ISBN 978-80-7357-562-5

[10] K problematike medzinárodných organizácií pozri napr.: Valuch, J., Rišová, M., Seman, R.: Právo medzinárodných organizácií. 1. vydanie. C. H. Beck, 2011, ISBN 978-80-7400-368-4

[11] Vršanský, P., Valuch, J. a kol.: Medzinárodné právo verejné, Všeobecná časť. Bratislava: Eurokodex, 2012. 416 s. ISBN 978-80-89447-71-8, s.230-232.

[12] Konsolidované znenie textu Dohovoru je dostupné na www.echr.coe.int

obmedziť výkon niektorých všeobecne deklarovaných základných práv a slobôd jednotlivca. Ide napríklad o články 8 (Právo na rešpektovanie súkromného a rodinného života), článok 9 (Sloboda myslenia, svedomia a náboženstva), 10 (Sloboda prejavu), 11 (Sloboda zhromažďovania) alebo v prípade Protokolu č. 4 o článok 2 (Sloboda pohybu).

Pokiaľ ide o viac odborne zamerané dohovory prijaté v Rade Európy, možno spomenúť dohovory, dohody či protokoly, ktorých premetom je sociálna a medicínska pomoc (1953) [13], výmena vojnových invalidov medzi členskými štátmi Rady Európy pre účel medicínskej liečby (1956) [14], výmena terapeutických látok ľudského pôvodu (1958)[15], dočasný bezcolný dovoz medicínskeho, chirurgického a laboratórneho zariadenia na bezplatný prenájom do nemocníc a iných medicínskych zariadení pre účel diagnostikovania a liečby 1960[16], Európska sociálna charta z roku 1961[17], ktorá bola revidovaná v roku 1996[18], vzájomná pomoc v otázke osobitnej medicínskej liečby a klimatických zariadení (1962)[19], Európsky zoznamu liečiv (1964)[20], výchova a vzdelávanie zdravotných sestier (1967)[21], výmena transplantačných činidiel (1974) [22], a iné dokumenty prijaté v nasledujúcom období[23].

Dôležité miesto v tomto smere majú dohovory a protokoly prijaté v rokoch 1974 (CETS No: 084), 1976 (CETS No.: 089), 1983 (CETS No: 109, 110, 111), 1987 (CETS No.: 126), 1988 (CETS No.: 129), 1989 (CETS No.: 134), 1997 (CETS No.: 164), 1998 (CETS No.: 168), 2002 (CETS No.: 186), 2005 (CETS No.: 195), 2008 (CETS No.: 203) a 2011 (CETS No.: 211) týkajúce sa ochrany ľudských práv a dôstojnosti ľudskej bytosti pri aplikácii biológie

---

[13] European Convention on Social and Medical Assistance (CETS No,: 014) a Protocol to the European Convention on Social and Medical Assistance (CETS No,: 014A); Text dostupný na www.conventions.coe.int

[14] Agreement on the Exchange of War Cripples between Member Countries of the Council of Europe with a view to Medical Treatment (CETS No.: 020)

[15] European Agreement on the Exchange of Therapeutic Substances of Human Origin (CETS No.: 026)

[16] Agreement on the Temporary Importation, free of duty, of Medical, Surgical and Laboratory Equipment for use on free loan in Hospitals and other Medical Institutions for purposes of Diagnosis or Treatment (CETS No.: 033)

[17] European Social Charter (CETS No.: 035)

[18] European Social Charter (revised) (CETS No: 163)

[19] European Agreement on Mutual Assistance in the matter of Special Medical Treatments and Climatic Facilities (CETS No.: 038)

[20] Convention on the Elaboration of a European Pharmacopoeia (CETS No.: 050)

[21] European Agreement on the Instruction and Education of Nurses (CETS No.: 059)

[22] European Agreement on the Exchange of Tissue-Typing Reagents (CETS No.: 084)

[23] Napr.: Additional Protocol to the European Agreement on the Exchange of Tissue-Typing Reagents (CETS No.: 089); Additional Protocol to the European Agreement on the Exchange of Therapeutic Substances of Human Origin (CETS No.: 109); Additional Protocol to the Agreement on the Temporary Importation, free of duty, of Medical, Surgical and Laboratory Equipment for Use on free loan in Hospitals and other Medical Institutions for Purposes of Diagnosis or Treatment (CETS No.: 110); Additional Protocol to the European Agreement on the Exchanges of Blood-Grouping Reagents (CETS No.: 111); European Convention for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CETS No.: 126); Arrangement for the Application of the European Agreement of 17 October 1980 concerning the Provision of Medical Care to Persons during Temporary Residence (CETS No.: 129 – zatiaľ nie je v platnosti, Slovenská republika nie je signatársky štát); Protocol to the Convention on the Elaboration of a European Pharmacopoeia (CETS No.: 134); Council of Europe Convention on the counterfeiting of medical products and similar crimes involving threats to public health (CETS No.: 211 – zatiaľ nie je v platnosti, Slovenská republika zatiaľ nie je signatársky štát),

a medicíny, vrátane ochrany pri výkone biomedicíny týkajúcej sa transplantácií orgánov a tkanív ľudského pôvodu [24].

Pokiaľ ide o Európsku úniu, problematika právnej úpravy medicíny, zdravotníctva a súvisiacich otázok patrí podľa povahy veci najmä do oblasti národnej ale aj spoločnej kompetencie EÚ a členských štátov EÚ. V rozsahu úpravy ich právomoci a príslušnosti na základe Zmluvy o EÚ a Zmluvy o fungovaní EÚ, uvedené otázky môžu byť predmetom posudzovania na úrovni súdnych inštitúcií Súdneho dvora EÚ. Uvedený rozmer ešte viac posilní prístup EÚ k Európskemu dohovoru o ľudských právach a z toho vyplývajúce súvislosti v oblasti tvorby a aplikácie regionálneho európskeho práva.

Pokiaľ ide o Organizáciu pre bezpečnosť a spoluprácu v Európe, tá, vychádzajúc zo Záverečného aktu KBSE a ďalších dokumentov organizácie, sa medicínskymi otázkami môže všeobecne zaoberať napríklad v rámci posudzovania otázok širokej spolupráce v oblasti kultúry, školstva, vedy, ochrany ľudských práv, ochrany osôb patriacich k národnostným menšinám a pod.

VÝZNAM MEDZINÁRODNÉHO PRÁVA VEREJNÉHO PRE OBLASŤ MEDICÍNY

Hlavný význam medzinárodného práva pre oblasť medicíny spočíva najmä v tom, že koordinuje medzinárodné úsilie štátov zamerané na otázku, ktorá súvisí s jedným zo základných prvkov existencie štátnosti, konkrétne s obyvateľstvom štátu. Bez obyvateľstva žiaden štát nemôže prežiť. Preto všetky otázky súvisiace so zdravím obyvateľstva štátu, vrátane medicínskych otázok, sú predmetom osobitnej pozornosti nielen jednotlivých štátov ale aj medzinárodného spoločenstva ako celku.

Medzinárodné spoločenstvo neprežije bez existencie zdravej svetovej populácie. Dnes na Zemi a v budúcnosti niekde v kozmickom priestore, na Mesiaci alebo iných nebeských telesách. Už viac ako 50 rokov ľudstvo vysiela kozmické telesá do uvedených priestorov. Od prijatia Zmluvy o kozme v roku 1967 neváha nazývať kozmonautov „vyslancami ľudstva v kozmickom priestore“.[25]

Bez medicíny by sa ustanovenia o vysielaní vyslancov ľudstva do kozmického priestoru stali obsolentnými a veľmi skoro by vyšli z užívania. Do kozmického priestoru je možné vysielať len zdravých vyslancov ľudstva.

Dosiahnutie cieľa ochrániť zdravie svetovej populácie prostredníctvom záväzných pravidiel medzinárodného práva verejného dnes nie je možné bez nevyhnutnej koordinácie relevantných medzinárodných aktivít suverénnych štátov a medzinárodných vládnych organizácií v oblasti medicíny všade tam, kde teória a prax medicíny môže v konečnom

[24] Convention for the protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine (CETS No.: 164); Additional Protocol to the Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine, on the Prohibition of Cloning Human Beings (CETS No.: 168); Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine concerning Transplantation of Organs and Tissues of Human Origin (CETS No.: 186); Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine, concerning Biomedical Research (CETS No.: 195); Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine concerning Genetic Testing for Health Purposes (CETS No.: 203 – zatiaľ nie je v platnosti? Slovenská republika zatiaľ nie je signatársky štát);

[25] Porovnaj Článok V Zmluvy o zásadách činnosti štátov pri výskume a využívaní kozmického priestoru vrátane Mesiaca a nebeských telies z roku 1967 (č. 40/1968 Zb.)

dôsledku pozitívne alebo negatívne, priamo či nepriamo ovplyvniť celkový vývoj medzinárodných vzťahov.

Popri bezprostredných medicínskych problémoch ide napríklad o oblasť ochrany a dodržiavania ľudských práv a základných slobôd, oblasť ochrany udržateľného rozvoja životného prostredia, oblasť medzinárodného obchodu a podnikania zameraného na medicínu, problém zabezpečenia potravinových zdrojov pre ľudskú populáciu, potrebu reagencie na demografické zmeny a migráciu obyvateľstva planéty, oblasť správania sa štátov vo vojnových a ozbrojených konfliktoch, starostlivosť o ranených a chorých, stroskotancov, civilných obetí vnútroštátnych ozbrojených konfliktov a pod.

Už vyššie boli uvedené niektoré právne a faktické situácie, kedy môže vzniknúť prieniky medzi medzinárodným právom a medicínou?

Všeobecne sa dá povedať, že aj zdanlivo parciálne problémy medicíny, neriešené na medzinárodnoprávnej úrovni, sa za určitých podmienok môžu stať príčinou alebo dôležitým katalyzátorom negatívnych javov a procesov vedúcich v konečnom dôsledku ku globálnemu ohrozeniu alebo dokonca porušeniu medzinárodného mieru a bezpečnosti.

Problémy medicíny môžu byť príčinou vzniku protiprávneho stavu prejavujúceho sa v porušení obsahu preambuly a základných cieľov a zásad Charty Organizácie spojených národov.

Stane sa tak vtedy, keď nie sú prijaté medzinárodnoprávne pravidlá, ktoré upravujú určitú medicínsku oblasť.

Stane sa tak vtedy, keď sú takéto normy prijaté, avšak nie sú správne aplikované či interpretované. Napríklad tak, že medzinárodnoprávne normy nižšej normatívnej kvality interpretujú alebo aplikujú rôzne postupy v oblasti medicíny v rozpore s imperatívnymi normami medzinárodného práva,[26] s cieľmi a zásadami deklarovanými v Charte OSN.

Ako je známe, Charta OSN je z hľadiska normatívnej kvality najdôležitejší prameň súčasného medzinárodného práva a má prednosť pred záväzkami štátov z iných medzinárodných zmlúv. Teda aj tých, ktorých predmetom sú otázky súvisiace s medicínou.

Podľa článku 103 Charty OSN „Ak by došlo k stretu záväzkov členov Organizácie Spojených národov podľa tejto Charty s ich záväzkami podľa akejkoľvek inej medzinárodnej dohody, majú prednosť záväzky podľa tejto Charty.“[27]

Podľa článku 2 ods. 6 Charty OSN „Organizácia sa postará o to, aby i štáty, ktoré nie sú jej členmi, konali podľa týchto zásad, pokiaľ je to potrebné pre udržanie medzinárodného mieru a bezpečnosti“.[28]

Na problematiku medicíny sa všeobecne vzťahujú preambula a viaceré rámcové ustanovenia Charty OSN.

Ako je známe, v preambule Charty OSN je jasne vyjadrené rozhodnutie

[26] V zmysle článku 53 (Zmluvy, ktoré sú v rozpore s imperatívnou normou všeobecného medzinárodného práva /ius cogens/) Viedenského dohovoru o zmluvnom práve z roku 1969, imperatívnou normou všeobecného medzinárodného práva je „právna norma prijatá a uznaná medzinárodným spoločenstvom ako celkom za normu, od ktorej nie je dovolené odchýliť sa, o ktorá sa môže zmeniť iba novou normou všeobecného medzinárodného práva rovnakej povahy“. Text Viedenského dohovoru o zmluvnom práve je uverejnený v Zbierke zákonov pod č. 15/1988 Zb.

[27] Článok 103 Charty OSN

[28] Text Charty OSN: www.un.org/en/documents/charter, slovenské znenie textu je dostupné na www.mzv.sk

„uchrániť budúce pokolenia pred metlou vojny, ktorá dvakrát v priebehu nášho života priniesla ľudstvu nevysloviteľné strasti,

vyhlásiť znovu svoju vieru v základné ľudské práva, v dôstojnosť a hodnotu ľudskej osobnosti, v rovnaké práva mužov a žien i národov veľkých a malých,

vytvoriť pomery, v ktorých možno zachovať spravodlivosť a úctu k záväzkom vyplývajúcim zo zmlúv a iných prameňov medzinárodného práva, podporovať sociálny pokrok a zlepšovať životnú úroveň vo väčšej slobode.“[29]

V tomto zmysle, napríklad každá prevencia vzniku globálnych epidémií a pandémií v dôsledku neriešenia medicínskych problémov na základe jasne definovaných právnych pravidiel vnútroštátneho a medzinárodného práva, súvisiacich s diagnostikovaním, liečením či prevenciou chorôb, je súčasťou globálnej prevencie, ktorou sa medzinárodné spoločenstvo usiluje zabrániť vzniku novej svetovej vojny, porušovaniu ľudských práv a základných slobôd, a prispieť rešpektovaniu princípu „*pacta sunt servanda*“ a k budovaniu právnych základov pre sociálny rozvoj a zlepšenia životnej úrovne svetovej populácie.

Podľa článku 1 ods. 3 a ods. 4 Charty OSN, jedným z cieľov OSN je „3. Uskutočňovať medzinárodnú spoluprácu riešením medzinárodných problémov hospodárskeho, sociálneho, kultúrneho alebo humanitného rázu podporovaním a posilňovaním úcty k ľudským právam a základným slobodám pre všetkých bez rozdielu rasy, pohlavia, jazyka alebo náboženstva“ a „4. Byť strediskom, ktoré by uvádzalo do súladu úsilia národov pri dosahovaní týchto cieľov“.[30]

V tomto zmysle, Organizácia spojených národov sa stala svetovým strediskom pre zosúlaďovanie širokej medzinárodnej spolupráce aj v oblasti medicíny.

Hlavnými orgánmi OSN, ktoré sa môžu zaoberať uvedenými otázkami je Valné zhromaždenie a Hospodárska a sociálna rada.

Podľa článku 13 ods. 1. písm. b) Charty OSN, Valné zhromaždenie dáva podnet k štúdiu a robí odporúčania za tým cieľom, „aby sa podporovala medzinárodná spolupráca na hospodárskom, sociálnom, kultúrnom, výchovnom a zdravotnom poli a aby sa uľahčilo uskutočňovanie ľudských práv a základných slobôd pre všetkých bez rozdielu rasy, pohlaviam, jazyka alebo náboženstva.“[31]

Z hľadiska nepriameho posudzovania rôznych medicínskych aspektov, významné miesto má 3. výbor Valného zhromaždenia OSN, ktorý sa zaoberá sociálnymi humanitnými a kultúrnymi otázkami.[32]

Podľa článku 62 ods. 1. Charty OSN, „Hospodárska a sociálna rada môže konať štúdie a podávať správy alebo dávať podnet k štúdiám a správam o medzinárodných hospodárskych, sociálnych, kultúrnych, výchovných, zdravotných a príbuzných veciach a robiť vo všetkých

[29] Charta OSN, preambula

[30] Charta OSN, článok 1 ods. 3. a 4.

[31] Charta OSN, článok 13, ods. 1. písm. b)

[32] Pozri napr. dokument VZ OSN

A/69/187 z 24. 7. 2014, Správa Generálneho tajomníka „Realization of Millenium Development Goals and other internationally agreed development goals for persons with disabilities: a disability-inclusive development agenda towards 2015 and beyond;

A/69/157 z 18.7.2014, Správa Generálneho tajomníka „Implementation of the outcome of the World Summit for Social development and twenty-fourth special session of the General Assembly“

týchto veciach odporúčania Valnému zhromaždeniu, členom Organizácie Spojených národov a príslušným medzinárodným špecializovaným organizáciám“.[33]

Podľa článku 62 ods. 2. Charty OSN „Rada môže robiť odporúčanie za tým cieľom, aby sa podporovala úcta k ľudským právam a základným slobodám pre všetkých a ich zachovávanie.“[34]

Podľa článku 62 ods. 3. Charty OSN „Rada môže pripravovať a predkladať Valnému zhromaždeniu návrhy dohovorov o všetkých otázkach patriacich do jej pôsobnosti.“[35]

Podľa článku 62 ods. 4. Charty OSN „Rada môže (...) zvolávať medzinárodné konferencie o všetkých otázkach patriacich do jej pôsobnosti.“[36]

V tomto zmysle, Hospodárska a sociálna rada OSN je centrálnym koordinačným orgánom aj pre teoretické a praktické posudzovanie všetkých relevantných otázok, ktoré sa vzťahujú na oblasť medicíny.

Jej koordinačná úloha je okrem iného v texte Charty OSN právne zakotvená:

- v článku 63 ods. 2. Charty OSN, podľa ktorého „Rada môže koordinovať činnosť medzinárodných špecializovaných organizácií poradným spôsobom s nimi a odporúčaniami, ktoré dá im, Valnému zhromaždeniu a členom Organizácie Spojených národov.“[37]
- V článku 68 Charty OSN, podľa ktorého „Hospodárska a sociálna rada zriadi komisie pre hospodárske a sociálne otázky a pre podporovanie ľudských práv, ako aj iné komisie potrebné pre vykonávanie svojich úloh.“[38]
- V článku 69 Charty OSN, podľa ktorého „Ak Hospodárska a sociálna rada rokuje o otázke, ktorá osobitne zaujíma člena Organizácie Spojených národov, pozve ho, aby sa zúčastnil bez hlasovacieho práva na jej rokovaní“.[39]
- V článku 71 Charty OSN, podľa ktorého “Hospodárska a sociálna rada môže vhodným spôsobom dohodnúť poradný styk s nevládnymi organizáciami, ktoré sa zaoberajú otázkami patriacimi do jej pôsobnosti“[40]

Primát zmluvných záväzkov členských štátov OSN v oblasti medicíny pred vnútroštátnou právnou úpravou umocňujú ustanovenia Viedenského dohovoru o zmluvnom práve z roku 1969.

Podľa Článku 27 (Vnútroštátne právo a dodržiavanie zmlúv) dohovoru „Strana sa nemôže dovolávať ustanovení svojho vnútroštátneho práva ako dôvodu pre neplnenie zmluvy. Toto pravidlo nie je na ujmu článku 46.“[41]

---

[33] Charta OSN, článok 62 ods. 1.

[34] Charta OSN, článok 62, ods. 2.

[35] Charta OSN, článok 62, ods. 3.

[36] Charta OSN, článok 62, ods. 4.

[37] Charta OSN, článok 63, ods. 2.

[38] Charta OSN, článok 68

[39] Charta OSN, článok 69

[40] Charta OSN, článok 71

[41] Viedenský dohovor o zmluvnom práve, Článok 27

Podľa Článku 46 (Ustanovenia vnútroštátneho práva o oprávnení uzavierať zmluvy) dohovoru „1. Skutočností, že pri vyjadrení súhlasu štátu s tým, že bude viazaný zmluvou, došlo k porušeniu niektorého z ustanovení jeho vnútroštátneho práva týkajúceho sa oprávnenia uzavierať zmluvy, sa štát nemôže dovolávať ako dôvodu pre zrušenie svojho súhlasu, ledaže toto porušenie bolo zjavné a týka sa osobitne dôležitého pravidla jeho vnútroštátneho práva. 2. Porušenie je zjavné, ak je objektívne zrejmé ktorémukoľvek štátu postupujúcemu v tejto veci podľa obvyklej praxe a dobromyseľne.“[42]

Podľa článku 47 (Osobitné obmedzenie splnomocnení vyjadriť súhlas štátu) „Ak bolo splnomocnenie zástupcu vyjadriť súhlas štátu s tým, že bude viazaný určitou zmluvou, podmienené osobitným obmedzením, potom skutočnosti, že zástupca nevzal zreteľ na také obmedzenie, sa nemožno dovolávať ako dôvodu pre zrušenie vyjadreného súhlasu, ledaže toto obmedzenie bolo oznámené ostatným štátom zúčastňujúcim sa na rokovaní pred vyjadrením tohto súhlasu.“[43]

V tejto súvislosti je účelné upozorniť aj na skutočnosť, že podľa Článkov o zodpovednosti štátu za medzinárodné protiprávne konanie (prijatých Komisiou pre MP v roku 2001),[44] konkrétne podľa článku 3 „Určenie či je určité konanie štátu je medzinárodne protiprávne sa spravuje medzinárodným právom. Na toto určenie nemá vplyv to, či vnútroštátne právo charakterizuje to isté konanie za oprávnené.“[45]

Napríklad, súčasná odborná diskusia o obsahu a rozsahu aktuálneho pojmu „Právo na život“, o výkone trestu smrti, o eutanázii, o ochrane rodiny, ale aj súčasné výzvy, ako sú snaha o zabránenie šírenia vírusu Ebola a iných zdraviu nebezpečných vírusov a chorôb, nutnosť diagnostikovať, liečiť a predchádzať novým chorobám či zabrániť hroziacemu návratu zdanlivo už zlikvidovaných pandemických chorôb do života svetovej populácie, to všetko sú argumenty podporujúce účelnosť komplexného skúmania všetkých relevantných súvislostí existujúcich medzi medzinárodným právom verejným, medzinárodným právom súkromným, medzinárodným právom obchodným, právom medzinárodných organizácií a medicínou.

Problematika medzinárodného práva a medicíny je interdisciplinárna problematika, pretože jej skúmanie sa nezaobíde bez spolupráce na báze základného a aplikovaného výskumu v rôznych vedných disciplínach z oblasti spoločenských vied a prírodných vied, vrátane základného filozofického výskumu. Sú už formulované všetky teoretické východiská pre hľadanie odpovede na otázku kam sa uberá právna filozofia v oblasti medicíny? Mali by sa stať základným rámcom pre úvahy o budúcnosti. Mali by sa dnes definovať hranice, za ktoré by filozofické úvahy o budúcnosti konjunkcie práva a medicíny nemali ísť?

---

[42] Viedenský dohovor o zmluvnom práve, článok 46

[43] Viedenský dohovor o zmluvnom práve, články 47.

[44] Anglické znenie relevantného článku pozri v príručke Právnickej fakulty UK Bratislava „Peter Vršanský, Michaela Rišová, Radoslav Seman, Jozef Valuch: Praktická príručka na semináre z medzinárodného práva verejného. Univerzita Komenského v Bratislave. Právnická fakulta. Prvé vydanie. Bratislava 2012. 410 s. ISBN 978-80-7160-335-1, s. 311.

[45] Autentický anglický text článku 3 znie:

„Article 3

Characterization of an act of a State as internationally wrongful

The characterization of an act of a State as internationally wrongful is governed by international law. Such characterization is not affexcted by the characterization of the same acta s lawful by internal law.“

Problematika medzinárodného práva a medicíny je aj komplexná, pretože zahrňuje nielen tvorbu práva ale aj aplikáciu a interpretáciu práva v oblasti medicíny.

Problematika práva a medicíny je zložitá pretože definovanie východiskových predpokladov, samotný výskum, a tak isto vyvodzovanie záverov smerujúcich k formulovaniu optimálnych riešení sa vyznačuje nejednotnosťou, protichodnými či parciálnymi záujmami. Tie buď pozitívne alebo negatívne ovplyvňujú slobodu pohybu ideí, myšlienok, tovaru, služieb a kapitálu na individuálnej, národnej, regionálnej a svetovej úrovni. Týka sa to aj medzinárodnoprávnej úpravy vzťahujúcej sa na teóriu a prax výkonu medicíny. Vývoj potvrdzuje, že kodifikácia a pokrokový rozvoj medzinárodného práva v oblasti medicíny napreduje len z ťažkosťami, vyvolanými práve zložitosťou problematiky.

„RULE OF JUSTICE“, „RULE OF LAW“, ALEBO „RULE OF JUSTICE AND LAW“?

Akým smerom by sa mal uberať vývoj medzinárodnoprávnej úpravy v oblastiach vzťahujúcich sa na medicínu. Doterajšia úprava v zásade vychádza najmä zo zákazu alebo obmedzovania určitých medicínskych aktivít, ktoré s v rozpore s cieľmi a zásadami súčasného medzinárodného práva.

Otázka znie, či by sa zákaz určitých konaní, spočívajúcich v konaní alebo opomenutí konať, nemal vzťahovať aj na také medicínske postupy, ktoré sú síce v súlade s pozitívnym právom aplikovanom a interpretovanom na báze vlády práva (*Rule of Law*), avšak sú v príkrom rozpore s princípom spravodlivosti (*Rule of Justice*).

Dôvod je jednoduchý, ak v procese tvorby a aplikácie medzinárodného práva odmietneme prihliadať na jeho prirodzenú a nevyhnutnú súčasť, ktorou je požiadavka spravodlivosti, otvárame dvere pre zneužívanie práva, pre tvorbu a aplikáciu nespravodlivého práva.

Zneužívanie práva na dosiahnutie nespravodlivých cieľov má mnohoraké podoby. Napríklad môžeme sa s ním stretnúť v podobe obchádzania zákona, simulovaných právnych úkonov alebo všetkých praktík odporujúce dobrým mravom v oblasti medicínskej praxe.

Všetky uvedené okolnosti, ak sa preukážu, sú dôvodom na spochybnenie platnosti právneho úkonu, postupu lekára alebo zdravotníckeho zariadenia. Bez ohľadu na to, že sa konajúce subjekty vyhýbajú zodpovednostných následkov konania a bránia sa tradičnou formuláciou: „naše konanie bolo v súlade so zákonom“. To, že daný zákon, ktorého obsah naoktrojovali poslancom alebo vláde (podľa toho či ide o návrh poslanecký alebo vládny) lobistické skupiny, je nespravodlivý, ich samozrejme nezaujíma. Nespravodlivosť zákona sa prejavuje najmä v tom, že keďže je „šitý na mieru“ záujmom konkrétnych subjektov, stráca základnú charakteristickú črtu všeobecne záväznej právnej normy, ktorá je adresovaná nie konkrétnym fyzickým či právnickým osobám, ale neurčitému okruhu právnych subjektov. O škodlivých následkoch takéhoto zákona pre štátny a verejný záujem vôbec nemožno pochybovať.

Podobne je to aj v prípade aplikácie medzinárodných zmlúv. Pre diagnostikovanie, liečenie a prevenciu chorôb nestačí len dodržiavať „literu zmluvy“ (Logos), ktorá je slovne vyjadrená v operatívnych článkoch textu zmluvy. Treba dodržiavať ducha zmluvy (Ethos), ktorý je vyjadrený v preambule, v predmete a účele zmluvy, a tiež vo „všeobecných právnych zásadách medzinárodného práva uznávaných civilizovanými národmi“[46]. Bez spravodlivého etického prístupu nemôže žiadny pracovník v oblasti teórie a praxe medicíny pociťovať skutočné profesijné nadšenie (Patos) z výkonu povolania, nech je akokoľvek zložité definovať pojem „spravodlivosť“.

[46] Článok 38 ods. 1. písm. c) Štatútu Medzinárodného súdneho dvora

Najhroznejšie variácie na tému bezbrehého reštriktívneho či extenzívneho dodržiavania „litery zákona“ predstavovali holokaust, zločiny proti ľudskosti, vojnové zločiny a iné zverstvá, páchané v súlade s nacistickou ideológiou a v súlade s nacistickým zákonodarstvom na príslušníkoch iných rás, na civilnom obyvateľstve, na väzňoch, na vojnových zajatcoch, na bezbranných pacientoch, na osobách s mentálnym alebo telesným postihnutím a iných obetiach v čase druhej svetovej vojny. Boli však v príkrom rozpore so základnými zásadami spravodlivosti.

Najväčší vojnoví zločinci – vrátane medicínskych pracovníkov a lekárov - sa po skončení druhej svetovej vojny pred Medzinárodným trestným tribunálom v Norimbergu, alebo pred národnými súdmi zriadenými na stíhanie vojnových zločincov v tých krajinách, kde sa dopustili zverstiev, často bránili tým, že len rešpektovali platné zákony alebo poslúchali pokyny nadriadených, vydané na základe právnych noriem prijatých nacistickým zákonodarstvom.

K zneužitiu medicíny na základe obchádzania princípu spravodlivosti a účelového uprednostňovania doslovnej litery zákona pred vyššou požiadavkou prirodzenej spravodlivosti dochádzalo vo východnej Európe v období socializmu, napríklad v oblasti výkonu justície a väzenstva.

K obchádzaniu princípu spravodlivosti dochádza pri uplatňovaní práva aj v súčasnosti, o čom okrem iného svedčí medializovaná správa amerického kongresu z decembra 2014 o neprimeraných praktikách v zajateckých zariadeniach CIA, v ktorých boli väznené osoby podozrivé z rôznych foriem účasti na udalostiach 11. septembra. Vzhľadom na nedostatok podrobnejších údajov, možno iba predpokladať či a v akej sa na uvedených nesystémových praktikách nezodpovedných jednotlivcov pri vyšetrovaní väzňov podieľali lekári či medicínsky personál. Treba oceniť odvahu, s akou sa administratíva USA dokázala s touto vecou otvorene vyrovnať vedená úctou k základným hodnotám, ktoré vyznávajú USA od svojho vzniku, ako aj úctou k princípu transparentnosti pri úsilí meniť svet na lepší, demokratickými hodnotami spravovaný svet.

Uvedená správa a jej implikácie bude zaiste predmetom ďalších podrobnejších úvah odborníkov z oblasti teórie a praxe medzinárodného práva a medzinárodných vzťahov. Odborný výskum v tomto bude mať dopad aj na formulovanie úvah *de lege ferenda* pre oblasť medicínskeho práva a celkový proces kodifikácie a pokrokový rozvoj medzinárodného práva v oblasti medicíny.

Súčasne s tým, svet má plné právo dozvedieť sa aj to, či a ako je medicína zneužívaná medzinárodným teroristickým hnutím, rôznymi teroristickým skupinami na úrovni Al-Káidy, Talibanu a iných. Na rozdiel od situácie v USA, kde sa jedná viac o zlyhanie jednotlivcov v inak riadne fungujúcom demokratickom systéme, v prípade medzinárodného terorizmu ide o sofistikovaný nedemokratický systémový prvok, ktorý je súčasťou boja militantného islamizmu s demokratickým svetom. Kam až tento boj môže zájsť, najlepšie ukazuje chirurgicky dobre zvládnutá dekapitácia hláv nevinných a bezbranných novinárov či humanitárnych pracovníkov zajatých islamskými odbojovými skupinami.

Teoretickým zdôvodňovaním tézy, že preambula ústavy či zákona nie sú záväzné, sa v minulosti *de facto* vytvárali podmienky pre to, aby v totalitnom režime štátne orgány pri rozhodovaní nemuseli zohľadňovať predmet, účel a duch práva, ktorého hlavné poslanie je zlepšovať svet a nie napomáhať jeho premene na nespravodlivý svet.

Hypotetická otázka: Akými logickými, etickými a emotívnymi hodnotami sa aj v súčasnosti spravujú lekári, ktorí si nevážia dôstojnosť ľudských bytostí, ktorým odnímajú orgány a tkanivá pre biologické či medicínske účely, pričom o ničom prenechávajú vopred neinformovaným pozostalým pre účel pohrebu len neupotrebiteľné „vykuchané“ telesné

pozostatky ľudských bytostí? Je takýto postup v súlade s princípom spravodlivosti, je v súlade s predmetom a účelom medzinárodného práva, vrátane všetkých noriem týkajúcich sa ochrany ľudských práv a základných slobôd, ochrany ľudskej dôstojnosti pri aplikácii biológie a medicíny?

Na druhej strane, ale aj neprimeraná relativizácia platného pozitívneho práva („litery zákona“, *Rule of Law*) iba v prospech predmetu a účelu právnej úpravy („duch zákona“, *Rule of Justice*), môže v oblasti medicíny viesť k extenzívnemu zneužitiu hypotézy, že „Účel svätí prostriedok“.

Ako je známe, pravidlá medzinárodného humanitárneho práva[47], vojnového práva[48], ale aj iných medzinárodnoprávnych noriem, vrátane komplexu medzinárodnoprávnych právnych noriem na ochranu ľudských práv a základných slobôd, majú práve za cieľ určiť hranice, za ktoré nemôžu byť použité určité metódy a prostriedky s cieľom za každú cenu dosiahnuť „účel zákona“, nech je akokoľvek pekne formulovaný.

Mučenie alebo iné neľudské zaobchádzanie zostane medzinárodným zločinom, nech je jeho účel akokoľvek, kýmkoľvek a čímkoľvek posvätený, napríklad na úrovni nesystémového riešenia na úrovni *Rule of Law*.

Rímsky štatút Medzinárodného trestného súdu z roku 1998[49], ktorý vstúpil do platnosti v roku 2002 a je záväzný pre Slovenskú republiku, obsahuje ustanovenia, ktoré možno aplikovať aj na oblasť medicíny:

V zmysle článku 7 (Zločiny proti ľudskosti), sa za „vyhladzovanie“ považuje úmyselné vytvorenie životných podmienok, vrátane „znemožnenia prístupu k medicíne“[50], ktorých cieľom je likvidácia časti obyvateľstva.

V zmysle článku 8 (Vojnové zločiny) sa za vojnový zločin okrem iného považuje aj vystavenie osoby protivníka „medicínskemu či vedeckému zaobchádzaniu“[51] akéhokoľvek druhu, ktoré nie odôvodniteľné nemocničnou, medicínskou alebo dentálnou liečbou, ani sa nevykonávajú v záujme tejto osoby, a ktorého následkom je smrť alebo vážne poškodenie zdravia tejto osoby alebo osôb. V zmysle toho istého článku sa za vojnový zločin považuje aj úmyselný útok na medicínske zariadenia označené znakom Červeného kríža[52].

Ďalším negatívnym príkladom protiprávneho postupu z pohľadu medzinárodného práva je uvedenie Apartheidu, čiže oddeleného vývoja rás[53] na území Južnej Afriky do života. Odborníci na medicínu, lekársky výskum, humánnu genetiku a ďalšie súvisiace oblasti jednoznačne a vedeckými metódami vyvrátili opodstatnenosť zavedenia systému Apartheidu,

---

[47] Napríklad štyri Ženevské konvencie z roku 1949 upravovali postavenie ranených a chorých príslušníkov ozbrojených síl v poli, postavenie ranených a chorých príslušníkov ozbrojených síl a stroskotancov na mori, zaobchádzanie s vojnovými zajatcami a ochranu civilných osôb počas vojny. Prvý a druhý protokol k Ženevským konvenciám upravovali ochranu obetí medzinárodných ozbrojených konfliktov a ochranu obetí medzinárodných konfliktov nemajúcich medzinárodnú povahu.

[48] Text Dohovoru o nepremlčateľnosti vojnových zločinov a zločinov proti ľudskosti z roku 1968 bol publikovaný pod č. 53/1974 Zb.

[49] Text Rímskeho štatútu Medzinárodného trestného súdu bol publikovaný pod č. 333/2002 Z. z.

[50] Rímsky štatút, článok 7 ods. 2. písm. (b)

[51] Napr. Rímsky štatút, článok 8 ods. 2. písm. (b) (x)

[52] Napr. Rímsky štatút, článok 8 ods. 2. písm. (b) (xxiv), písm. (c)(ii) a. i.

[53] Text Medzinárodného dohovoru o odstránení všetkých foriem rasovej diskriminácie z roku 1965 bol publikovaný pod č. 95/1974 Zb.

čo v konečnom dôsledku viedlo k vyhláseniu Apartheidu za medzinárodný zločin v Medzinárodnom dohovore o potláčaní a trestaní zločinu Aparheidu v roku 1976.[54]

V zmysle článku II Dohovoru, sa za zločin Apartheidu okrem iného považuje aj „úmyselné vytváranie životných podmienok rasovej skupine alebo skupinám zameraným na dosiahnutie jej alebo ich čiastočnej alebo úplnej fyzickej likvidácie“[55]

Vzťah medicíny k prírodným zákonom sa tak isto dlhodobo vyvíjal. Na jednej strane, nie je to až tak dávno, čo moderná medicína, vybavená najmodernejšími technickými a farmaceutickými zbraňami, temer absolútne opovrhovala prirodzenou silou, možnosťami prírody. Teória a prax medicíny nerešpektovali prirodzené, dlhodobou praxou zaužívané efektívne pravidlá diagnózy, liečenia a prevencie chorôb. Mnohé efektívne a lacné prírodné liečivá dodnes nahradzujú zložité umelo a draho vyrábané chemické molekuly a liečivá, ktoré ak obohacujú výrobcov, predajcov a distribútorov liekov, tak potom nenapomáhajú dosiahnuť to, o čo usiluje medicína - najrýchlejšie diagnostikovať, vyliečiť a predísť chorobám.

Odkedy sa teória a prax v oblasti medicíny stali objektom výnosného obchodovania a zdravie a telo pacienta tovarom, nadobúda časový faktor pri diagnostikovaní, liečení a prevencii osobitný význam, ktorý možno niekedy vyjadriť heslom „Čím dlhšie je pacient chorý, tým lepšie“. Pretože platí, že „Čas sú peniaze“. Takéto praktiky sa pohybujú na hranici vlády nespravodlivosti a bezprávia (*Rule of Injustice and Wrongfulness*).

Pritom, korene mnohých dnes aplikovaných medicínskych postupov majú pôvod nielen v nepísaných tradíciách, obyčajových normách overených a uznaných dlhodobou praxou, ale ešte v skorších náboženských prikázaniach, pretože pravidlá správania sa v situáciách, na ktoré sa vzťahuje medicína, človeku nadiktoval podľa jedných sám Boh, a podľa druhých, sama príroda, vesmír, Veľký Architekt, mimozemské civilizácie na úrovni E.T., či niekto iný.

ZÁVER

Význam medzinárodného práva verejného pre oblasť medicíny je nesporný. Ide o aktuálnu, interdisciplinárnu, komplexnú a zložitú problematiku, ktorú je potrebné skúmať nielen z hľadiska jej jednotlivých čiastkových aspektov, ale aj z vývojového hľadiska. Celkový obraz o problematike poskytne len komplexný jazykový (sémantický a gramatický rozbor), historický rozbor, systematický rozbor, logický rozbor, právny rozbor pertraktovaných otázok, a následná syntéza poznatkov získaných s využitím dostupných metód a prostriedkov vedeckého skúmania.

Pokiaľ ide o právne aspekty problematiky, zahrňujú jednak právnu analýzu podmienok, kedy nastávajú normatívne účinky platných záväzných medzinárodnoprávnych právnych noriem upravujúcich oblasť medicínskej teórie a praxe, a jednak právnu analýzu takých podmienok, kedy nenastávajú uvedené právne účinky. Typickým príkladom je absencia vzniku právnej zodpovednosti v prípade, ku protiprávnemu konaniu došlo v okolnostiach vylučujúcich zodpovednosť. Patria sem napríklad sebaobrana, legálne protiopatrenia, pôsobenie *Vis Maior*, pôsobenie iných nepredvídateľných, na ľudskej vôli nezávislých, právnych udalostí, krajná núdza, tieseň alebo iné okolnosti.

Akým smerom by sa mal uberať vývoj medzinárodnoprávnej úpravy v oblastiach vzťahujúcich sa na medicínu?

---

[54] Text Medzinárodného dohovoru o potláčaní a trestaní zločinov Apartheidu z roku 1973 bol publikovaný pod č. 116/1976 Zb.

[55] Pozri Článok II (iii) písm. b) Dohovoru

Ako už bolo spomenuté, doterajšia úprava v zásade vychádza najmä zo zákazu alebo obmedzovania určitých medicínskych aktivít, ktoré s v rozpore s cieľmi a zásadami súčasného medzinárodného práva.

Podľa názoru autora článku, ani právny pozitivizmus (*Rule of Law*) ani právny relativizmus (*Rule of Justice*), a tobôž nie právny nihilizmus (*Rule of Injustice and Wrongfulness*) nie sú zárukou vytvorenia vhodných medzinárodnoprávnych právnych základov pre riešenie aktuálnych problémov medicíny. Právo bez spravodlivosti je rovnako zlé riešenie ako spravodlivosť bez práva.

Ako najvhodnejšie riešenie sa javí logická konjunkcia dvoch odlišných právne - filozofických prístupov, ktorá by pôsobila v podobe koncepcie „Vlády spravodlivosti a práva" resp. „Vlády spravodlivého práva" (*Rule of Justice and Law*). Táto koncepcia primerane a vyvážene prihliada na požiadavky spravodlivej medzinárodnoprávnej úpravy. Výnimky na báze „Rule of Justice" (teda bez elementu práva) by predstavovali len okolnosti vylučujúce zodpovednosť protiprávne konajúceho subjektu, pretože proporcionálne porušenie práva je ospravedlniteľné vyšším všeobecným záujmom medzinárodného spoločenstva. Výnimky na báze „Rule of Law" (teda bez elementu spravodlivosti) by predstavovali len okolnosti, kedy je spravodlivosť vylúčená z dôvodu právneho pravidla „Ex injuria jus non oritur".

V tomto zmysle, dnes aj na medzištátnej úrovni aj na vnútroštátnej úrovni zdôrazňovaná potreba vlády práva (*Rule of Law*) nepredstavuje systémové riešenie, pretože v nej jednak absentuje nevyhnutný prvok spravodlivosti a vo väčšine prípadov sa nejedná len o aplikáciu pravidla „Ex injuria jus non oritur".[56]

Vedecký výskum v oblasti klonovania ľudských embryí a iné inovatívne postupy, ktoré sú na hranici alebo za hranicou toho, čo sa z hľadiska konzervatívneho ponímania ešte považuje za „spravodlivé" je stále rôzne posudzovaný z hľadiska oprávnenosti alebo protiprávnosti.

Otázka znie, či má medzinárodné spoločenstvo povoliť takéto rizikové medicínske postupy alebo či ich má vyhlásiť za protiprávne, pretože odporujú požiadavke spravodlivosti. Analýza právnych dokumentov, napríklad na úrovni Rady Európy, potvrdzuje, že hľadanie odpovede nie je jednoduché, pretože pravdu majú, zdá sa, oponenti aj podporovatelia takýchto aktivít.

Riešenie zložitého právneho problému či ich zakázať alebo povoliť, a keď povoliť, tak do akej miery, možno hľadať v právnej koncepcii objektívnej zodpovednosti za určité rizikové činnosti, ktoré sú síce spojené s možnosťou vzniku závažných materiálnych a iných škôd, avšak na druhej strane prinášajú obrovské výhody. Ich výkon posúva ľudský pokrok na vyššie úrovne poznania. Využitie získaných poznatkov otvára dvere pre nové metódy diagnostikovania, liečby či prevencie chorôb. Preto nemožno pochybovať o ich prospešnosti pre ľudskú civilizáciu ako celok.

Aby sa neodradili tie subjekty, ktoré robia výskum a uvádzajú do života rizikové činnosti prospešné pre ľudstvo (napríklad kozmický výskum a činnosť v kozmickom priestore, letecká doprava, využívanie jadrovej energie a pod.), tak sa v medzinárodnom práve sformoval fungujúci princíp stanovenia hornej hranice náhrady objektívnej škody, ktorá vznikla v dôsledku vykonávania právom nezakázaných rizikových činností. Výška náhrady vzniknutej škody nie je absolútna ale je objektivizovaná stanovením maximálnej hornej hranice výšky kompenzácie za škodu.

Tento prístup na jednej strane zaručuje poškodeným subjektom (napríklad pri páde satelitu s jadrovým zariadením na územie iného štátu, pri leteckej katastrofe po páde lietadla a pod.) to, že dostanú určitú náhradu škody, a na druhej strane neodradzuje inštitúcie vykonávajúce

[56] Je vhodné spomenúť, že skúmaním vlády práva (Rule of Law) na vnútroštátnej a medzinárodnej úrovni sa v súčasnosti zaoberá 6. Výbor (právny) Valného zhromaždenia OSN.

výskumné a rozvojové aktivity v oblasti nových rizikových technológií od toho, aby pokračovali vo výskume alebo aplikovanom výskume, ktoré výsledky môžu byť užitočné pre celú ľudskú civilizáciu.

Týmto spôsobom by sa mali posudzovať aj dnes kritizované aktivity v oblasti aplikácie biológie a medicíny, základného či aplikovaného výskumu ľudských embryí, klonovania ľudských orgánov, a podobné rizikové činnosti vykonávané v záujme rozvoja ľudskej civilizácie v oblasti biomedicíny.

To znamená, že takého rizikové aktivity nie je možné jednoducho právne zakázať. Je možné len objektivizovať maximálnu výšku náhrady za eventuálne vzniknuté škody, a to stanovením určitej rozumnej hornej hranice výšky náhrady škody.

Ak takáto prax funguje v oblasti kozmickej činnosti, leteckej dopravy a pod. možno predpokladať, že bude fungovať aj pri vykonávaní činnosti v oblasti medicíny, ktoré sú rizikové, avšak prinášajú svetlo nového poznania do rozvoja ľudskej civilizácie.

Použitá literatúra:

1. Vršanský, P., Valuch, J. a kol.: Medzinárodné právo verejné, Všeobecná časť. Bratislava: Eurokodex, 2012. 416 s. ISBN 978-80-89447-71-8.
2. Potočný, M.: Mezinárodní právo veřejné, 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Panorama, 1978.
3. Tomko, J.: Medzinárodné verejné právo, Bratislava, Obzor, 1988.
4. Štefanková, N., Lysina, P. a kol.: Medzinárodné právo súkromné. 1. vydanie. Praha: C. H. Beck, 2011, 649 s., ISBN 978-80-7400-351-6.
5. Rozehnalová, N. Právo mezinárodního obchodu, 3. Vydání. Praha : Wolters Kluwer, ČR, a.s. 2010, s. 552, ISBN 978-80-7357-562-5
6. Valuch, J., Rišová, M., Seman, R.: Právo medzinárodných organizácií. 1. vydanie. C. H. Beck, 2011, ISBN 978-80-7400-368-4
7. Peter Vršanský, Michaela Rišová, Radoslav Seman, Jozef Valuch: Praktická príručka na semináre z medzinárodného práva verejného. Univerzita Komenského v Bratislave. Právnická fakulta. Prvé vydanie. Bratislava 2012. 410 s. ISBN 978-80-7160-335-1

Kontakt – e-mail: peter.vrsansky@flaw.uniba.sk

Tento článok vznikol vďaka podpore v rámci OP Výskum a vývoj pre dopytovo-orientovaný projekt: Univerzitný vedecký park Univerzity Komenského v Bratislave, ITMS 26240220086 spolufinancovaný zo zdrojov Európskeho fondu regionálneho rozvoja.

Podporujeme výskumné aktivity na Slovensku/

Projekt je spolufinancovaný zo zdrojov EÚ

MINISTERSTVO ŠKOLSTVA, VEDY, VÝSKUMU A ŠPORTU SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Európska únia
Európsky fond regionálneho rozvoja

This contribution/publication is the result of the project implementation: Comenius University in Bratislava Science Park supported by the Research and Development Operational Programme funded by the ERDF

Grant number : ITMS 26240220086.

Podporujeme výskumné aktivity na Slovensku/

Projekt je spolufinancovaný zo zdrojov EÚ

MINISTERSTVO ŠKOLSTVA, VEDY, VÝSKUMU A ŠPORTU SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Európska únia
Európsky fond regionálneho rozvoja

OTÁZKY SÚVISIACE S MEDICÍNSKYM PRÁVOM V NAVRHOVANOM NOVOM CIVILNOM MIMOSPOROVOM PORIADKU[1]

Marek ŠTEVČEK – Tomáš GÁBRIŠ

Právnická fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave

Abstrakt

Príspevok vychádza z medzinárodných štandardov, ktoré vplývajú na právnu úpravu civilného mimosporového konania, v súvislosti s medicínskym právom. Ide primárne o prístup osôb so zdravotným postihnutím k súdu a o statusové konania – najmä o spôsobilosti na právne úkony a o držaní v ústave zdravotnej starostlivosti. Druhá časť príspevku analyzuje predložený návrh civilného mimosporového poriadku v týchto otázkach, a to práve vo svetle medzinárodných štandardov.

Kľúčové slová: *mimosporové konanie, medicínske právo, spôsobilosť*

Abstract

The contribution is based on international standards that exert influence on the legal regulation of civil non-litigious procedural issues associated with medical law. This concerns primarily the access to court for people with disabilities, and the procedure in personal status issues – in particular the issues of legal capacity, and issues of detention in hospital care. The second part of the contribution analyzes the current draft of Civil Non-Litigious Procedure Code in the relevant areas, in the light of the international standards.

Key words: *non-litigious procedure, medical law, capacity*

ÚVOD

Styčné plochy medzi medicínou a právom nájdeme v práve hmotnom ako aj v práve procesnom. V tomto príspevku sa vo svetle rekodifikácie civilného procesu v Slovenskej republike zameriame práve na často opomínané procesnoprávne záruky napĺňania hmotnoprávnych noriem a základných práv pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Úprava civilného práva procesného je pritom limitovaná skutočnosťou, že musí nevyhnutne reflektovať hmotné právo, a nemôže upravovať konanie o otázkach, ktoré nie sú riešené hmotným právom. Preto rekodifikácia civilného procesu v Slovenskej republike za súčasného stavu hmotného práva objektívne nemôže reflektovať úplne všetky aktuálne trendy medicínskeho práva, ako je napríklad ustanovenie opatrovníka nespôsobilej osobe na základe jej vlastného výberu a návrhu. Nemožno však vylúčiť, že v budúcnosti dôjde v Slovenskej

[1] Tento článok vznikol vďaka podpore v rámci OP Výskum a vývoj pre dopytovo-orientovaný projekt: Univerzitný vedecký park Univerzity Komenského v Bratislave, ITMS 26240220086 spolufinancovaný zo zdrojov Európskeho fondu regionálneho rozvoja.

republike k vývoju na poli hmotného práva napríklad aj v tejto otázke, čo bude musieť následne zohľadniť aj civilné právo procesné.

Pre v súčasnosti prebiehajúcu rekodifikáciu civilného práva procesného je pritom príznačné, že vychádza z dôsledného oddeľovania sporovej agendy a tých typov procesných vzťahov, kde ingerencia aplikačného orgánu (súdu) musí byť na kvalitatívnej i intenzifikačnej úrovni rádovo vyššia ako v kontradiktórnom spore. Pojmovo pôjde o dichotómiu dispozičného princípu v sporoch, a vyšetrovacieho princípu (princípu oficiality) v iných ako sporových vecí patriacich do civilnej súdnej právomoci. Postupne sa pre ne začína vžívať termín „mimospor". Mimosporová agenda tak predstavuje tú časť právomoci civilného súdu, kde sa bude dôsledne aplikovať princíp materiálnej pravdy.[2] Súd má teda zistiť skutočný stav veci, so zreteľom na hodnoty, ktoré spoločnosť chráni, a ktoré sú súhrnne reprezentované pojmom verejný poriadok. Nový Civilný mimosporový poriadok (ďalej len „CMP") pritom akcentuje i tie hodnotové zakotvenia modernej spoločnosti, ktoré systémovo kohabitujú s témou tejto konferencie, i samotnej publikácie, kde je tento príspevok uverejnený. Ponúkame preto stručný rešerš okruhov, ktoré CMP normuje, so zreteľom na otázky medicíny a medicínskeho práva.

Návrh rekodifikovaného CMP konkrétne prináša novú úpravu v súvislosti s medicínskym právom, resp. medicínou a zdravotníctvom, najmä v nasledujúcich oblastiach:

1.) V základných princípoch (čl. 4) sa ako novinka navrhuje zdôrazniť nutnosť zabezpečiť účinný prístup k spravodlivosti aj osobám so zdravotným postihnutím.[3]

2.) Nanovo sa upravuje sa konanie v statusových veciach (v jeho rámci najmä konanie o spôsobilosti na právne úkony a konanie o prípustnosti prevzatia a držania v ústave zdravotnej starostlivosti).

V oblasti právnej úpravy opatrovníctva, či konania o vyhlásení za mŕtveho sa väčšie novinky nezavádzajú, preto im v tomto príspevku nevenujeme bližšiu pozornosť.

1 MEDZINÁRODNÉ PRÁVO A ODPORÚČANIA MEDZINÁRODNÝCH ORGANIZÁCIÍ AKO INŠPIRAČNÝ ZDROJ CMP

Nové úpravy CMP reflektujú základné štandardy medzinárodného práva (a právne nezáväzných dokumentov odporúčajúceho charakteru), týkajúce sa procesnoprávnej úpravy niektorých otázok medicínskeho práva v najširšom zmysle. V tejto prvej kapitole príspevku sa primárne zameriame práve na analýzu jednotlivých medzinárodných štandardov, a vo zvyšku príspevku potom popíšeme, ako sú tieto princípy reflektované v navrhovanej úprave CMP.

Medzinárodné štandardy procesného práva (resp. skôr štandardy s dopadom extrapolovateľným na procesné právo) v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a so zdravotným stavom jednotlivca môžeme kategorizovať na:

[2] Návrh legislatívneho zámeru rekodifikácie civilného práva procesného. Bratislava: Ministerstvo spravodlivosti SR, 2013, s. 40. Dostupné na internete: http://www.justice.gov.sk/Stranky/Nase-sluzby/Nase-projekty/Obciansky-sudny-poriadok/Uvod.aspx (navštívené dňa 11.12.2014).

[3] Podľa dôvodovej správy sa pritom vychádza z Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím (najmä čl. 13).

a) Štandardy všeobecné:

Do tejto kategórie patrí najmä **Všeobecná deklarácia ľudských práv OSN (1948)** a jej čl. 7, podľa ktorého „*Všetci sú pred zákonom rovní a majú právo na rovnakú základnú ochranu bez akejkoľvek diskriminácie*“, čo je ustanovenie s významom najmä pre prístup osôb s nepriaznivým zdravotným stavom k súdu. Rovnako sa takýchto osôb týka aj čl. 6 Deklarácie („*Každý má právo, aby všade bola uznávaná jeho právna osobnosť*.“) a čl. 9 Deklarácie („*Nikto nesmie byť svojvoľne zatknutý, zadržaný alebo vyhostený*.“), ktoré majú význam najmä s ohľadom na konanie o spôsobilosti na právne úkony a konanie o prípustnosti prevzatia a držania v ústave zdravotnej starostlivosti.

Obdobne aj **Medzinárodný pakt OSN o občianskych a politických právach (1966)** garantuje rovnosť vo svojom čl. 14 ods. 1,[4] ochranu právnej subjektivity všetkých osôb v čl. 9 ods. 1,[5] a ľudské a dôstojné zaobchádzanie s osobami pozbavenými osobnej slobody v čl. 10 ods. 1.[6]

Na regionálnej, európskej úrovni, **Dohovor Rady Európy o ochrane ľudských práv a základných slobôd (1950)** v čl. 5 zaručuje ochranu osobnej slobody s výnimkou možnosti obmedziť osobnú slobodu zo zdravotných dôvodov, avšak vždy iba so zárukami súdneho preskúmania pozbavenia slobody, a so zárukami odškodnenia v prípade protiprávnosti takéhoto obmedzenia.[7] Judikatúra Európskeho súdu pre ľudské práva (ESĽP) navyše spája postavenie a ochranu osôb s obmedzenou spôsobilosťou a obmedzenou osobnou slobodou (zo zdravotných dôvodov) aj s čl. 8 o ochrane súkromného a rodinného života, keď napríklad v prípade *Berková proti Slovenskej republike* (67149/01) ESĽP rozhodol, že súdne rozhodnutie, ktorým bola sťažovateľka pozbavená spôsobilosti na právne úkony s nemožnosťou požiadať o opätovné preskúmanie skôr ako o tri roky, predstavovalo vážny zásah do súkromného života sťažovateľky. Toto rozhodnutie ESĽP bolo pritom v súlade s už predchádzajúcou rozhodovacou praxou Súdu, napr. v prípade Štukaturov proti Ruskej federácii (44009/05). Podľa tohto rozhodnutia, samotná choroba nemôže byť jediným dôvodom na pozbavenie spôsobilosti na právne úkony, ale musí byť prítomný zároveň aj prvok určitého stupňa závažnosti ochorenia na to, aby bol takýto zásah do spôsobilosti osoby na právne úkony akceptovateľný.[8]

---

[4] *Všetky osoby sú si pred súdom rovné. Každý má úplne rovnaké právo, aby bol spravodlivo a verejne vypočutý nezávislým a nestranným súdom, ktorý rozhoduje buď o jeho právach a povinnostiach, alebo o akomkoľvek trestnom obvinení vznesenom proti nemu*.

[5] *Každý má právo na slobodu a osobnú bezpečnosť. Nikto nesmie byť svojvoľne zatknutý alebo zadržaný. Nikto nesmie byť pozbavený slobody okrem prípadov, keď sa tak na základe zákona a v zhode s konaním, ktoré ustanovuje zákon*.

[6] *So všetkými osobami pozbavenými osobnej slobody sa zaobchádza ľudsky a s úctou k prirodzenej dôstojnosti ľudskej bytosti*.

[7] Čl. 5 ods. 1: „*Každý má právo na slobodu a osobnú bezpečnosť. Nikoho nemožno pozbaviť slobody okrem nasledujúcich prípadov, pokiaľ sa tak stane na základe postupu stanového zákonom: ... e) zákonné pozbavenie slobody osôb, aby sa zabránilo šíreniu nákazlivej choroby, alebo duševne chorých osôb, alkoholikov, narkomanov alebo tulákov...*“ Podľa ods. 4: „*Každý, kto je zatknutý alebo inak pozbavený slobody, má právo podať návrh na začatie konania, v ktorom súd urýchlene rozhodne o zákonnosti pozbavenia jeho slobody a nariadi prepustenie, ak je pozbavenie slobody nezákonné*.“ Podľa ods. 5: „*Každý, kto bol zatknutý alebo pozbavený slobody v rozpore s ustanoveniami tohto článku, má nárok na odškodnenie*.“

[8] Legal capacity of persons with intellectual disabilities and persons with mental health problems. Luxembourg : Publications Office of the European Union, 2013, s. 22.

b) Štandardy špeciálne, priamo súvisiace so zdravotným stavom a zdravotníctvom:

Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím (2006), pre Slovenskú republiku platný od 25.6.2010, v čl. 13 garantuje osobám so zdravotným postihnutím prístup k spravodlivosti a v tejto súvislosti vyžaduje zavedenie „*procesných úprav s cieľom uľahčiť plnenie úloh účastníkov konania*“. Znamená to zrejme, že aj procesnoprávne úpravy majú zohľadňovať špecifické potreby účastníkov konania so zdravotným postihnutím. Čl. 14 Dohovoru zasa poskytuje ochranu slobody a osobnej bezpečnosti osobám so zdravotným postihnutím, keď normuje princíp, podľa ktorého pozbaviť osobu slobody možno len v súlade so zákonom, čo prirodzene zahŕňa aj zákonnú úpravu procesného postupu takéhoto pozbavenia.

Dohovor Rady Európy o ľudských právach a biomedicíne (1997) predstavuje ďalší špecifický inštrument medzinárodného práva s vplyvom na procesné právo, ktorý súvisí osobitne najmä s problematikou právnej úpravy konania o prevzatí a držaní v ústave. V čl. 5 a 7 Dohovoru sa síce predpokladá, že zásah v oblasti zdravia sa môže vykonať iba vtedy, ak osoba, ktorej sa týka, bola o zákroku vopred informovaná a so zásahom vyjadrila súhlas, výnimku však predstavuje možnosť núteného zákroku (vrátane prevzatia a držania v zdravotníckom zariadení) vtedy, ak by osobe bez liečby hrozilo vážne poškodenie zdravia.

c) Osobitnú kategóriu predstavujú právne nezáväzné štandardy s odporúčajúcim charakterom:

Výpočet takýchto dokumentov siahajúci do roku 2006 je obsiahnutý v **Akčnom pláne Rady Európy pre ľudí so zdravotným postihnutím na roky 2006 – 2015,** z roku 2006 (Odporúčanie Rec(2006)5). Aj samotný Akčný plán pritom okrem iného vyžaduje zabezpečiť osobám so zdravotným postihnutím prístup k súdu, žiada poskytovať pomoc osobám, ktorých spôsobilosť je obmedzená, a odporúča zaviesť opatrenia, ktoré zabránia nezákonnému pozbaveniu osobnej slobody osôb s postihnutím. Je pritom zrejmé, že tieto ciele sa zabezpečujú primárne prostriedkami procesného práva. Rovnaké ciele pritom zdôrazňovalo už aj staršie **Odporúčanie Rady Európy R (92) 6 o koherentnej politike pre osoby s postihnutím.**

Z ďalších dokumentov vo vzťahu k procesnému právu a zdravotnému stavu možno uviesť **Odporúčanie Rady Európy Rec(2004)10 o ochrane ľudských práv a dôstojnosti osôb s duševnou poruchou**. Toto odporúčanie vyžaduje, aby sa aj osobám s duševnou poruchou poskytovali informácie o ich právach, a aby sa im poskytovala pomoc pri realizovaní ich práv (čl. 6). V čl. 17 toto Odporúčanie navyše upravuje podrobnosti o umiestnení do zdravotníckeho zariadenia, ktoré sa pripúšťa iba za podmienok, že osoba trpí duševnou poruchou, jej stav predstavuje závažné riziko pre zdravie tejto osoby alebo pre jej okolie, umiestnenie v zariadení sleduje terapeutické ciele, neexistuje možnosť menej invazívneho zásahu do súkromia a slobody osoby, a názor tejto osoby sa zároveň vypočuje a vezme do úvahy. O umiestnení osoby do zariadenia má pritom rozhodnúť súd alebo iný príslušný orgán (čl. 20). V zariadení má byť takáto osoba umiestnená iba po nevyhnutnú dobu, a odporúča sa tiež periodické preskúmavanie opodstatnenosti ďalšieho držania osoby v zdravotníckom zariadení. Osoba pritom musí byť poučená o svojich právach, a musí jej byť efektívne umožnené podávať opravné prostriedky proti rozhodnutiu o umiestnení, resp. žiadať o súdny prieskum umiestnenia (čl. 25). Odporúča sa tiež v takomto prípade zabezpečiť osobe bezplatnú právnu pomoc.

Obdobné ustanovenia nájdeme aj v **Odporúčaní Rady Európy 1235 (1994) o psychiatrii a ľudských právach,** a staršom **Odporúčaní R(83)2 o právnej ochrane osôb postihnutých duševnou poruchou umiestnených v zdravotníckych zariadeniach.**

Pre prípad ustanovenia opatrovníka osobe s obmedzenou (alebo odňatou) spôsobilosťou na právne úkony, **rezolúcia Rady Európy 1642 (2009)** v čl. 7 odporúča zabezpečiť súdny dohľad a kontrolu nad vykonávaním úloh opatrovníka, v ktorom procese by sa mala vypočuť aj osoba pozbavená spôsobilosti. Tá by v takomto konaní mala byť náležite právne zastúpená. Už spomínané staršie **Odporúčanie Rady Európy R (92) 6 o koherentnej politike pre osoby s postihnutím** navyše zdôrazňovalo dôležitosť vhodného výberu osoby opatrovníka, pričom by sa malo zohľadňovať vopred vyjadrené želanie opatrovanej osoby vo vzťahu k určeniu osoby opatrovníka. Odporúčalo sa tiež v určitých situáciách konzultovať úkony a rozhodnutia opatrovníka s blízkymi osobami opatrovanca. V tejto súvislosti je však z procesnoprávneho hľadiska nutné zdôrazniť, že implementovanie tohto Odporúčania v podmienkach Slovenskej republiky by si primárne vyžadovalo novelizáciu hmotnoprávnej úpravy, a preto možnosť rekodifikovaného CMP reflektovať toto Odporúčanie je iba obmedzená. Z realizovateľných odporúčaní tak možno akceptovať najmä právo osoby, ktorej spôsobilosť má byť obmedzená, na osobné vypočutie (prípadne vzhliadnutie) sudcom.

2 INTERFERENCIE MEDICÍNSKEHO PRÁVA A NOVEJ PRÁVNEJ ÚPRAVY CMP

2.1 Princípy právnej úpravy

CMP ako nový kódex inej ako sporovej súdnej agendy vyjadruje svoju hodnotovú bázu cez prizmu základných princípov právnej úpravy. Ide o súhrn axiologických postulátov, ktoré majú zároveň slúžiť ako základné interpretačné pravidlo všetkých ustanovení CMP. So zreteľom na tému príspevku má kľúčový význam článok 4 CMP, v zmysle ktorého:
Súd aplikuje a interpretuje právo rovnako vo vzťahu ku všetkým účastníkom konania. Ak je účastníkom konania maloleté dieťa, koná súd v jeho najlepšom záujme a informuje dieťa o všetkých podstatných otázkach týkajúcich sa priebehu konania a veci samej. Ak je účastníkom konania osoba so zdravotným postihnutím, zabezpečí súd účinný prístup k spravodlivosti na rovnakom základe s ostatnými účastníkmi.

Vyjadruje sa tu teda všeobecný ústavný **princíp rovnosti** účastníkov konania, podľa ktorého majú účastníci konania pri aplikácii procesných predpisov pred súdom rovné postavenie. Rovnosť účastníkov konania vychádza všeobecne zo zásady, že postavenie procesných strán nesmie byť závislé na pohlaví, náboženstve, rase, národnosti ani sociálnom pôvode, a s ohľadom na nami skúmanú tému, ani na zdraví, resp. zdravotnom postihnutí. Zákon preto v konaní pred súdom vyrovnáva faktickú nerovnosť účastníkov podpornými opatreniami, napr. ustanovením procesného opatrovníka. CMP tak akcentuje práva vyplývajúce z medzinárodných štandardov, najmä Dohovoru o právach dieťaťa, a osobitne Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím (najmä jeho čl. 13).

Rovnako inštruktívny je i článok 6 osnovy, podľa ktorého „s*úd postupuje v súčinnosti s účastníkmi tak, aby zistil skutočný stav veci. Súd je povinný za účelom zistenia skutočného stavu veci vykonať všetky potrebné dôkazy, aj keď ich účastníci nenavrhli*.“ Tu je vyjadrený nosný princíp mimosporového konania, a to **princíp materiálnej pravdy**. Dichotómia princípu materiálnej pravdy a princípu formálnej pravdy je esenciou diferenciácie civilného súdneho konania na mimosporové a sporové. Z dôvodu akcentácie širšieho verejného záujmu na poskytnutí ochrany účastníkom mimosporového konania (hovoríme o tzv. **protektívnej funkcii**) je tak súd v mimosporovom konaní povinný zisťovať skutočný stav veci, nie len skutkový (účastníkmi tvrdený) stav veci. Zmyslom poskytovanej ochrany v mimosporovom

konaní je zistenie čo možno najúplnejšieho (najobjektívnejšieho) stavu právnej veci a vyvodenie konkrétnej formy ochrany na základe takto zisteného skutočného stavu veci. Súd teda zisťuje z úradnej povinnosti, či sú naplnené všetky znaky hypotézy právnej normy a z takto zisteného skutočného stavu veci vyvodzuje konkrétnu formu ochrany z dispozície právnej normy, prípadne trestá (sankcia právnej normy).

Rovnako je v čl. 6 (druhá veta) vyjadrený **princíp vyšetrovací**, ktorý funkčne i teleologicky súvisí s **princípom oficiality** vyjadreným vo vete prvej. Pojmovým znakom vyšetrovacieho princípu je obmedzenie procesnej diligencie účastníkov konania vo vzťahu k dokazovaniu a presunutie dôkaznej iniciatívy na súd.

2.2 Vybrané inštitúty a ustanovenia konvergujúce s medicínskym právom

Jednotlivé inštitúty CMP sú všetky charakteristické svojou zvýšenou protektívnou funkciou vo vzťahu k účastníkom konania, a to nielen v konaniach súvisiacich s medicínskym právom.

Všeobecným východiskom pre všetky typy „medicínskych" konaní je navyše ustanovenie § 45 osnovy, podľa ktorého „*rozsudok, ktorým je rozhodnuté o osobnom stave, je záväzný pre každého.*" Navrhuje sa teda pomerne zásadná odchýlka od tzv. materiálnej stránky právoplatnosti súdneho rozhodnutia v rekodifikovanom Civilnom sporovom poriadku rozšírením subjektívnej hranice záväznosti statusových rozhodnutí, ktoré zásadne majú pôsobiť ***erga omnes***. Tento postulát tak zvyšuje „význam" jednotlivých typov konaní a procesnoprávne ich povyšuje do významovo iných dimenzii oproti zásade záväznosti rozsudkov len medzi stranami v prípade klasického „sporu".

2.2.1 Statusové konania

Tretia hlava osnovy CMP rubrikovaná ako „Konania v niektorých statusových otázkach fyzických osôb" systemizuje rozhodujúce otázky medicínskeho práva, ktoré sú vo vzťahu istej prejudiciality k statusovému rozhodnutiu súdu. Inak povedané, rozhodnutie súdu bude závislé od vyriešenia otázky, ktorá pojmovo patrí do odboru práva súhrnne nazývaného ako právo medicínske.

Bude tomu tak v jednotlivých typoch konaní podľa tretej hlavy, ktorými v zmysle osnovy CMP mali byť:

- Konanie o vyhlásení za mŕtveho
- Konanie o spôsobilosti na právne úkony
- Konanie o prípustnosti prevzatia a držania v ústave zdravotnej starostlivosti
- Konanie o ustanovení opatrovníka
- Konanie o určenie dátumu narodenia alebo veku fyzickej osoby

Posledné menované konanie malo v legislatívnom procese osobitný osud. Jeho zavedenie požadovala Liga za ľudské práva, čo sa odzrkadlilo už v legislatívnom zámere rekodifikácie,[9] aj v paragrafovom znení návrhu.[10] Dôvodová správa konštatovala, že zavedenie novej právnej úpravy sleduje požiadavku právnej istoty v zásadnej statusovej otázke určenia dátumu narodenia alebo veku fyzickej osoby. Jej aktuálnosť bola daná najmä

[9] Návrh legislatívneho zámeru rekodifikácie civilného práva procesného. Bratislava: Ministerstvo spravodlivosti SR, 2013, s. 94. Dostupné na internete: http://www.justice.gov.sk/Stranky/Nase-sluzby/Nase-projekty/Obciansky-sudny-poriadok/Uvod.aspx (navštívené dňa 11.12.2014).

[10] Civilný mimosporový poriadok. Dostupné na internete: http://www.justice.gov.sk/Stranky/Nase-sluzby/Nase-projekty/Obciansky-sudny-poriadok/Uvod.aspx (navštívené dňa 11.12.2014).

pri určovaní veku utečencov, pri riešení právnych následkov dedičskej postupnosti, určovaní dosiahnutia plnoletosti, určovaní otcovstva a pod. Napokon však v legislatívnom procese bola dôvodnosť a účelnosť tohto konania spochybnená natoľko, že z osnovy bolo **vypustené bez náhrady**.

Ostatné vyššie uvedené konania sú naopak pomerne štandardnou súčasťou procesných poriadkov. V nasledujúcom texte sa pri ich výklade pokúsime vymedziť najzákladnejšie špecifiká navrhované oproti doterajšej právnej úprave, a to so zreteľom na príbuznosť a súvislosť navrhovaných inštitútov s medicínskym právom. Obmedzíme sa pritom iba na konanie o spôsobilosti na právne úkony a konanie o prípustnosti prevzatia a držania v ústave zdravotnej starostlivosti, nakoľko práve v týchto oblastiach došlo k istým zmenám oproti stavu *de lege lata,* a práve v týchto konaniach boli tiež najviac zohľadnené medzinárodné štandardy a odporúčania súvisiace s procesným právom a medicínou.

2.2.2 Spôsobilosť na právne úkony

Predkladateľ osnovy stanovuje predmet konania o spôsobilosti na právne úkony v rámci jedného typu konania (o obmedzení, zmene obmedzenia, a navrátení spôsobilosti), a to z dôvodu procesnej účelnosti. Pritom sa odmieta v súčasnosti zaužívané extenzívne protiprávne **pozbavovanie** spôsobilosti na právne úkony, ktoré môže byť vnímané v rozpore s ľudskoprávnymi štandardmi, pozbavujúc osobu jej ľudskej dôstojnosti. Namiesto „pozbavovania“ preto CMP pozná iba „**obmedzovanie**“ spôsobilosti na právne úkony. Žiaľ, rekodifikácia súkromného práva stále zaostáva za právom procesným, preto v prípade prijatia novej procesnej úpravy dôjde k akejsi **tacitnej derogácii inštitútu pozbavovania spôsobilosti na právne úkony** – aj keď ju stále bude pripúšťať hmotné právo, procesne to už nebude možné.

V zmysle ustanovenia § 238 osnovy (v legislatívnom procese prirodzene môže dôjsť k prečísleniu paragrafov, preto uvádzame i jeho normatívne znenie) „*návrh na začatie konania musí obsahovať okrem všeobecných náležitostí podania opísanie skutočností odôvodňujúcich zásah do spôsobilosti fyzickej osoby na právne úkony a zdôvodnenie, že iné menej obmedzujúce opatrenia nie sú možné alebo opísanie skutočností odôvodňujúcich zmenu obmedzia spôsobilosti na právne úkony alebo navrátenie spôsobilosti na právne úkony.*“

Stanovenie osobitných náležitostí návrhu na začatie konania je plne odôvodnené zásahom do integrity fyzickej osoby týmto druhom konania. Z tohto dôvodu predkladateľ stanovuje ako obligatórnu náležitosť návrhu aj preukázanie skutočností, že **menej radikálne zásahy do integrity fyzickej osoby neprichádzajú do úvahy**. Uvedené ustanovenie rovnako reflektuje princípy Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím a súvisiace odporúčania Rady Európy.

Nóvum právnej úpravy spočíva i v paralelnom **priznaní plnej procesnej spôsobilosti** tomu, o koho spôsobilosť na právne úkony ide, hoci za túto osobu inak koná zákonný zástupca, procesný opatrovník alebo advokát. Pre prípad **kolízie úkonov** platí pravidlo, podľa ktorého ak sú procesné úkony zákonného zástupcu alebo procesného opatrovníka v rozpore s procesnými úkonmi osoby, o spôsobilosti ktorej sa koná, alebo v rozpore s procesnými úkonmi zástupcu, ktorého si táto osoba zvolí, súd posúdi, ktorý úkon je v záujme tejto osoby.

Rovnako novým pravidlom je aj to, že sa osobe, o ktorej spôsobilosť na právne úkony ide, **doručí rozhodnutie vo veci samej** bezvýnimočne; v prípade ak o to požiada, musí jej súd dokonca doručovať všetky písomnosti v konaní, bez ohľadu na jej zastúpenie.

Novým je i inštitút tzv. dôverníka. Osoba, o ktorej spôsobilosti sa koná, môže požiadať, aby sa konania zúčastňoval aj jej **dôverník**, ktorý nie je jej zástupcom. O tejto možnosti ju súd poučí. Táto možnosť vychádza z Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím; osoba si v zmysle tejto úpravy môže vybrať za dôverníka niekoho, s kým sa poradí, kto pozná jej návyky, komu dôveruje.

V konaní samotnom sa preferuje výsluch samotnej osoby, o ktorej spôsobilosť ide, z dôvodu akcentovania **princípu priamosti a bezprostrednosti**. V prípade nariadeného **výsluchu** sa zdôrazňuje vhodnosť a primeranosť tohto procesného úkonu vzhľadom na zdravotný stav vyslúchaného. Od výsluchu možno upustiť len výnimočne, z dôvodov špecifikovaných v osnove. Inštitút tzv. **vzhliadnutia** namiesto výsluchu (ak výsluch nie je možný, resp. vhodný) slúži na reálne oboznámenie sa súdu s osobou, o ktorej spôsobilosti na právne úkony sa koná. Tento inštitút je inšpirovaný právnou úpravou Českej republiky podľa Zákona o zvláštních řízeních soudních (zákon č. 292/2013 Sb.), ktorá sa osvedčila.

2.2.3 Prevzatie a držanie v ústave zdravotnej starostlivosti

Predkladateľ osnovy CMP považuje internovanie v zdravotníckom zariadení, prípadne zariadení sociálnej starostlivosti za krajné riešenie (*ultima ratio*), pretože to predstavuje pomerne radikálny zásah do osobnostných práv fyzickej osoby. Z tohto dôvodu aj dobu núteného umiestnenia skrátil z troch mesiacov v pôvodnej úprave § 187 ods. 3 Občianskeho súdneho poriadku na štyri týždne.

Z dôvodu špecifickej povahy tohto konania má súd podľa návrhu CMP umožniť umiestnenému z psychologických dôvodov prizvať si do konania **dôverníka**. Napriek obligatórnosti zastúpenia dôverník nemá status účastníka konania, ani osoby na konaní zúčastnenej, a jeho úlohou je iba morálna intervencia a podpora umiestneného. Na túto možnosť sa vzťahuje špecifická manudukčná povinnosť súdu.

Akcentovaním princípov **priamosti a bezprostrednosti** v statusových konaniach má osnova snahu docieliť čo možno najobjektívnejšie zistenie skutočného stavu, čo je plne odôvodnené špecifickou povahou zásahu určitých typov mimosporových konaní do integrity fyzických osôb. Medzi takéto prostriedky uplatnenia princípu priamosti a bezprostrednosti mimosporového konania patrí v tejto súvislosti najmä výsluch umiestneného. V prípade nemožnosti (nevhodnosti) **výsluchu**, inštitút **vzhliadnutia** slúži obdobnému účelu – na reálne oboznámenie sa súdu s umiestneným.

Rovnako aj obligatórna povinnosť súdu oboznámiť sa s kompletnou zdravotnou dokumentáciou umiestneného, ako i s názorom ošetrujúceho lekára, vyplýva z dôsledného uplatňovania princípu **materiálnej pravdy**, a teda povinnosti súdu zistiť skutočný stav veci.

Povinnosť bezodkladne prepustiť umiestneného z ústavu zdravotnej starostlivosti je logickým následkom konštatovania súdu o neprípustnosti prevzatia do ústavu zdravotnej starostlivosti. Bez právneho dôvodu nemožno fyzickú osobu obmedzovať na osobnej slobode. Vzhľadom na uznesenie súdu o prípustnosti prevzatia do ústavu zdravotnej starostlivosti, ktorého povaha je prísne **deklaratórna** a plní kontrolnú funkciu, je však pochopiteľne v osnove ponechané právo ústavu zdravotnej starostlivosti rozhodnúť o prepustení umiestneného kedykoľvek, a to aj v prípade, že súd v uznesení konštatoval prípustnosť tohto prevzatia.

Napokon, nóvum navrhovaného procesného postupu predstavuje obligatórne vydanie uznesenia o začatí konania o prípustnosti **ďalšieho držania** v ústave zdravotnej starostlivosti. V tomto ďalšom konaní sa aplikujú ustanovenia upravujúce konanie o prípustnosti držania v ústave zdravotnej starostlivosti.

ZÁVER

Za najvýraznejšiu črtu súčasnej rekodifikácie civilného práva procesného možno považovať najmä zohľadnenie rozdielov medzi jednotlivými druhmi civilného procesu, ovládanými odlišnými základnými princípmi. Preto po desaťročiach dochádza k formálnemu oddeleniu sporového a mimosporového konania, kde pre sporové konanie je príznačná iniciatíva sporových strán a hľadanie formálnej pravdy, kým pre mimosporové konanie je typickým princíp vyšetrovací a hľadanie materiálnej pravdy. V tomto príspevku sa zameriavame primárne na osnovu mimosporového procesného kódexu, pretože najmä v ňom možno osobitne identifikovať niektoré druhy konaní súvisiacich s medicínskym právom. Ide tu o zabezpečenie prístupu osôb so zdravotným znevýhodnením k spravodlivosti, a o úpravu konaní v statusových veciach. V súvisiacich otázkach sa pritom precizujú a nanovo upravujú viaceré aspekty, ktorých reguláciu vyžadujú aj medzinárodné dohovory a odporúčania, ktoré doteraz neboli v procesnom kódexe plne zohľadnené – najmä v súvislosti s konaním o spôsobilosti na právne úkony a prevzatím a držaním v ústave zdravotnej starostlivosti.

Použitá literatúra:

1. Civilný mimosporový poriadok. Dostupné na internete: http://www.justice.gov.sk/Stranky/Nase-sluzby/Nase-projekty/Obciansky-sudny-poriadok/Uvod.aspx (navštívené dňa 11.12.2014).
2. Legal capacity of persons with intellectual disabilities and persons with mental health problems. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2013.
3. Návrh legislatívneho zámeru rekodifikácie civilného práva procesného. Bratislava: Ministerstvo spravodlivosti SR, 2013, s. 40. Dostupné na internete: http://www.justice.gov.sk/Stranky/Nase-sluzby/Nase-projekty/Obciansky-sudny-poriadok/Uvod.aspx (navštívené dňa 11.12.2014).

Kontakt – e-mail: marek.stevcek@flaw.uniba.sk, tomas.gabris@flaw.uniba.sk

Tento článok vznikol vďaka podpore v rámci OP Výskum a vývoj pre dopytovo-orientovaný projekt: Univerzitný vedecký park Univerzity Komenského v Bratislave, ITMS 26240220086 spolufinancovaný zo zdrojov Európskeho fondu regionálneho rozvoja.

Podporujeme výskumné aktivity na Slovensku/

Projekt je spolufinancovaný zo zdrojov EÚ

MINISTERSTVO ŠKOLSTVA, VEDY, VÝSKUMU A ŠPORTU SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Operačný program VÝSKUM a VÝVOJ

Európska únia
Európsky fond regionálneho rozvoja

This contribution/publication is the result of the project implementation: Comenius University in Bratislava Science Park supported by the Research and Development Operational Programme funded by the ERDF

Grant number : ITMS 26240220086.

Podporujeme výskumné aktivity na Slovensku/

Projekt je spolufinancovaný zo zdrojov EÚ

MINISTERSTVO ŠKOLSTVA, VEDY, VÝSKUMU A ŠPORTU SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Operačný program VÝSKUM a VÝVOJ

Európska únia
Európsky fond regionálneho rozvoja

PRÁVNE ÚKONY INCAPACITATIS CAUSA[1]

Tomáš GÁBRIŠ – Marek ŠTEVČEK

Právnická fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave

Abstrakt

Príspevok na úvod analyzuje teoretické východiská právnych úkonov *incapacitatis causa*, t.j. úkonov nadobúdajúcich alebo zachovávajúcich si účinnosť v prípade straty spôsobilosti na právne úkony. Následne horizontálne komparuje zahraničnú právnu úpravu takýchto úkonov (predchádzajúcich pokynov) v podobe predchádzajúceho priania a trvalej plnej moci, príp. v podobe ustanovenia opatrovníka podľa výberu opatrovanca. Na záver formuluje odporúčania *de lege ferenda*, pričom ako najvhodnejšie vzory možnej úpravy sa javia najmä rakúska a nemecká, a čiastočne česká právna úprava.

Kľúčové slová: *incapacitas, spôsobilosť, právne úkony, predchádzajúce prianie, plnomocenstvo*

Abstract

The paper first analyzes theoretical legal bases for regulation of legal acts *incapacitatis causa*, i.e. acts taking or keeping effect in the event of loss of legal capacity. Then it compares horizontally the foreign legislation on such acts (advance directives) in the forms of prior wishes, durable power of attorney, or appointment of a guardian of one´s own choice. Finally, it formulates proposals *de lege ferenda*, whereby the most inspiring pattern to follow seems to be especially the Austrian, German, and partly the Czech legislation.

Key words: *incapacitas, capacity, legal acts, prior wish, power of attorney*

ÚVOD

Právna teória, a osobitne civilistická doktrína, tradične rozlišuje medzi právnymi úkonmi *inter vivos* (medzi živými) a právnymi úkonmi *mortis causa* (pre prípad smrti). Dohovor Rady Európy o ochrane ľudských práv a dôstojnosti človeka v súvislosti s aplikáciou biológie a medicíny (Dohovor o ľudských právach a biomedicíne) podpísaný v Oviede v roku 1997[2] však rozlišuje aj osobitnú kategóriu právnych úkonov pre prípad nespôsobilosti (nami označené ako úkony *incapacitatis causa*), ktoré možno vnímať ako subkategóriu právnych úkonov *inter vivos*. Ide primárne o inštitút tzv. predchádzajúceho priania („*expressed wishes*“), ktorý je v Dohovore sformulovaný v čl. 9 nasledovne: „*U pacienta, ktorý v čase zákroku nie je v takom stave, že môže vyjadriť svoje prianie, treba*

[1] Tento článok vznikol vďaka podpore v rámci OP Výskum a vývoj pre dopytovo-orientovaný projekt: Univerzitný vedecký park Univerzity Komenského v Bratislave, ITMS 26240220086 spolufinancovaný zo zdrojov Európskeho fondu regionálneho rozvoja.

[2] Národná rada Slovenskej republiky s ním vyslovila súhlas svojím uznesením č. 734 z 2. októbra 1997 a prezident Slovenskej republiky ho ratifikoval 22. decembra 1997, pričom Dohovor nadobudol platnosť pre Slovenskú republiku 1. decembra 1999.

prihliadať na prianie, ktoré vyslovil s vykonaním zákroku skôr." To znamená, že zdravotnícky personál, osobitne lekári, majú v prípade nespôsobilosti (*incapacitas*) pacienta brať do úvahy („prihliadať na") prejav vôle, ktorý pacient vykonal vopred pre prípad nespôsobilosti (*incapacitatis causa*). Účinky tohto vyjadrenia vôle teda nastupujú až v situácii nespôsobilosti vyjadriť svoju vôľu. Práve z toho dôvodu možno podľa nás mať za to, že ide o osobitný druh právnych úkonov, ktoré sa síce realizujú *inter vivos*, ale zároveň ich právny účinok predpokladaný v Dohovore nastáva až v prípade nespôsobilosti (*incapacitatis causa*). Do tej istej kategórie môže patriť aj ustanovenie čl. 6 ods. 3 Dohovoru: „*Ak v zmysle zákona dospelá osoba nie je spôsobilá vyjadriť súhlas vzhľadom na duševnú poruchu či chorobu, alebo podobné dôvody, zákrok sa môže vykonať len so súhlasom jej zástupcu, inštitúcie alebo osoby, či orgánu ustanoveného zákonom. Daná osoba sa podľa možnosti zúčastní pri rozhodovaní o vyslovení súhlasu*." Niektoré právne poriadky pripúšťajú, aby si osoba takéhoto zástupcu (v právnej kvalite splnomocnenca alebo opatrovníka) určila vopred ešte v čase svojej plnej spôsobilosti na právne úkony.

Právne úkony *incapacitatis causa* (označované ďalej aj ako „predchádzajúci pokyn") majú v zahraničných právnych poriadkoch vo všeobecnosti práve dve vyššie uvedené základné podoby – (1.) tzv. *living will* („živý závet", predchádzajúce prianie, „*expressed wish*", skôr prejavené prianie a pod.), a (2.) ustanovenie osoby zástupcu prostredníctvom tzv. *durable power of attorney* (trvalá plná moc, plnomocenstvo pre prípad nespôsobilosti), príp. určenie osoby opatrovníka pre prípad nespôsobilosti. Pri takýchto úkonoch pritom nejde vždy iba nevyhnutne o súvislosť s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Rovnaký problém straty spôsobilosti a nutnosti zastupovania záujmov druhej osoby vyvstáva totiž aj v prípade starších osôb v kontexte starnutia populácie a nespôsobilosti spravovať svoj majetok.[3] To je druhý možný spôsob využívania uvedených inštitútov.

V tomto príspevku venujeme právnym úkonom *incapacitatis causa* bližšiu pozornosť s ohľadom na ich obe možné podoby (vyslovenie predchádzajúceho prianie alebo ustanovenie osoby zástupcu) a na oba možné spôsoby využitia (pre rozhodovanie o zdravotnej starostlivosti a o majetkových záležitostiach), a to s ohľadom na aktuálny právny stav v Slovenskej republike. Je pritom otázne, či už za súčasného právneho stavu nie je možné právne úkony *incapacitatis causa* aj bez osobitného doktrinálneho či legálneho vymedzenia subsumovať pod existujúce platné ustanovenia Občianskeho zákonníka – konkrétne, či možno právny úkon urobený subjektom práva (z povahy veci vyplýva, že pôjde pojmovo takmer výlučne o fyzické osoby) pre prípad svojej potenciálnej budúcej nespôsobilosti na právne úkony klasifikovať ako právny úkon urobený so suspenzívnou (odkladacou) podmienkou, pričom touto podmienkou by bola práve nespôsobilosť na právne úkony tohto subjektu. Po zodpovedaní tejto otázky následne poukážeme na medzinárodnú a zahraničnú právnu úpravu právnych úkonov *incapacitatis causa* a sformulujeme možné odporúčania *de lege ferenda*.

1 PRÁVNE ÚKONY A ICH KLASIFIKÁCIA

Právne relevantné úkony sa členia na právne úkony a protiprávne úkony, podľa svojho aprobovania alebo reprobovania objektívnym právom. Slovenská civilistika v doktrinálnej i legálno-definičnej rovine už tradične vychádza z Lubyho širokej koncepcie právneho úkonu, čo je zrejmé i z ustanovenia § 34 Občianskeho zákonníka, podľa ktorého právny úkon je „*prejav vôle smerujúci* ***najmä*** *k vzniku, zmene alebo zániku tých práv alebo povinností, ktoré právne predpisy s takýmto prejavom spájajú*". Nie je však zmyslom ani účelom tohto článku zaoberať sa pojmovými znakmi právneho úkonu, ani náležitosťami jeho platnosti. Pozornosť

[3] Porovnaj DORON, Israel – SODEN, Ann M. (eds.): Beyond Elder Law : New Directions in Law and Aging. Berlin : Springer, 2012, s. 2. Tiež DORON, Israel (ed.): Theories on Law and Aging. Berlin : Springer, 2009.

venujeme výlučne aplikačným problémom pri skúmaní úkonu, ktorý by vykazoval znaky úkonu *incapacitatis causa*, ako osobitnej kategórie právnych úkonov popri členení na právne úkony *inter vivos* a *mortis causa*.

Súčasná platná právna úprava v Občianskom zákonníku pritom nerozlišuje výslovne ani medzi právnymi úkonmi *inter vivos* a *mortis causa*. Ide o členenie známe primárne v civilistickej doktríne,[4] a jeho náznakom v znení Občianskeho zákonníka je najmä § 628 ods. 3: „*Neplatná je darovacia zmluva, podľa ktorej sa má plniť až po darcovej smrti*." Právne úkony pre prípad smrti (*mortis causa*) sú upravené osobitne až v § 460 a nasl. Občianskeho zákonníka, kde je upravené dedenie (zo zákona, zo závetu, a z oboch dedičských titulov). Doktrína túto právnu úpravu aj vo svetle citovaného § 628 ods. 3 dopĺňa výkladom, podľa ktorého jediným v súčasnosti prípustným právnym úkonom *mortis causa* je závet. Súčasťou tradičného inštrumentária právnych úkonov *mortis causa* pritom (v zahraničí a aj podľa našej právnej úpravy platnej do roku 1950) býva dedičská zmluva, odkaz (legát), darovanie pre prípad smrti, a pod. Ich absencia v našej právnej úprave však presahuje záujem na skúmaní v tomto príspevku nastoleného parciálneho problému.

1.1 Podmienka v právnom úkone

Platná úprava, ani civilistická doktrína, nevenujú pozornosť otázke právnych úkonov vykonaných počas života, ktorých právny účinok má nastať až v prípade straty (obmedzenia) spôsobilosti na právne úkony. Poznajú však všeobecný inštitút podmienky v právnom úkone.

Podmienku v právnom úkone možno definovať ako neistú, ale v zásade možnú budúcu udalosť, na ktorú sa viažu účinky v podobe vzniku, zmeny či zániku práva alebo povinnosti. Ak tieto účinky majú (môžu) v budúcnosti vzniknúť, ide o podmienku suspenzívnu (odkladaciu). Ak naopak účinky úkonu majú (môžu) v budúcnosti zaniknúť, hovoríme o podmienke rezolutívnej (rozväzovacej). Podmienky doktrína klasifikuje ako tzv. *accidentalia negotii*, teda nie podstatné, náhodilé zložky právnych úkonov – teda ako také zložky, ktoré nie sú pravidelnou súčasťou právnych úkonov a nevyžadujú sa pre ich platnosť (ako je to naopak pri tzv. podstatných zložkách právnych úkonov, najčastejšie uvádzaných ako pojmové znaky jednotlivých právnych úkonov v kontraktnom práve súkromnom).

Všeobecná právna úprava (§ 36 Občianskeho zákonníka) teda síce umožňuje zriadiť právny úkon s odkladacou podmienkou, ktorou by v našom prípade analýzy právnych úkonov *incapacitatis causa* mala byť najmä strata alebo obmedzenie spôsobilosti na právne úkony, nepochybne však platnosť takéhoto úkonu môže byť otázna. Otázkou tu ostáva, či pri súčasnej právnej (ne)úprave právnych úkonov *incapacitatis causa* možno napr. niekoho splnomocniť na zastupovanie (udelenie súhlasu s hospitalizáciou či na ľubovoľný úkon alebo penzum úkonov súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti) pre prípad straty plnej spôsobilosti na právne úkony. V splnomocnení (či inom právnom úkone *incapacitatis causa*, napr. obdobe predchádzajúceho priania) by teda bola uvedená odkladacia podmienka, že účinky tohto splnomocnenia nastanú, či slovami Občianskeho zákonníka, splnomocnenie „vzniká" od času, kedy splnomocniteľ stratí plnú spôsobilosť na právne úkony. Táto konštrukcia pritom môže indikovať, že by potenciálne mohlo ísť aj o iné vedľajšie dojednanie v právnom úkone než je stanovenie podmienky, a to stanovenie (doloženie) času. Rozdiel medzi stanovením času a podmienkou spočíva v tom, že doloženie času v budúcnosti s určitosťou nastane, kým pri podmienke nevieme, či táto nastane, a prípadne kedy. Stanovenie času môže pritom rovnako ako podmienka spočívať v rozlíšení toho, či účinky právneho úkonu v budúcnosti nastanú (tzv. *dies a quo*), alebo či už účinné, nastavšie úkony zaniknú (*dies ad quem*). Stanovenie podmienky je naopak symptomatické tzv. pendentným

[4] LAZAR, Ján a kol.: Občianske právo hmotné I. Bratislava : Iura Edition, 2010, s. 124.

stavom (*conditione pendente*), teda časovým úsekom, počas ktorého nevieme, či účinky nastanú (pri suspenzívnej podmienke) alebo zaniknú (pri rozväzovacej podmienke). Inak povedané, pendentný stav je stavom právnej neistoty, kedy pri suspenzívnej podmienke nevieme, či a kedy očakávané (prezumované) účinky nastanú alebo nie;[5] pri doložení času to však s určitosťou vieme. Strata spôsobilosti má pritom bližšie k určeniu podmienky, než k určeniu času, vzhľadom na nemožnosť predpovedať s určitosťou vývoj zdravotného stavu a životných situácií jednotlivca.

Pri stanovení podmienky straty plnej spôsobilosti na právne úkony ako nášmu vnímaniu netradičnej odkladacej podmienky sú pritom podľa nášho názoru všetky zákonné predpoklady tohto určenia ako podmienky splnené. Ide o možnú, neistú udalosť v budúcnosti, na ktorú viažeme účinky právneho úkonu. Zákon výslovne zakazuje len podmienky nemožné, a doktrína k tomu pridáva aj podmienky nemravné, nezákonné, a nedovolené (najčastejšie rozporné s dobrými mravmi).[6] Pri stanovení podmienky straty plnej spôsobilosti na právne úkony však nevidíme žiadny rozpor ani s textom zákona, ani s doktrínou. To, že sa nášmu vnímaniu javí takáto podmienka niečím, na čo nie sme zvyknutí, je otázkou návykovou, nie juristickou.

Navyše, tento náš výklad podporuje aj skutočnosť, že pre súkromné právo je charakteristický princíp individuálnej autonómie, t.j. autonómie vôle subjektov práva v klasickej dichotómii oproti princípu enumeratívnosti verejnoprávnych pretenzií. Inak povedané, pravidlo *secundum et intra legem* je podľa Ústavy Slovenskej republiky vyhradené pre orgány dotované verejnou mocou, kým naopak pre iné subjekty práva (*per definitionem* subjekty práva súkromného) platí princíp ľudovo zvaný „čo nie je zakázané, je dovolené“. Vychádzajúc z dôsledného uplatňovania princípu autonómie vôle tak nutne musíme opäť dospieť k záveru o udržateľnosti takého právneho úkonu, ktorý viaže vôľu subjektu na čas, kedy už takúto vôľu relevantne prejaviť nemôže. Ak teda prejavím svoju vôľu do budúcnosti, a tento prejav nevykazuje žiadne právne relevantné defekty (v našom prípade nemožnosť podmienky či jej rozpor s dobrými mravmi), má byť táto vôľa rešpektovaná pre posvätnosť zásady autonómie vôle v súkromnom práve.

Túto úvahu podporuje i ďalší princíp súkromného práva, ktorý vyplýva z princípu autonómie vôle. Tým princípom je latinské úslovie *potius valeat actus quam pereat*. Jeho podstata spočíva v tom, že aplikujúci orgán má vždy hľadať primárne také interpretačné pravidlá, ktoré udržia autonómnu vôľu subjektov práva v platnosti – teda že na právny úkon sa má hľadieť cez prizmu jeho platnosti, a posúdenie jeho neplatnosti má byť iba riešenie *ultima ratio*.

To, že uvedené princípy sú v našom právnom poriadku, a predovšetkým v právnom myslení deformované socialistickým právnym realizmom, ktorý sme nedokázali dostatočným spôsobom vypreparovať ani z textu Občianskeho zákonníka (pozri napríklad stále trvajúci a stále sa rozširujúci princíp absolútnej neplatnosti právnych úkonov, ktorý by mal byť reštriktívnou výnimkou, a pod.), ani z propedeutiky budúcich právnikov, a ani z právneho myslenia viacerých právnických generácii, nemôže byť prekážkou platnosti právnych úkonov *incapacitatis causa* – a prekážkou ich úpravy *de lege ferenda* už vôbec nie.

[5] ELIÁŠ, Karel a kol.: Občanský zákoník. Velký akademický komentář. Praha : Linde, 2008, s. 245.

[6] Tamže.

1.2 Zastúpenie v Občianskom zákonníku

Právny úkon s odkladacou podmienkou môže čo do obsahu smerovať buď ku konkrétnemu pokynu (predchádzajúce prianie), alebo k ustanoveniu osoby zástupcu (splnomocnenca alebo opatrovníka). Kým úpravu predchádzajúceho priania zvyčajne nachádzame v príslušnej zdravotníckej legislatíve (s výnimkou absentujúcej úpravy v Slovenskej republike), riešenie otázky zastupovania osoby v nami skúmaných prípadoch by sme mohli hľadať v ustanoveniach Občianskeho zákonníka – v úprave zákonného zastúpenia a zastúpenia na základe plnej moci.

Najprv venujme pozornosť zastúpeniu na základe plnej moci. Keďže platná a účinná slovenská právna úprava v Občianskom zákonníku zánik plnomocenstva spája iba so smrťou splnomocniteľa (§ 33b ods. 2, ak nie je dohodnuté inak[7]), nie s jeho stratou spôsobilosti, zásadne by sa v zmysle vyššie uvedených argumentov malo pripúšťať udelenie plnomocenstva trvajúceho aj po strate plnej spôsobilosti na právne úkony, resp. plnomocenstva s odkladacou podmienkou straty plnej spôsobilosti. Naopak, odvolanie plnomocenstva nespôsobilou osobou (splnomocniteľom) sa s poukázaním na § 38 ods. 1 Občianskeho zákonníka nepripúšťa: „*neplatný je právny úkon, pokiaľ ten, kto ho urobil, nemá spôsobilosť na právne úkony*“.[8]

Takéto plnomocenstvo by sa však v praxi muselo bezprostredne dostať do konfliktu s ustanovením § 27 ods. 2 Občianskeho zákonníka o zákonnom zastúpení, podľa ktorého „*zákonným zástupcom fyzickej osoby, ktorú súd rozhodnutím pozbavil spôsobilosti na právne úkony alebo ktorej spôsobilosť na právne úkony súd rozhodnutím obmedzil, je súdom ustanovený opatrovník*“. Predmetné ustanovenie automaticky predpokladá, že pokiaľ osoba nemá plnú spôsobilosť na právne úkony, ustanoví sa jej opatrovník. Jeho postavenie by pritom mohlo byť v konflikte s predtým udelenou plnou mocou, a bolo by na rozhodnutí opatrovníka, či by predchádzajúcu plnú moc rešpektoval alebo by ju odvolal.

Problém možno vnímať aj v samotnej zákonnej formulácii o určení osoby opatrovníka ako zákonného zástupcu, kde § 27 ods. 3 Občianskeho zákonníka predpokladá, že opatrovníkom sa má stať primárne príbuzný fyzickej osoby („*Ak sa za opatrovníka nemôže ustanoviť príbuzný fyzickej osoby ani iná osoba, ktorá spĺňa podmienky pre ustanovenie za opatrovníka, ustanoví súd za opatrovníka orgán miestnej správy, prípadne jeho zariadenie, ak je oprávnené vystupovať svojím menom*.“). Nepripúšťa sa teda možnosť určiť si vopred vhodnú osobu opatrovníka, a rovnako sa dostatočne nezohľadňuje skutočnosť, že blízki príbuzní nespôsobilej osoby môžu mať ako jej potenciálni dedičia zároveň konfliktné záujmy. Aj toto sú reziduá socialistickej právnej úpravy, ktoré moderné kodifikácie súkromného práva neobsahujú a pojmovo nemôžu obsahovať. V zmysle princípov občianskeho práva sa totiž má vždy pripustiť, aby subjekt mohol rozhodnúť o tom, kto bude zastupovať jeho majetkové a iné záujmy – *nota bene* ak o tom rozhoduje v čase, kedy spôsobilosť rozhodnúť o tejto otázke má.

---

[7] *Plnomocenstvo zaniká smrťou splnomocniteľa, ak z jeho obsahu nevyplýva niečo iné*. Porovnaj FEKETE, Imrich: Občiansky zákonník : Veľký komentár. 1. diel. Bratislava : Eurokódex, 2011, s. 229. Účinky plnej moci síce môžu trvať aj po smrti splnomocniteľa, avšak smrť nemôže byť odkladacou podmienkou nadobudnutia účinku plnej moci, nakoľko by šlo o právny úkon *mortis causa*.

[8] Pritom na úplne opačnej pozícii – výslovne pripúšťajúc odvolanie plnej moci nespôsobilou osobou – stojí dnešná rakúska a nemecká právna úprava s ohľadom na explicitne upravené právne úkony *incapacitatis causa* (pozri nižšie). K Nemecku pozri JOX, Ralf J.: Revocation of Advance Directives. In: LACK, Peter – BILLER-ANDORNO, Nikola – BRAUER, Susanne (eds.): Advance Directives. Dordrecht : Springer, 2014, s. 78. Podobne v USA v prípade tzv. psychiatrických závetov – GELLER, Jeffrey L.: The Use of Advance Directives by Persons with Serious Mental Illness for Psychiatric Treatment. In: Psychiatric Quarterly, 71, 2000, 1, s. 3.

Stručný prehľad platnej úpravy nám teda nastoľuje rad problematických otázok a situácií:

a) Neexistenciu zákonnej úpravy inštitútu predchádzajúceho priania.
b) Neexistenciu výslovnej úpravy možnosti udelenia (a odvolania) plnej moci pre prípad straty plnej spôsobilosti splnomocniteľa.
c) Konflikt medzi prípadným splnomocnencom a zákonným zástupcom (opatrovníkom) nespôsobilej osoby.
d) Nemožnosť určiť vopred vhodnú osobu opatrovníka, ktorej určenie by súd rešpektoval.

Dôsledkom tejto (ne)úpravy je potom v praxi skutočnosť, že nespôsobilá osoba je v otázkach zdravotnej starostlivosti zverená do rúk poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (lekárov), ktorí za súčasného právneho stavu (odhliadnuc od všeobecnej úpravy v Dohovore) nemusia zohľadniť jej predchádzajúce prianie o spôsobe liečenia, resp. o odmietnutí zákroku, resp. je odkázaná na rozhodnutia súdom ustanoveného opatrovníka.

Ešte vypuklejším môže byť tento problém v prípade starších nespôsobilých osôb, ktoré nemusia potrebovať žiadny akútny lekársky zákrok, ale skôr správu ich každodenných (aj majetkových) záležitostí. Takáto osoba totiž nemá možnosť dopredu si určiť osobu opatrovníka, a je odkázaná na správnosť výberu tejto osoby súdom. Súdom ustanovený opatrovník navyše môže odvolať každú opatrovancom predtým udelenú plnú moc.

Záverom, hoci sme podľa nášho názoru dostatočne demonštrovali platnosť úkonov *incapacitatis causa* podľa stavu *de lege lata*, zdá sa nevyhnutnou aj výslovná úprava týchto právnych úkonov v slovenskom súkromnom práve *de lege ferenda*. Bez výslovnej úpravy by totiž právne účinky úkonov *incapacitatis causa* v slovenskej právnej praxi aj teórii mohli spôsobovať viaceré výkladové problémy, a chýbala by tiež výslovná úprava riešenia iných, vyššie načrtnutých problémov. Všeobecný trend úpravy takýchto právnych úkonov je pritom v Európe zrejmý, čo nižšie preukážeme poukazom na komparáciu príslušných úprav medzi vybranými štátmi. Napokon, explicitnú právnu úpravu odporúčajú aj viaceré dokumenty Rady Európy, ktorým venujeme pozornosť v závere tohto príspevku.

2 PRÁVNE ÚKONY *INCAPACITATIS CAUSA* – HORIZONTÁLNA KOMPARÁCIA

Tradičné metodologické prístupy k právu často používajú komparatívnu analýzu ako istú „ozdobu“ svojich výstupov, bez vyvodzovania podstatných záverov. V prípadoch, kedy určitý inštitút v právnej úprave *de lege lata* absentuje úplne, je však komparácia nevyhnutná, a to predovšetkým v dvoch smeroch: 1.) čerpajú sa z nej námety *de lege ferenda*, akcentujúc historickoprávne, geografické či iné momenty, a zároveň 2.) pri absencii právnej úpravy komparatívny pohľad plní aj dôležitý výkladový (interpretačný) argument v prípadoch, keď medzera v práve vyústi do reálneho aplikačného problému – napríklad ohľadom platnosti právneho úkonu *incapacitatis causa*.

Z uvedených dôvodov je nevyhnutné poskytnúť aspoň stručný náčrt komparatívneho pohľadu. Pre účely tohto krátkeho príspevku ponúkame horizontálnu komparácia v troch smeroch úvah. Tým prvým bude nášmu právnemu poriadku najpríbuznejší právny poriadok Českej republiky, z dôvodov navýsosť zrejmých, takže nemá veľký význam ich tu zmieňovať. Druhá argumentačná línia ponúkne stručný náčrt vybraných právnych úprav v európskom kontinentálnom právnom systéme, a to pochopiteľne selektívnym spôsobom. Autorská

licencia tu pochopiteľne zohráva svoju úlohu, no napriek tomu (z dôvodu nedostatočného priestoru na širšiu komparatívnu štúdiu) preferenčne intencionalizujeme tie právne poriadky, ktoré sú s tým naším najpríbuznejšie, čo bude v stredoeurópskom právnom priestore nepochybne predovšetkým právny poriadok rakúsky a nemecký. Napokon, tretí, širší komparatívny exkurz predstaví náhľad do angloamerického právneho systému, a to predovšetkým z toho dôvodu, že predstavuje pomerne široký inšpiračný zdroj skúmanej problematiky.

V zahraničných právnych úpravách zásadne platí, že problematika právnych úkonov *incapacitatis causa* sa diskutuje najmä v súvislosti s:

a) eutanáziou – ukončením života nespôsobilých osôb,
b) poskytovaním zdravotnej starostlivosti nespôsobilým osobám. Do tejto kategórie sa niekedy osobitne radia aj tzv. psychiatrické právne úkony *incapacitatis causa,*[9]
c) opatrovníctvom nespôsobilých osôb (najmä v záležitostiach majetkových).

Súvis s eutanáziou, minimálne tou aktívnou, je za súčasného právneho stavu v Slovenskej republike neakceptovateľný,[10] hoci aj náš právny poriadok pozná negatívny reverz, teda odmietnutie liečby. Takéto želanie však nepovažujeme za eutanáziu v pravom zmysle slova. Eutanázia má totiž rôzne podoby, z ktorých najzávažnejšie a najodmietanejšie sú aktívna eutanázia a pasívna eutanázia. Pod aktívnou eutanáziou sa rozumie „*úmyselné, vedomé ukončenie života človeka, ktoré je nezlučiteľné ... s podstatou súčasnej lekárskej etiky...*“.[11] Pri pasívnej eutanázii sa pri beznádejnom stave nepoužíva resuscitácia ani iné mimoriadne prostriedky na predĺženie života, a to aj za cenu, že sa tým urýchli smrť.[12]

Skôr ako s eutanáziou však v našich stredoeurópskych pomeroch prichádza do úvahy využívanie právnych úkonov *incapacitatis causa* v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (vrátane negatívneho reverzu[13]) a s opatrovníctvom nespôsobilých osôb. Zahraničná literatúra v tejto súvislosti rozlišuje tri možné riešenia ako rozhodovať o záležitostiach nespôsobilej osoby:

---

[9] HENDERSON, Claire – JACKSON, Carlos – SLADE, Mike – YOUNG, Alexander S. – STRAUSS, Jennifer L.: How Should we Implement Psychiatric Advance Directives? Views of Consumers, Caregivers, Mental Health Providers and Researchers. In: Adm Policy Ment Health, 37, 2010, s. 447–458; o „psychiatrickom závete“ pozri napr. AMERING, M. – DENK, E. – GRIENGL, H. – SIBITZ, I. – STASTNY, P.: Psychiatric wills of mental health professionals: a survey of opinions regarding advance directives in psychiatry. In: Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 34, 1999, s. 30-34.

[10] Pripúšťa sa však napríklad v Holandsku. Pozri WIJMEN, Matthijs P.S. van – RURUP, Mette L. – PASMAN, H. Roeline W. – KASPERS, Pam J – ONWUTEAKA-PHILIPSEN VAN WIJMEN, Bregje D. et al.: Design of the Advance Directives Cohort: a study of end-of-life decision-making focusing on Advance Directives. In: BMC Public Health 2010, 10, s. 2-3. Dostupné na internete: http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/166 (navštívené dňa 2.11.2014).

[11] VOZÁR, Jozef: Eutanázia a právo na prirodzenú smrť. In: Právny obzor, 74, 1991, 6, s. 355 a nasl.

[12] JÁGER, Robert: Terminologické východiská a delenie foriem eutanázie. In: Notitiae Novae Facultatis Iuridicae Universitatis Matthiae Belii Neosolii, XVIII, 2013-14, s. 58.

[13] Osobitný status majú v niektorých štátoch v tomto kontexte tzv. príkazy určené lekárovi – DNR (*do-not-resuscitate*) a opačný príkaz udržiavať pacienta pri živote (*physicians' orders for life-sustaining treatment* – POLST). Tieto môžu byť obsahom predchádzajúceho priania, alebo pokynu pre splnomocnenca či opatrovníka. Pozri OLICK, Robert S.: On the Scope and Limits of Advance Directives and Prospective Autonomy. In: LACK, Peter – BILLER-ANDORNO, Nikola – BRAUER, Susanne (eds.): Advance Directives. Dordrecht : Springer, 2014, s. 56.

a) Predchádzajúce prianie (pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti aj pri správe majetku), najčastejšie v písomnej forme, v zahraničných právnych úpravách známej ako tzv. *living will*. V nemecky hovoriacich krajinách sa na jeho označenie používajú pojmy *Patiententestament, Letztverfügung, Patientenbrief,* a osobitne aj *„Psychiatrische Testament"* – napr. pri odmietnutí elektrošokov, či neuroleptík.[14] Predchádzajúce prianie pritom môže byť formulované pozitívne alebo negatívne – ktoré terapie a úkony sa majú pacientovi poskytnúť, a ktoré naopak odmieta.[15]
b) Rozhodovanie splnomocnenou osobou – na základe tzv. trvalej plnej moci (*durable power of attorney*), alebo vopred určeným opatrovníkom.
c) Rozhodovanie zákonom (súdom) určenou osobou (zákonným zástupcom).[16]

Názory na využívanie a význam týchto inštitútov pritom ani v zahraničí nie sú jednotné. Kritika vopred vyjadrených pokynov (v predchádzajúcom prianí, či v pokyne pre splnomocnenca alebo pre opatrovníka) sa najčastejšie viaže na rozhodovanie vo vzťahu k poskytovaniu zdravotnej starostlivosti, a spočíva často v tom, že môže ísť o pokyny, ktoré boli vyjadrené niekoľko rokov pred samotnou stratou spôsobilosti dotknutej osoby. Navyše tieto pokyny môžu byť často formulované vágne, a vzhľadom na nedostatok medicínskeho vzdelania dotknutej osoby – ich pôvodcu – môže dôjsť k podceneniu alebo preceneniu niektorých zdravotných situácií alebo zákrokov. Ako príklad sa uvádza, že umelá ventilácia môže byť pri niektorých zákrokoch aplikovaná iba dočasne, počas operácie, na rozdiel od permanentnej umelej ventilácie, ktorá predstavuje spôsob umelého udržiavania pacienta pri živote. Všeobecným odmietnutím ventilácie pritom pôvodca právneho úkonu *incapacitatis causa* s najväčšou pravdepodobnosťou mieni odmietnuť iba permanentnú ventiláciu, nie každú ventiláciu. Aby sa predišlo takýmto nejasnostiam, autori odporúčajú vždy prekonzultovať predchádzajúce pokyny s lekárom, prípadne odporúčajú, aby právna úprava predchádzajúceho pokynu vyžadovala podpis lekára.[17] Z rovnakých dôvodov sa tiež niekedy v literatúre preferuje namiesto zostavenia písomného predchádzajúceho pokynu (predchádzajúceho priania) radšej určenie splnomocnenca, resp. osoby opatrovníka, ktorý sa v prípade potreby vyjadrí za nespôsobilú osobu. Takémuto zástupcovi sa totiž zvyčajne neukladajú konkrétne pokyny vo vzťahu k jednotlivým spôsobom terapie, ale skôr sa uňho predpokladá znalosť hodnôt osoby, ktorú má zastupovať, s tým, že bude schopný vyjadriť jej predpokladané preferencie ohľadom liečenia.[18]

2.1 Právna úprava v Českej republike

Možnú inšpiráciu pre úpravu inštitútu predchádzajúcich pokynov nám ponúka Česká republika. Tá totiž inštitút predchádzajúceho priania zaradila do svojho zákona o zdravotných službách, do § 36, pričom sa inšpirovala rakúskou právnou úpravou[19] (ktorej budeme venovať

[14] BARTA, Heinz – KALCHSCHMID, Gertrud: Die „Patientenverfügung" in Europa. In: Wiener Klinische Wochenschrift : The Middle European Journal of Medicine, 116, 2004, 13, s. 446.

[15] ASSELT, D. van: Advance directives: prerequisites and usefulness. In: Z Gerontol Geriat, 39, 2006, s. 372.

[16] Porovnaj WELIE, Jos V.M.: Living wills and substituted judgments: A critical analysis. In: Medicine, Health Care and Philosophy, 2001, 4, s. 169.

[17] LOEWY, Erich H.: Advance directives : Good, bad or indifferent. In: Wiener Klinische Wochenschrift : The Middle European Journal of Medicine, 116, 2004, 13, s. 411 a nasl.

[18] Tamže, s. 412.

[19] POLICAR, Radek: Rok splněných přání aneb hledání optimálního legislativního Řešení vnitrostátního provedení čl. 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně. In: HUMENÍK, Ivan (ed.): Informovaný súhlas a inštitút predchádzajúceho priania. Košice : ELSA, 2011, s. 34-35. Text právnej úpravy v zákone č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) je nasledujúci:

pozornosť nižšie). V tejto českej úprave sa však zdôrazňuje, že predchádzajúce prianie nie je pre lekára bezpodmienečne záväzné.[20]

Česká republika nezaviedla v zdravotníckej legislatíve explicitnú právnu úpravu umožňujúcu v zmysle čl. 6 ods. 3 Dohovoru o biomedicíne aby plnoletá osoba, ktorá nemá spôsobilosť alebo nie je schopná vyjadriť sa k lekárskemu zákroku, mohla vopred určiť osobu, ktorá bude môcť za pacienta vyjadriť súhlas alebo nesúhlas s lekárskym zákrokom, ako je to v niektorých iných krajinách.[21] Tento „nedostatok" však kompenzuje právna úprava opatrovníctva v aktuálnom (novom) Občianskom zákonníku platnom v Českej republike. Ten upravuje možnosť ustanoviť opatrovníka osobe, ktorej spôsobuje zdravotný stav problémy pri správe jej majetku alebo pri bránení jej práv.[22] Podľa § 469, súd ustanoví takejto osobe na jej návrh opatrovníka, ktorý spravidla koná spolu s opatrovancom. Ustanoviť opatrovníka

---

§ 36

Dříve vyslovené přání

(1) Pacient může pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém ***nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas*** *s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit (dále jen „dříve vyslovené přání").*

(2) Poskytovatel ***bude brát zřetel*** *na dříve vyslovené přání pacienta, má-li ho k dispozici, a to za podmínky, že v době poskytování zdravotních služeb nastala předvídatelná situace, k níž se dříve vyslovené přání vztahuje, a pacient je v takovém zdravotním stavu, kdy není schopen vyslovit nový souhlas nebo nesouhlas. Bude respektováno jen takové dříve vyslovené přání, které bylo učiněno na základě písemného poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí, a to lékařem v oboru všeobecné praktické lékařství, u něhož je pacient registrován, nebo jiným ošetřujícím lékařem v oboru zdravotní péče, s níž dříve vyslovené přání souvisí.*

(3) Dříve vyslovené přání musí ***mít písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem*** *pacienta. Součástí dříve vysloveného přání je písemné poučení podle odstavce 2.*

(4) Pacient může učinit dříve vyslovené přání též při přijetí do péče poskytovatelem nebo kdykoliv v průběhu hospitalizace, a to pro poskytování zdravotních služeb zajišťovaných tímto poskytovatelem. Takto vyslovené přání se zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi; záznam podepíše pacient, zdravotnický pracovník a svědek; v tomto případě se nepostupuje podle odstavce 3.

(5) Dříve vyslovené přání

a) ***není třeba respektovat****, pokud od doby jeho vyslovení došlo v poskytování zdravotních služeb, k nimž se toto přání vztahuje, k takovému vývoji, že lze důvodně předpokládat, že by pacient vyslovil souhlas s jejich poskytnutím; rozhodnutí o nerespektování dříve vysloveného přání pacienta a důvody, které k němu vedly, se zaznamenají do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi,*

b) ***nelze respektovat****, pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti,*

c) ***nelze respektovat****, pokud by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby,*

d) ***nelze respektovat****, pokud byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušení by vedlo k aktivnímu způsobení smrti.*

(6) Dříve vyslovené přání ***nelze uplatnit****, jde-li o nezletilé pacienty nebo pacienty s omezenou svéprávností.*

[20] MADLEŇÁKOVÁ, Lucia: „Výhrada" pacienta ve formě dříve projeveného přání a nová úprava v zákoně o zdravotních službách. In: HUMENÍK, Ivan – ZOLÁKOVÁ, Zuzana (eds.): Aké princípy vládnu zdravotníctvu? Bratislava : Eurokódex, 2013, s. 325 a nasl. L. Madleňáková kritizuje českú právnu úpravu s ohľadom na nemožnosť zákonného zástupcu odmietnuť zákrok, a tiež s ohľadom na to, že podľa nej sa prejavené prianie zohľadňuje len u toho, kto nie je objektívne schopný dať súhlas (nestačí, že je len nespôsobilý, resp. s obmedzenou spôsobilosťou). Tamže, s. 338.

[21] MICHEL, Margot: Advance Directives and the Role of Family and Close Persons – Legal Provisions and Challenges. In: LACK, Peter – BILLER-ANDORNO, Nikola – BRAUER, Susanne (eds.): Advance Directives. Dordrecht : Springer, 2014, s. 137.

[22] Pozri napr. MAREČKOVÁ, Jana – MATIAŠKO, Maroš: Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání : otázka opatrovnictví dospělých. Praha : Linde, 2010.

v každom prípade možno až po osobnom vzhliadnutí osoby, ktorej sa má opatrovník ustanoviť, a až po vypočutí si vyjadrenia tejto osoby (§ 471). Za účelom ochrany záujmov opatrovanca a za účelom kontroly činnosti opatrovníka Občiansky zákonník pripúšťa, aby blízke osoby opatrovanca zriadili tzv. opatrovnícku radu (§ 472 a nasl.)

Vo vzťahu k inej ako zdravotnej starostlivosti môže byť okrem inštitútu opatrovníka významným tiež ustanovenie § 470 Občianskeho zákonníka, ktoré umožňuje zaobstarať si aj správcu majetku – v takom prípade súd nemôže dotknutej osobe ustanoviť opatrovníka.

2.2 Právna úprava v Rakúsku

Rakúsko už v roku 2006 prijalo osobitný zákon o pokynoch pacientov (*Patientenverfügungs-Gesetz*), č. 2006/55.[23] Podľa tohto zákona je pacientovým pokynom najmä vyhlásenie (prianie), ktorým pacient, prípadne aj zdravá osoba, odmietne zdravotnú starostlivosť, resp. konkrétny lekársky zákrok. Obsahom priania môže byť aj určenie konkrétnej osoby ako osobitného dôverníka, alebo zákaz či naopak príkaz poskytovať informácie konkrétnej osobe.

Predchádzajúce prianie možno vyjadriť iba osobne, pri plnej spôsobilosti na zodpovedajúce právne úkony, a so schopnosťou posúdiť a vytvoriť si vlastný názor. Pôvodca priania pritom musí byť poučený o prípadnej diagnóze a možnostiach liečenia, ich alternatívach, rizikách a šanciach. Vyhlásenie (prianie) nadobúda účinnosť v prípade, ak v čase zákroku takáto osoba nemá spôsobilosť alebo schopnosť vyjadriť svoju vôľu.

V zákone sa rozlišuje medzi záväznou a nezáväznou formou vyjadrenia priania pacienta. Záväzná forma vyžaduje dodržať presné obsahové a formálne náležitosti, a to najmä popísanie konkrétnych medicínskych zákrokov, ktoré osoba odmieta. Príliš všeobecné formulácie môžu pritom spôsobiť právnu nezáväznosť takéhoto priania, a budú potom predstavovať iba východisko, ktoré zdravotnícky personál vezme do úvahy pri stanovení ďalšieho lekárskeho postupu.

Na zriadenie právne záväzného priania sa vyžaduje lekárske poučenie, z ktorého sa vyhotovuje protokol, ktorý podpisuje lekár s uvedením svojho mena a sídla. Aj samotné prianie musí byť vyhotovené pred advokátom, notárom, alebo právnickým zamestnancom zariadenia poskytujúceho starostlivosť, a musí byť vlastnoručne podpísané osobou, ktorá toto prianie vyjadruje. Súčasťou musí byť aj poučenie o možnosti odvolať takéto prianie, pričom dôkazom poučenia je podpis advokáta, notára alebo príslušného právnického zamestnanca zariadenia. Prianie sa stáva súčasťou zdravotnej dokumentácie dotknutej osoby.

Dôležitým obmedzením je skutočnosť, že zo zákona je platnosť priania obmedzená na dobu päť rokov, keďže stav medicíny a jej poznania sa neustále vyvíja. Za dodržania osobitných podmienok je pritom možné dobu platnosti priania následne predĺžiť o ďalších päť rokov.

Prianie, ktoré nespĺňa právne náležitosti záväzného pokynu, alebo také právne záväzné prianie, u ktorého uplynula doba platnosti (päť rokov), sa považuje za právne nezáväzné. Takéto prianie slúži len ako východisko pre posúdenie pravdepodobnej vôle pacienta, pokiaľ

[23] Spracované podľa SPROHAR-HEIMLICH, Helga: Die Patientenverfügung. In: GRUBER, Michael – KALSS, Susanne – MÜLLER, Katharina – SCHAUER, Martin (eds.): Erbrecht und Vermögensnachfolge. Wien : Springer, 2010, s. 695-700.

pacient výslovne toto prianie neodvolal, alebo pokiaľ sa podstatne nezmenil stav poznania lekárskej vedy.[24]

Okrem predchádzajúceho priania je v zmysle zákona č. 2006/55 pacientovým pokynom aj tzv. plná moc pre účely opatrovania.

Plná moc za účelom opatrovania sa môže vzťahovať buď iba na stav po strate spôsobilosti splnomocniteľa, alebo naopak môže mať právne účinky už skôr, v čase plnej spôsobilosti splnomocniteľa.[25] Musí však spĺňať náležitosti vyžadované príslušnými predpismi (občianskym zákonníkom ABGB a zákonom o pokynoch pacientov č. 2006/55), inak nebude právne záväzná.

Podľa § 268 ods. 2 ABGB, nespôsobilej osobe nemôže byť súdom ustanovený opatrovník v prípade, ak bola pre účely opatrovania udelená plná moc, ktorou je v dostatočnom rozsahu postarané o potreby a záujmy splnomocniteľa. Ustanovenia o plnej moci pre účely opatrovania pritom predstavujú *lex specialis* k všeobecným ustanoveniam o plnej moci obsiahnutým v §§ 1002 a nasl. ABGB. Osobitosťou tejto plnej moci je najmä to, že pre tento typ plnej moci neplatí časové obmedzenie. Ďalším osobitným ustanovením je aj požiadavka, aby splnomocnenec nebol v stave závislosti alebo v inom obdobnom vzťahu s nemocničným zariadením, domovom alebo iným zariadením, v ktorom sa nachádza splnomocniteľ, alebo v ktorom sa splnomocniteľovi poskytuje starostlivosť (§ 284f ods. 1 ABGB). Tieto zariadenia zároveň nemôžu vystupovať ako splnomocnenci.

Zákonodarca pre tento typ plnej moci predpísal osobitnú formu, ktorá vykazuje podobnosť s právnym úkonom *mortis causa* – závetom. Musí totiž byť vlastnoručne spísaná a podpísaná, alebo spísaná pred tromi nezávislými svedkami, ktorí sa musia na plnú moc podpísať. Pripúšťa sa tiež zriadenie plnej moci pred notárom – v tom prípade sa nevyžadujú svedkovia. Plné moci sa zároveň môžu, ale nemusia, registrovať v centrálnom registri plných mocí, ktorý spravuje Notárska komora. Registrácia nie je podmienkou platnosti ani účinnosti plnej moci.

Obsahom plnej moci môže byť splnomocnenie na akékoľvek konanie, s výnimkou úkonov, ktoré sa musia vykonať osobne, a s výnimkou úkonov v rozpore s dobrými mravmi. Takáto plná moc môže obsahovať aj presné pokyny ohľadom umiestnenia splnomocniteľa do konkrétneho zariadenia, a konkrétne pokyny ako v tom prípade nakladať s jeho majetkom.

V prípade, že sa splnomocniteľovi spôsobilosť obnoví, musí plnú moc odvolať. V záujme predísť zneužívaniu plnej moci sa však tiež pripúšťa, aby aj po strate spôsobilosti mohol nespôsobilý splnomocniteľ plnú moc odvolať. Odvolanie sa vykoná pred notárom, ktorý to oznámi príslušnému súdu pre poručenské a opatrovnícke veci a navrhne, aby súd ustanovil takejto osobe opatrovníka. Dovtedajšia plná moc pre účely opatrovníctva sa takýmto odvolaním iba na „obyčajnú“ plnú moc, s jej štandardnou právnou silou a účinkami.[26] Ustanovený opatrovník ju teda môže kedykoľvek odvolať.

---

[24] Tamže, s. 700-701. Porovnaj tiež BERNAT, Erwin: Patientenverfügungen – die Rechtslage in Österreich. In: Wiener Medizinische Wochenschrift, 153, 2003, s. 376 a nasl.

[25] LUNZER, Michael: Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der notariellen Beratungspraxis. In: KÖRTNER, Ulrich H. J. – KOPETZKI, Christian – KLETEČKA-PULKER, Maria (eds.): Das österreichische Patientenverfügungsgesetz. Berlin : Springer, 2007, s. 208.

[26] Tamže, s. 686-693.

2.3 Právna úprava v Nemecku

Kým nemecké súdy nejudikovali záväznosť pacientových predchádzajúcich prianí (v prípade že v čase ich vyjadrenia mal pacient plnú spôsobilosť), debata o ich záväznosti bola veľmi intenzívnou. Lekárska obec pritom odporúčala zohľadniť predchádzajúce prianie, alebo predpokladané prianie, avšak to nemalo byť pre lekára absolútne záväzné, nakoľko mal mať vždy možnosť prihliadnuť k špecifickým okolnostiam prípadu.[27] Napokon súdne rozhodnutia z roku 2003 a z roku 2005[28] v tejto súvislosti vyjadrili zásadu, že predchádzajúce prianie pacienta je pre zdravotnícky personál záväzné, ak

– je stav pacienta definitívny (s predpokladom smrti v dohľadnej dobe),

– stav je nezvratný,

– predchádzajúce prianie bolo vyjadrené v stave plnej spôsobilosti na právne úkony,

– predchádzajúce prianie je aplikovateľné na aktuálny stav pacienta, alebo je aspoň použiteľné ako indikácia predpokladanej vôle pacienta.

Výslovnej právnej úprave v zákonnej podobe sa však lekárska obec bránila, aj keď právnici navrhovali presné vymedzenie podmienok platnosti a záväznosti takéhoto predchádzajúceho priania, a dokonca zriadenie osobitného registra za týmto účelom.[29]

V súčasnosti, od roku 2009, právna úprava v Nemecku pozná výslovne upravený inštitút predchádzajúceho priania (§ 1901a BGB), a navyše aj osobitný typ tzv. opatrovateľskej plnej moci (vrátane ustanovenia opatrovníka na návrh nespôsobilej osoby; upravuje ich § 1896 a nasl. BGB) – za účelom zastupovania pacienta vo všetkých záležitostiach, ktoré sú v plnej moci bližšie špecifikované.

Plná moc zostáva v platnosti aj po strate plnej spôsobilosti na právne úkony[30] a dá sa ňou predísť súdnemu ustanoveniu opatrovníka. Ministerstvo spravodlivosti navyše proaktívne zverejnilo vzory takejto plnej moci. Podľa tohto vzoru sa plnomocenstvo môže týkať záležitostí zdravotnej starostlivosti vrátane ambulantnej a stacionárnej starostlivosti, úkonov, ktoré môžu súvisieť s poškodením zdravia, a tiež sa môže vzťahovať na odmietnutie poskytovania alebo ukončenie poskytovania zdravotnej starostlivosti. Zároveň ním možno zbaviť zdravotnícky personál povinnosti mlčanlivosti vo vzťahu k osobe splnomocnenca.[31]

V otázkach zdravotnej starostlivosti má splnomocnenec rozhodovať na základe predpokladaného priania pacienta, vychádzajúc z predchádzajúcich vyjadrení pacienta, jeho náboženských predstáv a osobných hodnôt. Zároveň však splnomocnenec musí záležitosť konzultovať s lekárom. Príbuzní a iné osoby musia mať príležitosť vyjadriť sa k tomuto procesu rozhodovania.[32]

---

[27] SASS, Hans-Martin – MAY, Arnd T.: Advance Directives: Balancing Patient's Self-Determination with Professional Paternalism. In: Ethics in Psychiatry. Berlin : Springer, 2010, s. 149.

[28] SEIFERT, Angela: Legitimate advance directive in Germany. In: J Public Health, 2008, 16, s. 440.

[29] Tamže, s. 441-445.

[30] HÖFERT, Rolf: Von Fall zu Fall – Pflege im Recht : Rechtsfragen in der Pflege von A – Z. Mit 25 Abbildungen. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Heidelberg : Springer, 2006, 2009, s. 294.

[31] Tamže, s. 294-295.

[32] SIMON, Alfred: Historical Review of Advance Directives. In: LACK, Peter – BILLER-ANDORNO, Nikola – BRAUER, Susanne (eds.): Advance Directives. Dordrecht : Springer, 2014, s. 9.

Splnomocnenec môže byť tiež splnomocnený rozhodovať o obmedzení alebo pozbavení osobnej slobody pacienta (najmä v prípade potreby umiestnenia do špecializovaného zariadenia). Splnomocnenec navyše môže pacienta zastupovať aj pred verejnými orgánmi, vrátane sociálnej a zdravotnej poisťovne, pred súdom, a tiež v poštovom styku. Osobitne sa mu tiež môže umožniť nakladať s majetkom splnomocniteľa, vrátane možností poskytovať dary z majetku splnomocniteľa, v rozsahu ako je na to oprávnený súdom ustanovený opatrovník.[33]

Napokon, ak by prípadné pokyny obsiahnuté v plnej moci nepostačovali a zdravotný stav by vyžadoval ustanovenie opatrovníka súdom, plná moc môže požadovať, aby súd ustanovil za opatrovníka práve konkrétneho splnomocnenca.[34]

2.4 Právna úprava v iných vybraných európskych štátoch

Na národnej úrovni v Európe v súčasnosti inštitút predchádzajúcich pokynov (zahŕňajúci (1.) záväzné predchádzajúce priania a (2.) ustanovenie splnomocnenca alebo opatrovníka podľa vlastného výberu) upravujú vnútroštátne predpisy v Rakúsku, Belgicku, Spojenom kráľovstve, Nemecku, Maďarsku, Holandsku, Španielsku a Švajčiarsku.

Iba inštitút predchádzajúceho priania bez možnosti ustanoviť splnomocnenca existuje vo Fínsku a Taliansku. Naopak, iba inštitút splnomocnenca, avšak s tým, že ten nemá právomoc odmietnuť poskytovanie zdravotnej starostlivosti, pozná úprava v Nórsku.[35]

V mnohých ďalších európskych štátoch nie sú pokyny pacienta buď vôbec právne upravené, alebo nie sú právne záväzné – napr. v Bulharsku, Grécku, Litve, Nórsku, Portugalsku, Srbsku, Turecku, Francúzsku, ale ani na Slovensku (kde ich právna úprava úplne absentuje).

Aj v tých štátoch, kde táto možnosť jestvuje, a predchádzajúce pokyny majú právnu záväznosť, je však miera ich záväznosti rôznorodá – v Belgicku, Fínsku, Nemecku, Holandsku a Švajčiarsku sú do veľkej miery záväzné, kým v Rakúsku a Maďarsku sú záväzné iba s ohľadom na prísne formálne a procesné podmienky, a napr. vo Francúzsku nie sú vôbec záväzné.[36]

Pre zaujímavosť, španielska úprava pripúšťa možnosť vyjadriť predchádzajúce prianie už u osôb starších ako 16 rokov, a tiež umožňuje rozhodovať o darovaní orgánov pre prípad smrti. Pripúšťa sa aj ustanovenie splnomocnenca, jeho oprávnenia sú však predmetom diskusií.[37]

Holandsko je zasa zaujímavé tým, že pripúšťa predchádzajúce aj prianie vo veci ukončenia života – eutanáziou; to však nie je právne záväzné. Na to, aby prianie bolo

---

[33] HÖFERT, Rolf: Von Fall zu Fall – Pflege im Recht : Rechtsfragen in der Pflege von A – Z. Mit 25 Abbildungen. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Heidelberg : Springer, 2006, 2009, s. 295.

[34] Tamže. Porovnaj http://www.medizinethik-bochum.de/Verfuegungen.htm

[35] Tamže, s. 7.

[36] Tamže. Porovnaj HORN, Ruth Judith: Advance Directives in English and French Law : Different Concepts, Different Values, Different Societies. In: Health Care Anal, 2014, 22, s. 64. Tzv. Leonettiho zákon vo Francúzsku pripúšťa poskytovať alebo odmietnuť zdravotnú starostlivosť osobe len na základe úvahy lekára, po konzultácii s ostatnými lekármi a s príbuznými pacienta a s prihliadnutím na predchádzajúce prianie pacienta. Pozri GRISTINA, Giuseppe Renato – MARTIN, Erica – RANIERI, Vito Marco: Regulation of advance directives in Italy: a bad law in the making. In: Intensive Care Med, 38, 2012, s. 1899.

[37] SIMON, Alfred: Historical Review of Advance Directives. In: LACK, Peter – BILLER-ANDORNO, Nikola – BRAUER, Susanne (eds.): Advance Directives. Dordrecht : Springer, 2014, s. 10.

v Holandsku platným, sa vo všeobecnosti nevyžadujú žiadne formálne podmienky. Lekári sa však od neho vždy môžu z vážnych dôvodov odchýliť. Pripúšťa sa aj ustanovenie splnomocnenca. Ak však splnomocnenec nebude ustanovený, o lekárskom zákroku rozhodnú manželský partner a blízki príbuzní.[38]

Najnovšie úpravy týchto inštitútov pochádzajú zo Švajčiarska a Talianska (z roku 2013, resp. 2011).

Vo Švajčiarsku vstúpil od 1. januára 2013 do účinnosti zákon o ochrane dospelých, podľa ktorého je predchádzajúce prianie pacienta pre lekára záväzné, ak bolo vyjadrené na základe pacientovej slobodnej vôle, nevyžaduje zakázané zákroky (eutanázia), a ak nič nenasvedčuje tomu, že by pacient medzičasom svoju vôľu zmenil. Zákon tiež umožňuje ustanovenie splnomocnenca pre účely rozhodovania o zdravotnej starostlivosti.[39]

Taliansky zákon z roku 2011 výslovne zakazuje eutanáziu, a pacientovo prianie uznáva iba v prípade, že pacient upadol do kómy. Inak predchádzajúce prianie nie je pre lekára záväzné. Zároveň je však zakázané odpojiť pacienta od umelej výživy alebo od hydratácie, aj keby si to výslovne želal.[40]

2.5 Právna úprava v USA

Prvým, kto v USA prišiel s myšlienkou predchádzajúceho priania, bol už v 50. rokoch 20. storočia advokát z Chicaga, Luis Kuttner. Predchádzajúce prianie však presadzoval najmä v súvislosti s právom na eutanáziu, čo široká verejnosť odmietala.

Prvý zákon uznávajúci predchádzajúce prianie (tzv. *living will*) bol prijatý až v roku 1976 v Kalifornii, avšak len vo vzťahu k poskytovaniu zdravotnej starostlivosti, nie vo vzťahu k eutanázii.[41] Následne prípad *Quinlan,* v ktorom súd nepovolil odpojenie pacientky od prístrojov bez súhlasu nemocnice, viedol k širokému hnutiu za rešpektovanie vôle pacientov, a to aj vyjadrenej vopred.[42] V dôsledku tohto prípadu vyše 40 štátov prijalo osobitnú právnu úpravu *living will*.

Ďalšie rozšírenie právnej úpravy pripúšťajúcej rozhodovanie o poskytovaní zdravotnej starostlivosti pre prípad nespôsobilosti sa datuje k roku 1990 a k rozhodnutiu Najvyššieho súdu USA vo veci *Cruzan*. Podľa tohto rozhodnutia si jednotlivci môžu zvoliť starostlivosť a jej mieru podľa svojej vôle, a výslovne sa v rozhodnutí spomína aj možnosť zriadiť trvalú plnú moc (*durable power of attorney*) za týmto účelom.[43]

Od tohto dátumu sa ešte viac rozšírili právne úpravy v jednotlivých štátoch USA,[44] definujúce *living will* a *durable power of attorney*. Napr. v Tennessee je *living will* definovaná ako „*podrobné písomné vyjadrenie vôle vo veci poskytovania alebo neposkytovania*

[38] Tamže, s. 10-11.

[39] Tamže, s. 9-10.

[40] Tamže, s. 8.

[41] BREITON, J. Hortror: A Survey of Living Will and Advanced Health Care Directives. In: N.D. L. Rev., 233, 1998, 74, s. 233.

[42] PILARCZYK, Ian C.: Organ Donor Trusts And Durable Powers Of Attorney For Organ Donation: New Twists On The Living Trust And Living Will. In: Prob. L.J., 29, 1995-1996, 13, s. 55.

[43] ELTORAI, Adam E. M. – BESDINE, Richard W.: Mandating advance directives. In: Aging Clin Exp Res, 2014, 26, s. 315.

[44] Porovnanie úprav v jednotlivých štátoch USA pozri v: BREITON, J. Hortror: A Survey of Living Will and Advanced Health Care Directives. In: N.D. L. Rev., 233, 1998, 74.

zdravotnej starostlivosti, vrátane paliatívnej starostlivosti, ako aj v iných veciach, ako je darovanie orgánov a nakladanie s telom zomrelého".[45] Príslušný zákon pritom vyžaduje informovaný súhlas, preukázateľnú plnú spôsobilosť na právne úkony a prítomnosť dvoch svedkov. V prípade splnenia všetkých podmienok sa *living will* stane súčasťou zdravotnej dokumentácie pacienta. Vlastnou zodpovednosťou pacienta je potom nosiť jedno písomné vyhotovenie *living will* pri sebe pre prípad neodkladného lekárskeho zásahu.[46] Inak sa má postupovať podľa „najlepšieho záujmu" pacienta, o ktorom rozhodne lekár.

V niektorých štátoch USA je právna úprava prísnejšia – napr. v Kalifornii sa vyžadovalo, aby *living will* bola zriadená v lehote 14 dní od diagnostikovania terminálneho štádia ochorenia. Súdna prax však v tomto štáte takúto podmienku prekonala, rovnako ako aj požiadavku písomnej formy.[47]

Aby sme pokračovali v príklade z Tennessee, právna úprava tam rozoznáva aj možnosť zriadiť trvalú plnú moc pre účely zdravotnej starostlivosti (*durable power of attorney for health care*). Aby sa pritom plná moc považovala za účinnú po strate spôsobilosti, musí obsahovať slová „jej účinnosť nezanikne mojou stratou spôsobilosti" alebo „nadobudne účinnosť okamihom mojej straty spôsobilosti".[48] Splnomocnenou osobou by mala byť iba osoba, ktorej záujmy nie sú v konflikte so záujmami splnomocniteľa. Právna úprava v Kanade, Ontáriu, reflektuje dokonca konflikt záujmov aj u svedkov.[49]

Niektoré štáty USA navyše umožňujú, aby obsahom *living will* alebo plnej moci bol aj pokyn pre darovanie orgánov,[50] čo však v prípade trvalej plnej moci z právneho hľadiska znamená nutnosť podržania tejto plnej moci v platnosti aj po smrti splnomocniteľa,[51] čo si vyžaduje výslovnú právnu úpravu a výslovné dojednanie v plnej moci, nakoľko zásadne plná moc zaniká smrťou splnomocniteľa.

Napokon, ako ďalší súvisiaci právny problém, pre prípad výhrady svedomia lekárov viaceré právne úpravy v štátoch USA počítajú s možnosťou postúpiť (ne)poskytovanie zdravotnej starostlivosti inému lekárovi.[52]

2.6 Právna úprava v Spojenom kráľovstve

V Spojenom kráľovstve sa rozoznáva predchádzajúce prianie (pod označením „*advance directive*") a trvalá plná moc (pod názvom „*lasting power of attorney*").

Predchádzajúce prianie musí mať písomnú formu, a musí byť podpísané pred svedkom, ak jeho dôsledkom môže byť smrť.[53]

---

[45] COOK, David – WENER, Andrew: Living Will and Durable Power of Attorney for Health Care: Medical and Ethical Issues on Death and Dying. In: Tenn. J. Prac & Proc., 35, 2000-2001, 3, s. 41.

[46] Tamže, s. 42.

[47] V prípade *Bartling v. Superior Court*. MORGAN, Pamela: The Evolution of the Living Will. In: J. Paralegal Educ. & Prac., 97, 1996, 12, s. 102.

[48] MISHKIN, Barbara: Advance directives for health care. In: OREOPOULOS, Dimitrios G. – MICHELIS, M.F. – HERSCHORN, S. (eds.): Nephrology and Urology in the Aged Patient. Berlin : Springer, 1993, s. 549.

[49] SINGER, Peter A.: The University of Toronto Centre for Bioethics Living Will. In: Est. & Tr. J., 1993-1994, 287, s. 13.

[50] PILARCZYK, Ian C.: Organ Donor Trusts And Durable Powers Of Attorney For Organ Donation: New Twists On The Living Trust And Living Will. In: Prob. L.J., 29, 1995-1996, 13, s. 56.

[51] Tamže, s. 58.

[52] LIEBERSON, Alan: A Comprehensive Look at Connecticut's Living Will Statute. In: Conn. Prob. L.J., 49, 1992-1993, 7, s. 59.

Právna úprava v Spojenom kráľovstve uznáva možnosť formulovať predchádzajúce prianie a plnú moc s pokynom pre splnomocnenca aj pre prípady demencie, resp. straty právnej spôsobilosti v súvislosti s vysokým vekom.[54] Ako kritické hlasy sa však v tomto kontexte objavujú pochybnosti o tom, nakoľko by takéto prianie, resp. pokyn, mal byť záväzným s ohľadom na to, že to, čo zdravý človek mohol pred rokmi považovať za neznesiteľný život, môže v skutočnosti v prípade dosiahnutia takého stavu hodnotiť úplne inak – osobitne v prípade pacientov s demenciou.[55] S vekom a meniacim sa zdravotným stavom sa totiž mení aj osobnosť, hodnoty a priority každého človeka. V prípade takéhoto možného konfliktu by podľa viacerých názorov lekári a príbuzní mali mať možnosť konať aj proti pokynom obsiahnutým v predchádzajúcom prianí alebo v plnej moci (osobitne ak by pokynom mala byť eutanázia).[56]

3 MEDZINÁRODNÉ DOHOVORY A ODPORÚČANIA RADY EURÓPY AKO INŠPIRAČNÝ ZDROJ I VÝKLADOVÝ ARGUMENT

Slovenská právna úprava nepozná inštitút predchádzajúceho priania ani trvalej plnej moci, a to ani v Občianskom zákonníku, ani v príslušných predpisoch upravujúcich poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Slovenská republika je síce viazaná Dohovorom o biomedicíne z roku 1997, a to s účinnosťou od 1. decembra 1999, status článkov 6 a 9 Dohovoru sa však v slovenskom právnom poriadku komplikuje tým, že Dohovor sa nepovažuje za medzinárodnú zmluvu s prednosťou pred slovenskými zákonmi v zmysle čl. 7 ods. 5 Ústavy Slovenskej republiky,[57] nakoľko Dohovor bol ratifikovaný ešte pred tým, ako novela Ústavy z roku 2001, modifikujúca obsah čl. 7, vstúpila do účinnosti. Na Dohovor sa však vzťahujú ustanovenia čl. 154c ods. 1 Ústavy, podľa ktorého „*Medzinárodné zmluvy o ľudských právach a základných slobodách, ktoré Slovenská republika ratifikovala a boli vyhlásené spôsobom ustanoveným zákonom pred nadobudnutím účinnosti tohto ústavného zákona, sú súčasťou jej právneho poriadku a majú prednosť pred zákonom, ak zabezpečujú väčší rozsah ústavných práv a slobôd*.“ V tejto súvislosti pritom podľa nášho názoru možno mať za to, že nakoľko ide o Dohovor o ľudských právach a biomedicíne, a nakoľko obsahuje inštitút predchádzajúceho priania (a možnosť zástupcu rozhodovať o zdravotnom zákroku), ktorý nie je inak v slovenskom právnom poriadku zakotvený, ide o medzinárodnú zmluvu spĺňajúcu podmienky čl. 154c Ústavy, a daná úprava by mala predstavovať súčasť právneho poriadku Slovenskej republiky s prednosťou pred zákonmi.[58] Pritom je však nutné zdôrazniť, že článok 6 Dohovoru nevyžaduje, aby zástupca pacienta mohol byť určený vopred pacientom samotným, a na druhej strane ani znenie článku 9, ani vysvetľujúca správa k tomuto Dohovoru netrvajú na tom, že lekár je povinný rešpektovať pacientovo predchádzajúce prianie – toto má byť lekárom iba „zohľadnené“, resp. má byť naň „prihliadnuté“.

---

[53] HORN, Ruth Judith: Advance Directives in English and French Law : Different Concepts, Different Values, Different Societies. In: Health Care Anal, 22, 2014, s. 61.

[54] FANG, Amy: The Living Will Of Dementia Patients : An exercise of autonomy and maximisalion of utility? In: UCL Jurisprudence Rev., 143, 1997, s. 144.

[55] Tamže, s. 151.

[56] Tamže, s. 160. Podobne aj autor z USA: RICH, Ben A.: Current legal status of advance directives in the United States. In: Wiener Klinische Wochenschrift, 116, 2004, 13, s. 421-422.

[57] *Medzinárodné zmluvy o ľudských právach a základných slobodách, medzinárodné zmluvy, na ktorých vykonanie nie je potrebný zákon, a medzinárodné zmluvy, ktoré priamo zakladajú práva alebo povinnosti fyzických osôb alebo právnických osôb a ktoré boli ratifikované a vyhlásené spôsobom ustanoveným zákonom, majú prednosť pred zákonmi.*

[58] Obdobne argumentuje pre záväznosť v Českej republike MATĚJEK, Jaromír: Dříve projevená přání pacientů : Výhody a rizika. Praha : Galén, 2012, s. 14-15.

Súčasný stav v Slovenskej republike je taký, že súhlas so zákrokom za nespôsobilú osobu dáva jej zástupca (určený zákonom alebo súdom, nie samotnou osobou pacienta), a v prípade predchádzajúcich prianí dokonca žiadna podrobnejšia úprava tohto inštitútu nebola dodnes prijatá, čo má za dôsledok, že skutočná realizácia čl. 9 Dohovoru je v podstate nemožná.

Na pôde Rady Európy pritom bolo okrem Dohovoru z roku 1997 prijatých aj viacero odporúčaní, ktoré sa týkajú skúmanej problematiky, a ktoré môžu slúžiť ako inšpirácia pri výklade a aplikácii platného práva alebo pri zavádzaní novej vnútroštátnej právnej úpravy predchádzajúcich pokynov (prianí a plných mocí).[59] Jedným zo štandardov interpretačného kánonu je totiž už pomerne nespochybniteľne aj eurokonformný výklad, či už v rovine únijnej (Európska únia) alebo ľudskoprávnej (Rada Európy). Je teda nepochybné, že európske tendencie, aj keby boli vyjadrené iba ako tzv. *soft law*, predstavujú interpretačný návod pre orgány aplikácie práva, a zároveň aj inšpiračný zdroj pre orgány tvorby práva v jednotlivých členských štátoch (EÚ alebo Rady Európy).

Postupujúc pri prehľade jednotlivých odporúčaní Rady Európy v spojitosti s právnymi úkonmi *incapacitatis causa* chronologicky, odporúčanie (99)4 členským štátom Rady Európy radilo, aby štáty poskytli právnu ochranu dospelým osobám s obmedzenou spôsobilosťou, alebo nespôsobilým sa o seba postarať. Štáty podľa tohto odporúčania majú primárne zohľadniť rôznu mieru nespôsobilosti a zohľadniť rôznorodé situácie, ktoré sa v živote takéhoto dospelého jedinca môžu vyskytnúť, a pri ktorých vzniká potreba jeho právnej ochrany (princíp 2.1). Odporúčalo sa pritom zaviesť inštitút zástupcov, ktorí by rozhodovali namiesto takýchto osôb, namiesto dovtedajšej praxe zverovania rozhodnutí verejným orgánom (princípy 2.5 a 2.8). Aj nespôsobilé osoby by pritom mali byť zapájané do rozhodovania o ich záležitostiach – minimálne by mali byť primerane informované a ich názor by mal byť vypočutý (princíp 9.3). Právny status zástupcu takejto osoby by mal byť primerane upravený – mali by byť stanovené hranice ich konania a vymedzené okruhy, v ktorých nemôžu rozhodovať (princíp 19.1).[60]

Nasledujúci dokument – odporúčanie Parlamentného zhromaždenia č. 1418 – sa už konkrétne týkal Dohovoru o biomedicíne z roku 1997 a objasňoval niektoré jeho ustanovenia. Odporúčalo sa pritom, aby národné právo upravilo otázky ochrany pred umelým predlžovaním zomierania proti vôli pacienta. Predchádzajúce priania pacienta by mali byť podľa tohto odporúčania výslovne upravené v národnej legislatíve, rovnako ako aj postavenie zástupcov oprávnených rozhodovať v otázkach zdravotnej starostlivosti. V prípade pochybností by však malo byť vždy prijaté rozhodnutie v prospech zachovania života a v prospech poskytovania zdravotnej starostlivosti. Želania pacientov sa pritom majú dodržiavať iba ak nie sú v rozpore s ľudskou dôstojnosťou (napr. ak by pacient odmietol poskytovanie liekov tlmiacich bolesť). Členské štáty by preto za týmto účelom mali zostaviť zoznam zákrokov, ktoré pacientovi nemožno neposkytnúť, aj napriek jeho odporu.[61]

Ďalšie odporúčanie, (2009)11, bolo úplne konkrétne namierené na úpravu plných mocí pre prípad nespôsobilosti, ale tiež vo všeobecnosti upravilo predchádzajúce pokyny pacienta, a to dvoch druhov – právne záväzného a odporúčacieho charakteru. Plné moci by mali spĺňať požiadavky osobitnej právnej formy, ale zároveň by mali byť kedykoľvek odvolateľné.

[59] MICHEL, Margot: Advance Directives and the Role of Family and Close Persons – Legal Provisions and Challenges. In: LACK, Peter – BILLER-ANDORNO, Nikola – BRAUER, Susanne (eds.): Advance Directives. Dordrecht : Springer, 2014, s. 139 a nasl.

[60] Tamže, s. 139.

[61] Tamže, s. 140.

Navyše odporúčanie navrhuje, aby splnomocnenec vždy o starostlivosti o pacienta rozhodoval až po vypočutí si želaní pacienta-splnomocniteľa. Štát by mal tiež zabezpečiť kontrolu činnosti splnomocnencov, a zaviesť mechanizmus riešenia konfliktu záujmov medzi nimi a pacientmi.

Rezolúcia Rady Európy z roku 2012 opakovane zdôraznila, že považuje uvedené právne inštitúty za významné, a vyžaduje, aby členské štáty zaviedli ich výslovnú právnu úpravu. Má sa totiž nimi ešte viac zdôrazniť autonómia jednotlivca v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti. Ak pritom budú navyše vyhotovené v súlade s právnou úpravou, a registrované, mali by zo strany štátu požívať osobitnú právnu ochranu. Ochranu však nemajú požívať, ak by takéto pokyny boli v rozpore s právom, alebo by nezodpovedali reálnej situácii pacienta. Rezolúcia tu tiež zdôrazňuje nutnosť ich periodického preskúmavania, a tiež nutnosť vytvorenia kontrolných mechanizmov nad výkonom činnosti splnomocnencov.

Napokon, nateraz posledné odporúčanie v tejto oblasti – odporúčanie Výboru ministrov Rady Európy (2014)2 vyžaduje, aby členské štáty Rady Európy umožnili aj starším osobám rozhodovať o svojich záležitostiach pre prípad nespôsobilosti alebo neschopnosti postarať sa o svoje záležitosti. Využívanie právnych úkonov *incapacitatis causa* sa teda má rozšíriť aj na prípady prirodzenej straty spôsobilosti a schopnosti spravovať svoje záležitosti s ohľadom na vysoký vek a starnutie populácie.

Ako sme už uviedli vyššie, uvedené dokumenty isto môžu a majú slúžiť členským štátom Rady Európy a signatárom Dohovoru (vrátane Slovenskej republiky) ako podporný argument v interpretačnej rovine. Rovina inšpiračného zdroja je však v tomto prípade podľa nášho názoru ešte silnejšia. Odporúčania totiž priamo poskytujú zákonodarcovi návod na podobu potenciálnej právnej úpravy.

Naším záverom v tomto príspevku je preto nepochybne téza, že právne úkony *incapacitatis causa* by mali byť normatívne vyjadrené v právnom poriadku Slovenskej republiky. V spojení s tým v poslednej kapitole príspevku zároveň ponúkame základné východiskové tézy budúcej právnej úpravy.

4 MOŽNÁ ÚPRAVA *DE LEGE FERENDA* V SLOVENSKEJ REPUBLIKE

Možná budúca právna úprava právnych úkonov *incapacitatis causa* v Slovenskej republike by vo svetle vyššie uvedených zahraničných vzorov a odporúčaní Rady Európy zrejme mala mať najbližšie k platnej rakúskej a nemeckej právnej úprave. Uvedené závery sú v súlade s predostretou komparatívnou analýzou, ako i v súlade s eurokonformným výkladom podľa európskeho kultúrno-právneho prostredia, ktorého je Slovenská republika už trvalou súčasťou. Napriek ponúknutému interpretačnému variantu, podľa ktorého je teória úkonov pre prípad budúcej nespôsobilosti na právne úkony doktrinálne udržateľná aj podľa stavu *de lege lata*, právne poriadky európskeho kontinentálneho právneho systému by mali tendovať k eliminácii čo i len potenciálnych antinómií či neúplnosti svojich právnych poriadkov príklonom k takej úprave, ktorá túto limitu adresátom právnych noriem približuje. Inak povedané, zákonodarca by mal mať snahu rozšíriť právnu úpravu právnych úkonov o výslovnú úpravu takých úkonov, ktorými niekto disponuje pre prípad straty svojej plnej spôsobilosti na právne úkony (právne úkony *incapacitatis causa*). Normovať o právnych úkonoch *incapacitatis causa* by pritom mal predovšetkým základný kódex súkromného práva – Občiansky zákonník. Budúca právna úprava by sa preto mala zaoberať formou a platnosťou takýchto úkonov vo vzťahu k:

(1.) plnomocenstvu a jeho účinnosti aj pre prípad straty spôsobilosti na právne úkony

(2.) všeobecným ustanoveniam o právnych úkonoch, kde by sa malo umožniť, aby niektoré právne úkony mohla vykonať aj nespôsobilá osoba, ak „zákon ustanoví inak“, konkrétne v prípade odvolania plnomocenstva alebo predchádzajúceho priania nespôsobilou osobou.

Úprava zákonného zastupovania a opatrovníctva v Občianskom zákonníku by tiež mohla vziať do úvahy možnosť určiť vopred vhodnú osobu na výkon funkcie opatrovníka, resp. zveriť splnomocnencovi aj úlohy opatrovníka, a tak limitovať oprávnenia zákonného zástupcu alebo súdom ustanoveného opatrovníka. Podrobnosti o možnom obsahu, dobe platnosti, formálnych požiadavkách (lekárskom poučení, svedkoch, vlastnoručnom vyhotovení a podpise, vedení v osobitnej evidencii), požiadavkách na osobu splnomocnenca alebo opatrovníka, kontrole činnosti a možnosti odvolania plnomocenstva by mohli tvoriť obsah príslušných nových ustanovení Občianskeho zákonníka.

Parciálne pre oblasť tzv. medicínskeho práva by zákon o poskytovaní zdravotnej starostlivosti zároveň mohol obdobne obsahovať podrobnú úpravu právneho inštitútu „predchádzajúceho želania“ (v znení Dohovoru v slovenskom preklade „priania“), jeho obsahu (vrátane želaní ohľadom darovania orgánov alebo tela), náležitostí, obmedzenej doby platnosti (napr. na dobu piatich rokov, ako je tomu v Rakúsku), a možností odchýlenia sa od pokynov vyjadrených predchádzajúcim želaním alebo splnomocnencom (či opatrovníkom). Zároveň by zákon o poskytovaní zdravotnej starostlivosti mal reflektovať, že predchádzajúce želanie a ustanovenie splnomocnenca alebo opatrovníka pre účely zdravotnej starostlivosti by mali byť súčasťou zdravotnej dokumentácie, a že pri ich vyhotovovaní sa vyžaduje súčinnosť a poučenie lekára. Tieto ustanovenia by pôsobili vo vzťahu generálnej subsidiarity Občianskeho zákonníka, a pre definované oblasti by tak mali prednosť pred všeobecnými ustanoveniami základného kódexu súkromného práva.

ZÁVER

V zmysle Dohovoru o biomedicíne z roku 1997, odporúčaní Rady Európy, ako aj s poukázaním na právnu úpravu vo vybraných európskych štátoch a v USA máme za to, že právny poriadok Slovenskej republiky v súčasnosti nedostatočne reflektuje, príp. vôbec nereflektuje (resp. reflektuje len v potenciálnej, problematickej interpretačnej rovine) aktuálny trend garantovania autonómie nespôsobilej osoby, resp. osoby s obmedzenou spôsobilosťou na právne úkony, ohľadom poskytovania zdravotnej starostlivosti a nakladania s jej majetkom pre prípad nespôsobilosti (*incapacitatis causa*). Ako možné riešenia tohto stavu sa ponúka uvažovať nad osobitnou právnou úpravou inštitútu predchádzajúceho želania v zákone o zdravotnej starostlivosti, a nad novelizáciou (či ešte lepšie nad komplexnou rekodifikáciou) Občianskeho zákonníka a jeho ustanovení o plnomocenstve a opatrovníctve – ideálne podľa vzorov Rakúska a Nemecka. Týmto postupom, teda výslovným zavedením kategórie takýchto právnych úkonov do nášho právneho poriadku, by sa vyriešili nielen otázky rozhodovania o poskytovaní zdravotnej starostlivosti nespôsobilým osobám, ale tiež otázky rozhodovania o iných, osobitne majetkových záležitostiach takej osoby, ktorá síce nemusí vyžadovať akútny lekársky zákrok, ale s ohľadom na svoj vek nie je schopná riadne sa starať o svoje záležitosti. Takáto právna úprava si však zároveň vyžaduje zvýšené záruky právnej ochrany v podobe kontroly činnosti lekára a prípadného splnomocnenca alebo opatrovníka, a tiež zavedenie možnosti odvolania plnej moci alebo odvolania z funkcie opatrovníka na základe prejavu vôle zastupovanej nespôsobilej osoby. Tomu treba prispôsobiť aj procesnoprávnu úpravu rozhodovania súdov v mimosporovom konaní. Vhodné by tiež bolo vyriešiť aj otázku, či takýmto opatrovníkom, resp. splnomocnencom môže byť iba fyzická osoba, alebo sa tu otvorí priestor aj pre prípadné odplatné aktivity právnických osôb. Navyše v týchto úvahách,

predovšetkým pri kategórii seniorov, tu do právnej úvahy vstupujú i toľko pertraktované problémy ochrany spotrebiteľa, či slabšej strany v právnych vzťahoch vôbec.

Použitá literatúra:

1. AMERING, M. – DENK, E. – GRIENGL, H. – SIBITZ, I. – STASTNY, P.: Psychiatric wills of mental health professionals: a survey of opinions regarding advance directives in psychiatry. In: Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 1999, 34.
2. ASSELT, D. van: Advance directives: prerequisites and usefulness. In: Z Gerontol Geriat, 39, 2006.
3. BARTA, Heinz – KALCHSCHMID, Gertrud: Die „Patientenverfügung“ in Europa. In: Wiener Klinische Wochenschrift : The Middle European Journal of Medicine, 116, 2004, 13.
4. BERNAT, Erwin: Patientenverfügungen – die Rechtslage in Österreich. In: Wiener Medizinische Wochenschrift, 153, 2003.
5. BREITON, J. Hortror: A Survey of Living Will and Advanced Health Care Directives. In: N.D. L. Rev., 233, 1998, 74.
6. COOK, David – WENER, Andrew: Living Will and Durable Power of Attorney for Health Care: Medical and Ethical Issues on Death and Dying. In: Tenn. J. Prac & Proc., 35, 2000-2001, 3.
7. DORON, Israel – SODEN, Ann M. (eds.): Beyond Elder Law : New Directions in Law and Aging. Berlin : Springer, 2012.
8. DORON, Israel (ed.): Theories on Law and Aging. Berlin : Springer, 2009.
9. ELIÁŠ, Karel a kol.: Občanský zákoník. Velký akademický komentář. Praha : Linde, 2008.
10. ELTORAI, Adam E. M. – BESDINE, Richard W.: Mandating advance directives. In: Aging Clin Exp Res, 26, 2014.
11. FANG, Amy: The Living Will Of Dementia Patients : An exercise of autonomy and maximisalion of utility? In: UCL Jurisprudence Rev., 143, 1997.
12. FEKETE, Imrich: Občiansky zákonník : Veľký komentár. 1. Diel. Bratislava : Eurokódex, 2011.
13. GELLER, Jeffrey L.: The Use of Advance Directives by Persons with Serious Mental Illness for Psychiatric Treatment. In: Psychiatric Quarterly, 71, 2000, 1.
14. GRISTINA, Giuseppe Renato – MARTIN, Erica – RANIERI, Vito Marco: Regulation of advance directives in Italy: a bad law in the making. In: Intensive Care Med, 38, 2012.
15. HENDERSON, Claire – JACKSON, Carlos – SLADE, Mike – YOUNG, Alexander S. – STRAUSS, Jennifer L.: How Should we Implement Psychiatric Advance Directives? Views of Consumers, Caregivers, Mental Health Providers and Researchers. In: Adm Policy Ment Health, 37, 2010.
16. HÖFERT, Rolf: Von Fall zu Fall – Pflege im Recht : Rechtsfragen in der Pflege von A – Z. Mit 25 Abbildungen. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Heidelberg : Springer, 2006, 2009.

17. HORN, Ruth Judith: Advance Directives in English and French Law : Different Concepts, Different Values, Different Societies. In: Health Care Anal, 22, 2014.

18. JÁGER, Robert: Terminologické východiská a delenie foriem eutanázie. In: Notitiae Novae Facultatis Iuridicae Universitatis Matthiae Belii Neosolii, XVIII, 2013-14.

19. JOX, Ralf J.: Revocation of Advance Directives. In: LACK, Peter – BILLER-ANDORNO, Nikola – BRAUER, Susanne (eds.): Advance Directives. Dordrecht : Springer, 2014.

20. LAZAR, Ján a kol.: Občianske právo hmotné I. Bratislava : Iura Edition, 2010.

21. LIEBERSON, Alan: A Comprehensive Look at Connecticut's Living Will Statute. In: Conn. Prob. L.J., 49, 1992-1993, 7.

22. LOEWY, Erich H.: Advance directives : Good, bad or indifferent. In: Wiener Klinische Wochenschrift : The Middle European Journal of Medicine, 116, 2004, 13.

23. LUNZER, Michael: Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der notariellen Beratungspraxis. In: KÖRTNER, Ulrich H. J. – KOPETZKI, Christian – KLETEČKA-PULKER, Maria (eds.): Das österreichische Patientenverfügungsgesetz. Berlin : Springer, 2007.

24. MADLEŇÁKOVÁ, Lucia: „Výhrada“ pacienta ve formě dříve projeveného přání a nová úprava v zákoně o zdravotních službách. In: HUMENÍK, Ivan – ZOLÁKOVÁ, Zuzana (eds.): Aké princípy vládnu zdravotníctvu? Bratislava : Eurokódex, 2013.

25. MAREČKOVÁ, Jana – MATIAŠKO, Maroš: Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání : otázka opatrovnictví dospělých. Praha : Linde, 2010.

26. MATĚJEK, Jaromír: Dříve projevená přání pacientů : Výhody a rizika. Praha : Galén, 2012.

27. MICHEL, Margot: Advance Directives and the Role of Family and Close Persons – Legal Provisions and Challenges. In: LACK, Peter – BILLER-ANDORNO, Nikola – BRAUER, Susanne (eds.): Advance Directives. Dordrecht : Springer, 2014.

28. MICHEL, Margot: Advance Directives and the Role of Family and Close Persons – Legal Provisions and Challenges. In: LACK, Peter – BILLER-ANDORNO, Nikola – BRAUER, Susanne (eds.): Advance Directives. Dordrecht : Springer, 2014.

29. MISHKIN, Barbara: Advance directives for health care. In: OREOPOULOS, Dimitrios G. – MICHELIS, M.F. – HERSCHORN, S. (eds.): Nephrology and Urology in the Aged Patient. Berlin : Springer, 1993.

30. MORGAN, Pamela: The Evolution of the Living Will. In: J. Paralegal Educ. & Prac., 97, 1996, 12.

31. OLICK, Robert S.: On the Scope and Limits of Advance Directives and Prospective Autonomy. In: LACK, Peter – BILLER-ANDORNO, Nikola – BRAUER, Susanne (eds.): Advance Directives. Dordrecht : Springer, 2014.

32. PILARCZYK, Ian C.: Organ Donor Trusts And Durable Powers Of Attorney For Organ Donation: New Twists On The Living Trust And Living Will. In: Prob. L.J., 29, 1995-1996, 13.

33. POLICAR, Radek: Rok splněných přání aneb hledání optimálního legislativního Řešení vnitrostátního provedení čl. 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně. In: HUMENÍK, Ivan (ed.): Informovaný súhlas a inštitút predchádzajúceho priania. Košice : ELSA, 2011.

34. RICH, Ben A.: Current legal status of advance directives in the United States. In: Wiener Klinische Wochenschrift, 2004, 116, 13.

35. SASS, Hans-Martin – MAY, Arnd T.: Advance Directives: Balancing Patient's Self-Determination with Professional Paternalism. In: Ethics in Psychiatry. Berlin : Springer, 2010.

36. SEIFERT, Angela: Legitimate advance directive in Germany. In: J Public Health, 16, 2008.

37. SIMON, Alfred: Historical Review of Advance Directives. In: LACK, Peter – BILLER-ANDORNO, Nikola – BRAUER, Susanne (eds.): Advance Directives. Dordrecht : Springer, 2014.

38. SINGER, Peter A.: The University of Toronto Centre for Bioethics Living Will. In: Est. & Tr. J., 287, 1993-1994.

39. SPROHAR-HEIMLICH, Helga: Die Patientenverfügung. In: GRUBER, Michael – KALSS, Susanne – MÜLLER, Katharina – SCHAUER, Martin (eds.): Erbrecht und Vermögensnachfolge. Wien : Springer, 2010.

40. SPRUZINA, Claus: Vorsorgevollmacht. In: GRUBER, Michael – KALSS, Susanne – MÜLLER, Katharina – SCHAUER, Martin (eds.): Erbrecht und Vermögensnachfolge. Wien : Springer, 2010.

41. VOZÁR, Jozef: Eutanázia a právo na prirodzenú smrť. In: Právny obzor, 74, 1991, 6.

42. WELIE, Jos V.M.: Living wills and substituted judgments: A critical analysis. In: Medicine, Health Care and Philosophy, 4, 2001.

43. WIJMEN, Matthijs P.S. van – RURUP, Mette L. – PASMAN, H. Roeline W. – KASPERS, Pam J – ONWUTEAKA-PHILIPSEN VAN WIJMEN, Bregje D. et al.: Design of the Advance Directives Cohort: a study of end-of-life decision-making focusing on Advance Directives. In: BMC Public Health 2010, 10. Dostupné na internete: http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/166 (navštívené dňa 2.11.2014).

Kontakt – e-mail: tomas.gabris@flaw.uniba.sk, marek.stevcek@flaw.uniba.sk

Tento článok vznikol vďaka podpore v rámci OP Výskum a vývoj pre dopytovo-orientovaný projekt: Univerzitný vedecký park Univerzity Komenského v Bratislave, ITMS 26240220086 spolufinancovaný zo zdrojov Európskeho fondu regionálneho rozvoja.

Podporujeme výskumné aktivity na Slovensku/

Projekt je spolufinancovaný zo zdrojov EÚ

Operačný program VÝSKUM a VÝVOJ

MINISTERSTVO ŠKOLSTVA, VEDY, VÝSKUMU A ŠPORTU SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Európska únia
Európsky fond regionálneho rozvoja

This contribution/publication is the result of the project implementation: Comenius University in Bratislava Science Park supported by the Research and Development Operational Programme funded by the ERDF

Grant number : ITMS 26240220086.

Podporujeme výskumné aktivity na Slovensku/

Projekt je spolufinancovaný zo zdrojov EÚ

VYBRANÉ PROBLÉMY ADMINISTRATÍVNEJ ZODPOVEDNOSTI POSKYTOVATEĽOV ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Ján ŠKROBÁK

Právnická fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave

Katedra správneho a environmentálneho práva

Abstrakt: Príspevok načrtáva administratívnu zodpovednosť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, a to najmä podľa zákona č. 578/2004 Z. z., ale aj podľa ďalších zákonov. Poukazuje na to, že zodpovednostný systém je komplikovaný, miestami až neprehľadný, a vytvára riziko v niektorých prípadoch nežiaduceho dvojitého postihu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti za jedno a to isté konanie či nekonanie.

Kľúčové slová: *administratívna zodpovednosť, zdravotná starostlivosť, poskytovateľ zdravotnej starostlivosti*

Abstract: The paper outlines the administrative accountability of health care providers, in particular under the Law no. 578/2004 Coll., as well as under other laws. It notes, that the accountability system is complicated, in some cases it can be described as intricate, and it creates a risk of (in some cases) unwanted double punishment of health care providers for one and the same act or omission.

Key words: *administrative accountability, health care, health care providers*

ÚVOD

Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vzniká komplikovaná štruktúra rôznorodých právnych vzťahov. Vyplýva to jednak z druhovej plurality týchto právnych vzťahov (ide o spoločenské vzťahy, ktoré upravujú rôzne právne odvetvia, ďalej je potrebné zmieniť, že v rámci úpravy poskytovania zdravotnej starostlivosti je potrebné upraviť kvalitatívne veľmi rôznorodé aspekty tejto problematiky), ďalej z plurality spravujúcich subjektov a orgánov na tomto úseku správy zdravotníctva, ale aj z plurality a rôznorodosti spravovaných subjektov. Z toho vyplýva aj pluralita a komplikovaná štruktúra zodpovednostných vzťahov.

Tento príspevok sa nepokúša obsiahnuť problematiku zodpovednostných vzťahov vznikajúcich pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vo všeobecnosti.[1] Predmetom jeho záujmu je právna zodpovednosť, aj to však nie v úplnosti (keďže právna zodpovednosť pri

[1] K tomu možno odkázať napríklad na monografie Pavla Kádeka – KÁDEK, P.: *Súčasné dimenzie právnej zodpovednosti v medicíne a zdravotníctve.* Bratislava : Wolters Kluwer, 2014, 184 s.; alebo KÁDEK, P.: *Právna zodpovednosť v medicíne.* Sládkovičovo : Vysoká škola v Sládkovičove, 2012, 309 s. Stručný prehľad problematiky možno nájsť aj v online dostupnom článku Matúša Kasinca – KASINEC, M.: Právna zodpovednosť pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti (lekár vs. pacient). In *Projustice* [elektronický zdroj]. Roč. 2, 5. december (2013), nestr. [online] (navštívené 22. februára 2015).

poskytovaní zdravotnej starostlivosti môže mať aj charakter zodpovednosti napríklad disciplinárnej, občianskoprávnej, pracovnoprávnej či trestnoprávnej), ale administratívnoprávna, a to konkrétne administratívna, zodpovednosť. Aj v rámci tejto problematiky sa zameriava len na vybraný aspekt, a to v nadväznosti na zodpovedný subjekt, ktorým je poskytovateľ zdravotnej starostlivosti (teda nie napr. ošetrujúci zdravotnícky pracovník, registrovaný zdravotnícky pracovník, držiteľ licencie, na ktorej základe nemožno poskytovať zdravotnú starostlivosť, zamestnanec poskytovateľa zdravotnej starostlivosti). Napokon, posledné precizovanie obsahového zamerania, ktoré v úvode treba spomenúť, je, že príspevok sa zameriava na zodpovednosť najmä v rozsahu zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti“).

1 ADMINISTRATÍVNA ZODPOVEDNOSŤ PRI POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Prv, než prikročíme k skúmaniu samotnej problematiky, tak, ako bola načrtnutá v úvode príspevku, je potrebné aspoň stručne načrtnúť štruktúru zodpovednostných vzťahov v rámci administratívnej zodpovednosti za poskytovanie zdravotnej starostlivosti vo všeobecnosti.

Základné členenie tejto zodpovednosti je na

- zodpovednosť za nesprávne poskytovanie zdravotnej starostlivosti,

- zodpovednosť za porušenie iných povinností poskytovateľov.

V prípade zodpovednosti za správne poskytovanie zdravotnej starostlivosti[2] ide o zodpovednosť za porušenie povinnosti postupovať pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti s potrebnou odbornosťou, v súlade s aktuálnymi poznatkami medicínskej vedy, resp., biomedicínskych vied. Túto zodpovednosť vyvodzuje predovšetkým Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, a to postupom podľa zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o zdravotných poisťovniach“).

Na vyvodzovanie administratívnej zodpovednosti na úseku poskytovania zdravotnej starostlivosti môžu byť vecne príslušné rôzne kategórie orgánov verejnej správy.

Môžeme ich rozdeliť nasledovne:

1. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou,

2. dozorné orgány podľa zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti,

3. iné orgány verejnej správy.

[2] Podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o zdravotnej starostlivosti“) poskytovateľ je povinný poskytovať zdravotnú starostlivosť správne. Zdravotná starostlivosť je poskytnutá správne, ak sa vykonajú všetky zdravotné výkony na správne určenie choroby so zabezpečením včasnej a účinnej liečby s cieľom uzdravenia osoby alebo zlepšenia stavu osoby pri zohľadnení súčasných poznatkov lekárskej vedy.

Stručne sa zamerajme na načrtnutie sankčných mechanizmov v pôsobnosti Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Ak Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou pri výkone dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti podľa zákona o zdravotných poisťovniach zistí, že zdravotná starostlivosť nebola poskytnutá správne, alebo ak zistí porušenie povinností pri výkone dohľadu, podľa závažnosti zistených nedostatkov a ich následkov môže uložiť poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti

a) pokutu alebo

b) zákaz výkonu zdravotníckeho povolania najviac na jeden rok; ak poskytovateľom zdravotnej starostlivosti je právnická osoba, zákaz výkonu zdravotníckeho povolania môže uložiť jej odbornému zástupcovi.[3]

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou nemôže

- postihovať porušenie povinností poskytovateľov podľa zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti,

- zrušiť alebo pozastaviť povolenie na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia alebo licenciu na výkon samostatnej zdravotníckej praxe.

Ak Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou pri výkone dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou zistí iné nedostatky v činnosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktoré vyplývajú z porušenia povinností ustanovených osobitnými predpismi, podľa závažnosti zistených nedostatkov môže (inter alia) podať na príslušnom orgáne návrh na začatie konania v rozsahu sankčných oprávnení týchto orgánov (§ 50 ods. 3 zákona o zdravotných poisťovniach).

2 POSKYTOVATELIA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI A ICH POVINNOSTI

Podľa § 4 zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti poskytovateľ zdravotnej starostlivosti je

a) fyzická osoba alebo právnická osoba, ktorá poskytuje zdravotnú starostlivosť na základe

1. povolenia alebo povolenia na zaobchádzanie s liekmi a so zdravotníckymi pomôckami podľa osobitného predpisu,

2. živnostenského oprávnenia podľa osobitného predpisu, alebo

b) fyzická osoba, ktorá poskytuje zdravotnú starostlivosť na základe licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe, alebo

c) fyzická osoba – podnikateľ alebo právnická osoba, ktorá poskytuje zdravotnú starostlivosť na základe povolenia na prevádzkovanie prírodných liečebných kúpeľov alebo povolenia na prevádzkovanie kúpeľnej liečebne podľa osobitného predpisu.

Ak sa zaoberáme problematikou administratívnej zodpovednosti osôb, ktoré sa svojou činnosťou podieľajú na poskytovaní zdravotnej starostlivosti, treba rozlišovať medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a zdravotníckymi pracovníkmi. Tieto dve kategórie subjektov majú rôzne penzum povinností a vzťahujú sa na ne rôzne mechanizmy

[3] Pozri ustanovenie § 50 ods. 2 zákona o zdravotných poisťovniach.

vyvodzovania zodpovednosti za porušenie týchto povinností. Na tom nič nemení ani fakt, že v osobitných prípadoch môže fakticky poskytovateľ zdravotnej starostlivosti a zdravotnícky pracovník „splývať“ – pôjde teda o jednu a tú istú osobu (napríklad ak lekár poskytuje zdravotnú starostlivosť na základe licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe, alebo ak poskytovateľom zdravotnej starostlivosti na základe povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia je fyzická osoba), prípadne nejde síce formálne o jeden subjekt, ale vzhľadom na vzťahy ovládanej a ovládajúcej osoby je praktický efekt rovnaký (tzv. „jednoosobové“ spoločnosti s ručením obmedzeným, ktoré napríklad ako poskytovatelia zdravotnej starostlivosti prevádzkujú ambulanciu ako zdravotnícke zariadenie a lekár, o ktorého ambulanciu fakticky ide, je jediným spoločníkom tejto spoločnosti, jej jediným konateľom a zároveň aj odborným zástupcom na účely podľa zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti a vystupuje aj v pozícii ošetrujúceho zdravotníckeho pracovníka).

Vymedzením okruhu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti je zároveň vymedzený aj okruh možných subjektov správnych deliktov, ktoré môžu byť naplnené porušením povinností poskytovateľov zdravotnej starostlivosti podľa zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti.

Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti majú (okrem povinnosti poskytovať zdravotnú starostlivosť správne) veľké penzum ďalších právnych povinností, diferencovaných podľa druhu poskytovateľa a podľa druhu poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Tieto povinnosti sú upravené najmä v ustanovení § 79 zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti.

Toto ustanovenie hneď v odseku 1 písm. a) odkazuje aj na povinnosti podľa zákona o zdravotnej starostlivosti (teda aj povinnosti poskytovateľov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa zákona o zdravotnej starostlivosti sú recipované ako povinnosti podľa zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti). Vyvstáva otázka, či je to vhodné, keďže tým vzniká priestor dvojitého postihu za jedno a to isté konanie (či nekonanie). K tejto otázke sa vrátim v príspevku neskôr.

Zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti diferencovane upravuje veľké množstvo povinností poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Okrem už spomínanej recipovanej povinnosti podľa § 79 ods. 1 písm. a) zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti ide v prvom rade o:

- povinnosť poskytnúť bez zbytočného odkladu každej osobe neodkladnú zdravotnú starostlivosť a na pokyn operačného strediska záchrannej zdravotnej služby poskytnúť súčinnosť poskytovateľovi záchrannej zdravotnej služby,

- povinnosť bez zbytočného odkladu prevziať osobu od poskytovateľa záchrannej zdravotnej služby, ak ide o poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti,

- povinnosť prevádzkovať zdravotnícke zariadenie v súlade s požiadavkami na jeho personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie.

Vzhľadom na veľký počet ďalších povinností nie je účelné vypočítavať ich a namiesto toho sa pokúsim o ich prehľad s využitím metód analýzy a syntézy. Takto možno hovoriť o:

- informačných povinnostiach poskytovateľa voči osobám, ktorým sa poskytuje zdravotná starostlivosť (napríklad povinnosť viditeľne označiť druh zdravotníckeho zariadenia, umiestniť na viditeľnom mieste zoznam zdravotných poisťovní, s ktorými má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, povinnosť umiestniť na prístupnom a viditeľnom mieste cenník všetkých zdravotných výkonov, ktoré poskytuje poskytovateľ, povinnosť informovať vopred osobu, jej zákonného zástupcu alebo osobu blízku o rozsahu a

podmienkach ním poskytovanej zdravotnej starostlivosti a o tom, či má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti so zdravotnou poisťovňou, v ktorej je táto osoba verejne zdravotne poistená podľa osobitného predpisu, bezodkladne písomne informovať osobu o odstúpení od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a o dôvodoch odstúpenia od tejto dohody, povinnosť na viditeľnom mieste bezodkladne uviesť poskytovateľa, ktorý vykonáva zastupovanie v čase neprítomnosti poskytovateľa, umiestniť na viditeľnom mieste ordinačné hodiny schválené a potvrdené samosprávnym krajom),

- informačných a výkazných povinnostiach poskytovateľa voči orgánom verejnej moci (napríklad voči Ministerstvu zdravotníctva SR, voči Národnému centru zdravotníckych informácií, voči regionálnym úradom verejného zdravotníctva, voči orgánom činným v trestnom konaní, voči úradom práce, sociálnych vecí a rodiny, voči orgánom dozoru) a voči zdravotným poisťovniam, ako aj o povinnostiach poskytovateľa pri výkone voči nemu uskutočňovanému správneho dozoru orgánmi dozoru (povinnosť povoliť orgánu príslušnému na výkon dozoru podľa tohto zákona vstup do zdravotníckeho zariadenia, poskytnúť mu požadované informácie a súčinnosť potrebnú na výkon dozoru a zdržať sa konania, ktoré by mohlo mariť výkon dozoru podľa tohto zákona),

- povinnostiach týkajúcich sa vedenia zdravotnej dokumentácie, jej uschovávania, spracúvania údajov, ktoré sú v nej uvedené, ich poskytovania a sprístupňovania (aj tu treba poznamenať, že ide o povinnosti, ktoré tvoria prienik úpravy zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti a zákona o zdravotnej starostlivosti).

Zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti upravuje veľké penzum ďalších povinností, ktoré je náročné zaradiť do abstraktnejšie ponímaných kategórií povinností vzhľadom na ich rôznorodosť. Niektoré z týchto povinností sú ustanovené v zákone o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti takpovediac originárne (teda ide o povinnosti neupravené iným zákonom), no ďalšie sú upravené popri úprave v iných zákonoch. Ide napríklad o povinnosť predpisovať lieky a zdravotnícke pomôcky v súlade s osobitným predpisom, ktorým je v súčasnosti zákon č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o liekoch“).

Porušením vyššie uvedených (a ďalších v zákone o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti upravených) povinností sa napĺňa objektívna stránka správneho deliktu podľa zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti. Ako vidíme, objektívna stránka (a rovnako aj objekt) týchto deliktov je veľmi rôznorodá.

3 VYVODZOVANIE ADMINISTRATÍVNEJ ZODPOVEDNOSTI ZA PORUŠENIE ZÁKONA O POSKYTOVATEĽOCH ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Dozor nad dodržiavaním ustanovení zákona vo vzťahu k poskytovateľom zdravotnej starostlivosti[4] vykonáva

a) orgán príslušný na vydanie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia (§ 11 zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti),

b) ak ide o plnenie povinností podľa § 79 zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti a dodržiavanie podmienok prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia na základe povolenia na prevádzkovanie všeobecnej nemocnice, aj Ministerstvo zdravotníctva SR,

[4] Pozri § 81 ods. 1 zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti.

c) komora príslušná na vydanie licencie (§ 68 ods. 2 až 11 zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti),

d) Ministerstvo zdravotníctva SR, ak ide o dodržiavanie ustanovení § 7 ods. 8 a 9 a § 40 ods. 13 a 16 zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti.

Uvedené orgány dozoru sú následne aj orgánmi príslušnými na vyvodzovanie administratívnoprávnej zodpovednosti voči poskytovateľom zdravotnej starostlivosti za porušenie ich povinností podľa zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti. Podľa § 81 ods. 2 zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti orgán príslušný na vydanie povolenia, Ministerstvo zdravotníctva SR a komora príslušná na vydanie licencie sú oprávnení za podmienok ustanovených týmto zákonom

a) ukladať pokuty,

b) dočasne pozastaviť povolenie alebo licenciu,

c) zrušiť povolenie alebo licenciu.

Pri ukladaní sankcií orgány prihliadajú najmä na povahu porušenej povinnosti, spôsob konania alebo opomenutia, mieru zavinenia, dĺžku a dôsledky porušenia povinnosti alebo inú priťažujúcu okolnosť. Konkrétnu výmeru pokút upravuje zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti v § 82. Ustanovenia § 82 ustanovujú výšku pokút spolu s odkazmi na ustanovenia zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti upravujúce povinnosti poskytovateľov, čím zároveň formou odkazu formulujú skutkové podstaty správnych deliktov. Správne delikty poskytovateľov zdravotnej starostlivosti podľa zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti možno považovať za tzv. hybridné správne delikty.[5] Na vznik zodpovednosti sa nevyžaduje zavinenie, ide teda o objektívnu zodpovednosť.[6]

Konanie o uložení pokuty možno začať do troch mesiacov odo dňa, keď orgán príslušný na vydanie povolenia, ministerstvo zdravotníctva alebo komora zistila porušenie povinnosti, najneskôr do jedného roka odo dňa porušenia povinnosti. Účastníkom konania o uložení pokuty je (pokiaľ ide o delikty poskytovateľov zdravotnej starostlivosti) držiteľ povolenia, alebo držiteľ licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe, ako aj Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, ak sa konanie začalo na jeho podnet. V rozhodnutí o uložení pokuty orgán príslušný na vydanie povolenia, ministerstvo zdravotníctva alebo komora určí lehotu na odstránenie nedostatkov. Ak sa v tejto lehote nedostatky neodstránili, možno uložiť pokutu opakovane.[7]

Na konanie vo veciach správnych deliktov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti sa subsidiárne vzťahuje zákon č. 71/1967 Zb. o správnom konaní (správny poriadok) v znení neskorších predpisov (§ 92 ods. 1 zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti).

4 VYBRANÉ PROBLÉMY ADMINISTRATÍVNEJ ZODPOVEDNOSTI PODĽA ZÁKONA O POSKYTOVATEĽOCH ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

[5] Pozri napr. VRABKO, M. a kol.: *Správne právo hmotné. Všeobecná časť.* Bratislava : C. H. Beck, 2012, s. 301.

[6] Tamtiež, s. 272 a nasl.

[7] Skutočnosti uvádzané v tomto odseku vyplývajú z ustanovení § 83 zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti.

V prípade úpravy administratívnej zodpovednosti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti podľa zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti možno identifikovať niekoľko potenciálnych či reálnych problémov.

Prvý z nich som už načrtol, a to je vzťah medzi úpravou povinností poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a na ňu nadväzujúcich dozorových, zodpovednostných a sankčných mechanizmov podľa zákona o zdravotnej starostlivosti v spojitosti so zákonom o zdravotných poisťovniach, a úpravou týchto inštitútov podľa zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti. Niektoré povinnosti (vrátane základnej povinnosti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorou je povinnosť na správne poskytovanie zdravotnej starostlivosti) sú upravené podvojne a z toho vyplýva aj možnosť dvojitého postihu za jedno a to isté konanie či nekonanie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (a to rôznymi orgánmi). Je tento problém skutočným problémom, resp., ide vôbec o negatívum, alebo je to nevyhnutný a logický prvok úpravy?

Mám za to, že v zákonnej úprave by sa malo diferencovať medzi

- povinnosťami týkajúcimi sa odbornej (teda medicínskej, resp., biomedicínskej) stránky poskytovania zdravotnej starostlivosti – tieto otázky (vrátane zodpovednostných vzťahov) by mali byť upravené v zákone o zdravotnej starostlivosti a v zákone upravujúcom dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ktorým je v súčasnosti zákon o zdravotných poisťovniach),

- inými povinnosťami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (administratívneho či iného charakteru, priamo nesúvisiacimi s otázkami odbornosti poskytovania zdravotnej starostlivosti) – tieto povinnosti, ako aj nadväzujúci zodpovednostný mechanizmus pre prípad ich neplnenia, by mal upravovať zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti.

Existujúca úprava povinnosti na správne poskytovanie zdravotnej starostlivosti a nadväzujúcich dozorových, zodpovednostných a sankčných mechanizmov – vrátane príslušnosti orgánov verejnej moci – reflektuje zložitosť tejto problematiky. Zákonodarca musí na jednej strane zohľadniť odbornú náročnosť posudzovania otázok, či zdravotná starostlivosť v konkrétnom prípade bola poskytnutá správne (na takéto posudzovanie by orgány dozoru podľa zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti nemuseli mať dostatočné odborné kapacity, okrem toho nemožno opomenúť, že Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou má garantovať nezávislý a nestranný výkon dohľadu) a na druhej strane musí rešpektovať príslušnosť na rozhodovanie vo veci povolení na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia a licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe (nebolo by vhodné, ak by Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou mal byť oprávnený pozastaviť či zrušiť individuálny správny akt vydaný iným, jemu organizačne nepodriadeným, orgánom verejnej správy). Z tohto hľadiska je načrtnutá podvojnosť logická a opodstatnená. Myslím si však, že by bolo vhodné presne upraviť, že sankcie v dôsledku porušenia povinnosti na správne poskytovanie zdravotnej starostlivosti (a azda aj ďalších povinností upravených primárne v zákone o zdravotnej starostlivosti, na sankcionovanie ktorých je potrebné odborné posúdenie skutkového stavu z hľadiska poznatkov medicínskej vedy) môžu orgány dozoru podľa zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti ukladať iba na návrh Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou by mal primárne uskutočniť zisťovanie dodržania požiadaviek na správnosť poskytovania zdravotnej starostlivosti a v rozsahu svojej pôsobnosti a právomoci uložiť za zistené porušenie zákona sankciu. Ak by však Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou považoval za potrebné uložiť prísnejšiu sankciu (napríklad zrušenie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia), mohol by podať podnet či návrh orgánu, ktorý povolenie (prípadne licenciu) vydal.

Pochopiteľne, sčasti takýto mechanizmus existuje aj dnes. K tomu pozri § 50 ods. 3 zákona o zdravotných poisťovniach v spojitosti s § 18 ods. 2, § 19 ods. 2, § 73 ods. 2 a § 74 ods. 2 zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti (dočasné pozastavenie a zrušenie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia a licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe): v týchto prípadoch však de lege lata môže v zmysle zákonnej dikcie konať príslušný orgán aj na návrh Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, s dôrazom na slovo „aj", teda i keď ide o porušenie povinnosti poskytovať zdravotnú starostlivosť správne, resp., iných povinností upravených primárne v zákone o zdravotnej starostlivosti, zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti nevylučuje konanie orgánu príslušného na vydanie povolenia alebo licencie vo veci správneho trestania podľa zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti aj bez predchádzajúceho rozhodnutia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Takáto možnosť by podľa mňa v zákone byť vylúčená mala.

Celkovo možno konštatovať zložitosť a komplikovanosť, ba až neprehľadnosť dozorových a zodpovednostných vzťahov týkajúcich sa poskytovania zdravotnej starostlivosti. Veľký počet rôznych právnych povinností, ustanovených v rôznych zákonoch, ktoré sa diferencovane vzťahujú na rôzne kategórie poskytovateľov (rôzny právny základ poskytovania zdravotnej starostlivosti) systém zneprehľadňujú najmä z hľadiska osôb, ktorým sa poskytuje zdravotná starostlivosť. I tu však možno povedať, že dvoj- či až viackoľajnosť výkonu dozoru a sankčných mechanizmov vyplýva prinajmenšom sčasti z povahy veci, keď tieto vzťahy a mechanizmy odzrkadľujú nielen rôznorodosť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a právneho základu, na základe ktorého vykonávajú svoju činnosť, ale aj rôznorodosť objektov správnych deliktov.

Tento príspevok sa bližšie nezaoberá ďalšími problémami spojenými so správnym trestaním za správne delikty poskytovateľov zdravotnej starostlivosti podľa zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, ktoré sú v zásade vlastné aktuálnym aplikačným otázkam správneho trestania vo všeobecnosti.[8] Možno však predpokladať, že takéto problémy sa budú vyskytovať, napríklad v rovine posudzovania opakovacích a trvacích správnych deliktov, ktoré budú zrejme v prípade administratívnej zodpovednosti podľa zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti pomerne typické a časté.

Ďalší problém môže spočívať práve v rovine pričítania zodpovednosti konkrétnemu subjektu (poskytovateľ zdravotnej starostlivosti vs. ošetrujúci zdravotnícky pracovník, resp., iný subjekt). Tento problém môže nadobudnúť špecifické dimenzie najmä v prípadoch, ak poskytovateľom zdravotnej starostlivosti je už zmienená „jednoosobová" spoločnosť s ručením obmedzeným, pričom lekár, ktorý ako ošetrujúci zdravotnícky pracovník poskytuje zdravotnú starostlivosť v mene a na účet tohto poskytovateľa, je zároveň jediným spoločníkom a konateľom tejto spoločnosti a zároveň je odborným zástupcom na základe licencie vydanej Slovenskou lekárskou komorou. Hoci v tomto prípade via facti ide o jediný subjekt (lekár, o ambulanciu ktorého ide), vzniká zložitá pluralita zodpovednostných vzťahov (zodpovednosť poskytovateľa, ktorým je právnická osoba, zodpovednosť ošetrujúceho zdravotníckeho pracovníka, prípadne aj zodpovednosť držiteľa licencie na výkon činnosti odborného zástupcu, zodpovednosť pracovnoprávna (ak je lekár zároveň zamestnancom poskytovateľa). Aj k týmto otázkam (administratívnoprávna zodpovednosť právnických osôb v súvislosti s pričítaním konania fyzických osôb) možno odporučiť dielo Z. Kiselyovej.[9] Vo

[8] Pozri napr. KISELYOVÁ, Z.: Vplyv európskej judikatúry na správne trestanie v Slovenskej republike. In *Zahraniční vlivy na vnitrostátní právo.* Praha : Leges, 2014, s. 193-200.

[9] KISELYOVÁ, Z.: Konanie jednotlivcov (fyzických osôb) v mene právnickej osoby v oblasti správnoprávnej a trestnej zodpovednosti. In *Autonomie jednotlivce*. Praha : Leges, 2014, s. 123-131.

všeobecnosti pritom treba ako základnú požiadavku na obsah právnej úpravy formulovať to, aby neumožňovala ošetrujúcemu zdravotníckemu pracovníkovi nežiaduco sa zbavovať zodpovednosti za pochybenia pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti práve „skrývaním sa“ za poskytovateľa, ktorým je – hoci „jednoosobová“ – právnická osoba. Na druhej strane, aj tu je otázkou, či nevzniká riziko neprimeraného dvojitého (či dokonca viacnásobného) postihu za jedno a to isté konanie. Treba však povedať, že práve možnosť dvojitého postihu umožňuje vyhnúť sa tomu, aby sa zodpovedná fyzická osoba v prípadoch, ak poskytovateľom zdravotnej starostlivosti je vlastne len pro forma právnická osoba, vyhla zodpovednostným následkom. Určitá dvojkoľajnosť či viackoľajnosť postihu je preto potrebná.

5 ĎALŠIE ZODPOVEDNOSTNÉ MECHANIZMY UPLATŇOVANÉ VO VZŤAHU K POSKYTOVATEĽOM ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Pre úplnosť treba uviesť, že popri zákone o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, ktorý upravuje administratívnu zodpovednosť najmä vo vzťahu k poskytovateľom, ktorí poskytujú zdravotnú starostlivosť na základe povolenia alebo na základe licencie podľa tohto zákona, existujú aj ďalšie sankčné mechanizmy, ktoré umožňujú vyvodiť administratívnoprávnu zodpovednosť voči poskytovateľom podľa osobitných zákonov.

Ide o:

- vyvodzovanie zodpovednosti za správne delikty podľa živnostenského zákona (vyvodzujú ju živnostenské úrady),

- vyvodzovanie zodpovednosti za správne delikty podľa zákona o liekoch (vyvodzujú ju orgány štátnej správy na úseku humánnej farmácie a orgány štátnej správy na úseku veterinárnej farmácie),

- vyvodzovanie zodpovednosti za správne delikty podľa zákona č. 538/2005 Z. z. o prírodných liečivých vodách, prírodných liečebných kúpeľoch, kúpeľných miestach a prírodných minerálnych vodách (vyvodzujú ju organizačné súčasti Ministerstva zdravotníctva SR – Inšpektorát kúpeľov a žriediel ministerstva zdravotníctva a Štátna kúpeľná komisia).

ZÁVER

Z príspevku je zrejmé, že vzťahy zodpovednosti vznikajúce pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti sú komplikované, miestami až neprehľadné. Zodpovednostné vzťahy sú diferencované podľa právnych odvetví, podľa zodpovedných subjektov, podľa subjektov vyvodzujúcich zodpovednosť. Aj zodpovednosť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti je vnútorne diferencovaná. Zahŕňa desiatky skutkových podstát správnych deliktov. Upravuje ju viacero zákonov a vyvodzuje viacero orgánov verejnej správy. Popri komplikovanosti možno ako problém existujúcej úpravy uviesť aj to, že v niektorých prípadoch vzniká riziko postihu za správny delikt orgánom, ktorý by z odborného hľadiska mal pôsobiť vo vzťahu k danému prípadu len subsidiárne a na základe podnetu Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, resp., niekedy nežiaduceho dvojitého postihu. V niektorých prípadoch však naopak možnosť dvojitého postihu možno vnímať ako nevyhnutný prvok generálnej prevencie a zabezpečenia zákonnosti a ochrany verejného záujmu.

Zoznam použitej literatúry:

KÁDEK, P.: *Súčasné dimenzie právnej zodpovednosti v medicíne a zdravotníctve.* Bratislava : Wolters Kluwer, 2014, 184 s.
KÁDEK, P.: *Právna zodpovednosť v medicíne.* Sládkovičovo : Vysoká škola v Sládkovičove, 2012, 309 s.
KASINEC, M.: Právna zodpovednosť pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti (lekár vs. pacient). In *Projustice* [elektronický zdroj]. Roč. 2, 5. december (2013), nestr. [online]
KISELYOVÁ, Z.: Konanie jednotlivcov (fyzických osôb) v mene právnickej osoby v oblasti správnoprávnej a trestnej zodpovednosti. In *Autonomie jednotlivce*. Praha : Leges, 2014, s. 123-131.
KISELYOVÁ, Z.: Vplyv európskej judikatúry na správne trestanie v Slovenskej republike. In *Zahraniční vlivy na vnitrostátní právo.* Praha : Leges, 2014, s. 193-200.
VRABKO, M. a kol.: *Správne právo hmotné. Všeobecná časť.* Bratislava : C. H. Beck, 2012, 480 s.

PREMLČANIE PRÁVA NA NÁHRADU ZA SŤAŽENIE SPOLOČENSKÉHO UPLATNENIA

Branislav FRIDRICH

Právnická fakulta, Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici

Abstrakt

Predložený príspevok sa zaoberá problematikou premlčania práva na náhradu sťaženia spoločenského uplatnenia. Ťažisko pozornosti je zamerané predovšetkým na obsah pojmu „dozvedieť sa o škode“, ktorý je určujúci pri počítaní začiatku plynutia subjektívnej premlčacej lehoty podľa § 106 ods. 1 Občianskeho zákonníka. Príspevok analyzuje recentnú interpretáciu relevantných normatívnych ustanovení a pohľad aplikačnej judiciálnej praxe.

Kľúčové slová: *škoda na zdraví, sťaženie spoločenského uplatnenia, lekársky posudok, náhrada za sťaženie spoločenského uplatnenia, primerané zadosťučinenie, ustálenie zdravotného stavu, premlčacia lehota*

1 ÚVODOM

Každý je povinný počínať si tak, aby nedochádzalo ku škodám na zdraví, na majetku, na prírode a životnom prostredí. Ustanovenie § 415 Občianskeho zákonníka, ukladajúce túto povinnosť, sa považuje za všeobecnú, generálnu preventívnu povinnosť a subsumuje požiadavku dodržiavania zákonných ustanovení a zmlúv, ako aj požiadavku takého konania, ktoré nemá za následok spoločensky nežiadúce javy, akým je škoda na zdraví, na majetku, prírode a životnom prostredí. Z uvedeného ustanovenia vyplýva, že akékoľvek konanie, ktoré má za následok vznik škody, je v rozpore s touto normou a preto vzniká povinnosť spôsobenú škodu nahradiť.[1] Aj keď Občiansky zákonník výslovne povinnosť nahradiť škodu neustanovuje, vo východiskovom ustanovení § 420 uvádza, že každý zodpovedá za škodu, ktorú spôsobil porušením právnej povinnosti.

Obsah pojmu škoda definuje súčasná právna úprava nie v zmysle dnes už postupne prekonanej predstavy o škode, ako zásahu výlučne do majetkových práv poškodeného, ale nazerá na škodu modernejším, vyspelo európskym chápaním, ako na protiprávny zásah do materiálnych i nemateriálnych práv, pričom výsledkom takéhoto zásahu môže byť logicky nielen ujma materiálna (majetková, či peňažná), ale aj ujma nemateriálna, teda ujma či škoda, ktorá sa neprejaví vo sfére materiálnej, ale vo sfére inej, tvorenej všetkými ostatnými právami inej, nie materiálnej, povahy, ktorým právny poriadok priznáva právnu ochranu a ich porušenie, resp. zásah do takýchto práv sankcionuje. Škodu teda nemožno obmedziť len na škodu spôsobenú na veciach, ale môže isť aj o škodu, ktorú poškodený utrpel na iných majetkových hodnotách, alebo na zdraví či na živote.

Krátku pozornosť je potrebné venovať všeobecne obsahu pojmu škoda na zdraví, pretože v porovnaní so škodou, ktorá vznikla na majetku, predstavuje špecifický druh škody.

Nakoľko sa škoda na zdraví viaže iba na osobu poškodeného, logicky si môže túto škodu uplatňovať iba fyzická osoba. Nie je totiž možné spôsobiť škodu na zdraví, ktorou by

[1] Lazar, J a kol.: Občianske právo hmotné. III doplnené a prepracované vydanie. 2. zväzok. Bratislava: IURA EDITION, 2006, s. 299.

bola postihnutá obchodná spoločnosť, obec, mesto, alebo iná právnická osoba. Rozdiel medzi škodou na majetku a škodou na zdraví je aj v spôsobe jej nápravy. Hoci Občiansky zákonník uprednostňuje náhradu škody v peniazoch (ako tzv. peňažný ekvivalent), v prípade niektorých zložiek náhrady škody na zdraví je takáto forma vylúčená. Pri nemajetkovej ujme, ktorá je nenapraviteľnou ujmou v osobnej sfére poškodeného, je cieľom nápravy poskytnutie dostatočného primeraného zadosťučinenia, ako určitého spravodlivého zmiernenia obmedzení v živote poškodeného. Náprava tejto ujmy teda nesleduje cieľ poskytnúť poškodenému náhradu peňažného ekvivalentu, ani obnovu pôvodného stavu, pretože poskytnutím peňažného ekvivalentu alebo uvedením do pôvodného stavu nie je možné dosiahnuť stav, aký tu bol pred spôsobením škody na zdraví, a to z dôvodu, že túto ujmu nie je pre jej povahu možné vyjadriť peňažným ekvivalentom (presne ohodnotiť a vyčísliť) a uvedenie do pôvodného stavu je taktiež fakticky nemožné.[2]

2 SŤAŽENIE SPOLOČENSKÉHO UPLATNENIA

Pri škode na zdraví priznáva platný právny poriadok poškodenému samostatný komplex práv,[3] ktorý sa spravuje osobitným právnym režimom. Sťaženie spoločenského uplatnenia je samostatným, čiastkovým nárokom na náhradu škody na zdraví. Odškodnenie sťaženia spoločenského uplatnenia je náhradou nemateriálnej ujmy v dôsledku poškodenia zdravia a má slúžiť na to, aby si poškodený mohol za poskytnutú peňažnú náhradu zaobstarať náhradné pôžitky na vyrovnanie prežitých a prežívaných utrpení, strastí a obmedzení v živote.

Sťaženie spoločenského uplatnenia sa odškodňuje vtedy, ak má ujma na zdraví preukázateľne trvalé a nepriaznivé dôsledky na životné úkony poškodeného, na uspokojovanie jeho životných a spoločenských potrieb, alebo na plnenie jeho spoločenských úloh. Inak vyjadrené, sťažením spoločenského uplatnenia treba rozumieť jednak vylúčenie či obmedzenie účasti poškodeného na plnom osobnom a rodinnom, spoločenskom, politickom, kultúrnom, športovom živote, jednak sťaženie či dokonca priamo znemožnenie výkonu či voľby povolania a voľbu budúceho životného partnera, resp. možnosti ďalšieho sebavzdelávania. Sťaženie spoločenského uplatnenia sa môže prejaviť buď viditeľným spôsobom, napr. zohyzdením tváre, stratou končatiny alebo môže nastať i situácia, keď sa sťaženie spoločenského uplatnenia neprejaví takým viditeľným spôsobom, avšak v živote poškodeného dôjde k obmedzeniu schopnosti vykonávať bežné životné úkony alebo k zúženiu možnosti uspokojovať životné a spoločenské potreby, či plniť spoločenské úlohy.[4]

Podmienky priznania a poskytovania náhrady za sťaženie spoločenského uplatnenia, ako aj zásady na hodnotenie sťaženia spoločenského uplatnenia upravuje zákon č. 437/2004 Z. z. o náhrade za bolesť a o náhrade za sťaženie spoločenského uplatnenia a o zmene a doplnení zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 273/1994 Z. z. o zdravotnom poistení, financovaní zdravotného poistenia, o zriadení Všeobecnej zdravotnej poisťovne a o zriaďovaní rezortných, odvetvových, podnikových a občianskych zdravotných poisťovní v znení neskorších predpisov. Tento zákon zakotvuje jasnejšie pravidlá a medze pre určenie druhu a výšky náhrady škody, spočívajúcej v sťažení spoločenského uplatnenia ako

---

[2] Fekete, I. – Feketeová M.: Občiansky zákonník, Prehľadný komentár. Bratislava: EPOS, 2012, 1314 s. 500.

[3] Občiansky zákonník priznáva právo na
- náhradu na stratu na zárobku;
- náhradu na stratu na dôchodku;
- jednorazové vyrovnanie;
- náhradu účelných nákladov spojených s liečením;
- pozostalostnú úrazovú rentu;
- náhradu primeraných nákladov pohrebu;
- náhradu za bolesť;
- náhrada za sťaženie spoločenského uplatnenia.

[4] Kádek, P.: Právna zodpovednosť v medicíne. Sládkovičovo: Vydavateľstvo FPJJ VŠS, 2012, s.127.

predchádzajúca úprava obsiahnutá vo vyhláške č. 32/1965 Zb. ministerstiev zdravotníctva a spravodlivosti, Štátneho úradu sociálneho zabezpečenia a Ústrednej rady odborov o odškodňovaní bolesti a sťaženia spoločenského uplatnenia.

Náhrada za sťaženie spoločenského uplatnenia sa poskytuje na základe lekárskeho posudku, ktorý spracúva posudzujúci lekár a vydáva zdravotnícke zariadenie, ktorého posudzujúci lekár lekársky posudok vypracoval.[5] Hodnotenie sťaženia spoločenského uplatnenia je regulované spoločenskou skúsenosťou premietnutou do tabuliek obsahujúcich jednotlivé prípady s bodovým hodnotením. Posudzujúci lekár hodnotí sťaženie spoločenského uplatnenia podľa sadzieb ustanovených v prílohe č. 1 v IV. časti zákona č. 437/2004 Z. z., pričom lekár je pri udeľovaní bodov povinný riadiť sa týmito sadzbami.

Sťaženie spoločenského uplatnenia je možné ohodnotiť, len čo zdravotný stav poškodeného možno považovať za ustálený. Zákon č. 437/2004 Z. z. ustanovuje, že v prípade sťaženia spoločenského uplatnenia sa tak stane spravidla až po uplynutí jedného roka od poškodenia na zdraví. Náhrada za sťaženie spoločenského uplatnenia musí byť primeraná povahe následkov a ich predpokladanému vývoju, a to v rozsahu, v akom sú obmedzené možnosti poškodeného uplatniť sa v živote a v spoločnosti. Odškodnenie za sťaženie spoločenského uplatnenia teda závisí od ohodnotenia posudzujúceho lekára, ktoré vychádza jednak z posúdenia poškodenia zdravia a jednak z posúdenia predpokladov, ktoré mal poškodený pre ďalšie uplatnenie v živote a v spoločnosti a ktoré sú teraz pre poškodenie zdravia obmedzené alebo celkom stratené.

Výška náhrady za sťaženie spoločenského uplatnenia predstavuje súčin celkového počtu bodov, ktorým posudzujúci lekár ohodnotil sťaženie spoločenského uplatnenia poškodeného a sumy za jeden bod, ktorá sa určuje ako 2 % z priemernej mesačnej mzdy zamestnanca v hospodárstve Slovenskej republiky zistenej Štatistickým úradom Slovenskej republiky za kalendárny rok predchádzajúci roku, v ktorom vznikol nárok na náhradu za sťaženie spoločenského uplatnenia na základe opatrenia, ktoré vydáva Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky. Hodnota jedného bodu sa teda neurčuje pevnou sumou, ako to bolo za účinnosti vyhlášky č. 32/1965 Zb., ale zaužívaný bodový systém hodnotenia sa od 01.08.2004 vylepšil o možnosť veľmi pružnej automatickej valorizácie hodnoty bodu.[6] Takýto mechanizmus stanovenia výšky náhrady za sťaženie spoločenského uplatnenia možno vyhodnotiť ako mechanizmus zodpovedajúci pravidlám spoločenského spolužitia i právnemu cíteniu, ktoré považuje poskytovanie náhrady za sťaženie spoločenského uplatnenia za súčasť spravodlivého odškodnenia ujmy na zdraví.[7]

3 PREMLČANIE PRÁVA NA NÁHRADU SŤAŽENIA SPOLOČENSKÉHO UPLATNENIA

Účelom premlčania je v súlade so zásadou právnej istoty zabrániť existencii dlhodobého trvania práv a im zodpovedajúcich povinností. Pre náhradu škody na zdraví, a teda aj pre náhradu sťaženia spoločenského uplatnenia ako čiastkového nároku náhrady škody na zdraví neplatí žiadna objektívna lehota, (ani trojročná, ani desaťročná objektívna lehota ustanovená pre uplatnenie nároku na náhradu škody), a to z dôvodu jej špecifického charakteru. Škoda na zdraví sa totiž môže v určitých prípadoch prejaviť až po niekoľkých rokoch, teda so značným časovým oneskorením po vzniku udalosti, ktorá škodu spôsobila. Takúto úpravu odôvodňuje pôvodná dôvodová správa k Občianskemu zákonníku tým, že

[5] Ak je posudzujúcim lekárom lekár zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti, lekársky posudok posudzuje primár príslušného oddelenia alebo prednosta príslušnej kliniky zdravotníckeho zariadenia alebo jeho zástupca, ak rozsah následkov presahuje 200 bodov.

[6] V súčasnosti predstavuje hodnota bodu určená Štatistickým úradom sumu 16,48 €.

[7] Kádek, P.: Súčasné dimenzie právnej zodpovednosti v medicíne a zdravotníctve. Bratislava: Vydavateľstvo Wolters Kluwer, 2014, s.87-89.

ustanovenie akejkoľvek objektívnej premlčacej lehoty by bolo voči poškodenému „neodôvodnenou tvrdosťou“. Ak by sa totiž premlčanie práva na náhradu škody na zdraví viazalo na plynutie objektívnej premlčacej lehoty, mohla by nastať taká situácia, kedy by zodpovedný subjekt mohol namietnuť premlčanie ešte skôr, ako sa poškodený vôbec o škode na zdraví dozvie.[8]

Pri škode na zdraví teda všeobecne platí iba subjektívna premlčacia lehota ustanovená v § 106 ods. 1 Občianskeho zákonníka. V zmysle uvedeného ustanovenia je subjektívna premlčacia lehota dvojročná a pre začatie jej plynutia je významný (primárny) subjektívny prvok, pozostávajúci z dvoch položiek:

a) vedomosti o škode (teda nie o protiprávnom úkone či škodnej udalosti) ako o určitej majetkovej alebo nemajetkovej ujme určitého druhu a rozsahu, ktorú možno objektívne vyčísliť v peniazoch do takej miery, aby poškodený mohol svoj nárok na náhradu škody uplatniť aj na súde; okamih vzniku škody, resp. vedomosť poškodeného o tejto škode sa nemusí zhodovať s okamihom škodnej udalosti, či s protiprávnym konaním.
b) vedomosti o tom, kto za vzniknutú škodu zodpovedá, teda o zodpovednom subjekte. Za škodu bude obvykle zodpovedať priamo škodca, ktorý ju spôsobil. V niektorých prípadoch však za škodu môže zodpovedať aj iná osoba, napríklad ak škodu spôsobili zamestnanci, alebo tí, ktorí nedokážu posúdiť následky svojho konania.

Na začiatok plynutia subjektívnej premlčacej lehoty sa podľa tohto ustanovenia teda vyžaduje kumulácia vedomosti o oboch prvkoch predvídaných v hypotéze normy, pričom je bežné, že začiatok plynutia je rozdielny vo vzťahu k vedomosti poškodeného o škodcovi a k jeho vedomosti o škode.

V súvislosti s premlčaním práva na náhradu sťaženia spoločenského uplatnenia sa podľa doterajšej rozhodovacej praxe Najvyššieho súdu Slovenskej republiky poškodený dozvie o škode v momente ustálenia jeho zdravotného stavu, teda keď sa po skončení liečby jeho zdravotný stav ustáli natoľko, že je zistiteľné, či a v akom rozsahu k sťaženiu jeho uplatnenia v živote a v spoločnosti došlo a kedy je možné na základe skutkových okolností, ktoré má k dispozícii, objektívne vykonať jeho ohodnotenie.[9] Z uvedeného vyplýva, že premlčacia lehota pri náhrade sťaženia spoločenského uplatnenia nezačína plynúť od vydania lekárskeho posudku s bodovým ohodnotením sťaženia spoločenského uplatnenia, ale od vtedy, keď poškodený mohol prvýkrát o bodové ohodnotenie požiadať. Nakoľko je posúdenie otázky, kedy došlo k ustáleniu zdravotného stavu poškodeného závislé od vyjadrenia lekára, je podľa názoru súdu len vecou poškodeného, aby zistil (či už za pomoci lekára alebo znalca), kedy u neho nastal stav, z ktorého možno usúdiť vznik konkrétnej výšky škody na zdraví. Lekársky posudok je v konečnom dôsledku chápaný ako listina deklarujúca sťaženie spoločenského uplatnenia a oneskorené vydanie takéhoto posudku súd hodnotí ako nestaranie sa o svoje právo. Ak má teda poškodený ustálený zdravotný stav, ktorý mu dovoľuje konkrétnym spôsobom dať ohodnotiť svoju ujmu spôsobenú sťažením spoločenského uplatnenia, je za moment vedomosti o vzniknutej škode v konkrétnom rozsahu potrebné

---

[8] Lazar, J a kol.: Občianske právo hmotné. III doplnené a prepracované vydanie.1. zväzok. Bratislava: IURA EDITION, 2006, s. 189.

[9] **Rozsudok Najvyššieho súdu Slovenskej republiky č. 6Cdo/146/2011 zo dňa 03.10.2011:**
„Či a aké zmeny v zdravotnom stave nastali, je možné zistiť, ak je možné považovať zdravotný stav poškodeného za ustálený, teda v dobe, kedy je možné vykonať jeho posúdenie. Sťaženie spoločenského uplatnenia teda vzniká až v tejto dobe.“

Rozsudok Najvyššieho súdu Slovenskej republiky č. 4Cdo/152/2010 zo dňa 28.02.2011:
„Počiatok subjektívnej premlčacej doby u práva na náhradu škody sa viaže na okamžik, kedy poškodený preukázateľne nadobudol vedomosť o tom, že mu vznikla škoda a kto za ňu zodpovedá, a nezávisí teda na tom, či a kedy si poškodený zabezpečí dostatok dôkazov alebo kedy sa vytvorí pre neho priaznivejšia procesná situácia na to, aby skutkové okolnosti, o ktorých má vedomosť, mohol v súdnom konaní preukázať.“

považovať práve okamih, kedy poškodenému objektívne nič nebránilo rozsah škody si dať vyčísliť.

Rovnaký záver, že za deň zistenia sťaženia spoločenského uplatnenia nemožno považovať deň vyhotovenia posudku o sťažení spoločenského uplatnenia, ale okamih (deň) ustálenia zdravotného stavu poškodeného, vyplýva aj zo stabilizovanej českej judikatúry.[10] Nejvyšší soud České republiky opakovane argumentuje, že ak v zdravotnom stave poškodeného neboli riešené ďalšie výkony na jeho zdravotnom stave, ktoré by jeho zdravotný stav kvalifikovali ako neustálený, mal od uvedeného obdobia všetky dostupné prostriedky na to, aby si dal vyhotoviť listinný dôkaz o ohodnotení výšky jeho ujmy na sťažení spoločenského uplatnenia.

Napokon aj Ústavný súd Slovenskej republiky, ktorý preskúmava rozhodnutia z hľadiska súladu s ústavno-procesnými zásadami upevnenými v ústave, vyvodil záver, že súdy (ktorým predovšetkým prislúcha interpretácia a aplikácia zákonov) pri posudzovaní otázky premlčania práva na náhradu za sťaženie spoločenského uplatnenia, predmetné ustanovenie § 106 ods. 1 Občianskeho zákonníka interpretujú spôsobom neodporujúcim jeho zneniu a účelu, pričom ich úvahy sú logické, a preto aj celkom legitímne a právne akceptovateľné. Podľa názoru Ústavného súdu Slovenskej republiky takýto ústavne udržateľný výklad vylučuje možnosť porušenia základného práva poškodeného s odôvodnením, že súdy vychádzajú z dôležitej zásady občianskeho súdneho konania vyjadrenej ako „vigilantibus iura“ („každý nech si stráži svoje práva“),[11] z ktorej okrem iného vyplýva priama závislosť ochrany práv a oprávnených záujmov účastníkov konania od ich aktívneho uplatňovania práv, teda skutočnosti, ktorú akceptuje aj judikatúra Ústavného súdu Slovenskej republiky.[12]

V novších rozhodnutiach Najvyššieho súdu Slovenskej republiky je však možné badať zmenu myslenia pri posudzovaní otázky, kedy sa poškodený pri náhrade sťaženia spoločenského uplatnenia dozvedel o škode na zdraví. V zmysle týchto rozhodnutí stále platí,

---

[10] **Uznesenie Nejvyššího soudu České republiky č. 25Cdo/3381/2012 zo dňa 25.06.2013:**
„Škoda spočívající ve ztížení společenského uplatnění vzniká, jakmile se po úrazu, onemocnění nebo jiném poškození zdraví a jeho případném léčení ustálí zdravotní stav poškozeného natolik, že je zřejmé, zda a jaké nepříznivé důsledky pro životní úkony poškozeného má jeho změněný (zhoršený) zdravotní stav poškozeného, tedy zda a v jakém rozsahu došlo ke ztížení společenského uplatnění poškozeného. O škodě se poškozený dozví v době, kdy lze objektivně provést bodové ohodnocení ztížení jeho společenského uplatnění, neboť až tehdy má k dispozici skutkové okolnosti, z nichž lze škodu, resp. její rozsah zjistit. Posouzení otázky, kdy se zdravotní stav poškozeného ustálil, je přitom závislé na vyjádření lékaře.“
Rozsudok Nejvyššího soudu České republiky č. 21Cdo/752/2010 zo dňa 07.07.2011:
„Dovolací soud proto dospěl (srov. též odůvodnění rozsudku Nejvyššího soudu ze dne 1.11.2000 sp. zn. 21 Cdo 2107/99 uveřejněného v časopise Soudní judikatura roč. 2001, pod č. 36, popřípadě rozsudek ze dne 15.7.2003 sp. zn. 21 Cdo 642/2003) k závěru, že ztížení společenského uplatnění za účinnosti vyhlášky č. 32/1965 Sb. vzniká v době, v níž je možné zdravotní stav poškozeného po úrazu, nemoci z povolání nebo jiném poškození na zdraví, popřípadě po jejich zhoršení, považovat za ustálený a v níž je tedy možné posoudit, jaký má změněný (zhoršený) zdravotní stav poškozeného prokazatelně nepříznivé důsledky pro životní úkony poškozeného, pro uspokojování jeho životních a společenských potřeb nebo pro plnění jeho společenských úkolů, a přistoupit k jeho bodovému ohodnocení. Ztížení společenského uplatnění tedy vzniká – jinými slovy řečeno – v době, kdy se zdravotní stav poškozeného zaměstnance po léčení natolik ustálil, že bylo patrné, zda a v jakém rozsahu ke ztížení jeho uplatnění v životě a ve společnosti došlo, a kdy lze tedy na základě skutkových okolností, které má lékař k dispozici, objektivně provést jeho hodnocení.“
„…bylo třeba za těchto okolností zaměřit pozornost nikoli abstraktně na ustálení zdravotního stavu obecně jako takového, nýbrž na to, kdy se zdravotní stav poškozeného ustálil natolik, aby bylo možné poprvé konkrétně hodnotit ztížení společenského uplatnění vyjádřené jednotlivými položkami přílohy č. 2 k vyhlášce č. 440/2001 Sb. (bude-li vyloučeno hodnocení ještě podle přílohy k vyhlášce č. 32/1965 Sb.), popřípadě – řečeno slovy výše zmiňovaného rozhodnutí - kdy bylo lze na základě skutkových okolností, které měl poškozený k dispozici, objektivně provést jeho ohodnocení.“

[11] Ustanovenie § 1, § 3, § 5 a § 6 Občianskeho súdneho poriadku

[12] Pozri Nález Ústavného súdu Slovenskej republiky č. II ÚS 537/2011 zo dňa 19.04.2012.

že nadobudnutie vedomosti o škode musí predstavovať nie len predpokladanú vedomosť o vzniknutej škode, ale preukázanú skutočnú vedomosť o existencii tejto škody - ujme určitého druhu a rozsahu, vyčísliteľnej v peniazoch do takej miery, aby poškodený mohol svoj nárok na náhradu škody uplatniť aj na súde. Najvyšší súd Slovenskej republiky vyslovil názor, že pojem „dozvie sa o škode" vyjadruje nielen vedomosť poškodeného o existencii sťaženia spoločenského uplatnenia ale aj o jeho bodovom ohodnotení.[13] Nakoľko sa náhrada za sťaženie spoločenského uplatnenia poskytuje na základe lekárskeho posudku (ktorý sa vydáva len čo zdravotný stav poškodeného možno považovať za ustálený), je jasné, že posúdenie otázky, kedy došlo k ustáleniu zdravotného stavu poškodeného je závislé od vyjadrenia lekára. Nie je teda odôvodnené a rozumné od poškodeného požadovať, aby svoje poškodenie zdravia vedel odhadnúť sám do takej miery, že by bez posudku mohol prijať správne rozhodnutie o tom, či nejaký nárok má a môže ho uplatniť na súde. Poškodený taktiež do času vyhotovenia posudku, ktorým bolo poškodenie jeho zdravia bodovo vyhodnotené, nemá reálnu predstavu o výške škody spôsobenej na svojom zdraví do takej miery, aby mohlo ísť o súdne uplatniteľný nárok.[14] Pri práve na náhradu sťaženia spoločenského uplatnenia je teda (so zreteľom na podmienku vedomosti poškodeného o škode) významným časovým momentom pre začiatok plynutia dvojročnej subjektívnej premlčacej lehoty práve dátum vyhotovenia lekárskeho posudku.

ZÁVER

Existujúce rozdiely v judikatúre v súvislosti s obsahom pojmu „dozvedieť sa o škode" pri náhrade sťaženia spoločenského uplatnenia, signalizujú odklon od v praxi pretrvávajúceho výkladu, nezohľadňujúceho účel zákona, právne princípy a ústavné hodnoty. Pri posudzovaní otázky, kedy sa poškodený dozvedel o škode by mali súdy vychádzať z toho, že stanovenie okamihu ustálenia zdravotného stavu je odbornou medicínskou otázkou, a preto do vystavenia lekárskeho posudku poškodený nemá istotu, či mu vôbec škoda na zdraví vznikla. V sporných prípadoch súdy na stanovenie momentu ustálenia zdravotného stavu ustanovujú do konania znalca. Tvrdíme, že nie je racionálne požadovať od poškodeného, aby svoje poškodenie zdravia vedel odhadnúť sám a taktiež, že nie je spravodlivo možné, aby sa na týchto jeho subjektívnych vysvetleniach konštruovali meritórne rozhodnutia.

Literatúra, judikatúra a právne predpisy:

Fekete, I. – Feketeová M.: Občiansky zákonník, Prehľadný komentár. Bratislava: EPOS, 2012, 1314 s. ISBN 978-80-8057-972-2.

Kádek, P.: Súčasné dimenzie právnej zodpovednosti v medicíne a zdravotníctve. Vydavateľstvo Wolters Kluwer, 2014, 184 s. ISBN 978-80-8168-124-0.

---

[13] **Rozsudok Najvyššieho súdu Slovenskej republiky č. 3Cdo/146/2010 zo dňa 27.11.2011:**

„Aj pokiaľ ide o otázku nadobudnutia vedomosti žalobkyne o škode sa dovolací súd stotožňuje s názorom odvolacieho súdu, že žalobkyňa túto vedomosť získala už z posudku o bolestnom a sťažení spoločenského uplatnenia."

Rozsudok Najvyššieho súdu Slovenskej republiky č. 5Cdo/104/2011 zo dňa 28.11.2013:

„Ak v návrhu žalobkyňa označila ako žalovaného..., vychádzajúc z uvedených lekárskych správ už mala vedomosť o tom, v akej výške jej bola spôsobená škoda škodnou udalosťou – autonehodou (mala vedomosť o základnom bodovom ohodnotení bolestného a sťaženia spoločenského uplatnenia), ale i o tom, že jej vznikla škoda určitého druhu a rozsahu, vyčíslená v peniazoch, zároveň i o tom, kto škodu spôsobil..."

[14] Pozri rozsudok Krajského súdu v Košiciach č. 11Co/228/2013 zo dňa 11.06.2014.

Kádek, P.: Právna zodpovednosť v medicíne. Sládkovičovo: Vydavateľstvo FPJJ VŠS, 2012, 312 s. ISBN 978-80-89267-88-0.
Lazar, J a kol.: Občianske právo hmotné. III doplnené a prepracované vydanie. Bratislava: IURA EDITION, 2006, 598 s. ISBN 80-8078-084-6.
Nález Ústavného súdu Slovenskej republiky č. II ÚS 537/2011 zo dňa 19.04.2012.
Rozsudok Krajského súdu v Košiciach č. 11Co/228/2013 zo dňa 11.06.2014.
Rozsudok Nejvyššího soudu České republiky č. 21Cdo/752/2010 zo dňa 07.07.2011.
Rozsudok Najvyššieho súdu Slovenskej republiky č. 3Cdo/146/2010 zo dňa 27.11.2011.
Rozsudok Najvyššieho súdu Slovenskej republiky č. 4Cdo/152/2010 zo dňa 28.02.2011.
Rozsudok Najvyššieho súdu Slovenskej republiky č. 5Cdo/104/2011 zo dňa 28.11.2013.
Rozsudok Najvyššieho súdu Slovenskej republiky č. 6Cdo/146/2011 zo dňa 03.10.2011.
Uznesenie Nejvyššího soudu České republiky č. 25Cdo/3381/2012 zo dňa 25.06.2013.
Vyhláška č. 32/1965 Zb. ministerstiev zdravotníctva a spravodlivosti, Štátneho úradu sociálneho zabezpečenia a Ústrednej rady odborov o odškodňovaní bolesti a sťaženia spoločenského uplatnenia v znení neskorších predpisov.
Zákon č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov.
Zákon č. 437/2004 Z. z. o náhrade za bolesť a o náhrade za sťaženie spoločenského uplatnenia a o zmene a doplnení zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 273/1994 Z. z. o zdravotnom poistení, financovaní zdravotného poistenia, o zriadení Všeobecnej zdravotnej poisťovne a o zriaďovaní rezortných, odvetvových, podnikových a občianskych zdravotných poisťovní v znení neskorších predpisov.

INTERUPCIE A PRÁVO V KONTEXTE HISTORICKÉHO VÝVOJA

Ján ŠURKALA

Právnická fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave

Katedra právnych dejín

Abstrakt

Príspevok sa venuje problematike právnej úpravy interrupcií v kontexte historického vývoja na Západe. Sleduje pri tom vývoj filozofického myslenia a jeho vplyv na právo. Postupne analyzuje rôzne prístupy staroveku, stredoveku a novoveku a modernej doby s cieľom hľadania jednotlivých prienikov a rozporov. Cieľom príspevku je tiež zovšeobecniť základné tendencie v diskusii o sledovanom probléme v jednotlivých historický etapách. V závere autor konštatuje, že aj napriek argumentačným východiskám oboch súčasných názorových protipólov ukotvených v aktuálnom prírodovedeckom poznaní dochádzajú obe k značne protirečivým stanoviskám o morálnej a právnej prípustnosti potratov. Zároveň navrhuje, aby bol tento spor riešený v rámci súčasných demokratických procedúr a vyhol sa marginalizovaniu ktorejkoľvek názorovej skupiny cez „ľudskoprávnu nesúladnosť“.

Kľúčové slová: *interrupcie, právo na život, historický kontext*

Abstract

The article is focused on a problem of abortions in a legal perspective during a history of the West. It is concerned mainly on development of philosophical thinking and its influence on law. Author analyses different approaches to the subject matter in ancient times, middle ages and modern era where tries to identify main conflicts and consensus. He finds it interesting that regardless that both currently opposing ideological groups are referring to a current development in natural sciences, they are hardening their stances. He sees the way out in moderating a discussion via democratic procedures. He warns for abolishing the discussion by declaring either of the opinion non-complient with a human rights doctrine.

Key words: *abortion, right to life, historical perspective*

ÚVOD

Problém legálnosti tzv. „umelého prerušenia tehotenstva“ patrí dnes medzi jednu z najhorúcejších hodnotovo zafarbených tém v práve. Nakoľko už samotný názov tejto procedúry je mierne zavádzajúci, lebo konkrétne tehotenstvo nebýva „prerušené“, ale zastavené, resp. ukončené, je jasné, že zástancovia potratov sa snažia problém zľahčovať, oprostiť ho od jeho morálnej roviny. Na druhej strane nijako nezaostávajú ani odporcovia interrupcií, ktorí ich často dávajú na jednu úroveň s úmyselnou vraždou a neberú zreteľ ani na niektoré hraničné prípady, v ktorých sa vyvodzovanie trestnoprávnej zodpovednosti voči ženám konajúcim v krajnej tiesni javí ako neľudské.

Spor sa v súčasnosti vedie v aréne ľudských práv. Na jednej strane interrupcie očividne narúšajú široko koncipované právo na život, na strane druhej ich zástancovia „voľby ženy“ opierajú o ešte širšie chápané právo na súkromie, na zachovanie intímnej sféry jednotlivca, do ktorej by štát, resp. spoločnosť, nemali vôbec zasahovať. Vec má samozrejme aj sociálny,

ekonomický a kultúrny rozmer. Argumenty tohto druhu sa však vo všeobecnosti dnes chápu ako podružné, nemajúce potenciál ovplyvniť jestvujúci právny stav, ak zároveň nedôjde k zmene chápania ľudských práv.

Práve prílišná upätosť dnešnej diskusie o potratoch na doktrínu ľudských práv a jej „adekvátne chápanie“, nás vedie k potrebe urobiť stručný historický exkurz do problematiky prípustnosti potratov v našom geografickom a kultúrnom priestore. Vedie nás k tomu aj presvedčenie, že korene dnešných východísk predmetnej diskusie sú hlboké a ich lepšie zmapovanie môže odhaliť ich funkčnú podstatu. V rámci nášho historického pátrania sa budeme koncentrovať na európsky kultúrny a právny priestor od antiky až po súčasnosť. V každom zo sledovaných období si budeme všímať jednak platný právny stav a tiež filozofické argumenty, ktoré ho podporovali, alebo naopak spochybňovali. V závere sa pokúsime naše zistenia zovšeobecniť a formulovať niekoľko téz o vplyve „historických predispozícií“ na dnešnú podobu práva a debatu okolo nej.

1 INTERRUPCIE A ICH PRÍPUSTNOSŤ V ANTICKOM SVETE

V tejto prvej kapitole sa v krátkosti pokúsime načrtnúť základný obraz o sledovanom probléme v čase existencie starovekého Grécka a Ríma. Vo všeobecnosti je sledované obdobie značne dlhé a geograficky rozptýlené. Preto tvrdenia tejto krátkej kapitoly si nenárokujú ponúknuť čitateľovi komplexný a vyčerpávajúci obraz o situácii, ale chcú len zachytiť základné vývojové tendencie.

V prvom rade musíme zdôrazniť, že kontext, ktorom prebiehala staroveká diskusia o interrupciách bol značne rozdielny od dnešného. Narozdiel od dneška, starovekí Gréci a Rimania sa na vec pozerali takmer výlučne prakticky. Problém interrupcií (rovnako ako aj antikoncepcie či zabíjania novorodencov) bol zaradený do širšieho okruhu otázok vzťahujúcich sa ku kontrole populácie (a jej „kvality“), práv patriarchu (1) a obmedzovaniu mimomanželského sexu žien.

1.1 Právne aspekty

Interrupcie boli v tomto období vo všeobecnosti povolené, niekedy dokonca žiadúce. V rozpore s právom boli najmä vtedy, ak narušovali otcovské práva k dieťaťu, poprípade majetkové práva majiteľa otrokyne. V tomto kontexte mohli byť v očiach práva raz žiadúce, inokedy boli vážnym kriminálnym činom. Aj vzhľadom na prevládajúcu právnu metódu regulácie tu bol zvolený značne kazuistický prístup.

Ako jeden z príkladov „zakázanej interrupcie“ uvádzame citát Marca Tulia Cicera z jeho diela Obrana Kleutiova (Pro Cleutio):

„Spomínam si na jeden prípad, ktorý sa stal, keď som bol v Ázii. Jedna žena z Milétu prijala od alternatívnych dedičov úplatok za to, že potratí. Bola odsúdená na smrť, čo je spravodlivé, pretože olúpila otca dieťaťa o jeho nádeje, o kontinuitu jeho mena, jeho rodinu o podporu, jeho dom o dediča a Republiku o občana.“ (2)

Tento prípad, rovnako ako jeho zdôvodnenie, považujeme za inštruktívny príklad myslenia vtedajšej spoločnosti. Primárnym poškodeným kriminálneho činu potratu je tu otec dieťaťa, ktorého plány a nádeje boli hanebným konaním jeho manželky zmarené. Cicero tu uvádza úplatok ako priťažujúcu okolnosť (obzvlášť zavrhnutiahodná pohnútka), chápe ju ako „zradu nádejí budúceho otca“. Druhým poškodeným je tu rodina otca dieťaťa, ktorá činom bola ochudobnená o jedného člena, ktorý by jej v budúcnosti mohol poskytovať podporu. Napokon poškodená bola aj Rímska republika, lebo prišla o občana. S trochou nadsádzky možno konštatovať, že poškodený bol skoro každý, okrem samotného dieťaťa, na ktoré sa v tomto výroku vôbec nehľadí ako na subjekt (v právnom alebo spoločenskom zmysle slova),

ale len ako na predmet (veľmi cenný), ktorý bol konaním jeho matky „zničený“, čím stratil možnosť svojej budúcej „produktívnosti“ a „prospešnosti“. Za na prvý pohľad silne morálnym Cicerovým stanoviskom sa pomerne jasne dá identifikovať utilitarizmus a pragmatizmus.

Na druhej strane boli prípady, kedy boli potraty nielen tolerované, ale dokonca právom predpisované. Napríklad podľa jedného z ustanovení Zákona XII. tabúľ z roku 450 pred n. l., dieťa, ktoré sa narodí zdeformované má byť rýchlo usmrtené (3). Ten istý zákon povoľoval otcovi dieťaťa (*pátrovi familias*) zabiť každé novonarodené dieťa (4). Vo všeobecnosti sa uznáva, že v tomto období dieťa nadobudlo svoj právny status až momentom jeho uznania *pátrom familias* – dovtedy s ním mohlo byť naložená podľa jeho vôle (5).

S rozvojom rímskej spoločnosti dochádza postupne k obmedzovaniu predtým nelimitovaného dispozičného oprávnenia pátra familias nad svojimi deťmi. Cisár Augustus vydal v rokoch 18 pred n. l. a 9 n. l. dva edikty, ktoré mali napomôcť rodeniu detí s cieľom podpory rastu Rímskej ríše. Preto boli potraty a infanticída právom obmedzované, hoci nie úplne zakázané (6). Zakázané (kriminalizované) boli potraty až vlády Septima Severa (193-211 n. l.) a Antónia Caracallu (211-217 n. l.) (7) a trestali sa vyhnanstvom (8). Dôvodom kriminalizácie bola ochrana otcovských práv a porušenie manželkiných povinností (9).

Narozdiel od dnešného právneho poriadku, kde názory právnej vedy nie sú formálnym prameňom práva, v Ríme boli názory popredných právnikov považované za platné právo. Preto je zaujímavé, ako rozdielne sa dvaja z nich vysporiadali s otázkou, či je nasciturus (nenarodené dieťa) človekom (a tým pádom možným subjektom právnych vzťahov), alebo nie. Papinianus bol presvedčený, že nenarodené dieťa nie je človekom (10). Paulus naopak tvrdil, že *„kto je v lone matky, chráni sa tak, ako keby už bol na svete, pokiaľ ide o výhody samého nenarodeného, hoci, skôr než sa narodí, nemôžu byť inému užitočné“* (11).

Bolo by však chybou myslieť si, že Paulov výrok je úplne nesúladný s výrokom Papiniana. Prvý priznáva ochranu určitých práv aj nenarodenej osobe, za predpokladu (negatívna rozväzovacia podmienka), že sa narodí živá (a teda v súlade s Papinianovým náhľadom sa stane človekom). Podporou tohto výkladu je aj posledná veta, ktorá uvádza, že tieto práva nemôžu byť užitočné nikomu inému (len dieťaťu, a to len za predpokladu, že sa narodí). Je tiež nevhodné pod „ochranou práv nascitura“ uznanej Paulom subsumovať hocijakú formu „práva na život“ v dnešnom chápaní tohto pojmu. Rimania tento koncept nepoznali, a preto ho nemohli použiť ani v tomto kontexte. Analogické použitie Paulovho zdôvodnenia v dnešnej diskusii – typu: aj nenarodeným deťom treba poskytnúť také práva, ktoré majú aj narodené osoby, nie však povinnosti – je však plne korektné, ak sa samozrejme uvedie, že hoci sa sociálny kontext zmenil, princíp ekvity by mal zostať zachovaný.

1.2 Filozofické aspekty

Už z predošlej podkapitoly sa dala identifikovať filozofická otázka, ktorá má pre právo zásadné implikácie: kedy sa stáva človek človekom? Alebo: môže duša trpieť ešte pred narodením?

Najvplyvnejšou filozofickou školou v antickom Ríme boli stoici. Tí verili, plod je súčasťou tela ženy, a že duša vstupuje do tela človeka momentom prvého nadýchnutia sa (12). Dovtedy nebolo treba brať ohľad na nascitura, nakoľko nešlo o ľudskú bytosť. Potraty boli teda z definície prípustné.

Podobný náhľad na vec mal aj Aristoteles, ktorý rozvinul teóriu o postupnom nadobúdaní duše. Plod nadobúda najskôr vegetatívnu (rastlinnú) dušu, neskôr zvieraciu a napokon rozumnú (ľudskú). K tejto transformácii dochádza u mužov v 40. deň, u žien v 90. deň po počatí (13). Na udržiavanie určitej stabilnej hladiny populácie Aristoteles navrhoval

praktikovať potraty namiesto zabíjania novonarodených detí, „predtým ako do nich vstúpi život“, a zakázať ich v ostatných prípadoch (14).

Platónové názory na potraty sú z dnešného pohľadu ešte extrémnejšie. Vo svojom diele Štát navrhoval segregovať deti z „dobrých rodičov“ a ostatné „defektné deti“ mali byť vychovávané mimo mesta (15). Tiež mienil, že deti narodené matkám po štyridsiatke by mali byť povinne potratené, lebo tam existuje predpoklad, že nebudú pre spoločnosť také prínosné, ako ostatné, a budú jej na ťarchu (16).

Zhrnúc teda názor troch popredných antických filozofických škôl na otázku (morálnej a právnej) prípustnosti potratov musíme konštatovať, že medzi nimi a platným právom dochádza k vzácnej zhode. „Inštrumentalistický“ pohľad na dieťa ako na objekt rôznych právom chránených vzťahov ako aj predmet štátnej reprodukčnej politiky prevláda vo všetkých troch koncepciách. Platónov pohľad je najviac ovplyvnený starosťou o blaho štátu. Aristoteles sa viac snaží pracovať s analógiami zo zvieracej ríše a k problému sa stavia prírodovedecky. Stoici sú naopak ovplyvnení svetom vyšších ideí, myšlienkou náhleho vstupu duše do tela novorodenca pri prvom nádychu pri pôrode, kedy prvý-krát dôjde k spojeniu duše a tela, a teda k vzniku človeka ako takého. Všetky tri pohľady však v podstate ovplyvnili myslenie staroveku smerom k akceptácii potratov (či už úplnej alebo čiastočnej).

2 STREDOVEKÁ KRESŤANSKÁ EURÓPA

Nástup stredovekého kresťanstva znamenal v Európe paradigmatickú zmenu myslenia a práva vo viacerých oblastiach, otázku prípustnosti potratov nevynímajúc. Bolo to predovšetkým kresťanské učenie o morálke, vychádzajúce zo židovskej tradície, ktoré bolo v príkrom rozpore s dovtedy všeobecne prijímanými premisami antiky. Veľký dôraz sa odrazu začal klásť na ideu ľudskej dôstojnosti, ktorá náležala každému človeku bez ohľadu na jeho sociálny status ako príslušníkovi univerzálnej cirkvi Ježiša Krista, ktorý spasil všetkých ľudí. Ďalším významným momentom bolo učenie cirkvi o nesmrteľnosti ľudskej duše, ktorá je však poznačená dedičným hriechom (17). Na to, aby sa mohla očistiť, potrebuje prijať sviatosť krstu (a neskôr aj ďalšie sviatosti). Na potrat sa teda nehľadelo len ako na „zmarenie pozemského života“ dieťaťa, so širokými spoločenskými dopadmi na jeho okolie aj štát samotný, ale aj ako na ohrozenie spasenia jeho duše. A v spoločnosti, ktorá bolo ideovo orientovaná najmä na nebeskú spásu a život po smrti, to bol argument, ktorý zohral svoju rolu pri odsúdení potratov.

2.1 Učenie cirkevných otcov

Podľa Tertuliana (160-240) život dieťaťa začína jeho počatím, vzniká teda v rovnaký moment ako dostáva dušu (18). Opiera sa pritom o niektoré zmienky z Nového zákona, na ktorých demonštruje, že tak tehotná žena (napr. Panna Mária, sv. Alžbeta) ako aj jej dieťa (napr. Ježiš Kristus, Ján Krstiteľ), ktoré nosí pod srdcom, reaguje na určité podnety z okolia ešte pred narodením (19).

Nakoľko sa však tento názor čiastočne opieral o doktrínu tzv. „tradukcionalizmu“ (človek pri počatí dedí od rodičov nielen telo, ale aj dušu), ktorá bola neskôr považovaná za herézu (20), vývoj kresťanského filozofovania o prípustnosti potratu sa nezastavil. Napr. sv. Hieronym (347-420) odsudzoval potrat ako vraždu nevinného dieťaťa, navyše často spojenú s ďalšími dvoma smrteľnými hriechmi – so smilstvom a cudzoložstvom, ktoré jej často predchádzali, ako aj s hriechom samovraždy, v prípade, že tehotná žena pri potrate zomrela (21). Sv. Ján Chrizoston (349-407) tiež považoval potrat za vraždu, dokonca o to zvrátenejšiu, že zmarila život nevinného dieťaťa ešte pred jeho narodením, narušajúc tak Boží poriadok vecí a priečiac sa jeho daru (22). Najextrémnejší vyjadrením kresťanskej opozície voči potratom je názor sv. Fulgentia z Ruspe (468-533), ktorý odsudzoval potrat, aj keby

zachraňoval život matke (tehotnej žene), pretože nenarodené a nepokrstené dieťa treba zachrániť pred večným zatratením (23).

Prelomovým a veľmi vplyvným pre ďalší vývoj kresťanského učenia je názor sv. Augustína z Hippa (354-430). Ten, opierajúc sa o príklad prirodzeného potratu, vyjadril presvedčenie, že „nedostatok formy“ bude pri Božom súde nahradený jeho milosťou, a teda aj počaté a nenarodené môže ísť do neba (24). Navyše Augustín vďaka svojmu náhľadu, že duša človeka nemôže sídliť v nevyformovanom tele (25), sa mohol okľukou vrátiť k Aristotelovej náuke o „postupnom nadobúdaní duše“. Preto začal diferencovať medzi potratom, ktorý sa vykonal pred „nadobudnutí duše“ plodu (teda keď bol život budúceho dieťaťa prítomný v „latentnej“ forme), a tým, ktorý sa vykonal až po ňom. Prvá situácia sa posudzovala síce ako závažný hriech, no druhá bola morálne na úrovni vraždy. Rozhodujúcou hranicou pre Augustína bol 40. deň po počatí u chlapcov a 80. u dievčat, ktorú prebral od Aristotela (26). Napriek vyššie zmienenému treba ale konštatovať, že Augustín potraty striktne odsudzoval ako nemorálne a priečiace sa prirodzenosti (27).

Rozdielnosť chápania týchto dvoch situácii sa všeobecne akceptovala aj v neskoršom období. Počas vrcholného stredoveku bol sv. Tomáš Akvinský (1225-1274) toho názoru, že potraty sú ťažkým hriechom bez ohľadu na dobu, kedy sú vykonané. Avšak potrat je zabitím človeka až vtedy, ak bola dovŕšená hranica tehotenstva, kedy plod dostane dušu (28).

2.2 Stredoveké právo o potratoch

Ako sme naznačili už v predchádzajúcej kapitole, na konci existencie starovekej Rímskej ríše dochádzalo postupne k tendenciám revidovať „pohanský“ pohľad na interrupcie (a infanticídu) smerom k väčšej regulácií, resp. až k ich úplnému zákazu a kriminalizácii. Tento trend pochopiteľne pokračoval aj v období stredoveku, kedy bol navyše posilňovaný vyššie načrtnutými ideovými predispozíciami kresťanskej filozofie a teológie.

Z najstarších kresťanských právnych pamiatok zakazujúcich potraty poznáme Prvý kánonický list sv. Bazila (arcibiskupa Cézarei v Kapadócii) adresovaný Amphilochiovi (biskupovi s Ikónia). Ten trestá vykonanie potratu trestom 10 rokov „pôstu“, bez ohľadu na to, či bolo embryo úplne sformované alebo nie (29).

Peniteciár Bédu Ctihodného z prvej polovice 8. stor. už zavádzal rozlišovaciu hranicu 40. dní po počatí. Matka, ktorá spáchala potrat predtým, mala konať pokánie jeden rok. Ak vykonala potrat po 40. dni od počatia, potrestala sa rovnako ako vrah – teda pokáním v dĺžke 7,5 roka. Írsky mních si ale uvedomoval rozdiel, keď sa potratu dopustí chudobná žena vo veľkej tiesni a v obave, ako svoje dieťa uživí, alebo prostitútka, ktorá ho spácha s cieľom naďalej sa dopúšťať svojich hanebností (30).

Graciánov dekrét z 12. storočia, ktorý bol súčasťou Corpus Iuris Canonici – platného cirkevného práva až do roku 1918 (31) – bol už výraznejšie ovplyvnený Aristotelovým a Augustínovým pohľadom na vznik človeka. Všeobecne a úplne síce v morálnej rovine potraty zakazoval, ale na druhej strane zase rozlišoval, na základe vtedy aktuálneho vedeckého poznania, že prvý pohyb plodu v lone matky naznačuje „oživenie“, teda moment, kedy bol plod vybavený nesmrteľnou dušou (32). Len v týchto situáciách bol potrat považovaný za rovnocenný s vraždou.

„Súboj“ medzi zástancami ochrany života od počatia a stúpencami teórie o postupnom vzniku človeka počas prenatálneho obdobia pokračoval v právnej rovine aj v 16. storočí. Pápež Sixtus V. bulou *Effraenatum* z roku 1588 zakázal pod trestom exkomunikácie všetky potraty bez ohľadu na to, v ktorom štádiu tehotenstva boli vykonané (33). Tento stav bol však už v roku 1591 uvoľnený pápežom Gregorom XIV., ktorý modifikoval predchádzajúcu úpravu tak, že trest exkomunikácie sa má vzťahovať len na páchateľov tých potratov, ktoré boli vykonané po „vivifikácii“ plodu (34).

Z uvedeného je zrejmé, že (cirkevno)právna úprava zákazu potratov v stredoveku viac-menej reflektovala filozofické postoje, ktoré v jednotlivých etapách sledovaného obdobia prevládali. Spočiatku pod vplyvom Tertuliána boli potraty trestané rovnako ako vražda, bez ohľadu na štádium tehotenstva. Postupne však právna úprava začala diferencovane postihovať potraty vykonné pred „vivifikáciou plod“, a potraty vykonané po nej, ktoré sa naďalej považovali za rovnako závažné ako vražda. V 16. storočí vyvrcholí spor týchto dvoch názorových pohľadov priamo v právotvornej činnosti pápeža, s výsledkom dočasne priaznivejším pre zástancov teórie postupnej „hominizácie“. To sa však zmenilo v novoveku, kedy cirkev pod vplyvom nových poznatkov z oblasti prírodných vied prehodnotila svoj náhľad na vznik človeka, a zakázala potraty od počatia. Pápež Pius IX. v roku 1869 odstránil z kánonického práva hranicu 40. dňa a vztiahol dovtedy platné cirkevné tresty aj na ostatné prípady potratov. Všetky neskoršie novelizácie kánonického práva odvtedy rešpektovali úplný zákaz potratov bez ohľadu na štádium tehotenstva (35).

3 POTRATY V NOVOVEKU A MODERNEJ DOBE

Počas stredoveku bola v otázke prípustnosti potratu takmer úplná zhoda medzi cirkevným a svetským právom. Úmyselne na tomto mieste nehovoríme o „sekulárnom“ práve, nakoľko aj svetské právo bolo v tom období veľmi vzdialené od dnešných predstáv o oddelení „štátnej“ a náboženskej sféry. Svetské právo v stredoveku buď otázky potratov neupravovalo vôbec, a nechalo tak voľný priestor pre pôsobenie práva kánonického, alebo ich upravovalo zhodne. Cirkevné tresty vzťahujúce sa na potraty boli natoľko závažné (exkomunikácia), že nebolo potrebné vec regulovať ešte aj svetským právom.

S reformáciou sa situácia zmenila v tom, že časť obyvateľstva štátov prestala podliehať jurisdikcii cirkevných (katolíckych) súdov. Postupne dokonca vznikala skupina občanov, ktorá nepodliehala žiadnej cirkevnej moci. Preto v priebehu 19. storočia začínajú vznikať iniciatívy za kriminalizáciu potratov. Podpísala sa pod to aliancia profesionálnych lekárov a náboženských skupín, ktorá chcela jednak bojovať proti vysokej úmrtnosti žien pri potratoch, a zároveň proti zabíjaniu nevinných detí pred narodením (36). Verejná mienka sa však začala otáčať v 20. storočí, jednak pod vplyvom pro-choice skupín, ale aj z obáv o zdravie žien podstupujúcich nelegálne potraty vykonávané neprofesionálnym personálom.

Sovietsky zväz bol prvým štátom sveta, ktorý legalizoval potraty bez akýchkoľvek podmienok a obmedzení, či už z hľadiska času, alebo prípustných dôvodov (37). Potraty však boli v ZSSR zakázané od roku 1936, keď chcel Stalin zvýšiť pôrodnosť sovietskych žien a podporiť populačný rast (38). V roku 1955 však boli potraty opäť povolené na požiadanie ženy. K sovietskej právnej úprave sa postupne približovali jeho satelitné štáty: Poľsko, Maďarsko, Československo, Bulharsko, Rumunsko.

Aj v nesovietskom priestore v 20. storočí došlo k uvoľňovaniu protipotratovej legislatívy. Ešte v 30.-tych rokov boli legalizované potraty z niektorých závažných dôvodov v Poľsku (1932), Dánsku (1938), Katalánsku (1936), Islande (1935), Nemecku (1935) (39) a Švédsku (1938) (40). Po druhej svetovej vojne boli potraty legalizované v Japonsku (1948), Juhoslávii (1952), Veľkej Británii (1967), Kanade (1969), USA (1973), Tunisku (1973), Rakúsku (1974), Francúzsku (1975), Novom Zélande (1977), Taliansku (1978), Holandsku (1980), Belgicku (1990) – samozrejme za rôznych podmienok a v rozličnom rozsahu.

Súčasný stav potratovej legislatívy vo svete je nasledovný: 1. v 5 krajinách sveta sú potraty zakázané úplne (Vatikán, Malta, Dominikánska republika, El Salvador, Nikaragua), 2. v 50 štátoch je potrat povolený len za účelom záchrany života matky (implicitne alebo explicitne), 3. v 81 krajinách je povolené vykonať potrat za účelom záchrany života matky

a z ďalších taxatívne vymedzených dôvodov, 4. v 60 štátoch sveta sú potraty povolené na žiadosť ženy (s rôznym stupňom obmedzení vzťahujúcich sa na štádium tehotenstva) (41).

ZÁVER

Z uvedeného historického prehľadu je zrejmé, že filozofické a náboženské náhľady spoločnosti boli v tom ktorom období rozhodujúce pre podobu práva. Kľúčovou pritom bola vždy otázka, v ktorom momente sa stáva človek človekom. Samozrejme, v každom zo sledovaných období, bol prítomný určitý názorový spor o šírku chápania „ľudskej esencie" počatého plodu. Ten však spravidla osciloval okolo všeobecne prijímaného východiska.

V staroveku panovala všeobecná zhoda na tom, že počaté dieťa nie je do určitého momentu človekom. Rozhodujúcim momentom bol pre stoikov okamih prvého nadýchnutia sa a u Aristotela uplynutý čas po počatí. Aj potom však pripúšťali, že je za určitých okolností možné vykonať potrat, poprípade zabiť aj už narodené dieťa. Tieto filozofické východiská boli premietnuté aj v práve, ktoré sa k potratom stavalo benevolentne, alebo ich za určitých okolností dokonca predpisovalo. Obmedzovanie potratov súviselo takmer výlučne s praktickými potrebami – či už hlavy rodiny, majiteľa otrokyne, alebo potrebami štátu a záujmami jeho populačnej politiky.

V stredoveku tiež panoval konsenzus – tentoraz však o tom, že vykonávanie potratov je veľmi nemorálny čin, lebo ničí ľudský život (či už existujúci, alebo potenciálny). Spor sa viedol len o to, ako prísne trestať potraty v jednotlivých štádiách tehotenstva. Aj pod vplyvom vtedy aktuálnych vedeckých poznatkov, počas prevažnej časti sledovaného obdobia prevládal názor, že človek je vybavený dušou až v určitom okamihu po počatí. A ten okamih sa prebral od Aristotela. V novoveku však cirkev pod vplyvom nových vedeckých poznatkov túto úpravu zmenila a priklonila sa k úplnému zákazu potratov od momentu počatia.

Moderná diskusia sa už vedie vo sfére ľudských práv. Súčasný konsenzus oboch názorových protipólov je len v tom, že zabíjanie novorodencov je neprípustné (morálne aj právne). V otázke potratov samotných zhoda nepanuje. Dochádza k určitému paradoxu, keď obe skupiny na základe tých istých najnovších poznatkov súčasnej vedy nielenže svoje stanoviská nezbližujú, ale naopak ich pritvrdzujú. Cirkev a pro-life skupiny sú ešte viac presvedčené o vzniku života pri počatí a o potrebe jeho právnej ochrany od tohto momentu. Naopak pro-choice skupiny chcú brať do úvahy aj právo tehotnej ženy na súkromie a slobodu rozhodovania o jej vlastnom tele. Tento argument sa však zdá odporcom potratov slabý, pretože aj dnešné ľudské práva sú budované na fundamente ľudskej dôstojnosti. Právo na život by podľa nich nemalo byť „pomerované" s nejakým iným právom, nakoľko je „iniciačné" – podstatnejšie ako ostatné práva a slobody.

Je jasné, že v najbližších rokoch určite nedôjde ku konsenzu. Právo preto bude musieť reflektovať názory oboch skupín a pretaviť ich do svojho obsahu podľa proporcie, v ktorej sú zastúpené v spoločnosti. Na to by v každom prípade mali slúžiť demokratické procedúry, a nie vylúčenie nejakej zo skupín z diskusie len na základe domnelej nesúladnosti jej názorov s doktrínou ľudských práv. Iná cesta v dnešnej situácii povedie len k ďalšej fragmentácii spoločnosti a k oslabeniu ideovej a procedurálnej legitimity právneho poriadku.

Použitá literatúra:

1. Boswell, J.: The kindness of strangers: the abandonment of children in Western Europe from Late Antiquity to the Renaissance. University of Chicago Press, 1998. pozn. 21 ISBN: 9780226067124
2. Peterson, W.: The Speach of Cicero in Defence of Cleutius. London, New York: Mackmillan, 1895. s. 17 Dostupné na: https://archive.org/details/speechindefenceo00ciceuoft
3. Cicero, M. T.: De legibus (3, 8, 19). Čerpané z: Vahlen, J. (ed.): M. TVLLII CICERONIS: De legibus libri. Berolini 1871. s. 143.
4. Zákony XII. Tabúľ (4, 1). Dostupné na: http://www.constitution.org/sps/sps01_1.htm
5. Heichelheim, F. M., Yeo, C. A., Ward, A. M: A history of the Roman people. 6. vydanie. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1984. s. 35-38.
6. Gorman, M. J.: Abortion and the Early Church: Christian, Jewish & Pagan Atitudes in Greco-Roman World. Downer's Grove: Inter Varsity Press, 1982. s. 27
7. Ibid. s. 30
8. Digesta 47.11
9. Digesta 48.8.8
10. Papinian, Digesta 35.2.9.1
11. Paulus, Digesta 1.5.7
12. Protopapadakis, E.: Should the baby live? Abortion and infanticide: when ontology overlaps ethics and Peter Singer echoes the Stoics. in Ancient Culture, European and Serbian Heritage, Series: Antiquity and modern world, Scientific Publications of the Serbian Society for Ancient Studies. 4. vydanie. Novi Sad, 2010. s. 396–407 ISBN 978-86-910129-4-6.
13. Aristoteles.: Historia animalium 7.3
14. Aristoteles.: Politika 7.16.20
15. Platón.: Štát 5. 460 b-c.
16. Platón.: Štát 5. 460e-461c.
17. Kongregácia pre náuku viery: Objasnenie k umelým potratom. 2009. Dostupné na: http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20090711_aborto-procurato_en.html
18. Tertulianus, De Anima, 27.
19. Tertulianus, De Anima, 26.4
20. Newadvent.org: Traducianism. Dostupné na: http://www.newadvent.org/cathen/15014a.htm
21. Hieronym, List 22. Dostupné na: http://www.priestsforlife.org/magisterium/earlychurchfathers/jerome.html
22. Ján Chrizoston, Kázeň Rimanom 24. Dotupné na: http://www.priestsforlife.org/magisterium/earlychurchfathers/chrysostom.html
23. Fulgencius, O viere 27, citované podľa: Westermarck, E.: The Origin and Development of the Moral Ideas. London: Macmillan, 1908, s. 416-17.
24. Augustín: Enchiridion 23.85.4. Dostupné na: http://www.priestsforlife.org/magisterium/earlychurchfathers/augustine.html
25. Augustine: On Exodus 21.80
26. Bauerschmidt, J. C.: Abortion in Augustine Through The Ages. in An Encyclopedia. Grand Rapids: Eerdmans Publishing, 1999. s.1. ISBN: 0-8028-3843-X
27. Augustine, De Nube et Concupiscentia 1.17 (15)
28. Swartz, N. P.: Thomas Aquinas oor die Aborsie-Debat en die Kerk *Magesterium*. In Journal for Juridical Science, 2007, vol. 32, 2. ISSN: 0258252X
29. Bazil: Kánonický list biskupovi Amphilochiovi. Kánon 2. Dostupné na: http://www.tertullian.org/fathers2/NPNF2-14/Npnf2-14-185.htm#P11301_2157431

30. Perry, D. L.: Abortion and Personhood: Historical and Comparative Notes. Dostupné na: http://home.earthlink.net/~davidlperry/abortion.htm
31. Encyclopaedia Britanica: Decretum Gratiani. Dostupné na: http://www.britannica.com/EBchecked/topic/242263/Gratians-Decretum
32. Sisk, G. C., Reid, Ch. J.: Abortion, Bishops, Eucharist, and Politicians: A Question of Communion. in The Catholic Lawyer, Vol.43:255, pozn. 31
33. Kliora, C. C.: Catholics, Non-Catholics and Non-Catholics Catholisc. Xlibris, 2009. s. 17 ISBN: 978-1-4415-9564-3
34. Gaspari, P. (ed.): Codicis iuris fontes. 1. vydanie. Rím, 1927. s 330–331.
35. Ibid 33
36. Joffe, C.: Abortion and medicine: A sociopolitical history. in Paul, M., Lichtenberg, E. S., Borgatta, L., Grimes, D. A. et al.: Management of Unintended and Abnormal Pregnancy (PDF). 1. vydanie. Oxford: John Wiley & Sons 2009. ISBN 978-1-4443-1293-5.
37. Avdeev, A., Blum, A., Troitskaya, I.: The History of Abortion Statistics in Russia and the USSR from 1900 to 1991. in Population, 1995. 7, 39. s. 42.
38. Randall, A.: 'Abortion Will Deprive You of Happiness!': Soviet Reproductive Politics in the Post-Stalin Era. in Journal of Women's History, 2011. 23. s. 13-38
39. Brookes, B.: Abortion in England 1900-1967 (Routledge Library Editions: Women's History). 2. vydanie, Abingdon: Routledge 2013, s. 75. ISBN: 978-0-415-62299-8
40. Swedish law on abortion, Act relating to the termination of pregnancy, 17th June, 1938, Eugen Rev. Jul 1939; 31(2): 109–110. Dostupné na: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2962392/?page=1
41. World Abortion Policy 2013, UN, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Dostupné na: http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/WorldAbortionPolicies2013/WorldAbortionPolicies2013_WallChart.pdf

Kontakt – e-mail: jan.surkala@flaw.uniba.sk

TRESTNOPRÁVNE ASPEKTY NEOPRÁVNENÉHO ODBERU ORGÁNOV, TKANÍV A BUNIEK A NEZÁKONNEJ STERILIZÁCIE

Jozef TÓTH

Fakulta práva Janka Jesenského, Vysoká škola Danubius

Katedra správneho (administratívneho) práva

Abstrakt

Cieľom príspevku je na jednej strane charakteristika zákonného spôsobu uskutočnenia odberu orgánov, tkanív a buniek resp. sterilizácie, a na strane druhej aj analýza trestnoprávneho postihu resp. trestnoprávnych následkov, ktoré nastanú, ak dôjde ku neoprávnenému odberu resp. sterilizácii so zameraním sa na súvisiace trestnoprávne sankcie, ktoré môžu postihnúť zdravotníckeho pracovníka ak nebude v tejto oblasti poskytovať zdravotnú starostlivosť spôsobom „lege artis“.

Kľúčové slová: *Odber orgánov, tkanív a buniek, sterilizácia, trestnoprávna zodpovednosť.*

ÚVOD

Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, zakotvuje legálny spôsob uskutočnenia odberu, orgánov, tkanív a buniek, ako aj uskutočnenia sterilizácie, vrátane zákonných podmienok ktoré s týmito úkonmi súvisia. Uskutočnenie transplantačných zákrokov ako aj sterilizácie predstavuje veľmi podstatný zásah do telesnej integrity človeka, ako aj jeho zdravotného stavu, a preto môžu byť uskutočnené len zákonným spôsobom, čiže spôsobom „lege artis“ V prípade, ak zdravotnícky pracovníci striktne nedodržia zákonné podmienky a povinnosti súvisiace s odberom tkanív, buniek a orgánov resp. sterilizáciou, môže byť voči nim vyvodená trestnoprávna zodpovednosť za trestný čin neoprávneného odberu orgánov, tkanív a buniek resp. nezákonnej sterilizácie.

Problematika transplantácií je v súčasnosti predmetom mnohých, možno povedať, že až nekonečných a vášnivých diskusií. Na uvedenú problematiku existujú rôzne protichodné postoje, ktoré sú mnohokrát ovplyvňované i názormi etickými, morálnymi a náboženskými. Cieľom transplantácií je zachraňovať ľudské životy a zlepšovať kvalitu života tých ľudí, ktorí kvôli zdravotným ťažkostiam či chorobe čakajú na vhodný orgán či tkanivo. [1]

Trestný zákon prostredníctvom skutkovej podstaty trestného činu neoprávneného odberu orgánov, tkanív a buniek a nezákonnej sterilizácie ochraňuje telesnú integritu človeka pred neoprávneným odberom orgánov, tkanív a buniek a pred nezákonnou sterilizáciou.

[1] KÁDEK, P. 2014. *Medicínsko-právne aspekty transplantácií*. In: *Právo a medicína*. Zborník príspevkov z rovnomennej vedeckej medicínsko-právnej konferencie konanej v Piešťanoch 14. novembra 2013. Sládkovičovo: Vysoká škola Danubius, 2014. s. 99.

V ustanoveniach §159 a §160 Trestného zákona, sú zakotvené tri formy neoprávneného odoberania orgánov, tkanív a buniek a nezákonnej sterilizácie :

a) neoprávnené odoberanie orgánu, tkaniva alebo bunky zo živej osoby, alebo ich neoprávnené zadováženie, či už pre seba alebo inú osobu,

b) neoprávnené sterilizácia,

c) neoprávnené zadováženie orgánu, tkaniva alebo bunky z mŕtvej osoby.

Na spáchanie trestného činu neoprávneného odoberania orgánov, tkanív a buniek a nezákonnej sterilizácie Trestný zákon vyžaduje úmyselné konanie páchateľa, ktorý vykonal odber resp. sterilizáciu v rozpore s podmienkami, ktoré ustanovujú osobitné právne predpisy, v tomto prípade zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

Darcovstvo, odoberanie, testovanie, spracovanie, konzervovanie, skladovanie, prenos alebo distribúciu orgánov, tkanív alebo buniek na účely transplantácie a vedeckovýskumné ciele môže vykonávať len poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, a to na základe osobitného povolenia, ktoré vydáva Ministerstvo zdravotníctva SR. Odobratie a prenos orgánov, tkanív a buniek s cieľom finančného zisku alebo iného majetkového prospechu je zakázané, pretože darcovstvo orgánov, tkanív a buniek je dobrovoľné a bezplatné.

Odobrať orgány, tkanivá a bunky z tela živého darcu na účely ich prenosu do tela inej osoby možno len vtedy, ak sa predpokladá, že odber vážne neohrozí zdravotný stav darcu, sa predpokladá priamy liečebný prospech pre príjemcu, prospech pre príjemcu prevažuje nad ujmou u darcu, nemožno získať vhodný orgán, tkanivo alebo bunky od mŕtveho darcu a nie je známy nijaký alternatívny liečebný postup s lepším alebo porovnateľným výsledkom. Úspešné vykonanie odberu posudzuje konzílium transplantačného centra.

Darcom orgánu, tkaniva, resp. bunky môže byť len osoba, ktorá je plne spôsobilá na právne úkony, dala na odber písomný informovaný súhlas po predchádzajúcom poučení. Vo výnimočných prípadoch môže byť darcom aj osoba nespôsobilá dať informovaný súhlas (napr. dieťa, osoba pozbavená spôsobilosti na právne úkony) za predpokladu, že informovaný súhlas poskytne jej zákonný zástupca (napr. rodič, opatrovník, poručník). Osoba nespôsobilá dať informovaný súhlas však môže byť darcom len vtedy, ak sa odber týka regeneratívneho tkaniva (čiže odber napr. obličky nie je možný), nie je k dispozícii darca ktorý je spôsobilý dať informovaný súhlas (dospelá osoba – plne spôsobilá na právne úkony), príjemcom môže byť len brat alebo sestra darcu (z uvedeného vyplýva, že príjemcom nemôže byť iná blízka osoba napr. rodičia, starý rodičia, bratranci) a darcovstvo má pre príjemcu život zachraňujúci potenciál, odber by teda nebol možný, keby mal len zlepšiť zdravotný stav.[2] Darcom nesmie byť osoba, ktorá je vo väzbe alebo vo výkone trestu odňatia slobody, okrem prípadu, že príjemcom by bola blízka osoba (manžel, manželka, deti, súrodenci, rodičia) a darcovstvo by malo pre príjemcu život zachraňujúci potenciál. V prípade, ak by odber vážne ohrozil zdravotný stav darcu nemožno ho uskutočniť a to ani za predpokladu jeho informovaného

[2] KÁDEK, P. 2010. *Niekoľko poznámok k trestným činom proti životu a zdraviu v zdravotníctve podľa slovenského trestného zákona*. In: *Karlovarská právní revue*. Karlovy Vary: Vysoká škola Karlovy Vary, 3/2010. s. 98.

súhlasu. Z uvedeného teda vyplýva, že podľa súčasnej právnej úpravy nie je možné, aby sa „darca obetoval v prospech príjemcu“ tzn., že ak by napríklad matka síce bola vhodným darcom pre svoje dieťa, ale mala len jednu obličku plne funkčnú a druhú nie, nemohol by jej byť uskutočnený odber, aj keby s ním súhlasila, nakoľko by jej to vážne ohrozilo zdravotný stav. V prípade, ak by lekár odber vykonal, aj keď by bol so súhlasom matky spáchal by trestný čin neoprávneného odberu orgánu, tkaniva alebo bunky.

Prenos orgánu, tkaniva alebo bunky do tela príjemcu možno vykonať len na základe jeho informovaného súhlasu po predchádzajúcom poučení, a vtedy, ak je zdravotne spôsobilý na takýto zákrok. Zdravotnú spôsobilosť príjemcu posudzuje ošetrujúci lekár a lekár transplantačného centra. Register čakateľov na transplantáciu vedie Ministerstvo zdravotníctva SR, pričom výber príjemcu sa riadi výlučne medicínskym hľadiskom.

Odobrať orgány, tkanivá alebo bunky z tiel mŕtvych darcov možno iba vtedy, ak osoba počas svojho života neurobila písomné vyhlásenie, že s takýmto zásahom do svojej telesnej integrity nesúhlasí, alebo vyhlásenie že nesúhlasí s vykonaním pitvy. Za osobu nespôsobilú dať informovaný súhlas (dieťa, osobu pozbavenú spôsobilosti na právne úkony) môže takéto písomné vyhlásenie urobiť počas jej života zákonný zástupca. Vyhlásenie s osvedčeným podpisom sa zasiela do registra, ktorý vedie Ministerstvo zdravotníctva SR. Nesúhlas s odberom môže osoba počas svojho života kedykoľvek odvolať. Z uvedeného teda vyplýva, že ak osoba počas svojho života nevyjadrí predpísaným spôsobom svoj nesúhlas s odberom, bude možné po jej smrti použiť jej orgány, tkanivá alebo bunky na odber, a to bez ohľadu na prípadný súhlas alebo nesúhlas jej príbuzných a v prípade osôb nespôsobilých dať informovaný súhlas bez ohľadu na prípadný súhlas alebo nesúhlas jej rodičov resp. opatrovníka (súhlas príbuzných sa nevyžaduje preto, lebo osoba po smrti, čiže mŕtvola sa stáva vlastníctvom štátu). Ďalšou podmienkou na uskutočnenie odberu z tela mŕtvej osoby je, aby osoba alebo jej zákonný zástupca, počas života neurobili vyhlásenie, že nesúhlasia s vykonaním pitvy. Odmietnutie pitvy musí mať písomnú formu, obsahovať identifikačné údaje osoby, jej vlastnoručný podpis (podpis zákonného zástupcu) a dátum, pričom musí byť doručené Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, ktorý ho potom bude evidovať po dobu 10 rokov od úmrtia osoby. Register osôb, ktoré odmietajú pitvu vedie Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Ak osoba pitvu odmietla, môže sa aj napriek jej nesúhlasu uskutočniť, ak je podozrenie, že mŕtva osoba bola chorá na prenosné ochorenie, pri podozrení na kontamináciu rádioaktívnymi látkami, pri náhlom úmrtí (ak príčina smrti nie je zjavná), pri pochybnostiach lekára (ktorý uskutočňoval prehliadku mŕtveho o príčine a okolnostiach smrti), po odbere na účely transplantácie od mŕtveho darcu, pri násilnej smrti a . Pitvu nesmie uskutočniť ošetrujúci lekár mŕtveho, lekár ktorý uskutočňoval transplantačný odber a lekár ktorý počas života osoba uskutočnil na nej bioptické vyšetrenie. Pitvu možno uskutočniť najskôr dve hodiny potom, ako sa zistilo, že došlo v dôsledku trvalého zastavenia dýchania a srdcovej činnosti ku klinickej smrti. V prípade cerebrálnej smrti mozgu možno uskutočniť pitvu aj skôr, ak ide o odobratie orgánov na účely transplantácie. Pred každým odberom z tela mŕtveho darcu je poskytovateľ zdravotnej starostlivosti povinný overiť jeho totožnosť a zistiť v registri, či osoba nevyjadrila nesúhlas s odberom, alebo nesúhlas s pitvou, nakoľko po každom odbere (okrem odberu očných rohoviek) sa vykoná u darcu pitva. Za mŕtveho darcu sa považuje len osoba, u ktorej bola podľa zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti určená smrť. Osoba sa považuje za mŕtvu, ak lekár zistí, že došlo ku trvalému zastaveniu dýchania a srdcovej činnosti, alebo ku smrti mozgu, teda k nezvratnému vyhasnutiu všetkých funkcií celého mozgu. Smrť mozgu musí jednomyseľne potvrdiť konzílium, ktorého členom je ošetrujúci lekár, neurológ a lekár so špecializáciou v odbore anesteziológia a intenzívna medicína alebo anesteziológia a resuscitácia. Naopak členom konzília nesmie byť lekár transplantačnej skupiny. Po určení smrti mozgu konzíliom, sa ihneď spíše zápisnica o určení

smrti a ošetrujúci lekár je povinný upustiť od ďalšej resuscitácie, okrem prípadu, ak by malo dôjsť k odberu orgánov, buniek alebo tkanív pre potreby transplantácie. Ako z uvedenej zákonnej úpravy vyplýva, pri určovaní smrti mozgu, je súhlas resp. nesúhlas príbuzných pacienta s "odpojením od prístrojov“ a ukončením resuscitácie irelevantný a dotknutí lekári si ho vôbec nemusia zaobstarať. Z etického hľadiska však v praxi budú informovať najbližších príbuzných pacienta o tom, že vzhľadom na jeho stav uvažujú o určení smrti mozgu a o zvolaní príslušného konzília. Po určení smrti možno na mŕtvom tele vykonať len pitvu, odbery pre účely transplantácie a pôrod, ak sa jedná o tehotnú ženu.

Sterilizáciou sa rozumie odborný medicínsky, resp. lekársky zákrok, ktorého cieľom je nezvratné zabránenie plodnosti. Ide o najspoľahlivejšiu a najúčinnejšiu metódu antikoncepcie, t.j. o trvalé, definitívne, ireverzibilné dosiahnutie neplodnosti či už muža alebo ženy. Aj keď ide v prípade sterilizácií muža alebo ženy o také zabránenie plodnosti, pri ktorom sa neodstránia, resp. nepoškodia pohlavné žľazy pacienta, t.j. neodstránenia sa alebo nepoškodia vaječníky (*ovaria*) u žien, resp. sa neodstránenia alebo nepoškodia semenníky (t*estes*) u mužov, ide predsa len o ireverzibilný medicínsky úkon s cieľom natrvalo dosiahnuť sterilitu u muža alebo ženy.[3] Sterilizáciu u osoby plne spôsobilej na právne úkony, možno vykonať len na základe jej písomnej žiadosti a písomného informovaného súhlasu, ktorému predchádzalo poučenie. U osôb nespôsobilých dať informovaný súhlas (deti, osoby s obmedzenou alebo s pozbavenou spôsobilosťou na právne úkon) podáva písomnú žiadosť, ako aj písomný informovaný súhlas po predchádzajúcom poučení ich zákonný zástupca (napr. rodič, opatrovník), pričom sterilizáciu musí svojim rozhodnutím schváliť ešte súd.

Z dikcie platnej a účinnej slovenskej právnej úpravy teda vyplýva, že sterilizáciu možno vykonať len na základe písomnej žiadosti a písomného informovaného súhlasu po predchádzajúcom poučení osoby plne spôsobilej na právne úkony alebo zákonného zástupcu osoby nespôsobilej udeliť informovaný súhlas alebo na základe rozhodnutia súdu na základe žiadosti zákonného zástupcu.[4] Samotnú sterilizáciu nemožno vykonať skôr ako 30 dní po udelení informovaného súhlasu. Význam tejto lehoty spočíva v tom, že žiadateľ má v jej rámci možnosť sterilizáciu odmietnuť a vziať svoj súhlas s jej výkonom späť. Poučenie súvisiace so sterilizáciou musí zahŕňať informácie o alternatívnych metódach antikoncepcie a plánovaného rodičovstva, možnej zmene životných okolností, medicínskych dôsledkoch sterilizácie, ako aj o jej možnom zlyhaní. Žiadosť o sterilizáciu sa podáva u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorý ju bude vykonávať, pričom u žien ju uskutočňuje gynekológ a u mužov urológ.

NEOPRÁVNENÉ ODOBERANIE ORGÁNU, TKANIVA ALEBO BUNKY ZO ŽIVEJ OSOBY, ALEBO ICH NEOPRÁVNENÉ ZADOVÁŽENIE, ČI UŽ PRE SEBA ALEBO INÚ OSOBU

[3] KÁDEK, P. 2014. *Súčasné dimenzie právnej zodpovednosti v medicíne a zdravotníctve.* Bratislava: Wolters Kluwer, 2014. s. 160.

[4] KÁDEK, P. 2014. *Problematika sterilizácií fyzických osôb v kontexte českej a slovenskej právnej úpravy.* In: *Právo a medicína*. Zborník príspevkov z rovnomennej vedeckej medicínsko-právnej konferencie konanej v Piešťanoch 14. novembra 2013. Sládkovičovo: Vysoká škola Danubius, 2014. s. 111-112.

Kto neoprávnene odoberie zo živej osoby orgán, tkanivo alebo bunku, alebo kto pre seba alebo iného taký orgán, tkanivo alebo bunku neoprávnene zadováži, potrestá sa odňatím slobody na dva až osem rokov. Na vyvodenie zodpovednosti, teda Trestný zákon v tomto prípade vyžaduje úmyselné konanie páchateľa a zároveň porušenie podmienok odberu, ktoré stanovuje zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti. Pod neoprávneným odberom sa rozumie najmä jeho vykonanie subjektom, ktorý na takýto zákrok nemá príslušné povolenie , alebo jeho vykonanie subjektom, ktorý síce povolenie má, ale nedodrží zákonom stanovený postup, ako aj vykonanie odberu zamestnancom zdravotníckeho zariadenia (vedeckého ústavu), ktorý ho vykonal v rozpore so zákonom.

Odňatím slobody na sedem až dvanásť rokov sa páchateľ potrestá, ak spácha čin závažnejším spôsobom konania, z osobitného motívu, alebo ako člen nebezpečného zoskupenia. Závažnejším spôsobom konania je podľa Trestného zákona napr. spáchanie činu surovo, trýznivo, násilím alebo jeho hrozbou, ľsťou, po dlhší čas, využitím tiesne, odkázanosti alebo podriadenosti, organizovanou skupinou, na viacerých osobách (aspoň troch), alebo porušením dôležitej povinnosti vyplývajúcej z páchateľovho zamestnania, či povolania. Pod porušením dôležitej povinnosti možno rozumieť aj uskutočnenie odberu lekárom bez písomného informovaného súhlasu, alebo bez náležitého poučenia, čo by spôsobilo jeho trestnoprávny postih. Čiže podstatnými sú tu nielen medicínske aspekty a výkon odberu z medicínskeho hľadiska ale aj tzv. formálne aspekty zakotvené v zákone a súvisiace napr. s poučením a informovaným súhlasom. Zdôrazňujem to preto, lebo vychádzajúc z praktických skúseností, lekári berú do zreteľa len medicínske aspekty výkonu ich povolania a poskytovania zdravotnej starostlivosti a na zákonné povinnosti súvisiace práve s dostatočným poučením a informovaným súhlasom neberú ohľad a považujú ich za nepodstatné resp. o nich často – krát ani nemajú znalosti. Osobitným motívom sa rozumie spáchanie činu na objednávku, z pomsty, z národnostnej, etnickej, alebo rasovej nenávisti, so sexuálnym motívom, alebo v úmysle zakryť, či uľahčiť iný trestný čin. Pod nebezpečným zoskupením sa rozumie zločinecká alebo teroristická skupina.

Odňatím slobody na desať až pätnásť rokov sa páchateľ potrestá, ak činom spôsobí ťažkú ujmu na zdraví alebo smrť. Ťažkou ujmou na zdraví je len vážna porucha zdravia alebo vážne ochorenie ako napr. zmrzačenie, ochromenie údu, poškodenie dôležitého orgánu, zohyzdenie, vyvolanie potratu alebo usmrtenie plodu, mučivé útrapy, strata alebo podstatné oslabenie funkcie zmyslového ústrojenstva alebo porucha zdravia trvajúca dlhší čas (liečenie, prípadne pracovná neschopnosť v trvaní najmenej 42 dní). Smrťou sa rozumie biologická smrť mozgu (cerebrálna smrť).

NEOPRÁVNENÁ STERILIZÁCIA

Kto neoprávnene sterilizuje fyzickú osobu, potrestá sa odňatím slobody na dva až osem rokov. Na vyvodenie zodpovednosti v tomto prípade Trestný zákon vyžaduje úmyselné konanie páchateľa a porušenie (nedodržanie) podmienok stanovených na vykonanie sterilizácie zakotvených v zákone č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti. Pod neoprávnenou sterilizáciou sa rozumie najmä jej vykonanie bez súhlasu poškodeného, alebo jej vykonanie zariadením alebo osobou, ktoré na jej výkon nemajú oprávnenie.

Odňatím slobody na sedem až dvanásť rokov sa páchateľ potrestá, ak spácha čin závažnejším spôsobom konania, z osobitného motívu, alebo ako člen nebezpečného zoskupenia. Porušením dôležitej povinnosti (v rámci závažnejšieho spôsobu konania), by bolo, ak by napríklad gynekológ uskutočnil sterilizáciu u ženy a bez toho aby podala písomnú žiadosť alebo bez písomného informovaného súhlasu alebo bez dostatočného poučenia resp. skôr ako 30 dní od udelenia informovaného súhlasu. V tomto prípade by niesol trestnoprávnu zodpovednosť bez ohľadu na to, že medicínsky prebehla sterilizácia bez pochybenia a že

medicínsky úkon vykonal v poriadku. Ak by napríklad nastala situácia, že gynekológ uskutočňuje žene pôrod „cisárskym rezom“ a počas zákroku by bolo treba akútne vykonať aj sterilizáciu, môže ju vykonať aj bez toho, že nebol dodržaný zákonný postup a podmienky stanovené v zákone vo vzťahu k poučeniu, žiadosti, písomnému informovanému súhlasu a lehote 30 dní. V tomto prípade, by nedošlo k neoprávnenej sterilizácii, nakoľko pacientka bola v akútnom stave a možno tu preto aplikovať § 6 ods. 9 písm. a) zákona o zdravotnej starostlivosti, podľa ktorého v prípade neodkladnej zdravotnej starostlivosti možno poskytovať zdravotnú starostlivosť aj bez súhlasu pacienta, ak ho nemožno včas získať nakoľko sa tento súhlas predpokladá. Ak by ale nastala rovnaká situácia a uskutočnenie sterilizácie počas pôrodu „cisárskym rezom“ by nebolo akútne a gynekológ by ju vykonal, už by spáchal trestný čin nezákonnej sterilizácie, pričom nemožno to odôvodňovať tým, že keď už bola pacientka v anestéze, je možné ju sterilizovať a v budúcnosti by tak nemusela podstúpiť ďalší operačný zákrok. V uvedenom druhom prípade, by teda gynekológ mohol uskutočniť len pôrod „cisárskym rezom“ a potom by pacientku informoval, že vzhľadom na jej zdravotný stav jej odporúča sterilizáciu. V súlade so zákonom by bola situácia keby pacientka už pred pôrodom „cisárskym rezom“ súhlasila so sterilizáciou a splnili by sa všetky štyri zákonné podmienky na jej uskutočnenie. Keby ale nastala situácia, že pôrod by začal skôr ako 30 dní od udelenia informovaného súhlasu, gynekológ by sterilizáciu opäť nemohol uskutočniť a celá procedúra by sa musela zopakovať.

Odňatím slobody na desať až pätnásť rokov sa páchateľ potrestá, ak činom spôsobí ťažkú ujmu na zdraví alebo smrť.

NEOPRÁVNENÉ ZADOVÁŽENIE ORGÁNU, TKANIVA ALEBO BUNKY Z MŔTVEJ OSOBY

Pre účely transplantácií *ex mortuo* v zmysle platnej slovenskej právnej úpravy platí tzv. prezumovaný súhlas zomrelého s posmrtným odberom jeho orgánov, tkanív alebo buniek.[5] Pri odberoch ľudských orgánov a tkanív sa musia dodržiavať (rešpektovať) etické princípy zaobchádzia s mŕtvym tak, aby nebola znížená dôstojnosť mŕtveho darcu.[6] Kto neoprávnene sebe alebo inému zadováži z mŕtvej osoby orgán, tkanivo alebo bunku, potrestá sa odňatím slobody na šesť mesiacov až tri roky. Na vyvodenie zodpovednosti Trestný zákon vyžaduje úmyselné konanie páchateľa a zároveň zadováženie orgánu, tkaniva alebo bunky z mŕtvej osoby v rozpore s podmienkami určenými v zákone č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti. Pod neoprávneným odberom sa rozumie najmä odber osobou, ktorá nemá príslušné povolenie na takúto činnosť, odber uskutočnený na osobách, u ktorých nebola zákonným spôsobom potvrdená smrť alebo jeho vykonanie aj napriek existencii vyhlásenia osoby, že nesúhlasí s odberom svojich orgánov po svojej smrti.

Odňatím slobody na jeden rok až päť rokov sa páchateľ potrestá, ak spácha čin závažnejším spôsobom konania, alebo z osobitného motívu. Porušením dôležitej povinnosti (v rámci závažnejšieho spôsobu konania) by bolo, keby lekár bez ohľadu na nesúhlas pacienta s odberom po jeho smrti, odber uskutočnil a trestnoprávnej zodpovednosti by sa nemohol

[5] KÁDEK, P. 2012. *Právna zodpovednosť v medicíne.* Sládkovičovo: VŠ v Sládkovičove, 2012. s. 236.

[6] KÁDEK, P. 2015. *Právna úprava transplantácií ex vivo a transplantácií ex mortuo*. In: *Zdravotnícke právo interdisciplinárne*. Zborník príspevkov z medzinárodného vedeckého seminára. Bratislava: Herba, 2015. s. 170.

zbaviť tvrdením, že síce porušil nesúhlas pacienta ale na druhej strane tým zachránil život inej osoby, ktorej príslušný orgán transplantoval.

Odňatím slobody na tri roky až osem rokov sa páchateľ potrestá, ak spácha čin ako člen nebezpečného zoskupenia.

ZÁVER

Uskutočňovanie odberu orgánov, tkanív a buniek resp. sterilizácie, predstavuje veľmi vážny zásah do zdravotného stavu človeka, ako aj do jeho ďalšieho života, a preto je nevyhnutné, aby tieto úkony prebehli v súlade so zákonom a spôsobom „lege artis“. Znalosť zákonných podmienok súvisiacich s odberom resp. sterilizáciou zo strany zdravotníckych pracovníkov je neoddeliteľnou súčasťou nielen kvalitného ale aj správneho poskytovania zdravotnej starostlivosti v tejto oblasti. V praktickom živote sa však u zdravotníckych pracovníkov vyskytujú až fatálne nedostatky a neznalosť zákonnej úpravy v tejto oblasti, a preto je nevyhnutné pozdvihnúť a zlepšiť právne povedomie, ako aj znalosti trestnoprávnych sankcií spojených s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v tejto oblasti spôsobom „non lege artis“, čo umožní lekárom ako aj iným zdravotníckym pracovníkom vyhnúť sa vyvodeniu trestnoprávnej zodpovednosti za trestný čin neoprávneného odberu orgánov, tkanív a buniek a nezákonnej sterilizácie.

Použitá literatúra a právne predpisy:

1.Ivor, J. a kol.: Trestné právo hmotné 1 Všeobecná časť. Bratislava: Iura Edition, 2006. 530 s. ISBN 80-8078-099-4.

2.Ivor, J. a kol.: Trestné právo hmotné 2 Osobitná časť. Bratislava: Iura Edition, 2006. 607 s. ISBN 80-8078-099-4.

3.Ivor, J. a kol.: Trestné právo hmotné 2 Všeobecná časť. Bratislava: Iura Edition, 2010. 625 s. ISBN 978-80-8078-308-2.

4.Kádek, P.: Súčasné dimenzie právnej zodpovednosti v medicíne a zdravotníctve. Bratislava: Wolters Kluwer, 2014. 184 s. ISBN 978-80-8168-124-0.

5. Kádek, P.: Právna zodpovednosť v medicíne. Sládkovičovo: Vydavateľstvo VŠS, 2012. 309 s. ISBN 978-80-89267-88-0.

6.Kádek, P.: Právna úprava transplantácií ex vivo a transplantácií ex mortuo. In: Zdravotnícke právo interdisciplinárne. Zborník príspevkov z medzinárodného vedeckého seminára. Bratislava: Herba, 2015, s. 167-174. ISBN 978-80-89631-32-2.

7. Kádek, P.: Medicínsko-právne aspekty transplantácií. In: Právo a medicína. Zborník príspevkov z rovnomennej vedeckej medicínsko-právnej konferencie konanej v Piešťanoch 14. novembra 2013. Sládkovičovo: Vysoká škola Danubius, 2014, s. 99-109. ISBN 978-80-8167-007-7.

8. Kádek, P.: Problematika sterilizácií fyzických osôb v kontexte českej a slovenskej právnej úpravy. In: Právo a medicína. Zborník príspevkov z rovnomennej vedeckej medicínsko-právnej konferencie konanej v Piešťanoch 14. novembra 2013. Sládkovičovo: Vysoká škola Danubius, 2014, s. 110-119. ISBN 978-80-8167-007-7.

9. Kádek, P.: Niekoľko poznámok k trestným činom proti životu a zdraviu v zdravotníctve podľa slovenského trestného zákona. In: Karlovarská právní revue. Karlovy Vary: Vysoká škola Karlovy Vary, 3/2010, s. 85-104. ISBN 9-771801-219007-07.

10.Těšinová, J., Žďárek, R., Policar, R.: Medicínské právo. Praha: C. H. Beck, 2011. 414 s. ISBN 978-80-7400-050-8.

11.Tóth, K. a kol.: Právo a zdravotníctvo. Bratislava: Herba, 2008. 358 s. ISBN 978-80-89171-57-6.

12.Tóth, K. a kol.: Právo a zdravotníctvo II. Bratislava: Herba, 2013. 432 s. ISBN 978-80-89631-08-7.

13.Vlček, R., Hrubešová, Z.: Zdravotnícke právo. Bratislava: Epos, 2007. 320 s. ISBN 978-80-8057-705-6.

14. Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov

15. Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov

16. Zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov

17. Zákon č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon

Kontakt – e-mail: jozef.toth@vsdanubius.sk

CHARAKTERISTIKA TRESTNÝCH ČINOV OHROZOVANIA VÍRUSOM ĽUDSKEJ IMUNODEFICIENCIE A OHROZOVANIA POHLAVNOU CHOROBOU

Zoltán PERHÁCS

Fakulta práva Janka Jesenského, Vysoká škola Danubius

Katedra trestného práva

ÚVOD

Trestné činy ohrozovanie vírusom ľudskej imunodeficiencie a ohrozovanie pohlavnou chorobou sú trestnými činmi ohrozujúcimi život alebo zdravie ľudí.[1] Tieto trestné činy sú začlenené do tretieho dielu prvej hlavy osobitnej časti druhej časti Trestného zákona. Ustanovenia § 165[2], 166[3] a 167[4] Trestného zákona poskytujú ochranu ľudskému životu a zdraviu pred možným ohrozením vírusom ľudskej imunodeficiencie alebo pohlavnou chorobou.

OHROZOVANIE VÍRUSOM ĽUDSKEJ IMUNODEFICIENCIE

Ohrozovanie vírusom ľudskej imunodeficiencie je ohrozovací trestný čin, ktorý spočíva v úmyselnom vydaní iného do nebezpečenstva nákazy vírusom ľudskej imunodeficiencie. Z uvedeného vyplýva, že pri tomto trestnom čine k samotnému nakazeniu jedinca ani nemusí dôjsť, postačuje ak ho páchateľ chcel nakaziť alebo vedel, že svojim konaním ho môže nakaziť a bol s tým uzrozumený. Medzi okolnosti podmieňujúce použitie vyššej trestnej sadzby patrí spáchanie uvedeného trestného činu závažnejším spôsobom konania, úmyselné vydanie do nebezpečenstva nákazy vírusom ľudskej imunodeficiencie

---

[1] K tomu pozri KÁDEK, P. Súčasné dimenzie právnej zodpovednosti v medicíne a zdravotníctve. Bratislava: Wolters Kluwer, 2014, s. 170-172. ISBN 978-80-8168-124-0.

[2] Ohrozovanie vírusom ľudskej imunodeficiencie. (1) Kto iného úmyselne vydá do nebezpečenstva nákazy vírusom ľudskej imunodeficiencie, potrestá sa odňatím slobody na tri roky až desať rokov. (2) Odňatím slobody na sedem rokov až dvanásť rokov sa páchateľ potrestá, ak spácha čin uvedený v odseku 1 a) závažnejším spôsobom konania, alebo b) na chránenej osobe. (3) Odňatím slobody na desať rokov až pätnásť rokov sa páchateľ potrestá, ak spácha čin uvedený v odseku 1 a spôsobí ním ťažkú ujmu na zdraví alebo smrť.

[3] (1) Kto iného z nedbanlivosti vydá do nebezpečenstva nákazy vírusom ľudskej imunodeficiencie, potrestá sa odňatím slobody na jeden rok až päť rokov. (2) Odňatím slobody na tri roky až osem rokov sa páchateľ potrestá, ak spácha čin uvedený v odseku 1 a) závažnejším spôsobom konania, alebo b) na chránenej osobe. (3) Odňatím slobody na štyri roky až desať rokov sa páchateľ potrestá, ak činom uvedeným v odseku 1 spôsobí ťažkú ujmu na zdraví alebo smrť.

[4] Ohrozovanie pohlavnou chorobou. (1) Kto iného vydá, čo aj z nedbanlivosti, do nebezpečenstva pohlavnej nákazy, potrestá sa odňatím slobody až na tri roky. (2) Odňatím slobody na jeden rok až päť rokov sa páchateľ potrestá, ak spácha čin uvedený v odseku 1 na chránenej osobe. (3) Odňatím slobody na tri roky až osem rokov sa páchateľ potrestá, ak činom uvedeným v odseku 1 spôsobí ťažkú ujmu na zdraví alebo smrť.

chránenej osoby a spôsobenie ťažkej ujmy na zdraví alebo smrti (poruchový následok), úmyselným vydaním iného do nebezpečenstva nákazy vírusom ľudskej imunodeficiencie.

Kto iného z nedbanlivosti vydá do nebezpečenstva nákazy vírusom ľudskej imunodeficiencie, potrestá sa odňatím slobody na jeden rok až päť rokov. Na vyvodenie trestnoprávnej zodpovednosti v tomto prípade Trestný zákon vyžaduje nedbanlivostné konanie páchateľa a súčasne reálne nebezpečenstvo ohrozenia vírusom ľudskej imunodeficiencie. Uvedený trestný čin je spáchaný z nedbanlivosti, ak páchateľ vedel, že môže jedinca nakaziť vírusom ľudskej imunodeficiencie, ale sa spoliehal, že k nakazeniu nedôjde alebo nevedel, že svojim konaním môže jedinca nakaziť, hoci o tom vedieť mal a mohol. Ak uvedené konanie páchateľ spácha závažnejším spôsobom konania, na chránenej osobe alebo vydaním z nedbanlivosti iného do nebezpečenstva nákazy vírusom ľudskej imunodeficiencie, použije sa to ako okolnosť podmieňujúca vyššiu trestnú sadzbu.[5]

V roku 1981 sa v USA vyskytla zvláštna choroba, ktorej prejavy sa objavovali najmä u homosexuálov a narkomanov. Z dôvodu, že väčšina nakazených pochádzala z Haiti, odborníci túto chorobu krátku dobu označovali ako choroba 4 H. Táto choroba sa nečakane rýchlo šírila do všetkých krajín sveta a vyvolávala nespočetné množstvo odborných diskusií, názorov, sporov a rozporuplných záverov tak v radoch odborníkov ako i laikov. V roku 1982 túto chorobu odborníci nazvali syndrómom získanej imunitnej nedostatočnosti – AIDS. V roku 1983 bol objavený aj samotný pôvodca tejto choroby, a to vírus HIV – vírus ľudskej imunodeficiencie, ktorý poškodzuje imunitný systém jedinca tak, že postupne dochádza k strate obranyschopnosti organizmu. V súčasnosti poznáme dva typy ľudských vírusov spôsobujúcich ochorenie AIDS, sú to vírusy HIV-1 a HIV-2. Mnoho vedcov však zastáva názor, že vírus HIV existoval už aj v minulých rokoch.

Prvé symptómy HIV infekcie sa môžu, ale aj nemusia objaviť dva až tri týždne od nakazenia a sú ľahko zameniteľné s chrípkou alebo infekčnou mononukleózou. Častými prvotnými príznakmi nákazy sú celková únava, nauzea, bolesť kĺbov a svalov, zvýšená teplota až horúčka, vyrážky, bolesť hrdla, hnačka, zväčšenie lymfatických uzlín, malátnosť, ktoré sa však po pár týždňoch stratia. Niektorí infikovaní jedinci však nemajú žiadne prvotné príznaky a medzi infikovaním vírusom HIV a vypuknutím samotnej choroby AIDS môže uplynúť niekoľko (šesť až desať) rokov. Čo je však dôležité, aj v období označovanom ako bezpríznakové nosičstvo vírusu HIV, môže nakazený jedinec preniesť infekciu na ďalšiu osobu. Na rozvoj choroby AIDS majú vplyv rôzne faktory, napríklad úroveň obranyschopnosti organizmu, životný štýl, stres, stravovacie návyky a podobne. U nakazeného jedinca HIV vírusom môže dôjsť k prepuknutiu choroby AIDS aj tzv. reinfekciou, teda napadnutím organizmu ďalšou dávkou vírusu. Z uvedeného dôvodu HIV pozitívny jedinec aj pri pohlavnom styku s HIV pozitívnou osobou musí dodržiavať zásady bezpečného sexu a chrániť tak nielen druhých, ale i sám seba.[6]

Vírus HIV sa môže prenášať:

- **krvou** – v prvých rokoch vypuknutia epidémie HIV sa vírus prenášal transfúziou kontaminovanej krvi od infikovaného darcu. V súčasnosti vďaka dôkladnému vyšetreniu darcov krvi a vyspelejšej technológii výroby krvných derivátov k takémuto prenosu vírusu ľudskej imunodeficiencie nedochádza. Veľkým nebezpečenstvom sú však narkomani,

[5] IVOR, J. a kol. Trestné právo hmotné. Bratislava: Iura Edition, 2010, s. 63-64. ISBN 978-80-8078-308-2.

[6] HOLUB, J. a kol. AIDS a my aneb Coje třeba vědět o AIDS. Praha: Grada avicenum, 1993, s. 8-22. ISBN 80-7169-068-6.

ktorí si drogu pichajú do žíl, pričom si ihly a striekačky požičiavajú medzi sebou. Veľa narkomanov sa vírusom HIV nakazilo práve týmto spôsobom,

- **nechráneným pohlavným stykom** – každý nechránený pohlavný styk s infikovaným jedincom je vysoko rizikový. K prenosu vírusu môže dôjsť pri jedinom pohlavnom styku s infikovaným partnerom. Zvlášť rizikovým je nechránený análny styk, preto u homosexuálnych jedincov dochádza k infekcii vo varovne vysokom počte. Osobitnou problémovou skupinou pri možnom prenose vírusu HIV sú aj mladí jedinci, ktorí vzhľadom na svoj nízky vek, pri ktorom dochádza u nich k prvému pohlavnému styku (často už vo veku 13 rokov), sa správajú v sexuálnej oblasti veľmi rizikovo, striedajú príležitostných partnerov, pričom ochranu používajú iba veľmi zriedkavo,
- **z matky na dieťa** – u tehotných žien, ktoré sú infikované vírusom HIV je vysoká pravdepodobnosť, že vírus HIV sa prenesie aj na plod v priebehu tehotenstva, počas pôrodu alebo počas dojčenia.[7]

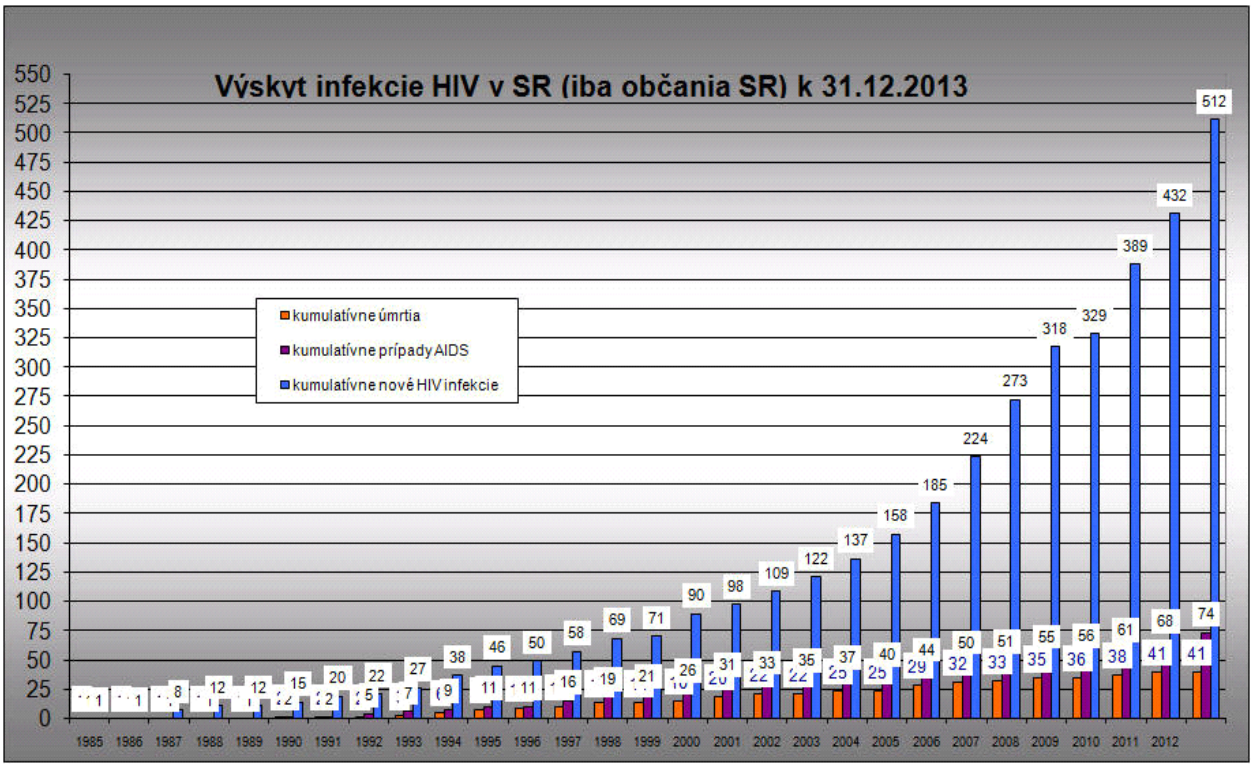
Výskyt HIV, resp. AIDS sa v Slovenskej republike podrobne monitoruje od roku 1985. Epidemiologický dohľad zabezpečujú regionálne úrady verejného zdravotníctva, pričom sa výsledky za Slovenskú republiku sumarizujú a vyhodnocujú mesačne a štvrťročne.

V Slovenskej republike bolo v roku 2013 diagnostikovaných a epidemiologicky vyšetrených 83 nových prípadov infekcie vírusom ľudskej imunodeficiencie, z toho osemdesiat prípadov (10 prípadov u žien a 70 prípadov u mužov) občanov Slovenskej republiky a tri prípady u cudzincov, ktorí mali prechodný pobyt na Slovensku. Syndróm získanej imunitnej nedostatočnosti, teda AIDS bol zaznamenaný u šiestich občanov Slovenskej republiky. Zo štatistických prehľadov vyplýva, že v jednom prípade došlo k úmrtiu pacienta s rozvinutými príznakmi AIDS a v jednom prípade pacienta infikovaného vírusom HIV bez príznakov AIDS.

V období od roku 1985 do 31.12.2013 sa infekcia vírusom ľudskej imunodeficiencie v Slovenskej republike potvrdila celkom v 639 prípadov, z toho v 512 prípadoch u občanov Slovenskej republiky a 127 prípadoch u cudzincov. Z uvedeného počtu infikovaných občanov Slovenskej republiky bolo 441 prípadov zaznamenaných u mužov a 71 prípadov u žien.

[7] MAYER, V. AIDS. SAP – Slovak Academic Press, s.r.o., 1999, s. 58-83. ISBN 80-88908-39-6.

Graf 1 Výskyt infekcie HIV v Slovenskej republike[8]



Zdroj: http://www.hiv-aids.tym.sk/

Od začiatku monitorovania prípadov HIV, resp. AIDS v Slovenskej republike sa infekcia HIV rozvinula do štádia AIDS u 74 osôb. Došlo k úmrtiu celkom 51 HIV infikovaných osôb, pričom v 42 prípadoch sa pred úmrtím objavili klinické príznaky AIDS. Väčšina infikovaných ľudí vírusom HIV bola v Slovenskej republike zaznamenaná v skupine homosexuálnych jedincov. Najviac HIV infikovaných ľudí žije vo väčších mestách, najmä v bratislavskom kraji. Najohrozenejšou skupinou sú jedinci vo veku 25 až 29 rokov.[9]

Podľa čl. 2 ods. 4 Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republike na zabezpečenie prevencie infekcie spôsobenej vírusom imunitnej nedostatočnosti človeka v Slovenskej republike číslo 5650/99-A zo dňa 01.12.1999 uverejneného vo vestníku Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republike v čiastke 6-9/2000 lekár, ktorý žiadal vykonanie laboratórnej skúšky , informuje o výsledku vyšetrenia pacienta osobne (nie telefonicky), bez ohľadu na výsledok. V prípade pozitívneho výsledku infikovanú osobu poučí, že nesmie byť darcom krvi, ani iného biologického materiálu, že má o svojej pozitivite informovať svojich sexuálnych partnerov a poslať ich na vyšetrenie anti-HIV protilátok. Súčasne ho poučí, že ak tieto nariadenia nedodrží, môže byť trestne stíhaný pre ohrozovanie

[8] Epidemiologická situácia infekcie HIV v SR. Štatistické spracovanie vývoja infekcie HIV/AIDS v SR s dôrazom na ochranu osobných údajov. http://www.hiv-aids.tym.sk/ (17.11.2014).

[9] Správa o plnení Národného programu prevencie HIV/AIDS v Slovenskej republike na roky 2013 – 2016 za rok 2013.http://www.uvzsr.sk/docs/info/epida/Sprava_o_plneni_NPP_HIV_AIDS_2013.pdf (16.11.2014).

vírusom ľudskej imunodeficiencie podľa § 165 a 166 Trestného zákona. Z uvedeného vyplýva, že za ohrozenie alebo vedomé šírenie infekcie HIV je v plnej miere zodpovedný pacient.[10]

Tabuľka 1 Prehľad zistených a objasnených trestných činov podľa § 165 a 166 Trestného zákona[11]

Druh kriminality	Zistené/ objasnené	2009	2010	2011	2012	2013	2014 (k 31.10.)
§ 165	**zistené**	0	0	1	0	2	5
	objasnené	0	0	1	0	1	4
§ 166	**zistené**	0	0	1	0	0	1
	objasnené	0	0	1	0	0	0

Zdroj: http://www.minv.sk/?statistika-kriminality-v-slovenskej-republike-xml

Trestné činy ohrozovania vírusom ľudskej imunodeficiencie sú vo vzťahu k trestnému činu šírenia nákazlivej choroby špeciálnymi trestnými činmi. Nákazlivou chorobou je podľa vyhlášky Ministerstva Slovenskej socialistickej republiky č. 105/1987 Zb., ktorou sa určuje, ktoré choroby sa považujú za nákazlivé v zmysle Trestného zákona, mimo iného aj AIDS (syndróm získanej imunodeficiencie) vrátane jeho nosičstva.[12]

Vážnym zdravotníckym a celospoločenským problémom súčasnosti nie je iba vírus HIV, resp. syndróm získanej imunitnej nedostatočnosti, ale i stále narastajúci počet pohlavných chorôb.

OHROZOVANIE POHLAVNOU CHOROBOU

Rovnako ako ohrozovanie vírusom ľudskej imunodeficiencie, aj **ohrozovanie pohlavnou chorobou** je ohrozovacím trestným činom, teda na naplnenie skutkovej podstaty postačuje vydanie iného do bezprostredného nebezpečenstva pohlavnej nákazy. Zámerom ustanovenia § 167 Trestného zákona je ochrana ľudského života a zdravia pred ohrozením pohlavnou chorobou. Medzi okolnosti podmieňujúce použitie vyššej trestnej sadzby patrí vydanie do nebezpečenstva pohlavnej nákazy chránenej osoby a spôsobenie ťažkej ujmy na zdraví alebo smrti, vydaním iného do nebezpečenstva pohlavnej nákazy.[13]

[10] Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republike na zabezpečenie prevencie infekcie spôsobenej vírusom imunitnej nedostatočnosti človeka v Slovenskej republike číslo 5650/99-A zo dňa 01.12.1999, uverejnené vo vestníku Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republike v čiastke 6-9/2000.

[11] Štatistika kriminality v Slovenskej republike. http://www.minv.sk/?statistika-kriminality-v-slovenskej-republike-xml (17.11.2014).

[12] Vyhláška Ministerstva Slovenskej socialistickej republiky č. 105/1987 Zb., ktorou sa určuje, ktoré choroby sa považujú za nákazlivé v zmysle Trestného zákona.

[13] Ustanovenie § 167 Trestného zákona.

Tabuľka 2 Prehľad zistených a objasnených trestných činov podľa § 167 Trestného zákona[14]

Druh kriminality	Zistené/ objasnené	2009	2010	2011	2012	2013	2014 (k 31.10.)
§ 167	zistené	1	0	3	2	0	1
	objasnené	1	0	13	1	0	0

Zdroj: http://www.minv.sk/?statistika-kriminality-v-slovenskej-republike-xml

Pohlavnými chorobami sú všetky infekčné choroby, ktoré sú prenášané najmä pohlavným stykom alebo iným sexuálnym kontaktom. Zriedkavo je možný aj nepohlavný prenos, napríklad transfúziou infikovanej krvi. Pohlavné choroby vyvolávajú rôzne vírusy, baktérie, parazity alebo plesne, resp. kvasinky. Príznaky pohlavných chorôb sa prejavujú hlavne na pohlavnej sústave postihnutého a častokrát si vyžadujú dlhodobú liečbu. Po potvrdení pohlavnej nákazy je nutné liečiť všetkých partnerov nakazeného jedinca ako potencionálnych prenášačov ochorenia. Aj toto ochorenie rovnako ako infekcia HIV, resp. AIDS môže dlhodobejšie pretrvávať bez zvláštnych príznakov. Jedinci môžu byť nakazení niekoľko mesiacov, či rokov, kým príde k diagnostikovaniu, resp. potvrdeniu ochorenia.

Medzi pohlavne prenášané choroby patria: syfilis, kvapavka, trichomoniáza, chlamýdiová infekcia, hepatitída typu B, hepatitída typu C, genitálny herpes, mäkký vred, HPV, čiže infekcie vyvolané ľudským papilloma vírusom, kontagiózne moluskum, mykotická infekcia, AIDS a HIV, voš ohanbia.[15]

V roku 2013 bolo v Slovenskej republike celkom nahlásených 1 055 prípadov pohlavných chorôb. V porovnaní s rokom 2012 je to o 87 prípadov menej, pričom sa výrazný znížil počet chorých na syfilis. Rovnako ale klesol aj počet pacientov s inými pohlavne prenosnými chorobami. Zvýšenie bolo zaznamenané pri gonokokovej infekcii – kvapavke, o 67 prípadov. Toto pohlavné ochorenie bolo vo väčšine prípadov diagnostikované mužom, pričom najviac liečených bolo v Nitrianskom a Trnavskom kraji. Ochorenie bolo najčastejšie zistené pacientom vo veku 25 až 34 rokov (110 prípadov). Syfilis bol zistený v 252 prípadoch, pričom aj toto ochorenie bolo vo väčšine prípadoch diagnostikované mužom. Iných prevažne sexuálne prenosných chorôb (ako napr. chlamýdiové infekcie, herpes pohlavných orgánov, či choroba vyvolaná vírusom HIV s následnými infekčnými a parazitárnymi chorobami) bolo v roku 2013 hlásených celkovo 559, prevažne u mužov. Vysoký výskyt iných prevažne sexuálne prenosných chorôb bol hlásený u osôb mladších vekových skupín.[16]

[14] Štatistika kriminality v Slovenskej republike. http://www.minv.sk/?statistika-kriminality-v-slovenskej-republike-xml (17.11.2014).

[15] http://www.pohlavne-choroby.eu/ (17.11.2014).

[16] http://www.nczisk.sk/Documents/publikacie/2013/sp1404.pdf (17.11.2014).

Dňom 01.03.2014 nadobudla účinnosť Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 44/2014 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o postupe, metódach, okruhu spravodajských jednotiek a lehotách hlásení pri zisťovaní udalostí charakterizujúcich zdravotný stav populácie a ich charakteristiky, ktorou bola zrušená duplicitná povinnosť hlásenia pohlavne prenosných ochorení. Podľa citovanej vyhlášky sa pohlavne prenosné ochorenia povinne hlásia na regionálne príslušné úrady verejného zdravotníctva v zmysle zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravotníctva v znení neskorších predpisov.

Podľa § 11 ods. 6 zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov ošetrujúci zdravotnícky pracovník je mimo iného povinný osobu, ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť, informovať o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti.

Osoba, ktorá má prenosnú chorobu, je podľa § 11 ods. 14 citovaného zákona povinná

a) správať sa tak, aby zabránila prenosu takejto choroby na iné osoby,
b) označiť ošetrujúcemu lekárovi zdroj nákazy, ak ho pozná, a poskytnúť mu všetky informácie na jeho určenie,
c) určiť okruh osôb, na ktorý mohla prenosnú chorobu preniesť.[17]

Fyzické osoby s prenosným ochorením vylučujúce choroboplodné zárodky a fyzické osoby vylučujúce choroboplodné zárodky bez príznakov prenosného ochorenia sú ďalej povinné aj podľa § 51 ods. 2 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov informovať o akútnom prenosnom ochorení alebo o svojom bacilonosičstve pri prijatí do zariadenia, v ktorom sa vykonávajú epidemiologicky závažné činnosti, do zariadenia sociálnych služieb alebo do zariadenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately.[18]

Podmienkou vyvodenia trestnoprávnej zodpovednosti voči páchateľovi je však nutnosť, aby tento mal vedomosť o tom, že takouto chorobou trpí.

Poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti a zdravotníckemu pracovníkovi z ustanovenia § 4 ods. 1 vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republike č. 585/2008 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o prevencii a kontrole prenosných ochorení, vyplýva povinnosť hlásenia mimo iného aj prenosného ochorenia príslušnému regionálnemu úradu.[19]

K spáchaniu trestných činov ohrozovanie vírusom ľudskej imunodeficiencie a ohrozovanie pohlavnou chorobou veľakrát dochádza z dôvodu nezodpovedného prístupu pacientov. Aj napriek tomu, že sú ošetrujúcimi zdravotníckymi pracovníkmi poučení ako sa

[17] Zákon 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

[18] Zákon č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

[19] Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republike č. 585/2008 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o prevencii a kontrole prenosných ochorení.

majú správať, aby zabránili prenosu vírusu HIV alebo pohlavnej choroby na iné osoby, tak nekonajú.

Lekár aj napriek tomu, že má vedomosť o tom, že pacient s prenosnou chorobou napriek upozorneniu a hroziacemu trestnému stíhaniu svojím spôsobom života šíri vírus ľudskej imunodeficiencie alebo pohlavnú chorobu, alebo vydáva iné osoby do nebezpečenstva nákazy vírusom HIV alebo pohlavnej nákazy, musí napriek tomu v súlade s § 80 ods. 2 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov zachovávať mlčanlivosť.[20] Tejto povinnosti ho môže zbaviť iba osoba, ktorej sa skutočnosti týkajú, alebo orgán príslušný na vydanie povolenia, a to na žiadosť orgánov činných v trestnom konaní. Orgánom príslušným na vydanie povolenia na poskytovanie zdravotnej starostlivosti je pre väčšinu poskytovateľov samosprávny kraj a v špecifických prípadoch Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky.[21]

V budúcnosti by bolo potrebné iniciovať zmenu podmienok zbavenia mlčanlivosti ošetrujúceho zdravotníckeho pracovníka, aby sa tak mohlo zákonne včas zabrániť šíreniu a vzniku či už nákazy vírusom ľudskej imunodeficiencie alebo pohlavnej nákazy.

Použitá literatúra a legislatívne dokumenty:

HOLUB, J. a kol. AIDS a my aneb Coje třeba vědět o AIDS. Praha: Grada avicenum, 1993, s. 8-22. ISBN 80-7169-068-6.

IVOR, J. a kol. Trestné právo hmotné. Bratislava: Iura Edition, 2010, s. 63-64. ISBN 978-80-8078-308-2.

KÁDEK, P. Súčasné dimenzie právnej zodpovednosti v medicíne a zdravotníctve: Bratislava: Wolters Kluwer, 2014, s. 170-172. ISBN 978-80-8168-124-0.

KÁDEK, P. Právna zodpovednosť v medicíne. Sládkovičovo: Vydavateľstvo FPJJ VŠS, 2012, s. 265-268. ISBN 978-80-89267-88-0.

MAYER, V. AIDS. SAP – Slovak Academic Press, s.r.o., 1999, s. 58-83. ISBN 80-88908-39-6.

PALUŠKOVÁ, M., SZÁZ, K. Medicínsko-právne súvislosti zdravotnej starostlivosti o pacientov s pohlavne prenosnými chorobami. Dermatológia pre prax; 7(2-3), s. 101-102.

Zákon 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Vyhláška Ministerstva Slovenskej socialistickej republiky č. 105/1987 Zb., ktorou sa určuje, ktoré choroby sa považujú za nákazlivé v zmysle Trestného zákona.

[20] KÁDEK, P. Právna zodpovednosť v medicíne. Sládkovičovo: Vydavateľstvo FPJJ VŠS, 2012, s. 265-268. ISBN 978-80-89267-88-0.

[21] PALUŠKOVÁ, M., SZÁZ, K. Medicínsko-právne súvislosti zdravotnej starostlivosti o pacientov s pohlavne prenosnými chorobami. Dermatológia pre prax; 7(2-3), s. 101-102.

Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republike č. 585/2008 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o prevencii a kontrole prenosných ochorení.

Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republike na zabezpečenie prevencie infekcie spôsobenej vírusom imunitnej nedostatočnosti človeka v Slovenskej republike číslo 5650/99-A zo dňa 01.12.1999, uverejnené vo vestníku Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republike v čiastke 6-9/2000.

http://www.hiv-aids.tym.sk/ (17.11.2014); Epidemiologická situácia infekcie HIV v SR. Štatistické spracovanie vývoja infekcie HIV/AIDS v SR s dôrazom na ochranu osobných údajov.

http://www.uvzsr.sk/docs/info/epida/Sprava_o_plneni_NPP_HIV_AIDS_2013.pdf (16.11.2014); Správa o plnení Národného programu prevencie HIV/AIDS v Slovenskej republike na roky 2013 – 2016 za rok 2013.

http://www.minv.sk/?statistika-kriminality-v-slovenskej-republike-xml(17.11.2014); Štatistika kriminality v Slovenskej republike.

http://www.pohlavne-choroby.eu/ (17.11.2014).

http://www.nczisk.sk/Documents/publikacie/2013/sp1404.pdf (17.11.2014).

SÚČASNÉ LIMITY NÚTENEJ DETENCIE[1]

Andrea ERDŐSOVÁ[2]

Fakulta práva, Paneurópska vysoká škola, Bratislava

Abstrakt

Téma nebezpečnosti duševne chorých pacientov je stále aktuálna medzi laickou i odbornou verejnosťou. Riešenia tohto problému poukazujú na potrebu skúmať jej viaceré medicínske, psychologické, ako aj právne aspekty. Tendenciu psychiatrie neizolovať duševne chorých a nepostupovať, ak je to možné, bez ich informovaného súhlasu musí reflektovať aj právna úprava v oblasti duševného zdravia, hoci čelí v súčasnosti potrebe chrániť a predchádzať možným tragickým následkom ich správania. Predsa ale nútená detencia musí ostať prostriedkom ultima ratio.

Kľúčové slová: *nútená detencia, duševná choroba, „test rizika ohrozenia“ proti testu „v najlepšom záujme“, informovaný súhlas*

Abstract

The issue of the dangerousness of mentally ill patients is still influental among the public as well as the doctrine. To try to resolve the problem shows on need to focus on various medical, psychological and legal points of view. The attitudes of psychiatry to menthal healthcare look towards not to treat these people outside of community and without their consent and this must be precised by menthal health laws too, even though we are faced by current requirement to protect and prevent the events possibly ended in tragedies. Nevertheless detention has to be applied as the ultima ratio measure.

Key words: *detention, mental illness, risk of harm test contra best interest test, the informed consent*

Je utorok 14.10.2014 7.30h. ráno, Žďár nad Sázavou, keď do budovy strednej školy popri tých, ktorí tam vstupujú pravidelne, vchádza asi 26 ročná žena, pôvodom z Ostravska, zamieša sa pri šatniach medzi žiakov, aby o pár minút neskôr vykonala hrozný čin. Drží v rukách nôž, napadne dievča, tomu na pomoc pribehne asi 16 ročný mladík a útočníčka obracia nôž proti nemu. Chlapec utrpí zranenia, ktorým krátko na to podľahne. Dve dievčatá sú zranené, ďalšia je v vážnom šoku a musia byť hospitalizované spoločne s policajtom, ktorý v rámci vyjednávania ponúkol seba na výmenu za študentku, ktorú držala útočníčka

[1]Tento príspevok vznikol vďaka podpore v rámci OP Výskum a vývoj pre dopytovo-orientovaný projekt: Univerzitný vedecký park Univerzity Komenského v Bratislave, ITMS 26240220086 spolufinancovaný zo zdrojov Európskeho fondu regionálneho rozvoja.

[2]Autorka je odbornou asistentkou na Ústave medzinárodného a európskeho práva Fakulty práva Paneurópskej vysokej školy v Bratislave, vo svojej akademickej a vedeckej činnosti sa zameriava na oblasť medzinárodného práva súkromného, mediálneho práva, medzinárodnej a európskej ochrany ľudských práv, medicínskeho práva, civilných a právno-etických aspektov ochrany osobnostných práv, ako aj na súdno-organizačné a judiciálne aspekty európskeho a vnútroštátneho práva

v rukojemníctve. Útočníčka žiada políciu, aby ju zastrelila a zisťuje sa, že ide o psychiatricky narušenú ženu, trpiacu schizofréniou**.** Len niekoľko dní po tragickej udalosti v Žďári nad Sázavou v rozhovore, ktorý poskytuje ministerka spravodlivosti Helena Válková je nastolená úvaha o vysoko pravdepodobnom pochybení Okresného súdu v Opave, ktorý zrejme nepostupoval dôkladne, keď rozhodol o prepustení obvinenej z ústavnej liečby do ambulantnej. Stalo sa tak vo februári 2014, len niečo vyše pol roka pred tragickou udalosťou. Vyvstáva z toho nesporne otázok viac, no najmä, či je právna úprava nútenej detencie, tak, ako má svoje legislatívne zázemie v Českej republike, dostatočne efektívna alebo je prípad jedným z viacerých zlyhaní orgánov činných v trestnom konaní, prípadne súdov, ktoré majú za úlohu pravidelne skúmať zdravotný stav osôb duševne chorých, držaných v detenčných ústavoch. Pre Slovenskú republiku sa tým otvárajú aj ďalšie otázky, či je v porovnaní s tým naša právna úprava dostatočná, aby takýmto prípadom predchádzala, a aké sú vlastne limity obmedzenia osobnej slobody ako ultima ratio zásahu do základných práv a slobôd a kde v tomto kolorite prípadu možno legitímne položiť otázku na dôvod neexistencie už v minulosti zvažovaných detenčných ústavov, ktoré napríklad v Českej republike pôsobia už dlhodobo.

Vývoj nútenej detencie je možné mapovať ešte od čias staroveku, kde boli mentálne chorí izolovaní od komunity, v stredoveku už začínali pribúdať špecializované zariadenia pre duševné poruchy podobné väzeniam, v skutočnosti ale začiatky terapeutického prístupu k duševne chorému siahajú približne do 18. st.

V 20. storočí prichádzajú dve podstatné zmeny, ktoré boli pre psychiatriu zásadnými medzníkmi. Jedným z nich bolo zavedenie biologického ponímania duševných porúch, druhým vypracovanie ich klasifikácie. Okrem toho sa psychiatria posunula do sféry exaktných vied. Približne od 60 rokoch 20 storočia dochádza vzhľadom na vzrastajúce počty pacientov tendencia k ich postupnej reintegrácii do komunity v snahe napomôcť začleneniu do spoločnosti.[3]

Pokiaľ išlo o spomínanú klasifikácia, tá nielenže zodpovedala požiadavkám exaktnosti, čo vyjadrovalo nový pohľad na psychiatriu, no pretrvala ako spôsob evidencie chorôb aj do súčasnosti, pravdaže s viacerými zmenami. Aktuálne však napriek potrebe reflektovať určitú presnú systematiku ochorení, vzniká komplikovanejšia situácia v ich orientácii. V psychiatrickej klasifikácii sú totiž dva popri sebe existujúce a používané klasifikačné systémy. Prvým z nich je klasifikačný systém Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) **Medzinárodná klasifikácia chorôb, desiata revíza** (MKCH-10), druhým je klasifikačný systém **Americkej psychiatrickej spoločnosti Diagnostický a štatistický manuál** (DSM). Doteraz je používaná verzia DSM-IV-TR (textová revízia), ale už je pripravená aj piata verzia. Odborníci pritom nie sú zajedno v tom, ako hodnotiť zmeny, ktoré klasifikácia prináša.[4]

Treba pripustiť, čo v jednom rozhovore zdôraznil aj Prof. MUDr. Cyril Hoschl, DrSc., známy český psychiater, že *počet chorôb stúpa ani nie tak preto, že je viac ľudí chorých, ako skôr ide o optický dojem, lebo je lepšia diagnostika, dostupnejšia starostlivosť, definovaný väčší okruh porúch, ide teda skôr o zmenu konceptualizácie*.[5]

Slovenská právna úprava pritom neobsahuje výpočet psychických chorôb, ktorých prítomnosť odvodňuje nútené zadržanie. Ani pojem „duševná porucha“ nie je v zákone pre

---

[3]Kimhi, R.-Barak, Y. et al.: *Police Attitudes Toward Mental Illness and Psychiatric Patients in Israel*, J Am Acad Psychiatry Law, Vol. 26, No. 4, 1988

[4] Pečeňák, J.: *Klasifikácia v psychiatrii. Bratislava*: Univerzita Komenského. 2014. 62 s., ISBN 978-80-223-662-8

[5]Höschl, C.: *Kto nerozumie svetu, verí konšpiráciám*, In: tlačená verzia denníka Sme z 13.12.2013, [cit. 11/17/2014], online:

<http://www.hoschl.cz/files/4876_cz_SME_Hoschl_2013.pdf>

účely nútenej hospitalizácie stanovený. Najkonkrétnejšiu úpravu má v tomto zmysle Bulharsko, ktoré definuje dokonca kokrétne poruchy, ktoré si vyžadujú nútenú detenciu.

Ak v tomto zmysle siahneme po inšpirácii doktrínou Európskeho súdu pre ľudské práva (ďalej aj ako „ESĽP“), potom nachádzame, že označenie „osoba duševne chorá“ (unsound mind person), analyzované v rozsudku **Winterwerp v. Holandsko.**[6] označuje „pojem, ktorý nemôže byť interpretovaný s konečnou platnosťou, pretože medicínska veda na poli psychiatrie je stále sa vyvíjajúcim odvetvím, no je zrejmé, že osobu nemožno pozbaviť slobody podľa článku 5 ods. 1 písm. e) Dohovoru len na základe správania, ktoré sa odlišuje od akýchsi noriem prevažujúcich v určitej spoločnosti.“ Pri určení, či je osoba duševne chorá treba preto vychádzať z vnútroštátneho práva, ktoré nemusí definovať všetky druhy duševných ochorení, ale malo by reflektovať stav poznatkov vedeckého vývoja v oblasti psychiatrie.

Štrasburský súd ustálil v citovanom rozhodnutí, že *pozbavenie slobody* musí byť v súlade s účelom obmedzení, ktoré pripúšťa článok 5 ods. 1 písm. e) Dohovoru a musí vchádzať z okolností prípadu. Ako prevenciu pred svojvoľným zásahom do slobody jednotlivca Súd považuje, aby boli splnené aspoň *tri podmienky*:

a) Rozhodnutiu o pozbavení slobody musí predchádzať objektívna lekárska expertíza, preukazujúca duševnú chorobu, iba ak by tu bola nutnosť bezodkladného konania

b) Povaha alebo stupeň duševnej choroby musí byť dostatočne vážny, aby vzhľadom na všetky okolnosti prípadu odôvodňoval nevyhnutnosť pozbavenia slobody. Súd judikoval aj v rozsudku **Varbanov v. Bulharsko**[7] že pokiaľ nebude možné zabezpečiť, aby sa dotknutá osoba dostavila na vyšetrenie, je treba obstarať aspoň vyjadrenie znalca na základe dostupnej zdravotnej dokumentácie

c) Duševná porucha, overená objektívnym lekárskym vyšetrením musí mať trvajúci charakter v čase izolácie jednotlivca a treba rešpektovať právo dotknutej osoby na pravidelné kontroly jej psychického stavu.

Aké sú však podmienky, na základe ktorých je možné nariadiť podľa vnútroštátneho práva nútenú detenciu, teda v prípade, ak liečbu nie je ochotná podstúpiť dobrovoľne?

Osobu, ktorá trpí duševnou chorobou je možné vziať aj proti jej vôli do ústavnej starostlivosti predovšetkým na základe **§ 6 ods. 9 písm. d) zákona č. 576/2004 Z.z.** o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon o zdravotnej starostlivosti“), ktorý pripúšťa, že sa informovaný súhlas nevyžaduje v prípade ambulantnej starostlivosti alebo ústavnej starostlivosti, ak ide o osobu, ktorá v dôsledku duševnej choroby alebo s príznakmi duševnej poruchy **ohrozuje seba alebo svoje okolie, alebo ak hrozí vážne zhoršenie jej zdravotného stavu.**

Nepochybne by nepostačovalo len obmedzenie osobnej slobody, nakoľko k nemu musí pribudnúť ďalší postup, ktorý už upravuje **§ 191a ods. 1 zákona č. 99/1963 Zb.** Občiansky súdny poriadok v platnom znení (ďalej len „OSP“) ukladajúci Ústavu vykonávajúcemu zdravotnícku starostlivosť (ďalej len "ústav"), v ktorom sú umiestňované osoby z dôvodov uvedených v osobitnom predpise povinnosť oznámiť do 24 hodín súdu, v ktorého obvode ústav je, prevzatie každého, kto v ňom bol umiestnený bez svojho písomného súhlasu.

Následne sa o každej takejto osobe začne konanie podľa § 191b a nasl. OSP, všeobecne známe ako **konanie o vyslovenie prípustnosti prevzatia do ústavu**. Esenciálnymi

[6] **Winterwerp v. Holandsko** z 24.10.1979, č. sťažnosti 6301/73

[7] **Varbanov v. Bulharsko** z 5.10.2000, č. sťažnosti 31365/96

podmienkami zákonnosti zadržania je existencia duševnej choroby pacienta, ktorá vyvoláva nebezpečné správanie, pričom medzi chorobou a nebezpečným konaním musí byť vzťah príčiny a následku. Je potrebné veľmi starostlivo dbať na skutočnosť, že samotná duševná choroba nie je per se dôvodom pre nútené zadržanie. Súd podľa ods. 3 § 191b OSP začne vykonávať dôkazy, či bolo takéto prevzatie zákonné, k čomu si obstará vyjadrenie chorého, ako aj ošetrujúceho lekára. Zákon tu hovorí o ošetrujúcom lekárovi, nejde teda ešte o osobu nezávislú od zdravotníckeho zariadenia alebo ústavu, ktorý prijal duševne chorého. Nasleduje lehota 5 dní, dokedy musí súd rozhodnúť a ak vysloví, že bolo prevzatie v súlade so zákonom, pokračuje v konaní o vyslovenie prípustnosti, ale tentoraz jeho ďalšieho držania v ústave. V tejto fáze konania sa však už nemôže uspokojiť len s tvrdením ošetrujúceho lekára, ale je povinný podľa § 191b ods.3 ustanoviť znalca, ktorým je lekár pracujúci mimo ústavu, kde je chorý umiestnený. Netreba pochybovať, že je to požiadavka na úplnú nezávislosť a nestrannosť v rozhodovaní o legitímnosti nútenej detencie. V rozsudku súdu podľa odseku 4, ktorý je nutné vyhlásiť v lehote do 3 mesiacov od výroku o prípustnosti prevzatia do ústavu, musí byť už presne uvedené, na akú dobu je ďalšie držanie prípustné.

Je nutné pripustiť, že právna úprava v jednotlivých štátoch môže mať rozličné kritériá nútenej detencie, ale ako generalizované podmienky ostávajú z aspektu duševnej choroby predovšetkým **potreba liečby a pravdepodobnosť sebapoškodzovania alebo ohrozenia iných osôb.** Takisto je možné zovšeobecňujúco tvrdiť, že sú to práve psychiatri, ktorí sú dožadovaní na potvrdenie legitímneho držania v detenčných ústavoch či na psychiatrických oddeleniach a nesporne je toto odborné hľadisko kľúčové, hoci o oprávnenosti detencie rozhoduje s konečnou platnosťou súd. Má pritom diskrečné oprávnenie posúdiť, či držanie v ústave je nevyhnutným prostriedkom, predsa ale ťažko by mohol svoje rozhodnutie oprieť výhradne o výsluch tejto osoby bez toho, aby sa nechal z hľadiska posúdenia závažnosti klinického stavu duševnej chorej osoby viesť expertným stanoviskom odborníka z oblasti psychiatrie. Zároveň je treba spoľahlivo preukázať, že je tu prítomná súčasne tak duševná porucha, ako aj nebezpečnosť osoby, čo býva praxi mimoriadne obtiažne.

Vyjadril sa k tomu aj Ústavný súd SR v náleze sp. zn. **I ÚS 79/93,** kde vyjadril názor, že **spôsob ohrozenia seba alebo svojho okolia musí byť dostatočne závažný, aby sa obmedzila osobná sloboda, ohrozenie pritom nemôže mať latentný charakter, resp. mať podobu potenciálneho prejavu, ktorý môže byť neskôr vyvolaný chorobou. Ohrozenie musí byť bezprostredné a aktuálne, len takýto stav nebezpečenstva vyvolaný duševnou chorobou je dôvodom na zadržanie pacienta**.

S tým súvisí aj ďalší právny problém, ktorý sa týka svojprávnosti duševne chorých, kde treba zdôrazniť, že duševná choroba neimplikuje automaticky dôvod na obmedzenie spôsobilosti na právne úkony, hoci pripusťme, neraz stavy nepríčetného jednania alebo stále prítomného ohrozenia seba či osôb blízkych indikujú takéto obmedzenia. Často sa ich dožadujú osoby blízke, hoci ich pohnútky môžu mať rozličnú motiváciu, ale ak dáme stranou niektoré špekulatívne snahy, je to pre rodinných príslušníkov neraz jediné riešenie, ako predísť napríklad nezodpovednému zmenšovaniu spoločného majetku jeho míňaním ako dôsledok duševnej choroby alebo rôznych druhov závislostí.

V tejto súvislosti pribudol do judikatúrneho portfólia ESĽP len nedávno rozsudok vo veci **Ivinović v. Chorvátsko**[8],v ktorom Súd konštatoval, že pokiaľ ide o obmedzenie spôsobilosti na právne úkony u osoby s duševnou poruchou, nie je možné ponechať štátu príliš široký priestor pre voľnú úvahu (tzv margin of appreciation). V prejednávanom prípade bola osobe obmedzená spôsobilosť na základe jedného znaleckého posudku dvoch psychiatrov. Ako zdôraznil ESĽP, je zrejmé, že znalcom v prípade je lekár, a nie právnik. Lekár sa zameriava na odborné východiská, no je práve úlohou súdu, aby vzal do úvahy

[8] **Ivinović v. Chorvátsko**, rozsudok z 18.09.2014, č. sťažnosti 13006/13

všetky fakty prípadu, ako aj protichodné záujmy, aby pokiaľ pristúpi k obmedzeniu spôsobilosti na právne úkony, bolo to opatrenie nevyhnutné, primerané a nebolo tak arbitrárne (ods. 38-40).

Na druhej strane je niekedy zvlášť zložité dokonca aj pre lekára- psychiatra predvídať v prípade duševných chorôb rozličné riziká, ktoré sprevádzajú klinický stav ochorenia, teda i.a. riziká sebaublíženia alebo ohrozenia iných osôb.[9] V roku 1983 sa uskutočnila jedna rozsiahla štúdia v USA na vzorke 4800 osôb, ktorí boli prijatí na psychiatrickú kliniku v USA. Štúdia sa zamerala na hľadanie kombinácie klinických a ďalších faktorov, ktoré bolo možné posúdiť, aby záverom vyústila do tvrdenia, že prakticky neexistujú žiadne jednotné metódy, ako zabrániť páchaniu samovrážd. Stojí za zmienku, že iné štúdie zase potvrdili dôkazy, že štatisticky vo veľkom počte dochádza k suicídiu (samovražde) alebo parasuicídiu (suiciciálny pokus, pri ktorom nie je úmysel zomrieť) paradoxne práve v období klinického obrazu nízkeho rizika sebapoškodzovania. Percentuálne je podľa viacerých štúdií oveľa častejšou príčinou násilných a automutilačných (sebapoškodzujúcich) konaní závislosť a jej rôzne druhy, než samotná duševná choroba. [10]

Podľa výskumu Mac Arthur rizikovosti násilných sklonov pacienta (tzv. risk assessment) v roku 2002, sú niektoré duševné choroby, medzi nimi aj schizofrénia, sprevádzané oveľa menším potenciálom násilného konania, než je to pri poruchách osobnosti alebo poruchách správania. Tie bývajú spravidla rozlíšiteľné od mentálnych ochorení, pretože zatiaľ čo poruchy osobnosti sú založené na istých vzoroch správania a spadajú do pracovného záberu psychológa, duševné choroby sú prejavom oslabenia či poškodenia mysle alebo duševného stavu, takže sú parketou psychiatrie ako odvetvia medicíny. [11]

V rámci pozitívnych opatrení, ktoré skúma v rámci svojho kontrolného dohľadu ESĽP pri rozhodovaní o zákonnosti nútenej detencie, stanovuje povinnosť lekára posúdiť tieto riziká násilných sklonov a následne úlohou súdu, aby všetky faktory vyhodnotil vo vzájomných súvislostiach. V rozhodnutí **Storck v. Nemecko**[12] Súd zdôraznil že v konkrétnom prípade musí podľa nemeckého práva rozhodnúť o umiestnení na psychiatrickú kliniku sudca, ak dotknutá osoba nedala alebo nemohla dať súhlas s jej internovaním. Zodpovedné osoby na klinike napriek skutočnosti, že sťažovateľka nesúhlasila so svojim pobytom v tomto zariadení, predmetné rozhodnutie súdu **nezískali a nebolo ani objektívne preukázané, že sťažovateľka predstavovala vážne ohrozenie bezpečnosti a verejného poriadku** v spoločnosti. Štát teda nesplnil svoj pozitívny záväzok viesť dohľad nad zákonnosťou pozbavenia slobody. Ak tu takéto rozhodnutie súdu absentuje, je treba osobu z nútenej detencie okamžite prepustiť.

Z toho teda vyplýva, že žiadne zbavenie slobody osoby považovanej za duševne chorú nemôže byť považované za zlučiteľné s čl. 5 ods. 1 písm. e) Dohovoru, pokiaľ o ňom nebolo rozhodnuté bez toho, aby bol vyžiadaný **posudok odborného lekára *(médecin expert)***. Nevyžaduje sa, aby išlo nevyhnutne o posudok súdneho znalca v danom odbore, postačí vyjadrenie lekára, ktorý je špecialista v danom odbore.[13]

To, že je nútená detencia nevyhnutným zásahom do osobnej slobody jednotlivca ešte nezbavuje osobu nedobrovoľne zadržiavanú iných práv, ktoré musí zdravotnícky personál dodržiavať, predovšetkým musí byť garantovaná ľudská dôstojnosť.

---

[9] jedným z ultimatívnym cieľov zadržania ako obmedzenia osobnej slobody je ochrana práv iných, teda pokiaľ predstavuje táto osoba nebezpečenstvo pre verejnosť, ale okrem toho nútená detencia pokrýva aj prípady, ak ide o ochranu záujmov dotknutých osôb, ich zdravia, ich bezpečnosti ap. (**Sabeva v. Bulharsko** z 10.6.2010, č. sťažnosti 44290/07).

[10] McSherry, B.: *Time to rethink menthal health laws for treatment without consent*. In: The Conversation, Academic rigour, journalistic flair, publ. 10/4/2012, [cit. 16/11/2014], online: <http://theconversation.com/time-to-rethink-mental-health-laws-for-treatment-without-consent-9302>

[11] Ibid.

[12] **Storck v. Nemecko** zo 16.6.2005, č. sťažnosti 61603/00

[13] i.a. **Trajče Stojanovski v. Macedónsko**, rozsudok z 22.10.2009, č. sťažnosti 1431/03

V rozsudku **Bureš v. Česká republika**[14], Súd konštatoval, že pacient psychiatrickej liečebne v Brne bol podrobený neľudskému a ponižujúcemu zaobchádzaniu, ktoré malo nastať celkovým jednaním s ním, násilným pripútaním na lôžko, hoci nejavil známky agresivity po tom, čo bol prevezený na záchytné oddelenie, pretože ako duševne chorý omylom požil väčšiu dávku utlmujúcich liekov a keď potom išiel do večierky nakúpiť v spodnom prádle, polícia ho omylom považovala za opitého.

Európsky súd pre ľudské práva pritom starostlivo skúma aj ďalšie okolnosti nútenej detencie, a to tak miesto, kde sa vykonáva, ako aj nevyhnutnú dĺžku trvania, pričom ak odpadnú dôvody hospitalizácie, čo sa zisťuje pravidelným prieskumom, alebo uplynie čas, na ktorý bola súdom určená, je nutné osobu okamžite prepustiť.

V rozsudku **Ashingdane v. Spojené kráľovstvo**[15], Súd ustanovil všeobecné pravidlo, podľa ktorého „(...) u duševnej choroby musí sa pozbavenie slobody uskutočniť v nemocnici, na klinike alebo v inom vhodnom zariadení určenom na izoláciu takýchto osôb."

Nevyhnutnosť určitého trvalého psychiatrického dohľadu však sama o sebe ešte neospravedlňuje, aby bola táto osoba stále zbavená slobody.[16]

Na druhej strane, ak je to dôvodné, nie je ani **mimoriadne dlho trvajúce zbavenie slobody** osoby duševne chorej možné považovať za svojvoľné, zvlášť ak je opodstatnenosť držania v takomto zariadení podrobovaná periodickému prieskumu. (**Puttrus v. Nemecko)**[17], v ktorom tiež Súd zdôraznil, že štáty požívajú mieru uváženia v tom, aký duševné choroby a aký klinický obraz ochorenia zahrnú pod dôvody nútenej detencie.

Naviac, zbavenie slobody je tak závažným opatrením, že môže byť ospravedlnené iba vtedy, ak boli iné, menej prísne opatrenia zvážené a vyhodnotené ako nedostatočné k ochrane osobnej slobody alebo verejného záujmu, ktorý si vyžaduje zadržanie. Musí byť preukázané, že zbavenie slobody dotyčného bolo vzhľadom k okolnostiam prípadu **nevyhnutné.**[18]

V poslednom uvádzanom prípade bolo dokonca zdôraznené, že ak osoba prejavuje násilné sklony, alebo je to naliehavé vzhľadom na iné okolnosti, Súd pripúšťa, aby bolo **vyjadrenie lekára získané ihneď po zadržaní**, a nie teda vopred, ako vo všetkých ostatných prípadoch. Takisto je nevyhnutné, aby bola nútená detencia spájaná výhradne s duševnou chorobou a bolo preukázané, že išlo o nedobrovoľné podrobenie sa vyšetreniu v nemocnici. V opačnom prípade, tak ako to bolo aj u sťažovateľa, hoci aj 14 dní trvajúca nútená detencia je v rozpore s článkom 5 ods. 1 písm. e) Dohovoru.[19]

Pokiaľ ide o vcelku zásadnú otázku, totiž či a akým spôsobom je možné mentálne chorých pacientov liečiť a najmä s akým úspechom, musí odpoveď vychádzať z celého radu kritérií.

Psychiatria čelí v súčasnosti jednej zásadnej dileme, ktorá má svoje korene v 19. a 20 st., v ktorom sa etabloval názor, že problémy duševného zdravia možno chápať cez biomedicínske idiómy, že pocity, myšlienky, správanie, medziľudské vzťahy môžu byť vedno podrobené epistemiológii rovnocennej a rovnako technicky exaktnej, ako je tomu pri medicíne tkanív. Ide vlastne o použitie kauzálnej súvzťažnosti na rozdiel od kontextu rozličných faktorov a tomu zodpovedá potom aj liečebná terapia zameraná na špecifické syndrómy alebo symptómy. Existujú viaceré názory, v referencii na jeden z mnohých je nutné potvrdiť, že medicína v oblasti psychiatrie nemôže pracovať len s parametrami dôkazov (tzv.

---

[14] **Bureš v. Česká republika** z 18.10.2012, č. sťažnosti 37679/08

[15] **Ashingdane v. Spojené kráľovstvo** z 28.5.1985, č. sťažnosti 8225/78

[16]**Ibid pozn. č. 13**

[17] **Puttrus v. Nemecko,** rozhodnutie z 24.3.2009, č. sťažnosti 1241/06

[18] **Sabeva v. Bulharsko** z 10.6.2010, č. sťažnosti 44290/07; **C.B. v. Rumunsko** z 20.4.2010, č. sťažnosti 21207/03

[19] **Ibid.**

evidence-based practise), pretože výskumy dokazujú, že zmyslom je predovšetkým terapia zameraná na schopnosť sebaúcty a získanie vnútorného stavu kontroly, a to zahŕňa sociálne, kultúrne a psychologické dimenzie.[20]

V súčasnosti je zdôrazňovaná najmä snaha o posilnenie dobrovoľnosti, ak je len trochu možná, aby si duševne choré osoby s podporou lekára-psychiatra dokázali sami či už medikamentózne alebo iným spôsobom pomôcť a mali nad svojim konaním kontrolu vychádzajúcu z ich rovnoprávneho postavenia vo vzťahu k druhým. Ide predovšetkým o stanovenie veľmi tenkých hraníc, ktoré v ostatnom období determinovala zmena právnej formulácie ako trend súčasných právnych úprav, smerujúcich od „kritéria rizika poškodenia" (risk of harm criteria) smerom k podrobeniu sa liečbe „v najlepšom záujme" (the best interest). Niektorí kritici dôvodia, že v krajinách, ktoré majú v legislatíve zaužívané spojenie „v najlepšom záujme" v praxi podrobujú nedobrovoľne osoby liečbe na základe tzv. objektívnych štandardov, ktoré práve naopak pripúšťajú veľmi subjektívnu interpretáciu, čím dochádza k aplikácii príliš paternalistických metód. (time to rethink..) V našej právnej úprave dochádza k súvzťažnej formulácii, tak potrebe liečby, ako aj pravdepodobnosti sebapoškodzovania alebo ohrozenia iných osôb. V doktríne rezonuje aj tu riziko, že síce„ (...) oba motívy sú vzájomne prepojené, prioritu má mať ale ochrana spoločnosti pred nebezpečným správaním pacienta. Ide o to, že prevalencia liečebného dôvodu (the best interest) by mohla zasahovať do práva na súkromie pacienta."[21]

Ak sa bližšie pozrieme na psychiatrické metódy liečby duševných chorôb, narazíme na mnohé kazuistiky intervencií v prípade agresívnych pacientov, ktoré vo veľkom počte prípadov poukazujú na dôsledky nadmernej medikamentóznej pacifikácie a vôbec nesprávneho farmakologického režimu. Medzi príčinami náhlych úmrtí nedobrovoľne hospitalizovaných psychiatrických pacientov bývajú spomínané napríklad náhle srdečné kolapsy, ale aj iné iatrogénne pôsobenie najmä pri dlhodobej liečbe „vážnych duševných ochorení", medzi ktoré patria najmä schizofrénia a bipolárna porucha, či známa tiež ako tzv. bipolárna afektívna porucha alebo maniodepresivita.[22] Na druhej strane, vývoj pokročil a tzv. psychofarmaká druhej generácie sú dnes pri mnohých ochoreniach podávané ako relatívne dobre tolerované. Podávajú sa aj ako depotné dávky, ktoré majú predĺžený účinok po požití, takže aj na niekoľko týždňov dokážu udržať pacienta v stabilizovanom duševnom stave.

Smerom na teritórium práva stretávame sa zase s názormi, že pokiaľ nemáme osobitnú legislatívu, ktorá by nútila k povinnej liečbe napríklad diabetikov alebo epileptikov, prečo musí jestvovať a byť vynucovaná právna úprava, zahŕňajúca povinné opatrenia ,vrátane liečby alebo nútenej detencie u duševne chorých, zvlášť, ak je mentálne zdravie per se rizikom pre spoločnosť len v malom percente prípadov. V opačnom garde ale zatiaľ čo u diabetika dochádza kauzálne k riziku ohrozenia svojho života, pri niektorých duševných chorobách môže byť to nebezpečenstvo obrátené proti iným, napokon aj proti sebe samému, a už len prostý potenciál takejto hrozby musí právny systém reflektovať vo všeobecnej prevenčnej povinnosti, ktorú tieto právne normy vyjadrujú. Hoci sa rozhodne nepodarí eliminovať tragické udalosti úplne, je treba ich minimalizovať.

V neposlednom rade je tu aj problém technický, ktorým je na území SR absencia detenčných ústavov. Citujeme názor, že „Pri vyšetrovaní vrážd a iných závažných incidentov (...), štandardné psychiatrické zariadenia nie sú v súčasnosti schopné úplne zvládnuť psychicky chorých pacientov s problémovým správaním. Príčinou je (...) deficit špecializovaných lôžok, (...nedostatočná výmena informácií medzi členmi terapeutického

[20] Bracken, P.-Thomas, P. et al.:*Psychiatry beyond the curent paradigm*, The British Journal of Psychiatry (2012), 201, pp. 430-434

[21] **I ÚS 193/2013**

[22] i.a. Nábělek, L.-Vongrej, J.: *Vražda na psychiatrii*. In: Psychiatria pre prax. 2009; 10 (6); tiež Psychiatry beyond the curent paradigm, The British Journal of Psychiatry (2012), 201, p. 432

tímu a ďalšími dôležitými osobami (vrátane príbuzných), (...), ako aj nízky počet primerane vyškolených pracovníkov...“[23]

Doterajšie snahy o zriadenie detenčného ústavu na Slovensku však dlhodobo zlyhávajú a nemožno v dohľadnom čase očakávať nejakú zmenu.[24]

Žďárska tragédia nabáda uvažovať aj nad efektivitou systému starostlivosti o duševne choré osoby. Nie je totiž reálne, aby sme siahali na slobodu a držali v ústavoch pacientov s duševnou chorobou dlhodobo, dokonca ad absurdum -pri nevyliečiteľných chorobách -po celý život. Na druhej strane je táto možnosť pre blízke osoby duševne chorého často jediným spôsobom, ako sa ubrániť dôsledkom, hoci len na čas, zhoršenia zdravotného stavu, čo orgány činné v trestnom konaní, ako aj súdy v mnohých prípadoch konania o prípustnosti prevzatia a držania v ústave, prehliadajú.

Vo všeobecnej rovine je jedným, podľa nás veľmi vhodným návrhom opatrenie, ktoré má za cieľ zriadiť komunitné mobilné tímy a služby, ktoré dokážu poskytovať komplexnú starostlivosť pre ľudí, ktorí nie sú hospitalizovaní. Podstatou sú školené psychiatrické sestry a špeciálni pracovníci, ktorí majú vytipovaných komplikovaných pacientov, s ktorými udržujú aktívny kontakt, garantujú podávanie farmaceutík, pričom je to cielené najmä na jednotlivcov, ktorí boli prepustení z ústavu.[25]

Napokon to by bol teoreticky prípad aj 26 ročnej ženy zo Žďáru, ktorá bola prepustená pol roka pred tragédiou a navyše sa o takýto čin v minulosti už pokúsila.

Záverom; spôsobov zefektívnenia starostlivosti je dozaista viac, ale nútená detencia musí zostať v limitoch ultima ratio.

E-mail kontakt na autorku: andrea.erdosova@gmail.com

Použitá literatúra :

1. Těšinová, J.-Žďárek, R.-Policar, R.: *Medicínske právo*. 1. vydání. Praha: C.H.Beck, 2011, 448 s. ISBN 978-80-7400-050-8
2. Reid, K.: *A Practitioner´s Guide to the European Convention on Human Rights*, 4th ed.Sweet &Maxwell. 2011.,915 p., ISBN 9780414042421
3. Strážnická, V.-Erdősová, A. et al.: *Medzinárodná a európska ochrana ľudských práv*. 1 vydanie. Žilina: Eurokódex. 2013, 551 s., ISBN 978-80-89447-95-4
4. Kimhi, R.-Barak, Y. et al.: *Police Attitudes Toward Mental Illness and Psychiatric Patients in Israel*, J Am Acad Psychiatry Law, Vol. 26, No. 4, 1988
5. Pečeňák, J.: *Klasifikácia v psychiatrii. Bratislava*: Univerzita Komenského. 2014. 62 s., ISBN 978-80-223-662-8
6. Höschl, C.: *Kto nerozumie svetu, verí konšpiráciám*, In: tlačená verzia denníka Sme z 13.12.2013, [cit. 11/17/2014], online: <http://www.hoschl.cz/files/4876_cz_SME_Hoschl_2013.pdf>
7. McSherry, B.: *Time to rethink menthal health laws for treatment without consent*. In: The Conversation, Academic rigour, journalistic flair, publ. 10/4/2012, [cit.

[23] Nábělek, L.-Vongrej, J.: Vražda na psychiatrii. In: Psychiatria pre prax. 2009

[24]TASR: *Detenčný ústav tak skoro stáť nebude*, uverejnené 15.08.2012, [cit. 11/17/2014], online: http://www.teraz.sk/slovensko/detencny-ustav-tak-skoro-stat-nebud/19137-clanok.html

[25]autor neznámy: *Ředitel psychiatrie vymýšlel opatření proti opakování se tragédie ve Žďáru*, In: www.parlamentní listy.cz, uverejnené 15.10.2014, [citované 11/16/2014], online: <http://www.parlamentnilisty.cz/arena/monitor/Reditel-psychiatrie-vymyslel-opatreni-proti-opakovani-se-tragedie-ve-Zdaru-341767>

16/11/2014], online: <http://theconversation.com/time-to-rethink-mental-health-laws-for-treatment-without-consent-9302>
8. Bracken, P.-Thomas, P. et al.:*Psychiatry beyond the curent paradigm*, The British Journal of Psychiatry (2012), 201, pp. 430-434
9. Nábělek, L.-Vongrej, J.: *Vražda na psychiatrii*. In: Psychiatria pre prax. 2009; 10 (6)
10. TASR: *Detenčný ústav tak skoro stáť nebude*, uverejnené 15.08.2012, [cit. 11/17/2014], online: <http://www.teraz.sk/slovensko/detencny-ustav-tak-skoro-stat-nebud/19137-clanok.html>

- **I ÚS 193/2013**
- **Winterwerp v. Holandsko** z 24.10.1979, č. sťažnosti 6301/73
- **Varbanov v. Bulharsko** z 5.10.2000, č. sťažnosti 31365/96
- **Ivinović v. Chorvátsko**, rozsudok z 18.09.2014, č. sťažnosti 13006/13
- **Sabeva v. Bulharsko** z 10.6.2010, č. sťažnosti 44290/07
- **Storck v. Nemecko** zo 16.6.2005, č. sťažnosti 61603/00
- **Trajče Stojanovski v. Macedónsko**, rozsudok z 22.10.2009, č. sťažnosti 1431/03
- **Bureš v. Česká republika** z 18.10.2012, č. sťažnosti 37679/08
- **Ashingdane v. Spojené kráľovstvo** z 28.5.1985, č. sťažnosti 8225/78
- **Puttrus v. Nemecko,** rozhodnutie z 24.3.2009, č. sťažnosti 1241/06
- **C.B. v. Rumunsko** z 20.4.2010, č. sťažnosti 21207/03

Tento článok vznikol vďaka podpore v rámci OP Výskum a vývoj pre dopytovo-orientovaný projekt: Univerzitný vedecký park Univerzity Komenského v Bratislave, ITMS 26240220086 spolufinancovaný zo zdrojov Európskeho fondu regionálneho rozvoja.

Podporujeme výskumné aktivity na Slovensku/

Projekt je spolufinancovaný zo zdrojov EÚ

MINISTERSTVO ŠKOLSTVA, VEDY, VÝSKUMU A ŠPORTU SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Európska únia
Európsky fond regionálneho rozvoja

This contribution/publication is the result of the project implementation: Comenius University in Bratislava Science Park supported by the Research and Development Operational Programme funded by the ERDF

Grant number : ITMS 26240220086.

Podporujeme výskumné aktivity na Slovensku/

Projekt je spolufinancovaný zo zdrojov EÚ

MINISTERSTVO ŠKOLSTVA, VEDY, VÝSKUMU A ŠPORTU SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Európska únia
Európsky fond regionálneho rozvoja

OSOBITOSTI VEREJNÉHO OBSTARÁVANIA V ZDRAVOTNÍCTVE[1]

Juraj TKÁČ

Právnická fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave

Abstrakt

Napriek skutočnosti, že právna úprava postupov verejného obstarávania neupravuje osobitne režim obstarávania v zdravotníctve, z pohľadu charakteru zákaziek, ktoré sa v tomto sektore vyskytujú je možné abstrahovať určité špecifické črty zákaziek v zdravotníctve, ktoré sa v iných segmentoch nevyskytujú. Tieto špecifiká sa prejavujú v tom, že pri určitých druhoch zákaziek v zdravotníctve nie je povinnosť tieto zákazky obstarávať, resp. pri iných druhoch v zdravotníctve existuje možnosť využitia tzv. nesúťažných metód a postupov verejného obstarávania. V súvislosti s pripravovanou novou úpravou verejného obstarávania, z dôvodu transponovania nových smerníc do právneho poriadku SR je v kontexte znenia smerníc pravdepodobné, že v právnej úprave zadávania zákaziek v zdravotníctve nedôjde k zmene a teda naďalej nebude existovať osobitná úprava obstarávania v zdravotníctve.

Kľúčové slová: *verejné obstarávanie, zdravotníctvo, inovatívne partnerstvo, výskum a vývoj, smernice o verejnom obstarávaní*

Abstract

Despite the fact that the rules of procurement procedures in health care are not governed by specific procurement regime, in terms of the nature of the contracts that exist in this sector, it is possible to abstract some specific features of contracts in health care, which are not present in other segments. These specifications are reflected in the fact that for certain types of contracts in health care, it is not obligatory to follow the procurement procedure, or it is possible for certain types of health care contracts to use the so-called noncompetitive methods of procurement procedures. While preparing for a new legislation governing public procurement due to the transposition of the Directives into the Slovak law, in the context of the wording of the Directives, it is likely that the new legislation will not bring a change for health care and therefore the health care will not be governed by a special procurement procedure.

Keywords: *public procurement, health, innovative partnerships, research and development, public procurement directives*

[1] Tento článok vznikol vďaka podpore v rámci OP Výskum a vývoj pre dopytovo-orientovaný projekt: Univerzitný vedecký park Univerzity Komenského v Bratislave, ITMS 26240220086 spolufinancovaný zo zdrojov Európskeho fondu regionálneho rozvoja.

1 VŠEOBECNÁ CHARAKTERISTIKA VEREJNÉHO OBSTARÁVANIA V ZDRAVOTNÍCTVE

Nielen na Slovensku, jednotlivé segmenty v oblasti verejného obstarávania (zdravotníctvo, stavebníctvo, IT sféra) majú snahu normatívne regulovať osobitosti príslušného segmentu verejného obstarávania. Nielen slovenský, ale aj európsky normotvorca doposiaľ týmto tlakom odoláva. Z uvedeného dôvodu tak teda existuje výlučne generálna právna úprava verejného obstarávania (a to tak na európskej ako aj národnej úrovni), pričom osobitosti príslušného segmentu verejného obstarávania je možné vyvodiť tak z postavenia príslušného subjektu ako povinného subjektu ako aj z osobitostí charakteru príslušných druhov zákaziek

1.1 Postavenie subjektov pôsobiacich v zdravotníctve ako subjektov povinných postupovať postupmi verejného obstarávania

Zákonodarca preferuje určité subjekty, resp. preferuje určité druhy činností, pri výkone ktorých zákonodarca zakotvuje povinnosť až dosiahnutím vyššej hranice hodnoty zákazky existuje povinnosť postupovať podľa predpisov verejného obstarávania. Ide o tzv. sektorových obstarávateľov, teda subjekty, ktoré len pri výkone určitých činností majú povinnosť postupovať postupmi verejného obstarávania a inak vo všeobecnosti túto povinnosť nemajú. Ide napr. o letiská, subjekty pôsobiace v energetike, vodného hospodárstva, dopravy, poštových služieb, ťažby ropy a pod., pričom však podmienkou je, aby tieto subjekty boli priamo alebo nepriamo väčšinovo vlastnené verejným obstarávateľom , resp. tieto subjekty vykonávajú činnosti na základe osobitných práv alebo výlučných práv. Zákonodarca v kontexte vymedzenia sektorových obstarávateľov zakotvených v smernici 2004/17/ES z 31. marca 2004 o koordinácii postupov obstarávania subjektov pôsobiacich v odvetviach vodného hospodárstva, energetiky, dopravy a poštových služieb nezahŕňa subjekty pôsobiace v zdravotníctve pod tieto „privilegované“ subjekty sektorových obstarávateľov. V súvislosti so znením novo prijatej smernice 2014/25/EÚ2011 z 26. februára 2014 o obstarávaní vykonávanom subjektmi pôsobiacimi v odvetviach vodného hospodárstva, energetiky, dopravy a poštových služieb a o zrušení smernice 2004/17/ES, ktorá taktiež nepreferuje subjekty v zdravotníctve ako sektorových obstarávateľov je možné vyvodiť dôvodný predpoklad, že národný zákonodarca subjekty v zdravotníctve nezaradí medzi tzv. sektorových obstarávateľov.

Druhou kategóriou subjektov povinných postupovať podľa postupov a metód verejného obstarávania sú tzv. verejní obstarávatelia. Ide o subjekty, ktoré majú povinnosť podriadiť sa predpisom verejného obstarávania vždy. Personálny znak týchto subjektov je vymedzený v § 6 zákona o verejnom obstarávaní. Ide o Slovenskú republiku, obce, vyššie územné celky , združenia právnických osôb , pričom aspoň jedným z účastníkov tohto združenia sú predchádzajúce subjekty, a právnická osoba v ktorej predchádzajúce subjekty vykonávajú priamu alebo nepriamu kontrolu, resp. tieto subjekty financujú a kontrolujú takýto subjekt a tento subjekt je zriadený na osobitný účel plnenia potrieb všeobecného záujmu, ktoré nemajú priemyselný alebo obchodný charakter. Z pohľadu subjektov pôsobiacich v zdravotníctve sa za verejného obstarávateľa považuje Ministerstvo zdravotníctva SR, univerzitné nemocnice, nemocnice v pôsobnosti kraja, ale aj jednotlivé vedecko výskumné zariadenia SAV, a iné. Subjekt, ktorý napĺňa definičný znak verejného obstarávateľa má povinnosť vždy v každom prípade postupovať v súlade s predpismi verejného obstarávania. Výnimkou je charakter zákazky, ktorá nepodlieha režimu verejného obstarávania (§1 ZVO). V takomto prípade môže verejný obstarávateľ uzavrieť príslušnú priamo, bez využitia postupov verejného obstarávania.

Treťou kategóriou subjektov povinných podľa postupov a metód verejného obstarávania sú tzv. dotovaní verejní obstarávatelia (§ 7 ZVO). Ide o súkromnoprávne subjekty, ktorým však boli poskytnuté verejné zdroje (a to či už vo forme dotácie z verejných zdrojov, vo forme príspevkov zo štrukturálnych resp. iných fondov – napr. nórske fondy, resp. iných príspevkov z verejných zdrojov). Tieto súkromné subjekty sú povinné pri realizácií predmetu projektu, na ktorý im boli verejné zdroje poskytnuté postupovať v zmysle predpisov verejného obstarávania. Poskytnutím jednorázového (resp. aj opakovaného) príspevku z verejných zdrojov) však tomuto súkromnému subjektu nevzniká povinnosť pri realizácií iných plnením ktoré sú financované výlučne z vlastných zdrojov súkromného subjektu, postupovať režimom verejného obstarávania. Pod režim tzv. dotovaných verejných obstarávateľov v praxi patria súkromní lekári, súkromné zdravotnícke zariadenia a pod.

V kontexte postavenia jednotlivých subjektov v zdravotníctve v oblasti predpisov verejného obstarávania, v zmysle novo prijatých predpisov o verejnom obstarávaní na komunitárnej úrovni (Smernica 2014/25/EÚ2011 z 26. februára 2014 o obstarávaní vykonávanom subjektmi pôsobiacimi v odvetviach vodného hospodárstva, energetiky, dopravy a poštových služieb a o zrušení smernice 2004/17/ES, Smernica 2014/24/EÚ2011 z 26. februára 2014 o verejnom obstarávaní a o zrušení smernice 2004/18/ES a smernice 2014/23/EÚ2011 z 26. februára 2014 o udeľovaní koncesií) je možné vyvodiť záver, že novo pripravovaný zákon o verejnom obstarávaní nebude špeciálne kategorizovať subjekty pôsobiace v zdravotníctve a naďalej ich postavenie bude vyplývať z generálnej právnej úpravy verejného obstarávateľa, obstarávateľa a tzv. dotovaného verejného obstarávateľa.

1.2 Jednotlivé druhy zákaziek v zdravotníctve

Z pohľadu charakteru jednotlivých zákaziek v zdravotníctve, je ich možné rozdeliť do 3 základných kategórií:

- *Operatívne druhy zákaziek*: v prípade týchto zákaziek subjekty v zdravotníctve zabezpečujú realizáciu základných potrieb pre zabezpečenie fungovania príslušného zdravotníckeho subjektu. Ide napr. o nákup liekov, zdravotníckych potrieb a pomôcok, chemikálií, upratovacie služby a pod.
- *Investičné projekty* – výstavba nových pavilónov, nákup prístrojového vybavenia a pod.
- *Projekty vedy a výskumu* – obdobne ako v prípade investičných projektov ide o o projekty výstavby zdravotníckych priestorov a nákupov prístrojového vybavenia, avšak na rozdiel od investičných projektov, tieto zákazky neslúžia primárne na zabezpečenie zdravotníckych činností, ale ich účelom je zabezpečenie vedy a výskumu v zdravotníctve. Odlíšenie týchto dvoch kategórií zákaziek je potrebné v kontexte režimu jednotlivých zákaziek (viď bod 1.3)

Základné rozdelenie okruhov obstarávania v nemocniciach v rokoch 2009 – 2012:[2]

Obstarávané položky	Objem v EUR	Podiel na celkovom objeme	Počet dodávateľov
Zdravotnícke vybavenie, farmaceutický materiál a výrobky osobnej starostlivosti	551 423 764	66,7%	151
Stavebné práce	193 302 688	23,4%	18
Architektonické, stavebné, inžinierske a inšpekčné služby	13 560 041	1,6%	11
Potraviny, nápoje	10 347 938	1,3%	51
Energie	8 385 267	1,0%	11
Ostatné	50 072 959	6,1%	N/A
Spolu	827 092 658	100%	319

(Nielen) veľké zákazky v programovom období 2007 až 2013 boli v oblasti zdravotníctva financované z prostriedkov Európskej únie z nasledovných operačných programov:

- *Operačný program Zdravotníctvo*: Druhy projektov: Výstavba, rekonštrukcia a modernizácia špecializovaných nemocníc, Výstavba, rekonštrukcia a modernizácia všeobecných nemocníc, Rekonštrukcia a modernizácia zariadení ambulantnej zdravotnej starostlivosti, Obnova a modernizácia zdravotníckej techniky – Finančný príspevok ES 250 mil. EUR, čerpanie 88, 25 %,
- *Operačný program Výskum a vývoj*: Druhy projektov: Obnova a budovanie technickej infraštruktúry výskumu a vývoja, Podpora sietí excelentných pracovísk výskumu a vývoja ako pilierov rozvoja regiónu a podpora nadregionálnej spolupráce, Prenos poznatkov a technológií získaných výskumom a vývojom do praxe, Finančný príspevok ES 1,2 miliardy EUR, čerpanie 56, 5 %.

1.3 Osobitosti a režim zákaziek v zdravotníctve

Obdobne ako v prípade subjektov povinných postupovať podľa režimu verejného obstarávania , ani v prípade charakteru zákaziek v zdravotníctve normotvorca (a to tak na európskej ako ani na národnej úrovni) nedefinuje špeciálny režim zákaziek v oblasti zdravotníctva. Na druhej strane však napriek generálnej úprave charakteru zákaziek, je možné vyvodiť osobitosti zákaziek v zdravotníctve.

V kontexte charakteru jednotlivých druhov zákaziek v zdravotníctve je možné vyvodiť pri týchto zákazkách určité osobitosti:

- *Nákup potravín* – aj keď pôvodným úmyslom zákonodarcu bolo uľahčenie nákupu potravín ako tovaru pre zariadenia školských jedální, nakoľko zákonodarca však neobmedzil osobitný režim nákupu potravín len na tieto subjekty, vzťahuje sa tento režim na všetky povinné subjekty, ktoré sa musia podriadiť režimu verejného obstarávania. Z pohľadu § 4 ZVO je zjednodušený postup nákupu potravín v prípade ak celková hodnota zákazky dodania potravín nedosiahne úroveň 40.000 EUR bez DPH. V takomto prípade môže zdravotnícke zariadenie nakupovať potraviny zjednodušeným postupom podľa § 9 ods. 9 ZVO jednoduchým prieskumom trhu.

[2] Zdroj: Analýza verejného obstarávania nemocníc v rokoch 2009-2012: Intenzita súťaže v tendroch je nízka, Ineko, Transparency International Slovensko, August 2012

V zdravotníctve však najmä pri veľkých zdravotníckych zariadeniach celkový (ročný) objem objednaných potravín niekoľko násobne presahuje túto hranicu. Niektoré veľké zdravotnícke zariadenia za účelom eliminácie potreby nákupu potravín, resp. vyriešenia otázky starostlivosti o zariadenia hromadného stravovania presúvajú riziko zabezpečenia stravovania v zdravotníckych zariadeniach na súkromné subjekty vo forme koncesií na poskytnutie služieb hromadného stravovania. V prípade koncesií je režim uzavretia zmluvy so súkromným subjektom (koncesionárom) regulovaný predpismi o verejného obstarávania len v prípade ak celková hodnota zákazky presiahne sumu 5 miliónov EUR. V prípade ak hodnota koncesie nedosiahne túto úroveň, aplikuje sa na výber partnera súťažná metóda zakotvená v Obchodnom zákonníku – obchodná verejná súťaž.

- *Zákazky výskumu a vývoja* – z pohľadu charakteru zákaziek v zdravotníctve, niektoré druhy zákaziek vykazujú znaky zákaziek vedy a výskumu. Ide o zákazky, kedy subjekt pôsobiaci v zdravotníctve má na poskytnutie zdravotníckej starostlivosti v pláne využiť poznatky vedy a výskumu, resp. v prípade ak priamo proces výskumu a vývoja sa realizuje počas poskytovania zdravotnej starostlivosti. Zákonodarca v § 1 ods. 6 ZVO legislatívne vymedzuje pojem výskum a vývoj, keď definuje , že na účely verejného obstarávania sú to všetky činnosti zahŕňajúce základný výskum, aplikovaný výskum a experimentálny vývoj; experimentálny vývoj môže zahŕňať realizáciu zariadení demonštrujúcich výkon novej koncepcie alebo novej technológie v príslušnom prostredí alebo v reprezentatívnom prostredí. V tejto súvislosti však upozorňujeme, že legislatívny pojem vývoja nekorešponduje s legálnou definíciou vývoja zakotveného zákonom č. 172/2005 Z. z. o podpore výskumu a vývoja. Z uvedeného dôvodu pre účely verejného obstarávania sa bude aplikovať legálna definícia pojmi výskumu obsiahnutá v ZVO. Nakoľko zákazky výskumu a vývoja majú z pohľadu verejného obstarávania osobitný režim, je správne subsumovanie činnosti pod legálnu definíciu výskumu kruciálne. Prvá osobitosť zákaziek v oblasti výskumu a vývoja sa prejavuje v tom, že ak ide o služby v oblasti výskumu a vývoja a zároveň verejný obstarávateľ nefinancuje tento vývoj sám a má priamy prospech z tohto výskumu a vývoja, takáto zmluva nepodlieha režimu verejného obstarávania . V prípade iných zmlúv výskumu a vývoja sa musí uskutočňovať verejné obstarávanie. Verejný obstarávateľ má však možnosť vyžadovať osobitné podmienky účasti, ktorými skúma kapacitu a kvalitu výskumných prostriedkov jednotlivých uchádzačov. V prípade ak zákazka v zdravotníctve sa realizuje výlučne na výskumné a vývojové účely (teda výsledky výskumu sa priamo neaplikujú napr. na proces liečby) je možné na túto zákazku použiť jednu z tzv. nesúťažných foriem (rokovacie konanie so zverejneným, priame rokovacie konanie). Poslednou osobitosťou zákaziek v oblasti výskumu a vývoja je fakt, že ZVO definované zákazky v oblasti výskumu a vývoja (príloha č. 2 kategória 8) obligatórne spadajú pod režim povinnosti súťaže návrhov.

- *Stavebné práce na zdravotnícke objekty* – napriek skutočnosti, že zákonodarca nešpecifikuje (napr. na rozdiel od zákaziek na výskum a vývoj) osobitosti zákaziek na stavebné práce na zdravotnícke objekty, v praxi je pomerne náročné nastavenie súťaže na tieto druhy stavebných prác. Verejný obstarávateľ musí pri nastavovaní súťaže v prípade stavebných prác na zdravotnícke objekty brať do úvahy aj zdravotnícku technológiu, ktorá sa v objektoch bude používať , spôsob určenia jednotlivých stavebných objektov a pod. V praxi sa stali prípady, kedy verejný obstarávateľ dal zhotoviteľ stavebné práce na zdravotnícke objekty, ktoré však po zhotovení nemohli slúžiť svojmu účelu (napr. miestnosť nebola určená na použitie rontgenoveho pristroja, výťahy nemali požadovanú nosnosť a pod.) Z uvedeného dôvodu tak verejný

obstarávateľ musí v prípade stavebných prác na zdravotnícke objekty venovať pozornosť nielen nastaveniu podmienok účasti, ktoré ovplyvňujú okruh subjektov ktoré môžu predložiť ponuku), ale taktiež jasnému, dostatočnému a odbornému špecifikovaniu rozsahu a parametrov stavebných práv v zdravotníctve. V súčasnosti v zdravotníctvom segmente prebieha proces výberu koncesionára na výstavbu novej univerzitnej nemocnice v Bratislave formou verejno-súkromného partnerstva (PPP projekt v hodnote viac ako 6 miliárd EUR).

- *Zákazky na nákup prístrojového a zdravotníckeho vybavenia v zdravotníctve-* v súvislosti s procesom nákupu zdravotníckeho a prístrojového vybavenia v zdravotníctve v praxi dochádza k problémom pri definovaní predmetu zákazky. Prístrojové a zdravotnícke vybavenie pre svoju riadnu prevádzku potrebuje rôzne doplnkové tovary (špeciálne chemikálie, séra a pod.), resp. doplnkové obslužné služby (príkladmo servisné úkony) bez ktorých nie je ich funkcionalita zabezpečená. Verejný obstarávateľ tak musí v prípade nákupu prístrojového a zdravotníckeho vybavenia zohľadniť nielen samotný nákup ale aj plnohodnotnú prevádzku príslušného zariadenia. V prípade ak verejný obstarávateľ definuje predmet zákazky nielen ako samotný nákup prístroja, ale popri tom do jednej zákazky zahrnie aj doplnkové tovary, resp. služby, z pohľadu verejného obstarávania z dôvodu rešpektovania princípu čestnej hospodárskej súťaže by mal vo všeobecnosti rozdeliť takýto proces verejného obstarávania na samostatné časti. Na druhej strane v prípade ak verejný obstarávateľ vyhlasuje samostatné verejné obstarávania na nákup prístrojového vybavenia a samostatné verejné obstarávanie na súvisiace tovary resp. služby vystavuje sa riziku, že obe súťaže neskončia v približne rovnaký čas a teda napriek vyhláseným verejným obstarávaniam sa môže stať že dôjde k nákupu prístrojového vybavenia avšak proces výberu dodávateľa doplnkového vybavenia resp. služby nebude ukončený a teda príslušné vybavenie nebude môcť plnohodnotne slúžiť svojmu účelu.

2 ČO ČAKÁ (NIELEN) ZDRAVOTNÍCTVO V NAJBLIŽŠOM OBDOBÍ V OBLASTI VEREJNÉHO OBSTARÁVANIA

Rok 2014 so sebou okrem iného prináša začiatok nových programových období čerpania eurofondov. Legislatívne je nové programové obdobie v slovenskom právnom poriadku upravené novým zákonom č. 292/2014 Z.z. o príspevku poskytovanom z európskych štrukturálnych a investičných fondov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Rozsah peňažných prostriedkov, ktoré spoločne so spolufinancovaním zo štátneho rozpočtu, predstavuje pre zdravotníctvo v programovom období 2014-2020 sumu viac ako 300 mil. EUR. Tak ako doteraz naďalej bude platiť pravidlo, že každý projekt spolufinancovaný z eurofondov podlieha režimu verejného obstarávania.

V oblasti verejného obstarávania, nielen projekty spolufinancované z eurofondov, budú ovplyvnené transpozíciou nových smerníc o verejnom obstarávaní- Smernice 2014/25/EÚ2011 z 26. februára 2014 o obstarávaní vykonávanom subjektmi pôsobiacimi v odvetviach vodného hospodárstva, energetiky, dopravy a poštových služieb a o zrušení smernice 2004/17/ES, Smernice 2014/24/EÚ2011 z 26. februára 2014 o verejnom obstarávaní a o zrušení smernice 2004/18/ES a Smernice 2014/23/EÚ2011 z 26. februára 2014 o udeľovaní koncesií. Predmetné smernice majú byť do vnútroštátnych poriadkov transponované do roku 2016.

Balík nových smerníc o verejnom obstarávaní so sebou prináša celý rad zmien. Popri obligatórnej elektronizácií procesu verejného obstarávania, novom princípe obligatórnosti

používania elektronických aukcií, zeleného verejného obstarávania , nová právna úprava na komunitárnej úrovni zakotvuje aj novinky ktoré sa môžu významne dotknúť aj obstarávania v zdravotníctve. Ide o novinku, v zmysle ktorej cena vo všeobecnosti nemôže byť jediným kritériom pre výber víťazného uchádzača a verejný obstarávateľ bude musieť brať v prípade výberu víťazného uchádzača brať do úvahy aj iný ponúkaný parameter. Pri výpočte ceny by mal verejný obstarávateľ zohľadňovať aj náklady na celý životný cyklus výrobku, resp. stavebnej práce. Pre oblasť výskumu a vývoja pravdepodobne najdôležitejšou novinkou v oblasti verejného obstarávania bude zavedenie inštitútu tzv. inovatívneho partnerstva. Inštitút inovatívneho partnerstva vychádza z konceptu rozvoja vedy zakotveného v strategickom cieli Európskej únie obsiahnutom v materiály Európa 2020. Obsahom inovatívneho partnerstva je proces ktorý vytvára dlhodobé inovatívne partnerstvá zamerané na vývoj a následný nákup nových, inovačných výrobkov, služieb alebo stavebných prác pod podmienkou, že takéto inovačné výrobky alebo služby alebo inovačné stavebné práce môžu byť dodané na dohodnutej úrovni výkonu a pri dohodnutých nákladoch, a to bez toho, aby bol na tento nákup potrebný samostatný postup obstarávania. Inovatívne partnerstvo by malo vychádzať z procesných pravidiel, ktoré sa uplatňujú pri rokovacom konaní a zákazky by sa mali zadávať výlučne na základe najlepšieho pomeru kvality a ceny, keďže toto kritérium je najvhodnejšie na porovnanie ponúk inovačných riešení. Bez ohľadu na to, či ide o veľmi veľké projekty alebo menšie inovačné projekty, inovatívne partnerstvo by malo byť štruktúrované takým spôsobom, aby sa dosiahol potrebný účinok na trh, pričom by sa mala vytvárať motivácia na vývoj inovačných riešení bez vylúčenia trhu. V prípade zdravotníckych zákaziek sa teda otvára priestor pre širšiu a intenzívnejšiu spoluprácu verejných obstarávateľov pôsobiacich v zdravotníctve so subjektmi, ktoré môžu posúnúť kvalitu zdravotníctva cez nové riešenia na lepšie úroveň.

Tento článok vznikol vďaka podpore v rámci OP Výskum a vývoj pre dopytovo-orientovaný projekt: Univerzitný vedecký park Univerzity Komenského v Bratislave, ITMS 26240220086 spolufinancovaný zo zdrojov Európskeho fondu regionálneho rozvoja.

Podporujeme výskumné aktivity na Slovensku/

Projekt je spolufinancovaný zo zdrojov EÚ

MINISTERSTVO ŠKOLSTVA, VEDY, VÝSKUMU A ŠPORTU SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Európska únia
Európsky fond regionálneho rozvoja

This contribution/publication is the result of the project implementation: Comenius University in Bratislava Science Park supported by the Research and Development Operational Programme funded by the ERDF

Grant number : ITMS 26240220086.

Podporujeme výskumné aktivity na Slovensku/

Projekt je spolufinancovaný zo zdrojov EÚ

MINISTERSTVO ŠKOLSTVA, VEDY, VÝSKUMU A ŠPORTU SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Európska únia
Európsky fond regionálneho rozvoja

ZHUBNÉ NÁDORY PRSNÍKA AKO VEREJNO – ZDRAVOTNÝ PROBLÉM[1]

Tomáš ŠIFFALOVIČ

Právnická fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave

Abstrakt

Cieľom bolo stanoviť finančnú efektivitu skríningu karcinómu prsníka s ohľadom na liečbu pacientok Národného onkologického ústavu v období rokov 2009 – 2013. Celkové priame ekonomické náklady na sekundárnu prevenciu – skríning som porovnával s celkovými priamymi ekonomickými nákladmi na terapiu. Na základe týchto údajov som následne vypočítaval potenciálne možné ušetrené ekonomické náklady v prípade včasnej diagnostiky ochorenia v I. klinickom štádiu. V prípade včasnej diagnostiky ochorenia v maximálne I. klinickom štádiu by bolo možné potencionálne zachrániť 534 životov a na liečbu pacientok ušetriť sumu 16 964 580 € v sledovanom období v Národnom onkologickom ústave v Bratislave. Všeobecne platí, že zvyšujúcim sa klinickým štádiom ochorenia sa úmerne zvyšujú aj priame ekonomické náklady, 5 – ročné prežívanie sa znižuje a zhoršuje sa prognóza pacientok na celkové vyliečenie.

Kľúčové slová: *zhubné nádory prsníka, karcinóm, sekundárna prevencia, skríning, priame ekonomické náklady, analýza, skríning*

Abstract

My main objection was to determine the cost – effectiveness of breast cancer screening with costs to the treatment of the patients of the National Cancer Institute in the period 2009 – 2013. I compared the total economic direct costs on secondary prevention – screening with the total economic direct costs on therapy. Based on these data I was able to calculate the potential economic costs which can be saved if carcinomas has been diagnosed in early clinical stages. In case if all the carcinomas in higher clinical stages has been diagnosed in early stages then there is a potential to save 534 lives and also to save amount 16 964 580 € during these 5 years in the National Cancer Institute Bratislava. Generally, increasing clinical stage increasing also direct economic costs, 5 – years survival is reduced and the prognosis of patients worsens.

Key words: *breast cancer, analysis , carcinoma, secondary prevention, screening, direct economic costs*

[1] Tento článok vznikol vďaka podpore v rámci OP Výskum a vývoj pre dopytovo-orientovaný projekt: Univerzitný vedecký park Univerzity Komenského v Bratislave, ITMS 26240220086 spolufinancovaný zo zdrojov Európskeho fondu regionálneho rozvoja.

ÚVOD

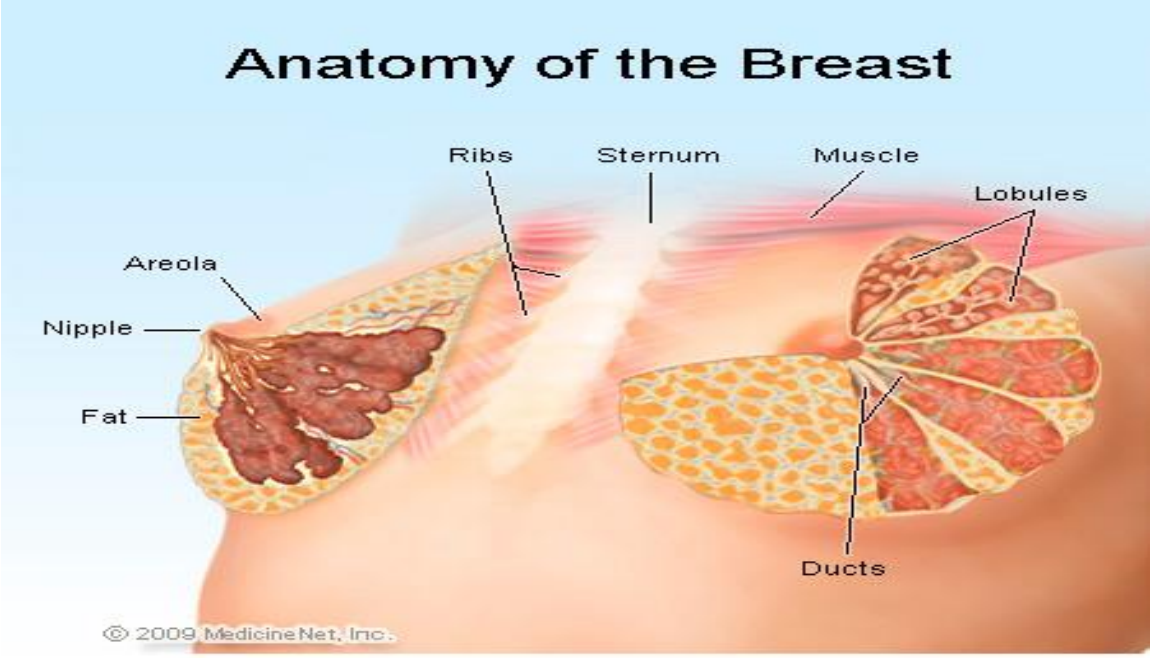
Zhubné nádory prsníka sú v súčasnosti svojou enormnou incidenciou a mortalitou veľmi vážnym zdravotníckym a ekonomickým problémom. Je to spôsobené veľmi vysokou incidenciou. Tendencia zlepšovania je minimálna z dôvodu neustále sa zvyšujúcej incidencie a zhoršujúcej sa prognóze ochorenia, z dôvodu v mnohých prípadoch neskorej diagnostiky ochorenia. Vyššia incidencia je sledovaná u žien vo veku nad 40 rokov. Zhubné nádory prsníka sú najčastejšie diagnostikovanými a liečenými typmi zhubných nádorov u žien a takisto najčastejšou príčinou úmrtia žien na malígne ochorenia. Ide o malignitu, ktorá so sebou prináša vysokú ekonomickú náročnosť pre každý zdravotnícky systém. Táto náročnosť obsahuje veľmi nákladnú terapiu, dlhodobo vysoké ekonomické náklady a takisto v mnohých prípadoch aj následnú invaliditu. Kvôli týmto skutočnostiam je logickou snahou všetkých štátov, inštitúcii a zdravotníckych organizácii o pozitívny zvrat jednotlivých epidemiologických indikátorov incidencie a úmrtnosti tohto ochorenia. Aj keď v súčasnej dobe napredujú terapeutické postupy a možnosti liečby, aj napriek tomu sa toto ochorenie vyskytuje v ženskej populácii extrémne často a dlhodobejšie prežívanie pacientov sa zlepšuje len veľmi mierne. Enormná incidencia zhubných nádorov prsníka je predmetom pozornosti ako priamo klinických pracovníkov, tak aj manažérskych pracovníkov v zdravotníckom a ekonomickom sektore. Poznatky a skúsenosti s diagnostikou a liečbou ochorenia priamo dokazujú, že jedinou možnou formou zmeny nepriaznivých dopadov tohto ochorenia je včasná diagnostika formou sekundárnej prevencie a skorej detekcie prekanceróz. Je potrebné identifikovať genetické predispozície, ktoré sú v mnohých prípadoch iniciátormi karcinogenézy. Taktiež je dôležité definovať rizikové faktory, ktoré sú rizikové pre vznik a manifestáciu ochorenia, akými sú environmentálne faktory a faktory osobnej anamnézy. Z tohto dôvodu preto zásadnú úlohu zohráva primárna a sekundárna prevencia. Primárnu prevenciu je možné definovať ako celospoločenský program, ktorý je zameraný na zlepšenie kvality životného prostredia a jeho optimalizácia. Skríning ako forma sekundárnej prevencie prostredníctvom včasnej diagnostiky ochorenia je veľmi dôležitá a pri detekcii malígnych abnormalít v počiatočnom štádiu zohráva najdôležitejšiu formu zlepšenia celkovej epidemiologickej situácie zhubných ochorení a zlepšenia prognózy pacientok so zhubnými ochoreniami akejkoľvek formy.

ANATÓMIA A FYZIOLÓGIA PRSNÍKOV

Prsník je párový orgán. Prsia prechádzajú v priebehu života ženy rôznymi zmenami, tieto zmeny sú podmienené hormónmi a to hlavne v puberte, v období šestonedelia, kojenia a v prechode. S vekom sa mení u ženy tvar, objem a veľkosť prsníkov. Najdôležitejšou fyziologickou funkciou prsníkov je produkcia mlieka. Prsník sa skladá z častí – lalokov, ktoré sú usporiadané do tvaru kvetu konvalinky. Tieto laloky sa skladajú z menších častí nazývaných lobuly, ktoré produkujú mlieko. Vzájomne sú prepojené prostredníctvom tubulov (mliekovodov), ktoré ústia v bradavke lokalizovanej v centre prsníka tzv. prsníkový dvorec. Priestor medzi lalokmi, mliečnymi žľazami, tubulmi a hrudnou stenou je vyplnený spojivovým tkanivom a tukom. Väčšinu objemu prsníka u nekojacej ženy tvoria tukové a fibrózne (spojivové) tkanivo. Pre názornosť sa delí prsník na kvadranty – horný a dolný vonkajší kvadrant a horný a dolný vnútorný kvadrant. Mliečna žľaza má bohaté cievne – krvné zásobenie. (Stomper, 2000)

Dôležitú úlohu zohráva taktiež lymfatické zásobenie. Tok lymfy lymfatickými cestami je prerušovaný lymfatickými uzlinami, ktoré slúžia ako filter. Prvotným uzlinovým spádom prsníkov sú uzliny lokalizované v podpazuší, následne medzirebrové a v lymfatické uzliny v okolí kľúčnej kosti.

Anatómia prsníka



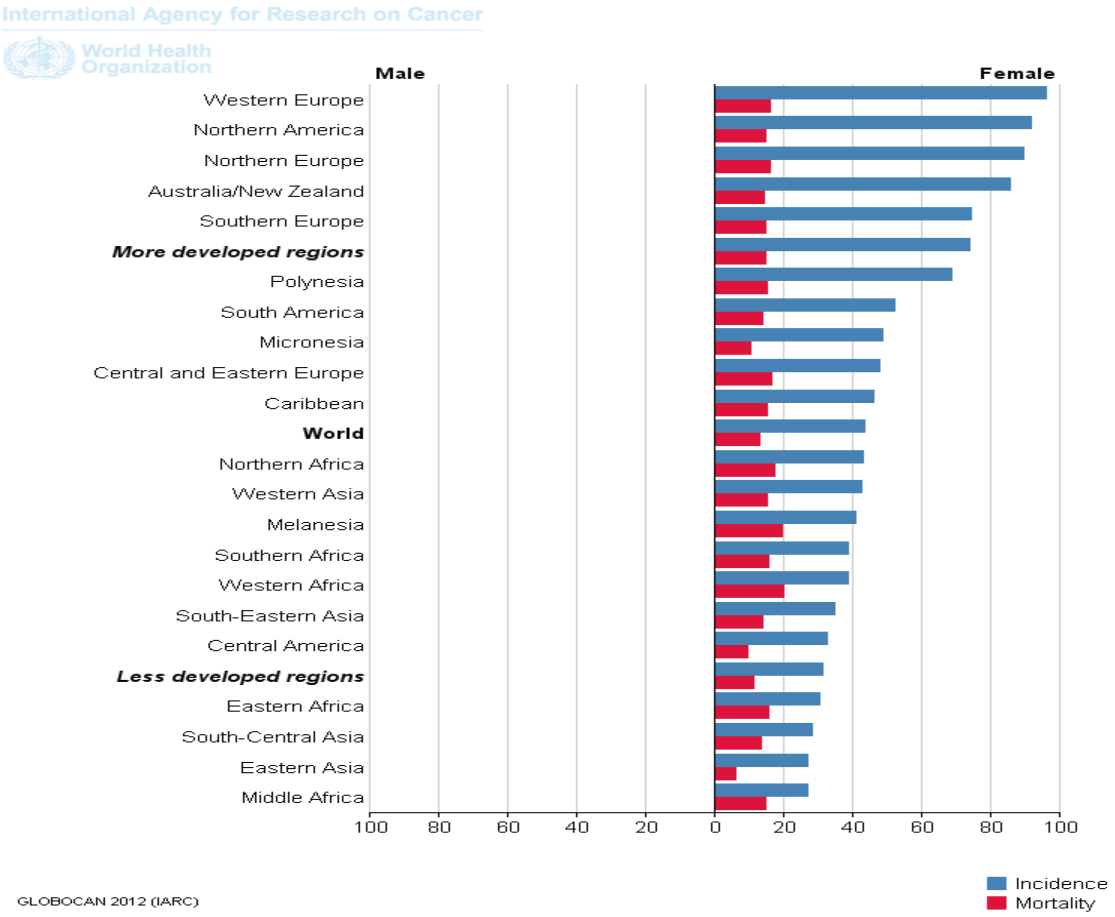
Zdroj: http://www.onhealth.com/breast/article.htm

EPIDEMIOLÓGIA ZHUBNÝCH NÁDOROV

V súčasnej dobe predstavuje karcinóm prsníka celosvetovo 2. najčastejšie diagnostikované nádorové ochorenie. Ročne je na celom svete diagnostikovaných viac ako 1 670 000 nových prípadov tohto ochorenia, čo predstavuje 25 % zhubných nádorov u žien. Je taktiež najčastejšou príčinou úmrtia žien na zhubné ochorenia. Najvyššia incidencia karcinómu prsníka je dlhodobo sledovaná vo vyspelých oblastiach severnej Ameriky, Austrálie, severnej a západnej Európy. Celosvetovo najnižšia incidencia je sledovaná v Ázii a subsaharskej Afrike. Tieto rozdiely sa pripisujú najmä spoločenským zmenám, ktoré prebehli počas industrializácie (zmena telesnej hmotnosti, zvýšený príjem tukov, počet gravidít, vek prvej menštruácie, resp. laktácie, neskorší vek prvej gravidity). Úmrtnosť na toto zhubné ochorenie od roku 1975 mierne poklesla. Pokles sa pripisuje hlavne včasnej diagnostike – skríningovej mamografii (MMG) a taktiež pokroku v adjuvantnej liečbe karcinómu. (Kohler, 2011)

V roku 2012 dosiahol počet novo diagnostikovaných zhubných nádorov prsníka na Slovensku počet 2643, čo predstavuje 11 % zo všetkých zhubných nádorov. V tom istom roku boli zhubné nádory prsníka najčastejšie diagnostikovanými nádormi na území SR, s najvyššou incidencou v hodnote takmer 60 nových prípadov na 100 000 obyvateľov.

Incidencia a mortalita zhubných nádorov prsníka vo svete v roku 2012 (*hodnota je vyjadrená na 100 000 obyvateľov*)



Zdroj: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx

PATOLÓGIA, STAGING A SYMPTOMATOLÓGIA

Najčastejšie diagnostikovaným typom zhubného nádoru je karcinóm duktálny (73 %), ktorý vychádza z buniek výstelky duktov. Druhým najčastejším typom je lobulárny karcinóm (14 %), ktorý vychádza z buniek výstelky lobulov. Ostatné karcinómy tvoria menej obvyklé typy zhubných nádorov. Veľmi častým typom karcinómom je karcinóm in situ, ktorý je ešte neinvazívny, nevytvára metastázy, ale bez včasnej a primeranej liečby prechádza do invazívneho karcinómu. Karcinóm in situ sa vyskytuje v dvoch typoch – ako duktálny (vychádzajúci z výstelky duktov) a ako lobulárny (vychádzajúci z výstelky lobulov). Tieto karcinómy majú odlišné chovanie, podobne ako ich invazívny nasledovníci a nesmú sa vzájomne zamieňať. (Mardiak, 2012)

Po potvrdení diagnózy patológom je nutné vykonať adekvátny chirurgický zákrok. Biologický materiál odobratý chirurgom pri operácii sa zasiela k patológovi, ktorý následne určí presný typ nádoru, jeho veľkosť, agresivitu a ďalšie veľmi dôležité znaky diagnostikovateľné špecializovanými metódami na nádorových bunkách (ako sú hormonálne receptory a iné). Zisťovanie uvedených znakov je povinné, pretože sú veľmi dôležitou súčasťou určenia prognózy a taktiež je pomocou nich možné predvídať reakciu nádoru na liečbu.

Po zistení a potvrdení diagnózy karcinómu prsníka je treba spraviť následné vyšetrenia, ktoré určia rozsah ochorenia v organizme. Tento postup vedie k určeniu štádia a rozsahu rakovinového bujnenia. Ak sa nádorové bunky šíria do iných orgánových štruktúr môžu tam zakladať druhotné nádory. Šírenie rakovinových buniek je možné tromi cestami:

1. priame prerastanie do okolitých tkanív a orgánov
2. šírenie nádorových buniek lymfatickými cestami
3. šírenie nádorových buniek krvnou cestou.

V prípade, že sa rakovinové bunky uvoľnia z miesta vzniku a šíria sa lymfou alebo krvou, môžu založiť ďalšie tumory. Tento proces sa nazýva metastázovanie. Sekundárny nádor – metastáza je rovnakým typom nádoru ako primárny. Napríklad ak sa nádorové bunky z prsníka usídlia v kostnom tkanive, tak sa jedná o metastatické ochorenie prsnej žľazy a nie o nádor kosti. (Harris, 2007)

Štádium nádorového ochorenia sa označuje rímskymi číslicami od 0 do IV. Zaradenie nádoru do určitého štádia vychádza z informácie o jeho veľkosti a znalosti jeho šírenia do lymfatických uzlín, prípadne iných orgánov. Vedomosť štádia ochorenia pomáha lekárom indikovať najvhodnejšiu formu terapie a taktiež umožňuje odhadnúť prognózu pacientky (pravdepodobnosť vyliečenia, 5 – ročné prežívanie).

Štádiá ochorenia a 5 - ročné prežívanie pacientok

Štádium I:	**90%**
Štádium IIA	**86 – 91%**
Štádium IIB	**86 – 91%**
Štádium IIIA	**54 – 67%**
Štádium IIIB:	**54 – 67%**
Štádium IV	**20%**

Zdroj: http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/breast/Patient/page1

Karcinóm prsníka je vo svojom počiatočnom štádiu väčšinou nebolestivý a nespôsobuje žiadne závažné problémy. Avšak pri jeho ďalšom raste môže dochádzať ku zmenám. Medzi najčastejšie symptómy – príznaky prítomnosti karcinómu prsníka patria:

- vťahovanie kože – za týmto príznakom sa skrýva väčšinou nádor, ktorý pri svojich vonkajších štruktúrach vťahuje kožu prsníka
- prítomnosť viditeľných jamiek na prsníku z dôvodu vťahovania kože prostredníctvom vonkajšej štruktúry nádoru
- nesúmernosť prsníkov pri pohybe – pri pohybe rúk, t.j. pri pomalom dvíhaní rúk do upaženia a vzpaženia sa prejavuje asymetria prsníkov. Zdravý prsník sa hýbe dynamicky a vláčne – prsník v ktorom sa nachádza zhubný nádor nie.

- nepravidelnosť bradavky – sú pozorované rôzne nepravidelnosti v štruktúre bradavky, buď jej vydutie alebo vtiahnutie dovnútra.
- tzv. „pomarančová kôra“ – infiltrácia prsníka drobnými lymfatickými cievami kože. V niektorých prípadom sa môže prejaviť pri palpácii prsníka, alebo je tento príznak trvalý.
- asymetria zo zväčšeného objemu prsníka – nie je zvláštnosťou a býva častým javom aj pri zdravých prsníkoch. Ak však postupne dochádza k zväčšení a stuhnutiu jedného prsníka je nutné vyhľadať lekára, ktorý určí presnú diagnózu.
- sekrécia z bradavky - výtok z bradavky (najmä krvavý) nie je normálnym javom a väčšinou býva spôsobený prítomnosťou zhubného nádoru v prsníku. Varovnými znakmi sú taktiež zaschnutý sekrét a zmeny na bradavke pripomínajúce ekzém.
- rozšírená cievna sieť prsníka (viditeľná) – tento jav súvisí so zvýšenou aktivitou prsníka v súvislosti s prítomnosťou karcinómu.
- exulcerácia (zvredovatenie) prsníka – je to jasným znakom pre karcinóm v pokročilom štádiu.

Vo všetkých uvedených prípadoch je nutné navštíviť lekára, ktorý po vykonaní adekvátnych vyšetrení určí diagnózu a v prípade potreby indikuje následnú liečbu. V súčasnej dobe kedy máme k dispozícii mamografický skríning je možné nádor diagnostikovať už v dobe, kedy je ešte nehmatný a neinvazívny (in situ), alebo jeho veľkosť zodpovedá veľmi nízkemu štádiu ochorenia. Nádor však môže vzniknúť aj medzi dvoma skríningovými vyšetreniami. (Dershaw, 2003)

ETIOLÓGIA A PREVENCIA

Rakovina prsníka patrí k ochoreniam, ktorých skutočná príčina vzniku nebola doposiaľ uspokojivo vysvetlená. Aj napriek intenzívnemu výskumu nádorových ochorení je aj v súčasnej dobe nemožné presne povedať, ktoré ženy sú viac alebo menej ohrozené karcinómom prsníka. Aj napriek mnohým uskutočneným epidemiologickým štúdiám sú v dnešnej dobe odhady osobného rizika vzniku karcinómu prsníka u jednotlivých žien nepresné a zaťažené významnou mierou neistoty. Štúdium a sledovanie rizikových faktorov vzniku karcinómu prsníka je najvýznamnejšou súčasťou k pochopeniu príčin vzniku tohto ochorenia.

Rizikové faktory vzniku karcinómu prsníka predstavujú relatívne rôznorodú skupinu parametrov. Medzi najvýznamnejšie z nich patria na jednej strane dedičné zmeny v genetickej informácii buniek a na druhej strane parametre týkajúce sa životného štýlu. Rizikové faktory je možné deliť aj podľa možnosti ich ovplyvnenia samotnou ženou a jej aktívnym prístupom k zdraviu. Z tohto pohľadu teda existuje skupina parametrov ovplyvniteľných zmenou životného štýlu (fyzická aktivita, stravovacie návyky a pod.) a skupina parametrov neovplyvniteľných životným štýlom (genetická predispozícia, vek a rasa).

V boji proti zhubným nádorom prsníka je stále prioritná včasná detekcia ochorenia. Incidencia karcinómu prsníka u nás aj vo vyspelých krajinách neustále stúpa, pričom mortalita naopak klesá. Výskum v obore prevencie stále pokračuje aj napriek tomu, že najvýznamnejšie rizikové faktory sú vek a reprodukčné faktory a tie sú prakticky neovplyvniteľné. Predpokladá sa zmena tejto situácie v budúcnosti s prehlbujúcimi sa znalosťami kľúčových biologických mechanizmov týkajúcich sa tehotenstva a laktácie.

Možnosť odhalenia jednoduchej preventívnej metódy vedúcej k eliminácii alebo aspoň redukcii rizika vzniku karcinómu prsníka všeobecne je momentálne neznáma. Karcinóm

prsníka teda nie je preventabilný tak, ako napríklad karcinóm pľúc (vylúčením fajčenia sa zníži početnosť rakoviny pľúc). Doposiaľ teda zostáva najúčinnejšia preventívna metóda včasný záchyt ochorenia. (Abrahámová, 2009)

Primárna prevencia je zameraná na zníženie incidencie zhubných nádorov prsníka prostredníctvom redukcie a eliminácie rizikových faktorov, ktoré sa asociujú so vznikom karcinómu prsníka. Predmetom primárnej prevencie je realizovať celoplošné programy zamerané na pozitívnu zmenu životného štýlu. Medzi základné zásady a odporúčania na predchádzaniu vzniku karcinómu prsníka, tak ako aj ostatných nádorových ochorení a celkového priaznivého zdravotného stavu patria:

- ✓ Fyzická aktivita
- ✓ Pestrá vyvážená strava
- ✓ Eliminácia zlozvykov (fajčenie, alkohol)
- ✓ Celková starostlivosť o zdravie
- ✓ Zodpovednosť k zdraviu

Cieľom **sekundárnej prevencie – skríningu** je detekovať karcinóm prsníka v dobe, kedy je ešte vo svojom najrannejšom štádiu a najmä predtým, ako má šancu rozšíriť sa cievnym riečišťom. Jedná sa o karcinóm v štádiu 0 - in situ. Skríning pomocou mamografie významne znižuje mortalitu spôsobenú karcinómom prsníka. Mortalita sa u žien, ktoré prešli širokoplošným skríningom znižuje o viac ako 40%. (Nelson, 2009)

CIEĽ A METODIKA

Hlavným cieľom bolo:

- **Stanoviť finančnú efektivitu skríningu karcinómu prsníka s ohľadom na liečbu pacientok Národného onkologického ústavu v období rokov 2009 – 2013**.

Medzi vedľajšie ciele patrilo:

- Zistiť počty pacientok liečených v rokoch 2009 – 2013 v NOÚ na karcinóm prsníka.
- Zistiť klinické štádia karcinómov prsníka v čase záchytu a diagnostiky ochorenia.
- Stanoviť priame náklady na liečbu podľa štádia, v ktorom bol karcinóm pacientke diagnostikovaný.
- Stanoviť celkové priame náklady na liečbu pacientok liečených v NOÚ v rokoch 2009 – 2013.
- Stanoviť celkové priame náklady na skríning (mamografiu) pacientok sledovaných v NOÚ v rokoch 2009 – 2013.
- Porovnať priame ekonomické náklady na liečbu a skríning pacientok v období rokov 2009 – 2013 v NOÚ.
- Stanoviť počet potenciálne zachránených životov prostredníctvom včasnej diagnostiky ochorenia pacientok liečených v NOÚ v rokoch 2009 – 2013.

Finančnú efektivitu som zisťoval porovnávaním priamych finančných nákladov na liečbu pacientov v klinických štádiách II., III., IV. s priamymi nákladmi na terapiu pacientok v I. klinickom štádiu. Predpokladám, že v prípade pravidelnej účasti na skríningu a včasnej diagnostike pacientok by karcinóm neprogredoval do vyšších štádií. Porovnával som priame finančné náklady na skríning pacientok v Národnom onkologickom ústave v období rokov

2009 – 2013 s priamymi finančnými nákladmi na liečbu pacientok vo všetkých klinických štádiách.

Podľa zistených dát a údajov o počtoch pacientok a finančnej náročnosti liečby som následne porovnával celkové priame náklady na skríning pacientok s celkovými priamymi nákladmi na liečbu pacientok podľa klinických štádií v sledovanom období rokov 2009 – 2013 v Národnom onkologickom ústave v Bratislave.

Potenciálne zachránené životy bolo možné vypočítať po zistení počtov pacientok rozdelených podľa klinických štádií karcinómu. Za predpokladu včasnej diagnostiky v najneskôr I. klinickom štádiu a prostredníctvom všeobecne platných hodnôt 5 – ročného prežívania pacientok som vypočítal potenciálne možné zachránené životy pacientok, ktorým bol karcinóm diagnostikovaný v II., III. a IV. klinickom štádiu.

VÝSLEDKY

V období piatich rokov (2009 – 2013) v Národnom onkologickom ústave v Bratislave bol 3 272 pacientkam liečený zhubný nádor prsníka s následnou liečbou. Z tohto počtu bol 709 pacientkam zhubný nádor diagnostikovaný v I. klinickom štádiu t.j. 21,7%. V II. klinickom štádiu bol karcinóm diagnostikovaný 1 374 pacientkam t.j. 42%, v III. klinickom štádiu bol karcinóm diagnostikovaný 924 pacientkam t.j. 28,2%. Karcinóm v poslednom IV. klinickom štádiu bol diagnostikovaný 265 pacientkam t.j. 8,1%.

Celkovo priame ekonomické náklady na terapiu pacientok v **I. klinickom štádiu** karcinómu prsníka v rokoch 2009 – 2013 tvorili sumu **992 600 €.**

	Počet	Priame náklady na jednu pacientku €	Priame náklady spolu
Karcinóm prsníka	709	1 400	**992 600,00 €**
Priame ekonomické náklady na terapiu pacientok I. klinickom štádiu v rokoch 2009 – 2013			

Celkovo priame ekonomické náklady na terapiu pacientok v **II. klinickom štádiu** karcinómu prsníka v rokoch 2009 – 2013 tvorili sumu **8 092 860 €.**

	Počet	Priame náklady na jednu pacientku €	Priame náklady spolu
Karcinóm prsníka	1374	5 890	**8 092 860,00 €**
Priame ekonomické náklady na terapiu pacientok II. klinickom štádiu v rokoch 2009 – 2013			

Celkovo priame ekonomické náklady na terapiu pacientok v **III. klinickom štádiu** karcinómu prsníka v rokoch 2009 – 2013 tvorili sumu **6 726 720 €.**

	Počet	Priame náklady na jednu pacientku €	Priame náklady spolu €
Karcinóm prsníka	924	7 280	**6 726 720,00 €**
Priame ekonomické náklady na terapiu pacientok II. klinickom štádiu v rokoch 2009 – 2013			

Celkovo priame ekonomické náklady na terapiu pacientok vo **IV. klinickom štádiu** karcinómu prsníka v rokoch 2009 – 2013 tvorili sumu **3 137 600 €.**

	Počet	Priame náklady na jednu pacientku €	Priame náklady spolu €
Karcinóm prsníka	265	11 840	**3 137 600,00 €**
Priame ekonomické náklady na terapiu pacientok IV. klinickom štádiu v rokoch 2009 – 2013			

Celkovo priame ekonomické náklady na terapiu pacientok **vo všetkých klinických štádiách** ochorenia v rokoch 2009 – 2013 tvorili sumu **18 949 780 €.**

	Počet	Priame náklady na jednu pacientku €	Priame náklady spolu €
Karcinóm prsníka	3272	Závislé od klinického štádia	**18 949 780,00 €**
Celkové priame ekonomické náklady na terapiu pacientok v rokoch 2009 – 2013			

Vychádzajúc z dát čerpaných z Národného onkologického ústavu sa v období rokov 2009 – 2013 vykonalo 31 224 mamografických vyšetrení prsníka . Zhubný nádor bol diagnostikovaný 1066 pacientkam, čo predstavovalo 3,41 % zo všetkých pacientok. Negatívnych mamografií bolo v sledovanom období 30 158. V Národnom onkologickom ústave v Bratislave bolo v rokoch 2009 až 2013 vykonaných spolu 31 224 mamografických vyšetrení. Priame ekonomické náklady tvorili sumu 433 360 €.

V prípade včasnej diagnostiky ochorenia v prvom klinickom štádiu predstavovali potenciálne ušetrené ekonomické prostriedky na terapiu pacientok v II., III. a IV. klinickom štádiu sumu 16 964 580 € v Národnom onkologickom ústave v Bratislave v sledovanom období rokov 2009 – 2013.

Štádium	Priame náklady na liečbu v r. 2009 – 2013
I.	992 600,00 €
II. III. IV.	17 957 180,00 €
Potenciálne ušetrené ekonomické prostriedky	**16 964 580,00 €**

V prípade, že pacientkam s karcinómov v II., III. a IV. klinickom štádiu by bol karcinóm diagnostikovaný v najneskôr I. klinickom štádiu, 5 – ročné prežívanie týchto pacientok by bolo 90% a počet zachránených životov prostredníctvom včasného záchytu ochorenia v maximálne I. klinickom štádiu by bol **534**, čo predstavovalo **62 %** zo všetkých predpokladaných stratených životom za obdobie rokov 2009 - 2013 v NOÚ.

Vychádzajúc zo sledovaného súboru pacientok liečených a diagnostikovaných v Národnom onkologickom ústave v Bratislave v období rokov 2009 – 2013 môžem konštatovať:

- ✓ V sledovanom období bolo v Národnom onkologickom ústave liečených na zhubné nádory prsníka 3 272 pacientok s vekovým priemerom 65,4 roka (27 r. – 88 r.).
- ✓ Zhubný nádor prsníka v I. klinickom štádiu bol liečený u 709 pacientok t.j. 21,7% zo všetkých karcinómov, v II. klinickom štádiu bolo liečených 1 374 pacientok (42%), v III. klinickom štádiu to bolo u 924 pacientok (28,2%) a vo IV. klinickom štádiu bol karcinóm liečený u 265 pacientok, čo predstavovalo 2,1% zo všetkých zhubných nádorov v sledovanom období.
- ✓ Priame ekonomické náklady na terapiu pacientok v období rokov 2009 – 2013 v I. klinickom štádiu predstavovali sumu 992 600 €, v II. klinickom to bolo 8 092 860 €, v III. klinickom štádiu 6 726 720 € a vo IV. klinickom štádiu boli priame ekonomické náklady na liečbu pacientok 3 137 600 €. Spolu tvorili priame ekonomické náklady sumu 18 949 780 €.
- ✓ Priame ekonomické náklady na sekundárnu prevenciu v sledovanom období rokov 2009 – 2013 tvorili sumu 465 238 €.
- ✓ V sledovanom období sa v Národnom onkologickom ústave vykonalo spolu 31 224 mamografických vyšetrení, pričom priame ekonomické náklady na sekundárnu prevenciu boli vo výške 465 238 €. Počet pacientov, ktorým bol karcinóm diagnostikovaný a liečený bol 3 272 pacientkam. Celkové priame ekonomické náklady boli 18 949 780 €. Táto hodnota bola takmer 41 – krát násobne vyššia ako priame ekonomické náklady na sekundárnu prevenciu v sledovanom období rokov 2009 – 2013. Potenciálne v prípade včasnej diagnostiky karcinómu v maximálne I. klinickom štádiu bolo možné na terapiu pacientok v II., III. a IV. klinickom štádiu ušetriť v sledovanom období v NOÚ celkovo 16 964 580 €.
- ✓ Prostredníctvom včasnej diagnostiky ochorenia v maximálne I. klinickom štádiu bolo možné potenciálne zachrániť 534 životov v NOÚ v rokoch 2009 – 2013, čo predstavuje záchranu 62 % z pravdepodobných stratených životov (úmrtí).

Použitá literatúra:

1. STOMPER P.: Breast Imaging. In: HAYES D., et al.: Atlas of breast cancer. Philadelphia Cancer Inst 2000.
2. KOHLER B., WARD E., et al.: Annual report to the nation on the status of cancer, 1975 – 2007, featuring tumors of the brain and other nervous system. J Natl Cancer Inst 2011.
3. MARDIAK J., MEGO M., et al.: Karcinóm prsníka. Univerzita Komenského v Bratislave 2012, 39s. ISBN 978-80-223-3233-0.
4. HARRIS L., et al.: American Society of Clinical Oncology 2007 update od recommendations for the use of tumor markers in breast cancer. J Clin Oncol 2007 ISSN 974-4788-9400-4.
5. DERSHAW D., ABRAMSON. J., et al.: Carcinoma in situ: mammographic findings and clinical implications. Radiology Clin Oncol 2003 ISSN 842-8422-9842-0.
6. ABRAHÁMOVÁ J., et al.: Co by jste meli vedet o rakovine prsu. Praha 2009, 63.s. ISBN 978-80-247-3063-9.
7. NELSON H., TYNE K., et al.: Screening for breast cancer: an update for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2009 ISSN 987-7839-87-29

Kontakt – e-mail: siffalovic.tomas@gmail.com

Tento článok vznikol vďaka podpore v rámci OP Výskum a vývoj pre dopytovo-orientovaný projekt: Univerzitný vedecký park Univerzity Komenského v Bratislave, ITMS 26240220086 spolufinancovaný zo zdrojov Európskeho fondu regionálneho rozvoja.

Podporujeme výskumné aktivity na Slovensku/

Projekt je spolufinancovaný zo zdrojov EÚ

MINISTERSTVO ŠKOLSTVA, VEDY, VÝSKUMU A ŠPORTU SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Európska únia
Európsky fond regionálneho rozvoja

This contribution/publication is the result of the project implementation: Comenius University in Bratislava Science Park supported by the Research and Development Operational Programme funded by the ERDF

Grant number : ITMS 26240220086.

Podporujeme výskumné aktivity na Slovensku/

Projekt je spolufinancovaný zo zdrojov EÚ

MINISTERSTVO ŠKOLSTVA, VEDY, VÝSKUMU A ŠPORTU SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Európska únia
Európsky fond regionálneho rozvoja