

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PRÁVNICKÁ

Katedra veřejné správy

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Komparace problematiky nadužívání ZZS ČR se zahraničními státy

Předkládá: Bc. Nikola Hanušová

Vedoucí diplomové práce: JUDr. Miloš Matula, CSc.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci zpracovala samostatně, a že jsem vyznačila všechny prameny a potřebné odkazy na citace, dle autorského zákona a obecných zvyklostí, z nichž jsem pro svou práci čerpala, a to způsobem ve vědecké práci obvyklým.

Plzeň, březen, 2021

.....

Bc. Nikola Hanušová

Poděkování

Děkuji vedoucímu své diplomové práce JUDr. Milošovi Matulovi, CSc., za vstřícný přístup, za odborné vedení a též za poskytnuté rady a podnětné připomínky při zpracování této práce.

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta právnická

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Nikola HANUŠOVÁ**
Osobní číslo: **R19N0011P**
Studijní program: **N0421A220001 Veřejná správa**
Studijní obor: **Veřejná správa**
Téma práce: **Komparace problematiky nadužívání ZZS ČR se zahraničními státy**
Zadávající katedra: **Katedra veřejné správy**

Zásady pro vypracování

1. Úvod
2. Zdravotnická záchranná služba ČR
3. Modely přednemocniční neodkladné péče ČR
4. Problematika nadužívání ZZS
5. Zpoplatnění nadbytečných výjezdů
6. Zdravotnické operační středisko
7. Činnost posádky ZZS v rámci PNP
8. Zahraniční studie nadužívání ZZS
9. Teorie ztráty šance
10. Závěr

Rozsah diplomové práce:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:
viz zvláštní seznam

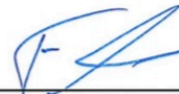
Vedoucí diplomové práce: **JUDr. Miloš Matula, CSc.**
Katedra veřejné správy

Datum zadání diplomové práce: **29. března 2020**
Termín odevzdání diplomové práce: **31. března 2021**

JUDr. Petra HRUBÁ SMRŽOVÁ, Ph.D. (v.z.)



JUDr. et PhDr. Stanislav Balík, Ph.D.
děkan



JUDr. Tomáš Louda, CSc.
vedoucí katedry

V Plzni dne 25. srpna 2020

Obsah

Úvod	8
1 Zdravotnická záchranná služba ČR	10
1.1 Legislativní rámec ZZS v ČR	10
1.2 Definice ZZS ČR	12
1.3 Výjezdové skupiny	14
1.4 Možnost svobodné volby lékaře	15
1.5 Zvýšená legislativní ochrana zdravotníků	15
2 Modely přednemocniční neodkladné péče	18
2.1 Francouzsko-germánský model	18
2.2 Anglo-americký model	18
3 Problematika nadužívání ZZS	20
3.1 Neoprávněné přivolání ZZS	20
3.2 Nadbytečný výjezd	21
4 Zpoplatnění nadbytečných výjezdů	24
4.1 Poplatek za nadbytečný výjezd	24
4.2 Rizika poplatku	25
5 Zdravotnické operační středisko	27
5.1 Klasifikace události	28
5.2 Indikace události	29
5.2.1 Legislativa spojená s problematikou indikací	30
5.3 Trestně právní rizika plynoucí z činnosti operátora ZOS	31
5.4 Statistika výjezdů ZZS KHK	32
6 Činnost posádky ZZS v rámci PNP	34
6.1 Činnost NLP v rámci PNP	34
6.2 Ponechání pacienta na místě	34
6.3 Systém odpovědnosti za nezákonné praktiky	35
7 Zahraniční studie nadužívání ZZS	37
7.1 London	37
7.2 Baltimore City	38
7.3 Sweeden	39
7.4 Osaka, Japan	40
7.5 Yokohama, Japan	41
7.6 New York State	42
7.7 Cleveland, Ohio	42
7.8 South Carolina	43
7.9 New York City	44
7.10 Queensland, Austrálie	45
7.11 Misato, Japan	47
8 Teorie ztráty šance	49
8.1 Aplikace teorie ztráty šance v ČR	50
8.1.1 Ztráta šance a deliktní odpovědnost	55
8.2 Loss of chance ve světě:	56
8.2.1 USA	59
8.2.2 Velká Británie	61

8.2.3 Austrálie.....	62
Závěr.....	64
Resume	67
Seznam zkratk	68
Seznam použité literatury a pramenů.....	69

Úvod

Předmětem této diplomové práce je pojednání o problematice nadužívání zdravotnické záchranné služby České republiky (dále jen „ZZS ČR“ nebo „ZZS“), s cílem vytvoření jejího uceleného popisu, a to vše za současného zohlednění možností redukce tzv. nadbytečných výjezdů.

První část práce charakterizuje instituci zdravotnické záchranné služby v České republice, kdy v dostatečném rozsahu, nezbytném pro potřeby porozumění následným souvislostem, jsou v jejím rámci rovněž blíže charakterizovány jednotlivé související právní předpisy.

Navazující druhá část je zaměřena na klasifikaci dvou základních modelů přednemocniční neodkladné péče (dále jen „PNP), důležitých ve vztahu k následující komparaci dané problematky se zahraničními státy. Rozdíly mezi odlišnými systémy poskytování PNP jsou zde posuzovány prostřednictvím zhodnocení základního přístupu zdravotníka k pacientovi.

Třetí část se vztahuje již k samotné problematice nadužívání ZZS. V jejím rámci jsou blíže popsány a klasifikovány situace tzv. neoprávněného přivolání ZZS a současně s tím je zde zohledněna i problematika přímé definice pojmu tzv. nadbytečného výjezdu.

Následná čtvrtá část je zaměřena na otázku zpoplatnění nadbytečných výjezdů, kdy v jejím rámci jsou následně podrobně specifikována i nesporná rizika, hrozící v případě zavedení tohoto poplatku.

V rámci páté části je charakterizována činnost dispečerů zdravotnického operačního střediska (dále jen „ZOS). Její součástí je rovněž klasifikace a indikace události, a to včetně související legislativy spojené s problematikou indikací, kdy zohledněna byla současně i trestně právní rizika plynoucí z činnosti operátora ZOS.

Šestá část práce blíže charakterizuje činnost posádky zdravotnické záchranné služby v rámci poskytování přednemocniční neodkladné péče, a to při následném bližším zaměření na činnost nelékařských pracovníků. Současně jsou zde rovněž specifikovány podmínky pro využití zákonné možnosti ponechání pacienta na místě a při zohlednění

tlaku, vyvíjeného na zdravotnické pracovníky v rámci procesu poskytování PNP, je zde blíže specifikován i s tím související systém odpovědnosti za nezákonné praktiky.

V sedmé části dochází ke komparaci problematiky nadužívání ZZS se zahraničními státy, a to konkrétně prostřednictvím analýzy několika studií nadbytečných výjezdů.

Osmá část je zaměřena na zohlednění teorie ztráty šance, jež je aktuální ve sporných otázkách pochybení zdravotnického pracovníka v rámci poskytování PNP. Rovněž tak, jako v předchozí části, zde dochází ke komparaci dané problematiky se zahraničními státy.

Závěr práce je následně věnován sumarizaci hlavních poznatků získaných v průběhu naplnění cíle diplomové práce. Vzhledem k existenci již velice hojně zpracovaného mediálního pohledu na věc je tato práce podložena převážně soudní judikaturou, zahraničními odbornými výzkumy a souvisejícími právními předpisy, kdy tato práce tedy pojednává spíše o právním, než-li medicínském, pohledu na danou problematiku, přestože jsou tyto dva pohledy v dané otázce velice úzce spjaty.

1 Zdravotnická záchranná služba ČR

1.1 Legislativní rámec ZZS v ČR

Zdravotnická záchranná služba je jakožto specifický typ zdravotní služby zakotvena v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Tento zákon definuje práva a povinnosti pacientů a osob pacientům blízkých, kdy současně stanovuje i práva a povinnosti zdravotnických pracovníků.¹

Činnost a organizace zdravotnické záchranné služby v České republice je pevně definována zejména na základě zákona č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě. Tento zákon specifikuje jednotlivé podmínky poskytování zdravotnické záchranné služby a současně stanovuje i práva a povinnosti poskytovatele ZZS či podmínky pro zajištění připravenosti poskytovatele zdravotnické záchranné služby na řešení mimořádných událostí a krizových situací.²

Zákon č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě je zvláštním právním předpisem k zákonu č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), což znamená, že zákon o zdravotních službách se použije subsidiárně, a to pouze tehdy, pokud zákon o zdravotnické záchranné službě nemá svou vlastní specifickou právní úpravu.

Z § 8 zákona č. 374/2011 přímo vyplývá, že poskytovatelem ZZS je příspěvková organizace, jež je zřízena krajem. Tato organizace musí nezbytně disponovat oprávněním k poskytování přednemocniční péče dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Povinností kraje je rovněž zajištění nepřetržité dostupnosti ZZS v rozsahu daném plánem pokrytí území kraje výjezdovými základnami ZZS.³

¹ viz § 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

² viz zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

³ viz § 8 zákona č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

Zdravotnická záchranná služba je v rámci zákona č. 374/2011 Sb. definována jako odborně zajišťovaná zdravotní služba, v jejímž rámci je na základě tísňové výzvy poskytována zejména přednemocniční neodkladná péče osobám se závažným postižením zdraví nebo v přímém ohrožení života. Pod činnost zdravotnické záchranné služby se subsumují i další činnosti stanovené v § 4 zákona č. 374/2011 Sb., jimiž jsou např. letecká záchranná služba nebo letecká přeprava orgánů k transplantaci.⁴

Dalšími zákony, jež nelze opomenout z hlediska činnosti ZZS, jsou zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, a rovněž i zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Tyto dva zákony blíže specifikují nezbytné podmínky pro získání odborné způsobilosti či upravují celoživotní vzdělávání lékařských a nelékařských zdravotnických povolání.⁵

Mezi další právní dokumenty, upravující činnost ZZS, patří vyhláška č. 240/2012 Sb., vyhláška, kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě a vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků či vyhláška č. 296/2012 Sb., o požadavcích na vybavení poskytovatele zdravotnické dopravní služby, poskytovatele zdravotnické záchranné služby a poskytovatele přepravy pacientů neodkladné péče dopravními prostředky a o požadavcích na tyto dopravní prostředky.⁶

⁴ viz § 4 zákona č. 374/2011 2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

⁵ viz zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta a zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) , dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

⁶ viz vyhláška č. 240/2012 Sb., vyhláška, kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě, vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, vyhláška č. 296/2012 Sb., o požadavcích na vybavení poskytovatele zdravotnické dopravní služby, poskytovatele zdravotnické záchranné služby a poskytovatele přepravy pacientů neodkladné péče dopravními prostředky a o požadavcích na tyto dopravní prostředky. , dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

1.2 Definice ZZS ČR

Zdravotnická záchranná služba je nezastupitelnou součástí systému zdravotních služeb v rámci celé České republiky. Za její základní úkol lze označit poskytování tzv. přednemocniční neodkladné péče osobám se závažným postižením zdraví nebo v přímém ohrožení života, což znamená poskytování péče v rámci následujících situacích:⁷

- 1) náhle vzniklé onemocnění, úraz nebo jiné zhoršení zdravotního stavu, které by mohly bez neprodleného poskytnutí PNP zapříčinit vznik dlouhodobých nebo trvalých následků, nebo by mohly případně vést až ke kompletnímu selhání životních funkcí či zapříčinit náhlou smrt;
- 2) náhle vzniklá intenzivní bolest
- 3) náhle vzniklé změny chování a jednání postiženého, které by ohrožovaly zdraví nebo život jeho samého či jiných osob.

V souvislosti s výše zmíněným se přímým ohrožením života rozumí náhle vzniklé onemocnění, úraz či jiné zhoršení zdravotního stavu, jež by bez neprodleného poskytnutí PNP mohlo vést až k náhlému selhání některé ze základních životních funkcí lidského organismu.⁸

Na tomto místě je zapotřebí poukázat na to, že ZZS nevyjíždí striktně pouze k výše specifikovaným případům, ale je trvale a mnohdy systematicky nadužívána jak občany, tak institucemi.

Z hlediska subjektů, jež využívají tísňovou linku ZZS nad rámec zákona č. 374/ 2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě lze klasifikovat volající do dvou skupin. A to na tísňová volání přicházející od občanů a na ta, inicovaná z podnětu institucí.

⁷ viz §2 odst. 1 zákona č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě, dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

⁸ viz §3 zákona č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě, dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

1. K užívání ZZS nad rámec zákona občany dochází z následujících důvodů:

- a) Náhrada služeb lékařské pohotovostní služby (např. chřipka, angína)⁹
- b) Náhrada ošetření v rámci služeb praktického lékaře (z důvodu dlouhého čekání, nemožnosti opustit pracoviště)
- c) Využití ZZS jako prostředku pro přednostní vstup do zdravotnického zařízení (přednostní příjem)
- d) Využití pro celkový vstup do zdravotního systému (lidé bez pojištění, bez praktického lékaře)
- e) Náhrady dopravní zdravotní služby (rychlý transport na vyšetření, úspora benzínu)
- f) Ignorace či neznalost standardních zavedených postupů ve vztahu ke zdravotní péči

2. Užívání ZZS nad rámec zákona institucemi probíhá nejčastěji prostřednictvím těchto organizací:

- a) Domovy pro seniory, zařízení sociální péče, různé léčebné ústavy (ZZS zde doplňuje případnou nedostupnost smluvního lékaře či interní nedostatek kvalifikovaného zdravotnického personálu)
- b) Internáty, domovy pro mládež, jiná školská zařízení (nemožnost či neochota doprovodit adolescenta k praktickému lékaři či na pohotovost, rovněž i určitá tvorba alibi)
- c) Policie (asistence u opilců v protialkoholní záchytné stanici, prohlídky zemřelých, neurgentní výjezdy do cel předběžného zadržení)

V důsledku výše zmíněného užívání ZZS nad rámec zákona může dojít k zahlcení systému ZZS, k pracovnímu přetížení záchranářů, kdy primárně hrozí riziko nedostupnosti posádky adekvátní odbornosti v případech zdvojených výzev, či v případech mimořádných událostí¹⁰

⁹ dle § 110 odst 2. zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), dostupné z: <https://www.beck-online.cz> se lékařskou pohotovostní službou rozumí ambulantní péče poskytovaná pacientům v případech náhlé změny zdravotního stavu či při zhoršení průběhu onemocnění. Kdy o pohotovostní služby nejde v případech, kdy je ambulantní péče poskytována v rámci pravidelné ordinační doby poskytovatele.“

¹⁰ viz *Urgentní medicína: Časopis pro neodkladnou lékařskou péči*. Praha: MEDIPRAX CB s.r.o., 2019, ISSN 1212–1924, dostupné z: https://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM2019_1.pdf

Činnost poskytovatelů ZZS je metodicky řízena Ministerstvem zdravotnictví.¹¹ Zřizovatelem ZZS je dle zákona kraj, z čehož plyne, že v ČR je zřízeno 14 krajských záchranných služeb. ZZS ovšem není součástí nemocnice ani jiné organizace, ale působí samostatně, což zajistilo již přijetí vyhlášky č. 434 MZ ČR, o zdravotnické záchranné službě v roce 1992. ZZS je dále dle zákona č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů považována za součást integrovaného záchranného systému (dále jen „IZS“), do něhož patří i policie, hasiči ostatní složky IZS. Tento systém koordinuje postup při záchranných akcích, kdy dochází ke vzájemné spolupráci výše zmíněných bezpečnostních složek.¹²

1.3 Výjezdové skupiny

Výjezdová skupina má vždy nejméně 2 členy, kdy z členů výjezdové skupiny je poskytovatelem zdravotnické záchranné služby určen její vedoucí.¹³

V současnosti jsou k případům po zhodnocení konkrétních okolností vysílány 4 typy výjezdových skupin ZZS:

- 1) **RLP**- Rychlá lékařská pomoc: lékař + záchranář + řidič/záchranář
- 2) **RZP**- Rychlá zdravotnická pomoc: záchranář + řidič/záchranář
 - Tyto výjezdové skupiny RZP poskytují PNP na základě indikace, a to buď samostatně, či ve spolupráci s lékařem v setkávacím systému RV nebo rovněž ve spolupráci s LZS
- 3) **RV**- Rendez vous: lékař + řidič/záchranář
 - Tyto výjezdové skupiny spolupracují převážně v setkávacím systému s výjezdovými skupinami RZP, a to pokud je u pacienta indikována přítomnost lékaře.
- 4) **LZS**- Letecká záchranná služba- lékař + záchranář + pilot¹⁴
 - Letecká výjezdová skupina poskytuje primární PNP v rámci celého kraje a sekundární transporty v rámci celé České republiky.

¹¹ viz §23 zákona č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě, dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

¹² viz Integrovaný záchranný systém. Ministersvo vnitra ČR. [online] 2015. [cit. 3.3.2021] Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/clanek/pojmove-oblasti-integrovan-y-zachranny-system.aspx>.

¹³ viz §13 zákona č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě, dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

¹⁴ viz Slabý MUDM. Organizace a financování ZZS v ČR. Urgmed. [online] 2015. [cit. 1.3.2021] Dostupné z: http://www.urgmed.cz/ostatni/2014_PS_PCR/07%20-%20slab%C3%BD.pdf.

1.4 Možnost svobodné volby lékaře

V komparaci se všemi ostatními druhy zdravotní péče v ČR je v rámci poskytování PNP prostřednictvím zdravotnické záchranné služby specifickým fakt, že při ní nelze z pohledu pacienta uplatnit možnost svobodné volby lékaře, a to jak při poskytování PNP jako takové, tak rovněž i v otázce následného výběru cílového zdravotnického zařízení. Výjimka je v tomto ohledu stanovena z toho důvodu, že zde je klíčovým faktorem čas, a proto je v rámci služeb ZZS zpravidla zajišťován transport pacienta do nejbližší dostupného zdravotnického zařízení, jež je pacientovi schopno poskytnout potřebné zdravotní služby s adekvátní odborností vzhledem k jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu.¹⁵

Právo na výběr poskytovatele zdravotních služeb a současně i na výběr konkrétního zdravotnického zařízení zaručuje pojištěncům zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.¹⁶ Rovněž i prostřednictvím zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách je stanoveno, že pacient má při poskytování zdravotních služeb právo sám si zvolit poskytovatele oprávněného k poskytnutí zdravotních služeb, jež odpovídají aktuálním zdravotním potřebám pacienta, a současně má i právo zvolit si zdravotnické zdravotnické zařízení, pokud není tímto zákonem nebo jiným právním předpisem stanoveno jinak. A právě u ZZS tomu tak je, a to konkrétně dle § 29 odst. 2 písm.a) zákona č. 372/2011 Sb., jenž stanovuje, že se možnost volby poskytovatele a zdravotnického zařízení nevztahuje (mj.) na ZZS, a ani poskytovatele zdravotních služeb, ke kterému poskytovatel zdravotnické záchranné služby pacienta následně transportuje.¹⁷

1.5 Zvýšená legislativní ochrana zdravotníků

Na základě situací, kdy byly posádky ZZS neoprávněně napadeny agresivními pacienty vyvstaly diskuze, zda by situaci nevyřešilo zákonné ustanovení osoby zdravotníka jako osoby úřední.

¹⁵ viz § 3 písm. d) zákona č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě, dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

¹⁶ viz § 11 odst. 1 písm. b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

¹⁷ viz § 29 odst. 2. písm. a) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

V současné době dle § 127 odst. 1 trestního zákoníku jsou za úřední osoby považováni soudci, státní zástupci, prezident ČR, poslanec nebo senátor Parlamentu ČR, člen vlády ČR nebo jiná osoba zastávající funkci v jiném orgánu veřejné moci, člen zastupitelstva nebo odpovědný úředník územní samosprávy, orgánu státní správy nebo jiného orgánu veřejné moci, příslušník ozbrojených sil nebo bezpečnostního sboru nebo strážník obecní policie, soudní exekutor při výkonu exekuční činnosti a při činnostech vykonávaných z pověření soudu nebo státního zástupce, notář při provádění úkonů v řízení o dědictví jako soudní komisař, finanční arbitr a jeho zástupce, fyzická osoba, která byla ustanovena lesní stráží, stráží přírody, mysliveckou stráží nebo rybářskou stráží, pokud plní úkoly státu nebo společnosti a používá při tom svěřené pravomoci pro plnění těchto úkolů.¹⁸

Z dikce zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku ovšem plyne, že přestože zdravotník není považován za úřední osobu, bude útok na něho potrestán stejně přísně, jako by úřední osobou byl.¹⁹

Konkrétně v § 3 odst. 3 trestního zákoníku je stanoveno, že spáchá-li někdo trestný čin úmyslného usmrcení jiného či úmyslného usmrcení s rozmyslem nebo po předchozím uvážení na zdravotnickém pracovníkovi při výkonu zdravotnického zaměstnání nebo povolání směřujícího k záchraně života nebo ochraně zdraví, nebo na jiném, který plnil svoji obdobnou povinnost při ochraně života, zdraví nebo majetku vyplývající z jeho zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce nebo uloženou mu podle zákona, bude potrestán odnětím svobody na patnáct až dvacet let nebo výjimečným trestem.²⁰

Z této legislativní úpravy plyne pro zdravotníky výhoda v tom, že zákon jim poskytuje stejnou legislativní ochranu, jako úředním osobám, ale současně jim neukládá možnost stíhání pro trestné činy úředních osob.

¹⁸ viz § 127 odst. 1 zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku, dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

¹⁹ viz zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

²⁰ viz § 3 odst. 3 zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku, dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

Tato legislativní úprava ovšem není adekvátním řešením situace problematického výjezdu, ale pouze jejím důsledkem. Jedná se pouze o pasivní ochranu, která samotnému útoku na záchranáře nezbrání, nýbrž řeší až následný stav po útoku.

2 Modely přednemocniční neodkladné péče

Principy poskytování přednemocniční neodkladné péče vychází ze dvou základních modelů, jež jsou označovány jako francouzsko-germánský a anglo-americký. Z mezinárodního hlediska jsou ovšem tyto dva systémy známy především pod pojmy „scoop and run“ a „treat and stabilize“. Hlavní rozdíly výše zmíněných modelů jsou posuzovány na základě zhodnocení základního přístupu zdravotníka k pacientovi.

V současné době se oba modely ve většině zemí značně prolínají a nedochází tak ke striktnímu uplatňování pouze jednoho z nich.

2.1 Francouzsko-germánský model

Tento model je založen na konceptu „treat and stabilize“ nebo „delay and treat“, tzn. „ošetření a stabilizace na místě“. Při uplatnění tohoto systému dochází k zajištění pacienta zdravotníkem již v terénu, a to na úrovni srovnatelné se standardy péče nemocniční. Zajištění pacienta probíhá pod vedením zkušeného zdravotníka, s většími kompetencemi, který je současně schopen v terénu provést i takové zákroky, jež se standardně provádějí za velmi aseptických podmínek na operačním sále.

Zásluhou řádně proškoleného personálu, jež je schopen určit diagnózu, jsou zajištění pacienti transportováni mnohdy přímo na specifické specializované oddělení, a tím se předchází vzniku možné prodlevy, která by nastala při převozu na oddělení urgentního příjmu²¹

Tento model převládá v mnoha evropských státech, jimiž jsou například ČR, Německo, Rakousko, Francie, Lucembursko, Švýcarsko či Malta.²²

2.2 Anglo-americký model

V porovnání s předchozím systémem je tento model založen na filozofii „scoop and run“, tzn. „naložit a odvézt“. Při použití tohoto modelu dochází po příjezdu zdravotnické záchranné služby pouze ke stabilizaci základních životních funkcí daného pacienta a poté k jeho následnému transportu do nemocnice v rámci co nejkratšího

²¹ viz EMS: a practical global guidebook. Editor Judith E Tintinalli, Peter Cameron, C Holliman. Shelton, Ct.: People's Medical Publishing House, 2010, 667 p., page 11, ISBN 978-160-7940-431

²² tamtéž

časového intervalu. Pacienti jsou transportováni na oddělení urgentních příjmů, kde dochází k jejich předání do rukou lékaře a jeho týmu. Řádná nemocniční péče je jim tedy poskytnuta až prostřednictvím následného nemocničního zařízení.

Tento model ovšem nachází uplatnění i v zemích, kde za standartních okolností převládá model francouzsko-germánský, a to převážně v případech traumat či vnitřních krvácení, a to v důsledku absence prostředků pro stabilizaci pacienta na místě v těchto obtížných situacích.

V mnoha státech jsou záchranné služby provozovány jinými složkami, jimiž mohou být policie nebo hasiči. V takových případech je značně větší důraz je kladen na praxi v nemocnicích než v terénu. Tento systém přednemocniční neodkladné péče se využívá například v USA, Kanadě, Novém Zélandu, Austrálii či Iránu.²³

Rozdíly v modelech PNP

Francouzsko-germánský model	Anglo-Americký model
více se léčí na místě	méně se léčí na místě
méně transportovaných pacientů	více transportovaných pacientů
lékaři s podporou paramediků	paramedik a řidič
odborná péče o pacienta v terénu	odborná péče o pacienta až v nemocnici
transport na specifické oddělení	transport na urgentní příjem

²³ EMS: a practical global guidebook. Editor Judith E Tintinalli, Peter Cameron, C Holliman. Shelton, Ct.: People's Medical Publishing House, 2010, xvii, 667 p. ISBN 978-160-7950-431.

3 Problematika nadužívání ZZS

3.1 Neoprávněné přivolání ZZS

Primárně je nezbytné diferencovat problematiku neoprávněného přivolání ZZS na dvě skupiny:

- 1) V případě, že dojde k výjezdu posádky ZZS a stav pacienta se následně ukáže jako nezávažný, nehrozí volajícímu žádný právní postih. Důležitým faktorem je zde současně fakt, že rozhodnutí o vyslání sanitky (či případně jiné řešení události) nečiní přímo osoba volající, ale operátor ZOS, jehož následnou odpovědností je indikace události ke které posádka vyjíždí.
- 2) Ovšem právní postih je na místě pokud dojde k telefonátu, jež je následně kvalifikován jako úmyslné zneužití tísňové linky. Jedná se primárně o situace, kdy volající úmyslně poskytne operátorovi ZOS klamavé informace a na základě indikace dané fiktivní situace je na míto určení vyslána posádka ZZS zcela zbytečně.

Dle zákona č. 127/2005 Sb., o elektronických komunikacích a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o elektronických komunikacích) se ten, kdo uskutečňuje zlomyslná volání na číslo tísňového volání, dopouští přestupku za nějž lze fyzické osobě uložit pokutu do až výše 200.000 Kč.²⁴

Při posouzení v trestněprávní rovině se pachatel může rovněž dopustit trestného činu (dále jen „TČ“) úmyslného poškození obecně prospěšného zařízení nebo ohrožení jeho provozu či využívání, v důsledku čehož může být potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti.²⁵

Dále by se mohlo jednat rovněž o TČ šíření poplašné zprávy. Kdy v případě šíření takové zprávy, která je způsobilá vyvolat opatření vedoucí k bezdůvodné záchranné práci integrovaného záchranného systému, by mohl být pachatel potrestán odnětím svobody na šest měsíců až tři léta či zákazem činnosti. Pokud by ovšem volající

²⁴ viz § 119 zákona č. 127/2005 Sb., o elektronických komunikacích a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o elektronických komunikacích), dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

²⁵ viz §276 zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku, dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

tento TČ páchal opětovně, hrozil by mu trest odnětí svobody ve výši jednoho roku až pěti let.²⁶

3.2 Nadbytečný výjezd

Nadbytečné užití zdravotnické záchranné služby lze obecně definovat jako použití transportu ZZS pro jiné než urgentní zdravotní stavy v případech, kdy pacient nevyužije alternativní dostupnou dopravu. Dochází tím k odčerpávání prostředků zdravotnického systému, a primárně může toto jednání oddálit péči o pacienty, jež opravdu urgentní pomoc potřebují. Rostoucí počet studií naznačuje, že dochází k nevhodnému užívání ZZS, ale jen málo studií zkoumá, jak jsou konstruovány perspektivy nevhodného použití.

Nadužívání služeb ZZS je mnohdy způsobeno neoprávněně, ale přesto neumýšlně z důvodu neznalosti či obav, ale rovněž i poměrně účelově z důvodu pohodlnosti či lenosti. Dokázat volajícímu úmysl je v otázce nadbytečného výjezdu nezřídká, ať už z právního či etického hlediska, velký problém. V souvislosti s tím je rovněž nutno zohlednit i fakt, že ne vždy je volající osobou pacient sám.

Dalším diskutovaným problémem je současně to, že v rámci služeb zdravotnické záchranné služby dochází k suplování obtížně dostupné primární péče. Výjezdová posádka ZZS tak často zastupuje služby praktických lékařů mimo jejich ordinace hodiny, služby smluvních lékařů různých sociálních zařízení či například lékaře vězeňských služeb.

Nezanedbatelným faktorem je rovněž to, že na stoupajícím počtu výjezdů se v nemalé míře projevují i faktory demografické. Dochází ke stárnutí populace, kdy se současně prodlužuje i střední délka života. Typickým pacientem ZZS tak nebývá pacient po dopravní nehodě, nýbrž postarší člověk s několika dlouhodobými chorobami.

V návaznosti na výše uvedené problémy by posílení primární péče mělo na danou problematiku pozitivní dopad. Například sdružené praxe praktických lékařů, v jejichž rámci by došlo k rozšíření ordinace doby, by rovněž mohlo znamenat nezanedbatelný podíl na redukci počtu výjezdů ZZS.

²⁶ viz § 357 zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku, dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

Z druhého pohledu je dalším diskutovaným tématem v rámci nadbytečných výjezdů i to, že jsou tyto výjezdy zdravotnickou záchrannou službou prováděny zcela účelně, kdy zdravotní pojišťovny přispívají na financování ZZS dle počtu výjezdů, a krajům se tak snižuje míra jejich finančního podílu. Pro toto tvrzení ovšem, rovněž v důsledku neexistence konkrétní definice nadbytečného výjezdu, neexistuje žádný relevantní důkaz.

Nelze ovšem říci, že nadbytečné výjezdy jsou zapříčiněny přivoláním ZZS ke každé maličkosti, a to primárně v důsledku toho, že volající není tím, kdo v konečné fázi rozhoduje o vyslání posádky na místo události. O tom rozhoduje operátor příslušného krajského operačního střediska, a to na základě jemu dostupných, aktuálně známých, informací o konkrétní události. Cca 10-15% situací je operačním střediskem vyřešeno konzultační formou a výjezdová skupina není dispečerem na místo události vůbec vyslána.²⁷

Dle § 2 odst. 1 zákona o zdravotnické záchranné službě je ZZS považována za zdravotní službu, v jejímž rámci dochází na základě tísňové výzvy, k poskytování zejména PNP osobám se závažným postižením zdraví nebo v přímém ohrožení života. Z tohoto ustanovení tak lze dovodit, že žádný výjezd k pacientovi, jenž se cítí takto ohrožen nelze označit za zbytečný.²⁸

V rámci navrhovaných řešení bývá jednotlivě navrhována například tvorba sítě urgentních příjmů na okresní úrovni, tvorba a ověření bezpečných algoritmů pro ponechání pacienta na místě, možnost předání pacienta praktikovi, navýšení kompetencí zdravotnických záchranářů, kontrolovaný systém telefonických konzultací k řešení méně závažných problémů, znovuzavedení LSPP, zpoplatnění nadbytečných výjezdů, či vzdělávání veřejnosti, jež by mohlo vést eliminaci situací, kdy nezávažnost rozpozná až zdravotník na místě události,...

Některá navrhovaná řešení dané problematiky by mohla mít efektivní dopad, a jiná se po pečlivějším uvážení jeví jako nevhodná, ovšem žádné z nich nemůže situaci

²⁷ viz Tisková zpráva. Zdravotnická záchranná služba Hl.m.Prahy. [online], 2020, [cit. 1.2.2021]
Dostupné z: <https://www.zzshmp.cz/aktuality>

²⁸ viz § 2 odst. 1 zákona o zdravotnické záchranné službě, dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

kompletně samo o sobě vyřešit, ale rozhodně mohou samy o sobě více či méně omezit problematické nadužívání ZZS. Tento problém by bylo adekvátní řešit komplexně, a to kombinací více možných řešení.

4 Zpoplatnění nadbytečných výjezdů

4.1 Poplatek za nadbytečný výjezd

ZZS není považována za službu pohotovostní ve smyslu zákona ZZS, a proto se za její pomoc nehradí regulační poplatek. Lékařskou pohotovostní službou (dále jen „LPS“) se dle § 110 odst. 2 zákona 372/2011 Sb. rozumí ambulantní péče poskytovaná pacientům v případech náhlé změny jejich zdravotního stavu či při náhlém zhoršení průběhu onemocnění, přičemž tyto obtíže vznikly v době mimo pravidelný provoz ordinace jejich obvodního lékaře či v době mimo pravidelný provoz dostupných ambulantních zdravotnických zařízení.²⁹

Na rozdíl od ZZS poskytuje LPS zdravotní péči v takových případech, v nichž nejsou pacienti neohroženi na životě a nevyžadují proto neodkladný zásah zdravotnické záchranné služby. Takovými případy jsou například horečky, nachlazení, bolesti v krku, či bolesti zad.³⁰

Zákonem není stanovena povinnost úhrady poplatku při zbytečném výjezdu záchranné služby, ovšem pro případ zneužívání tísňové linky je zde dána příslušnému krajskému zdravotnickému operačnímu středisku možnost, požádat operátora o zablokování konkrétního čísla, ze kterého neoprávněné poplašné volání směřuje.³¹

Přes výše uvedené ovšem v roce 2018 oznámilo Ministerstvo zdravotnictví, že uvažuje o zavedení jednorázového poplatku za neoprávněné přivolání ZZS. Hledisko neoprávněnosti by v každém konkrétním případě museli individuálně zhodnotit samotní záchranáři nebo by bylo možné neoprávněnost posuzovat podle toho, zda byl pacient po převozu a následném ošetření propuštěn domů či nikoliv.³²

²⁹ viz § 110 odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

³⁰ viz Lékařská pohotovostní služba. Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje. [online], 2018, [cit. 4.2.2021] Dostupné z: <https://www.zzsck.cz/pro-verejnost/tisnova-linka-155/lekarska-pohotovostni-sluzba>

³¹ viz zákon č. 127/2005 Sb., o elektronických komunikacích a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o elektronických komunikacích), dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

³² uvedl pro MF DNES náměstek ministerstva zdravotnictví Roman Prymula: iDnes.cz, Ať lidé za zneužití záchranky platí, navrhuje ministerstvo zdravotnictví. [online], 2018, [cit. 1.3.2021] Dostupné z: <https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/zneuziti-zachranky-ministerstvo-zdravotnictvi>

4.2 Rizika poplatku

Vzhledem k faktu, že o vyslání posádky ZZS nerozhoduje sám pacient, bylo by přinejmenším nevhodné, aby šla v určitých situacích stanovená sankce právě k jeho tíži. O vyslání posádky rozhoduje po odborném zhodnocení celé události, na základě aktuálně dostupných informací, kvalifikovaný operátor ZOS a o následném transportu do nemocnice na místě události zasahující posádka ZZS.³³ V případech, kdy je nepochybně zřejmé, že je zdravotní stav pacienta nezávažný a nehrozí ani žádné další nebezpečí zhoršení zdravotního stavu, měl by být pacient posádkou ZZS ponechán na místě události. Ovšem pokud se zdravotní stav pacienta jevil jako potenciálně závažný a byl převezen do nemocnice, kde byl na základě dalších vyšetření jeho stav ex post zhodnocen jako nezávažný, mělo by riziko sankce jít k tíži toho, kdo o transportu rozhodl. Z žádného racionálního úhlu pohledu zde ovšem nevidím logický důvod pro to, aby se zdravotník v případě pochybností o závažnosti zdravotního stavu pacienta musel navíc obávat možnosti sankce ke své vlastní tíži za to, že by se pacientův stav ukázal jako nezávažný.

Dalším sporným faktorem je to, že k přivolání ZZS nedochází zdaleka vždy na základě žádosti samotného pacienta. Vznikla by zde tedy obtížně řešitelná problematika toho, kdo by byl adresátem případné sankce. Zda by šlo o osobu samotného pacienta či o osobu jemu pomoc v dobré víře přivolávající. V případě, že by se pokuta vztahovala i na osoby odlišné od pacienta, hrozilo by zde riziko aburdních situací toho, kdy by se lidé obávali poskytovat první pomoc prostřednictvím přivolání ZZS v důsledku hrozby sankce. Rovněž pokud by byla stanovena odpovědnost za přivolání pouze pro samotného pacienta, hrozilo by riziko účelného převádění této odpovědnosti na druhé, kdy by následně docházelo k situacím, ve kterých by pacient pro jistotu na tísňovou linku nevolal sám a žádal tak o zavolání druhé.

Z legislativního pohledu rovněž není přípustné stanovit povinnost úhrady poplatku či pokuty bez zákonného podkladu, jež by udával přesný rámec vymezení tzv. „zbytečného výjezdu“. Povinnost úhrady by navíc, bez stanoveného rámce, byla zcela neoprávněně určována na základě čistě subjektivního posouzení aktuálně přítomného pracovníka ZZS na místě události, jenž by navíc v případě sporu

³³ viz § 4 písm. b) zákona č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě, dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

o oprávněnosti/neoprávněnosti udělení sankce byl povinen za své rozhodnutí nést náležitou zodpovědnost. Nadto by prokázání zneužití ZZS vždy bylo úkolem dotčené zdravotnické záchranné služby, kdy toto by se prokazovalo bez stanoveného rámce velice obtížně.

V důsledku zavedení poplatku rovněž hrozí riziko nárůstu agresivity vůči výjezdovým posádkám zdravotnické záchranné služby.

Ovšem závěrem je nezbytné podotknout, že ani v rámci opatření finančního postihu by nebylo možné vyfiltrovat všechny skutečně nadbytečné výjezdy. Například ten, kdo by úmyslně chtěl služeb ZZS využít například pouze k transportu do nemocnice si poradí vždy. Pokud si například takový „pacient“ závažné zdravotní obtíže vymyslí, či přibarví a bude na nich trvat, operátor ZOS k němu výjezdovou posádku vyšle. Zde by mohl opět nastat spor v tom, jak rozlišovat zvýšené subjektivní vnímání nově vzniklé bolesti a účelný popis aktuálního (mnohdy chronického, neurgentního) zdravotního stavu jako závažnějšího, či náhle zhoršeného.

Nadto je zapotřebí říci, že zavedení poplatku za nadbytečný výjezd by ovšem nemuselo ve výsledku být adekvátním řešením situace problematického výjezdu, ale pouze jeho důsledkem, kdy výjezd by byl vyhodnocován až ex post. Ze strachu z finančního postihu by mohl spíše neplánovaně zapříčinit redukcí těch skutečně potřebných výjezdů.

5 Zdravotnické operační středisko

Zdravotnické operační středisko je centrálním pracovištěm operačního řízení ZZS, které rovněž funguje v režimu nepřetržitého provozu.³⁴

Poskytovatel ZZS je povinen prostřednictvím organizačně provozního řádu ZOS stanovit činnosti, pracovní postupy a organizační a provozní podmínky práce zaměstnanců v rámci ZOS i v rámci pomocného operačního střediska, kdy současně s tím vymezí území pro operační řízení pomocným operačním střediskem, a to v takových případech, ve kterých je pomocné operační středisko zřízeno.³⁵

V rámci organizačně provozního řádu ZOS jsou rovněž mimo jiné upraveny pracovní postupy pro vyhodnocování stupně naléhavosti tísňového volání a vysílání výjezdových skupin (včetně stanovení jejich složení a počtu), postupny vysílání výjezdových skupin na žádost zdravotnického operačního střediska nebo pomocného operačního střediska jiného poskytovatele zdravotnické záchranné služby či jsou v něm stanoveny podmínky pro zpětné vyhodnocování postupů operátorů zdravotnického operačního střediska za účelem zkvalitnění operačního řízení.³⁶

Hlavní činnost ZOS zahrnuje:

- příjem a vyhodnocení tísňových volání
- převzetí a vyhodnocení výzev a vyrozumění přijatých od základních složek IZS a od orgánů krizového řízení
- vydávání pokynů výjezdovým skupinám na základě přijatých tísňových výzev
- poskytování instrukcí k zajištění první pomoci prostřednictvím sítě elektronických komunikací, je-li nezbytné poskytnout první pomoc do příjezdu výjezdové skupiny na místo události
- spolupráci s ostatními zdravotnickými operačními středisky, pomocnými operačními středisky a operačními a informačními středisky IZS
- koordinaci činnosti pomocných operačních středisek

³⁴ viz § 11 odst. 1 zákona č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě, dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

³⁵ viz § 11 odst. 5 zákona č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě, dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

³⁶ viz § 4 vyhlášky č. 240/2012 Sb. kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě, dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

- zajišťování komunikace mezi poskytovatelem ZZS a poskytovateli akutní lůžkové péče
- koordinaci předávání pacientů cílovým poskytovatelům akutní lůžkové péče,
- koordinaci přepravy pacientů neodkladné péče mezi poskytovateli zdravotních služeb dle zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách³⁷

5.1 Klasifikace události

Jedním z primárních úkolů operátora ZOS je vedle lokalizace události nahlášené volajícím i její klasifikace. Tzn. popsat pacientovy obtíže.

Při určování klasifikace události je zásadním parametrem to, jaký je původ pacientova stavu, kvůli němuž bylo tísňové volání uskutečněno. Zda se v daném případě jedná o nemoc, nebo o výsledek působení vnějšího děje (úrazy, otravy). Zatímco u nemoci je v rámci stanovení klasifikace primární informace o stavu pacienta, tak v těch případech, kde na pacienta působí nějaký vnější děj může být daný nepříznivý děj z hlediska významu klíčovým faktorem pro následné stanovení klasifikace. Další možností klasifikace události je klasifikace na základě diagnózy, která je ovšem méně obvyklá a probíhá zejména u sekundárních transportů mezi zdravotnickými zařízeními, kdy jsou informace o diagnóze pacienta považovány za spolehlivé.

V případech, kdy jsou známy oba faktory, tzn. aktuální zdravotní stav pacienta i děj, jenž nepříznivý zdravotní stav způsobil, jsou v rámci výsledné klasifikace zohledněny oba faktory. Což je ideální možností z hlediska toho, že momentální příznivý zdravotní stav pacienta ve všech případech nevylučuje závažné skryté poranění s nebezpečím následného rychlého zhoršení pacientova zdravotního stavu.³⁸

³⁷ viz § 11 odst. 2 zákona č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě, dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

³⁸ viz FRANĚK, Ondřej. 2009. Manuál dispečera zdravotnického operačního střediska. 1. vyd. Praha: Ondřej Franěk, 238s. ISBN 978-80-905651-1-1., str. 81

Klasifikace probíhá primárně na základě:

- aktuálního zdravotního stavu pacienta (v případě nemoci)
- závažnosti děje s přihlédnutím k aktuálnímu zdravotnímu stavu (v případě úrazu nebo intoxikace)
- diagnózy s přihlédnutím k aktuálnímu zdravotnímu stavu (ve speciálních případech)³⁹

Na základě klasifikace konkrétní události a specifikace jejího rozsahu dochází ke stanovení naléhavosti zásahu ZZS a k následnému určení odbornosti výjezdové posádky ZZS (indikace).⁴⁰

5.2 Indikace události

Na základě výše popsané klasifikace události probíhá její indikace. Tzn. určení stupně naléhavosti (priority) daného případu a současně i určení požadovaného druhu (odbornosti) vyslané výjezdové posádky. Na určení, jaká výjezdová skupina má být k danému případu vyslána, se tedy podílejí oba uvedené parametry.⁴¹

Stupeň naléhavosti zpravidla odpovídá typu zdravotních obtíží pacienta, respektive popsanému, dosud proběhlému, ději. Primárním důvodem k určování stupně naléhavosti je předejít situacím, kdy by posádka vyšší odbornosti zasahovala u případů s menší naléhavostí a nebyla dostupná pro situace, ve kterých má například přítomnost lékaře měřitelný vliv na úspěšnost léčby.⁴²

V porovnání s určováním stupně naléhavosti je určení odbornosti výjezdové posádky specifické pro každý konkrétní systém PNP.⁴³

Problém ovšem nastává v subjektivním pohledu na naléhavost situace ze strany volajícího. Vážný zdravotní stav může být mnohdy v rámci tísňového hovoru popsán jako

³⁹ viz FRANĚK, Ondřej. 2009. Manuál dispečera zdravotnického operačního střediska. 1. vyd. Praha: Ondřej Franěk, 238s. ISBN 978-80-905651-1-1., str. 80

⁴⁰ viz FRANĚK, Ondřej. 2009. Manuál dispečera zdravotnického operačního střediska. 1. vyd. Praha: Ondřej Franěk, 238s. ISBN 978-80-905651-1-1., str. 76

⁴¹ viz FRANĚK, Ondřej. 2009. Manuál dispečera zdravotnického operačního střediska. 1. vyd. Praha: Ondřej Franěk, 238s. ISBN 978-80-905651-1-1., str. 199

⁴² tamtéž

⁴³ viz FRANĚK, Ondřej. 2009. Manuál dispečera zdravotnického operačního střediska. 1. vyd. Praha: Ondřej Franěk, 238s. ISBN 978-80-905651-1-1., str. 122

méně závažný, ale operátor musí zvážit i riziko závažného skryté poranění s nebezpečím následného rychlého zhoršení pacientova zdravotního stavu. Stejně tak může být ale například výron v kotníku volajícím popsán jako závažný zdravotní stav s nesnesitelnou bolestí či nehybností. Mnohé situace lze tedy korektně vyhodnotit až ex-post a nikoli již v průběhu příjmu tísňové výzvy na operačním středisku.

5.2.1 Legislativa spojená s problematikou indikací

Dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků zdravotnický záchranář může bez odborného dohledu *přijímat, evidovat a vyhodnocovat tísňové výzvy z hlediska závažnosti zdravotního stavu pacienta a podle stupně naléhavosti, zabezpečovat odpovídající způsob jejich řešení za použití telekomunikační a sdělovací techniky, provádět telefonní instruktáž k poskytování první pomoci a poskytovat další potřebné rady za použití vhodného psychologického přístupu.*⁴⁴

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví 240/2012 Sb., již se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě, specifikuje klasifikaci stupňů naléhavosti tísňového volání a upravuje obsah vnitřního řádu operačního střediska. *„Operátor zdravotnického operačního střediska nebo pomocného operačního střediska vysílá výjezdové skupiny na místo události podle stupně naléhavosti tísňového volání, a to v pořadí od prvního stupně naléhavosti. V případě prvního stupně naléhavosti tísňového volání je na místo události přednostně vyslána nebo přesměrována nejbližší dostupná výjezdová skupina; je-li touto výjezdovou skupinou výjezdová skupina rychlé zdravotnické pomoci, je na místo události současně vyslána nebo přesměrována výjezdová skupina rychlé lékařské pomoci.“*⁴⁵

*„Při převzetí tísňového volání s vyhodnoceným stupněm naléhavosti od zdravotnického operačního střediska nebo pomocného operačního střediska jiného poskytovatele zdravotnické záchranné služby se přejímá již určený stupeň naléhavosti.“*⁴⁶

⁴⁴ viz § 17 odst. 1 písm. n) vyhlášky č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

⁴⁵ viz § 2 odst. 2 vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 240/2012 Sb., kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě, dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

⁴⁶ viz § 2 odst. 3 Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 240/2012 Sb., kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě, dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

Dále lze na dotčenou problematiku aplikovat vybrané části zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku a rovněž i zákona č. 262/2006 Sb., zákoníku práce.

5.3 Trestně právní rizika plynoucí z činnosti operátora ZOS

Dispečer se v rámci procesu příjmu tísňové výzvy může dopustit trestného činu neposkytnutí pomoci dle §150 zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku nebo trestného činu ublížení na zdraví z nedbalosti dle §148 zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku.⁴⁷

1) TČ neposkytnutí pomoci

- podindikace události a následné nevyslání posádky ZZS (jedná se o situace neposkytnutí pomoci pacientovi, jenž jeví známky poruchy zdraví, ale rovněž i o situace, kdy pacient tyto známky nejeví, ale může být přítom v situaci ohrožení života

2) TČ ublížení na zdraví z nedbalosti

- chybné poskytování telefonické asistence při TAPP a TANR,
- neposkytnutí nezbytných instrukcí po telefonu – takových, které by vedly ke zmírnění či odstranění známek ohrožení života
- chybná lokalizace události s následným pozdním dojezdem posádky ZZS na místo nehody
- neoprávněné zdržení vyslání posádky ZZS

Pro operátora ZOS, stejně jako pro ostatní zdravotnické pracovníky, platí povinnost postupu lege artis, a to sice poskytovat služby na náležitě odborné úrovni dle pravidel vědy a uznávaných medicínských poznatků s ohledem na individualitu každého pacienta, stejně jako s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti.⁴⁸

Na základě §150 trestního zákoníku je definován TČ neposkytnutí pomoci, v němž je stanoveno, že „*Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo jiného vážného onemocnění, neposkytne potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na*

⁴⁷ viz §150 zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku, §148 zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku, dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

⁴⁸ viz § 4 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

dvě léta. “ A současně v jeho druhé části je upřesněno „Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo vážného onemocnění, neposkytne potřebnou pomoc, ač je podle povahy svého zaměstnání povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti.“⁴⁹

V případě, kdy by operátor ZOS podíndikoval událost, jednalo by se situaci odborného pochybení. Z hlediska následného vzniku trestní odpovědnosti jsou nezbytnými aspekty prokázání porušení povinnosti, stejně tak jako prokázání příčinné souvislosti mezi daným porušením a nepříznivým následkem, kdy současně je nezbytné prokázat i zavinění. Z hlediska příčinné souvislosti je potřebné nepochybně prokázat, že dané pochybení operátora, v jehož důsledku došlo k následné prodlevě v poskytnutí PNP je důvodem nepříznivého následku, čímž bývá způsobení trvalého poškození zdraví či smrti. Z hlediska zavinění se může jednat o nedbalost vědomou, při níž operátor ZOS o možnosti způsobení nepříznivého následku věděl, a nevědomou, kdy o tomto riziku nevěděl, ale vědět mohl a měl.⁵⁰

V rámci své činnosti operátor ZOS pracuje s interním indikačním seznamem, kdy nejčastějším pochybením dispečera je nedodržení postupu, který udávají vnitřní směrnice. V tom okamžiku se dle zákoníku práce jedná rovněž o porušení povinností vůči zaměstnavateli, a ten následně vyvozuje z toho vyplývající důsledky, jimiž mohou být například udělení sankce či zákaz činnosti.⁵¹

5.4 Statistika výjezdů ZZS KHK

V roce 2019 bylo v rámci Krajského zdravotnického operačního střediska (dále jen „KZOS“) ZZS Královehradeckého kraje (dále jen „KHK“) přijato celkem 76 196 volání na tísňovou linku 155. Operátoři následně z uvedeného počtu přijatých tísňových hovorů klasifikovali 45 794 událostí indikovaných k výjezdu některé z výjezdových skupin ZZS.⁵²

⁴⁹ viz §150 zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku, dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

⁵⁰ viz FRANĚK, Ondřej. 2009. Manuál dispečera zdravotnického operačního střediska. 1. vyd. Praha: Ondřej Franěk, 238s. ISBN 978-80-905651-1-1.,

⁵¹ viz zákon č. 262/2006 Sb., zákoníku práce, dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

⁵² viz MUDr. Libor Seneta. Zdravotnická záchranná služba Královehradeckého kraje. Zpráva o činnosti, 20. 2. 2020, dostupné z: <https://www.zzskhk.cz/>

V případech, kdy aktuální zdravotní stav volajících nevyžaduje bezprostřední zásah ZZS, poskytují operátoři volajícím potřebné informace k jejich zdravotnímu stavu telefonicky. Takových událostí uskutečnili operátoři KZOS KHK v roce 2019 celkem 6293.

Z hlediska stanovení priority každého zásahu dle závažnosti příznaků bylo operačním střediskem stanoveno celkem 1,8% událostí v naléhavosti N1, 60,2% v N2, 29% v N3 a 9% v N4. V rámci roku 2019 bylo realizováno celkem 10 138 výjezdů lékařských posádek (tzn. 19% ze všech výjezdů ZZS), a to včetně zásahů LZS a mezinemocničních transportů za přítomnosti lékaře.⁵³

⁵³ viz MUDr. Libor Seneta. Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje. Zpráva o činnosti, 20. 2. 2020, dostupné z: <https://www.zzskhk.cz/>

6 Činnost posádky ZZS v rámci PNP

6.1 Činnost NLP v rámci PNP

Zdravotnický záchranář vykonává činnosti uvedené v § 3 a § 17 vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.⁵⁴

Tyto činnosti se následně dělí na:

1) činnosti bez odborného dohledu a bez indikace

- činnost, kterou lze provést bez indikace lékaře a bez ohledu na jeho přítomnost a dosažitelnost rady (pro záchranáře stanoveno dle § 17 odst. 1 vyhlášky č. 55/2011 Sb.)⁵⁵

2) činnosti bez odborného dohledu na základě indikace lékaře

- činnost, kterou lze provést bez ohledu na přítomnost nebo dosažitelnost rady a pomoci lékaře (pro záchranáře stanoveno dle § 17 odst. 2 vyhlášky č. 55/2011 Sb.)⁵⁶

3) činnosti pod odborným dohledem

- činnost, kterou lze provést při dosažitelnosti rady lékaře, popř. zdravotnického pracovníka způsobilého k dané činnosti

4) činnosti pod přímým vedením

- činnost, kterou lze provést pouze v přítomnosti lékaře, popř. zdravotnického pracovníka způsobilého k provedení dané činnosti v určeném rozsahu

6.2 Ponechání pacienta na místě

Ponechání pacienta na místě nelze samo o sobě v důsledku považovat za řešení nadbytečného výjezdu, ale na základě něho lze omezit následný nadbytečný transport

⁵⁴ viz § 3 a § 17 vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

⁵⁵ viz § 17 odst. 1 vyhlášky č. 55 / 2011 Sb., vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

⁵⁶ viz § 17 odst. 2 vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

pacienta do cílového zdravotnického zařízení. Opět je na místě říci, že to není pacient, kdo rozhoduje o následném transportu do cílové zdravotnického zařízení.

Nejedná se o situaci ponechání pacienta na místě v důsledku podpisu negativního reverzu, ale o ponechání pacienta na místě v té situaci, kdy přítomný zdravotnický záchranář či lékař neshledají jeho zdravotní stav jako důvodný k transportu do zdravotnického zařízení, přičemž pacienta důsledně poučí o následném postupu, pokud by se jeho zdravotní stav zhoršil. V rámci každé ZZS je tato problematika upravena rozdílně v rámci jí vlastních interních předpisů.

6.3 Systém odpovědnosti za nezákonné praktiky

Tato kapitola byla do této práce zařazena z důvodu stále stoupajícího tlaku, vyvíjeného na zdravotnické pracovníky v rámci procesu poskytování PNP, kdy v rámci studie amerického systému odpovědnosti za nezákonné praktiky bylo zjištěno, že snížení tlaku v oblasti zanedbání povinné péče vede ke snížení nabídky péče s minimálním lékařským přínosem.

Americký systém odpovědnosti za nezákonné praktiky má dva primární cíle, a to kompenzovat pacienty poškozené nedbalostí poskytovatelů zdravotní péče a odrazovat poskytovatele od této nedbalosti. V praxi je však správa tohoto systému pomalá a finančně nákladná a v důsledku toho není systém schopen vykompenzovat všechny pacienty, kteří byli reálně poškozeni v důsledku neadekvátní lékařské péče, a namísto toho často kompenzuje ty, kteří poškozeni nebyli. Podle průzkumů pohledu lékařů tento systém vytváří pobídky k provádění nákladově neúčinných léčení založených na strachu z právní odpovědnosti – k tzv. výkonu „defenzivní medicíny“⁵⁷. Selhání systému odpovědnosti a vysoké náklady na zdravotní péči ve Spojených státech následně vedly k důležité debatě o deliktní politice.⁵⁸

Studie účinků tlaku na zanedbání povinné péče na pozitivní obrannou medicínu zjistily, že snížení tlaku v zanedbání povinné péče vede ke snížení nabídky péče

⁵⁷ viz Harris Interactive. *Final Report of the Fear of Litigation Study: The Impact on Medicine*. 2002. Dostupné z: <http://cgood.org/assets/attachments/57.pdf>.

⁵⁸ viz Kessler DP. Evaluating the medical malpractice system and options for reform. *J Econ Perspect* 2011; 25: 93–110. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3195420/>

s minimálním lékařským přínosem - to znamená i ke snížení nákladů na zdravotní péči, což v zásadě nemá žádné nepříznivé důsledky pro zdravotní výsledky.⁵⁹

⁵⁹ viz Kessler DP. Evaluating the medical malpractice system and options for reform. *J Econ Perspect* 2011; 25: 93–110. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3195420/>

7 Zahraňní studie nadužívání ZZS

V rámci této kapitoly jsou pro komparaci a širší náhled na danou problematiku níže shrnuty zahraniční studie nadbytečných výjezdů ZZS.

Zahraňní výzkumy zdravotnických záchranných služeb o používání sanitních vozidel se do značné míry opírají o klinické definice a kritéria vhodnosti. Rozsah nevhodného použití sanitky se pohybuje od 11,3%⁶⁰ do 51,7%⁶¹, kdy většina odhadů činí kolem 30%. Majoritní podíl studií se v rámci posuzování vhodnosti opírá o úsudek lékaře emergency department (dále jen „ED“) nebo ošetřující sestry, a jen málo z nich je založeno na perspektivě zdravotníků zdravotnické záchranné služby⁶²

7.1 London

Cílem této studie bylo posouzení míry nevhodného využívání Londýnské Ambulance a následná analýza jeho důvodů.

Analyzováno bylo celkem 300 po sobě jdoucích transportů zdravotnické záchranné služby, která pacienty dopravila na oddělení londýnského A&E, (accident & emergency department) na jejichž případech byla posuzována vhodnost volání. Analýza byla prováděna zaměstnanci zdravotnické záchranné služby či konzultanty pro nehody a mimořádné události, a to na základě individuálního zhodnocení jednotlivých případů.

V rámci studie bylo 53,7% volání na tísňovou linku vyhodnoceno jako bezesporu oprávněné, 15,7% hovorů bylo označeno za neurgentní události a u 19,0% případů nebylo v otázce jejich klasifikace dosaženo jednomyslné shody. Nadto 11% všech formulářů bylo vyplněno neúplně.⁶³

Závěrem bylo dovozeno, že téměř 16% tísňových volání, k nimž byla sanitka následně vyslána bylo jednohlasně kvalifikováno jako nadbytečné. Nejběžnějším

⁶⁰ viz Billittier A.J., Moscati R., Janicke D., Lerner E.B., Seymour J., Olsson D. 1996. “A Multisite Survey of Factors Contributing to Medically Unnecessary Ambulance Transports.” *Academic Emergency Medicine* 3(11): 1046–50, dostupné z: <https://scholar.google.com/>

⁶¹ viz Morris D.L., Cross A.B. 1980. “Is the Emergency Ambulance Service Abused?” *BMJ* 281(6233): 121–23., dostupné z: <https://scholar.google.com/>

⁶² viz DeJean D, Giacomini M, Welsford M, et al. . Inappropriate ambulance use: a qualitative study of paramedics' views. *Hcpol* 2016;11:67–79. 10.12927/hcpol.2016.24535, dostupné z: <https://scholar.google.com/>

⁶³ Palazzo FF, Warner OJ, Harron M, et al, Misuse of the London ambulance service: How much and why? *Emergency Medicine Journal* 1998;15:368-370.

důvodem nevhodného přivolání sanitky byla situace, kdy se volající domníval, že jeho zdravotní stav je vážný nebo život ohrožující, přitom tomu tak nebylo. V důsledku závěrů výzkumu se začalo diskutovat například o potřebě veřejného vzdělávání a primárně o osvětě a odrazování veřejnosti od nadužívání EMS.⁶⁴

7.2 Baltimore City

Další studie byla zaměřena na demografické a zdravotní faktory pacientů využívajících často a opakovaně služeb Emergency medical services (dále jen „EMS“). Časté, a navíc nadbytečné, využívání pohotovostních služeb je totiž úzce spjato s vysokými náklady na zdravotní péči.

Analyzována byla data z tísňových volání v rámci lokality Baltimore City v časovém období od roku 2008 do roku 2010. Časté užívání EMS bylo definováno jako šest nebo více přivolání EMS během časového období 23 měsíců. Analýzy zkoumaly rozdíly v demografických a zdravotních problémech častých uživatelů EMS ve srovnání s problémy méně častých uživatelů.

Přestože častí uživatelé EMS představovali pouze 1,5% ze všech uživatelů EMS, celkově výjezdy k nim činily 12 % z celkového počtu. Ze zdravotních problémů nejvíce přispívalo k častému používání EMS narušené duševní zdraví nebo užívání návykových látek (23,4% z případů častých uživatelů). Dále bylo vyhodnoceno, že 65,8% častých uživatelů vykazovalo známky problémů s chováním, což představuje 6,6 krát vyšší pravděpodobnost než u méně častých uživatelů (22,5%).

Zjištění studie v závěru odhalila, že míra častého užívání byla nejvyšší u osob středního věku, afroameričanů a současně s tím genderově častější v případě mužů. Tyto výsledky naznačují potřebu koordinace EMS s komunitními integrovanými lékařskými a behaviorálními zdravotními službami za účelem zlepšení přístupu k využívání preventivních služeb.⁶⁵

⁶⁴ Palazzo FF, Warner OJ, Harron M, *et al*, Misuse of the London ambulance service: How much and why? *Emergency Medicine Journal* 1998;**15**:368-370.

⁶⁵ viz Knowlton A, Weir BW, Hughes BS, Southerland RJ, Schultz CW, Sarpatwari R, Wissow L, Links J, Fields J, McWilliams J, Gaasch W. Patient demographic and health factors associated with frequent use of emergency medical services in a midsized city. *Acad Emerg Med*. 2013 Nov;**20**(11):1101-11. doi: 10.1111/acem.12253. PMID: 24238312; PMCID: PMC4063348.

7.3 Sweden

Další studie se zabývala tím, proč jsou lidé bez akutních lékařských potřeb přepravováni sanitkou, kdy se jednalo o studii indikací pro potřeby poskytování přednemocniční neodkladné péče.

Účelem výzkumu bylo typově charakterizovat pacienty transportované sanitkou, přestože byli přítomným zdravotnickým personálem již na místě události vyhodnoceni jako pacienti, kteří akutně nepotřebují poskytnutí přednemocniční neodkladné péče. Druhým cílem bylo porovnat tyto pacienty s pacienty, u nichž bylo vyhodnoceno, že tuto péči skutečně potřebují.

Do studie byly zahrnuty tři okresy zdravotnické záchranné služby nacházející se v různých venkovských a metropolitních zeměpisných oblastech, kdy všechny tři byly pokryty totožným pohotovostním dispečinkem. Po příjezdu sanitek na místo určení personál vyhodnotil a zaznamenal zdravotní potřeby pacientů, které následně zapracovali do specifického dotazníku, vypracovaného přímo pro tuto studii. Kromě dotazníku byla pro zhodnocení každého pacienta extrahována data z databáze lékařských záznamů ambulance. V případech, kdy byli pacienti převezeni sanitkou bez dalšího přednemocničního zásahu, bylo vyvozeno, že pohotovostní službu nepotřebují. Hodnoceny byly úkony na místě události i během transportu. V rámci této studie bylo analyzováno 604 pacientů, kteří nezbytně nepotřebovali poskytnutí přednemocniční neodkladné péče, kdy srovnávání byli se zbývající skupinou 1473 pacientů, kteří tuto péči skutečně vyžadovali.⁶⁶

Změstnanci záchranné služby vyhodnotili, že ze skupiny pacientů, kteří dle ohlášení dispečinku trpěli akutními břišními či močovými obtížemi, 42% urgentně nepotřebovalo příjezd posádky zdravotnické záchranné služby. Z další skupiny pacientů, kteří dle ohlášení dispečinku trpěli akutními bolestmi na hrudi nebo jinými srdečními příznaky či traumatem, nezbytně nepotřebovalo záchrannou službu pouze malé procento (18%). Většině pacientů bez zjevných lékařských potřeb byla přidělena indikace pro jiné než naléhavé stavy, tzn. prioritá 2 nebo 3. Byly zde ovšem zaznamenány i situace, kdy některým pacientům bez lékařských potřeb byla přiřazena nejvyšší prioritní úroveň 1.

⁶⁶ viz Hjälte L, Suserud BO, Herlitz J, Karlberg I. Why are people without medical needs transported by ambulance? A study of indications for pre-hospital care. *Eur J Emerg Med.* 2007 Jun;14(3):151-6. doi: 10.1097/MEJ.0b013e3280146508. PMID: 17473609.

Z pacientů, kteří urgentně nepotřebovali sanitku, by se více než polovina (55%) dokázala dopravit do nemocnice vlastním autem nebo prostřednictvím taxi, zatímco zbytek z těchto pacientů potřeboval dopravní prostředek, do něhož by si mohli lehnout, přestože nezbytně nepotřeboval být materiálně a personálně vybaven tak, jako sanitní vůz.

Závěrem bylo zhodnoceno, že z pacientů, přepravovaných prostřednictvím systému ZZS ve studovaných oblastech, bylo významné procento z jejich transportů označeno za události, jež nevyžadují nezbytné poskytnutí přednemocničního neodkladného zásahu. Většina z těchto pacientů byla převezena plně vybavenou sanitou na ED, aniž by bylo nutné provést odborné přednemocniční zásahy přímo na místě události či během následného transportu. Výsledkem studie bylo zhodnocení, že organizace ZZS musí vyvinout jasná kritéria pro výjezdy ZZS, která budou akceptována a implementována jak dispečinkem, tak zdravotnickým personálem. Tato kritéria musí zahrnovat bezpečnostní rezervy a současně umožňovat vhodné využívání zdrojů.⁶⁷

7.4 Osaka, Japan

V rámci následné studie bylo hodnoceno nevhodné využívání ZZS staršími pacienty s méně naléhavými lékařskými potřebami, kteří představují v Japonsku vysoký podíl všech transportovaných pacientů. Daná problematika se postupně konstantně zvyšuje a představuje zátěž pro tamní zdravotnický záchranný systém.⁶⁸

V rámci této studie byla použita data o méně naléhavých případech (less urgent cases - LUC) z let 2004–2006 z okamžitě dostupné databáze ve všeobecné nemocnici Yao Tokushukai. Se zaměřením na LUC bylo analyzováno celkem 7800 případů pacientů ve věku nad 65 let, kteří byli převezeni sanitkou do sekundární pohotovostní nemocnice v Osace. Z této skupiny bylo následně 3 354 pacientů (43,0%) klasifikováno jako urgentních, kdy jim byla poskytnuta ambulantní péče na pohotovostním oddělení. 1 544 pacientů (19,8%) bylo klasifikováno jako LUC, přičemž u 541 z nich (6,9%) bylo podezření na neadekvátní využití služeb ZZS z důvodu nedostatku alternativní dopravy. U zbývajících 1 003 pacientů by vyhodnoceno, že by služeb ZZS nevyužily, pokud by

⁶⁷ viz Hjalte L, Suserud BO, Herlitz J, Karlberg I. Why are people without medical needs transported by ambulance? A study of indications for pre-hospital care. *Eur J Emerg Med.* 2007 Jun;14(3):151-6. doi: 10.1097/MEJ.0b013e3280146508. PMID: 17473609.

⁶⁸ viz Horibata K, Takemura Y. Inappropriate use of ambulance services by elderly patients with less urgent medical needs. *Tohoku J Exp Med.* 2015 Feb;235(2):89-95. doi: 10.1620/tjem.235.89. PMID: 25742927.

kliniky primární péče byly k dispozici i v nočních hodinách, či během období prázdnin. Tato studie byla první podrobnou zprávou o využívání sanitních služeb v Japonsku staršími pacienty s méně naléhavými zdravotními potřebami.

V jejím závěru byly definovány tři hlavní body, jež by přispěly k řešení nepříznivé situace, a to sice osvětové aktivity k omezení neadekvátního využívání sanitky k neurgentním stavům, posílení přepravních služeb do zdravotnických zařízení a rozšíření ordinačních hodin klinik primární péče.⁶⁹

7.5 Yokohama, Japan

Nadbytečné výjezdy sanitky se staly v Japonsku významným socioekonomickým problémem. V rámci studie byly zkoumány alternativní vztahy mezi socioekonomickými faktory a z lékařského pohledu nadbytečnými výjezdy sanitek.

V rámci studie byl proveden dotazníkový průzkum zaměřený na obyvatele Jokohamy v Japonsku. Dotazník zahrnoval otázky týkající se socioekonomických charakteristik, otázky týkající se příčin k volbě přivolání sanitky v hypotetických neurgentních situacích a rovněž i otázky týkající se znalosti pohotovostního zdravotnického systému města.⁷⁰

Následné analýzy dotazníků ukázaly, že na rozhodnutí zavolat sanitku má vliv několik demografických a socioekonomických faktorů. Těmito faktory jsou věk, pohlaví, výše finančního příjmu domácnosti a ve velké míře i fakt, zda rodina vlastní automobil. Odhadem bylo na základě výsledků studie závěrem stanoveno, že nadbytečné užívání sanitek je v důsledku nepříznivých socioekonomických faktorů zvýšeno přibližně o 10% až 20%.⁷¹

⁶⁹ viz Horibata K, Takemura Y. Inappropriate use of ambulance services by elderly patients with less urgent medical needs. *Tohoku J Exp Med.* 2015 Feb;235(2):89-95. doi: 10.1620/tjem.235.89. PMID: 25742927.

⁷⁰ viz Kawakami, C., Ohshige, K., Kubota, K. *et al.* Influence of socioeconomic factors on medically unnecessary ambulance calls. *BMC Health Serv Res* 7, 120 (2007). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-120>

⁷¹ viz Kawakami, C., Ohshige, K., Kubota, K. *et al.* Influence of socioeconomic factors on medically unnecessary ambulance calls. *BMC Health Serv Res* 7, 120 (2007). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-120>

7.6 New York State

Další výzkum byl zaměřen na průzkum faktorů, přispívajících k neurgentním sanitním transportům, a to s cílem zjistit sociální a demografické faktory spojené s tímto nadbytečným využíváním sanitky a zjistit případnou ochotu pacientů využívat alternativní způsoby dopravy na pohotovostní oddělení (emergency department – ED).

V rámci této studie byl proveden průzkum všech pacientů transportovaných sanitkou do 1 předměstského a 4 městských ED ve státě New York během časového horizontu jednoho týdne.

Z celkem 626 dotazovaných pacientů bylo 71 z jejich transportů (11,3%) považováno přijímajícími lékaři za lékařsky neurgentní, a to na základě předem stanovených guidelines. Typ zdravotního pojištění a věk pacienta byly rovněž významnými prediktory nadbytečného transportu sanitkou na oddělení ED. Z těchto 71 pacientů bylo 42 (59%) příjemců podpory Medicaid⁷² a 53 (74%) bylo ve věku <40 let. Nejběžnějším důvodem pro použití sanitního transportu byl nedostatek alternativního způsobu dopravy (38,5%), ačkoli 82% z dotázaných by bylo ochotno použít alternativní způsob dopravy, pokud by byl k dispozici. Více než 85% pacientů, jejichž transporty sanitkou byly považovány ze zdravotního hlediska za neurgentní, bylo nezaměstnaných, a téměř 85% uvedlo čistý roční příjem <20 000 USD. Zatímco 33% z nich mělo poskytovatele primární péče, pouze 22% se pokusilo kontaktovat svého lékaře předtím, než požádali o sanitku.⁷³

7.7 Cleveland, Ohio

Cílem této studie bylo charakterizovat nevhodné využívání ambulance u dětské populace prostřednictvím úsudku pediatrických pohotovostních lékařů, a to v závislosti

⁷² viz Americká asociace zdravotního pojištění popisuje Medicaid jako „vládní pojistný program pro osoby všech věkových skupin, jejichž příjem a zdroje nejsou dostatečné k úhradě zdravotní péče.“ viz America's Health Insurance Plans (HIAA), p. 232

⁷³ viz Billittier AJ, Moscati R, Janicke D, Lerner EB, Seymour J, Olsson D. A multisite survey of factors contributing to medically unnecessary ambulance transports. Acad Emerg Med. 1996 Nov;3(11):1046-52. doi: 10.1111/j.1553-2712.1996.tb03352.x. PMID: 8922014.

na lékařské potřebě sanitního transportu. Výzkum byl prováděn po dobu 5-ti týdnů, kdy vypracovány byly dva dotazníky.⁷⁴

Jeden dotazník byl dán přijímajícímu lékaři k vyhodnocení zdravotní potřeby k transportu sanitkou. Následně byl rodičům poskytnut samostatný dotazník ohledně důvodů k přivolání ZZS a jejich potencionální možnosti využít jiné dostupné dopravní prostředky. Osoby pečující o nezletilé byli telefonicky kontaktováni 2–3 dny poté, aby do průzkumu doplnili způsob následné dopravy domů.

Po vyhodnocení dotazníků byla většina transportů (61%; 56 z 92) vyhodnocena za lékařsky nadbytečné. Je zajímavé, že 40% (37 z 92) subjektů nemělo k dispozici žádný jiný dopravní prostředek. Celkově 86% (79 z 92) rodin prvně vůbec nekontaktovalo svého praktického lékaře. Rovněž mnoho transportů těch pacientů, jež jsou příjemci programu Medicaid (82%; 46/56) bylo považováno za lékařsky nadbytečné. Žádný z pacientů, u kterého byl transport sanitkou vyhodnocen jako lékařsky nadbytečný, se v následujících dnech opakovaně nedostavil v důsledku totožné zdravotní obtíže na ED. Paradoxem se ovšem ukázalo, že ze skupiny transportů, vyhodnocených jako nadbytečných, 52% (32 z 60) pečovateli o nezletilé uvedlo, že neměli k dispozici žádný jiný dopravní prostředek, a přesto se 34% (11/32) z těchto pacientů vrátilo domů soukromým vozem.

Většina pediatrických transportů prostřednictvím ZZS v rámci této studie (po vyloučení pacientů vyžadujících okamžitou resuscitaci nebo péči traumatického týmu) byla vyhodnocena jako z lékařského pohledu neurgentní. Pečovatelé o nezletilé často přivolávají sanitku z paniky, pohodlí či jako jediný dostupný dopravní prostředek.⁷⁵

7.8 South Carolina

Další studie hodnotí z lékařského hlediska nadbytečné neurgentní výjezdy zdravotnické záchranné služby (EMS) v případě transportů adolescentů ve věku od 0 do 17 let.⁷⁶

⁷⁴ viz Camasso-Richardson K, Wilde JA, Petrack EM. Medically unnecessary pediatric ambulance transports: a medical taxi service? *Acad Emerg Med.* 1997 Dec;4(12):1137-41. doi: 10.1111/j.1553-2712.1997.tb03696.x. PMID: 9408429.

⁷⁵ viz Camasso-Richardson K, Wilde JA, Petrack EM. Medically unnecessary pediatric ambulance transports: a medical taxi service? *Acad Emerg Med.* 1997 Dec;4(12):1137-41.

⁷⁶ viz Patterson PD, Baxley EG, Probst JC, Hussey JR, Moore CG. Medically unnecessary emergency medical services (EMS) transports among children ages 0 to 17 years. *Matern Child Health J.* 2006 Nov;10(6):527-36. doi: 10.1007/s10995-006-0127-6. Epub 2006 Jul 1. PMID: 16816999.

Pro potřeby výzkumu byly propojeny fakturační záznamy EMS a pohotovostního oddělení (ED) v případech transportů nezletilých prostřednictvím služeb EMS do nemocnice, kdy nezletilí pacienti pocházeli ze tří krajů v Jižní Karolíně. Studie byla prováděna v rámci časového období mezi 1. lednem 2001 a 31. březnem 2003.

Po analýze všech záznamů bylo 16,4% transportů vyhodnoceno jako z lékařského hlediska nadbytečných. U dětí ve věku do 12 let byly nejčastějšími diagnózami spojenými s lékařsky nadbytečnými transporty problémy s horními dýchacími cestami a viry; mezi staršími dětmi byly nejčastější problémy s chováním či užívání drog. V analýze více proměnných byla pravděpodobnost nadbytečného výjezdu vyšší u mladších dětí, dětí nebílé rasy dětí a dětí pojištěných prostřednictvím programu Medicaid.

Závěrem lze zhodnotit, že podíl transportů EMS, který byl vyhodnocen z lékařského hlediska jako nadbytečný, je ve srovnání s předchozími studiemi relativně skromný.⁷⁷

7.9 New York City

Následující výzkum z University of Colorado Denver a University of Kentucky zjistil, že výjezdy sanitek označované z lékařského pohledu jako neurgentní drasticky vzrostly v důsledku rozšíření zákona o finančně dostupné zdravotnické péči (Affordable Care Act - ACA).

Autoři analyzovali data ze všech dispečinků v New Yorku, a to v časovém období mezi 1. lednem 2013 a 31. červencem 2016. V rámci New Yorku jsou tísňové hovory směřovány přes centrální dispečink k vyškolenému dispečerovi EMS, který hovory třídí na základě typu a závažnosti poranění a následně kontaktuje nejbližší sanitku z jedné z 31 zón města.⁷⁸

V souvislosti s tím je nutné zmínit, že v rámci výzkumu z Brigham and Women's Hospital v Bostonu bylo zjištěno, že ve městech, ve kterých jsou dostupné služby Uber,

⁷⁷ viz Patterson PD, Baxley EG, Probst JC, Hussey JR, Moore CG. Medically unnecessary emergency medical services (EMS) transports among children ages 0 to 17 years. *Matern Child Health J.* 2006 Nov;10(6):527-36. doi: 10.1007/s10995-006-0127-6. Epub 2006 Jul 1. PMID: 16816999.

⁷⁸ viz Charles Courtemanche, Andrew I. Friedson, Daniel I. Rees. Association of Ambulance Use in New York City With the Implementation of the Patient Protection and Affordable Care Act. *JAMA Network Open*, 2019; 2 (6): e196419 DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2019.6419

statisticky klesá nadužívání sanitních služeb. S následným rozšířením ACA ovšem klesly u mnoha lidí náklady na transport sanitkou z vlastních zdrojů, a tak je pro ně tato služba mnohem dostupnější.⁷⁹

Zejména pacienti využívající systém Medicaid nesou neuvěřitelně nízké náklady za transport ambulancí, kdy takový transport, převážně hrazený ze systému Medicaid stojí pacienta cca 3 dolary. V důsledku toho si tudíž zavolají sanitku i v neurgentních případech, protože je pro ně levnější alternativou než využít služby Uberu. Výsledkem toho je riziko, že takto nadbytečné výjezdy mohou přispět k přetížení města, zpomalit dobu odezvy na skutečně mimořádné události a zvýšit riziko úmrtí těch, kteří se nacházejí v opravdu urgentní situaci.

Tuto situaci objasňuje fakt, kdy dva roky po rozšíření zákona ACA, získalo 17,6 milionu dříve nepojištěných lidí v USA přístup ke zdravotnímu pojištění. Ovšem současně s tím v NYC vzrostly i transporty z důvodů drobných poranění (jako jsou například oděrky či lehké popáleniny) o 37%, což odpovídá nárůstu přibližně o 239 výjezdů měsíčně, tedy celkem o 2 868 ročně. V rámci studie bylo rovněž konstatováno, že čím menší část nákladů pacienti ponесou, tím větší je pravděpodobnost, že si i v méně naléhavých situacích přivolají sanitku.⁸⁰

7.10 Queensland, Austrálie

Tato studie se zaměřuje na fakt, že potřeba přivolání ZZS je spojena s individuálně vnímaným stavem závažnosti situace, kdy se zpravidla jedná o subjektivně zvýšené vnímání míry závažnosti v případě sebediagnózy.

Cílem této studie bylo posoudit dopad subjektivního vnímání míry závažnosti daného stavu pacienta na následné přivolání ZZS v australském Queenslandu.⁸¹

⁷⁹ "Shifting Non-Emergency Medical Transportation To Lyft Improves Patient Experience And Lowers Costs," Health Affairs Blog, September 13, 2018. DOI: 10.1377/hblog20180907.685440

⁸⁰ viz Charles Courtemanche, Andrew I. Friedson, Daniel I. Rees. Association of Ambulance Use in New York City With the Implementation of the Patient Protection and Affordable Care Act. *JAMA Network Open*, 2019; 2 (6): e196419 DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2019.6419

⁸¹ viz Toloo GS, FitzGerald GJ, Aitken PJ, Ting JY, McKenzie K, Rego J, Enraght-Moony E. Ambulance use is associated with higher self-rated illness seriousness: user attitudes and perceptions. *Acad Emerg Med*. 2013 Jun;20(6):576-83. doi: 10.1111/acem.12149. PMID: 23758304.

Byl proveden průřezový průzkum pacientů (celkem 911) transportovaných sanitkou nebo prostřednictvím vlastní dopravy na osm veřejných nemocničních pohotovostních oddělení (ED). Průzkum zahrnoval míru subjektivně vnímané závažnosti nemoci, postoj pacientů k insituci ZZS a jejich důvody pro využití sanitky.

Z celkem 1 608 pacientů, kteří se během směn, při nichž probíhal sběr dat, dostavili na ED, bylo možné oslovit 1361 (85%), od nichž bylo shromážděno 911 platných dotazníků (míra odpovědí = 67%), které se skládaly ze 687 dotazníků dospělých a 224 dotazníků od rodičů nezletilých pacientů. Mezi hlavní důvody nemožnosti účasti na výzkumu patřilo to, že pacient byl přijat na ED v příliš závažném stavu, byl pod vlivem omamných látek, či například nebyl s to dorozumnět se anglicky.

Z celkového počtu 911 dotazovaných pacientů dorazilo 24% z nich sanitkou (223) a 68% z nich použilo vlastní nebo veřejnou dopravu (619). Zbývající respondenti dorazili jinými dopravními prostředky, například v policejním voze. Pro účely tohoto výzkumu byly ovšem do analýzy zahrnuty pouze sanitky a vlastní autodoprava.

U pacientů, přijíždějících na oddělení ED sanitkou, byla zjištěna významně větší míra subjektivního vnímání svého zdravotního stavu jako vážného, naléhavého a bolestivého než v případě pacientů dopravených vlastním vozem.

Další částí studie byla analýza celkového pohledu účastníků na problematiku přivolání záchranné služby. Zatímco většina respondentů (62%) nesouhlasila s názorem, že každý má právo využít sanitku ve všech případech, kdy se necítí dobře či si nemůže dovolit dopravu jinými prostředky (tzn. sanitku pro všechny), tak ti, kteří přijeli sanitkou byli spíše nakloněni souhlasit s tímto tvrzením než s možností vlastní přepravy.⁸²

Majoritní většina z dotázaných pacientů (87%) se shodla na tom, že sanitky by měly být používány pouze v nouzových situacích. V návaznosti na to 70% z nich souhlasilo i s tím, že použití sanitky, v těch případech, kdy se nejedná o nouzovou záležitost, by považovali za zneužití služby. Téměř polovina respondentů zastávala názor, že pacienti přijíždějící sanitkou dostanou na ED vyšší prioritu. Čtvrtina dotázaných

⁸² viz Toloo GS, FitzGerald GJ, Aitken PJ, Ting JY, McKenzie K, Rego J, Enraght-Moony E. Ambulance use is associated with higher self-rated illness seriousness: user attitudes and perceptions. Acad Emerg Med. 2013 Jun;20(6):576-83. doi: 10.1111/acem.12149. PMID: 23758304.

nezaznamenala výrazný rozdíl v časových odezvách mezi případy příjezdu sanitkou a vlastního transportu. Téměř polovina respondentů (46%) se domnívala, že lidé budou stejnou měrou sanitku používat bez rozdílu toho, zda za ni budou muset platit.⁸³

Zajímavým faktem zde bylo i zjištění, že ti, kteří se do nemocnice dopravili prostřednictvím sanitky tak učinili již dříve, a to v poměrně krátkém časovém horizontu. Třetina z nich uvedla, že sanitku použila alespoň jednou za dobu 6ti měsíců před průzkumem.

Za nejčastější důvody k přivolání sanitky byly považovány naléhavost (87%), závažnost (84%) či potřeba lepší a bezpečnější péče (přes 70%). Kromě toho téměř třetina pacientů uvedla jako důvod žádosti o sanitku absenci vlastního vozidla nebo někoho, kdo by je mohl do nemocnice zavézt. Vnímání „bezplatné“ dopravy či absenci vlastního vozu jakožto faktory, které byly zohledňovány v jejich rozhodovacích procesech, uvedlo méně než 20% respondentů.

Pochopení vnímání pacientů je zásadní pro vysvětlení jejich jednání. Jednotlivci požadují transport sanitkou z různých důvodů odůvodněných dle jejich víry, postojů či sociodemografických podmínek.⁸⁴

7.11 Misato, Japan

Následující studie je věnována nadužívání zdravotnické záchranné služby v případech neurgentních zdravotních stavů ze strany zařízení dlouhodobé péče.

Studie vznikla v důsledku tamních okolností, kdy se v poslední době v Japonsku nezanedbatelně zvýšil počet výjezdů sanitek do zařízení dlouhodobé péče (LTCF). Cílem této studie bylo zjistit, do jaké míry LTCF požadují transport sanitkou i v případech neurgentních zdravotních stavů jejich klientů.⁸⁵

⁸⁴ viz Toloo GS, FitzGerald GJ, Aitken PJ, Ting JY, McKenzie K, Rego J, Enraght-Moony E. Ambulance use is associated with higher self-rated illness seriousness: user attitudes and perceptions. *Acad Emerg Med*. 2013 Jun;20(6):576-83. doi: 10.1111/acem.12149. PMID: 23758304.

⁸⁵ viz Takayama, Y., Hori, A., Tanaka, R. et al. Ambulance use for low-acuity conditions by long-term care facilities for older adults. *Eur Geriatr Med* 11, 777–782 (2020). <https://doi.org/10.1007/s41999-020-00333-y>

Účastníky studie byli pacienti ve věku 65 let nebo starší, jež byli přepravováni například z veřejných pečovatelských domů, geriatrických zdravotnických zařízení, soukromých pečovatelských domů či z vlastních domovů.

Z celkového počtu 326 pacientů s neakutním zdravotním stavem bylo 69% z nich transportováno z LTCF. Podíl podmínky neurgentního stavu byl 17% u osob přepravovaných z LTCF, zatímco u těch z vlastních domovů to bylo jen 1%. Podíl neurgentních pacientů byl současně vyhodnocen jako významně vyšší v noci než ve dne.

Tato studie zjistila velký počet případů nadužití ZZS z LTCF v případě neakutního zdravotního stavu pacienta. Ovšem aby bylo možné efektivně omezit nadbytečné používání sanitky v případech neurgentních stavů, měla by LTCF být schopna patřičně kvalifikovat urgentní zhoršení zdravotního stavu svých klientů i možnost následného přivolání ZZS.⁸⁶

⁸⁶ viz Takayama, Y., Hori, A., Tanaka, R. et al. Ambulance use for low-acuity conditions by long-term care facilities for older adults. *Eur Geriatr Med* 11, 777–782 (2020). <https://doi.org/10.1007/s41999-020-00333y>

8 Teorie ztráty šance

Tato kapitola byla do práce začleněna z důvodu její souvislosti s problematikou odpovědnosti zaměstnanců ZZS, a to například v situaci ponechání pacienta na místě, v situaci pochybení operátora ZOS či v případě pochybení zdravotnického pracovníka.

Teorie „loss of chance“ nebo-li teorie „ztráty šance“ je jedním z možných modelů odpovědnosti založené na pravděpodobnosti. V zásadě lze konstatovat, že se jedná o odlišné uchopení a vymezení kategorie reparable újmy. Současná stávající dogmatika vychází v souvislosti s řešením odpovědnosti ze skutečně způsobené újmy, kdy teorie ztráty šance se této kategorie nedotýká a jakožto nahraditelnou újmu považuje již samu ztrátu příležitosti na příznivější následek.

Teorie ztráty šance vznikla v důsledku toho, že aktuálně užívaný systém v oblasti prokazování kauzálního nexu, jež je koncipován na principu „vše nebo nic“, neposkytuje alternativy v případech, kdy se nepodařív rámci stávajícího systému provést v dostatečné míře důkaz o existenci kauzálního nexu mezi protiprávním jednáním škůdce a újmou na straně poškozeného.⁸⁷

Podstatnou odlišností v případě aplikace této teorie je skutečnost, že žalobci nikdy nemůže být přiznána finanční náhrada v plné výši, ale pouze v takové výši, která odpovídá procentuální výši ztráty šance na uzdravení. A to v důsledku toho, že pokud by existence újmy byla přičitatelná škůdci v plné výši, znamenalo by to úspěšnost žalobce i v rámci běžně užívaného systému „vše nebo nic“ a tím by mu přiznána náhrada skutečně způsobené újmy. Oproti tomu v rámci systému „vše nebo nic“ není pro vznik odpovědnosti dostačující 25% příspěví chybuujícího lékaře ke vzniku škodlivého následku. Poškozený pacient by tedy v rámci tohoto systému zůstal zcela neodškodněn, přestože by bylo prokázáno, že jeho protiprávní jednání výrazně přispělo ke vzniku následku.⁸⁸

V rámci světového srovnání zastává poměrně mnoho právních rádu názor, že za splnění určitých podmínek je nezbytné, aby se škůdce podílel na úhradě náhrady škody,

⁸⁷ viz Doc. JUDr. Tomáš Doležal, Ph.D., LL.M., JUDr. Adam Doležal, LL.M, Kabinet zdravotnického práva a bioetiky, ÚSP AV ČR, v.v.i., Problematika využití teorie trtáty šanci. Časopis zdravotnického práva a bioetiky – Journal of Medical Law and Bioethics, Vol 7, No 1 (2017), ISSN 1804-8137, dostupné z: <http://www.ilaw.cas.cz/medlawjournal>

⁸⁸ viz Hotson v. East Berkshire Health Authority [1987] 2 All ER 909

a to v poměru svého individuálního přičinění na vzniku celkové újmy poškozeného pacienta.

Aplikace této teorie je odůvodnitelná primárně v rámci systémů common law, neboť v nichž je v případech klasické odpovědnosti za škodu nutnost prokázání existence příčinné souvislosti s pravděpodobností minimálně 51%. To znamená, že v případech, kdy šance byla od počátku nižší než 50 %, tak poškozený nemohl u soudu uspět, a to ani v tehdy, kdy se jednalo o hrubé a zjevné pochybení lékaře při poskytování zdravotní péče. Z toho tedy plynula nespravedlnost v tom, že pacient, který přišel k lékaři s 51% šancí na uzdravení, si mohl následně nárokovat 100% náhradu škody a pacient, který přišel k lékaři s 49% šancí nemohl ani při prokázání závažného pochybení požadovat žádnou náhradu (0%).⁸⁹

Z pohledu systému práva kontinentálního žádná pevná hranice 50 % neexistuje, ovšem požadavky na dokazování příčinné souvislosti jsou obtížné jiným způsobem

8.1 Aplikace teorie ztráty šance v ČR

Ztráta šance není v ČR právním statkem, jenž by byl explicitně chráněn současnými normami občanského práva, respektive právní úpravou odpovědnosti za škodu. Pro teorii ztráty šance nelze najít oporu v příslušných zákonných normách či v jejich interpretaci. Není proto možné tuto teorii aplikovat ve vnitrostátní soudní praxi, a to ani při posuzování odpovědnosti poskytovatele zdravotní péče.⁹⁰

K doktríně ztráty šance vyjádřil již dříve svůj názor například Ústavní soud ČR v nálezu sp. zn. I. ÚS 1919/08, který je ovšem usnesením, nikoli nálezem, a proto názor v něm vyjádřený ohledně prokazování příčinné souvislosti ve sporech o náhradu újmy na zdraví, jež byla způsobena v rámci poskytování zdravotní péče, kdy je tento názor navíc učiněn nad rámec důvodů pro odmítnutí ústavní stížnosti směřující pouze do výroků o náhradě nákladů řízení, není možné považovat za precedenčně závazný.⁹¹

⁸⁹ KOREJZOVÁ J., Teorie ztráty šance a možnost její aplikace v českém právu, 2014, 151778, 110 s.

⁹⁰ viz rozsudek Nejvyššího soudu ČR sp. zn. 25 Cdo 1014/2020, ze dne 31. 8. 2020, dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

⁹¹ viz náleží Ústavního soudu ČR sp. zn. I. ÚS 1919/08, ze dne 12. 8. 2008, dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

Nalézací soud v tomto případě sice uznal protiprávnost jednání ošetřující lékařky, avšak neshledal žádnou příčinnou souvislost mezi jejím jednáním non-lege artis a smrtí pacientky. Ve svém odůvodnění k tomu dále uvedl, že není postačující pouhá pravděpodobnost příčinné souvislosti či okolnosti, jež by nasvědčovala její existenci, tudíž je toho názoru, že příčinnou souvislost je nutno vždy prokázat. V rámci jednotlivých znaleckých posudků bylo k tomuto konstováno následující. *"Zda v případě jiného lékařského postupu se dalo zabránit vzniklému následku, je pak spekulativní, když úspěšnost léčby rakoviny děložního hrdla se posuzuje statisticky tzv. pětiletým přežitím po léčbě a je do značné míry závislé na pokročilosti onemocnění a dalších faktorech. Teoreticky je tedy možné odhadnout, že kdyby onemocnění M. B. bylo diagnostikováno dříve na nižším stupni klinického rozšíření, byla by naděje na přežití větší, nebo naopak možno říci, že při progresi onemocnění ze stupně I do stupně II se prognóza přežití zhorší o 15 %, při progresi ze stupně II do stupně III o 30 %, avšak je třeba dodat, že v každém stupni klinického rozsahu onemocnění určité procento nemocných vzdor adekvátní léčbě umírá"* (z posudku MUDr. J. B., CSc.). " Z posudku Gynekologicko-porodnické kliniky, FN Motol vyplývá, že otázka toho, zda by při dodržení léčebného postupu lege artis nedošlo k úmrtí, je otázkou čistě spekulativní, přestože dřívější diagnóza u případných invazivních nádorů děložního hrdla statisticky zlepšuje šance na přežití. Bohužel v konkrétních případech dochází i při dodržení všech postupů lege artis k úmrtí žen i v rámci časnějších stadií a naopak i pokročilé nálezy mají v rámci statistik definovanou šanci na vyléčení.⁹²

Závěry nalézacího soudu stran stoprocentního prokázání objektivní příčinné souvislosti se ovšem Ústavnímu soudu jevily jako nedosažitelné. Určování vztah příčiny a následku je velmi obtížné samo o sobě, natož v situacích týkajících se lékařských postupů. *„Podstatou lékařství je vlastně vstupovat do celého řetězce příčin a následků, do procesů, které probíhají v lidském těle, a vnějším zásahem tyto procesy ovlivňovat, měnit jejich směr, působení atd. Zásah lékaře tak vlastně sám o sobě mění "přirozený běh věci" v lidském těle, zasahuje do komplexních vztahů příčin a následků. I v případě aktivního jednání lékaře, který zvolí určitý léčebný postup, je velmi obtížné, ba vyloučené stanovit, zda tento postup byl nade vší rozumnou pochybnost jedinou možnou příčinou škodlivého stavu, který nastal. O to obtížnější je to v případě opomenutí, kdy lékař nezvolí*

⁹² viz náleží Ústavního soudu ČR sp. zn. I ÚS 1919/08, ze dne 12. 8. 2008, dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

postup, který na základě soudobých a dostupných znalostí lékařství zvolit mohl a měl. Prokázat, že právě a pouze toto opomenutí tvoří se škodlivým důsledkem ničím nenarušený vztah, je v podstatě nemožné. V důsledku toho je výrazně oslabeno postavení poškozeného.“⁹³

Ústavní soud dále zmínil, že vzhledem k tomu, že pojem příčinná souvislost není prostřednictvím právních předpisů v ČR nijak blíže specifikován, nic nebrání judikatuře českých soudů, aby byl původní požadavek „stoprocentně“ prokazované příčinné souvislosti přehodnocen a aby následně byl přijat adekvátnější a realističtější výklad "způsobení škody", jenž by spravedlivě vyrovnával slabší postavení pacientů, jakožto poškozených.

Nad rámec přezkumu bylo Ústavním soudem rovněž sděleno, že *„je třeba vážit i tu skutečnost, že zdravotnická zařízení, jako bylo zařízení stěžovatelky v tomto případě, mají uzavřeny smlouvy o pojištění odpovědnosti za škodu, takže v případě shledání jejich odpovědnosti bude náhrada škody kryta pojistným plněním. Jinak řečeno, taková změna v pojetí odpovědnosti přímo finančně neohrozí systém poskytování zdravotní péče v České republice, naopak povede k jejímu dalšímu zkvalitňování.“⁹⁴*

Dále se v nálezu ze dne 20. 12. 2016, sp. zn. III. ÚS 3067/13, Ústavní soud vyjádřil zejména k tomu, že stanovení koncepce příčinné souvislosti je považováno za otázku právní, a nikoliv skutkovou, jež se vymyká dovolacímu přezkumu, byť v souvislosti s tím dále poukázal na rozdílnost různých teorií či odlišných právních názorů na to, jakým způsobem k dané otázce přistupovat, a v souvislosti s tím zmínil rovněž i doktrínu ztráty šance, jakožto názoru minoritního. Ústavní soud ovšem nedeklaroval, že by právě tato doktrína byla jediným možným ústavně konformním přístupem z hlediska řešení otázky problematického zjišťování příčinné souvislosti.⁹⁵

Později ovšem v rámci rozhodnutí Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 1628/2013 ze dne 31. 7. 2014., došlo k zajímavé změně, když se tento soud přihlásil k doktríně ztráty

⁹³ viz náleží Ústavního soudu ČR sp. zn. I ÚS 1919/08, ze dne 12. 8. 2008, dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

⁹⁴ tamtéž

⁹⁵ viz náleží Ústavního soudu ČR sp. zn. III ÚS 3067/13, ze dne 20. 12. 2016, dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

šance a vyjádřil názor, že v rámci medicínských sporů nelze spravedlivě vyžadovat stoprocentní prokázání přímé příčinné souvislosti mezi porušením právní povinnosti a nastalým následkem. NS v rámci dovolacího řízení akceptoval doktrínu ztráty šance, jež v medicínsko-právním sporu v souladu s doporučením Ústavního soudu aplikoval KS v Ostravě, který vyšel z toho, že přestože na základě znaleckých posudků sice nebylo možno se 100% jistotou potvrdit, že by v případně včasějšího zahájení léčby došlo k remisi, tak s poukazem na výše zmíněné rozhodnutí Ústavního soudu sp. zn. I. ÚS 1919/08 bylo dovozeno, že znaleckými posudky uvedená pravděpodobnost 70% až 80% je z hlediska stanovení závěru o příčinné souvislosti mezi nesprávným lékařským postupem žalované a následným úmrtím poškozeného dostačující.⁹⁶

Nejnovějším rozsudkem týkajícím se dané problematiky v rámci ČR je aktuálně rozsudek NS ze dne 31. 8. 2020, sp. zn. 25 Cdo 1014/2020, v němž byla řešena problematika možnosti požadovat odškodnění za ztrátu šance a současně s tím se soud zabýval rovněž i právní povahou ztráty šance jakožto zvláštního druhu újmy.⁹⁷

„Soud vyšel ze zjištění, že žalovaná při poskytování zdravotní péče přes zjištěnou preeklampsii (změněný průtok krve v cévách placenty) pacientky, opakované vysoké hodnoty krevního tlaku a další subjektivní i objektivní příznaky při kontrolách (poslední proběhla dne 7. 2. 2011) nehospitalizovala gravidní pacientku a včas neukončila těhotenství císařským řezem. Pacientka byla dne 8. 2. 2011 přivezena pro velké bolesti břicha a téměř v bezvědomí do nemocnice, kde byl diagnostikován rozvoj eklampsie a HELLP syndromu, těhotenství bylo okamžitě ukončeno císařským řezem, avšak pacientka se již neprobrala k vědomí a dne 9. 2. 2011 zemřela. Při pitvě byla jako příčina smrti stanovena prasklá cévní malformace s krvácením do mozkových struktur.“⁹⁸

Žalobci se domnívali, že pokud by žalovaná postupovala řádně a tím včas a adekvátně vyhodnotila stav pacientky, tak by navzdory cévní malformaci, o níž do té doby nikdo nevěděl, nepřišla o šanci přežít.

⁹⁶ viz rozhodnutí Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 1628/2013, ze dne 31. 7. 2014, dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

⁹⁷ viz rozsudek Nejvyššího soudu ČR sp. zn. 25 Cdo 1014/2020, ze dne 31. 8. 2020, dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

⁹⁸ tamtéž

„Soud dovodil, že žalovaná postupovala non lege artis, nezjistila-li u pacientky během předchozí hospitalizace a vyšetření v prenatální poradně preeklampsii, což vedlo k tomu, že ji nehospitalizovala a těhotenství neukončila císařským řezem již dne 7. 2. 2011. Ze znaleckých posudků ovšem vyplynulo, že hlavní příčinou smrti pacientky byla cévní malformace a její smrt byla bez ohledu na toto pochybení neodvratitelná, ke krvácení do centrálního nervového systému mohlo dojít i při případném předčasném ukončení těhotenství nebo i v klidu bez závažné příčiny.“⁹⁹

Z vypracovaného znaleckého posudku Všeobecné fakultní nemocnice v Praze dále vyplynulo, že šance na přežití pacientky v případě ukončení těhotenství císařským řezem již dne 7. 2. 2011 by byla 50 %, a v důsledku toho nelze postup žalované považovat za převažující příčinu smrti, a proto nebyla dána příčinná souvislost mezi jednáním žalované a následnou újmou žalobců jakožto jeden z předpokladů odpovědnosti za škodu ve smyslu § 420 NOZ.

Dále bylo Ústavním soudem řečeno následující: *„Zavázat poskytovatele zdravotní péče k náhradě škody bez dostatečně zřejmé příčinné souvislosti jeho jednání (či opomenutí) se škodlivým následkem coby jedné z podmínek vzniku odpovědnosti ve smyslu § 420 obč. zák. by znamenalo nepřípustně ukládat povinnost bez náležitého zákonného podkladu, což by mohlo vést i k protiústavnímu výsledku, resp. k rozporu s principy založenými zejména v čl. 2 odst. 4 zákona č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, a v čl. 2 odst. 3 usnesení předsednictva ČNR č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky, podle nichž každý může činit, co není zákonem zakázáno, a nikdo nesmí být nucen činit, co zákon neukládá.“¹⁰⁰*

Nadto je na místě říci, že žalobní návrh byl opřen o ustanovení § 444 odst. 3 OZ 1964 a žalobci tak požadovali náhradu nemateriální újmy za ztrátu blízké osoby v důsledku jejího úmrtí. Jejich žalobní nárok tedy nebyl založen na teorii ztráty šance, ale byl klasickým nárokem na náhradu nemajetkové újmy předpokládané zákonem.

⁹⁹ viz rozsudek Nejvyššího soudu ČR sp. zn. 25 Cdo 1014/2020, ze dne 31. 8. 2020, dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

¹⁰⁰ viz tamtéž

Závěrem je třeba nad rámec výše zmíněného podotknout, že otázka zavinění v trestním právu je postavena zcela jinak, a to tak, že zavinění musí být obžalovanému prokázáno nade vší pochybnost, kdy při pochybnostech platí zásada „in dubio pro reo“. V něm tedy doktrínu ztráty šance nelze aplikovat.¹⁰¹

8.1.1 Ztráta šance a deliktní odpovědnost

V problematice deliktní odpovědnosti došlo s přijetím NOZ k výrazné změně spočívající v tom, že v rámci ustanovení § 2910 je vyžadován pro vznik újmy tzv. sekundární oběti zásah do absolutního práva jiného či porušení ochranné normy. Zásadní problém tedy nastává pokud se jedná právě o ztrátu šance na uzdravení pacienta. Zatímco právní statky zdraví a života jsou absolutně chráněnými právy ve smyslu ustanovení § 2910, tak šance jako taková není považována za absolutně chráněné právo.¹⁰²

V této souvislosti je tak následně na to velmi obtížné určit její kompenzaci v rámci stávajícího deliktního práva, neboť ustanovení § 2910 lze uplatnit pouze pokud se jedná o zásah do absolutního práva konkrétního člověka, či v takových situacích, ve kterých dochází k zásahu do jiného práva poškozeného v důsledku porušení zákonné povinnosti stanovené na ochranu takového práva. Speicická zákonná úprava, jež by zakotvila povinnost chránit šanci na uzdravení, ovšem v rámci našeho vnitrostátního práva neexistuje.¹⁰³

Dalším problémovým aspektem aplikace deliktní odpovědnosti za ztrátu šance je rovněž otázka její použitelnosti v případě odškodnění újmy třetí osoby, tzn. osoby odlišné od osoby vlastního poškozeného. Což se týká například i výše zmíněného nálezu Ústavního soudu ČR sp. zn. III. ÚS 3067/13¹⁰⁴, kde jsou žalující stranou pozůstalí zemřelé pacientky. Právní úprava nároků náhrady nemajetkové újmy třetích osob pro

¹⁰¹ viz Piňos I., Doktrína „ztráty šance“ a současné změny v judikatuře a v náhledu soudů na principy zavinění a příčinné souvislosti u škod na zdraví, *Anesteziologie a intenzivní medicína, Anest. Intenziv. Med.*, 27, 2016, č.1, s.46-49, dostupné z: <https://aimjournal.cz/pdfs/aim/2016/01/11.pdf>

¹⁰² viz Doc. JUDr. Tomáš Doležal, Ph.D., LL.M., JUDr. Adam Doležal, LL.M, Kabinet zdravotnického práva a bioetiky, ÚSP AV ČR, v.v.i., *Problematika využití teorie tržaty šancí. Časopis zdravotnického práva a bioetiky – Journal of Medical Law and Bioethics*, Vol 7, No 1 (2017), ISSN 1804-8137, dostupné z: <http://www.ilaw.cas.cz/medlawjournal>

¹⁰³ viz BEZOUŠKA, P. In: M. Hulmák a kol. *Občanský zákoník VI. Závazkové právo. Zvláštní část (§ 2055–3014). Komentář*. 1. vydání. Praha: C. H. Beck, 2014, s. 1552,

¹⁰⁴ viz nálezu Ústavního soudu sp. zn. III. ÚS 3067/13, ze dne 20. 12. 2016, dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

případ usmrcení nebo zvláště závažného ublížení na zdraví je upravena v rámci ustanovení

§ 2959 NOZ, kdy náhrada jiných nemajetkových újem je následně vyloučena. V případě, že by byla ztráta šance na uzdravení pacienta považována za újmu majetkovou, její odškodnění u třetích osob by bylo rovněž vyloučeno v rámci § 2910 NOZ.¹⁰⁵

8.2 Loss of chance ve světě:

V rámci celosvětové komparace lze definovat přístupy soudů k teorii ztráty šance jako značně rozdílné. Přístupy k této teorii lze rozčlenit do 3 skupin. Jsou zde státy, které k aplikaci dané teorie do praxe přistoupili až v okamžiku, kdy ji stvrdila nejvyšší soudní instance v rámci dané země, či státy, kde je její aplikace stále předmětem sporů právních teoretiků, nebo státy ve kterých je její aplikace striktně odmítána v jakékoli své podobě.

1. Přístup k teorii ztráty šance

Státy, které stojí na systému common law jsou aplikaci této teorie mnohem více nakloněny. V současné době je již v poměrně velkém množství právních systémů terorie ztráty šance uznávána, a to bez ohledu na to, o jak velkou šanci byl poškozený připraven. V takovém případě není klíčové, zda šance na uzdravení byla stanovena například na pouhých 5 %, protože i takovou ztrátu soudy mohou odškodnit.

Pozitivní přístup k aplikaci této teorie je soudy nejčastěji oddůvodněn jako spravedlivější alternativa pro poškozené pacienty, pro něž jsou důkazní možnosti poměrně omezeny. V případě nepřistoupení k aplikaci této teorie se dané soudy obávají, že by lékaři či jiní zdravotničtí pracovníci k těm případům, ve kterých je šance na zlepšení zdravotního stavu či úplného vyléčení od počátku poměrně malá, přistupovali bez náležité péče a bez zájmu na zlepšení zdravotní situace pacienta. A to primárně v důsledku toho, že zdravotníci, kteří by věděli, že za ztrátu „zanedbatelně nízké“ šance nemohou být následně shledáni odpovědnými, a tak by mohli mít následně laxnější přístup k takovým případům.¹⁰⁶

¹⁰⁵ viz Tomáš Doležal, Organizace a financování ZZS v ČR. Zdravotnické právo a bioetika. [online] 2015. [cit. 1.2.2021] Dostupné z: <https://zdravotnickepravo.info/rozhodnuti-ns-ve-veci-pricinne-souvislosti-a-ztraty-sance-jako-zvlastniho-druhu-ujmy/>

¹⁰⁶ KOREJZOVÁ J., Teorie ztráty šance a možnost její aplikace v českém právu, 2014, 151778, 110 s.

2. Přístup k teorii ztráty šance

Další kategorie z hlediska přístupu k problematice ztráty šance je tvořena těmi právními řády, jež právo na odškodnění poškozeného pacienta podmiňují primárně tím, že jeho šance na lepší výsledek musí mít určitou kvalitu, což je označováno jako „substantial chance“. Tato šance lze pojmout jako šance skutečná, podstatná, či hmotná a ne pouze šance spekulativní.

Například v případě Hick proti USA z roku 1966 soud rozhodl tak, že měl-li pacient skutečnou šanci na uzdravení a žalovaným byla konáním či opomenutím zmařena, pak by měl být soudem shledán odpovědným za způsobenou škodu. Soud se zde ovšem blíže nijak nezabýval pojmem „skutečná šance“ a v důsledku toho ani nespecifikoval, jak velkou šanci lze považovat za šanci skutečnou a jaká už je šanci pouze spekulativní.¹⁰⁷

Ovšem žádný soud doposud nestanovil konkrétní pevně danou hranici vyjádření skutečné šance. Například v případě Pipe proti Hamilton zaujal Kansaský NS názor, že i na 10% šanci je třeba pohlížet jako na šanci skutečnou, nikoliv šanci zanedbatelně nízkou. V daném případě jistý Dr. Hamilton provedl opakovanou operaci paní Pipe, která trpěla neprůchodností střev. Ovšem v průběhu druhé operace lékař objevil tkáň, jež byla postižena snětí a na základě toho konstatoval, že paní Pipe bude žít maximálně 6 až 12 hodin. V návaznosti na to, manžel pacientky, v souladu s jejím předchozím přáním, požádal o odpojení přístrojů držících ji při životě. V rámci následného soudního sporu žalobce argumentoval tím, že dle jeho názoru nebyl Dr. Hamiltonem dodržen standart péče, v důsledku čehož svou domněnku o výskytu snětí nepodložil žádnými dalšími potvrzujícími testy, které by následně mohly jeho chybnou diagnózu potvrdit či vyvrátit. Ve znaleckém posudku bylo ovšem uvedeno, že i v případě zahájení léčby by šance na přežití paní Pipe byla pravděpodobně mezi 5-10 %. V souvislosti s tím žalobce tvrdil, že 10 % šance na přežití je více než maličková a je to šance, kterou veřejná politika v Kansasu podporuje jako významnou, kdy s ním soud v tomto souhlasil a shledal 10% výši šance jako ze zákona podstatnou. Soudce k tomu dodal, že soudu nebyl předložen žádný případ a ani při svém vlastním výzkumu soud nenalezl žádný takový případ, jenž by konkrétně definoval určující hranici toho, co je skutečná šance v pojetí této teorie. Totožný postoj učinily rovněž i další soudy v rámci odlišných jurisdikcí, jež přijaly teorii

¹⁰⁷ viz Hicks v. USA, (C.A.4, 1966), 368 F.2d 626, dostupné z: <<http://openjurist.org/368/f2d/626/hicks-v-united-states>>.

ztráty šance, ale odmítly definovat skutečnou šanci přesným procentem, a specifikovat tak, kdy je možné případ považovat za tzv. „prima facie“.¹⁰⁸

Dalším případem je Falcon proti Memorial Hospital¹⁰⁹, kdy michiganský soud zastal názor, že 37,5% ztráta šance představuje šanci tak velké kvality, že její promarnění je nezbytné poškozenému odškodnit. Jednalo se o případ, kdy paní Falcon zemřela v důsledku embolické příhody krátce poté, kdy porodila zdravé dítě. V rámci znaleckého posudku bylo zjištěno, že v případě kdy je embolie plodovou vodou (průnik plodové vody do oběhu matky s následným zablokováním plicního řečiště a vznikem plicní hypertenze) odhalena včas a pacientce je bez zbytečného odkladu indikována příslušná léčba, je tím šance na přežití rodičky vyčíslena na 37,5 %. Soud následně stanovil, že ačkoliv ztráta šance je nižší než 50 %, tak nelze opomenout, že i šance 37,5 % představuje příležitost, které by se jen ztěží někdo dobrovolně vědomě vzdal. A v důsledku toho je dle názoru soudu nezbytné považovat 37,5 % šanci za šanci skutečnou.¹¹⁰

Následně v případě McBride proti USA kalifornský soud stanovil, že jestliže žalobce svůj žalobní nárok zakládá na zanedbání péče z nedbalosti, je pro něho nezbytnou povinností s rozumnou pravděpodobností prokázat, že adekvátní a včasnou léčbou by se poškození zdraví dalo předejít. Není ovšem jeho povinností s určitostí prokázat, že následkem léčby by k poškození zdraví vůbec nedošlo. Při zohlednění těchto případů mnohdy bohužel ani nejlepší a včasné zahájená léčba nedokáže s definitivní určitostí zaručit úspěšné vyléčení pacienta, medicína není v tomto směru požadována ze vědu exaktní. Ovšem samotná nemožnost této jistoty by dle soudu mohla zaapřičinit nemožnost požadovat náhradu škody v případě nedbalostního zanedbání adekvátní péče o pacienta, jestliže v důsledku toho byl pacient připraven o významné navýšení své šance na následné uzdravení.“¹¹¹

¹⁰⁸ viz Pipe v. Hamilton, 2002 WL 31431631, dostupné z: <https://law.justia.com>

¹⁰⁹ viz Falcon v. Memorial Hospital, 436 Mich. 443, 470, 462 N.W.2d 44 (1990), dostupné z: <https://law.justia.com>

¹¹⁰ viz Falcon v. Memorial Hospital, 436 Mich. 443, 470, 462 N.W.2d 44 (1990), dostupné z: <https://law.justia.com>

¹¹¹ viz McBride v. United States, 462 F.2d 71 (9th Cir. 1972), dostupné z: <https://law.justia.com>

3. Přístup k teorii ztráty šance

Třetí skupinou jsou z tohoto pohledu státy, které odmítají uznat teorii ztráty šance v jakékoliv míře. Příčinou tohoto pohledu je často jejich požadavek prokázání příčinné souvislosti v takové míře, aby se nedalo zpochybnit, že ke vzniklé škodě by pravděpodobně vůbec nedošlo nebýt nedbalostního jednání zapříčiněného žalovaným. Pojem „pravděpodobně“ je v tomto přístupu vyjádřením míry pravděpodobnosti 50 %, jež je standardně v zemích založených na systému common law vyžadována z hlediska žalobcova důkazního břemene kauzálního nexu.

Ve vztahu k tomuto přístupu lze poukázat na případ McBride proti USA, kdy soud v Tennessee vyjádřil názor, že teorie ztráty šance je z jeho pohledu v zásadním rozporu se stupněm jistoty, který je v medicíně nezbytný k určení příčinné vazby mezi vzniklou škodou a jí předcházejícím nedbalostním jednáním lékaře. A tudíž žalobce, který by pravděpodobně (spíše ano než ne) utrpěl újmu ve stejném rozsahu i v případě, že byla zahájena adekvátní léčba, není ze zákona oprávněn k žádnému odškodnění v důsledku zvýšení rizika škody či ztráty šance na lepší výsledek. Soud tímto odmítl ustoupit od tradičních podmínek odpovědnosti a uznat tak ztrátu šance novým žalobním důvodem.¹¹²

8.2.1 USA

Spojené Státy Americké jsou považovány za jurisdikci, jež je velice vstřícná k otázce ochrany práv pacientů. Úspěšnost žalovaných nároků pacientů, kteří se cítí poškozeni, je v rámci žalob na náhradu škody procentuálně podstatně vyšší než v ostatních zemích a následně přiznané výše finanční odškodnění dosahují velice vysokých částek. Poměrně velká část z jednotlivých států americké federace uznala teorii ztráty šance a nyní ji aplikuje v rámci své rozhodovací činnosti.

Dle amerického právního systému obecně platí, že žalobce musí prokázat příčinnou souvislost nejméně s 50% pravděpodobností, tzn. „spíše ano než ne“. Jednání zdravotníka tak musí být za příčinu vzniku škody spíše považováno než nepovažováno. Ovšem na základě tohoto pravidla pacientům, kteří se k lékaři dostavili s menší než 50% šancí na lepší výsledek, nepřísluší žádný nárok na náhradu případné škody, a to z toho důvodu, že v takovém případě není možno dodržet stanovenou hranici 50% pravděpodobnosti. A právě takové situace

¹¹² viz Kilpatrick v. Bryant, 868 S.W.2d 594 (Tenn. 1993), dostupné z: <https://law.justia.com>

posléze bývají důvodem, proč je v konkrétních případech zanedbání lékařské péče přistoupeno k prokazování příčinné souvislosti jiným než obvyklým způsobem.

V rámci případu *Hicks proti USA*, soud dospěl k závěru, že škůdce je povinnen nést odpovědnost za ztrátu šance, v takovém případě, kdy šance byla hodnocena jako podstatná a on ji v důsledku svého jednání zmařil, a to i v případě, kdy není možno příčinnou souvislost prokázat s absolutní (100%) jistotou.¹¹³

V případě *Herskovits proti Group Health Cooperative* z roku 1983 došlo k pochybení lékaře tím, že včas nediagnostikoval a nezahájil léčbu rakoviny pana Herskovitse. Na základě vypracovaného znaleckého posudku ovšem klesla jeho šance na uzdravení z původních 39 % na 25 %. Následně žalovaná strana argumentovala tím, že pacient by pravděpodobně v souvislosti s jeho onemocněním i přes včas zahájenou léčbu stejně zemřel, a to primárně v důsledku toho, že i na počátku byly jeho šance na přežití pouhých 39 % a současně s tím, že nedbalostní jednání lékaře v uvedených 39 % neobstojí. Ovšem Nejvyšší soud byl jiného názoru, když uvedl, že *přestože pro žalobce není možno prokázat příčinnou souvislost mezi jednáním lékaře a smrtí pacienta prostřednictvím obvyklého způsobu (tzn. alespoň 50 %), tak přesto nelze ztrátu šance na uzdravení v míře 14% ponechat bez úplného práva na náhradu*. V tomto případě dospěl soud k závěru, že nejlepším řešením je uznání ztráty šance i pokud je nižší než obvyklá pravděpodobná míra ztráty šance jakožto újmu hodnou odškodnění. Výše odškodného zde byla následně soudně stanovena ve výši 14 % částky, jež by žalobci náležela v případě plné (100%) odpovědnosti za protiprávní zabití.¹¹⁴

Dalším důležitým rozsudkem v rámci dané problematiky je Případ *McKellips proti St. Francis Hospital.*, z roku 1987, v němž je Nejvyšším soudem uvedeno, že poskytovatel zdravotní péče, který v důsledku svého nedbalostního jednání připravil pacienta o významnou šanci na uzdravení, se v souvislosti s tím není oprávněn odvolat prostřednictvím tvrzení, že nepříznivý výsledek by byl tak jako tak nevyhnutelný, jestliže vlastním jednáním zmařil šanci na dosažení jakéhokoliv lepšího výsledku. Dle názoru tamního soudu není optimální lékaře zvýhodňovat nejistotou, kterou sám způsobil v důsledku svého nedbalostního jednání. To by totiž mělo za následek stav, kdy by se poskytovatelé zdravotní péče mohli vyhnout odpovědnosti za své chybné jednání

¹¹³ viz *Hicks v. USA*, (C.A.4, 1966), 368 F.2d 626, dostupné z: <<http://openjurist.org/368/f2d/626/hicks-v-united-states>>.

¹¹⁴ viz *Herskovits v. Group Health Coop.*, 99 Wn.2d 609, 664 P.2d 474, 1983 Wash. LEXIS 1564 (Wash. May 26, 1983), dostupné z: <https://law.justia.com>

v podstatě kdykoliv, kdy by pacientovy šance na přežití či uzdravení nebyly absolutně jisté.¹¹⁵

Dále například v rozsudku Nejvyššího soudního dvora v Massachusetts v případě *Matsuyama vs. Birnbaum*, kde pozůstalí žalovali lékaře za pozdní diagnózu rakoviny střev, soud nakonec rozhodl, že v případě, kdy lékař v důsledku své nedbalosti zmenší či zcela připraví pacienta o jeho šanci na přežití či šanci na dosažení jiného příznivého výsledku, utrpí tím pacient skutečnou újmu, kterou je nezbytné nějakým způsobem následně spravedlivě odškodnit. Dle tohoto rozsudku soud uznal aplikaci konceptu ztráty šance nikoliv jako teorii o příčinné souvislosti, ale jako teorii o újmě a škodě.¹¹⁶

Ovšem ani v USA není teorie ztráty šance uznávána všemi státy. V rámci některých států je aplikována pouze v případech, ve kterých pacientovy šance na uzdravení byly původně vyšší než 50 %, jiné státy její použití naopak komplexně zcela odmítají. V některých státech je za jádro teorie ztráty šance považován koncept příčinné souvislosti (snížení požadavků na její prokázání) a v jiných je zase primární koncept škody (v němž je ztracená šance považována za zvláštní druh škody).

8.2.2 Velká Británie

V případě *Hotson vs East Berkshire Area Health Authority* z roku 1987 šlo o případ chlapce, který spadl ze stromu a následkem pádu utrpěl zranění kyčle. Lékař ovšem jeho zranění zprvu chybně diagnostikoval a následně až po pěti dnech rozpoznal postupující avaskulární osteonekrózu. V rámci soudního řízení vyplynulo, že zmíněným 5-ti denním prodlením chlapec ztratil 25% šanci na své uzdravení. Ovšem i přesto, že by v případě včasné diagnózy byla pravděpodobnost chlapecova ochrnutí poměrně vysoká (75 %), soud považoval za spravedlivé přiznat poškozenému odškodnění ve výši 25 % z celkové (100%) újmy.¹¹⁷

Odvolací soud se posléze zabýval otázkou, jaká byla příčina ochrnutí poškozeného, zda byl příčinou pád ze stromu nebo až následná nedbalost a pochybení lékařů. Z pohledu konceptu „balance of probabilities – tj. princip převažující

¹¹⁵ viz Případ *McKellips* proti *St. Francis Hospital, Inc.*, 1987 OK 69 741 P. 2d., dostupné z: <https://law.justia.com>

¹¹⁶ viz Případ *Matsuyama* proti *Birnbaum*, 452 Mass. 1 (2008)., dostupné z: <https://law.justia.com>

¹¹⁷ viz případ *Hotson v East Berkshire Area Health Authority* [1987] AC 750 - House of Lords (Sněmovna lordů), dostupné z: <https://law.justia.com>

pravděpodobnosti" by ovšem ani včasná diagnóza nezabránila trvalým následkům chlapcova pádu, neboť i v případě včasné léčby by chlapec spíše ochrnl, než neochrnl, což bylo podloženo vypracovaným znaleckým posudkem, kdy byla prokázána pravděpodobnost ochrnutí stanovena na 75%. Na základě výše zmíněného tedy následně Sněmovna lordů žádné odškodnění ochrnutému chlapci nepřiznala, a to v důsledku toho, že existence příčinné souvislosti mezi vzniklou újmou na zdraví a lékařským pochybením byla prokázána na pouhých 25 %, což není akceptovatelné v rámci standartu "balance of probabilities".

Dalším případem je *Gregg v. Scott*, v němž byl pacient jistý pan Gregg, který na základě toho, že si sám pod levou paží nahmatl bulku požádal svého lékaře o vyšetření. Následně na to lékař jeho bulku vyhodnotil při vyšetření jako neškodnou a ani nedoporučil žádná kontrolní vyšetření či další léčbu. Ovšem o 9 měsíců později byl pan Gregg vyšetřen jiným lékařem, jenž jeho bulku po vyšetření označil za rakovinový nádor. Avšak v průběhu 9-ti měsíců, jež uplynuly od doby prvního vyšetření se bulka podstatně rozrostla a s ní se současně rozšířila i rakovina. V důsledku toho podal pan Gregg na prvního lékaře žalobu, ve které tvrdil, že lékař podstatným způsobem porušil svou povinnost a nedodržel obvyklé standarty poskytování zdravotní péče. Následně bylo znaleckým posudkem zjištěno, že následkem chybné diagnózy se šance na úspěšnou léčbu poškozeného pacienta výrazně snížila, a to konkrétně z počátečních 42 % na 25 %. Soud však závěrem žalobu zamítl, a to s oddůvodněním, že pan Gregg měl už již v době první návštěvy lékaře šanci na uzdravení v míře menší než 50 % a to znamená, že opožděná diagnóza tak spíše nebyla než byla příčinou jeho újmy (princip „spíše ano než ne“) příčinou pacientovy újmy. Soud se tedy neodklonil od ustáleného důkazního standartu "on the balance of probabilities" a v důsledku toho odmítl aplikaci teorie ztráty šance.¹¹⁸

8.2.3 Austrálie

Jedním z nejčastěji zmiňovaných případů z Austrálie je případ *Rufo proti Hosking*, v němž byla poškozenou čtrnáctiletá pacientka, které předepsal lékař na léčbu imunitního onemocnění velice vysoké dávky kortikoidů, ovšem bez současného předepsání léčiv, která by omezovala i jejich negativní vedlejší účinky. Poté byla dívka diagnostikována osteoporóza a ta se následně snažila prokázat, že se tak stalo v důsledku

¹¹⁸ viz *Gregg v Scott* [2005] UKHL, dostupné z: <https://publications.parliament.uk/pa/ld200405/ldjudgmt/jd050127/greg-1.htm>

nesprávného postupu jejího ošetřujícího lékaře. Soud posléze dospěl k závěru, že přestože na základě větší pravděpodobnosti nelze dokázat, že právě zmíněná nedbalost lékaře byla příčinou vzniku osteoporózy, tak po zhodnocení všech okolností jsou vysoké dávky kortikoidů obecně bez současného předepsání dalších léků „spíše ano než ne“ příčinou ztráty šance na následný příznivější výsledek léčby pacientky. Soud tak odškodné nakonec přiznal.¹¹⁹

Dalším důležitým rozhodnutím je v souvislosti s touto problematikou rozhodnutí *Gett v. Tabet*, v němž 6-ti letá pacientka Reema Tabet, následkem pozdní diagnózy nádoru na mozku utrpěla velice závažné a nezvratné poškození mozku. Soud prvního stupně dospěl k závěru, že pozdně započatá léčba nádoru přispěla k následnému vzniku poškození mozku ve výši 25 %, přičemž za další příčiny byly v rámci znaleckého posudku uvedeny chirurgický zákrok či chemoterapie. Dle soudu prvního stupně byla chyba na straně lékaře, kdy svým nedbalostním jednáním připravil nezletilou pacientku o šanci na lepší výsledek, jejíž výše byla odhadnuta na 40 %. Odškodné bylo následně stanoveno ve výši 10 % (40% z 25%) z celkové újmy.¹²⁰

V rámci odvolacího řízení byl závěr rozhodnutí soudu prvního stupně označen za odklon od obvykle aplikovaných konvenčních principů v rozporu s právem. V návaznosti na tento závěr došlo k následným diskuzím, ohledně toho, že na základě tohoto rozhodnutí již nebude možné aby soudy aplikovaly teorii ztráty šance v přiznávání náhrady škody v takových případech, v nichž by příčinná souvislost mezi jednáním škůdce a ztrátou šance poškozeného byla nižší než obecně požadovaných 50 %.¹²¹

¹¹⁹ viz *Rufo v. Hosking*, 61 NSWLR 678 at, Hodgson JA, Santow JA and M W Campbell A-JA, dostupné z: <https://nswlr.com.au/view/61-NSWLR-678>

¹²⁰ viz *Tabet v Gett* [2010] HCA 12, 21 April 2010, HIGH COURT OF AUSTRALIA, GUMMOW ACJ, HAYNE, HEYDON, CRENNAN, KIEFEL AND BELL JJ, S259/2009, dostupné z: <https://jade.io/article/140739>

¹²¹ viz *Tabet v Gett* [2010] HCA 12, 21 April 2010, HIGH COURT OF AUSTRALIA, GUMMOW ACJ, HAYNE, HEYDON, CRENNAN, KIEFEL AND BELL JJ, S259/2009, dostupné z: <https://jade.io/article/140739>

Závěr

Nadbytečné užívání zdravotnické záchranné služby lze obecně definovat jako využití transportu ZZS pro jiné než urgentní zdravotní stavy, kdy pacient nevyužije možnosti dostupné alternativní dopravy. V důsledku toho dochází k odčerpávání prostředků zdravotnického systému, a současně může toto jednání oddálit péči o pacienty, jež opravdu urgentní přednemocniční péči potřebují. Rostoucí počet studií naznačuje, že k nadužívání služeb ZZS dochází v celosvětovém měřítku, ovšem jen málo studií zkoumá, jak jsou perspektivy nevhodného použití konstruovány.

V rámci kontinua nevhodného a vhodného použití ZZS lze specifikovat dva jasné případy. Z hlediska vhodného použití sanitky byly jasné stanoveny případy život ohrožujících mimořádných událostí (např.: infarkty, mrtvice, dopravní nehody,..) Z druhého pohledu byly v rámci charakteristiky nevhodného použití, pokud jde o nejhorší zneužívání, zařazeny události, kdy se jednalo o zneužití tísňové linky (např.: smyšlené události).

Mezi těmito nespornými protiklady se ovšem nachází velká oblast dvojznačnosti, v níž je adekvátní definovat vhodnost z pohledu záchranářů zasahujících na místě události. Obvykle má nevhodné přivolání ZZS formu nesprávného použití, které je neúmyslné nebo nevyhnutelné.

Hranici pro zbytečný výjezd ZZS je náročné definovat, a to primárně v důsledku toho, že v každém konkrétním případě je hranice rozdílná. Její specifikace vyžaduje, aby záchranáři interpretovali situaci pacienta holisticky a nad rámec klinických kritérií. Kromě aktuálního zdravotního stavu pacienta záchranáři současně hodnotí i individuální kontext případu (např. demografické a sociokenomické faktory), či v určitých případech i to, zda se pacient pokusil zvládnout svůj stav prostřednictvím zdrojů, které měl aktuálně k dispozici (např. včasné využití primární péče, sociální podpora, alternativní způsob dopravy). Při absenci těchto zdrojů se záchranáři následně přiklání k tomu, že sanitní transport lze považovat za „vhodný“ i v případech neurgetních stavů s absencí kritéria nouze. Zohledněn byl rovněž fakt, že potřeba přivolání ZZS je spojena s individuálně vnímaným stavem závažnosti situace, kdy se zpravidla jedná o subjektivně zvýšené vnímání míry závažnosti v případě sebediagnózy.

V rámci této práce došlo rovněž k argumentačnímu vypořádání s otázkou vhodnosti/nevhodnosti návrhu stanovení poplatků za zbytečný výjezd, jenž byl navrhnout Ministerstvem zdravotnictví. Tento návrh byl vyhodnocen jako neadekvátní a potencialně neúčelný, kdy by nad rámec toho došlo k dalšímu zatížení pracovníků ZZS. Došlo by zde k neoptimální situaci, kdy by záchranář, jehož úkolem je pomáhat, měl pacienta soudit. Přidávat zdravotníkům další povinnosti nelze vyhodnotit jako adekvátní řešení toho, jak přetíženému systému odlehčit.

Ač se z mediálního obrazu může nadužívání ZZS zdát jako snadno řešitelný problém a hranice nadbytečnosti jako lehce definovatelná, není tomu tak. Přestože posouzení neadekvátnosti výjezdu posádky ZZS je ex post poměrně jednoduché, v momentální situaci, při zohlednění různých faktorů (nedostatek informací, subjektivně chybně vyhodnocený zdravotní stav pacienta, nezbytnost vyšetření v nemocnici), může být vhodnost zcela jiná, kdy mnohdy z pohledu dispečera či posádky ZZS vypadá momentální zdravotní stav pacienta zcela odlišně. Nad rámec toho, je výjezdová posádka ZZS vyslána i tehdy, pokud existuje pochybnost o tom, zda může dojít k ohrožení života, či zdraví pacienta.

Problematika nadužívání systému ZZS vyžaduje komplexní řešení. Žádný jednotlivý krok situaci zcela nevyřeší, ale ulehčí momentálnímu zatížení systému. Zdravotnická záchranná služba, jakožto služba s nepřetržitým provozem, se tak dostala do situace, v níž dochází v důsledku toho, že postupně došlo k nechtěné redukci počtu praktických lékařů, k zániku LSPP, či ke stárnutí populace, k tomu, že ZZS mnohdy doplňuje služby praktických lékařů, činnost LPS či nedostupné smluvní lékaře sociálních zařízení atp.

Důležité je rovněž zdůraznit, že cíleným řešením této problematiky není omezení dostupnosti zdravotní péče, nýbrž redukce nadbytečných výjezdů, tedy neurgentních výjezdů za účelem poskytnutí přednemocniční neodkladné péče k situacím, kdy pacient není v přímém ohrožení života či není závažně poškozeno jeho zdraví.

Podstatně pozitivní vliv by měla cílená edukace obyvatelstva, kdy veřejnost si je většinou dobře vědoma toho, jak přivolat ZZS, ale tápe v otázce kdy přivolat ZZS. Veřejnost by se v této otázce měla informativně vzdělávat, nikoli trestat, kdy postoj části

obyvatelstva ke službám ZZS by se tím mohl změnit. V důsledku toho, že přivolání ZZS je pro pacienta zdarma, dochází komunitou často ke znevážení její hodnoty.

Závěrem je nezbytné podotknout, že cílem redukce nadbytečných výjezdů není omezení dostupnosti zdravotní péče, nýbrž zajištění co nejlepší a nejefektivnější péče o pacienta v rámci zdravotnického systému.

Klíčová slova: ZZS, nadužívání, zdravotnické právo, systém zdravotní péče

Resume

The subject of this diploma thesis was a discussion of the issue of misuse of the Czech Republic ambulance service, with the aim of creating a comprehensive description of it, all taking into account the possibility of reducing these types of emergency medical services.

Misuse of EMS can generally be defined as the use of emergency medical services for non-urgent medical conditions where the patient does not use the available alternative transport options. As a result, the resources of the health care system are being depleted, and at the same time this action may delay the care of patients who really need urgent pre-hospital care. A growing number of studies suggest that overuse of emergency services is occurring worldwide.

Finally, it is necessary to point out that the aim of reducing unnecessary trips is not to reduce the availability of health care, but to ensure the best and most effective patient care within the health care system.

Key words: EMS, misuse, medical law, health care system

Seznam zkratek

A&E	Accident & emergency department
ACA	Affordable Care Act
ČR	Česká Republika
ED	Emergency department
IZS	Integrovaný záchranný systém
KHK	Královehradecký kraj
LTCF	Long-term Care Facility
LZS	Letecká záchranná služba
KZOS	Krajské zdravotnické operační středisko
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník
PNP	Přednemocniční neodkladná péče
RLP	Rychlá lékařská pomoc
RV	Rendez-vous
RZP	Rychlá zdravotnická pomoc
TČ	Trestný čin
ZOS	Zdravotnické operační středisko
ZZS	Zdravotnická záchranná služba
ZZS ČR	Zdravotnická záchranná služba České republiky

Seznam použité literatury a pramenů

Literatura:

1. BEZOUŠKA, P. In: M. Hulmák a kol. Občanský zákoník VI. Závazkové právo. Zvláštní část (§ 2055–3014). Komentář. 1. vydání. Praha: C. H. Beck, 2014, s. 1552,
2. CÍSAŘOVÁ, D., SOVOVÁ, O. a kol.: Trestní právo a zdravotnictví. 2. upravené vydání, Praha: LexisNexis, 2004.
3. DOLEŽAL, A., DOLEŽAL, T.: Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví, Linde, Praha, 2007. ISBN 978-80-7101-684-6.
4. DOLEŽAL, T.: Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva. Praha: Leges, 2012, s. 160.
5. FRANĚK, Ondřej. 2009. Manuál dispečera zdravotnického operačního střediska. 1. vyd. Praha: Ondřej Franěk, 238s. ISBN 978-80-905651-1-1.,
6. HOLČAPEK, T.: Dokazování v medicínskoprávních sporech. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s., 2011, s. 212.
7. KNOR, J.: Forenzní, ekonomická a odborná úskalí v činnosti zdravotnických záchranných služeb. Medicína pro praxi, 2015
8. MACH, J., RATH D., Právní sebeobrana lékaře. Praha: Presstempus, 2003.
9. MACH, J.: Lékař a právo. Praktická příručka pro lékaře a zdravotníky. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, 320 s. ISBN 978-80-247-3683-9.
10. MACH, J.: Medicína a právo. 1. vydání. Praha: C. H. Beck, 2006.
11. MACH, J.: Přehled judikatury z oblasti zdravotnictví II. Odpovědnost ve zdravotnictví. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s., 2012, s. 546.
12. MACH.J. a kol.: Zdravotnictví a právo. Komentované předpisy. Druhé, rozšířené a doplněné vydání. Praha: Orac, 2005.
13. POLICAR R., TĚŠINOVÁ J., ŽDÁREK R.: Medicínské právo. Praha: C. H. BECK C.H.BECK, 2011. POKORNÝ, Jiří. Urgentní medicína. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 547 s., obr. ISBN 80- 726-2259-5
14. PRUDIL, L.: Základy právní odpovědnosti ve zdravotnictví. 4. doplněné vydání.Brno: Nakladatelství Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 77 s. ISBN 80-7013-433-X
15. SOVOVÁ, O.: Zdravotnická praxe a právo, Praha: Leges, 2011. ISBN 978-80-87212-72-1

16. STOLÍNOVÁ, J., Mach, J.: Právní odpovědnost v medicíně. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Galén, 1998. s. 169.
17. SVEJKOVSKÝ, Jaroslav a kol. *Zdravotnictví a právo*. Praha: C. H. Beck, 2016. 488 s.
18. TĚŠINOVÁ, Jolana, ZĐÁREK, Roman, POLICAR, Radek. *Medicínské právo*. Praha: C. H. Beck, 2011. 414 s.
19. TICHÝ, L. (ed.) a kol.: Prokazování příčinné souvislosti multikauzálních škod. Praha: Právnická fakulta Univerzity Karlovy v Praze., 2010.

Zákony:

1. zákon č. 2/1993 Sb., listina základních práv a svobod
2. zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů
3. Zákon č. 239/2000 Sb. Zákon o Integrovaném záchranném systému
4. zákon č. 127/2005 Sb., o elektronických komunikacích a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o elektronických komunikacích)
5. zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce
1. zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník
2. zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta
3. zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)
4. zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)
5. zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě
6. vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků
7. vyhláška č. 240/2012 Sb. kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě
8. vyhláška č. 296/2012 Sb., o požadavcích na vybavení poskytovatele zdravotnické dopravní služby, poskytovatele zdravotnické záchranné služby a poskytovatele

převazy pacientů neodkladné péče dopravními prostředky a o požadavcích na tyto dopravní prostředky. , dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

Zahraniční studie:

1. Billittier A.J., Moscati R., Janicke D., Lerner E.B., Seymour J., Olsson D. 1996. "A Multisite Survey of Factors Contributing to Medically Unnecessary Ambulance Transports." *Academic Emergency Medicine* 3(11): 1046–50
2. Camasso-Richardson K, Wilde JA, Petrack EM. Medically unnecessary pediatric ambulance transports: a medical taxi service? *Acad Emerg Med.* 1997 Dec;4(12):1137-41
3. DeJean D, Giacomini M, Welsford M, et al. . Inappropriate ambulance use: a qualitative study of paramedics' views. *Hcpol* 2016;11:67–79.10.12927/hcpol.2016.24535
4. Hjalte L, Suserud BO, Herlitz J, Karlberg I. Why are people without medical needs transported by ambulance? A study of indications for pre-hospital care. *Eur J Emerg Med.* 2007 Jun;14(3):151-6
5. Horibata K, Takemura Y. Inappropriate use of ambulance services by elderly patients with less urgent medical needs. *Tohoku J Exp Med.* 2015 Feb;235(2):89-95
6. Charles Courtemanche, Andrew I. Friedson, Daniel I. Rees. Association of Ambulance Use in New York City With the Implementation of the Patient Protection and Affordable Care Act. *JAMA Network Open*, 2019; 2 (6): e196419
7. Kawakami, C., Ohshige, K., Kubota, K. et al. Influence of socioeconomic factors on medically unnecessary ambulance calls. *BMC Health Serv Res* 7, 120 (2007)
8. Kessler DP. Evaluating the medical malpractice system and options for reform. *J Econ Perspect* 2011; 25: 93–110
9. Knowlton A, Weir BW, Hughes BS, Southerland RJ, Schultz CW, Sarpatwari R, Wissow L, Links J, Fields J, McWilliams J, Gaasch W. Patient demographic and health factors associated with frequent use of emergency medical services in a midsized city. *Acad Emerg Med.* 2013 Nov;20(11):1101-11
10. Knowlton A, Weir BW, Hughes BS, Southerland RJ, Schultz CW, Sarpatwari R, Wissow L, Links J, Fields J, McWilliams J, Gaasch W. Patient demographic and health factors associated with frequent use of emergency medical services in a midsized city. *Acad Emerg Med.* 2013 Nov;20(11):1101-11

11. Morris D.L., Cross A.B. 1980. "Is the Emergency Ambulance Service Abused?" *BMJ* 281(6233): 121–23
12. Palazzo FF, Warner OJ, Harron M, et al, Misuse of the London ambulance service: How much and why?, *Emergency Medicine Journal* 1998;15:368-370.
13. Patterson PD, Baxley EG, Probst JC, Hussey JR, Moore CG. Medically unnecessary emergency medical services (EMS) transports among children ages 0 to 17 years. *Matern Child Health J.* 2006 Nov;10(6):527-36
14. Patterson PD, Baxley EG, Probst JC, Hussey JR, Moore CG. Medically unnecessary emergency medical services (EMS) transports among children ages 0 to 17 years. *Matern Child Health J.* 2006 Nov;10(6):527-36
15. *Study: The Impact on Medicine.* 2002.
16. Takayama, Y., Hori, A., Tanaka, R. et al. Ambulance use for low-acuity conditions by long-term care facilities for older adults. *Eur Geriatr Med* 11, 777–782 (2020)
17. Toloo GS, FitzGerald GJ, Aitken PJ, Ting JY, McKenzie K, Rego J, Enraght-Moony E. Ambulance use is associated with higher self-rated illness seriousness: user attitudes and perceptions. *Acad Emerg Med.* 2013 Jun;20(6):576-83

Odborné publikace:

1. Anesteziologie a intenzivní medicína, *Anest. Intenziv. Med.*, 27, 2016, č.1
2. Časopis zdravotnického práva a bioetiky – *Journal of Medical Law and Bioethics*, Vol 7, No 1 (2017), ISSN 1804-8137
3. *EMS: a practical global guidebook.*, 2010, 667 p, ISBN 978-160-7940-431
4. HOLČAPEK, Tomáš: Občanskoprávní odpovědnost v medicíně a její uplatňování u českých soudů. *Právní rozhledy*, 2016, roč. 24, č. 9, s. 305-310.
5. KOREJZOVÁ J., Teorie ztráty šance a možnost její aplikace v českém právu, 2014, 151778, 110 s.
6. BERAN, K.: Trestní odpovědnost lékaře za chybu při ošetření pacienta. *Trestněprávní revue*, č.1, 2006, s. 10
7. CIBULKA K: O některých otázkách trestního postihu ve zdravotnictví. *Trestněprávní revue*, č. 2010, s. 69
8. MACH, J.: Náhrada škody za újmu na zdraví. *Bulletin advokacie*, č. 1, 2000.

9. SMRŽ, Ivo. Význam „clinical guidelines“ pro určení náležité odborné úrovně poskytování zdravotních služeb. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*, 2017, roč. 7, č. 1, s. 13-27.
10. *Urgentní medicína: Časopis pro neodkladnou lékařskou péči*. Praha: MEDIPRAX CB s.r.o., 2019, ISSN 1212–1924,

Internetové zdroje:

1. Ministersvo vnitra ČR. [online], dostupné z: <http://www.mvcr.cz/>
2. Urgmed. [online], dostupné z: <http://www.urgmed.cz/>
3. Zdravotnická záchranná služba Hl.m.Prahy. [online], 2020, dostupné z: <https://www.zzshmp.cz/>
4. Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje. [online], dostupné z: <https://www.zzsjck.cz/>
5. Zdravotnické právo a bioetika. [online], dostupné z: <https://zdravotnickepravo.info/>

Judikatura:

Judikatura ČR

1. Nález Ústavního soudu ČR sp. zn. I ÚS 1919/08, ze dne 12. 8. 2008
2. Nález Ústavního soudu ČR sp. zn. III ÚS 3067/13, ze dne 20. 12. 2016
3. Rozhodnutí Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 1628/2013
4. Rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR sp. zn. 25 Cdo 1014/2020, ze dne 31. 8. 2020

Judikatura zahraniční

1. Falcon v. Memorial Hospital, 436 Mich. 443, 470, 462 N.W.2d 44 (1990)
2. Gregg v. Scott [2005] UKHL
3. Herskovits v. Group Health Coop., 99 Wn.2d 609, 664 P.2d 474, 1983 Wash. LEXIS 1564 (Wash. May 26, 1983)
4. Hicks v. USA, (C.A.4, 1966), 368 F.2d 626
5. Hotson v. East Berkshire Area Health Authority [1987] AC 750 - House of Lords (Sněmovna lordů)
6. Kilpatrick v. Bryant, 868 S.W.2d 594 (Tenn. 1993)

7. Matsuyama v. Birnbaum, 452 Mass. 1 (2008)
8. McBride v. United States, 462 F.2d 71 (9th Cir. 1972)
9. McKellips v. St. Francis Hospital., Inc., 1987 OK 69 741 P. 2d
10. Pipe v. Hamilton, 2002 WL 31431631
11. Rufo v. Hosking, 61 NSWLR 678 at, Hodgson JA, Santow JA and M W Campbell A-JA,
12. Tabet v Gett [2010] HCA 12, 21 April 2010, HIGH COURT OF AUSTRALIA, GUMMOW ACJ, HAYNE, HEYDON, CRENNAN, KIEFEL AND BELL JJ, S259/2009,