

## **Pokračování: Kapitola 6**

### **POVINNOSTI A DONUCENÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ ČI S DOPADY NA ZDRAVÍ**

#### **Důvody pro ukládání povinností**

##### **Povinnost poskytnout zdravotní péči**

Záchrana života a ochrana zdraví si žádá urgentní péči. Tu zpravidla nelze obstarat na komerčním základě. Ale ani při obstarání další zdravotní péče nelze zcela spoléhat na trh.

Poskytování potřebné první zdravotní pomoci v případě krajní nouze je úkol uložený komukoli. Zvýšené nároky jsou pak kladené na jednotlivce, kteří byli s ohledem na své povolání a postavení měli a mohli poskytnout pomoc. Mezi tyto pochopitelně řadíme lékaře a další zdravotníky – bez ohledu na to, zda jsou ve službě či mimo ni. Úkoly lze ukládat též poskytovatelům zdravotních služeb jako institucím.

Vymezení těchto povinností a úkolů je samozřejmě záležitostí práva na základě politického posouzení. Bioetika jako okruh morálních pravidel profesní komunity a výkonu profese ukládá lékařům a dalším zdravotnickým povinnost poskytnout uvedenou zdravotní péči obecně. Nezachází však do podrobností z hlediska rozdělení úkolů a jejich mezí z hlediska institucí, což je určitě dokladem uznání role státu a práva v této záležitosti.

##### **Povinnost podstoupit zdravotnický zákrok**

Obecně se nemocný či zraněný nemusí léčit. Právo odmítnout zdravotní péči lze vyvodit z obecně formulovaných základních práv, není-li stanovené jako základní právo. Obdobně současná bioetika postuluje autonomii jednotlivce.

Pro prolamování takové svobody tak musejí být vážné důvody. Nucená zdravotní péče představuje vážný zásah do tělesné a duševní integrity jednotlivce.

Důvodem některých zásahů je ochrana života a zdraví pacienta samotného, zejména není-li z mentálních a zdravotních důvodů schopný posoudit a uvědomit si závažnost svého onemocnění pro sebe a pro své okolí.

Dalším důvodem jsou zájmy dalších, hlavně zachování života a ochrana zdraví dalších osob a ochrana veřejného zdraví obyvatel obecně. Může se též jednat o ochranu pořádku, bezpečnosti a dalších důležitých zájmů státu a o právem chráněné zájmy dalších osob.

Povinnosti musejí být v právu popsány podrobně, zvláště pak ty, které se prosazují prostřednictvím trestních či veřejnoprávních sankcí.

Ukládání takových povinností opatrně připouští bioetika. V bioetice se dlouhodobě vede debata o důvodech ospravedlnivších tyto povinnosti. Vymezení však bioetika pochopitelně přenechává právu. Prosadit si je až vynucením totiž může pouze stát svou mocí.

Lze si nicméně představit též kolektivistické – jak socialistické, tak konzervativní - přístupy vyzdvihující odpovědnost člověka za sebe a jeho povinnost vůči blízkým a společnosti a odmítající a odsuzující zanedbávání péče o sebe sama.

##### **Povinnost poskytnout zdravotní péči**

##### **Všeobecná potřebná zdravotní první pomoc ve stavu nouze**

Povinnost poskytnout potřebnou pomoc v případě ohrožení života či vážného ohrožení zdraví, které nelze odvrátit jinak než okamžitým zásahem, který nemohou obstarat k tomu povolání profesionálové a instituce. Potřebná pomoc nezahrnuje jenom zdravotnickou, ale též nejrůznější technickou a organizační pomoc a zabezpečení bezpečnosti. Tuto pomoc zabezpečují další záchranné sbory jako hasiči či policie.

Důležitost lidského života a zdraví se uznává tím, že se potřebná pomoc požaduje pod hrozbou trestního postihu - §§ 207 – 208 TZ. Zákonodárce rozlišuje při vymezení přípustných trestů za neposkytnutí pomoci laiky, profesně povinné – mezi které patří lékaři a další zdravotničtí pracovníci - a výslovně řidiče, neboť v silniční dopravě při autonehodách se objevuje neochota pomoci často.

Jednotlivec nemá povinnost poskytnout pomoc, je-li zjevné či patrné riziko pro vlastní život či hrozí-li závažné ohrožení zdraví. Pomoc za takových okolností je hrdinství, které se nelze vynucovat, lze a je potřebné jej nicméně následně ocenit.

Důvodem neposkytnutí pomoci může být rovněž chybějící vybavení pro pomoc, nemožnost poskytnutí kompetentní péče, ale také vlastní nezpůsobilost, mimo jiné nezpůsobilost zdravotní. Je-li to však možné, musí být taková pomoc přinejmenším žádána, například telefonátem na linku tísňového volání.

Zdravotnická první pomoc představuje průlom z reglementace poskytovatelů zdravotní péče a dalších zdravotních služeb. Urgentní zdravotní péči totiž může – protože musí - poskytnout kdokoli. Při selhání více přítomných lze uvažovat o odpovědnosti všech. Naopak selháním není, je-li pomoc již poskytována a není potřeba další součinnosti.

Neexistuje přitom nějaké právo na náhradu času, ušlých příležitostí či odměnu. Ocenění bývá nanejvýš symbolické. Můžeme nanejvýš debatovat, do jaké míry by existovalo oprávnění žádat náhradu účelně vynaloženého majetku, zvláště byl-li nasazen ve velkém rozsahu.

Stejně tak není zřetelně vymezené, jaké by bylo možné vznášet nároky v případě vážné újmy na zdraví v přímé souvislosti s potřebnou pomocí, byla-li jí přímo způsobená. Není totiž vymezeno, kdo by byl povinný. Výjimkou jsou případy, kdy ohrožení života a zdraví někdo záměrně či nedbalostně způsobil. Pak je odpovědný nejen za onu škodu, ale také za náklady jejího odvracení.

Lze postulovat *lege artis* standard laické první pomoci. Nicméně lidé mají omezené znalosti, schopnosti a zručnost. Jsou většinou ve stresu. To nepřehlédnutelně snižuje schopnost poskytnout jakoukoli potřebnou pomoc včetně zdravotnické.

Při poskytnutí první pomoci se tak bohužel běžně činí chyby, které mohou mít vážné důsledky. To si žádá vyjasnění právní situace, aby byla ochota první pomoc poskytnout. Řada států tak zakotvuje tzv. *good samaritan laws* pro laiky, pokud při poskytnutí pomoci běžně ve značném stresu pochybí, nejednají-li zcela iracionálně či excesivně. V jiných státech toto připustí soudy. Spory ohledně pochybení při poskytování první pomoci jsou tak jen ojedinělé.

Poskytování potřebné neodkladné pomoci včetně pomoci zdravotnické může zahrnovat konání, které může být jinak trestné, je-li nezbytné. Může jej představovat například odejmutí a využití cizího majetku (vloupání do lékárny). Dalo by se debatovat, zda by poskytnutí první pomoci ospravedlnilo loupež či přinucení zdráhajícího se pomáhat.

#### Povinnost poskytnutí urgentní péče zdravotníkem mimo službu

Zdravotnické zákony jednoznačně (dosud § 55 odst. 2 písm. c ZPZL, nově § 49 ZZS) vyzdvihují povinnost lékaře či jiného zdravotnického pracovníka poskytnout urgentní péči, je-li to nezbytné, též mimo zdravotnické zařízení (tedy prostory) a mimo službu.

Při selhání se uplatní zvýšený trestní postih. V případě lékařů, stomatologů a lékárníků jsou možné též postihy kárné ze strany příslušné profesní komory. Je otázka, zda lze lékaře či jiného zdravotnického pracovníka, který neposkytl urgentní mimo pracoviště a mimo službu, postihovat též v zaměstnání.

#### Povinnost poskytnout urgentní zdravotní péči

Poskytovatel zdravotní péče (v ZPZL byla nesprávná formulace dopadající na zdravotnické pracovníky a poskytovatel jako instituce byl opomenut) má povinnost přijímání a ošetření nemocných v urgentních situacích.

Tuto povinnost má ve službě konkrétní lékař či další zdravotnický pracovník, který je přítomen v místě, kde pacient péči potřebuje. Je-li to možné, může ji předat dalšímu, například lépe specializovanému lékaři. V případě příchozích pacientů musejí mít nemocnice mechanismus vyřizování urgentních případů. Zahrnuje zapojení do systému zdravotnické záchranné služby dle zvláštního zákona č. 374/2011 Sb.

Každý pacient, který tvrdí, že má zdravotní problém, který pociťuje jako závažný, musí být zběžně prohlédnut a případně vyšetřen. Totéž platí pro pacienty viditelně nemocné či zraněné. Možnosti odmítnutí z kapacitních důvodů - § 48 ZZS – se netýkají urgentní péče. Zahájení život zachraňující léčby má vždy přednost.

### Řešení krizových situací

Nemocnice by v případě velkého přílivu pacientů ohrožených svým onemocněním či úrazem na životě postupují podle krizových (traumatologických) plánů vytvářených pro tyto situace. Pacienti se třídí na jednotlivé stupně naléhavosti. Odkládá se veškerá neurgentní/neakutní péče, čekající pacienti se posílají domů.

V případě, že potřeba převyší možnosti jedné nemocnice, tak se zavedou opatření v rámci integrovaného záchranného systému podle zvláštního meziodvětvového zákona.

Změny v organizaci zdravotnictví a dalších potřebných služeb a dodávek zboží se rovněž předpokládají dle ZOZV, mělo-li by to být potřebné pro zvládnutí epidemie (níže).

### Nedostatek kapacit pro neurgentní péči

V Česku je poměrně příznivá situace, zdravotnictví má zpravidla dostatečné kapacity pro zabezpečení zdravotní péče o své obyvatelstvo.

Jak bude ještě dále rozvedeno, obecně musejí na základě smluv s příslušnými veřejnými zdravotními pojišťovnami poskytovatelé přijímat všechny pojištěnce, ledaže mají překročenou kapacitu.

Nedokáže-li si pojištěnec sám vyhledat poskytovatele zdravotní péče, kterou potřebuje jako pacient, má se obracet na svou zdravotní pojišťovnu, aby mu našla poskytovatele, který zabezpečí jeho potřebu zdravotní péče.

Stanoví se v této souvislosti dostupnost prostorová – dojezdové vzdálenosti - stejně jako časová – maximální čekací doby na některé zákroky, které se nedaří poskytovat bez prodlevy, kterou nelze vysvětlit medicínsky či technicky.

Veřejné zdravotní pojišťovny mají povinnost organizovat síť smluvních poskytovatelů, kteří v souhrnu poskytnou zdravotní péči ve stanovené vzdálenosti a ve stanoveném čase.

### Obecná povinnost poskytovatelů poskytovat zdravotní péči

Poskytovatelé zdravotní péče mají úkol poskytovat zdravotní péči všem potřebným osobám.

Registrace (přednáška 6) obecně předpokládá všeobecné poskytování zdravotnické péče. To vylučuje svévoli při výběru pacientů. Postih může být správně-právní (udělení pokuty či dokonce odnětí licence).

U veřejných poskytovatelů musí být diferenciací pacientů a jejich případné odmítání mimo rámec zákona považovaná za nepřijatelnou - podobně jako u veřejných škol – z podstaty

jejich postavení. Stát – též při výkonu jiných činností, než je výkon veřejné moci – nemůže postupovat mimo rámec zákona.

Zákaz diskriminace lze však dovozovat též pro soukromé poskytovatele (zákon na ochranu spotřebitele). Postihem mohou být pokuty. Zákaz diskriminace pacientů také vyplývá z antidiskriminačního práva (zákon o rovném zacházení). Antidiskriminační právo by mohlo založit právo diskriminovaného na peněžní zadostiučinění.

Je však třeba v této souvislosti zdůraznit, že svévolnou diskriminaci ze své podstaty často ve zdravotnictví nepředstavuje rozlišování podle zdravotního stavu. Jednotliví poskytovatelé jsou specializovaní pro různé druhy zdravotních služeb, jednotliví pacienti mají různé potřeby a perspektivy.

Obecně sice nelze odmítnout poskytování rozdílné péče podle rozdílných perspektiv pacientů, ukončuje se však jako marná zdravotní péče v případě bez perspektiv. Neúprosná selekce podle perspektiv a disciplíny pacientů se týká transfuzní medicíny.

Zákaz diskriminace mezi pojištěnci v podobě odmítání pojištěnce či nedůvodně a neospravedlnitelně rozdílného nakládání mezi pojištěnci pak ukládá ZVZP a vyzdvihují smlouvy veřejných zdravotních pojišťoven s poskytovateli.

Diskriminaci pochopitelně nelze spatřovat v povinnosti pacienta, který není pojištěncem veřejné zdravotní pojišťovny, která uzavřela s poskytovatelem smlouvu, za péči hradit. Všem nepojištěncům však musí být účtována za stejnou zdravotní péči stejná cena.

#### Podjatost lékaře vůči pacientovi

Pacient má – jakkoli leckdy okolnostmi omezenou – volbu poskytovatele a takto též lékaře na základě svého uvážení.

Naopak lékaři a další zdravotníci mají povinnost ošetřovat kohokoli, včetně lidí jim z nejrůznějších důvodů nesympatických. Je to pochopitelné. Jejich služby jsou pro pacienty potřebné. Mají proto být profesionálové též přeneseně a od averzí se dokázat oprošťovat.

Odmítání lze jenom velmi opatrně zvažovat, pokud by se pacient dopustil zvláště zavrženíhodného zločinu vůči lékaři či lékařovým blízkým, která by lékaři znemožňovala řádně pacienta zabezpečit. O takové averzi by jistě musel lékař pacienta informovat.

Obvykle se taková situace řeší dobrovolným vzájemným mýlením se – v případě praktických lékařů a dalších ambulancí vyhledáním konkurence, v nemocnici nahrazením jiným lékařem. Koneckonců většina pacientů by patrně stejně nechtěla být ošetřena lékařem, který vůči nim má zášť, zvláště pokud ji ani nedokáže skrývat.

Zcela nepřijatelné by bylo takové odmítání v případě urgentní péče.

#### Součinnost pacienta samotného

Povinnosti pacientů se celá desetiletí vyvozovaly. Teprve § 41 ZZS jej jednoznačně vymezil. Povinnosti pacienta jsou pochopitelně bez přímého postihu. Zejména dodržování léčebného režimu bývá běžně jenom částečné. Podobně nedostatky mívá často předpokládaná součinnost. Mohou však představovat spoluzavinění zmenšující či zcela rušící zavinění poskytovatele zdravotní péče.

Ty zahrnují prokazovat na požádání totožnost a zdravotní pojištění, oznamovat významné skutečnosti a především dodržovat léčebný režim (s nápomocí reagující na onemocnění danou nekázeň). V případě hospitalizace pak mají pacienti dodržovat nemocniční řád. Důležitá je též součinnost při předávání informací mezi poskytovateli (různá vyšetření jako vklady pro další vyšetření s ohledem na jejich časovou náročnost).

Není nicméně zřetelné, zda soustavné, závažné, obtížně pochopitelné a obtížně omluvitelné porušování požadavků by mohlo představovat důvod odmítní dalšího léčení ze strany lékaře, resp. poskytovatele. Důvodem by totiž mohla být marnost takové zdravotní péče.

České právo nepředpokládá omezení veřejné úhrady takové péče, které by mělo za následek nezbytnost soukromého hrazení.

#### Povinnost součinnosti blízkých při zabezpečování zdravotní péče

Rodiče, ustanovení opatrovníci a další blízcí mají povinnost zajistit dětem a dalším závislým osobám svěřeným do jejich péče zdravotní péči v případě potřeby.

Tím lze myslet dopravování dítěte k lékaři, jakož také potřebná součinnost při jeho dalším ošetřování a při domácí péči. V případě, že přitom tyto osoby selhávají, mohou být postihováni za zanedbávání péče. Zasahovaly by orgány sociálněprávní ochrany dětí, možné by bylo omezení rodičovských práv, odnětí dítěte a náhradní péče, v krajním případě by mohla nastoupit trestní represe.

Díky obecné bezplatnosti není problémem schopnost těchto osob zdravotní péči uhradovat. Bezpochyby nelze rodičovskou nebo jinou srovnatelnou odpovědnost vykládat tak, že je třeba zajistit jakoukoli dostupnou nadstandardní péči, která si žádá soukromou úhradu.

Poměry by se mohly změnit při omezení veřejně hrazené péče či dokonce plného upuštění od něj. Pak by se pochopitelně začalo debatovat, zda mají rodiče a další blízcí povinnost obstarávat zdravotní péči a pokud by ji měli mít, v jakém rozsahu s ohledem na své omezené zdroje. Představovalo by to totiž rozšíření vyživovací povinnosti.

Povinnost obstarat zabezpečení zdravotní péče mají též učitelé, vychovatelé, vedoucí táborů a kroužků a další pečovatelé starající se o neschopné se o sebe postarat – zahrnuje první pomoc a obstarání zdravotní péče od poskytovatelů zdravotní péče. Tím jejich role končí, dítě je ošetřeno ambulantně a vrací, přičemž často si jej odvázejí rodiče či se jinak dopravuje domů předčasně, nebo zůstává v nemocnici a pak si pro něj přijíždějí rodiče.

Za účelem minimalizace výskytu takových případů se požaduje ověření zdravotního stavu dítěte před odjezdem. Rodiče rostoucí měrou vystavují písemné souhlasy. Mohli by být voláni k odpovědnosti, pokud by

#### Povinnost platit

Legální platby - např. předepsané regulační poplatky, úhrada nadstandardní péče, úhrada neuhrazených zákroků, platba za pacienty – nepojištěnce - mohou být vymáhané srovnatelně jako jakékoli jiné pohledávky. Lze jenom ocenit, že některé nemocnice se zdráhají využívat možnosti exekucí, které pacienti-dlužníky nepřiměřeně zatěžují.

#### Možnost odepření neurgentní péče kvůli nebezpečí neuhrazení

Mohlo by být důvodem pro odepření neurgentního zákroku neuhrazení vyplývající z neuhrazené spoluúčasti na minulých zákrocích nebo důvodná obava, že zdravotnický zákrok nebude uhrazen? U soukromých poskytovatelů poskytujících zdravotní péči za peníze se pochopitelně připouští odepření. Obecně se neurgentní zdravotní péče totiž hradí předem.

#### Neuhrazená urgentní péče

Urgentní péče musí být poskytována všem, tedy též těm pacientům, u kterých není zajištěné veřejné hrazení – včetně koordinovaného v rámci Evropské unie – či spoléhat na cestovní pojištění. Z takové neuhrazené urgentní péče však vyplývá pohledávka.

Taková pohledávka je často obtížně vymahatelná či zcela nevymahatelná. Poskytovatelům zdravotní péče tak mohou vzejít ztráty. V tuzemsku není žádný náhradní mechanismus

náhrady takových nákladů. Nelze se divit, že poskytovatelé se omezují na urgentní péči a zdráhají se jít nad tento rámeček. Cizinecké právo se požadováním zdravotního pojištění různého rozsahu snaží nicméně omezit výskyt takové neuhrazené péče.

V zemích bez všeobecného zdravotního zabezpečení obyvatelstva (kapitola 7) je výskyt urgentních a akutních zákroků nuceně poskytovaných pacientům podstatně větší. Pro poskytovatele, kteří by se jinak pochopitelně zdráhali poskytovat urgentní péči, se proto vytvářejí různé mechanismy zmírnění finančních důsledků. Výsledkem je rovněž nárůst neuhrazených závazků (*medical debt* ve Spojených státech amerických).

V praxi se pochopitelně obtížně určuje hranice mezi urgentní a popřípadě akutní péčí, která se musí poskytnout, a péčí dlouhodobou. Bývá sklon ji vykládat úzce, zvláště není-li nikým ani částečně hrazená.

## **Nucená zdravotní péče a nucené zákroky se zdravotními důsledky**

### Skutečně povinné léčení

V liberálních státech Západu obecně není povinnost se léčit. Jednotlivec se může rozhodnout pro neléčení – včetně toho, kterým se jeho zdravotní stav zhoršuje, až může vyústit ve smrt.

Lze si samozřejmě představit autoritativní kolektivistický stát, který svým občanům ukládá léčení svých onemocnění a úrazů. Důvody pro ukládání takové povinnosti mohou být náklady zabezpečení neléčících se osob, jejich pracovní nezpůsobilost a přesvědčení o nutnosti splácet například vzdělání, pečovat o děti a další příbuzné. Proto koneckonců tyto státy drasticky potlačují například požívání omamných látek.

Některé liberální státy mohou používat jako nástroj tlaku na léčení se jako žádoucí chování právě veřejné zdravotní pojištění, ale také další sociální zabezpečení.

### Vojáci a branci

V 19. století se státy snažily, aby branci a vojáci měli dobrý zdravotní stav. Jim přednostně se snažily zabezpečit zdravotní péči. Platilo to též pro zraněné v bojích a nemocné. Taková zdravotní péče byla výsadou, ostatnímu obyvatelstvu se jí nedostávalo.

Ve 20. století díky výraznému zlepšení armádní zdravotní péče byla zavedena povinnost branců a vojáků se léčit. Vedle toho se také zavádělo postihování – v dobách válek přísné – sebepoškozování, činícího brance/vojáka nezpůsobilého službě. Takové sebepoškozování nebylo vzácné, protože válečná vojenská služba jej vskutku ohrožovala na životě.

Ukončení či rozvolnění branné povinnosti ve vyspělých zemích během posledních desetiletí vedl ke zmírnění vymáhání této povinnosti.

### Zadržení a uvěznění

Nucenou péči nelze zaměňovat s omezeními volby poskytovatele, které dopadají na nemocné vězně ve vazbě anebo ve výkonu trestu.

V minulosti se o vězně příliš nepečovalo. Zanedbávání se považovalo za součást trestu. Věznění přitom často vedly ke zhoršení zdravotního stavu a běžně ke smrti vězňů. Řada onemocnění koneckonců nebyla vůbec léčitelná. Je tomu tak dodnes v řadě chudých zemí světa, kde se koneckonců zdravotní péče zdaleka nedostává veškerému obyvatelstvu.

Vyspělé země naopak vězňům potřebnou zdravotní péči zabezpečují. Ve Spojených státech amerických jsou vězni jediní, kteří mají právo na zdravotní péči.

Právo počítá s nutností hospitalizace vězně v nemocnici, což si však žádá ostrahu. Země s větší vězeňskou populací tak provozují vězeňské nemocnice.

Náročnost věznění nemocných vede státy v případě vězňů odsouzených ke kratším trestům k přerušování trestu vězení či jeho zkrácení a nahrazování alternativními tresty.

Některé státy nepřipouštějí odmítání zdravotní péče vězni, jestliže její nezahájení může například zapříčinit zdravotní nezpůsobilost v případě povinné práce ukládané odsouzeným.

V Česku jsou vězni nuceni podrobovat se zdravotním prohlídkám a očkovaní, odmítání další zdravotní péče upraveno není.

Vězňice se rovněž snaží omezovat případy sebepoškozování, které je ve vězeních časté. Je snaha potlačit případné hladovky.

### Léčení vynucené udržení si práce

K výkonu řady profesí je potřeba zdravotní způsobilost. Ta vyplývá z povahy práce samotné (schopnost výkonu) kvůli ochraně pracovníka samotného (nemoci z povolání), tak především kvůli ochraně veřejných zájmů (bezinfekčnost, způsobilost bezpečně ovládat stroje a zařízení apod.).

Nezpůsobilost zaměstnance/osoby samostatně výdělečně činné může mít zásadní kariérní, statusové a mzdové důsledky. Propuštění – jakkoli se sociálním zabezpečením - nebo přeřazení na jinou, zpravidla méně placenou a prestižní práci má vážné dopady.

Takové léčení nicméně není povinným léčením ve smyslu. Pracovník se léčí, protože chce vykonávat příslušné povolání. Léčba pochopitelně koneckonců také nemusí být úspěšná přes veškeré dodržování léčebného režimu ze strany pracovníka a on tak může zůstat nezpůsobilý.

Kvůli ochraně zdraví včetně zachování způsobilosti k výkonu práce se předepisuje zvláštní preventivní péče, například očkovaní (mimo jiné právě zdravotníci – kapitola 6). Platí zdravotní nezpůsobilost rovněž pro pravděpodobnou neúspěšnost této péče (nevytvoření protilátek proti onemocněním představujícím rizika)?

Zdravotní stav těchto pracovníků je předmětem zvláštní sledování (tzv. dispenzarizace). Ta zahrnuje potřebnou diagnostickou, preventivní, terapeutickou či léčebně rehabilitační péči.

### Karanténa a léčení v karanténě

Opatření za účelem zabránění šíření nakažlivých onemocnění v podobě izolace nakažených, popřípadě podezřelých. Slovo pochází z italského slova *quaranta* - tedy čtyřicet dní izolace například v Benátkách a dalších středomořských přístavech.

V dávnější minulosti strach z onemocnění, zejména v časech epidemií ústící v ostré zásahy vůči nemocným včetně domnělých. Kvůli neznalosti onemocnění, neschopnosti jej léčit a panice se tyto pacienti šikanovali a stigmatizovali (nemocný „platil jak mourovatej“).

Většinou se nemocní či podezřelí z nemoci pouze izolovali (například izolace pacientů trpících leprou). Medicína totiž neznala postupy, jak léčit. Také ale nebyly zdroje a nebyla ochota vynaložit síly léčit pacienty s vysoce nakažlivými onemocněními.

Nyní – protože je to většinou možné – karanténa léčbu zahrnuje, tato léčba se pacientovi běžně ukládá jako povinnost.

Ve 20. století se podařilo nakažlivé nemoci vesměs vymýtit. Výrazně napomohly programy vakcinací. Potřeba karantén se omezila na některé pomalu šířící se nákazy typu tuberkulózy.

V současném světě obrovské mobility se snadno dokáží šířit nová nakažlivá onemocnění, proti kterým nemusí být imunita: ebola, „superchřipka“ či virus zika. Zvažuje se proto připravenost zdravotnictví na tyto epidemie.

Právní rámec pro karanténu v Česku je poměrně stručný - §§ 64-65 ZOVZ. Vymezují se onemocnění, kvůli kterým lze karanténu uložit. Přípustné je omezení pohybu, omezení styku s dalšími osobami a povinnost podstoupit léčbu. Nevymezují se práva osob, kterým se ukládá karanténa, ani se neupřesnilo nároky na léčbu.

Většina nakažených či podezřelých se příslušným opatřením – tedy izolací a léčením - podrobují dobrovolně. Koneckonců bez léčení řady těchto nakažlivých onemocnění mohou zemřít. Vydávají se karanténní opatření též vůči takovým dobrovolným pacientům, nebo teprve tehdy, když se léčit odmítají a vyhýbají se izolaci?

Judikatura Evropského soudu pro lidská práva na poli karantény je ojedinělá (Enhorn proti Švédsku), potvrzuje možnost karantény za určitých podmínek. Zde se naskytá otázka, zda je stručná česká právní úprava dostatečně propracovaná. Není však důvod očekávat judikaturu. ÚLPB nestanoví zvláštní pravidla pro karanténu, pouze obecná klausule (čl. 26) o omezeních práv v případě důležitých veřejných zájmů.

V Evropské unii se nevyužívá možnost omezení migrace jednotlivců mezi členskými státy z důvodu ochrany veřejného zdraví. Možná byla v případech zvláště závažné nakažlivé nemoci, tuberkulózy a závažné duševní poruchy, které ohrožovaly veřejné zdraví a veřejný pořádek.

V rámci „Schengenu“ se potlačily hraniční kontroly na společných hranicích. Namátkově a výjimečné kontroly pak nebývají natolik důsledné, aby bylo možné tyto nemocné zachytit na hranicích. Zdravotní způsobilost není ani předpokladem povolení střednědobého či dlouhodobého pobytu občana jiného členského státu Evropské unie.

Jiné státy – které provádějí soustavné a často přísné hraniční kontroly osob a zboží – jsou schopné zdravotní kontroly provádět. Zvláště patrná je snaha vyvarovat se šíření HIV/AIDS (mající jako pohlavní choroba morální stigma) neudělováním víz bez negativního atestu.

Uložení karantény cizinci a jeho léčení představuje jeho zadržení. Cizinec má dle mezinárodního práva (Vídeňská úmluva o konzulárních stycích) vůči zadržujícímu státu nárok, aby mu velvyslanectví či konzulát domovského státu poskytl konzulární pomoc.

## Epidemie

V minulosti epidemie (mor, tyfus) často působily nepokoje a rozvrat komunit, někdy dokonce zapříčinily jejich vymření. Nepřekvapivě se přijímala drastická a drakonická opatření kvůli zachování veřejného pořádku – výjimečný stav.

V 19. století se podařilo hygienickými výrazně potlačit šíření některých smrtelných nakažlivých onemocnění hygienickými opatřeními. Koncentrace obyvatel ve městech a rostoucí mobilita díky rychlé dopravě však přinesly jiné epidemie (cholera v 19. století, „španělská“ chřipka na začátku 20. století). V případech epidemie komunity běžně přerušovaly styky s vnějším světem

Pravidelně však byla léčba jenom symptomatická. Úmrtnost při epidemiích zůstávala obrovská. Teprve v 19. století začaly epidemie léčit. Státy zaváděly rozsáhlá hygienická a sanitární opatření. Rovněž očkování (níže) napomohlo vymýcení nakažlivých onemocnění.

Chybí tak větší zkušenosti s epidemiemi závažnějších nakažlivých onemocnění. Vzácné jsou tedy rozsáhlejší opatření proti epidemiím. Kapacity a rezervy státu jsou omezené. Právní rámec zůstává obecný. Na tom nic nemění standardy, které pro potlačování epidemií vytváří Světová zdravotnická organizace (WHO).



Legislativní rámec pro případ epidemie v Česku je stručná, pouze §69 ZOVZ. Předpokládá se řada opatření a omezení: zákaz rizikových výrob, zákaz styku a kontaktu osob a skupin osob, regulace užívání pitné a dalších vod, regulace poskytování zdravotní péče, dezinfekce a další blíže nespecifikovaná opatření. V případě závažnější epidemie by snad bylo možné postupovat podle ústavního zákona o bezpečnosti České republiky, představitelný je nouzový stav kvůli ohrožení zdraví, ovšem zvláštní pozornost zakotvená není.

Za epidemie v širším slova smyslu lze považovat též nakažlivá onemocnění, která se šíří pouze pohlavním stykem či krví, tedy též choroby pohlavní (dříve syfilis, nyní HIV/AIDS) či mající šíření potravinami či transfuzní krví (BSE-vCJD). Zde se pochopitelně přijímají odpovídající opatření.

#### Související povinnost zdržet se šíření nakažlivé choroby

Zdržení se šíření nakažlivé choroby je požadavkem kladeným na všechny nemocné trpící nakažlivými onemocněními. Nepředpokládá se žádné rozhodnutí. Nemocný si nicméně musí být onemocnění vědom. Právo žádá jeho odpovídající poučení.

Za šíření nakažlivého onemocnění připadá v úvahu dokonce trestní postih – rozlišuje se úmyslné a nedbalostní šíření, zvláštní skutkové podstaty jsou pro šíření chorob rostlin a zvířat §§ 152 – 153 TZ.

Musí se jednat o závažnou nakažlivou chorobu. Jednotlivec si musí být vědom, že je nakažen, aby se mohl dopustit nedbalostního či úmyslného šíření nakažlivého onemocnění. Ve skutečnosti se požadavek týká pohlavních chorob. Postihování by mohlo být za šíření dalších vážných nakažlivých chorob.

Chřipka včetně té během pravidelných chřipkových epidemií se za takové nakažlivé onemocnění nepovažuje, stíhaných a odsuzovaných by totiž musely být tisíce, přičemž by stěží bylo možné odlišit.

Věznění nakažených odsouzených trpících vážným, často nevléčitelným nakažlivým onemocněním je náročné. Ve věznicích se obtížně zabezpečuje odpovídající zdravotní péče, utrpení se považuje za důvod propouštění či přerušování uvěznění.

#### Povinné léčení pachatelů trestných činů

Cílem povinného léčení je vyléčení či zmírnění onemocnění, která představují pravděpodobnou příčinu zločinného chování pachatele či k němu přispěly. Povinné léčení je možné v případě běžné, snížené nebo žádné přičetnosti v souvislosti s trestáním takového pachatele. Povinná léčba je jedním z opatření na základě rozsudku trestního soudu.

Jako opatření napravující pachatele do budoucna se může jevit speciální zdravotní péče psychiatrická, sexuologická, protialkoholní a toxikomanická.

Česká právní úprava je propracovaná. §§ 98 a násl. TZ stanoví podmínky, zejména předpoklad účelnosti a přiměřenosti (hospitalizace, ambulantní péče).

Ochranné léčení může být uloženo na dobu neurčitou. Praxe s těmito pachateli závažných zločinů nebyla po roce 1990 uspokojivá, zejména věznění spojené s ochrannou léčbou. Proto byl zaveden nový právní institut zabezpečovací detence dle § 100 TZ. Výkon této zabezpečovací detence upravuje zvláštní zákon. V roce ... se v Brně zřídil a působí Ústav zabezpečovací detence.

#### Zásahy do tělesné integrity za účelem zvládnutí zločinnosti

V minulosti se užívaly jako represe a zároveň prevence kriminality a psychopatologie. Druhým důvodem nucených zásahů či zásahů založených na souhlasu pod nátlakem či

získaným lstí byla dobová eugenika. Prováděla se kastrace (mužů) a sterilizace (žen). Rovněž se prováděly na duševně nemocných operace mající za cíl jejich zklidnění (lobotomie).

Nyní je tendence kastraci nabízet jako alternativu k trestu nebo ochrannému léčení. Právo mnoha zemí včetně ČR pro ně stanoví zvláštní pravidla. Informovaný souhlas musí být písemný. Předpokladem je násobné mínění lékařů-specialistů, že zákrok má smysl.

Kastrace sexuálních deviantů v Česku byly předmětem kritiky ze strany lidskoprávních organizací. Znepokojení vyjadřovala rovněž Rada Evropy. Odsouzeno Česko však nikdy nebylo. Též další evropské země předpokládají konsensuální kastraci sexuálních deviantů.

#### Vsuvka o jiných zemích a minulosti – popravy, mučení, mučení, výslechy,

Dříve byl často běžná medikace odsouzenců na smrti alkoholem či opiáty. Ve Spojených státech amerických se poprava smrtící injekcí podobá zdravotní péči, jenom s opačným cílem, totiž člověka usmrtit nyní už „bezbolestně“. Vede se tak etický spor o účast lékařů při popravách.

V minulosti se prováděly též tělesné tresty včetně trvalých – nejen bití, ale též mrzačení. Některé státy je provádějí dodnes. Ve vyspělejších mezi těmito zeměmi se rostoucí měrou provádějí pod dozorem lékařů, například amputace ve sterilním prostředí nemocnic.

Mučení a výslechové metody byly v minulosti - včetně 20. století - čast kruté a ústily v poškození či dokonce úmrtí vyslýchaného. Mučení vyslýchaných a uvězněných se běžně používá v zemích třetího světa a obecně státech s autoritativními a totalitními režimy. Některé výslechové metody jsou na hranici mučení též ve vyspělých demokratických zemích – zejména při ohrožení terorismem. Při výsleších zahrnujících mučení či v souvislosti s nimi běžně asistovali zdravotníci. Ústavy a mezinárodní úmluvy o ochraně základních práv mučení zcela zapovídají.

Zdravotní souvislosti mají nicméně moderní výslechové metody a technologie založené na poznacích psychologie a psychiatrie – například detektor lži.

#### Zdravotnické souvislosti omezujících opatření při zadržení a při věznění

Omezující opatření typická pro zadržení, které užívá policie, dále pak opatření pro usměrnění a zneškodnění vězněných ve vazbě a při výkonu trestu ze strany vězeňské služby – pouta, chvaty, znehybnění, údery - mohou mít zdravotní důsledky. Ve vyspělých demokratických právních státech bývají tato opatření právně podrobně vymezená. Mají rovněž své odborné standardy. Porušení těchto standardů mající za následek újmu na životě či na zdraví může znamenat vyvozování právní odpovědnosti jednotlivců stejně jako institucí.

#### Nedobrovolná psychiatrická péče

Většina psychiatrických pacientů se svým léčením souhlasí. Má se přitom za to, že tak činí platně. Souhlas dávají ve svých tzv. lucidních okamžicích. Rozhodnutí o nedobrovolné hospitalizaci se v těchto případech nevydávají.

Základní právní rámec nedobrovolné hospitalizace v Česku stanoví LZPS: sedm dní pro vyřízení, což je pozoruhodné při srovnání s maximální dobou zadržení a rozhodnutím o vazbě během dvou dní.

Právní úprava byl dříve stanovená OSŘ (§ 191a- 191g), nyní ZZŘS (§§ 66-82). Předepisuje se mimo jiné čtyřadvacetihodinová lhůta pro oznámení soudu, možnost zástupce, povinnost vyšetřit vše, pravidla pro doručování, určují pravidla pro opravné prostředky, znalecké posudky, posuzování potřebnosti držení, maximální doba držení jeden rok s možností prodloužení, možnost autoremedury na žádost, ovšem teprve po uplynutí lhůty.

## Omezující opatření ve zdravotnictví

Poutání, síťových a klecových lůžek pro zvláště nebezpečné či sebe ohrožující pacienty za vhodné či dokonce nezbytné kvůli ochraně těchto pacientů, dalších pacientů a zdravotnických pracovníků. Dosavadní praxe v Česku byla předmětem mediální kritiky. Právní úprava proto vymezila předpoklady. Tato opatření se smějí používat pouze tehdy, je-li to nezbytné. Předepisuje se zvláštní dokumentování. Předpokládají se kontroly, které zabezpečuje Kancelář veřejného ochránce práv (ombudsman).

## Základní práva týkající se nucené léčby a souvisejících donucujících opatření.

Evropský soud pro lidská práva se mnohokrát vyjadřoval k nucené hospitalizaci duševně nemocných a k donucujícím opatřením.

Nelidské a ponižující zacházení (čl. 3) nepředstavují omezující opatření, jež jsou nezbytná kvůli zdravotnímu stavu duševně nemocného, včetně poutání na lůžko (Herczegfalvy proti Rakousku, č. 10533/83). Je ale nutné nezbytnost dokládat. Bezmocnost psychiatrických pacientů vyžaduje pečlivé hodnocení nezbytnosti omezujících opatření: jen tak lze předejít nelidskému a ponižujícímu zacházení, jež v psychiatrii nezřídka skutečně hrozí.

Soud se zabýval také vztahem nucené psychiatrické péče a osobní svobody (čl. 5). Dle Winterwerp proti Nizozemsku (č. 6301/73), že držení v léčebně neospravedlní skutečnost, že jednotlivec se chová podivně, neslučitelně s mravy a zvyklostmi. Důvodem nucené psychiatrické léčby musí být profesionální psychiatrická diagnóza. Duševní porucha pak musí být natolik závažná, aby odůvodňovala zadržení a nucenou léčbu. Zdravotní stav pacienta musí být pravidelně zkoumán, jestli důvody nucené léčby nepominuly.

Úřední i soudní přezkum zdraví psychiatrického pacienta musí být urychlený, Soud formuloval zásady pro hodnocení včasnosti (E. proti Norsku, č. 11701/85). Zjištěné zlepšení zdravotního stavu vyžaduje propuštění, jakkoli lze připustit jeho přiměřený odklad, je-li třeba zabezpečit ambulantní péči či podobná opatření (Johnson proti Spojenému království, č. 22530/93). Soud se vyjadřoval také k soukromí pacienta podrobeného nucené péči. Porušení práva na soukromí (čl. 8) shledal v nemožnosti náhrady vnitrostátním právem určeného nejbližšího příbuzného kvůli nedůvěře pacienta (JT proti Spojenému království, č. 26494/95). Konečně bylo zdůrazněno, že ochrana života (čl. 2) psychiatrických pacientů, zvláště těch, kteří jsou ve vazbě nebo ve vězení, vyžaduje rozumná opatření ztěžující pokusy o sebevraždu (Keenan proti Spojenému království, č. 27229/95).

Rovněž Ústavní soud ČR se vyhovujícími stejně jako zamítavými nálezy opakovaně vyjádřil k problematice pozorování obviněného ve zdravotnickém ústavu, problematice rozhodování o zbavení způsobilosti k právním úkonům nebo nucené psychiatrické léčbě. Důvodem zásahu bylo zpravidla porušení procesních práv dotčených jednotlivců.

Podstatnou část stížností týkajících se nucené léčby nebo souvisejících záležitostí jednotlivé úřady či soudy nicméně zamítají, odmítají či odkládají jako neodůvodněné.

## Alkoholní a toxikomanické léčení včetně „záchytky“

Dle § 17 zákona č. 379/2005 o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a dalšími návykovými látkami je jednotlivec pod vlivem alkoholu či drog na stupni, kdy ohrožuje sebe či jiné, povinen podrobit se „záchytce“ či „detoxu“.

Stanovují se pravidla pro financování této péče, jednotlivá donucovací opatření, stanoví se režim pro nezletilé, předpokládá oznamování praktickému lékaři apod. Víceru způsoby český zákonodárce naznačuje zavinění pacienta této péče. Péče na záchytce se zpoplatňuje. Připouští

se též další postihy či nepříznivé následky. Decentralizace organizace této péče vedla ke značnému rozrůznění této péče a jejich podmínek v jednotlivých městech a krajích.

### Povinné očkování (vakcinace)

Očkování (vakcinace) slouží prevenci nakažlivých onemocnění. Vytvoření imunity oslabeným agens nakažlivého onemocnění slouží potlačení šíření chorob, a to dokonce také v případě nemožnosti či nezajištění stoprocentního očkování populace. Během dvou století se vyvinuly rozličné technologie výroby vakcín a výrazně zlepšila jejich kvalita.

Kvůli potlačení nakažlivých onemocnění státy již v 19. století zaváděly povinné očkování. Vzhledem k chudobě podstatné části obyvatelstva představovalo často jedinou zdravotní péči poskytovanou zdarma. Již v 19. století se objevoval odpor proti povinnému očkování, proto bylo běžné jeho provádění za policejní či vojenské asistence. Nejvýznamnějším případem byla *revolta da vacina* v brazilském Rio de Janeiro v roce 1904.

Právní rámec pro Česko stanoví §§ 45-52 ZOVZ. Vymezují se jednotlivé druhy očkování dětí a dospělých, rozlišování na pravidelné, zvláštní, mimořádné a smluvní. Rozlišuje se povinné a dobrovolné (na základě doporučení lékaře). Obecně povinné očkování jenom v případě dětí. Neumožnění očkování dítěte je přestupek na úseku zdravotnictví, pokuta až 10000 Kč. Následkem neočkování je nepřijetí dítěte do školky či na další kolektivní akce. Povinné očkování může být však zavedeno též pro dospělé. Očkovací kalendář pro děti pak určuje prováděcí vyhláška 537/2006 Sb.

Mezi českými antivakcionisty převládá motivace a argumentace zdravotní, zdůrazňují se údajná zdravotní rizika. Oproti cizině se zpravidla neuvádějí náboženské důvody a slabá je politická motivace (liberalismus, libertariánství, anarcholiberalismus). Vedle úplného odmítání očkování roste kritika výčtu povinných očkování, kombinací očkovacích látek v jednotlivých vakcínách a rigidnosti očkovacího kalendáře.

Vyhýbání se povinnému očkování dětí částí rodičů se rozmáhá. Očkování se tak týká judikatura Nejvyššího správního soudu a Ústavního soudu. Ústavní soud opakovaně relativizoval postihy, zároveň však potvrzuje ústavnost povinného očkování a stačí mu vymezení povinných očkování dětí vyhláškou.

Problémem zůstává odpovědnostní režim (obecně kapitola 4). Stát ukládá očkování, nepřijímá však odpovědnost za – vzácnou a obtížně potvrditelnou či vyvratitelnou - újmu způsobenou vadou/škodlivou vlastností vakcíny. Tato odpovědnost se totiž ukládá poskytovateli očkování jako preventivní zdravotní péče, který však nemá žádný vliv na kvalitu vakcín. To patrně snižuje ochotu hlásit vedlejší účinky (otázka self-incrimination).

Leckde v zahraničí je podstatně větší možnost odmítání očkování než v Česku. Drtivá většina států nemá tak komplexní očkovací schéma jako ČR. V některých se srovnatelné míry očkování populace daří dosahovat bez právního donucení různými pobídkami – často důraznými (zvýhodnění, respektive znevýhodnění v rámci veřejného zdravotního pojištění, podmínění sociálními dávkami). V jiných zemích je „proočkovanost“ dětské populace podstatně nižší. Čas od času se pak objevují epidemie obecně vymýcených nakažlivých onemocnění, například spalniček.

Evropský soud pro lidská práva se vůči povinnému očkování postavil vstřícně, za určitých předpokladů a podmínek je možné (rozsudek o stížnosti sdružení X proti Velké Británii).

### Vyšetřování zdravotního stavu včetně genetického profilu

Dle § 114 TR má každý povinnost strpět ohledání těla a odběry vzorků potřebných pro vyšetřování trestných činů. Již od 19. století otisky prstů, ve 20. století často krev, dnes

vzorek tkáně nesoucí genetickou informaci. V případě obviněných a podezřelých možnost fyzického donucení v mezích předepsaných procedur, které nenarušují tělesnou integritu. Pravidelně se řešilo drobným přinucením, které se pochopitelně leckdy právně zpochybňovalo. Možnosti genetické stačí stěr kůže, sliznice či vlas.

Připouští se rovněž vyšetřování duševního stavu obviněného (nikoli svědka či poškozeného), přípustné je dokonce „vzetí na pozorování“ - § 116 TR.

### Diagnostika v civilních sporech

Určování otcovství, popř. mateřství – dříve §§ 52a – 62a ZR, nyní §§775-789 NOZ. Soudní řízení o určení či popření otcovství, popř. mateřství nyní upravuje ZZŘS §§ 415-426, ovšem neupravuje vyšetřování.

Nestanoví postup potřebný pro vyšetřovací úkony (odběr vzorků), resp. sankce za protivení se. Velmi stručný § 127 OSŘ umožňoval soudu uložit účastníku, popř. jinému podrobení se vyšetření zdravotního stavu včetně odběru krve. Nález Ústavního soudu potvrdil možnost pokuty za odpírání odběru DNA (platil by v této souvislosti zákaz *ne bis in idem*?).

Vyšetření zdravotního stavu v souvislosti se spory o újmu na zdraví a její odškodnění. Podrobení se žádaným vyšetřením je tedy v zájmu vyšetřovaného. Právo neupravuje podrobné podmínky takových vyšetření.

V Česku se neobjevily spory o odškodnění za nakažení osobním kontaktem včetně pohlavního styku. Pokud přijdou, může se řešit, zda v civilním sporu lze nutit žalovaného k podstupování vyšetření.

### Vyšetření zdravotního stavu pro účely zaměstnání

Pracovní právo či požadavek zaměstnavatele může stanovit vyšetření zdravotního stavu. Zvláštní předpisy pro jednotlivé profese stanovují zvláštní nároky na zdravotní stav, které slouží ochraně života a zdraví zaměstnance samotného a života, zdraví, bezpečnosti, majetku a dalších důležitých zájmů jiných osob či společnosti.

S ohledem na antidiskriminační právo je třeba velmi opatrně zvažovat, zda zaměstnavatel může jít nad rámec obecně uznávaných nároků na výkon příslušného povolání. Zejména je třeba se stavět velmi zdrženlivě až odmítavě k jakýmkoli vyšetřením pro účely zvážení perspektiv zaměstnance či uchazeče o zaměstnání.

### Vyšetření zdravotního stavu pro účely sociálního zabezpečení

Podrobení se vyšetření zdravotního stavu se předpokládá, žádá-li pacient-zaměstnanec (obdobně žák či student) potvrzení nezpůsobilosti k výkonu zaměstnání (studia). Toto potvrzení vydává registrující lékař či v případě hospitalizace nemocnice. Vzhledem k častému zneužívání je možná revize.

Předpokladem některých sociálních dávek, například přiznání invalidního důchodu, je zevrubné posouzení zdravotního stavu žadatele. Státní sociální správa angažuje pro tento účel zvláště kvalifikované posudkové lékaře.

### Vyšetřování alkoholu a drog u řidičů, zaměstnanců a v dalších kritických činnostech

Stanoví obecně zákon 379/2005 Sb. §19 požaduje od zdravotníků tzv. krátkou intervenci – ti mají povinnost provést příslušné odběry krve, moči či dechovou zkoušku.

Alkohol a drogy za volantem – v případě odmítání zkoušky (§ 5 zákona č. 361/2000 Sb., o provozu na silničních komunikacích) vysoké pokuty, zabránění v jízdě a další právní následky založené na presumpci požití (regres pojišťovny v rámci „povinného ručení“). Nyní se za dostatečnou považuje dechová zkouška, jakkoli se musely upřesnit pravidla pro technologii

zkoušky a stanovila se technická tolerance 0.024% alkoholu v krvi. Dechovou zkoušku totiž může vykonávat policista. Obdobně v jiných odvětvích dopravy a u některých dalších činnostech bez ohledu na právní rámec výkonu činnosti.

Obdobně se - § 104 odst. 4 písm. i) ZP - ukládá zaměstnanci povinnost podrobit se zkoušce vlivu alkoholu a drog.

Zřetelný právní rámec chybí ve školství pro testování vlivu alkoholu a drog u žáků a studentů, je-li patrná opilost či vliv drog během výuky či dalších společných činností v míře, kdy hrozí narušení bezpečnosti, pořádku a vzdělávání.

Připouští se dechová zkouška, odběr vzorku krve či odběr moči. Vzhledem k hojným sporům ohledně těchto vyšetřovacích úkonů se podrobně stanoví technické a organizační standardy pro tato vyšetření.

### Antidopingová politika

Antidopingová politika je záležitostí jednotlivých organizovaných sportů. Stanovují si ji jednotlivé sportovní svazy. Řada států se nicméně rozhodla antidopingovou politiku podpořit správním a trestním právem a politikou (podpora antidopingových kontrol, správní regulace výroby a odbytu látek využitelných jako doping, regulace reklamy, trestní postihy).

Výrazné zpřísnění antidopingových opatření v případě vrcholových profesionálních sportovců snažících se maximalizovat svůj výkon všemi prostředky a přísné postihy mající devastující dopad na kariéru sportovce po zjištění dopingu vedou k velkému množství sporů, které se dostávají před soudy. Antidopingová pravidla jsou proto stále složitější. Antidopingová opatření znemožňují sportovcům využívat moderní medicíny a nutí je k intenzivním diagnostickým zákrokům omezujících tělesnou integritu.

Srovnatelně problematické jsou rovněž stále sofistikovanější testy ženskosti sportovkyň (sex-testy). Při oddělených soutěžích mužů a žen totiž v mnoha ženských sportovních disciplínách vítězili intersexuálové, takže se před půlstoletím zavedly tyto testy.

### Osobní prohlídky

Osobní prohlídky mohou být vynucené či mohou být předpokladem připuštění do určitých prostor. Provádějí se nejen při policejních zásazích, ve vazbě a ve vězení, ale též při vstupu do chráněných budov, na letištích a při překračování hranic za účelem zachování bezpečnosti a bránění pašování.

Osobní prohlídky se dotýkají intimity jednotlivce – proto se musejí provádět obecně osobou stejného pohlaví. Výjimečně je nezbytné prohlížet tělesné dutiny. Potom se musejí brát medicínské ohledy při takové prohlídce a postupovat medicínsky správně při vyjímání nalezených předmětů. Při prohlídkách se rovněž brát ohledy na implantáty (kardiostimulátory, protézy) či zohlednit kontaminaci lidského organismu (medicínské radionuklidy).