

**UNIVERZITA KARLOVA**

**Právnická fakulta**

**Anna Urbanová**

**Distributivní spravedlnost v kontextu transplantační medicíny**

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce: JUDr. Petr Šustek, Ph.D.

Katedra občanského práva

Datum vypracování práce (uzavření rukopisu): 31. srpna 2018

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci vypracovala samostatně, že všechny použité zdroje byly řádně uvedeny a že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Dále prohlašuji, že vlastní text této práce včetně poznámek pod čarou má 149 426 znaků včetně mezer.

Anna Urbanová

V Praze dne 31. srpna 2018

Ráda bych na tomto místě poděkovala JUDr. Petru Šustkovi, Ph.D., za odborné vedení práce, jeho pomoc a vstřícnost, a Doc. MUDr. Jiřímu Froňkovi, Ph.D. FRCS, za jeho rady a neocenitelný praktický vhled do problematiky transplantační medicíny.

## Obsah

Úvod.....	1
1. Distributivní spravedlnost v kontextu zdravotní péče .....	3
1.1. Právo na zdravotní péči.....	4
2. Historie.....	6
3. Etický diskurz a jeho vývoj.....	7
3.1. Presumovaný souhlas .....	9
3.2. Zákaz komercializace.....	11
4. Prameny právní úpravy transplantací.....	14
4.1. Prameny právní úpravy na mezinárodní úrovni.....	14
4.1.1. Úmluva o biomedicíně.....	15
4.2. Prameny právní úpravy na evropské úrovni.....	17
4.3. Prameny právní úpravy na vnitrostátní úrovni.....	18
4.3.1. Ústavní zákony.....	18
4.3.2. Občanský zákoník.....	18
4.3.3. Zákon o zdravotních službách.....	20
4.3.4. Trestní zákoník.....	20
4.3.5. Podzákonné právní normy.....	21
4.4. Transplantační zákon.....	21
4.4.1. Vymezení základních pojmů.....	22
4.4.2. Odběr tkání a orgánů od zemřelých dárců.....	23
4.4.3. Odběr tkání a orgánů od žijících dárců.....	27
4.4.4. Osoby neschopné dát souhlas.....	30
4.4.5. Příjemce; zachování anonymity.....	30
4.4.6. Alokace orgánů v transplantačním zákoně.....	31
4.4.7. Koordinační středisko transplantací.....	32
4.4.8. Transplantační centra .....	33
4.4.9. Poskytovatelé zdravotnických služeb .....	34
4.4.10. Národní akční plán pro darování orgánů a transplantace.....	35
5. Alokace orgánů mezi příjemce.....	36
5.1. Eurotransplant.....	37
5.2. Výzkum v rámci Eurotransplantu.....	38
5.3. Obecná alokační kritéria Eurotransplantu.....	39
5.4. Klinická alokační kritéria obecně .....	40

5.4.1. Transplantace jater.....	40
5.4.2. Transplantace slinivky břišní, střeva a multiviscerální.....	41
5.5. Alokace ledviny – srovnání ČR a Eurotransplantu.....	41
5.5.1. Alokace ledviny v ČR.....	41
5.5.2. Alokace ledviny v Eurotransplantu.....	43
5.5.3. Srovnání a posouzení.....	46
6. Příklady vývoje problematiky a související legislativy.....	50
6.1. Transplantace dělohy.....	50
6.2. Párové výměny ledvin od žijících dárců, řetězové transplantace.....	52
6.2.1. Současné problémy párových výměn ledvin.....	53
Závěr.....	55

## Úvod

Diplomová práce se zabývá distributivní spravedlností v kontextu transplantační medicíny. Téma v rámci zdravotnického práva jsem si vybrala z důvodu mého dlouhodobého zájmu o tuto oblast. Jedná se o problematiku v České republice poměrně opomíjenou, v dnešní době však více než aktuální.

Málokterá věda za poslední desetiletí prošla, a stále prochází, tak razantním a rychlým vývojem jako medicína. S novými lékařskými objevy a vynálezy se zdravotníkům daří zlepšovat kvalitu života pacientům postižených onemocněními nebo úrazy, které ještě donedávna nebyly považovány za slučitelné se životem, případně by takový život výrazně ztěžovaly. Lidská společnost navíc v rozvinutých zemích dospěla do stádia, kdy určité hodnoty, jako je právo na život a zdraví, právo na důstojnost, tělesnou integritu a lidskou autonomii, vnímá jako natolik zásadní, že by měly zahrnout všechny lidské bytosti bez výjimky. S tím souvisí i politická orientace většiny států, především těch evropských, značně sociálním směrem. Zdravotnictví má v tomto systému jisté výsadní postavení, a to především z důvodu úzké souvislosti práva na zdravotní péči s právem na život a zdraví, coby právem přirozeným. Takový pokrok, po stránce medicínské i lidskoprávní, sebou však nese i problematickou stránku. Lékařská péče je obecně velice finančně nákladná, tím spíš, pokud se jedná o inovativní postupy nebo jiné, ne zcela běžné léčebné metody, které mohou provádět pouze specializovaná centra personálně obsazená speciálně vyškoleným personálem. Pokud má být smysl a účel práva na život a zdraví v kontextu zdravotnictví naplněn, je nezbytné, aby byla zdravotní péče poskytována spravedlivě. Tato spravedlnost nicméně znamená vedle rovnosti také efektivitu a potřebnost. Zde přichází ke slovu koncept distributivní spravedlnosti, systém kritérií, který má za cíl nastavit alokační kritéria zdrojů tak, aby byl poměr mezi rovností, efektivitou a potřebností co možná nejspravedlivější.

Pro analýzu principů a různých aspektů distributivní spravedlnosti jsem si vybrala problematiku transplantační medicíny. Nebude tudíž řeč o přerozdělování finančních prostředků, nýbrž se budu snažit zodpovědět různé otázky, které provázejí jednu stěžejní: jak mezi pacienty spravedlivě přerozdělit tak vzácné a nenahraditelné zdroje, jakými jsou orgány určené k transplantaci? Ačkoliv má Česká republika v porovnání s jinými evropskými zeměmi co do počtu provedených transplantací v posledních letech velice pozitivní výsledky, výrazný převis čekatelů nad dostupnými orgány přetrvává.

V souvislosti s tím se objevují různé možnosti, jak tento celosvětový nedostatek alespoň částečně řešit. Jsou však téměř vždy provázeny určitými etickými dilematy. Je s přihlédnutím k všeobecnému právu pacientů na autonomii a tělesnou integritu přípustná politika předpokládaného souhlasu s posmrtným odběrem orgánů i v případě, že se pro takový odběr pacient za života explicitně nevysloví? Můžeme si vzhledem k současnému filosofickému a právnímu pojetí lidského těla coby subjektu vlastnických vztahů dovolit legalizovat komerční trh s orgány? Jak se vypořádat s aspektem pozůstalých, kteří v procesu odběru orgánu od zemřelého dárce často hrají nezanedbatelnou roli?

Způsob, jakým se mezinárodní společenství i jednotlivé státy snaží zodpovídat tyto a další otázky, je stěžejní pro současnou podobu nastavení právní úpravy transplantační problematiky. V práci se proto budu věnovat popisu legislativního ukotvení transplantací, a to na mezinárodní, evropské a vnitrostátní úrovni. Právní úpravu se pokusím posoudit a zhodnotit především z pohledu toho, jakým způsobem se snaží eliminovat problém nedostatku orgánů tak, aby lidská práva zůstala zachována a alokace orgánů probíhala co nejspravedlivěji. Právní úprava slouží jako základní rámec pro nastavení medicínských pravidel alokace. Ty považuji pro distribuci orgánů v praxi za naprosto nejpodstatnější, neboť na rozdíl od zákonné úpravy neobsahují často neurčité a vágní ustanovení, ale jsou postavené na konkrétních kritériích, jakými je zdravotní stav potenciálního příjemce orgánu, jeho prognóza, věk nebo doba strávená na čekací listině. Často se do nich také promítá úspěšnost a ekonomická situace jednotlivých transplantačních center. Vzhledem k tomu, že soubor klinických kritérií je značně obsáhlý a komplexní, a navíc se liší v závislosti na druhu orgánu, ráda bych tyto kritéria posoudila na příkladu pravidel pro alokaci ledviny, a to metodou srovnání dvou konkrétních alokačních systémů – České republiky a Eurotransplantu.

Jak jsem již nastínila, zdravotnickou problematiku, konkrétně oblast transplantací, jsem si vybrala pro její fascinující a rychlý rozvoj, který je velice zajímavé sledovat z pohledu práva. Právní úprava je totiž často nedostatečně flexibilní a nedokáže uspokojivým tempem reagovat na všechny změny a medicínské inovace. Proto jsem pro účely této práce vybrala dva příklady vývoje transplantační problematiky - transplantaci dělohy a křížové výměny ledvin, které zatím legislativa dostatečným způsobem nereflektovala, což má mimo jiné dopad na účelné využití dostupných orgánů, neboť tyto metody mohou k řešení všeobecného nedostatku mohou značnou měrou přispět.

## 1. Distributivní spravedlnost v kontextu zdravotní péče

Abychom byli schopni analyzovat aplikaci kritérií a principů alokace orgánů, jakožto nedostatkových zdrojů, pro účely transplantací, je nezbytné nejprve objasnit pojem distributivní spravedlnosti v kontextu zdravotní péče v obecné rovině.

Rozvoj vědy a medicíny má v kontextu financování a veřejných zdrojů dvě mince – péče, která byla ještě před několika desítkami let v experimentálním stádiu nebo na pouhém začátku svého praktického využití, je dnes dostupná široké škále pacientů. S rozvojem inovativních léčebných metod se některé dříve terminální nemoci daří posupně měnit na chronické, čímž se však dále zvyšují náklady na zdravotní péči. Prostředky plynoucí do systému zdravotnictví nejsou neomezené a vzhledem k sociální orientaci evropského prostoru se státy potýkají s nevyhnutelným nedostatkem, ať už financí či tak speciální formy cenných zdrojů, jakými jsou orgány určené k transplantaci.<sup>1</sup>

Klíčem k řešení tohoto problému spočívá v distributivní spravedlnosti – souboru principů, na jehož základě dochází k přerozdělování prostředků určitým skupinám, a zároveň k jejich odepření skupinám jiným, které by za jiné situace rovněž z poskytnutých prostředků mohly těžit. To vše takovým způsobem, aby bylo zároveň zabráněno nedůvodné diskriminaci. Jednotlivé prvky toho, co obecně vnímáme jako *spravedlnost* - rovnost, potřebnost, efektivita - ospravedlňují existenci kritérií, na jejichž základě může fungovat samotné rozdělování statků – tzv. *rationing* neboli racionalizace. Tento nástroj, který je jakýmsi „přídělovým systémem, jehož cílem je zajištění dostupnosti nedostatkového zboží“<sup>2</sup>, v konečném důsledku rozhoduje o tom, komu by měly být tyto statky přiděleny, v jaké míře či kvalitě a proč.

Principy distributivní spravedlnosti prostupují veškerými společenskými vztahy, při kterých je nutné zajistit distribuci určitých prostředků mezi skupiny příjemců, ve velké míře se tudíž uplatňuje napříč sociálními systémy států. Oblast zdravotní péče má však svá specifika spočívající především v postavení práva na zdraví a zdravotní péči v systému lidských práv.

---

<sup>1</sup> SVOBODA, Petr, ONDŘEJEK Pavel a ŠUSTEK Petr. *Filozofické a právně teoretické aspekty lidských práv*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2013, s. 105.

<sup>2</sup> MAAYTOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. Praha: Wolters Kluwer, Česká republika, 2012, s. 22.



## 1.1. Právo na zdraví a zdravotní péči

Zdraví je jednou z obecně nejužší hodnota naší společnosti, do které je velké míře promítnut zájem jednotlivce i veřejnosti. Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví jako „stav plné fyzické, psychické a sociální pohody, a nikoli pouze nepřítomnosti nemoci nebo vady.“<sup>3</sup> I přesto, jak široká a poněkud vágní se tato definice zdá, je nezbytné ji přiznat pokus o zohlednění určitého subjektivního vnímání jedince na rozdíl od úzkého pojetí zdraví jako stavu organismu bez nemoci.<sup>4</sup> Jedná se o jakýsi dynamický proces, na nějž působí celá řada faktorů (například životní prostředí, genetika, způsob života, zdravotní péče), z nichž některé lze ve velké míře systémově ovlivnit, některé méně. Vzhledem k tomu, do jaké míry se často veřejný zájem na ochraně zdraví střetává s ekonomickou realitou zdravotnictví, je vymezení a určení povahy, rozsahu a realizace práva na zdraví nezbytností.<sup>5</sup>

Samotné právo na zdraví je spíše než závazek společnosti zajistit každému člověku život bez vady či nemoci, právem na ochranu zdraví a závazek zajistit garantovaný přístup ke zdravotním službám.<sup>6</sup> Na mezinárodní úrovni je zakotveno mimo jiné v článku 25 Všeobecné deklarace lidských práv. Patří mezi základní lidská práva, která jsou v různých právních rádech zakotvena a vykládána různě, ve většině států světa byla nicméně jejich existence přinejmenším uznána respektováním daných mezinárodních lidskoprávních katalogů.

Je třeba si ovšem uvědomit, že v případě práva na zdraví se nejedná o právo absolutní. Spíše než vymahatelným nárokem jednotlivce, se jedná o jakýsi závazek státu na poskytnutí nejlepšího možného standardu dosažitelného s ohledem na ekonomické možnosti daného státu. Požadavky Světové zdravotnické organizace naznačují určitou rovnostářskou tendenci, neboť „spočívají ve stejném přístupu ke zdravotní péči při stejné spotřebě, stejné poptávky po zdravotní péči při stejné spotřebě a stejné kvality péče pro všechny při stejné spotřebě.“<sup>7</sup> Takovýto přístup v evropském kontextu převládá, na rozdíl například od amerického zdravotnictví, pro který je typický spíše liberální model. Přesto je jasné, že pro efektivní využití prostředků je nezbytné, kromě principu solidarity a rovného přístupu k lékařské péči, zahrnout i aspekt potřeby a naléhavosti. Je

---

<sup>3</sup> Ústava světové zdravotnické organizace z roku 1945.

<sup>4</sup> MAAYTOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012, s. 11.

<sup>5</sup> SVOBODA, Petr, ONDŘEJEK Pavel a ŠUSTEK Petr. *Filozofické a právně teoretické aspekty lidských práv*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2013, s.107.

<sup>6</sup> MAAYTOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012, s. 16.

<sup>7</sup> MAAYTOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012 s. 18.

ponecháno na státu, kterým z těchto aspektů přiloží na větší či menší důležitosti, jakým způsobem nastaví onen standard minimální zdravotní péče a samotnou realizaci práva na zdraví tak, aby byly respektovány zásady distributivní spravedlnosti a nediskriminace.

V České republice je právo na zdravotní péči, coby ústavně zaručené právo, zakotveno v článku 31 Základní listiny lidských práv a svobod (LZPS): „Každý má právo na ochranu zdraví a na základě veřejného zdravotního pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a pomůcky, tedy na poskytnutí péče bez povinnosti k její úhradě poskytovateli.“

Zdravotní péče je v České republice zajišťována převážně na základě zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném, na všeobecné zdravotní pojištění a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, systémem všeobecného zdravotního pojištění, který je postaven na principech všeobecnosti, solidarity a povinné účasti. I přesto, že dochází k poměrně úspěšnému všeobecnému krytí nákladů na zdravotní péči, realizace práva zaručeného článkem 31 LZPS samozřejmě není neomezená a je ve velké míře závislá na dostupných prostředcích.<sup>8</sup> Tuto skutečnost rovněž ve svém rozhodnutí potvrdil Ústavní soud, když se vyjádřil v tom smyslu, že „systém veřejného pojištění je jako každý pojišťovací systém limitován objemem finančních prostředků, který se získává na základě povinnosti platit všeobecné pojištění“<sup>9</sup>

Ustanovení § 13 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, pak toto omezení dále rozvádí, když stanoví, že „ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní služby poskytnuté pojištěnci s cílem zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav nebo zmírnit jeho utrpení, pokud odpovídají zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejich poskytnutím dosaženo, a jsou pro pojištěnce přiměřeně bezpečné, jsou v souladu se současnými poznatky lékařské vědy, a konečně existují důkazy o jejich účinnosti vzhledem k účelu jejich poskytování.“ Z toho vyplývá, že ústavně zaručený rovný přístup ke zdravotní péči a nárok na konkrétní poskytnuté zdravotní služby jsou v praxi dvě velice rozdílné věci. Zákon dává poměrně velký prostor k přihlídnutí ke konkrétnímu stavu pacienta, bezpečnosti léčby, a především její účinnosti a souladu s účelem jejího poskytování. Lze uzavřít, že v České republice je racionalizace zdravotní péče zakotvena v právním řádu vedle principu rovnosti, solidarity, efektivnosti a povinné účasti, jako legitimní prostředek k dosažení nejideálnějšího možného stavu distributivní spravedlnosti ve zdravotnictví.

---

<sup>8</sup> SVOBODA, Petr, ONDŘEJEK Pavel a ŠUSTEK Petr. *Filozofické a právně teoretické aspekty lidských práv*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2013, s.107.

<sup>9</sup> Usnesení Ústavního soudu ČR ze dne 10.7.1996, sp. zn. Pl. ÚS 35/95.

## 2. Historie

Snaha nahrazovat z různých příčin nenávratně poškozené orgány a tkáně, ať už za účelem zlepšení zdravotního stavu, oddálení smrti nebo z pouhých estetických důvodů, je v podstatě stejně stará jako lidstvo samo. Je známo, že staří Egypťané a Hindové odebírali kůži postižených syfilidou a pokoušeli se rekonstruovat chorobou znetvořené nosy. Úspěchy těchto zákroků samozřejmě nejsou uspokojivě zdokumentovány. Z dob antiky se nicméně dochovaly záznamy o úspěšných přenosech tkáně z jednoho těla do druhého provedené v roce 53 př. Kr. Celsiem a v roce 210 n.l. Galenem.<sup>10</sup> Rozvoji transplantací a lékařským pokrokům obecně nepřála doba středověku, kdy pod vlivem křesťanství i samotná pitva byla většinou vnímána jako něco z náboženského pohledu nemyslitelného. Výrazný obrat nepřinesla ani renesance (ačkoliv existují zmínky o kosmetických zákrocích prováděných v Itálii spočívajících v přenosu kostí, kůže a chrupavek), ani 19. století, kdy se se idea transplantací sice postupně rozvíjela i v praxi, až na výjimky však pouze v rámci přenosu tkání, nikoliv orgánů.<sup>11</sup>

Pro rozvoj transplantací orgánů bylo samozřejmě naprosto zásadní 20. století. I tehdy však toto medicínské odvětví po dlouhý čas zůstávalo ve stadiu experimentů probíhajících převážně na zvířatech. Z těch významných jmenujme například pečlivě zdokumentovanou transplantaci srdce, ledvin, plic a vaječníků provedenou francouzsko-americkým doktorem Alexandrem Carrelem, který v roce 2012 obdržel Nobelovu cenu za medicínu. Carrelova práce znamenala jakýsi mezník v transplantační medicíně z dalšího důvodu – byl prvním, který objevil techniku vaskulární anastomózy, což je „opětné spojení přetáté cévy, bez něhož si rozvoj jakéhokoliv chirurgického oboru nelze představit“.<sup>12</sup> Nutno podotknout, že provedené transplantace se těšily krátkodobému úspěchu, a to kvůli přirozené imunologické reakci organismu, který se brání cizorodému orgánu. Ačkoliv se postupně prodlužovala doba, po kterou transplantovaný orgán zůstával v těle příjemce funkční, dlouho se nedařilo nalézt vhodná imunosupresiva<sup>13</sup>, která by zároveň neměla destruktivní vedlejší účinky. K výraznému potlačení tohoto problému došlo až během 80. let minulého století.<sup>14</sup>

Moderní éru transplantační medicíny lze považovat za zahájenou během 50. let. V roce 1954 byla po vedením amerických doktorů Harrisona a Murraye provedena první úspěšná transplantace

---

<sup>10</sup> DUNPHY, J. E. The Story of Organ Transplantation. *Hastings Law Journal*, Vol. 21, 1969-1970, s. 67.

<sup>11</sup> HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Rub života – líc smrti*. Praha – Orbis, 1. vydání, 1975, s. 120.

<sup>12</sup> Tamtéž, s. 122.

<sup>13</sup> Léky, ze skupiny ATC L04, které omezují nebo potlačují činnost imunitního systému. Pacientům po provedených transplantacích je často podáván například Cyklosporin, jehož použití bylo poprvé schváleno ve Spojených státech amerických roku 1983.

<sup>14</sup> Center for Bioethics. Ethics of Organ Transplantation. February 2004. [online]. [cit. 2018-06-07] Dostupné z WWW: <[https://www.ahc.umn.edu/img/assets/26104/Organ\\_Transplantation.pdf](https://www.ahc.umn.edu/img/assets/26104/Organ_Transplantation.pdf)>.

ledviny. Pacienty byla jednovaječná dvojčata a příjemce žil s transplantovanou ledvinou dalších osm let.<sup>15</sup> Roku 1966 byla poprvé transplantována játra a o rok později celý svět se zatajeným dechem pozoroval první úspěšnou transplantaci srdce, které však fungovalo pouhého půl druhého týdne.

### 3. Etický diskurz a jeho vývoj

Helena Haškovcová ve své knize *Rub života – líc smrti* velmi dobře popisuje přerod vnímání fenoménu orgánových transplantací na případu již zmíněné, a ve své době značně medializované, historicky první transplantaci srdce. V Kapském Městě bylo tehdy odebráno srdce pětadvacetileté Denise Dervallové a voperováno pětapadesátiletému Louisovi Washkanskému. Původní fascinaci nad do té doby nemyslitelným zákrokem, a především výkonem týmu profesora Barnarda rychle vystřídalo znepokojení převážně ze strany odborníků. Vyvstání etických a právních úvah se stalo nevyhnutelným. Jak velké je vlastně riziko každé takové operace? Byla mladá žena v době odběru opravdu mrtvá? Nemohlo a nemůže v budoucnu docházet k urychlení smrti dárce ve prospěch potenciálního příjemce? Je eticky opodstatněné odebrat srdce pětadvacetiletého člověka a zachránit pomocí něj člověka pětapadesátiletého?<sup>16</sup>

Stejně tak lze v průběhu 20. století pozorovat výraznou změnu v pohledu laické veřejnosti, které se mimo jiné ve své historické analýze transplantací věnuje J. E. Dunphy.<sup>17</sup> Zprvu neuvěřitelné přenosy orgánů a jejich nahrazení za orgán poškozený úrazem či chorobou znamenali naději, jak přežít svou, do té doby neodvratitelnou smrt. S dalšími medicínskými pokroky přirozeně sílil i vliv eticko-právních úvah, a právo na život, zdraví a zdravotní péči dostalo stálé místo na seznamu přirozených lidských práv, které prostupují celým systémem medicínského práva a medicínské etiky. Transplantace ledvin, srdce, a dalších orgánů, se stala uznávanou terapeutickou metodou, kterou pacienti, pro něž nový orgán znamená často jedinou šanci na záchranu či alespoň prodloužení života, přirozeně začali vyžadovat jako součást běžně poskytované zdravotní péče. Tento požadavek nutně musel narazit na nejpálčivější problém transplantační medicíny – problém ekonomický, a to především ve smyslu nedostatku orgánů, jakožto nenahraditelných zdrojů.

Haškovcová v již zmíněné publikaci z roku 1975 předjímá problémy doby, kdy budou vyřešeny otázky kolem konzervace tkání a imunologických reakcí, kdy bude transplantační technologie

---

<sup>15</sup> Center for Bioethics. Ethics of Organ Transplantation. February 2004. [online]. [cit. 2018-06-07] Dostupné z WWW: <[https://www.ahc.umn.edu/img/assets/26104/Organ\\_Transplantation.pdf](https://www.ahc.umn.edu/img/assets/26104/Organ_Transplantation.pdf)>.

<sup>16</sup> HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Rub života – líc smrti*. Praha – Orbis, 1. vydání, 1975, s. 136.

<sup>17</sup> DUNPHY, J. E. The Story of Organ Transplantation. *Hastings Law Journal*, Vol. 21, 1969-1970, s. 73 a násl.

v teoretické rovině schopna zachránit všechny pacienty ohrožené selháním životně důležitých orgánů a dopřát jim dlouhý život bez vážnějších zdravotních komplikací. Zdůrazňuje nutnost nastavení jakési „matematiky milosrdenství“, která byla v té době skloňována v souvislosti s nedostatkem dialýz, v dnešní době je však již víc než aktuální a nezbytná pro racionální a spravedlivé přerozdělování orgánů potřebným příjemcům.

Kromě Haškovcové si ne jeden odborník z praxe i komentátor pokládali na konci šedesátých let minulého století, v době uvádění prvních přístrojů umožňujících dialýzu do provozu, nelehkou otázku, komu má být tato nákladná léčba adresována. Pacientům nejvážněji nemocným? Pacientům s nejslibnější diagnózou? Těm, kteří se o ni přihlásili jako první? Nebo snad těm, kteří jsou pro společnost obecně největším přínosem, ať už za směrodatné považujeme vzdělání, pracovní uplatnění nebo snad majetek? Měli by mít přednost ženy a děti? Nebo by se snad mělo jednat o výběr čistě náhodný?<sup>18</sup>

Například podle Caplana by klíčem k této *matematice milosrdenství* mohl tkvět v následování politiky co největšího počtu zachráněných životů. Tato jakási kvantifikace lidského života by se měla také uplatnit na jeho potenciální délku po transplantaci, a přihlédnuto by mělo být rovněž k jeho kvalitě. Kritéria, na jehož základě probíhá *rationing*, by tak měla mnohem více zohledňovat efektivní využití tak vzácného zdroje jako je orgán. Jako příklad Caplan uvádí situaci, kdy je potřeba zaujmout jiný postoj k příjemci kandidujícím na transplantaci s obecně velkou šancí na úspěch (například transplantace srdce) a k příjemci, kterému má být proveden zákrok, jež obvykle nemívá příliš pozitivní výsledky. V druhém případě totiž riskujeme nejen úmrtí pacienta, ale také ztrátu orgánu, která mohl potenciálně zachránit jiný lidský život. Mimo jiné přitom ostře naráží na aspekt medicínské potřeby a naléhavosti, který je nejčastěji považován za obecné kritérium pro alokaci. Podle něj je cílem těch, kdo se na transplantaci podílejí, ať už dárců, kteří cenný orgán sami poskytnou, nebo zdravotníků, kteří provádějí operace a poskytují s tím související péči, zachraňovat život. Pokud je hlavním smyslem alokovaného orgánu záchrana života, pak tím, že tento „dar života“ poskytneme těm nejnemocnějším, kteří orgán nejurgentněji potřebují, nemusí být nutně tento cíl splněn. Podle něj musí být minimálně stejný důraz jako na kritérium urgencye a potřeby také na analýzu předpokládaných výsledků transplantace.

---

<sup>18</sup> FLETCHER, J. Our shameful waste of human tissue, Cutler DR (ed): *The Religious Situation*. , s. 223-252. Boston: Beacon Press, 1969.

Pro bližší rozbor etického diskurzu jsem vybrala dva důležité etické aspekty alokace orgánů – problematiku presumovaného souhlasu a zákazu komercializace, které jsou podle mého názoru dobře uchopitelné v praxi a zajímavé z pohledu právní úpravy (nejen) České republiky.

### 3.1. Zákaz komercializace

Jedním z podstatných argumentů proti zavádění peněžní odměny pro dárce orgánů je obava z úpadku konceptu altruismu, který je vnímán jako hlavní hnací motor k rozhodnutí vzdát se vlastního životně důležitého orgánu ve prospěch někoho jiného. Kishore<sup>19</sup> nicméně poznamenává, že za samotné darování orgánu žijící dárce vždy očekává něco na oplátku, ačkoliv se nemusí nutně jednat o materiální statek. Dárce ledviny ji většinou nemá v úmyslu darovat pacientovi s největší urgencí, nejlepší prognózou po transplantaci, nejvíce trpícímu nebo nejdéle čekajícímu, ale konkrétnímu člověku pro jeho pouto s touto osobou. Nejedná se tedy o čistý altruismus a akt solidarity jako spíše o krok motivovaný touhou zachránit nebo zlepšit život blízkému člověku a tím nepřímo přispět k vlastnímu štěstí. I altruistického dárce, tedy takového, který například daruje ledvinu anonymnímu dárci, kterého nikdy osobně nepotká, podle Kishora nepohání pouze čirá nezištnost, ale mimo jiné vidina toho, že bude před ostatními i před sebou samým působit jako lepší člověk ochotný pomáhat druhým, aniž by za to chtěl cokoli nazpět.

Mezi další skepse odpůrců zavedení komerčního trhu s orgány patří také ta, podle níž obchodování s částmi lidského těla jednoduše povede k tomu, že lidské tělo a jeho orgány budou čím dál silněji vnímány jako zboží, tedy komodita volně směnitelná na trhu. Takové pragmatické vnímání je samo o sobě proti konceptu důstojnosti jakožto přirozeného lidského práva a bude mít tak nevyhnutelně za následek jeho porušování.<sup>20</sup> V souvislosti s lidskou důstojností nejčastěji zaznívá obava o dostatečné zachování autonomie dárců. Vezmeme-li v potaz obecný nedostatek orgánů v celém západním světě a množství čekatelů na čekajících listinách, z nichž mnozí by jistě za zkrácení celého transplantačního procesu byli ochotni obětovat nemalé finanční sumy, je podle mnohých jen otázkou času, kdy se „z rozvojových oblastí stanou obrovské zásobárny nedostatkových orgánů pro bohatý západ.“<sup>21</sup> V případě obyvatel některých velice chudých oblastí bychom si už nikdy nemohli být jisti, zda daný orgán pochází od řádně informovaného dárce, který s odběrem

---

<sup>19</sup> KISHORE, R. R. Human organs, scarcities, and sale: morality revisited. *Journal of Medical Ethics*. s. 362-365. 2005.

<sup>20</sup> MARINO, IR, CIROLLO, C, CATTOI, A. Market of organs is unethical under any circumstances. *British Medical Journal*. s. 114-115. 2002.

<sup>21</sup> WIGMORE SJ, LUMSDAINE JA, FORSYTHE JLR. Defending the indefensible. *British Medical Journal*, 2002.

vyslovil souhlas, nebo zda rozhodnutí vyšlo z neschopnosti uživit jiným způsobem sebe a svou rodinu. Hranice vykořisťování je v druhém případě velice tenká.

Logickým protiargumentem odpůrců komerčního omezení je existence černých trhů s orgány, na něž se mnoho lidí z rozvojových zemí vydává nehledě na obecný zákaz finančního prospěchu z darování orgánů. Taková volba je ve svém důsledku ještě horší, neboť zločinecké prostředí černých trhů samozřejmě neklade velký důraz na zachování života a zdraví chudých dárců. Naproti tomu regulovaný trh by potenciálním dárcům napomohl ke svobodnému rozhodnutí, přičemž nepříznivé zdravotní následky by byly omezeny na minimum.<sup>22</sup>

Nutno podotknout, že i obava z popření lidské autonomie v případě nabídnutí svých orgánů za úplatu nemusí být nutně na místě. Například Adam Doležal si pokládá otázku, zdali klíč k pochopení konceptu autonomie neleží v tzv. libertiánském přístupu - tedy v myšlence absolutní autonomie. Podle něj je právě skutečnost, že člověk je pánem svého osudu a může tak nejlépe rozhodovat, co je pro něj nejvýhodnější, vrcholem svobodného rozhodování. Autonomie je pak vyjádřena v negativním smyslu, jako snaha co nejvíce omezit zásahy do rozhodování jedince ze strany druhých, a v pozitivním, jako možnost utváření vlastního osudu v souladu s vlastním životním plánem. V souladu s tímto pojetím by mělo být umožněno, abychom o potenciálním prodeji vlastních orgánů rozhodovali sami, jako vlastníci svého těla, a naopak zabráněno tomu, aby jakákoliv právní regulace toto svobodné rozhodování omezovala. Pokud někdo po zvážení všech rizik a negativních následků učiní vědomé rozhodnutí prodat ledvinu a zajistit tím sobě a svým blízkým lepší životní standard, mělo mu v tom být bráněno ve jménu lidské autonomie a důstojnosti? Nejedná se právě o ono absolutně autonomní rozhodnutí? A při pohledu na druhou stranu – pacienta marně čekajícího na životně důležitý orgán – je v mezích lidské důstojnosti odeprít mu právo na léčbu, kterou je současná medicína a zároveň potenciální dárcé schopný poskytnout?<sup>23</sup> Tomuto oponuje Arthur Caplan, který za svobodné rozhodnutí nezbytné k udělení informovaného souhlasu považuje takové, které nejenže je racionální, založené na přesných informacích a prosté nátlaku zvenčí, ale rovněž obsahuje aspekt dalších možností. Situaci, kdy nezaměstnaný člověk topící se v dluzích není schopen uživit své dítě, a prodej ledviny se mu i přes

---

<sup>22</sup> DOLEŽAL, Adam. Transplantace orgánů – etické a právní aspekty. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*, leden 2014.

<sup>23</sup> Tamtéž.

riziko zdravotních komplikací jeví jako jediné východisko, podle něj svobodným rozhodnutím není.<sup>24</sup>

Kromě rizika obecného snížení kvality orgánů a možných obav pacientů z neposkytnutí adekvátní lékařské péče v případě, že se ocitnou v postavení potenciálního nežijícího dárce orgánu, koncept komercializace naráží na otázku vlastnictví lidského těla, kterou se po právní stránce budu zabývat dále v této práci. Otevření regulovaného trhu s orgány na komerční bázi by znamenalo podstatné přehodnocení právního statusu lidského těla. Stejně jako v České republice i v naprosté většině zemí je zakotven princip, podle něhož lidské tělo včetně jeho částí není věcí, kterou by bylo možné disponovat, tudíž jej nelze ani zcizovat.

### 3.2. Presumovaný souhlas

Intenzivní diskuze o vhodnosti pojetí souhlasu s darováním probíhá v současné době ve Velké Británii, kde je, stejně jako v mnohých dalších angloamerických státech zakotvena zásada výslovného souhlasu, tedy systém *opt-in*. Podle průzkumů zhruba 90 % dospělé populace souhlasí s tím, aby jejich orgány po smrti posloužily některému z pacientů na čekací listině. Jen 36 % z nich jsou nicméně pro dárcovství registrovaní, což je ve Velké Británii podmínkou pro to, aby orgány mohly být posmrtně odebrány. Toto překvapivě nízké číslo o něco zvyšuje fakt, že ve 46 % procentech s odběrem orgánů vysloví souhlas pozůstalí, kteří mají jakési právo „veta“, a to i v případě, že zemřelý není registrovaným dárce.

Roku 2008, po předložení návrhu změny příslušného britského zákona, který měl za cíl změnit stávající legislativu ve prospěch předběžného souhlasu, byla vypracována rozsáhlá metastudie,<sup>25</sup> v níž byla analyzována data několika různých předcházejících studií – pět z nich porovnávající dárcovské bilance v zemích, které v uplynulých letech uvedly do praxe politiku předběžného souhlasu, a to před a po tomto zavedení, dále osm různých studií jednoduše porovnávající data evropských zemí se zakotveným presumovaným souhlasem a těch, které vyžadují výslovný souhlas. Bylo zjištěno, že po zavedení předběžného souhlasu stoupla dárcovská bilance o 25-30 % a o 2,7 dárců na 1 milion obyvatel. Při prostém srovnání zemí s odlišnou právní úpravou se výsledky ukázaly příznivější o 21-26 % a o 6,14 dárců na 1 milion obyvatel.

---

<sup>24</sup> CAPLAN, Arthur. Bioethics of Organ Transplantation. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, March 2014.

<sup>25</sup> RITHALIA, A, MCDAID, A, SUEKARRAN, S, MEYRS, L, SOWDEN, A, Impact of presumed consent for organ donation on donation rates: a systematic review. *British Medical Journal*, 2009, 338:a3162.



Stejný diskurz probíhá i ve Spojených státech amerických, kde zastánci změny příslušné legislativy ve prospěch předpokládaného souhlasu vypracovali v roce 2004 podobnou studii,<sup>26</sup> do níž zapojili 22 zemí včetně České republiky, z nichž 13 zastává politiku presumovaného souhlasu a v devíti z nich je nutný informovaný souhlas, přičemž porovnali data za posledních deset let. Ze studie vzešel poznatek, že v zemích s předpokládaným souhlasem je dárcovská bilance o 25-30 % vyšší.

Nejsilnějším protiargumentem proti konceptu presumovaného souhlasu je především možnost potenciálního narušení autonomie dárce. Ta vychází z myšlenky, že „souhlas je jedna věc a nenamítání je věc druhá. Souhlas je totiž projevem autonomie, je-li uvědomělý a chtěný. Nepřítomnosti námitek nemusí znamenat svobodné chtění, ale pouhou indiferenci.“<sup>27</sup> Z toho vyplývá, že k dosažení adekvátní míry autonomie je v systému *opt-in* nezbytná velmi dobrá informovanost veřejnosti. Studie z roku napříč Evropskou unií ukázala velice nízkou míru povědomí o existenci registrů souvisejících s problematikou dárcovství.<sup>28</sup> Průzkumy ukazují, že v České republice je obecně situace týkající se informovanosti o aktuální transplantační legislativě velice podobná<sup>29</sup>. Náповědou může být rovněž fakt, že v Národním registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů vedeném Koordinačním střediskem transplantací je aktuálně pouze necelých 1500 lidí.<sup>30</sup> Nelze předpokládat, že by se v tomto případě skutečně jednalo o konečný počet osob, kteří by s odběrem reálně nesouhlasili. I při nejlepší možné osvětě nelze zjistit, zda všechny osoby, které nevyslovili výslovný nesouhlas tak (ne)učinili podle svého skutečného přání nebo pouze proto, zda o možnosti takového nevyslovení nebyly seznámeny. V druhém případě tak neoddiskutovatelně dochází k zásahu do tělesné integrity do zemřelého člověka.

Na druhou stranu, Cohen kupříkladu zastává názor, podle něhož, ať už jde o systém předpokládaného nebo výslovného souhlasu, vždy hraje jistou roli předpoklad. V systému *opt-out* předpokládáme, že většina zemřelých si za svého života přála darovat orgány, u *opt-in*

---

<sup>26</sup> ABADIE, A, GAY, S, The impact of presumed consent legislation on cadaveric organ donation: a cross country study. *NBER Working Paper*, No. 10604, July 2004.

<sup>27</sup> MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1024-2, s. 134.

<sup>28</sup> European Commission. TNS Opinion and Social. Organ donation and transplantation. Special eurobarometer 333a/Wave 72.3. Brussels: The European Commission. [online]. [cit. 2018-18-07] Dostupné z WWW: <[http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs\\_333a\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_333a_en.pdf)>.

<sup>29</sup> Viz například průzkum Factum Invenio. [online]. [cit. 2018-06-08] Dostupné z WWW: <<http://www.transplantace.eu/Tisk/pruzkum.pdf>>.

<sup>30</sup> RAJLICOVÁ, Eva. Česko patří k nejpočetnějším dárcům orgánů. Ze zákona je po smrti dárcovství automatické. Praha, 18. 3. 2018. [online]. [cit. 2018-08-11] Dostupné z WWW: <[https://www.irozhlas.cz/zivotni-styl/zdravi/darcovstvi-organu-v-cechach-je-ze-zakona-automaticke-lekari-vsak-respektuji\\_1803180630\\_tak](https://www.irozhlas.cz/zivotni-styl/zdravi/darcovstvi-organu-v-cechach-je-ze-zakona-automaticke-lekari-vsak-respektuji_1803180630_tak)>.

předpokládáme, že více jedinců s odběrem nesouhlasila, v opačném případě, měli možnost svou vůli projevit svým zapsáním do daného registru. Pokud vezmeme v potaz výše uvedené skutečnosti naznačující všeobecnou neznalost existence příslušných registrů, dojdeme k závěru, že u obou možností dochází v určitém počtu případů k zásahu do lidské autonomie a nerespektování přání zemřelých. Podle Cohena není žádná z variant lepší nebo horší. Pokud však jedna z nich zapříčiní zvýšení počtu zemřelých dárců a větší dostupnost potřebných orgánů, mluví tento argument jasně ve prospěch systému předpokládaného souhlasu.

Je však třeba podotknout, že přímá souvislost mezi právní úpravou ve vztahu k souhlasu s odběrem a dárcovskou bilancí nikdy přímo prokázána nebyla, nastavený režim souhlasu zemřelého dárce je se vši pravděpodobností pouze jedním z mnoha aspektů přispívajících k dárcovské bilanci dané země. Zásadním faktorem je například informovanost veřejnosti, která, jak jsem již výše naznačila, je nezbytná, pokud jde o legitimitu politiky předpokládaného souhlasu.

Míra informovanosti je úzce spjata také s problematikou pozice blízkých osob a příbuzných, která se značně liší v zemích s presumovaným souhlasem a s těmi, které vyžadují souhlas výslovný. Například ve Velké Británii, pokud potenciální dárce nevyjádřil za svého života výslovný souhlas s posmrtným odběrem orgánů a nedisponuje tudíž dárcovskou kartou, nemůže být odběr orgánu proveden, aniž by s ním vyslovila souhlas rodina zemřelého. Předpokládá se, že členové rodiny, jakožto nejbližší zemřelé osoby, znali tuto osobu natolik, že jsou schopni odvodit její skutečné přání, ačkoliv jej z různých důvodů za svého života neprojevila oficiálním způsobem, tedy registrací do seznamu dárců. Tento souhlas rodiny ovšem nebývá snadné získat, neboť z důvodu nutnosti velice rychlého postupu odběru, situace obvykle probíhá tak, že jsou lékaři současně se sdělením smutné zprávy o úmrtí milované osoby nuceni položit otázku související s darováním orgánů. Rodina tak často pod tíhou vypjaté, velice emocionální situace s odběrem nesouhlasí a často tak místo respektování přání zemřelého podléhají momentálnímu smutku. V České republice, stejně jako ve většině zemí, které mají ve své právní úpravě zakotvený presumovaný souhlas, není k odběru orgánů potřeba souhlas rodiny. V případě zemřelého, který za svého života výslovně nevyslovil nesouhlas s odběrem, nemají tedy příbuzní zemřelého možnost zasáhnout. Jak se dozvíme dále v této práci, v souladu se zákonem je rodina o odběru pouze informována. Lékaři tak nejsou vystaveni konfrontaci s názorem rodiny, od které by museli získávat souhlas, což jistě velice zjednodušuje již tak velice komplikovaný proces odběru a alokace orgánu, který musí být proveden v co nejkratším čase.

Na závěr se v souvislosti s diskuzí o legitimitě systému presumovaného souhlasu nabízí poukázat na jeden ostrý kontrast. Zatímco ve vyspělém světě probíhá mezi odbornou i laickou veřejností etický diskurz o vyvažování zájmu jednotlivce a práva na autonomní rozhodnutí o jeho těle na jedné straně a zájmu společnosti a potenciální záchrany množství životů na straně druhé, země jako je Čína se již po desítky let v zájmu získávání co největšího počtu orgánů pro provedení transplantací neštítí snižovat k tak neetickému přístupu, jakým je systematické odebírání orgánů vězňům, z nichž velké množství jsou vězni političtí. Ještě před rokem 2010 bylo minimálně 90 % všech transplantovaných orgánů odebráno vězňům. Mnohá na sobě nezávislá svědectví lékařů a dozorců, kteří se odběrů osobně zúčastnili, naznačují, že ani odběry životně důležitých orgánů, jako je srdce, od dosud žijících vězňů nejsou výjimkou. Roku 2014 sice Čína prohlásila, že od této praxe definitivně upustila, prohlášení nicméně nenásledovala příslušná legislativní opatření, dá se tudíž předpokládat, že problém reálně nemá pozitivní vývoj.<sup>31</sup> Situace je o to horší, že takto získané orgány jsou poté často nabízeny za úplatu, přičemž jsou poměrně jednoduše a za nízké ceny dostupné jak bohatým a vysoce postaveným Číňanům, tak příslušníkům západních zemí, kteří do Číny cestují za účelem tzv. „*transplantační turistiky*“.<sup>32</sup>

#### **4. Prameny právní úpravy transplantací**

##### **4.1. Prameny právní úpravy na mezinárodní úrovni**

K problematice transplantační medicíny se vztahuje celá řada mezinárodních smluv, kterými je Česká republika, coby člen mezinárodního společenství vázána.

S rozvojem medicíny a transplantačních metod se stále více dostával do popředí problém nedostatku orgánů, které se rychle staly velice cenným zbožím. To vedlo k nárůstům nelegálnímu obchodu a rozšíření trendu tzv. transplantační turistiky především do chudších rozvojových zemí za účelem získání orgánů použitelného k transplantaci. Problém se postupně stal centrem pozornosti mezinárodních organizací, především Rady Evropy, WHO a později také Evropské unie, jejichž snahou bylo ve vztahu k transplantacím orgánů stanovit mezinárodní rámec minimálního standardu ochrany autonomie rozhodováním, integrity člověka a práva na život, zdraví a soukromí a dalších přirozeněprávních hodnot.

---

<sup>31</sup> PAUL, N W, CAPLAN, A, SHAPIRO M E, ELS, C, ALLISON, K, LI, H. Human rights violations in organ procurement practice in China, *BMC Medical Ethics*, 2017.

<sup>32</sup> Rozhovor s Ethanem Gutmannem. DVTV. Aktuálně.cz [online]. [cit. 2018-06-24] Dostupné z WWW: <<https://video.aktualne.cz/dvtv/obchod-s-organy-v-cine-podoba-se-to-holokaustu-nedokazal-by/r~cc67c614761d11e8aa580cc47ab5f122/?redirected=1534796218>>.

#### 4.1.1. Úmluva o biomedicině

Jak již bylo řečeno, v rámci světové legislativy se problematikou ve velké míře zabývala Rada Evropy, výsledkem jejíchž snah je vedle Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod přijaté 4. listopadu 1950, která se však otázce transplantací dotýká pouze nepřímo, především Úmluva Rady Evropy č. 164 na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině (Úmluva o biomedicině ze dne 4. dubna 1997. Jedná se o jeden z nejdůležitějších dokumentů medicínského práva na mezinárodní úrovni. Úmluva byla v červnu 2001 ratifikována a od října téhož roku je součástí českého právního řádu. Českou republiku tudíž zavazuje a v případě rozporu má aplikační přednost před zákonem.<sup>33</sup>

V preambuli Úmluvy o biomedicině je vytyčena zásada zachování integrity člověka a respektu k lidské bytosti jednak jako k jednotlivci a zároveň jako k členu lidského druhu s ohledem na zrychlující se vývoje biologie a medicíny, spolu se zdůrazněním důležitosti mezinárodní spolupráce tak, aby lidstvo mohlo z pokroku těžit.

Pro transplantační medicínu jsou podstatné především kapitoly 19-21. Článek 19 stanoví, že odběr orgánů nebo tkání od žijící osoby pro účely transplantace lze provádět výhradně v zájmu léčebného přínosu pro příjemce a pouze, pokud není žádný vhodný orgán nebo tkáň ze zemřelé osoby nebo jiná alternativní léčebná metoda srovnatelného účinku. Rovněž zde najdeme odkaz na informovaný souhlas dle článku 5 Úmluvy o biomedicině s tím, že v souvislosti s transplantací musí být takový souhlas vyjádřen výslovně a konkrétně buď písemnou formou, nebo před příslušným úředním orgánem.

Článek 20 má za cíl ochranu osob neschopných dát souhlas s odebráním orgánu, přičemž takový odběr zakazuje a zároveň stanoví určité výjimky. Odběr od osoby neschopné dát souhlas může být výjimečně povolen za podmínky, že se jedná o odběr obnovitelné tkáně (například kostní dřeně) a zároveň:

- není k dispozici žádný kompatibilní dárce, který je schopný dát souhlas;
- příjemcem je bratr nebo sestra dárce;
- darování musí představovat možnost záchrany života příjemce;

---

<sup>33</sup> Za základě Ústavního zákona č. 1/1993 „vyhlášené mezinárodní smlouvy, k jejichž ratifikaci dal Parlament souhlas a jimiž je Česká republika vázána, jsou součástí právního řádu; stanoví-li mezinárodní smlouva něco jiného než zákon, použije se mezinárodní smlouva.“

- souhlas podle odstavců 2 a 3 článku 6 byl dán konkrétně a písemně, v souladu se zákonem a se souhlasem příslušného orgánu;
- uvažovaný dárcce s tím neprojevuje nesouhlas.

V článku 21 je pak zakotven zákaz finančního prospěchu z lidského těla a jeho částí.

K Úmluvě o biomedicině by také později přijat dodatkový protokol „O transplantaci orgánů a tkání lidského původu“, který, ač nebyl dosud Českou republikou ratifikován, v zásadě koresponduje s transplantačním zákonem. Dodatkový protokol mimo jiné rozvádí zákaz finančního prospěchu dárců a požadavek rovného přístupu potenciálních příjemců k transplantaci, především transparentní pravidla alokace.

V rovině mezinárodních právních pramenů je dále na místě zmínit některé důležité dokumenty, které vznikly činností Transplantační společnosti a WHO.

Pod vedením první jmenované, a za pomoci Mezinárodní nefrologické společnosti, vznikla Istanbulská deklarace o nezákonném obchodu s orgány a transplantační turistice. Ta reaguje především na rostoucí problém obchodu s orgány, kdy lidé z vyspělých zemí cestují do těch chudších rozvojových, kde jsou lidé z důvodu nepříznivé finanční situace ochotni prodat životně důležitý orgán. Apeluje proto na státy, aby podporovaly transplantace, při nichž je použit orgán od dárcce z domovské země.<sup>34</sup>

V rámci činnosti WHO (Světové zdravotnické organizace) nelze opomenout Vůdčí principy Světové zdravotnické organizace pro oblast transplantace lidských buněk, tkání a orgánů (Guiding Principles on Human Cells, Tissues and Organs Transplantation)<sup>35</sup> vydané Světovým zdravotnických shromážděním v roce 1991 a poté revidované v květnu 2010. Jedná se o soubor jedenácti komentovaných principů kladoucích si za cíl vytvoření etického rámce pro nabývání a následnou transplantaci lidských buněk, tkání a orgánů. Již od svého prvního vydání na začátku devadesátých let minulého století měly Principy poměrně výrazný vliv na profesní předpisy, legislativu a praxi v transplantační medicíně po celém světě. Pro účely této práce je významný

---

<sup>34</sup> Preamble Istanbulské deklarace o nezákonném obchodu s orgány a transplantační turistice. [online]. [cit. 2018-04-02] Dostupné z WWW:<[http://www.declarationofistanbul.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=80&Itemid=84](http://www.declarationofistanbul.org/index.php?option=com_content&view=article&id=80&Itemid=84)>

<sup>35</sup> Rezoluce Světového zdravotnického zařízení 63.22 ze dne 21. května 2010, Vůdčí principy Světové zdravotnické organizace pro oblast transplantace lidských buněk, tkání a orgánů (Resolution of World Health Assembly of 21 May 2010, Guiding Principles on Human Cells, Tissues and Organs Transplantation). [online]. [cit. 2018-06-03] Dostupné z WWW:<[http://www.who.int/transplantation/Guiding\\_PrinciplesTransplantation\\_WHA63.22en.pdf](http://www.who.int/transplantation/Guiding_PrinciplesTransplantation_WHA63.22en.pdf)>.

především princip číslo 9, který se zabývá alokací orgánů. K rozdělování by podle něj mělo docházet na základě klinických kritérií a etických norem bez přihlídnutí k finančním nebo jiným zájmům. Spravedlivá, dostatečně odůvodnitelná a transparentní pravidla alokace by přitom měla být nastavená na národní, případně regionální úrovni, přičemž zohledněna nemají být pouze medicínské aspekty, ale také obecně platné zásady etiky – faktory, jakými je například příjemcovy pohlaví, rasa nebo náboženství by tudíž neměly hrát žádnou roli v procesu distribuce. Je zdůrazněno, že každý příjemce orgánů by měl mít možnost, aby mu náklady transplantace, včetně nákladů na imunosupresivní léčbu, byly uhrazeny. Nikomu by tedy neměla být odejmuta možnost přístupu k novému orgánu z finančních důvodů.

#### **4.2. Prameny právní úpravy na evropské úrovni**

Předpisy primárního práva Evropské unie se na problematiku transplantací vztahují spíše nepřímo, přesto je dobré zmínit Smlouvu o fungování Evropské unie, jejíž článek 168 v Hlavě XIV, Veřejné zdraví, ukládá Unii doplňovat politiku členských států, a především se zaměřovat na zlepšování veřejného zdraví, předcházení lidským nemocem a odstraňování příčin ohrožení tělesného a duševního zdraví. V odstavci 4 článku 168 je zakotvena možnost Evropského parlamentu přijímat opatření k zajištění vysokých standardů kvality a bezpečnosti pro orgány a látky lidského původu.

Dané oprávnění bylo využito přijetím směrnice 2010/53/10 Evropského parlamentu a Rady o jakostních a bezpečnostních normách pro lidské orgány určené k transplantaci. Směrnice kromě požadavků na bezpečnost a jakost upravuje také základní pravidla pro odběr orgánů, zakotvuje povinnost států zajistit fungování transplantačních center, zabývá se ochranou dárců především v souvislosti s nutností informovaného souhlasu. Transpozice do českého právního řádu proběhla novelou transplantačního zákona účinnou od 1. dubna 2013. Jak je uvedeno v důvodové zprávě, v souladu s danou směrnicí návrh zákona „...upravuje pravidla pro zajištění jakostních a bezpečnostních norem pro lidské orgány určené k transplantaci u člověka tak, aby byla komplexně ve všech fázích zacházení s orgány (během darování, vyšetřování, charakterizace, odběru, konzervace, převozu a transplantace), uplatněna opatření k dosažení nejvyšší možné míry jejich jakosti a bezpečnosti. Tato opatření jsou nezbytná pro minimalizaci rizik spojených s odběrem a transplantací orgánů, zvýšení dostupnosti orgánů vhodných pro transplantaci, zamezení nepřijatelných praktik při darování a transplantaci orgánů včetně obchodování s lidmi, které představuje velmi vážné porušení základních lidských práv.“<sup>36</sup>

---

<sup>36</sup> Důvodová zpráva k návrhu zákona, kterým se mění č 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon). [online] Dostupné z WWW: <<http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=6&CT=825&CT1=0>>.

### 4.3. Prameny právní úpravy na vnitrostátní úrovni

#### 4.3.1. Ústavní zákony

Ústavněprávním základem veškerého zdravotnického práva je zakotvení úcty k právům a svobodám člověka a občana v článku 1 Ústavy České republiky. Tato zásada je dále rozvinuta v Listině základních práv a svobod (dále jen LZPS), ve vztahu k medicínskému právu pak především v člancích 6, 7 a 31. Článek 6 LZPS zaručuje každému člověku právo na život a zdraví a rovněž zakotvuje jeho ochranu. Právo na nedotknutelnost osoby vyjádřené v článku 7 LZPS v kontextu poskytování zdravotní péče zahrnuje právo občana, aby jakékoliv zdravotní výkony byly prováděny pouze s jeho souhlasem, přičemž omezit nedotknutelnost osoby lze jen v případech stanovených zákonem.<sup>37</sup> Článek 31 pak stanoví právo každého na ochranu zdraví a právo občanů na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky na základě veřejného pojištění a za podmínek, které stanoví zákon.

#### 4.3.2. Občanský zákoník

Zákon č. 89/2012, občanský zákoník, v platném znění (dále jen „občanský zákoník“) poskytuje občanskoprávní rámec pro přípustnost transplantací a ochranu lidské osobnosti včetně posmrtné ochrany osobnosti. Analýza jeho vybraných ustanovení je také nezbytná pro vymezení právního statusu lidského těla a jeho částí, včetně prostředků jejich ochrany.

Definice lidských orgánů, tkání a buněk pro potřeby transplantací je obsažena v transplantačním zákoně. Obecné vymezení právní povahy lidského těla a jeho součástí však, nejen z důvodu značné intuitivnosti a subjektivnosti tohoto problému, vyžaduje mnohem hlubší analýzu především soukromoprávních norem.

Stávající právní pojetí lidského těla a jeho součástí vychází z dlouhé civilistické tradice<sup>38</sup> odlišení osoby, coby specifické entity charakteristické určitou nehmotnou entitou, od lidského těla a na to navazujícího oddělení člověka, nebo také osoby, od věci.<sup>39</sup> Petr Šustek, Tomáš Holčápek a kol. ve své publikaci<sup>40</sup> nicméně trvají na určité zbytečnosti těchto dvou závěrů, a to především pro

---

<sup>37</sup> TĚŠINOVÁ, Jolana, ŽDÁREK, Roman, POLICAR, Radek. *Medicínské právo*. V Praze: C.H. Beck, 2011. Beckovy mezioborové učebnice. ISBN 978-80-7400-050-8, s. 51.

<sup>38</sup> ŠUSTEK, Petr, HOLČAPEK, Tomáš. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016. ISBN 978-80-7552-321-1, s. 389.

<sup>39</sup> „Vše, co se liší od osoby a slouží potřebě lidí, nazývá se věci v právním smyslu.“ ROUČEK, F, SEDLÁČEK, J a kol. *Komentář k československému obecnému zákoníku občanskému a občanské právo platné na Slovensku a v Podkarpatské Rusi. Svatek I. Díl druhý (§§ 285-530)*. Praha: Právnícké knihkupectví a nakladatelství V. Linhart v Praze, 1935, s. 7.

<sup>40</sup> ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016. ISBN 978-80-7552-321-1.

praktické účely právní úpravy. Argumentují příkladem opačného pojetí lidského těla a jeho částí, než je to tradiční – konceptem tzv. sebevlastnictví (*self-ownership*), podle něhož je lidské tělo, odlišené od osoby, věcí ve vlastnictví právě té dané osoby, která s ním rovněž může, ač omezeně, disponovat. Jak si přiblížíme dále v následující kapitole, tato teorie má své zastánce především z řad obhájců široce pojeté autonomie člověka v kontextu jeho vlády nad vlastním tělem. Jakkoliv je nicméně podle Šustka, Holčapka a kol. ve filosofické a právní rovině úvaha nad oddělením osoby a těla jako dvou rozdílných kategorií nezbytná, v praxi poněkud ztrácí smysl, a to z důvodu faktické neoddělitelnosti a provázanosti těchto dvou kategorií. Osoba sama o sobě není schopná fungovat bez těla stejně jako nemůže volně s tělem disponovat (zničit jej, zcizit, půjčit) aniž by tím byla nevratně narušena její podstata. Pokud navíc vycházíme z předpokladu, že věcí je to, čeho se mohou týkat subjektivní majetková práva, především pak právo vlastnické<sup>41</sup>, a znakem vlastnictví je právo vlastníka s věcí libovolně nakládat<sup>42</sup>, není v prakticky použitelná ani myšlenka těla jako předmětu vlastnictví předmětné osoby, která je s tělem spojena.

Česká právní úprava odpovídá tomuto pojetí, kdy je vhodnější vyjmout lidské tělo a jeho části z kategorie věcí (tudíž z věcí, které mohou být předmětem vlastnictví) a pojmout ho spíše jako předmět ochrany osobnostních práv.<sup>43</sup> Občanský zákoník v § 489 definuje věc v právním smyslu jako „vše, co je rozdílné od osoby a slouží k potřebě lidí“. Pro potřeby vymezení právního statusu lidského těla nám postačí negativní určující podmínka obsažená v ustanovení – odlišnost od osoby. Přesto bylo ještě vynětí lidského těla a jeho částí z okruhu věcí zakotveno výslovně: „*Lidské tělo ani jeho části, třebaže byly od těla odděleny, nejsou věci.*“<sup>44</sup> Toto ustanovení rovněž řeší, který nastává ve chvíli, kdy smrtí člověka zaniká osobnost člověka, jak stanoví § 23 občanského zákoníku. V tu chvíli přestává být tělo spojeno s osobou a za absence uvedeného ustanovení § 493 by teoreticky bylo možné jej považovat za věc.<sup>45</sup> Nutno však dodat, že občanský zákoník na tuto situaci myslí i z perspektivy ochrany osobnostní práv a lidskému tělu, v tomto případě již ve formě „*lidských pozůstatků a lidských ostatků*“ poskytuje právní ochranu i po smrti člověka.<sup>46</sup> Nakládání s částmi lidského těla a ochrana lidského těla po smrti člověka je poté upraveno v § 111-114. Tato ustanovení, mimo zásady důstojnosti a zákazu zásahu do tělesné integrity bez uděleného souhlasu,

---

<sup>41</sup> Důvodová zpráva k zákonu č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, Zvláštní část, K § 489-493. [online] Dostupné z WWW: <<http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=7&CT=920&CT1=0#prilohy>>.

<sup>42</sup> § 1012 občanského zákoníku.

<sup>43</sup> ŠUSTEK, Petr, HOLČAPEK, Tomáš. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016. ISBN 978-80-7552-321-1, s. 391.

<sup>44</sup> § 493 občanského zákoníku.

<sup>45</sup> ŠUSTEK, Petr, HOLČAPEK, Tomáš. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016. ISBN 978-80-7552-321-1, s. 392.

<sup>46</sup> § 92 občanského zákoníku.



zakotvují možnost pro darování a odběr částí těla pro účely transplantací, a to konkrétně v § 112 („Člověk může přenechat část svého těla jinému jen za podmínek stanovených jiným právním předpisem,“) a v § 112 („...použít lidské tělo po smrti člověka bez souhlasu zemřelého lze jen, pokud tak stanoví jiný zákon.“), přičemž v obou případech je odkazováno na transplantační zákon.

Do speciálního režimu spadají vlasy, nehty nebo podobné části těla, které lze bezbolestně odejmout bez znecitlivění a které se přirozenou cestou obnovují. Takové lze na základě § 112 občanského zákoníku přenechat jinému i za odměnu a hledí se na ně jako na věc movitou.

#### **4.3.3. Zákon o zdravotních službách**

Kromě zákona č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (dále jen „transplantační zákon“) se na problematiku transplantací rovněž vztahuje zákon č. 372/2011 Sb, o zdravotních službách, který upravuje zdravotní služby a podmínky jejich poskytování, druhy a formy zdravotní péče, práva a povinnosti pacientů, poskytovatelů zdravotních služeb a zdravotnických pracovníků. Poskytuje jakýsi základní rámec pro speciální právní úpravu transplantačních aktivit. V ustanovení § 80 odst. 1 je obsažen taxativní výčet podmínek, za nichž je dovoleno provádět odběr částí lidského těla včetně orgánů, tkání a buněk: „Odebrání části lidského těla je možné pouze pro účely zdravotní péče, potřeby vědy nebo výzkum, výukové účely ve zdravotnictví nebo jiné účely stanovené zvláštním předpisem.“ Dále je zde stanoveno, že odběr smí být proveden vždy jedině poskytovatelem zdravotních služeb ve zdravotnickém zařízení. Podobným způsobem zákon o zdravotních službách v § 82 odst. 1 vymezuje podmínky, pro které je přípustné uchování a použití částí lidského těla: kromě potřeby vědy, výzkumu a výukových účelů je zde v souvislosti s orgány zmíněna rovněž potřeba transplantací, přičemž je odkazováno na transplantační zákon. V neposlední řadě jsou v zákoně o zdravotních službách upravena některá práva a povinnosti subjektů vstupujících do procesu transplantace, například pracovníků Koordinačního centra pro transplantace nebo pracovníků transplantačních center. Jak plyne z výše uvedeného, obecně je transplantační zákon ve vztahu speciality k zákonu o zdravotních službách, který tak opakovaně na speciální úpravu odkazuje.

#### **4.3.4. Trestní zákoník**

Dalším zákonem vztahujícím se k problematice transplantací je zákon č. 40/2009 Sb, trestní zákoník, který v 5. oddílu, v ustanoveních § 164-166 zakotvuje trestní odpovědnost za činy související s neoprávněným nakládáním s lidskými tkáněmi a orgány, a to za pomoci tří skutkových podstat: neoprávněné odebrání tkání a orgánů, nedovolené nakládání s tkáněmi a orgány, odběr tkáně, orgánu a provedení transplantace za úplatu. V této souvislosti se ještě hodí

zmínit zákon č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim, který se uplatní v případě trestní odpovědnosti právnických osob, jakožto poskytovatelů zdravotnických služeb, tedy především zdravotnických zařízeních.

#### **4.3.5. Podzákoné právní normy**

V souvislosti s transplantačním zákonem je dobré zmínit také dva podzákoné předpisy, které jej provádějí. Tím prvním je vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 115/2013 Sb., o stanovení specializované způsobilosti lékařů zjišťujících smrt a lékařů provádějících vyšetření potvrzující nevratnost smrti pro účely odběru tkání nebo orgánů určených pro transplantaci (vyhláška o specializované způsobilosti lékařů zjišťujících a potvrzujících smrt pro účely transplantací), platná a účinná od 7. května 2013. Druhou významnou podzákonou normou je vyhláška č. 114/2013 Sb., o stanovení bližších podmínek posuzování zdravotní způsobilosti a rozsahu vyšetření žijícího nebo zemřelého dárce tkání nebo orgánů pro účely transplantací (vyhláška o zdravotní způsobilosti dárce tkání a orgánů pro účely transplantací) rovněž platná a účinná od 7. května 2013, která mimo podrobně upravuje náležitosti vyšetření živých dárců před odběrem a charakteristiky mrtvých dárců. Vyhláška také obsahuje protokol ke zjištění smrti pro případ odběru tkání a orgánů od zemřelých dárců.

#### **4.4. Transplantační zákon**

Hlavním vnitrostátním předpisem upravující způsob a organizaci provádění transplantací v České republice je transplantační zákon ze dne 30. května 2002, který nabyl účinnosti dne 1. října 2002. Do té doby byla právní úprava značně nedostatečná a nekomplexní, pouze na úrovni podzákoných předpisů, především vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky č. 19/1988 Sb., o postupu při úmrtí a pohřebnictví. Související právní úprava byla dále obsažena ve směrnici Ministerstva zdravotnictví ČSR č. 24/1977 Věstníku MZ, o mimořádném odnímání tkání a orgánů z těl mrtvých ve znění směrnice č. 1/1984 Věstníku MZ. Velké význam měla pro přijetí transplantačního zákona skutečnost, že dnem 1. října 2001 vstoupila pro Českou republiku v platnost Úmluva o biomedicině.<sup>47</sup>

Koncepce transplantačního zákona a jeho konkrétní ustanovení byla zvolena tak, aby byla srovnatelná s obdobnými úpravami v evropských zemích a respektovala Úmluvu o biomedicině. Vychází tudíž ze základních principů, kterými jsou zejména:

---

<sup>47</sup> MACH, Jan. *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy*. Praha: Orac, 2003. Digesta (Orac). ISBN 80-86199-50-9, s 240.

- předpokládaný souhlas s posmrtným odběrem tkání a orgánů,
- spravedlnost při alokaci tkání a orgánů,
- povinná registrace osob čekajících na transplantaci, dárců a příjemců tkání a orgánů,
- zákaz komercializace,
- vznik nezávislého Koordinačního střediska transplantací.<sup>48</sup>

Co se týče systematiky zákona, je rozdělen do devíti hlav. V úvodní Hlavě I najdeme obecná ustanovení, která vymezují předmět úpravy a definují základní pojmy. Následuje Hlava II upravující postupy odběru orgánů a tkání, a to jak od živých, tak mrtvých dárců včetně sdělení předpokládaného odběru osobě blízké a nesouhlas s posmrtným odběrem. Hlava III zakotvuje zásady výběru příjemce, v Hlavě IV jsou zřízeny národní registry související s transplantacemi. Hlava V upravuje povinnosti poskytovatelů zdravotních služeb při poskytování zdravotních služeb v souvislosti s darováním a transplantacemi tkání a orgánů a mimo jiné vymezuje činnosti a působnost transplantačních center a Koordinačního střediska transplantací. V Hlavě VI se nachází úprava mezinárodní spolupráce při výměně orgánů k transplantaci. V Hlavě VII vztahující se k jiným činnostem souvisejícím s darováním, odběrem a transplantacemi je kromě činnosti Ministerstva zdravotnictví České republiky v oblasti transplantací také zakotven zákaz finančního prospěchu nebo jiných výhod a obchodování s orgány. Hlava VIII upravuje přestupky, Hlava IX pak obsahuje společná a přechodná ustanovení.

#### **4.4.1. Vymezení základních pojmů**

Ustanovení nezbytné pro pochopení mnoha kontextů transplantační problematiky i navazujících eticko-právních diskurzů nalezneme hned v § 2 transplantačního zákona, kde jsou ve výkladových ustanoveních definovány části lidského těla – orgány, tkáně a buňky. Orgánem se rozumí samostatná a životaschopná část lidského těla tvořená strukturovaným uspořádáním různých tkání, která má zachování svoji strukturu, cévní zásobení a schopnost vykonávat fyziologické funkce s významnou mírou autonomie. Za orgán se rovněž považuje část orgánu, má-li v lidském těle sloužit stejnému účelu jako celý orgán, při zachování požadavků na strukturu a cévní zásobení.<sup>49</sup> Tkáněmi a buňkami jsou pak stavební součásti lidského těla včetně pozůstatků získaných při chirurgických operacích, dále krvetvorné buňky získané z kostní dřeně, z periferní a pupečnickové

<sup>48</sup> Důvodová zpráva k návrhu transplantačního zákona, tisk 1053. [online] Dostupná z WWW: <<http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=3&CT=1053&CT1=0>>.

<sup>49</sup> § 2 písm. a) transplantačního zákona.

krve, s výjimkou orgánů, krve a jejích složek, pohlavních buněk, embryonálních a fetálních tkání a orgánů, vlasů, nehtů, placenty a odpadových produktů tělního metabolismu.<sup>50</sup>

Ustanovení § 2 dále rozlišuje dárce, jímž je osoba, která daruje orgán nebo tkáň, ať už k darování dojde během života této osoby nebo po její smrti, a možného dárce, tedy pacienta, u něhož se s ohledem na jeho zdravotní stav předpokládá smrt a možnost odběru tkáně nebo orgánu, nebo tělo zemřelé osoby, u níž byla prokázána smrt a u níž se předpokládá možnost odběru tkáně nebo orgánu.

Nejen pro výše uvedenou definici dárce je více než podstatné ustanovení § 2 odst. e), které definuje smrt jako nevratnou funkci celého mozku, včetně mozkového kmene nebo nevratná zástava krevního oběhu. Definice smrti je nicméně ještě rozvedena a doplněna ustanoveními týkajícími se odběrem od zemřelých dárců, jak bude popsáno dále.

V rámci výkladových ustanoveních ještě zmíním definici čekatele<sup>51</sup>, kterým je osoba evidovaná v Národním registru osob čekajících na transplantaci orgánů, a příjemce<sup>52</sup>, tedy osobu přijímající transplantovaný orgán nebo tkáň.

Zákon v § 2 v neposlední řadě definuje pojem transplantace, jíž je proces směřující k obnovení specifických funkcí lidského organismu přenosem orgánu nebo tkáně od dárce do těla příjemce.

#### **4.4.2. Odběr tkání a orgánů od zemřelých dárců**

Z důvodu snahy o omezení rizik, která se mohou vyskytnout při odběru orgánů od žijících dárců je českou právní úpravou upřednostňován odběr od kadaverózních (zemřelých) dárců.<sup>53</sup> Jeho použití má však potenciálně blízko k významnému zásahu do tělesné a osobnostní integrity zemřelého, proto bylo třeba do právního řádu zakotvit poměrně striktní podmínky.

Základní podmínkou přípustnosti takového odběru je zjištění smrti, které je upraveno v ustanovení § 10 transplantačního zákona. To musí být provedeno objektivně a nezávisle, proto platí, že lékaři, kteří zjišťují smrt se nesmějí zúčastnit odběru od zemřelého dárce nebo transplantace a nesmějí být ošetřujícími lékaři uvažovaného příjemce. Naopak se musí jednat vždy o nejméně 2 lékaře s příslušnou specializovanou způsobilostí, kteří dárce vyšetřili nezávisle na sobě. Zjištění smrti se

---

<sup>50</sup> § 2 písm. b) transplantačního zákona.

<sup>51</sup> § 2 písm. f) transplantačního zákona.

<sup>52</sup> § 2 písm. g) transplantačního zákona.

<sup>53</sup> ŠUSTEK, Petr, HOLČAPEK, Tomáš. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016. ISBN 978-80-7552-321-1, s. 535.

pak v případě předpokládaného odběru před uplynutím dvou hodin od tohoto zjištění zaznamenaná v protokolu, který je nedílnou součástí zdravotnické dokumentace dárce. Protokol o zjištění smrti podepíší lékaři, kteří zjistili smrt. Jak je uvedeno výše, současná definice smrti je upravena v § 2 odst. e). Ustanovení § 10 odst. 3 transplantačního zákona upřesňuje, že smrt se zjišťuje prokázáním nevratné zástavy krevního oběhu nebo smrtí mozku, což je okamžik, kdy nastaly nevratné ztráty funkce celého mozku, včetně mozkového kmene v případech a funkce dýchání nebo krevního oběhu jsou udržovány uměle.

I za předpokladu, že byla na základě výše uvedených zákonných podmínek zjištěna smrt, odběr od zemřelého dárce je přesto vyloučen z následujících důvodů:

- zemřelý za svého života nebo zákonný zástupce zemřelého, který byl osobou, která není plně svéprávná, vyslovil prokazatelně nesouhlas s posmrtným odběrem tkání a orgánů,
- stav zemřelého, kdy nelze na základě posouzení zdravotní způsobilosti vyloučit, že zemřelý trpěl nemocí či stavem, které by mohly ohrozit zdraví nebo život příjemce,
- zemřelého nelze identifikovat.<sup>54</sup>

V rámci prvního zmíněného důvodu hovoříme o prokazatelném nesouhlasu s posmrtným odběrem tkání a orgánů. Česká právní úprava zakotvuje v § 16 transplantačního zákona princip presumovaného souhlasu. Jedná se o tzv. opt-out model, který předpokládá souhlas pacienta s posmrtným odběrem orgánů a tkání, a který vedle České republiky zvolila celá řada evropských zemí, například Francie či Španělsko. Naproti tomu princip presumovaného nesouhlasu (opt-in model), na jehož základě lze odběr provést pouze v případě, pokud s ním pacient za svého života výslovně souhlasil, je využíván například v Německu, kromě toho má obecně tradici v anglo-americkém systému práva. Jak již bylo popsáno shora v části zabývající etickou stránkou principu předpokládaného souhlasu, tento systém je postaven na předpokladu, že posmrtný odběr orgánů a tkání, ačkoliv k němu nebyl výslovně projeven souhlas za pacientova života, není zásahem do jeho dárce tělesné integrity, neboť ten měl dostatečnou možnost projevit svou autonomní vůli vyslovením nesouhlasu s odběrem.

Vyjádřením prokazatelného nesouhlasu s posmrtným odběrem orgánů má transplantační zákon na mysli tři situace. Tou první je skutečnost, že je zemřelý evidován v Národním registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů. Další je stav, kdy pacient ještě za svého života ve zdravotnickém zařízení prohlásí, že nesouhlasí s odběrem v případě své smrti. Takové

---

<sup>54</sup> § 11 transplantačního zákona.

prohlášení musí učinit před ošetřujícím lékařem a jedním svědkem a musí být o něm proveden záznam podepsaný všemi přítomnými. Třetí možná situace nastává, pokud zákonný zástupce osoby, která není plně svéprávná přímo ve zdravotnickém zařízení před ošetřujícím lékařem a jedním svědkem prohlásí, že nesouhlasí s odběrem. Toto prohlášení lze učinit pro případ smrti osoby, která není plně svéprávná ještě za jejího života nebo i po úmrtí této osoby. V případě takového předpokládaného odběru je ošetřující lékař povinen sdělit zákonnému zástupci možnost odběru a zároveň ho poučit o možnosti vyslovit prokazatelný nesouhlas s odběrem. Zákonnému zástupci by měl být rovněž sdělen rozsah a účel odběru při respektování anonymity příjemce s tím, že na případné otázky zákonného zástupce by měl být ošetřující lékař schopen odpovědět.

Možnost zákonného zástupce vyslovit nesouhlas i po smrti osoby, která není plně svéprávná, v případě předpokládaného odběru tkáně nebo orgánu, představuje výjimku z pravidla nastaveného transplantačním zákonem, podle kterého neexistuje možnost pozůstalých vyjádřit se k potenciálnímu odběru. Právní úprava v tomto směru respektuje právo zemřelého pacienta už za života autonomně rozhodnout o tom, jak bude s jeho tělem naloženo po smrti. Podle důvodové zprávy tato úprava cílí především na situace, kdy by osoby pozůstalé v případě možnosti vyjádření nesouhlasu s odběrem rozhodovali spíše podle vlastního přání než podle přání zemřelého, a to z důvodu množství emocí a smutku ze ztráty blízké osoby. Transplantační zákon v tomto ohledu nabízí řešení jen poměrně stručně, a to ustanovením § 15 odst. 1, které stanoví, že Ošetřující lékař pacienta, u něhož lze předpokládat odběr tkání nebo orgánů podle tohoto zákona, sdělí vhodným způsobem osobám blízkým, neurčil-li pacient podle § 19 jinak (dále jen "určená osoba"), předpokládanou možnost odběru, a to za podmínky, že určená osoba projevuje zájem o pacienta a pacient za svého života prokazatelným způsobem nevyslovil zákaz sdělování informací o svém zdravotním stavu. Jako jistý projev solidarit a vděku je v souladu s ustanovením § 28a, odst. 1 náleží rodinám zemřelého dárce finanční kompenzace, konkrétně se vyplácí příspěvek na pohřebné 5.000,- Kč a pojišťovna příjemce transplantovaného orgánu hradí dopravu těla z místa pitvy do místa pohřbu. Nutno podotknout, že ke konfliktním situacím mezi osobami blízkými a ošetřujícím lékařem může v případě předpokládaného odběru docházet a dochází, a to z důvodu malé informovanosti veřejnosti o principu předpokládaného souhlasu. Praxe je tudíž taková, že pokud rodina s odběrem orgánu výrazně nesouhlasí a situace je vysoce konfliktní, odběr se většinou

neprovede.<sup>55</sup> Tyto situace však v České republice nejsou příliš časté. Na rozdíl od Německa, kde s odběrem orgánu nesouhlasí až polovina pozůstalých, u nás tzv. *refusal rate* činí 5-10 %.<sup>56</sup>

V poslední řadě v souvislosti s posmrtným odběrem tkání a orgánů zmíním problematiku odběru od zemřelých cizinců, který byl mezi českými odborníky po dlouhou dobu předmětem diskuzí a je velice relevantní v souvislosti s alokací orgánů. Odběr od zemřelého dárce, který je cizincem byl po celých deset let od přijetí transplantčního zákona upraven pouze § 11 odst. 4, podle něhož bylo možné provést odběr od zemřelého cizince pouze za podmínek stanovených v mezinárodní smlouvě, kterou je Česká republika vázána. Vzhledem k tomu, že žádná takový smlouva nebyla přijata, neboť její vznik nebyl nikým iniciován, odběr od cizinců tak v České republice nebyl možný, což bylo poměrně paradoxním protikladem ke skutečnosti, že cizince mohl být za určitých okolností příjemcem orgánu. Lékaři již od počátku účinnosti zákona upozorňovali na tuto dlouho neřešenou situaci, kdy bylo ztráceno mnoho orgánů s potenciálem zachránit lidské životy, podle odhadů se mohlo jednat o přibližně deset orgánů ročně.<sup>57</sup> V srpnu 2009 bylo dále Ministerstvo zdravotnictví ČR upozorněno na skutečnost, že Transplantcentrum IKEM Praha (dále jen „IKEM“) v roce 2008 nerealizovalo odběr od třinácti zemřelých cizinců a nebyly tudíž provedeny transplantace minimálně čtyřiceti nemocným, kteří na vhodný orgán čekali. Podle mnohých tak dané ustanovení transplantčního zákona bylo nejen v rozporu s právem čekatelů na život, ale je také necitlivé k pozůstalým zemřelého v případech, kdy o dárcovství orgánů sama rodina požádala. Lékaři se v takovýchto případech dostávali do etického dilematu, když museli rozhodnout, zda jednat v souladu se zákonem, ale zároveň s tím v neprospěch pacienta, případně jeho rodiny, a bezprostředně ohrozit život čekatela nevyužitím orgánu potenciálně vhodnému k transplantaci.<sup>58</sup>

Novela účinná od 1. dubna 2013 ruší § 11 odst. 4 a místo něj vkládá nové ustanovení § 10a upravující přípustnost odběru od zemřelého dárce, který je cizincem. Stanoví možnost odběru, je-li cizinec držitelem platného dokladu o souhlasném projevu vůle k posmrtnému darování tkání

---

<sup>55</sup> ŠTREJBAROVÁ, Olga. V Česku chybí dárce orgánů, často za to může nesouhlas rodiny zemřelého. iRozhlas.cz, 7. března 2014. [online] [cit. 2018-12-08] Dostupné z WWW: <<https://www.irozhlas.cz/node/5916991>>.

<sup>56</sup> KLUSÁKOVÁ, Petra. Kolik orgánů ohlásíš, tolikrát jsi dárcovským konzultantem. In: Mladá fronta Zdravotnické noviny. [online]. [cit. 2018-12-08] 2011 Dostupné z WWW: <[https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/blood\\_tissues\\_organs/docs/art\\_czech\\_republic.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/blood_tissues_organs/docs/art_czech_republic.pdf)>.

<sup>57</sup> KLUSÁKOVÁ, Petra. Legislativní chyba stojí lidské životy, nyní ji napraví novela. In: Mladá Fronta Zdravotnické noviny ZDN. 2012 ročník: XIV., číslo 4. [online]. [cit. 2018-12-08] 2011.

Dostupné z WWW: <<https://zdravi.euro.cz/denni-zpravy/z-domova/legislativni-chyba-stoji-lidske-zivoty-nyni-ji-napravi-novela-463535>>.

<sup>58</sup> JEDLIČKOVÁ, Alena, Mezinárodní spolupráce, problematika odběru od zemřelých cizinců v České republice a nová směrnice o jakostních a bezpečnostních normách pro lidské orgány určené k transplantaci, Časopis zdravotnického práva a bioetiky. 2011, roč. I, č. 3 [cit. 2018-06-03] Dostupné z WWW: <<http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/15>>.

nebo orgánů vydaného k tomu příslušným orgánem státu, jehož je cizinec občanem (dárcovské karty). Pro případ, kdy cizinec držitelem dárcovské karty není, je třeba, aby Koordinační středisko transplantací učinilo na základě podnětu poskytovatele zdravotních služeb písemný dotaz u příslušného orgánu státu, jehož je cizinec občanem, zda cizinec neučinil projev vůle směřující k vyjádření nesouhlasu s posmrtným odběrem tkání nebo orgánů, nebo vyslovil souhlas s darováním tkání nebo orgánů, je-li ve státě, jehož je cizinec občanem, uplatňována zásada předpokládaného nesouhlasu. Pro zjištění této informace je stanovena lhůta 72 hodin. V praxi se nicméně stává, že snaha dopátrat se této informace u příslušného zahraničního orgánu naráží na právní úpravu ochrany osobních údajů. Předpokládá se, že tento problém bude ještě výraznější potom, co v květnu roku 2018 vešlo v účinnost Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů). V takové situaci se obvykle postupuje podle pokynů rodiny zemřelého cizince, přičemž se vychází z předpokladu, že jeho nejbližší by měli být o jeho přání o tom, jak má být posmrtně naloženo s orgány, seznámeni.<sup>59</sup>

#### **4.4.3. Odběr tkání a orgánů od žijících dárců**

Odběr tkání a orgánů od žijících dárců je v současné transplantační medicíně stále častější praxí. Jedná se však o poměrně specifický zákrok, neboť znamená značný zásah do tělesné integrity dárce a na rozdíl od klasických lékařských zákroků není veden za účelem přispění ke zlepšení zdravotního stavu konkrétní osoby. Naopak je tu riziko poškození zdraví dárce za cenu zlepšení zdraví jiné osoby.<sup>60</sup> Z tohoto důvodu stanoví transplantační zákon přísné podmínky, za nichž takový odběr může být proveden. Daná omezení sledují princip, podle něhož rizika zákroku a újma potenciálně vzniklá příjemci nesmí být tak těžká a trvalá, aby tím byl převážen léčebný přínos pro příjemce.<sup>61</sup> Těmito podmínkami je podle ustanovení § 3 odst. 1 (a v souladu s úpravou obsaženou v Úmluvě o biomedicíně):

- Léčebný přínos příjemce;
- Zásada subsidiarity;
- Svobodný, informovaný a konkrétní souhlas osoby, která je způsobilá k tomu takový souhlas udělit;

---

<sup>59</sup> Osobní konzultace s JUDr. Přemyslem Frýdou, zástupcem ředitele KST.

<sup>60</sup> CÍSAŘOVÁ, Dagmar a Olga SOVOVÁ. Trestní právo a zdravotnictví. 2., upr. a rozš. vyd. Praha: Orac, 2000. Studijní texty (Orac). ISBN 80-86199-75-4. s. 49.

<sup>61</sup> KNAP, Karel. Ochrana osobnosti podle občanského práva. 4., podstatně přeprac. a dopl. vyd. Praha: Linde, 2004. ISBN 80-7201-484-6. s. 246.



- Skutečnost, že se jedná o obnovitelnou tkáň, jeden z funkčních párových orgánů nebo dělohu, pokud jde o léčbu neplodnosti způsobenou nefunkční nebo chybějící dělohou.

První z těchto podmínek, které bych se chtěla blíže věnovat, je dodržení zásady subsidiarity. Transplantační zákon v § 3 odst. 1 písm. b) stanoví, že odběr tkání nebo orgánů od žijícího dárce lze provést pouze v případě, pokud v době odběru není k dispozici vhodná tkáň nebo orgán od zemřelého dárce a neexistuje jiná léčebná metoda srovnatelného účinku. Tato úprava je rovněž v souladu s čl. 19 Úmluvy o biomedicíně, jejíž vysvětlující zpráva uvádí, že účelem této zásady je především to, aby nedocházelo zbytečně k odběrům orgánů a tkání od žijících dárců, neboť takový odběr je pro dárce vždy spojen s určitým zdravotním rizikem.<sup>62</sup> Zásada subsidiarity bývá kritizována z řad některých odborníků, podle kterých nepodporuje dárcovství orgánů od žijících dárců a v praxi pak odkazuje příjemce na méně příznivou léčebnou metodu, když mu neposkytuje možnost volby mezi zemřelým a žijícím dárce. Transplantace orgánu od žijícího dárce má totiž podle studií nesrovnatelně lepší medicínské výsledky než přenos z těla zemřelého.<sup>63</sup> V souvislosti s principem subsidiarity léčebných metod je také na místě uvést, že důvodová zpráva k transplantačnímu zákonu toto upřesňuje za pomoci konkrétního příkladu, když uvádí, že dialýza se nepovažuje z hlediska medicínského, ekonomického a kvality života pacienta za srovnatelnou s výsledky, jichž lze dosáhnout transplantací ledviny.

Další podmínkou specifikovanou v § 3 odst. 1 písm. c) transplantačního zákona je skutečnost, že dárce vyslovil svobodný, informovaný a konkrétní souhlas. Náležitosti svobodného a informovaného souhlasu upravuje zákon o zdravotních službách jako obecný předpis. Podle § 34 odst. 1 zákona o zdravotních službách je souhlas považován za svobodný, je-li dán bez jakéhokoliv nátlaku,<sup>64</sup> a informovaný, pokud je pacientovi poskytnuto dostatečné poučení. Speciální úprava na tyto náležitosti pamatuje v ustanovení § 7 transplantačního zákona, přičemž tyto z velké části odpovídají požadavkům Úmluvě o biomedicíně na informovaný souhlas s odběrem. Lékař je povinen poskytnout dárci úplné poučení o účelu, povaze a důsledcích darování tkáně nebo orgánů

---

<sup>62</sup> Vysvětlující zpráva k Úmluvě o biomedicíně, bod 119.

<sup>63</sup> KLUSÁKOVÁ, Petra. Kolik orgánů ohlásíš, tolikrát jsi dárcovským konzultantem. In: Mladá fronta Zdravotnické noviny. 2011. [online] [cit. 2018-12-08] Dostupné z WWW: <[https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/blood\\_tissues\\_organs/docs/art\\_czech\\_republic.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/blood_tissues_organs/docs/art_czech_republic.pdf)>.

<sup>64</sup> Nejvyšší soud v rozsudku ze dne 24. listopadu 2009 do určité míry definoval pojem „nátlak“, a to vymezením okruhu případu, kdy se již nejedná o svobodný právní úkon – je tomu tak v případě, kdy byl právní úkon (tzn. mimo jiné i informovaný souhlas) učiněn na základě fyzické či psychického nátlaku, zejména bezprávné výhrůžky, přičemž „bezprávnou výhrůžkou“ se rozumí situace, kdy je jednajícím v důsledku jejího druhu a intenzity přinucen za daných okolností konkrétního případu ke svému projevu vůle vzbuzením důvodné bázně (strachu). Viz Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 24. 11. 2009 sp. zn. 33 Cdo 1621/2007.

včetně možných rizik. Poučení musí být srozumitelné. Lékař provádějící odběr je povinen bezprostředně před provedením odběru poučení zopakovat. Dárce může samozřejmě svůj souhlas kdykoliv odvolat a lékař provádějící odběr je v takovém případě povinen odvolání respektovat, pokud nebyly provedeny při odběru nevratné úkony, jejichž přerušeni by znamenalo ohrožení zdraví nebo života dárce.

Ustanovení § 3 odst. 2 transplantačního zákona stanoví, že odběr orgánů od žijícího dárce lze provést ve prospěch příjemce, který je osobou blízkou dárce, pokud dárce vyslovil svobodný, informovaný a konkrétní souhlas tak, jak je stanoveno výše. Důvodová zpráva k tomuto uvádí, že v souladu s Úmluvou o biomedicině je nezbytné, aby byl mezi dárce orgánu a příjemcem blízký osobní vztah založený na principu vzájemné pomoci. Mohou však nastat případy, kdy je třeba umožnit darování orgánu i osobě, která nenáleží do okruhu blízkých osob. V takových případech právní úprava upřesňuje podmínky pro darování orgánu. Jedním z takových upřesnění je požadavek, aby dárce prokazatelným způsobem výslovně projevil vůli darovat svůj orgán danému příjemci, který není blízkou osobou – projev vůle musí být učiněn písemně a musí mít úředně ověřený podpis dárce. Druhým požadavkem je vyslovení souhlasu s darováním příslušným orgánem a jeho dohledem nad prováděním transplantace.

Tímto orgánem je nezávislá etická komise zřízená ustanovením § 5 odst. 1 transplantačního zákona, kterou ustavuje a zrušuje statutární orgán poskytovatele zdravotních služeb provádějícího odběr orgánu dárce ve prospěch příjemce, který není jeho osobou blízkou. Kromě toho uděluje komise souhlas s odběrem obnovitelné tkáně osobě, která není plně svéprávná nebo osobě neschopné vyslovit souhlas nebo na transplantaci této tkáně, tuto problematiku zmiňuji níže. Komise může být ustavena jako stálá komise nebo podle potřeby k jednotlivým případům. Má nejméně 5 členů, přičemž je tvořena lékaři, jedním klinickým psychologem a právníkem. Nejméně dvě třetiny členů etické komise nesmí být v pracovněprávním nebo obdobném vztahu k poskytovateli zdravotních služeb. Oznámení o udělení souhlasu nebo vyjádření nesouhlasu zasílá etická komise do 7 dnů Koordinačnímu středisku transplantací.

Obecně lze odběr orgánu od žijícího dárce provést pouze ve prospěch osoby, kterou dárce určil. Dle § 8 transplantačního zákona, pokud žijící dárce tkáně podmíní jejich odběr darováním určité osobě, lze tento odběr provést pouze ve prospěch této osoby. Stejně ustanovení nicméně pamatuje i na situaci, kdy odebranou tkáň nebo orgán nebude možno implantovat určené osobě, například pokud daná osoba zemřela. Poté je nutno si vyžádat souhlas dárce k užití této tkáně nebo orgánu pro jinou osobu, a to ještě před provedením odběru.

#### 4.4.4. Osoby neschopné dát souhlas

Zvláštní režim stanoví právní úprava pro osoby, které nenabýly plné svéprávnosti, osoby s omezenou svéprávností anebo osoby, které s odběrem vyslovily souhlas, avšak s ohledem na jejich momentální zdravotní stav lze důvodně předpokládat, že i přes úplné poučení nezvážily nebo nemohly zvážit veškeré důsledky spojené s odběrem obnovitelné tkáně pro vlastní zdraví. Transplantační zákon v souladu s Úmluvou o biomedicíně odběr od těchto osob neschopných primárně zakazuje. Toto pravidlo je možno porušit jen za výjimečných okolností, a to pouze v případě obnovitelné tkáně. Tato výjimka je oprávněná proto, že obnovitelná tkáň, zvláště kostní dřev, může být transplantována pouze mezi geneticky kompatibilními osobami.<sup>65</sup> Dále je nutné kumulativní splnění následujících podmínek:

- není k dispozici žádný vhodný dárce, který je schopen dát výslovný a konkrétní souhlas,
- příjemcem je sourozenec dárce,
- darování představuje možnost záchrany života příjemce,
- zákonný zástupce dárce, kterým je osoba, která není plně svéprávná, vyslovil s odběrem souhlas,
- etická komise vyslovila s odběrem souhlas,
- tento dárce neprojevuje s darováním nesouhlas.

#### 4.4.5. Příjemce; zachování anonymity

Ačkoliv důvodová zpráva k transplantačnímu zákonu v rámci účelu předmětné právní úpravy staví nezbytnost vymezení práv příjemce naroveně právům dárce, je pravdou, že úpravě postavení a práv příjemce je v zákoně věnováno poměrně málo pozornosti. Důvodem je pravděpodobně fakt, že odběr a následný přenos orgánů není vykonáván za účelem zlepšení zdravotního stavu dárce, naopak příjemce je tím, kdo z transplantace benefituje potenciálním zvýšením kvality života nebo jeho záchranou.

Jako stěžejní princip výběru příjemců orgánů je v ustanovení § 17 odst. 1 stanoven princip medicínské naléhavosti a rovnosti čekatelů, přičemž při rovnosti medicínské naléhavosti se přihlíží též k celkové době registrace v Národním registru osob čekajících na transplantaci orgánů. Z toho vyplývá, že orgány budou přidělovány výhradně příjemcům zařazeným na čekacích listinách. Ustanovení se přirozeně neuplatní v případě přenosu orgánu od živého dárce, neboť zde se

---

<sup>65</sup> Důvodová zpráva k transplantačnímu zákonu.

předpokládá přímé určení příjemce živým dárce. Dále je vyžadováno vyslovení informovaného souhlasu příjemce, popřípadě jeho zákonného zástupce, k provedení transplantace. Zákon se zde, stejně jako v případě informovaného souhlasu dárce, opírá o čl. 5 Úmluvy o biomedicině. Podle tohoto článku se jakýkoliv zákrok v oblasti zdravotné péče je možno provést jen za předpokladu, že k němu dotyčná osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas, a to na základě předem poskytnutých řádných informací o účelu a povaze zákroku, jakož i jeho důsledcích a rizicích.<sup>66</sup> Takovéto poučení je ošetřující lékař povinen zopakovat bezprostředně před zahájením transplantace.<sup>67</sup> Zákon počítá také se situací, kdy vzhledem ke zdravotnímu stavu příjemce není možné souhlas vyžádat – v takové situaci, kdy je navíc provedení transplantace výkonem nezbytným k záchraně života nebo zdraví příjemce, je souhlas předpokládán.<sup>68</sup> Součástí zdravotnické dokumentace příjemce jsou i údaje o zdravotním stavu dárce související s odběrem, a to z toho důvodu, aby bylo možné v případě potřeby dohledat původ implantovaných orgánů a tkání.<sup>69</sup> V druhé větě daného odstavce však zákon stanoví podmínku, podle níž zdravotnická dokumentace obsahující údaje o zdravotním stavu dárce musí být vedena tak, aby byla zachována anonymita dárce.

Zásada anonymity je v transplantačním zákoně zakotvená v rámci povinností poskytovatelů zdravotních služeb v souvislosti s darováním a transplantacemi tkání a orgánů. Poskytovatelé zdravotních služeb jsou povinni zachovat anonymitu zemřelého dárce tkání nebo orgánů vůči příjemci, žijícího dárce tkáně nebo orgánu vůči osobě uvedené v § 3 odst. 2 – tj. osobě blízké, pokud si to dárce přeje, a žijícího dárce obnovitelné tkáně, pokud se nejedná o osobu uvedenou v § 3 odst. 2.

#### **4.4.6. Alokace orgánů v transplantačním zákoně**

Dodatkový protokol o transplantaci orgánů a tkání lidského původu ukládá státům povinnost zajistit transplantační služby spravedlivě. Ve vysvětlující zprávě k Dodatkovému protokolu je tento požadavek vyložen především jako princip rovnosti, kdy je třeba zabezpečit, aby všichni lidé bez ohledu na jejich stav a původ měli stejné právo být vyhodnoceni v rámci transplantačního

---

<sup>66</sup> MACH J. a kol. *Zdravotnictví a právo*. Komentované předpisy. 1. vydání, Praha: Nakladatelství Orac s.r.o., 2003, s. 258.

<sup>67</sup> ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016. ISBN 978-80-7552-321-1, s. 540.

<sup>68</sup> § 17 odst. 2 transplantačního zákona

<sup>69</sup> MACH, Jan. *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy*. Praha: Orac, 2003. Digesta (Orac). ISBN 80-86199-50-9, s. 258.

programu.<sup>70</sup> Tím je stanoven základní princip přerozdělování, kterým je především rovnost. Dále však vyplývá, a to jak z pokračování důvodové zprávy, tak z obecně známého faktu, kterým je mnohonásobný převis poptávky po orgánech vůči orgánům, které jsou potřebným pacientům k dispozici, potřeba stanovit jasná, určitá a transparentní kritéria, na jejichž základě budou orgány alokovány za předpokladu splnění základního požadavku rovnosti. Český právní řád toto řeší ustanovením § 17 odst. 1 transplantačního zákona: „výběr nejvhodnějších příjemců orgánů je založen na principu medicínské naléhavosti a rovnosti čekatelů.“ Dle druhé věty stejného ustanovení se při rovnosti medicínské naléhavosti přihlíží též k celkové době registrace v Národním registru osob čekajících na transplantaci orgánů. Z toho vyplývá, že alokace orgánů je primárně založena na evidenci čekatelů v dané čekací listině, kde mají všichni v zásadě rovné postavení. Až tehdy, kdy je tento základní požadavek splněn, může být pořadí čekatelů prioritizováno. Klíčem udílení priorit jsou kromě doby strávené na čekací listině především medicínská kritéria (mimo jiné zákonem zmíněná urgencye), která se liší v závislosti na konkrétním druhu orgánu. Těmto medicínským kritériím je věnována samostatná kapitola dále v této práci.

#### **4.4.7. Koordinační středisko transplantací**

Koordinační středisko transplantací (dále jen „KST“) bylo, jakožto organizační složka státu, zřízeno Ministerstvem zdravotnictví v roce 2003. Z úkolů Ministerstva je v rámci jeho přímé působnosti zdůrazněn především postup, díky němuž má být zachována jeho nezávislost na transplantačních centrech, a to z hlediska prostorového, věcného a technického vybavení a umístění sídla střediska.<sup>71</sup> Samotné KST je pak pověřeno řadou úkolů - vede Národní registr osob čekajících na transplantaci orgánů a Národní registr dárců orgánů, koordinuje odběrové a transplantační týmy jednotlivých transplantačních center, zajišťuje finanční náhrady pacientům a jejich rodinám. Jeho nejdůležitější rolí v souvislosti s alokací je pak výběr nejvhodnějších příjemců pro odebrané orgány a pro tkáň určené k přímému přenosu do těla příjemce. KST má dále na starost monitorování vývoje evropských standardů a jeho implementaci do české legislativy. V neposlední řadě také rozvíjí svou činnost na poli mezinárodní spolupráce. V tomto ohledu je nejvýraznější aktivitou KST spolupráce na projektu FOEDUS, který se specializuje na zprostředkování výměny orgánů, které se z nejrůznějších důvodů (především medicínské kontraindikace) nepodaří transplantovat příjemci v zemi původu. Jedná se o pokračovatele projektu zahájeného Evropskou unií, který byl oficiálně ukončen v létě 2016. V současné době je

---

<sup>70</sup> Článek 3 Vysvětlující zprávy k Dodatkovému protokolu k Úmluvě na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny o transplantaci a tkáni lidského původu. [online] Dostupné z WWW: <<https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/186>>.

<sup>71</sup> § 25 odst. 1 transplantačního zákona.

členy programu FOEDUS deset zemí (Česká republika, Francie, Itálie, Litva, Polsko, Rumunsko, Slovensko, Spojené království, Španělsko a Švýcarsko) s celkovým počtem 320 milionů obyvatel.<sup>72</sup>

#### 4.4.8. Transplantační centra

Nepostradatelnou roli v soustavě institucí zajišťujících odběr, přenos a transplantaci orgánů, hrají transplantační centra. Transplantačním centrem se dle § 22 odst. 1 transplantačního zákona rozumí poskytovatel zdravotních služeb, kterému byl udělen statut centra vysoce specializované péče a který na základě toho může provádět odběry a transplantace krvetvorných buněk, orgánů a tkání, které nebyly předány tkáňové bance podle.<sup>73</sup> V České Republice se v současné době nachází sedm transplantačních center:

- Transplantační centrum Institut klinické a experimentální medicíny Praha,
- Transplantační centrum Fakultní nemocnice v Motole,
- Transplantační centru Fakultní nemocnice v Plzni,
- Transplantační centrum při Urologické klinice FN Hradec Králové a FN UK,
- Transplantační centrum Fakultní nemocnice Olomouc,
- Transplantační centru Fakultní nemocnice Ostrava,
- Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie Brno.

Všechna zmíněná transplantační centra běžně provádějí transplantaci ledvin, která je v praxi vůbec nejčastěji prováděným transplantačním zákrokem. Transplantační centrum Fakultní nemocnice v Motole se navíc specializuje na transplantaci plic, Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie Brno na transplantaci jater a srdce, odborníci z Transplantačního centra Institutu klinické a experimentální medicíny Praha pak kromě výše zmíněného provádějí také transplantaci tenkého střeva a dělohy.<sup>74</sup>

Transplantační centrum má na logistiku alokace orgánů zásadní vliv. Je povinno hlásit osoby indikované k transplantaci tkání a orgánů do Národního registru osob čekajících na transplantaci orgánů, neboť transplantaci tkání a orgánů provádí výlučně příjemcům registrovaným v tomto

---

<sup>72</sup> Informace Koordinačního střediska transplantací. [online] [cit. 2018-06-08] Dostupné z WWW: <<http://www.kst.cz/o-nas/spoluprace-se-zahranicim/foedus/>>.

<sup>73</sup> Srov. § 12 odst. 3 transplantačního zákona; Tkáně odebrané podle zákona upravujícího nakládání s lidskými tkáněmi a buňkami, které nebyly použity pro transplantaci, lze k dalšímu vyšetření, zpracování, preparování, konzervaci, uchovávání a distribuci předat pouze tkáňové bance.

<sup>74</sup> Informace IKEM. [online] [cit. 2018-06-03] Dostupné z WWW: <<https://www.ikem.cz/cs/darcovstvi-organu/transplantacni-centra-v-cr/a-3124/>>.

registru. Dalšími povinnostmi je také informovat KST o možném dárci a spolupracovat s ním při výběru nejvhodnějších příjemců orgánů, ačkoliv, jak již bylo řečeno, hlavní slovo v tomto rozhodovacím procesu náleží právě KST.

#### **4.4.9. Poskytovatelé zdravotnických služeb**

Na základě § 20 odst. 3 jsou poskytovatelé zdravotních služeb povinni neprodleně informovat o možných dárcích orgánů příslušné transplantační centrum. Možným dárcem orgánů se přitom rozumí především mechanicky ventilovaný pacient s devastujícím mozkovým poraněním nebo mozkovou lézí, medicínsky vhodný pro dárcovství orgánů. Z důvodu zachování orgánu a přípravy možného dárce pro odběr je třeba, aby poskytovatelé zdravotních služeb takového pacienta hlásili co nejdříve po vyšetření zjišťujícím klinické známky mozkové smrti, nebo pokud je mozková smrt pro charakter základního poranění nebo poškození vysoce pravděpodobná.<sup>75</sup>

Plnění povinnosti hlášení možných dárců v praxi nicméně představuje jeden z hlavních problémů transplantační medicíny v České republice. Zdravotníci možného dárce často nenahlásí, čímž je v jeden okamžik ztraceno až šest orgánů, které by mohly zachránit nebo prodloužit život několika různým příjemcům na čekací listině. Příslušné ustanovení zákona nicméně neobsahuje sankci, zdravotníci tudíž za nenahlášení možného dárce nenesou právní odpovědnost. Neexistují statistiky, které by uvedený problém blíže mapovaly, nicméně jestliže víme, že 1 procento pacientů z oddělení ARO a JIP je vhodných pro odběr orgánů a v České republice se odebere pouze 0,4 až 0,5 % orgánů od těchto pacientů, plyne z toho, že při lepší komunikaci a spolupráci mezi nemocnicemi, transplantačními centry a KST, by se počet orgánů využitelných k transplantaci zvedl minimálně o 30 %.<sup>76</sup> Kromě tohoto, že odběr orgánů od zemřelého dárce představuje značnou ekonomickou a administrativní zátěž, k hlášení často nedochází především z časových důvodů. Oddělení ARO a JIP, z nichž v drtivé většině orgány pocházejí, jsou jedny z nejvytíženějších, přičemž lékaři se zde potýkají s velkým množstvím urgentních případů. Příprava dárce na odběr orgánu a jeho udržování po mozkové smrti je náročný proces vyžadující spoustu času a péče, která nespadá do rámce obvyklých povinností zdravotníků.

---

<sup>75</sup> Postup při hlášení potenciálního dárce orgánů vydané CKTCH Brno. [online] [cit. 2018-06-08] Dostupné z WWW: <<http://www.cktch.cz/transplantacni-koordinatory/t2147>>.

<sup>76</sup> KLUSÁKOVÁ, Petra. Kolik orgánů ohlášíš, tolikrát jsi dárcovským konzultantem. In: Mladá fronta Zdravotnické noviny. 2011. [online] [cit. 2018-12-08] Dostupné z WWW: <[https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/blood\\_tissues\\_organs/docs/art\\_czech\\_republic.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/blood_tissues_organs/docs/art_czech_republic.pdf)>.

Z toho důvodu byl místo možnosti začlenění sankce za nesplnění povinnosti hlášení zvolen přístup pozitivní motivace. V úhradové vyhlášce<sup>77</sup> je od roku 2016 zahrnut Nový výkon č. 78890 – SIGNÁLNÍ VÝKON INDIKACE ODBĚRU ORGÁNU A ORGÁNŮ OD ZEMŘELÉHO DÁRCE. Tomuto výkonu je tak přiřazena částka ve výši 10 000 korun českých za každého pacienta, který je příjemcem orgánu nebo orgánů od zemřelého dárce. Kromě motivační funkce měla změna vyhlášky podle Ministerstva zdravotnictví reagovat na situaci, kdy nemocnici, která indikuje člověka vhodného k odběru orgánů, vznikají ve spojitosti s touto aktivitou vícenáklady a systém zdravotního pojištění zatím nezná způsob úhrady.<sup>78</sup> Po více než dvou letech, kdy je tato úhrada vyplácena, zatím nebyl proveden žádný oficiální průzkum, který by vedl ke zjištění toho, zda má dané opatření očekávané výsledky. Podle Lucie Baudišové, koordinátorky KST, je nicméně pozitivní dopad jednoznačný, z čehož může usoudit na základě vzrůstu dárcovské bilance pozitivní po zavedení opatření.<sup>79</sup>

#### **4.4.10. Národní akční plán pro darování orgánů a transplantace**

Pro řešení některých výše zmíněných problémů stávající legislativy, koordinace a alokace orgánů, a celkově pro zvýšení kvality, počtu a bezpečnosti transplantací, byl Ministerstvem zdravotnictví přijat Národní akční plán pro darování orgánů a transplantace pro léta 2010-2016 (dále jen „Národní akční plán pro transplantace“). Jeho ambicí je mimo jiné posílení zahraniční spolupráce především ve smyslu mezinárodní výměny orgánů, řešení některých problematických aspektů právní úpravy darování orgánů a provádění transplantací orgánů (například odběr orgánů od zemřelých dárců, zavedení úlev pro dárce orgánů), efektivní využívání finančních zdrojů a posílení informovanosti laické veřejnosti. Mimořádně velké cíle si Národní akční plán pro transplantace klade především v souvislosti se vzděláváním odborné veřejnosti. Vzdělávání má zahrnovat problematiku informační povinností zdravotnických zařízení o potenciálním dárci. Adresáty vzdělávacích programů mají být mimo jiné lékaři a nelékařští zdravotničtí pracovníci na odděleních JIP a ARO, neboť „na jejich správném vyhodnocení prvotních informací závisí, zda se vůbec odběr a transplantace bude realizovat a nakolik bude jejich další průběh úspěšný.“<sup>80</sup>

---

<sup>77</sup> Vyhláška č. 350 ze dne 14. prosince 2015, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>78</sup> Transplantologii podpoří systém úhrad. Tisková zpráva Ministerstva zdravotnictví České republiky ze dne 10. září 2015. [online] [cit. 2018-07-12] Dostupné z WWW: <[https://www.mzcr.cz/dokumenty/transplantologii-podpori-system-uhrad\\_10758\\_3237\\_1.html](https://www.mzcr.cz/dokumenty/transplantologii-podpori-system-uhrad_10758_3237_1.html)>.

<sup>79</sup> Osobní konzultace s Lucií Baudišovou, DiS., koordinátorkou KST.

<sup>80</sup> Národní akční plán pro darování orgánů a transplantace pro léta 2010-2016. [online] Dostupné z WWW: <<https://www.kst.cz/wp-content/uploads/2014/11/Narodni-Akcni-plan-pro-transplantace.pdf>>.



Po vzoru tzv. španělského modelu, který drží Španělsko dlouhodobě na prvním místě v Evropě v počtu dárců, se dále Ministerstvo zdravotnictví prostřednictvím Národního akčního plánu pro transplantace zavazuje vyškolit a zařadit do nemocnic dárcovské konzultanty. Úkolem speciálně vyškoleného dárcovského konzultanta je monitorování ventilovaných pacientů daného zdravotnického zařízení a vyhledávání nemocných s možným rozvojem mozkové smrti. O těchto potenciálních dárcích informuje příslušné transplantační centrum. Dárcovský konzultant je tak osobně odpovědný za využití možného potenciálu dárců v daném zdravotnickém zařízení. Dále zajišťuje odbornou podporu v péči o potenciální dárce pracovníkům příslušného zdravotnického zařízení a poskytuje odbornou podporu v komunikaci s rodinou.<sup>81</sup>

Některé body Národního akčního plánu pro transplantace se podařilo poměrně uspokojivě naplnit. Například problematika odběru zemřelých dárců byla upravena novelou transplantačního zákona účinnou roku 2013, která připustila možnost odběru orgánu od zemřelého dárce, který je cizincem (k tomu více na stránkách 25-26 této práce). Záměr zavést tzv. pohřebné byl zase naplněn ustanovením § 28a transplantačního zákona, na jehož základě osobě, která vypravila pohřeb zemřelému dárce, kterému byl proveden odběr orgánu, náleží příspěvek na náklady související s vypravením pohřbu ve výši 5000 Kč. Odstavec 4 téhož ustanovení navíc stanovil, že dopravu těla zemřelého dárce z místa pitvy do místa pohřbu hradí zdravotní pojišťovna příjemce.

Určité cíle stanovené Národním akčním plánem pro transplantace nicméně zůstávají v požadovaném rozsahu nenaplněny. Například co se týče dárcovských konzultantů, několik desítek jich sice bylo vyškoleny, k tomu, aby se stali v nemocnicích standardem je zatím velice daleko.<sup>82</sup>

## 5. Alokace orgánů mezi příjemce

Jak již bylo řečeno, obecnými vůdčími principy pro alokaci odebraných orgánů mezi příjemce je především rovnost, urgency, případně čas strávený na čekací listině. Toto vyplývá jak z mezinárodněprávních pramenů, tak právních úprav většiny států. Tyto kritéria jsou nicméně oproti složitosti transplantační problematiky z medicínské stránky natolik vágní a neurčitá, že je nezbytné, aby byla specifikována a konkretizována právě poznatky lékařské vědy. Souborem těchto klinických kritérií uplatňujících se při alokaci orgánů v daném státě, případně regionu,

---

<sup>81</sup> Národní akční plán pro darování orgánů a transplantace pro léta 2010-2016. [online] Dostupné z WWW: <<https://www.kst.cz/wp-content/uploads/2014/11/Narodni-Akcni-plan-pro-transplantace.pdf>>.

<sup>82</sup> ČTK. Středisko zaznamenalo v mezinárodní výměně orgánů rekordy. 29. ledna 2016. [online] [cit. 2018-06-03]. Dostupné z WWW: <<https://zdravi.euro.cz/denni-zpravy/z-domova/stredisko-zaznamenalo-v-mezinarodni-vymene-organu-loni-rekordy-481136>>.

vznikají alokační systémy, kterých v současném světě existuje celá řada a bývají mezi nimi značné rozdíly. Pro zhodnocení stávajícího alokačního systému v České republice jsem zvolila metodu srovnání s alokačním systémem Eurotransplantu, což lépe umožní posoudit jeho silné a slabé stránky z hlediska práva a etiky. Vzhledem k tomu, že kritéria obou porovnávaných systémů se liší v závislosti na druhu orgánu, který má být alokován, a není v možnostech diplomové práce takto popsat alokační kritéria všech transplantovaných orgánů, stěžejní část srovnání se bude věnovat alokaci ledviny.

## 5.1. Eurotransplant

Eurotransplant je nezávislou neziskovou organizací se sídlem v Leidenu založenou profesorem Jonem J. van Roodem roku 1967. Na jejím počátku stálo Van Roodův objev skutečnosti, že pro transplantaci ledvin hraje obrovskou roli HLA systém.<sup>83</sup> Pokud se HLA systémy dárce a příjemce shodovaly, šance úspěšnosti transplantace, a tedy přežití pacienta, se mnohonásobně zvětšovala. Počet možných HLA systémů činil z nalezení shody mezi dárce a příjemcem náročný úkol, pravděpodobnost se však zvyšovala v případě rozsáhlejší databáze pacientů, z nichž bylo možno vybírat. Tento logický závěr dovedl prvních dvanáct transplantáčnických center ve třech různých státech k rozhodnutí dobrovolně poskytovat Eurotransplantu informace o možných dárcech, jejichž orgány tak mohly být transplantovány příjemcům na čekacích listinách s nejlepší možnou shodou.

V současnosti vykonává Eurotransplant svou roli prostředníka mezi nemocnicemi a transplantáčnickými centry v osmi členských státech – Rakousku, Belgii, Chorvatsku, Německu, Maďarsku, Lucembursku, Nizozemí a Slovensku, přičemž ústřední myšlenkou je přeshraniční výměna orgánů, a to nejen směrem dovnitř v rámci členských států, ale rovněž pomocí dvoustranných smluv uzavíraných s autoritami nečlenských států<sup>84</sup>. Cílem je využití potenciálu celkové populace těchto států čítající kolem 136 milionů obyvatel k nastavení systému alokace a koordinace tak, aby docházelo k optimálnímu užití dárcovských orgánů bez zbytečných ztrát, a zároveň, aby se k pacientům dostal co nejvhodnější orgán v co nejkratším možném čase.

Jednou z podmínek členství státu v Eurotransplantu je vyspělá právní úprava transplantáčnických aktivit, která je v souladu s poznatky moderní medicíny a Vůdčími principy Světové zdravotnické

---

<sup>83</sup> Systém antigenů hlavního histokompatibilního systému vyskytující se na buňkách lidského organismu (s výjimkou zralých červených krvinek). Jejich kombinace je specifická pro každého jedince a co největší podobnost je podmínkou úspěšné transplantace. [online] Dostupné z WWW: <<http://lekarske.slovníky.cz/lexikon-pojem/hla-antigeny-hla-systém>>.

<sup>84</sup> Dvoustranná smlouva mezi Eurotransplantem a Koordinačním střediskem transplantací byla uzavřena v roce 2008.

organizace pro oblast transplantace lidských buněk, tkání a orgánů, tj. především zákaz komercializace, právně definovaná mozková smrt zjištěná příslušnými diagnostickými metodami, všeobecně uznávané akreditace transplantačních center v daném státu a právní úprava ochrany osobních údajů. V současné době mají všechny členské státy kromě Německa a Nizozemí legislativně zakotvený princip předpokládaného souhlasu dárce.<sup>85</sup>

Aby byl pacient zařazen do databáze příjemců čekajících na orgán, je nutné jeho zařazení na čekací listinu domovského státu pacienta, jak je stanoveno nejen právními řády členských států, ale také v jednotlivých smlouvách, které členské státy s Eurotransplantem podepisují.<sup>86</sup>

Eurotransplant spravuje centrální databázi zahrnující informace o možných dárcech a pacientech umístěných na čekacích listinách v rámci transplantačních center náležejících do jeho členských zemí spolu se všemi kritérii určujícími shodu mezi potenciálním dárce a příjemcem. Počítačový systém automaticky na jejich základě hledá shodu pro jakýkoliv orgán, který je v dané chvíli k dispozici. Čekací doba potenciálního příjemce počíná ve chvíli, kdy jsou jeho údaje zadány do centrální databáze. Výjimkou jsou kandidáti na transplantaci ledviny, jejichž čekací doba začíná běžet dnem prvního poskytnutí dialýzy.

Alokační model Eurotransplantu je založen především na objektivitě, transparentnosti, konzistentnosti výsledků.

### **5.1.1. Výzkum v rámci Eurotransplantu**

Eurotransplant při své činnosti klade důraz na opětovný sběr přesných dat a jejich použití pro alokaci daného orgánů správnému dárce, pro vývoj a aktualizace alokačních kritérií a potažmo pro nastavení co nejdokonalejšího algoritmu k nalezení shody. Je nezbytné, aby byl orgán příjemci transplantován v ideálním čase a ideální kvalitě a zvýšil tak nejen šanci na přežití a delší život, ale aby byla rovněž zajištěna co nejlepší možná kvalita života. K tomu je nezbytný neustálý monitoring informací pacienta na čekací listině a potenciálního dárce na základě průběžných lékařských vyšetření. Stěžejní je také analýza informací o průběhu transplantace, jejich výsledcích

---

<sup>85</sup> Nizozemský parlament začátkem roku 2018 přijal návrhu zákona, na jehož základě se bude s účinností od roku 2012 v Nizozemsku uplatňovat princip předpokládaného souhlasu; SHELDON, Tony. Dutch to start presumed consent for organ donation in 2020. *British Medical Journal*, 2018;360:k768.

<sup>86</sup> UNDINE, Samuel. Regulatory Aspects of VCA in Eurotransplant. *Transplant International* 2016; 29: 686-693.

a zdravotního stavu pacienta po transplantaci orgánu. Všechna tato data mají nemocnice a transplantační centra v regionu povinnost sbírat a předávat Eurotransplantu k analýze.<sup>87</sup>

Z takto zjištěných významných objevů posledních let lze zmínit například problematiku pacientů s krevní skupinou 0. Analýza čekacích listin transplantací ledviny ukázala, že čekací doba transplantace ledvin u pacientů s krevní skupinou 0 stoupá rychleji než u pacientů s jinými krevními skupinami. To se ukázalo být důsledkem skutečnosti, že ledviny od dárců krevní skupiny 0 jsou rovněž vhodné pro pacienty s jinými krevními skupinami. V zájmu zachování rovných příležitostí doporučil Eurotransplant úpravu politiky alokace orgánů tak, aby se čekací doby v rámci různých krevních skupin přiblížily. Příslušné orgány schválily toto doporučení a dnes je drtivá většina ledvin přidělena příjemcům se stejnou krevní skupinou.<sup>88</sup>

Důležitý byl také vývoj v přístupu ke kombinovaným transplantacím orgánů pacientů čekajícím jak na játra, tak ledvinu. V minulosti se běžně těmto pacientům přidělovaly oba orgány od jediného dárce. Nicméně studie údajů o průběhu zdravotního stavu po takto provedené transplantaci ukázaly, že u některých pacientů po transplantaci jater následovalo zlepšení funkce ledvin. To může v některých znamenat, že transplantace ledvin nadále není potřebná. Na druhé straně, jiné analýzy ukázaly, že mnoho pacientů, kteří podstoupili kombinovanou transplantaci jater a ledvin, zemřeli buď během operace, nebo krátce po ní. To znamenalo nejen smutnou smrt pacienta, ale také dvojitou ztrátu vzácných orgánů. Po těchto zjištěních Eurotransplant doporučil změnu pravidel alokace v tom smyslu, že by měla být dána přednost těm pacientům, kteří po úspěšné transplantaci jater stále potřebují transplantaci ledvin. V případech, kdy pacient již po transplantaci jater nepotřebuje ledvinu, může být tato ledvina přidělena dalším čekajícím pacientům. V současné době je tato politika v různých obdobích diskutována také ve vztahu k jiným orgánům.

### **5.1.2. Obecná alokační kritéria Eurotransplantu**

Systém alokačních kritérií je obecně založen především na hledisku očekávaného výsledku transplantace a hledisku medicínské naléhavosti, v němž jsou obsaženy mimo jiné shora uvedené principy objektivit a transparentnosti. Kromě toho hraje roli čas strávený pacientem na čekací listině a dále poměry konkrétního členského státu pacienta co do počtu provedených transplantací za dané období, množství již obdržených orgánů v rámci přeshraniční výměny a celkové objektivní možnosti státu poskytnout pacientovi potřebný orgán.

---

<sup>87</sup> Informace Eurotransplantu. [online] [cit. 2018-07-07] Dostupné z WWW: <[https://www.eurotransplant.org/cms/index.php?page=allocation\\_process](https://www.eurotransplant.org/cms/index.php?page=allocation_process)>.

<sup>88</sup> Tamtéž.

## 5.2. Klinická alokační kritéria obecně

Klinická kritéria jsou založená především na medicínských poznatcích a liší se v závislosti na alokovaném orgánu. Principy těchto kritérií bych ráda ukázala na příkladu transplantací břišních orgánů (ledvina, játra, slinivka, střevo). Jedná se o kritéria obecně se uplatňující v České republice na základě Společných operačních postupů vydávaných KST a schválených Ministerstvem zdravotnictví.

Transplantace břišních orgánů lze, stejně jako ostatní, rozdělit na život zachraňující a na transplantace zlepšující kvalitu života, případně život prodlužující. Do první skupiny řadíme transplantaci jater, v některých případech také střevo, transplantace multiviscerální<sup>89</sup> a transplantace slinivky břišní.<sup>90</sup> Transplantací výrazně zlepšující kvalitu života a život prodlužující je pak především transplantace ledviny.

### 5.2.1. Transplantace jater

Alokační systém pro transplantaci jater stojí především na kritériu urgencye. Ty rozlišujeme čtyři:

1. stabilní „doma“
2. nestabilní „doma“ nebo v nemocnici
3. nestabilní na jednotce intenzivní péče
4. akutní příjemce s krátkou prognózou

U čtvrté kategorie urgencye bych zmínila první zásadní rozdíl mezi nastavením alokace v rámci Eurotransplantu a České republiky, tedy, že v českém prostředí je v tomto případě možné udělat výjimku a transplantaci provést navzdory tomu, že se neshoduje krevní skupina dárce a příjemce. Takové opatření Eurotransplant nemá zapotřebí vzhledem k velkému počtu dárců, mezi nimiž je možné vybírat i v poměrně krátkém časovém úseku, který vysoce urgentní pacient vyžaduje.

Pro úplnost dodávám, že děti mají v alokačním systému jater zvláštní postavení – vždy jsou považováni za třetí skupinu urgencye, to proto, že především kvůli rozdílné velikosti jater mají vždy značně omezenou šanci na nalezení vhodného dárce.

---

<sup>89</sup> Kombinovaná transplantace, která kromě střeva a jater zahrnuje i žaludek a dvanáctník se slinivkou břišní. Viz Informace IKEM. [online]. [cit. 2018-07-07] Dostupné z WWW: <<https://www.ikem.cz/cs/transplantcentrum/klinika-transplantacni-chirurgie/co-u-nas-lecime/transplantace/transplantace-streva-a-multivisceralni/a-2472/>>.

<sup>90</sup> U diabetických pacientů může v důsledku absolutního nedostatku glukózy v krvi dojít až je kolapsu organismu, tedy tzv. hypoglykemického komatu.

## 5.2.2. Transplantace slinivky břišní, střeva a multiviscerální

Podmínkou transplantací slinivky, střeva a multiviscerálních je stejně jako u ledvin negativní imunologická křížová zkouška s tím rozdílem, že se vždy bez výjimek musí shodovat krevní skupina.

## 5.3. Alokace ledviny – srovnání ČR a Eurotransplantu

### 5.3.1. Alokace ledviny v ČR

Stejně jako v případě transplantace jiných orgánů je pro alokaci ledviny nezbytné, aby byl potenciální příjemce umístěn v dané databázi (tzv. *waiting list*). Čekací listina na transplantaci ledviny, jednotná pro regiony všech transplantačních center v České republice, je databází (nikoliv pořadníkem) obsahující každodenně aktualizované údaje o čekatelích umožňující provést alokaci odebrané ledviny tomu nejvhodnějšímu příjemci. Stejně jako ostatní databáze zřizované pro účely alokace orgánů je i čekací listina na transplantaci ledviny spravována KST. Na čekací listinu mohou být obecně zařazeni pacienti s chronickým onemocněním ledvin, u nichž je reálná šance na delší přežití po transplantaci než při léčbě dialýzou, a kteří nemají žádné medicínské kontraindikace k zařazení na čekací listinu.<sup>91</sup> Zároveň s touto podmínkou je vyžadován souhlas pacienta s transplantací podle příslušných ustanovení transplantačního zákona.<sup>92</sup> Cílem je nabídnout ledvinu čekatelům, který má teoretickou naději na co nejdelší funkci nebo tomu, u kterého je z různých medicínských důvodů doba čekání omezená.<sup>93</sup> V takovém případě jsou alokační kritéria nastavena tak, aby bylo postavení medicínsky znevýhodněného pacienta co nejvíce vyrovnáno.

Hlavními medicínskými kritérii pro alokaci ledviny v České republice jsou:

- Krevní skupina
- HLA antigeny
- PRA („Panel Reactive Allo-antibodies“ = frekvence cytologických protilátek)
- Status čekatele
- Doba strávená na čekací listině
- Bilance odebraných/transplantovaných ledvin

---

<sup>91</sup> POKORNÁ, Eva. Zařazování pacientů do čekací listiny na transplantaci ledvin: Čekací listina a principy alokace ledvin v ČR. 2011. [online] [cit. 2018-07-09] Dostupné z WWW: <<http://docplayer.cz/1948636-Cekacilistina-a-principy-alokace-ledvin-v-cr.html>>.

<sup>92</sup> § 17 odst. 3 transplantačního zákona.

<sup>93</sup> Tamtéž.

Podmínkou transplantace ledviny, jejíž ověření vždy stojí na samém začátku alokačního procesu, je negativní imunologická křížová zkouška. Pokud je pozitivní (příjemce má v krvi protilátky proti alokované ledvině), příjemce automaticky vypadává z této konkrétní alokace, pokud je negativní, je možné přistoupit k dalším kritériím, resp. následně k transplantaci.

Výběr nejvhodnějšího příjemce probíhá v zásadě vždy na základě krevní skupiny. Jen ve výjimečných případech, pokud se jedná o vysoce urgentního pacienta, může být vybrán příjemce bez ohledu na krevní skupiny.

Stěžejním kritériem jsou dále HLA antigeny. Jedná se o systém antigenů hlavního histokompatibilního systému vyskytující se na buňkách lidského organismu (s výjimkou zralých červených krvinek). Jejich kombinace je specifická pro každého jedince a co největší podobnost je podmínkou úspěšné transplantace.<sup>94</sup>

Přihlíží se rovněž k senzibilitě pacienta vyjádřené hodnotou PRA („*Panel Reactive Allo-antibodies*“ = frekvence cytologických protilátek). Určuje množství vyjádřené v procentech, které představuje podíl populace, s níž bude osoba pozitivně reagovat prostřednictvím HLA systému. Čím vyšší je procentuální hodnota, tím je pacient senzibilnější, a bude pro něj tudíž obtížnější najít vhodnou ledvinu v rámci alokace.

Status čekatele, jakožto další zásadní alokační kritérium, se dělí na následující:

- Urgentní pořadí = nemocný, který je v ohrožení života pro nemožnost dalšího dialyzačního léčení;
- Děti = pacienti všech transplantačních center (vyjma Transplantačního centra Motol) do 19 let<sup>95</sup>;
- Zvláštní pořadí = nemocní, kteří jsou indikováni ke kombinované transplantaci dalšího orgánu, urologicky komplikovaní pacienti;
- Dlouhodobě čekající = pacienti s aktivní dobou registrace delší než 3 roky (doba, kdy byl pacient z různých důvodů dočasně vyřazen není zohledněna);
- Normální pořadí.

---

<sup>94</sup> HLA antigeny (HLA systém). [online] [cit. 2018-07-07] Dostupné z WWW: <<http://lekarske.slovniky.cz/lexikon-pojem/hla-antigeny-hla-system>>.

<sup>95</sup> V současné době někteří odborníci volají po značném snížení této hranice nebo alespoň jakémisi oddělení mladších dětí a pubescentů.

V případě, že má být čekajícímu pacientovi transplantována historicky první ledvina, alokační systém přiznává shora uvedeným skupinám čekatelů následující pořadí:

1. Urgentní pořadí
2. Děti
3. Zvláštní pořadí
4. Dlouhodobě čekající
5. Dle bilance odebraných/transplantovaných ledvin
6. Normální pořadí

V případě potenciální transplantace historicky druhé ledviny čekajícímu pacientovi je pak pořadí následující:

1. Urgentní pořadí
2. Příjemce transplantačního centra, které ledvinu indikovalo
3. Děti
4. Zvláštní pořadí
5. Dlouhodobě pořadí
6. Dle bilance odebraných/transplantovaných ledvin
7. Normální pořadí

### **5.3.2. Alokace ledviny v Eurotransplantu**

Kritéria alokace ledvin v rámci Eurotransplantu musí, jak již byl výše uvedeno, respektovat legislativní meze judikatur jednotlivých členských států. Společná pravidla jsou pak blíže nastavena v kapitole 5 Manuálu Eurotransplantu.<sup>96</sup>

Hlavními medicínskými kritérii pro alokaci ledviny v České republice jsou:

- Věk
- Status čekatele dle urgencye
- Krevní skupina
- HLA antigeny
- PRA (frekvence cytologických protilátek) = senzibilita

---

<sup>96</sup> Manuál Eurotransplantu, 5. kapitola: ledvina (ETKAS and ESP) [Eurotransplant Manual, Chapter 5: Kidney (ETKAS and ESP)]. [online] [cit. 2018-07-07] Dostupné z WWW: <[https://www.eurotransplant.org/cms/index.php?page=et\\_manual](https://www.eurotransplant.org/cms/index.php?page=et_manual)>.



- Doba strávená na čekací listině
- Vzdálenost mezi dárcovským centrem a transplantačním centrem
- Bilance odebraných/transplantovaných ledvin

Na začátku procesu alokace je nutné zajistit, že budou ledviny nabídnuty v první řadě těm pacientům, kteří musejí podstoupit kombinovanou transplantaci několika orgánů včetně ledviny.

Pokud je toto splněno, dalším krokem v rámci alokačního systému v rámci Eurotransplantu je posouzení věku dárce, přičemž stěžejní hranicí je 65 let. Pacienti nad 65 let věku jsou pak zařazeni do speciálního alokačního programu ESP (Eurotransplant Senior Program). Tento program má za cíl snížit množství orgánů nenávratně zasažených ischemií z důvodu příliš dlouhého procesu alokace a zkrátit časový úsek, během něhož se tyto vybraná ledviná dostane ke svému staršímu příjemci. Tato nadstandardní časová dotace je zajištěna tím, že se na pacientech v rámci programu ESP neprovádí testování pro účely HLA shody. Vychází se přitom jednoduše z předpokladu, že pacienti nad 65 let se velmi pravděpodobně již nedožijí potenciálních komplikací spojených s nedokonalou HLA shodou, která se projeví až po určité době po transplantaci ledviny. Příjemci ledviny jsou tak v rámci ESP programu vybíráni na základě medicínské naléhavosti a času stráveném na čekací listině. Je také na místě dodat, že Eurotransplant ponechal jednotlivým členským státům prostor k volbě toho, jak se k modifikaci alokačních kritérií ve vztahu ke starším pacientům postaví. Například němečtí pacienti tak mají možnost výběru, zda budou zařazeni do ESP programu nebo zda pro ně budou orgány alokovány stejně jako pacientům mladším 65 let.

Další alokace, tedy pokud se jedná o pacienta mladšího 65 let, standardně probíhá prostřednictvím programu ETKAS (Eurotransplant Kidney Allocation System) založeném na bodovém systému, v jehož rámci je čekatel na ledvinu udělován předepsaný počet bodů podle na základě shora uvedených kritérií. Pacient s nejvyšším počtem bodů obdrží nabídku dostupné ledviny jako první.

**(a) Status čekatele podle urgency:**

1. Vysoká urgency
2. Normální urgency
3. Pediatričtí pacienti

Důvody přiřazení statusu vysoké urgency obecně představuje především nemožnost přístup k dialyzační léčbě a dále velká pravděpodobnost, že pacient nebude schopný léčbu dialýzou dlouhodobě podstoupit, neboť pro jeho nepříznivý psychický stav existuje vysoké rizik

sebevraždy. V neposlední řadě jsou pak důvodem závažné problémy s močovým měchýřem (například selhání ledvinového štěpu po současné transplantaci ledviny a slinivky). Čekatelům se statutem vysoké urgencye je přiděleno 500 bodů v rámci programu ETKAS.

Zvláštní výhodu požívají dále pediatričtí pacienti<sup>97</sup>, kterým je přiznáno 100 bodů v rámci programu ETKAS a body získané za míru shody HLA antigenů se zdvojnásobí.

#### **(b) Doba strávená na čekací listině**

Čekací doba neboli doba registrace v čekací listině počíná ve chvíli, kdy je zahájena dialyzační léčba, přičemž taková léčba musí poté probíhat nepřetržitě nejméně 90 dní. Za každý rok strávený na čekací listině je čekatelům uděleno 33,3 bodu v rámci programu ETKAS, tj. 0,091 bodu za každý den čekání na ledvinu. Pravidla Eurotransplantu rovněž umožňují, aby byly pacientovi přiznány body za dobu již jednou strávenou na čekací listině, pokud u nich dojde k selhání transplantované ledviny a musí tudíž dostat ledvinu novou. Tento nárok je přiznán pacientům, u nichž došlo k selhání do 1 roku po transplantaci, Německo tuto hranici snížilo na 90 dní. Časové omezení dále neplatí pro pacienty (s výjimkou Německa), jejichž neúspěšně transplantovaná ledvina pocházela od žijícího dárce.

#### **(c) Kombinovaná operace jater a ledviny**

Zvláštní podmínky jsou nastaveny pro případ, kdy je nutno přistoupit ke speciálnímu typu kombinované transplantace – takovému, kdy je nutno transplantovat nejdříve játra, a v určitém čase následně také ledvinu. Pacient v takové situaci má nárok na 500 bodů v rámci programu ETKAS v období 90–360 dní po transplantaci jater.

#### **(d) Bonus pro pacienty, kteří v minulosti darovali ledvinu**

Pacientům trpícím závažnou nemocí mající za následek selhání ledvin, kteří v minulosti svou ledvinu k transplantaci sami poskytli – tedy byli žijícími dárce, náleží bonus v rámci 500 bodů v rámci programu ETKAS. Za určitých podmínek je tento bonus možno přiznat podruhé stejnému pacientovi, pokud je tento pacient z různých důvodů donucen podstoupit historicky druhou transplantaci ledviny.

---

<sup>97</sup> Za pediatričtí pacienti jsou považováni ti, u nichž léčba dialýzou započala před 16. narozeninami (případně před 17. narozeninami, pokud byla registrace do čekací listiny provedena před 16. narozeninami) a ti, u nichž byl prokázán stále trvající vývoj.

### **(e) Národní bilance**

Každý den Eurotransplant pečlivě monitoruje rozdíly mezi počtem ledvin, které jsou v jednotlivých členských zemích zajišťovány, vzájemně vyměňovány a transplantovány. Na základě těchto zjištění je získána tzv. národní bilance vyměněných ledvin (National Kidney Exchange Balance) S její pomocí se pak Eurotransplant snaží prostřednictvím bodového mechanismu rozdíly vyrovnávat tak, aby byl zvýhodněn pacient pocházející z členského státu, kde je bilance zajištěných orgánů nižší. Body náležící pacientovi na základě národní bilance se rovnají desetinásobku rozdílu nejvyšší národní bilance ze všech členských států a národní bilance daného státu.

#### **5.3.3. Srovnání a posouzení**

V nastavení kritérií pro alokaci ledvin a ve výsledných statistikách můžeme pozorovat rozdíly mezi Eurotransplantem a Českou republikou, z nichž některé vyznívají značně ve prospěch Eurotransplantu, který zastupuje bodový alokační systém. Je ovšem nezbytné si uvědomit, že toto v mnoha ohledech vyplývá z kvantitativní výhody spočívající v souhrnné velikosti území jednotlivých členských států, počtu transplantačních a dárcovských center a tím pádem i potenciálních dárců na těchto územích, což nepoměrně zvyšuje možnost nalezení ideální medicínské shody mezi dárcem a příjemcem ve výrazně kratším čase. To má za následek nejen v důsledku často úspěšnější alokaci, ale také mnohem širší možnosti na samém začátku tohoto procesu, tj. v nastavení kritérií co do škálovatelnosti. Systém kritérií tak může mnohem více přihlížet ke specifikům jednotlivých případů a přístup je značně individualizován. Jako příklad můžeme uvést skutečnost, že mezi vysokourgentní, a tudíž Eurotransplantem bodově zvýhodněné pacienty, patří i ti, kteří by čekání na ledvinu a současnou léčbu dialýzou nemuseli dlouho přežít s přihlédnutím na špatný psychický stav, který by mohl vyústit až v sebevraždu. Takové zohlednění mimořádné duševní křehkosti určitých pacientů je velice lidské, nicméně v poměrech České republiky, kde je k přerozdělení mezi pacienty k dispozici mnohonásobně menší počet ledvin, je podle mého názoru naprosto obhajitelné omezení určitých kritérií. V opačném případě by mohlo docházet k jejich rozdrobení mající za následek mnohem obtížněji dohledatelnou shodu, potažmo delší čekací doby a větší úmrtnost čekajících příjemců.

Na druhou stranu, premisa o omezení některých kritérií v případě kvantitativní nevýhody co do počtu potenciálně použitelných ledvin neobstojí vždy stoprocentně. Za poněkud spornou ji považuji v následujících případech:

Prvním takovým případem je možnost nastavení speciálních alokačních kritérií pro geriatrické pacienty čekající na ledviny a svým způsobem jejich vynětí z klasického procesu, z čehož v důsledku těží všechny skupiny pacientů. Odpadnutím a nezohledněním kritéria, které má pro starší pacienty oslabený význam (v tomto případě se, jak bylo výše řečeno, jedná o HLA testování) se těmto výrazně snižuje čekací doba, zároveň rychlým přiřazením orgánu uvolňují místo v pořadníku těm, pro které je HLA shoda nezbytná. Rovněž může být zabráněno ztrátě orgánu, v případě, že by z důvodu vzdálenosti dárcovského a transplantačního a zároveň nedostatečné HLA shody mohl být orgán nenávratně zasažen ischemií – pokud je „poblíž“ starší pacient, může mu být ledvina poskytnuta i přes to, že se HLA ideálně neshoduje, ačkoliv u běžného pacienta by to mohlo znamenat překážku. Poslední zmíněný argument je z důvodu obecně kratší dojezdové vzdálenosti v českém prostředí spíše nerelevantní.<sup>98</sup> Ostatní nicméně považuji za zcela použitelné pro český alokační systém. I pro českého pacienta je výhodné, aby nemusel o orgán soupeřit se starším pacientem, pokud jde o kritérium HLA shody. V případě, že by se pracovalo s předpokladem, že starší pacient vystačí s orgánem, kde HLA shoda není ideální, může u takového dojít k rychlejšímu spárování s orgánem, který je v dané době k dispozici. Stejně tak pacient nižšího věku, u nějž je nebezpečí, že by v delším časovém horizontu z důvodu nesprávně spárovaného orgánu z pohledu HLA kritéria prodělal vážné zdravotní problémy, se, coby druhý v pořadí na čekací listině, rychleji dostane k ledvině s ideální shodou.

Dalším aspektem, který by po vzoru Eurotransplantu potenciálně mohl mít své místo v českém alokačním systému, je zvýhodnění čekatelů, kteří v minulosti svou ledvinu sami poskytli k transplantaci, coby žijící dárce. Někteří varují před ohrožením myšlenky altruismu, coby základního etického principu darování orgánů živými dárce, podle níž by takové darování mělo být výhradně „nesobeckým darem druhým bez očekávání jakékoliv kompenzace.“<sup>99</sup> Lze nicméně soudit, že odběr ledviny znamená pro dárce tak velkou zátěž organismu nesoucí s sebou velké množství omezení a potenciálních komplikací, že se vidina této hypotetické výhody stěží stane primární motivací pro rozhodnutí zdravou ledvinu darovat. A naopak se zdá více než eticky opodstatněné, aby v případě, že taková potřeba u dárce v budoucnu skutečně nastane, mu byla tato jistá výhoda poskytnuta jako díky za jeho nezištný dar společnosti.

---

<sup>98</sup> Maximální doba ischemie u ledviny se pohybuje v rozmezí 120-240 minut.

<sup>99</sup> SCHEPER-HUGHES, N. The tyranny of the gift: sacrificial violence in living donor transplants American Journal of Transplantation, March 2007, 7(3):507-11.

Při srovnání alokačního systému Eurotransplantu a České republiky dále vystávají určité aspekty, které se z pohledu distributivní spravedlnosti zdají přinejmenším velmi problematické a vyžadují změnu.

Mezi ně řadím především nastavení kritéria čekací doby, a to konkrétně jejího začátku. Pro pacienty ani pro celkovou koordinaci alokace ledvin neplyne žádná výhoda ze současného stavu, ve kterém je pacient zařazen na čekací listinu s datem registrace, nikoliv s počátkem dialýzy. Na následujícím grafu vidíme, že datum registrace nejen že přirozeně nemusí nutně předcházet začátku dialýzy, může naopak následovat až poměrně dlouhou dobu po něm.

<b>Doba registrace ve WL a doba na dialýze u nemocných po TPL (1. transplantace, solo ledvina, zemřelý dárce)</b>										
ČR	2005		2006		2007		2008		2009	
	WL	HD	WL	HD	WL	HD	WL	HD	WL	HD
medián	177	611	137	631	202	687	235	757	197	781
průměr	379	815	352	850	399	870	416	934	438	964

*zdroj databáze ČTS*

Zdroj: POKORNÁ, Eva. Zařazování pacientů do čekací listiny na transplantaci ledvin: Čekací listina a principy alokace ledvin v ČR. 2011.

Doba od zahájení dialýzy do zařazení na čekací listinu je tak extrémně dlouhá.<sup>100</sup> Pacienti z tohoto opatření přirozeně netěží, na rozdíl od zdravotnických zařízení provádějících dialýzu, pro která každý den léčby pacienta podstupující dialýzu pro selhání ledviny znamená příjem ve značné výši.

Jako velice problematické se jeví také zakotvení principu bilance odebraných/transplantovaných ledvin. V alokačním systému Eurotransplantu toto kritérium rovněž figuruje, a to v podobě národní bilance. Jeho účel je samozřejmě opodstatněný – smyslem alokačního systému je

<sup>100</sup> POKORNÁ, Eva. Zařazování pacientů do čekací listiny na transplantaci ledvin: Čekací listina a principy alokace ledvin v ČR. 2011. [online] [cit. 2018-07-09] Dostupné z WWW: <<http://docplayer.cz/1948636-Cekacilistina-a-principy-alkace-ledvin-v-cr.html>>.

v případech Eurotransplantu i České republiky spolupráce transplantačních center na regionální, národní či mezinárodní úrovni, kdy je daný orgán poskytnut do centra v jiné zemi/regionu, který jej v rámci potřebné shody s konkrétním příjemcem k dispozici nemá. Přihlédnuto je přitom k urgenci a dalším shora popsaným kritériím. Z toho vyplývá, že takto propojená transplantační centra jsou vždy více či méně závislá na vzájemné solidaritě. Tato závislost se liší s ohledem k mnoha faktorům – velikosti populace dané země/regionu, dostupnosti finančních prostředků, míra vyspělosti a propracovanosti alokačního a koordinačního systému, povědomí veřejnosti o transplantační problematice atd. Všechny tyto aspekty se logicky odrážejí v národní/regionální bilanci odebraných a transplantovaných orgánů. Smyslem propojených alokačních systémů je jednotlivé bilance co nejvíce vyrovnávat a solidárně přistupovat k té zemi/regionu/transplantačnímu centru, které se vzhledem k bilanci jeví jako nejvíce potřebné. Eurotransplant je ve vyrovnávání rozdílů poměrně úspěšný, naproti tomu v České republice je tato bilance značně nevyrovnaná. V roce 2017 bylo v České republice provedeno celkem 469 transplantací ledvin, z toho 252, tedy více než polovina, byla transplantována v IKEM.<sup>101</sup> Co by se na první pohled mohlo zdát jako statistika vyznívající jasně ve prospěch IKEM, je ve skutečnosti spíše důsledek značně uzavřeného systému, kdy jednotlivá transplantační centra do značné míry soupeří mezi sebou a více dbají na vlastní bilanci darovaných/transplantovaných orgánů než na cíl původně zamýšlený bilančním kritériem, tedy vzájemnou spolupráci a solidaritu. V praxi tak nastává situace, kdy například orgán potřebný k transplantaci v IKEM, který dostupný v některém z ostatních transplantačních center s nižším počtem transplantovaných orgánů jednoduše k příjemci nedoputuje, neboť bilance zde hraje ve prospěch transplantačního centra s méně příznivou bilancí. Důvodem, proč v zásadě podobné opatření úspěšně funguje v alokačním systému Eurotransplantu a poněkud selhává v rámci České republiky, je podle mého příliš vágní a nepropracované ukotvení tohoto kritéria v alokačním systému, kdy při výkladu vzniká shora popsaný problém, tj. transplantační centra s rozsáhlou transplantační aktivitou a příznivou bilancí poskytují v případě potřeby dostupné orgány menším transplantačním centrům (což je jistě pozitivní a také zamýšlený důsledek daného alokačního kritéria), na druhé straně menší transplantační centra tento solidární krok učinit nemusí ani v případě vysoké urgencye, neboť se mohou zaštitit méně příznivou bilancí. Pro vypořádání se s tímto problémem můžeme hledat inspiraci u Eurotransplantu – bodový systém umožňuje mnohem flexibilnější řešení situace, kdy

---

<sup>101</sup> Informace IKEM. [online] [cit. 2018-08-07] Dostupné z WWW: <<https://www.ikem.cz/cs/darcovstvi-organu/zivot-sup-2-sup/statistika-ikem/a-3129/>>.; Medical News V Česku vlani transplantovali 837 orgánů, 502 z nich IKEM, Medical News. [online] [cit. 2018-07-13] Dostupné z WWW: <<https://www.medicalnews.cz/cesku-vlani-lekari-transplantovali-837-organu-502-nich-ikem/>>.

proti sobě stojí různá alokační kritéria. Pokud jde o kritérium národní bilance, mnohem menší váhu tu má rozhodné slovo transplantčního centra, které nemůže jednoduše odmítnout poskytnout potřebný orgán z důvodu, že v jeho prospěch hraje méně příznivá bilance. Čekatel zde pouze obdrží body, pokud pochází ze země s méně příznivou bilancí, pokud je jeho země naopak mezi těmi „úspěšnými“, body neobdrží. Rozhodnutí o poskytnutí či neposkytnutí dostupného orgánu vychází z celkového počtu bodů (ne)obdržených za všechna, relevantní kritéria. Bilanční kritérium nemá tak dominantní postavení a ve většině případu tak nemůže mít samo o sobě za následek nepřidělení orgánu.

## **6. Příklady vývoje problematiky a související legislativy**

### **6.1. Transplantace dělohy**

Transplantace dělohy byla, coby nejmladší z orgánových transplantací, poprvé provedena v roce 2000 v Saudské Arábii. Jednalo se o dělohu od žijícího dárce, která musela být kvůli trombóze odstraněna 99 dnů po transplantaci. První transplantace dělohy od zemřelé dárkyně proběhla v Turecku v roce 2011, avšak její příjemkyně se potomka dosud nedočkala. Za průkopníka co do úspěšnosti transplantací děloh se dá považovat Švédsko – proběhla zde vůbec první klinická studie s cílem prokázat, zda je transplantace proveditelná, a zda je zároveň možné, aby úspěšně vyústila v narození zdravého potomka. V letech 2012 a 2013 bylo provedeno devět operací, přičemž 7 transplantovaných pacientek již porodilo zdravé dítě. Ačkoliv transplantace dělohy zatím nebyla nikde na světě zavedena do klinické praxe, od doby úspěchu švédské klinické studie je považována za jedinou metodu léčby neplodnosti pro ženy s vrozenou nebo získanou absencí dělohy a pro ženy, jejichž děloha je z pohledu těhotenství nefunkční.<sup>102</sup> Jedná se o klasický typ transplantace, která není život zachraňující, ale má za cíl podstatné zvýšení kvality života, v konkrétním případě se jedná o zajištění či navrácení možnosti reprodukce jako jednoho z základních aspektů naplnění existence lidského jedince. Jakožto léčebná metoda samozřejmě skýtá jistá úskalí, mezi nimiž jsou především zdravotní komplikace na straně příjemkyně a potenciálně i nenarozeného dítěte z důvodu nutnosti imunosupresivní léčby po dobu těhotenství, a malého procenta rizika pro dárkyni spojeného s chirurgickým odběrem dělohy. Na rozdíl od dalších řešení situace neplodných párů, například surrogátního mateřství, je nicméně osvobozena od mnohých etických a právních

---

<sup>102</sup> Informace IKEM. [online] [cit. 2018-08-08] Dostupné z WWW: <https://www.ikem.cz/cs/transplantcentrum/klinika-transplantacni-chirurgie/o-nas/programy/transplantace-delohy/a-2460/>.

dilemat, a to zejména autonomie a důstojnosti člověka, nejasných finančních úhrad, vlivu na zdraví náhradní matky, prospěchu pro takto narozené dítě atd.<sup>103</sup>

V České republice byla klinická studie, na jejíž přípravě se již od roku 2012 společně podílel IKEM a Fakultní nemocnice Motol, povolena Ministerstvem zdravotnictví ČR v roce 2015. Cílem studie je potvrzení efektivity a bezpečnosti léčby ženské neplodnosti pomocí transplantace dělohy ve dvou skupinách žen: 10 příjemkyň dělohy od žijících a 10 od zemřelých dárkyň. Vzhledem k tomu, že dosud jediná provedená a ukončená studie švédských transplantací dělohy není pro potvrzení efektivity a bezpečnosti této metody dostatečná, má studie transplantace dělohy v České republice nemalou ambici přispět k výzkumu této metody léčby neplodnosti jako první ve světě na souboru žen, které podstoupí transplantaci dělohy jak od žijících, tak i zemřelých dárkyň.<sup>104</sup> Mezi základní kritéria pro přijetí příjemkyně do studie patří věk do 40 let a stav bezdětná s nemožností mít vlastní dítě.<sup>105</sup>

Co se týče právního zakotvení, pro umožnění odběru a transplantace dělohy muselo dojít ke změně transplantačního zákona, neboť děloha nespadá do žádné z dosavadně definovaných tkání a orgánů, jejichž odběr od žijícího dárce bylo možné podle zákona provést, tj. část orgánu se schopností regenerace nebo adaptace nebo jeden z funkčních párových orgánů. Zákonem č. 202/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony, účinným od 1. listopadu 2017, tak byla do předmětného odstavce 1) d) ustanovení § 3 transplantačního zákona zahrnuta děloha, jakožto orgán, jehož odběr od žijícího dárce lze provést, pokud jde o léčbu neplodnosti způsobenou nefunkční nebo chybějící dělohou. Novelou byl rovněž vložen § 31a, podle něhož lze transplantaci dělohy a postupy s tím související provést, pokud ministerstvo uzná transplantaci dělohy za standardní metodu v klinické praxi podle zákona o specifických zdravotních službách. Vznikla tak zajímavá situace, kdy přípustnost transplantace dělohy byla do zákona včleněna, avšak s výhradou dané klinické studie, přičemž bude záviset na výsledcích této studie, zda budou ustanovení o transplantaci dělohy uvedena do praxe. V souvislosti s touto novelizací bylo rovněž nutno upravit postup pro odběr orgánů od zemřelých dárců. Toho bylo docíleno novelou Vyhlášky č. 434/2004 Sb., o podrobnostech rozsahu a obsahu povinně uváděných dat do Národního registru osob

---

<sup>103</sup> CHMEL, Roman, NOVÁČKOVÁ, Marta, PASTOR, Zlatko, MATĚCHA, Jan, ČEKAL, Miloš, FRONĚK, Jiří. Možnosti transplantace dělohy v České republice: indikace, výzkum a klinické zkušenosti. Časopis lékařů českých, 2017 [online] [cit. 2018-06-08] Dostupné z WWW: <<https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2017-1/moznosti-transplantace-delohy-v-ceske-republice-indikace-vyzkum-a-klinicke-zkusenosti-60425>>.

<sup>104</sup> Tamtéž.

<sup>105</sup> Informace IKEM. [online] Dostupné z WWW: <<https://www.ikem.cz/cs/transplantcentrum/klinika-transplantacni-chirurgie/o-nas/programy/transplantace-delohy/a-2460/>>.



nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů. Do výčtu tkání a orgánů pro potřeby jejich konkrétního vymezení ve vyslovení nesouhlasu s posmrtným odběrem tkání a orgánů, tak byla doplněna děloha. Toto opatření bylo nutné k tomu, aby bylo možno v Národním registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů ověřovat u potencionálních zemřelých dárkyň případný nesouhlas s odběrem dělohy obdobně, jako u ostatních orgánů. Osoby odmítající darovat posmrtně určité orgány tak mají jistotu, že stejně, jako v případě ostatních orgánů lidského původu, mohou odmítnout darovat dělohu.<sup>106</sup>

Historicky první transplantace dělohy v České republice (a zároveň čtrnáctá na světě) proběhla 30. dubna 2016.<sup>107</sup> Do konce roku 2017 proběhlo v rámci této studie 10 transplantací dělohy, z toho v pěti případech pocházely dělohy od žijících dárkyň.<sup>108</sup>

## 6.2. Párové výměny ledvin od žijících dárců, řetězové transplantace

Transplantace ledviny od žijícího dárce je odborníky obecně považována nejvýhodnější metodou léčby chronického selhání ledvin. Důvodem jsou především podstatně lepší výsledky v přežívání pacientů a štěpů, dále zvýšení dostupnosti transplantací při nedostatku ledvin od zemřelých dárců a v neposlední řadě také skutečnost, že takovou transplantaci lze provést preemptivně, tzn. ještě před zahájením dialyzační léčby.<sup>109</sup> Jednou z možností, jak rozšířit dostupnost ledvin určených k transplantaci od žijících dárců je program tzv. párové neboli křížové výměny ledvin. Tento typ transplantace od žijícího dárce představuje řešení v případě inkompatibility v krevní skupině a/nebo v případě pozitivní křížové zkoušky mezi dárce a příjemcem ledviny párem, které znemožňují přímé darování ledviny v daném páru.<sup>110</sup> V praxi je takto eliminována situace, kdy dárce nabídne konkrétnímu příjemci svou ledvinu, ta však z důvodu výše uvedených lékařských překážek nemůže být transplantována – díky zařazení do registru párů, vytvořeným v IKEM tak příjemce neztratí šanci na novou ledvinu a dárce dostane možnost svou ledvinou pomoci jinému pacientovi a nepřímo také původně zamýšlenému příjemci. Do párové transplantace jsou zapojeni

<sup>106</sup> Odůvodnění návrhu vyhlášky, kterou se mění vyhláška č. 434/2004 Sb., o podrobnostech rozsahu a obsahu povinně uváděných dat do Národního registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů (Předseda Legislativní rady vlády udělil na základě žádosti dle čl. 76 odst. 1 a odst. 2 Legislativních pravidel vlády výjimku k nepovedení mezirezortního připomínkového řízení a hodnocení dopadů regulace (č. j. 24820/2017-OVL).

<sup>107</sup> Výroční zpráva IKEM 2016. Dostupné z WWW: <<https://www.ikem.cz/cs/vyrocní-zprava-2016/a-3100/>>.

<sup>108</sup> Výroční zpráva IKEM 2017. Dostupné z WWW: <<https://www.ikem.cz/cs/vyrocní-zprava-2017/a-3265/>>.

<sup>109</sup> Viklický, Ondřej, Janoušek, Libor, Froněk, Jiří, Verřlová, Alena. Párová výměna ledvin k transplantaci. Postgraduální nefrologie, 2012, roč. 10, č. 1, s. 15-16. [online] Dostupné také z WWW: <<https://www.postgradualnefrologie.cz/cislo-x-1/parova-vymena-ledvin-k-transplantaci-1/>>.

<sup>110</sup> Informace IKEM. [online] [cit. 2018-08-08] Dostupné z WWW: <<https://www.ikem.cz/cs/transplantcentrum/klinika-nefrologie/pro-lekare/program-transplantace-ledviny-od-zijiciho-darce/a-1421/>>.

minimálně dva pacienti, může jich však být i více, v takovém případě probíhá párování napříč mezi jednotlivými dvojicemi.

Tím však možnosti křížových výměn nejsou vyčerpány. Do tzv. řetězové transplantace se zapojuje až sedm dvojic dárce/příjemce, případně i jeden altruistický dárce ochotný věnovat svou ledvinu komukoliv. Jeho ledvina umožní řetězovou transplantaci mezi vzájemně inkompatibilními pacienty. Na konci procesu řetězové transplantace tedy v takovém případě jedna ledvina zbude.

Český program párových ledvin probíhající v IKEM je po Velké Británii, Nizozemí a Španělsku čtvrtým největším v Evropě. Od roku 2011 bylo provedeno již 64 transplantací řetězových nebo výměnou. Kupříkladu velmi sledovaná řetězová transplantace orgánů, vzešlá ze sdílení registračního systému IKEM s vídeňskou univerzitní nemocnicí, proběhla v roce 2017, která byla velmi specifická tím, že se jednalo o první mezinárodní výměnu tohoto druhu v Evropě. U dvou českých dvojic a jedné rakouské byl proveden odběr ve stejnou dobu, ledviny následně překonaly přes 330 km, samotná operace současně prováděná v Praze a Vídni trvala přes 20 hodin.<sup>111</sup>

### 6.2.1. Současné problémy párových výměn ledvin

Párové výměny ledvin s sebou nicméně nesou i mnohé těžkosti, z nichž mnohé nejsou doposud uspokojivě překonány. Z praktického hlediska je jím především stále nepropojený systém registračních seznamů párů vedené jednotlivými centry. Dalším z nich je nedostatečná úprava postupů v některých specifických případech. Je jím například následující situace:

Křížová výměna ledvin má být provedena mezi již spárovanými dvojicemi. Ledvina je již odebrána, nicméně z důvodů na straně zdravotního stavu příjemce (například náhlého srdečního infarktu) nemůže být transplantována. Alokační pravidla tak mlčí o tom, co se má s již odebranou ledvinou stát a jaké postavení bude mít příjemce, který na poslední chvíli nemohl orgán obdržet. Můžeme se zde přitom inspirovat například Velkou Británií, kde je v dané situaci odebraná ledvina zařazena do čekací listiny a příjemce, pokud přežije, má přednost při čekání na další ledviny k transplantaci.<sup>112</sup>

---

<sup>111</sup> Česko s Rakouskem jako první v Evropě provedlo u žijících dárců trojí výměnu ledvin. ČT24. [online] Dostupné z WWW: <<https://ct24.ceskatelevize.cz/domaci/2324458-cesko-s-rakouskem-jako-prvni-v-evrope-provedlo-u-zijicich-darcu-troji-vymenu-ledvin>>.

<sup>112</sup> British Transplantation Society. Guidelines for Living Donor Kidney Transplantation, Fourth Edition, March 2018. Dostupné z WWW: <[https://bts.org.uk/wp-content/uploads/2018/01/BTS\\_LDKT\\_UK\\_Guidelines\\_2018\\_Consultation\\_Draft.pdf](https://bts.org.uk/wp-content/uploads/2018/01/BTS_LDKT_UK_Guidelines_2018_Consultation_Draft.pdf)>.

Párové výměny skýtají také řadu eticky sporných otázek. Těmi se mimo jiné v současné době zabývá etická komise, která působí v daném transplantačním centru, a jejichž posouzení je vždy před křížovou transplantací vyžadováno. Je však třeba zamyslet se nad tím, zda s sebou daný medicínský vývoj časem neponese aspekty natolik komplikované, že bude potřeba přijmout komplexní právní úpravu a zakotvení v alokačním systému. Otazník visí například nad zásadou anonymity dárců, která je nyní zachována, a to především z důvodu udržení principu altruismu a dále také, aby bylo zabráněno možné komercializaci. Studie nicméně ukazují, že pacienti na obou stranách, tedy dárci i příjemci, jsou daleko méně náchylní k psychické frustraci z provedeného lékařského výkonu, pokud svého příjemce/dárce osobně poznají. V mnoha případech bylo dokonce zaznamenáno, že se mezi takto propojenými lidmi podařilo navázat mimořádně silná přátelství. Dárci seznámení s pacientem, kterému darování ledviny pomáhají zachránit život nebo zlepšit jeho kvalitu mají také menší tendenci svůj souhlas s transplantací neočekávaně odebrat.<sup>113</sup> Tím se dostáváme k dalšímu dilematu křížové výměny, kterým je projevení nesouhlasu původně souhlasícího dárce (a to především v situaci, kdy dalšímu příjemci z páru již byla ledvina transplantována), případně zatajení dárce určitých informací stěžejních pro výsledek transplantace. V obou případech může dojít k poškození příjemce, zaznívají tudíž otázky, zda by takový dárce neměl nést určitou formu odpovědnosti.<sup>114</sup>

---

<sup>113</sup> THIEL, G., P. VOGELBACH, L. GURKE, T. GASSER, K. LEHMANN, T. VOEGELE, A. KISS a G. KIRSTE. Crossover renal transplantation: hurdles to be cleared, *Transplantation Proceedings*, 2001, s. 816-817.

<sup>114</sup> CHTHOUA A, Paired Kidney Donation: Outcomes, Limitations, and Future Perspectives, *Transplantation Proceedings*, 2012, s. 1790 –1792.

## Závěr

V úvodu práce se věnuji celosvětově probíhajícímu etickému diskurzu, který provází problematiku transplantační medicíny. Je velice zajímavé sledovat, jak se v kontextu vývoje tohoto inovativního medicínského odvětví současně měnilo vnímání široké a odborné veřejnosti. Možnost nahradit nemocný orgán za nový pacientům v jistém smyslu dodala jakýsi pocit nesmrtelnosti a výrazně posunula pojetí práva na zdravotní péči. Transplantace se stala poměrně běžnou léčebnou metodou, kterou pacienti v případě selhání důležitého orgánu vyžadují. Lékařská péče zde nicméně naráží na problém výrazného nedostatku zdrojů a je třeba si uvědomit, že právo na ni není neomezené. Východiskem k řešení nedostatku cenných orgánů je *rationing* – nastavení systému kritérií přerozdělování tak, aby tato distribuce probíhala spravedlivě, tj. na základě rovnosti, potřeby a efektivity. Právě efektivita je stěžejním a zároveň problematickým aspektem, neboť často naráží na hranici morální únosnosti. Ačkoliv zakotvení politiky předpokládaného souhlasu s posmrtným odběrem je pouze jedním z faktorů ovlivňujících počet získaných orgánů, z výzkumů i logiky věci vyplývá, že je značně efektivnější než princip opačný, podle něhož je vyžadován výslovný souhlas. I přes obavy odpůrců, podle nichž dochází k přílišnému zásahu do sféry autonomie jedince, se domnívám, že pozitiva předpokládaného souhlasu v čele s příznivější dárcovskou bilancí převládají, proto je v zásadě správné, že se čeští zákonodárci vydali touto cestou. Přípustnost předpokládaného souhlasu, především s ohledem na zachování požadovaného stupně autonomie dárců, jde nicméně ruku v ruce s dostatečnou informovaností veřejnosti, která je v České republice stále nedostatečná. Co se týká dalšího posuzovaného etického aspektu, komercializace orgánů, přes některé poměrně silné argumenty zastánců zavedení regulovaného trhu se domnívám, že zde dochází k přílišné hrozbě porušování lidských práv. Obchodování s lidskými orgány nejenže nenachází oporu v obecném právním pojetí lidského těla a jeho součástí, je navíc v přímém rozporu se zákazem finančního prospěchu daným mezinárodním i vnitrostátním právem.

České transplantační právo, reprezentované především transplantačním zákonem, je poměrně moderní právní úpravou, která z velké části vychází ze zásad všeobecně uznávaných mezinárodním společenstvím. Klade důraz na autonomii jedince a svobodu rozhodování o vlastním těle, zároveň chrání právo na osobní a tělesnou integritu žijících i mrtvých dárců s důrazem na znevýhodněné osoby, například děti, pacienty s omezenou svéprávností nebo osoby, které z důvodu zdravotního stavu nejsou schopny udělit řádný informovaný souhlas. Za zdařilé obecně považuji i uchopení aspektů, které jsou důležité pro efektivní alokaci orgánů a řešení jejich nedostatku. Kromě již zmíněného ukotvení principu presumovaného souhlasu se zákonodárci

dobře vypořádali s aspektem osob blízkých dárce, kterým, na rozdíl od některých jiných evropských právních úprav zákon nesvěřil příliš velkou moc zasáhnout do rozhodnutí o odběru orgánu od zemřelého dárce. To se ukazuje jako velice pozitivní, neboť pozůstalí mají často tendenci pod vlivem smutku a emocí odběru orgánu bránit nehledě na přání zemřelého, což v důsledku znamená zbytečné ztráty potenciálních dárců. Velkým přínosem byla také novelizace transplantačního zákona, která odstranila nemožnost odběru orgánu od cizinců.

Na druhou stranu je možné spatřovat i některé poměrně vážné nedostatky české právní úpravy. Kromě již zmíněné nedostatečné informovanosti veřejnosti se domnívám, že velice slabým místem, kde dochází ke ztrátě množství potenciálně využitelných orgánů, je nedostatečná komunikace mezi jednotlivými subjekty, které jsou do procesu transplantace zapojeny. Problematická se jeví především často neplněná povinnost poskytovatelů zdravotních služeb hlásit možného dárce transplantačnímu centru. Motivující opatření, které zavedlo finanční odměnu za indikaci dárce, je krok správným směrem, není však dostačující. Je třeba se dále věnovat cílům vytyčeným Národním akčním plánem pro transplantace, stěžejním je především zavedení dárcovských konzultantů do nemocnic.

Samotná alokace orgánů mezi příjemce je pak v transplantačním zákoně upravena velice neurčitě. Právní úprava v tomto směru slouží jako pouhý základní rámec pro konkrétní klinická kritéria, která stanoví KST a schvaluje Ministerstvo zdravotnictví. K jejich posouzení jsem použila srovnání systému konkrétních klinických kritérií k alokaci ledviny se systémem kritérií Eurotransplantu. I s vědomím toho, že Eurotransplant je mezinárodní organizací mající k dispozici mnohonásobně větší dárcovský *pool*, vyšlo toto srovnání ve prospěch Eurotransplantu. Jeho bodový systém považuji za flexibilnější a schopnější reflektovat nuance mezi specifickými případy a pacienty. Za zmínku stojí například zohlednění starších příjemců nebo těch, kteří sami v minulosti orgán poskytli. Za nedostatek českého alokačního systému považuji mimo jiné například skutečnost, že pacienti podstupující dialýzu z důvodu selhání ledvin nejsou na *waiting list* zapsáni automaticky se začátkem léčby, ale až ke dni registrace, přičemž doba mezi těmito dvěma událostmi je často nepřiměřeně dlouhá. Rovněž by mělo být přehodnoceno setrvávání kritéria bilance obzvláště v tak silném postavení, jaké má nyní, neboť podle mého názoru příliš nekoresponduje s obecným požadavkem rovnosti příjemců a v konečném důsledku má za následek neefektivní využití orgánů.

V závěru práce se věnuji dvěma fascinujícím inovacím současné transplantační medicíny – transplantaci dělohy a párovým výměnám ledvin. Transplantace dělohy, v níž je Česká republika

jedním z průkopníků, již byla určitým způsobem zohledněna v právní úpravě. Zajímavé je, že zákonodárci připustili možnost této metody přesto, že dosud nebyla uznána za standardní metodu v klinické praxi. Zda se příslušné ustanovení transplantačního zákona použijí tak bude záviset na výsledcích právě probíhající studie. Další popisovaná metoda - párová výměna ledvin přispívá k efektivnímu využití orgánu v případě, že původně zamýšlenému dárci nemůže být transplantován. Aby mohl být její potenciál naplno využit, je třeba důsledně upravit některé situace, na něž v současné době zákon nemyslí. Především pak způsob, jakým se má postupovat, pokud až po odebrání ledviny vyjde najevo, že zamýšlenému dárci tato nemůže být transplantována.

Česká republika může již nyní se současnými výsledky dárcovské a transplantační bilance směle konkurovat mnoha dalším vyspělým evropským zemím, za což se jistě zasloužila mimo jiné stávající právní úprava. Tato diplomová práce se poukázáním na dané nedostatky snaží nabídnout podnět k zamyšlení se nad aspekty, které je možné zlepšit, aby mohl být plně využit potenciál české transplantační medicíny.

## **Seznam použité a citované literatury a dalších zdrojů**

### **Právní předpisy:**

Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky.

Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod.

Všeobecná deklarace lidských práv.

Ústava světové zdravotnické organizace OSN z roku 1945.

Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 96/2001 Sb.m.s. o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, č. 96/2001 Sb.m.s.

Dodatkový protokol k Úmluvě na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny o transplantacích orgánů a tkání lidského původu.

Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2010/45/EU ze dne 7. července 2010 o jakostních a bezpečnostních normách pro lidské orgány určené k transplantaci.

Zákon č. 285/2012 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon).

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník.

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.

Zákon č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim.

Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

Vyhláška ze dne 29. dubna 2013 o stanovení bližších podmínek posuzování zdravotní způsobilosti a rozsahu vyšetření žijícího nebo zemřelého dárce tkání nebo orgánů pro účely transplantací (vyhláška o zdravotní způsobilosti dárce tkání a orgánů pro účely transplantací).

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

### **Judikatura**

Usnesení Ústavního soudu ČR ze dne 10.7.1996, sp. zn. Pl. ÚS 35/95. [online]. [cit. 2018-06-03]. Dostupné z: <http://kraken.slv.cz/Pl.US35/95>

Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 24. 11. 2009 sp. zn. 33 Cdo 1621/2007. [online]. [cit. 2018-06-03]. Dostupné z: <http://kraken.slv.cz/33Cdo1621/2007>

### **Monografie**

CÍSAŘOVÁ, Dagmar a Olga SOVOVÁ. *Trestní právo a zdravotnictví*. 2., upr. a rozš. vyd. Praha: Orac, 2000. Studijní texty (Orac). 183 s. ISBN 80-86199-75-4.

HÁŠKOVCOVÁ, Helena. *Rub života – líc smrti*. Praha – Orbis, 1. vydání, 1975. 174 s.

KNAP, Karel. *Ochrana osobnosti podle občanského práva*. 4., podstatně přeprac. a dopl. vyd. Praha: Linde, 2004. 365 s. ISBN 80-7201-484-6.

MACH, Jan. *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy*. Praha: Orac, 2003. Digesta (Orac). 455 s. ISBN 80-86199-50-9.

MAAYTOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivity*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012. 164 s. ISBN 978-80-7357-912-8.

MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. 152 s. ISBN 80-247-1024-2.

ROUČEK, F, SEDLÁČEK, J a kol. *Komentář k československému obecnému zákoníku občanskému a občanské právo platné na Slovensku a v Podkarpatské Rusi. Svatek I. Díl druhý (§§ 285-530)*. Praha: Právnické knihkupectví a nakladatelství V. Linhart v Praze, 1935.

ŠUSTEK, Petr, HOLČAPEK, Tomáš. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016. 852 s. ISBN 978-80-7552-321-1.



SVOBODA, Petr, ONDŘEJEK Pavel a ŠUSTEK Petr. *Filozofické a právně teoretické aspekty lidských práv*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2013. 120 s. ISBN 978-80-87146-88-0.

TĚŠINOVÁ, Jolana, ŽĎÁREK, Roman, POLICAR, Radek. *Medicínské právo*. V Praze: C.H. Beck, 2011. Beckovy mezioborové učebnice. 414 s. ISBN 978-80-7400-050-8.

### **Odborné články**

ABADIE, A, GAY, S, The impact of presumed consent legislation on cadaveric organ donation: a cross country study. *NBER Working Paper*, No. 10604, July 2004.

CAPLAN, Arthur. Bioethics of Organ Transplantation. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, March 2014.

DOLEŽAL, Adam. *Transplantace orgánů – etické a právní aspekty*. Časopis zdravotnického práva a bioetiky, leden 2014, s. 30-43.

DUNPHY, J. E. The Story of Organ Transplantation. *Hastings Law Journal*, Vol. 21, s. 1969-1970.

FLETCHER, J. Our shameful waste of human tissue, Cutler DR (ed): *The Religious Situation*. Boston: Beacon Press, 1969, s. 223-252.

KISHORE, R. R. Human organs, scarcities, and sale: morality revisited. *Journal of Medical Ethics*, 2005, str. 362-365.

MARINO, IR, CIROLLO, C, CATTOI, A. Market of organs is unethical under any circumstances. *British Medical Journal*, 2002, s. 114-115, 325:114.

PAUL, N W, CAPLAN, A, SHAPIRO M E, ELS, C, ALLISON, K, LI, H. Human rights violations in organ procurement practice in China, *BMC Medical Ethics*, 2017, 18:11.

RITHALIA, A, MCDAID, A, SUEKARRAN, S, MEYRS, L, SOWDEN, A, Impact of presumed consent for organ donation on donation rates: a systematic review. *British Medical Journal*, 2009, 338:a3162.

SCHEPER-HUGHES, N. The tyranny of the gift: sacrificial violence in living donor transplants *American Journal of Transplantation*, March 2007, 7(3):507-11.

SHELDON, Tony. Dutch to start presumed consent for organ donation in 2020. *British Medical Journal*, 2018;360:k768.

UNDINE, Samuel. Regulatory Aspects of VCA in Eurotransplant. *Transplant International* 2016; 29: 686-693.

WIGMORE SJ, LUMSDAINE JA, FORSYTHE JLR. Defending the indefensible. *British Medical Journal*, 2002.

### **Internetové zdroje**

CHMEL, Roman, NOVÁČKOVÁ, Marta, PASTOR, Zlatko, MATĚCHA, Jan, ČEKAL, Miloš, FRONĚK, Jiří. Možnosti transplantace dělohy v České republice: indikace, výzkum a klinické zkušenosti. *Časopis lékařů českých*, 2017. [online]. [cit. 2018-06-08] Dostupné z WWW: <<https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2017-1/moznosti-transplantace-delohy-v-ceske-republice-indikace-vyzkum-a-klinicke-zkusenosti-60425>>.

JEDLIČKOVÁ, Alena, Mezinárodní spolupráce, problematika odběru od zemřelých cizinců v České republice a nová směrnice o jakostních a bezpečnostních normách pro lidské orgány určené k transplantaci, *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. [online]. [cit. 2018-06-03] 2011, roč. I, č. 3. Dostupné z: <http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/15>.

KLUSÁKOVÁ, Petra. Kolik orgánů ohlásíš, tolikrát jsi dárcovským konzultantem. In: *Mladá fronta Zdravotnické noviny* [online]. [cit. 2018-12-08] 2011 Dostupné z: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/blood\\_tissues\\_organs/docs/art\\_czech\\_republic.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/blood_tissues_organs/docs/art_czech_republic.pdf).

KLUSÁKOVÁ, Petra. Legislativní chyba stojí lidské životy, nyní ji napraví novela. In: *Mladá fronta Zdravotnické noviny ZDN*. 2012 ročník: XIV., číslo 4. [online]. [cit. 2018-12-08] 2011.

Dostupné z WWW: <<https://zdravi.euro.cz/denni-zpravy/z-domova/legislativni-chyba-stoji-lidske-zivoty-nyni-ji-napravi-novela-463535>>.

POKORNÁ, Eva. Zařazování pacientů do čekací listiny na transplantaci ledvin: Čekací listina a principy alokace ledvin v ČR. [online]. [cit. 2018-07-09] 2011. Dostupné z: <http://docplayer.cz/1948636-Cekacilistina-a-principy-alkace-ledvin-v-cr.html>.

RAJLICOVÁ, Eva. Česko patří k nejpočetnějším dárcům orgánů. Ze zákona je po smrti dárcovství automatické. Praha, 18. 3. 2018. [online]. [cit. 2018-08-11] Dostupné z: [https://www.irozhlas.cz/zivotni-styl/zdravi/darcovstvi-organu-v-cechach-je-ze-zakona-automaticke-lekari-vsak-respektuji\\_1803180630\\_tak](https://www.irozhlas.cz/zivotni-styl/zdravi/darcovstvi-organu-v-cechach-je-ze-zakona-automaticke-lekari-vsak-respektuji_1803180630_tak)

ŠTREJBAROVÁ, Olga. V Česku chybí dárci orgánů, často za to může nesouhlas rodiny zemřelého. iRozhlas.cz, 7. března 2014. [cit. online] [cit. 2018-12-08] dostupné z: <https://www.irozhlas.cz/node/5916991>.

Center for Bioethics. Ethics of Organ Transplantation. February 2004. [online]. [cit. 2018-06-07] Dostupné z: [https://www.ahc.umn.edu/img/assets/26104/Organ\\_Transplantation.pdf](https://www.ahc.umn.edu/img/assets/26104/Organ_Transplantation.pdf).

European Commission. TNS Opinion and Social. Organ donation and transplantation. Special eurobarometer 333a/Wave 72.3. Brussels: The European Commission. [online]. [cit. 2018-18-07] Dostupné z: [http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs\\_333a\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_333a_en.pdf).

Průzkum společnosti Factum Invenio. [online]. [cit. 2018-06-08] Dostupné z: <http://www.transplantace.eu/Tisk/pruzkum.pdf>.

Rozhovor s Ethanem Gutmannem. DVTV, Aktuálně.cz. [online]. [cit. 2018-06-24] Dostupné z: <https://video.aktualne.cz/dvtv/obchod-s-organy-v-cine-podoba-se-to-holokaustu-nedokazal-by/r~cc67c614761d11e8aa580cc47ab5f122/?redirected=1534796218>

Preambule Istanbulské deklarace o nezákonném obchodu s orgány a transplantační turistice. [online]. [cit. 2018-04-02] Dostupné z: [http://www.declarationofistanbul.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=80&Itemid=84](http://www.declarationofistanbul.org/index.php?option=com_content&view=article&id=80&Itemid=84).

Rezoluce Světového zdravotnického zařízení 63.22 ze dne 21. května 2010, Vůdčí principy Světové zdravotnické organizace pro oblast transplantace lidských buněk, tkání a orgánů (Resolution of World Health Assembly of 21 May 2010, Guiding Principles on Human Cells, Tissues and Organs Transplantation). [online]. [cit. 2018-06-03] Dostupné z: [http://www.who.int/transplantation/Guiding\\_PrinciplesTransplantation\\_WHA63.22en.pdf](http://www.who.int/transplantation/Guiding_PrinciplesTransplantation_WHA63.22en.pdf)

Důvodová zpráva k návrhu zákona, kterým se mění č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon), dostupná z: <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=6&CT=825&CT1=0>

Důvodová zpráva k zákonu č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, Zvláštní část, K § 489-493. Dostupná na: <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=7&CT=920&CT1=0#prilohy>.

Důvodová zpráva k návrhu transplantačního zákona, tisk 1053, dostupná na: <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=3&CT=1053&CT1=0>.

Vysvětlující zpráva k Dodatkovému protokolu k Úmluvě na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny o transplantaci a tkání lidského původu, dostupné z: <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/186>

Informace Koordinačního střediska transplantací. [online]. [cit. 2018-06-08] Dostupné z: <http://www.kst.cz/o-nas/spoluprace-se-zahranicim/foedus/>.

Informace IKEM. [online]. [cit. 2018-06-03] Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/darcovstvi-organu/transplantacni-centra-v-cr/a-3124/>.

Postup při hlášení potenciálního dárce orgánů vydané CKTCH Brno. [online]. [cit. 2018-06-08] Dostupné z: <http://www.cktch.cz/transplantacni-koordinatory/t2147>.

Transplantologii podpoří systém úhrad. Tisková zpráva Ministerstva zdravotnictví České republiky ze dne 10. září 2015. [online]. [cit. 2018-07-12] Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/dokumenty/transplantologii-podpori-system-uhrad\\_10758\\_3237\\_1.html](https://www.mzcr.cz/dokumenty/transplantologii-podpori-system-uhrad_10758_3237_1.html).

Národní akční plán pro darování orgánů a transplantace pro léta 2010-2016. Dostupné z: <https://www.kst.cz/wp-content/uploads/2014/11/Narodni-Akcni-plan-pro-transplantace.pdf>.

ČTK. Středisko zaznamenalo v mezinárodní výměně orgánů rekordy. 29. ledna 2016. [online]. [cit. 2018-06-03] Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/denni-zpravy/z-domova/stredisko-zaznamenalo-v-mezinarodni-vymene-organu-loni-rekordy-481136>.

HLA antigeny (HLA systém). [online]. [cit. 2018-07-07] Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/lexikon-pojem/hla-antigeny-hla-system>

Informace Eurotransplantu. [online]. [cit. 2018-07-07] Dostupné z: [https://www.eurotransplant.org/cms/index.php?page=allocation\\_process](https://www.eurotransplant.org/cms/index.php?page=allocation_process).

Informace IKEM. [online]. [cit. 2018-07-07] Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/transplantcentrum/klinika-transplantacni-chirurgie/co-u-nas-lecime/transplantace/transplantace-streva-a-multivisceralni/a-2472/>

Manuál Eurotransplantu, 5. kapitola: ledvina (ETKAS and ESP) [Eurotransplant Manual, Chapter 5: Kidney (ETKAS and ESP)]. [online]. [cit. 2018-07-07] Dostupné z: [https://www.eurotransplant.org/cms/index.php?page=et\\_manual](https://www.eurotransplant.org/cms/index.php?page=et_manual).

Informace IKEM. [online]. [cit. 2018-08-07] Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/darcovstvi-organu/zivot-sup-2-sup/statistika-ikem/a-3129/>

V Česku vloni transplantovali 837 orgánů, 502 z nich IKEM. Medical News. [online]. [cit. 2018-07-13] Dostupné z: <https://www.medicalnews.cz/cesku-vloni-lekari-transplantovali-837-organu-502-nich-ikem/>.

Informace IKEM. [online]. [cit. 2018-08-08] Dostupné z WWW: <https://www.ikem.cz/cs/transplantcentrum/klinika-transplantacni-chirurgie/o-nas/programy/transplantace-delohy/a-2460/>.

Informace IKEM. [online]. [cit. 2018-08-08] Dostupné z WWW: <https://www.ikem.cz/cs/transplantcentrum/klinika-nefrologie/pro-lekare/program-transplantace-ledviny-od-zijiciho-darce/a-1421/>.

### **Ostatní zdroje:**

Osobní konzultace s Doc. MUDr. Jiří Froňkem, Ph.D. FRCS, přednostou Kliniky transplantační chirurgie IKEM.

Osobní konzultace s JUDr. Přemyslem Frýdou, zástupcem ředitele KST.

Osobní konzultace s Lucií Baudišovou, DiS., koordinátorkou KST.

## **Abstrakt**

Diplomová práce se zabývá konceptem distributivní spravedlnosti v kontextu zdravotnictví, který posuzuje z pohledu transplantační medicíny. Obor transplantologie se celosvětově potýká s problémem nedostatku zdrojů, na rozdíl od ostatních medicínských odvětví se zde nejedná o finanční zdroje, nýbrž o životně důležité orgány. Ty je třeba ospravedlnitelným způsobem rozdělit mezi mnohonásobně větší počet pacientů na čekacích listinách. Práce si klade za cíl představit různé přístupy k takovéto alokaci a posoudit je z hlediska práva a etiky. V první části práce je představen pojem distributivní spravedlnosti s důrazem na právo na zdravotní péči. Dále je již pozornost zaměřena na transplantační problematiku, přičemž je stručně popsána historie transplantačních aktivit a vývoj celospolečenského vnímání této metody. Etickému diskurzu a provázejícím sporným otázkám, především pak těm, které mají velký potenciál ovlivnit obecný nedostatek orgánů, je pak věnována další část práce. V následujících kapitolách je podrobněji popsána současná právní úprava transplantací, a to jak na mezinárodní, evropské a vnitrostátní úrovni. Ta tvoří právní rámec pro nastavení systému alokačních kritérií, na jejichž základě distribuce orgánů v praxi probíhá. Pro jejich posouzení je provedeno srovnání systému kritérií pro alokace ledviny v České republice se systémem Eurotransplantu. V závěru se práce věnuje dvěma příkladům vývoje transplantační medicíny – transplantaci dělohy a křížové výměně ledvin. Především druhá zmíněná metoda může mít při správném právním zakotvení na zvýšení počtu dostupných orgánů významný vliv.

## **Abstract**

The thesis deals with the concept of distributive justice in the context of health care, whereas the main point of view is transplantation medicine. The field of transplantology has been globally struggling with the lack of resources, but unlike other medical sectors, the deficiency is not in financial resources, but life saving organs. The vital organs need to be distributed in a justifiable way among patients registered on waiting lists. The paper aims to explore different approaches to such allocation and to assess them from the legal and ethical perspective. The first part of the thesis introduces the concept of distributive justice with an emphasis on the right to health care. Further focus is on transplantation, with a brief description of the history of transplantation activities and the development of the whole society's perception of this method. Another part of the paper is devoted to the ethical discussion and associated controversial issues, especially to those that may potentially influence the general lack of organs. The next chapters describe current legislation on transplantation at international, European and national level, as a legal framework for the system of allocation criteria, on basis of which the distribution of organs takes place in practice. For their assessment, criteria systems for kidney allocation in the Czech Republic and Eurotransplant have been compared. In the final part, the thesis explores two examples of the transplantation medicine development - uterine transplantation and kidney paired donation. Especially the second method may have a significant impact in increasing the number of available organs if properly legally set up.

## **Název práce a klíčová slova**

### **Název práce v českém jazyce**

Distributivní spravedlnost v kontextu transplantační medicíny

### **Název práce v anglickém jazyce**

Distributive justice in the context of transplantation medicine

### **Klíčová slova**

Transplantace, zdravotnické právo, alokace, distributivní spravedlnost

### **Key words**

Transplantation, medical law, allocation, distributive justice