

UNIVERZITA KARLOVA

Právnická fakulta

Martina Pilařová

**Trestněprávní aspekty dříve vyslovených přání a
pokynů Do Not Resuscitate**

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce: doc. JUDr. Olga Sovová, Ph.D.

Katedra trestního práva

Centrum zdravotnického práva

Datum vypracování práce (uzavření rukopisu): 1. 5. 2018

Prohlašuji, že předloženou diplomovou práci jsem vypracoval/a samostatně a že všechny použité zdroje byly řádně uvedeny. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Dále prohlašuji, že vlastní text této práce včetně poznámek pod čarou má 177 531 znaků včetně mezer.

.....

Martina Pilařová

V Praze dne 1. května 2018

Ráda bych poděkovala JUDr. Olze Sovové, PhD., vedoucí mé diplomové práce za její vstřícnost, ochotu a cenné připomínky při zpracování. Zároveň děkuji za poskytnuté lékařské rady, praktické zkušenosti a veškerou podporu mé rodině a mým nejbližším.

Obsah

Úvod	6
1. Teoretická východiska trestní odpovědnosti při poskytování zdravotní péče	9
1.1. Zásada subsidiarity trestní represe ve zdravotnictví	9
1.2. Předpoklady vzniku trestní odpovědnosti ve zdravotnictví	12
1.2.1. Pojmové znaky trestného činu.....	13
1.3. Skutková podstata trestného činu.....	14
1.3.1. Objektivní stránka trestného činu.....	14
1.3.2. Objekt a subjekt trestného činu	17
1.3.3. Subjektivní stránka trestného činu	18
1.4. Okolnosti vylučující protiprávnost	21
1.4.1. Krajiná nouze – čl. 50, odst. 1 ZZS.....	21
1.4.2. Svolení poškozeného.....	22
1.4.3. Přípustné riziko	23
1.5. Vybrané trestné činy, ke kterým může dojít při poskytování zdravotní péče	24
1.5.1. Trestné činy proti životu	24
1.5.2. Trestné činy proti zdraví	28
1.5.3. Trestné činy ohrožující život a zdraví	29
1.5.4. Další trestné činy připadající v úvahu v rámci poskytování zdravotní péče.....	31
1.6. Problematika euthanasie	31
1.6.1. Návrh zákona o důstojné smrti.....	35
2. Trestní odpovědnost právnických osob.....	37
2.1. Teoretická východiska trestní odpovědnosti právnických osob.....	38
2.2. Předpoklady vzniku trestní odpovědnosti.....	38
2.3. Trestné činy poskytovatelů zdravotnických služeb.....	41
3. Teoretická východiska informovaného souhlasu pacienta.....	42
3.1. Informovaný souhlas.....	43
3.2. Odvolání souhlasu a negativní revers.....	45
4. Dříve vyslovená přání.....	47
4.1. Koncepce a vývoj dříve vyslovených přání.....	47

4.2.	Aktuální úprava v českém právním řádu	47
4.3.	Typy dříve vyslovených přání obecně	48
4.3.1.	Living will.....	48
4.3.2.	Sustitute decision making.....	49
4.3.3.	Values history.....	50
4.4.	Formální náležitosti dříve vyslovených přání.....	50
4.5.	Podmínky uplatnění dříve vyslovených přání	52
4.5.1.	Případy, kdy nelze dříve vyslovená přání respektovat	52
4.6.	Zástupný souhlas a předběžné prohlášení v českém právním řádu	54
4.6.1.	Zástupný souhlas třetí osoby	54
4.6.2.	Předběžné prohlášení.....	55
4.7.	Problematická místa a nejistota ohledně dříve vyslovených přání.....	56
4.7.1.	Problém tzv. prospektivní autonomie a nejistoty budoucnosti	57
4.7.2.	Přístup lékaře k dříve vysloveným přáním.....	57
4.7.3.	Problém zplnomocněného zástupce	59
4.8.	Právní následky ne / respektování dříve vyslovených přání	59
5.	<i>Pokyny Do Not Resuscitate neboli DNR</i>	60
5.1.	Metodické pokyny odborných společností	62
6.	<i>Odpojení od přístrojů a ukončení život udržující léčby</i>	63
6.1.	Odpojení od přístrojů v českém právním prostředí.....	66
6.2.	Odpojení od přístrojů v zahraniční judikatuře	67
6.2.1.	Angloamerické právní systémy	67
6.2.2.	Kontinentální právní systémy	69
6.2.2.2.1.	Soudní rozhodnutí.....	70
6.2.2.2.2.	Zákonná úprava.....	73
7.	<i>Dříve vyslovená přání ve francouzském právním řádu.....</i>	74
7.1.	Dříve vyslovená přání	75
7.2.	Rozhodnutí na konci života	77
	<i>Závěr.....</i>	82
	<i>Použité prameny a literatura.....</i>	84
	<i>Seznam zkratek:.....</i>	92

Úvod

Zdravotnické právo je souhrn právních norem upravujících poskytování zdravotní péče. Nejedná se o klasické samostatné právní odvětví, ale o právní oblast poměrně moderní, ve které se prolínají normy různých právních oborů. Právní úprava poskytování zdravotní péče je interdisciplinární právní obor, který je tvořen zejména normami veřejnoprávního charakteru (právo ústavní, správní i trestní), ale i normami soukromého práva. Zákon č. 89/2012 Sb. občanský zákoník (dále jen „**Občanský zákoník**“) potvrdil soukromoprávní charakter vztahu mezi lékařem a pacientem tak, že upravil jeho smluvní základ v ustanoveních o smlouvě o péči o zdraví.¹

Základním pramenem práva, ze kterého zdravotnické právo vychází, jsou normy ústavního práva. Právo na život, právo na zdraví, zdravotní péči, právo na osobní nedotknutelnost a lidskou důstojnost patří mezi základní lidská práva. Jsou garantována Listinou základních práv a svobod² i mezinárodními úmluvami, jako Všeobecná deklarace lidských práv, Evropská úmluva o ochraně lidských práv a svobod a další. Jedná se o práva, která jsou nejvíce dotčena při poskytování lékařské péče a rozhodování o ní.³ Další mezinárodní smlouvou, která podrobně rozvádí jednotlivá práva a povinnosti související s poskytováním zdravotních služeb je Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (dále jen „**Úmluva o biomedicíně**“) která byla přijata Radou Evropy v roce 1997 a ratifikována Českou republikou v roce 2001, kdy také nabyla účinnosti.

Tato základní lidská práva jsou dále chráněna normami práva trestního, správního, občanského i stavovskými předpisy.

V této práci se nadále budu zabývat převážně trestněprávními aspekty poskytování zdravotní péče, konkrétně pak dříve vyslovených přání a dalšího rozhodování na konci života pacienta. Pro komplexní pochopení příslušných institutů je ale potřeba výkladu

¹ ŠUSTEK, Petr a HOLČAPEK, Tomáš. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016, s. 3.

² Listina základních práv a svobod, vyhlášená usnesením předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb., čl. 6: právo na život, čl. 7: právo na nedotknutelnost osoby, čl. 9: právo na zachování lidské důstojnosti a čl. 31: právo na ochranu zdraví.

³ KREJČÍKOVÁ, Helena. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*. Praha: Galén, 2014. *Theatrum medico-iuridicum*, s. 15.

norem nejen práva trestního, ale i občanského a správního, přičemž trestní právo by mělo nastoupit až jako nejzazší prostředek ochrany. Důležitým vodítkem jsou také doporučení odborných lékařských společností, dokumenty mezinárodních organizací a srovnávání se zahraniční právní úpravou a judikaturou.

V první kapitole se budu zabývat obecně trestní odpovědností při poskytování zdravotní péče. Poskytování zdravotní péče je činností společensky nesmírně významnou a prospěšnou, ale zároveň jde o činnost, která s sebou přináší v každém okamžiku riziko porušení těch nejdůležitějších základních lidských práv. Proto musí být činnost lékařů a dalších zdravotnických pracovníků podrobena právní regulaci, a to jak přístup k profesi, tak i samotný výkon činnosti. Medicína je vědou velmi komplikovanou a v současné době si stále neumí poradit se všemi zdravotními problémy, které se vyskytují. Lékaři nejsou v žádném případě vázáni odpovědností za výsledek. Budu se zabývat jednotlivými podmínkami vzniku trestní odpovědnosti a zejména zdůrazněním zásady subsidiarity trestní represe a použití prostředků trestního práva jako poslední instance. Dále se budu věnovat jednotlivým trestným činům, ke kterým může ve zdravotnictví dojít. Stručně shrnu i úpravu ukončení života na žádost neboli euthanasie a její úpravu v českých podmínkách.

Ve druhé kapitole přiblížím trestní odpovědnost právnických osob, ve zdravotnictví zpravidla poskytovatelů zdravotnických služeb. S ohledem na změny zákona č. 418/2011 Sb. o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim a rozšíření potencionálních trestných činů, kterých se právnické osoby mohou dopustit, nabývá trestní odpovědnost těchto subjektů na významu i ve zdravotnictví.

Ve třetí kapitole se budu zabývat právem na informovaný souhlas, které je základním předpokladem poskytování zdravotních služeb. Formou informovaného souhlasu je poměrně nový právní institut dříve vyslovená přání, kterému se budu podrobně věnovat v dalších kapitolách. Jelikož se jedná v českém právu o novinku, existuje stále mnoho nevyjasněných otázek. Budu se tak snažit o jejich identifikaci a nastínění možného řešení v českých právních podmínkách.

V páté a šesté kapitole se zaměřím na jednotlivé druhy dříve vyslovených přání, a to pokyny neresuscitovat neboli Do Not Resuscitate a žádost o ukončení přístrojové podpory vitálních funkcí. Mimoto se zaměřím i na situace, kdy tyto postupy připadají v úvahu, i když žádné přání projeveno nebylo. S ohledem na nedostatek právní úpravy,

judikatury ani jednoznačné doktríny v českém právní prostředí se pokusím nastínit možná právní řešení srovnáním s vybranými zahraničními právními řády. Nejdříve zmíním angloamerickou judikaturu, která stála na počátku vzniku institutu dříve vyslovených přání a dále se budu zabývat prostředím kontinentální Evropy, zejména Spolkové republiky Německo.

Na to navážu i v poslední sedmé kapitole, kde budu analyzovat právní úpravu dříve vyslovených přání a rozhodování na konci života ve Francii, která v posledním desetiletí zaznamenala mnohé změny v právní úpravě zdravotnického práva, včetně dříve vyslovených přání.

1. Teoretická východiska trestní odpovědnosti při poskytování zdravotní péče

Účelem trestního práva je obecně ochrana nejdůležitějších právních statků před trestnými činy, přičemž lidský život, zdraví a lidská důstojnost jsou nepochybně jedny z nejdůležitějších. Trestní právo má několik základních funkcí ve společnosti.⁴ Těmito funkcemi je ochrana společnosti před trestnými činy, tedy funkce ochranná, dále funkce preventivní, a to jak individuální vůči konkrétnímu pachateli (např. zákaz činnosti zamezující zdravotníkovi páčání další trestné činnosti), tak generální vůči všem potencionálním pachatelům. Ve zdravotnictví tato funkce dle mého názoru nepatří k těm nejdůležitějším, protože zdravotničtí pracovníci mají v drtivé většině případů zájem na tom, aby pacientovi pomohli, aby se léčba zdařila, a proto je také naprostá většina spáchaných trestných činů nedbalostních. Přesto může trestní právo sloužit v omezeném počtu případů jako odstrašující hrozba před postupem non lege artis. Další funkcí trestního práva je funkce represivní, která se zaměřuje na pachatele trestného činu, na jeho potrestání a převýchovu a jako poslední funkce regulativní pro vymezení trestní odpovědnosti, ukládání trestů atd.

1.1. Zásada subsidiarity trestní represe ve zdravotnictví

Není sporu o tom, že lidský život a zdraví si zaslouží tu nejvyšší ochranu. Lékařská činnost je činností nesmírně náročnou a nikdy není zcela bez rizika. I když nedojde k žádnému pochybení, zákrok se přesto nemusí podařit. Ne nadarmo byla lékařská věda nazývána lékařským uměním, protože jde o činnost velmi obtížnou, komplikovanou a vyřešení mnoha zdravotních komplikací nadále zůstává nad lidské síly a možnosti současné lékařské vědy. Lékaři a další zdravotničtí pracovníci pracují často pod velikým tlakem ze strany pacientů a jejich rodin, i ze strany nemocnice a společnosti a dojde-li k porušení zájmu chráněného trestním právem, stane se tak většinou z nedbalosti, zejména té nevědomé. Proto by trestní právo mělo jako ochrana společnosti nastupovat až jako poslední možnost, pokud ostatní právní prostředky selžou. Náhrada nemajetkové újmy v penězích a pracovněprávní či disciplinární odpovědnost poslouží ve většině případů odčinění újmy lépe.

⁴ JELÍNEK, J. a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část.* 5. vyd. Praha: Leges, 2016, s. 24.

Tato zásada bývá označována jako zásada subsidiarity trestní represe nebo nejzazšího prostředku ochrany neboli „ultima ratio“. Je obsažena v § 12, odst. 2 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník (dále jen „**Trestní zákoník nebo tr. z.**“), který říká: „*Trestní odpovědnost pachatele a trestněprávní důsledky s ní spojené lze uplatňovat jen v případech společensky škodlivých, ve kterých nepostačuje uplatnění odpovědnosti podle jiného právního předpisu.*“ Zásada subsidiarity trestní represe je materiálním korektivem formálního pojetí trestného činu, na kterém stojí platný trestní zákoník a je vodítkem při aplikaci trestněprávních předpisů orgány činnými v trestním řízení i pro zákonodárnou činnost. Orgány činné v trestním řízení by měly brát ohled na výše zmíněnou zásadu a stíhat pouze jednání, jejichž společenská škodlivost dosáhne určité výše a nepostačuje uplatnění odpovědnosti podle jiného právního předpisu. Jako kritéria společenské škodlivosti se použijí hlediska povahy a závažnosti trestného činu pro ukládání trestů demonstrativně vypočtené v § 39, odst. 2 tr. zák., a to „zejména význam chráněného zájmu, který byl činem dotčen, způsob provedení činu a jeho následky, okolnosti, za kterých byl čin spáchán, osoba pachatele, míra jeho zavinění a jeho pohnutka, záměr nebo cíl.“⁵

Zásada subsidiarity trestní represe byla potvrzena i v řadě rozhodnutí soudů. Jako příklad uvádím náleze ze dne 23. 3. 2004, kde se Ústavní soud vyjádřil: „*Trestní právo a trestněprávní kvalifikaci určitého jednání, které má soukromoprávní základ, jako trestného činu je třeba považovat za ultima ratio, tedy za krajní právní prostředek, který má význam především celospolečenský, tj. z hlediska ochrany základních společenských hodnot. V zásadě však nemůže sloužit jako prostředek nahrazující ochranu práv a právních zájmů jednotlivce v oblasti soukromoprávních vztahů, kde závisí především na individuální aktivitě jednotlivce, aby střežil svá práva, jimž má soudní moc poskytovat ochranu. Je však nepřijatelné, aby tuto ochranu aktivně přebíraly orgány činné v trestním řízení, jejichž úkolem je ochrana převážně celospolečenských hodnot, nikoliv přímo konkrétních subjektivních práv jednotlivce, jež svou povahou spočívají v soukromoprávní sféře. Ústavní soud k tomu dodává, že je v právním státě nepřipustné, aby prostředky trestní represe sloužily k uspokojování subjektivních práv soukromoprávní povahy, nejsou-li vedle toho splněny všechny předpoklady vzniku trestněprávní odpovědnosti, resp. nejsou-li tyto*

⁵ JELÍNEK, J. a kol. 2016, op. cit. s. 134 nebo také Úřad vlády: Důvodová zpráva k zákonu č. 40/2009 Sb. trestní zákoník, č. 40/2009 Dz.

předpoklady zcela nezpochybnitelně zjištěny.“⁶ V případech, kdy lze ochranu soukromému zájmu poskytnout prostřednictvím předpisů občanskoprávních nebo správních, musí orgány činné v trestním řízení zvažovat, zda je taková náprava dostačující. V tom případě je primární snahou dosáhnout mimosoudního vyrovnání občanskoprávními prostředky, případně pak před civilními soudy.⁷ Zásada subsidiarity trestní represe je velmi důležitá, zejména s ohledem na častou praxi v českém právním prostředí, kdy poškozený podává automaticky na lékaře trestní oznámení. Tento postup se jeví jako výhodnější z důvodu absence důkazní povinnosti na rozdíl od občanskoprávního procesu a dále také absence povinnosti platit soudní poplatek a náklady řízení.⁸ Tento trend považuji za velmi negativní a s ohledem na něj je třeba ještě přísněji trvat na důsledném dodržování zásady použití trestního práva jako poslední instance.

Avšak tato zásada neznamená, že se trestněprávní odpovědnost neuplatní nikdy, jestliže lze uložit sankci i jinými než trestněprávními prostředky. Je možné uplatnit zároveň odpovědnost občanskoprávní i trestní, zejména v případě, kdy je k náhradě újmy povinen poskytovatel zdravotních služeb, ale vzhledem k povaze trestného činu se tato odpovědnost nejeví jako dostačující. Nejvyšší soud se zabýval případem podvodného předepisování anabolik pacientům a v usnesení ze dne 27. 11. 2013 se vyjádřil následovně: *„Byl-li spáchán trestný čin, jehož skutková podstata byla beze zbytku ve všech znacích naplněna, nemůže stát rezignovat na svou roli při ochraně oprávněných zájmů fyzických a právnických osob s poukazem na primární existenci institutů občanského, obchodního práva či jiných právních odvětví, jimiž lze zajistit náhradu škody, která byla trestným činem způsobena. Akcentace principu ultima ratio nemůže zcela znemožnit aplikaci základního principu – účelu trestního řízení – tak, jak je vymezen v ustanovení § 1, odst. 1 tr. ř.“*⁹

Vedle zásady subsidiarity trestní represe, která je materiálním korektivem formálního pojetí trestného činu, existuje ještě korektiv procesněprávní, zásada oportunité

⁶ Nález Ústavního soudu ze dne 23. 3. 2004, sp. zn. I. ÚS 4/04.

⁷ CIBULKA, Karel. O některých otázkách trestního postihu ve zdravotnictví. *Trestněprávní revue*. 2010, č. 3, s. 69.

⁸ KREJČÍKOVÁ, Helena. 2014, op. cit. s.130.

⁹ HAVLÍČKOVÁ Blanka. *Kompendium judikatury ZDR II. Trestní odpovědnost ve zdravotnictví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s., 2016, s. 33: Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 27. 11. 2013, sp. zn. 7 Tdo 1007/2013.

obsažená v § 172, odst. 2 písm. c) trestního řádu.¹⁰ Zásada oportunity znamená, že státní zástupce může zastavit trestní stíhání z důvodu neúčelnosti. Z téhož důvodu může i věc odložit před zahájením trestního stíhání podle § 159a, odst. 4 trestního řádu. Primárně by se však mělo postupovat s ohledem na materiální korektiv a v případech, které zjevně této společenské škodlivosti nedosahují, trestní stíhání vůbec nezahajovat. Jak se vyjádřil Ústavní soud: „Každé trestní stíhání představuje omezení souhrnu osobnostních práv. V takových případech je třeba příslušné omezení osobnostních práv podrobit testu proporcionality, tedy zkoumání, zda omezení základního práva (zde práva na zachování lidské důstojnosti, osobní cti, dobré pověsti a práva na soukromí) je ještě přiměřené shora vymezenému veřejnému zájmu.“¹¹ Trestní stíhání představuje vždy újmu, i když by bylo později zastaveno. Zdravotníci, kteří čelili neoprávněnému trestnímu stíhání, si s sebou doživotně nesou společenské stigma a jen těžko se budou nadále uplatňovat ve své profesi. Přednost uplatňování materiálního korektivu před procesní zásadou oportunity vyjádřil i Nejvyšší soud ve svém stanovisku ze dne 30. 1. 2013. „Bezrestnost pachatele plynoucí z uplatnění zásady subsidiarity trestní represe z hlediska viny ve smyslu § 12 odst. 2 tr. zákoníku má přednost před procesním řešením případu (trestného činu) ve smyslu § 172 odst. 2 písm. c) tr. ř.“¹²

1.2. Předpoklady vzniku trestní odpovědnosti ve zdravotnictví

Základem trestní odpovědnosti je spáchání trestného činu, který je definován v trestním zákoníku v § 13, odst. 1 jako „protiprávní čin, který trestní zákon označuje za trestný a který vykazuje znaky uvedené v takovém zákoně.“ Vyplývají z toho dvě podmínky, a to protiprávnost a naplnění znaků uvedených v trestním zákoně. Toto vymezení je označováno jako formální pojetí trestného činu. Na rozdíl od předchozího trestního zákoníku, který stavěl na materiálním pojetí trestného činu a který jej definoval jako „pro společnost nebezpečný čin, jehož znaky jsou uvedeny v tomto zákoně.“¹³ Od nového pojetí trestného činu si zákonodárce sliboval zvýšení jednotnosti při výkladu a aplikaci zákona,

¹⁰ JELÍNEK, J. a kol. 2016, op. cit. s. 133.

¹¹ Nález Ústavního soudu ze dne 11. 10. 2006, sp. zn. IV. ÚS 428/05.

¹² Stanovisko trestního kolegia Nejvyššího soudu ze dne 30. 1. 2013, sp. zn. Tpjn 301/2012.

¹³ Srov. § 3, odst. 1 zákona č. 140/1960 Sb. trestní zákon.

posílení rovnosti všech před zákonem, a proto upustil od vágnější podmínky společenské nebezpečnosti.¹⁴ Jak bylo uvedeno výše, formální pojetí je omezeno materiálním korektivem subsidiarity trestní represe a zásadou oportunity. Vzhledem ke skutečnosti, že společenská nebezpečnost už není základním znakem trestného činu, je nutné o to víc brát ohled na zásadu subsidiarity trestní represe a uplatňování trestněprávních prostředků jako poslední možnosti neboli ultima ratio.

1.2.1. Pojmové znaky trestného činu

Prvním znakem trestného činu je protiprávnost jednání. Protiprávnost se hodnotí ve vztahu k celému právnímu řádu. V oblasti zdravotnického práva se jedná o zákon o zdravotních službách, zákon o specifických zdravotních službách, transplantční zákon a další. Nejčastěji půjde o porušení povinnosti postupovat v léčbě lege artis, neboli v souladu s uznávanými profesními standardy. To ovšem neznamená, že každé porušení právních předpisů zakládá trestněprávní odpovědnost. Protiprávnost může být vyjádřena i přímo ve skutkové podstatě konkrétního trestného činu (např. § 160, odst. 1 tr. z. nedovolené přerušování těhotenství se souhlasem těhotné ženy). Aby byl naplněn znak protiprávnosti, musí orgán činný v trestním řízení zkoumat, jestli nedojde k uplatnění některé z okolností vylučující protiprávnost. Tento závěr může vyplývat v některých případech z jiných než trestněprávních norem, které tyto okolnosti vymezují.¹⁵ Pro zdravotnické právo lze uvažovat nejčastěji o přípustném riziku a krajní nouzi.

Druhým znakem trestného činu je naplnění znaků uvedených v zákoně, tzn. znaků skutkové podstaty. Jedná se o znaky charakterizující objekt, objektivní stránku, subjekt a subjektivní stránku.

Jako poslední jsou obecné znaky uvedené v zákoně, a to je stanovený věk patnácti let a přičetnost, které se uplatní stejně pro všechny trestné činy.¹⁶

¹⁴ Úřad vlády: Důvodová zpráva k zákonu č. 40/2009 Sb. trestní zákoník, č. 40/2009 Dz.

¹⁵ CIBULKA, Karel. O některých otázkách trestního postihu ve zdravotnictví. *Trestněprávní revue*. 2010, č. 3, s. 69.

¹⁶ JELÍNEK, J. a kol. 2016, op. cit. s. 133.

1.3. Skutková podstata trestného činu

Skutková podstata je jedním ze znaků trestného činu. Jedná se o souhrn objektivních a subjektivních znaků, které vyjadřují jednotlivé trestné činy a kterými se od sebe navzájem odlišují.¹⁷ Znaky skutkové podstaty jsou uvedeny v trestním zákoníku v obecné a zvláštní části a rozlišujeme je na obligatorní a fakultativní. Obligatorními znaky jsou objektivní stránka, objekt, subjektivní stránka a subjekt a musejí být současně přítomné u všech trestných činů. Fakultativními znaky jsou například určité místo, čas, pohnutka, motiv a jsou vyžadovány pouze u některých trestných činů. Jestliže jsou však pro konkrétní trestný čin vyžadovány, musí dojít k jejich naplnění, aby vznikla trestní odpovědnost.

1.3.1. Objektivní stránka trestného činu

Objektivní stránka je vymezena způsobem spáchání trestného činu a jeho následky. Znaky, které musí být přítomné u všech trestných činů jsou jednání, následek a příčinná souvislost mezi nimi. Pokud některý z těchto znaků chybí, není naplněna skutková podstata a nelze vyvozovat trestněprávní odpovědnost. Dalšími znaky, které jsou přítomné pouze u některých trestných činů jsou místo a čas jednání, prostředek, předmět útoku a další.

Jednání je definováno jako projev vůle ve vnějším světě. Za jednání se považuje jak konání, tak i opomenutí. Rozlišujeme trestné činy komisivní (pouze činnostní) a omisivní (pouze nečinnostní).¹⁸ Omisivní delikty můžeme dále rozdělit na pravé omisivní, které lze spáchat pouze opomenutím, např. neposkytnutí pomoci podle § 150 tr. z., a na nepravé omisivní, které mohou být spáchány konáním i opomenutím, pokud měl pachatel zvláštní povinnost konat. Příkladem je vražda či ublížení na zdraví spáchané neposkytnutím léčby, protože lékař ve službě plní funkci garanta a je povinen léčbu poskytnout.

Povinnost konat může být stanovena jako obecná povinnost vymezená v trestním zákoníku, např. u zmiňovaného trestného činu neposkytnutí pomoci nebo neoznámení trestného činu dle § 368 tr. z. V případě porušení této obecné povinnosti je pachatel

¹⁷ JELÍNEK, J. a kol. 2016, op. cit. s. 162.

¹⁸ JELÍNEK, J. a kol. 2016, op. cit. s. 180.

odpovědný pouze za porušení této povinnosti, neodpovídá za následek, který jeho opomenutím vznikne.

Od obecné povinnosti konat odlišujeme povinnost zvláštní stanovenou v §112 tr. z. jako „*opomenutí takového konání, k němuž byl pachatel povinen podle jiného právního předpisu, úředního rozhodnutí nebo smlouvy, v důsledku dobrovolného převzetí povinnosti konat nebo vyplývala-li taková jeho zvláštní povinnost z jeho předchozího ohrožujícího jednání anebo k němuž byl z jiného důvodu podle okolností a svých poměrů povinen.*“ U zdravotníků ve službě se jedná o zvláštní povinnost stanovenou zákonem o zdravotních službách.

Pro vznik trestní odpovědnosti lékaře je podstatné, zda postupoval v souladu s pravidly lékařského umění, na náležitě odborné úrovni či *de lege artis*. Pojem náležitá odborná úroveň je definován v zákoně o zdravotních službách v § 4, odst. 5, jako „*poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti.*“ Náležitá odborná úroveň se vždy určuje ad hoc pro konkrétní případ na základě poznatků, které měl lékař v době poskytování péče.¹⁹ Porušení pravidel neboli postup *non lege artis* může spočívat například v chybné diagnóze, zvolení špatného léku nebo chybném zákroku. Avšak běžná chyba v diagnóze ještě nezakládá postup *non lege artis*. Musí jít o závažné pochybení v poskytování péče, které je spácháno alespoň z nedbalosti. Nejvyšší soud se zabýval případem lékaře, který v důsledku opakovaně nedostatečného vyšetření pacientky neodhalil včas zhoubný nádor a neodeslal pacientku ke specialistovi, v důsledku čehož snížil její šance na uzdravení až o 50 %. „*Závěr o porušení povinnosti lékaře poskytovat zdravotní péči v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy (povinnost vykonávat své povolání „lege artis“)* může být namíste v případě, když nesprávná diagnóza je důsledkem závažného porušení postupů pro její určování, které lékař zavinil (alespoň ve formě nedbalosti ve smyslu § 16 trestního zákoníku) a které spočívá např. v bezdůvodném nevyužití dostupných diagnostických metod. Postup lékaře je ovšem vždy nutno hodnotit tzv. „*ex ante*“, tj. na základě poznatků, které měl k dispozici v době svého rozhodování.“²⁰ Profesionální standardy bývají zpravidla konkretizované

¹⁹ Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 24. 2. 2015, sp. zn. 6 Tdo 1286/2014-65.

²⁰ Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 24. 2. 2015, sp. zn. 6 Tdo 1286/2014-65.

samotnou praxí lékařů a mohou být obsažené v odborných publikacích, doporučených postupech a metodických pokynech České lékařské komory, Ministerstva zdravotnictví a další. Nejvyšší soud ve svém rozhodnutí ze dne 10. 12. 2008 uvedl, že doporučené postupy odborných společností, které jsou pouze dobrovolnými občanskými sdruženími, nejsou pro lékaře právně závazné a jejich nedodržení bez dalšího nevede k posouzení postupu jako non lege artis.²¹

I když doporučení odborných společností nejsou a priori právně závazné, jsou přesto významným vodítkem při posuzování, zda bylo postupováno lege artis a lékař bude muset jejich nerespektování v konkrétním případě dostatečně zdůvodnit. Obdobně se vyjádřil Nejvyšší soud v rozhodnutí 6 Tdo 353/2012: *„Zvláště v případě komplikací a závažných důsledků zvoleného postupu zdravotního pracovníka bude zcela namístě brát uvedená doporučení v potaz při formování odpovědi na otázku, zda určitý postup je či není „lege artis“. Konečné zodpovězení této otázky v konkrétním posuzovaném případě ovšem přísluší soudu.“*²²

Každá léčba s sebou nese určité riziko, o kterém by měl být pacient poučen a se kterým souhlasí a bere je na sebe. Nelze postihovat lékaře za to, že se naplnilo riziko vyplývající z poskytované léčby, které v rámci jeho možností, nemohl předvídat nebo mu zabránit. Lékař se při poskytování zdravotní péče nezavazuje k výsledku, ale k tomu, že bude postupovat v souladu s profesními standardy. I když se zákrok nepodaří, nelze vyvodit trestněprávní ani jinou odpovědnost, jestliže lékař postupoval správně.

Dalším znakem skutkové podstaty je následek, tedy porušení trestním právem chráněných hodnot. V medicíně se zpravidla bude jednat o ochranu života a zdraví, případně soukromí či důstojnosti. U některých trestných činů je následkem už pouhé ohrožení, což stačí k naplnění skutkové podstaty a jako příklad poslouží opět neposkytnutí pomoci.

Posledním předpokladem subjektivní stránky je příčinná souvislost mezi jednáním a následkem, která je posuzována pomocí tzv. teorie podmínky. Příčinou je každý jev, bez

²¹ Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 10. 12. 2008, so. zn. 8 Tdo 1421/2008.

²² Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 15. 8. 2012, sp. zn. 6 Tdo 353/2012.

něhož by jiný jev nenastal, resp. by nenastal způsobem jakým nastal.²³ V medicíně se často stává, že příčin následku může být více. K přerušení příčinné souvislosti nedojde, jestliže jednání pachatele zůstává skutečností, bez níž by k následku nedošlo. Tento závěr konstatoval i Nejvyšší soud: „*Příčinná souvislost je dána také tehdy, když vedle obecně nebezpečného jednání ve smyslu § 179 odst. 1 tr. zák. způsobila smrt jiného i další příčina, přičemž je nerozhodné, jestli každá z těchto příčin byla jinak způsobilá přivodit smrt sama o sobě anebo mohla tento následek přivodit jen ve vzájemném spolupůsobení s druhou příčinou.*“²⁴ Posuzování příčinné souvislosti v medicínských sporech je ve většině případů problematické a málokdy lze s jistotou konstatovat, že následek byl způsoben výlučně chybou zdravotníka. Na škodě na zdraví se zpravidla podílí mnoho faktorů, jako celkový zdravotní stav nebo i náhoda a riziko zákroku.²⁵ Příčinná souvislost musí být prokázána se stoprocentní jistotou, tedy že následek by bez konkrétní příčiny nenastal, resp. by nenastal takovým způsobem.

1.3.2. Objekt a subjekt trestného činu

Objekt trestného činu můžeme definovat jako hodnoty, společenské vztahy a zájmy chráněné trestním právem.²⁶ Vyplynají z ochranné funkce trestního práva, která je omezena zásadou subsidiarity trestní represe. Objekty trestného činu, které jsou relevantní pro medicínské právo patří mezi ty nejvýznamnější. Předně je to ochrana lidského života u trestného činu vraždy nebo usmrcení z nedbalosti, dále ochrana zdraví u trestného činu ublížení na zdraví, ochrana soukromí u trestného činu neoprávněného nakládání s osobními údaji.²⁷

Subjektem trestného činu se rozumí jeho pachatel, resp. fyzická či právnická osoba, která bezprostředně spáchala trestný čin.²⁸ V rámci zdravotnického práva se bude jednat o lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka. Většina trestných činů může být

²³ JELÍNEK, J. a kol. 2016, op. cit. s. 194.

²⁴ Rozhodnutí Nejvyššího soudu České socialistické republiky ze dne 11. 8. 1970, sp. zn. 7 To 7/70.

²⁵ MACH, Jan a STOLÍNOVÁ Jitka. *Právní odpovědnost v medicíně*. Praha: Galén, 2010, s. 21.

²⁶ JELÍNEK, J. a kol. 2016, op. cit. s. 170.

²⁷ ŠUSTEK, Petr a HOLČAPEK, Tomáš. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016, s. 108.

²⁸ JELÍNEK, J. a kol. 2016, op. cit. s. 194.

spáchána kýmkoli. U některých je zdravotnická profese znakem kvalifikované skutkové podstaty (např. neposkytnutí pomoci a nedbalostní trestné činy proti životu a zdraví).

Podle zákona č. 418/2011 Sb. o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim (dále jen „**TOPO**“) může být uplatňována paralelní nezávislá odpovědnost fyzické i právnické osoby, tedy zdravotníka a poskytovatele zdravotních služeb. Po nabytí účinnosti novely č. 183/2016 Sb., která změnila výčet trestných činů pro právnické osoby, přicházejí v úvahu i některé trestné činy proti životu a zdraví, které mohou být spáchány právě tímto poskytovatelem.²⁹

1.3.3. Subjektivní stránka trestného činu

Posledním obligatorním znakem skutkové podstaty je subjektivní stránka trestného činu, která charakterizuje psychický stav pachatele ve vztahu k trestnému činu. Obligatorním znakem subjektivní stránky je zavinění ve formě úmyslu nebo nedbalosti, bez něhož se vůbec nejedná o trestný čin. Fakultativními znaky jsou pohnutka a cíl, které jsou vyžadovány pouze u některých trestných činů.³⁰

1.3.3.1. Úmysl

První formou zavinění je úmysl, který se dále dělí na přímý a nepřímý.

Pachatel jedná v přímém úmyslu, jestliže věděl, že způsobem uvedeným v trestním zákoně poruší nebo ohrozí zájem chráněný takovým zákonem, nebo alespoň věděl, že může uvedený zájem porušit nebo ohrozit, a takové porušení nebo ohrožení způsobit chtěl.³¹ O nepřímý úmysl se jedná, jestliže pachatel věděl, že svým jednáním může takové porušení nebo ohrožení způsobit, a pro případ, že je způsobí, s tím byl srozuměn. Trestní zákoník stanoví, že srozuměním se rozumí i smíření pachatele s tím, že způsobem uvedeným v trestním zákoně může porušit nebo ohrozit zájem chráněný

²⁹ Zák. č. 183/2016 Sb. ze dne 24. května 2016, kterým se mění zákon č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim.

³⁰ JELÍNEK, J. 2016, op. cit. s. 222.

³¹ ŠÁMAL, Pavel. § 15 [Úmysl]. In: ŠÁMAL, Pavel, GRIVNA, Tomáš, HERCZEG, Jiří, KRATOCHVÍL, Vladimír, PŮRY, František, RIZMAN, Stanislav, ŠÁMALOVÁ, Milada, VÁLKOVÁ, Helena, VANDUCHOVÁ, Marie. *Trestní zákoník (EVK). 2. vydání*. Praha: Nakladatelství C. H. Beck, 2012, s. 202.

takovým zákonem.³² Podle judikatury pod nepřímý úmysl spadá i tzv. pravá lhostejnost k tomu, zda následek nastane či nenastane.³³

Pro naplnění skutkové podstaty úmyslného trestného činu postačí jakákoli forma úmyslu. Jako jednání v nepřímém úmyslu vraždy bylo vyhodnoceno jednání zdravotníka, který podával pacientům neindikovaně heparin, aby vytvořil riskantní situaci, a pro případ, že tato situace nebude vyřešena a dojde ke smrti pacienta, s tím byl srozuměn. V tomto případě pachatel argumentoval nedostatečným prokázáním úmyslu pacienty usmrtit a že jeho úmyslem bylo pouze potlačení deprese a strach z představ o neštěstí a umírání příbuzných. Nejvyšší soud však tuto námitku odmítl a potvrdil závěry nižších soudů, že je zřejmé, že *„obžalovaný jednal v úmyslu nepřímém, byl srozuměn s tím, že svévolným podáním léku na „ředění“ krve může pacientům způsobit zdravotní problémy a s ohledem na jejich celkově špatný zdravotní stav, je může i zabít.“*³⁴

Úmyslné trestné činy se v oblasti zdravotnictví vyskytují výjimečně, i když je třeba vzít v úvahu i specifický trestný čin neposkytnutí pomoci, který může být spáchán jedinečně úmyslně. Přicházejí však v úvahu v souvislosti s rozhodováním na konci života, ukončením život udržující léčby nebo přímo s usmrcením na žádost, nenaplní-li se podmínky beztrestnosti.

Nedbalost lze rozdělit také na dvě formy, a to nedbalost vědomou a nevědomou. Nedbalost vědomá je definována v § 16, odst. 1 písm. a), jestliže *„pachatel věděl, že může způsobem uvedeným v trestním zákoně porušit nebo ohrozit zájem chráněný takovým zákonem, ale bez přiměřených důvodů spoléhal, že takové porušení nebo ohrožení nezpůsobí“*. Mezi vědomou nedbalostí a nepřímým úmyslem může být velmi tenká hranice. V obou případech pachatel věděl, že může dojít k naplnění znaků trestného činu, ale v případě vědomé nedbalosti spoléhal na nějakou reálnou skutečnost, že se tak nestane, i když to bylo zjevně neopatrné a nepřiměřené. Pachatel jednající v nepřímém úmyslu mohl spoléhat pouze na náhodu, protože žádná reálná okolnost, která by mohla děj zvrátit, zde

³² Srov. § 15, odst. 1 písm. b) a odst. 2 trestního zákoníku.

³³ Zpráva Nejvyššího soudu ČSSR ze dne 16. 6. 1976, sp. zn. Tpjf 30/76.

³⁴ Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 31. 3. 2009, sp. zn. 6 Tdo 1334/2008.

nebyla. Musel si být proto vědom toho, že vznik trestněprávně relevantního následku je pravděpodobný a byl s ním srozuměn.³⁵ Rozlišení mezi nepřímým úmyslem a vědomou nedbalostí bude vždy předmětem dokazování a vnitřní vztah pachatele k trestnému činu se bude posuzovat podle objektivních okolností spáchání činu. Jako příklad vědomé nedbalosti lze uvést lékaře, který ve službě požil alkohol, je přivolán k operaci a provede zákrok. Přitom se nepřiměřeně spoléhá na to, že neudělá chybu, protože je zkušený operátor a vypil jen jednu sklenku vína.

Nevědomá nedbalost je nejčastější formou zavinění v medicínsko-právních sporech. V § 16, odst. 1 písm. b) je definována tak, že „*pachatel nevěděl, že svým jednáním může takové porušení nebo ohrožení způsobit, ač o tom vzhledem k okolnostem a k svým osobním poměrům vědět měl a mohl.*“ V nedbalostním chování pachatele zcela chybí volní i vědomostní složka, nicméně vzhledem ke svému postavení a dalším okolnostem si mohl a měl být rizika vědom. Příkladem je závažné pochybení při zákroku, použití zastaralé metody léčení, která s sebou nese značné riziko, a to se naplní, chybné stanovení diagnózy v důsledku bezdůvodného nevyužití diagnostických metod, záměna léků v nepozornosti nebo chybný zápis do zdravotnické dokumentace, který je důvodem pro chybný zákrok.

Při posuzování nedbalosti vycházíme z míry opatrnosti, kterou je třeba dodržovat. Posuzujeme objektivní míru opatrnosti, ke které je pachatel v rámci okolností povinen, a kterou je podle svých subjektivních možností schopen dodržovat. Vycházíme z objektivních kritérií, kterými jsou požadavky stanovené právními a dalšími závaznými předpisy, uznávanými léčebnými postupy, tedy postupy lege artis léčby. Zároveň je zde korektiv subjektivních možností lékaře tyto požadavky dodržovat. Zkoumají se individuální fyzické a psychické vlastnosti, informovanost o věci, jeho kvalifikace, ale i chování a projevy pacienta, stav v konkrétní nemocnici, počet lékařů ve službě a další. Nicméně i nedostatek znalostí o dané problematice, kterou si ale lékař mohl a měl nastudovat, se považuje za nedbalost nevědomou.³⁶

³⁵ ŠUSTEK, Petr a HOLČAPEK, Tomáš. 2016, op. cit. s. 107.

³⁶ MACH, Jan a STOLÍNOVÁ Jitka. 2010, op. cit. s. 22-23.

1.4. Okolnosti vylučující protiprávnost

Jak už bylo řečeno, trestně odpovědný je ten, kdo naplní znaky trestného činu a jeho jednání je protiprávní. Existují však okolnosti, které protiprávnost jednání vylučují už od samého počátku. V takovém případě nemůžeme mluvit o trestném činu, protože chybí protiprávnost jako jeden ze dvou obligatorních znaků. Trestní zákoník demonstrativně vyjmenovává pět okolností, které vylučují trestní odpovědnost pachatele činu jinak trestného.³⁷ Mimo ty vyjmenované zná teorie i praxe některé další, např. výkon práv a plnění povinností. Pod tento pojem můžeme zařadit výkon povolání nebo jiné dovolené činnosti, s níž může být spojeno určité nebezpečí, jejíž prospěšnost je všeobecně uznávaná a která je regulovaná právním řádem. Pokud dojde k porušení zájmů chráněných trestním zákonem, nejde o trestný čin, pokud bylo postupováno v souladu s předpisy a nebyla překročena určitá míra nebezpečnosti. Lékař tak nebude trestně odpovědný za lékařský úkon, který byl řádně indikovaný a provedený lege artis, i když se zákrok nezdaří nebo se zdaří, ale který by za normálních okolností představoval těžkou újmu na zdraví (např. amputace končetiny)³⁸

V rámci zdravotnického profesí jsou relevantní zejména krajní nouze, svolení poškozeného a přípustné riziko.

1.4.1. Krajní nouze – čl. 50, odst. 1 ZZS

První vyjmenovanou okolností vylučující protiprávnost je krajní nouze definovaná v §28 tr. z. V krajní nouzi jedná osoba, která odvrací nebezpečí přímo hrozící zájmu chráněnému trestním zákonem, pokud toto nebezpečí nelze za daných okolností odvrátit jinak a zároveň nesmí být způsobený následek zřejmě stejně závažný nebo ještě závažnější než ten, který hrozil. Osoba, které nebezpečí hrozilo, nesmí být povinna je snášet.³⁹ Krajní nouze může mít význam pro přečin neposkytnutí pomoci. Pokud se jedná o zdravotníka, jsou na něho kladeny větší nároky než na ostatní osoby a je z důvodu své profese povinen snášet větší míru rizika. Tuto povinnost ovšem nelze vykládat absolutně. Zákon o

³⁷ JELÍNEK, J. 2016, op. cit. s. 250.

³⁸ ŠÁMAL a kol. *Trestní zákoník (EVK)*. 2.vydání. Praha: Nakladatelství C. H. Beck, 2012, s. 383.

³⁹ Srov. § 28 zák. č. 40/2009 Sb., trestní zákoník.

zdravotních službách stanoví v §50, odst. 1, písm. a) ZZS, že „zdravotník má právo neposkytnout zdravotní služby v případě, že by došlo při jejich poskytování k přímému ohrožení jeho života nebo k vážnému ohrožení jeho zdraví.“ Zdravotník se může odvolat na krajní nouzi, když například nebude mít k dispozici ochranné prostředky v místě rozšíření vysoce nakažlivé epidemie životu nebezpečné choroby. Lze po něm však požadovat, aby si takové prostředky co nejrychleji opatřil a ihned potom pomoc poskytl.⁴⁰

Jako další příklad vyvinění z důvodu krajní nouze připadá v úvahu způsobení újmy na zdraví při snaze zabránit jiné závažnější újmě na zdraví nebo dokonce smrti. Např. zlomení žebra při resuscitaci pacienta. I zde však plat korektiv, že způsobený následek nesmí být závažnější nebo stejně závažný jako ten, který hrozil.⁴¹

Krajní nouze byla několikrát využita soudy v Nizozemsku jako okolnost vylučující protiprávnost euthanasie. V českých podmínkách se nicméně většina autorů shoduje, že ji za tímto účelem použít nelze, zejména s ohledem na naplnění požadavku subsidiarity (nebezpečí nelze za daných okolností odvrátit jinak) a proporcionality (způsobený následek nesmí být stejně závažný nebo ještě závažnější než ten, který hrozil). Podmínka subsidiarity je považována za nenaplněnou zejména vzhledem k možnosti poskytnutí paliativní péče, která je zpravidla považována za plnohodnotnou alternativu. Podmínka proporcionality zůstává nenaplněna z důvodu současného hierarchického uspořádání chráněných hodnot lidského života a autonomie vůle.⁴²

1.4.2. Svolení poškozeného

Podle trestního zákona trestný čin nespáchá, kdo jedná na základě svolení osoby, jejíž zájmy, o nichž tato osoba může bez omezení oprávněně rozhodovat, jsou činem dotčeny. Svolení musí být dáno předem nebo současně s jednáním, dobrovolně, určitě, vážně a srozumitelně. Je-li takové svolení dáno až po spáchání činu, je pachatel beztrestný, mohl-li důvodně předpokládat, že osoba by tento souhlas jinak udělila vzhledem

⁴⁰ ŠÁMAL a kol. *Trestní zákoník (EVK). 2.vydání.* Praha: Nakladatelství C. H. Beck, 2012, s. 388.

⁴¹ MACH, Jan a STOLÍNOVÁ Jitka. 2010, op. cit. s. 32.

⁴² DOLEŽAL, Adam. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty.* Praha: Academia, 2017. Právo - etika – společnost, s. 241.

k okolnostem případu a svým poměrům.⁴³ V odst. 3 je toto svolení omezeno tak, že nelze dát svolení k usmrcení nebo ublížení na zdraví, s výjimkou lékařských zákroků provedených lege artis.

Toto ustanovení vylučuje jakékoli vyvinění v případě euthanasie na základě této okolnosti. Zároveň stanoví beztrestnost v případě zákroku, ke kterému dal pacient souhlas a který je proveden lege artis. Je zde otázkou, jakou má souhlas pacienta v trestněprávním kontextu relevanci. Zárok provedený lege artis, ale bez souhlasu, není trestním zákoníkem prohlášen za trestný čin. V úvahu by připadala občanskoprávní odpovědnost za porušení práv na ochranu osobnosti a odškodnění nemajetkové újmy.⁴⁴ Naopak zárok provedený non lege artis se souhlasem pacienta může založit trestní odpovědnost lékaře, bez ohledu na daný souhlas.⁴⁵

Zároveň nezakládá trestní odpovědnost lékaře nezahájení léčby, kterou pacient platně odmítl. I když takové odmítnutí vede ke zhoršení zdravotního stavu nebo i smrti, lékař neodpovídá za následek, protože postupuje podle právního předpisu.⁴⁶ Nejedná se zde o aplikaci okolnosti vylučující protiprávnost. Odmítnutí léčby v tomto případě ruší zvláštní povinnost konat dle § 112 tr. z. i povinnost vyplývající ze zaměstnání a lékař ji tedy nemůže porušit svým opomenutím léčbu poskytnout.⁴⁷ Obdobně se postupuje v případě odmítnutí léčby prostřednictvím dříve vysloveného přání (např. pokyn nezahajovat resuscitaci), které je pouze formou projevu informovaného souhlasu.

1.4.3. Přípustné riziko

Přípustné riziko bylo dříve dovozováno právní teorií, dnes je stanoveno v § 31 tr. z. Jedná se o společensky prospěšnou činnost v rámci povolání nebo zaměstnání, která je v souladu s dosaženým stavem poznání a informacemi, nesmí dojít k ohrožení života a

⁴³ Srov. § 30, odst. 1 a 2 zák. č. 40/2009 Sb. trestní zákoník.

⁴⁴ JELÍNEK, J. 2016, op. cit. s. 274.

⁴⁵ KREJČÍKOVÁ, Helena. 2014, op. cit. s. 48.

⁴⁶ § 34, odst. 3 zák. č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách: „Pacientovi, kterému byla podána informace o zdravotním stavu nebo se podání informace podle § 32 odst. 1 vzdal a který odmítá vyslovit souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, nejde-li o případ, kdy lze zdravotní služby poskytnout bez souhlasu, je opakovaně podána informace o jeho zdravotním stavu v rozsahu a způsobem, ze kterého je zřejmé, že neposkytnutí zdravotních služeb může vážně poškodit jeho zdraví nebo ohrozit život. Jestliže pacient i nadále odmítá vyslovit souhlas, učiní o tom písemně prohlášení (revers).“

⁴⁷ ŠUSTEK, Petr a HOLČAPEK, Tomáš. 2016, op. cit. s. 109.

zdraví člověka, aniž by byl dán touto osobou souhlas, výsledku nelze dosáhnout jinak, prospěšnost výsledku musí odpovídat míře rizika a činnost nesmí odporovat jinému právnímu předpisu, veřejnému zájmu a dobrým mravům. Aby bylo možné uvažovat o vyloučení trestní odpovědnosti, musí být všechny tyto podmínky splněny kumulativně.⁴⁸

Přípustné riziko se jako okolnost vylučující protiprávnost vztahuje například právě na lékařskou činnost, zejména pak lékařské experimenty. Výkon činnosti v souladu s dosaženým stavem poznání a informacemi znamená ve zkratce postup *lege artis*, zároveň je lékař povinen zajistit si dostatek informací o zdravotním stavu pacienta, které jsou mu k dispozici, aby se mohl rozhodnout o dalším postupu. Další podmínkou přípustného rizika je jeho subsidiarita neboli že společensky prospěšného výsledku nelze dosáhnout jinak. Provedení zastaralé metody zákroku s vedlejšími účinky, která je však jediná dostupná na daném pracovišti, není postupem *non lege artis*, za předpokladu že nebylo možné jinak zajistit specializovanou péči.⁴⁹

1.5. Vybrané trestné činy, ke kterým může dojít při poskytování zdravotní péče

Vzhledem k povaze činnosti ve zdravotnictví dochází nejčastěji k trestným činům proti životu a zdraví, zejména v nedbalostní formě. Speciální kategorií je pak přečin neposkytnutí pomoci, který je deliktem ohrožovacím a musí být spáchán ve formě úmyslu. Právní teorie i soudní praxe se shodují, že je-li tento trestný čin spáchán lékařem ve službě, odpovídá lékař za neposkytnutí pomoci pouze, jestliže nedojde k újmě na životě nebo zdraví. Dochází však i k jiným trestným činům ze skupiny proti právům na ochranu osobnosti, soukromí a další.

1.5.1. Trestné činy proti životu

Prvním a nejzávažnějším trestným činem v této kategorii je vražda. Ke klasické vraždě v úmyslu usmrtit oběť (s výjimkou usmrcení na její žádost z útrpnosti), dochází ve zdravotnictví zřídka. I takové excesy se však najdou. Jedním z nejznámějších případů před

⁴⁸ JELÍNEK, J. 2016, op. cit. s. 269.

⁴⁹ CIBULKA, Karel. O některých otázkách trestního postihu ve zdravotnictví. *Trestněprávní revue*. 2010, č. 3, s. 69.

českými soudy byl případ tzv. heparinového vraha, který byl shledán vinným z trestného činu vraždy v nepřímém úmyslu.⁵⁰

Za vraždu je v našem právním řádu považováno i usmrcení na žádost trpícího, nevléčitelně nemocného pacienta neboli aktivní euthanasie. V rámci příprav nového trestního zákoníku se uvažovalo o zavedení privilegované skutkové podstaty usmrcení na žádost se sníženou trestní sazbou oproti vraždě. Taková skutková podstata existuje i v některých zahraničních právních úpravách. Lze ji nalézt v německém trestním zákoníku, který ji nazývá „*Tötung auf Verlangen*“⁵¹ neboli usmrcení na žádost, nebo pod stejným názvem v rakouském a švýcarském trestním zákoníku. Bohužel se nakonec tato privilegovaná skutková podstata nedostala do finální verze, která vstoupila v platnost. Nadále tak platí, že euthanasie je považována za vraždu, případně lze uvažovat o trestném činu zabití. Soucit s trpícím a žádost trpícího by musely být v konkrétním případě soudem interpretovány jako omluvitelné hnutí mysli.⁵² Protože jde však o čin těžko srovnatelný s klasickou vraždou, přichází v úvahu mimořádné snížení trestu odnětí svobody dle § 58 tr. z. z důvodů zvláštních okolností případu nebo i aplikace zásady subsidiarity trestní represe podle § 12, odst. 2 tr. z. Toto řešení však nepovažuji za systémově správné. Mělo by být úkolem zákonodárce určovat závažnost jednotlivých trestných činů a ukládání trestu za ně. Tímto postupem se může stát, že soudy budou rozhodovat v různých případech velmi odlišně a pachatelům se nedostane v obdobné věci stejného zacházení. Navíc tím dochází k zásadnímu narušení právní jistoty ohledně posuzování činů.⁵³

Nejčastějším trestným činem proti životu, ke kterému ve zdravotnictví dochází je usmrcení z nedbalosti. Základem trestní odpovědnosti lékaře je jako u ostatních nedbalostních trestných činů porušení povinnosti zdravotníka postupovat *lege artis*, příčinná souvislost mezi porušením povinnosti a následkem (tedy smrt pacienta), a nakonec

⁵⁰ Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 31. 3. 2009, sp. zn. 6 Tdo 1334/2008.

⁵¹ § 216 Německého trestního zákoníku, Strafgesetzbuch ze dne 15.05.1871.

⁵² ŠÁMAL a kol. 2012, op. cit. s. 1488.

⁵³ HOLČAPEK, T., ŠUSTEK, P.: K § 115 návrhu nového trestního zákoníku (usmrcení na žádost). *Trestněprávní revue*, 2004, č. 11, str. 325 a 326.

prokázání zavinění alespoň ve formě nevědomé nedbalosti.⁵⁴ Je věcí znaleckých posudků prokázat, jestli lékař postupoval skutečně non lege artis a porušil tím svou povinnost, nedbalostní zavinění a zejména pak vztah příčinné souvislosti. Znalec musí s jistotou prokázat, že porušení povinnosti bylo důvodem trestněprávně relevantního následku, neboli že pokud by lékař postupoval de lege artis, k porušení zájmu chráněného trestním právem by nedošlo.⁵⁵ Pro lékařské pracovníky trestní zákoník stanoví vyšší trestní sazbu, jestliže porušili důležitou povinnost vyplývající z jeho zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce nebo uloženou mu podle zákona.⁵⁶ Nelze však bez dalšího tvrdit, že jakékoli pochybení bude znamenat porušení důležité povinnosti a mělo by se zkoumat případ od případu podle konkrétních okolností.⁵⁷

Usmrcení z nedbalosti lze spáchat jak konáním, tak i opomenutím ve smyslu § 112 tr. z., které zakládá tzv. nepravý omisivní delikt. Toho se může dopustit lékař ve službě, který neposkytne potřebnou pomoc osobě v nebezpečí smrti nebo jevící známky vážné poruchy zdraví nebo jiného vážného onemocnění a poruší tím svou zvláštní povinnost konat stanovenou jeho povoláním. Touto problematikou se zabýval Nejvyšší soud, který se vyjádřil následovně: „*Trestný čin ublížení na zdraví lze spáchat z hlediska jednání jako znaku objektivní stránky jeho skutkové podstaty jak konáním, tak i opomenutím ve smyslu ustanovení § 89 odst. 2 tr. zák. např. opomenutím lékaře, záležejícím v nedostatečném vyšetření poškozeného, který zemřel na následky zranění, jež v důsledku tohoto pochybení v poskytnuté péči nebylo zjištěno a léčeno. Jestliže lékař při výkonu služby neposkytne osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, potřebnou pomoc, připadá jeho trestní odpovědnost za trestný čin neposkytnutí pomoci v úvahu pouze tehdy, jestliže z jeho opomenutí zaviněně nevznikly žádné následky na životě nebo na zdraví poškozeného. Pokud vznikly, je takový pachatel trestně odpovědný v závislosti na formě zavinění podle ustanovení o poruchových trestných činech proti životu a zdraví.*“⁵⁸ V tomto případě dotčený lékař nedostatečně vyšetřil svého pacienta, v důsledku čehož nepřišel na

⁵⁴ MACH, Jan a STOLÍNOVÁ Jitka. 2010, op. cit. s. 30.

⁵⁵ MACH, Jan a STOLÍNOVÁ Jitka. 2010, op. cit. s. 21.

⁵⁶ Srov. § 143, odst. 2 zák. č. 40/2009 Sb. trestní zákoník.

⁵⁷ MACH, Jan a STOLÍNOVÁ Jitka. 2010, op. cit. s. 37.

⁵⁸ Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 18. 9. 1997, sp. zn. 2 Tzn 72/97.

skryté zranění a pacient na následky tohoto zranění zemřel. V souvislosti s tímto rozhodnutím se objevily i opačné názory, že se nejednalo o opomenutí v pravém slova smyslu, nýbrž o konání. Lékař tím, že pacienta vyšetřil, i když z vlastní nedbalosti nedostatečně, postupoval non lege artis a tedy konal.⁵⁹ Podle Kučery by bylo odlišné, kdyby lékař pacienta do své ordinace vůbec nepustil a pacient by na následky zranění zemřel. Pak by se jednalo vskutku o opomenutí a nepravý omisivní delikt.⁶⁰ Jak se však Nejvyšší soud obecně vyjádřil, lékař, který je ve službě neposkytne potřebnou pomoc, je odpovědný za přečin neposkytnutí pomoci pouze, nevznikne-li následek na životě a zdraví poškozeného. Zda došlo k vyšetření nedostatečnému nebo k němu vůbec nedošlo, nemá zřejmě s ohledem na toto rozhodnutí relevanci pro trestní odpovědnost zdravotníka za následek.

Posledním trestným činem proti životu, relevantním pro oblast zdravotní péče je účast na sebevraždě. Ta přichází v kontextu zdravotnictví v úvahu v souvislosti s asistovanou sebevraždou, která je v některých zahraničních právních řádech povolena. Nejznámějším takovým státem je Švýcarsko, které považuje asistovanou sebevraždu za trestný čin, pouze je-li spáchána ze sobeckých pohnutek.⁶¹ V německém právním řádu tato skutková podstata neexistuje. Beztrestnost se dovozuje z principu akcesority účastenství. Jestliže není sebevražda považována za trestný čin, nemůže být za trestnou považována ani účast na ní.⁶²

Český právní řád trestá pohnutí nebo pomoc k sebevraždě, i když samotná sebevražda trestná není, s tím že k naplnění skutkové podstaty stačí, dojde-li alespoň k jejímu pokusu. Pod takovým jednáním si lze představit poskytování rad, jak dosáhnout sebevraždy nebo obstarání smrtící látky. Pokud by však lékař takovou látku aplikoval,

⁵⁹ KUČERA, Pavel. Tuzemský přístup k opomenutí v trestním právu v zrcadle trojího členění. 2. část: Pohled do praxe. *Trestněprávní revue*. 2012, č. 6, s. 137-142.

⁶⁰ KUČERA, Pavel. 2012, op. cit. s.137-142.

⁶¹ § 115 švýcarského trestního zákona, Schweizerisches Strafgesetzbuch ze dne 21. 12. 1937.

⁶² CÍSAŘOVÁ, Dagmar a SOVOVÁ, Olga. *Trestní právo a zdravotnictví*. 2. upr. a rozš. vyd. Praha: Orac, 2004, s. 114.

dopustil by se usmrcení na žádost, které by bylo možné kvalifikovat jako vraždu nebo po splnění podmínek zabití.⁶³

1.5.2. Trestné činy proti zdraví

Existují dvě trestněprávně relevantní formy ublížení na zdraví, a to prosté ublížení na zdraví a těžká újma na zdraví, které se liší svou intenzitou. Prostým ublížením na zdraví se rozumí „stav záležející v poruše zdraví nebo jiném onemocnění, který porušením normálních tělesných nebo duševních funkcí znesnadňuje, nikoli jen po krátkou dobu, obvyklý způsob života poškozeného a který vyžaduje lékařského ošetření.“⁶⁴ Soudní praxe dovodila, že tato porucha by měla trvat alespoň sedm dní. Nicméně za ublížení na zdraví lze považovat poruchu trvající kratší dobu, jedná-li se o poruchu zdraví nebo onemocnění dosahující určité závažnosti a intenzity.⁶⁵

Těžké ublížení na zdraví je specifikováno jako vážná porucha zdraví nebo jiné vážné onemocnění, jedná-li se o jeden z taxativně uvedených typů uvedených v § 122, odst. 2, písm. a) – i).⁶⁶

V úvahu připadají trestné činy úmyslné a nedbalostní, které se mezi sebou liší zejména závažností následku, případně pohnutky. Mezi úmyslné trestné činy patří těžké ublížení na zdraví, ublížení na zdraví a ublížení na zdraví z omluvitelné pohnutky.⁶⁷ Pokud by se jednalo o ublížení na zdraví na žádost poškozeného, neuplatní se svolení poškozeného jako okolnost vylučující protiprávnost z důvodu § 30, odst. 3 tr. z., který beztrestnost tohoto jednání výslovně vylučuje. Jinou situací by bylo odebrání orgánu za účelem transplantace se souhlasem pacienta, protože v tomto případě se jedná o účel

⁶³ TĚŠINOVÁ, Jolana, ŽDÁREK, Roman a POLICAR, Radek. *Medicínské právo*. Praha: C.H. Beck, 2011, s. 356.

⁶⁴ Srov. § 122 zák. č. 40/2009 Sb. trestní zákoník.

⁶⁵ JELÍNEK, J. a kol. 2016, op. cit. s. 542.

⁶⁶ § 122, odst. 2, písm. a) – i): *Těžkou újmu na zdraví se rozumí jen vážná porucha zdraví nebo jiné vážné onemocnění. Za těchto podmínek je těžkou újmu na zdraví zmrzačení, ztráta nebo podstatné snížení pracovní způsobilosti, ochromení údu, ztráta nebo podstatné oslabení funkce smyslového ústrojí, poškození důležitého orgánu, zohyzdění, vyvolání potratu nebo usmrcení plodu, mučivě útrapy, nebo delší dobu trvající porucha zdraví.*

⁶⁷ Srov. § 145, 146 a 146a zák. č. 40/2009 Sb. trestní zákoník.

společnosti prospěšný a odebrání orgánu za účelem transplantace je v souladu s pravidly lékařské profese.⁶⁸

Ve většině případů půjde ve zdravotnictví o trestné činy spáchané z nedbalosti, buď těžké ublížení na zdraví z nedbalosti, u něhož je kvalifikovanou skutkovou podstatou dopustil-li se pachatel trestného činu tím, že porušil důležitou povinnost vyplývající z jeho zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce nebo uloženou mu podle zákona⁶⁹ nebo ublížení na zdraví z nedbalosti, kterého se může dopustit pouze osoba, která poruší důležitou povinnost vyplývající z jeho zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce nebo uloženou mu podle zákona.⁷⁰

1.5.3. Trestné činy ohrožující život a zdraví

Trestný zákoník ve svém Díle 3 vyjmenovává trestné činy ohrožující život a zdraví, k jejichž dokonání postačí ohrožení zájmu chráněného trestním právem.⁷¹ Nejčastějším trestným činem pro zdravotníky bude přečin neposkytnutí pomoci.

Trestný čin neposkytnutí pomoci je tzv. pravým omisivním deliktem, který lze spáchat pouze opomenutím konat. Existuje zde obecná povinnost konat stanovená trestním zákoníkem. Na základě ní je každý povinen poskytnout potřebnou pomoc osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo jiného vážného onemocnění. Pachatel se může z trestní odpovědnosti vyvinut s poukazem na nebezpečí, které hrozilo jemu nebo jinému.⁷² V případě porušení obecné povinnosti bude pachatel odpovědný pouze za neposkytnutí pomoci, nikoli za následek, který v jejím důsledku nastal, neměl-li zvláštní povinnost konat.

Potřebnou pomocí je třeba především rozumět takovou pomoc, která je zapotřebí k odvrácení nebo snížení nebezpečí smrti ohroženého. Není to pouze pomoc, která by

⁶⁸ JELÍNEK, J. a kol. 2016, op. cit. s. 545.

⁶⁹ Srov. § 147 zák. č. 40/2009 Sb. trestní zákoník.

⁷⁰ Srov. § 148 zák. č. 40/2009 Sb. trestní zákoník.

⁷¹ ŠUSTEK, Petr a HOLČAPEK, Tomáš. 2016, op. cit. s. 113.

⁷² Srov. § 150, odst. 1 zák. č. 40/2009 Sb. trestní zákoník.

spolehlivě vedla k záchraně.⁷³ Potřebná pomoc může záležet podle okolností případu např. i v přivolání záchranné služby.⁷⁴

Vyšší trestní sazba je stanovena v odst. 2 pro osoby, které jsou dle povahy svého zaměstnání povinny takovou pomoc poskytnout a které se nemůžou vyvinut poukazem na hrozící nebezpečí. Do této skupiny nepochybně patří lékaři a další zdravotničtí pracovníci, záchranáři, hasiči a policisté. Povinnost snášet nebezpečí nelze vykládat absolutně. Nelze po lékaři požadovat, aby zachraňoval oběti z hořícího domu, toto nebezpečí navíc není povinen dle povahy svého zaměstnání snášet.⁷⁵ Zároveň po něm nelze požadovat ani záchranu pacientů nakažených smrtelnou vysoce nakažlivou chorobou, nemá-li k dispozici ochranné prostředky.⁷⁶

Jinou veřejnoprávní normou vymezující povinnost vyplývající za zaměstnání nebo povolání je § 49, odst. 1, písm. b) zákona o zdravotních službách, stanovující povinnost zdravotníků „*poskytovat neprodleně odbornou první pomoc každému, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo zdraví, není-li pomoc včas dosažitelná obvyklým způsobem, a zajistit mu podle potřeby poskytnutí zdravotních služeb.*“⁷⁷ Jde o povinnost odůvodněnou povahou zaměstnání, která není zvláštní povinností ve smyslu § 112 tr. z.⁷⁸ Toto ustanovení se vztahuje i na chvíle, kdy je zdravotník mimo službu a mimo zdravotnické zařízení. Její porušení, nachází-li se zdravotník mimo výkon služby, však nezakládá odpovědnost za následek, ale odpovědnost za přečin neposkytnutí pomoci v kvalifikované skutkové podstatě. Případně by s ohledem na zásadu subsidiarity trestní represe přicházelo v úvahu uplatnění občanskoprávní nebo disciplinární odpovědnosti.⁷⁹ Zároveň je tato povinnost limitována v § 50, odst. 2 písm. b), oprávněním neposkytnout

⁷³ ŠÁMAL a kol. 2012, op. cit. s. 1591.

⁷⁴ Rozsudek Nejvyššího soudu ČSSR ze dne 30. 6. 1967, sp. zn. 4 Tz 49/67.

⁷⁵ MACH, Jan a STOLÍNOVÁ Jitka. 2010, op. cit. s. 40.

⁷⁶ ŠÁMAL a kol. 2012, op. cit. s. 388.

⁷⁷ Srov. § 49, odst. 1, písm. b) zák. č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách.

⁷⁸ JELÍNEK, J. a kol. 2016, op. cit. s. 552.

⁷⁹ CIBULKA, Karel. 2015, op. cit. s. 161-168.

zdravotní služby v případě, že by došlo při jejich poskytování k přímému ohrožení jeho života nebo k vážnému ohrožení jeho zdraví.

Právní teorie i soudní praxe se shodly na tom, že je-li zdravotník ve službě, má zvláštní povinnost konat ve smyslu § 112 tr. z. Jestliže neposkytne pomoc ve výkonu služby, bude odpovídat za neposkytnutí pomoci pouze, nedošlo-li jeho opomenutím zaviněně k žádným následkům na životě a zdraví. Pokud vznikly, bude zdravotník v závislosti na formě zavinění odpovědný za poruchový trestný čin proti životu a zdraví.⁸⁰ Pro orgány činné v trestním řízení je ale mimořádně obtížné prokázat příčinnou souvislost mezi opomenutím poskytnout pomoc a poruchou. Za tímto účelem musí prokázat, že poskytnutí pomoci by v konkrétním případě zabránilo prakticky s jistotou škodlivému následku na životě či zdraví. Z důvodu této obtížnosti se snaží častěji prokázat odpovědnost za neposkytnutí pomoci.⁸¹

1.5.4. Další trestné činy připadající v úvahu v rámci poskytování zdravotní péče

Další trestné činy vyjmenované v trestním zákoníku bývají ve zdravotnictví méně časté a není cílem této práce zabývat se podrobně všemi, ke kterým může ve zdravotnictví dojít. Příkladem dalších trestných činů, ke kterým dochází při poskytování lékařské péče jsou trestné činy proti těhotenství ženy, dále trestné činy související s neoprávněným nakládáním s lidskými tkáněmi nebo trestné činy jejichž objektem je svoboda, soukromí a ochrana osobnosti, např. neoprávněné nakládání s osobními údaji.

1.6. Problematika euthanasie

Euthanasie je velmi eticky kontroverzní a diskutované společenské téma. V minulosti na ni bylo nazíráno různě. Antická lékařská etika se stavěla proti euthanasii, byla odmítána i středověkými učenci, jako protivení se Božímu řádu, nicméně existovaly i osobnosti se vstřícnějším postojem, jako například T. More nebo F. Bacon.⁸²

⁸⁰ Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 18. 9. 1997, sp. zn. 2 Tzn 72/97.

⁸¹ KREJČÍKOVÁ, Helena. 2014, op. cit. s. 22.

⁸² CÍSAŘOVÁ, Dagmar a SOVOVÁ, Olga. 2004, op. cit. s. 104.

Pod pojmem euthanasie vidí velká část veřejnosti v podstatě jakékoli jednání vedoucí ke smrti pacienta. Obecně lze euthanasii definovat jako usmrcení z útrpnosti nebo ze soucitu.⁸³

Světová lékařská asociace definuje pojem eutanazie jako *"vědomé a úmyslné provedení činu s jasným záměrem ukončit život jiné osoby, jsou-li splněny kumulativně následující podmínky: subjektem je osoba způsobilá k právním úkonům, trpící nevléčitelnou chorobou, která žádá dobrovolně, aby byl její život ukončen, jednající o stavu osoby ví, jakož i jejím přání zemřít, jedná s prvořadým úmyslem ukončit život této osoby, ze soucitu a bez osobního zisku"*.⁸⁴

Nezákladnější dělením euthanasie je z hlediska konání subjektu na aktivní a pasivní. Aktivní euthanasie neboli „strategie přeplněné stříkačky“ znamená úmyslné usmrcení pacienta na jeho žádost a je charakterizováno konáním. Aktivní euthanasie je většinou společnosti vnímána jako velmi kontroverzní až nepřípustná a je legální pouze ve státech Beneluxu. Jak již bylo řečeno, český trestní zákoník neobsahuje ani privilegovanou skutkovou podstatu usmrcení na žádost, i když zde byly snahy ji zavést při rekonstrukci trestního práva. Aktivní euthanasie i asistovaná sebevražda jsou zavrhovány také Světovou lékařskou asociací, nicméně za neetické se nepokládá respektování přání pacienta neléčit a ponechání přirozenému průběhu nemoci. Stejně tak se za neetické nepokládá ukončení kurativní léčby pacientů v terminálním stádiu, jestliže je to už léčba marná, a udržení co nejvyšší kvality života pomocí paliativní péče.⁸⁵

Pasivní euthanasie neboli „strategie odkloněné stříkačky“ může být definována více způsoby. Z hlediska lékaře jde o opomenutí konat. Některými odborníky je chápána jako upuštění od další léčby nebo její přerušování ze soucitu s cílem nechat volný průběh přirozené smrti. Je třeba upozornit na to, že dojde-li k pasivní euthanasii neposkytnutím lékařsky indikované péče, aniž by pacient takovou léčbu odmítl, může dojít k naplnění znaků skutkové podstaty trestného činu vraždy, případně zabití, jestliže byl lékař dle §112

⁸³ CÍSAŘOVÁ, Dagmar a SOVOVÁ, Olga. 2004, op. cit. s. 104.

⁸⁴ WILLIAMS, J. R. Medical Ethics Manual. *World Medical Association*. 2005, s. 134.

⁸⁵ World Medical Association's Declaration on Terminal Illness, říjen 2006.

tr. z. povinen konat.⁸⁶ Dalším možným výkladem pasivní euthanasie je neposkytnutí další péče na žádost pacienta, zejména v případech, kdy se další léčba jeví jako marná. Pacient je oprávněn kdykoli odmítnout zdravotnické služby s tím, že na sebe bere veškerou odpovědnost za důsledky plynoucí z tohoto odmítnutí.⁸⁷

Pasivní euthanasie je oproti té aktivní v mnoha právních řádech tolerována. Může mít více forem, a to nezahájení život udržující léčby (*withholding medical treatment*) nebo upuštění či přerušování život udržující léčby (*withdrawing medical treatment*). Lékař může nezahájit nebo upustit od takové léčby, jestliže pacient vyslovil nesouhlas s další léčbou nebo svůj souhlas odvolal. Jestliže pacient sám platně odmítne další léčbu, lékař nemá právo ji poskytnout nebo v ní pokračovat proti jeho vůli, i kdyby to znamenalo smrt.

K ukončení léčby může dojít také, je-li další léčba tzv. marná, futilní a pro pacienta už nemá žádný přínos, pouze jej neúměrně zatěžuje. Po ukončení kurativní léčby následuje vždy nasazení léčby paliativní, tišení bolestí a mírnění symptomů nemoci. Tento postup není za těchto okolností protiprávní. Naopak je všeobecně uznáván jako postup *de lege artis* a zpravidla nebývá vůbec považován za pasivní euthanasii.⁸⁸ Paliativní léčba je vyjmenována jako uznávaný druh zdravotní péče i v zákonu o zdravotních službách, který ji definuje v § 5, odst. 2, písm. h) jako „*péči, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyléčitelnou nemocí.*“ Z toho lze dovodit, že v určitých případech lze přejít z léčby kurativní na léčbu paliativní a bude se jednat o postup *de lege artis*. Takový postup by měl být předmětem rozhodnutí celého lékařského týmu a pokud možno i rodiny a osob blízkých pacienta, dále by měl být dostatečně důkazně podpořen a odůvodněn ve zdravotnické dokumentaci.⁸⁹

Další dělení euthanasie je podle úmyslu konajícího na přímou a nepřímou. O přímou euthanasie se jedná, je-li lékařovým přímým úmyslem pacienta usmrtit. Nepřímá euthanasie je vedlejším následkem podávání léčiv k utlumení bolesti smrtelně nemocnému pacientovi. Při nepřímé euthanasii není lékařovým úmyslem pacienta usmrtit, je to ale

⁸⁶ MACH, Jan a STOLÍNOVÁ Jitka. 2010, op. cit. s. 256.

⁸⁷ CÍSAŘOVÁ, Dagmar a SOVOVÁ, Olga. 2004, op. cit. s. 102.

⁸⁸ Např. MACH, Jan a STOLÍNOVÁ Jitka. 2010, op. cit. s. 260 nebo DOLEŽAL, Adam. 2017. op. cit. s. 25.

⁸⁹ DOLEŽAL, Adam. 2017, op. cit. s. 229.

vedlejšíím následkem péče. Primárním cílem je odstranění bolesti, nicméně vedlejšíím účinkem může být zkrácení života. Tento postup je považován zcela za postup lege artis a v souladu s právním řádem. I když by bylo možné uvažovat o naplnění znaků skutkové podstaty trestného činu, chybí nám v tomto případě protiprávnost a také dostatečná příčinná souvislost mezi jednáním a následkem, protože smrt by v krátkém časovém horizontu nastala tak jako tak. Pacient má nicméně vždy právo tišící prostředky odmítnout.⁹⁰

Odmítne-li pacient přímo další léčbu, není možné v ní dále pokračovat bez jeho souhlasu. Vyjádřil-li se tak v rámci svého dříve vysloveného přání a léčba už byla zahájena, je situace složitější (o tom podrobněji dále).

Eticky velmi složité jsou situace pacientů s apalickým syndromem, kteří nejsou v terminálním stádiu nemoci, ani netrpí bolestmi, přesto je velmi sporná prospěšnost další léčby, ať už existuje jejich dříve vyslovená vůle či nikoli. V tomto stavu může pacient přežívat dlouhé roky, aniž by byl schopen se nějakým způsobem projevit nebo vnímat své okolí. Nejde o stav nesnesitelného utrpení, který by ospravedlňoval jeho ukončení, tím důvodem je zde spíše bezúčelnost prodlužování nevratného stavu.⁹¹ Zahraniční soudy včetně Evropského soudu pro lidská práva ve Štrasburku se těmito případy již několikrát zabývaly a docházely k různým závěrům. Otázka, kterou si soudy kladly, zněla, zda je odpojení takového pacienta od přístrojů konáním nebo opomenutím, tedy aktivním nebo pasivním způsobem smrti a zda je právně a eticky přípustné k němu za daných podmínek přistoupit. Pacienti v těchto sporech téměř nikdy neseptali dříve vyslovené přání týkajícího se tohoto stavu. Existovala jen svědectví blízkých osob o jejich dřívějším ústním vyjádření a domněnky, jaká by byla jejich vůle. Přesto v mnoha případech soudy uznaly platnost ústně vyjádřených přání pacientů nebo svůj závěr založily na jejich nejlepším zájmu a konstatovaly zákonnost ukončení jejich léčby. V České republice takový spor před soudem zatím řešen nebyl, proto můžeme jen odhadovat, jak by bylo rozhodnuto. Nicméně s ohledem na absenci jasné právní úpravy a závěry důvodové zprávy k zákonu o zdravotních službách, která odpojení od přístroje považuje za aktivní způsobení smrti, se přípustnost odpojení jeví spíše jako nepravděpodobná.

⁹⁰ ŠUSTEK, Petr a HOLČAPEK, Tomáš. 2016, op. cit. s. 171.

⁹¹ CÍSAŘOVÁ, Dagmar a SOVOVÁ, Olga. 2004, op. cit. s. 125.

1.6.1. Návrh zákona o důstojné smrti

V roce 2008 předložila senátorka Domšová návrh zákona o důstojné smrti, který ale nebyl nikdy Senátem přijat.⁹² V roce 2016 předložila téměř shodný návrh skupina poslanců. Ani v jednom případě si návrh nezískal širší podporu a nebyl schválen. S návrhem zákona vyjádřila nesouhlas jak Vláda ČR, tak i Etická komise Ministerstva zdravotnictví.

I když zákon používá termín „důstojná smrt“, jeho účelem byla po splnění stanovených podmínek legalizace aktivní euthanasie a asistované sebevraždy uskutečněné výlučně lékařem. Zákon uvádí jako preferovanou alternativu pomoc k sebevraždě, která bývá považována za méně eticky kontroverzní. Po splnění podmínek však bylo dle zákona možné přistoupit i k aktivní euthanasii. Forma usmrcení nebyla zákonem stanovena, zřejmě by se jednalo o podání smrtící dávky léků. Možnost ukončení života na žádost byla určena pro pacienty v situaci, kdy je jejich zdravotní stav beznadějný a kdy se nachází ve stavu trvalého utrpení fyzického nebo psychického, které je výsledkem nahodilé nebo dlouhodobé, závažné a nevléčitelné nemoci.⁹³ Zároveň musí ošetřující lékař nabýt přesvědčení, že neexistuje žádné jiné rozumné řešení situace.⁹⁴

Návrh zákona o důstojné smrti byl z mnoha důvodů kritizován. Jeho vytýkaným nedostatkem byla naprostá nesystémovost a nepropracovanost. Poslanecký návrh byl zjevně inspirován belgickou úpravou. Na rozdíl od Belgie však postrádal předchozí širší a propracovanější společenskou diskuzi na toto téma, která by mohla přijetí zákona napomoci. V situaci absence společenské diskuze o takto závažném tématu a kdy v českém právním řádu neexistuje ani privilegovaná skutková podstata trestného činu usmrcení na žádost, se legalizace euthanasie jeví jako zcela nepřiměřená. V případě, že by nedošlo ke splnění všech zákonných požadavků, by se lékař zřejmě dopustil trestného činu vraždy.

Důvodová zpráva zákona odkazuje na zahraniční právní úpravy, kde již dospěli k legalizaci euthanasie a jako příklad uvádí Nizozemsko, Belgie a Oregon. Jak bylo několikrát podotknuto, v Oregonu dospěli pouze k dekriminální pomoci k sebevraždě,

⁹² Dostupné na: http://www.senat.cz/xqw/xervlet/pssenat/webNahled?id_doc=47525&id_var=40369.

⁹³ Srov. § 7, odst. 1 návrhu zákona o důstojné smrti.

⁹⁴ Srov. § 8, písm. b) návrhu zákona o důstojné smrti.

nikoli aktivní euthanasii a země Beneluxu představují v té době úplný výčet zemí, kde je aktivní euthanasie legální, nikoli výčet příkladný, jak zpráva uvádí.⁹⁵ Důvodová zpráva se podle všeho pokouší navodit dojem, že jde v zahraničí o běžnou praxi, a proto by bylo vhodné uzákonit tento postup i u nás. Tento důvod pro uzákonění tak závažného etického a právního problému nepovažují za rozhodující.

Dalším kritizovaným bodem byla nepropracovanost předpisu, který bez dalších omezení odkazuje na prováděcí předpisy. Takto závažné otázky by tedy byly bez přesně vytyčených zákonných mezí upraveny pouze podzákonným předpisem. Zákon neuvádí, jakým způsobem by důstojná smrt probíhala, pravděpodobně podáním smrtelné dávky léku. Dál jsou zde neurčité pojmy, které zákon dále nevynezuje, např. „beznadějný zdravotní stav“, „nahodilá nemoc“ a další.

Jako velmi problematické vidím zavedení možnosti požádat o usmrcení předem.⁹⁶ Zákodárce patrně myslel na formu dříve vyslovených přání. Tento krok považují za zcela neuvážený. V současné době lze o aktivní euthanasii požádat prostřednictvím dříve vysloveného přání pouze v Belgii a Nizozemí. V České republice je s přihlédnutím k důvodové zprávě k zákonu o zdravotních službách velmi sporné, zda lze dopředu požádat o odpojení od přístrojů, což je v mnohých právních řádech považováno za tolerovanou pasivní euthanasii. Návrh zákona o důstojné smrti nejenže tento problém neřeší, ale dokonce jde tak daleko, že přistupuje k legalizaci aktivní euthanasie na předchozí žádost pacienta v bezvědomí.

Jak se vyjádřil předseda Etické komise Ministerstva zdravotnictví, v současné situaci, kdy není stále plně zajištěna přístupnost všech občanů k efektivní paliativní péči, v situaci podfinancování zdravotnictví a úbytku odborného zdravotnického personálu, se přijetí podobného předpisu jeví jako velmi rizikové z hlediska možného zneužití aktivní euthanasie.⁹⁷

⁹⁵ Např. ŠIPR, Květoslav. *K návrhu legalizace eutanazie v České republice*, dostupné online na: <http://bioetika.cz/clanky/2008-1-2-eutanazie.pdf>.

⁹⁶ Srov. § 3 a 11 návrhu zákona o důstojné smrti.

⁹⁷ Stanovisko Etické komise Ministerstva zdravotnictví České republiky se zněním návrhu zákona „O důstojné smrti“.

Primárně by se v oblasti euthanasie mělo přistoupit k iniciování široké společenské, odborné a politické diskuze k tomuto tématu. Přijetí právního předpisu, který tímto způsobem řeší tak závažné téma by byl naprosto nesystémový a předčasný krok. Jako první opatření by bylo vhodné přijetí privilegované skutkové podstaty trestného činu usmrcení na žádost, která v našem trestním zákoníku stále chybí. Dále tu máme další závažná témata, která v Česku dosud nebyla uspokojivě vyjasněna. Jedná se o problémy dříve vyslovených přání, odpojení od přístrojů, ukončení marné léčby a dalších témata, která byla v zahraničí předmětem společenské diskuze i soudních rozhodnutí, ačkoli tam aktivní euthanasie povolena nebyla (např. Německo, Francie, Velká Británie). Je zřejmé, že legalizace jakékoli formy aktivní euthanasie není v naší společnosti na pořadu dne, pokud k němu vůbec kdy dojde a není správným krokem přijímat bez uvážení zákony, které zdaleka překračují přirozený společenský vývoj.

2. Trestní odpovědnost právnických osob

V roce 2011 byl přijat nový zákon č. 418/2011 Sb. o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim (dále jen „**TOPO**“). S účinností od 1.1.2012 zavedl nový druh trestní odpovědnosti pro právnické osoby. Toto téma bylo v českém právním prostředí dlouho diskutované a ze strany mezinárodních organizací a dalších států bylo už delší dobu vyžadováno přijetí právní úpravy sankcionování právnických osob. Tento předpis je zákonem speciálním a nestanoví-li jinak, použije se subsidiárně trestní zákoník. Avšak i přijatá úprava byla z několika důvodů kritizovaná, zejména kvůli nedostatečnému a nesystematickému výčtu trestných činů. Trestné činy, kterých se může dopustit právnická osoba, byly původně stanovené taxativním pozitivním výčtem, mezi nimiž chyběly všechny trestné činy proti životu a zdraví a další trestné činy majetkové a hospodářské. Z toho důvodu téměř nepřipadalo v úvahu trestní stíhání právnických osob při poskytování zdravotní péče.⁹⁸

V zahraničních právních řádech se setkáváme s různými postoji. V Belgii a Rakousku byl zvolen opačný přístup, kdy je právnická osoba trestně odpovědná za stejné činy jako fyzické osoby, nevyklučuje-li to jejich povaha. Podobný přístup jako Česká

⁹⁸ JELÍNEK, J. a kol. 2016, op. cit. s. 370.

republika zvolila původně i Francie v roce 1994. Francouzský zákonodárce zakotvil výčet trestných činů, za něž jsou právnické osoby odpovědné. V roce 2004 došlo k zásadní změně, kdy se toto omezení zrušilo a právnické osoby jsou (s určitými výjimkami) odpovědné stejně jako fyzické osoby.⁹⁹

2.1. Teoretická východiska trestní odpovědnosti právnických osob

Nový zákon o trestní odpovědnosti přijal úpravu tzv. pravé trestní odpovědnosti právnických osob. To znamená že úprava trestní odpovědnosti je obsažena v trestním zákoně nebo ve zvláštním zákoně o trestní odpovědnosti právnických osob, jejich odpovědnost je projednávána v trestním řízení, ve kterém jsou jim ukládány sankce. Trestní odpovědnost právnických osob je postavena na roveň odpovědnosti fyzických osob, s nutnými odlišnostmi vyplývajícími z povahy subjektu. Na rozdíl od nepravé trestní odpovědnosti je možné odsoudit právnickou osobu po splnění dalších podmínek, i když se nepodaří prokázat, která konkrétní fyzická osoba čin spáchala. Při nepravé trestní odpovědnosti, která je uplatňována například na Slovensku se sankce svou podobou podobají ochranným opatřením.¹⁰⁰

TOPO také zavedl do trestního práva novou zásadu souběžné nezávislé odpovědnosti fyzických a právnických osob. Mezi trestní odpovědností fyzické a právnické osoby neexistuje vztah závislosti, obě existují samostatně. Za jeden trestný čin lze odsoudit zároveň fyzickou i právnickou osobu souběžně. Další novou zásadou, která se uplatní pouze u právnických osob je zásada přechodu trestní odpovědnosti na právního nástupce právnické osoby.¹⁰¹

2.2. Předpoklady vzniku trestní odpovědnosti

TOPO neobsahuje definici trestného činu, použije se tedy subsidiárně § 13, odst. 1 tr. z. Předpoklady vzniku trestní odpovědnosti jsou stanoveny v § 8 TOPO. Základem je protiprávní jednání spáchané některou z vyjmenovaných fyzických osob, jednání musí být

⁹⁹ Vláda: Důvodová zpráva k zákonu č. 183/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim, ve znění pozdějších předpisů 183/2016, č. 183/2016 Dz.

¹⁰⁰ ŠÁMAL a kol. 2012, op. cit. s. 33.

¹⁰¹ Srov. § 10 zák. č. 418/2011 Sb. o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim.

učiněno v zájmu právnické osoby nebo v rámci její činnosti (původní úprava obsahovala ještě alternativu jednání jménem právnické osoby) a toto jednání musí být právnické osobě přiřitatelné.¹⁰² Trestní odpovědnost právnických osob je založená na tzv. přiřitatelnosti, která v podstatě představuje zvláštní odpovědnost za zavinění, odlišnou od koncepce zavinění fyzických osob.¹⁰³ Tento koncept je v souladu v pojetím právnické osoby v českém právním řádu, který vychází z tzv. teorie fikce. Právnická osoba je považována za umělý útvar, který je na základě zákona nositelem právní osobnosti a svéprávnosti a jehož vůle je utvářena vůlí fyzických osob, které za ni jednají.¹⁰⁴

§ 6 TOPO stanovuje vyloučení trestní odpovědnosti pro Českou republiku a územní samosprávné celky. Nicméně dodává, že jejich majetková účast na jiné právnické osobě nevyklučuje uplatnění trestní odpovědnosti této právnické osoby. V rámci zdravotnictví tak trestní odpovědnost hrozí všem poskytovatelům, ať už se jedná o soukromé subjekty nebo subjekty zřízené státem či krajem.

Protiprávnost jednání se stejně jako u fyzických osob vztahuje k právnímu řádu jako celku. Co se týče právnických osob ve zdravotnictví, bude se jednat zejména o postup *non lege artis* a dále porušování zvláštních právních předpisů jako zákon o zdravotních službách, zákon o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a další.

Druhou podmínkou je jednání vyjmenovaných fyzických osob v rámci činnosti právnické osoby nebo v jejím zájmu. Těmito osobami jsou za všech okolností statutární orgán, osoba vykonávající řídicí nebo kontrolní činnost, rozhodující vliv na řízení anebo zaměstnanec. Jednání zaměstnance je právnické osobě přiřitatelné pouze, jedná-li při

¹⁰² ŠÁMAL a kol. 2012, op. cit. s. 160.

¹⁰³ Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 27. 9. 2016, sp. zn. 8 Tdo 972/2016.

¹⁰⁴ HURDÍK, Jan. § 20 [Právnická osoba]. In: BÍLKOVÁ, Jana, ČERNÝ, Michal, ČUHELOVÁ, Kateřina, DAVID, Ludvík, DÁVID, Radovan, DOBROVOLNÁ, Eva, FOJTÍK, Lumír, HANDLAR, Jiří, HAVLAN, Petr, HOLEJŠOVSKÝ, Josef, HORECKÝ, Jan, HULMÁK, Milan, HURDÍK, Jan, HRDLIČKA, Miloslav, KOUKAL, Pavel, LASÁK, Jan, LAVICKÝ, Petr, LAZÍKOVÁ, Jarmila, LEBEDA, Martin, PODIVÍNOVÁ, Martina Kuloglija, PONDIKASOVÁ, Tereza, RONOVSÁ, Kateřina, RUBAN, Radek, ŠEVČEK, Marek, TŮMA, Pavel, VÍTEK, Jindřich. *Občanský zákoník I. Obecná část* (§ 1–654). 1. vydání. Praha: Nakladatelství C. H. Beck, 2014, s. 153.

plnění pracovních úkolů na podkladě rozhodnutí, schválení nebo pokynu orgánů právnické osoby nebo osob uvedených v odstavci 1 písm. a) až c) anebo proto, že orgány právnické osoby nebo osoby uvedené v odstavci 1 písm. a) až c) neprovedly taková opatření, která měly provést podle jiného právního předpisu nebo která po nich lze spravedlivě požadovat, zejména neprovedly povinnou nebo potřebnou kontrolu nad činností zaměstnanců nebo jiných osob, jimž jsou nadřizeny, anebo neučinily nezbytná opatření k zamezení nebo odvrácení následků spáchaného trestného činu.¹⁰⁵ Ze strany právnické osoby se bude jednat o trestný čin, jestliže zanedbala určitou povinnou kontrolu nad zaměstnanci a neučinila potřebná opatření. Ty jsou ukládány zvláštními právními předpisy, např. o hygieně práce, organizace práce, zákon o zdravotních službách a může se jednat o organizační opatření, vnitřní předpisy, stav zaměstnanců na pracovišti a další.

Novelou s účinností k 1. 12. 2016 došlo ke změně § 7, obsahující pozitivní výčet trestných činů, kterých se právnická osoba může dopustit. Novela tento výčet změnila na negativní, což znamená, že § 7 nadále vyjmenovává trestné činy, kterých se právnická osoba nemůže dopustit. Nově pro ni připadají v úvahu i trestné činy proti životu a zdraví s výjimkou trestného činu zabití, vražda novorozeného dítěte matkou a účast na sebevraždě. Rozšíření výčtu o trestné činy z Hlavy I. je rozhodující zejména pro oblast zdravotnického práva a možného postihu poskytovatelů místo nebo vedle zdravotníků.

Forma zavinění právnické osoby se posuzuje podle formy zavinění fyzické osoby, jejíž jednání naplnilo znaky trestného činu. K formě zavinění se vyjádřil i Nejvyšší soud: *„Zavinění právnické osoby ve vztahu k některému z trestných činů je třeba odvozovat od zavinění fyzické osoby, která při páčání trestného činu jednala jménem právnické osoby nebo v jejím zájmu nebo v rámci její činnosti ve smyslu, nikoliv od zavinění fyzické osoby oprávněně činit v řízení úkony za právnickou osobu, jde-li o odlišné fyzické osoby.“¹⁰⁶*

Novela z roku 2016 přinesla další významnou změnu, a to možnost právnické osoby zprostit se trestní odpovědnosti. Byl přidán odstavec pátý, který stanovuje podmínku vyvinění jako vynaložení veškerého úsilí, které na právnické osobě bylo možno spravedlivě

¹⁰⁵ Srov. § 8, odst. 2, písm. b) zák. č. 418/2011 Sb. o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim.

¹⁰⁶ Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 24. 11. 2015, sp. zn. 8 Tdo 627/2015-43.

požadovat, aby spáchání protiprávního činu osobami uvedenými v odstavci 1 zabránila.¹⁰⁷ Zavedení této možnosti vyvinění je kritizováno jako příliš široké a na případné vyvinění by měly být kladeny přísné nároky. Právnická osoba a její vedení bude muset prokázat, že postupovala proti trestné činnosti preventivně, vydáváním vnitřních směrnic a předpisů, ale i uskutečňovala kontrolu jejich dodržování a v případě nedostatků vhodně reagovala za účelem odstranění následku. Toto ustanovení by mělo vyvinít právnickou osobu z jednání osob, která jsou zřejmým excesem.¹⁰⁸

2.3. Trestné činy poskytovatelů zdravotnických služeb

Před novelou z roku 2016 přicházely v úvahu pro právnické osoby jako poskytovatele zdravotních služeb trestné činy pouze nepřímo související s poskytováním zdravotních služeb. Jednalo se o trestné činy majetkové, např. podvod (§ 209 tr. z.), trestné činy daňové nebo některé trestné činy hospodářské či úplatkářství.

Po novele, která rozšířila počet stíhaných trestných činů přicházejí v úvahu i trestné činy přímo související se zdravotními službami, proti životu a zdraví, s výjimkou privilegovaných skutkových podstat proti životu. Poskytovatel zdravotních služeb může být stíhán zejména za trestné činy nedbalostní proti životu a zdraví. Trestné činy úmyslné nemusejí být vždy poskytovateli přičitatelné, protože v rámci zdravotnictví se jedná většinou o excesy zaměstnanců. I tato alternativa však přichází v úvahu.

Jako pravděpodobné případy trestního postihu se tak jeví spáchání trestných činů z důvodu nedostatečného dodržování bezpečnostních nebo hygienických předpisů, nedostatečného materiálního vybavení zdravotnického zařízení, nebo odmítnutí přijetí pacienta od zdravotnické záchranné služby z důvodu přeplnění kapacit. Tyto případy se bohužel stávají a nejsou ojedinělé, zejména v Praze a velkých městech, přestože nelze odmítnout pacienta v akutním stavu.¹⁰⁹ Další případnou situací může být nedostatečná organizace práce spočívající v podstavu zaměstnanců a nucení k práci přesčas nebo

¹⁰⁷ Srov. § 8, odst. 5 zák. č. 418/2011 Sb. o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim.

¹⁰⁸ ŠÁMAL, Pavel. K trestní odpovědnosti právnických osob po novele provedené zákonem č. 183/2016 Sb.. *Trestněprávní revue*. 2016, č. 11-12, s. 247-253.

¹⁰⁹ Mezi známé případy patří nepřijetí rodičí pacientky v nemocnici na Bulovce v roce 2010, která následně porodila v sanitce, nebo případ z Brna z roku 2016, který měl bohužel fatální konec a pacient v důsledku nepřijetí nemocnicí umírá.

nedostatečnému dohledu specializovaných lékařů nad lékaři začínajícími. Ve všech těchto případech bude nutné splnit podmínky přičitatelnosti jednání stanovené v § 8 TOPO.

3. Teoretická východiska informovaného souhlasu pacienta

Jak již bylo zmíněno v úvodu práce, zdravotnické právo je obor multidisciplinární a dopadají na něj ustanovení práva trestního, správního a ve velké míře také občanského. Při uplatňování trestněprávních předpisů je nutné vycházet z institutů občanského práva. Samotný vztah mezi lékařem a pacientem vychází z předpisů občanského práva, konkrétně ustanovení občanského zákoníku o smlouvě o péči o zdraví.¹¹⁰ Dalšími základními instituty, které jsou předpokladem i pro trestní odpovědnost a vycházejí z občanského práva, jsou například úprava právní osobnosti, svéprávnosti a další práva a povinnosti poskytovatelů zdravotních služeb a pacientů. Občanský zákoník je subsidiárním předpisem vůči zákonu o zdravotních službách a zpravidla se uplatní, nestanoví-li zvláštní předpis jinak. Z předpisů občanského práva je třeba vycházet i při výkladu práv pacientů a zdravotnických pracovníků vznikajících při poskytování zdravotní péče a souvisejících institutů medicínského práva. V dalších kapitolách se budu věnovat dříve vysloveným přáním, které byly do našeho právního řádu zavedeny teprve nedávno a které pro své komplexní pochopení s ohledem na svou interdisciplinaritu vyžadují výklad norem několika právních oborů. Nejdříve se budu zabývat přiblížením samotného vztahu mezi lékařem a pacientem, který je pro celou problematiku klíčový.

Vztah pacienta a lékaře je vztahem velmi specifickým a během posledních desetiletí dostal mnoha proměn. Až do nedávné doby se vyznačoval tzv. paternalismem. Tato vlastnost vystihuje odbornou převahu lékaře ve vztahu nad pacientem. Lékař je v lékařské vědě odborníkem, rozhoduje o dalším postupu v léčbě a na něm také záleží, jaké informace pacientovi poskytne a jakým způsobem. Lékař by měl za všech okolností postupovat a rozhodovat v nejlepším zájmu pacienta. Paternalistický vztah mezi lékařem a pacientem lze připodobnit ke vztahu mezi rodičem a dítětem, kdy rodič samostatně

¹¹⁰ § 2636 a násl. zákona č. 89/2012 Sb. občanský zákoník.

rozhoduje o zájmech dítěte a dítě mu naslouchá a poslouchá jeho pokynů na základě vzájemné důvěry.¹¹¹

V posledních desetiletích došlo k velké proměně jeho povahy a z paternalistického charakteru se postupně vyvinul vztah blízký se nehierarchickému partnerství. Tento nový vztah se vyznačuje zejména posílením autonomie pacienta, důrazem na jeho svobodnou vůli a jeho individuální odpovědnost.¹¹²

3.1. Informovaný souhlas

Za jedno ze základních práv pacienta je považováno právo se svobodně rozhodnout, zda konkrétní zákrok nebo léčbu podstoupí, a to na základě informací a poučení o jeho zdravotním stavu. Podmínkou uplatnění práva je tedy poskytnutí dostatečných informací ohledně zdravotního stavu, navrhované léčby a jejích alternativách a případných rizicích.

Právo na informovaný souhlas vyplývá z ústavního pořádku České republiky, konkrétně pak z práva na nedotknutelnost osoby a jejího soukromí, práva na osobní svobodu a lidskou důstojnost garantované Listinou základních práv a svobod. Výslovně je právo na informovaný souhlas zakotveno v Úmluvě o biomedicíně. Ta ve svém čl. 5 uvádí, že *„jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je nutno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích.“*

Informovaný souhlas byl do českého právního řádu zaveden v rámci zákona č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu. Jeho četné novelizace z 90. let zavedly do našeho právního řádu povinnost lékařů pacienta (příp. jeho členy rodiny) vhodným způsobem poučit a provádět léčebné výkony s jeho souhlasem.¹¹³ Dnes je tento institut v českém právním řádě dále konkretizován v občanském zákoníku a dále v zákoně o zdravotních službách. Ten ve svém § 28 uvádí: *„Zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem, nestanoví-li tento zákon jinak.“* Další

¹¹¹ POVOLNÁ, Michaela. Právní rádce pro pracovníky ve zdravotnictví a klienty zdravotních pojišťoven. Praha: ALFOM, 2017, s. 13-14.

¹¹² POVOLNÁ, Michaela. 2017, op. cit. s. 15

¹¹³ TĚŠINOVÁ, Jolana, ŽDÁREK, Roman a POLICAR Radek. 2011, op. cit. s. 37

podmínky pro udělení souhlasu a výjimky, kdy lze provádět zdravotnické úkony bez souhlasu, jsou stanoveny v § 34 a následujících.

Informovaný souhlas je základním právním důvodem poskytování zdravotních služeb a zásahu do pacientovy tělesné integrity. Bez udělení takového souhlasu by neměly být zdravotnické úkony až na výjimky vůbec provedeny.¹¹⁴

Právní institut informovaného souhlasu se skládá ze dvou částí. Prvním prvkem a podmínkou jeho platnosti je poučení pacienta. Pacient musí být jako laik dostatečně a srozumitelně poučen, aby byl schopný se rozhodnout o navrhované léčbě. Poučení by mělo obsahovat informace jednak o jeho zdravotním stavu a jednak o navrhované léčbě či zákroku, zejména o jeho účelu, povaze, důsledcích i rizicích, případně i o dalších alternativách léčby. Pacienta by měl poučit ošetřující zdravotnický pracovník způsobilý k poskytování zdravotních služeb, kterých se podání informace týká. To znamená, že ohledně některých úkonů může provést poučení i např. zdravotní sestra, pokud spadají do její kompetence.¹¹⁵

Druhou částí institutu je sám souhlas jako projev vůle. Ten musí být projevem svobodně, bez jakéhokoli fyzického či psychického nátlaku a musí splňovat obecné náležitosti platného právního jednání podle občanského zákoníku. Co se týče formy souhlasu, může být souhlas projevem libovolně, tedy ústně, písemně nebo i konkludentně pacientovým chováním. Pouze pro určité zákroky zákon předepisuje formu písemnou. Zákon o zdravotních službách je v tomto poměrně obecný a mimo souhlas s hospitalizací odkazuje na jiný právní předpis. Za tento jiný právní předpis může být považován i občanský zákoník, který výčet značně rozšiřuje, když v § 96 odst. 1 uvádí, že „*souhlas musí být udělen písemně pro zásah do integrity, má-li být oddělena část těla, která se již neobnoví.*“ Podle Šusteka může takové oddělení části těla představovat třeba i vytržení zubu.¹¹⁶ Naopak autoři Komentáře k občanskému zákoníku se přiklánějí k názoru, že tuto výjimku z bezformálnosti souhlasu je potřeba vykládat restriktivně a mělo by se tudíž

¹¹⁴ ŠUSTEK, Petr a HOLČAPEK, Tomáš. 2016, op. cit. s. 72

¹¹⁵ ŠUSTEK, Petr a HOLČAPEK, Tomáš. 2016, op. cit. s. 77.

¹¹⁶ ŠUSTEK, Petr a HOLČAPEK, Tomáš. 2016, op. cit. s. 81; DOLEŽAL, Tomáš. Poskytování zdravotních služeb po nabytí účinnosti nového občanského zákoníku. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2013, č. 2, s. 34-44.

jednat spíše o zákroky zanechávající podstatnější zdravotní následky. V případě oddělení jiných částí těla jako vytržení zubu, které tak významné následky nezanechávají se jeví požadavek písemné formy jako nepřiměřený.¹¹⁷ Mnohá zdravotnická zařízení si nechávají vystavit souhlas v písemné formě i v případech, kdy to není ze zákona nutné. Je to určitě správný postup, zejména s ohledem na případný budoucí spor a nutnost důkazních prostředků, ale také z důvodu nejednotného právního názoru odborné společnosti k tomuto problému. Mimo občanský zákoník jsou další případy stanovené zákonem o specifických zdravotních službách, transplantacním zákonem nebo zákonem o umělém přerušování těhotenství.

Existují i výjimky, kdy souhlas udělen být nemusí. Tyto výjimky upravuje zákon o zdravotních službách v § 38 a jde o stavy nouze, kdy pacient není objektivně schopen vyslovit souhlas a jeho zdravotní stav vyžaduje poskytnutí neodkladné péče. Potom je zdravotnický pracovník oprávněn, a dokonce i povinen vykonat zákrok i bez souhlasu. Dalšími případy může být hospitalizace pacienta, který ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy nebo je pod vlivem návykové látky¹¹⁸ nebo podle zákona o veřejném zdraví pacient, který se nakazil nebezpečnou nakažlivou chorobou.¹¹⁹

3.2. Odvolání souhlasu a negativní revers

Pacient je oprávněn svůj souhlas kdykoli odvolat, i po započítí léčebného zákroku. Toto odvolání lze provést libovolně, bez ohledu formu, v níž byl proveden původní souhlas. O odvolání souhlasu musí být učiněn písemný záznam do zdravotnické dokumentace, který podepíše pacient a zdravotnický pracovník.¹²⁰ V takovém případě je lékař povinen léčbu ukončit, s výjimkou případů, kdy už bylo započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení

¹¹⁷ BÍLKOVÁ, Jana, a kol. 2014, op. cit. s. 565.

¹¹⁸ Ust. § 38 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách.

¹¹⁹ Ust. § 53 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví.

¹²⁰ Srov. §34, odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách.

života pacienta¹²¹ nebo když existuje zákonná povinnost lékaře provést zdravotní úkon (např. zabránit šíření infekčního onemocnění podle zákona o veřejném zdraví).

Opakem informovaného souhlasu je informovaný nesouhlas označovaný jako negativní revers. Pacient má právo se rozhodnout konkrétní léčbu nepodstoupit a zákrok odmítnout. Tento princip vychází z práva na sebeurčení a autonomie vůle člověka a byl potvrzen i judikaturou Ústavního soudu. Ten ve svém nálezu z roku 2001 uvedl: „Z ústavního principu nedotknutelnosti integrity osobnosti vyplývá zásada svobodného rozhodování v otázkách péče o vlastní zdraví; proto při aplikaci ustanovení umožňujících ve vyjmenovaných případech určité lékařské výkony či vyšetření provést i bez výslovného souhlasu občana (pacienta) je nutné šetřit podstatu této svobody a postupovat s maximální zdrženlivostí. Diagnóza není více než právo.“¹²² Odmítnutí péče pacientem musí být respektováno a lékaře nelze právně postihnout za neposkytnutí péče, kterou svéprávný pacient odmítl. Bývá dovozováno, že odmítnutím další péče zaniká povinnost lékaře léčit a ten nemůže být právně odpovědný za škodu na zdraví nebo smrt, i když existuje příčinný vztah mezi neposkytnutím léčby a následkem.¹²³

Český právní řád nepřipouští svolení k zásahu do vlastního života, tedy euthanasii a považuje ji za vraždu. Odmítnutí péče pacientem však nelze ztotožňovat se svolením k usmrcení, byť v jeho důsledku může dojít ke zkrácení života nebo i úmrtí.

Na rozdíl od souhlasu musí odmítnutí péče splňovat určitá formální kritéria platnosti stanovená zákonem. Zákon o zdravotních službách v § 34, odst. 3 stanoví, že pacient, který odmítá vyslovit souhlas musí být opakovaně poučen o svém zdravotním stavu a zejména o rizicích, která hrozí v případě nepodstoupení léčby. Následně je vyhotoven písemný záznam, který by měl obsahovat toto poučení a prohlášení pacienta o odmítnutí lékařské péče. Jestliže pacient odmítá tento záznam podepsat, vyhotoví se o tom záznam podepsaný zdravotnickým pracovníkem a svědkem podle § 34, odst. 5 zákona o zdravotních službách.

¹²¹ Srov. §34, odst. 4 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách.

¹²² Nález Ústavního soudu ze dne 18. 5. 2000, sp. zn. IV. ÚS 639/2000

¹²³ KREJČÍKOVÁ, Helena. 2014. op. cit. s. 29.

4. Dříve vyslovená přání

Formou práva na informovaný souhlas nebo nesouhlas jsou i dříve vyslovená přání. Tento institut směřuje na situace, kdy pacient není schopen se kvalifikovaně vyjádřit k poskytované léčbě, ať už z důvodu těžkého onemocnění či zranění nebo duševní choroby. Pro tyto případy přináší dříve vyslovené přání možnost se dopředu vyslovit, jak má být v předvídaných situacích postupováno a vyslovit pro tyto případy s určitými zákroky souhlas či je odmítnout (v angloamerickém právu označováno jako *living will* či *advanced directives*, v německém právu jako *Patientenverfügung*) Další možností je určit svého zástupce, která bude o léčbě v tomto případě rozhodovat (z anglického *substitute decision making*).¹²⁴

4.1. Koncepce a vývoj dříve vyslovených přání

Pojem dříve vysloveného přání vznikl v USA v 50. letech 20. století. Poprvé jej použil americký právník a bojovník za lidská práva Luis Kutner v souvislosti s ukončením udržující léčby pacienta ve vegetativním stavu. Institut pronikl i do judikatury Nejvyššího soudu USA v rámci případů Karen Ann Quinland (1975) a zejména pak případu Nancy Cruzan (1990), které uvedly do obecného povědomí celou problematiku dříve projevených přání. Oba případy se týkaly odpojení od přístrojů pacientek v tzv. permanentním vegetativním stavu, kdy neexistovalo jejich objektivně projevené přání ohledně další léčby. Soudy se pokusily rekonstruovat domnělou vůli pacientek, jak by se byly rozhodly za svého života o své další léčbě.¹²⁵

4.2. Aktuální úprava v českém právním řádu

Do českého právního řádu byl institut dříve vyslovených přání zaveden až v roce 2001 prostřednictvím Úmluvy o biomedicíně a to jejím čl. 9, který uvádí: „*Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání.*“ Ustanovení bylo provedeno až zákonem o zdravotních službách, který nabyl účinnosti 1. 4. 2012. Do té doby neexistoval žádný předpis, který by stanovil bližší podmínky pro jeho použití.

¹²⁴ MATĚJEK, Jaromír. *Dříve projevená přání pacientů: výhody a rizika*. Praha: Galén, 2011, s. 14.

¹²⁵ CÍSAŘOVÁ, Dagmar. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi*. monografie. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010, s. 12.

Zákon o zdravotních službách upravuje dříve vyslovené přání v § 36 a částečně přebírá znění Úmluvy tím, že stanoví, že „*poskytovatel bude brát zřetel na dříve vyslovená přání pacienta*“. Znění zákona naznačuje, že závaznost dříve vysloveného přání není absolutní a takové přání bude pouze bráno v potaz. Vezmeme-li však v úvahu, že dříve vyslovené přání je modifikací práva na informovaný souhlas a odmítnutí léčby pacientem je pro lékaře závazné, mělo by se i na dříve vyslovené přání nahlížet jako na závazný pokyn, splňuje-li všechna zákonná kritéria a nepřičí-li se právnímu řádu.

4.3. Typy dříve vyslovených přání obecně

Institut dříve vysloveného přání může mít několik podob. Český právní řád upravuje zejména jeho nejpoužívanější podobu, tzv. *living will*, která představuje vyslovení souhlasu nebo odmítnutí léčby pro případy, které nastanou v budoucnosti. Částečně také upravuje druhou podobu přání, tzv. *substitute decision making*, což v České republice reprezentuje zástupný souhlas třetí osoby nebo osoby blízké.

4.3.1. Living will

Angloamerický právní termín *living will* představuje českou formu právního institutu dříve vysloveného přání. Jedná se o dopředu projevenou vůli pacienta, předepsanou formou, ohledně budoucí léčby či zákroku pro případy, kdy pacient nebude ve stavu způsobilém k vyslovení souhlasu. Takové přání se může vztahovat buď k určitému konkrétnímu zákroku nebo i veškeré zdravotní péči. Pacient může dopředu formulovat přání určitou léčbu podstoupit a jakým způsobem a vyslovit s ní dopředu souhlas nebo ji může naopak odmítnout. Může se týkat jak naléhavých případů přímo ohrožujících život pacienta (odmítnutí další život udržující léčby, zahájení kardiopulmonální resuscitace), tak i progresivně se zhoršujících duševních chorob. Pacient se tak může vyjádřit k otázkám umělého podávání výživy a tekutin, plicní ventilace, podání antibiotik v případě infekce. Dále se může dříve vyslovené přání týkat transplantací, darování orgánů, posmrtné pitvy, odmítnutí transfuze a dalších životních situací. Dříve vyslovené přání nezakládá pacientovi absolutní právo na konkrétní léčbu. Tu si nelze přát za všech situací, ani když je pacient při vědomí a požaduje ji osobně a přímo. Povinností lékaře nadále zůstává postupovat při léčbě s náležitou odbornou úrovní neboli *de lege artis*. Pokud by si přál pacient konkrétní léčbu,

kteřá by byla v rozporu s lege artis postupem, lékař by neměl brát na přání ohled. Je ale možné vybrat si jeden ze dvou postupů, jestliže jsou oba v dané situaci použitelné.¹²⁶

4.3.2. Substitute decision making

Substitute decision making je zvláštní formou plné moci, kdy pacient určí osobu, která bude oprávněna rozhodovat v určitých případech za něj. V angloamerickém právu se setkáváme v souvislosti s tímto institutem s termíny *durable power of attorney*, *health care agent*, *proxy* a další. V českém právním řádu je tento institut částečně upraven v § 33, odst.1 a § 34, odst. 7 zákona o zdravotních službách.¹²⁷ Ve srovnání se zahraničím není česká úprava tak důkladně propracovaná.

V zahraničních právních řádech lze jmenovat osobu, která bude mít plnou moc rozhodovat o léčbě pacienta, který je ve stavu, kdy není sám schopen rozhodnout nebo dát souhlas. Jmenovaný zástupce se musí řídit sepsaným přáním, ale i jinými přáními, postoji a preferencemi zastoupeného. Musí se naprosto oprostít od svých subjektivních názorů a vcítit se do toho, co si přál zastoupený pacient nebo se pokusit vyložit, co by si byl býval přál pro konkrétní situaci.¹²⁸

V angloamerickém právu se vyvinuly dva způsoby, jak je možné rozhodnout za pacienta, který se nemůže vyjádřit.

Tím prvním je tzv. standard zástupného rozhodnutí (*Substituted Judgment Standard*). Jde o to určit, co by si pacient skutečně přál, kdyby se mohl vyjádřit. K takovému rozhodnutí by se měly vzít v potaz pacientovy životní postoje, přání, a názory které vyslovil za života. Soud se v tomto případě snaží nalézt skutečnou vůli pacienta. Tento standard byl použit například při rozhodování prvních případů v USA Karen Quinlan a Nancy Cruzan.

¹²⁶ TOMEŠOVÁ, Jana. *Dříve vyslovené přání – předem vyslovený (ne)souhlas s poskytnutím léčby*. Časopis Právní prostor, ATLAS consulting spol. s r.o., 27. 7. 2016.

¹²⁷ DOLEŽAL, Adam. *Dříve vyslovená přání (advance directives)*. Právní a etické úvahy. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2017, č. 2, s. 1-15

¹²⁸ CÍSAŘOVÁ, Dagmar. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010, s. 15

Druhým přístupem je standard nejlepšího zájmu (*Best Interests Standard*). Rozhoduje se na základě toho, co je nejlepší pro pacienta. Bere se v úvahu to, co by si přála průměrná osoba v takové konkrétní situaci. Cílem je zejména zachování komfortu, absence bolesti a důstojného dožití. Tento přístup se aplikuje hlavně v případě nedostatku informací o pacientovi a nemožnosti rozhodnout podle prvního přístupu.¹²⁹ Příkladem použití přístupu nejlepšího zájmu pacienta je rozhodnutí Sněmovny Lordů Velké Británie v případě Anthonyho Blanda.

4.3.3. Values history

Values history je nejméně využívanou formou dříve vyslovených přání. Pacient formuluje svá životní přesvědčení, životní plán a hodnoty, aby pomohl v rozhodování zdravotníkům nebo jiným orgánům v případě, že již nebude schopen poskytnout souhlas sám. Toto vyjádření osobních preferencí bývá často vytvořeno jako doplněk k již vyslovenému přání (*living will*) a může sloužit jako vodítko pro případy, kdy nelze projevené přání aplikovat (např. z důvodu odlišné situace, která není přáním předvídaná) nebo slouží jako vodítko při jeho interpretaci. Směřuje tak zejména k předcházení konfliktů mezi rodinou a zdravotnickými pracovníky.¹³⁰

4.4. Formální náležitosti dříve vyslovených přání

Zákon klade na dříve vyslovená přání několik formálních požadavků. Dříve vyslovené přání může sepsat na rozdíl od poskytnutí informovaného souhlasu jen svéprávná zletilá osoba. Informovaný souhlas s léčbou může poskytnout i nezletilý, jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. V opačném případě poskytne souhlas se zdravotní péčí jeho zákonný zástupce, případně opatrovník nebo soud, nicméně názor nezletilého pacienta ohledně léčby musí být zohledněn jako faktor, jehož závažnost narůstá úměrně s jeho věkem a stupněm rozumové a volní vyspělosti. Pokud jde o pacienta s omezenou svéprávností, postupuje se obdobně, ale

¹²⁹ DOLEŽAL, Adam. 2017, opt. cit. s. 1-15

¹³⁰ DOLEŽAL, Adam. 2017, opt. cit. s. 1-15

nezohledňuje se jeho věk.¹³¹ Tento postup se však neuplatní u dříve vyslovených přání. Ty může formulovat jen zletilá, plně svéprávná osoba.

Dalším podmínkou platnosti je písemná forma přání opatřená úředně ověřeným podpisem pacienta. Součástí přání musí být písemné poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí, a to lékařem v oboru všeobecné praktické lékařství, u něhož je pacient registrován, nebo jiným ošetřujícím lékařem v oboru zdravotní péče, s nímž dříve vyslovené přání souvisí. Tato podmínka se neuplatní, jestliže pacient formuluje své přání až při přijetí do péče poskytovatelem nebo kdykoliv během hospitalizace, a to pro poskytování zdravotních služeb zajišťovaných tímto poskytovatelem. Takto vyslovené přání se zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi; záznam podepíše pacient, zdravotnický pracovník a svědek.¹³² Vyhláška o zdravotnické dokumentaci stanoví, že takový záznam musí být také doplněn o písemné poučení.¹³³

V původním znění zákona byla platnost dříve vyslovených přání omezena na 5 let. Toto ustanovení bylo od počátku kritizováno, protože tento časový úsek se jevil jako nedostatečný a následně bylo také zrušeno nálezem Ústavního soudu. Ústavní soud rozhodl na základě návrhu skupiny poslanců a uvedené časové omezení zrušil. Své rozhodnutí odůvodnil následovně: „*Není slučitelné s právem pacienta podle čl. 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, aby na jeho dříve vyslovené přání nemohl být brán zřetel jen v důsledku uplynutí zákonem stanovené doby jeho platnosti, pokud tento pacient nebude mít současně skutečnou možnost toto přání svým projevem vůle obnovit.*“ Poukázal zejména na pacienty stížené duševní poruchou jako třeba Alzheimerovou chorobou, která se vyvíjí v řádu mnoha let. Pacient může na jejím počátku vyslovit určité přání, ale následně nebude už schopen obnovit jeho platnost kvůli postupující chorobě. Na takové přání by pak nebylo možné brát zřetel jen z důvodu uplynutí zákonné doby.¹³⁴

¹³¹ Srov. §35 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách.

¹³² Srov. §36, odst. 4 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách.

¹³³ Vyhláška č. 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci, Příloha č. 1, díl 7.

¹³⁴ Nález Ústavního soudu ze dne 27. 11. 2012, sp. zn. Pl. ÚS 1/12.

4.5. Podmínky uplatnění dříve vyslovených přání

Aby bylo možné dříve vyslovené přání použít, musí být splněno několik podmínek.

Zprvė musí nastat situace, kdy pacient není pro svůj zdravotní stav způsobilý vyslovit s lékařskou péčí souhlas nebo ji naopak odmítnout. To se může stát buď tím, že vlivem těžké nemoci či zranění je pacient v bezvědomí anebo je při plném vědomí, ale z důvodu duševní nemoci už není způsobilý poskytnout platný souhlas. V opačném případě se vždy upřednostňuje vyjádření osoby v daném okamžiku.

Zadruhé musí nastat situace předvídaná v projeveném přání. Tato podmínka se může jevit jako problematická. Není možné v dříve vysloveném přání obsáhnout veškeré situace, které mohou nastat a pokud se pacient nevyjádřil ohledně veškeré léčby, může být problém určit, zda se na aktuální situaci přání ještě vztahuje. Pacient může formulovat své přání ohledně situace, která se může od aktuálního stavu v určitých znacích lišit. Pro lékaře to může znamenat dilema, zda se i v tomto případě dříve vysloveným přáním řídit.

Zatřetí musí mít poskytovatel zdravotních služeb takové přání k dispozici. Jelikož v České republice ještě nebyl zřízen žádný centrální registr, kde by se dříve vyslovená přání uchovávala, představuje přístupnost přání velký problém. Jestliže pacient formuluje své přání v souladu s §36, odst. 4 zákona o zdravotních službách, tedy v průběhu hospitalizace před ošetřujícím lékařem a svědkem a sepíše se o něm záznam do zdravotnické dokumentace, bude jeho přístupnost zajištěna. Pokud však pacient sepíše své přání u notáře nebo si jen nechá úředně ověřit podpis, nemusí mít lékař o takovém přání ani ponětí.

Doporučuje se uschovat své přání u osob blízkých nebo u svého zástupce, který je určen pacientem, aby v případě nutnosti poskytl souhlas se zdravotními službami. Tato osoba by měla zajistit, aby bylo přání co nejdříve k dispozici a aby bylo respektováno.

4.5.1. Případy, kdy nelze dříve vyslovená přání respektovat

Zákon o zdravotních službách předvídá v § 36, odst. 5 situace, kdy přání není nutné nebo dokonce ani nelze respektovat. Jako první situaci uvádí: „*Není třeba respektovat, pokud od doby jeho vyslovení došlo v poskytování zdravotních služeb, k nimž se toto přání vztahuje, k takovému vývoji, že lze důvodně předpokládat, že by pacient vyslovil souhlas s jejich poskytnutím; rozhodnutí o nerespektování dříve vysloveného přání*

pacienta a důvody, které k němu vedly, se zaznamenají do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi.“ Toto ustanovení je důležité zejména z důvodu zrušení pětileté doby platnosti dříve vyslovených přání Ústavním soudem. Může jít o případy, kdy je na trh uveden nový lék, nový léčebný postup, zjistí se, že původní léčba měla nepříznivé vedlejší účinky nebo dochází jen k posunu věku pacientů, v jakém je ještě možné podstoupit operaci. Příkladem lze uvést operaci plánované výměny kyčelního kloubu. Ještě před patnácti až dvaceti lety podstupovalo tuto operaci jen velmi omezené množství sedmdesátníků. Dnes takovou operaci podstupují i osoby kolem osmdesáti pěti let. Proto je důrazně doporučeno, aby pacienti svá přání průběžně revidovali, a to jak z důvodu vývoje medicíny, tak i v případě změny osobních postojů a názorů. Dojde-li k významnému vývoji v lékařské vědě a pacient své přání, kterého se pokrok týká, nezmění, neměl by k němu lékař přihlídnout. Tento závěr lékař zaznamená i s jeho odůvodněním do zdravotnické dokumentace.

Dále nelze vyslovené přání respektovat, kdyby jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby. I když to zákon neupřesňuje, vzhledem k důrazu na autonomii a práva pacienta by se mělo jednat o ohrožení života a zdraví jiných osob, a nejen jakýchkoli jiných práv.¹³⁵ Takovou situací může být např. nebezpečná nakažlivá nebo jiná choroba, která by v případě neléčení mohla ohrozit pacientovo okolí.

Zákon o zdravotních službách stanovuje, že nelze respektovat dříve vyslovená přání, která nabádají k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti nebo pokud již byly započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušení by vedlo k aktivnímu způsobení smrti. Toto omezení dopadá bezpochyby na případy žádostí o euthanasii v její aktivní formě, která je podle českého práva považována za vraždu, případně zabití. Otázkou ale zůstává, jak je to s pasivní euthanasií, která je za určitých podmínek některých právních řádech tolerována.

Interpretace pojmu aktivní způsobení smrti je otázka, na kterou neexistuje jednoznačná odpověď. Důvodová zpráva přinesla do tématu ještě více nejasností. Pro účely dříve vyslovených přání uvádí jako příklady aktivního způsobení smrti podání smrtelné

¹³⁵ POVOLNÁ, Michaela. 2017, op. cit. s. 112-113.

dávky léku nebo odpojení od přístrojů.¹³⁶ Tímto zákonodárce postavil odpojení od přístrojů, které je ve většině států považováno za tolerovanou pasivní eutanázii, na roveň aktivního usmrcení podáním smrtící dávky léků. Pacient může ve svém přání požadovat, aby na přístroje nebyl vůbec připojen a všeobecně uznávané je i jeho právo požadovat nebýt resuscitován. Formulace zákona a důvodové zprávy vede tedy k absurdnímu závěru, že pokud lékař nemá v okamžiku poskytování pomoci k dispozici pacientovo přání a pacienta napojí na přístroje, nemůže ho poté co se dozví o existenci jeho přání odpojit, i když pacient ve svém přání vyslovil nesouhlas s jakoukoli umělou podporou vitálních funkcí.

Důvodová zpráva sice nemá závazný charakter, slouží však jako významné interpretační vodítko. Bude tedy záležet, jak se v tomto ohledu bude vyvíjet judikatura a odborná literatura.

4.6. Zástupný souhlas a předběžné prohlášení v českém právním řádu

4.6.1. Zástupný souhlas třetí osoby

Zákon o zdravotních službách dává pacientům právo určit kdykoli po přijetí do péče osobu, které budou sdělovány informace o jeho zdravotním stavu nebo se jí naopak sdělovat nebudou. Zároveň může určit, že taková osoba může v některých případech vyslovit zástupný souhlas s poskytováním zdravotních služeb. Předvídaná situace nastane, když se pacient ocitne ve stavu nezpůsobilosti vyslovit souhlas z důvodu jeho zdravotního stavu a zároveň nejde o zdravotní služby, které lze poskytnout bez souhlasu. Neurčí-li takovou osobu, může zástupný souhlas poskytnout manžel, registrovaný partner, případně rodič či jiná svéprávná osoba blízká, pokud je známá.¹³⁷

Zákon o zdravotních službách upravuje odděleně v § 35 poskytování zdravotních služeb osobám, které nemohou vyslovit souhlas pro svůj věk nebo omezenou svéprávnost. Výše zmíněný § 34, odst. 7 se tak uplatní jen pro případy neschopnosti projevit souhlas pro zdravotní stav.

Občanský zákoník zástupný souhlas k zásahu do integrity upravuje v § 98. Na rozdíl od zákona o zdravotních službách v sobě zahrnuje všechny případy neschopnosti

¹³⁶ Důvodová zpráva k zákonu o zdravotních službách, Zvláštní část.

¹³⁷ Srov. §33, odst. 1 a §34, odst. 7 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách.

projevit vůli, včetně osob nezletilých a osob s omezenou svéprávností. Na první místo řadí zákonného zástupce, nikoli osobu určenou pacientem. Dále shodně stanoví, že souhlas můžou poskytnout přítomný manžel (registrovaného partnera nezmiňuje), rodič nebo jiná osoba blízká. Nehrozí-li nebezpečí z prodlení, můžou souhlas ve stanoveném pořadí poskytnout i pokud nejsou přítomni. Nelze-li získat souhlas podle předchozího postupu, je zde poslední možnost získat souhlas od jiné přítomné osoby, která o dotčenou osobu osvědčí mimořádný zájem. Touto osobou může být např. opatrovník nebo dlouholetý ošetřovatel či přítel, osvědčí-li mimořádný zájem.¹³⁸

Zároveň ale platí, že má-li se jednat o zásah zanechávající trvalé, neodvratitelné a vážné následky nebo má-li být proveden způsobem spojeným s vážným nebezpečím pro zdraví a život člověka neschopného úsudku, lze zákrok provést pouze se svolením soudu.¹³⁹ Toto ustanovení částečně limituje pravomoci zástupce pacienta, které nejsou v českých podmínkách upraveny tak podrobně jako v jiných státech.

V odst. 2 téhož paragrafu je upraven konflikt mezi vůlí zástupce a dříve vysloveným přáním pacienta. „*Při zákroku i při udělení souhlasu se vezme zřetel na dříve vyslovená známá přání člověka, do jehož integrity má být zasaženo.*“ Zástupce a osoba blízká pacienta by tak měli vždy přihlídnout k dříve vysloveným přáním, i když by si sami osobně přáli postupovat jinak.

Nicméně ustanovení obsažená v zákoně o zdravotních službách se uplatní jako zvláštní zákonná úprava přednostně a obecná ustanovení občanského zákoníku by vůči nim měla být použita pouze subsidiárně.

4.6.2. Předběžné prohlášení

Občanský zákoník od 1. 1. 2014 upravuje nový institut, který v minulém civilním kodexu neexistoval, a tím je předběžné prohlášení. § 38 OZ stanoví: „*V očekávání vlastní nezpůsobilosti právně jednat může člověk projevit vůli, aby byly jeho záležitosti spravovány určitým způsobem, nebo aby je spravovala určitá osoba, nebo aby se určitá osoba stala jeho opatrovníkem.*“ Předběžné prohlášení tedy může vést jednak ke stanovení způsobu,

¹³⁸ BÍLKOVÁ, Jana, a kol. 2014, op. cit. s. 569.

¹³⁹ Ust. §101 zákona č. 89/2012 Sb. občanský zákoník.

jak budou jeho záležitosti spravovány a jednak i k určení osoby, která bude záležitosti spravovat, případně se stane opatrovníkem. Může obsahovat ustanovení týkající se správy majetku, životní plány sepisujícího nebo i ohledně poskytované zdravotní péče. Pokyny obsažené v prohlášení jsou pro ustavenou osobu závazné, dokud je nezruší soud.¹⁴⁰

Prostřednictvím tohoto institutu může pacient jmenovat osobu, která bude spravovat jeho záležitosti, starat se i o jeho zdravotní péči, případně bude ustanovena jeho opatrovníkem. Proto je doporučováno, aby bylo mimo dříve vyslovené přání zároveň sepsáno předběžného prohlášení. Jmenovaná osoba může být zároveň určena jako osoba oprávněná dostávat informace o zdravotním stavu pacienta a poskytnout zástupný souhlas v případě potřeby v souladu s § 34, odst. 7 ZZS. Tato osoba může mít dříve vyslovené přání u sebe a postarat se, aby ho měli lékaři k dispozici, pokud nastane předvídaná situace a zasadit se o jeho aplikování.¹⁴¹ Druhou možností je učinit dříve vyslovené přání součástí předběžného prohlášení.

Forma předběžného prohlášení je podle zákona přísnější než ta vyžadovaná u dříve vyslovených přání. Prohlášení je buď sepsáno formou veřejné listiny nebo musí být učiněno formou soukromé listiny opatřené datem a potvrzené dvěma svědky.¹⁴² Je-li předběžné prohlášení sepsáno v jedné listině s dříve vysloveným přáním, musí taková listina splňovat podmínky platnosti obou dokumentů.

4.7. Problematická místa a nejistota ohledně dříve vyslovených přání

Institut dříve vyslovených přání přináší spoustu nezodpovězených otázek a problémů. Jelikož je toto právo v našem právním řádu poměrně nové a teprve od roku 2012 je upraveno podrobněji zákonem, praxe se ještě nestačila rozvinout tak, jak je tomu v jiných zemích, zejména v angloamerickém právním prostředí, kde již debata na toto téma probíhá daleko déle.

¹⁴⁰ BÍLKOVÁ, J. a kol., 2014, op. cit. s. 217.

¹⁴¹ TOMEŠOVÁ, Jana. *Dříve vyslovené přání – předem vyslovený (ne)souhlas s poskytnutím léčby*. Časopis Právní prostor, ATLAS consulting spol. s r.o., 27. 7. 2016.

¹⁴² Srov. §39, odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb. občanský zákoník.

4.7.1. Problém tzv. prospektivní autonomie a nejistoty budoucnosti

V rámci dříve vysloveného přání se může pacient vyslovit ohledně situace, která může nastat v budoucnu. Z důvodu zrušení pětiletého omezení platnosti může být takové přání platné i po mnoha letech. Rozlišujeme dvě situace, kdy se přání sepisuje. Buď je sepsáno zdravým pacientem ohledně nejisté situace, která může nastat a nemusí nebo může být trochu jiná, než pacient v době sepisu předpokládá. Druhým případem je sepsání přání již nemocného pacienta, který v důsledku těžké nemoci sepisuje pokyny ohledně dalších postupů léčby nebo jiných věcí.¹⁴³

Otázkou je to, zda může člověk dopředu správně určit, co si bude přát a jak se bude cítit v budoucnu, pokud v takové situaci ještě ani zdaleka není. Může si například přát, že bude-li trpět progresivní duševní chorobou a nastanou zdravotní komplikace vyžadující invazivní zákrok, aby nebyla taková léčba zahajována nebo nebyla podávána antibiotika. Zdravému člověku se může jevit život s duševní poruchou jako neúnosný a nepřeje si, aby v něm bylo pokračováno. Jak se ale s postupem let duševní nemoc pacienta rozvíjí, může si na tento stav zvyknout, a dokonce v něm být i relativně spokojený. Protože už však není plně způsobilý své přání změnit, přání zůstává stále stejné a v případě zdravotních komplikací k nim může lékař přihlédnout.

4.7.2. Přístup lékaře k dříve vysloveným přáním

Zdravotnický pracovník může k vyslovenému přání přihlédnout, jestliže ho má k dispozici. Jak ale docílit toho, že jej bude mít zrovna když to bude potřeba? Pokud sepíšeme přání během hospitalizace v nemocnici, bude zaznamenáno ve zdravotnické dokumentaci a bude zavazovat jen tohoto konkrétního poskytovatele. Ten musí pacienta předtím poučit, a udělat záznam, proto by měl o existenci přání vědět.

O poznání složitější je situace, kdy sepíšeme přání doma nebo u notáře. Nabízí se různé teoretické možnosti, kde by bylo možné přání uchovávat. Buď by bylo možné jej uložit do úschovy rovnou k notáři, kde přání sepisujeme. Další možností se jeví uschovat je u svého praktického lékaře. V obou těchto případech je však nejisté, zda se přání dostane ke zdravotníkovi, který pacienta ošetřuje a o jeho sepsaném přání neví. Těžko můžeme chtít

¹⁴³ DOLEŽAL, Adam. Dříve vyslovená přání (advance directives). Právní a etické úvahy. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2017, č. 2, s. 1-15

po poskytovatelích zdravotních služeb, aby u každého pacienta kontaktovali jeho praktického lékaře, zda se pacient nějak dopředu nevyjádřil. Praktičtí lékaři naopak nemusí vědět, že nastala jejich pacientem předvídaná situace, a je potřeba o něm informovat ošetřující lékaře.

Když si pacient nechá přání u sebe, předá kopie svým blízkým i praktickému lékaři, je zde šance, že se některý z nich včas o jeho situaci dozví a kontaktuje příslušné poskytovatele. Ještě efektivnější by mohlo být, jmenovat předběžným prohlášením osobu, která v případě potřeby může vyslovit souhlas s léčbou a dát této osobě své přání na starost. Jmenovaný zástupce, zejména pokud je zároveň i osobou blízkou, bude s největší pravděpodobností kontaktován nemocnicí nejdříve a může se tak postarat, aby přání bylo k dispozici lékařům.¹⁴⁴

V některých státech se tento problém řeší prostřednictvím centrálního registru přání. Ve Spojených státech amerických existuje registr, kde je možné své přání uložit a kam mají přístup poskytovatelé zdravotních služeb. Takový registr je přístupný i v některých provinciích v Kanadě a jeho zřízení se plánuje i ve Francii. Toto řešení se jeví jako nejlepší, dává možnost lékařům dozvědět se o existenci přání a odpadá problém s tím, kam je uschovat.

I přesto nastanou situace, kdy se přání nejspíše do rukou lékaře nebo záchranáře nedostane. Přání se ve většině případů vztahují na odmítnutí léčby, připojení k přístrojům nebo resuscitace. Tyto situace jsou často stavem nouze, kdy je nutno pro záchranu života jednat rychle a není čas zkoumat, zda pacient sepsal nějaké přání. To platí zejména, pokud pacient nebyl v této konkrétní nemocnici dosud hospitalizován. I z tohoto důvodu mívali někteří pacienti své přání Do Not Resuscitate vytetované na těle, aby bylo okamžitě viditelné. V rámci našeho právního řádu to ale není možné, protože je předepsána písemná forma, poučení a ověření podpisů.

¹⁴⁴ ONDRUŠKA, Miloš. (Problém) Dříve vyslovené přání. *Zdravotnické fórum*. 2012, č. 12, s. 6-14.

4.7.3. Problém zplnomocněného zástupce

Úprava zástupného souhlasu třetí osoby a předběžného prohlášení byla již nastíněna v předchozích kapitolách. Pacient může podle českého práva jmenovat osobu, která za něj vysloví souhlas s lékařským zákrokem, když se dostane do stavu neschopnosti projevit vůli. Nemusí se nacházet v bezprostředním ohrožení života či zdraví, podmínkou je, že není schopen projevit svou vůli ohledně zákroku.

Jestliže však pacient takového zástupce nejmenoval nebo je tato osoba nedosažitelná, vyžádá se souhlas manžela či registrovaného partnera, případně pak rodiče nebo jiné svěřené osoby blízké, pokud je známa.¹⁴⁵ Tento postup s sebou může přinést mnoho problémů, a to zejména v situacích, kdy o osudu pacienta rozhoduje jeho spřízněná osoba, která však nemusela mít s pacientem ve skutečnosti žádný faktický bližší vztah nebo jejich vztah mohl být velmi problematický. Legitimita souhlasu takové osoby může být často velmi diskutabilní. Neméně časté jsou i situace názorových sporů v rodině ohledně lékařského zákroku, které mohou vést k velmi vyhoceným a neřídka dlouhodobým konfliktům a mohou zasáhnout lékařský personál i samotného pacienta.

4.8. Právní následky ne / respektování dříve vyslovených přání

S respektováním i nerespektováním dříve vysloveného přání lékařem se pojí riziko vzniku odpovědnosti. V případě respektování přání neresuscitovat nebo neléčit, může být následkem zhoršení zdravotního stavu až smrt. Základním právem pacienta je odmítnout nabízenou léčbu, i za cenu vlastní smrti a toto odmítnutí je pro ostatní závazné. Toto právo lze uplatnit bezpochyby i prostřednictvím dříve vysloveného přání. Kdyby se však následně ukázalo, že přání bylo sepsáno neplatně nebo nedopadá na aktuální zdravotní situaci, hrozí postih za neposkytnutí pomoci nebo některý poruchový trestný čin, byl-li trestný čin spáchán alespoň z nedbalosti. V úvahu připadá nejspíše odpovědnost za trestný čin usmrcení z nedbalosti, přičemž nedbalost bude spočívat v neodůvodněném spoléhání se na platnost dříve vysloveného přání.¹⁴⁶ Orgány činné v trestním řízení budou muset zvažovat, do jaké míry zdravotník měl a mohl odhalit neplatnost takového přání a trestní odpovědnost by měla nastoupit až v případě opravdu závažného porušení povinnosti.

¹⁴⁵ Srov. §34, odst. 7 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách.

¹⁴⁶ KREJČÍKOVÁ, Helena. 2014. op. cit. s. 31.

Dalším případem by bylo respektování přání, jehož cílem je aktivní způsobení smrti. Jak bylo uvedeno výše, není v Česku doteď vyjasněno, co všechno pod tento pojem spadá a zdravotníci budou bezpochyby postupovat velmi obezřetně, raději ve prospěch zachování života, než postup podle přání pacienta. V Německu je možné na základě dříve vysloveného přání za určitých podmínek i odpojení pacienta od přístrojů, které se nepovažuje za aktivní konání, nýbrž za opomenutí poskytovat další léčbu.¹⁴⁷ V České republice zatím tento problém nebyl před soudy projednáván a neexistuje ani jiný závazný dokument, na který by bylo možné se odvolat.

V případě nerespektování dříve vysloveného přání hrozí sankce z oblasti občanskoprávní. V úvahu připadá ochrana osobnosti a náhrada nemajetkové újmy podle občanskoprávních předpisů. Jedná se tedy o sankce o poznání méně závažné než ty, které hrozí za respektování neplatného přání. Není pochyb, že zdravotníci budou k aplikaci přání velmi zdrženliví a tento institut tak až do vyjasnění právní situace nemusí být používán za účelem, za kterým byl vlastně vytvořen.

5. Pokyny Do Not Resuscitate neboli DNR

Jedním z nejčastějších instrukcí v dříve vyslovených přáních je pokyn nezahajovat kardiopulmonální resuscitaci (v angl. „**Do Not Resuscitate**“ neboli „**DNR**“). Kardiopulmonální resuscitace je standartní soubor na sebe navazujících opatření, které se použijí v případě zástavy dechu nebo činnosti srdce sloužící k neprodlenému obnovení oběhu okysličené krve u osoby postižené náhlou zástavou krevního oběhu s cílem uchránit před nezvratným poškozením zejména mozek a myokard.¹⁴⁸ Jeho základy by měl ovládat každý člověk a v případě takového ohrožení života jiné osoby by se měl pokusit resuscitaci provést.¹⁴⁹ Povinnost první pomoci vyžadovaná ze strany běžných lidí je však užší než u zdravotníků, kteří byli za tímto účelem speciálně vyškoleni. Pokud by se však běžný člověk nepokusil poskytnout ani základní první pomoc (zejména přivolání záchranné služby),

¹⁴⁷ Rozhodnutí BGH (Spolkový soudní dvůr), 2 StR 454/09, ze dne 25. 6. 2010.

¹⁴⁸ Česká společnost J. E. Purkyně – Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof. *Neodkladná resuscitace (NR)*, Doporučený postup výboru ČLS JEP, Praha 2006.

¹⁴⁹ CÍSAŘOVÁ, Dagmar. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010, s. 23

dopustí se přečinu neposkytnutí pomoci podle § 150, odst. 1 tr. z. U zdravotnických pracovníků jde o kvalifikovanou skutkovou podstatu tohoto trestného činu, obsaženou v odst. 2.¹⁵⁰ Právní normou ukládající tuto povinnost zdravotnickým pracovníkům je § 49, odst. 1, písm. b) zákona o zdravotních službách¹⁵¹. Zdravotníci jsou tedy povinni poskytnout pomoc odbornou, která by měla být na vyšší úrovni než první pomoc ostatních občanů a je také hodnocena přísněji. I když tato norma neobsahuje sankci pro případ porušení, nelze vyloučit aplikaci trestněprávních sankcí.

Pacienti sepisují přání obsahující pokyn DNR zejména pro situace, kdy se nachází v terminálním stádiu nemoci, vegetativním stavu či jiném těžkém postižení a nepřejí si už nadále v takovém životě pokračovat. Pokud má lékař v této situaci pacientovo přání k dispozici, mělo by k němu být přihlédnuto a resuscitace by neměla být zahájena. V případě, že lékař jednal v souladu s existujícím platným přáním pacienta, příslušná ustanovení trestního zákoníku se neuplatní a lékař nemůže být trestně ani jinak stíhán za neposkytnutí pomoci ani za jiný poruchový trestný čin.

Avšak existují i situace, kdy dříve vyslovené přání sepsáno nebylo, ale lékař stejně resuscitaci zahájit nemusí. V případech terminálního stádia nemoci, kdy se další léčba jeví jako marná a neúčelná a pacienta pouze fyzicky a psychicky neúměrně zatěžuje, se považuje za lege artis postup resuscitaci nezahájit. Úspěšnost resuscitace v těchto případech je velmi nízká a mimoto neřeší primární problém onemocnění. Mohlo by dojít naopak k závažnému zhoršení zdravotního stavu, např. i upadnutí do kómatu, které by jen prodlužovalo utrpení pacienta.¹⁵² Určení momentu, kdy se pacient dostane do tohoto stádia by nemělo záležet na úvaze jednotlivých zdravotníků, ale mělo by být výsledkem rozhodnutí celého lékařského týmu a rodinných příslušníků.

¹⁵⁰ Srov. § 150, zákona č. 40/2009 Sb. Trestní zákoník.

¹⁵¹ § 49, odst. 1, písm. b) zákona o zdravotních službách: „Zdravotnický pracovník je povinen poskytovat neprodleně odbornou první pomoc každému, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo zdraví a není-li pomoc včas dosažitelná obvyklým způsobem, a zajistit mu podle potřeby poskytnutí zdravotních služeb“.

¹⁵² CÍSAŘOVÁ, Dagmar. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010, s. 29.

5.1. Metodické pokyny odborných společností

Lékařskou péčí na konci života a resuscitací se zabývají tři dokumenty odborných lékařských společností. Resuscitací se zabývá dokument Neodkladná resuscitace (NR) od České společnosti J. E. Purkyně, společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof, aktualizovaný v roce 2017. Tento doporučený postup vymezuje schválené postupy při neodkladné resuscitaci pro laickou společnost a zejména pro zdravotnický personál. Jako základní tezi uvádí, že neodkladná resuscitace se neprovádí u pacientů v terminálním stádiu nevléčitelné chronické nemoci.

Dalším dokumentem je Konsenzuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním z roku 2009, které vydala Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP a Česká společnost intenzivní medicíny ČLS JEP. Základním principem stanoviska je, že *„odborně podložené a náležitě zdokumentované nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby je v souladu s etickými principy medicíny a platnými právními předpisy“*. Marnou a neúčelnou léčbu vymezuje jako *„léčbu, která nevede k záchraně života, uchování zdraví či udržení kvality života.“* Marná a neúčelná léčba není v zájmu pacienta, nemůže mu pomoci a zatěžuje jej zbytečným strádáním či rizikem komplikací. Dokument vychází ze zásady, že cílem lékařské péče je zachování života a zdraví pacienta. Pokud tento cíl nelze naplnit (u pacientů v terminálním stádiu nemoci), stává se cílem odstranění nepohodlí, vyloučení bolesti a strádání a snaha umožnit pacientovi zachování lidské důstojnosti a jeho dalších potřeb (neboli léčba paliativní). Podle tohoto doporučení není rozdíl mezi nezahájením a nepokračováním v léčebném postupu a jako příklad nepokračování v léčbě uvádí ukončení hemodialýzy, vysazení farmakologické podpory oběhu, a dokonce i ukončení ventilační podpory. Naopak klade důraz na to, že nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby nesmí být zaměňováno za euthanasii.¹⁵³

Tímto se mimo jiné stanovisko odlišuje od důvodové zprávy k zákonu o zdravotnických službách, která považuje odpojení od přístrojů za aktivní způsobení smrti a staví je na roveň podání smrtelné dávky léků.

¹⁵³ Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP a Česká společnost intenzivní medicíny ČLS JEP. Konsenzuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním č. 1/2009.

Třetím dokumentem je Doporučení představenstva ČLK k postupu při změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli z roku 2010. Doporučení kopíruje strukturu i obsah stanoviska České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny a dochází ke stejným závěrům. Oba dokumenty zdůrazňují, že je nutné brát na zřetel dříve vyslovená přání či názory pacienta, jsou-li k dispozici.

Ani jeden z těchto dokumentů není právně závazný. Jak se vyjádřil Nejvyšší soud, „*odborné společnosti (konkrétně Česká lékařská společnost J. E. Purkyně) jsou dobrovolným občanským sdružením, a proto jejich doporučení nemohou být pro lékaře závazná, natož aby mohla být považována za obecně závazné standardy pro její členy a všechny zdravotnické pracovníky v České republice.*“¹⁵⁴ Proto i v případě, že bude lékař postupovat jinak, než stanovují tato doporučení, nelze bez dalšího uzavřít, že postupoval non lege artis. Zda postupoval s náležitou odbornou úrovní určí v konkrétním případě soud na základě znaleckých posudků a dalších důkazů.

6. Odpojení od přístrojů a ukončení život udržující léčby

Jedním z nejzávažnějších problémů zůstává odmítnutí život udržující léčby pomocí přístrojů. V souvislosti s čím dál větším důrazem na práva pacienta, včetně práva nebyť léčen, dochází i ke změně vnímání, jaký postup je ještě eticky správný. S dnešní medicínou se dostáváme do situací, které dříve nebyly myslitelné, a i pacienti s vážným poškozením mozku mohou žít dlouhá léta připojení na přístrojích. V těchto situacích dochází ke kolizím základních práv, a to práva na život versus právo na sebeurčení, lidskou důstojnost a tělesnou integritu. Typická je situace, kdy je možné život pacienta dále udržovat nebo o chvíli prodloužit, ale pacient si to nepřeje, protože svůj zdravotní stav vnímá jako nesnesitelné utrpení horší než smrt. V těchto případech je třeba přemýšlet nejen nad zákonností případného postupu, ale i nad etickými aspekty prodlužování života za každou cenu.

Ve většině států je právo pacienta odmítnout léčbu plně respektováno. Stejně tak není považován za lege artis postup udržovat při životě pacienta v terminálním stádiu

¹⁵⁴ Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 10. 12. 2008, sp. zn. 8 Tdo 1421/2008.

nemoci, i když je další léčba marná, nic mu nepřináší, nepřiměřeně jej zatěžuje a jejím jediným efektem je umělé udržování při životě. Odlišným případem je, pokud se pacient nenachází v terminálním stádiu ani netrpí, ale z důvodu závažného ireverzibilního poškození mozku není schopen vyšší mozkové činnosti. Další léčba se pro něj jeví jako marná z důvodu neúčelnosti a nerespektování lidské důstojnosti. V zahraničí se objevily případy rozhodování soudů o ukončení léčby pacientů, u nichž se dovozovalo, jaká byla jejich vůle nebo co je v jejich nejlepším zájmu. Institut dříve vyslovených přání představuje formu informovaného ne/souhlasu, který je vysloven pro tyto situace dopředu.¹⁵⁵ Jeho cílem bylo usnadnit rozhodování v těchto případech. Přestože nejde o dokument absolutně závazný, měl by se mu přikládat zásadní význam při rozhodování o životě a zdraví daného pacienta.

Pro pochopení problému je potřeba zdůraznit rozdíl mezi pojmem léčba (*cure*) a pojmem péče (*care*). Léčbu jako takovou je pacient oprávněn odmítnout a rozhodovat o ní i prostřednictvím dříve vyslovených přání. Zároveň v případech terminálního stádia nemoci, kdy se léčba jeví pouze jako futilní nebo marná, je v souladu s lege artis postupem v léčbě nepokračovat a dále poskytovat jen paliativní péči. Je všeobecně uznáváno, že těchto v případech by bylo neúčelné, a dokonce i nehumánní v léčbě pokračovat za každou cenu, místo toho dále nastupuje léčba paliativní s cílem tišit bolest a usnadnit pacientovi jeho odchod.

Poskytovat péči je lékař povinen vždy, pokud ji sám pacient (nikoli jeho zástupce) neodmítl a nelze ji ukončit, pokud se pacient sám nemůže vyjádřit. Otázkou zůstává, co je ještě léčbou a co už péčí. Jako příklad lze uvést umělou výživu a zavodňování u pacientů, kteří se nachází v permanentním vegetativním stavu. Pro některé je výživa poskytována sondou umělým prostředkem udržení při životě a mimořádným prostředkem léčby, který je možné odmítnout. Pro jiné je součástí bazální péče, kterou je nutné pacientům, kteří se nemohou sami vyjádřit, poskytovat za všech okolností. Stejně tak lze diskutovat o dýchacích přístrojích, ačkoli u nich už bylo několikrát konstatováno, že se jedná o mimořádný prostředek udržení při životě a součást léčby.¹⁵⁶

¹⁵⁵ KREJČÍKOVÁ, Helena. 2014. opt. cit. s. 30.

¹⁵⁶ I. M. KENNEDY. The Karen Quinlan case: problems and proposals. *Journal of medical ethics*, 1976, 2, 3-7., dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2495105/>

Pacienti nezpůsobilí se sami vyjádřit mohou trpět určitým poškozením mozku. Mozek může být poškozen v různé míře a z různých příčin a tomu odpovídá i zdravotní stav pacienta. Jednotlivé stavy se můžou u konkrétního pacienta velmi rychle měnit, tak že je lékaři ani nezaznamenají a pro jejich přesné určení je potřeba delší zkoumání daného člověka. Přesto současná věda nedokáže vždy přesvědčivě odpovědět na otázku, co taková pacienta prožívají, jestli mohou něco cítit a odkdy je takové poškození nevratné.

Nejzávažnějším typem poškození mozku je mozková smrt. Dříve se smrt stanovovala na základě zástavy dechu a srdečního tepu. Smrt mozku je dnes základním předpokladem pro stanovení úmrtí. Jedná se o nenávratnou ztrátu veškerých mozkových funkcí včetně funkcí mozkového kmene. I při mozkové smrti je možné uměle udržovat funkci dýchání a krevního oběhu pomocí přístrojů.¹⁵⁷ Poprvé byla popsána v roce 1959 dvěma francouzskými neurology.

Závažným stadiem poškození mozku je vegetativní stav, který ale neznamená smrt. V zemích střední Evropy se používá také označení apalický syndrom. Tento pojem byl poprvé použit v roce 1940 německým psychiatrem Ernstem Kretschmerem, i když byl tento stav vyzorován už na konci 19. století. Lze ho popsat jako kompletní poruchu uvědomování si sebe sama a svého okolí doprovázenou cyklem spánek-bdění a se zachovalou kompletní anebo parciální autonomní funkcí hypotalamu a mozkového kmene. V souvislosti s délkou jeho trvání a také prognózou uzdravení rozlišujeme několik druhů vegetativního stavu.¹⁵⁸ Persistentním se vegetativní stav nastává po 1 měsíci, permanentním se stává po 12 měsících po traumatickém poškození mozku.

Dalším typem poškození je kóma. Pacient vypadá jako spící osoba, má zavřené oči, ale nestrídá se u něj spánkový cyklus. Většinou tento stav není trvalý a přejde do jiného stadia – mozkové smrti, probuzení nebo vegetativního stavu.¹⁵⁹ Snad nejhorším stavem pro samotného pacienta je tzv. syndrom uzamčení. Pacient je plně při vědomí, ale je zcela paralyzován s výjimkou pohybu očí. Co se týče známých případů, v tomto stavu se

¹⁵⁷ Srov. § 10, odst. 3, písm. b) zákona č. 285/2002 Sb. o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů

¹⁵⁸ MUDr. David Doležil, Ph.D., Bc. Kamila Carbolová. Vegetativní stav (apalický syndrom). *Neurologie pro praxi*, 2007, 1:27-31, dostupné na: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2007/01/07.pdf>

¹⁵⁹ Fine RL. From Quinlan to Schiavo: medical, ethical, and legal issues in severe brain injury. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2005, dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1255938/>

nacházel před svou smrtí např. Vincent Humbert, francouzský pacient nebo Jean-Dominique Bauby, který dokonce napsal knihu tak, že mrkal při ukazování písmen na tabulkách.¹⁶⁰

6.1. Odpojení od přístrojů v českém právním prostředí

České právo plně uznává právo pacienta odmítnout život zachraňující léčbu. Co se týče případů pacientů, kteří se sami vyjádřit nemohou a za tímto účelem sepsali dříve vyslovené přání, je současná situace komplikovanější. Ze zákona a důvodové zprávy vyplývá závěr, že pacient může ve svém přání odmítnout zahájení život udržující léčby nebo resuscitaci. Problém však spočívá v tom, jestli je po zahájení léčby možné ji přerušit nebo zastavit. Jak jsem již zmínila výše, podle § 36, odst. 5 zákona o zdravotních službách nelze respektovat dříve vyslovené přání požadující postupy, kterými by došlo k aktivnímu způsobení smrti ani přerušení léčby, které by vedlo k aktivnímu způsobení smrti. Důvodová zpráva k zákonu o zdravotních službách uvádí: „*Aktivním ukončením života se rozumí např. odpojení od přístrojů, podání smrtelné dávky léku.*“ Tato interpretace nepochopitelně postavila odpojení od přístrojů, dříve považované spíše za přípustnou pasivní euthanasii, na roveň podání smrtelné dávky léků. Jakmile je tedy pacient jednou na přístrojovou podporu připojen, zřejmě ho nelze na základě dříve vysloveného přání odpojit, protože by to zakládalo aktivní způsobení smrti. V zahraničí byly před soudy již několikrát projednávány případy pacientů v bezvědomí, nejčastěji v permanentním vegetativním stavu, kteří však žádné přání nesepsali. Soudy mnohdy složitě dovozovaly jejich vůli na základě svědectví rodinných příslušníků, které se ale často lišily a snažily se dovést nejlepší zájem pacienta. Institut dříve vyslovených přání byl zaveden zejména proto, aby se těmito eticky složitým situacím předešlo. Přání formulované pacientem může pomoci i rodině lépe se se ztrátou blízkého vyrovnat.

Názory odborné společnosti na to, zda si lze přát odpojení od přístrojů, se liší a před českými soudy tento problém zatím řešen nebyl. Neexistuje ani žádné závazné výkladové stanovisko či doporučení, kterým by bylo možné se řídit a v případě sporu se o něj opřít. Z důvodu této právní nejistoty lze očekávat, že lékaři budou v přístupu k dříve vysloveným přáním velmi zdrženliví a samozřejmě nebudou chtít riskovat vlastní

¹⁶⁰ Bauby JD. *The Diving Bell and the Butterfly: A Memoir of Life in Death*. New York: Vintage Books; 1998.

odpovědnost. Inspirací právního řešení může být srovnání se státy, kde byly obdobné případy předmětem soudních rozhodnutí.

6.2. Odpojení od přístrojů v zahraniční judikatuře

6.2.1. Angloamerické právní systémy

Zahraníční soudy v minulosti již vícekrát rozhodovaly o případech pacientů nacházejících se v permanentním vegetativním stavu a možnosti jejich odpojení od přístrojů. Prvními z rozhodnutí, které otevřely celou tuto debatu byly již výše zmíněné rozhodnutí amerických soudů v případech Karen Quinlan a Nancy Cruzan nebo Sněmovny Lordů v případě Anthonyho Blanda.

6.2.1.1. Spojené státy americké

V případě Karen Quinlan, která v důsledku nešťastné kombinace alkoholu a drog na studentské party upadla do bezvědomí, a byla dále závislá na dýchání s pomocí respirátoru. Její rodiče bojovali, aby byla od respirátoru odpojena a mohla důstojně zemřít. Nejvyšším soudem v New Jersey bylo v roce 1976 odpojení od dýchacích přístrojů povoleno.¹⁶¹ Soud své rozhodnutí postavil na právu na soukromí a konstatoval, že rodiče Karen mají jako nejbližší osoby nejlepší povědomí o životních postojích a názorech své dcery a mohou jako její zástupci rozhodnout o její další léčbě. Mohou tak rozhodnout o ukončení dýchací podpory představující mimořádný prostředek léčby, udržující ji při životě. V té době ještě nebylo povědomí o dříve vyslovených přáních tak rozšířené jako dnes a byly využívány velmi zřídka. Soud se ztotožnil s názorem, že kvalita života pacienta musí být jako faktor zohledněna při rozhodování o životě a smrti. Uznal právo jednotlivce odmítnout život udržující léčbu, které zesiluje, jestliže je šance na uzdravení a opětovné získání vědomí mizivá.¹⁶² Karen byla tedy se svolením soudu odpojena od respirátoru, začala však spontánně dýchat sama a přežila tak ještě dalších 10 let. O odpojení od umělé výživy její rodiče žádost nikdy nepodali.¹⁶³

¹⁶¹ Nejvyšší soud v New Jersey ve věci Karen Quinlan, ze dne 31. 3. 1976, 70 N.J. 10 (1976)

¹⁶² Fine RL. From Quinlan to Schiavo: medical, ethical, and legal issues in severe brain injury. *Proceedings (Baylor University Medical Center)*. 2005;18(4).

¹⁶³ I. M. KENNEDY. The Karen Quinlan case: problems and proposals. *Journal of medical ethics*, 1976, 2, 3-7.

Případ Nancy Cruzan je jedním z nejznámějších případů zejména pro použití termínu persistentní vegetativní stav a byl prvním případem rozhodování o „právu na smrt“, který byl před Nejvyšším soudem USA. Nancy Cruzan v důsledku dopravní nehody upadla do kómatu a následně do permanentního vegetativního stavu. Ačkoli byla schopná samostatně dýchat a srdce jí fungovalo, byla závislá na umělé výživě a stálé péči lékařů. Nejvyšší soud v Missouri žádost rodičů ukončení přístrojové podpory Nancy zamítl a v tomto případě jej nepovolil, protože chyběly přesvědčivé důkazy o projevené vůli pacientky v souvislosti se setrváním v kómatu a závislosti na přístrojích. Spor pokračoval dál před Nejvyšším soudem USA, který rozhodnutí soudu v Missouri potvrdil. Konstatoval, že existuje právo pacientů odmítnout život udržující léčbu, nicméně právní předpisy jednotlivých států mohou určit, za jakých podmínek lze ukončit takovou léčbu u pacientů, kteří se nemohou sami vyjádřit. Například mohou, jako v tomto konkrétním případě, vyžadovat přesvědčivé důkazy o dříve projevené vůli pacienta.¹⁶⁴ Proces byl později před soudem v Missouri obnoven. Byla předložena nová svědectví jako důkazy dřívějšího přání Nancy o tom, že si nepřeje nikdy být uměle držena při životě na přístrojích. Soud na základě těchto důkazů povolil odpojení od umělé výživy a Nancy zemřela po 11 dnech roku 1990.

Třetím známým případem v USA byl případ Theresa Marie Schiavo. Theresa neboli Terri Schiavo utrpěla v roce 1990 srdeční záchvat a její mozek byl z důvodu dlouhého nedostatku kyslíku závažně poškozen. Lékaři potvrdili, že se nachází v nevratném permanentním vegetativním stavu, byla schopná sama dýchat, byla závislá pouze na umělé výživě. Její manžel byl jmenován opatrovníkem. Během následujících osmi let Terri podstoupila experimentální léčbu, následně byla umístěna do ošetrovatelského centra. Žádné dříve vyslovené přání nikdy neseřala. Po těchto 8 letech požádal její manžel soud, aby jeho manželka mohla být odpojena od vyživovací trubice, protože by si sama nepřála být nadále udržována v tomto stavu. Rodiče Terri byli striktně proti a tím začal dlouholetý právní spor, do kterého zasahovaly nejvyšší špičky americké politické scény.

Po dvou letech dokazování soud uzavřel, že Terri Schiavo se zjevně nachází v permanentním vegetativním stavu a sama by si nepřála pokračovat v této léčbě.

¹⁶⁴ Nejvyšší soud USA, Cruzan v. Director, Missouri Department of Health, ze dne 25. 6. 1990, 497 U.S. 261 (1990)

V následujících pěti letech soudy rozhodovaly o odvolání rodičů Terri a první rozhodnutí bylo potvrzeno několika dalšími soudy včetně Nejvyššího soudu USA. Její výživa byla několikrát ukončena a znovu napojena. Do případu zasáhla i politická reprezentace. V roce 2003 schválil Parlament Floridy speciální zákon, který umožnil guvernérovi Bushovi zabránit ukončení umělé výživy pacienta (tzv. *Terri's law*). Tento zákon byl následně zrušen Nejvyšším soudem Floridy s ohledem na dělbu moci ve státě a zasahování do soudní pravomoci legislativou. Nakonec bylo po dlouholeté právní bitvě manžela Terri rozhodnuto o ukončení umělé výživy a Terri zemřela po jejím odpojení v roce 2005.¹⁶⁵

6.2.1.2. Velká Británie

Případ Anthony Bland byl prvním v historii Velké Británie, kdy soud dovolil ukončení přístrojové léčby pacienta v bezvědomí, který byl sice schopný samostatně dýchat, ale byl závislý na umělé výživě sondou a opakované léčbě antibiotiky. Sněmovna Lordů se vyjádřila, že přístrojová podpora včetně umělé výživy je zvláštním typem léčby, o níž může pacient sám rozhodovat. V případě absence projevené vůle pacienta a nemožnosti dovodit i domnělou vůli na základě dřívějšího vyjádření, se postupuje v souladu s jeho nejlepším zájmem. V tomto konkrétním případě Sněmovna dovodila, že není v nejlepším zájmu udržování další přístrojové podpory pacienta, který je několik let v permanentním vegetativním stavu, jeho zdravotní stav nemá naději na zlepšení a léčba je tedy neúčelná a nepřiměřeně invazivní.¹⁶⁶

6.2.2. Kontinentální právní systémy

6.2.2.1. Itálie

Jedním z nejznámějších případů v Itálii byla pacientka Eluana Englaro, která upadla do permanentního vegetativního stavu v důsledku poškození mozku při autonehodě. Byla udržována při životě celých 17 let. Její otec vedl deset let právní bitvu za to, aby jeho dcera mohla být odpojena od umělé výživy a hydratace. Jak tvrdil, sama Eluana kdysi vyjádřila přání nebýt nikdy tímto způsobem udržována při životě. Jeho hlavními odpůrci nebyly soudy, ale vláda, politická reprezentace a katolická církev. V roce 2008 potvrdil Nejvyšší soud Itálie rozhodnutí soudu v Milánu, že přístrojová podpora pacientky může být

¹⁶⁵ Fine RL. From Quinlan to Schiavo: medical, ethical, and legal issues in severe brain injury. *Proceedings (Baylor University Medical Center)*. 2005;18(4).

¹⁶⁶ Sněmovna Lordů UK, *Airedale N.H.S. Trust v Bland* ze dne 4. 2. 1993, [1993]1:821-96.

ukončena. Soud vyšel z toho, že zdravotní stav pacientky je nezvratný a v tomto případě jsou rozhodujícím faktorem projevená přání pacienta, a to i když jsou pouze zprostředkována rodinou a přáteli.¹⁶⁷ Tím případ ale neskončil. Nejdříve projevila svůj nesouhlas katolická církev, následně ministr zdravotnictví pohrozil odebráním státních příspěvků zdravotnickému zařízení, které by následovalo rozhodnutí soudu. Předseda vlády S. Berlusconi dokonce napsal dekret zakazující ukončování umělé výživy pacientů v bezvědomí. Prezident republiky však dekret odmítl podepsat. Nakonec k ukončení léčby s pomocí hluboké sedace přistoupila soukromá klinika, které nehrozil státní finanční postih. Pro rozhodování italského soudu bylo zásadní, že zdravotní stav pacientky byl ireversibilní a že členové rodiny jednomyslně vyjádřili domnělou vůli pacientky jako její zástupci.¹⁶⁸

6.2.2.2. Německá právní úprava

V Německu jsou dříve vyslovená přání pacientů uznávaná již delší dobu, i když Německo na rozdíl od Česka neratifikovalo Úmluvu o biomedicíně a výslovná zákonná úprava byla přijata až v roce 2009. Právo na vyslovení souhlasu s léčbou předem neboli *Patientenverfügung* je německými soudy odvozováno od práva na lidskou důstojnost a dále z práva na sebeurčení a informovaný souhlas s léčbou.

6.2.2.2.1. Soudní rozhodnutí

Jedním z prvních případů, kde bylo posuzováno usmrcení na žádost byl případ řešený před Spolkovým soudním dvorem v roce 1984, známý jako Krefeldský rozsudek.¹⁶⁹ Obžalovaným byl lékař 76leté vdovy a pacientky paní U, která trpěla závažnou aterosklerózou a artrózou kolenou a kyčlí. Už dříve se vyjádřila v tom smyslu, že by svůj život ráda ukončila. Její lékař se jí snažil tyto sebevražedné úmysly rozmluvit. Věděl také, že sepsala prohlášení, ve kterém se vyjádřila v tom smyslu, že si nepřeje být hospitalizována, být převezena do domova seniorů a nepřeje si nasazení žádné život prodlužující léčby. Jejím přáním bylo zemřít důstojně. Později našel podobné prohlášení, že si již nepřeje dál žít. Jel proto do jejího bytu, aby ji zkontroloval a našel paní U.

¹⁶⁷ Rozhodnutí Nejvyššího soudu v Itálii, ze dne 14. 11. 2008, sp. zn. GU C 316 del 23/12/2009.

¹⁶⁸ De Zulueta P, Carelli F. Permanent vegetative state: comparing the law and ethics of two tragic cases from Italy and England. *London Journal of Primary Care*. 2009;2(2):125-129, dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4222155/>

¹⁶⁹ Rozsudek SRN (Spolkový soudní dvůr) ze dne 4. 7. 1984, sp. zn. 3 StR 96/84.

v bezvědomí a v ruce lísteček s textem: „*Mému lékaři – prosím, nechci do nemocnice – vysvobození!* - 28. 11. 1981 – U.“. Z balení léků rozpoznal, že se jeho pacientka předávkovala morfiem a podle pulzu a dechu usoudil, že ji nelze zachránit bez závažného poškození přirozených funkcí. Rozhodl se proto, že uposlechne jejího přání a nechá ji v klidu zemřít.

Zemský soud jej zprostil obvinění a konstatoval, že v tomto případě nešlo o usmrcení na žádost, protože nečinnost lékaře nezpůsobila smrt paní U. Pomoc v tomto případě nebyla nutná ani přínosná. Obviněný se s pacientkou na sebevraždě nedomluvil, naopak se ji snažil přesvědčit o opaku a poté pouze respektoval její přání.¹⁷⁰ Tímto soud potvrdil právo pacientů na sebeurčení a rozhodování o své další léčbě nebo o tom nebýt léčen.

V roce 1986 rozhodoval Zemský soud v Ravensburg o odpojení těžce nemocné pacientky od dýchacího přístroje jejím manželem.¹⁷¹ Pacientka trpěla posledním stádiem amyotrofické laterální sklerózy a podle prognózy jí zbývaly poslední hodiny až dny života. Pomocí speciálního psacího stroje vyjádřila svou vůli co nejdříve zemřít. Manžel pacientky se rozhodl jejím přáním řídit a odpojil dýchací přístroj. Zemský soud odmítl čin manžela kvalifikovat jako usmrcení na žádost. Naopak konstatoval: „*Pro umírajícího člověka, jehož již zachránit nelze, není smrt něco nepřirozeného, s čím musíme bojovat všemi prostředky, jako třeba s nemocí. Prostředky k udržování života se nestávají snesitelnými tím, že jsou technicky možné.*“¹⁷² Zhodnotil, že uvedený případ se odlišoval od usmrcení na žádost tím, že šlo o ukončení léčby smrtelně nemocného pacienta, která pouze uměle oddalovala jeho smrt, přičemž pacient se jasně vyjádřil, že si nepřeje být nadále udržován při takovém životě. Potvrdil tak opět právo pacientů na sebeurčení a na rozhodování o své léčbě. Nic na tom nemění ani fakt, že respirátor odpojil její manžel a nikoli ošetřující lékař.

¹⁷⁰ MATĚJEK Jaromír. Soudní rozhodnutí německých soudů týkající se dříve projevených přání pacienta. *Zdravotnictví a právo* 2010, č. 12, s. 11.

¹⁷¹ Rozsudek SRN (Spolkový soudní dvůr) ze dne 3. 12. 1986, sp. zn. 3 Kls 31/86

¹⁷² MATĚJEK Jaromír. 2010, opt. cit. s. 12.

Dalším případem byl tzv. Kemptenský rozsudek¹⁷³, který se poprvé zabýval ukončením život udržující léčby pacientky paní E., která ale nebyla smrtelně nemocná. Pacientka v důsledku srdeční zástavy utrpěla závažné nevratné poškození mozku. Její orgány pracovaly dál, nicméně činnost mozku byla poškozena a musela být vyživována žaludeční sondou. Lékař pacientky a její syn se shodli, že pacientce budou nadále podávány pouze tekutiny a speciální výživa bude omezena, aby mohla pokojně zemřít. Jak tvrdil syn paní E., jeho matka se dříve sama vyjádřila, že by si nepřála být uměle udržována při životě v situaci, v jaké se nyní nacházela. Ošetrovatelský domov se ale obrátil na zemský soud v Kemptenu, který ukončení výživy zamítl a shledal oba obžalované vinnými z pokusu zabití. Domnělou vůli pacientky nepovažoval za prokázanou. Spolkový soudní dvůr toto rozhodnutí zrušil a vrátil zemskému soudu, který oba obžalované následně zprostil viny. Tento rozsudek je významný zejména tím, že se zabýval pacientem, který nebyl v terminálním stádiu nemoci a významným faktorem byla jeho domnělá vůle.

Spolkový soudní dvůr v roce 2003 potvrdil závaznost dříve vyslovených přání pacientů, písemných i ústních, a to i v případě, že smrtelně nemocný pacient požaduje ukončení léčby, jehož následkem je smrt.¹⁷⁴ Pacient se v důsledku infarktu nacházel v permanentním vegetativním stavu a musel být také vyživován žaludeční sondou. Existovalo ale jeho písemné dříve vyslovené přání, že si nepřeje za takového stavu život dále prodlužovat a další podporu včetně výživy ukončit. Rodina jeho rozhodnutí podporovala. Soud v tomto případě uznal závaznost dříve vyslovených přání, která mají neomezeného trvání a která nemůžou být nahrazena ani domnělou vůlí zprostředkovanou zástupcem. Rozsudek byl kritizován, protože ve svém odůvodnění vycházel z toho, že pacient trpí nezvratnou a smrtelnou nemocí.¹⁷⁵

V roce 2010 vydal německý spolkový soud zcela zásadní rozsudek týkající se odpojení od přístrojů a výkladu pojmu aktivní a pasivní způsobení smrti. Případ se týkal paní K., která se po krvácení do mozku nacházela ve vigilním kómatu, byla umístěna do

¹⁷³ Rozsudek SRN: BGH (Spolkový soudní dvůr) ze dne 13. 09. 1994, sp. zn. 1 StR 357/94.

¹⁷⁴ Rozsudek SRN: BGH (Spolkový soudní dvůr) ze dne 17.3.2003, sp. zn. XII ZB 2/03.

¹⁷⁵ KREJČÍKOVÁ, Helena. Dříve vyslovená přání. Komparace z pohledu německé a španělské právní úpravy. *Zdravotnictví a právo* 2010, č. 4, s. 2.

pečovatelského ústavu a musela být nadále vyživována sondou. Prognóza jejího stavu nebyla příznivá zlepšení se neočekávalo. Její dcera po poradě s právníkem usilovala o ukončení umělé výživy své matky. Tvrdila, že její matka se dříve za života svěřila své rodině, že v případě nezpůsobilosti udělit souhlas si přeje, aby jí nebyla poskytována opatření prodlužující život v podobě umělé výživy a plicní ventilace. Vedení ústavu se postavilo ostře proti tomu, aby paní K. byla umělá výživa zastavena. Její dcera poslechla radu téhož právníka a ustříhla vyživovací sondu. Personál ústavu si toho všiml a rychle zavedl sondou novou, nicméně paní K. zemřela nedlouho poté z jiné příčiny.

Dcera i její právník byli trestně obviněni z pokusu o zabití. Rodinný právník byl krajským soudem shledán vinným, dcera paní K. byla osvobozena, protože jednala v právním omylu na jeho radu. Spolkový soudní dvůr však v rámci dovolání odsouzeného zprostil obvinění. Soud konstatoval, že pečovatelský ústav se dopustil protiprávního zásahu do tělesné integrity pacientky, když jí opětovně zavedl vyživovací sondu a porušil tak její právo na sebeurčení, které bylo vykonáváno prostřednictvím její dcery. Spolkový soudní dvůr se neztotožnil s Krajským soudem ohledně toho, že je přerušeni umělé výživy (zde odstřížením vyživovací sondy) aktivním způsobem smrti. Soud kriticky zhodnotil dosavadní někdy uměle vykonstruovanou německou judikaturu výkladu beztrestnosti pasivní euthanasie přerušeni léčby. Pacient může prostřednictvím svého souhlasu požadovat ukončení nebo přerušeni léčby, která mu byla poskytována, i když vedlejším účinkem bude způsobeni smrti. Nepůjde o aktivní euthanasii, protože již započaté nemoci je pouze ponechán přirozený průběh, přičemž se sice mírní bolesti, ale nemoc už není dál léčena, takže pacient je nakonec ponechán umírání.¹⁷⁶ Tuto vůli pacienta je třeba respektovat i když byla projevena předem, a to i ústně. Naopak zopakoval, že od tohoto případu je třeba důsledně odlišovat aktivní euthanasii, která je nadále nepřípustná a nelze k ní poskytnout souhlas.¹⁷⁷

6.2.2.2.2. Zákonná úprava

Až v roce 2009 byla přijata zákonná úprava dříve vyslovených přání prostřednictvím novely Bürgerliches Gesetzbuch (dále jen „BGB“), německého

¹⁷⁶ KALLUS Mojmir PhDr, Rozsudek SRN: BGH (Spolkový soudní dvůr), sp. zn. 2 StR 454/09, český překlad, *Trestněprávní revue 2011*, č. 1, s. 28.

¹⁷⁷ Rozhodnutí BGH (Spolkový soudní dvůr), 2 StR 454/09, ze dne 25. 6. 2010.

občanského zákoníku. Přání musí být učiněno písemně a člověk se jeho prostřednictvím může vyjádřit k budoucí léčbě nebo lékařskému zákroku s výjimkou přání aktivního usmrcení. Další výjimkou je nemožnost odmítnout poskytování bazální péče, což znamená tu nejzákladnější péči, pod níž spadá např. zvlhčování rtů.¹⁷⁸ Opatrovník ustanovený soudem by se měl postarat, aby takové přání bylo aplikováno, jestliže odpovídá aktuálnímu životnímu a zdravotnímu stavu.¹⁷⁹ V případě, že v souvislosti s léčbou nebo operací pacienta hrozí nebezpečí smrti nebo vážné poškození zdraví, musí tento postup schválit opatrovnícký soud (nejde-li o stav nouze). To samé platí pro vyslovení nesouhlasu s léčbou nebo jeho odvolání, hrozí-li smrt pacienta nebo dlouhotrvající poškození zdraví.¹⁸⁰

Zajímavostí je ustanovení, že neexistuje-li dříve vyslovené přání nebo pokud neodpovídá současnému stavu, opatrovník rozhoduje o léčbě na základě domnělé vůle zastoupeného a s ohledem na navrhovanou léčbu. Konkrétními vodítky pro určení této domnělé vůle jsou dřívější ústní či písemná prohlášení zastoupeného, jeho náboženské a etické přesvědčení a jeho další osobní hodnoty. Znamená to tedy, že vůle zastoupeného může být vykonstruovaná opatrovníkem a potvrzená soudem, i když žádné formální přání sepsáno nebylo.¹⁸¹

Německá judikatura a doktrína byly tedy poměrně progresivní a mnohé závěry týkající se dříve vyslovených přání a práva na sebeurčení dovodily s pomocí ústavních principů ještě dřív, než došlo k jejich uzákonění. V současné době německé právo obsahuje poměrně komplexní úpravu dříve projevených přání i úpravu zástupce pacienta pro účely zdravotní péče.

7. Dříve vyslovená přání ve francouzském právním řádu

Zdravotnické právo je ve Francii regulováno zákonem o veřejném zdraví (z francouzského *Code de la santé publique*). Prvním krokem k posílení autonomie vůle pacienta bylo přijetí zákona č. 2002-303 ze dne 4. března 2002, který je nazýván podle

¹⁷⁸ KREJČÍKOVÁ, Helena. 2014, opt. cit. s. 91.

¹⁷⁹ Srov. §1901a, odst. 1 zákona Bürgerliches Gesetzbuch, německý občanský zákoník.

¹⁸⁰ Srov. §1904, odst. 1 zákona Bürgerliches Gesetzbuch, německý občanský zákoník.

¹⁸¹ Srov. §1901a, odst. 2 zákona Bürgerliches Gesetzbuch, německý občanský zákoník.

svého autora *Loi Kouchner*.¹⁸² Tento předpis zavedl právo pacienta odmítnout jakoukoli lékařskou péči. Další významnou změnou bylo přijetí předpisu č. 2005-370 z 22. dubna 2005, který je podle svého autora Jeana Léonetti nazýván *Loi Léonetti*.¹⁸³ Tento zákon přinesl mnohé změny ve zdravotnickém právu, co se týče autonomie vůle pacienta a práva na sebeurčení a nové instituty jako dříve vyslovená přání. Předpis klade důraz na právo každého člověka na důstojné umírání a mírnění bolesti, dále také na respektování odmítnuté léčby pacientem a ochranu lidské důstojnosti. Další doplnění a posílení práv pacientů bylo uskutečněno v roce 2016 prostřednictvím zákona č. 2016-87, který byl vypracován stejnými autory.¹⁸⁴ Oba tyto předpisy novelizovaly zákon o veřejném zdraví.¹⁸⁵

7.1. Dříve vyslovená přání

Co se týče dříve vyslovených přání (z francouzského *les directives anticipées*), byly poprvé zavedeny do zákona o veřejném zdraví novelizací z roku 2005 a dále doplněny v roce 2016. Zákon rozlišuje tak jako v České republice dvě situace, za kterých mohou být vytvořeny. Mohou být sepsány zdravým člověkem, který pro svou budoucí potencionální zdravotní situaci vyslovuje přání podstoupit určitou léčbu anebo její omezení či úplné zastavení. Druhou možností je jejich sepsání pacientem, který je už stížen nevléčitelnou nemocí a vyslovuje se tímto k budoucí léčbě související s jeho aktuálním zdravotním stavem.¹⁸⁶ V obou případech se vyžaduje prostá písemná forma, opatřená datem a podpisem pacienta, případně, není-li schopen již přání sepsat, potvrzení dvou svědků.

Až do nabytí účinnosti zákona č. 2016-87 zákon nestanovoval závaznost dříve vyslovených přání. Lékaři pouze museli vzít takové přání na vědomí. Jejich platnost navíc

¹⁸² Zákon č. 2002-303 ze dne 4. března 2002, LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dostupný na: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>

¹⁸³ Zákon č. 2005-370 ze dne 22. dubna 2005, LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dostupný na: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000446240&categorieLien=id>

¹⁸⁴ Zákon č. 2016-87 ze dne 2. února 2016, LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, dostupný na: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031970253&categorieLien=id>

¹⁸⁵ Zákon o veřejném zdraví, Code de la santé publique, dostupné na: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20180330>

¹⁸⁶ Srov. Čl. R1111-17, odst. I., bod 2, písm. a) zákona o veřejném zdraví, Code de la santé publique.

byla omezena na dobu tří let. Od nabytí účinnosti této poslední novelizace zákon o veřejném zdraví stanovuje přímo povinnost lékařů řídit se řádně sepsaným dříve vysloveným přáním. Výjimku tvoří stavy nouze, kdy z důvodu ohrožení života není čas existenci přání zjišťovat anebo jeví-li se přání lékaři jako zcela nepřiměřené nebo neodpovídá současnému zdravotnímu stavu pacienta.¹⁸⁷ V takovém případě je rozhodnutí lékaře přezkoumáno lékařským kolegiem, zaznamenáno včetně odůvodnění do zdravotnické dokumentace a také oznámeno zástupci jmenovanému pacientem, případně rodině a dalším osobám blízkým. Časové omezení dříve vyslovených přání bylo také zrušeno.

Formální požadavky jsou stanoveny v prováděcí části zákona o veřejném zdraví. Přání může být sepsáno pouze dospělým jedincem, který na něm uvede jasně svou identifikaci. Není vyžadován ověřený podpis ani forma veřejné listiny. Uschování přání je možné několika způsoby. Preferovaný způsob je jejich uložení do národního registru zřízeného za tímto účelem nebo jeho uložení jako součásti zdravotnické dokumentace. Tato dokumentace může být se souhlasem pacienta uložena v elektronické podobě u zdravotní pojišťovny (z francouzského *dossier médical partagé*), která ji zpřístupní všem příslušným zdravotnickým pracovníkům. Dále může být uložena u praktického lékaře, u pacienta doma, u zástupce pacienta nebo dalších osob.¹⁸⁸

Zákon o veřejném zdraví stanovuje výslovně i možnost následovat ústní přání pacienta, který žádné písemné přání nese-psal. V případě, že se pacient nachází v pokročilé nebo terminální fázi nevy léčitelného onemocnění a zároveň ve stavu bezvědomí, kdy není schopen se vyjádřit k další léčbě, snaží se lékař vypátrat, jaká byla vůle pacienta. Ta může být projevena i ústně, dosvědčí-li tak zástupce pacienta nebo případně jiný člen rodiny nebo osoba blízká.¹⁸⁹

Institut zástupce pacienta pro účely poskytování zdravotních služeb existuje ve francouzském právním řádu také. Nicméně se nejedná o stejnou pozici zmocněnce jako v angloamerickém právu. Důvěrník (z francouzského *personne de confiance*), je osoba

¹⁸⁷ Srov. Čl. L1111-11, al. 3 zákona o veřejném zdraví, Code de la santé publique

¹⁸⁸ Srov. Čl. R1111-17–20 zákona o veřejném zdraví, Code de la santé publique.

¹⁸⁹ Srov. Čl. L1111-12 zákona o veřejném zdraví, Code de la santé publique.

jmenovaná zletilým pacientem. Může se jím stát rodič, osoba blízká nebo i ošetřující lékař. Tato osoba bude jako první kontaktována v případě bezvědomí pacienta a bude dostávat informace k jeho zdravotnímu stavu. Jeho hlavním úkolem je tlumočit přání a vůli pacienta je-li ve stavu nezpůsobilém k vyslovení souhlasu s další léčbou. Lékaři s ním budou v těchto případech konzultovat zdravotní stav, účastní se rozhodování ohledně následující léčby a jeho názor převáží názory všech ostatních laických jedinců. Není však jeho úkolem samostatně rozhodnout o podstoupení další léčby. Toto rozhodnutí zůstává vždy odpovědností lékařů.¹⁹⁰ Jmenování tohoto zástupce musí být uskutečněno písemnou formou a podepsané pacientem a jmenovaným zástupcem.¹⁹¹

7.2. Rozhodnutí na konci života

Jako jeden z hlavních principů zmíněných novelizací je právo pacientů na konci života na důstojné umírání doprovázené co nejvyšším možným zmírněním bolestí. Zákon proto klade důraz na paliativní péči a její zpřístupnění všem pacientům. Dále také výslovně stanoví, že není povinností, a dokonce ani správným postupem, snažit se léčit za každou cenu i v situacích, kdy se další léčba jeví jako marná. To znamená, že kurativní léčba pacientovi nic nepřináší, je nepřiměřená a jejím jediným efektem je pouze umělé prodlužování života. V této situaci je možné na žádost pacienta léčbu neposkytnout nebo zastavit. Je-li takový pacient v bezvědomí a nemůže se sám vyjádřit, rozhodne společně lékařské kolegium. Podle zákona se za léčbu, kterou je možné odmítnout nebo zastavit považuje i umělá výživa a hydratace. Po ukončení léčby musí vždy následovat nastoupení léčby paliativní, aby byl umožněn důstojný konec života.¹⁹²

Další možností nově stanovenou zákonem z roku 2016 je uvedení do stavu hlubokého spánku, který může být udržován až do smrti. Tento postup může být aplikován pro pacienty, kteří trpí bolestmi, které nelze jinak úspěšně zmírnit a jejichž prognóza života je velmi krátká nebo tak může být učiněno na žádost takového pacienta. Hluboká sedace může být provedena ve zdravotnickém zařízení nebo ideálně v domácím prostředí. U pacienta, který se nachází v terminální stadiu nemoci, je primární povinností zmírňovat

¹⁹⁰ HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. Guide sur la personne de confiance. Vydáno v dubnu 2016, dostupné na: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_personne_confiance_v9.pdf

¹⁹¹ Srov. Čl. L1111-6, al. 1 zákona o veřejném zdraví, Code de la santé publique.

¹⁹² Srov. Čl. 1110-5-1 zákona o veřejném zdraví, Code de la santé publique.

bolesti podáváním sedativ a dalších léků, a to i za cenu možného zkrácení života. V případě ukončení léčby z důvodu její marnosti u pacienta v bezvědomí musí být hluboká sedace až do úmrtí navozována vždy. Je třeba upozornit, že francouzské právo považuje aktivní euthanasii i nadále za trestný čin vraždy.¹⁹³

Postup rozhodování lékařů ohledně nepokračování nebo neposkytnutí další léčby je přesně stanoven v prováděcí části zákona o veřejném zdraví. Rozhodnutí musí respektovat projevenou vůli pacienta prostřednictvím dříve vyslovených přání. Ukončení další léčby z důvodu její marnosti musí respektovat vůli pacienta, případně dříve vysloveného přání, není-li schopen se vyjádřit. Neexistuje-li takové písemné přání, zjišťuje se, zda se pacient někdy ohledně této situace nevyjádřil svému zástupci nebo osobám blízkým. Výsledné rozhodnutí musí být vždy přijato společným rozhodnutím lékařského kolegia. To je tvořeno ošetřujícím lékařem a alespoň jedním dalším lékařem v roli konzultanta, s tím že mezi nimi nesmí existovat vztah nadřízenosti a podřízenosti. Odůvodněné rozhodnutí je oznámeno zástupci pacienta a osobám blízkým a tvoří součást zdravotnické dokumentace.¹⁹⁴

Prvním impulzem pro novou úpravu práv pacientů na konci života vyvolal případ Vincenta Humberta. 19letý mladík z Francie upadl v roce 2000 důsledku autonehody do kómatu, ze kterého se po půl roce probral jako slepý, zcela ochrnutý, ale při plném vědomí. Po dvou letech pomocí zvláštní komunikace požádal o právo zemřít. Nechal napsat žádost i tehdejšímu prezidentu Jacquesovi Chiracovi, který mu však odpověděl, že není oprávněn mu vyhovět. V roce 2003 jeho matka podala společně s ošetřujícím lékařem Vincentovi smrtící dávku léku, na kterou zemřel. Oba pachatelé byli trestně stíháni za vraždu, následně však byli soudem zproštěni obvinění. Tento případ vyvolal ve Francii všeobecnou debatu na téma euthanasie a ukončení léčby na žádost pacienta. Nakonec vyústil v přijetí zákona č. 2005-370, který se sice euthanasií ani asistovanou sebevraždou nezabýval, uzákonil však právo pacienta odmítnout jakoukoli léčbu a postup ukončení léčby z důvodu její marnosti.¹⁹⁵

¹⁹³ Srov. Čl. 1110-5-2 a Čl. 1110-5-3 zákona o veřejném zdraví, Code de la santé publique.

¹⁹⁴ Srov. Čl. R4127-37-2 zákona o veřejném zdraví, Code de la santé publique.

¹⁹⁵ Non-lieu général dans l'affaire du tétraplégique Vincent Humbert, článek z deníku *Le Monde*, dostupný na: http://www.lemonde.fr/societe/article/2006/02/28/non-lieu-general-dans-l-affaire-du-tetraplegique-vincent-humbert_745970_3224.html

Dalším známým případem, který se dostal až před Evropský soud pro lidská práva (dále jen „ESLP“), byl případ Vincenta Lamberta. Pan Lambert utrpěl vážné zranění v roce 2008, v jehož důsledku upadl až do permanentního vegetativního stavu. Po 5 letech zahájil ošetřující lékař konzultace s dalšími odborníky a celou Lambertovou rodinou o možnosti ukončit další léčbu pacienta, která se jeví jako futilní a nepřiměřená. Manželka pana Lamberta, jeho 6 sourozenců a většina lékařského týmu byli pro ukončení umělého vyživování a snížení hydratace, ale rodiče byli tvrdě proti. Vincent Lambert žádné dříve vyslovené přání nese-psal, avšak jeho manželka dosvědčila, že se mnohokrát vyjádřil ve smyslu, že by si nikdy nepřál být uměle udržován při životě ve vegetativním stavu. Toto ústní vyjádření potvrdili i jeho bratři. Lékařské kolegium rozhodlo o ukončení léčby a rodiče proto požádali o soudní intervenci. Státní rada (z francouzského *Conseil d'Etat*), nejvyšší instance soudnictví ve Francii, si nechala vypracovat další znalecké posudky a shledala rozhodnutí lékařů a důvody ukončení léčby jako zákonné.¹⁹⁶

Rodiče a dva sourozenci se odvolali až k Evropskému soudu pro lidská práva. Stěžovatelé tvrdili, že ukončení léčby by znamenalo porušení čl. 2, 3 a 8 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv a svobod, tedy práva na život, zákaz mučení a právo na respektování soukromého a rodinného života. ESLP dovodil, že francouzská právní úprava týkající se rozhodování na konci života je jasná a přesná. Mezi členskými státy Rady Evropy neexistuje jednotný přístup k tomu, zda umělá výživa představuje formu léčby, kterou je možno odmítnout nebo ukončit jako futilní. Státy by v tomto ohledu měly mít určitou míru uvážení, která však není bezbřehá. Státy Rady Evropy se ale shodnou na tom, že je nutné respektovat dříve vyslovená přání pacientů vyjádřená jakoukoli formou. Rozhodování lékařského kolegia, který zapojil do procesu členy rodiny a vzal v úvahu dříve vyslovená přání pacienta, byl shledán jako dostatečný pro zajištění respektování práv pacienta, a dokonce překročil zákonné požadavky kladené na proces rozhodování. ESLP dále došel k tomu, že soudní ochrana v tomto případě byla dostačující, soudy včetně Státní rady postupovaly v souladu se zákony, vzaly v úvahu všechny aspekty případu, včetně dříve projevené vůle pacienta, i když byla k dispozici pouze prostřednictvím svědectví jeho manželky. ESLP rozhodl, že nedošlo k porušení práv zakotvených v čl. 2, 3 a 8 Evropské

¹⁹⁶ Affaire Vincent Lambert: le Conseil d'Etat demande au médecin de relancer la procédure pouvant mener à l'arrêt des soins, článek z deníku *Le Monde* dostupný na: http://www.lemonde.fr/fin-de-vie/article/2017/07/19/affaire-vincent-lambert-le-conseil-d-etat-juge-illegale-la-suspension-de-la-procedure-pouvant-mener-a-l-arret-des-soins_5162537_1655257.html

úmluvy o ochraně lidských práv a svobod. Rozhodnutí však nebylo jednomyslné, ale dvanáct ku pěti. V separátním stanovisku vyjádřilo pět zbývajících soudců nesouhlas s rozhodnutím. Jako důvod jejich nesouhlasu uvedli nedostatečnou přesvědčivost dříve projevené vůle pacienta. Kdyby existovalo platně sepsané dříve vyslovené přání odmítající umělou výživu, považovali by její ukončení za zákonné. Avšak v případě absence platně sepsaného přání dávají přednost ochraně života před jeho ukončením, zejména s ohledem na rozdílná stanoviska členů rodiny.¹⁹⁷

Tím však případ neskončil. Lékařské kolegium ve zdravotnickém zařízení v Remeši rozhodlo o ukončení léčby, ale rodiče si znovu požádali o soudní přezkum, který jim vyhověl a tento postup byl zopakován několikrát, až došel opět až před Státní radu. Státní rada rozhodla 31. 1. 2018 o tom, že nemůže zastavit postup rozhodování kolegia a že lze přezkoumávat pouze samotné rozhodnutí. V průběhu dubna kolegium dospělo opět k rozhodnutí o ukončení léčby z důvodu její marnosti. Lze tedy očekávat další žalobu ze strany rodičů.¹⁹⁸

Francie se po dlouhodobé celospolečenské diskuzi nevydala cestou dekriminalizace euthanasie, nicméně přistoupila alespoň k zákonné úpravě důležitých otázek souvisejících s koncem života. Právní úprava potvrdila právo pacientů jakoukoli léčbu odmítnout, a to včetně umělé výživy a hydratace, závaznost dříve vyslovených přání, ke kterým se přihlíží i pokud byly vysloveny pouze ústně a také potvrzení legálnosti ukončení marné léčby za splnění zákonných podmínek. Přesto hlavní odpovědnost v rozhodování leží na lékařském týmu, zejména v případě absence projevené vůle pacienta. Jak můžeme vidět v případě Lambert, je možná i varianta, kdy si část rodiny přeje v léčbě pokračovat, a přesto bylo lékařským týmem ve shodě s druhou částí rodiny už několikrát rozhodnuto o ukončení lékařské péče. Tento případ je velmi smutný a vyvolává mnoho negativních emocí. Jsem toho názoru, že v tak těžkých a nejasných případech je žádoucí dosáhnout souhlasu o ukončení léčby celé rodiny a není možné z rozhodnutí zcela vynechat

¹⁹⁷ Rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva, sp. zn. 46043/14, ze dne 5. června 2015, dostupné na: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22fulltext%22:%5B%22Lambert%22%2C%22documentcollectionid%22:%5B%22G RANDCHAMBER%22%2C%22CHAMBER%22%2C%22itemid%22:%5B%22001-155352%22%2C%22%22%22%7D>

¹⁹⁸ Vincent Lambert: le CHU de Reims décide un nouvel «arrêt des traitements», článek z deníku *Le Figaro*, dostupný na: <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2018/04/09/01016-20180409ARTFIG00296-vincent-lambert-le-chu-de-reims-decide-un-nouvel-arret-des-traitements.php>

rodiče postiženého. S ohledem na absenci dříve vysloveného přání se domnívám, že pokud si významná část rodinných příslušníků přeje o pacienta dále pečovat, je vhodnější rozhodnout ve prospěch zachování života.

Právní úpravu otázek týkajících se konce života a dříve vyslovených přání hodnotím velmi pozitivně. I když byl francouzský zdravotnický systém považován v minulosti za velmi paternalistický, přistoupili k poměrně progresivní úpravě, která se snaží o maximální respekt k autonomii vůle pacienta a ochraně lidské důstojnosti, a to stále za zachování ochrany lidského života jako nejvyšší hodnoty.

Závěr

V této diplomové práci jsem se zabývala právní úpravou dříve vyslovených přání a možnou trestní odpovědností lékařů spojenou s poskytováním zdravotních služeb. Přílišná kriminalizace lékařů je bohužel v českém právním prostředí častým jevem, který hodnotím velmi negativně. Lékaři nemůžou odpovídat za každý neúspěch při léčení, který nastane. Už vůbec by nemělo docházet k přílišné kriminalizaci jejich jednání podáváním nepodložených trestních oznámení. Výsledek tohoto procesu není příznivý ani pro zdravotníky, ani pro pacienty. Může dojít až k tomu, že lékaři z obavy z postihu nebudou přistupovat k rizikovějším zákrokům, které však mohou vést k výrazně lepším výsledkům.

I když jsem se v této práci podrobně nezabývala ekonomickými aspekty poskytování zdravotní péče, chtěla bych na závěr zdůraznit fakt, že zdravotníci jsou neustále tlačeni ze strany nemocnic a zdravotních pojišťoven při léčbě utratit co nejméně finančních prostředků. Rozhodování o léčbě se tak mnohdy stává zcela bezvýhodnou činností, protože lékař je povinen poskytnout nejlepší možnou dostupnou léčbu, ale zároveň za co nejméně peněz. Ačkoli to nelze nahlas připustit, i ekonomické aspekty hrají při poskytování léčby a rozhodování o ní určitou roli a je pravděpodobné, že jejich význam bude narůstat s rostoucími náklady na zdravotní péči.

Přílišná kriminalizace jednání zdravotníků ve spojení s právní nejistotou se projeví i do rozhodování na konci života pacientů. Dříve vyslovená přání jsou v českém právním řádu poměrně novým institutem, který není zatím příliš využíván a který s sebou nese mnoho nevyjasněných otázek. Na většině z nich se přitom neshodne ani odborná právnická společnost. Nelze tedy chtít po lékařích, aby za těchto podmínek přistupovali k problému aktivně a snažili se vyvodit nějaké řešení.

Nejzávažnější nevyjasněnou otázkou zůstává, zda může být obsahem přání ukončení život udržující léčby. Zákonná úprava vylučuje požadování postupů, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti nebo přerušení úkonů, které by vedlo k aktivnímu způsobení smrti. Primárním cílem ustanovení bylo vyloučit legalizaci aktivní euthanasie, což lze považovat za zcela přiměřený požadavek. Uzákonění tohoto postupu by naopak bylo ve srovnání s ostatními státy téměř ojedinělé. Problém představuje důvodová zpráva, která za aktivní způsobení smrti považuje i odpojení od přístrojů. Jak bylo v této práci nastíněno, některé státy považují odpojení od přístrojů za opomenutí konat, tedy pasivní

euthanasii (např. Spolková republika Německo). Řada zahraničních soudů, včetně Evropského soudu pro lidská práva, schválila možnost odpojení od přístrojů, i když neexistovalo prokazatelné písemně sepsané přání. Právní odůvodnění tohoto postupu bylo v různých případech odlišné (přání zprostředkované osobou blízkou, domnělé přání pacienta nebo jeho nejlepší zájem).

Účelem institutu dříve vyslovených přání bylo předcházet právě situacím, kdy je nutné uměle dovozovat vůli pacientů, kteří se sami nemohou vyjádřit. Tímto způsobem by měli možnost, aby jejich vůle byla respektována, i když už sami nerozhodují. Jasně formulované přání může pomoci při rozhodování lékařům, případně soudům a nezřídka může pomoci i rodině vyrovnat se s nastalou situací. Rozhodování o ukončení nebo zachování léčby je eticky i právně velmi složité a nikdy nepůjde o snadný proces. Do rozhodování měla být vždy zapojena rodina a osoby blízké a jejich názor by měl mít pro rozhodnutí také velký význam.

V situaci této právní nejistoty je pochopitelné, že lékaři budou přistupovat k neposkytnutí léčby nebo k jejímu přerušení na základě dříve vyslovených přání velmi zdrženlivě, zejména u pacientů, kteří nejsou v terminálním stádiu. U pacientů ve vegetativním stavu momentálně odpojení od přístrojů, zejména umělé výživy, nepřipadá v českém právním prostředí zřejmě v úvahu. Podle mého názoru je nezbytné, aby došlo ke sjednocení odborných názorů, případně iniciace širší společenské diskuze k těmto otázkám. Tím by se mohlo předejít zdlouhavým soudním sporům, ať z iniciativy pacientů (prostřednictvím jejich zástupců), kteří si nepřejí svůj život dále prodlužovat nebo možných trestněprávních sporů s lékaři, kteří se rozhodli takové přání poslechnout.

Použité prameny a literatura

Knižní zdroje:

CÍSAŘOVÁ, Dagmar a SOVOVÁ, Olga. *Trestní právo a zdravotnictví*. 2. upr. a rozš. vyd. Praha: Orac, 2004

POVOLNÁ, Michaela. *Právní rádce pro pracovníky ve zdravotnictví a klienty zdravotních pojišťoven*. Praha: ALFOM, 2017

MATĚJEK, Jaromír. *Dříve projevená přání pacientů: výhody a rizika*. Praha: Galén, 2011

CÍSAŘOVÁ, Dagmar. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010

TĚŠINOVÁ, Jolana, ŽDÁREK, Roman a POLICAR, Radek. *Medicínské právo*. Praha: C.H. Beck, 2011

ŠUSTEK, Petr a HOLČAPEK, Tomáš. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016

DOLEŽAL, Adam. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*. Praha: Academia, 2017. Právo – etika - společnost.

KREJČÍKOVÁ, Helena. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*. Praha: Galén, 2014. *Theatrum medico-iuridicum*.

JELÍNEK, J. a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část*. 5. vyd. Praha: Leges, 2016.

HAVLÍČKOVÁ Blanka. *Kompendium judikatury ZDR II. Trestní odpovědnost ve zdravotnictví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s., 2016.

MACH, Jan a STOLÍKOVÁ Jitka. *Právní odpovědnost v medicíně*. Praha: Galén, 2010, s. 21.

ŠÁMAL, Pavel, GŘIVNA, Tomáš, HERCZEG, Jiří, KRATOCHVÍL, Vladimír, PÚRY, František, RIZMAN, Stanislav, ŠÁMALOVÁ, Milada, VÁLKOVÁ, Helena, VANDUCHOVÁ, Marie. *Trestní zákoník (EVK)*. 2.vydání. Praha: Nakladatelství C. H. Beck, 2012.

BÍLKOVÁ, Jana, ČERNÝ, Michal, ČUHELOVÁ, Kateřina, DAVID, Ludvík, DÁVID, Radovan, DOBROVOLNÁ, Eva, FOJTÍK, Lumír, HANDLAR, Jiří, HAVLAN, Petr, HOLEJŠOVSKÝ, Josef, HORECKÝ, Jan, HULMÁK, Milan, HURDÍK, Jan, HRDLIČKA, Miloslav, KOUKAL, Pavel, LASÁK, Jan, LAVICKÝ, Petr, LAZÍKOVÁ, Jarmila, LEBEDA, Martin, PODIVÍNOVÁ, Martina Kuloglija, PONDIKASOVÁ, Tereza, RONOVSKÁ, Kateřina, RUBAN, Radek, ŠEVČEK,

Marek, TŮMA, Pavel, VÍTEK, Jindřich. *Občanský zákoník I. Obecná část* (§ 1–654). 1. vydání. Praha: Nakladatelství C. H. Beck, 2014.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. 2. vydání. Praha: Galén, 2007.

VÁCHA, M., KÖNIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012, s. 236-238.

Odborné články

DOLEŽAL, Adam. Dříve vyslovená přání (advance directives). Právní a etické úvahy. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2017, č. 2, s. 1-15

DOLEŽAL, Adam. Informovaný souhlas – historická analýza vztahu lékaře a pacienta. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2016, č. 3, s. 52-71

PETERKOVÁ, Helena. Dříve vyslovená přání. Komparace z pohledu německé a španělské právní úpravy.

CIBULKA, Karel. O některých otázkách trestního postihu ve zdravotnictví. *Trestněprávní revue*. 2010, č. 3, s. 69.

PETERKOVÁ, Helena. Ukončování přístrojové podpory vitálních funkcí v kontextu zákona o zdravotních službách. *Zdravotnické fórum*. 2012, č. 9, s. 21-28

KREJČÍKOVÁ, Helena. Úmluva o lidských právech a biomedicíně - východisko pro národní úpravu práv pacienta? *Mezinárodněprávní aspekty ochrany lidských práv*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2013, , 61-68. ISBN 978-80-87146-97-2.

KALLUS Mojmir PhDr, Rozsudek SRN: BGH (Spolkový soudní dvůr), sp. zn. 2 StR 454/09, český překlad, *Trestněprávní revue 2011*, č. 1, s. 28.

KUČERA, Pavel. Tuzemský přístup k opomenutí v trestním právu v zrcadle trojího členění. 2. část: Pohled do praxe. *Trestněprávní revue*. 2012, č. 6, s. 137-142.

ŠÁMAL, Pavel. K trestní odpovědnosti právnických osob po novele provedené zákonem č. 183/2016 Sb.. *Trestněprávní revue*. 2016, č. 11-12, s. 247-253.

PETERKOVÁ, Helena. Rationing a argumentace marnostní léčby při neposkytnutí zdravotní péče. *Zdravotnické fórum*. 2012, č. 1, s. 14-18. ISSN 1804-9664.

PETERKOVÁ, Helena. Zdravotník a trestný čin neposkytnutí pomoci. *Zdravotnictví a právo*. 2010, č. 7-8, s. 5-11. ISSN 1211-6432.

PLETKOVÁ, Kristina. Euthanasie – úvahy de lege ferenda. *Zdravotnictví a právo*. 2008, č. 10, s. 3-7. ISSN 1211-6432.

RŮŽIČKA, Miroslav. K některým otázkám trestní odpovědnosti ve zdravotnictví. *Zdravotnictví a právo*. 2010, č. 3, s. 5-13. ISSN 1211-6432.

PETERKOVÁ, Helena. Pokyny Do Not Resuscitate a problematika neposkytnutí pomoci. *Trestní právo*. 2009, č. 9, s. 3-16. ISSN 1214-3758.

ONDRUŠKA, Miloš. (Problém) Dříve vyslovené přání. *Zdravotnické fórum*. 2012, č. 12, s. 6-14.

MATĚJEK, Jaromír. Soudní rozhodnutí německých soudů týkající se dříve projevených přání pacienta. *Zdravotnictví a právo*. 2010, č. 12, s. 11-12

Zahraníční odborné články a další dokumenty

M. KENNEDY. The Karen Quinlan case: problems and proposals. *Journal of medical ethics*, 1976, 2, 3-7, dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2495105/>

De Zulueta P, Carelli F. Permanent vegetative state: comparing the law and ethics of two tragic cases from Italy and England. *London Journal of Primary Care*. 2009;2(2):125-129, dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4222155/>

Fine RL. From Quinlan to Schiavo: medical, ethical, and legal issues in severe brain injury. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2005, dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1255938/>

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. Guide sur la personne de confiance. Vydáno v dubnu 2016, dostupné na: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_personne_confiance_v9.pdf

ANDORNO, Roberto. Regulating advance directives at the Council of Europe. In: NEGRI, Stefani, ed. Self-determination, dignity and end-of-life care [online]. Leiden: 83 IDC Publishers, Martinus Nijhoff Publishers and VSP, 2011, s. 73-85 [cit. 2017-01-09]. ISBN 978-90-04-22357-8. Dostupné z: <https://goo.gl/HNV2pi>

Judikatura

Rozsudek Nejvyššího soudu ČR ze dne 4. 3. 2010, sp. zn. Tdo 193/2010

Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 10. 12. 2008, sp. zn. 8 Tdo 1421/2008.

Nález Ústavního soudu ze dne 27. 11. 2012, sp. zn. Pl. ÚS 1/12

Nález Ústavního soudu ze dne 18. 5. 2000, sp. zn. IV. ÚS 639/2000

Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 24. 11. 2015, sp. zn. 8 Tdo 627/2015-43.

Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 27. 9. 2016, sp. zn. 8 Tdo 972/2016.

Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 18. 9. 1997, sp. zn. 2 Tzn 72/97.

Rozsudek Nejvyššího soudu ČSSR ze dne 30. 6. 1967, sp. zn. 4 Tz 49/67.

Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 18. 9. 1997, sp. zn. 2 Tzn 72/97.

Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 31. 3. 2009, sp. zn. 6 Tdo 1334/2008.

Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 31. 3. 2009, sp. zn. 6 Tdo 1334/2008. Zpráva Nejvyššího soudu ČSSR ze dne 16. 6. 1976, sp. zn. Tpjf 30/76.

Rozhodnutí Nejvyššího soudu České socialistické republiky ze dne 11. 8. 1970, sp. zn. 7 To 7/70.

Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 15. 8. 2012, sp. zn. 6 Tdo 353/2012. Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 10. 12. 2008, so. zn. 8 Tdo 1421/2008.

Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 24. 2. 2015, sp. zn. 6 Tdo 1286/2014-65.

Zahraniční judikatura

Rozhodnutí BGH (Spolkový soudní dvůr), 2 StR 454/09, ze dne 25. 6. 2010.

GU C 316 del 23/12/2009

[1993] 1:821-96.

70 N.J. 10 (1976)

497 U.S. 261 (1990)

Rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva, sp. zn. 46043/14, ze dne 5. června 2015.

Rozhodnutí BGH (Spolkový soudní dvůr), 2 StR 454/09, ze dne 25. 6. 2010.

Rozsudek SRN: BGH (Spolkový soudní dvůr) ze dne 17.3.2003, sp. zn. XII ZB 2/03.

Rozsudek SRN: BGH (Spolkový soudní dvůr) ze dne 13. 09. 1994, sp. zn. 1 StR 357/94.

Rozsudek SRN (Spolkový soudní dvůr) ze dne 3. 12. 1986, sp. zn. 3 KIs 31/86

Právní předpisy

Předpis č. 96/2001 Sb. m. s., Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (Úmluva o lidských právech a biomedicíně)

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

Usnesení předsednictva České národní rady o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky č. 2/1993 Sb.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník

Zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník

Zákon č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob

Zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád)

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu (zrušen zákonem č. 372/2011 Sb.)

Návrh zákona o důstojné smrti, sněmovní tisk č. 820, ze dne 27. 5. 2016.

Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci

Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP a Česká společnost intenzivní medicíny ČLS JEP – Konsenzuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním č. 1/2009.

Doporučení představenstva ČLK k postupu při změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli č. 1/2010.

Česká společnost J. E. Purkyně – Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof – Neodkladná resuscitace (NR), Doporučený postup výboru ČLS JEP, Praha 2017.

Švýcarský trestní zákoník, Schweizerisches Strafgesetzbuch ze dne 21. 12. 1937, dostupný na: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19370083/index.html>

Německý trestní zákoník, Strafgesetzbuch ze dne 15.05.1871, dostupný na: <https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/>

Německý občanský zákoník, Bürgerliches Gesetzbuch ze dne 18. 08. 1896, dostupný na:

Zákon č. 2002-303 ze dne 4. března 2002, LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dostupný na: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>

Zákon č. 2005-370 ze dne 22. dubna 2005, LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dostupný na: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000446240&categorieLien=id>

Zákon č. 2016-87 ze dne 2. února 2016, LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, dostupný na: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031970253&categorieLien=id>

Zákon o veřejném zdraví, Code de la santé publique, dostupné na: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20180330>

Internetové zdroje

Vincent Lambert: le CHU de Reims décide un nouvel «arrêt des traitements», článek z deníku *Le Figaro*, dostupný na: <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2018/04/09/01016-20180409ARTFIG00296-vincent-lambert-le-chu-de-reims-decide-un-nouvel-arret-des-traitements.php>

Affaire Vincent Lambert: le Conseil d'Etat demande au médecin de relancer la procédure pouvant mener à l'arrêt des soins, článek z deníku *Le Monde* dostupný na: http://www.lemonde.fr/fin-de-vie/article/2017/07/19/affaire-vincent-lambert-le-conseil-d-etat-juge-illegale-la-suspension-de-la-procedure-pouvant-mener-a-l-arret-des-soins_5162537_1655257.html

Non-lieu général dans l'affaire du tétraplégique Vincent Humbert, článek z deníku *Le Monde*, dostupný na: http://www.lemonde.fr/societe/article/2006/02/28/non-lieu-general-dans-l-affaire-du-tetraplegique-vincent-humbert_745970_3224.html

MUDr. David Doležil, Ph.D., Bc. Kamila Carbolová. Vegetativní stav (apalický syndrom).

Neurologie pro praxi, 2007, 1:27-31, dostupné na:

<https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2007/01/07.pdf>

- TOMEŠOVÁ, Jana. Dříve vyslovené přání – předem vyslovený (ne)souhlas s poskytnutím léčby. Právní portál Právní prostor, ATLAS consulting spol. s r.o., 27. 7. 2016, dostupné na: <https://www.pravniprostor.cz/clanky/obcanske-pravo/drive-vyslovene-prani-predem-vysloveny-ne-souhlas-s-poskytnutim-lecby>
- ČERNÝ, David; DOLEŽAL, Adam; DOLEŽAL, Tomáš; HŘÍBEK, Tomáš. Nad paragrafy o „důstojné smrti“. Lidové noviny ze dne 11.6.2016. Praha: MAFRA, a.s., 2016, s. 23. ISSN 0862-5921, dostupné na: <https://www.pressreader.com/czech-republic/lidove-noviny/20160611/281904477451038>
- DOLEŽIL, David. Paliativní péče u pacientů ve vegetativním stavu. *Neurologie pro praxi*. 2010, č. 1, s. 20-22. dostupné na: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/01/07.pdf>
- CIBÁK, Ondřej. Zvažované zavedení plnohodnotné možnosti vyvinění právnických osob. EPRAVO.CZ. 2016. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/clanky/zvazovane-zavedeni-plnohodnotne-moznostivyvineni-pravnicky-ch-osob-101528.html>
- ČERNÝ, David. Stanovisko k návrhu zákona o důstojné smrti. *Zdravotnické právo a bioetika*. 2016. Dostupné z: <http://zdravotnickepravo.info/stanovisko-knavrhu-zakona-o-dustojne-smrti/>
- DOLEŽAL, Adam. Marná léčba (futile care) v judikatuře soudů ve Spojených státech amerických. *Zdravotnické právo a bioetika*. 2015. Dostupné z: <http://zdravotnickepravo.info/marna-lecba-futile-care-v-judikature-soudu-vespojenych-statech-americky-ch>
- KREJČÍKOVÁ, Helena. Odpovědnost poskytovatelů zdravotních služeb za trestné činy proti životu. *Zdravotnické právo a bioetika*. 2015. Dostupné z: <http://zdravotnickepravo.info/odpovednost-poskytovatelu-zdravotnich-sluzebza-trestne-ciny-proti-zivotu/>
- LOUČKA, Martin; HOUSKA, Adam. Navrhovaný zákon o eutanázii je ohrožením pro pacienty v těžké životní situaci. Expertní stanovisko Centra paliativní péče k návrhu zákona o důstojné smrti ze dne 8.6. 2016. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/res/data/089/010033.pdf>
- Např. ŠIPR, Květoslav. *K návrhu legalizace eutanazie v České republice*, dostupné online na: <http://bioetika.cz/clanky/2008-1-2-eutanazie.pdf>.
- MACH, J., Právní postavení českého lékaře. *Tempus Medicorum*, 2011. č. 11, s. 45. [cit. 2016-3-7] Dostupné z: http://www.lkcr.cz/doc/tempus_file/tempus_10_11-56.pdf.

Další prameny

Committee of Ministers. Principles concerning continuing powers of attorney and advance directives for incapacity: Recommendation CM/Rec (2009) 11 and explanatory memorandum. Council of Europe Publishing, 2011.

Doporučení Rady Evropy O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyлéčitelně nemocných a umírajících („Charta práv umírajících“), č. 1418/1999.

Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations [online]. 1. Council of Europe, 2014 [cit. 2017-02-23]. Dostupné z: <https://www.coe.int/en/web/bioethics/guide-on-the-decision-making-process-regarding-medical-treatment-in-end-of-life-situations>

WILLIAMS, J. R. Medical Ethics Manual. World Medical Association. 2005, s. 134., dostupné na: <https://www.wma.net/what-we-do/education/medical-ethics-manual/>

Důvodová zpráva k zákonu č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, sněmovní tisk č. 450.

Stanovisko vlády k návrhu zákona o důstojné smrti ze dne 22.6.2016, str. 2. Stanovisko je dostupné (jako příloha k usnesení vlády č. 562) online na <https://apps.odok.cz/djv-agenda?date=2016-06-22>.

Důvodová zpráva k zákonu č. 183/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim, ve znění pozdějších předpisů 183/2016, č. 183/2016 Dz.

Stanovisko Etické komise Ministerstva zdravotnictví České republiky se zněním návrhu zákona „O důstojné smrti“.

World Medical Association's Declaration on Terminal Illness, říjen 2006, dostupné na: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-venice-on-terminal-illness/>

Seznam zkratek:

DNR	Do Not Resuscitate (neresuscitovat)
TOPO	Zákon o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim
Tr. Z.	Trestní zákoník
Sp. zn.	Spisová značka
Srov.	Srovnání
Sb.	Sbírka
Úmluva o biomedicíně	Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny

Klíčová slova – Key words

Dříve vyslovená přání – Advanced directives

Rozhodování na konci života – End-of-life decision making

Trestní odpovědnost – Criminal liability

Název práce v anglickém jazyce

Criminal aspects of advanced directives and Do Not Resuscitate orders

Trestněprávní aspekty dříve vyslovených přání a pokynů Do Not Resuscitate

Abstrakt

Cílem diplomové práce bylo analyzovat současnou právní úpravu dříve vyslovených přání a pokynů Do Not Resuscitate, zejména v jejich trestněprávním kontextu. V českém právním řádu se jedná o poměrně nové instituty, se kterými se pojí ještě mnoho otázek, na které české právo zatím nenabízí jednoznačné odpovědi.

V prvních dvou kapitolách jsem se zabývala obecně trestněprávními aspekty poskytování zdravotních služeb. Analyzovala jsem jednotlivé podmínky vzniku trestní odpovědnosti při poskytování zdravotních služeb, s důrazem na zásadu subsidiarity trestní represe. Zároveň jsem se stručně zabývala i usmrcením na žádost neboli euthanasii a jejím odlišením od jiných forem rozhodování na konci života. Ve druhé kapitole jsem se zaměřila na trestní odpovědnost poskytovatelů zdravotních služeb, jako právnických osob, která po posledních novelách zákona nabývá významu i pro zdravotnictví.

V další části jsem se podrobně věnovala dříve vysloveným přáním. Nejdříve jsem analyzovala tento institut z občanskoprávního hlediska, které je nezbytné pro jeho komplexní výklad. Pokusila jsem se identifikovat nejasnosti, které jsou s úpravou spojeny, ať už s ohledem na novou úpravu zástupného souhlasu a předběžného prohlášení nebo ohledně nejasného výkladu pojmu aktivní způsobení smrti.

V dalších kapitolách jsem se zaměřila na druhy dříve vyslovených přání, nejdříve na pokyny DNR a poté na odpojení od přístrojů podporujících vitální funkce. Českou úpravu jsem porovnávala se zahraniční úpravou. Významným zdrojem informací pro mě byla judikatura, zejména pro angloamerické právní prostředí. Zabývala jsem i zákonnou úpravou zemí s kontinentálním právním systémem, konkrétně Německa a podrobně Francie. Tyto státy se s problematikou rozhodování na konci života začaly potýkat dříve než Česká republika a jsou tak v mnoha ohledech napřed. Proto považuji za přínosné věnovat se studiu jejich právních úprav v této oblasti, můžou být cennou inspirací při dotváření té naší.

Criminal aspects of advanced directives and Do Not Resuscitate orders

Abstract

The aim of this thesis was to analyse current legal regulation of advanced directives and Do Not Resuscitate orders, particularly of their criminal aspects. These legal concepts are relatively new in the Czech law, therefore there are still many questions about them and Czech law unfortunately does not offer definite answers.

In the first chapters I focused on general criminal aspects of provision of health services. I analysed conditions of criminal liability in connection with health services, with emphasis on the principle of subsidiarity of criminal prosecution. In this part I also addressed the issue of mercy killing, by another name euthanasia and its differentiation from other types of end-of-life decision making. In the second chapter, I approached the matter of criminal liability of providers of health care services, as legal persons, which became after the last amendments in this area significant also for health care.

The following chapters were dedicated to advanced directives. At first, I analysed this legal concept in the matter of civil law, which is essential for its comprehensive interpretation. I tried to identify the main ambiguities of the legal regulation, whether regarding new regulation of substitute decision making, declaration in anticipation of incapacity or regarding the obscure interpretation of the term active causing of death.

In the next chapters I focused on types of advanced directives, particularly on Do Not Resuscitate orders and withdrawal of a life supporting machine and other end-of-life decisions. I compared Czech legal regulation with regulation of foreign countries. Very important information source was jurisprudence, especially for Anglo-American law. I approached also legal regulation of continental states, particularly Germany and France. These countries have been dealing with the issue of end-of-life decision making and advanced directives for a longer time and they are in many aspects ahead of us. Therefore, I find it very useful to study foreign law for these matters, since it can serve as a good inspiration for improvement of our own.