



UNIVERZITA KARLOVA

Právnická fakulta

Nikola Černíková

Právo lékaře neposkytnout zdravotní péči

Diplomová práce

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

Katedra občanského práva

Datum vypracování práce (uzavření rukopisu): 27. 07. 2019

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

Dále prohlašuji, že vlastní text této práce včetně poznámek pod čarou má 258 148 znaků včetně mezer.

Nikola Černíková

V Praze dne 27. července 2019

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu své diplomové práce panu JUDr. Petru Šustkovi, Ph.D. za vedení práce a cennou inspiraci. Poděkování bych chtěla vyjádřit i panu JUDr. Martinu Šolcovi za veškerou pomoc a odborné konzultace při zpracování této práce.

Velké poděkování patří rovněž mé rodině za podporu po celou dobu studia.

Obsah

Úvod	5
1. Význam svědomí a náboženského vyznání v současné medicíně	8
1.1. Pojem svědomí	9
1.1.1. Svědomí z pohledu filozofie a jeho pojetí u vybraných filozofů	10
1.2. Pojem náboženství	12
1.3. Výhrada svědomí a náboženského vyznání z pohledu lékařské etiky	15
1.3.1. Principy lékařské etiky	15
1.3.2. Argumenty ve prospěch výhrady svědomí a náboženského vyznání	19
1.3.3. Argumenty v neprospěch výhrady svědomí a náboženského vyznání	20
2. Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva	23
2.1. Historický vývoj	23
2.2. Současná právní úprava	29
2.2.1. Pojem zdravotní péče	30
2.2.2. Postavení zdravotnického pracovníka	31
2.2.3. Postavení poskytovatele zdravotních služeb	33
2.2.4. Postavení pacienta	34
3. Právní úprava výhrady svědomí a náboženského vyznání v České republice	37
3.1. Ústavněprávní základ v České republice	38
3.2. Zákonná úprava v České republice	44
3.3. Stavovské předpisy	50
3.3.1. Etický kodex České lékařské komory	51
3.3.2. Etický kodex České stomatologické komory	53
3.3.3. Etický kodex České lékárnické komory	53
4. Právní úprava výhrady svědomí a náboženského vyznání v mezinárodním právu a právu Evropské unie	54
4.1. Právní úprava v mezinárodním právu	55
4.1.1. Všeobecná deklarace lidských práv	56
4.1.2. Mezinárodní pakt o občanských a politických právech	56
4.1.3. Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod	56
4.2. Právní úprava v právu Evropské unie	64
4.3. Mezinárodní dokumenty Světové lékařské asociace	65
5. Občanskoprávní aspekty neposkytnutí zdravotní péče s důrazem na výhradu svědomí a náboženského vyznání	67
5.1. Význam smluvní povahy péče o zdraví při uplatňování výhrady svědomí	67
5.2. Smluvní přímus poskytovatelů zdravotních služeb v kontextu práva neposkytnout zdravotní péči	69
5.2.1. Zákonná omezení smluvního přímusu	72

5.2.1.1.	Právo odmítnout přijetí pacienta do péče.....	72
5.2.1.2.	Právo ukončit péči o pacienta	74
5.2.1.3.	Důvody, pro které nelze odmítnout přijetí pacienta ani ukončit péči o pacienta.....	78
5.2.1.4.	Právo odmítnout provedení konkrétního zdravotního výkonu z důvodu výhrady svědomí a náboženského vyznání	80
5.2.1.5.	Omezení práva pacienta na svobodnou volbu poskytovatele zdravotních služeb.....	80
5.3.	Neposkytnutí péče z důvodu ohrožení života či zdraví zdravotnického pracovníka.....	81
6.	Dotazník.....	84
6.1.	Referenční skupina	84
6.2.	Struktura dotazníku.....	85
6.3.	Výsledky dotazníku	86
6.4.	Zhodnocení dotazníku	98
7.	Komparace institutu výhrady svědomí se švédskou právní úpravou.....	100
	Závěr.....	104
	Seznam použitých zkratk.....	107
	Seznam použitých zdrojů	109
	Seznam příloh.....	117
	Abstrakt	120
	Abstract	121

Úvod

Oblasti práva na poskytnutí zdravotní péče je v současné době věnována pozornost zejména z pohledu pacienta, nikoliv však z pohledu lékaře. Právo lékaře neposkytnout zdravotní péči je oblast, které se věnuje navzdory její důležitosti velmi malá pozornost.

Cílem práce není vytvoření povrchního popisu jednotlivých důvodů pro neposkytnutí zdravotní péče, nýbrž analýza nejproblematictějších institutů v této oblasti, které jsou předmětem častých výkladových, soudních, ale i etických sporů. Právě proto byl jako stěžejní zkoumaný institut této práce vybrán institut medicínské výhrady svědomí a náboženského vyznání. Analyzována bude jak zákonná úprava, tak i judikatura českých, zahraničních a mezinárodních soudů v této oblasti. Ostatní důvody pro neposkytnutí péče jsou v práci také obsaženy, a to v souvislosti s tzv. smluvním přímusem poskytovatelů zdravotních služeb.

Institut výhrady svědomí a náboženského vyznání v oblasti zdravotnictví je v českém právním prostředí ke škodě věci oblast neprozkoumaná. Odborné články se tomuto tématu věnují jen ve velmi omezeném rozsahu a na úrovni diplomových prací je téma zpracováno ojediněle, nikoli takto komplexně a nikoli i z pohledu soukromého práva, jak je zvoleno v této práci. Cílem práce je tedy kromě analýzy současné právní úpravy institutu medicínské výhrady svědomí a náboženského vyznání na národní i mezinárodní úrovni, také zjistit její význam v medicínské praxi, dále ze získaných informací vytvořit návrhy na případné vylepšení současné právní úpravy (tedy úvahy *de lege ferenda*) a následně provést komparaci se zahraniční právní úpravou.

Kromě převažující analytické metody, je v práci využita i metoda komparativní, a to především v části sedmé, která přináší srovnání české právní úpravy s právní úpravou Švédského království. K propojení informací, které byly získány předchozími metodami, je v práci využita i metoda syntetická, díky které by mělo dojít i k propojení poznatků z oblasti práva, etiky a medicíny.

Jsem přesvědčena, že pro správné porozumění institutu medicínské výhrady svědomí a náboženského vyznání v současné právní úpravě je nezbytné obsáhnout v začátku práce stručný náhled do filozofického a etického pojetí těchto pojmů. Je nesporné, že tento institut právě do oblasti filozofie a etiky výrazně přesahuje, a právě proto se bude první část práce týkat filozofického a etického vývoje pojmů svědomí a náboženského vyznání a jejich významu v těchto oblastech. Smyslem této části je poskytnutí širšího kontextu pro následné, právně pojaté části práce.

Obsahem druhé části diplomové práce je stručná analýza vývoje vztahu lékaře a pacienta a jeho současná právní úprava z pohledu soukromého práva. Jedině přesným vymezením postavení pacienta, lékaře a jejich vzájemných práv a povinností je možné určit, v jakých situacích a za jakých podmínek může lékař legálně neposkytnout zdravotní péči. V této kapitole je také vyjasněn pojem zdravotní péče a jeho vztah k pojmu zdravotní služby.

Část třetí a čtvrtá této práce se věnuje výlučně institutu výhrady svědomí a náboženského vyznání, a to jak v české právní úpravě, tak i v mezinárodním právu a právu Evropské unie. Do těchto částí jsou také zahrnuty jednotlivé stavovské předpisy a v neposlední řadě relevantní judikatura národních i mezinárodních soudů.

Na institut výhrady svědomí a náboženského vyznání je nejčastěji pohlíženo optikou veřejného práva. Je nesporné, že tento institut má mnoho veřejnoprávních aspektů, nicméně cílem páté části práce je představit jej ve světle práva soukromého – občanského. Právě proto je v úvodu této části zjišťován význam smluvní povahy péče o zdraví při uplatňování výhrady svědomí. Následuje kapitola, která bude analyzovat jednotlivé důvody pro neposkytnutí zdravotní péče ze strany lékaře. Tyto důvody jsou analyzovány v kontextu smluvního přímusu poskytovatelů zdravotních služeb, jako jeho jednotlivá zákonná omezení. Závěr části tvoří kapitola o neposkytnutí zdravotní péče z důvodu ohrožení života či zdraví zdravotnického pracovníka.

Aby práce nebyla pouze teoretická, ale měla potenciál ovlivnit i reálné právní prostředí, které se snaží popsat, obsahuje i část praktickou. Vlastní výzkum, prováděný pomocí dotazníkového šetření, má ověřit fungování zkoumané právní úpravy v praxi a dokázat relevantnost zkoumaného institutu. Samotný dotazník se zabýval nejprve povědomím a názory lékařů, studentů lékařských fakult, ale i zdravotnických pracovníků nelékařských oborů na institut výhrady svědomí a náboženského vyznání a jeho využití v dnešní době. Dále bylo ověřováno i povědomí těchto subjektů o zákonných důvodech pro neposkytnutí zdravotní péče. Odpovědi odráží nejen názor na stav současný, ale zahrnují i úvahy *de lege ferenda*, tedy návrhy, které by očima zdravotnických pracovníků mohly v budoucnu přispět ke zlepšení fungování jak institutu výhrady svědomí a náboženského vyznání, tak fungování vztahu lékaře a pacienta obecně.

Poslední, sedmá část práce, přináší srovnání české právní úpravy s právní úpravou Švédského království. Vzhledem k silnému mezinárodnímu prvku ve zvoleném tématu byla záměrně vybrána pro zahraniční komparaci jen jedna země. Tato země však nebyla vybrána náhodně, nýbrž byla zvolena pro svůj výrazně odlišný přístup k institutu medicínské výhrady svědomí a náboženského vyznání. Cílem této části je přinést odlišný pohled na celou zkoumanou problematiku a vyhodnotit přínosy, a naopak zápory obou porovnávaných právních úprav.

Diplomová práce by měla být přínosem nejen pro odbornou veřejnost z oblasti práva, ale i z oblasti zdravotnictví. Zejména lékaři, ale i jiní zdravotničtí pracovníci často nemají o zákonné úpravě důvodů, pro které je možné odmítnout či ukončit zdravotní péči, ucelený a jasný přehled. Význam samotného institutu výhrady svědomí a náboženského vyznání bude dokazován vlastním výzkumem v podobě dotazníkového šetření. Přínos práce vidím také v předložení návrhů, které by mohly být inspirací pro vylepšení české právní úpravy v této oblasti, tedy úvah de lege ferenda.

1. Význam svědomí a náboženského vyznání v současné medicíně

V dnešní době, v níž je vztah lékaře a pacienta regulován velkým množstvím právních předpisů, a zároveň v době tzv. partnerského modelu tohoto vztahu¹ by se mohlo na první pohled zdát, že prostor pro svědomí lékaře či jeho náboženské vyznání při rozhodování o léčbě pacienta je velmi omezený, pokud vůbec nějaký.

Po odborné stránce je lékař vázán a tím i částečně omezen na své svobodě rozhodovat se podle svého svědomí či náboženského vyznání tzv. pravidly lege artis neboli pravidly lékařského umění. Pojem lege artis je sám o sobě neurčitým právním pojmem, který v medicíně označuje požadavek náležitého odborného postupu, jež je ve většině případů konkretizován ve značném množství doporučených postupů vydávaných pro každý lékařský obor². Tento požadavek náležitého odborného postupu je v různých dokumentech definován různými způsoby, jeho obsah je ale prakticky shodný. Výklad tohoto pojmu poskytuje např. usnesení Nejvyššího soudu ČR ze dne 22. 03. 2005, sp. zn. 7 Tdo 219/2005 „za porušení lege artis se považuje, pokud lékař při výkonu svého povolání nedodrží rámec pravidel vědy a medicínských způsobů, a to v mezích daných rozsahem svých úkolů podle pracovního zařazení i konkrétních podmínek a objektivních možností. (...) Postup lékaře je přitom nutné vždy hodnotit ex ante, tj. na základě informací, které měl v době rozhodování k dispozici“. Požadavek postupu lege artis je zakotven jak na mezinárodní úrovni v Úmluvě o biomedicíně³, která má jakožto smlouva podle čl. 10 Ústavy České republiky aplikační přednost před zákonem, tak i na zákonné úrovni, a to jak v zákoně č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „občanský zákoník“) tak i v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen „zákon o zdravotních službách“).

Na druhé straně je lékařova svoboda rozhodovat se jen podle svého svědomí či náboženského vyznání omezena i v rámci partnerského vztahu s pacientem. Právě tento model přináší do rozhodování lékaře další proměnou, kterou je vůle, volba a svědomí či náboženské vyznání samotného pacienta. Lékař již nemůže o léčbě pacienta rozhodovat pouze podle svého

¹ Podrobněji k partnerskému modelu vztahu lékaře a pacienta v části 2. této práce: *Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva*

² Například doporučené postupy vydávané Českou kardiologickou společností. „Doporučené postupy (guidelines) vycházejí ze soudobých poznatků lékařské vědy a považují se za postupy lege artis. Jedná se však pouze o doporučení, nikoliv předpisy, proto je nutný individuální přístup u každého nemocného. Ošetřující lékař může použít jiný postup, musí však v dokumentaci řádně zdůvodnit, proč se od doporučeného postupu odchýlil.“ Dostupné z: <http://www.kardio-cz.cz/doporučene-postupy-ceske-kardiologicke-spolecnosti-460/>

³ Sdělení č. 96/2001 Sb. m. s., o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: *Úmluva o lidských právech a biomedicíně*, Ministerstva zahraničních věcí

uvážení, nýbrž musí postupovat v souladu s pokyny a přáními pacienta. I tímto faktorem je tedy svoboda lékaře a potažmo i svoboda jeho svědomí a náboženského vyznání při profesním rozhodování omezena.

„Lékaři se dnes ve stále větší míře setkávají s přáními svých pacientů, která jsou sice prakticky poměrně snadno proveditelná, s jejich přijatelností z pohledu morálky to však již může být složitější“⁴. Z tohoto důvodu je i přes veškerá právní a společenská omezení pojem svědomí a s tím související institut výhrady svědomí a náboženského vyznání v medicíně pojmem aktuálním. Svědčí o tom nejen právní zakotvení tohoto institutu v zákonech a etických kodexech, ale i jeho narůstající využívání a s tím související stále se rozvíjející judikatura jak soudů vnitrostátních, tak soudů mezinárodních. Právě judikatura přináší k často strohým zákonným ustanovením nové poznatky a způsoby, jak tento neprávem opomíjený institut vykládat a v praxi využívat tak, aby lékaři měli možnost jednat v rámci možností podle svého svědomí a náboženského vyznání a zachovat si tak vnitřní integritu na straně jedné a pacienti měli přístup k zdravotní péči, která je poskytována na náležité odborné úrovni na straně druhé.

Dříve než přistoupím k samotnému vymezení institutu výhrady svědomí a náboženského vyznání obsaženého dále v této práci, považuji za přínosné věnovat se v rámci první části pojmům svědomí a náboženské vyznání z pohledu filosofie a etiky. Získání kontextu k těmto pojmům povede k následnému lepšímu porozumění zkoumaného institutu.

1.1. Pojem svědomí

„Svědomí je vnitřním “vykřičníkem“ v člověku, který mu přikazuje jednat nebo nejednat určitým způsobem“⁵. Svědomí lze také definovat jako obecně etickou kategorii, která charakterizuje „reakci individua na mravní principy a normy jednání v sociální skupině, jimiž je příslušníkem. V užším slova smyslu označuje osobní přesvědčení, založené na nezpochybnovaném přijetí určitých morálních norem, které se stávají měřítkem posuzování zejm. vlastního chování“⁶, či jako „dynamický imperativ chování člověka opírající se o určitý normativní systém tvořící jeho personální přesvědčení“⁷ Tyto tři vybrané definice jsou jedny z mnoha, které dnes můžeme

⁴ LOJKOVÁ, Jana. *Výhrada svědomí zdravotnických pracovníků v případě provádění interrupcí*. Aktuální gynekologie a porodnictví [online]. 2011, 2011(3), 12 - 16 [cit. 2019-07-04]. Dostupné z: https://www.actualgyn.com/pdf/en_2011_36.pdf. str. 13

⁵ MADLEŇÁKOVÁ, Lucia. *Výhrada svědomí jako součást svobody myšlení, svědomí a náboženského vyznání*. Praha: Linde, 2010. Praktická právnícká příručka. str. 64

⁶ HORYNA, Břetislav, ed. *Filosofický slovník*. 2. rozš. vyd. Olomouc: Nakladatelství Olomouc, 2002. str. 389

⁷ ŠMID, Marek. *K podstate a zmyslu slobody svedomia a slobody náboženství: K článku 7 Základnej zmluvy medzi Slovenskou republikou a Svätou stolicou o práve uplatňovať výhrady vo svedomí a Dohody medzi Slovenskou republikou a registrovanými cirkvami a náboženskými spoločnosťami o práve uplatňovať výhrady vo svedomí*.

v odborných publikacích z oblasti filozofie, etiky ale i práva či psychologie nalézt. Chápání svědomí se v průběhu dějin různě vyvíjelo a popsat svědomí a vystihnout jeho obsah bylo snahou mnoha filozofů již v historickém období antiky, středověku i novověku⁸.

1.1.1. Svědomí z pohledu filozofie a jeho pojetí u vybraných filozofů

V období antiky můžeme prvotní zmínky o svědomí nalézt v Platónově díle *Obrany Sókrata*. Zde Platón píše o tzv. „*daimonion*“, které popisuje jako „*to ve mně již počínajíc od dětství jakýsi hlas, který, kdykoli se ozve, pokaždé mě odvrací, abych nedělal to, co právě hodlám dělat, avšak nikdy mě k ničemu nepobízí*“⁹. Matějek k tomuto dodává, že pro „*takové daimonion je charakteristické to, že se vyjadřuje pouze k budoucímu jednání a že je to hlas, který radí nedělat určitý zamýšlený čin*“¹⁰.

Tomáš Akvinský, který byl jedním z nejvlivnějších filozofů středověku a scholastické tradice se svědomím zabýval v několika svých spisech. Nejvýznamněji se mu věnuje zejména v 15., 16., a 17. otázce (O vyšším a nižším rozumu, O synderezi a O svědomí) díla *Questiones disputatae De veritate*. V těchto třech otázkách hledá Tomáš Akvinský kritérium pro hodnocení lidského jednání a s tím související význam a úlohu svědomí. V rámci svědomí rozlišuje mezi „*synderesis*“ a „*conscientia*“. Pojem „*syneidésis*“ použil poprvé sv. Jeroným¹¹ v komentáři Starého Zákona, knihy proroka Ezechiela. Podle něj představuje „*syneidésis*“ schopnost nedotknutelnou prvotním hříchem, která umožňuje lidskému jednání správně rozlišovat dobro a zlo¹². Obsahem „*synderesis*“ podle Tomáše Akvinského je, jak píše v druhém článku 16. otázky díla *Quaestiones disputatae De veritate*, činit dobro a varovat se zlého¹³. Ve svém souhrnu jej lze chápat jako ty nejobecnější mravní principy. Druhá složka svědomí - „*conscientia*“ představuje aplikaci vědění na konkrétní jednání. Tato druhá složka by měla zajišťovat použití složky

In: MORAVČÍKOVÁ, Michaela. *Výhrada vo svedomí – Constientious Objection*. Bratislava: Ústav pre vzťahy štátu a cirkví 2007. str. 387

⁸ ANZENBACHER, Arno. *Úvod do filozofie*. Vyd. 3., V Portálu 2. Praha: Portál, 2010.

⁹ PLATÓN. *Euthyfrón: Obrana Sókrata ; Kritón*. 5., opr. vyd. Přeložil František NOVOTNÝ. Praha: OIKOYMENH, 2005, str. 59

¹⁰ MATĚJEK, Jaromír. *Svědomí v lékařské etice* [online]. Brno, 2006 [cit. 2019-06-05]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/prirr/Svedomi_v_lekarske_etice.pdf. Dizertační práce, str. 18

¹¹ Svatý Jeroným, (cca 347 – 420), byl křesťanský spisovatel, teolog a překladatel Bible do latiny. Katolickou církví je považován za jednoho ze čtyř velkých západních církevních Otců.

¹² BARNÁŠOVÁ, Michaela. *Středověká filozofie - Tomáš Akvinský* [online]. Plzeň, 2013 [cit. 2019-06-05]. Dostupné z: https://otik.zcu.cz/bitstream/11025/14514/1/Michaela%20Barnasova_Stredoveka%20filozofie%20-%20Tomas%20Akvinsky.pdf. Diplomová práce, str. 62

¹³ MATĚJEK, Jaromír. *Svědomí v lékařské etice* [online]. Brno, 2006 [cit. 2019-06-05]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/prirr/Svedomi_v_lekarske_etice.pdf. Dizertační práce, str. 20

„synderesis“ v konkrétních případech. V souhrnu by se tedy dalo dovodit, že svědomí je akt, kterým aplikujeme univerzální morální principy v konkrétních situacích¹⁴. Etik a lékař Jaromír Matějka k tomu dodává: „Zjednodušeně probíhá úvaha takto: 1. má se činit dobro, bránit zlu. 2. toto je dobré. 3. má se tedy činit toto“¹⁵. Tomáš Akvinský se podrobně zabýval i otázkou mylného svědomí a jeho následné (ne)omluvitelnosti, která v kontextu medicínské výhrady svědomí může být velmi zajímavá. V případě mylného svědomí je nutné odlišit rozum, který zachycuje obecné dobro a vůli, jejíž následný projev bude záviset na tom, co vůli jako dobré či pouze zdánlivě dobré předloží právě rozum. Pokud rozum pojme něco jako pravdivé, tak to jako takové předloží vůli. Tam, kde se vůle odlišuje od rozumu je vůle špatná¹⁶. V oblasti zdravotnictví se často můžeme setkat se střetem svědomí pacienta a svědomí lékaře, kdy tato si vzájemně odporují a přesto, že jedno z nich je nevyvratitelně mylné, je nutné jej respektovat. Tyto situace nejsou nijak vzácné a lze je velmi dobře demonstrovat na typickém příkladu, který uvádí i Jaromír Matějka – odmítání krevní transfúze členy náboženské společnosti svědků Jehovových. Zde proti sobě může stát na jedné straně mylné svědomí pacienta, na druhé straně jeho život. „Jde o velké dilema. Vzhledem k respektu k autonomii pacienta je nutno toto jeho mylné svědomí respektovat. Také lékař má svoji autonomii. Za hranici pacientovi autonomie ovšem jít nemůže. Pokud tedy pacient nezbytnou krevní transfúzi odmítá, dopadají všechny následky takového rozhodnutí na pacienta. Lékař v takovém případě transfúzi aplikovat nemůže. Toto uvažování je v souladu se současným trendem respektu k autonomii jednotlivce“¹⁷.

Dalším významným filozofem, který ovlivnil pojetí svědomí, byl Immanuel Kant. Svědomím se Kant zabýval zejména v díle *Eine Vorlesung über Ethik*. „Zde zaznívá pojem svědomí jako povinnosti vůči sobě samému. Zde nacházíme pojetí svědomí jako soudního dvora, který nutí správnost nebo nesprávnost skutků nejen zkoumat, ale navíc nás podle těchto skutků i soudí, a to nezávisle na naší vůli“¹⁸. Na toto pojetí potom navazuje i v dalších dílech jako je *Metafyzika mravů*, *Základy metafyziky mravů* či *Kritika praktického rozumu*. Právě v díle *Metafyzika mravů* uvažuje Kant o svědomí jako o „vrozeném soudci, kterého člověk staví sám nad

¹⁴ MOUČKOVÁ, Pavlína. *Tomášův Komentář k Etice Nikomachově: Rozdíl mezi pojetím blaženosti, dobra a štěstí u Aristotela a sv. Tomáše* [online]. České Budějovice, 2011 [cit. 2019-06-05]. Dostupné z: https://theses.cz/id/7a4111/Diplomov_prce_pdf.pdf. Diplomová práce, str. 24

¹⁵ MATĚJEK, Jaromír. *Svědomí v lékařské etice* [online]. Brno, 2006 [cit. 2019-06-05]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/prirr/Svedomi_v_lekarske_etice.pdf. Dizertační práce, str. 20

¹⁶ Ibid., str. 20

¹⁷ Ibid., str. 21

¹⁸ Ibid., str. 22

sebe. Svědomí je něco v člověku, něco jako druhá osoba, něco, co takto nutně musíme myslet (...) zákon v nás se nazývá svědomí“¹⁹.

Na vývoji pojetí svědomí se v průběhu historie podíleli i mnozí další významní filozofové, například Georg Wilhelm Friedrich Hegel, Friedrich Nietzsche či Friedrich Daniel Ernst Schleimacher, jehož pojetí výhrady svědomí velmi dobře shrnul ve své práci Jaromír Matějka: „*Společnost utvářejí jednotlivé osobní činy. Čin, vycházející ze svědomí, spolu-zakládá, spolu s činy ostatních, celou společnost. Společnost pak není souborem jednotlivců, ale jejich činů. Svědomí tak může stát v centru jednání každého člověka bez toho, že by se výhrada setkávala s odporem“²⁰. Pojetí svědomí u těchto i mnoha dalších filozofů by jistě stálo za zmínku. S ohledem na požadavky kladené na rozsah práce a její primárně právní zaměření ale výše poskytnutý výklad postačuje.*

1.2. Pojem náboženství

Právo pracuje s pojmy náboženská svoboda, náboženství či náboženské vyznání ve většině lidskoprávních dokumentů. Objevují se jak na mezinárodní úrovni, například ve Všeobecné deklaraci lidských práv (1948), Evropské úmluvě o ochraně lidských práv (1950), Mezinárodním paktu o občanských a politických právech (1966), v Listině základních práv Evropské unie (2000), tak i v ústavním pořádku České republiky v Listině základních práv (1991, resp. 1993).

Ačkoli všechny výše uvedené dokumenty s pojmem náboženství pracují, žádný z nich neposkytuje jeho jasnou definici. O takové vymezení se proto pokusil například německý Spolkový ústavní soud (*Bundesverfassungsgericht*), který stanovil tři základní prvky, které tvoří náboženství: „1) *minimum organizační formy*, 2) *konsenzus co do smyslu lidské existence* a 3) *nesení svědectví o tomto konsenzu“²¹. Další vymezení publikoval pod názvem *The Complexity of Religion and the Definition of “Religion“ in International Law* Jeremy Gunn. Náboženství zde vymezil pomocí tří aspektů: 1) náboženství jako víra, 2) náboženství jako identita a 3) náboženství jako způsob života. U prvního aspektu – náboženství jako víra, se „*náboženství v tomto smyslu týká přesvědčení o transcendentálních fenoménech a zahrnuje doktríny daného náboženství“²². U druhého aspektu – náboženství jako identita je náboženství pojato především jak příslušnost k dané (náboženské) skupině. Je vnímáno podobně jako rodina, etnicita, rasa či národnost – tedy jako**

¹⁹ MATĚJEK, Jaromír. *Svědomí v lékařské etice* [online]. Brno, 2006 [cit. 2019-06-05]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/prirr/Svedomi_v_lekarske_etice.pdf. Dizertační práce, str. 24

²⁰ Ibid., str. 30

²¹ SPRATEK, Daniel. *Evropská ochrana náboženské svobody*. Brno: L. Marek, 2008. Deus et gentes, str. 13

²² Ibid., str. 14

něco vrozeného, nikoli jako něco naučeného a získaného až v průběhu života. Posledním aspektem je náboženství jako způsob života. V tomto pojetí se náboženství „manifestuje v rituálech, náboženských úkonech, zvycích a tradicích“²³. Člověk pak vnímá náboženství jako způsob svého života, které tento jeho život z velké části, ne-li úplně celý ovlivňuje²⁴. Na závěr lze k pojmu náboženství přidat i definici Madleňákové, která popisuje náboženství jako „více či méně koherentní a organizovaný soubor názorů a postojů (případně institucí) zabývajících se fungováním světa v jeho nejširším měřítku, přičemž toto fungování je spojeno s existencí vyšší bytosti“²⁵.

Pavlíček popisuje náboženskou svobodu jako výraz důstojnosti člověka v duchovní a duševní sféře, kdy „záruky této svobody chrání člověka před hnutími, ideologiemi a ideovými systémy snažícími se podřídit si člověka v jeho celistvosti (totalitě), tedy nejen jeho jednání, ale i myšlení“²⁶. Právě rozlišováním mezi jednáním a myšlením v rámci náboženské svobody můžeme dojít k jejím dvěma složkám – složce *forum internum* (představující svobodu mít své vnitřní náboženské přesvědčení) a složce *forum externum* (která představuje svobodu projevit toto náboženské přesvědčení navenek). O těchto dvou složkách bude podrobněji i v souvislosti se svobodou svědomí pojednáno v části třetí této práce *Právní úprava výhrady svědomí a náboženského vyznání v České republice*.

S pojmem náboženství úzce souvisí pojmy víra a přesvědčení. S nimi pracují jak jednotlivé mezinárodní dokumenty, v nichž je náboženská svoboda zaručena, tak i odborná literatura a judikatura mezinárodních i vnitrostátních soudů. Daniel Spratek se k těmto pojmům vyjadřuje následovně „Vírou či přesvědčením (oběma těmito pojmy je překládán anglický výraz „belief“) se rozumí přesvědčení nikoli pouze teistická, ale i agnostická, volnomyšlenkářská, ateistická a racionalistická. Pojem „víra“ je tedy širší než pojem „náboženství“²⁷. Zde tedy není rozlišováno mezi pojmy přesvědčení a víra. Podrobněji se tomuto tématu věnuje Madleňáková, která rozebírá zejména význam odlišného překladu pojmu *belief* z anglického do českého jazyka v jednotlivých mezinárodních dokumentech a úmluvách, a to právě na pojmy *přesvědčení* a *víra*. Zatímco Evropská úmluva o ochraně lidských práv a svobod ve svém článku 9 používá pojem *přesvědčení*,

²³ SPRATEK, Daniel. *Evropská ochrana náboženské svobody*. Brno: L. Marek, 2008. Deus et gentes, str. 14

²⁴ GUNN, Jeremy, T. *The Complexity of Religion and the Definition of “Religion” in International Law*. Harvard Human Rights Journal [online]. 2003, (16), 190 - 2005 [cit. 2019-06-06]. Dostupné z: https://www.academia.edu/14170556/The_Complexity_of_Religion_and_the_Definition_of_Religion_in_International_Law?auto=download

²⁵ MADLEŇÁKOVÁ, Lucia. *Výhrada svědomí jako součást svobody myšlení, svědomí a náboženského vyznání*. Praha: Linde, 2010. Praktická právní příručka, str. 42

²⁶ PAVLÍČEK, Václav. *Ústava a ústavní řád České republiky: komentář*. 2., dopl. a podstatně rozš. vyd. Praha: Linde, 1999. Zákony s poznámkami (Linde), str. 165

²⁷ SPRATEK, Daniel. *Evropská ochrana náboženské svobody*. Brno: L. Marek, 2008. Deus et gentes, str. 15

další mezinárodní dokumenty (včetně české Listiny základních práv a svobod) používají namísto neutrálního pojmu *přesvědčení* nábožensky zabarvené slovo *víra*. Ve svém souhrnu tak dochází k používání tří pojmů – náboženství, víra a přesvědčení. Závěru, že všechny tyto pojmy jsou synonymy odporuje jejich spojení v jednotlivých mezinárodních dokumentech: „*náboženství a víra*“²⁸ či „*náboženské vyznání a přesvědčení*“²⁹. Z těchto formulací by bylo spíše možné vyvodit závěr, že pojmy *náboženské vyznání* a *náboženství* jsou synonyma, stejně tak jako pojmy *víra* a *přesvědčení*³⁰. Jak ale Madleňáková správně upozorňuje, Mezinárodní pakt o občanských a politických právech ve svém článku 18³¹ odstavcích 1–3 pracuje s pojmem *víra*, zatímco v odstavci 4 téhož článku používá pojem *přesvědčení*. Tento odstavec by tak mohl evokovat případný odlišný význam těchto dvou pojmů. K uspokojivému vyřešení vztahu mezi pojmy *víra* a *přesvědčení* bude účelné se je pokusit stručně definovat. Madleňáková definuje přesvědčení jako „*ucelený pohled na život, svět a jeho fungování, chápání dobra a zla a toho co je správné a spravedlivé (...) přesvědčení zahrnuje jak deistické, teistické, ateistické, náboženské, nenáboženské či antináboženské pohledy*“³². O definičních znacích náboženství již bylo pojednáno výše a zde je proto možné přistoupit rovnou k třetímu pojmu – pojmu *víra*. Vírou „*lze rozumět jakékoli přesvědčení či úsudek, které nejsou racionálně zdůvodnitelné, aniž by se muselo nezbytně jednat o víru náboženskou (např. víra v mimozemské civilizace)*“³³. Ačkoli tedy v sobě náboženství zahrnuje i složku víry, rozdíl mezi náboženstvím a vírou je možné spatřovat zejména v jeho větší organizovanosti a institucionalizovanosti.

²⁸ Všeobecná deklarace lidských práv, čl. 18: „*Každý má právo na svobodu myšlení, svědomí a náboženství; toto právo zahrnuje v sobě i volnost změnit své náboženství nebo víru, jakož i svobodu projevat své náboženství nebo víru sám nebo společně s jinými, ať veřejně nebo bohoslužbou a zachováním obřadů.*“

²⁹ Evropská úmluva o ochraně lidských práv, čl. 9 odstavec 1: „*Každý má právo na svobodu myšlení, svědomí a náboženského vyznání; toto právo zahrnuje svobodu změnit své náboženské vyznání nebo přesvědčení, jakož i svobodu projevat své náboženské vyznání nebo přesvědčení sám nebo společně s jinými, ať veřejně nebo soukromě bohoslužbou, vyučováním, prováděním náboženských úkonů a zachováním obřadů.*“

³⁰ MADLEŇÁKOVÁ, Lucia. *Výhrada svědomí jako součást svobody myšlení, svědomí a náboženského vyznání*. Praha: Linde, 2010. Praktická právnická příručka, str. 42

³¹ Mezinárodní pakt o občanských a politických právech, čl. 18:

1. *Každý má právo na svobodu myšlení, svědomí a náboženství. Toto právo zahrnuje v sobě svobodu vyznávat nebo přijmout náboženství nebo víru podle vlastní volby a svobodu projevat své náboženství nebo víru sám nebo společně s jinými, ať veřejně nebo soukromě, prováděním náboženských úkonů, bohoslužbou, zachováním obřadů a vyučováním.*

2. *Nikdo nesmí být podroben donucování, které by narušovalo jeho svobodu vyznávat nebo přijmout náboženství nebo víru podle své vlastní volby.*

3. *Svoboda projevat náboženství nebo víru může být podrobena pouze takovým omezením, jaká předpisuje zákon a která jsou nutná k ochraně veřejné bezpečnosti, pořádku, zdraví nebo morálky nebo základních práv a svobod jiných.*

4. *Státy, smluvní strany Paktu, se zavazují respektovat svobodu rodičů, a tam, kde je to vhodné, poručníků, zajistit náboženskou a morální výchovu svých dětí podle vlastního přesvědčení rodičů nebo poručníků.*

³² MADLEŇÁKOVÁ, Lucia. *Výhrada svědomí jako součást svobody myšlení, svědomí a náboženského vyznání*. Praha: Linde, 2010. Praktická právnická příručka, str. 42

³³ PAVLÍČEK, Václav. *Ústavní právo a státověda*. Praha: Linde, 2004. Vysokoškolské právnické učebnice, str. 114

Z výše uvedených definic lze dojít ke dvěma závěrům ohledně vztahu přesvědčení, víry a náboženství. Prvním z nich je nadřazenost nejširšího pojmu přesvědčení, které v sobě zahrnuje víru, která v sobě zahrnuje nejužší pojem náboženství. Druhým pojetím, ke kterému se kloní Madleňáková je pojetí, ve kterém jsou pojmy přesvědčení a víra vnímány jako synonyma, která jsou překladem anglického výrazu *belief* a pojem náboženství je potom pojem jim podřazený, který v sobě přesvědčení / víru zahrnuje jen co do oblasti náboženských postojů. Madleňáková tedy tímto pojetím dochází ke stejnému závěru jako výše Spratek. I v této práci bude nadále z tohoto pojetí vycházeno.

1.3. Výhrada svědomí a náboženského vyznání z pohledu lékařské etiky

Výhrada svědomí a náboženského vyznání je institut, který nepřesahuje jen do odvětví práva a filosofie. Podstatným způsobem zasahuje i do lékařské etiky. Cílem této kapitoly je nejprve v prvním bodu stručně popsat činnost, cíle a principy lékařské etiky pro oblast zdravotnictví klíčové. V druhém a třetím bodu práce bude institut výhrady svědomí a náboženského vyznání přiblížen způsobem lékařské etice vlastní – předložením argumentů v jeho prospěch i neprospěch.

1.3.1. Principy lékařské etiky

Lékařská etika (v anglickém originále podřazena pod pojem *bioethics*), vznikla jako samostatný medicínský obor až na přelomu 60. a 70 let 20. století, jako reakce na velký rozvoj vědy a medicínských technologií, na změny ve vztahu pacienta a lékaře, změny ve fungování zdravotnických institucí a v neposlední řadě i jako reakce na problematiku výzkumu³⁴. Právě „z nutnosti na tyto převratné změny a na nová mravní dilemata adekvátním způsobem odpovědět“³⁵, vzniká v USA roku 1969 první soukromý ústav bioetiky „The Hastings Center“, který dodnes představuje jednu z nejvýznamnějších institucí věnujících se lékařské etice. Kromě odborných etických ústavů, které dnes působí při většině lékařských fakult, mají na rozvoj lékařské etiky vliv i tzv. etické komise³⁶, v České republice Etická komise ministerstva zdravotnictví³⁷. Tato komise

³⁴ ANZENBACHER, Arno. *Úvod do etiky*. Praha: Academia, 1994, str. 151

³⁵ ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing, str. 102

³⁶ Etické komise původně vznikaly za účelem regulace výzkumu na lidech, nicméně dnes se již zapojují i do rozhodování o jiných eticky obtížných situacích ve zdravotnictví

³⁷ ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing, 2015, str. 97 – 103

plní úlohu stálého poradního orgánu, který se vyjadřuje k návrhům zákonů, k aktuálním etickým problémům medicíny a zdravotnictví a také iniciuje a podílí se na veřejné diskusi na aktuální témata biomedicínské etiky a etiky³⁸.

Ačkoli lékařská etika jako samostatný obor vzniká až na přelomu 60. a 70 let 20. století, medicína jako taková byla předmětem zájmu lidí zabývajících se mravními ideály již mnohem dříve. Na lékaře či léčitele byly již od samotného vzniku medicíny kladeny vysoké mravní nároky³⁹. První významný doklad zájmu o morálku lékařů, jehož význam přesahuje až do dneška je Hippokratova přísaha⁴⁰. Právě Hippokratova přísaha má ve vývoji lékařské etiky nezastupitelnou úlohu a pro dnešní medicínu v ní lze spatřovat dvě důležité složky. První složkou je její původní text, druhou je hippokratovská tradice. První složka, původní text Hippokratovy přísahy, je více než dva tisíce let stará a pro účely dnešní medicíny v určitých ohledech zastaralá⁴¹. Naproti tomu druhá složka, hippokratovská tradice, která představuje „*způsob myšlení o morálce lékařů*“⁴² má i v dnešní lékařské etice velký význam. Obsahuje etické principy jako požadavek mlčenlivosti, požadavek upřednostnění zájmů pacientů či požadavek na řádné vzdělávání lékařů. Právě tyto „*nadčasové prvky morálních požadavků na lékaře*“⁴³ jsou důvodem, proč tento morální kodex přetrval věky a proč je i v dnešní době stále aktuální.

Jak již bylo naznačeno výše, lékařská etika je relativně mladý obor. Předmětem jejího zájmu jsou etické aspekty medicíny. Je to obor multidisciplinární, který je propojen s filozofií, psychologií, sociologií i právem. Úkolem je etické problémy identifikovat, popsat je a snažit se porozumět, v čem je jejich podstata⁴⁴. Vzhledem k tomu, že takto identifikovaný etický problém je často předmětem společenské diskuze, je úkolem lékařské etiky dále „*nezaujatě vysvětlit podstatu argumentů používaných všemi stranami a moderovat debatu (...) vše směřuje k jedinému cíli, aby debatující či učící pochopili, o čem je řeč, a aby jejich uvažování o problému bylo dostatečně kvalifikované. Názor by si měli udělat vlastní*“⁴⁵.

V předposledním odstavci tohoto bodu se budu věnovat samotným principům lékařské etiky. „*Princip je cosi, co v souladu s hodnotovou strukturou jednajícího určuje směr jeho uvažování a*

³⁸ Etická komise MZ. *Portál poradních orgánů, pracovních skupin a odborných komisí Ministerstva zdravotnictví* [online]. [cit. 2019-06-06]. Dostupné z: <https://ppo.mzcr.cz/workGroup/1>

³⁹ ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing, 2015, str. 97

⁴⁰ Podrobněji o Hippokratově přísaze v kapitole 2.1. této práce: *Historický vývoj*

⁴¹ Například bod o zákazu chirurgických výkonů „*nebudu řezat, ani ty, co trpí kameny...*“ či zákazu potratů „*žádné ženě nepodám prostředek k potratu*“

⁴² ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing, 2015, str. 97

⁴³ Ibid., str. 99

⁴⁴ Ibid., str. 111

⁴⁵ Ibid., str. 112

jednání (...) mravní princip je tedy idea, kterou považujeme za správnou a necháme se jí vést při našem rozhodování a jednání.“⁴⁶. Klíčovou vlastností principu je jeho obecnost, která následně umožňuje jeho platnost za všech okolností. Problém může nastat, pokud se dostanou do vzájemného střetu. Principy a řešením jejich sporů se zabývá v lékařské etice směr, zvaný principialismus. Principialismus vznikl v průběhu 80. let 20. století je považován za konzistentní morální teorii⁴⁷. Jeho autoři identifikovali čtyři základní mravní principy v medicíně, kterými by mělo být jednání a rozhodování lékaře a dalších zdravotnických pracovníků vedeno. Těmito principy je beneficence, nonmaleficence, respekt k autonomii nemocného a spravedlnost⁴⁸.

První princip – beneficence lze přeložit jako jednání v nejlepším zájmu nemocného. Tento princip byl součástí již Hippokratovy přísahy a v dnešní medicíně nepůsobí žádné větší obtíže. Vztahuje se i na úkony s poskytováním péče související, takové, které se dříve nevyskytovaly a které jsou produktem současné ekonomické stránky zdravotnictví – výhody poskytované lékařům farmaceutickými a jinými společnostmi, za předepisování léků či jiných výrobků. V tomto případě *„společnosti nezbyvá než apel na lékařovu morální“*⁴⁹ a na princip beneficence, aby jednal bez ohledu na nabídku různých výhod v nejlepším zájmu pacienta. Druhým principem je princip nonmaleficence tedy přeloženo jako povinnost nepoškodit nemocného. Ani tento princip nečiní v medicíně větší problémy. Třetím principem je respekt k autonomii nemocného. Právo rozhodovat sám o sobě – tedy právo na autonomii a její respektování, je v době partnerského vztahu mezi lékařem a pacientem jedno z klíčových práv pacienta. *„Každý dospělý člověk žije svůj život podle svých pravidel. Jako odborník mohu ukázat chybnost některých pravidel nemocného z mého hlediska. Pacient má ještě svá další hlediska. Když je řádně poučen a jeho vlastní hlediska převáží, nelze než věřit, že ví, co dělá. To, co stojí před rozhodováním lékaře a pacienta je pořadí hodnot. Respekt pro autonomii pacienta znamená nesnažit se nemocnému vnutit za každou cenu lékaři hodnotové soudy. Medicína je služba a základem služby je nabídka. Není povinností nikoho dané nabídky přijímat.“*⁵⁰ Povinností lékaře je poučit nemocného o rizicích jeho rozhodnutí, avšak samotné jeho rozhodnutí je potřeba respektovat. Posledním, čtvrtým principem je spravedlnost, tedy spravedlivé poskytování zdravotní péče bez ohledu na majetek, pohlaví, rasu či etnickou příslušnost. Základním opatřením pro zajištění co nejvyšší možné míry spravedlnosti v poskytování zdravotní péče je zavedení systému veřejného zdravotního pojištění. Na úrovni lékaře jednotlivce lze potom princip spravedlnosti pozorovat zejména ve spravedlivém využití

⁴⁶ ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing, 2015, str. 116

⁴⁷ Ibid., str. 116

⁴⁸ Ibid., str. 117

⁴⁹ Ibid., str. 119

⁵⁰ Ibid., str. 120

dostupných zdrojů, tedy v poskytnutí pacientovi jen takové péče, která skutečně povede k jeho lepšímu zdraví. Nebudou tak neúčelně vyčerpány prostředky, které by při poskytování zdravotní péče jinému pacientovi mohly chybět⁵¹.

V závěru tohoto bodu bych se ráda věnovala situacím, ve kterých se výše uvedené mravní principy dostanou do sporu. Princip beneficence a princip nonmaleficence se do sporu dostávají velmi často. Je každodenní prací lékaře poměřovat přínosy a rizika daného medicínského výkonu či poskytované péče. Jakmile lékař spor těchto dvou principů vyřeší, čeká jej dialog s pacientem, který může vést k dalším sporu, a to mezi principem beneficence a respektu k autonomii pacienta⁵². Tuto situaci lze velmi dobře demonstrovat na sporu mezi svědomím a náboženským vyznáním lékaře a pacienta. Takto se ke sporu těchto dvou principů staví Martin Šolc: „*pro lékaře taková situace jistě může být extrémně nepříjemná až téměř traumatizující a v jistém smyslu lze považovat za velmi pozitivní, že lékařům na osudu pacienta takto záleží. Je však třeba trvat na tom, že pozitivní výměr výhrady svědomí – tedy provedení určitého úkonu proti vůli pacienta – by představoval zcela nepřijatelné popření autonomie vůle pacienta v rozsahu, který by významně narušoval jeho tělesnou i duševní integritu včetně lidské důstojnosti*“⁵³. Pro zajímavost je možné uvést i postoj Jiřího Šimka, který zastává názor opačný, nutno ovšem říct, že v lékařské etice ojedinelý: „*Jestliže lékař má k dispozici výkon, kterým dokáže uchovat život konkrétního pacienta v uspokojivé kvalitě a tento pacient pro své náboženské přesvědčení či pro své pojetí lidské důstojnosti výkon odmítá, jsou oba principy (beneficence i respekt k autonomii nemocného) v rovnováze, žádný z nich není možné znevážit. Tato situace nemá teoretické řešení. Proto z mravního hlediska jsou za těchto okolností přípustné obě možnosti. Lékař může nechat pacienta zemřít a může jej také zachránit proti jeho vůli. O tom, co se skutečně stane rozhodují okolnosti. Jsou lékaři, kteří by nikdy nejednali proti svému svědomí, někteří lékaři jsou ochotni dát v takové situaci přednost pacientovu rozhodnutí. Záleží na jejich individuálním pořadí hodnot – pro někoho nejvýše stojí vlastní svědomí, někdo cení více autonomii nemocných. Oba postoje jsou v současné době mravně přijatelné*“⁵⁴. Na závěr je nutné poznamenat, že provedení zákroku proti vůli kompetentního pacienta je jednak z hlediska práva zcela jistě protiprávní a ani v lékařské etice není pozitivní výměr výhrady svědomí často uznáván. Já osobně se také plně ztotožňuji s názorem

⁵¹ ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing, 2015, str. 121

⁵² Ibid., str. 122

⁵³ ŠOLC, Martin. *Význam a ochrana svědomí lékaře ve vztahu mezi lékařem a pacientem* [online]. Praha, 2018 [cit. 2019-06-06]. Dostupné z:

<https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/103848/120306271.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Diplomová práce, str. 40

⁵⁴ ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing, 2015, str. 124 - 125

prvním a druhý názor jsem uvedla především pro srovnání. Zkusme nyní tento teoretický spor dvou principů převést na příklad praktický: v případě, kdy člen náboženské společnosti Svědkové Jehovovi odmítne život zachraňující krevní transfuzi, dostane se do sporu náboženské přesvědčení pacienta na straně jedné a svědomí lékaře, příkazující mu zachránit lidský život, má-li tuto možnost, na straně druhé. Takováto situace byla předmětem velkého množství společenských i odborných etických diskuzí, jejichž závěr odpovídá výše popsanému: „*úkolem lékaře (či politika) není hodnotit racionalitu náboženského přesvědčení, jeho povinností je toto přesvědčení respektovat (...) konflikt svědomí lékaře a náboženského přesvědčení pacienta byl v praxi vyřešen tak, že existují lékaři a nemocnice, které pacientovi v souladu s jeho autonomním rozhodnutím transfuzi nepodají, jiní lékaři a nemocnice takovou žádost odmítnou. O postojích zdravotníků a zdravotnických institucí je ale předem jasno*“⁵⁵.

1.3.2. Argumenty ve prospěch výhrady svědomí a náboženského vyznání

Jedním z předních zastánců institutu medicínské výhrady svědomí je v oblasti lékařské etiky bioetik Christopher Cowley. Cowley se postavil proti argumentům kritizujícím institut výhrady svědomí a náboženského vyznání ve svém článku z roku 2016 *A Defence of Conscientious Objection in Medicine: A Reply to Schuklenk and Savulescu*⁵⁶ ve kterém poukazuje zejména na následující:

1) Ztráta morální integrity: Být donucen jednat proti svému svědomí či náboženskému vyznání může vést ke ztrátě morální integrity lékaře, což může vést i k silným pocitům viny a ztráty sebeúcty. Jaromír Matějka ve své práci píše „*Akcentovat svědomí jako úhel pohledu na problematiku lékařské etiky znamená vnímat pacienta i lékaře jako zcela suverénní jedince*“⁵⁷. Jak tedy zdůrazňuje Martin Šolc „*jestliže je chráněna svoboda pacienta zadržet a obdržet chtěné legální zdravotní služby a v tomto jeho právu je spatřováno potvrzení pacientovy důstojnosti, je nutno na druhou misku vah položit stejnou lidskou důstojnost zdravotníka*“⁵⁸.

⁵⁵ ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing, 2015, str. 125

⁵⁶ COWLEY, Christopher. *A Defence of Conscientious Objection in Medicine: A Reply to Schuklenk and Savulescu*. *Bioethics*. 2016, 30(5), 358-364. DOI: 10.1111/bioe.12233. ISSN 02699702. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1111/bioe.12233>

⁵⁷ MATĚJEK, Jaromír. *Svědomí v lékařské etice* [online]. Brno, 2006 [cit. 2019-06-05]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/prirr/Svedomi_v_lekarske_etice.pdf. Dizertační práce, str. 105

⁵⁸ ŠOLC, Martin. *Výhrada svědomí ve zdravotnictví: právní a etické aspekty relevantní v českém prostředí*. Praha, 2015. Studentská vědecká a odborná činnost, str. 6

2) Lékaři nejsou pouhými instrumenty, jsou svobodnými lidskými bytostmi, jejichž morální názory je nutné respektovat⁵⁹. Roger Trigg k tomuto dodává, že „*jestliže odvrhneme morální usuzování na základě svědomí, medicína zůstane redukována na technickou záležitost procedur bez zájmu o jejich dopad na obecnější lidské dobro*“⁶⁰.

3) Existence referenční povinnosti: Jestliže lékař, jehož svědomí či náboženské vyznání se dostanou do sporu s provedením konkrétní zdravotní služby požadované pacientem, může takovou službu odmítnout provést jen pod podmínkou splnění tzv. referenční povinnosti. Tato povinnost představuje povinnost odkázat pacienta na jiného lékaře, který takovou službu provede. Na svědomí a náboženské vyznání ovšem není možné se odvolat, pokud je pacient v bezprostředním ohrožení života a časová prodleva způsobená vyhledáváním jiného lékaře by vedla k poškození jeho zdraví. Tento kompromis v podobě referenční povinnosti je uznáván ve většině zemí, v jejichž právním řádu je institut medicínské výhrady svědomí a náboženského vyznání zakotven. I tento kompromis je ovšem některými bioetiky (např. Julian Savulescu či Udo Schuklenk) odmítán. Vzhledem k tomu, že oba tito bioetici jsou konsekvencionalisté⁶¹, upozorňují, že následkem splnění referenční povinnosti je provedení odmítaného zákroku jen jiným lékařem. Z hlediska konsekvencionalismu se tedy jedná o stejný následek, kterého je dosaženo jen jinou cestou. Morální provinění je tedy podle Savulesca a Schuklenka u lékaře, který zákrok provede stejný, jako u lékaře, který takový zákrok provést odmítne a splní jen zákonem vyžadovanou referenční povinnost.

1.3.3. Argumenty v neprospěch výhrady svědomí a náboženského vyznání

Ačkoli většina lékařů, etiků či právníků se shoduje na tom, že institut výhrady svědomí a náboženského vyznání lékařů je v dnešní medicíně legitimním prostředkem, jehož prostřednictvím je chráněna lékařova integrita, najdou se i názory na tento institut opačné. Nejznámějším odpůrcem institutu výhrady svědomí a náboženského vyznání na poli lékařské etiky je v současné době například australský bioetik a filozof Julian Savulescu. Savulescu vydal v roce 2006 článek

⁵⁹ DOLEŽAL, Adam. *Výhrada svědomí - ano či ne?*. Zdravotnické právo a bioetika [online]. [cit. 2019-06-06]. Dostupné z: <https://zdravotnickepravo.info/vyhrada-svedomi-ano-ci-ne/>

⁶⁰ TRIGG, Roger. *Accommodating conscience in medicine*. Journal of Medical Ethics [online]. 2015, 41(2), 174-174 [cit. 2019-06-06]. DOI: 10.1136/medethics-2013-101892. ISSN 0306-6800. Dostupné z: <http://jme.bmj.com/lookup/doi/10.1136/medethics-2013-101892>

⁶¹ Konsekvencionalismus představuje jednu z metod morálního rozvažování, která spočívá v doporučení se zamyslet nad důsledky zvažovaných rozhodnutí. Učiněno by mělo být takové rozhodnutí, jehož důsledky jsou nej přijatelnější.

*Conscientious objection in medicine*⁶², ve kterém zmiňuje řadu argumentů proti medicínské výhradě svědomí a náboženského vyznání a zároveň popisuje dvě situace, ve kterých může být tento institut tolerován. „Zaprvé je to situace, kdy tuto výhradu uplatňuje tak malý podíl zdravotníků, že nedochází k ohrožení kvality, efektivity a spravedlivosti poskytování předmětné služby. Zadruhé je pak výhrada přijatelná ze strany soukromých poskytovatelů za předpokladu, že pacienti řádně informují o alternativách“⁶³. Argumenty směřující ke kritice toho institutu budou níže rozebrány i v kontextu novějšího Savulescova článku, který napsal spolu s bioetikem Udo Schuklenkem – *Doctors Have No Right to Refuse Medical Assistance in Dying, Abortion or Contraception*⁶⁴.

1) Neefektivnost a nespravedlnost: Základní tezí prvního argumentu je, že institut výhrady svědomí a náboženského vyznání zavádí neefektivnost a nespravedlnost při poskytování zdravotní péče. Zdravotní péče, kterou pacient obdrží by neměla být odvislá od vnitřních hodnot ošetřujícího lékaře. Uplatňování výhrady svědomí a náboženského vyznání vede podle jednak k tomu, že pacient musí mezi lékaři hledat takového, který by mu předmětnou legální péči poskytnul, zadruhé k tomu, že pacientovi v souvislosti s hledáním takového lékaře vznikají neodůvodněné výdaje finanční i časové. Dále Savulescu upozorňuje, že pacient, méně informovaný o svých nárocích, by se mohl ocitnout bez péče na kterou má ze zákona nárok i úplně. Je nutno podotknout, že právě z tohoto důvodu byla zavedena v několika právních řádech tzv. referenční povinnost.

2) Nedůslednost: Savulescu upozorňuje na skutečnost, že při poskytování zdravotní péče mají náboženské a jiné hodnoty neodůvodněně vyšší ochranu než případné jiné důvody individuálního rozhodnutí. Savulescu považuje za nesmyslné, aby lékař mohl odmítnout péči z důvodů náboženské výhrady, avšak nikoli z důvodu ohrožení vlastního zdraví či zájmů.

3) Závazky lékaře: Být lékařem znamená mít určité závazky, které jsou součástí tohoto povolání. Zejména tedy závazek v podobě připravenosti poskytnout potřebnou péči, která je legální, prospěšná a pacientem požadovaná. Zde je ovšem vhodné citovat protiargument tak, jak jej uvádí Martin Šolc „Každá věc se skládá ze své podstaty a z více či méně nahodilých jevů tuto podstatu doprovázejících. Jistě není možné přihlásit se k určitému povolání (stejně jako např.

⁶² SAVULESCU, Julian. *Conscientious objection in medicine*. BMJ [online]. 2006, 332(7536), 294-297 [cit. 2019-06-06]. DOI: 10.1136/bmj.332.7536.294. ISSN 0959-8138. Dostupné z: <http://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.332.7536.294>

⁶³ ŠOLC, Martin. *Výhrada svědomí ve zdravotnictví: právní a etické aspekty relevantní v českém prostředí*. Praha, 2015. Studentská vědecká a odborná činnost, str. 5

⁶⁴ SAVULESCU, Julian a Udo SCHUKLENK. *Doctors Have no Right to Refuse Medical Assistance in Dying, Abortion or Contraception*. *Bioethics* [online]. 2017, 31(3), 162-170 [cit. 2019-06-06]. DOI: 10.1111/bioe.12288. ISSN 02699702. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/bioe.12288>

k věroučnému systému či ideologii), pokud má člověk výhradu vůči součásti jeho podstaty. Je však stále možné, a dokonce nutné odmítnout při této identifikaci některé nahodilosti. Člověk, který je přesvědčen o nesprávnosti základního principu pomoci nemocným, by nemohl být zdravotníkem. Sotva lze však říci, že některý konkrétní zdravotnický úkon tvoří podstatu medicíny (nebo jejího oboru)“⁶⁵.

4) Diskriminace: Savulescu spatřuje diskriminaci ve skutečnosti, že náboženské hodnoty jsou někdy vnímány nadřazeně ve vztahu k hodnotám sekulárním. To vnímá jako nespravedlivou nerovnost. Je ovšem třeba podotknout, že v české právní úpravě je přiznána stejná ochrana oběma těmto hodnotám a jedná se proto spíše o problematiku způsobu právního zakotvení institutu výhrady svědomí a náboženského vyznání nežli o problematiku jeho samotné existence.

Kromě těchto čtyř základních argumentů poukazuje Savulescu ještě na problém právní nejistoty. Zákony jsou v oblasti medicíny často formulovány nejasně, v důsledku čehož dochází k nejistotě lékařů o legálnosti či nelegálnosti daného zákroku. Taková situace pak vede k nejednotné praxi. V případě, že se lékař domnívá, že je daný zákrok nelegální, jeho odmítnutí je jiné povahy, než pokud odmítá zákrok legální z důvodu neslučitelnosti s jeho vnitřním přesvědčením. I v této situaci ale Savulescu upozorňuje, že by lékař domnívajícím se že daný zákrok je nelegální, měl pacienta o této skutečnosti poučit a zároveň jej odkázat na kolegu (pokud o takovém ví) který má názor o legálnosti předmětného zákroku odlišný.

Savulescu je názoru, že „*lékařova svoboda morálního rozhodování je omezena výběrem jeho povolání a nemůže mít morální převahu nad potřebami pacienta*“⁶⁶. Ačkoli Savulescu připouští důležitost morálních hodnot lékařů, jejich roli vidí jen při obecné diskuzi o tom, jaká péče by měla či neměla být legálně poskytována. Na individuální úrovni vztahu lékaře a pacienta by tyto hodnoty mohly hrát roli jen v rámci dialogu lékaře a pacienta o jednotlivých možnostech léčby. Rozhodování o poskytnutí či neposkytnutí legální, prospěšné a pacientem chtěné zdravotní péče by však již v žádném případě ovlivňovat neměly. Zdůrazňuje, že „*individuální hodnoty nemohou převážit hodnoty spočívající ve společenském poskytování zdravotní péče. Lékaři se mohou snažit bojovat o legislativní změny, ale nemají žádný nárok na to, aby si přivlastňovali speciální morální status, který by je ospravedlňoval odmítnout poskytnout určitý typ zdravotní péče pacientům, kteří ji vyžadují*“⁶⁷.

⁶⁵ ŠOLC, Martin. *Výhrada svědomí ve zdravotnictví: právní a etické aspekty relevantní v českém prostředí*. Praha, 2015. Studentská vědecká a odborná činnost, str. 6

⁶⁶ DOLEŽAL, Adam. *Výhrada svědomí - ano či ne?*. Zdravotnické právo a bioetika [online]. [cit. 2019-06-06].

Dostupné z: <https://zdravotnickepravo.info/vyhrada-svedomi-ano-ci-ne/>

⁶⁷ Ibid.

2. Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva

Vztah lékaře a pacienta je jedním z ústředních vztahů zdravotnického práva, který zejména v posledních letech prošel značnými proměnami. Významným důsledkem těchto změn je především změna hierarchie či dominance ve vztahu lékaře a pacienta při poskytování zdravotní péče.

Paternalistický model, který byl „tradičně ustálený, ověřený a po celá staletí plně funkční“⁶⁸ a který se vyznačuje dominantnějším postavením lékaře, byl nahrazen modelem partnerským, který je orientován na pacienta. V partnerském modelu jsou primární hodnoty respekt k vůli a autonomii pacienta, ochrana jeho integrity, aktivní účast pacienta na rozhodování o průběhu a metodách léčby, postavení lékaře do role spíše poradce či konzultanta nežli do role autoritativně rozhodující osoby a chápání zdravotní péče jako druhu služby, při jejímž poskytování jsou si obě strany rovný.

Přechod od paternalistického modelu k modelu partnerskému je výsledkem procesu změn společenského i politického uspořádání zejména po roce 1945. S koncem 2. světové války si lidé začali více uvědomovat hodnoty jako jsou autonomie, právo na sebeurčení a ochrana individuální svobody a lidských práv. Tyto hodnoty se nutně musely promítnout i do vztahu lékaře a pacienta a do evropských i celosvětových dokumentů, které tuto oblast upravují.

2.1. Historický vývoj

Vztah lékaře a pacienta existuje v různých proměnách již od nepaměti. Je to vztah, jehož vývoj ovlivňovaly společenské poměry, politická situace, forma státního zřízení či v neposlední řadě úroveň dosaženého vědeckého poznání. Všechny tyto a mnoho dalších faktorů mělo vliv nejen na formu tohoto vztahu, ale i na jeho obsah.

Prvním dochovaným dokumentem, který se zmiňuje o vztahu lékaře a pacienta, je babylonský zákoník známý jako *Chammurapiho zákoník* či *kodeks krále Chammurapiho*, vydaný přibližně v roce 1686 př. n. l.⁶⁹ králem Chammurapim⁷⁰. Zákoník, spíše než formu kodexu, má z dnešního pohledu formu kazuistik, které postrádají zobecňující charakter. Ve vztahu lékaře a

⁶⁸ Od medicíny mlčení k informovanému souhlasu. *Zdravotnictví a medicína* [online]. Praha, 2007 [cit. 2019-06-06]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/od-mediciny-mlceni-k-informovanemu-souhlasu-300318>

⁶⁹ uvádí se též 1800 př. n. l.

⁷⁰ též známý jako Chammurabi či Hammurabi, byl šestý král starobabylonské říše ze Sumu-abumovy amoritské dynastie, který vládl od roku 1792 – 1750 př. n. l.

pacienta se kazuistiky dotýkají zejména výše odměny lékaře za jím provedený konkrétní zákrok. Jedna z norem například zní „*jestliže lékař uzdraví zlomenou kost nebo nemocnou měkkou tkáň plnoprávného občana, pacient je mu povinen zaplatit pět šekelů stříbra.*“ Z tohoto práva lékaře na odměnu a z dalších dochovaných materiálů lze tedy usuzovat, že vztah lékaře a pacienta byl v tomto období založen na smlouvě⁷¹.

Významněji ovlivnily vztah lékaře a pacienta mocnosti starověkého Řecka a Říma. Starověké Řecko dalo vzniknout medicíně jako samostatné vědě, která byla do té doby považována za součást filozofie. V nejstarším období Starověkého Řecka bylo lékařství velmi ovlivněno náboženstvím. Postupem času mytologii a názory silně ovlivněné náboženstvím vystřídal názory racionálnější, založené na vědeckém zkoumání. Za bezpochyby nejvýznamnějšího a nejznámějšího lékaře Starověkého Řecka je považován Hippokrates⁷². Právě „*Hippokrates oddělil medicínu od filozofie a postavil ji na „vědecký základ*“⁷³. Pod Hippokratovým jménem se dochovalo více než 60 lékařských spisů, které pojednávají o tehdejších pojetí anatomie, fyziologie, gynekologie či chirurgie a které se souhrnně nazývají *Corpus Hippocraticum*⁷⁴. Nejznámější z těchto spisů je bezpochyby „*Přísaha*“, která obsahuje první ucelenější etické zásady medicíny. Její text se dotýká dvou oblastí, kdy první přibližuje povinnosti přísahajícího – lékaře při získávání a předávání lékařských znalostí a vědomostí, druhá potom zakládá povinnosti při výkonu lékařského povolání a závazky vůči pacientům⁷⁵. Doležal uvádí, že principy „*Přísahy*“ „*je možno považovat za principy, na nichž je vystavěn vztah lékaře a pacienta. Principy jako především neškodit - „primum non nocere“, respekt k autonomii pacienta – „voluntas aegroti suprema lex“, princip dobročinnosti – „salus aegroti suprema lex“ a princip spravedlnosti (diké) jsou (i když v modifikované podobě) základem vztahu lékaře a pacienta i v současnosti.*“⁷⁶ V závěru lze dodat, že i přesto, že byl vztah pacienta a lékaře upraven ve Starověkém Řecku především etickými normami, jednalo se bezpochyby o vztah založený na smlouvě. Jeho obsahem byl závazek lékaře pomoci nemocnému od jeho bolesti a zpravidla závazek pacienta za tyto služby lékaře zaplatit.

Lékařství ve Starověkém Římě nebylo na svém počátku na nijak vysoké úrovni. Nebyla sjednocena pravidla pro jeho výkon ani pro osoby, které jej mohly vykonávat. V důsledku toho bylo možné narazit na léčitele pocházející z řad otroků i svobodných, z poměrů chudých i bohatých, kteří byli vzdělaní i nevzdělaní. Povědomí o vědecké medicíně se do Říma začalo

⁷¹ DOLEŽAL, Tomáš. *Vztah pacienta a lékaře z pohledu soukromého práva*. Praha: Leges, 2012, str. 18

⁷² lékař z Kósu, narozený roku 460 př. n. l.

⁷³ Ibid., str. 23

⁷⁴ Ibid., str. 23

⁷⁵ NUTTON, Vivian. *Ancient medicine*. 2nd ed. New York: Routledge, 2012, str. 66

⁷⁶ DOLEŽAL, Tomáš. *Vztah pacienta a lékaře z pohledu soukromého práva*. Praha: Leges, 2012, str. 24

dostávalo nejprve prostřednictvím otroků řeckého původu, kteří znalosti nabyli právě ve Starověkém Řecku a poté i přesunem samotných řeckých lékařů. Mezi takovéto lékaře patřil například Archagathos, Asklépiadés z Prúsy či Galén, který je považován za nejslavnějšího lékaře antického Říma. Co se týká postavení lékařů ve Starověkém Římě, „výrazně změnilo až v poslední době republiky a v době císařství. Z původně málo vábného zaměstnání, vhodného jen pro otroky, propuštěnce a cizince, se lékařské povolání stalo postupem času profesí privilegovanou, a to i zákony“⁷⁷.

Stejně jako ve Starověkém Řecku i v Římě byl právní vztah mezi lékařem a pacientem založen na smlouvě. Konkrétní smluvní typy, na základě kterých byly lékařské služby poskytovány, jsou v zásadě dva: 1) *locatio conductio*⁷⁸ a 2) *mandatum*⁷⁹. Určení kdy se použije první typ a kdy druhý bylo závislé na třech skutečnostech:

1) *osobě lékaře*: lidé žijící na území římského státu byli členěni do čtyř základních společenských tříd. Nejnižší společensky postavení byli otroci - „servi“. Vzhledem k tomu, že neměli právní subjektivitu, byli z právního hlediska na úrovni věci - „res“. O stupeň výše stáli tzv. „libertini“ neboli otroci propuštění na svobodu. Tyto osoby sice stále měli vazby a povinnosti ke svému bývalému pánovi, nicméně měli již také právní subjektivitu a s tím související jistou svobodu. Nejvýše na společenském žebříčku stáli tzv. „ingenui“, neboli svobodní občané. Poslední kategorií jsou tzv. „peregrini“ neboli cizinci.

2) *úplatnosti vztahu, resp. odměny*: zdali měl lékař za poskytnutí svých služeb právo na odměnu či nikoli. Tedy zdali se jednalo o vztah úplatný či bezúplatný.

3) *společenském zařazení lékařského povolání*: lékařské povolání bylo pravděpodobně nejdříve považováno za řemeslo a později, pokud bylo vykonáváno svobodným občanem Říma, za vysoce kvalifikovanou službu⁸⁰.

V následujícím odstavci stručně nastíním základní charakteristické prvky zmíněných smluvních typů *locatio conductio* a *mandatum*, v kontextu výše analyzovaných klíčových skutečností (osoba lékaře, úplatnost vztahu a společenské zařazení lékařského povolání).

Prvním smluvním typem, na základě kterého byly poskytovány lékařské služby, je *locatio – conductio*. „Moderní právní věda římského práva zahrnuje pod smluvní typ *locatio conductio*

⁷⁷ KOUSALOVÁ, Anna. *Medicina ve starověkém Římě* [online]. Brno, 2013 [cit. 2019-06-05]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/104620/prif_m/doc2_upr.pdf. Diplomová práce, str. 32

⁷⁸ KINCL, Jaromír, Michal SKŘEJPEK a Valentin URFUS. *Římské právo*. Praha: C.H. Beck, 1995. Beckovy právníké učebnice, str. 253: „*locatio-conductio* je *synallagma*, jehož předmětem je buď úplatné užívání cizí věci anebo pracovní síly, anebo provedení určitého díla“

⁷⁹ Ibid., str. 257: „*mandatum* je smlouva o bezplatném obstarání cizích záležitostí“

⁸⁰ DOLEŽAL, Tomáš. *Vztah pacienta a lékaře z pohledu soukromého práva*. Praha: Leges, 2012, str. 61

tři zvláštní smluvní podtypy – *locatio-conductio rei*, *locatio-conductio operarum* a *locatio-conductio operis*⁸¹.

- 1) *locatio conductio rei* neboli v současné právní terminologii nájemní smlouva. Jejím předmětem mohl být nájem věcí movitých či nemovitých, a to vždy za úplatu. Tento smluvní typ se užil v případě poskytnutí zdravotní služby otrokem, jelikož ten byl z hlediska římského práva považován za věc. „*Pokud tedy byla zdravotní služba poskytována otroky, pak zde nevznikal smluvní vztah mezi pacientem a otrokem – lékařem, ale pacientem a vlastníkem otroka*“⁸².
- 2) *locatio conductio operarum* neboli v současné právní terminologii smlouva pracovní.⁸³ Předmětem této smlouvy byl nájem „*cizí pracovní síly a její užívání po stanovenou dobu*“⁸⁴ a to opět vždy za úplatu. Tento typ smlouvy uzavírali především *libertini* a *peregrini* jelikož, uzavírání smlouvy, jejímž předmětem byl výkon služeb za úplatu bylo pro svobodné římské občany nedůstojné.
- 3) *locatio conductio operis* neboli v současné právní terminologii smlouva o dílo. Tento smluvní typ nebyl příliš častý, výkon lékařského povolání je spíše službou než dílem, přesto například v případě „*provedení určité operace, byla uzavírána smlouva o dílo, neboť předmětem smlouvy nebylo vykonání určité činnosti, ale provedení operace jako celku*“⁸⁵. I tento smluvní vztah byl vztahem úplatným. Použití smlouvy o dílo je v rozporu i se současným pojetím odpovědnosti lékaře, kdy ten je odpovědný „pouze“ za správné provedení zdravotní služby, nikoli za její výsledek, který nelze nikdy s naprostou jistotou garantovat.

Druhým smluvním typem, na základě kterého byly v období antického Říma poskytovány zdravotní služby je *mandatum*. Kincl, Urfus a Skřejpek ji definují jako „*smlouvu o bezplatném obstarání cizích záležitostí*“⁸⁶. Činnost sjednaná mandátní smlouvou měla tedy dvě základní charakteristiky: 1) byla vykonávána bezplatně, 2) spočívala v obstarání cizích záležitostí. Tuto smlouvu mohli mezi sebou uzavírat svobodní římsští občané. Ti, jak bylo zmíněno výše, vnímali výkon služeb za úplatu jako nedůstojné. Měli za to, „*že se jedná o čest, pokud byli požádáni o*

⁸¹ DOLEŽAL, Tomáš. *Vztah pacienta a lékaře z pohledu soukromého práva*. Praha: Leges, 2012, str. 63

⁸² Ibid., str. 64

⁸³ KINCL, Jaromír, Michal SKŘEJPEK a Valentin URFUS. *Římské právo*. Praha: C.H. Beck, 1995. Beckovy právnické učebnice, str. 254

⁸⁴ DOLEŽAL, Tomáš. *Vztah pacienta a lékaře z pohledu soukromého práva*. Praha: Leges, 2012, str. 65

⁸⁵ Ibid., str. 67

⁸⁶ KINCL, Jaromír, Michal SKŘEJPEK a Valentin URFUS. *Římské právo*. Praha: C.H. Beck, 1995. Beckovy právnické učebnice, str. 257

obstarání cizí záležitosti.“⁸⁷ Jejich primárním cílem nebylo získání majetkového prospěchu, ale spíše dostat svému postavení svobodného římského občana.

S pádem západofřímské říše přišel nástup křesťanství a s tím i nová historická období. Středověk a raný novověk nebyl pro vývoj vztahu lékaře a pacienta nijak zásadní, což souviselo s úpadkem vývoje medicíny samotné. V období středověku byla nemoc v důsledku učení katolické církve vnímána jako Boží trest za lidská provinění, skrze níž si měl člověk tato provinění odpykat a naučit se pokoře. Veškeré snahy o objevy či poznatky, které by nebyly v souladu s učením katolické církve, byly silně potlačeny a zakázány. Z vlivu tohoto učení v oblasti medicíny se pomalu začali vymaňovat až lékaři raného novověku. Ti se snažili o návrat k učení antických lékařů a o bádání založené na vlastním rozumu, zkušenostech a vědeckém výzkumu. Důsledkem tohoto posunu jsou významné objevy v oblasti anatomie člověka, či revoluční přístup k léčbě infekčních nemocí⁸⁸. Pro vztah lékaře a pacienta je dále významnější až období počínající 19. stoletím neboli období velkých kodifikací⁸⁹.

Lékařství a potažmo i vztah pacienta a lékaře byl do 19. století ve většině evropských zemích nejvíce ovlivněn myšlením a objevy antického Řecka a Říma. K významnému posunu došlo v jednotlivých evropských zemích až v důsledku velkých kodifikací vnitrostátního práva. Chronologicky vznikl v roce 1804 jako první z těchto významných kodexů francouzský *Code civil*, který byl následně inspirací i pro další kodexy – rakouský Všeobecný zákoník občanský (*Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch* zkráceně *ABGB*) z roku 1811, německý občanský zákoník (*Bürgerliches Gesetzbuch* zkráceně *BGB*) z roku 1896 a švýcarský *Zivilgesetzbuch* (zkráceně *ZGB*) z roku 1907⁹⁰. Všechny tyto zákoníky přistoupily k úpravě vztahu lékaře a pacienta jako ke vztahu soukromoprávnímu, založeného smlouvou. Rozdílnou cestou se však vydaly při podřazení tohoto vztahu pod konkrétní smluvní typ. *Vzhledem k nejasnostem, které v římskoprávním pojetí právního vztahu lékaře a pacienta panovaly, nebyly názory na zařazení tohoto vztahu k určitému smluvnímu typu zcela vyhraněné a cizelovaly se teprve v průběhu aplikace těchto kodexů.*⁹¹ Zatímco v rámci rakouského ABGB přicházelo v úvahu podřazení vztahu lékaře a pacienta pod smlouvu zmocňovací či smlouvu námezdní, v Německu bylo možné tento vztah podřadit pod smlouvu služební či smlouvu o dílo (smlouva příkazní se pro svojí bezúplatnost nehodila). Ve Švýcarsku bylo možné uvažovat o podřazení pod smlouvu pracovní nebo smlouvu příkazní⁹².

⁸⁷ DOLEŽAL, Tomáš. *Vztah pacienta a lékaře z pohledu soukromého práva*. Praha: Leges, 2012, str. 69

⁸⁸ RŮŽIČKA, Radomír. *Medicína dávných civilizací*. V Olomouci: Poznání, 2004, str. 34 - 42

⁸⁹ DOLEŽAL, Tomáš. *Vztah pacienta a lékaře z pohledu soukromého práva*. Praha: Leges, 2012, str. 74 - 76

⁹⁰ Ibid., str. 79

⁹¹ Ibid., str. 79

⁹² Ibid., str.80 - 84

Úprava vztahu lékaře a pacienta jako soukromoprávního vztahu mezi dvěma subjekty s jasně definovanými právy a povinnostmi byla narušena ve 20. století vznikem institutu veřejného zdravotního pojištění a s tím souvisejícím vznikem dalšího subjektu ovlivňující vztah lékaře a pacienta – pojišťovnou. Jak ale píše Doležal „*existence veřejného zdravotního pojištění netransformuje vztah lékaře a pacienta do veřejnoprávní roviny, a současně, ani na vlastní rozsah práv a povinností ve vztahu mezi pacientem a lékařem nemá zásadní vliv*“⁹³.

V následujícím období – v období 20. a 21. století stále častěji vyvstávala otázka, zda vztah lékaře a pacienta upravit jako vztah soukromoprávní, či veřejnoprávní. V případě, že se stát rozhodne upravit tento vztah jako vztah soukromoprávní, má ve svém důsledku tři možnosti. První možností je ponechat úpravu tohoto vztahu v občanském zákoníku a podřadit jej pod některý z již existujících smluvních typů – např. pod smlouvu o dílo, smlouvu příkazní či smlouvu služební⁹⁴. Druhá možnost spočívá ve vydání speciálního zákona, který pro vztah lékaře a pacienta vytvoří speciální smluvní typ⁹⁵. Poslední možností, kterou zvolila i Česká republika v roce 2012 je úprava vztahu lékaře a pacienta v občanském zákoníku, který ale vytvořil pro tento vztah speciální smluvní typ⁹⁶.

Většina evropských zemí se rozhodla pro úpravu vztahu pacienta a lékaře jako vztahu soukromoprávního, založeného smlouvou. Nicméně našly se i země, které se vydaly cestou veřejnoprávní úpravy. Typickým příkladem je úprava ve skandinávských zemích či ve státech bývalého socialistického bloku. U nás byl tento vztah upraven jako veřejnoprávní od roku 1964 do roku 2011 v zákoně o péči o zdraví lidu. V roce 2012 byl potom přijat zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, který vztah lékaře a pacienta opět přenesl do sféry soukromého práva a který ve svém § 2636 vytvořil nový smluvní typ – smlouvu o péči o zdraví.

⁹³ DOLEŽAL, Tomáš. *Vztah pacienta a lékaře z pohledu soukromého práva*. Praha: Leges, 2012, str. 89

⁹⁴ Touto cestou se vydalo například Spolková republika Německo či Rakouská republika

⁹⁵ Tuto úpravu zvolilo například Slovenská republika a to zákonem č. 576/2004 Sb., o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov, jehož §12 zní:

„(1) Právny vzťah, ktorého predmetom je poskytovanie zdravotnej starostlivosti, vzniká na základe dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktorú osoba uzatvorí s poskytovateľom, ak tento zákon neustanovuje inak“

⁹⁶ V České republice se jedná o smlouvu o péči o zdraví, jež je upravena §2636 občanského zákoníku:

„(1) Smlouvou o péči o zdraví se poskytovatel vůči příkazci zavazuje pečovat v rámci svého povolání nebo předmětu činnosti o zdraví ošetřovaného, ať již je jím příkazce nebo třetí osoba.

(2) Příkazce zaplatí poskytovateli odměnu, je-li to ujednáno; to neplatí, stanoví-li jiný právní předpis, že se péče o zdraví hradí výlučně z jiných zdrojů“.

2.2. Současná právní úprava

V České republice jsou v současné době právní normy upravující vztah lékaře a pacienta obsaženy ve více předpisech. „*Pomineme-li všeobecně základní lidská práva, jako jsou právo na život, nedotknutelnost osoby a jejího soukromí, právo na zachování lidské důstojnosti a další, která jsou upravena Listinou základních práv a svobod*“⁹⁷, je základem pro poskytování zdravotní péče obecné ustanovení § 2636 občanského zákoníku, které vytváří speciální smluvní typ, na základě kterého je zdravotní péče poskytována. Jedná se o již výše zmíněnou smlouvu o péči o zdraví. Tato smlouva bude podrobně rozebrána v kapitole 5.1. *Význam smluvní povahy péče o zdraví při uplatňování výhrady svědomí*. Občanský zákoník obsahuje ve svých § 2636 - § 2651 obecná ustanovení, na něž navazuje rozsáhlejší úprava v zákoně o zdravotních službách a dalších speciálních zákonech (např. v zákoně o specifických zdravotních službách, v zákoně o zdravotnické záchranné službě, v transplantačním zákoně⁹⁸, v zákoně o lidských tkáních a buňkách⁹⁹ a mnoha dalších). Kromě těchto zákonů je úprava obsažena i v řadě podzákoných právních předpisů – např. vyhlášek Ministerstva zdravotnictví. Pro účely této kapitoly je nejzásadnější zákon o zdravotních službách, který obsahuje mimo jiné i úpravu jednotlivých práv a povinností zdravotnického pracovníka, poskytovatele zdravotních služeb a pacienta. Skrze tato práva a povinnosti je potom vymezen jejich vzájemný vztah.

Pokud bychom se podívali na vzájemný vztah občanského zákoníku a zákona o zdravotních službách, je zákon o zdravotních službách k občanskému zákoníku ve většině případů ve vztahu speciality. Ačkoli tedy zákon o zdravotních službách poskytuje ve většině případů podrobnější úpravu poskytování zdravotních služeb, je potřeba zdůraznit, že i občanský zákoník upravil některé oblasti relativně extenzivně a tato ustanovení jsou potom naopak ve vztahu speciality k zákonu o zdravotních službách. Petr Šustek a Tomáš Holčapek k tomuto dodávají, že „*ustanovení zejména o formě souhlasu se zásahem do integrity, zástupném souhlasu a přivolení soudu pro některé případy zásahů do integrity jsou natolik konkrétní až detailní, že dokonce přesahují úpravu speciálního zákona o zdravotních službách a musíme se s nimi pro účely poskytování zdravotních služeb vypořádat, neboť mají v tu chvíli pozici lex specialis*“¹⁰⁰.

⁹⁷ VYVLEČKOVÁ, Petra. *Vztah pacienta a lékaře* [online]. Praha, 2017 [cit. 2019-06-07]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/180125/>. Diplomová práce, str. 30

⁹⁸ Zákon č. 285/2002 Sb., o darování odběrech a transplantaci tkání a orgánů a o změně některých zákonů

⁹⁹ Zákon č. 296/2008 Sb., o zajištění jakosti a bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka a o změně souvisejících zákonů

¹⁰⁰ ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016, str. 38

2.2.1. Pojem zdravotní péče

Pojem zdravotní péče je jeden z klíčových pojmů této práce, který již v předchozích kapitolách byl několikrát zmíněn a v následujících kapitolách ještě mnohokrát zmíněn bude. Považuji proto za přínosné jej stručně vymežit.

Na zákonné úrovni je pojem upraven v zákoně o zdravotních službách, konkrétně hned v § 2, který říká: „*zdravotními službami se rozumí poskytování zdravotní péče podle tohoto zákona zdravotnickými pracovníky...*“. Je tedy nutné odlišovat dva pojmy: zdravotní služby a zdravotní péče. Zdravotní péče je jeden z druhů zdravotní služby, kdy ostatní druhy jsou vymezeny v témže paragrafu a zahrnují například konzultační služby, jejichž účelem je posouzení individuálního léčebného režimu, nakládání s tělem zemřelého v rozsahu stanoveného zákonem, ale i specifické zdravotní služby podle zákona o specifických zdravotních službách. Odstavec čtvrtý téhož paragrafu potom konkretizuje pojem zdravotní péče, když stanoví, že zdravotní péči se rozumí:

„a) soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za účelem 1. předcházení, odhalení a odstranění nemoci, vady nebo zdravotního stavu, 2. udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu, 3. udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení, 4. pomoci při reprodukci a porodu, 5. posuzování zdravotního stavu,

b) preventivní, diagnostické, léčebné, léčebně rehabilitační, ošetrovatelské nebo jiné zdravotní výkony prováděné zdravotnickými pracovníky za účelem podle písmene a).

K vymezení jednotlivých druhů a forem zdravotní péče přistoupil zákonodárce v části druhé, hlavě první zákona o zdravotních službách. Druhy zdravotní péče jsou rozděleny do dvou základních skupin. První skupina obsahuje druhy zdravotní péče podle časové naléhavosti jejího poskytnutí následovně: a) *nedokladná péče*, b) *akutní péče*, c) *nezbytná péče*, d) *plánovaná péče*. Druhá skupina obsahuje druhy zdravotní péče podle účelu jejího poskytnutí: a) *preventivní péče*, b) *diagnostická péče*, c) *dispenzární péče*, d) *léčebná péče*, e) *posudková péče*, f) *léčeně rehabilitační péče*, g) *ošetrovatelská péče*, h) *paliativní péče*, i) *lékárenská péče a klinickofarmaceutická péče*. Odlišení jednotlivých druhů zdravotní péče a jejich definiční vymezení má význam zejména ve vztahu k jiným právním předpisům, které je používají (např. při „*konkretizaci rozsahu nároku pojištěnce na hrazenou péči*“¹⁰¹.)

¹⁰¹ MACH, Jan. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: Zákon o specifických zdravotních službách*. Praha: Wolters Kluwer, 2018. Praktický komentář, str. 32

Formami zdravotní péče se dle § 6 zákona o zdravotních službách rozumí *a) ambulantní péče, b) jednodenní péče, c) lůžková péče a d) zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta*. Odlišení jednotlivých forem je rovněž důležité pro určení rozsahu nároku pojištěnce na hrazenou péči dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění¹⁰², ale je důležité i „*ve vztahu ke konkrétním právům a povinnostem, které zákon o zdravotních službách a další obecně závazné právní předpisy poskytovatelům poskytující jednotlivé formy zdravotní péče ukládají*. Zmínit je třeba zejména vyhlášku č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb“¹⁰³.

2.2.2. Postavení zdravotnického pracovníka

Osoby, které jsou označovány za zdravotnické pracovníky jsou vymezeny dvěma zvláštními zákony. Prvním je zákon č. 95/2004 Sb., o lékařských povoláních¹⁰⁴. V § 2 písm. b) tohoto zákona je zdravotnický pracovník vymezen jako osoba, která vykonává povolání lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta podle tohoto zákona. Druhým zákonem vymežujícím pojem zdravotnický pracovník je zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních¹⁰⁵. Ten v § 2 písm. a) a b), stanovuje, že zdravotnickým pracovníkem je osoba, jež vykonává zdravotnické povolání podle tohoto zákona tím, že se podílí zejména na ošetrovatelské péči, péči v porodní asistenci, preventivní péči, diagnostické péči, léčebné péči, léčebně rehabilitační péči, paliativní péči, lékárenské péči a klinickofarmaceutické péči, neodkladné péči, anesteziologicko-resuscitační péči, posudkové péči a dispenzární péči. Osoby, které vykonávají zdravotnické povolání podle těchto dvou zákonů jsou tedy zdravotnickými pracovníky¹⁰⁶.

Jak již bylo výše napsáno, k vymezení vzájemného vztahu mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty dochází skrze jejich vzájemná práva a povinnosti. Často právo jedné strany koreluje s povinností strany druhé. Ustanovení § 50 zákona o zdravotních službách zakotvuje například následující základní práva zdravotnických pracovníků: 1) právo získat informace od pacienta,

¹⁰² Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (dále jen “zákon o veřejném zdravotním pojištění“)

¹⁰³ MACH, Jan. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: Zákon o specifických zdravotních službách*. Praha: Wolters Kluwer, 2018. Praktický komentář, str. 33

¹⁰⁴ Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta (dále jen “zákon o lékařských povoláních“)

¹⁰⁵ Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (dále jen “zákon o nelékařských zdravotnických povoláních“)

¹⁰⁶ ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016, str. 88

kterému má poskytovat zdravotní služby, o tom, zda je nosičem infekční nemoci¹⁰⁷, 2) právo získat informace o dalších závažných skutečnostech týkajících se pacientova zdravotního stavu, 3) právo neposkytnout zdravotní služby v případě, že by došlo při jejich poskytování k přímému ohrožení života nebo k vážnému ohrožení zdraví zdravotnického pracovníka. Zde je nutné zdůraznit, že se jedná o mimořádný institut, který se neuplatní zejména v případě, kdy má zdravotnický pracovník k dispozici prostředky, kterými je možné se před takovým ohrožením chránit. Pokud se tedy nejednalo o situaci, ve které byl přímo ohrožen život, či vážně ohroženo zdraví zdravotnického pracovníka, mohlo by neposkytnutím pomoci dojít až k naplnění skutkové podstaty trestného činu neposkytnutí pomoci dle § 150 trestního zákoníku¹⁰⁸. V obecné rovině má zákonem danou povinnost poskytnout potřebnou pomoc každý občan – tedy nejen zdravotnický pracovník. Rozdíl je ovšem v tom, že zatímco běžný občan má povinnost přivolat či jinak zajistit první pomoc, zdravotnický pracovník má kromě této povinnosti i povinnost v rámci své odbornosti, daných možností a situace, poskytnout postiženému potřebné zdravotní služby, které odvrátí nebezpečí úmrtí či vážného zhoršení zdravotního stavu¹⁰⁹. Výčet práv zdravotnického pracovníka v § 50 zákona o zdravotních službách je zakončen pro tuto práci klíčovým právem odmítnout poskytnutí zdravotních služeb pacientovi v případě, že by jejich poskytnutí odporovalo jeho svědomí nebo náboženskému vyznání. Podrobný výklad tohoto ustanovení bude poskytnut v následující části o právní úpravě výhrady svědomí a náboženského vyznání v České republice.

Základní povinnosti zdravotnických pracovníků jsou stanoveny v § 49 zákona o zdravotních službách. První z nich je povinnost zdravotnického pracovníka poskytovat zdravotní služby, ke kterým získal odbornou nebo specializovanou způsobilost, v rozsahu odpovídajícím jeho způsobilosti, zdravotnímu stavu pacienta a na náležitě odborné úrovni. „Zcela zásadní je pro praxi mnohdy nejednoznačný výklad ustanovení „na náležitě odborné úrovni“. Sám zákon o zdravotních službách podává v základních ustanoveních definici náležitě odborné úrovně v § 4 odst. 5: *Náležitou odbornou úroveň se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní a subjektivní možnosti*“¹¹⁰. Další povinností zdravotnického pracovníka je řídit se etickými principy. Třetí základní povinností, kterou výše uvedený paragraf výslovně stanovuje, je povinnost poskytovat neprodleně odbornou první pomoc každému, jestliže by bez

¹⁰⁷ Co se rozumí infekčním onemocněním stanoví zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví v § 2 odstavci 5.

¹⁰⁸ Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník (dále jen “trestní zákoník“)

¹⁰⁹ MACH, Jan. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: Zákon o specifických zdravotních službách*. Praha: Wolters Kluwer, 2018. Praktický komentář, str. 236

¹¹⁰ ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016, str. 89

této pomoci byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo zdraví a není-li pomoc včas dosažitelná obvyklým způsobem. V závěru vypočítává § 49 zákona o zdravotních službách i další povinnosti, mezi které patří například povinnost poučit pacienta, povinnost poskytovat zdravotní péči na základě informovaného souhlasu či povinnost zachovávat povinnou mlčenlivost¹¹¹.

2.2.3. Postavení poskytovatele zdravotních služeb

Postavení poskytovatele zdravotních služeb je obdobně jako postavení zdravotnických pracovníků upraveno v zákoně o zdravotních službách. „*Oprávnění poskytovat zdravotní služby vzniká rozhodnutím příslušného správního orgánu, který je vydá na základě dokladů o splnění podmínek stanovených zákonem o zdravotních službách*“¹¹².

Jednotlivá práva a povinnosti jsou upraveny v části páté zákona o zdravotních službách. V prvním paragrafu této části je stanovena povinnost poskytovat zdravotní služby na náležité odborné úrovni a povinnost vytvořit podmínky a opatření k zajištění uplatňovaných práv a povinností pacientů a dalších oprávněných osob, zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků při poskytování zdravotních služeb. V následujících paragrafech jsou pak stanoveny další povinnosti, z nichž k nejvýznamnějším patří zejména povinnost informovat pacienta o ceně poskytovaných zdravotních služeb nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, povinnost vymezit provozní a ordinační dobu a údaj o ní umístit tak, aby tato informace byla přístupná pacientům, zpracovat seznam zdravotních služeb, k jejichž poskytnutí je vyžadován písemný souhlas, či povinnost uzavřít pojistnou smlouvu o pojištění své odpovědnosti za škodu způsobenou v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, a to v rozsahu, v jakém lze rozumně předpokládat, že by jej mohla taková odpovědnost postihnout.

Mezi práva poskytovatele zdravotních služeb patří dle § 48 zákona o zdravotních službách například právo odmítnout přijetí pacienta do péče z důvodu, že by bylo přijetím pacienta překročeno únosné pracovní zatížení, nebo jeho přijetí brání provozní důvody, personální zabezpečení nebo technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení.

¹¹¹ ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016, str. 90

¹¹² *Ibid.*, str. 73

2.2.4. Postavení pacienta

V základních ustanoveních zákona o zdravotních službách je pacient definován v § 3 jako fyzická osoba, které jsou poskytovány zdravotní služby. „*Jedná se o fyzickou osobu, která osobně přijímá poskytované zdravotní služby a jako taková má zákonem stanovená práva a povinnosti*“¹¹³. Tyto práva a povinnosti pacientů jsou v zákoně o zdravotních službách upraveny v části čtvrté, ve které především v § 28 je obsažený katalog základních práv pacientů. S odlišným pojmem pracuje občanský zákoník, který namísto pojmu pacient používá pojem ošetřovaný. Kromě tohoto pojmu používá občanský zákoník i pojem příkazce, který představuje smluvní stranu smlouvy o péči o zdraví. Příkazcem může být jak sám ošetřovaný, tak i osoba odlišná od ošetřovaného¹¹⁴. Vzhledem k úplatnosti smlouvy o péči o zdraví hradí poskytnuté zdravotní služby příkazce. I občanský zákoník upravuje v § 2636 - § 2651 práva a povinnosti ošetřovaného, „*čímž vzniká do značné míry duplicitní úprava otázek řešených již v zákoně o zdravotních službách*“¹¹⁵. Základním právem ošetřovaného, které přiznává občanský zákoník, od kterého se nelze ani dohodou stran odchýlit je právo na poskytnutí zdravotní péče lege artis. Mezi další práva patří například právo na poučení o poskytované zdravotní péči či právo na poskytnutí zdravotní péče jen s jeho informovaným souhlasem.

Úprava práv pacientů zakotvená v zákoně o zdravotních službách, je oproti úpravě v občanském zákoníku podrobnější. Ustanovení § 28 zákona o zdravotních službách, „*spojuje dohromady práva vztahující se k poskytování zdravotních služeb jako takových i práva odvozená z respektu k osobě pacienta, jeho autonomii a sebeurčení*“¹¹⁶. Vzhledem k úzkému zaměření práce se budu v tomto odstavci blíže věnovat pouze vybraným právům a povinnostem, která mají nějaký vztah k institutu medicínské výhrady svědomí a náboženského vyznání.

Právo zvolit si poskytovatele oprávněného k poskytnutí zdravotních služeb, které odpovídají zdravotním potřebám pacienta je uvedeno v §28 odst. 3 písm. b). V kontextu medicínské výhrady svědomí a náboženského vyznání je toto právo velmi důležité. Dříve zavedený systém spádových zdravotnických zařízení již v dnešní době neplatí, a právě toto právo to zdůrazňuje. Pokud se pacient setká s lékařem, který v důsledku výhrady svědomí odmítne požadovaný zákrok provést, může pacient využít buď lékaře doporučeného v důsledku splnění referenční povinnosti, anebo si může sám zvolit lékaře u poskytovatele jiného. Toto právo je zakotveno i v zákoně o veřejném

¹¹³ ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016, str. 209

¹¹⁴ Ibid., str. 204: „*Odlišnost příkazce od osoby ošřovaného se nabízí například v případě pracovnělékařských služeb, kdy příkazcem je typicky zaměstnavatel vysílající zaměstnance (ošetřovaného) na pracovnělékařskou prohlídku*“.

¹¹⁵ Ibid., str. 205

¹¹⁶ Ibid., str. 209

zdravotním pojištění, kdy „v praxi by to měly být právě zdravotní pojišťovny, které svým pacientům předávají relevantní informace o poskytovatelích zdravotních služeb a usnadňují jim tak realizaci volby. S volbou poskytovatele zdravotních služeb by pacientům měly pomoci národní registry, především Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb. Původně zákon počítal i s Národním registrem zdravotnických pracovníků. Ten však svým náležením zrušil Ústavní soud ČR, přestože v odůvodnění uvedl, že¹¹⁷ „(...) jeho zřízení nelze považovat za nerozumné, nebo dokonce svévolné“¹¹⁸.

Právo vyžádat si konzultační služby od jiného poskytovatele, popřípadě zdravotnického pracovníka, než který mu poskytuje zdravotní služby je zakotveno v §28 odst. 3 písm. c) zákona o zdravotních službách. Představuje jistou mírnější alternativu práva zvolit si poskytovatele odlišného. I toto právo, ačkoli zatím nepříliš využívané, je v kontextu institutu medicínské výhrady svědomí a náboženského vyznání klíčové. Pokud se pacient setká s lékařem, který v důsledku výhrady svědomí a náboženského vyznání nedoporučí a odmítne zákrok provést, může si pacient vyžádat konzultační služby od lékaře jiného. Na základě všech informací se potom samostatně rozhodne, jaký postup mu vyhovuje a u jakého lékaře či poskytovatele budou poskytovány další zdravotní služby. V zahraniční literatuře je toto právo často označováno jako tzv. „*second opinion*“.

Právo na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytovaných zdravotních služeb. Toto právo pacienta je zakotveno v §28 odst. 3 písm. a) zákona o zdravotních službách a je „*logickým důsledkem toho, že při poskytování zdravotních služeb dochází často k zásahům do jeho tělesné integrity, v případě zdravotního stavu pacienta se jedná o jeho nejintimnější sféru, a proto je nutné jej v takovou chvíli zvláště chránit*“¹¹⁹. Právě požadavek na zachování úcty, důstojného zacházení, ohleduplnost a respektování soukromí pacienta je i jedním ze základních principů lékařské etiky. O důležitosti zachování důstojnosti pacienta svědčí i její výslovné vyjádření v názvu Úmluvy o biomedicíně – Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny.

Právo na informace o zdravotním stavu a navržených zdravotních službách je v zákoně o zdravotních službách obsaženo v § 31 odst. 1. Toto právo vychází ze současného pojetí vztahu lékaře a pacienta jako vztahu rovnocenného, kdy lékař již není oprávněn informovat o zdravotním stavu pacienta zadržet, popřípadě sdělit jen jejich část. Na toto právo navazuje právo na poskytnutí

¹¹⁷ ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016, str. 213

¹¹⁸ Nález Ústavního soudu ČR ze dne 6. 12. 2012, sp. zn. Pl. ÚS 1/12

¹¹⁹ ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016, str. 212

zdravotních služeb jen se svobodným a informovaným souhlasem pacienta. Zákonem vyžadovaný informovaný souhlas může být totiž pacientem dán jen na základě rozhodnutí, které bylo učiněno po zhodnocení všech dostupných informací. Takto má právě lékař povinnost i přes jeho vnitřní výhradu svědomí minimálně sdělit pacientovi i ty možnosti, které třeba sám poskytnout odmítá. V případě, že se pacient rozhodne pro možnost, kterou lékař odmítá provést, musí splnit referenční povinnost, tak aby pacientovi nebyla odepřena možnost přístupu k péči, na níž má dle zákona nárok.

Povinností pacienta je v zákoně o zdravotních službách ve srovnání s jeho právy výrazně méně. Základní výčet těchto povinností poskytuje § 41. Mezi takové povinnosti patří například povinnost dodržovat navržený individuální léčebný postup, pokud s poskytováním zdravotních služeb vyslovil souhlas, povinnost řídit se vnitřním řádem zdravotnického zařízení, povinnost pravdivě informovat ošetřujícího zdravotnického pracovníka o dosavadním vývoji zdravotního stavu, či povinnost nepožívat během hospitalizace alkohol nebo jiné návykové látky¹²⁰.

¹²⁰ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, §41 odst. 1 písm. a), b), d), e)

3. Právní úprava výhrady svědomí a náboženského vyznání v České republice

Výhrada svědomí demonstruje nadřazenost morálního zákona nad příkazem pozitivního práva¹²¹. Můžeme ji definovat jako „*nekonání (tedy opomenutí), nesplnění určité, zákonem dané povinnosti z důvodu, že toto plnění se přičií jednotlivcovu svědomí (...) za výhradu svědomí nelze považovat jednání jednotlivce navzdory zákonnému zákazu*“¹²². Výhrada svědomí a náboženského vyznání je tedy vždy negativní a nelze ji chápat jako aktivní konání, jež je zákonem zakázáno.

Ve zdravotnictví můžeme rozlišovat výhradu svědomí a náboženského vyznání uplatňovanou zdravotnickým pracovníkem (dále již bude převážně pracováno jen výhradou lékařů) nebo pacientem. Výhrady uplatňované zdravotnickými pracovníky jsou nejčastěji spojené s úkony jako jsou umělé ukončení těhotenství, umělé oplodnění, předepisování a prodej antikoncepce, sterilizace a v některých zemích i s problematikou eutanazie a klonování¹²³. U výhrady svědomí a náboženského vyznání pacientů se nejčastěji jedná o problematiku povinného očkování, či odmítání krevních transfúzí u členů společnosti Svědků Jehovových.

Pokud bychom se snažili nalézt možná dělení tohoto institutu, jistě by jako první přišlo na řadu odlišení výhrady svědomí světské a výhrady svědomí motivované nábožensky – tedy zákonnou terminologií výhrady náboženského vyznání. Obecně je třeba říct, že v České republice by neměl být činěn co do míry ochrany mezi výhradou svědomí motivovanou světsky a výhradou svědomí motivovanou nábožensky rozdíl¹²⁴. „*S ohledem na laický charakter státu podle čl. 2 odst. 1 Listiny a z judikatury Ústavního soudu plyne, že rozdíl mezi náboženskou nebo sekulární výhradou se v míře ochrany nečiní. Náboženství by tedy nemělo být a priori privilegovaným přesvědčením, které svým vyznavačům přináší zvýhodnění oproti ostatním*“¹²⁵. V následujícím textu práce bude, pokud nenapsáno jinak, používán pojem výhrada svědomí jak pro výhradu svědomí motivovanou nábožensky, tak i pro výhradu svědomí motivovanou světsky. Dalším dělením institutu výhrady svědomí je rozlišení výhrady pozitivní a výhrady negativní. „*Negativní forma spočívá v možnosti vyhnouti se zákonné povinnosti z důvodu svědomí. Například lékárník by*

¹²¹ TRETERA, Rajmund Jiří a Zábaj HORÁK. *Konfesní právo*. Praha: Leges, 2015. Teoretik, str. 98

¹²² MADLEŇÁKOVÁ, Lucia. *Výhrada svědomí jako součást svobody myšlení, svědomí a náboženského vyznání*. Praha: Linde, 2010. Praktická právnícká příručka, str. 158

¹²³ GREGOR, Martin. *JUDIKATÚRA EURÓPSKEHO SÚDU PRE ĽUDSKÉ PRÁVA O UPLATNENÍ VÝHRADY VO SVĚDOMÍ V ZDRAVOTNÍCTVE A JEJ SLOVENSKÝ KONTEXT*. In: BENÁK, Jaroslav, ed. *Církev a stát 2017: Sborník z konference*. Brno: Masarykova univerzita, Právnická fakulta, 2017, 45 – 63, str. 46

¹²⁴ K rovnosti nábožensky a sekulárně motivované výhrady svědomí dále viz Nález Ústavního soudu ČR, ze dne 22. prosince 2015, sp. zn. I. ÚS 1253/14

¹²⁵ KINDLOVÁ, Miluše a Ondřej PREUSS. *Výhrada svědomí v kontextu povinného očkování a mimo něj*. *Jurisprudence*. 2017, 2017(3), 17 – 30, str. 23

na jejím základě nemusel prodávat antikoncepci, i kdyby z obecných norem vyplývalo, že má distribuovat veškeré léky. Klasickým příkladem je samozřejmě lékař, který odmítne provést potrat (...). Nárok na pozitivní výhradu svědomí naopak spočívá v možnosti porušit právní zákaz z důvodů svědomí (...) příkladem by mohlo být připuštění složení přísahy s pokrývkou hlavy kvůli náboženské výhradě, ačkoli by jinak takové chování bylo protiprávní“¹²⁶.

Lucia Madleňáková uvádí, že jako právní institut se výhrada svědomí objevovala postupně v průběhu novověku. Nejdříve ve vztahu k tzv. vojenské výhradě svědomí, tedy u osob, které odmítají vojenskou službu. „Podle některých zdrojů však za širším rozvojem institutu stojí vedle pacifistického hnutí z přelomu 19. a 20. století rovněž odpůrci povinného očkování z téže doby“¹²⁷.

3.1. Ústavněprávní základ v České republice

Na ústavněprávní rovině je v České republice základním předpisem, upravujícím oblast výhrady svědomí a výhrady náboženského vyznání Listina základních práv a svobod (dále také jen „Listina“). Po vzoru mezinárodních dokumentů, je i u nás výhrada svědomí a náboženského vyznání součástí svobody myšlení, svědomí a náboženského vyznání, které upravuje článek 15, odstavec 1 a 3 Listiny:

(1) Svoboda myšlení, svědomí a náboženského vyznání je zaručena. Každý má právo změnit své náboženství nebo víru anebo být bez náboženského vyznání.

(3) Nikdo nemůže být nucen vykonávat vojenskou službu, pokud je to v rozporu s jeho svědomím nebo s jeho náboženským vyznáním. Podrobnosti stanoví zákon.

Předmětné svobody (svobodu svědomí a svobodu náboženského vyznání), lze rozčlenit na dvě složky – složku forum internum a složku forum externum. Jak je již patrné z formulace článku 15 Listiny, chrání samotnou svobodu myslet, svobodu utvářet své vlastní svědomí a svobodu mít náboženské přesvědčení. O projevech těchto svobod potom hovoří až články následující, tedy článek 16 a článek 17 Listiny:

¹²⁶ KINDLOVÁ, Miluše a Ondřej PREUSS. *Výhrada svědomí v kontextu povinného očkování a mimo něj*. Jurisprudence. 2017, 2017(3), 17 – 30, str. 24

¹²⁷ ŠOLC, Martin. *Výhrada svědomí ve zdravotnictví: právní a etické aspekty relevantní v českém prostředí*. Praha, 2015. Studentská vědecká a odborná činnost, str. 3

Čl. 16 odst. 1:

(1) Každý má právo svobodně projevovat své náboženství nebo víru buď sám nebo společně s jinými, soukromě nebo veřejně, bohoslužbou, vyučováním, náboženskými úkony nebo zachováním obřadu.

Čl. 17 odst. 1, 2, 3:

(1) Svoboda projevu a právo na informace jsou zaručeny.

(2) Každý má právo vyjadřovat své názory slovem, písmem, tiskem, obrazem, nebo jiným způsobem, jakož i svobodně vyhledávat, přijímat a rozšiřovat ideje a informace bez ohledu na hranice státu.

(3) Cenzura je nepřípustná.

Rozlišení mezi samotnou svobodou a jejím projevem, je podstatou rozdělení těchto svobod na složky forum internum a forum externum. Složka forum internum představuje vnitřní složku svobody svědomí „*tedy vlastní duševní pochody a intenzivní přesvědčení o nutnosti stát na určitém stanovisku a v souladu s ním se chovat určitým způsobem (...), je považována za právně (byť ne fakticky) neomezitelnou a v tomto smyslu je svoboda svědomí tzv. absolutním právem*“¹²⁸. Mezi základní znak fora interna patří podle Petra Jägera nerozpoznatelnost jeho obsahu, pokud to dotyčný člověk svým vnějším projevem neumožní¹²⁹. Článek 15 Listiny neobsahuje žádné ustanovení o omezení práv v něm zakotvených. Tato neomezitelnost vychází právě z toho, že chrání samotné forum internum. Ústavní soud se ve svém nálezu ze dne 2. června 1999, sp. zn. Pl. ÚS 18/98, který se týkal práva odmítnout základní vojenskou službu, pokud je v rozporu se svědomím nebo náboženským vyznáním, věnoval i povaze práv zakotvených v čl. 15 Listiny. „*Tato práva mají absolutní charakter v tom smyslu, že nikdo nemůže být podroben takovému opatření, jehož cílem je změna procesu a způsobu myšlení, nikoho nelze nutit, aby změnil svoje myšlení, náboženské vyznání nebo víru. Při jejich ochraně se jedná o respektování “vnitřního“ rozměru těchto práv, který vylučuje jakýkoliv nátlak nebo ovlivňování myšlení, svědomí a*

¹²⁸ KINDLOVÁ, Miluše a Ondřej PREUSS. *Výhrada svědomí v kontextu povinného očkování a mimo něj*. Jurisprudence. 2017, 2017(3), 17 – 30, str. 18

¹²⁹ JÄGER, Petr. *Komentář k čl. 15 Listiny základních práv a svobod*. [online]. Wolters Kluwer: Právní informační systém ASPI.

*náboženského vyznání. Tato práva v důsledku jejich absolutního charakteru není proto možné omezovat zákonem*¹³⁰.

Složka *forum externum* je naopak vnější složkou svobody svědomí, tedy „*samotná manifestace svědomí navenek*“¹³¹. Ústavní soud se ve výše zmíněném nálezu k vnější složce těchto svobod vyjádřil následovně: „*většina těchto práv nabývá reálné hodnoty jen tehdy, jestliže je možné tato práva i veřejně, tj. navenek identifikovatelným způsobem projevit*“¹³². Dále potom dodal, že právo veřejně projevovat své myšlení, přesvědčení, náboženské vyznání nebo víru, je ve vztahu k náboženství a víře zaručeno v čl. 16 Listiny a obecně (tedy bez náboženské motivace) je svoboda projevu garantována v čl. 17 Listiny. Na rozdíl od *fora interna*, je ovšem *forum externum* možné omezit. Podmínky, za kterých lze tato práva omezit, jsou v Listině stanoveny jednak přímo u konkrétního práva – tedy v čl. 16 odst. 4 Listiny¹³³ a v čl. 17 odst. 4 Listiny¹³⁴. Dále se jedná o omezení možné na základě čl. 4 odst. 2–4 Listiny „ *která přidává tyto podmínky: 1) zákonná forma omezení, 2) nediskriminační povaha (stejně omezení ve všech případech splňující podmínky), 3) šetření podstaty a smyslu omezených práv a svobod*“¹³⁵.

V České republice je výhrada svědomí upravena výslovně ve dvou právních předpisech. Prvním z nich je úprava obsažená ve výše citovaném čl. 15 odst. 3 Listiny. Tento článek zakotvuje právo na tzv. vojenskou výhradu svědomí, která se jako jediná těší úpravě na ústavní úrovni. Druhým případem je potom pro tuto práci klíčová výhrada svědomí zdravotnických pracovníků. Tato výhrada je zakotvena v § 50 odst. 2 zákona o zdravotních službách. Na rozdíl od výhrady vojenské, výhrada zdravotnických pracovníků má nastavená další zákonná omezení. Prvním z těchto omezení je tzv. referenční povinnost, tedy povinnost informovat o uplatnění výhrady svědomí poskytovatele zdravotních služeb, který zajistí pacientovi jiného zdravotnického pracovníka, popřípadě jiného poskytovatele zdravotních služeb. Proti smyslu referenční povinnosti lze namítat, že představuje pro zdravotnického pracovníka aktivní jednání, které ačkoli nepřímě, směřuje k výkonu zákroku, jež odmítá. I tuto referenční povinnost tedy může zdravotnický pracovník vnímat jako zásah do svého svědomí. V takovém případě je ale nutné

¹³⁰ Nález Ústavního soudu ČR, ze dne 2. června 1999, sp. zn. Pl. ÚS 18/98

¹³¹ KINDLOVÁ, Miluše a Ondřej PREUSS. *Výhrada svědomí v kontextu povinného očkování a mimo něj*. Jurisprudence. 2017, 2017(3), 17 – 30, str. 18

¹³² Nález Ústavního soudu ČR, ze dne 2. června 1999, sp. zn. Pl. ÚS 18/98

¹³³ Čl. 16 odst. 4 Listiny: *Výkon těchto práv může být omezen zákonem, jde-li o opatření v demokratické společnosti nezbytná pro ochranu veřejné bezpečnosti a pořádku, zdraví a mravnosti nebo práv a svobod druhých.*

¹³⁴ Čl. 17 odst. 4 Listiny: *Svobodu projevu a právo vyhledávat a šířit informace lze omezit zákonem, jde-li o opatření v demokratické společnosti nezbytná pro ochranu práv a svobod druhých, bezpečnost státu, veřejnou bezpečnost, ochranu veřejného zdraví a mravnosti.*

¹³⁵ ŠOLC, Martin. *Výhrada svědomí ve zdravotnictví: právní a etické aspekty relevantní v českém prostředí*. Praha, 2015. Studentská vědecká a odborná činnost, str. 16

zdůraznit, „že reference je neideálním, avšak nutným kompromisem, který zasahuje do sféry svědomí zdravotníka, ale nepředstavuje přímé „znásilnění“ jeho duševní svobody“¹³⁶. Druhým omezením je nemožnost odmítnout poskytnutí zdravotních služeb z důvodu výhrady svědomí, pokud by odmítnutím došlo k ohrožení života pacienta, nebo k vážnému ohrožení jeho zdraví. Zdravotnický pracovník je zde nucen jednat přímo a zdravotní služby i přes jejich kolizi se svědomím poskytnout. „Zde se skutečně jedná o průlom do ochrany svědomí z důvodu ochrany práv druhých. V příslušnosti ke zdravotnickému povolání by také bylo možné spatřovat dobrovolné přijetí určitých omezení, k nimž může být tento průlom počítán“¹³⁷. Podrobněji se zákonné úpravě výhrady svědomí budu věnovat v následující kapitole. „Konečně třetím charakteristickým případem, kdy český právní řád výslovně uznává výjimku z právní povinnosti kvůli výhradě svědomí nebo náboženského vyznání, jsou případy judiciálně uznané výjimky z povinnosti podrobit se povinnému očkování“¹³⁸. Je to právě Ústavní soud, který tento třetí případ výhrady svědomí ve své rozhodovací činnosti dovedl. Tím lze o jeho pohledu na institut výhrady svědomí v České republice dovést, že považuje výhradu svědomí za „univerzálně uplatnitelný institut, což je zřejmé i z toho, že její aplikaci dovedl ve vztahu k výjimce z povinnosti nechat se očkovat, aniž by k tomu byl zákonný podklad, a kdy se opřel o svou předchozí judikaturu a judikaturu ESLP zejména k čl. 9 Úmluvy. Pro Ústavní soud je výhrada svědomí uplatnitelná napříč právním řádem – musí se však týkat záležitostí ústavně relevantních“¹³⁹. V případech, kdy bude výhrada svědomí dovozována judikatorně, bez zákonného podkladu, je ovšem nutné dodat, že „pokud zákon mlčí, je o to větší tlak na legitimitu výhrady vystavené jen na obecných principech ústavního práva“¹⁴⁰.

Ačkoli je tématem práce převážně výhrada svědomí lékaře či jiného zdravotnického pracovníka, považují za vhodné zmínit se na tomto místě krátce i o výhradě svědomí uplatňované pacienty. Zejména v dnešní době se lékaři mohou setkat čím dál tím častěji s pacienty, kteří ať už z důvodů náboženských či sekulárních odmítají určitou zdravotní péči. Jedním ze základních principů poskytování zdravotních služeb, je princip autonomie pacienta a s ním související požadavek informovaného souhlasu. Pokud „poskytovateli nebyl dán informovaný souhlas pacienta, nemá, až na zákonem stanovené výjimky, právní důvod zasáhnout do osobní sféry jiného a nemůže tak zdravotní službu poskytnout“¹⁴¹. Pokud tedy určitý medicínský zákrok odporuje

¹³⁶ ŠOLC, Martin. *Výhrada svědomí ve zdravotnictví: právní a etické aspekty relevantní v českém prostředí*. Praha, 2015. Studentská vědecká a odborná činnost, str. 17

¹³⁷ Ibid., str. 17

¹³⁸ KINDLOVÁ, Miluše a Ondřej PREUSS. *Výhrada svědomí v kontextu povinného očkování a mimo něj*. Jurisprudence. 2017, 2017(3), 17 – 30, str. 18

¹³⁹ Ibid., str. 26

¹⁴⁰ Ibid., str. 30

¹⁴¹ ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016, str 211

svědomí pacienta a pacient z tohoto důvodu s daným zákrokem nesouhlasí, nemůže být proveden ani kdyby toto neprovedení vedlo ke zhoršení zdravotního stavu pacienta. Případ lze velmi dobře demonstrovat na již zmíněných svědcích Jehovových jejichž náboženské vyznání jim velí odmítnout krevní transfuzi ve všech situacích. Odlišná a o dost problematičtější je situace, kdy povinnost podrobit se určitému zákroku je daná zákonem. V tom případě se dostaneme do stejné roviny jako u výhrady svědomí zdravotnických pracovníků – dochází k nesplnění určité, zákonem dané povinnosti z důvodu, že toto plnění se přičií jednotlivcovu svědomí. V současné době je takto nejvíce diskutovaná výhrada svědomí týkající se povinného očkování. Právě na ní bude v následujícím odstavci blíže rozebrána problematika výhrady svědomí u pacientů.

Povinnost podrobit se stanovenému druhu očkování je v České republice stanovena pro osoby, které mají na území České republiky trvalý pobyt, a některým dalším kategoriím osob v § 46 zákona o ochraně veřejného zdraví¹⁴². Za splnění této povinnosti u osob mladších 15 let odpovídá zpravidla jejich zákonný zástupce. Nesplnění této povinnosti je potom klasifikováno jako přestupek podle §92k odst. 6 písm. a) a b) tohoto zákona. Konkrétní případy a termíny v nichž se má osoba povinnému očkování podrobit stanoví vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem¹⁴³. Povinnost podrobit se povinnému očkování byla Ústavním soudem přezkoumávána vícekrát, pro účely této práce se ale budu věnovat pouze nálezu ze dne 22. prosince 2015, sp. zn. I. ÚS 1253/14. V něm stěžovatelé jako důvod pro nepodrobení své nezletilé dcery očkování, odkazovali právě na neslučitelnost takového zákroku s jejich svědomím. Důležitost nálezu spočívá především v tom, že Ústavní soud vytvořil test čtyř kumulativních podmínek, které musí být splněny pro uznání světské výhrady svědomí. „*Jeho použitelnost se ale vztahuje i na výhradu náboženskou, protože v podmínkách sekulárního státu (čl. 2 odst. 1 Listiny) není důvod mezi nimi činit zásadní rozdíl*“¹⁴⁴. Jednotlivé podmínky stanovil Ústavní soud následovně:

1) ústavní relevance tvrzení obsažených ve výhradě svědomí: tato podmínka je v případě povinného očkování ve většině případů splněna tvrzením, že povinným očkováním dochází k zásahu „*do tělesné integrity ve smyslu čl. 7 odst. 1 Listiny, i když je zde „ve hře“ nejen nedotknutelnost osoby, ale i (či snad ještě více) aspekt vpravené vakcíny s dlouhodobými účinky*

¹⁴² Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů (dále jen “zákon o ochraně veřejného zdraví“)

¹⁴³ Podlé této vyhlášky se v současnosti provádí očkování například proti tuberkulóze, záškrtu, tetanu, dávivému kašli, invazivnímu onemocnění vyvolanému původcem Haemophilus influenzae b, přenosné dětské obrně a virové hepatitidě B, proti spalničkám, zarděnkám a příušnicím, proti pneumokokovým nákazám a proti virové hepatitidě B.

¹⁴⁴ KINDLOVÁ, Miluše a Ondřej PREUSS. *Výhrada svědomí v kontextu povinného očkování a mimo něj*. Jurisprudence. 2017, 2017(3), 17 – 30, str. 21

do těla s dopadem na zdraví osoby ve smyslu čl. 31 Listiny. Imanentním aspektem případu zůstává čl. 15 odst. 1 o svobodě svědomí, resp. přesvědčení nositelů základního práva¹⁴⁵.

2) naléhavost důvodů, jež k podpoře své výhrady nositel základní svobody uvádí: u této podmínky Ústavní soud zdůrazňuje její subjektivní rovinu. „Čím více je stěžovatel pro přesvědčení zapálený, tím úkorněji bude pociťovat zásah do svého přesvědčení. Často se však také objevuje myšlenka, že naléhavost přesvědčení se projevuje tím, že jsou jeho nositelé ochotni za něj i trpět a odepřít si výhody“¹⁴⁶

3) konzistentnost a přesvědčivost tvrzení dané osoby: k tomuto požadavku se Ústavní soud vyjádřil již ve svém předchozím nálezu ze dne 3. února 2011, sp. zn. III. ÚS 449/06, kdy uvedl „Významným aspektem bude také konzistentnost a přesvědčivost tvrzení dané osoby. V situaci, kdy určitá osoba s příslušným orgánem veřejné moci od počátku nijak nekomunikuje, a teprve v pozdější fázi řízení svůj postoj k očkování ospravedlní, nebude zpravidla předpoklad konzistentnosti postoje této osoby a naléhavosti ústavního zájmu na ochraně její autonomie dán“¹⁴⁷. V nálezu ze dne 22. prosince 2015, sp. zn. I. ÚS 1253/14 k tomu dodal, že „přesvědčivost a konzistentnost tvrzení podporujících výhradu sekulárního svědomí je zapotřebí posuzovat ad personam a nelze je podrobit postulátu objektivní pravdivosti“.

4) společenské dopady, jež může v konkrétním případě akceptovaná sekulární výhrada svědomí mít: Ústavní soud k této podmínce podává vysvětlení: „společenské dopady, výhrady světského svědomí, má-li být akceptována, nesmí, při veškerém respektu k autonomii projevu vůle, extrémně vybočovat ze sféry legitimních cílů, jimiž se relevantní oblast práva vyznačuje. Konkrétně to mj. znamená, že musí zůstat zohledněna žádoucí míra proočkovanosti obyvatelstva proti přenosným nemocem. S poskytnutou výjimkou nesmí být spojovány závěry, jež by umožnily změnit se v pravidlo“¹⁴⁸. Dopady uplatňované výhrady svědomí ovšem nemusí směřovat jen vůči abstraktněji pojaté společnosti. „Klíčovými faktory při posuzování společenského dopadu mohou být i okolnosti jiné. Takovými důležitými prvky budou například míra zásahu požadované výhrady svědomí do základních práv třetích subjektů a povaha těchto subjektů (např. dítě či jinak zranitelný subjekt), resp. zásahu do jiných ústavně chráněných zájmů (...) dalším relevantním faktorem při posuzování celospolečenského dopadu může být i status osoby, které má výhrada svědomí svědčit (zda se například jedná o osobu, která zastává veřejnou funkci nebo která poskytuje služby

¹⁴⁵ Nález Ústavního soudu ČR ze dne 22. prosince 2015, sp. zn. I. ÚS 1253/14, odstavce 44

¹⁴⁶ KINDLOVÁ, Miluše a Ondřej PREUSS. *Výhrada svědomí v kontextu povinného očkování a mimo něj*. Jurisprudence. 2017, 2017(3), 17 – 30, str. 28

¹⁴⁷ Nález Ústavního soudu ČR, ze dne 3. února 2011, sp. zn. III. ÚS 449/06

¹⁴⁸ Nález Ústavního soudu ČR ze dne 22. prosince 2015, sp. zn. I. ÚS 1253/14, odstavce 47

veřejnosti), protože uznání výhrady svědomí v jejím případě může na společnost působit mnohem komplexněji než v případě soukromé osoby¹⁴⁹.

Lze tedy uzavřít, že při kumulativním splnění čtyř výše uvedených podmínek, nelze podle Ústavního soudu vynucovat, resp. sankcionovat rozhodnutí osoby, nepodrobit se povinnému očkování. Ústavní soud ovšem zdůrazňuje mimořádnost tohoto institutu, a tedy i situace, ve které bude jeho použití možné. Vždy bude potřeba individuálně posoudit každý případ, zhodnotit jeho okolnosti a zvážit, zdali je zrovna tento případ natolik výjimečný, že odůvodňuje upřednostnění svobody svědomí jednotlivce nad zájmem celé společnosti na ochraně veřejného zdraví. Zbývá jen dodat, že ačkoli věřím, že institut výhrady svědomí má v oblasti povinného očkování svůj význam, považuji za nutné výše uvedené podmínky vykládat v takto citlivé oblasti poněkud restriktivně. Sdílím částečně kritický pohled Adama Doležala, který v souvislosti s tímto nálezem Ústavního soudu zmiňuje následující: „V obecné rovině se nabízí otázka, zda může jakkoliv iracionální názor být relevantním důvodem pro uplatnění výhrady svědomí a současně – a to je daleko závažnější problém – nepodlamuje rozhodování ÚS v tomto případě široce uznávanou skutečnost, že očkování je podstatné pro předcházení nemocí ve společnosti a v zájmu společnosti musí nést jedinci určité případné negativní následky. Z mého pohledu rozhodnutí ÚS de facto postihuje všechny ostatní rodiče, kteří i při vědomí rizika dítě nechají naočkovat a přispívají tím k oné vysoké proočkovánosti, kterou se ÚS ohání. Rozhodnutí ÚS zcela jasně upřednostňuje autonomii jednotlivce před zájmy společnosti. Je otázka, zda je to v oblasti očkování rozumné“¹⁵⁰.

3.2. Zákonná úprava v České republice

V České republice je výhrada svědomí zdravotnických pracovníků výslovně upravena v § 50 zákona o zdravotních službách. Tento paragraf se skládá ze tří odstavců, kdy právo na výhradu svědomí je zakotveno v odstavci druhém a třetím. Odstavec první obsahuje právo zdravotnického pracovníka neposkytnout zdravotní služby v případě, že by došlo při jejich poskytování k přímému ohrožení jeho života nebo vážnému ohrožení jeho zdraví. Tento důvod pro neposkytnutí zdravotní péče bude podrobněji rozebrán v kapitole 5.3. *Neposkytnutí zdravotní péče z důvodu ohrožení života či zdraví zdravotnického pracovníka.*

¹⁴⁹ KINDLOVÁ, Miluše a Ondřej PREUSS. *Výhrada svědomí v kontextu povinného očkování a mimo něj*. Jurisprudence. 2017, 2017(3), 17 – 30, str. 29

¹⁵⁰ DOLEŽAL, Tomáš. *Rozhodnutí Ústavního soudu ve věci povinného očkování*. Zdravotnické právo a bioetika [online]. 2016 [cit. 2019-06-13]. Dostupné z: <https://zdravotnickepravo.info/rozhodnuti-ustavniho-soudu-ve-veci-povinneho-ockovani/>

Zákon o zdravotních službách nabyl účinnosti 1. dubna 2012. Předchozí právní úprava byla obsažena v zákoně č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu¹⁵¹. Tento zákon výslovně úpravu výhrady svědomí neobsahoval a bylo proto nutné její existenci „*odvozovat jediné z ústavněprávního základu obsaženého v Listině*“¹⁵². Nutno dodat, že právo na výhradu svědomí bylo již za účinnosti tohoto zákona zakotveno v Etickém kodexu České lékařské komory, což je ovšem svou povahou statutární předpis vydaný profesní komorou, který zavazuje jen členy této komory. Tyto předpisy „*nejsou považovány za prameny práva a za právní předpisy, jelikož nesplňují požadavky na právní předpis (generalita)*“¹⁵³. Podrobněji o povaze a významu Etických kodexů bude pojednáno v kapitole 3.3. *Stavovské předpisy*.

Podklad pro ochranu integrity zdravotníka svědomí lze nalézt i v občanském zákoníku. Ustanovení § 81 odstavce 1 stanoví, že je chráněna osobnost člověka včetně jeho přirozených práv a že každý je povinen ctít svobodné rozhodnutí člověka žít podle svého. Komentář k tomuto paragrafu přidává: „*předmětem všeobecného osobnostního práva jako práva jednotlivého, v jehož rámci existuje celá řada dílčích osobnostních práv, je osobnost každého člověka jako individualisty a suveréna, resp. jednotlivé hodnoty (...) tvořící celistvost jeho osobnosti v jeho fyzické (tělesné) a morální jednotě, se kterou, resp. se kterými člověk nakládá v rovném postavení s ostatními*“¹⁵⁴. Právě povinností jednat proti svému svědomí by mohlo být do mravní integrity, která je tímto ustanovením chráněna zasaženo. Co je neoprávněným zásahem do práva na ochranu osobnosti v této oblasti vymezuje například Nejvyšší soud ve svém rozsudku ze dne 1. října 2002, sp. zn. 28 Cdo 983/2002, když stanoví, že „*neoprávněným zásahem do práva na ochranu osobnosti je jednání směřující proti osobní i mravní integritě fyzické osoby, které je objektivně způsobitelné snížit její důstojnost, vážnost a čest a které ohrožuje její postavení a uplatnění ve společnosti*“¹⁵⁵. Lze si představit lékaře katolického vyznání, jež mu brání provádět jakékoli potraty pod hrozbou exkomunikace. Potrat vnímá jako hřích a jeho provedení je v přímém rozporu s jeho svědomím i náboženským vyznáním. Pokud bude tento lékař nucen potrat provést, může to jistě pociťovat jako snížení důstojnosti, vážnosti a cti, které ohrožuje jeho postavení ve společnosti, obzvláště pohybuje-li se v okruhu osob stejného vyznání. Odstavec 2 téhož paragrafu potom připojuje demonstrativní výčet některých chráněných hodnot osobnosti člověka, kdy jedním z těchto dílčích

¹⁵¹ Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o péči o zdraví lidu“)

¹⁵² ŠOLC, Martin. *Výhrada svědomí ve zdravotnictví: právní a etické aspekty relevantní v českém prostředí*. Praha, 2015. Studentská vědecká a odborná činnost, str. 11

¹⁵³ MADLEŇÁKOVÁ, Lucia. *Výhrada svědomí jako součást svobody myšlení, svědomí a náboženského vyznání*. Praha: Linde, 2010. Praktická právní příručka, str. 107

¹⁵⁴ PAVLÍK, Pavel. *Komentář k § 81 občanského zákoníku*. [online]. Wolters Kluwer: Právní informační systém ASPI.

¹⁵⁵ Rozsudek Nejvyššího soudu ČR, ze dne 1. října 2002, sp. zn. 28 Cdo 983/2002

osobnostních práv je právo na důstojnost člověka a její ochranu. „Právo žít podle svého niterného přesvědčení je bezpochyby možné zařadit do oblasti lidské důstojnosti“¹⁵⁶. Ochrana důstojnosti člověka je také vnímána jako základní zásada soukromého práva, což je výslovně zakotveno v § 3 odst. 1 a odst. 2 písm. a) občanského zákoníku.

Právo zdravotnického pracovníka na výhradu svědomí a náboženského vyznání je, jak již výše zmíněno, zakotveno v § 50 odstavci 2 a 3 zákona o zdravotních službách:

§ 50 odst. 2

Zdravotnický pracovník může odmítnout poskytnutí zdravotních služeb pacientovi v případě, že by jejich poskytnutí odporovalo jeho svědomí nebo náboženskému vyznání. O této skutečnosti je povinen ihned informovat poskytovatele, který zajistí pacientovi jiného zdravotnického pracovníka. Nemůže-li poskytovatel zajistit jiného zdravotnického pracovníka, zajistí pacientovi jiného poskytovatele, který mu zdravotní služby poskytne, pokud pacient zajištění jiného poskytovatele neodmítne. Záznam o odmítnutí zajištění jiného zdravotnického pracovníka nebo poskytovatele je součástí zdravotnické dokumentace; záznam podepíše pacient a zdravotnický pracovník. Zdravotnický pracovník nemůže odmítnout poskytnutí zdravotních služeb pacientovi z důvodu uvedeného ve větě první, pokud by odmítnutím došlo k ohrožení života pacienta nebo k vážnému ohrožení jeho zdraví a poskytovatel není schopen zajistit poskytnutí zdravotních služeb jiným zdravotnickým pracovníkem. Podle věty první až čtvrté se obdobně postupuje, odmítne-li poskytnutí zdravotních služeb poskytovatel.

§ 50 odst. 3

Ustanovení odstavců 1 a 2 se použijí obdobně i pro jiné odborné pracovníky vykonávající činnosti v přímé souvislosti s poskytováním zdravotních služeb.

Právo na výhradu svědomí nemají jen zdravotničtí pracovníci, jak by z nadpisu tohoto paragrafu bylo možné usuzovat. Zákon výslovně přiznává toto právo i poskytovateli zdravotních služeb a dále také jiným odborným pracovníkům, kteří vykonávají činnosti v přímé souvislosti s poskytováním zdravotních služeb.

¹⁵⁶ ŠOLC, Martin. *Výhrada svědomí ve zdravotnictví: právní a etické aspekty relevantní v českém prostředí*. Praha, 2015. Studentská vědecká a odborná činnost, str. 12

Uplatnění výhrady svědomí je tedy v případě výše uvedených subjektů obecně přípustné s dvěma základními omezeními. Prvním tímto omezením je nemožnost odmítnout poskytnutí zdravotních služeb, pokud by tímto odmítnutím bylo vážně ohroženo zdraví či život pacienta a není možné zajistit poskytnutí služby jinde. V takové situaci tedy náboženské vyznání ani svědomí zdravotnických pracovníků nejsou relevantní a zdravotní služby musí být poskytnuty bez ohledu na ně. Právě v tomto omezení je, jak bude uvedeno dále, Ústavním soudem spatřována ústavní konformita celého ustanovení § 50 odst. 2 o právu zdravotnických pracovníků na výhradu svědomí. Druhým omezením, které zákon výslovně uvádí je tzv. referenční povinnost osob uplatňujících výhradu svědomí. Tato referenční povinnost je pro poskytovatele zdravotních služeb zčásti širší, než je referenční povinnost zdravotnického pracovníka (který tedy není zároveň i poskytovatelem). Zdravotnickému pracovníkovi, typicky lékaři, stačí pro splnění této zákonné povinnosti informovat o uplatnění výhrady svědomí poskytovatele u nějž pracuje. Tento poskytovatel potom musí pacientovi zajistit buď jiného zdravotnického pracovníka, nebo pokud takový není jiného poskytovatele. Nestačí, aby poskytovatel pacientovi pouze sdělil, kde se jiný poskytovatel nachází, či na něj předal pacientovi kontakt. Poskytovatel musí v tomto případě předání pacienta přímo zajistit. Pacient si samozřejmě může jiného poskytovatele zajistit i sám, nicméně jedná se jeho právo, nikoli povinnost. V případě, že pacient zajištění jiného zdravotnického pracovníka nebo jiného poskytovatele odmítne, je potřeba o tomto odmítnutí pořídít záznam, který je součástí zdravotnické dokumentace a který podepisuje pacient a zdravotnický pracovník. „*V daném případě je třeba též uplatnit § 46 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění, podle kterého je zdravotní pojišťovna povinna zajistit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům, včetně jejich místní a časové dostupnosti, přičemž tuto povinnost plní prostřednictvím poskytovatelů, s nimiž uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb. Poskytovatel zdravotních služeb, který uplatnil výhradu svědomí a neposkytl zdravotní služby, jež pacient požadovat a na jejichž poskytnutí měl právo, může žádat, aby jiného poskytovatele, který příslušné zdravotní služby poskytne, zajistila příslušná zdravotní pojišťovna pacienta*“¹⁵⁷

Zda je současná úprava referenční povinnosti nastavena vhodně, či zdali by uplatnění výhrady svědomí nejen při poskytování zdravotních služeb mohlo být spojeno s nějakou alternativní povinností (např. *provedení odlišného zdravotního výkonu*) či újmou (např. *nutnost strpět snížení*) se zamýšlí Miluše Kindlová a Ondřej Preuss. Podle nich se nabízí kromě výše uvedené alternativní povinnosti, či jisté újmy také „*zaplacení finanční částky* (např.

¹⁵⁷ MACH, Jan. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: Zákon o specifických zdravotních službách*. Praha: Wolters Kluwer, 2018. Praktický komentář, str. 238 - 239

s odůvodněním, že se jedná o příspěvek na rozvoj nových léků). To by však znamenalo možnost vykoupení se z právní povinnosti, což by mohlo vést k pokřivení chápání dané normy. Navíc by to rušilo charakter výhrady svědomí jako uplatnění práva, nikoli jako akceptace protiprávního chování¹⁵⁸.

Ustanovení § 50 zákona o zdravotních službách bylo v roce 2012 napadeno spolu s dalšími ustanoveními tohoto zákona skupinou poslanců Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky u Ústavního soudu a dočkalo se tak ústavního přezkumu. Pro účely této práce bude rozebrán předmětný náleží Ústavního soudu ze dne 27. listopadu, sp. zn. Pl. ÚS 1/12 jen v části, týkající se odstavce druhého § 50 zákona o zdravotních službách, podle něhož může dojít k odmítnutí poskytnutí zdravotní služby z důvodu svědomí nebo náboženského vyznání. Toto odmítnutí poskytnutí zdravotní služby z důvodu výhrady svědomí řešil Ústavní soud z pohledu zásahu do práva na ochranu zdraví a na zdravotní péči.

Stěžovatelé předložili soudu následující argumentaci: „Každý občan má sice právo zcela svobodně se rozhodnout o svém budoucím povolání, pokud si však zvolí zdravotnictví, činí tak s vědomím, že bude jeho povinností lidské životy zachraňovat i na úkor vlastního života. Z toho vychází i lékařská přísaha, Etický kodex lékaře, přijatý na sjezdu České lékařské komory, nebo Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů, zveřejněný ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví č. 7/2004“¹⁵⁹. Stěžovatelé tedy argumentovali především profesionální povinností zdravotnického pracovníka.

K argumentaci stěžovatelů se následně vyjádřil pro Ústavní soud tehdejší ministr zdravotnictví doc. MUDr. Leoš Heger, CSc., následovně: „Ustanovení § 50 odst. 2 zákona o zdravotních službách je výsledkem vyvažování mezi povinností zdravotnického pracovníka poskytnout péči a pomoc na jedné straně a právem téhož zdravotnického pracovníka na svobodu svědomí a vyznání garantovanou čl. 15 Listiny. Nadto nikdy nemůže dojít k ohrožení života pacienta nebo k vážnému ohrožení jeho zdraví, neboť právě v těchto případech nesmí zdravotnický pracovník poskytnutí zdravotní služby z důvodu svědomí nebo vyznání odmítnout“¹⁶⁰.

Ústavní soud potom v bodech 372–378 tohoto nálezu shledal institut medicínské výhrady svědomí tak jak je zakotven v zákoně o zdravotních službách ústavně konformní: „Ve svém návrhu se účastníci omezují na tvrzení nesouladu s profesními kodexy nebo dokonce s ustanoveními

¹⁵⁸ KINDLOVÁ, Miluše a Ondřej PREUSS. *Výhrada svědomí v kontextu povinného očkování a mimo něj*. Jurisprudence. 2017, 2017(3), 17 – 30, str. 29

¹⁵⁹ Nález Ústavního soudu ČR, ze dne 6. prosince 2012, sp. zn. Pl. ÚS 1/12, odstavec 59

¹⁶⁰ Nález Ústavního soudu ČR, ze dne 6. prosince 2012, sp. zn. Pl. ÚS 1/12, odstavec 141

trestního zákoníku, jenž však v tomto řízení posuzovat nelze. Ústavněprávní argumentaci je tak možné spatřovat pouze v poukazu na to, že neposkytnutím zdravotní péče by mohli být pacienti vystaveni riziku poškození zdraví, jež Ústavní soud po obsahové stránce hodnotí jako námitku nesouladu s právem na ochranu zdraví a na zdravotní péči podle čl. 31 Listiny. (...) Případný přezkum ze strany Ústavního soudu se v těchto případech omezuje na respektování požadavku vyloučení svévole, což znamená, že konkrétní právní úprava musí být vhodná dosáhnout účelu prováděného práva a nesmí být zjevně nerozumná. (...). Podstatou práva podle čl. 31 Listiny je požadavek, aby zákon umožňoval rovný přístup občanů ke zdravotní péči přiměřené kvality, a to na základě veřejného zdravotního pojištění. (...) Napadené ustanovení, řeší v dotčené části kolizi mezi povinností zdravotnického pracovníka poskytovat zdravotní služby, jež byla stanovena jako „omezení pro výkon určitého povolání“ ve smyslu čl. 26 odst. 2 Listiny, a jeho právy na život a ochranu zdraví a svobodou svědomí a náboženského vyznání. Činí tak přitom prostřednictvím stanovení výjimek z uvedené povinnosti. (...) Možný nesoulad s ústavním pořádkem spatřují stěžovatelé z hlediska práva na ochranu zdraví a zdravotní péči osob, v jejichž prospěch má být zdravotní služba poskytnuta, jež má být v důsledku zákonem stanovených výjimek z povinnosti zdravotnických pracovníků ohroženo. Tento závěr však podle Ústavního soudu není správný. Z posledně uvedeného práva vyplývá obecná povinnost státu zabezpečit poskytování zdravotní péče občanům, což však neznamena, že každý zdravotnický pracovník musí bez ohledu na své svědomí nebo náboženské přesvědčení, resp. hodnoty, které vyznává, vždy poskytnout jakoukoliv zdravotní péči. Z hlediska předmětného práva totiž není podstatné, který zdravotnický pracovník tuto službu poskytne, nýbrž to, aby k jejímu poskytnutí došlo. Zaručuje-li zároveň § 50 odst. 2 věta pátá zákona o zdravotních službách, že k tomuto odmítnutí nedojde v případě, pokud by odmítnutím došlo k ohrožení života pacienta nebo k vážnému ohrožení jeho zdraví a poskytovatel není schopen zajistit poskytnutí zdravotních služeb jiným zdravotnickým pracovníkem, je zcela evidentní, že se tato úprava nedotýká podstaty práva podle čl. 31 Listiny“¹⁶¹.

V návaznosti na názory vyjádřené v předchozích kapitolách práce se domnívám, že Ústavní soud zde správně vyložil právo na bezplatnou zdravotní péči, zakotvené v čl. 31 Listiny, jako tomuto právu odpovídající obecnou povinnost státu zajistit zdravotní péči. Tento článek nelze vykládat jako právo občana na poskytnutí jím požadované zdravotní péče od každého zdravotnického pracovníka. Článek je naplněn, pokud stát zajistí, že pacientem požadovaná zdravotní péče mu bude dostupná. Nikoli však vždy všemi lékaři. Legitimita institutu medicínské

¹⁶¹ Nález Ústavního soudu ČR, ze dne 6. prosince 2012, sp. zn. Pl. ÚS 1/12, odstavec 372 - 378

výhrady svědomí je zaručena nemožností odmítnout zdravotní služby v případě vážného ohrožení zdraví či života pacienta. O referenční povinnosti se Ústavní soud v tomto nálezu nezmiňuje.

3.3. Stavovské předpisy

Stavovské předpisy jsou svou povahou statutární předpisy, vydané profesní komorou. Je důležité zdůraznit, že „*nejsou považovány za prameny práva a za právní předpisy, jelikož nesplňují požadavky na právní předpis (generalita)*“¹⁶². Ačkoli tedy stavovské dokumenty nemají povahu právních předpisů, považují za vhodné, je pro jejich význam do této části zařadit.

Profesní komory relevantní pro tuto práci¹⁶³ byly zřízeny zákonem č. 220/1991 Sb. o komorách¹⁶⁴. Jsou to právnické osoby a nepolitické samosprávné stavovské organizace, které sdružují všechny lékaře, stomatology a lékárníky. Členství v České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře je povinné a není možné vykonávat žádné z výše uvedených lékařských povolání bez členství v nich. Jelikož hlavním úkolem profesních komor je výkon odborného, etického a disciplinárního dohledu nad svými členy, vydávají za tímto účelem vlastní normy – stavovské předpisy. Formu stavovského předpisu má například organizační řád dané komory, disciplinární řád, či etický kodex¹⁶⁵. „*Zákonný základ pro ukládání etických povinností zdravotníkům je k nalezení v § 49 odst. 2 zákona o zdravotních službách, který zdravotnickým pracovníkům ukládá mj. povinnost poskytovat zdravotní služby podle jiných právních předpisů, na náležitě odborné úrovni a řídit se etickými principy*“¹⁶⁶.

Porušením stavovského předpisu se člen komory dopouští tzv. disciplinárního deliktu. „*Disciplinární delikt může být spáchán jednáním, které neporušuje právní předpisy, avšak je proti stavovské důstojnosti a etice povolání*“¹⁶⁷. Příslušná k vyřizování stížností na spáchání disciplinárního deliktu členem komory, je právě profesní komora. Kromě stížnosti k dané komoře se potom osoba může domáhat náhrady újmy i občanskoprávní cestou. Proti rozhodnutí komory

¹⁶² MADLEŇÁKOVÁ, Lucia. *Výhrada svědomí jako součást svobody myšlení, svědomí a náboženského vyznání*. Praha: Linde, 2010. Praktická právnická příručka, str. 107

¹⁶³ Česká lékařská komora, Česká stomatologická komora, Česká lékárnická komora

¹⁶⁴ Zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře (dále jen „zákon o komorách“)

¹⁶⁵ ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016, str. 124 - 125

¹⁶⁶ ŠOLC, Martin. *Výhrada svědomí ve zdravotnictví: právní a etické aspekty relevantní v českém prostředí*. Praha, 2015. Studentská vědecká a odborná činnost, str. 18.

¹⁶⁷ ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016, str. 126

se může potrestaný člen komory soudně bránit, a to žalobou proti rozhodnutí, která se podává věcně a místně příslušnému správnímu soudu.

Výše byla nastíněna povaha stavovských předpisů obecně. V souvislosti s institutem medicínské výhrady svědomí jsou ze stavovských předpisů významné tzv. etické kodexy. Níže budou postupně představeny tři etické kodexy – Etický kodex České lékařské komory, Etický kodex České stomatologické komory a Etický kodex lékárnické komory. Všechny tyto kodexy vytváří základní etická pravidla pro daný obor, které ve svém souhrnu představují jakýsi morální standard. Jejich cílem je výkon daného povolání v souladu nejen se zákony ale právě i s etikou lékařského a lékárnického povolání¹⁶⁸.

3.3.1. Etický kodex České lékařské komory

Česká lékařská komora přijala Etický kodex jako Stavovský předpis č. 10 – Etický kodex České lékařské komory (dále jen “Etický kodex ČLK“) s účinností ke dni 1. 1. 1996. Obsahuje celkem 6 paragrafů, kdy jednotlivé paragrafy upravují například obecné zásady výkonu povolání či vztahy, vznikající při poskytování zdravotních služeb¹⁶⁹.

Pojem svědomí se v jednotlivých ustanoveních Etického kodexu ČLK vyskytuje poměrně často. Ustanovení o výhradě svědomí lékaře existovalo v tomto stavovském předpise i za účinnosti zákona o péči o zdraví lidu, který na rozdíl od dnešní úpravy takový institut neznal a takovou možnost vyvázat se z obecné právní povinnosti tedy nepřipouštěl. Taková situace byla problematická, jelikož pokud zákon stanovil pro lékaře povinnost, nešlo ji bez sankce nesplnit jen s poukazem na předpis, který sice takovou možnost připouští, ale který není považován za právní předpis¹⁷⁰. Při kolizi zákonné povinnosti s lékařskou etikou by přidržujíc se striktně psaného práva převážila za účinnosti dřívější úpravy zákona o péči o zdraví lidu zákonná povinnost lékaře nad etikou¹⁷¹.

¹⁶⁸ ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016, str. 128

¹⁶⁹ § 1: Obecné zásady, §2: Lékař a výkon povolání, §3: Lékař a nemocný, §4: Vztahy mezi lékaři, §5: Lékař a nelékař, §6: Účinnost

¹⁷⁰ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 2015.

¹⁷¹ MADLEŇÁKOVÁ, Lucia. *Výhrada svědomí jako součást svobody myšlení, svědomí a náboženského vyznání*. Praha: Linde, 2010. Praktická právní příručka, str. 105

§ 1 odst. 3

„Lékař má znát zákony a závazné předpisy platné pro výkon povolání a tyto dodržovat. S vědomím osobního rizika se nemusí cítit být jimi vázán, pokud svým obsahem, nebo ve svých důsledcích narušují lékařskou etiku, ohrožují základní lidská práva.“

V konfliktu legální povinnosti a etického závazku, toto ustanovení jednoznačně preferuje etický závazek. Pokud se ovšem lékař rozhodne pro nesplnění legální povinnosti, musí být připraven nést právní následky takového rozhodnutí. Ideálním stavem je samozřejmě stav, kdy zákon je plně v souladu s hodnotami lékařské etiky. Pokud ovšem konflikt předvídaný v tomto ustanovení Etického kodexu ČLK nastane, měli by lékaři v první řadě usilovat o to, aby byla právní úprava změněna a takový konflikt odstraněn.

§ 2 odst. 5

„Lékař nemůže být donucen k takovému lékařskému výkonu nebo spoluúčasti na něm, který odporuje jeho svědomí.“

Toto ustanovení výslovně zakotvuje právo lékaře neprovádět či neúčastnit se provedení takového výkonu, který by odporoval jeho svědomí. Je to tedy ustanovení, které přiznává lékařům právo na výhradu svědomí. Jak píše Jaromír Matějka, je „*potěšitelné, jak hluboce personalisticky je osobnost lékaře chápána. Je to někdo, kdo se řídí svým svědomím a kdo promýšlí život kolem sebe se všemi jeho vztahy, aspekty právními i jinými. Opravdový lékař je člověkem hluboké reflexe. Někým, kdo se nespokojí s povrchním pohledem, ale kdo otázky kladené životem promýšlí*“¹⁷².

§ 2 odst. 14

„Pokud lékař doporučuje ve své léčebné praxi léky, léčebné prostředky a zdravotní pomůcky, nesmí se řídit komerčními hledisky, ale výhradně svým svědomím.“

Není překvapivé, že v dnešní době, kdy ekonomické hledisko je nedílnou součástí medicíny, obsahuje Etický kodex ČLK takovéto ustanovení. Je spíše výjimkou lékař, který se s výhodami nabízenými farmaceutickými a jinými společnostmi nesešel. Apel na etické rozhodování lékařů v oblasti konfliktu medicíny a ekonomiky je stejně významný jako v oblastech předchozích.

¹⁷² MATĚJKA, Jaromír. *Svědomí v lékařské etice* [online]. Brno, 2006 [cit. 2019-06-05]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/prirr/Svedomi_v_lekarske_etice.pdf. Dizertační práce, str. 55

3.3.2. Etický kodex České stomatologické komory

Etický kodex České stomatologické komory obsahuje výraz svědomí pouze v posledním odstavci svého textu:

„Měřítkem naplňování Etického kodexu je mé vlastní svědomí.“

Výslovně tedy právo na výhradu svědomí stomatologa neuvádí. Že je ale na svědomí kladen důraz i v tomto kodexu, se dá dovodit z prvního odstavce kodexu, který uvádí *„Já, zubní lékař (...) jsem svobodný člověk, zodpovědný za své myšlenky a skutky.“*

3.3.3. Etický kodex České lékárnické komory

Ke schválení Etického kodexu České lékárnické komory došlo dne 8. listopadu 2013 s účinností od 1. prosince 2013. Tento kodex neobsahuje výslovně zmínku o svědomí ani o právu na výhradu svědomí, nicméně v prvním odstavci kodexu je požadavek na povinnost *„své povolání vykonávat svědomitě“*. Jaromír Matějka chápe tento pojem jako příslovce pojmu svědomí, a i Slovník spisovného jazyka českého poskytuje jako jeden z možných výkladů pojmu *svědomitě* výklad *jednat podle svého svědomí*. Na druhou stranu Lucie Madleňáková dovozuje, že pojem *svědomitě* je *„spíše používán jako synonymum slova „pečlivě“, což znemožňuje aplikaci možnosti výhrady svědomí na tato ustanovení“*¹⁷³. Osobně se přikláním spíše k výkladu prvnímu, kdy v pojmu *svědomitě* nutně vnímám požadavek na výkon takové činnosti s pocitem odpovědnosti a v souladu se svým svědomím.

Další odstavec Etického kodexu České lékárnické komory, ze kterého lze obsahově dovodit právo na výhradu svědomí, je odstavec číslo 4. Tento odstavec také po vzoru zákonné úpravy zakotvuje tzv. referenční povinnost:

„Lékárník zajišťuje soustavnost poskytované péče i v případech pracovních sporů, uzavření lékárny nebo konfliktů s osobní morálkou či vírou; v takových případech je povinen informovat pacienty vhodnou formou o nejbližší lékárně, která jim poskytne péči.“

¹⁷³ MADLEŇÁKOVÁ, Lucia. *Výhrada svědomí jako součást svobody myšlení, svědomí a náboženského vyznání*. Praha: Linde, 2010. Praktická právní příručka, str. 107

4. Právní úprava výhrady svědomí a náboženského vyznání v mezinárodním právu a právu Evropské unie

Svoboda myšlení, svědomí a náboženského vyznání, ze které se právo na výhradu svědomí dovozuje, je součástí řady mezinárodních dokumentů. Cílem této části práce je poskytnout ucelený přehled o úpravě a výkladu institutu medicínské výhrady svědomí v nejvýznamnějších dokumentech mezinárodního práva a práva Evropské unie. Jak již bylo uvedeno v kapitole 1.2. *Pojem náboženství*, jednotlivé mezinárodní dokumenty pracují v českém překladu s odlišnými pojmy víra, přesvědčení, a náboženství. V kapitole 1.2. byly tyto pojmy podrobně rozebrány a pro účely této práce bylo stanoveno, že pojmy víra a přesvědčení (oběma těmito pojmy je překládán anglický výraz „belief“) jsou v této práci vnímány jako synonyma. Pojem náboženství je potom pojem jim podřazený, který v sobě přesvědčení / víru zahrnuje jen co do náboženských postojů.

Z hlediska teorie práva lze mezinárodní smlouvy členit na smlouvy dvoustranné (bilaterální) a vícestranné (multilaterální). V oblasti zdravotnictví a výhrady svědomí lékařů převažují významově smlouvy vícestranné. Nelze ale pominout ani specifické dvoustranné smlouvy – tzv. konkordáty Svatého stolce. Jak píše Lucia Madleňáková „někteří autoři pokládají tyto smlouvy za diskutabilní, důležité však je, že se staly nesporně mezinárodním obyčejem a mnohé státy mají smlouvu s Vatikánem uzavřenou již dlouhá léta“¹⁷⁴. Tyto smlouvy řeší záležitosti související s fungováním a právy katolické církve v daném státě, např. jsou jimi upravovány požadavky na výuku náboženství na státních a církevních školách, či podmínky ustavování do církevních funkcí¹⁷⁵. V oblasti výhrady svědomí lze uvést příklad návrhu smlouvy mezi Slovenskou republikou a Svatým stolicem o uplatňování výhrady svědomí¹⁷⁶. Jak uvádí článek 4 této smlouvy, týká se oblastí ozbrojených složek, zdravotnictví (zde smlouva výslovně uvádí uplatnění výhrady svědomí u jednání vztahující se k umělému ukončení těhotenství, umělému nebo asistovanému oplodnění, pokusům a nakládání s lidskými orgány, lidskými zárodky a lidskými pohlavními buňkami, eutanázii, klonování, sterilizaci a antikoncepci), vzdělávání ale třeba i soudní rozhodovací činnosti a poskytování právních služeb. Cílem této smlouvy je umožnit uplatnění

¹⁷⁴ MADLEŇÁKOVÁ, Lucia. *Výhrada svědomí jako součást svobody myšlení, svědomí a náboženského vyznání*. Praha: Linde, 2010. Praktická právnická příručka, str. 143

¹⁷⁵ Ibid., str. 143

¹⁷⁶ Návrh smlouvy mezi Slovenskou republikou a Svätou stolicou o uplatňování výhrady svedomia [online]. [cit. 2019-07-03]. Dostupné z: <http://wwwold.justice.sk/kop/pk/2003/pk098-03.htm>

výhrady svědomí v souladu s předpisy svého vyznání¹⁷⁷. Pojem výhrada svědomí je výslovně definován v článku 3 odstavci 1 smlouvy jako „*námitka vykonaná na základě principu svobody svědomí, podle kterého může každý odmítnout konat to, co ve svém svědomí pokládá za nedovolené podle věroučných a mravoučných zásad*“¹⁷⁸. Co se rozumí pod pojmem konání potom vysvětluje odstavec druhý téhož článku následovně: „*výraz konat zahrnuje jak jednání jednotlivce, spoluúčast na jednání více osob, činnost související s uvedeným jednáním, tak i asistence*“¹⁷⁹. V oblasti zdravotnictví je významné i ustanovení této smlouvy, které omezuje možnost uplatnit výhradu svědomí v případě, že by takovým uplatněním mohlo dojít k ohrožení zdraví či života člověka.

Je nesporné, že tento návrh smlouvy mezi Slovenskou republikou a Svatým stolcem o uplatňování výhrady svědomí zakládá neodůvodněnou výhodu nábožensky motivované výhrady svědomí. Lucia Madleňáková si v této souvislosti klade otázku, zdali by bylo možné na situaci sekulárně motivované výhrady svědomí použít analogii iuris. Osobně se shodně jako Madleňáková domnívám, že ano. Pro zakotvení práva na výhradu svědomí, pokládám za mnohem vhodnější formu zákona, a to shodně pro výhradu motivovanou nábožensky i sekulárně. Tato forma „*skýtá méně výkladových problémů, nezasahuje do mezinárodních závazků státu, nezakládá skutečnou či tvrzenou diskriminaci a nejeví se tak uměle vykonstruovaná jako forma smluv s registrovanými církvemi sui generis*“¹⁸⁰.

4.1. Právní úprava v mezinárodním právu

Jak již bylo v úvodu této části zmíněno, právo na svobodu myšlení, svědomí a náboženství je součástí řady mezinárodních smluv, které jsou dle čl. 10 Ústavy součástí právního řádu České republiky. V této kapitole jsou vybrány nejvýznamnější mezinárodní dokumenty obsahující tato práva. Následně je analyzován jejich význam pro medicínskou výhradu svědomí.

¹⁷⁷ MADLEŇÁKOVÁ, Lucia. *Výhrada svědomí jako součást svobody myšlení, svědomí a náboženského vyznání*. Praha: Linde, 2010. Praktická právnícká příručka, str. 148

¹⁷⁸ Ibid., str. 147

¹⁷⁹ Ibid., str. 147

¹⁸⁰ Ibid., str. 148

4.1.1. Všeobecná deklarace lidských práv

Základním mezinárodním dokumentem, který byl následně inspirací pro další lidskoprávní mezinárodní dokumenty, je Všeobecná deklarace lidských práv z roku 1948. Ačkoli má tato deklarace OSN nezávaznou povahu, její jednotlivá ustanovení se stala vzorem pro řadu dalších, již závazných mezinárodních dokumentů. Z celkového počtu 30 článků, se o svědomí výslovně zmiňuje článek první, který stanoví, že všichni lidé „...jsou nadáni rozumem a svědomím...“ a článek 18, který uvádí: „Každý má právo na svobodu myšlení, svědomí a náboženství; toto právo zahrnuje v sobě i volnost změnit své náboženství nebo víru, jakož i svobodu projevat své náboženství nebo víru sám nebo společně s jinými, ať veřejně nebo bohoslužbou a zachováním obřadů.“ O právu na výhradu svědomí v obecné ani konkrétní rovině (vojenská výhrada svědomí / medicínská výhrada svědomí) se výslovně nezmiňuje.

4.1.2. Mezinárodní pakt o občanských a politických právech

Dalším mezinárodním dokumentem, který upravuje svobodu myšlení, svědomí a náboženství, je Mezinárodní pakt o občanských a politických právech. Tento závazný dokument z roku 1966 byl přijat na zasedání OSN a navazuje na Všeobecnou deklaraci lidských práv. V článku 18 zakotvuje nejen výše uvedené svobody, ale také možnost zákonného omezení projevu víry a náboženství, pokud je to nutné k ochraně veřejné bezpečnosti, pořádku, zdraví nebo morálky nebo základních práv a svobod jiných.

4.1.3. Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod

Třetím dokumentem, kterému bude v rámci této kapitoly věnována pozornost, je Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod z roku 1950 (dále jen „Úmluva“ či „EÚLP“). Úmluva „tvoří základ soudní ochrany lidských práv v rámci Rady Evropy“¹⁸¹. „Řada států – včetně České republiky – recipuje EÚLP formou inkorporace, což znamená, že Úmluva se stává součástí vnitrostátní právní sféry, aniž ztrácí povahu mezinárodněprávního pramene práva“¹⁸². K vymáhání jednotlivých práv garantovaných v Úmluvě a k jejich výkladu, byl zřízen Evropský

¹⁸¹ ŠOLC, Martin. *Výhrada svědomí ve zdravotnictví: právní a etické aspekty relevantní v českém prostředí*. Praha, 2015. Studentská vědecká a odborná činnost, str. 16

¹⁸² SPRATEK, Daniel. *Evropská ochrana náboženské svobody*. Brno: L. Marek, 2008. Deus et gentes, str. 64

soud pro lidská práva (dále jen „ESLP“), který sídlí ve Štrasburku a sestává se ze stejného počtu soudců, jako je počet členských států Rady Evropy, které ratifikovaly Úmluvu¹⁸³. O výhradě svědomí se Úmluva výslovně zmiňuje jen v souvislosti s odpíráním povinné vojenské služby, a to jen okrajově v čl. 4, který zakotvuje zákaz otroctví a nucených prací. Důsledkem tohoto článku ovšem není přiznání samotného práva na výhradu svědomí v oblasti odepření povinné služby, nýbrž jen o akceptaci takového jednání v zemích, kde je toto právo uznáno vnitrostátním právním řádem. Právo na výhradu svědomí je dovozováno až z práva na svobodu myšlení, svědomí a náboženského vyznání, které je v obsaženo v čl. 9 Úmluvy:

čl. 9 odst. 1:

Každý má právo na svobodu myšlení, svědomí a náboženského vyznání; toto právo zahrnuje svobodu změnit své náboženské vyznání nebo přesvědčení, jakož i svobodu projevat své náboženské přesvědčení sám nebo společně s jinými, ať veřejně nebo soukromě, bohoslužbou, vyučováním, prováděním náboženských úkonů a zachováním obřadů.

čl. 9. odst. 2:

Svoboda projevat náboženské vyznání a přesvědčení může podléhat jen omezením, která jsou stanovena zákony a která jsou nezbytná v demokratické společnosti v zájmu veřejné bezpečnosti, ochrany veřejného pořádku, zdraví nebo morálky nebo ochrany práv a svobod jiných.

Ačkoli se tedy sama Úmluva o právu na výhradu svědomí výslovně nezmiňuje, v rámci rozhodovací činnosti se k ní ESLP mnohokrát vyjádřil. Výše zmíněná terminologická nejasnost se projevuje i v rozhodovací činnosti ESLP. Ten pojmy jako přesvědčení, náboženství a myšlení, použité v článku 9 „*nevykládá a stěží také dojde na jednoznačné vymezení obsahu těchto pojmů v různorodých rozhodnutích soudu*“¹⁸⁴. K problematice svědomí a pojmu přesvědčení je stěžejní rozhodnutí ve věci *Arrowsmith v. Spojené království*¹⁸⁵. V tomto rozhodnutí ESLP stanovil základní hranice mezi „*praktikováním náboženské víry nebo přesvědčení ve smyslu čl. 9 EÚLP a mezi jednáním, které je sice náboženským přesvědčením nebo vírou ovlivněno, ale není praktikováním ve smyslu čl. 9 EÚLP*“¹⁸⁶. Tím došlo k vymezení rozsahu ochrany, kterou čl. 9 Úmluvy garantuje. Pro lepší orientaci v rozhodnutí bude krátce popsán i skutkový stav případu.

¹⁸³ European Court of Human Rights. *European Court of Human Rights* [online]. [cit. 2019-06-25]. Dostupné z: <https://www.echr.coe.int/Pages/home.aspx?p=court/judges&c=>

¹⁸⁴ MADLEŇÁKOVÁ, Lucia. *Výhrada svědomí jako součást svobody myšlení, svědomí a náboženského vyznání*. Praha: Linde, 2010. Praktická právní příručka, str. 49

¹⁸⁵ Rozhodnutí EKLP ve věci *Arrowsmith v. Spojené království*, ze dne 12. 10. 1978, stížnost č. 7050/75

¹⁸⁶ SPRATEK, Daniel. *Evropská ochrana náboženské svobody*. Brno: L. Marek, 2008. Deus et gentes, str. 90

Ve Velké Británii byla paní Arrowsmith odsouzena za šíření letáků vojákům, které je nabádaly, aby odmítli sloužit v armádě v Severním Irsku. Šíření letáků označila paní Arrowsmith za praktikování pacifismu, který považovala za přesvědčení ve smyslu čl. 9 Úmluvy. Komise ačkoli uznala pacifismus jako přesvědčení, odmítla uznat šíření letáků jako projev tohoto přesvědčení, které by bylo chráněn článkem 9 Úmluvy. „Komise zaujala stanovisko, že „praktikování“ přesvědčení, jako jedna z variant projevů přesvědčení, nesmí být jen motivováno nebo ovlivněno náboženstvím či přesvědčením. Distribuce letáků tak nebyl projev přesvědčení, ale jen aktivita, která byla přesvědčením motivována či ovlivněna“¹⁸⁷. V dalších rozhodnutích¹⁸⁸ potom Komise tento přístup potvrzuje a dodává, že posuzované jednání musí být k projevu daného přesvědčení přímo nezbytné. Pouhá dovolenost určitého jednání není dostačující, jelikož v takovém případě se nebude jednat o nutný projev přesvědčení – tedy dané přesvědčení takové jednání nebude přímo přikazovat¹⁸⁹. Takové posouzení, zda je určité jednání přímo vyžadováno uznaným přesvědčením či náboženstvím je předmětem tzv. Arrowsmith testu. Jak shrnuje Lucia Madleňáková „striktní dodržování testu by v praxi znamenalo že každé chování, které není náboženstvím (či přesvědčením) přímo vyžadováno, ale jen umožňováno, není jeho praktikováním (tedy jeho projevem) a takový projev pak není chráněn podle čl. 9 Úmluvy“¹⁹⁰. ESLP použil Arrowsmith test již v mnoha případech, v některých jej ale naopak neodůvodněně nepoužil ačkoli bylo použití možné očekávat¹⁹¹. „Jindy zase samotná Komise neuváděla, zda určité jednání je „nezbytné“, ale pouze zda je výrazem určitého náboženství nebo přesvědčení, což činí štrasburskou judikaturu ve věci projevu náboženství nejen nepřesvědčivou, ale navíc i rozpornou a nekonzistentní“¹⁹².

V některých rozhodnutích, ve kterých ESLP ne zvolil Arrowsmith test se pokusil vymezit samotný pojem přesvědčení. V případě *Campbell a Cossans v. Spojené království*¹⁹³ ESLP dovodil, že aby bylo přesvědčení chráněné dle čl. 9 EÚLP, musí se jednat o přesvědčení seriózní, dlouhodobé a v demokratické společnosti akceptovatelné¹⁹⁴. Vždy musí „představovat souvislý a

¹⁸⁷ MADLEŇÁKOVÁ, Lucia. *Výhrada svědomí jako součást svobody myšlení, svědomí a náboženského vyznání*. Praha: Linde, 2010. Praktická právní příručka, str. 49 - 50

¹⁸⁸ Např. Rozhodnutí EKLP ve věci *Khan v. Spojené království*, stížnost č. 11579/85, Rozhodnutí EKLP ve věci *X v. Rakousko*, stížnost č. 8652/79, Rozhodnutí EKLP ve věci *X v. Spojené království*, stížnost č. 5442/72

¹⁸⁹ SPRATEK, Daniel. *Evropská ochrana náboženské svobody*. Brno: L. Marek, 2008. Deus et gentes, str. 92

¹⁹⁰ MADLEŇÁKOVÁ, Lucia. *Výhrada svědomí jako součást svobody myšlení, svědomí a náboženského vyznání*. Praha: Linde, 2010. Praktická právní příručka, str. 51

¹⁹¹ ŠOLC, Martin. *Výhrada svědomí ve zdravotnictví: právní a etické aspekty relevantní v českém prostředí*. Praha, 2015. Studentská vědecká a odborná činnost, str. 19

¹⁹² SPRATEK, Daniel. *Evropská ochrana náboženské svobody*. Brno: L. Marek, 2008. Deus et gentes, str. 94

¹⁹³ Rozhodnutí ESLP ve věci *Campbell a Cossans v. Spojené království*, ze dne 25. února. 1982, stížnost č. 7511/76 a č. 7743/76

¹⁹⁴ KMENC, Jiří, David KOSAR, Jan KRATOCHVÍL a Michal BOBEK. *Evropská úmluva o lidských právech: komentář*. Praha: C.H. Beck, 2012. Velké komentáře, str. 972

koherentní pohled na základní otázky existence jedince a fungování společnosti¹⁹⁵. Takto byly za přesvědčení uznány například pacifismus¹⁹⁶, ateismus¹⁹⁷, komunismus¹⁹⁸, ale třeba také veganství¹⁹⁹. „Uznání však rozhodně není automatické a je otázkou, zda by jej dosáhly také jiné obsahy svědomí zakládající výhradu. V opačném případě by byla položena otázka, zda je dané nekonání přímo vyžadováno uznaným přesvědčením, která by mohla být velice problematickou“²⁰⁰. Takto například v dotazníkovém šetření konaném v roce 2008 mezi studenty medicíny ve Velké Británii považovalo 17,2 % studentů muslimského vyznání odmítnutí léčby pacienta pod vlivem alkoholu jako požadavek tohoto náboženství. Dalších 18,5 % studentů muslimského vyznání by uplatnilo výhradu náboženského vyznání i při poskytnutí zdravotní péče osobám, které jsou pod vlivem rekreačních drog, a 36 % studentů muslimského vyznání by s ohledem na své náboženské vyznání uplatnilo výhradu při intimním vyšetření osoby druhého pohlaví²⁰¹. Zda odmítnutí poskytnout zdravotní péči z výše uvedených důvodů je skutečně přímým požadavkem islámu je proto v důsledku nejednotné judikatury ESLP nejasné a rozhodování dalších případů tak stojí „do značné míry na nejistých základech“²⁰².

Jak je z čl. 9 Úmluvy patrné, rozlišuje, stejně jako vnitrostátní Listina základních práv a svobod, forum internum a forum externum svobod v něm zakotvených. Zatímco forum internum požívá absolutní ochrany, a tedy i neomezenosti, forum externum lze z důvodů vypočtených v druhém odstavci téhož článku omezit. ESLP považuje uplatnění výhrady svědomí za projev přesvědčení a zařazuje jej tedy do složky fora externa. Judikatura ESLP vytvořila v souvislosti s omezováním projevů svobod zakotvených v čl. 9 odst. 2 tzv. pětistupňový test, který má následující strukturu a kterou blíže rozebírá Michal Bobek ve velkém komentáři k EÚLP:²⁰³

1) *Věcný rámec*: nejdříve je nutné určit, zdali projednávaný případ spadá pod ochranu čl. 9 EÚLP. Tedy zdali se jedná o přesvědčení či náboženské vyznání tak, jak jej vykládá ESLP. O této

¹⁹⁵ KMENC, Jiří, David KOSAŘ, Jan KRATOCHVÍL a Michal BOBEK. *Evropská úmluva o lidských právech: komentář*. Praha: C.H. Beck, 2012. Velké komentáře, str. 972

¹⁹⁶ Rozhodnutí EKLP ve věci *Arrowsmith v. Spojené království*, ze dne 12. 10. 1978, stížnost č. 7050/75

¹⁹⁷ Rozhodnutí EKLP ve věci *Angelini v. Švédsko*, ze dne 3. prosince 1986, stížnost č. 10491/83

¹⁹⁸ Rozhodnutí EKLP ve věci *Hazar, Hazar a Acik v. Turecko*, ze dne 11. října 1991, stížnost č. 16311/90, č. 16312/90 a č. 16313/90

¹⁹⁹ Rozhodnutí EKLP ve věci *W. v. Spojené království*, ze dne 10. února 1993, stížnost č. 18187/91

²⁰⁰ ŠOLC, Martin. *Výhrada svědomí ve zdravotnictví: právní a etické aspekty relevantní v českém prostředí*. Praha, 2015. Studentská vědecká a odborná činnost, str. 19

²⁰¹ STRICKLAND, Sophie. *Conscientious Objection in Medical Students: a Questionnaire Survey*. *Journal of Medical Ethics* [online]. 2012(vol. 38, no. 1), 22 - 25 [cit. 2019-06-26]. Dostupné z: <http://www.jstor.org/stable/23072125>, str. 24

²⁰² ŠOLC, Martin. *Výhrada svědomí ve zdravotnictví: právní a etické aspekty relevantní v českém prostředí*. Praha, 2015. Studentská vědecká a odborná činnost, str. 19

²⁰³ KMENC, Jiří, David KOSAŘ, Jan KRATOCHVÍL a Michal BOBEK. *Evropská úmluva o lidských právech: komentář*. Praha: C.H. Beck, 2012. Velké komentáře, str. 974

problematice již bylo na předchozích stránkách pojednáno a zde stačí dodat, že takové přesvědčení či náboženské vyznání musí být zaprvé dostatečně vážné, přesvědčivé, seriózní a dlouhodobé. Zadruhé se musí jednat o projev, který je „*pro dané přesvědčení či vyznání klíčové a jím přímo coby (morální povinnost) vyžadované, tedy jednání, které je úzce provázáno s daným systémem víry*“²⁰⁴.

2) *Existence zásahu*: ESLP ve většině případů považuje podmínku existence zásahu za splněnou, pokud je jednání přičitatelné státu a stěžovatele toto jednání jakýmkoli způsobem omezilo či znevýhodnilo. Tato podmínka tudíž ve většině případů nečiní potíže.

3) *Legalita zásahu*: Podmínka legality zásahu, tedy souladu zásahu se zákonem má dva aspekty – formální a kvalitativní. Formální aspekt vyjadřuje požadavek, na zákonný podklad zásahu ve vnitrostátním právu. Kvalitativní aspekt vyjadřuje požadavek na dostupnost, předvídatelnost a vyloučení svévole vnitrostátního zákonného podkladu.

4) *Legitimita zásahu*: Požadavek, aby zásah státu sledoval legitimní cíl je opět požadavkem, který v praxi nečiní výraznější problémy. EÚLP obsahuje taxativní výčet těchto cílů – veřejná bezpečnost, ochrana veřejného pořádku, ochrana zdraví, ochrana morálky a ochrana práv a svobod jiných. Smluvním státům nečiní potíže podřadit důvody svého jednání pod některý z výše uvedených důvodů.

5) *Přiměřenost a nezbytnost zásahu*: Pro splnění požadavku, nezbytnosti a přiměřenosti zásahu v demokratické společnosti se ESLP „*typicky táže, zda byl pro jednání státu dán naléhavý veřejný zájem a zda byl zásah ve světle projednávaného případu přiměřený ve vztahu ke sledovanému cíli (...) čím silnější je naléhavý veřejný zájem, a jedná se o zájem, který je věcně i hodnotově slučitelný s Úmluvou, tím snazší je zásah ospravedlnit*“²⁰⁵.

V druhé části této kapitoly se budu věnovat dvěma případům, kdy v prvním případě lékárník a v druhém případě lékař, uplatnili při výkonu svého povolání výhradu svědomí a náboženského vyznání.

První případ – *Pichon a Sajous v. Francie*²⁰⁶, ve kterém výhradu náboženského vyznání uplatňovali dva lékárníci, se dostal až před ESLP. V tomto francouzském případě je vhodné zmínit, že „*ve francouzské ústavě není svoboda svědomí řazena mezi základní práva a je pouze dovozována jako základní ústavní princip z laicity státu (tzv. laicité). Samotné pozitivní zakotvení*

²⁰⁴ KMENC, Jiří, David KOSARĚ, Jan KRATOCHVÍL a Michal BOBEK. *Evropská úmluva o lidských právech: komentář*. Praha: C.H. Beck, 2012. Velké komentáře, str. 974

²⁰⁵ Ibid., str. 979

²⁰⁶ Rozhodnutí ESLP ve věci *Pichon a Sajous v. Francie*, ze dne 2. října 2001, stížnost č. 49853/99

*tak ve Francii chybí nejen u výhrady svědomí, ale dokonce i u jejího samotného zdroje – svobody svědomí*²⁰⁷. Co se týká konkrétních skutkových okolností případu, postačí pro následné porozumění argumentů ESLP stručné představení základních skutečností. V roce 1995, v menší francouzské obci Salleboeuf, odmítli dva lékárníci v místní lékárně, prodat třem zákaznicím antikoncepční prostředky. Tyto ženy měly na dané antikoncepční prostředky lékařský předpis a prodej těchto prostředků byl plně v souladu s francouzskými zákony. Jako důvod pro nevydání prostředků uvedli, že dle článku 645 zákona o veřejném zdraví není jejich povinností mít takové zboží skladem. Zprvu se tedy neodkazovali na výhradu svědomí, což později zdůraznil i odvolací soud. V prvním stupni francouzský soud rozhodl, že odmítnutí prodat antikoncepční prostředky, na které má zákazník lékařský předpis je porušením jeho práv, a že článek 645 zákona o veřejném pojištění se vztahuje pouze na abortiva. Dále soud uvedl, že etické nebo náboženské principy nejsou legitimním důvodem pro odmítnutí prodeje antikoncepčních prostředků a že neexistuje žádný zákon, který by umožňoval lékárníkům odmítnout prodat antikoncepční prostředky. Závěrem soud uzavřel, že pokud nejsou lékárníci aktivně zapojeni do výroby takovýchto prostředků, morální důvody je nemohou osvobodit od povinnosti prodávat antikoncepční prostředky tak jak stanoví zákon a uložil jim peněžitý trest. V důsledku odvolání, které lékárníci podali, rozhodoval ve věci odvolací soud. Ten potvrdil rozhodnutí soudu prvního stupně a dodal, že *„navrhovatelé nezmínili, že jsou jejich pohnutky motivovány na základě jejich náboženského přesvědčení. A dále také, že zaměňují příčinu s následkem, neboť samotný nedostatek antikoncepčních preparátů nebyl onou příčinou, ale právě následkem jejich předchozího jednání*²⁰⁸. Příklad se nakonec dostal až před ESLP, kdy lékárníci namítali porušení čl. 9 Úmluvy. ESLP odmítl stížnost lékárníků jako zjevně neopodstatněnou. *„V potaz vzal i fakt, že lékárna byla ve městě jediná*²⁰⁹. ESLP konstatoval, že dokud je prodej antikoncepčních prostředků legální a tyto prostředky jsou na lékařský předpis dostupné právě jen v lékárnách, nemohou žalobci upřednostňovat své náboženské přesvědčení a vnucovat je ostatním jako odůvodnění pro odmítnutí prodeje těchto prostředků. Svě přesvědčení mohou projevovat mnoha jinými způsoby mimo profesionální pracovní sféru. Dle názoru ESLP tedy *„spojení mezi jejich přesvědčením a popíráním zákonné povinnosti prodeje antikoncepce v lékárně není nezbytné*²¹⁰ a nesplňuje tedy jednu z podmínek, vymezených soudem výše. Rozhodnutí ESLP v této věci je pro další vývoj

²⁰⁷ MADLEŇÁKOVÁ, Lucia. *Výhrada svědomí jako součást svobody myšlení, svědomí a náboženského vyznání*. Praha: Linde, 2010. Praktická právnícká příručka, str. 65

²⁰⁸ HANÍK, Vladimír. *Výhrada svědomí se zaměřením na zdravotnictví* [online]. Plzeň, 2018 [cit. 2019-07-04]. Dostupné z: <https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/33023/1/Diplomka%20fin1.5.pdf>. Diplomová práce, str. 30

²⁰⁹ Ibid., str. 30

²¹⁰ KMENC, Jiří, David KOSARĚ, Jan KRATOCHVÍL a Michal BOBEK. *Evropská úmluva o lidských právech: komentář*. Praha: C.H. Beck, 2012. Velké komentáře, str. 975

výhrady svědomí uplatňované lékárníky velmi významné. Jsem názoru, že za výše popsaných skutkových okolností bylo rozhodnutí ESLP správné. Především vzhledem k neexistenci další lékárny v tomto městě, by byla koupě antikoncepčních prostředků v jiné lékárně spojena s pro zákazníka nepřiměřenými obtížemi. Problematický by ovšem mohl být výrok soudu o možnosti praktikovat své přesvědčení mnoha jinými způsoby mimo pracovní sféru. Z tohoto výroku by se neměl stát obecný precedent aplikovatelný na všechny případy zahrnující medicínskou výhradu svědomí. Je vhodné jej vztáhnout pouze k tomuto konkrétnímu případu a další případ posoudit opět samostatně, s ohledem na jeho jedinečné okolnosti.

Druhý případ se týká německého lékaře – chirurga, který namítal výhradu svědomí nikoli vůči konkrétnímu lékařskému zákroku, jak je ve většině těchto případů běžné, ale vůči konkrétnímu pacientovi. Provedena měla být standardní rutinní operace štítné žlázy, kdy pacient již ležel na operačním sále v narkóze. Po příchodu na operační sál si tento lékař povšimnul tetování vyobrazující říšskou orlici na pacientově rameni a rozhodl se opustit operační sál. Jak sám později řekl: „*Nemohu operovat tohoto muže, jsem žid*“²¹¹. Dále uvedl, že jeho svědomí a principy mu neumožní léčit toho, kdo sympatizuje s neonacisty. Je nutné uvést, že lékař ihned po opuštění operačního sálu vyhledal kolegu, který operaci neprodleně provedl namísto něj. Dále je také důležité zmínit, že pacient nebyl ve stavu vážného ohrožení života či zdraví a jednáním lékaře tedy nebyl zdravotně nijak ohrožen.

Ačkoli tedy lékař neprodleně vyhledal kolegu, který zákrok provedl, neohrozil život a zdraví pacienta a nezkrátil jej na jeho právech na náležitou zdravotní péči, způsobil tento případ nejen v Německu velký rozruch²¹². Většinový názor shledával postup lékaře v pořádku. I nemocnice, ve které lékař pracoval, se za něj postavila. V tomto případě můžeme najít to co Claudia Wiesemann – ředitelka Institutu pro lékařskou etiku a historii medicíny při Univerzitě v Göttingenu označila jako ironický zvrát historie – je to právě rozpor mezi jednáním tohoto lékaře a Ženevskou deklarací Světové lékařské asociace z roku 1948, která reagovala na hrůzy páchané mimo jiné nacistickým režimem. Tato deklaráce obsahuje tzv. slib lékaře, jehož součástí je i následující věta: „...*Nedopustím, aby se náboženské, nacionalistické, rasistické, stranické nebo třídní předsudky vetřely mezi mé povinnosti a pacienty*...“. Wiesmann dodává, že je smutnou ironií dějin, že právě tento odstavec by měl nyní posloužit jako prostředek k odsouzení toho, co tento lékař udělal, resp.

²¹¹ COOK, Michael. *Do neo-Nazis deserve medical treatment?*. BioEdge [online]. [cit. 2019-07-02]. Dostupné z: https://www.bioedge.org/bioethics/bioethics_article/9366/

²¹² HANÍK, Vladimír. *Výhrada svědomí se zaměřením na zdravotnictví* [online]. Plzeň, 2018 [cit. 2019-07-04]. Dostupné z: <https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/33023/1/Diplomka%20fin1.5.pdf>. Diplomová práce, str. 27

neudělal jako činu morálně neetického²¹³. I já osobně se domnívám, že by bylo morálně pochybné, aby německý soud tohoto lékaře za jeho jednání soudil.

V následujících odstavcích této kapitoly se pozastavím nad způsobilostí být subjektem práv vyplívajících z čl. 9 Úmluvy. Jak je patrné z jejího znění, má právo na svobodu myšlení, svědomí a náboženství „každý“. Slovem každý rozumí Úmluva každou osobu, přesněji řečeno každou fyzickou osobu, jež podléhá jurisdikci smluvního státu. Problematictější je to s osobami právníckými. Otázku, zda může být církev nebo náboženská společnost „poškozenou“ ve smyslu čl. 34²¹⁴ Úmluvy rozhodla Komise v roce 1968 ve věci *Církev v. Spojené království*²¹⁵ následovně: „*korporace, která je právníckou a nikoli přirozenou osobou, je nezpůsobilá mít a vykonávat práva zmíněná v článku 9 odstavce 1 Úmluvy*“²¹⁶. K odlišnému názoru nicméně dospěla Komise v roce 1979 ve věci *X. a Scientologická církev v. Švédsko*²¹⁷ když uvedla, že „*jestliže církev podává stížnost podle Úmluvy, činí to ve skutečnosti jménem svých členů. Je proto třeba přijmout, že církev je způsobilá mít a vykonávat práva obsažená v čl. 9 odst. 1 svým jménem jako zástupce svých členů*“²¹⁸. Tento názor Komise ve svých rozhodnutích postupně rozvíjela, čímž vznikla tři různá omezení způsobilosti právníckých osob k právům zakotvených v čl. 9 Úmluvy.

Prvním takovým omezením, které EKLP stanovila v rozhodnutí *Verein Kontakt-Information-Therapie a Siegfried Hagen v. Rakousko*²¹⁹ je, že právnícká osoba může být subjektem náboženské svobody, nikoli však svobody svědomí. Druhé omezení, které vyplývá z rozhodnutí Komise ve věci *Omkananda a Divine Light Zentrum v. Švýcarsko*²²⁰ spočívá v nutnosti, aby mělo příslušné sdružení náboženské a filozofické cíle. Tedy že způsobilost vykonávat práva zaručená čl. 9 Úmluvy nepřísluší sdružením s hospodářskými cíli, založených za účelem dosahování zisku²²¹. Posledním omezením, „*keré plyne z povahy věci, je nemožnost vykonávat práva spadající do oblasti forum internum, neboť právnícké osoby vznikají ke společnému projevu náboženské*

²¹³ STAFFORD, Ned. *Surgeon who refused to operate on man with swastika tattoo should not be disciplined, says German Medical Association*. BMJ [online]. 2010, 341(dec17 2) [cit. 2019-07-02]. DOI: 10.1136/bmj.c7279. ISSN 0959-8138. Dostupné z: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.c7279>

²¹⁴ Čl. 34 EÚLP: *Soud může přijímat stížnosti od každé fyzické osoby, nevládní organizace nebo skupiny jednotlivců považujících se za oběti v důsledku porušení práv přiznaných Úmluvou a Protokoly k ní jednou z Vysokých smluvních stran. Vysoké smluvní strany se zavazují, že nebudou nijak bránit účinnému výkonu tohoto práva.*

²¹⁵ Rozhodnutí EKLP ve věci *Církev v. Spojené království*, ze dne 17. prosince 1968, stížnost č. 3798/68

²¹⁶ SPRATEK, Daniel. *Evropská ochrana náboženské svobody*. Brno: L. Marek, 2008. Deus et gentes, str. 71 - 72

²¹⁷ Rozhodnutí EKLP ve věci *X. a Scientologická církev v. Švédsko*, ze dne 5. května 1979, stížnost č. 7805/77

²¹⁸ SPRATEK, Daniel. *Evropská ochrana náboženské svobody*. Brno: L. Marek, 2008. Deus et gentes, str. 72

²¹⁹ Rozhodnutí EKLP ve věci *Verein Kontakt-Information-Therapie a Siegfried Hagen v. Rakousko*, ze dne 12. října 1988, stížnost č. 11921/86

²²⁰ Rozhodnutí EKLP ve věci *Omkananda a Divine Light Zentrum v. Švýcarsko*, ze dne 19. března 1981, stížnost č. 8118/77

²²¹ SPRATEK, Daniel. *Evropská ochrana náboženské svobody*. Brno: L. Marek, 2008. Deus et gentes, str. 73

svobody; vnitřní sféra jednotlivce však nemůže být kolektivně sdílena“²²². Judikatura ESLP tedy připouští, že kromě fyzických osob, se mohou s omezeními popsány výše domáhat ochrany jménem svých členů i právnické osoby, typicky církve a náboženské společnosti.

V rámci dokumentů Rady Evropy stručně zmíním i Rezoluci Rady Evropy ze dne 7. října 2010, č. 1763 (2010) o právu na výhradu svědomí při poskytování zdravotní péče. Návrh rezoluce nazvané *Přístup žen k zákonné zdravotní péči: problém neregulovaného užívání výhrady svědomí*, se věnoval uplatňování výhrady svědomí v oblasti lidské reprodukce – interrupce, sterilizace, ale i přípustnosti lékařské asistence při léčbě neplodných párů²²³. Ačkoli bylo původním záměrem navrhovatelů využívání institutu výhrady svědomí omezit (např. vytvořením seznamu lékařů, kteří v dané zemi výhradu svědomí uplatňují), konečný přijatý návrh je zaměřen spíše opačně a obsahuje následující ustanovení: „Žádná osoba, nemocnice nebo instituce, nesmí být nucena, postihována nebo diskriminována pro odmítavý postoj k interrupcím, euthanásii nebo jinému jednání, jehož důsledkem je usmrcení lidského plodu nebo embrya“. Následuje ustanovení, které se nutně netýká již jen úkonů popsány výše, ale zakotvuje právo na výhradu svědomí obecně: „Každý má právo na výhradu svědomí, povinností státu je však zaručit přístup každého k lékařské péči v přiměřené časové lhůtě.“ Součástí Rezoluce je následně i výzva, aby členské státy přijaly jasnou a srozumitelnou právní úpravu, která v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb zajistí, že 1. bude chráněno a respektováno právo na výhradu svědomí, 2. pacienti budou informováni o výhradách lékaře v přiměřených časových lhůtách a bude jim nabídnuta pomoc lékaře jiného, 3. se pacientům dostane přiměřené lékařské péče zejména v naléhavých případech. Lze uzavřít, že česká právní úprava obecný požadavek Rezoluce, aby právo na výhradu svědomí bylo respektováno při současném zabezpečení dostupnosti zdravotní péče splňuje.

4.2. Právní úprava v právu Evropské unie

V rámci práva Evropské unie zakotvuje výslovně právo na výhradu svědomí Listina základních práv EU. Ta se prostřednictvím Lisabonské smlouvy stala součástí primárního práva EU (dále jen „Listina EU“)²²⁴. Její článek 10 odstavec 1 nejdříve obecně formuluje právo na

²²² SPRATEK, Daniel. *Evropská ochrana náboženské svobody*. Brno: L. Marek, 2008. Deus et gentes, str. 73

²²³ LOJKOVÁ, Jana. *Výhrada svědomí zdravotnických pracovníků v případě provádění interrupcí*. Aktuální gynekologie a porodnictví [online]. 2011, 2011(3), 12 - 16 [cit. 2019-07-04]. Dostupné z: https://www.actualgyn.com/pdf/en_2011_36.pdf. str. 15

²²⁴ Listina základních práv EU. Euroskop.cz [online]. [cit. 2019-07-04]. Dostupné z: <https://www.euroskop.cz/204/sekce/listina-zakladnich-prav-eu/>

svobodu myšlení, svědomí a náboženského vyznání a následný odstavec 2 zakotvuje právo na výhradu svědomí vůči vojenské službě:

čl. 10 odst. 2:

Právo odmítnout vykonávat vojenskou službu z důvodu svědomí se uznává v souladu s vnitrostátními zákony, které upravují výkon tohoto práva

Jak je z článku 10 Listiny EU patrné, uznává Evropská unie výhradu svědomí vůči vojenské službě jen v souladu s vnitrostátními zákony, které upravují výkon tohoto práva. Judikatura v oblasti výhrady svědomí lékařů a jiných zdravotnických pracovníků zatím chybí.

4.3. Mezinárodní dokumenty Světové lékařské asociace

Světová lékařská asociace neboli World Medical Association (dále jen „WMA“) je mezinárodní nevládní organizace, která vznikla v červenci roku 1945 v Londýně. Sdružuje národní lékařské asociace a „*kromě toho že se vyjadřuje k odborným problémům, je také významnou etickou autoritou*“²²⁵. V dokumentech, které vydává je svědomí a jeho úloha v povolání lékaře často zmiňována. Považuji proto za přínosné, obsáhnout v této práci alespoň některé takové dokumenty. Ačkoli jak bude níže patrné, chybí v dokumentech WMA přesvědčivá celistvost, „*je zjevné, že je na tuto hodnotu kladen velký důraz jako na základ individuálního rozhodování i ochranný mechanismus celé společnosti*“²²⁶. Obdobně jako stavovské předpisy obsažené v předchozí části práce, ani následující dokumenty WMA nemají povahu právního předpisu.

Prvním dokumentem, který byl v této práci v souvislosti s výhradou svědomí již zmíněn, je Ženevská deklarace z roku 1948²²⁷. Na svědomí lékaře deklarace odkazuje výslovně, když se v jejím textu uvádí, že lékař bude vykonávat své povolání „*se svědomitostí a důstojností*“. Tato deklarace představuje, jak píše Matějka „*slib lékařů, že budou stát vždy na straně humanity (...)* deklarace poukazuje na svědomí jako na samotné nitro člověka“²²⁸.

²²⁵ MATĚJEK, Jaromír. *Svědomí v lékařské etice* [online]. Brno, 2006 [cit. 2019-06-05]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/prirr/Svedomi_v_lekarske_etice.pdf. Dizertační práce, str. 58

²²⁶ ŠOLC, Martin. *Výhrada svědomí ve zdravotnictví: právní a etické aspekty relevantní v českém prostředí*. Praha, 2015. Studentská vědecká a odborná činnost, str. 20

²²⁷ Declaration of Geneva. *WORLD MEDICAL ASSOCIATION* [online]. [cit. 2019-07-04]. Dostupné z: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/>

²²⁸ MATĚJEK, Jaromír. *Svědomí v lékařské etice* [online]. Brno, 2006 [cit. 2019-06-05]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/prirr/Svedomi_v_lekarske_etice.pdf. Dizertační práce, str. 58

Druhým dokumentem WMA, který se věnuje oblasti velmi kontroverzní, je dokument o genetickém poradenství a genetickém inženýrství²²⁹. V tomto dokumentu se uvádí: „lékař, jehož svědomí odporují antikoncepce, sterilizace a interrupce, nemusí poskytovat genetické služby – poradenství (services). Ovšem vyžadují-li to okolnosti, je lékař povinen upozornit nastávající rodiče na existující genetický problém a na to, že rodiče mohou hledat pomoc u kvalifikovaného odborníka“²³⁰. Zde spatřujeme rysy shodné se současnou českou právní úpravou a sice tzv. referenční povinnost. Lékař může v těchto případech odmítnout zdravotní služby provést, nicméně pacient nesmí být zkrácen na svém právu danou službu obdržet, tudíž kompromis v podobě zajištění těchto služeb u jiného lékaře, je ve většině případů přijatelný pro obě strany.

Třetím a posledním dokumentem, který kromě významu svědomí v lékařské etice zachycuje i změny ve vztahu lékaře a pacienta v posledních letech je Lisabonská deklarace o právech pacientů²³¹. Její preambule uvádí: „Vztah mezi lékařem a pacientem prodělal během poslední doby významné změny. A tak, jak se vyžaduje, aby lékař jednal podle svého svědomí a vždy v zájmu pacienta, je nutno i pacientu garantovat jeho autonomii a vůči němu spravedlivý přístup“²³². Tento dokument tedy zdůrazňuje úzkou souvislost mezi autonomií a svědomím a „poukazuje na autonomii člověka, bez níž svědomí není možné“²³³.

²²⁹ Statement on Genetic Counseling and Genetic Engineering. *WORLD MEDICAL ASSOCIATION* [online]. [cit. 2019-07-04]. Dostupné z: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-genetic-counseling-and-genetic-engineering/>

²³⁰ MATĚJEK, Jaromír. *Svědomí v lékařské etice* [online]. Brno, 2006 [cit. 2019-06-05]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/prirr/Svedomi_v_lekarske_etice.pdf. Dizertační práce, str. 59

²³¹ Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient. *WORLD MEDICAL ASSOCIATION* [online]. [cit. 2019-07-04]. Dostupné z: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-lisbon-on-the-rights-of-the-patient/>

²³² MATĚJEK, Jaromír. *Svědomí v lékařské etice* [online]. Brno, 2006 [cit. 2019-06-05]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/prirr/Svedomi_v_lekarske_etice.pdf. Dizertační práce, str. 61

²³³ *Ibid.*, str. 61

5. Občanskoprávní aspekty neposkytnutí zdravotní péče s důrazem na výhradu svědomí a náboženského vyznání

Ačkoli je téma výhrady svědomí nejen ve zdravotnictví zpracováváno nejčastěji z pohledu veřejného práva, jsem přesvědčena, že má tento institut několik zásadních občanskoprávních aspektů. Právě jeho pojetí optikou práva soukromého by mělo být jedním z přínosů této práce. Následující kapitoly se budou věnovat nejen občanskoprávním aspektům výhrady svědomí, ale i občanskoprávním aspektům práva neposkytnout zdravotní péči obecně. Tato pátá část práce by měla být klíčová především pro zdravotnické pracovníky a poskytovatele zdravotních služeb, jelikož přinese analýzu a vytvoří přehled zákonných důvodů pro neposkytnutí zdravotních služeb.

5.1. Význam smluvní povahy péče o zdraví při uplatňování výhrady svědomí

Vztah mezi lékařem, resp. poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem byl po nabytí účinnosti občanského zákoníku definitivně zařazen do oblasti soukromého práva jako vztah založený a fungující na základě smlouvy. Právě občanský zákoník vytvořil v § 2636 pro tento vztah nový smluvní typ – smlouvu o péči o zdraví. Na obecná ustanovení občanského zákoníku, navazuje rozsáhlejší úprava v zákoně o zdravotních službách a dalších speciálních zákonech (např. v zákoně o specifických zdravotních službách²³⁴, v zákoně o zdravotnické záchranné službě²³⁵, v transplantačním zákoně²³⁶, v zákoně o lidských tkáních a buňkách²³⁷ a mnoha dalších). Kromě těchto zákonů je úprava obsažena i v řadě podzákoných právních předpisů – např. vyhlášek Ministerstva zdravotnictví. Tomáš Doležal k jednotlivým předpisům upravující tento vztah doplňuje: „*Ačkoli zákon o zdravotních službách a další zvláštní právní předpisy významnou měrou regulují vztah mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem, je nutno vycházet z toho, že vztah poskytovatele zdravotních služeb a pacienta se v obecné rovině řídí ustanovením smluvního typu vytvořeného občanským zákoníkem (...), pouze obsah práv a povinností v tomto smluvním*

²³⁴ Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách

²³⁵ Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě

²³⁶ Zákon č. 285/2002 Sb., o darování odběrech a transplantaci tkání a orgánů a o změně některých zákonů

²³⁷ Zákon č. 296/2008 Sb., o zajištění jakosti a bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka a o změně souvisejících zákonů

vztahu je regulován ustanoveními zákona o zdravotních službách, nebo dalšími právními předpisy“²³⁸.

Smlouvou o péči o zdraví se dle § 2636 odst. 1 občanského zákoníku *poskytovatel vůči příkazci zavazuje pečovat v rámci svého povolání nebo předmětu činnosti o zdraví ošetřovaného, ať již je jím příkazce nebo třetí osoba*. Smluvními stranami smlouvy o péči o zdraví je tedy poskytovatel a dále příkazce, kterým zákon rozumí osobu, která provedení zdravotních služeb s poskytovatelem sjednala. Třetím subjektem, který zákon zmiňuje je ošetřovaný. Tím může být osoba shodná s příkazcem, ale také se může jednat o dvě různé osoby. V takovém případě je smlouva o péči o zdraví klasifikována jako smlouva ve prospěch třetího (ošetřovaného) dle § 1767 a násl. občanského zákoníku²³⁹. V odstavci druhém § 2636 je potom stanovena povinnost příkazce zaplatit za sjednané zdravotní služby odměnu, je-li sjednána. To neplatí, stanoví-li jiný právní předpis (typicky zákon o veřejném zdravotním pojištění), že se péče o zdraví hradí výlučně z jiných zdrojů (typicky ze systému veřejného zdravotního pojištění).

Ačkoli je vztah mezi lékařem a pacientem založen na smlouvě, reálně k podpisu smlouvy mezi těmito stranami dochází minimálně. Ve většině případů se jedná o uzavření smlouvy konkludentně. Vedle péče poskytované na základě smlouvy se v praxi část zdravotních služeb poskytuje i bez smluvního základu. „*Pokud to zákon dovoluje, je přípustné, a někdy dokonce povinné, zasáhnout do integrity člověka a poskytnout mu určitou péči i bez jeho souhlasu. To může nastat jak v případech, kdy se vůbec nemohl vyslovit (příkladem je pacient v bezvědomí po nehodě, který potřebuje urgentní pomoc), tak i v případech, kdy sice projevit vůli mohl, ale ta není právně relevantní překážkou (příkladem je povinné léčení některých nakažlivých chorob)*“²⁴⁰. V těchto případech vzhledem k absenci konsenzu obou stran k uzavření smlouvy o péči o zdraví nedochází.

Pokud bychom se podívali na význam smluvní povahy péče o zdraví při uplatňování výhrady svědomí, je jistě zásadní, že z právního hlediska představuje výhrada svědomí jednu z výjimek kontrakční povinnosti poskytovatele zdravotních služeb. O této kontrakční povinnosti bude pojednáno v další kapitole. V souvislosti s výhradou svědomí lze dále uvést, že zákon výslovně umožňuje v § 50 odst. 2 zákona o zdravotních službách uplatnit tuto výjimku jak poskytovateli zdravotních služeb, tak zdravotnickému pracovníkovi. V takovém případě se nejedná o absolutní odmítnutí poskytnout veškeré zdravotní služby, „*je to mnohem spíše určité ad*

²³⁸ TOMÁŠ, Doležal. *Vybrané právní aspekty spojené se smluvním charakterem poskytování zdravotních služeb*. Časopis zdravotnického práva a bioetiky [online]. 2014, Vol 4(No 3), 69-81 [cit. 2019-07-09]. Dostupné z: <http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/84>, str. 71

²³⁹ ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016, str. 39

²⁴⁰ Ibid., str. 40

*hoc odmítnutí poskytnutí konkrétní zdravotní služby s tím, že ostatní zdravotní služby bude poskytovatel pacientovi poskytovat*²⁴¹.

Z pohledu občanského práva může mít uplatnění výhrady svědomí v zásadě tři různé následky. Pokud pacient vyhledal služby poskytovatele ZS jen za účelem provedení tohoto zdravotního výkonu a poskytovatel ZS pro rozpor se svědomím či náboženským vyznáním danou zdravotní službu odmítne provést, k uzavření smlouvy mezi těmito dvěma subjekty vůbec nedojde. Druhým případem je situace, kdy mezi pacientem a poskytovatelem ZS již smlouva o péči o zdraví uzavřena v minulosti byla. Pacient nyní poptává u takového poskytovatele provedení zdravotního výkonu, který ale poskytovatel ZS pro rozpor s jeho svědomím provést odmítá. Pacient tedy může jen pro tento konkrétní zdravotní výkon uzavřít smlouvu s jiným poskytovatelem ZS, ale pro ostatní zdravotní služby nadále zůstat v péči původního poskytovatele ZS. Třetí možností je, že pacient poptává u poskytovatele ZS, s nímž již v minulosti smlouvu o péči uzavřel zdravotní výkon, který takový poskytovatel ZS z důvodu výhrady svědomí odmítne vykonat. Ze strany pacienta tak může dojít k úplnému zrušení smlouvy, která již byla v s tímto poskytovatelem ZS v minulosti uzavřena.

5.2. Smluvní přímus poskytovatelů zdravotních služeb v kontextu práva neposkytnout zdravotní péči

Vzhledem k tomu, že vztah mezi lékařem, resp. poskytovatelem zdravotních služeb (dále jen „poskytovatel ZS“) a pacientem, má, jak výše stanoveno smluvní povahu, představuje neposkytnutí zdravotních služeb z důvodu výhrady svědomí porušení kontrakční povinnosti tohoto poskytovatele ZS. Právě smluvnímu přímusu, tedy v české terminologii kontrakční povinnosti poskytovatelů ZS se budu v této kapitole věnovat. V kontextu institutu smluvního přímusu budou na následujících řádcích rozebrány jednotlivé důvody pro neposkytnutí, popřípadě pro ukončení poskytování zdravotních služeb.

V rámci soukromého práva je jedním ze základních principů princip autonomie vůle, tedy právo činit vše co není zákonem zakázáno. V rámci tohoto principu je zásadně vyloučen smluvní přímus (kontrakční povinnost)²⁴², kdy z této paroly jsou připuštěny v soukromém právu jen určité výjimky: *„povinnost kontrahovat může být založena zákonem, ale jejím právním důvodem může*

²⁴¹ POLICAR, Radek. *Smluvní přímus poskytovatelů zdravotních služeb*. Časopis zdravotnického práva a bioetiky [online]. 2012, Vol 2(No 2) [cit. 2019-07-09]. Dostupné z:

<http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/30>. str. 6

²⁴² DVOŘÁK, Jan, Jiří ŠVESTKA a Michaela ZUKLÍNOVÁ. *Občanské právo hmotné*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Wolters Kluwer, 2016, str. 169

být také smlouva, kterou se osoba sama zaváže vůči jiné osobě (nejčastěji vůči státu nebo obci), že bude kontrahovat tu či onu smlouvu, určité smlouvy po určitou dobu atp.“²⁴³. První výjimka, tedy případ, kdy je povinnost uzavřít smlouvu stanovena zákonem je nejčastěji stanovena tam, kde to vyžaduje „ochrana veřejného zájmu nebo státem chráněný zájem jednotlivců“²⁴⁴.

Co se týká existence kontrakční povinnosti v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, jsem názoru, že poskytovatelé ZS patří právě k jedné z výjimek, kdy povinnost uzavřít smlouvu o poskytování zdravotních služeb s osobami, které o tyto služby projeví zájem, jim ukládá zákon. Ačkoli tato povinnost není vyjádřena v občanském zákoníku ani v zákoně o zdravotních službách výslovně, lze ji dovodit z ustanovení § 48 odst. 1–4 zákona o zdravotních službách. Toto ustanovení obsahuje taxativně vymezené důvody pro odmítnutí přijetí pacienta do péče, či ukončení péče o pacienta. Pokud by kontrakční povinnost u poskytovatelů ZS neexistovala, výše uvedená ustanovení upravující případy, ve kterých je možné neposkytnout zdravotní služby by ztrácela na svém smyslu. Oporu pro tvrzení o existenci smluvního přímusu poskytovatelů ZS najdeme i v důvodové zprávě k vládnímu návrhu zákona o zdravotních službách, v části věnované § 47 a § 48: „Zákon vychází z principů svobodné volby poskytovatele pacientem a povinností poskytovatele přijmout pacienta do péče s výjimkou zákonných důvodů pro odmítnutí přijetí do péče nebo ukončení péče“²⁴⁵. Důvodová zpráva tedy potvrzuje právo pacienta na svobodnou volbu poskytovatele ZS a povinnost poskytovatele ZS, až na zákonem stanovené výjimky, takového pacienta přijmout do péče. Komentář k zákonu o zdravotních službách dodává, že „zákon vychází z principu, že každý poskytovatel zdravotních služeb má přijmout pacienta do své péče, pokud o to pacient požádá“²⁴⁶. O existenci smluvního přímusu poskytovatelů ZS v neposlední řadě svědčí i skutečnost, že bezdůvodné odmítnutí přijetí pacienta do péče je přestupkem podle zákona o zdravotních službách.

Předtím, než přistoupím k samotným důvodům, pro které poskytovatel ZS může odmítnout přijmout pacienta do péče, či může péči o něj ukončit – tedy jednotlivá omezení kontrakční povinnosti poskytovatele ZS, vymežím obsah této kontrakční povinnosti. „Obsah kontrakční povinnosti tedy vymezení plnění, ke kterým je poskytovatel povinen v rámci nuceného smluvního vztahu, je dán především rozsahem zdravotních služeb, které je poskytovatel oprávněn poskytovat,

²⁴³ DVOŘÁK, Jan, Jiří ŠVESTKA a Michaela ZUKLÍNOVÁ. *Občanské právo hmotné. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Wolters Kluwer, 2016, str. 169

²⁴⁴ POLICAR, Radek. *Smluvní přímus poskytovatelů zdravotních služeb*. Časopis zdravotnického práva a bioetiky [online]. 2012, Vol 2(No 2) [cit. 2019-07-09]. Dostupné z: <http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/30>. str. 2

²⁴⁵ Důvodová zpráva k § 47 a § 48 vládnímu návrhu zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

²⁴⁶ MACH, Jan. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: Zákon o specifických zdravotních službách*. Praha: Wolters Kluwer, 2018. Praktický komentář, str. 228

*a podmínkami, za kterých je oprávněn je poskytovat*²⁴⁷. Podmínky, překážky, proces udělení i zánik oprávnění k poskytování zdravotních služeb jsou upraveny v části třetí zákona o zdravotních službách. Obsah kontrakční povinnosti je tedy také dán rozsahem služeb, ke kterým je poskytovatel ZS dle rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb oprávněn. Takové rozhodnutí obsahuje mimo jiné údaje o „*povolené formě zdravotní péče, oborech zdravotní péče, případně druzích zdravotní péče (podle § 5 odst. 2 písm. f) až i) zákona o zdravotních službách) nebo názvech zdravotních služeb (podle § 2 odst. 2 písm. d) až f) zákona o zdravotních službách), a to pro každé místo poskytování zdravotních služeb*“²⁴⁸.

Vzhledem k tomu, že zákon o zdravotních službách přiznává níže vypočtená práva odmítnout přijetí pacienta do péče či péči o pacienta ukončit poskytovateli ZS, je vhodné objasnit, jaký význam mají tato ustanovení pro zdravotnické pracovníky, nejvíce pro samotné lékaře. Stranou smlouvy o péči o zdraví je poskytovatel ZS a příkazce (popř. zároveň ošetřovaný). Lékař tedy není smluvní stranou takové smlouvy, v důsledku čehož by se mohlo zdát, že ani nemá právo takovou smlouvu ukončit / neuzavřít. Taková situace by ale byla velmi nepraktická. Jsou to nejčastěji právě lékaři, kteří přichází do styku s pacienty a řeší, zda v konkrétním případě existuje důvod pro nepřijetí do péče či její ukončení. Na tuto situaci se proto uplatní ustanovení § 166 občanského zákoníku, které stanoví následující: *Právníckou osobu zastupují její zaměstnanci v rozsahu obvyklém vzhledem k jejich zařazení nebo funkci. V těchto případech je tedy poskytovatel ZS ze zákona zastoupen zaměstnancem, je-li to obvyklé vzhledem k jeho zařazení nebo funkci. Fakticky tedy o odmítnutí přijetí pacienta do péče či o ukončení péče bude obvykle rozhodovat příslušný lékař. Z pohledu práva bude jednat v zastoupení poskytovatele ZS. V následujícím textu bude jako subjekt oprávněný nepřijmout pacienta do péče či ukončit péči o něj uváděn v souladu se zněním zákona poskytovatel ZS, nicméně dle výše uvedeného tato úprava platí shodně i pro lékaře.*

Pokud by se následně ukázalo, že péče byla ze strany lékaře ukončena neoprávněně, či neexistoval důvod pro nepřijetí do péče, bude lékař odpovídat poskytovateli ZS v rámci pracovněprávní odpovědnosti.

²⁴⁷ POLICAR, Radek. *Smluvní přímus poskytovatelů zdravotních služeb*. Časopis zdravotnického práva a bioetiky [online]. 2012, Vol 2(No 2) [cit. 2019-07-09]. Dostupné z:

<http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/30>. str. 3

²⁴⁸ Ibid., str. 3

5.2.1. Zákonná omezení smluvního přímusu

Smluvní přímus poskytovatelů ZS nemá absolutní charakter a existuje několik jeho omezení, která lze rozdělit do čtyř základních kategorií. První z nich zahrnuje důvody, pro které poskytovatel ZS není dle zákona povinen smlouvu o péči o zdraví uzavřít, ačkoli pacient o uzavření smlouvy projevil zájem. V takovém případě tedy k uzavření smlouvy o péči o zdraví vůbec nedojde, jelikož poskytovatel ZS má právo odmítnout přijetí pacienta do péče. Druhé omezení smluvního přímusu poskytovatele ZS představují zákonné důvody, pro které může poskytovatel ZS již platně uzavřenou smlouvu o péči o zdraví zrušit. Je to tedy právo poskytovatele ZS ukončit poskytování zdravotních služeb. Pro tyto dvě první kategorie omezení jsou následně v zákoně vypočteny situace, ve kterých nelze odmítnout přijetí pacienta ani ukončit péči o něj.

Třetí omezení smluvního přímusu poskytovatelů ZS, spočívá v právu poskytovatele ZS odmítnout provedení jen určitého zdravotního výkonu. Zde se jedná o výhradu svědomí uplatněnou poskytovatelem ZS. V takovém případě nejde automaticky ani o odmítnutí přijetí pacienta do péče ani o ukončení péče o pacienta. Nevyhledal-li totiž pacient poskytovatele ZS jen za účelem provedení tohoto konkrétního zdravotního výkonu, může teoreticky i nadále setrvat v jeho péči.

Poslední omezení spočívá naopak v omezení práva pacienta na svobodnou volbu poskytovatele ZS. Zákon o zdravotních službách taxativně vypočítává případy, ve kterých nelze uplatnit obecné pravidlo svobodné volby poskytovatele ZS, a tak i tomuto omezení se budu v následujícím textu věnovat.

5.2.1.1. Právo odmítnout přijetí pacienta do péče

Taxativně vypočtené důvody, pro které poskytovatel ZS není dle zákona povinen uzavřít smlouvu o péči o zdraví jsou v § 48 odst. 1 zákona o zdravotních službách.

První z těchto důvodů je zakotven v § 48 odst. 1 písm. a) zákona o zdravotních službách. Toto ustanovení předvídá celkem čtyři situace, ve kterých poskytovatel ZS může odmítnout přijetí pacienta do péče. Prvně se jedná o případ, kdy by *přijetím pacienta bylo překročeno únosné pracovní zatížení*, pod nimž zákon rozumí stav kdy by *zajištěním zdravotních služeb o tohoto pacienta došlo ke snížení úrovně kvality a bezpečnosti zdravotních služeb poskytovaných pacientů již přijatým*. Tento důvod má tedy souvislost s maximálním možným počtem pacientů, kterým je poskytovatel ZS schopen poskytnout zdravotní služby na požadované lege artis úrovni. Nejsou stanoveny žádná objektivní kritéria, podle kterých by bylo možné určit kdy již dochází

k překročení maximální kapacity pacientů. Každý poskytovatel ZS si posuzuje sám, podle vlastních kritérií, zda přijímání dalších pacientů pozastaví, či nikoli²⁴⁹. Dále je pod stejným písmenem tohoto ustanovení uvedena možnost odmítnout přijmout do péče pacienta, pokud jeho přijetí brání *provozní důvody* (např. dočasné omezení zdravotních služeb z důvodu rekonstrukce zdravotnického zařízení). Třetí a čtvrtou situací, ve které může poskytovatel ZS odmítnout přijmout pacienta, je, pokud jeho přijetí brání *personální zabezpečení*, nebo *technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení*.

Druhý důvod pro odmítnutí přijetí pacienta do péče, který v zákoně o zdravotních službách najdeme v § 48 odst. 1 písm. b), mohou využít jen poskytovatelé zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost. Jedná se o případ, kdy by *vzdálenost místa pobytu pacienta neumožňovala výkon návštěvní služby*. Pacienti již nejsou v dnešní době ve volbě registrujícího všeobecného praktického lékaře či registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost omezeni obcí, okresem či krajem, kde mají trvalé bydliště. Bylo by nicméně nepřiměřeně přísné požadovat od pacientem zvolých lékařů, aby zajistili v případě potřeby povinnou návštěvní službu i u těch pacientů, jejichž místo pobytu je ordinaci lékaře velmi vzdálené.

Třetí důvod, pro který poskytovatel ZS může legálně odmítnout přijetí pacienta do péče, je v zákoně o zdravotních službách uveden v § 48 odst. 1 písm. c). Na základě tohoto důvodu může poskytovatel ZS odmítnout přijmout do péče pacienta, který *není pojištěncem zdravotní pojišťovny, se kterou má poskytovatel uzavřenou smlouvu podle zákona o veřejném zdravotním pojištění*. Komentář k tomuto ustanovení dodává, že: „*tím není vyloučena případná dohoda mezi tímto poskytovatelem a pacientem o tom, že si bude poskytnuté zdravotní služby hradit, byť u jiného poskytovatele by měl právo na jejich úhradu ze zdravotního pojištění*“²⁵⁰. V takovém případě je ale poskytovatel ZS povinen informovat předem pacienta o ceně poskytovaných zdravotních služeb a zároveň může požadovat zálohu na úhradu těchto zdravotních služeb předem²⁵¹. Zákon dále v rámci tohoto důvodu uvádí, že se nevztahuje na *pojištěnce z jiných států Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru, Švýcarské konfederace, či ze států, se kterými má Česká republika uzavřenou smlouvu o sociálním zabezpečení, zahrnující ve věcném rozsahu nároky na zdravotní péči*. Takové osoby tedy poskytovatel ZS musí přijmout do péče bez ohledu na jejich zdravotní pojišťovnu.

²⁴⁹ MACH, Jan. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: Zákon o specifických zdravotních službách*. Praha: Wolters Kluwer, 2018. Praktický komentář, str. 230

²⁵⁰ Ibid., str. 230

²⁵¹ Ibid., str. 230

5.2.1.2. Právo ukončit péči o pacienta

Druhou kategorií omezení kontrakční povinnosti představují důvody, pro které je poskytovatel ZS oprávněn zrušit již dříve sjednanou smlouvu o péči o zdraví. Na rozdíl od první kategorie se zde pohybujeme v situaci, kdy smlouva o péči o zdraví již byla platně uzavřena a poskytovatel ZS je nyní, pro níže uvedené zákonné důvody oprávněn ji zrušit. Tyto zákonné důvody jsou uvedeny v § 48 odst. 2 zákona o zdravotních službách. Ačkoli se dle zákonné terminologie jedná o důvody, pro které poskytovatel ZS *může ukončit péči o pacienta*, ne vždy se bude dle teorie jednat o jednostranné vypovězení smlouvy.

První z těchto důvodů se v zákoně o zdravotních službách nachází v § 48 odst. 2 písm. a). Jedná se o případ, kdy poskytovatel ZS *prokazatelně předá pacienta s jeho souhlasem do péče jiného poskytovatele*. Vzhledem k nutnosti souhlasu pacienta s takovým předáním, se dle mého názoru nejedná o jednostranné vypovězení smlouvy poskytovatelem ZS, ale spíše o zrušení smlouvy o péči o zdraví dohodou stran. Pokud by s předáním pacient nesouhlasil, nemůže poskytovatel ZS takovýmto způsobem smlouvu o péči o zdraví jednostranně zrušit.

Dalším důvodem pro ukončení péče o pacienta, který uvádí § 48 odst. 2 písm. b) zákona o zdravotních službách je případ, kdy *pominou důvody pro poskytování zdravotních služeb*. Z hlediska teorie práva lze posoudit ukončení péče o pacienta v takové situaci jako zánik smlouvy v důsledku splnění závazku poskytovatele vůči pacientovi²⁵². Zákon k tomuto důvodu dále uvádí že *to neplatí, jde-li o registrujícího poskytovatele*. Ukončení léčby určité nemoci tedy nemůže být důvodem pro ukončení péče o pacienta v případě registrujícího poskytovatele zdravotní služby – všeobecného praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost, registrujícího gynekologa a registrujícího stomatologa²⁵³.

Třetím důvodem, pro který poskytovatel ZS může ukončit péči o pacienta je, pokud *pacient vysloví nesouhlas s poskytováním veškerých zdravotních služeb*. Tento důvod je uvedený v zákoně o zdravotních službách v § 48 odst. 2 písm. c). Jedná se o situaci, ve které pacient nesouhlasí s těmi zdravotními službami, které mu poskytovatel ZS nabízí a které jsou v daném případě indikovány a připadají v úvahu²⁵⁴. „*Je tak zřejmé, že smlouvu nelze naplnit, pokud potencionální*

²⁵² POLICAR, Radek. *Smluvní přímus poskytovatelů zdravotních služeb*. Časopis zdravotnického práva a bioetiky [online]. 2012, Vol 2(No 2) [cit. 2019-07-09]. Dostupné z: <http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/30>. str. 4

²⁵³ MACH, Jan. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: Zákon o specifických zdravotních službách*. Praha: Wolters Kluwer, 2018. Praktický komentář, str. 231

²⁵⁴ Ibid., str. 231

*příjemce služby všechna navržená plnění vetuje*²⁵⁵. Je bezpochyby, že v takovém případě je třeba si od pacienta vyžádat podpis informovaného nesouhlasu (tzv. reversu) ve smyslu § 34 odst. 3 a 4 zákona o zdravotních službách, v rozsahu stanoveném v odstavci 5 téhož paragrafu. Problematické ovšem je, jak se pozná, že tento stav nastal, a to zejména u registrujících poskytovatelů ZS. K těmto poskytovatelům chodí pacienti v průběhu času s mnoha různými zdravotními problémy. „*Stačí aby pacient odmítl nabízená „řešení“ zvládnutí rýmy? Nebo musí pacient odmítat veškeré navržené zdravotní služby po určité období? O tom zákon nehovoří, a tak se obávám, že bude obtížné tento důvod realizovat v případě registrujících poskytovatelů zdravotních služeb*“²⁵⁶. Komentář k tomuto ustanovení ani důvodová zpráva se k výše popsané situaci také nevyjadřují, a tak zůstává zatím nejasné, jakým způsobem by se tento důvod u registrujících poskytovatelů ZS uplatnil. Pokud bychom se podívali na povahu jednání, v důsledku kterého bude v tomto případě smlouva o péči o zdraví zrušena, jedná se pravděpodobně o jednostranné zrušení smlouvy ze strany pacienta. „*Pacient poptával na počátku obecně zdravotní služby. Poskytovatel mu nabídl konkrétní plnění. To však pacient odmítl. Důsledkem tohoto jednání pacienta by pak mělo být zrušení smluvního vztahu*“²⁵⁷.

Čtvrtý důvod se v zákoně o zdravotních službách nachází v § 48 odst. 2 písm. d). Toto ustanovení předvídá tři různé situace, ve kterých může poskytovatel ZS ukončit péči o pacienta. Jedná se o případ, kdy jednak *pacient závažným způsobem omezuje práva ostatních pacientů, za druhé úmyslně a soustavně nedodrží navržený individuální léčebný postup, pokud s poskytováním zdravotních služeb vyslovil souhlas* a za třetí, pokud se pacient *neřídí vnitřním řádem a jeho chování není způsobeno zdravotním stavem*. Obecně se tedy jedná o důvody, které jsou přímo vázány na chování pacienta. V situaci, kterou zákon předvídá jako první, tedy pokud pacient vážným způsobem omezuje práva ostatních pacientů, je potřeba takové situace dokumentovat a ideálně uvést i svědky. Dále je potřeba pacienta na možnost ukončení péče upozornit a případně o takovém ukončení i rozhodnout²⁵⁸. Zdravotní služby je nicméně i v takové situaci nutné poskytnout v případě, je-li poskytována neodkladná péče, nebo jde-li o porod, povinnou léčbu přenosných chorob, případně ochranné léčení²⁵⁹. Druhá situace v zákoně uvedená, je situace, kdy pacient úmyslně a soustavně nedodrží navržený individuální léčebný režim, ač

²⁵⁵ POLICAR, Radek. *Smluvní přímus poskytovatelů zdravotních služeb*. Časopis zdravotnického práva a bioetiky [online]. 2012, Vol 2(No 2) [cit. 2019-07-09]. Dostupné z: <http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/30>. str. 4

²⁵⁶ Ibid., str. 4

²⁵⁷ Ibid., str. 4

²⁵⁸ MACH, Jan. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: Zákon o specifických zdravotních službách*. Praha: Wolters Kluwer, 2018. Praktický komentář, str. 231

²⁵⁹ Ibid., str. 231

s ním byl seznámen a vyslovil s ním souhlas. I zde je třeba takové chování pacienta konkrétně dokumentovat, aby následné rozhodnutí poskytovatele ZS o ukončení poskytování zdravotních služeb bylo přezkoumatelné²⁶⁰. V případě neodkladné péče ovšem i přes výše popsané chování pacienta je poskytovatel ZS zdravotní služby povinen poskytnout. Poslední situací, kterou zákon v tomto ustanovení předvídá je, že se pacient neřídí vnitřním řádem zdravotnického zařízení. Poskytovatel ZS má právo ve svém vnitřním řádu stanovit pravidla, která je pacient ve zdravotnickém zařízení povinen dodržovat. Pokud pacient tato pravidla porušuje, je opět třeba jednotlivá konkrétní porušení dokumentovat a pacienta případně na možnost ukončení péče upozornit, a i toto upozornění zaznamenat. Jednání poskytovatele ZS lze v těchto případech považovat za jednostranné zrušení smlouvy o péči o zdraví.

Posledním důvodem, který zákon v § 48 odst. 2 písm. e) vypočítává jako důvod pro ukončení péče o pacienta, je případ, kdy pacient *přestal poskytovat součinnost nezbytnou pro další poskytování zdravotních služeb; to neplatí, jestliže neposkytování součinnosti souvisí se zdravotním stavem pacienta*. Komentář k zákonu o zdravotních službách dodává, že „je třeba dokumentovat, jak a v čem konkrétně pacient součinnost neposkytuje, zda mu bylo dáno náležité vysvětlení možných důsledků tohoto jednání a že za těchto podmínek došlo k rozhodnutí o ukončení poskytování zdravotních služeb, které bez součinnosti pacienta zpravidla nemají smysl“²⁶¹. I tento případ lze hodnotit jako jednostranné zrušení smlouvy o péči o zdraví ze strany poskytovatele ZS.

K jednotlivým důvodům pro ukončení péče o pacienta nebyl dle mého názoru ke škodě věci zařazen důvod navržený Českou lékařskou komorou „*analogicky jako v případě zákona č. 85/1996 Sb., o advokacii, kdy může být důvodem pro ukončení poskytování zdravotních služeb s výjimkou neodkladné péče též narušení vztahu důvěry mezi poskytovatelem zdravotní služby, jeho zaměstnancem a pacientem*“²⁶². Jak dále ukáže dotazníkové šetření uskutečněné i za účelem zjištění, jaké důvody k ukončení péče, které nejsou v současné době právně zakotveny by lékaři v praxi uvítali, odpovědělo 15,8 % lékařů (kteří na otázku platně odpověděli) právě narušení vztahu důvěry mezi pacientem a lékařem. Dalších 7,9 % lékařů pak mělo za to, že tento důvod pro ukončení péče je v zákoně již v současné době zakotven.

Je vhodné k první a druhé kategorii omezení kontrakční povinnosti poskytovatelů ZS doplnit (tedy k důvodům pro odmítnutí přijetí pacienta do péče a k důvodům pro ukončení péče o pacienta), že se vždy jedná o fakultativní omezení. Je věcí samotného poskytovatele ZS, zda a

²⁶⁰ MACH, Jan. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: Zákon o specifických zdravotních službách*. Praha: Wolters Kluwer, 2018. Praktický komentář, str. 232

²⁶¹ Ibid., str. 232

²⁶² Ibid., str. 231

popřípadě za jakých podmínek pacienta do péče převezme či nikoli. Zároveň by měl poskytovatel ZS rozhodné skutečnosti podrobně zachycovat ve zdravotnické dokumentaci pacienta. Pacientovi by měla být v případech uvedených v § 48 odst. 1 (tedy v případech odmítnutí přijetí do péče) a v § 48 odst. 2 písm. d) a e) (tedy v případech ukončení péče jednostranným zrušením smlouvy ze strany poskytovatele ZS), vydána písemná zpráva o důvodech takového rozhodnutí²⁶³. „*Tento institut se ale jeví jako pouhá notifikace dřívějšího právního úkonu, přičemž termín jejího provedení, popřípadě její provedení vůbec zdánlivě nemají vliv na výpověď smlouvy*“²⁶⁴. Zrušení samotné smlouvy o péči o zdraví totiž zákon nevyžaduje provést písemně. Jak upozorňuje Radek Polícar, z dikce zákona lze dovozovat, že účinky zrušení smlouvy nastávají okamžitě k termínu, kdy se poskytovatel ZS takto rozhodl. Zároveň není vyžadováno aby „*právní úkon, kterým poskytovatel ruší smluvní vztah, došel do sféry pacienta, tedy aby s ním byl pacient seznámen, resp. měl možnost se s ním seznámit*“²⁶⁵. Taková konstrukce pravděpodobně nebude činit problémy u zrušení smlouvy o péči o zdraví v případech dohody pacienta a poskytovatele ZS, splněním závazku či jednostranným odmítnutím nabízeného plnění ze strany pacienta. Zde mají obě strany smluvního vztahu všechny relevantní informace²⁶⁶. V případech, kdy dochází ke zrušení smlouvy jednostranným projevem vůle ze strany poskytovatele se ale jedná o „*určitý druh výpovědi bez výpovědní lhůty s účinky ex nunc a to k termínu, kdy se tak poskytovatel zdravotních služeb rozhodl. Velmi nezvykle není třeba samotnou výpověď pacientovi doručit*“²⁶⁷. Takové pojetí je v rozporu nejen s obecnými principy civilního práva, ale i právního státu. Bylo by proto vhodné, aby se na zprávu, kterou poskytovatel ZS vydává pacientovi hledělo jako na samotnou výpověď této smlouvy²⁶⁸.

²⁶³ MACH, Jan. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: Zákon o specifických zdravotních službách*. Praha: Wolters Kluwer, 2018. Praktický komentář, str. 232

²⁶⁴ POLICAR, Radek. *Smluvní přímus poskytovatelů zdravotních služeb*. Časopis zdravotnického práva a bioetiky [online]. 2012, Vol 2(No 2) [cit. 2019-07-09]. Dostupné z: <http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/30>. str. 5

²⁶⁵ Ibid., str. 5

²⁶⁶ Ibid., str. 5

²⁶⁷ Ibid., str. 5

²⁶⁸ Ibid., str. 5

5.2.1.3. Důvody, pro které nelze odmítnout přijetí pacienta ani ukončit péči o pacienta

Důvody, pro které nelze odmítnout přijetí pacienta do péče, ani ukončit takovou péči najdeme v zákoně o zdravotních službách ve dvou ustanoveních. Prvním tímto ustanovením je § 48 odst. 3 zákona o zdravotních službách, druhým pak § 48 odst. 4 téhož zákona. Níže budou obě tato ustanovení podrobněji rozebrána.

V § 48 odst. 3 zákona o zdravotních službách je stanoveno, že *poskytovatel nesmí odmítnout přijetí pacienta do péče podle odstavce 1 nebo ukončit péči o něj podle odstavce 2 písm. d) nebo e), jde-li o pacienta, kterému je třeba poskytnout neodkladnou péči, jde-li o porod nebo jde o zdravotní služby, které jsou nezbytné z hlediska ochrany veřejného zdraví nebo ochrany zdraví při práci, dále jde-li o krizové situace nebo výkon ochranného léčení nařízeného soudem, pokud jiný právní předpis nestanoví jinak.*

První důvod zákonem předvídaný je tzv. neodkladná péče. Ta je v zákoně o zdravotních službách definovaná v § 5 odst. 1 písm. a) jako péče *jejímž účelem je zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví, nebo způsobují náhlou nebo intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí.* Pominou-li důvody pro poskytování neodkladné péče, nadále trvají důvody k poskytování běžné zdravotní služby, ale současně existují důvody, pro které poskytovatel ZS může pacienta do péče nepřijmout či péči o něj ukončit, lze tomuto pacientovi již legálně další zdravotní služby neposkytnout²⁶⁹. Pokud by došlo k *„neposkytnutí potřebné zdravotní služby, nebo vyřazení pacienta, který vyžadoval neodkladnou péči, z poskytování zdravotních služeb, v případě úmyslného jednání příslušného zdravotnického pracovníka by takové jednání mohlo naplnit skutkovou podstatu trestného činu neposkytnutí pomoci dle § 150 trestního zákoníku²⁷⁰, a to i v případě, že by toto neposkytnutí pomoci nezanechalo žádné následky na zdraví nebo životě pacienta. Jde o ohrožující delikt, za jehož následek je považována sama skutečnost, že potřebná pomoc nebyla včas náležitě poskytnuta“²⁷¹.*

Jedná-li se o druhý důvod, který zákon uvádí, tedy jde-li o porod, pak nelze zdravotní služby logicky odepřít pacientce, u které je třeba již z medicínského hlediska nutné zahájit poskytování zdravotních služeb²⁷².

²⁶⁹ MACH, Jan. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: Zákon o specifických zdravotních službách.* Praha: Wolters Kluwer, 2018. Praktický komentář, str. 233

²⁷⁰ Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník

²⁷¹ MACH, Jan. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: Zákon o specifických zdravotních službách.* Praha: Wolters Kluwer, 2018. Praktický komentář, 234

²⁷² Ibid., str. 233

Třetí situací, ve které musí poskytovatel ZS poskytnout zdravotní služby je dle zákona situace, kdy jde o zdravotní služby nezbytné pro ochranu veřejného zdraví. Příkladem takové situace je izolace či karanténa při léčení přenosných chorob. Tyto výkony jsou nařizovány dle zákona o ochraně veřejného zdraví. Není proto možné, aby takový pacient nebyl přijat do zdravotnického zařízení vybaveného pro léčbu příslušné choroby²⁷³.

Poslední čtvrtou situací, kterou zákon uvádí, jsou tzv. krizové situace, tak jak jsou definovány v § 46 odst. 1 písm. e) zákona o zdravotních službách. Toto ustanovení ukládá poskytovateli ZS povinnost zajistit *na výzvu poskytovatele zdravotnické záchranné služby bezodkladně spolupráci při poskytování zdravotních služeb při mimořádných událostech, hromadných nehodách nebo otravách, průmyslových haváriích nebo přírodních katastrof, včetně zajištění bezprostředně navazující lůžkové péče; to neplatí, jde-li o Vězeňskou službu*. V takovém případě ani kapacitní důvody poskytovatele ZS nemohou být důvodem pro odmítnutí poskytnout zdravotní služby.

Druhým ustanovením, které vypočítává důvody, pro které nelze odmítnout přijetí pacienta do péče je ustanovení § 48 odst. 4 písm. a) a b). Toto ustanovení se vztahuje jen na odmítnutí přijetí pacienta do péče podle § 48 odst. 1 zákona o zdravotních službách.

Situace uvedená pod písmenem a) je následující: *poskytovatel nesmí odmítnou přijetí pacienta do péče, jde-li pacienta u kterého bylo poskytování zdravotní péče Vězeňskou službou přerušeno z důvodu ukončení nebo přerušeni vazby, trestu odnětí svobody nebo umístění v ústavu pro výkon zabezpečovací detence, pokud se jedná o zajištění návaznosti při poskytování zdravotních služeb započaté v průběhu výkonu vazby nebo trestu odnětí svobody nebo umístění v ústavu pro výkon zabezpečovací detence*. Jedná se tedy o situaci, kdy zdravotní stav pacienta vyžaduje, aby na probíhající léčbu ve zdravotnickém zařízení Vězeňské služby navázala další léčba. „*Nejde tedy o povinnost přijmout kteréhokoli propuštěného vězně k poskytování běžných zdravotních služeb, ale pouze v případě že je třeba navázat na již probíhající léčbu ve zdravotnickém zařízení Vězeňské služby*“²⁷⁴.

Druhou situací, uvedenou v zákoně o zdravotních službách v § 48 odst. 4 písm. b) je situace, ve které poskytovatel ZS nesmí odmítnout přijetí pacienta do péče, jde-li o pacienta ve výkonu vazby, výkonu trestu odnětí svobody nebo umístěného v ústavu pro výkon zabezpečovací detence, *jde-li o zdravotní služby, které Vězeňská služba neposkytuje, a to po předchozí domluvě s Vězeňskou službou*.

²⁷³ MACH, Jan. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: Zákon o specifických zdravotních službách*. Praha: Wolters Kluwer, 2018. Praktický komentář, str. 233

²⁷⁴ *Ibid.*, str. 233

5.2.1.4. Právo odmítnout provedení konkrétního zdravotního výkonu z důvodu výhrady svědomí a náboženského vyznání

Třetí omezení smluvního přímusu poskytovatelů ZS spočívá v právu poskytovatele ZS odmítnout provedení jen určitého zdravotního výkonu, pokud by odporoval jeho svědomí či náboženskému vyznání²⁷⁵. Zákon o zdravotních službách zakotvuje toto právo v § 50 odst. 2 totožně jako právo na výhradu svědomí zdravotnického pracovníka. Znění ustanovení bylo již v kapitole 3.2. *Zákonná úprava v České republice* citováno a podrobně analyzováno. Na tomto místě postačí zdůraznit poslední větu tohoto ustanovení, která rozšiřuje právo na výhradu svědomí a náboženského vyznání právě i na poskytovatele ZS: *Podle věty první až čtvrté se obdobně postupuje, odmítne-li poskytnutí zdravotních služeb poskytovatel.*

Tento případ omezení nepředstavuje automaticky odmítnutí přijetí pacienta do péče, ani ukončení takové péče. „*Je to mnohem spíše určité ad hoc odmítnutí poskytnutí konkrétní zdravotní služby s tím, že ostatní zdravotní služby bude poskytovatel pacientovi poskytovat*“²⁷⁶. Pokud ovšem pacient vyhledal služby poskytovatele ZS jen za účelem provedení tohoto zdravotního výkonu a poskytovatel ZS pro rozpor se svědomím či náboženským vyznáním danou zdravotní službu odmítne provést, bude mít toto odmítnutí „*stejně dopady jako v případě odmítnutí přijetí do péče podle § 48 odst. 1 zákona o zdravotních službách, avšak s výjimkou povinnosti zajistit jiného, k dané zdravotní službě ochotného poskytovatele*“²⁷⁷.

Stejně jako v předchozích případech ani zde nemůže poskytovatel ZS odepřít poskytnutí zdravotní služby v situaci, kdy je pacient v ohrožení života nebo vážného ohrožení zdraví. Taktéž zde zákon stanovuje povinnost, vydat pacientovi zprávu, ve které jsou uvedeny důvody, pro které mu zdravotní služby u tohoto poskytovatele ZS nebyly poskytnuty.

5.2.1.5. Omezení práva pacienta na svobodnou volbu poskytovatele zdravotních služeb

Mezi omezení smluvního přímusu poskytovatelů zdravotních služeb lze zařadit i případy, kdy je pacientovi odepřeno právo volby poskytovatele zdravotních služeb. Zákon o zdravotních službách takové případy vypočítává v § 29 odst. 2. Podle tohoto ustanovení se možnost volby

²⁷⁵ POLICAR, Radek. Smluvní přímus poskytovatelů zdravotních služeb. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky* [online]. 2012, Vol 2(No 2) [cit. 2019-07-09]. Dostupné z: <http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/30>. str. 6

²⁷⁶ Ibid., str. 6

²⁷⁷ Ibid., str. 6

poskytovatele a zdravotnického zařízení se nevztahuje například na *zdravotnickou záchrannou službu a poskytovatele, ke kterému poskytovatel zdravotnické záchranné služby pacienta převáží, pracovnílékařské služby, nařízenou izolaci, karanténu nebo ochranné léčení, či osoby ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody, zabezpečovací detence, v zařízení pro zajištění cizinců nebo v přijímacím středisku.*

5.3. Neposkytnutí péče z důvodu ohrožení života či zdraví zdravotnického pracovníka

Právo neposkytnout zdravotní péči z důvodu ohrožení života či zdraví zdravotnického pracovníka je zakotveno v § 50 odst. 1 písm. b) následovně:

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

Je bezpochyby, že toto právo představuje o mimořádný institut, který se neuplatní zejména v případě, kdy má zdravotnický pracovník k dispozici prostředky, kterými je možné se před takovým ohrožením chránit. Pokud by se nejednalo o situaci, ve které byl přímo ohrožen život, či vážně ohroženo zdraví zdravotnického pracovníka, mohlo by neposkytnutím zdravotních služeb dojít až k naplnění skutkové podstaty trestného činu neposkytnutí pomoci dle § 150 trestního zákoníku.

Toto právo, tak jak jej nyní zakotvuje § 50 odst. 1 písm. b) zákona o zdravotních službách, bylo v roce 2012 předmětem rozhodování Ústavního soudu. Jeho legalitu napadla skupina poslanců Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky. Výsledkem rozhodování byl nálezh Ústavního soudu ČR, ze dne 6. prosince 2012, sp. zn. Pl. ÚS 1/12, který přináší několik zajímavých úvah a pokládám za přínosné části týkající se rozhodování o tomto právu do práce zahrnout.

Stěžovatelé předložili soudu následující argumentaci: *„Podle § 50 odst. 1 zákona o zdravotních službách může zdravotnický pracovník neposkytnout zdravotní služby i v případě, pokud by při jejich poskytování došlo k přímému ohrožení jeho života nebo k vážnému ohrožení jeho zdraví. Kromě toho, že je pacient zcela bez své viny vystaven riziku, že mu nebude lékařská péče poskytnuta včas nebo vůbec, naplňuje schválená úprava podle vedlejších účastníků i skutkovou podstatu trestného činu neposkytnutí pomoci podle § 150 trestního zákoníku. Zákon kromě tolerance k vystavení pacienta úmyslnému riziku ohrožení zdraví navádí ke spáchání trestného činu. Jde o výrazný právní a etický průlom, o kterém navíc nebyla veřejnost předem*

informována, ani se o této plánované úpravě nevedla diskuse. Dosud platilo, že zdravotník poskytuje pomoc bez ohledu na vlastní riziko. Pokud např. zdravotníci odmítnou pomoc při rozšíření neznámé epidemie se slovy, že by se mohli nakazit a zemřít, nebude zdravotní péče vůbec poskytována a tisíce lidí budou umírat bez pomoci²⁷⁸.

K argumentaci stěžovatelů se následně vyjádřil pro Ústavní soud tehdejší ministr zdravotnictví doc. MUDr. Leoš Heger, CSc., následovně: „Ustanovení § 50 odst. 1 písm. b) zákona o zdravotních službách, které umožňuje zdravotnickému pracovníkovi neposkytnout zdravotní služby v případě, že by při jejich poskytování došlo k přímému ohrožení jeho života nebo k vážnému ohrožení jeho zdraví, chrání život a zdraví zdravotnického pracovníka jako člověka, který má stejně jako pacient právo na ochranu života a zdraví ve smyslu čl. 6 odst. 1 a čl. 31 Listiny a jehož život a zdraví nejsou méně hodnotné než život a zdraví pacienta. Není přijatelné ani přiměřené ve srovnání se všemi ostatními základními lidskými právy a svobodami, aby byl zdravotnický pracovník zákonem nucen ohrožovat svůj život a zdraví, byť by to bylo z důvodu ochrany nebo záchrany života a zdraví jiného. V této souvislosti ministr dodal, že nejen zákon o zdravotních službách chrání život a zdraví těch, kdo zachraňují a pomáhají druhým, a poukázal např. na § 58 odst. 1 zákona č. 273/2008 Sb., o Policii České republiky, jenž obsahuje obdobné pravidlo²⁷⁹.

Ústavní soud v bodech 377 a 378 tohoto nálezu shledal právo zdravotnického pracovníka neposkytnout zdravotní služby v případě, že by při jejich poskytování došlo k přímému ohrožení jeho života nebo k vážnému ohrožení jeho zdraví, tak jak je zakotveno v zákoně o zdravotních službách ústavně konformní: „Napadené ustanovení se v tomto smyslu dotýká samotné podstaty práva na ochranu zdraví a na zdravotní péči, pročež musí být zkoumáno, zda zásah do tohoto práva za účelem ochrany práva zdravotnického pracovníka na život a ochranu jeho zdraví ob stojí v testu proporcionality. Jinými slovy, je třeba posoudit, zda právo neposkytnout zdravotní péči s ohledem na předmětná rizika, které je nepochybně vhodným (způsobitelným) opatřením pro dosažení ochrany života a zdraví zdravotnického pracovníka, převáží nad právem osoby na ochranu jejího zdraví, resp. na poskytnutí zdravotní péče²⁸⁰.

„Ústavní soud je přesvědčen, že život a zdraví zdravotnického pracovníka jsou hodnoty, kterým při výkonu tohoto povolání rovněž náleží ochrana a které odůvodňují existenci meze ve vztahu k míře rizika, jehož podstoupení lze od zdravotnického pracovníka bezpodmínečně vyžadovat. Co lze považovat za přímé ohrožení života nebo vážné ohrožení zdraví ale závisí na

²⁷⁸ Nález Ústavního soudu ČR, ze dne 6. prosince 2012, sp. zn. Pl. ÚS 1/12, odstavec 59

²⁷⁹ Nález Ústavního soudu ČR, ze dne 6. prosince 2012, sp. zn. Pl. ÚS 1/12, odstavec 140

²⁸⁰ Nález Ústavního soudu ČR, ze dne 6. prosince 2012, sp. zn. Pl. ÚS 1/12, odstavec 377

vyhodnocení konkrétních okolností. Z hlediska tohoto přezkumu je podstatné, že neposkytnutí zdravotní služby musí být opatřením nezbytným, a tedy nemůže být akceptováno v případě, pokud by rizika spojená s jejím poskytnutím bylo možné s ohledem na tyto okolnosti účinným způsobem eliminovat. Zároveň však platí, že určení míry rizika není věcí exaktní a možnost jeho objektivního posouzení může být vždy ovlivněna rozsahem informací, které měl zdravotnický pracovník v relevantním okamžiku k dispozici. Jsou-li tyto podmínky splněny, lze konstatovat, že napadené ustanovení umožňuje omezit právo na zdravotní péči podle čl. 31 Listiny způsobem, který je v souladu s čl. 4 odst. 4 Listiny. Jakékoliv bližší posouzení proporcionality bude možné až v konkrétních případech aplikace napadeného ustanovení“²⁸¹.

Lze tedy shrnout, že Ústavní soud, dle mého názoru správně posoudil ustanovení § 50 odst. 1 písm. b) zakotvující právo zdravotnického pracovníka neposkytnout zdravotní služby v případě, že by došlo při jejich poskytování k přímému ohrožení jeho života nebo vážnému ohrožení jeho zdraví jako ústavně konformní. Je bezpochyby, že se jedná o institut výjimečný, který lze využít až v případě, kdy žádná jiná možnost nezbývá. Nelze ovšem přiznat životu lékaře nižší stupeň ochrany než životu člověka, o kterého tento lékař pečuje. Ani v krajních situacích nelze lékařům odeprít právo na ochranu vlastního života.

²⁸¹ Nález Ústavního soudu ČR, ze dne 6. prosince 2012, sp. zn. Pl. ÚS 1/12, odstavec 378

6. Dotazník

Cílem této práce je nejen analyzovat současnou právní úpravu a vyhledat její problematická místa, ale také zjistit její funkčnost v praxi. Jsem přesvědčena, že díky kvalitnímu dotazníkovému šetření bude možné v závěru této práce lépe zhodnotit, zda je současná právní úprava z pohledu osob, kterým je určena vhodně nastavena, či zdali by tyto osoby uvítaly změny. Velikost referenční skupiny nebyla dopředu omezena horní hranicí, nicméně spodní hranice byla stanovena na min. 200 respondentů. Celkový počet se k okamžiku uzavření dotazníku vyšplhal na 317 respondentů.

V dotazníku bylo položeno celkem 8 otázek, kdy za stěžejní je považována otázka, zdali jsou respondenti obeznámeni s institutem výhrady svědomí a náboženského vyznání ve zdravotnictví. Před zahájením dotazníkového šetření jsem s ohledem na neexistenci podobného šetření v takovémto rozsahu nedokázala přesně odhadnout opravdovou aktuálnost tématu, a tedy skutečný přínos této práce. Pokud by se prokázalo, že velká většina zdravotnických pracovníků s institutem výhrady svědomí obeznámena není, ukazovalo by to nejenom na nešťastně koncipovanou výuku zdravotnického práva na lékařských fakultách, ale i na relativně nízký přínos této práce. Pokud by však výsledky ukázaly obeznámenost většího počtu respondentů s tímto institutem, potvrdilo by to aktuálnost a vhodnost tématu, kdy přínos práce by byl spatřován nejen v rovině teoretické, ale zejména v té praktické.

6.1. Referenční skupina

Do referenční skupiny byli zařazeni lékaři, studenti lékařských fakult, všeobecné / dětské / praktické sestry a další zdravotničtí pracovníci. Dotazník byl v průběhu tří měsíců vyplněn celkem 317 respondenty. Lékaři jsou v tomto šetření zastoupeni 183 vyplněnými dotazníky, studenti lékařských fakult 68 vyplněnými dotazníky, všeobecné / dětské / praktické sestry 59 vyplněnými dotazníky a jiní zdravotničtí pracovníci 7 vyplněnými dotazníky.

U všech respondentů byl pro přesnější výsledek zjišťován i věk, pohlaví a typ zdravotnického zařízení ve kterém působí. Tyto údaje mohou napomoci identifikovat skupiny, ve kterých je obeznámenost s právní úpravou lepší a jaké skupiny naopak vykazují nedostatky. V dotazníku nebylo zjišťováno, zdali jsou respondenti věřící či ateisté a zdali by tedy případná výhrada svědomí byla motivována nábožensky či sekulárně. Zejména v České republice, kdy mezi těmito nemá být

činěn rozdíl nevidím v takové informaci zásadní význam a pro účely tohoto dotazníku jsem se tak soustředila na jiné skutečnosti.

6.2. Struktura dotazníku

Dotazník se skládal celkem z 8 otázek, kdy 3 otázky byly otevřené, rozepisovací a 5 otázek bylo uzavřených, nabízejících několik možných předem vytvořených odpovědí. Dotazník byl anonymní a jeho vyplňování probíhalo elektronicky. Celková doba, po kterou byly shromažďovány odpovědi byla stanovena na 3 měsíce, a ukázala se jako dostatečná pro získání potřebného počtu respondentů. V této kapitole budou nyní uvedeny jednotlivé otázky a rozebrán jejich cíl a význam pro celé dotazníkové šetření.

První otázka, která byla položena měla za cíl odlišit jednotlivé respondenty podle jejich povolání: *Jste: a) lékař, b) všeobecná / dětská / praktická sestra, c) jiný zdravotnický pracovník, d) student lékařské fakulty.*

Druhá otázka rozřazovala respondenty do věkových kategorií. Před zahájením dotazníkového šetření jsem předpokládala, že u mladší generace zdravotnických pracovníků bude vyšší obeznamenost nejen s institutem výhrady svědomí, ale obecně s právní úpravou neposkytnutí zdravotní péče než u pracovníků, kteří studovali a převážnou část života pracovali za účinnosti právní úpravy, která takové instituty neznala a neumožňovala. Otázka byla položena následovně: *Váš věk je: a) do 29 let, b) 30–49 let, c) 50 let a více.*

Následující otázka představovala jednu ze stěžejních otázek celého dotazníku, jelikož rozřazovala respondenty na ty, kteří s institutem výhrady obeznámeni jsou a ty, kteří nikoli: *Jste obeznámen(a) s institutem výhrady svědomí a náboženského vyznání v oblasti zdravotnictví?*

a) ano, b) ne.

Navazující otázka byla určena pouze pro osoby, které odpověděli na předchozí otázku kladně. Jejím smyslem bylo nejen ověřit, zdali má respondent o institutu výhrady svědomí představu správnou, ale také zjistit, zdali už takovou výhradu někdy uplatnil, či v jakých situacích si dokáže představit, že by ji uplatnil. Tato otázka byla vytvořena jako otázka rozepisovací: *Co si pod tímto institutem představujete? Využili jste jej někdy? Popřípadě v jakých situacích si dovedete představit, že byste jej využili?*

Následující otázky se již nevěnovaly jen institutu výhrady svědomí, ale byly cíleny na povědomí zdravotnických pracovníků o právu neposkytnout zdravotní péči. Otázka byla záměrně opět rozepisovací, aby odpovědi co nejpřesněji odrážely názory zdravotníků: *Z jakých důvodů lze podle Vás legálně ukončit péči o pacienta, který není bezprostředně ohrožen na životě?*

Šestá otázka cílila zejména na úvahy de lege ferenda. Již před spuštěním dotazníkového šetření jsem věděla od několika lékařů, že současná právní úprava neposkytnutí zdravotní péče jim nedává možnosti, které by v praxi přivítali a využili. V odpovědích na tuto poslední rozepisovací otázku jsem proto hledala nedostatky a mezery současné právní úpravy: *Existuje nějaký důvod pro ukončení zdravotní péče / její neposkytnutí, který není právně zakotven, a přesto byste jej v praxi uvítali?*

Předposlední otázka rozřazovala respondenty na muže a ženy: *Jste: a) muž, b) žena.*

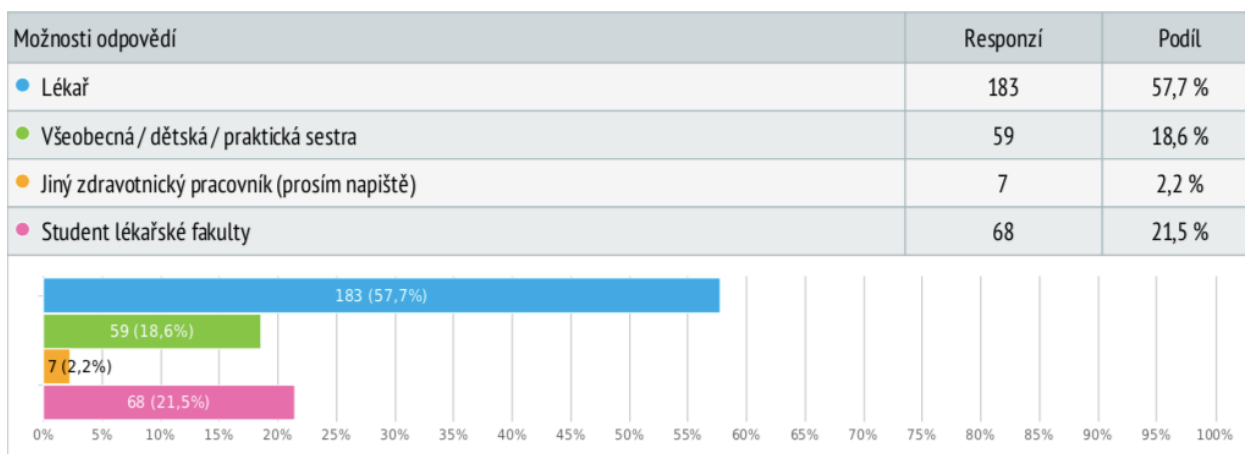
Poslední otázka potom umožňovala respondentům zvolit v jakém typu zdravotnického zařízení pracují. Zde byl základní testovaný předpoklad, že studenti či zdravotníci z fakultních zdravotnických zařízení budou lépe seznámeni s právní úpravou neposkytnutí zdravotní péče a institutem výhrady svědomí než zdravotníci působící v nižším typu zdravotnických zařízení. Otázka byla formulována následovně: *V jakém typu zdravotnického zařízení působíte? a) okresního typu, b) krajského typu, c) fakultního typu, d) jiné, e) v současné době studuji.*

6.3. Výsledky dotazníku

Způsobů, jakými lze vyhodnotit tento dotazník je s ohledem na vyšší počet otázek a zkoumaných skutečností vícero. Uveřejnit u každé otázky jen její souhrnný výsledek by byla skoro škoda, zejména pokud jsou k dispozici údaje, díky kterým lze výsledky rozdělit do několika kategorií a podívat se tak na celou problematiku neposkytnutí zdravotní péče podrobněji. Z tohoto důvodu bude u každé otázky nejdříve zveřejněn souhrnný výsledek a následovat budou údaje získané např. jen od lékařů, jen od určité věkové skupiny či jen od mužů / žen. Vyhodnocení rozepisovacích otázek je poněkud složitější, nicméně jejich přínos je nenahraditelný. Odpovědi těchto otázek tak byly rozříděny do několika skupin a ty nejvíce se opakované jsou v práci obsaženy. V otázkách č. 4–6 byly do tabulek zapracovány odpovědi pouze lékařů, jelikož právě jejich odpovědi na tyto tři otázky jsou pro účely práce nejdůležitější.

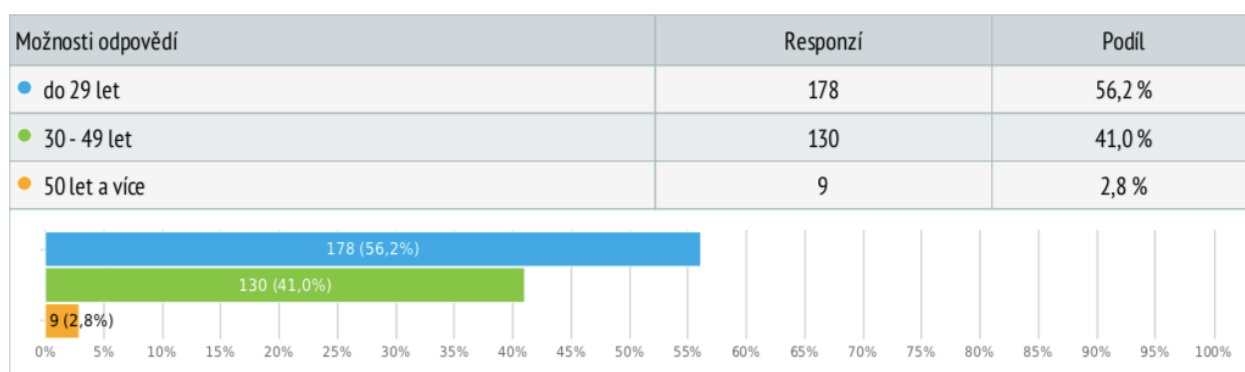
Odpovědi na otázky č. 7 a 8 jsou systematicky zařazeny na začátek analýzy odpovědí, tak aby nejdříve došlo k představení demografického složení respondentů. Následuje analýza věcných otázek dotazníkového šetření.

1. Jste: a) lékař, b) všeobecná / dětská / praktická sestra, c) jiný zdravotnický pracovník, d) student lékařské fakulty.



Jak je z výsledného grafu vidět, nejvíce odpovědí bylo získáno od lékařů, jejichž odpovědi jsou vzhledem k zaměření práce nejdůležitější. Odpovědi lékařů budou dále analyzovány podrobněji. Co se týká kategorie „jiný zdravotnický pracovník“ respondenti uvedli nejčastěji odpověď fyzioterapeut, ošetřovatelka či porodní asistentka.

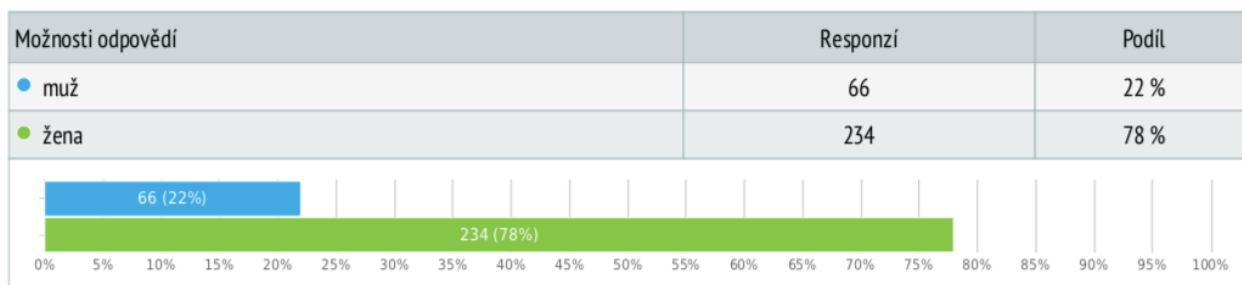
2. Váš věk je: a) do 29 let, b) 30–49 let, c) 50 let a více.



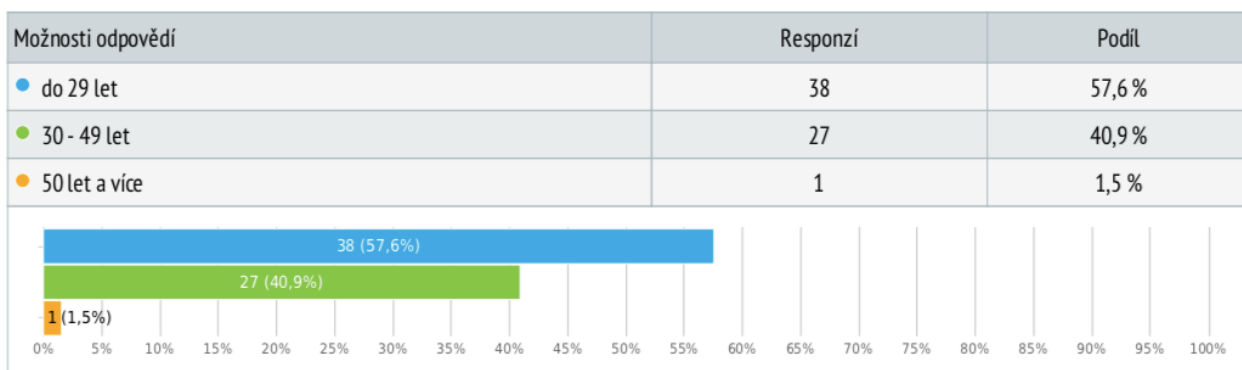
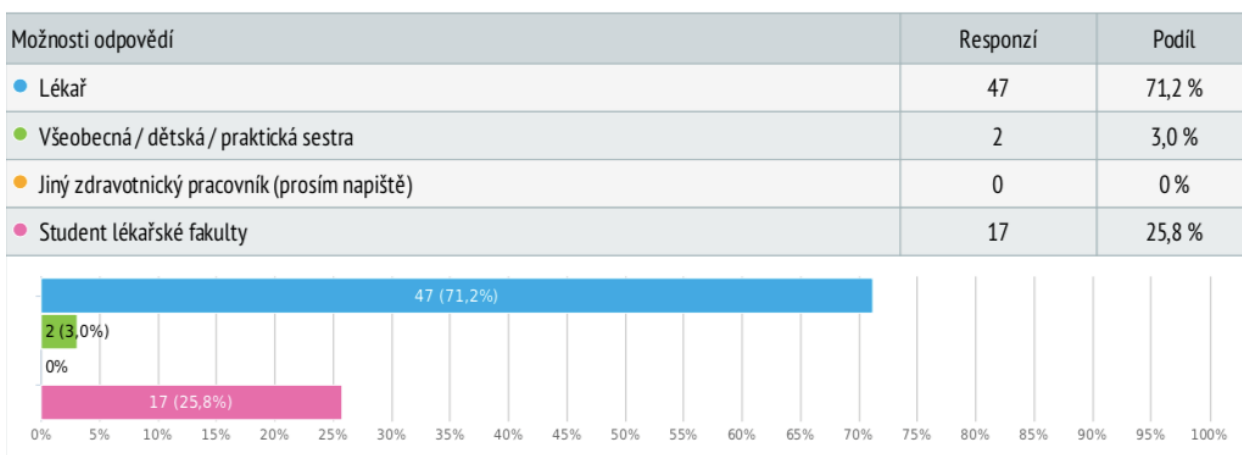
Nízký počet respondentů ve věkové kategorii 50 let a více, lze připsat zejména způsobu šíření dotazníku. Sociální sítě jsou efektivním způsobem, díky kterému lze získat mnohonásobně více

odpovědí, než pokud by byl dotazník šířen klasicky v listinné podobě. Na druhou stranu to s sebou nese negativum v podobě věkově užšího profilu respondentů.

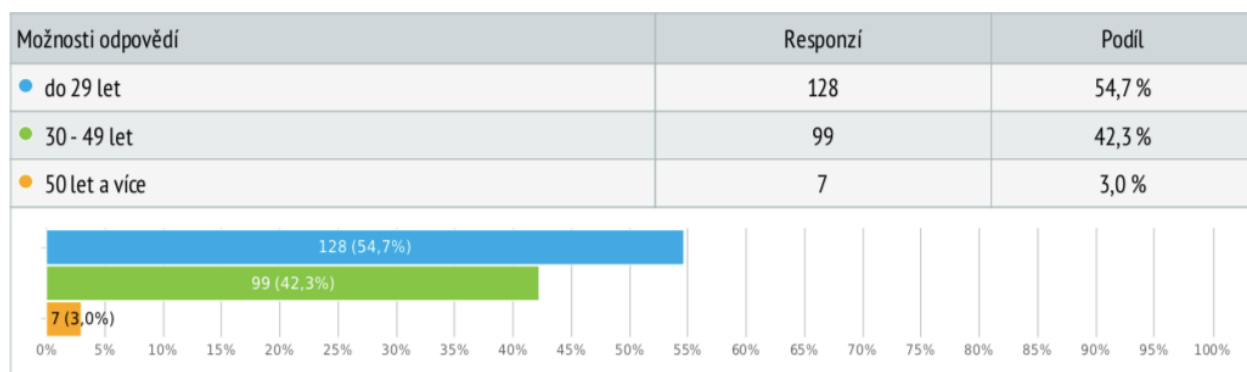
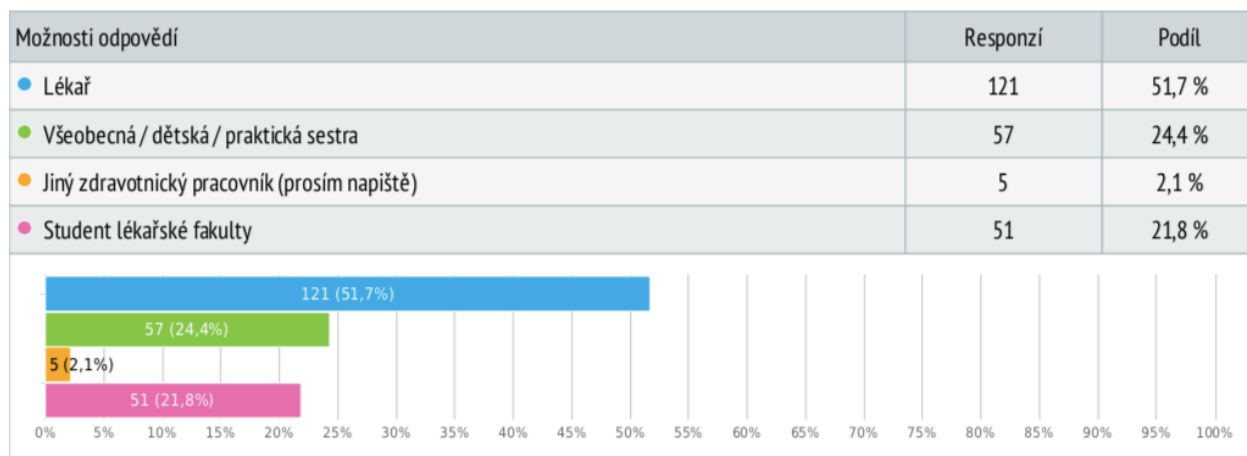
7. Jste: a) muž, b) žena.



Ohledně obeznámenosti mužů a žen s institutem výhrady svědomí bude pojednáno v rámci otázky č. 3. Na tomto místě jsou uvedeny v souvislosti s pohlavím údaje o povolání respondentů a jejich věku. Na dotazník odpovídali **muži**, kteří byli nejčastěji lékaři, a to ve věku do 49 let:

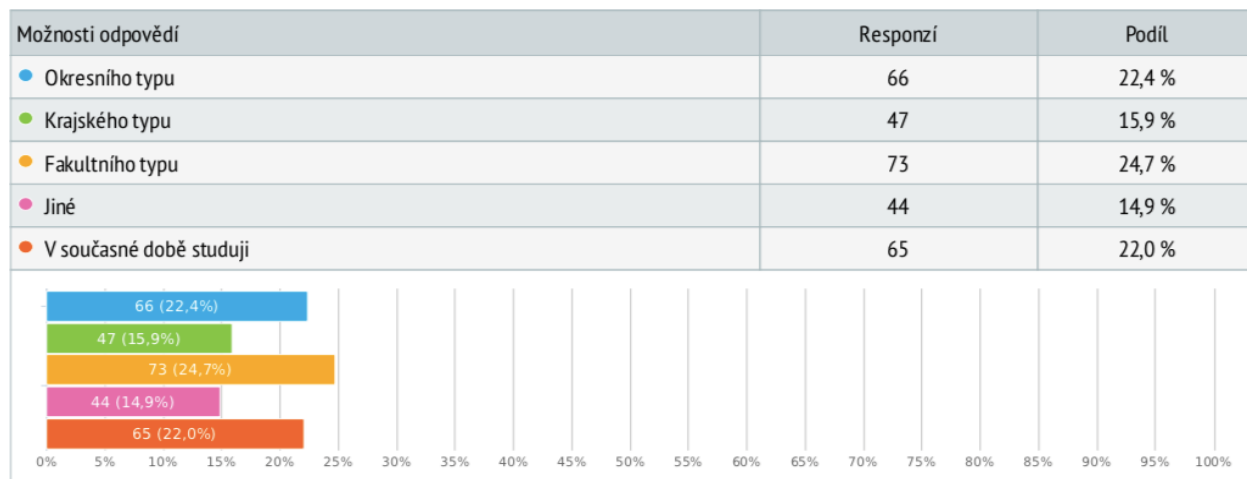


Ženy jsou v dotazníku také nejčastěji zastoupeny povoláním lékařky, věkově jsou potom zastoupeny procentuálně zhruba ve stejném poměru jako muži:

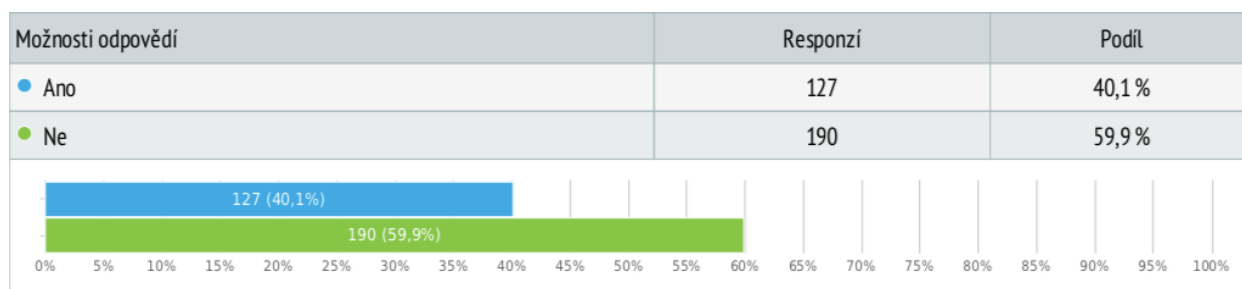


8. V jakém typu zdravotnického zařízení působíte? a) okresního typu, b) krajského typu, c) fakulního typu, d) jiné, e) v současné době studuji

Souvislost typu zdravotnického zařízení a obeznámenosti s institutem výhrady svědomí bude prezentována v otázce č. 3. Zde je uvedena tabulka počtu respondentů v jednotlivých typech zdravotnických zařízení. Možnosti „jiné“ nejčastěji využívali zdravotničtí pracovníci působící v soukromých ambulancích, domovech pro seniory či ordinacích praktických lékařů.

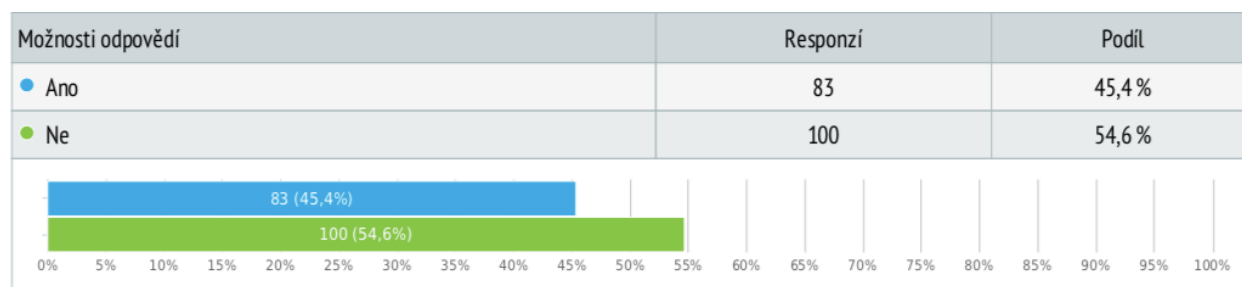


3. Jste obeznámen(a) s institutem výhrady svědomí a náboženského vyznání v oblasti zdravotnictví?

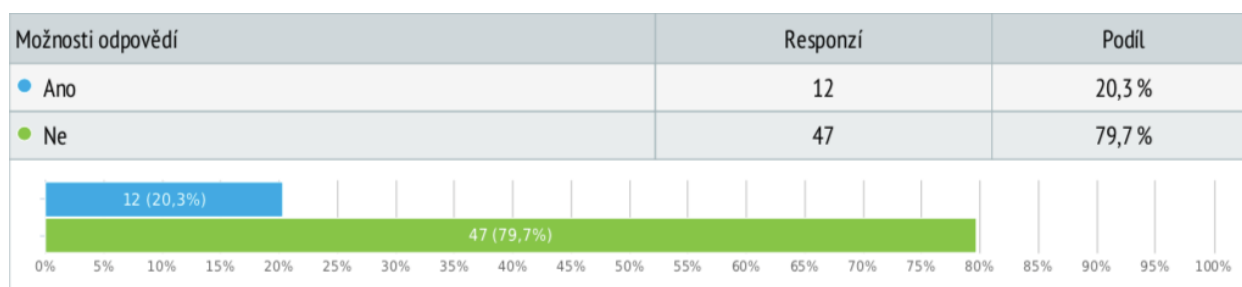


Tato otázka, byla v předchozím textu již několikrát popsána jako stěžejní. Výsledek, že 40,1 % respondentů je obeznámeno s institutem výhrady svědomí a 59,9 % nikoli, bude potřeba pro jeho lepší zhodnocení rozebrat podrobněji.

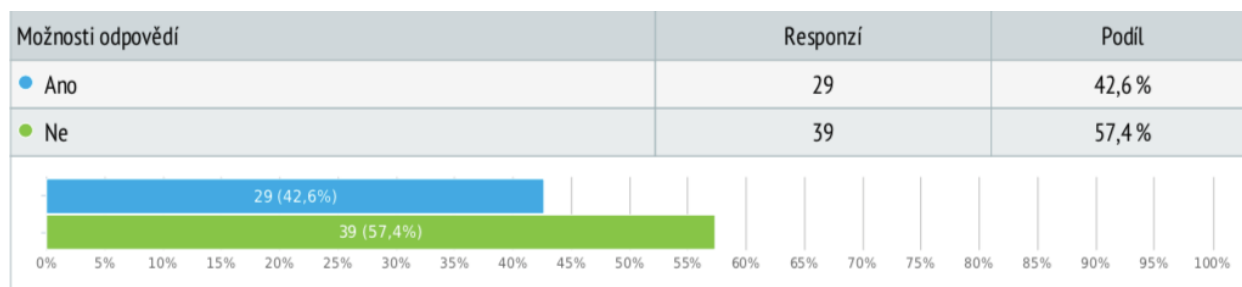
Pokud bychom se podívali na otázku č. 3 jen skrze odpovědi **lékařů** dospějeme k následujícímu výsledku:



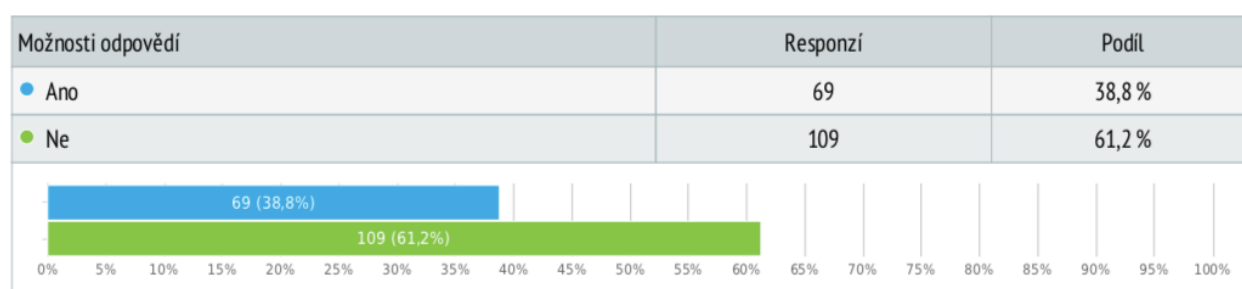
Povědomí lékařů o institutu výhrady svědomí je o něco vyšší než průměr všech kategorií respondentů. Ani tak ale nelze hovořit o uspokojivém výsledku. V dnešní době, kdy roste počet sporů mezi pacienty a lékaři, řešených soudní cestou, lze nejen lékařům, ale všem zdravotnickým pracovníkům doporučit, aby byli o právních předpisech, které regulují jejich každodenní profesní činnost a vymezují jejich základní práva, lépe informováni. Horší je ovšem situace u **všeobecných, dětských a praktických sester**, kdy povědomí o institutu výhrady svědomí má pouze 20,3 %:



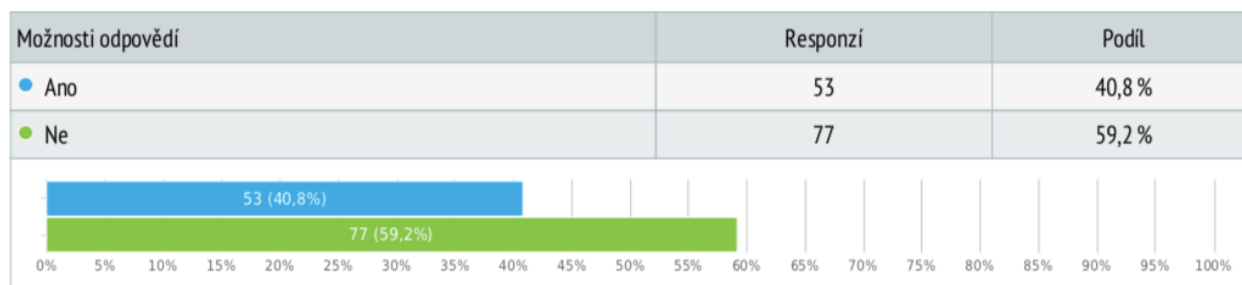
Studenti lékařských fakult si v tomto dotazníku vedli o poznání lépe než všeobecné, dětské a praktické sestry, když obeznámenost s institutem výhrady svědomí byla 42,6 %:



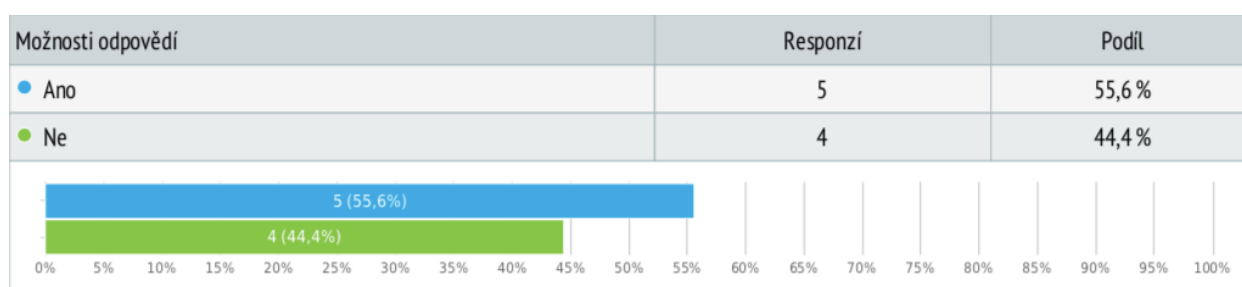
Pokud bychom se na třetí otázku podívali v souvislosti s věkem respondentů, výsledky bychom dostaly následovné. U věkové kategorie **do 29 let** bylo obeznámeno 38,8 % respondentů:



Věková kategorie **30–49 let** ukázala obeznámenost celkem 40,8 % respondentů:

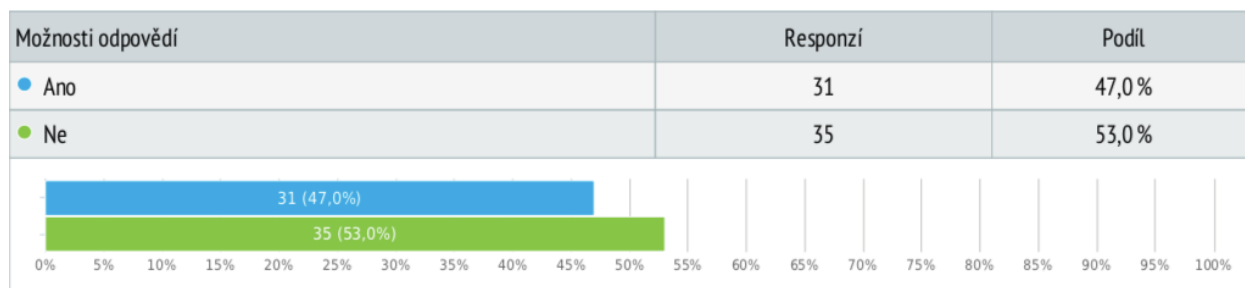


Věková kategorie **50 let a více**. U této kategorie je nutné zmínit celkově nízký počet respondentů, tudíž výsledky nemusí být tak přesné jako u kategorií, kde respondentů bylo několik desítek:

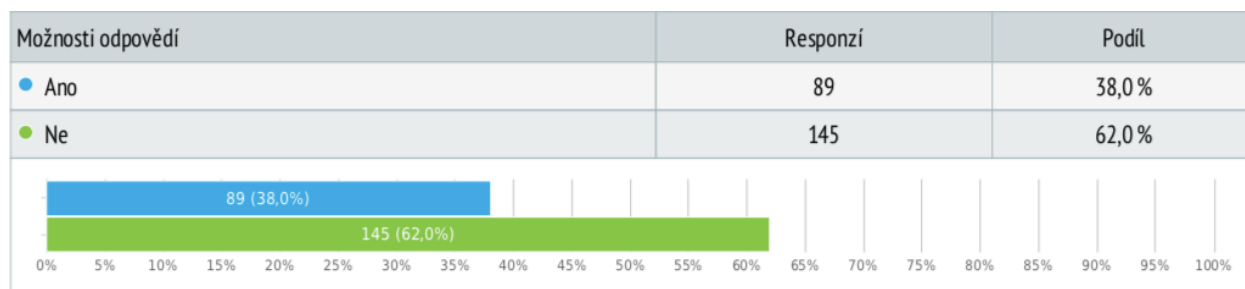


V neposlední řadě se na obeznámenost s institutem výhrady svědomí podíváme v souvislosti s pohlavím respondentů. Celkově na otázku týkající se pohlaví respondentů odpovědělo 66 mužů a 234 žen.

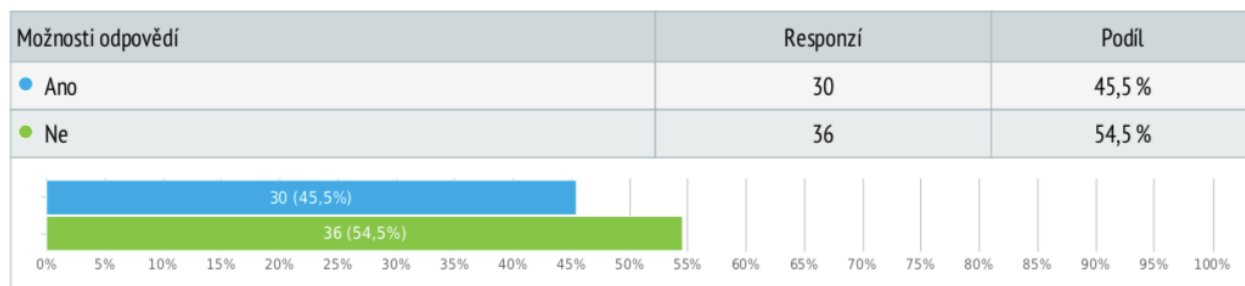
Muži jsou dle výsledků dotazníku obeznámeni s institutem výhrady svědomí v počtu 31 responzí, což představuje 47 %:



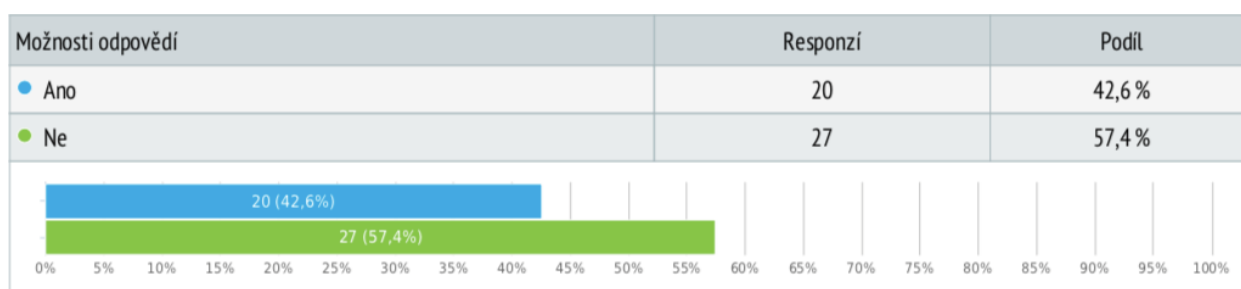
Ženy jsou potom zastoupeny celkem 234 responzemi, z čehož 38 % bylo kladných:



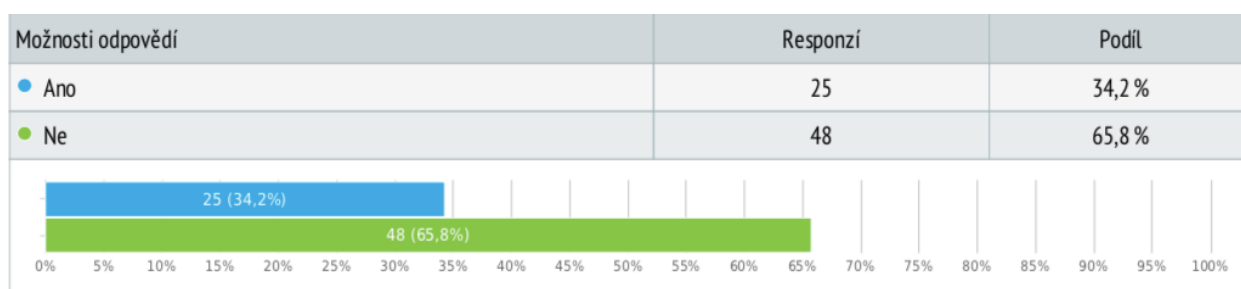
Posledním hlediskem, ze kterého budeme obeznámenost s institutem výhrady svědomí posuzovat je typ zdravotnického zařízení, ve kterém příslušný zdravotnický pracovník působí. Dotazník nabízel celkem 4 předvolené možnosti: okresní typ, krajský typ, fakultní typ, stále studuji a následně jednu volnou možnost pro každého, kdo nevyhovuje předchozím možnostem. Této možnosti „jiné“ nejčastěji využívali zdravotničtí pracovníci působící v soukromých ambulancích, domovech pro seniory či ordinacích praktických lékařů. Výsledky překvapivě ukazují, že nejvíce kladných odpovědí bylo v **zařízeních okresního typu**:



V zařízeních krajského typu byly odpovědi následující:



V zařízeních fakultního typu byla s institutem výhrady svědomí překvapivě nejnižší obeznámenost:



4. Co si pod institutem výhrady svědomí představujete? Využili jste jej někdy? Popřípadě v jakých situacích si dovedete představit, že byste jej využili?

Tato rozepisovací otázka byla určena pouze pro osoby, které na předchozí otázku č. 3 odpověděli kladně. Na následujících řádcích budou analyzovány odpovědi lékařů, kdy nasbíráno bylo celkem 77 platných odpovědí.

První část otázky směřovala k ověření obeznámenosti s institutem výhrady svědomí. Po vyhodnocení odpovědí bylo příjemným překvapením, že téměř všichni lékaři, odpovídající na přechozí otázku kladně měli o podstatě institutu výhrady svědomí ve zdravotnictví správnou představu. Na předchozí otázku č. 3 odpovědělo kladně 83 lékařů, v této otázce č. 4 popsalo institut výhrady svědomí správně 77 lékařů. Tento výsledek lze považovat za velmi dobrý. S tímto číslem 77 respondentů bude v rámci této otázky pracováno jako se 100 %.

Lékaři často ke svým odpovědím připisovali i konkrétní zákroky, které jsou podle nich nejčastěji s odkazem na výhradu svědomí odmítány. 61 % lékařů spojilo institut výhrady svědomí s prováděním interrupcí. Tento příklad byl tak dle očekávání nejčastější. Druhou nejčastější odpovědí se překvapivě stala hypotetická situace – legalizace eutanázie. V případě, že by v České republice byla v budoucnu legalizována eutanázie, 7,8 % lékařů uvedlo, by vůči takovému jednání

uplatnili výhradu svědomí. Třetí nejčastější případ, s kterým lékaři spojovali výhradu svědomí je potom předepisování antikoncepce, kdy tuto odpověď napsalo 5,2 % lékařů.

Druhá část otázky cílila na lékaře, kteří již výhradu svědomí ve své praxi uplatnili. Zde se výslovně k takovému jednání přihlásili jen 4 lékaři, kteří při výkonu praxe pravidelně uplatňují výhradu svědomí vůči konkrétním zákrokům. Pokud bychom se podívali na konkrétní zdravotní výkony, kteří tito lékaři odmítají provádět, jedná se o ty nejtypičtější výkony spojené s uplatňováním výhrady svědomí obecně: 1) neprovádění příslušných vyšetření před provedením interrupce, 2) nepředepsání postkoitální antikoncepce (intercepce), 3) neprovádění interrupce, 4) neprovádění vyšetření reprodukční imunologie které by mohly vést k doporučení IVF, 5) neprovádění výkonů spojených s asistovanou reprodukcí. V této otázce tak jen 5 % lékařů, kteří byli obeznámeni s institutem výhrady svědomí odpovědělo, že výhradu svědomí ve své praxi uplatňují.

Třetí část otázky směřovala na lékaře, kteří výhradu svědomí zatím neuplatnili, ale její uplatnění by si v budoucnu uměli či naopak neuměli představit. Výslovně se k této části otázky vyjádřilo pouze 13 % odpovídajících lékařů. Shodně 6,5 % lékařů by výhradu svědomí nepoužili za žádné situace a 6,5 % lékařů naopak uvedlo, že pokud se v budoucnu setkají s požadavkem na provedení zdravotního výkonu, který odporuje jejich svědomí, uplatní v takové situaci výhradu svědomí.

5. Z jakých důvodů lze podle Vás legálně ukončit péči o pacienta, který není bezprostředně ohrožen na životě?

Tato otázka nashromáždila velké množství různých odpovědí a jejich vyhodnocování tak bylo poněkud složitější. Nakonec bylo vytvořeno celkem 16 důvodů, které jsou v tabulce níže, spolu s procenty a počty lékařů, kteří tento důvod uvedli. Na otázku odpovědělo platně celkem 176 lékařů a s tímto číslem tedy bude pracováno jako se 100 %. Celkově lze shrnout, že vědomosti o svých právech, konkrétně o právu neposkytnout či ukončit péči o pacienta lékaři mají relativně malé. Pozitivum lze spatřovat v tom, že pokud již lékaři nějaký důvod pro neposkytnutí péče či její ukončení uvedli, byl ve většině případů dle zákona správný.

Důvod pro ukončení a neposkytnutí zdravotní péče	Responzí	Podíl
Pacient nedodrží navržený individuální léčebný postup (často uváděno jako noncompliance)	84	47,7 %
Pacient s poskytováním dalších zdravotních služeb nesouhlasí a podepíše negativní revers	43	24,4 %
Pacient závažným způsobem omezuje práva ostatních pacientů a ohrožuje svým chováním bezpečnost zdravotnických pracovníků a ostatních pacientů	36	20,4 %
Přijetím pacienta by byly překročeny kapacitní možnosti zdravotnického zařízení	17	9,6 %
Narušení vztahu důvěry mezi lékařem a pacientem	14	7,9 %
Výhrada svědomí a náboženského vyznání	14	7,9 %
Nepřínosnost další léčby pro pacienta	13	7,3 %
Porušování vnitřního řádu zdravotnického zařízení	13	7,3 %
Pacient je předán do péče jiného lékaře / poskytovatele ZS	12	6,8 %
Pominuli důvody pro poskytování zdravotních služeb (pacient je „vyléčen“)	10	5,6 %
Přímé ohrožení života či vážné ohrožení zdraví zdravotnického pracovníka	8	4,5 %
Vzdálenost místa pobytu pacienta od ordinace praktického lékaře	5	2,8 %
Nevím	5	2,8 %
Pacient není pojištěncem zdravotní pojišťovny, se kterou má poskytovatel ZS uzavřenou smlouvu podle zákona o veřejném zdravotním pojištění	4	2,2 %
Přijetím pacienta by bylo překročeno únosné pracovní zatížení	3	1,7 %
Přijetí pacienta brání personální zabezpečení nebo technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení	3	1,7 %
Pacient si nepřeje poskytování případné zdravotní péče v důsledku svého dříve vysloveného přání	3	1,7 %
Žádný legální důvod pro ukončení / neposkytnutí péče není	3	1,7 %

6. Existuje nějaký důvod pro ukončení zdravotní péče / její neposkytnutí, který není právně zakotven, a přesto byste jej v praxi uvítali?

Otázka směřovala k úvahám de lege ferenda. Zjistit, jak by měla být právní úprava ideálně nastavena, lze velmi dobře pomocí názorů osob, které se v daném prostředí pohybují a na něž právní úprava, jejíž problematická místa se snažíme najít směřuje. Otázka byla rozepisovací, a tak bylo v rámci vyhodnocování výsledků vytvořena opět tabulka z odpovědí všech lékařů, shrnující nejčastější důvody, které by v praxi uvítali pro ukončení či neposkytnutí zdravotní péče. Celkem bylo lékaři platně vyplněno 170 odpovědí, a tedy toto číslo bude považováno v této otázce za 100 %.

Lékaři navrhovaný důvod pro ukončení a neposkytnutí zdravotní péče	Responzí	Podíl
---	-----------------	--------------

Pacient nedodrží navržený individuální léčebný postup (často uváděno jako noncompliance)	44	25,8 %
Žádný mě nenapadá	37	21,7 %
Agrese, výhrůžky a vulgarity ze strany pacienta	36	21,1 %
Zneužívání zdravotních služeb (často uváděno v souvislosti s neakutními zdravotními výkony požadovanými pacienty v nočních hodinách v pohotovostní službě lékaře)	29	17,0 %
Narušení vztahu důvěry mezi lékařem a pacientem	27	15,8 %
Legalizace euthanazie	3	1,7 %

Jak je z tabulky zřejmé, lékaře při výkonu jejich praxe nejvíce trápí pacienti, kteří nedodrží navržený individuální léčebný postup. Je zajímavé, že nejvíce odpovědí nasbíral v této otázce důvod, který již v právně zakotven je. V dotazníku často zaznívaly stížnosti na rizikové chování pacientů v podobě kouření, alkoholu, nepravidelných kontrol či nedodržování dietních omezení. Je pochopitelné, že v takovém případě lékaři přestávají vidět smysl v poskytování zdravotních služeb někomu, kdo jejich navržený léčebný plán soustavně porušuje a nedodrží. Lékařům lze doporučit zvážení případné aplikace ustanovení § 48 odst. 2 písm. d), v důsledku kterého lze, jak již výše podrobněji rozebráno, ukončit péči o pacienta, který úmyslně a soustavně nedodrží navržený individuální léčebný postup. Je třeba zdůraznit, že na jednu stranu se jedná

o výjimku ze zákonné povinnosti poskytnout zdravotní služby, a proto i situace, ve které se lékař k jejímu ukončení rozhodne by měla být výjimečná. Na druhou stranu toto ustanovení existuje právě proto, aby v situacích, kdy pacient úmyslně maří léčbu, mohl poskytovatel ZS a potažmo tedy lékař tuto neefektivní léčbu ukončit.

Dotazník dále potvrzuje již nějakou dobu známou skutečnost, že se lékaři při výkonu svého povolání více než dříve setkávají s pacienty agresivními, kteří při jednání používají výhrůžky, vulgarity a celkově nevhodné chování. Ať je již důvod pro takové jednání pacienta jakýkoli, je jasné, že ani jedna strana tohoto vztahu není spokojena. V takové situaci obvykle sám pacient vyhledá jiného poskytovatele ZS či lékaře. Obtížnější je situace, kdy i přes své nevhodné chování pacient trvá na dalším poskytování zdravotních služeb od téhož lékaře. Je bezpochyby, že vztah důvěry lékaře a pacienta byl narušen. Pokud by došlo k uzákonění výše zmíněného návrhu České lékařské komory zakotvit jako důvod pro ukončení poskytování zdravotních služeb narušení vztahu důvěry mezi lékařem a pacientem, bylo by možné v této situaci toto ustanovení využít. Vzhledem k tomu, že ale žádné takové ustanovení zatím přijato nebylo, nelze jen pro nevhodné chování pacienta péči o něj legálně ukončit.

Třetí situací, ve které by lékaři uvítali možnost neposkytnout zdravotní péči, je situace neakutních výkonů prováděných v pohotovostní službě lékaře. Tento důvod byl často obecně shrnován jako “zneužívání poskytování zdravotních služeb“. Je bezpochyby, že správný postup (nejen u lékařů ve službě) pro přijímání pacientů je podle akutnosti jejich stavu. Nelze požadovat okamžité vynětí klíštěte po lékaři, který se v tu dobu věnuje pacientovi s možným život ohrožujícím zraněním. V takovém případě je tedy v pořádku, pokud pacient s klíštětem bude muset počkat, než budou ošetřeni ostatní pacienti se zraněním závažnějším. Na druhou stranu, pokud lékař žádný akutnější případ nemá, měl by dle zákona i ve službě ošetřit pacienta s banálním zraněním, které by počkalo do ordinačních hodin. Nelze obecně tvrdit, že všichni pacienti, kteří přijdou v noci do nemocnice s neakutním zraněním se úmyslně snaží zneužít poskytování zdravotních služeb. Na druhou stranu dle odpovědí lékařů na tuto otázku, se s takovými případy setkávají poměrně často. Jistým řešením této pro lékaře nepříjemné situace, by mohlo být zvýšení poplatku za ošetření takového neakutního případu mimo ordinační hodiny ambulance.

Není překvapující, že se v tabulce objevilo i narušení vztahu důvěry mezi lékařem a pacientem. Již v předchozích kapitolách práce bylo zmíněno, že tuto možnost navrhovala zařadit do zákona o zdravotních službách i Česká lékařská komora. Jak je vidět lékaři by ji v praxi ocenili. Poskytování zdravotních služeb je často velmi citlivá záležitost, dotýkající se nejintimnějších sfér člověka. Není nepřiměřené požadovat, aby ve vztahu lékaře a pacienta byl vytvořen alespoň

elementární vztah důvěry. Pokud taková důvěra mezi lékařem a pacientem chybí, bylo by pro obě strany vztahu přínosnější mít možnost spolupráci ukončit.

Překvapivě se v dotazníku, ačkoli zastoupen jen třemi hlasy objevil i návrh na uzákonění euthanazie. Tyto odpovědi nebyli příliš rozvedené, a tak nelze činit širší závěry o důvodech, které dané lékaře k této odpovědi vedli. Je bezpochyby, že euthanazie je jedním z nejkontroverznějších témat současné lékařské etiky a medicíny vůbec, bohužel v této práci není prostor se tímto tématem zabývat hlouběji.

6.4. Zhodnocení dotazníku

Ačkoli se počet respondentů při uzavření dotazníku vyšplhal k číslu, které lze pro účely diplomové práce považovat za dostatečné, stále se jedná o nízké číslo na vyvození nějakých obecně platných závěrů. Při tomto zhodnocení dotazníku je tedy vhodné zdůraznit, že se jedná o závěry vyvozené z celkem 317 odpovědí, sesbíraných za období 3 měsíců.

Již v úvodu bylo stanoveno, že hlavní cíl dotazníku je zjistit obeznámenost českých lékařů a dalších zdravotnických pracovníků s institutem výhrady svědomí. Ačkoli lze pohlížet pozitivně na fakt, že 40 % respondentů s tímto institutem obeznámeno bylo a představu o něm mělo správnou, nelze bohužel pominout skutečnost, že 60 % respondentů o tomto svém základním právu nikdy neslyšelo. O důvodech tak vysokého čísla lze jen spekulovat. Jistý podíl na něm může mít nedostatečná výuka základů zdravotnického práva na lékařských fakultách či vysoké procento ateistů v České republice obecně²⁸². Takové závěry jsou ale pouhou spekulací a do budoucna může být přínosné, podrobit je dalšímu výzkumu.

U odpovědí lékařů, kteří byli obeznámeni s institutem výhrady svědomí lze považovat za překvapující, že jen 6,5 % se výslovně vyjádřilo, že by tento institut nikdy nevyužili. Dalších 6,5 % se naopak vyslovalo, že jsou připraveni u výkonů, které by odporovaly jejich svědomí připraveni výhradu svědomí použít. Z nevyjádření zbývajících 87 % lékařů k této otázce sice nelze automaticky usuzovat, že by byli v budoucnu ochotni výhradu svědomí využít, nicméně jako zaryté odpůrce tohoto institutu je také nelze klasifikovat. I v této oblasti by proto bylo vhodné provést další, podrobnější šetření.

Přínos praktické části práce měl dále spočívat i ve zhodnocení znalostí lékařů o současné právní úpravě neposkytnutí zdravotní péče a ukončení zdravotní péče o pacienta. K vyhodnocení

²⁸² Obyvatelstvo podle náboženské víry v krajích. *Český statistický úřad* [online]. [cit. 2019-07-11]. Dostupné z: <https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vyhledavani&katalog=all&vyhltext=náboženstv%C3%AD>

těchto otázek byly použity jen odpovědi lékařů. Velká část lékařů uvedla vždy alespoň jeden či dva důvody pro ukončení péče / její neposkytnutí. Je ale vidět, že si nebyli v právní úpravě jednotlivých důvodů příliš jistí a ačkoli třeba daný důvod v dotazníku uvedli, často dodávali že by si vzhledem k celkové nejistotě v právní úpravě ukončit péči netroufli. Možné řešení této nejistoty lékařů v právní úpravě poskytování zdravotních služeb, lze nalézt například v přednáškách organizovaných samotnými poskytovateli ZS pro své zaměstnance.

V neposlední řadě bylo cílem dotazníku zjistit informace o možných změnách, které by lékaři v praxi uvítali a které v současné době nejsou v zákoně zakotveny. Do jisté míry tato otázka předpokládá alespoň částečnou znalost současné platné právní úpravy neposkytnutí zdravotní péče, na což narazila nejčastěji udávaná odpověď – pacient nedodrží navržený individuální léčebný postup. Tento důvod by uvítalo právně zakotvit 25,8 % lékařů, kteří na otázku platně odpověděli. Takový důvod již ale v zákoně o zdravotních službách zakotven je a byl také v předchozích kapitolách rozebrán. Pozitivně lze vnímat skutečnost, že zákonodárce již v roce 2012 zakotvil v právní úpravě důvod pro ukončení zdravotní péče, který se v tomto dotazníku ukázal jako nejvíce žádaný. Do budoucna lze zákonodárcům doporučit zejména přijetí ustanovení o narušení vztahu lékaře a pacienta.

Závěr plynoucí z uskutečněného dotazníkového šetření je tedy poměrně jednoznačný. Výhrada svědomí není zdravotnickým pracovníkům úplně cizí. Povědomí o ní, stejně jako o právní úpravě všech důvodů pro nepřijetí pacienta do péče či ukončení péče, je však u zdravotnických pracovníků nedostačující. Je potřeba na výuku zdravotnického práva klást větší důraz již při studiu lékařské fakulty, a dále pak i při výkonu samotné lékařské praxe.

7. Komparace institutu výhrady svědomí se švédskou právní úpravou

Pro účely komparace právní úpravy medicínské výhrady svědomí a náboženského vyznání byla vybrána právní úprava Švédského království (dále jen “Švédsko“). Vzhledem k tomu, že institut výhrady svědomí a náboženského vyznání je téma se silným mezinárodním prvkem a v předchozích kapitolách práce mu byl věnován velký prostor, byla na závěr práce pro účely komparace vybrána jen jedna země.

Již v přechozích kapitolách bylo okrajově zmíněno, že Švédsko je jednou z mála zemí, jejíž právní řád nepřiznává zdravotnickým pracovníkům právo na výhradu svědomí při poskytování zdravotních služeb. Účelem komparace je přinést odlišný pohled na danou problematiku, než jak je na ni nahlíženo v českém právním řádu.

Poskytování zdravotních služeb je ve Švédsku upraveno příslušnými zákony a dále také tzv. standardy vytvořenými profesními komorami, které stanovují přijatelnou a doporučenou péči²⁸³. Většina poskytovatelů zdravotních služeb je zřízena státem a jsou označováni za tzv. veřejné poskytovatele zdravotních služeb. Pokud již existují poskytovatelé soukromí, ve většině případů hospodaří s veřejnými prostředky, tudíž se musí řídit stejnými předpisy jako poskytovatelé veřejní²⁸⁴. Stejně jako v České republice, i ve Švédsku je zákonem upraveno jaké zdravotní služby jsou hrazeny státem ze systému zdravotního pojištění a jaké jsou poskytovány za úplatu, nad rámec státem hrazených služeb. Takové jsou nejčastěji nabízeny právě soukromými poskytovateli zdravotních služeb. Obecně je oblast vtažů zaměstnance (lékaře) a poskytovatele zdravotních služeb (zaměstnavatele) upravena ve Švédsku stejně jako v České republice pracovním právem. Základním principem v této oblasti je, že zaměstnavatel má právo vymezit obsah a organizaci zaměstnancovi práce, a to v mezích daných zákony²⁸⁵.

Pokud se ve Švédsku při poskytování zdravotních služeb stane, že zdravotnický pracovník odmítne provést konkrétní zdravotní výkon s odkazem na výhradu svědomí, má jeho

²⁸³ MUNTHER, Christian. *Conscientious refusal in healthcare: the Swedish solution*. Journal of Medical Ethics [online]. 2017, (43), 257 - 259 [cit. 2019-07-22]. Dostupné z: <https://jme.bmj.com/content/43/4/257>, str. 257

²⁸⁴ Ibid., str. 257

²⁸⁵ MOSSIALOS, Elias, Ana DJORDJEVIC, Robin OSBORN a Dana SARNAK (EDS.). *International Profiles of Health Care Systems* [online]. The Commonwealth Fund, 2017 [cit. 2019-07-23]. Dostupné z: <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2017/may/international-profiles-health-care-systems>, str. 149

zaměstnavatel na rozdíl od situace v České republice následně na výběr, zda zaměstnanci umožní předmětný zdravotní výkon neprovést či zda na jeho provedení bude trvat.

Pokud poskytovatel zdravotních služeb vyhoví žádosti zaměstnance nevykonat konkrétní zdravotní výkon, přidělí mu namísto toho jiný alternativní pracovní úkol. V takovém případě je ale nutné, aby alternativní pracovní úkol byl pro daného zdravotnického pracovníka vhodný – tedy aby znalosti a dovednosti pracovníka byly efektivně využity i při výkonu tohoto alternativního úkolu. Zároveň je vyžadováno, aby původní pracovní úkol byl vykonán jinou kompetentní osobou a v neposlední řadě, aby takové jednání neovlivnilo negativně kvalitu pracovního prostředí (zejména pak s důrazem na mezilidské vztahy na pracovišti)²⁸⁶. Vyhovět žádosti zaměstnance je pro zaměstnavatele vždy dobrovolné a na její automatické uznání tedy neexistuje právní nárok.

Pokud se na druhou stranu poskytovatel zdravotních služeb rozhodne lékařově žádosti o udělení výjimky z povinnosti provést daný zdravotní výkon z důvodu výhrady svědomí nevyhovět, má švédský lékař, trvající na svém požadavku několik možností²⁸⁷: 1) akceptovat sankci za nedodržení pracovních povinností, např. v podobě snížené mzdy; 2) akceptovat ukončení pracovní smlouvy ze strany poskytovatele ZS pro nesplnění pracovních povinností; 3) ukončit pracovní smlouvu sám, dříve než nastanou možnosti výše uvedené a najít si alternativní zaměstnaní. Je nutno dodat, že tyto scénáře se nevztahují výlučně jen na oblast poskytování zdravotních služeb, nýbrž platí obecně pro veškeré oblasti vztahů, které jsou regulovány pracovním právem. Dále také není rozhodné, z jakého důvodu vlastně zaměstnanec odmítá předmětný pracovní úkol provést – svědomí a náboženské vyznání tak nepožívá vyšší ochrany než jakákoli jiná lékařova pohnutka vedoucí ho k odmítnutí poskytnout zdravotní služby.

Výhrada svědomí a náboženského vyznání se může ve Švédsku legálně promítnout i do fáze předcházející výkonu lékařského povolání, tedy do samotného přijímacího řízení. Pokud lékař v rámci přijímacího řízení zmíní, že v případě přijetí bude při výkonu lékařské praxe uplatňovat vůči konkrétnímu výkonu výhradu svědomí či náboženského vyznání, představuje taková skutečnost pro poskytovatele ZS legální důvod pro nepřijetí tohoto lékaře do pracovního poměru. Důvodem pro takové nepřijetí ovšem není podle švédské právní úpravy samotná výhrada svědomí či náboženského vyznání, nýbrž neschopnost takového lékaře přispět v důsledku uplatňování této výhrady k efektivnímu poskytování zdravotních služeb obecně²⁸⁸.

²⁸⁶ Conscientious refusal in healthcare: the Swedish solution. *Journal of Medical Ethics* [online]. 2017, (43), 257 - 259 [cit. 2019-07-22]. Dostupné z: <https://jme.bmj.com/content/43/4/257>, str. 257

²⁸⁷ Ibid., str. 257

²⁸⁸ Ibid., str. 258

Cílem švédské právní úpravy je v oblasti poskytování zdravotních služeb garantovat rovné zacházení, právo na svobodu myšlení, svědomí a náboženského a zároveň zabezpečit efektivní a kvalitní poskytování zdravotních služeb. Rovné zacházení a efektivní a kvalitní poskytování zdravotních služeb ve Švédsku není v této práci zpochybňováno. Právo na svobodu myšlení, svědomí a náboženského vyznání je ovšem problematické. Vzhledem k tomu, že každý je svobodný ve svém rozhodnutí, jaké povolání bude vykonávat a zároveň každý zaměstnanec může ukončit pracovní smlouvu z jakéhokoli důvodu, není dle Švédska nikomu bráněno, aby se rozhodoval a jednal tak jak mu velí jeho svědomí či náboženské vyznání. Dle mého názoru, ovšem představuje tento přístup omezení práva na svobodu myšlení, svědomí a náboženského vyznání zakotveného v čl. 9 EÚLP, která je od roku 1995 ve Švédsku závazná. Jsem přesvědčena, že zdravotničtí pracovníci mají za určitých okolností právo na výhradu svědomí a náboženského vyznání a toto právo nelze (tak jak to učinilo Švédsko) zásadně a bezvýjimečně nepřiznat.

Že švédská právní úprava v oblasti uplatňování výhrady svědomí bude pro svoji kontroverznost podléhat nejen společenskému, ale i právnímu přezkumu, svědčí i několik případů porodních asistentek, požadujících právo na výhradu svědomí, které se ve Švédsku dostali až před soud. Pro tuto práci byl vybrán jeden z posledních a nejznámějších případů – případ porodní asistentky Ellinor Grimmark.

Ellinor Grimmark je porodní asistentka a křesťanka. Ve Švédsku v oblasti Jönköping, se ucházela o zaměstnání u tří různých poskytovatelů ZS. U přijímacího řízení vždy uvedla, že by chtěla uplatňovat výhradu svědomí vůči účasti a podílení se na potratech. „*První nemocnice ji nepřijala s odůvodněním, že „osoba s takovými názory by se neměla stát porodní asistentkou“.* *Druhá nemocnice argumentovala, že „osoba, která odmítá provádět potraty, nepatří na ženskou kliniku“* *Třetí nemocnice ji navzdory předchozí nabídce zaměstnání odmítla zaměstnat poté, co Grimmarková podala na první nemocnici stížnost. Vedení nemocnice se nechalo slyšet, že „zaměstnanec nesmí být veřejně proti potratům“*²⁸⁹. Po těchto zkušenostech se Grimmark rozhodla podat žalobu proti zdravotnímu úřadu v Jönköpingu kvůli diskriminaci, kterou švédský okresní soud zamítl v roce 2015. V neprospěch Grimmark rozhodl i švédský ombudsman²⁹⁰. Grimmark se následně obrátila na švédský pracovní soud, kde v žalobě tvrdila, že její křesťanská víra ji neumožňuje podílet se na potratech a je nespravedlivé, aby kvůli tomu nemohla být

²⁸⁹ Švédsko ignoruje výhradu svědomí. *FATYM Vranov nad Dyjí* [online]. [cit. 2019-07-22]. Dostupné z: <http://www.fatym.com/view.php?cisloclanku=2015110093>

²⁹⁰ Švédská porodní asistentka tvrdí, že jí byla odepřena práce proto, že je zastánkyní života. *Res Claritatis Monitor* [online]. [cit. 2019-07-22]. Dostupné z: <https://rcmonitor.cz/evropa/7579-Svedska-porodni-asistentka-tvrdi-ze-ji-byla-odeprena-prace-ze-je-zastankyni-zivota>

zaměstnána jako porodní asistentka²⁹¹. Švédský pracovní soud nicméně, v červenci roku 2017, tuto žalobu zamítnul a stanovil, že Grimmark nebyla diskriminována a nebyla porušena její svoboda náboženského vyznání. Potvrdil, že nemocnice měly právo vyžadovat, aby Grimmark potraty na pozici porodní asistentky prováděla. Dále ji také vyměřil zaplatit pokutu přibližně 1 milion švédských korun²⁹². V reakci na toto rozhodnutí se Grimmark rozhodla podat stížnost k Evropskému soudu pro lidská práva ve Štrasburku pro porušení čl. 9 EÚLP. Na rozhodnutí se nyní čeká. Tento případ má potenciál ovlivnit další vývoj institutu výhrady svědomí a náboženského vyznání ve Švédsku a bude proto zajímavé ho nadále sledovat.

Výše popsany případ potvrzuje, že ačkoli švédský model poskytování zdravotních služeb zaručuje pro obyvatele velmi vysoký stupeň funkčnosti a efektivity, je toho zčásti dosaženo na úkor práv zdravotnických pracovníků. V minulosti obecně uznávaný paternalistický model vztahu lékaře a pacienta se dnes ve většině zemí proměnil na model partnerský, který lépe odpovídá požadavkům moderních právních dokumentů na autonomii osob a jejich rovnocenné postavení. Domnívám se, že švédský model se ovšem orientuje na práva pacientů až přespříliš, čímž dochází k omezení práv zdravotnických pacientů a je nastoleno nerovné postavení, kdy slabší stranou je zde naopak lékař.

²⁹¹ Swedish anti-abortion midwife loses court case. *BBC* [online]. [cit. 2019-07-22]. Dostupné z: <https://www.bbc.com/news/world-europe-39587154>

²⁹² Grimmark v. Sweden. ADF International [online]. [cit. 2019-07-22]. Dostupné z: <https://adfinternational.org/legal/grimmark-v-jonkoping-county-council/>

Závěr

K hlavnímu cíli práce patřilo především provedení analýzy současné právní úpravy institutu medicínské výhrady svědomí a náboženského vyznání na národní i mezinárodní úrovni a zjištění jejich slabých míst. Dále práce zjišťovala význam tohoto institutu v medicínské praxi a v neposlední řadě ze získaných informací vytvořila návrhy na případné vylepšení současné právní úpravy (tedy úvahy de lege ferenda).

V první kapitole byly pojmy svědomí a náboženského vyznání zasazeny do filozofického a etického kontextu. Následovalo etické hodnocení institutu výhrady svědomí z pohledu jeho zastánců a odpůrců. Z těchto kapitol vyplývá, že institut výhrady svědomí je v současné době důležitý nástroj pro zachování osobní integrity lékaře, který je nicméně potřeba právně regulovat, a to zejména s ohledem na nepředvídatelnost obsahu samotného svědomí.

Díky stručné analýze vybraných relevantních práv a povinností pacienta, lékaře a poskytovatele ZS byl v následující druhé části vymezen obsah jejich vzájemného vztahu. Vzhledem k tomu, že výhrada svědomí je uplatňována v rámci vztahu lékař a pacient, bylo porozumění tomuto vztahu pro následnou právní analýzu samotného institutu výhrady svědomí velmi důležité.

Třetí část byla pro institut výhrady svědomí v České republice klíčová. Díky analýze české právní úpravy a související judikatury bylo zhodnoceno, zdali je vhodně nastavena a poskytuje-li rovnováhu mezi právem lékaře na ochranu jeho myšlení, svědomí a náboženského vyznání a právem pacienta na zdravotní péči. Jako přiměřené zákonné omezení uplatňování výhrady svědomí lze považovat povinnost poskytnout předmětnou zdravotní službu v případě ohrožení života nebo vážného ohrožení zdraví pacienta. Jako na problematickou, pro lékaře uplatňující výhradu, lze nahlížet na existenci referenční povinnosti. Tato povinnost nutí lékaře majícího výhradu činit úkony, vedoucí ve svém důsledku k provedení zdravotního výkonu, proti kterému výhradu svědomí uplatňuje. Jistým posílením ochrany svědomí takového lékaře by mohla být například redukce této povinnosti pouze na sdělení informací o existenci daného zdravotního výkonu, popř. o jeho základní charakteristice. Taková modifikace referenční povinnosti by však nutně vedla ke zvýšení právní nejistoty pacientů a možnému ohrožení jejich ústavního práva na dostupnou zdravotní péči. Po zvážení všech informací jsem tedy došla k závěru, že česká právní úprava je v oblasti výhrady svědomí nastavena vhodně a vyvažuje zájmy jak lékaře, tak pacienta.

Čtvrtá část se zabývala výhradou svědomí z pohledu mezinárodního práva a práva Evropské unie. Zde lze jako negativum považovat, že rozhodovací praxe Evropského soudu pro

lidská práva je v současné době stále nejednoznačná. Jednotlivé mezinárodní dokumenty navíc nerespektují v této oblasti základní terminologickou shodu, což při snaze o zobecnění přístupu k uplatňování medicínské výhrady svědomí nenapomáhá. I na tomto místě byla uvedena relevantní judikatura.

Pátá část práce měla za cíl zjistit význam smluvní povahy péče o zdraví při uplatňování výhrady svědomí a také představit a analyzovat jednotlivé důvody pro neposkytnutí zdravotní péče ze strany lékaře optikou soukromého práva. Smluvní povaha péče o zdraví hraje při uplatňování výhrady svědomí zásadní roli. Obecně lze výhradu svědomí vnímat jako jednu ze zákonem předvídaných skutečností, která vede ke zrušení závazku, jež je obsahem této smlouvy. Ostatní skutečnosti, které zákon vypočítává jako důvody pro neposkytnutí zdravotních služeb, či jejich ukončení, byly následně představeny v kontextu smluvního přímusu poskytovatelů ZS. V rámci této části jsem dospěla k závěru, že poskytovatelé ZS mají ze zákona kontrakční povinnost, která je omezena právě jednotlivými taxativně vypočtenými důvody, pro které nemusí přijmout pacienta do péče, či mohou ukončit péči o něj. Význam a praktické využití jednotlivých zákonných důvodů potom byly testovány v rámci dotazníkového šetření.

Výzkum provedený formou dotazníkového šetření ověřil fungování zkoumané právní úpravy v praxi a zjistil obeznámenost zdravotnických pracovníků s institutem výhrady svědomí v českém právním prostředí. Dále zjistil informace o možných změnách, které by lékaři v praxi uvítali a které v současné době nejsou v zákoně zakotveny. Co se týká první zkoumané skutečnosti, tedy fungování současné právní úpravy v praxi, lze konstatovat, že více než na nefunkčnost právní úpravy narážíme v České republice na její neznalost. Ačkoli lékaři jeden či dva důvody pro neposkytnutí zdravotních služeb uvedli, zároveň dodali, že by si vzhledem k celkové nejistotě v právní úpravě ukončit péči netroufli. Již výše jsem jako možné řešení této nejistoty lékařů v právní úpravě navrhovala například organizaci přednášek a seminářů ze strany poskytovatelů ZS. Druhým cílem dotazníku bylo zjištění obeznámenosti zdravotnických pracovníků s institutem výhrady svědomí. Výsledek 40 ku 60 v neprospěch obeznámenosti s tímto institutem lze opět vnímat jako potvrzení, že je potřeba na výuku zdravotnického práva klást větší důraz již při studiu lékařské fakulty, a dále pak i při výkonu samotné lékařské praxe. V neposlední řadě bylo cílem dotazníku zjistit informace o možných změnách, které by lékaři v praxi uvítali a které v současné době nejsou v zákoně zakotveny. Jako hlavní výstup z tohoto šetření lze zákonodárci jednoznačně doporučit přijetí ustanovení o narušení vztahu lékaře a pacienta tak, jak již několikrát doporučovala i Česká lékařská komora.

Cílem poslední části bylo přinést odlišný pohled na institut výhrady svědomí pomocí komparace se zahraniční právní úpravou. Švédské království se při právní úpravě tohoto institutu

vydalo naprosto opačným směrem než Česká republika a bylo tak zajímavé porovnat klady a zápory obou právních úprav. Po komparaci obou úprav jsem dospěla k názoru, že česká právní úprava poskytuje lékařům vyšší stupeň ochrany svobody myšlení, svědomí a náboženského vyznání při současném plně funkčním systému poskytování zdravotních služeb a zachování všech relevantních práv pacientů. Vnímám ji tedy jako vhodnější model pro úpravu institutu výhrady svědomí a náboženského vyznání.

Seznam použitých zkratek

ESLP	Evropský soud pro lidská práva
Komise / EKLP	Evropská komise
Úmluva / EÚLP	Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod (Sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí č. 209/1992 Sb., o sjednání Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod a Protokolů na tuto Úmluvu navazujících)
Listina	usnesení předsednictva České národní rady ze dne 16. prosince 1992 č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součástí ústavního pořádku České republiky
Listina EU	Listina základních práv Evropské unie
občanský zákoník	zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník
Ústava České republiky	ústavní zákon České národní rady ze dne 16. prosince 1992 č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky
zákon o péči o zdraví lidu	zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu
zákon o zdravotních službách / ZZS	zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
trestní zákoník	zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů
zákon o lidských tkáních a buňkách	zákon č. 296/2008 Sb., o zajištění jakosti a bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka a o změně souvisejících zákonů
zákon o specifických zdravotních službách	zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách
zákon o zdravotnické záchranné službě	zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě
transplantační zákon	zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů

zákon o komorách	zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře
zákon o nelékařských povoláních	zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů
zákon o lékařských povoláních	zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta
zákon o ochraně veřejného zdraví	zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů
WMA	World Medical Association
ÚS	Ústavní soud
poskytovatel ZS	poskytovatel zdravotních služeb

Seznam použitých zdrojů

1. Seznam použitých monografií a učebnic

- ANZENBACHER, Arno. Úvod do etiky. Praha: Academia, 1994. ISBN 80-200-0917-5.
- ANZENBACHER, Arno. Úvod do filosofie. Vyd. 3., V Portálu 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-727-5.
- DOLEŽAL, Tomáš. Vztah pacienta a lékaře z pohledu soukromého práva. Praha: Leges, 2012. ISBN 978-80-87576-25-0.
- DVOŘÁK, Jan, Jiří ŠVESTKA a Michaela ZUKLÍNOVÁ. Občanské právo hmotné. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Wolters Kluwer, 2016. ISBN 978-80-7552-187-3.
- EVANS, Malcolm D. *Religious liberty and international law in Europe*. New York: Cambridge University Press, 1997. Cambridge studies in international and comparative law (Cambridge, England: 1996): 1996): 1996), 6. ISBN 978-0-521-55021-5
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. Lékařská etika. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-204-6.
- HORYNA, Břetislav, ed. Filosofický slovník. 2. rozš. vyd. Olomouc: Nakladatelství Olomouc, 2002. ISBN 80-7182-064-4.
- KINCL, Jaromír, Michal SKŘEJPEK a Valentin URFUS. Římské právo. Praha: C.H. Beck, 1995. Beckovy právnické učebnice. ISBN 80-7179-031-1.
- MADLEŇÁKOVÁ, Lucia. Výhrada svědomí jako součást svobody myšlení, svědomí a náboženského vyznání. Praha: Linde, 2010. Praktická právnická příručka. ISBN 978-80-7201-805-5.
- NUTTON, Vivian. *Ancient medicine*. 2nd ed. New York: Routledge, 2012. ISBN 978-0-415-52094-2.
- PAVLÍČEK, Václav. Ústava a ústavní řád České republiky: komentář. 2., dopl. a podstatně rozš. vyd. Praha: Linde, 1999. Zákony s poznámkami (Linde). ISBN 80-7201-170-7.
- PAVLÍČEK, Václav. Ústavní právo a státověda. Praha: Linde, 2004. Vysokoškolské právnické učebnice. ISBN 80-7201-472-2.
- PLATÓN. Euthyfrón: Obrana Sókrata; Kritón. 5., opr. vyd. Přeložil František NOVOTNÝ. Praha: OIKOYMENH, 2005. ISBN 80-7298-140-4.
- RŮŽIČKA, Radomír. *Medicína dávných civilizací*. V Olomouci: Poznání, 2004. ISBN 80-86606-18-X.
- SPRATEK, Daniel. *Evropská ochrana náboženské svobody*. Brno: L. Marek, 2008. Deus et gentes. ISBN 978-80-87127-13-1.
- ŠIMEK, Jiří. Lékařská etika. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5306-5.

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

2. Seznam použitých komentářů

KMENC, Jiří, David KOSARĚ, Jan KRATOCHVÍL a Michal BOBEK. Evropská úmluva o lidských právech: komentář. Praha: C.H. Beck, 2012. Velké komentáře. ISBN 978-80-7400-365-3.

MACH, Jan. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: Zákon o specifických zdravotních službách*. Praha: Wolters Kluwer, 2018. Praktický komentář. ISBN 978-80-7598-103-5.

PAVLÍK, Pavel. *Komentář k § 81 občanského zákoníku*. [online]. Wolters Kluwer: Právní informační systém ASPI.

3. Seznam použitých právních předpisů

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů

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

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

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

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění souvisejících zákonů

Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů

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

Zákon č. 285/2002 Sb., o darování odběrech a transplantaci tkání a orgánů a o změně některých zákonů

Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů

Zákon č. 576/2004 Sb., o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem

Zákon č. 296/2008 Sb., o zajištění jakosti a bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka a o změně souvisejících zákonů

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů

4. Seznam použitých pramenů Evropské unie, mezinárodního práva a dokumenty mezinárodních organizací

Declaration of Geneva. WORLD MEDICAL ASSOCIATION [online]. [cit. 2019-07-04]. Dostupné z: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/>

Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient. WORLD MEDICAL ASSOCIATION [online]. [cit. 2019-07-04]. Dostupné z: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-lisbon-on-the-rights-of-the-patient/>

Listina základních práv Evropské unie [online]. [cit. 2019-07-29]. Dostupné z: http://www.euroskop.cz/gallery/6/2090-charta_zakladnich_prav_1.pdf

Návrh zmluvy medzi Slovenskou republikou a Svätou stolicou o uplatňovaní výhrady svedomia [online]. [cit. 2019-07-03]. Dostupné z: <http://wwwold.justice.sk/kop/pk/2003/pk098-03.htm>

Resolution 1763 (2010). The right to conscientious objection in lawful medical care. [online]. [cit. 2019-07-29]. Dostupné z: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=17909>

Sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí č. 209/1992 Sb., o sjednání Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod a Protokolů na tuto Úmluvu navazujících, v aktuálním znění.

Statement on Genetic Counseling and Genetic Engineering. WORLD MEDICAL ASSOCIATION [online]. [cit. 2019-07-04]. Dostupné z: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-genetic-counseling-and-genetic-engineering/>

Všeobecná deklarace lidských práv [online]. [cit. 2019-07-29]. Dostupné z: https://www.osn.cz/wp-content/uploads/2015/12/UDHR_2015_11x11_CZ2.pdf

Vyhláška ministra zahraničních věcí ze dne 10. května 1976 č. 120/1976 Sb., o Mezinárodním paktu o občanských a politických právech a Mezinárodním paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech

5. Seznam použitých stavovských předpisů

Etický kodex České lékárnické komory [online]. [cit. 2019-07-23]. Dostupné z: <http://www.lekarnici.cz/O-CLnK/Profesni-predpisy/Rady/H-6-Etický-kodex-CLnK.aspx>

Etický kodex České stomatologické komory [online]. [cit. 2019-07-23]. Dostupné z: <https://www.dent.cz/clanek/459-eticky-kodex/>

6. Seznam použité judikatury

Nález Ústavního soudu ČR, ze dne 2. června 1999, sp. zn. Pl. ÚS 18/98

Rozsudek Nejvyššího soudu, ze dne 1. října 2002, sp. zn. 28 Cdo 983/2002

Usnesení Nejvyššího soudu ČR, ze dne 22. března 2005, sp. zn. 7 Tdo 219/2005

Nález Ústavního soudu ČR, ze dne 3. února 2011, sp. zn. III. ÚS 449/06

Nález Ústavního soudu ČR, ze dne 6. prosince 2012, sp. zn. Pl. ÚS 1/12

Nález Ústavního soudu ČR, ze dne 22. prosince 2015, sp. zn. I. ÚS 1253/14

Rozhodnutí EKLP ve věci *Církev v. Spojené království*, ze dne 17. prosince 1968, stížnost č. 3798/68

Rozhodnutí EKLP ve věci *X v. Spojené království*, ze dne 20. prosince 1974, stížnost č. 5442/72

Rozhodnutí EKLP ve věci *Arrowsmith v. Spojené království*, ze dne 12. 10. 1978, stížnost č. 7050/75

Rozhodnutí EKLP ve věci *X. a Scientologická církev v. Švédsko*, ze dne 5. května 1979, stížnost č. 7805/77

Rozhodnutí EKLP ve věci *Omkarananda a Divine Light Zentrum v. Švýcarsko*, ze dne 19. března 1981, stížnost č. 8118/77

Rozhodnutí EKLP ve věci *X v. Rakousko*, ze dne 15. října 1981, stížnost č. 8652/79

Rozhodnutí ESLP ve věci *Campbell a Cossans v. Spojené království*, ze dne 25. února. 1982, stížnost č. 7511/76 a č. 7743/76

Rozhodnutí EKLP ve věci *Khan v. Spojené království*, ze dne 7. června 1986, stížnost č. 11579/85

Rozhodnutí EKLP ve věci *Angelini v. Švédsko*, ze dne 3. prosince 1986, stížnost č. 10491/83

Rozhodnutí EKLP ve věci *Verein Kontakt-Information-Therapie a Siegfried Hagen v. Rakousko*, ze dne 12. října 1988, stížnost č. 11921/86

Rozhodnutí EKLP ve věci *Hazar, Hazar a Acik v. Turecko*, ze dne 11. října 1991, stížnost č. 16311/90, č. 16312/90 a č. 16313/90

Rozhodnutí EKLP ve věci *W. v. Spojené království*, ze dne 10. února 1993, stížnost č. 18187/91

Rozhodnutí ESLP ve věci Pichon a Sajous v. Francie, ze dne 2. října 2001, stížnost č. 49853/99

7. Seznam použitých důvodových zpráv

Důvodová zpráva k § 47 a § 48 vládnímu návrhu zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

8. Seznam použitých odborných článků

COOK, Michael. *Do neo-Nazis deserve medical treatment?*. BioEdge [online]. [cit. 2019-07-02]. Dostupné z: https://www.bioedge.org/bioethics/bioethics_article/9366/

COWLEY, Christopher. *A Defence of Conscientious Objection in Medicine: A Reply to Schuklenk and Savulescu*. Bioethics. 2016, 30(5), 358-364. DOI: 10.1111/bioe.12233. ISSN 02699702. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1111/bioe.12233>

GUNN, Jeremy, T. *The Complexity of Religion and the Definition of “Religion“ in International Law*. Harvard Human Rights Journal [online]. 2003, (16), 190–2005 [cit. 2019-06-06]. Dostupné z: https://www.academia.edu/14170556/The_Complexity_of_Religion_and_the_Definition_of_Religion_in_International_Law?auto=download

KINDLOVÁ, Miluše a Ondřej PREUSS. *Výhrada svědomí v kontextu povinného očkování a mimo něj*. Jurisprudence. 2017, 2017(3), 17–30. ISSN 1802-3843

LOJKOVÁ, Jana. *Výhrada svědomí zdravotnických pracovníků v případě provádění interrupcí*. Aktuální gynekologie a porodnictví [online]. 2011, 2011(3), 12–16 [cit. 2019-07-04]. Dostupné z: https://www.actualgyn.com/pdf/en_2011_36.pdf

MACH, Jan. *Svobodná volba poskytovatele zdravotní služby a její limity*. Tempus Medicorum. 2017(5), str. 26–27

MOSSIALOS, Elias, Ana DJORDJEVIC, Robin OSBORN a Dana SARNAK (EDS.). *International Profiles of Health Care Systems* [online]. The Commonwealth Fund, 2017 [cit. 2019-07-23]. Dostupné z: <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2017/may/international-profiles-health-care-systems>

MUNTHE, Christian. *Conscientious refusal in healthcare: the Swedish solution*. Journal of Medical Ethics [online]. 2017, (43), 257–259 [cit. 2019-07-22]. Dostupné z: <https://jme.bmj.com/content/43/4/257.info>

POLICAR, Radek. *Smluvní přímus poskytovatelů zdravotních služeb*. Časopis zdravotnického práva a bioetiky [online]. 2012, Vol 2(No 2) [cit. 2019-07-09]. Dostupné z: <http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/30>

SAVULESCU, Julian. *Conscientious objection in medicine*. BMJ [online]. 2006, 332(7536), 294-297 [cit. 2019-06-06]. DOI: 10.1136/bmj.332.7536.294. ISSN 0959-8138. Dostupné z: <http://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.332.7536.294>

SAVULESCU, Julian a Udo SCHUKLENK. *Doctors Have no Right to Refuse Medical Assistance in Dying, Abortion or Contraception*. *Bioethics* [online]. 2017, 31(3), 162-170 [cit. 2019-06-06]. DOI: 10.1111/bioe.12288. ISSN 02699702. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/bioe.12288>

STAFFORD, Ned. *Surgeon who refused to operate on man with swastika tattoo should not be disciplined, says German Medical Association*. *BMJ* [online]. 2010, 341(dec17 2) [cit. 2019-07-02]. DOI: 10.1136/bmj.c7279. ISSN 0959-8138. Dostupné z: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.c7279>

STRICKLAND, Sophie. *Conscientious Objection in Medical Students: a Questionnaire Survey*. *Journal of Medical Ethics* [online]. 2012(vol. 38, no. 1), 22–25 [cit. 2019-06-26]. Dostupné z: <http://www.jstor.org/stable/23072125>.

TOMÁŠ, Doležal. *Vybrané právní aspekty spojené se smluvním charakterem poskytování zdravotních služeb*. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky* [online]. 2014, Vol 4(No 3), 69-81 [cit. 2019-07-09]. Dostupné z: <http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/84>

TRIGG, Roger. *Accommodating conscience in medicine*. *Journal of Medical Ethics* [online]. 2015, 41(2), 174-174 [cit. 2019-06-06]. DOI: 10.1136/medethics-2013-101892. ISSN 0306-6800. Dostupné z: <http://jme.bmj.com/lookup/doi/10.1136/medethics-2013-101892>

9. Seznam použitých vysokoškolských kvalifikačních prací

BARNÁŠOVÁ, Michaela. *Středověká filozofie – Tomáš Akvinský* [online]. Plzeň, 2013 [cit. 2019-06-05]. Dostupné z: https://otik.zcu.cz/bitstream/11025/14514/1/Michaela%20Barnasova_Stredoveka%20filozofie%20-%20Tomas%20Akvinsky.pdf. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta filozofická. Vedoucí práce Mgr. Eduard Neupauer, Ph.D.

HANÍK, Vladimír. *Výhrada svědomí se zaměřením na zdravotnictví* [online]. Plzeň, 2018 [cit. 2019-07-04]. Dostupné z: <https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/33023/1/Diplomka%20fin1.5.pdf>. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta právnická. Vedoucí práce JUDr. Tomáš Pezl.

KOUSALOVÁ, Anna. *Medicina ve starověkém Římě* [online]. Brno, 2013 [cit. 2019-06-05]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/104620/prif_m/doc2_upr.pdf. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně, Přírodovědecká fakulta, Ústav antropologie. Vedoucí práce Prof. PhDr. Jaroslav Malina, DrSc.

MATĚJEK, Jaromír. *Svědomí v lékařské etice* [online]. Brno, 2006 [cit. 2019-06-05]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/prirr/Svedomi_v_lekarske_etice.pdf. Dizertační práce. Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta.

MOUČKOVÁ, Pavlína. *Tomášův Komentář k Etice Nikomachově: Rozdíl mezi pojetím blaženosti, dobra a štěstí u Aristotela a sv. Tomáše* [online]. České Budějovice, 2011 [cit. 2019-06-05]. Dostupné z: https://theses.cz/id/7a4111/Diplomov_prce_pdf.pdf. Diplomová

práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Teologická fakulta, Katedra filosofie a religionistiky. Vedoucí práce Doc. Tomáš Machula, Ph.D., Th.D.

ŠOLC, Martin. *Význam a ochrana svědomí lékaře ve vztahu mezi lékařem a pacientem* [online]. Praha, 2018 [cit. 2019-06-06]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/103848/120306271.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, Katolická teologická fakulta, Katedra teologické etiky a spirituální teologie. Vedoucí práce MUDr. ThLic. Jaromír Matějka, Th.D., Ph.D.

VYVLEČKOVÁ, Petra. *Vztah pacienta a lékaře* [online]. Praha, 2017 [cit. 2019-06-07]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/180125/>. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta. Vedoucí práce doc. JUDr. Josef Salač, Ph.D.

10. Seznam použitých internetových zdrojů

DOLEŽAL, Adam. *Výhrada svědomí - ano či ne?*. Zdravotnické právo a bioetika [online]. [cit. 2019-06-06]. Dostupné z: <https://zdravotnickepravo.info/vyhrada-svedomi-ano-ci-ne/>

Etická komise MZ. Portál poradních orgánů, pracovních skupin a odborných komisí Ministerstva zdravotnictví [online]. [cit. 2019-06-06]. Dostupné z: <https://ppo.mzcr.cz/workGroup/1>

European Court of Human Rights. European Court of Human Rights [online]. [cit. 2019-06-25]. Dostupné z: <https://www.echr.coe.int/Pages/home.aspx?p=court/judges&c=>

Listina základních práv EU. Euroskop.cz [online]. [cit. 2019-07-04]. Dostupné z: <https://www.euroskop.cz/204/sekce/listina-zakladnich-prav-eu/>

Obyvatelstvo podle náboženské víry v krajích. Český statistický úřad [online]. [cit. 2019-07-11]. Dostupné z: <https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vyhledavani&katalog=all&vyhltext=náboženstv%C3%AD>

Od medicíny mlčení k informovanému souhlasu. Zdravotnictví a medicína [online]. Praha, 2007 [cit. 2019-06-06]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/od-mediciny-mlceni-k-informovanemu-souhlasu-300318>

Swedish anti-abortion midwife loses court case. BBC [online]. [cit. 2019-07-22]. Dostupné z: <https://www.bbc.com/news/world-europe-39587154>

ŠOLC, Martin. *Výhrada svědomí ve zdravotnictví: právní a etické aspekty relevantní v českém prostředí*. Praha, 2015. Studentská vědecká odborná činnost. Dostupné z: <https://moodle.prf.cuni.cz/mod/data/view.php?id=8&rid=501&lang=en>. Studentská vědecká a odborná činnost.

Švédsko ignoruje výhradu svědomí. FATYM Vranov nad Dyjí [online]. [cit. 2019-07-22]. Dostupné z: <http://www.fatym.com/view.php?cisloclanku=2015110093>

Švédská porodní asistentka tvrdí, že jí byla odepřena práce proto, že je zastánkyní života. Res Clarity Monitor[online]. [cit. 2019-07-22]. Dostupné z: <https://rcmonitor.cz/evropa/7579-Svedska-porodni-asistentka-tvr-di-ze-ji-by-la-ode-p-re-na-pra-ce-pro-to-ze-je-zastankyni-zivota>

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 1: Dotazník

Právo zdravotnického pracovníka neposkytnout zdravotní péči

Právo zdravotnického pracovníka neposkytnout zdravotní péči

1. Jste

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Lékař
- Všeobecná / dětská / praktická sestra
- Jiný zdravotnický pracovník (prosím napiště)
- Student lékařské fakulty

2. Váš věk je

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- do 29 let
- 30 - 49 let
- 50 let a více

3. Jste obeznámen(a) s institutem výhrady svědomí a náboženského vyznání v oblasti zdravotnictví?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Ano
- Ne

4. Pokud ano, co si pod tímto institutem představujete? Využili jste jej někdy? Popřípadě v jakých situacích si dovedete představit, že byste jej využili?

Nápověda k otázce: *Pokud s tímto institutem obeznámeni nejste, napiště např. NE*

5. Z jakých důvodů lze podle Vás legálně neposkytnout / ukončit péči o pacienta, který není bezprostředně ohrožen na životě?

6. Existuje nějaký důvod pro ukončení zdravotní péče / její neposkytnutí, který není právně zakotven a přesto byste jej v praxi uvítali?

Nápověda k otázce: *Napište prosím důvod(y), které Vás napadají*

7. Jste

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- muž
- žena

8. V jakém typu zdravotnického zařízení působíte?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Okresního typu
- Krajského typu
- Fakultního typu
- Jiné
- V současné době studuji

Právo lékaře neposkytnout zdravotní péči

Abstrakt

Právo lékaře neposkytnout zdravotní péči je oblast, které se navzdory její důležitosti věnuje velmi malá pozornost. Cílem práce není vytvořit povrchní popis jednotlivých důvodů pro neposkytnutí zdravotní péče, nýbrž analýza nejproblematictějších institutů v této oblasti. Z tohoto důvodu byl jako stěžejní zkoumaný institut vybrán institut medicínské výhrady svědomí a náboženského vyznání, který je předmětem častých výkladových, soudních, ale i etických sporů. V práci je obsažena i kapitola o neposkytnutí zdravotní péče z důvodu ohrožení života či zdraví zdravotnického pracovníka. Všechny další důvody pro neposkytnutí zdravotní péče či její ukončení jsou v práci stručně zkoumány v kontextu tzv. smluvního přímusu (neboli kontrakční povinnosti) poskytovatelů zdravotních služeb.

Na institut výhrady svědomí a náboženského vyznání je nejčastěji pohlíženo optikou veřejného práva. V práci je ale představen především ve světle práva soukromého – občanského. Stručnou filozofickou a etickou analýzu tohoto institutu následuje rozsáhlá analýza právní. Zákonná úprava a judikatura českých, zahraničních i mezinárodních soudů v této oblasti tvoří teoretickou část práce.

Vlastní výzkum, provedený pomocí dotazníkového šetření tvoří část praktickou. V této části je ověřeno fungování zkoumané právní úpravy v praxi i povědomí lékařů o institutu výhrady svědomí a náboženského vyznání. Odpovědi respondentů odráží nejen názor na stav současné právní úpravy, ale zahrnují i úvahy de lege ferenda, tedy návrhy, které by očima lékařů mohly v budoucnu přispět ke zlepšení fungování jak institutu výhrady svědomí a náboženského vyznání, tak fungování vztahu lékaře a pacienta obecně.

Závěrečné srovnání české právní úpravy s právní úpravou Švédského království přináší odlišný pohled na celou zkoumanou problematiku. Zhodnoceny jsou jak přínosy, tak zápory obou porovnávaných právních úprav.

Klíčová slova: právo lékaře neposkytnout zdravotní péči, výhrada svědomí a náboženského vyznání, zdravotnické právo

Doctors' Right to Withhold Medical Care

Abstract

Very little attention is being paid to the rights doctors have to refuse to provide medical care, notwithstanding how important this area of interest is. It is not the aim of this thesis to provide a superficial description of fundamental grounds for withholding treatment. Its primary purpose is to present an analysis of the issues that are of most concern. To this end, the key concepts closely examined are conscientious objection and religious beliefs, as these constitute the subject of frequent interpretative, judicial and ethical disputes. A chapter in this thesis is also dedicated to refusal to provide healthcare based on a risk to the life or body of the health professional. All of the other reasons for not providing medical care or for ending it are briefly discussed within the context of the so-called contractual obligation of healthcare providers.

Conscientious objection and religious beliefs are most often viewed from the perspective of public law. Nevertheless, in this thesis the two concepts are presented mainly in the light of private and civil law. A short philosophical and ethical analysis of the two concepts is followed by an extensive legal analysis. The theoretical part of the thesis concentrates on related statutory regulation and the case-law of Czech, foreign and international courts.

Research carried out through an interview survey makes up the practical part of the thesis. The practical part verifies the practical functioning of the legislation at issue and doctors' awareness about conscientious objection and religious beliefs. Responses show not only a perception of how legislation now stands, but also considerations *de lege ferenda*, specifically recommendations that through doctors' eyes could, in the future, contribute to improving the functioning of both conscientious objection and religious beliefs on the one hand, and the doctor-patient relationship in general on the other hand.

A closing comparison of the legislation of the Czech Republic and the legislation of the Kingdom of Sweden provides a different perspective on the issues examined. The positive effects as well as the adverse ones of the two opposing legislative systems are assessed.

Key words: Doctors' Right to Withhold Medical Care, Conscientious Objection, Health Law