

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**Právnická fakulta**

**Katedra trestního práva**

**Mgr. Klára Daňková**

**UKONČENÍ LÉČBY S NÁSLEDKEM SMRTI PACIENTA**

**Rigorózní práce**

Konzultant: JUDr. Rudolf Vokoun, CSc.

Datum vypracování práce (uzavření rukopisu): červenec 2016

## **Čestné prohlášení**

*Prohlašuji, že jsem předkládanou rigorózní práci vypracovala samostatně za použití zdrojů a literatury v ní uvedených a práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.*

V Praze dne 28.07.2016

Podpis: \_\_\_\_\_

Mgr. Klára Daňková

## **Poděkování**

*Na tomto místě bych chtěla nesmírně poděkovat konzultantovi mé práce, panu JUDr. Rudolfu Vokounovi, CSc., za jeho vstřícnost, odborné vedení a cenné rady při psaní této rigorózní práce.*

*Dále bych chtěla velice poděkovat paní JUDr. Heleně Krejčíkové, Ph.D., za cennou konzultaci k tématu této práce.*

Mgr. Klára Daňková

# OBSAH:

ÚVOD .....	1
<b>1. VYBRANÉ PRÁVNÍ ASPEKTY UKONČENÍ LÉČBY .....</b>	<b>3</b>
1.1 UKONČENÍ LÉČBY Z POHLEDU ZÁKLADNÍCH LIDSKÝCH PRÁV.....	3
1.1.1 Právo na život.....	3
1.1.2 Právo na zachování lidské důstojnosti .....	6
1.1.3 Právo na autonomii vůle a svobodné jednání.....	10
1.2 PRÁVO NA OCHRANU OSOBNOSTI VE VZTAHU K UKONČENÍ LÉČBY.....	12
1.2.1 Právo na duševní a tělesnou integritu .....	13
1.3 UKONČENÍ LÉČBY JAKOŽTO STŘET HODNOT .....	15
1.4 EXKURS I: PROBLEMATIKA EUTHANASIE .....	15
1.4.1 Definice euthanasie.....	16
1.4.2 Formy euthanasie .....	16
1.4.3 Asistovaná sebevražda.....	19
1.4.4 Současné právní přístupy k euthanasii v zahraničí a v České republice.....	21
<b>2. PRÁVNÍ A MEDICÍNSKÉ DŮVODY UKONČENÍ LÉČBY .....</b>	<b>28</b>
2.1 ODMÍTNUTÍ LÉČBY PACIENTEM .....	28
2.1.1 Informovaný souhlas jako základní předpoklad léčby.....	28
2.1.2 Poskytování zdravotních služeb a hospitalizace bez souhlasu .....	37
2.1.3 Negativní revers (informovaný nesouhlas) .....	40
2.2 LIMITY MEDICÍNY .....	50
2.2.1 Postup lege artis a limity medicíny .....	50
2.2.2 Marná léčba (futile care).....	53
2.2.3 Rationing .....	59
<b>3. DŘÍVE VYSLOVENÁ PŘÁNÍ.....</b>	<b>61</b>
3.1 PRÁVNÍ ÚPRAVA DŘÍVE VYSLOVENÝCH PŘÁNÍ.....	61
3.2 POKYNY DO NOT RESUSCITATE.....	68
3.3 SVĚDKOVÉ JEHOVOVI A ODMÍTÁNÍ KREVNÍ TRANSFUZE.....	70
3.4 UKONČENÍ PŘÍSTROJOVÉ PODPORY ŽIVOTNÍCH FUNKCÍ .....	75
3.4.1 Současný právní přístup v ČR .....	75
3.4.2 Aktivní a pasivní způsobení smrti.....	79
3.5 VYBRANÁ ZAHRANIČNÍ JUDIKATURA.....	81
3.5.1 USA .....	82

3.5.2	<i>Velká Británie</i> .....	86
3.5.3	<i>Německo</i> .....	87
3.6	ÚVAHA DE LEGE FERENDA .....	90
<b>4.</b>	<b>OTÁZKA TRESTNÍ ODPOVĚDNOSTI LÉKAŘE .....</b>	<b>92</b>
4.1	OBECNĚ K TRESTNÍ ODPOVĚDNOSTI VE ZDRAVOTNICTVÍ .....	92
4.1.1	<i>Kriminalizace lékařů</i> .....	92
4.1.2	<i>Předpoklady trestní odpovědnosti lékaře</i> .....	96
4.2	OKOLNOSTI VYLUČUJÍCÍ PROTIPRÁVNOST V PŘÍPADĚ UKONČENÍ LÉČBY .....	107
4.3	TRESTNÉ ČINY .....	111
4.3.1	<i>Vražda</i> .....	114
4.3.2	<i>Zabití</i> .....	118
4.3.3	<i>Účast na sebevraždě</i> .....	121
4.3.4	<i>Neposkytnutí pomoci</i> .....	122
4.4	TRESTNÍ ODPOVĚDNOST ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ .....	125
4.5	EXKURS II: NÁVRH ZÁKONA O DŮSTOJNÉ SMRTI .....	129
	<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>134</b>
	<b>PŘÍLOHY</b> .....	<b>137</b>
	<b>SEZNAM ZKRATEK</b> .....	<b>143</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ</b> .....	<b>145</b>
	<b>RESUMÉ</b> .....	<b>165</b>
	<b>ABSTRAKT</b> .....	<b>166</b>
	<b>ABSTRACT</b> .....	<b>167</b>
	<b>KLÍČOVÁ SLOVA</b> .....	<b>168</b>

## ÚVOD

Tato rigorózní práce, jenž volně navazuje na moji diplomovou práci na téma euthanasie<sup>1</sup>, je věnována problematice ukončování a nezahajování život zachraňující či udržující léčby pacienta lékařem.<sup>2</sup> Uvedené téma jsem zvolila proto, že ačkoli se dle mého názoru jedná o velice aktuální otázku zásadního významu, jejíž právní úprava v České republice vykazuje řadu nedostatků, které je třeba řešit, nevěnuje se tématu ukončování a nezahajování život zachraňující či udržující léčby mnoho pozornosti (ve srovnání např. s otázkou euthanasie, která je předmětem rostoucího zájmu odborníků i veřejnosti). Není přitom pochyb, že se jedná o problematiku velice citlivou a závažnou, dotýkající se různých oblastí práva, medicíny a etiky, která zasahuje jednu z nejvyšších ústavně chráněných hodnot, a to lidský život, a je spojena s rizikem trestní odpovědnosti za smrt pacienta. Bylo by tedy nanejvýš žádoucí, aby podmínky ukončování a nezahajování život zachraňující či udržující léčby byly v právním řádu jasně vymezeny. Dovoluji si však tvrdit, že současná právní úprava tomuto požadavku příliš neodpovídá.

Navzdory mnoha nejasnostem, které v této oblasti panují, musí lékaři otázku ukončování a nezahajování život zachraňující či udržující léčby řešit dnes a denně, ať už z důvodu odmítnutí takové léčby pacientem nebo z důvodu její marnosti a neúčelnosti. Moderní medicína dosahuje takové úrovně, že dokáže významně prodloužit délku života a je schopna udržovat při životě i pacienty stížené selháním základních životních funkcí. Stinnou stránkou medicínského pokroku však je, že mnoho lidí dnes končí svůj život nikoli poklidnou smrtí ve spánku ve svém domově, ale pomalým umíráním v nemocnicích a léčebnách dlouhodobě nemocných a při životě jsou udržováni často značně zatěžující léčbou a přístrojovou technikou. Tato situace je příčinou moderní popularizace euthanasie a požadavků na její legalizaci. Takový krok však nepovažuji za správné řešení, neboť se domnívám, že je především třeba zajistit kvalitní paliativní péči, která je dnes pro mnoho pacientů nedostupná, a vymezit jasné podmínky ukončování a nezahajování život zachraňující a udržující léčby, jejichž

---

<sup>1</sup> VLČKOVÁ, Klára. *Euthanasie*. Praha, 2013, 82 s. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Právnická fakulta, Katedra trestního práva. Vedoucí práce Dagmar Císařová

<sup>2</sup> Pro účely lepší plynulosti textu bude pro označení této problematiky v této práci užíván jako synonymum i zkrácený pojem „ukončení léčby“.

splnění bude lékařům zaručovat beztrestnost, neboť současné postavení lékařů je s ohledem na nízkou právní jistotu v této oblasti značně nezáviděníhodné, a to zejména v případech, kdy o ukončení či nezahájení takové léčby žádá pacient.

Tato práce je rozdělena do čtyř kapitol. První kapitola je věnována vybraným právním aspektům ukončování léčby, zejména vztahu této problematiky k základním lidským právům a jejich vzájemnému střetu, k němuž ukončováním léčby dochází, a dále obsahuje exkurs k problematice euthanasie, která je s otázkou ukončování léčby často spojována. V kapitole druhé jsou uvedeny právní a medicínské důvody ukončení léčby, představující možné důvody beztrestnosti lékaře při smrti pacienta. Kapitola třetí se zabývá institutem dříve vyslovených přání, jakožto významné součásti rozhodování na konci života pacienta, informuje o současné právní úpravě tohoto institutu, upozorňuje na její slabá místa, představuje nejčastější případy realizace dříve vyslovených přání v praxi a s tím související nejznámější zahraniční soudní spory a zamýšlí se nad žádoucími změnami právní úpravy tohoto institutu de lege ferenda. Poslední kapitola je věnována otázce trestní odpovědnosti lékaře za smrt pacienta způsobenou ukončením či nezahájením léčby, pojednává o trestných činech, jejichž spáchání přichází v případech protiprávního ukončení či nezahájení život zachraňující či udržující léčby nejvíce v úvahu, upozorňuje na změny v trestní odpovědnosti právnických osob, které přináší nedávno přijatá novela zákona o trestní odpovědnosti právnických osob, a v jejichž důsledku bude přicházet v úvahu i trestní odpovědnost zdravotnického zařízení za smrt pacienta, a na úplný závěr předkládá krátký exkurs k návrhu zákona o důstojné smrti, který byl předložen Poslanecké sněmovně krátce před dokončením této práce.

Cílem této práce je představit a zhodnotit aktuální přístup českého právního řádu k otázce ukončování a nezahajování život zachraňující či udržující léčby, poukázat na jeho nedostatky, zamyslet se nad jejich vhodným řešením, a přispět tak k možnému prohloubení potřebných diskuzí na toto téma.

Předkládaná práce vychází z právního stavu účinného ke dni 28.07.2016.

# 1. VYBRANÉ PRÁVNÍ ASPEKTY UKONČENÍ LÉČBY

Ukončování léčby je velice složitou problematikou zasahující do mnoha právních oblastí. Trestněprávním důsledkům ukončení léčby, které s ohledem na téma této práce považuji za nejdůležitější, je věnována kapitola čtvrtá. Na začátek je však třeba uvést ty nejzákladnější právní aspekty předkládané problematiky, konkrétně její souvislost s oblastí lidských práv a ochrany osobnosti.

## 1.1 Ukončení léčby z pohledu základních lidských práv

Problematika ukončování léčby je úzce spojena se základními lidskými právy, zejména s právem na život, právem na osobní nedotknutelnost, právem na zachování lidské důstojnosti a právem na respektování autonomie vůle. Uvedená práva jsou zaručena většinou lidskoprávních dokumentů, např. Listinou základních práv a svobod<sup>3</sup>, Úmluvou o biomedicině<sup>4</sup>, Všeobecnou deklarací lidských práv<sup>5</sup>, Úmluvou o ochraně lidských práv a základních svobod<sup>6</sup> atd.

### 1.1.1 Právo na život

Právo na život je na národní úrovni zaručeno zejména článkem 6 Listiny základních práv a svobod, který stanoví, že „každý má právo na život“ a „nikdo nesmí být zbaven života“. Z této zásady připouští Listina jedinou výjimku, když stanoví, že porušením práva na život není zbavení života v souvislosti s jednáním, které podle zákona není trestné. Má zde na mysli zejména případy tzv. okolností vylučujících protiprávnost, mezi něž patří například krajní nouze, nutná obrana a svolení poškozeného (blíže viz kapitola čtvrtá). Podobným způsobem je právo na život zakotveno i v článku 2 již zmíněné Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod. Z české legislativy je dále právo na život chráněno zejména trestním zákoníkem<sup>7</sup>. Jádrem trestněprávní ochrany života je hlava I. zvláštní části trestního

---

<sup>3</sup> Listina základních práv a svobod, vyhlášená usnesením předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb. (dále též jen „Listina“)

<sup>4</sup> Úmluva na ochranu práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, publikovaná ve Sbírce mezinárodních smluv pod č. 96/2001 Sb.m.s. (dále též jen „Úmluva o biomedicině“)

<sup>5</sup> Všeobecná deklarace lidských práv, přijatá Valným shromážděním OSN dne 10.12.1948

<sup>6</sup> Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod, vyhlášená sdělením federálního ministerstva zahraničí č. 209/1992 Sb.

<sup>7</sup> Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů (dále též jen „trestní zákoník“ nebo „TZ“)



zákoníku, věnovaná trestným činům proti životu a zdraví. Trestnými činy z této oblasti se podrobněji zabývá kapitola čtvrtá této práce, neboť některé z nich jsou z pohledu českého právního řádu s problematikou ukončení/nezahájení život zachraňující léčby nerozlučně spjaty. Vedle trestných činů proti životu a zdraví, obsažené v hlavě I., obsahuje i většina ostatních hlav zvláštní části trestního zákoníku mnoho trestných činů, jejichž objektem<sup>8</sup> je život, byť až v rámci tzv. kvalifikované skutkové podstaty<sup>9</sup> - jako příklad lze uvést následující trestné činy, u nichž pachatel způsobí smrt jako „vedlejší efekt“: loupež dle § 173 odst. 1 a 4 TZ (hlava II.), znásilnění dle § 185 odst. 1 a 4 TZ (hlava III.), týrání svěřené osoby dle § 198 odst. 1 a 3 písm. b) TZ (hlava IV.), obecné ohrožení dle § 272 odst. 1 a 3 písm. a) TZ (hlava VII.) atd. Ochrana života je tedy v českém trestním právu věnován významný prostor. Při pohledu na systematiku trestního zákoníku, kdy trestné činy proti životu a zdraví jsou upraveny na prvním místě, před všemi ostatními trestnými činy, je zřejmé, že hodnotě života a právu na jeho ochranu přikládá stát ten nejvyšší význam.

Co je však obsahem práva na život? Ačkoliv tato otázka může na první pohled působit jako notorieta, ve skutečnosti na ni není snadné odpovědět. M. Mitlöhner hovoří o právu na život jako o nezastupitelném a nepřevoditelném dispozičním právu k vlastnímu životu, které „*je-li uplatněno v souladu s principy svobodné vůle a jejího svobodného projevu, musí být bezvýjimečně respektováno*“<sup>10</sup>, zároveň však odmítá interpretaci práva na život jako povinnosti žít. Užší, přesto však dle mého názoru nejpřesnější definici práva na život předložili E. Wagnerová a kol. v komentáři k Listině základních práv a svobod, v němž uvádí, že článek 6 „*garantuje právo na život, a to v jeho postupu doby ustálené užší podobě, tj. právo na fyzickou a biologickou existenci člověka na Zemi, na lidský život, v jeho bazálním, nejvýznamnějším aspektu založeném na důstojnosti lidského života, vycházejícího ze samotné podstaty lidství.*“<sup>11</sup> Dále autoři poukazují na základní obrannou funkci tohoto základního lidského práva,

---

<sup>8</sup> Objekt trestného činu je jeden ze znaků skutkové podstaty trestného činu a označuje „společenské vztahy (například vztahy vlastnické), zájmy a hodnoty (například život člověka, jeho zdraví, čest, důstojnost, jeho osobní svobodu) chráněné trestním zákonem“. In: JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část*. 5. vydání. Praha: Leges, 2016, s. 170

<sup>9</sup> Kvalifikovaná skutková podstata označuje vyšší stupeň závažnosti trestného činu. Tvoří ji znaky základní skutkové podstaty (znaky běžného typu daného trestného činu) spolu s nějakým dalším znakem, který zvyšuje závažnost daného činu. In: JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část*. 5. vydání. Praha: Leges, 2016, s. 166

<sup>10</sup> MITLÖHNER, Miroslav. *Euthanasie - náměty k diskuzi*. Zdravotnictví a právo. 2002, č. 11, s. 12

<sup>11</sup> WAGNEROVÁ, Eliška et al. *Listina základních práv a svobod: komentář*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012, Komentáře Wolters Kluwer. s. 150-185

kteřá je patrná z častého vymezování práva na život jako „*práva nebýt zbaven života*“.<sup>12</sup> Lze tedy říci, že garance práva na život spočívá v první řadě v povinnosti státu chránit lidský život. Problémy někdy způsobuje vymezení rozsahu této ochrany, neboli určení počátku a konce lidského života. Obecně bývá rozsah ochrany práva na život vymezen „*od okamžiku narození do okamžiku smrti jednotlivce*“.<sup>13</sup> Značně kontroverzní je však otázka ochrany života lidského plodu před narozením v souvislosti s problematikou interrupcí, neboť v případě umělého ukončování těhotenství dochází ke střetu práva nenarozeného dítěte na život s právem matky na svobodné rozhodnutí, či dokonce právem matky na život, který je těhotenstvím ohrožen. V České republice lze interrupce legálně provádět na základě zákona č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství. Přerušení těhotenství jinak než způsobem přípustným podle zákona o umělém přerušení těhotenství nebo bez souhlasu těhotné ženy je trestným činem dle ustanovení § 159 a násl. TZ. Pokud jde o nastíněný případ střetu práva na život nenarozeného dítěte a matky, jejíž život je těhotenstvím ohrožen, v takovém případě většinou převládá zájem na ochraně života matky. Problematika určení počátku lidského života za účelem vymezení rozsahu ochrany práva na život je značně složitou tematikou zasluhující si samostatné pojednání. Alespoň takto na okraj však bylo žádoucí se i o tomto problému stručně zmínit, neboť diskuze věnované právu na život na něj často naráží.<sup>14</sup>

Pro účely této práce je mnohem významnější další aspekt práva na život, který se týká opačného konce lidského života - smrti. S právem na život je často spojováno i právo na jeho důstojné ukončení, o němž se nejčastěji hovoří jako o právu na (důstojnou) smrt<sup>15</sup> (anglicky „*right to die with dignity*“ nebo jen „*right to die*“), jakkoli je existence tohoto práva zpochybňována. Právo na důstojnou smrt bývá odvozováno z práva na důstojnost, svobodu a autonomii a mnozí jej dokonce považují za nedílnou součást práva na život s odůvodněním, že má-li člověk právo na důstojný život, měl by mít rovněž právo z něho důstojně odejít. Důstojnou smrt je však dosti složité definovat, neboť samotný pojem důstojnost je velmi individuální a nelze jej zcela generalizovat. Nejčastěji se právem na důstojnou smrt rozumí možnost převzetí kontroly nad koncem

---

<sup>12</sup> WAGNEROVÁ, Eliška et al. *Listina základních práv a svobod: komentář*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012, Komentáře Wolters Kluwer. s. 150-185

<sup>13</sup> Tamtéž

<sup>14</sup> Tamtéž

<sup>15</sup> Ačkoli by bylo vhodnější a přesnější držet se pojmu „právo na důstojné umírání“, s ohledem na zažitou terminologii a pro účely lepší plynulosti textu budou dále v této práci jako synonyma užívány pojmy „právo na (důstojnou) smrt“ a „právo (důstojně) zemřít“.

vlastního života a svobodného určení způsobu a času odchodu ze života, když žítí začne být pro člověka nedůstojné v důsledku utrpení plynoucího z nevyléčitelného onemocnění. Z pohledu českého právního řádu není možné existenci práva na smrt uznat. Přestože ústavně garantované právo na život nelze vykládat jako povinnost žít, není ani možné z tohoto práva jakýmkoli způsobem vyvozovat právo zemřít, neboť by se jednalo o nepřipustné rozšiřování vůle zákonodárce, jehož jednoznačným úmyslem při tvorbě čl. 6 Listiny byla ochrana života, nikoli záruka jeho bezbolestného ukončení. Osobně považuji právo na smrt pouze za populární termín bez sebemenší opory v zákoně. V tomto případě je použití slova „právo“ zcela zavádějící, neboť vyvolává mylnou představu právní garance, která je ovšem neslučitelná s jakoukoli formou ukončení života a ve skutečnosti naprosto v rozporu s právem na život dle čl. 6 Listiny.<sup>16</sup>

V případech ukončování či nezahajování život zachraňující (udržující) léčby dochází ke střetu práva na život s dalšími ústavně chráněnými právy, zejména s právem na autonomii, zachování lidské důstojnosti a osobní nedotknutelnost. Otázce, za jakých podmínek je ukončení takovéto léčby legální, je věnována kapitola druhá. Nyní je třeba představit i ostatní výše uvedená základní lidská práva.

### **1.1.2 Právo na zachování lidské důstojnosti**

Právo na zachování lidské důstojnosti je v českém právním řádu rovněž garantováno především Listinou, která hned na úvod v článku 1, inspirována článkem 1 Všeobecné deklarace lidských práv, uvádí, že „*lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech*“, a dále v článku 10 stanoví, že „*každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno*“. Též Ústava ČR<sup>17</sup> ve své preambuli zmiňuje lidskou důstojnost a označuje ji za nedotknutelnou hodnotu. Z mezinárodních dokumentů je třeba opět zmínit Úmluvu o biomedicině, v jejíž preambuli členské státy Rady Evropy uznávají důležitost zajištění důstojnosti lidské bytosti a s vědomím toho, že „*zneužití biologie a medicíny může vést k činům ohrožujícím lidskou důstojnost*“, se rozhodly „*přijmout taková opatření, která jsou nezbytná pro zajištění lidské důstojnosti a základních práv a svobod každého*

---

<sup>16</sup> VLČKOVÁ, Klára. *Euthanasie*. Praha, 2013. 82 s. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Právnická fakulta, Katedra trestního práva. Vedoucí práce Dagmar Císařová, s. 57

<sup>17</sup> Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky (dále též jen „Ústava“)

*jednotlivce v souvislosti s aplikací biologie a medicíny“.* Článek 1 této Úmluvy dále stanoví, že „*smluvní strany budou chránit důstojnost a svébytnost všech lidských bytostí a každému bez diskriminace zaručí úctu k integritě jeho bytosti a ostatní práva a základní svobody při aplikaci biologie a medicíny“.*

Je nepochybné, že ochrana lidské důstojnosti patří mezi nejzákladnější lidská práva a nedůležitější priority právního státu, přičemž zvláštní důraz je na ni kladen právě v oblasti péče o zdraví, neboť zde často nevyhnutelně dochází k zásahům do integrity jednotlivce, omezování osobní svobody a ztrátě kontroly nad vlastním životem.

I zde však vyvstává otázka, co to vlastně je lidská důstojnost a co je obsahem práva na její ochranu. Podobně jako mnoho dalších běžně používaných pojmů je pojem lidské důstojnosti dosti abstraktní a navzdory tomu, s jakou samozřejmostí je v každodenním životě používán, jeho definování je poměrně složité. Definicí lidské důstojnosti se již několikrát zabýval Ústavní soud ČR. Bývalá soudkyně Ústavního soudu E. Wagnerová uvádí, že prvním rozhodnutím Ústavního soudu, které se podrobněji zabývalo působením garance lidské důstojnosti v ústavním pořádku, je nálezný sp. zn. IV. ÚS 412/04 (E. Wagnerová byla v daném případě jedním z rozhodujících soudců Ústavního soudu, konkrétně soudcem zpravodajem).<sup>18</sup> V tomto nálezu Ústavní soud mimo jiné uvedl následující: „*Těžištěm ústavního pořádku České republiky je jedinec a jeho práva garantovaná ústavním pořádkem ČR. Jedinec je východiskem státu. Stát a všechny jeho orgány jsou ústavně zavázány k ochraně a šetření práv jedince. Pojetí naší ústavnosti se přitom neomezuje na ochranu základních práv jedinců (kupř. právo na život, zaručení právní subjektivity), ale v souladu s poválečnou změnou v chápání lidských práv (jež nalezla vyjádření např. v Chartě OSN či ve Všeobecné deklaraci lidských práv) se stala základní bází, z níž vychází interpretace všech základních práv, lidská důstojnost, která mj. vylučuje, aby s člověkem bylo zacházeno jako s předmětem. Otázky lidské důstojnosti jsou v tomto pojetí chápány jako součást kvality člověka, součást jeho lidství. Garantování nedotknutelnosti lidské důstojnosti člověku umožňuje plně užívat své osobnosti (...) v*

---

<sup>18</sup> WAGNEROVÁ, Eliška. *Text Elišky Wagnerové o pojetí lidské důstojnosti u příležitosti kolokvia Ústavního soudu s Aharonem Barakem*. 2014. Dostupné z: <http://eliskawagnerova.cz/aktuality/text-elisky-wagnerove-o-pojeti-lidske-dustojnosti-u-prilezitosti-kolokvia-ustavniho-soudu-s-aharonem-barakem/>

žádném aplikačním postupu, ani v žádném individuálním či v normativním aktu veřejné moci nesmí být obsaženo nic, co by porušovalo základní práva vyložená v hranicích lidské důstojnosti. Výše vymezené pojetí lidské důstojnosti nutno promítnout i do sféry právní způsobilosti a má silné implikace i v oblasti způsobilosti k právním úkonům, neboť prostřednictvím způsobilosti k právním úkonům (jednáním) a procesní způsobilosti se uvádí v život ústavní garance právní subjektivity jednotlivce (čl. 5 Listiny). Práva či nároky, které by postrádaly prostředek k ochraně jejich zachování, by byly jen prázdnými proklamacemi.<sup>19</sup> Na citovaný nález dle E. Wagnerové navazuje nález sp. zn. II. ÚS 2268/07 (v tomto případě se E. Wagnerová rovněž podílela na rozhodovacím procesu jako soudce zpravodaj), v němž Ústavní soud uvedl následující: „Respekt a ochrana lidské důstojnosti a svobody je nejvyšším a nejobecnějším účelem práva. ... Lidská důstojnost jako hodnota je ukotvena v samých základech celého řádu základních práv obsažených v ústavním pořádku. Je s ní spojen nárok každé osoby na respekt a uznání jako lidské bytosti, z něhož plyne zákaz činit z člověka pouhý objekt státní vůle anebo zákaz vystavení osoby takovému jednání, které zpochybňuje její kvalitu jako subjektu.”<sup>20</sup> E. Wagnerová ve svém textu o pojetí lidské důstojnosti rovněž upozornila na rozhodnutí Spolkového ústavního soudu 1 BvL 1, 3, 4/09 - Hartz IV (2010), v němž soud definoval úroveň důstojného lidského bytí poměrně podrobně, jako „zahrnující jak fyzickou existenci člověka, tedy výživu, ošacení, zařízení domácnosti, přístřeší, vytápění, hygienu a zdraví, tak také zajištění možnosti pěstovat mezilidské vztahy a minimální míru účasti na společenském, kulturním a politickém životě, neboť člověk jako osoba existuje nutně v sociálních vazbách“.<sup>21</sup>

Z výše uvedených je zřejmě nejvýstižnější definice obsažená v nálezu sp. zn. II. ÚS 2268/07, podle níž je lidská důstojnost základní hodnotou našeho ústavního pořádku, s níž je spojen nárok každé osoby na respekt a uznání jako lidské bytosti, z něhož plyne zákaz činit z člověka pouhý objekt státní vůle anebo zákaz vystavení osoby

---

<sup>19</sup> Nález Ústavního soudu sp. zn. IV. ÚS 412/04 ze dne 7.12.2005

<sup>20</sup> Nález Ústavního soudu sp. zn. II. ÚS 2268/07 ze dne 29.2.2008

<sup>21</sup> WAGNEROVÁ, Eliška. *Text Elišky Wagnerové o pojetí lidské důstojnosti u příležitosti kolokvia Ústavního soudu s Aharonem Barakem*. 2014. Dostupné z: <http://eliskawagnerova.cz/aktuality/text-elisky-wagnerove-o-pojeti-lidske-dustojnosti-u-prilezitosti-kolokvia-ustavniho-soudu-s-aharonem-barakem/>

takovému jednání, které zpochybňuje její kvalitu jako subjektu.<sup>22</sup> Z této definice bude tato práce dále vycházet.

Je nepochybné, že právo na zachování a ochranu lidské důstojnosti s problematikou ukončování léčby úzce souvisí. Každý pacient má právo, aby byl respektován jeho názor a přání, a pokud z jakéhokoli důvodu léčbu odmítá, je třeba toto respektovat a započatou léčbu ukončit, popřípadě doporučenou léčbu nezačít, a to i v případech, kdy jde o léčbu život zachraňující, bez níž pacient dříve nebo později zemře. Odmítání léčby pacientem není třeba respektovat pouze v případech ochrany veřejného zdraví a v případech povinného léčení (více viz kapitola 2.1.2). Je vyloučeno, aby s pacientem bylo zacházeno jako s objektem lékařské péče, jak tomu bylo zejména v dobách minulých, kdy v rámci paternalistického vztahu mezi lékařem a pacientem bylo s pacientem zacházeno jako s dítětem, které nemůže o ničem rozhodovat, neboť jen lékař ví, co je pro pacienta nejlepší, a proto jen on může o léčbě rozhodovat. V současné době je kladen značný důraz na rovnocennost vztahu mezi lékařem a pacientem a ačkoliv lze stále pozorovat pozůstatky paternalistického vztahu, konečné rozhodnutí o tom, zda podstoupit či nepodstoupit konkrétní léčbu, je v rukou pacienta.

Zcela zásadní význam má právo na ochranu lidské důstojnosti pro těžce nemocné pacienty. Nevyléčitelně nemocní a (nebo) umírající pacienti postupně ztrácejí kontrolu nad vlastním životem, jsou odkázáni na pomoc druhých a zachování důstojnosti bývá v takových situacích diskutabilní. Stále se totiž bohužel lze setkat s případy nedůstojného zacházení zejména se starými a nemohoucími lidmi umístěnými v nemocnicích a léčebnách dlouhodobě nemocných. Často dochází například k tomu, že zdravotní personál těmto pacientům nešetrně sděluje citlivé informace o jejich stavu před ostatními pacienty a jejich návštěvami. Někteří dokonce s pacienty jednají značně nevybíravým způsobem, zbavují je tím posledních zbytků důstojnosti. O respektu a uznání se bohužel v podobných případech nedá vůbec hovořit. Samozřejmě existuje mnoho (snad i většina) zdravotníků, kteří se o tyto pacienty starají s náležitou úctou, respektem, vlídností a lidským přístupem. O to více je však politováníhodné, když výše uvedené případy házejí špatné světlo i na ostatní. Domnívám se, že chybu je třeba hledat v samotném systému. Péče o dlouhodobě nemocné není nijak populárním ani

---

<sup>22</sup> srov. PETERKOVÁ, Helena. Úmluva o lidských právech a biomedicíně - východisko pro národní úpravu práv pacienta?. In: FAIX, Martin. Mezinárodněprávní aspekty ochrany lidských práv. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2013, s. 64

lukrativním oborem a není ani odpovídajícím způsobem ohodnocena, protože české zdravotnictví se neustále potýká s nedostatkovostí zdrojů. Právě léčba o dlouhodobě nemocné a umírající je však jednou z oblastí, kde musí stát vyvinout zvláštní úsilí, aby zajistil zachování ústavně garantovaných práv, zejména práva na lidskou důstojnost.

Pokud jde o souvislost práva na zachování lidské důstojnosti s problematikou ukončování léčby, tato spočívá v nutnosti respektovat pacienta, jakožto lidskou bytost s vlastními názory a přáním, neboť mnoho pacientů považuje určité druhy léčby za nedůstojné, snižující hodnotu jejich života (např. udržování života za pomoci přístrojů), a nikdo by neměl být nucen, aby takovou léčbu strpěl.

### 1.1.3 Právo na autonomii vůle a svobodné jednání

Dalším ze základních lidských práv souvisejících s problematikou ukončení léčby je právo na autonomii vůle a svobodu jednání. Ústavním základem tohoto práva je článek 2 odst. 3 Listiny, který stanoví: „Každý může činit, co není zákonem zakázáno, a nikdo nesmí být nucen činit, co zákon neukládá“. Téměř shodné ustanovení je obsaženo též v článku 2 odst. 4 Ústavy, jenž však navíc obsahuje slovo „občan“, a nepůsobí tedy tak široce, jako ustanovení Listiny, které lze považovat za garanci základního lidského práva vlastního všem lidem, bez ohledu na národnost. E. Wagnerová a kol. v komentáři k Listině u tohoto ustanovení uvádí, že „je rovněž garancí liberálního základu našeho ústavního pořádku, jehož cílem je uvést do souladu osobní svobodu jednotlivce jak s osobní svobodou jiných jednotlivců v rámci sociální koheze uvnitř občanské společnosti, tak nalézt její vyrovnání s ústavně garantovanými veřejnými statky, a tak nastolit jejich praktickou konkordanci“.<sup>23</sup>

Ústavní soud se právem na autonomii zabýval např. v nálezu sp. zn. I.ÚS 43/04, v němž uvedl: „Svobodná sféra jednotlivce a její bezprostřední ústavní garance v podobě vymahatelného subjektivního práva jsou totiž *condiciones sine qua non* materiálního právního státu, který je vystavěn na úctě k základním právům jednotlivce. Právo na respektování autonomní a svobodné sféry jednotlivce působí vlastně jako konstanta vytčená před závorkou, v níž se ocitají jednotlivá specifikovaná základní práva pozitivně právně formulovaná v reakci na jejich masové porušování autoritativními či totalitními režimy. Potřeba formulace dílčích základních práv byla

---

<sup>23</sup> WAGNEROVÁ, Eliška et al. *Listina základních práv a svobod: komentář*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012, Komentáře Wolters Kluwer. s. 89 - 96

*totiž vždy historicky podmíněna reakcí na masové porušování té které oblasti svobody jednotlivce, z níž vyvstalo konkrétní základní právo (viz Hayek, F. A.: Právo, zákonodárství a svoboda. Svazek 3, Academia, Praha 1991, str. 96). Tato skutečnost je evidentní z evoluce katalogů základních práv a na takové logice je ostatně vystavěna i systematika Listiny základních práv a svobod.”<sup>24</sup> Dále v nálezu sp. zn. I.ÚS 557/05 Ústavní soud uvedl, že „podmínkou fungování právního státu je respektování autonomní sféry jednotlivce”.<sup>25</sup>*

V oblasti péče o zdraví je rozsah svobody jednání a rozhodování jednotlivce snížený, neboť zejména hospitalizovaný pacient je v mnohém závislý na druhých, nemluvě o případech pacientů, kteří pro svůj zdravotní stav ani nejsou schopni svoji svobodnou vůli projevit, a proto má ochrana práva na autonomii v této oblasti zvláštní význam. Podle J. Matějka má autonomie člověka v lékařské etice stěžejní úlohu a autonomii pacienta zde považuje za jeden z klíčových pojmů, přičemž odkazuje na dílo Beauchampa a Childresse „Principles of Biomedical Ethics”<sup>26</sup> (Principy biomedicínské etiky), z něž cituje následující úryvek: „Respektovat autonomně jednajícího člověka znamená uznat jeho právo zastávat názory, volit a jednat podle osobních hodnot a podle osobního přesvědčení. Takový respekt vyžaduje uctivé jednání, ne pouze uctivý postoj. Vyžaduje také víc než nezasahování do osobních záležitostí druhých lidí. To zahrnuje, minimálně v některých kontextech, závazky budovat nebo udržovat kapacitu druhého člověka k autonomním rozhodnutím a tlumit strach nebo jiné podmínky, které mohou zničit nebo narušit jeho autonomní jednání“.<sup>27</sup>

Zvláště patrný je význam práva na autonomii v případech ukončování život zachraňující či život udržující léčby, kdy pacient pokračování v léčbě či započetí léčby nové odmítá, uplatňujíc své právo na autonomii vůle a svobodu rozhodování. V těchto případech je třeba vzpomenout základní zásady zdravotnického práva, tedy že jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví lze poskytovat pouze na základě informovaného souhlasu pacienta<sup>28</sup> (vyjma případů, kdy lze zdravotní služby ze zákona poskytovat i bez

---

<sup>24</sup> Nález Ústavního soudu sp. zn. I.ÚS 43/04 ze dne 13. 4. 2004

<sup>25</sup> Nález Ústavního soudu sp. zn. I.ÚS 557/05 ze dne 24. 7. 2007

<sup>26</sup> BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Principles of Biomedical Ethics*. 5th ed. New York: Oxford University Press, 2001, s. 63

<sup>27</sup> MATĚJEK, Jaromír. *Dříve projevená přání pacientů: Výhody a rizika*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011, s. 22 - 23

<sup>28</sup> Viz např. ustanovení § 28 odst. 1 zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále též jen „zákon o zdravotních službách“ nebo “ZoZS”)



souhlasu – viz kapitola 2.1.2). Problematika informovaného souhlasu a nesouhlasu (právo odmítnout léčbu) bude podrobněji rozebrána v kapitole druhé. Zde je však třeba upozornit na skutečnost, že právo vyjádřit souhlas či nesouhlas s léčbou, jakožto zcela základní právo pacienta, vychází primárně z ústavně garantovaného práva jedince na autonomii. Význam tohoto základního lidského práva pro problematiku ukončování léčby je tedy nezpochybnitelný.

## 1.2 Právo na ochranu osobnosti ve vztahu k ukončení léčby

Právo na ochranu osobnosti je pro problematiku ukončování léčby rovněž velmi významné. Ve zdravotnictví obecně dochází k zásahům do tělesné (i duševní) integrity člověka a v případech ukončování léčby, které může mít fatální důsledky, je osobnostní právo pacientů ještě zranitelnější. Výše uvedená základní lidská práva jsou ve skutečnosti dílčími právy osobnostního práva, neboli práva na ochranu osobnosti, zakotveného u nás především Listinou základních práv a svobod (zejména článkem 6, 7 a 10) a občanským zákoníkem<sup>29</sup> (§ 81 a násl.).

Pro snazší pochopení osobnostního práva je třeba nejprve vymezit pojem osobnosti. J. Dvořák a kol. definují osobnost člověka jako „*jedinečné spojení biologických, psychologických a společenských aspektů, či spíš hodnot lidské bytosti*“ a uvádí, že „*osobnost člověka se utváří postupně jeho bytím mezi ostatními lidmi v lidském společenství*“.<sup>30</sup> Pokud jde o vymezení samotného práva na ochranu osobnosti, lze vycházet z definice obsažené v komentáři k občanskému zákoníku, jehož autoři všeobecné osobnostní právo vymezují jako „*souhrn stejnorodých (homogenních) právních norem, které upravují právo, resp. jednotlivá dílčí práva, jejichž předmětem je osobnost člověka jako celek, resp. jednotlivé hodnoty tvořící součást celkové fyzické a morální integrity osobnosti každé fyzické osoby jako individuality a suveréna, a jejichž subjekty mají vůči ostatním subjektům občanského práva (fyzickým a právnickým osobám) příznačně autonomii vůle a rovné právní postavení*“.<sup>31</sup> Předmětem ochrany osobnosti je tedy zejména život, zdraví, důstojnost, soukromí, svoboda a duševní a tělesná integrita člověka.

---

<sup>29</sup> Zák. č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (dále též jen „občanský zákoník“ nebo „OZ“)

<sup>30</sup> DVORÁK, Jan; ŠVESTKA, Jiří; ZUKLÍNOVÁ, Michaela a kol. *Občanské právo hmotné. Svazek I. Díl první: Obecná část*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2013, s. 248 - 249

<sup>31</sup> ŠVESTKA, Jiří; DVORÁK, Jan; FIALA, Josef a kol. *Občanský zákoník. Komentář. Svazek I*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer, 2014, s. 338

### 1.2.1 Právo na duševní a tělesnou integritu

Práva na život, důstojnost, autonomii vůle a svobodné jednání byla již výše představena. Nyní je třeba se zaměřit na poslední dílčí osobnostní právo, které s problematikou ukončování léčby úzce souvisí, a tím je právo na duševní a tělesnou integritu, též označované jako právo na osobní nedotknutelnost. Toto právo je na ústavní úrovni zaručeno Listinou základních práv a svobod v článku 7, který stanoví: „(1) *Nedotknutelnost osoby a jejího soukromí je zaručena. Omezena může být jen v případech stanovených zákonem.* (2) *Nikdo nesmí být mučen ani podroben krutému, nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestu*“. Podle již zmíněného komentáře k občanskému zákoníku se „zárukou nedotknutelnosti v Listině rozumí především záruka práva na zachování tělesné a duševní integrity“.<sup>32</sup> Občanský zákoník se právem na duševní a tělesnou integritu zabývá v ustanovení § 91 a násl. Dle ustanovení § 91 občanského zákoníku je člověk nedotknutelný. Tato nedotknutelnost vyjadřuje zákaz neoprávněných zásahů do osobnostní integrity člověka, ačkoliv, jak upozorňuje komentář k občanskému zákoníku, absolutní nepřípustnost zásahu je dána pouze u zákazu mučení, krutého, nelidského nebo ponižujícího zacházení nebo trestu (viz výše čl. 7 odst. 2 Listiny). V ostatních případech lze osobní nedotknutelnost omezit z několika důvodů, a to v první řadě projevem vůle (souhlasem) dotčeného anebo na základě zákona (např. ve stavu nouze nebo v případech ochrany veřejného zdraví).<sup>33</sup>

Jak již bylo naznačeno, nejzákladnějším prostředkem k oprávněnosti zásahu do osobnostní integrity je souhlas jedince, do jehož integrity má být zasazeno. Tato premisa je obsažena mimo jiné i v § 93 občanského zákoníku, který stanoví, že nikdo nesmí (mimo případ stanovený zákonem) zasáhnout do integrity jiného člověka bez jeho souhlasu uděleného s vědomím o povaze zásahu a o jeho možných následcích. Vedle toho však zákon zároveň stanoví, že souhlasí-li někdo, aby mu byla způsobena závažná újma, nepřihlíží se k tomu, přičemž toto ustanovení neplatí, je-li zásah podle všech okolností nutný v zájmu života nebo zdraví dotčeného. Je tedy zřejmé, že například nelze platně souhlasit s vlastním usmrcením (viz níže exkurs o euthanasii). Mnohem problematičtější by byl případ pacienta, který žádá o ukončení život zachraňující léčby, jenž by znamenalo jeho jistou smrt, neboť zde by bylo možné

<sup>32</sup> ŠVESTKA, Jiří; DVORÁK, Jan; FIALA, Josef a kol. *Občanský zákoník. Komentář. Svazek I.* Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer, 2014, s. 339

<sup>33</sup> Tamtéž, s. 339 - 340

argumentovat, že pacientův nesouhlas s léčbou je vlastně souhlas se způsobením závažné újmy, k němuž by se dle § 93 občanského zákoníku nemělo přihlížet. Na druhou stranu zákon o zdravotních službách stanoví, že „zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem“<sup>34</sup>, s výjimkou případů stanovených zákonem, konkrétně ustanovením § 38 zákona o zdravotních službách. S ohledem na tuto skutečnost je logické, že nelze-li pacienta léčit bez jeho souhlasu, má pacient též právo na vyslovení nesouhlasu s léčbou. Význam, který je přikládán pacientovu souhlasu či nesouhlasu s léčbou, je projevem respektu k výše popsaným osobnostním právům pacienta, zejména k právu na autonomii vůle a osobní nedotknutelnost, neboť každým léčebným zákrokem dochází k zásahu do integrity pacienta, a je proto nezbytné, aby byl takový zákrok podložen souhlasem pacienta. V opačném případě by se jednalo o neoprávněný zásah do integrity, v jehož důsledku by pacientovi vznikla (nemajetková) újma na jeho osobnostních právech a poskytovatel zdravotních služeb<sup>35</sup>, který by za tento zásah byl odpovědný, by byl povinen způsobenou újmu odčinit, a to zejména přiměřeným zadostiučiněním, které by muselo být poskytnuto v penězích, pokud by jeho jiný způsob nezajistil skutečně a dostatečně účinné odčinění způsobené újmy<sup>36</sup>, a dále by byl poskytovatel v rámci této náhrady nemajetkové újmy povinen odčinit též duševní útrapy poškozeného<sup>37</sup> (povinnost upuštění od neoprávněného zásahu a odstranění následku by v těchto případech v praxi spíše nebylo možné aplikovat).<sup>38</sup>

Vedle zmíněného požadavku souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb zákon o zdravotních službách výslovně upravuje i právo na odmítnutí léčby. Podle této úpravy má každý pacient v České republice právo odmítnout léčbu, popřípadě udělený souhlas s léčbou odvolat<sup>39</sup>, a vzhledem k tomu, že toto právo není omezeno pouze na určité druhy léčby, lze dojít k závěru, že lze odmítnout i léčbu život zachraňující. V praxi však může řešení těchto případů představovat velký problém, neboť zde proti sobě stojí na

---

<sup>34</sup> § 28 odst. 1 zákona o zdravotních službách

<sup>35</sup> Zákon o zdravotních službách definuje poskytovatele zdravotních služeb jako fyzickou nebo právnickou osobu, „která má oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle tohoto zákona“ (§ 2 odst. 1 ZoZS). Jedná se tedy buďto o lékaře se soukromou praxí, nebo o zdravotnické zařízení, které zdravotní služby poskytuje prostřednictvím svých zaměstnanců – osob způsobilých k výkonu zdravotnického povolání nebo k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotních služeb (§ 11 odst. 3 ZoZS).

<sup>36</sup> § 2951 odst. 2 občanského zákoníku

<sup>37</sup> § 2956 občanského zákoníku

<sup>38</sup> ŠVESTKA, Jiří; DVORÁK, Jan; FIALA, Josef a kol. *Občanský zákoník. Komentář. Svazek I.* Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer, 2014, s. 355

<sup>39</sup> § 34 odst. 3 a 4 zákona o zdravotních službách

jedné straně právo pacienta na autonomii vůle a osobní nedotknutelnost a na druhé jeho právo na život a zdraví a povinnost lékařů léčit.

### **1.3 Ukončení léčby jakožto střet hodnot**

Jak bylo na závěr předchozí podkapitoly naznačeno, v případech ukončování život zachraňující či život udržující léčby dochází často ke střetu výše představených základních lidských práv.

Na otázku, které z uvedených práv má vyšší hodnotu, a kterému by tedy měla být dána přednost, je velmi složité odpovědět, neboť každý člověk má jiný žebříček hodnot, a proto na tuto otázku neexistuje jediná správná odpověď. Je pravdou, že pod vlivem událostí druhé světové války stálo do konce druhé poloviny dvacátého století právo na život na samém vrcholu základních lidských práv a bylo považováno za nejvyšší hodnotu. Ačkoliv je dodnes toto právo považováno za jedno z nejzákladnějších lidských práv, jeho pozice na prvním místě již není samozřejmostí, neboť v důsledku postupné liberalizace společnosti začala být přikládána větší váha i dalším základním právům, zejména již zmíněnému právu na autonomii vůle a svobodu. V posledních letech se vede nekonečný spor o to, které z těchto práv má vyšší hodnotu, zda-li právo na život nebo právo jedince na autonomii. Zdá se, že hlasů volajících po vítězství práva na autonomii a svobodu neustále přibývá. V České republice je dle mého názoru právo na život stále ještě na vrcholu, ačkoliv hodnota svobody nabírá postupně vyššího významu a lze očekávat, že v blízké budoucnosti se tato dvě práva ocitnou na stejné úrovni. Problematika střetu lidských práv neodmyslitelně souvisí s otázkou konce lidského života a vůbec nejčastěji je zmiňována v rámci diskuzí o problematice euthanasie, která je ztělesněním podstaty tohoto střetu.

### **1.4 Exkurs I: Problematika euthanasie**

Ačkoliv ukončování život zachraňující léčby a euthanasie, neboli usmrcení na žádost, jsou dle mého názoru dva naprosto odlišné akty, mezi nimiž je třeba důsledně rozlišovat, ve veřejných diskuzích bývá hranice mezi těmito jednáními často stírána s ohledem na skutečnost, že výsledkem je v obou případech smrt pacienta. Aby tedy bylo možné tyto dvě problematiky řádně odlišit, je třeba na tomto místě euthanasii krátce představit.

### 1.4.1 Definice euthanasie

Vůbec nejdůležitější je jasné definování samotného pojmu euthanasie, neboť lidé si pod tímto pojmem stále představují nejrůznější věci, což v praxi přináší řadu problémů. Doslovný překlad pojmu euthanasie pocházejícího z řeckých slov *eu* = dobrý a *thanatos* = smrt<sup>40</sup>, tedy „dobrá smrt“, je značně abstraktní a o skutečném moderním významu euthanasie nic nevypovídá. Ani v odborné literatuře nepanuje ohledně definování pojmu euthanasie shoda. Nejčastěji se lze setkat se stručným popsáním euthanasie jako usmrcení na žádost, přičemž ve většině případů se o euthanasii hovoří v souvislosti s nevléčitelně nemocnou osobou, která si přeje zemřít. Neshody panují především v širší definici euthanasie, a to zejména v určení jednání vedoucího k usmrcení (např. podání smrtící injekce nebo předepsání smrtící dávky léků), osoby, která má usmrcení vykonat (lékař nebo laik), formy jejího zavinění (úmysl či nedbalost), pohnutky, která ji k usmrcení vede (nejčastěji soucit), projevu vůle osoby, jež si přeje zemřít (přímá žádost či dříve vyslovené přání), závažnosti jejího onemocnění (zhoubné, nevléčitelné, nebo jen psychické problémy či únava životem) apod.

### 1.4.2 Formy euthanasie

V závislosti na kombinaci výše uvedených možností bývá euthanasie dělena do několika forem, a to na **přímou a nepřímou** (podle toho, směřuje-li jednání lékaře přímo k usmrcení pacienta, nebo je-li zaměřeno na tlumení bolesti a smrt je pouze nevyhnutelným vedlejším projevem nutného zvyšování dávek analgetik<sup>41</sup>), **aktivní a pasivní** (je-li smrt způsobena aktivním konáním lékaře, typicky podáním smrtící injekce, nebo opomenutím konat, např. nezahájením resuscitace) a nakonec na **vyžádanou** (pacient o euthanasii výslovně požádal), **nevyžádanou** (euthanasie bez souhlasu pacienta, který není schopen projevit vůli) a **nedobrovolnou** (pacient způsobilý vyjádřit vůli byl usmrcen, přestože vůbec nebyl dotázán nebo projevil nesouhlas s usmrcením).<sup>42</sup>

---

<sup>40</sup> JACKSON, Emily; KEOWN, John. *Debating euthanasia*. Oxford: Hart publishing, 2012, s. 1

<sup>41</sup> Analgetikum je obecné označení léků proti bolesti, patří sem např. morfin.

<sup>42</sup> srov. HERRING, Jonathan. *Medical Law and Ethics*. Second Edition. New York: Oxford University Press, 2008. s. 463; ČISAŘOVÁ, Dagmar; SOVOVÁ, Olga. *Trestní právo a zdravotnictví*. 2., upravené a rozšířené vydání. Praha: Orac, 2004. s. 108 a 109. a URBÁNEK, Jindřich. *Eutanázie – problém napětí mezi lékařstvím, etikou a právem*. Trestní právo. 2007, č. 9, s. 9

Podle mého názoru je uvedené dělení již zastaralé a překonané. Nazývat euthanasii (nepřímou) případy, kdy lékařův úmysl nesměřoval k usmrcení pacienta, ale pouze k tlumení bolestí v souladu s jeho lékařským posláním, považuji za chybné, ačkoliv jsem si vědoma, že rozdíl mezi oběma případy je pouze v hlavě lékaře a není v lidských silách zjistit, šlo-li v konkrétním případě lékaři více o tlumení bolestí za pomoci analgetik či zvyšoval-li pacientovi dávky především s vědomím, že tím urychlí jeho smrt, a tak mu od bolestí pomůže nejúčinněji. Tlumit bolest a mírnit utrpení pacienta je jedním ze základních posláních lékaře, přičemž zvyšování dávek analgetik za účelem účinného tlumení bolestí je uznávaným lékařským postupem, neboť organismus se na podávané množství analgetik postupně adaptuje a začíná být vůči nim imunní, a proto je třeba podávané dávky postupně zvyšovat, aby i nadále tlumily pacientovy bolesti, ačkoliv se zvyšováním dávek narůstá riziko urychlení smrti. Stejně tak považuji za nevhodné označovat za euthanasii (pasivní) případy nezahájení či nepokračování v marné a neúčelné léčbě. Tyto postupy jsou plně v souladu s právem a lékařskou etikou, jak potvrzuje i Etický kodex České lékařské komory<sup>43</sup> (dále též jen „ČLK“), který stanoví následující: *„lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium jsou nepřijatelné“*.<sup>44</sup> Z citovaného úryvku vyplývá, že i ČLK rozlišuje mezi tlumením bolestí a mírněním utrpení nevléčitelně nemocných a umírajících, které je plně v souladu s lékařskou etikou, a euthanasií či asistovanou sebevraždou<sup>45</sup>, které prohlašuje za nepřijatelné. Je tedy zřejmé, že zvyšování dávek analgetik za účelem účinného tlumení bolestí a mírnění utrpení ČLK za euthanasii nepovažuje. Etický kodex ČLK rovněž zdůrazňuje, že cílem lékařova jednání není prodlužovat život za každou cenu. Ve fázi, kdy už není možné pacienta úspěšně léčit (onemocnění již není léčebně ovlivnitelné), je uznávaným lékařským postupem přechod na tzv. paliativní léčbu, jejímž cílem není nemoc léčit, ale pouze tlumit její projevy, tedy zejména tlumit bolest a mírnit pacientovo utrpení. Mnohdy však dochází k případům, kdy lékaři podlehnou prosbám pacientových příbuzných a

---

<sup>43</sup> Stavovský předpis č. 10 České lékařské komory. Je k dispozici ke stažení na webových stránkách České lékařské komory zde: [http://www.lkcr.cz/doc/cms\\_library/10\\_sp\\_c\\_10\\_eticky\\_kodex-100217.pdf](http://www.lkcr.cz/doc/cms_library/10_sp_c_10_eticky_kodex-100217.pdf)

<sup>44</sup> § 2 odst. 7 Etického kodexu ČLK

<sup>45</sup> Institut asistované sebevraždy je podrobněji popsán v podkapitole 1.4.3.

pokračují v kurativní léčbě<sup>46</sup> i navzdory vědomí, že pacientův zdravotní stav se již nemůže zlepšit a pouze takto uměle oddalují jeho smrt a prodlužují utrpení. Odborná literatura užívá pro tyto případy speciální termín „dysthanasie“, neboli zadržovaná smrt<sup>47</sup>, jakožto protipól euthanasie. O tom, že tento přístup není správný, svědčí i Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010<sup>48</sup>, jehož cílem je mimo jiné i „omezit poskytování marné a neúčelné léčby v situacích, v nichž se lze na základě odborného medicínského posouzení odůvodněně domnívat, že přínos zahájení nebo pokračování v dané léčebné metodě s ohledem na zdravotní stav nemocného nepřevažuje nad rizikem komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání pro pacienta a nedává možnost příznivého ovlivnění zdravotního stavu nebo záchrany jeho života“. Uvedené doporučení zdůrazňuje, že „život je konečný“<sup>49</sup> a cílem intenzivní péče je „udržovat život, ale nikoliv prodlužovat umírání“<sup>50</sup>, a dále uvádí, že „nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby u pacientů v terminálním stádiu neléčitelného onemocnění a/nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, kteří nereagují na použité léčebné postupy, je v souladu s etickými principy medicíny a existujícími právními předpisy České republiky“<sup>51</sup> a že „nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby jsou při správném odborném posouzení postupy, které nelze zaměňovat za eutanázii či ublížení na zdraví“<sup>52</sup>. Z citovaného textu vyplývá, že ani nezahájení či nepokračování marné a neúčelné léčby nepovažuje ČLK za euthanasii.<sup>53</sup> Výše uvedené případy, kdy pacient zemře v důsledku nezbytného zvyšování dávek analgetik či nezahájení nebo nepokračování marné léčby, jsou v souladu s českým právním řádem i lékařskou etikou a podle mého názoru, i podle citovaných předpisů ČLK, je třeba tyto důrazně odlišovat od euthanasie. Lékaři v těchto případech jednají v souladu se svým lékařským posláním léčit a ulevovat od bolesti a nazývat toto jejich jednání euthanasií je přinejmenším nevhodné, matoucí a vrhá to nelichotivé světlo na jejich úsilí pomáhat pacientům

---

<sup>46</sup> Léčba, jejímž cílem je vyléčení pacienta.

<sup>47</sup> KRATOCHVÍL, Vladimír. Euthanasie, dysthanasie, eubiosie a kvalita lidského života a umírání. In: FENYK, Jaroslav, et al. Pocta Dagmar Císařové k 75. narozeninám. Praha: LexisNexis, 2007, s. 53

<sup>48</sup> Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli (dále též jen „Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010“). Dostupné z: [http://lkr.cz/doc/cms\\_library/dop-1-2010-31.pdf](http://lkr.cz/doc/cms_library/dop-1-2010-31.pdf)

<sup>49</sup> Čl. 4 písm. a) Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010

<sup>50</sup> Čl. 4 písm. c) Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010

<sup>51</sup> Čl. 4 písm. h) Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010

<sup>52</sup> Čl. 4 písm. j) Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010

<sup>53</sup> Otázkou marné léčby se podrobněji zabývá kapitola 2.2.2.

v překlenování nejtěžších chvil jejich života. Stejně tak nesmyslné se zdá nazývat euthanasii (pasivní) případy ukončení či nezahájení život zachraňující léčby na žádost pacienta, neboť jak již bylo uvedeno, každý pacient má právo na odmítnutí jakékoli léčby<sup>54</sup>, lékař nemůže (až na výjimky stanovené zákonem) provádět lékařské zákroky bez souhlasu pacienta, a ukončením či nezahájením léčby tak pouze respektuje legitimní přání pacienta. Absolutně zde tedy absentuje úmysl lékaře pacienta usmrtit a označovat takové případy jako euthanasii je opět podle mého názoru zmatečné a nevhodné, neboť tím dochází ke zbytečnému rozšiřování problematiky euthanasie na rozdílné situace a komplikují se tak veškeré diskuze na podobná témata.

Za zcela nepřijatelné pak považuji nazývat euthanasii případy, kdy pacient o usmrcení nepožádal, ať už proto, že nebyl schopen projevit vůli, nebo vůbec nebyl dotázán, a případy, kdy byl pacient usmrcen navzdory svému nesouhlasu s usmrcením. Tyto případy nelze nazývat euthanasii, neboť v nich zcela chybí nejzákladnější element euthanasie, jímž je žádost, či alespoň nepochybný souhlas osoby, která si přeje zemřít. Při absenci souhlasného projevu vůle dotčené osoby jde dle mého názoru nikoliv o euthanasii, ale o prostou vraždu.

Výše uvedené variace definic euthanasie přispívají k mnoha nejasnostem, jež doprovázejí a komplikují většinu diskuzí nejen na téma euthanasie, ale i na témata příbuzná, například problematiku ukončování léčby. V zájmu odstranění všech nejasností by bylo vhodné již zcela upustit od výše zmíněného dělení euthanasie a zúžit definici euthanasie pouze na úmyslné usmrcení nevléčitelně nemocného pacienta na jeho žádost lékařem, jehož úmysl směřuje přímo k uspíšení smrti pacienta. Dále v této práci již bude pojem euthanasie používán pouze v tomto smyslu.

### 1.4.3 Asistovaná sebevražda

V souvislosti s předloženou definiční problematikou je nezbytné představit rovněž institut tzv. asistované sebevraždy, který s euthanasii úzce souvisí, a bývá s ní velice často nesprávně zaměňován. Pojem „asistovaná sebevražda“, nebo též „lékařem asistované suicidium“ (anglicky „*physician-assisted suicide*“), označuje případy, kdy

---

<sup>54</sup> Zde je však třeba upozornit, že dle platné právní úpravy nemůže lékař odmítnutí léčby pacientem respektovat v případě, že již byly započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušeni by vedlo k aktivnímu způsobení smrti (srov. § 36 odst. 5 písm. d) a § 34 odst. 4 zákona o zdravotních službách). Značné rozpory proto panují v názorech na legálnost ukončení již započaté přístrojové podpory životních funkcí na základě přání pacienta. K tomu více viz podkapitola 3.4 níže.



osoba, která si přeje zemřít (dále též jen „pacient“), provede/dokončí akt usmrcení vlastním jednáním, toliko za asistence druhé osoby (nejčastěji lékaře). Lze říci, že dějové linie euthanasie a asistované sebevraždy spojuje stejný počátek a konec. Oba případy jsou iniciovány osobou přející si ukončit svůj život, která není schopna učinit tak bez cizí pomoci, a končí usmrcením této osoby. Jediný, avšak z právního hlediska elementární rozdíl spočívá v míře zapojení obou osob, resp. v tom, která osoba učiní poslední nezbytný krok přímo vedoucí k usmrcení. Spočívá-li pacientova účast toliko v jeho vůli zemřít, zatímco aktivní naplnění této vůle provede druhá osoba – lékař, jedná se o případ euthanasie. Pokud však lékař pacientovi pouze umožní či usnadní spáchat sebevraždu, a pacient tak díky lékařově pomoci ukončí svůj život sám, bude se jednat o případ asistované sebevraždy. Lékařova asistence může mít různé podoby, od předepsání smrtící dávky medikamentů po zprostředkování speciálních instrumentů pro usnadnění sebevraždy.

Jedním z neznámějších případů z této oblasti je případ amerického lékaře Jacka Kevorkiana, přezdíváného „doktor smrt“, který v devadesátých letech pomohl ukončit život více než 130 umírajícím či vážně nemocným pacientům. Pro označení lékařem asistované sebevraždy zavedl vlastní pojem „*medicida*“, lékařskou praxi, spočívající v napomáhání nevléčitelně nemocným s důstojným odchodem ze života, označoval pojmem „*orbitatrie*“ a sám sebe nazýval „*orbitiatrem*“.<sup>55</sup> Svou praxi provozoval za pomoci sebevražedného přístroje vlastní výroby, jenž mohl pacient uvést do chodu jednoduchým pohybem. Z počátku používal přístroj, který pacienta po stisknutí tlačítka nejprve utlumil analgetiky a následně usmrtil aplikací smrtící dávky chloridu draselného. Poté, co byla Kevorkianovi odebrána lékařská licence (s cílem zamezit jeho praktikám), a nemohl tedy již předepisovat léky, začal používat přístroj, jenž pacienty usmrcoval za pomoci plynové masky, která po spuštění stroje přiváděla do pacientových úst oxid uhelnatý.<sup>56</sup> V obou uvedených případech spočívala Kevorkianova asistence v poskytnutí sebevražedného přístroje a jeho připojení k pacientovi (zavedením injekce nebo nasazením masky) tak, aby pacient mohl přístroj uvést do chodu již pouze jednoduchým pohybem. Za asistování při sebevraždě byl Kevorkian opakovaně trestně stíhán, avšak

---

<sup>55</sup> BROVINS, Joan M.; OEHMKE, Thomas H. *Vražda, nebo milosrdenství?*. Vyd. 1. Praha: Brána, 1996, s. 13

<sup>56</sup> Jack Kevorkian. *West's Encyclopedia of American Law*. 2005. Dostupné z: [http://www.encyclopedia.com/topic/Jack\\_Kevorkian.aspx](http://www.encyclopedia.com/topic/Jack_Kevorkian.aspx)

odsouzen byl nakonec až za provedení euthanasie. V roce 1998 zveřejnil video zachycující přímé usmrcení pacienta Thomase Youka, trpícího amyotrofickou laterální sklerózou<sup>57</sup>, za pomoci smrtící injekce plně aplikované Kevorkianem. Pro tento čin byl v roce 1999 shledán vinným z vraždy a odsouzen k trestu odnětí svobody v rozmezí 10-25 let. V roce 2007 byl však s ohledem na jeho vysoký věk (79 let) ze zdravotních důvodů z vězení podmínečně propuštěn.<sup>58</sup>

Z uvedeného případu je patrné, že euthanasie a asistovaná sebevražda k sobě mají skutečně velmi blízko, a hranice mezi těmito instituty je proto někdy velmi obtížně určitelná. Přesto je i toto rozlišování z pohledu práva významné, a to zejména z hlediska příčinné souvislosti a podílu lékaře na aktu usmrcení. Zatímco v případě euthanasie je lékař hlavním aktérem, jehož jednání přímo způsobí smrt pacienta, v případě asistované sebevraždy lékař v procesu ukončení života pouze asistuje (typicky poskytnutím smrtící dávky léčiv), přičemž finální krok, bez něhož by k usmrcení jednoznačně nedošlo (bez ohledu na lékařem poskytnutou pomoc), činí pacient. Český právní řád tato jednání rovněž odlišuje, ačkoli obě klasifikuje jen jako dva různé trestné činy. V některých zahraničních zemích je však jejich odlišení natolik zásadní, že zatímco jedna z uvedených variant je legální, druhá je trestným činem (více viz níže).

#### 1.4.4 Současné právní přístupy k euthanasii v zahraničí a v České republice

Euthanasie je v současnosti legální v zemích Beneluxu, v Kolumbii a nově byla legalizována též v Kanadě (viz níže).<sup>59</sup> Průkopníkem v legalizaci euthanasie bylo Nizozemí, kde soudy od 70. let začaly postupně zmírňovat a následně zcela upouštět od potrestání lékařů za provedení euthanasie, až byl nakonec v roce 2001 přijat zákon o

---

<sup>57</sup> Amyotrofická laterální skleróza (dále též jen „ALS“), známá též jako Lou Gehrigova choroba či nemoc motoneuronu, je neurodegenerativní onemocnění, způsobující odumírání motorických buněk v mozku a míše a úbytek svalstva, postihuje chůzi, řeč, schopnost polykat i dýchat a vede k úplnému paralyzování nemocného, jenž ovšem zůstává plně při vědomí. Tento stav, kdy mentálně zdravý pacient zůstane doslova uvězněn ve svém těle, které není schopen ovládat, bývá označován jako tzv. „locked-in syndrom“ neboli syndrom uzamčení. Pacienti s touto nemocí nejčastěji umírají udušením v důsledku selhání dýchacích svalů. Jde o nevyléčitelné smrtelné onemocnění, u něhož je uváděna průměrná doba přežití kolem 2 až 4 let od propuknutí nemoci. Více informací je k dispozici například zde: <http://www.alsa.org/about-als/what-is-als.html> a [https://en.wikipedia.org/wiki/Amyotrophic\\_lateral\\_sclerosis](https://en.wikipedia.org/wiki/Amyotrophic_lateral_sclerosis)

<sup>58</sup> Jack Kevorkian. Encyclopaedia Britannica. Dostupné z: <http://www.britannica.com/biography/Jack-Kevorkian>

<sup>59</sup> EMANUEL, Ezekiel J. et al. *Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe*. JAMA. 2016, vol. 316, issue 1, s. 79-90. Dostupné z: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2016.8499>

ukončení života na žádost a asistované sebevraždě<sup>60</sup>, který stanovil podmínky provádění euthanasie a asistované sebevraždy, při jejichž dodržení je lékař beztrestný. V roce 2002 se k Nizozemí připojila Belgie a přijala zákon o euthanasii<sup>61</sup>.

Od roku 2014 je belgická právní úprava předmětem zvýšeného mediálního zájmu, neboť díky přijaté novele zákona o euthanasii, která zpřístupnila euthanasii i smrtelně nemocným dětem, se Belgie stala první zemí světa, kde je euthanasie povolena bez věkových omezení. V posledních letech navíc z Belgie opakovaně přicházejí zprávy o fyzicky zdravých osobách žádajících o provedení euthanasie z důvodu nespokojenosti s vlastním životem, znudění životem či depresí. Například v roce 2013 byl v Belgii na svou žádost usmrcen muž, narozený jako žena, který požádal o euthanasii z důvodu „nesnesitelného psychického utrpení“ způsobeného nezdařenými operacemi pro změnu pohlaví.<sup>62</sup> V roce 2014 pro změnu vzbudil velké diskuze případ Franka Van den Bleekena, belgického vězně odsouzeného k doživotnímu trestu odnětí svobody, který požádal o euthanasii z důvodu nesnesitelného psychického utrpení, jenž pro něj představovalo doživotní vězení, a jeho žádost byla schválena. Tato událost odstartovala vlnu protestů a v lednu 2015 (krátce před stanoveným datem euthanasie) nakonec celý proces zastavil belgický ministr spravedlnosti poté, co lékař, který měl euthanasii provést, svou účast na tomto aktu odmítl. O euthanasii však již požádalo mnoho dalších belgických vězňů.<sup>63</sup> V druhé polovině roku 2015 vzbudil v Belgii mediální zájem případ dívky Emily (z počátku novináři přezdívané Laura), fyzicky zdravé, čtyřicetileté pacientky psychiatrického zařízení trpící těžkými depresemi a sebevražednými sklony, které byl udělen souhlas k ukončení života za pomoci lékařů z důvodu nesnesitelného psychického utrpení. Britská zpravodajská společnost The Economist natočila o příběhu této dívky dokument s názvem „24 and Ready to Die“<sup>64</sup> (do češtiny lze přeložit jako „Čtyřicetiletá a připravená zemřít“), který měl zachytit poslední měsíce jejího života. Emily v dokumentu popisuje své utrpení a touhu zemřít a

---

<sup>60</sup> Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Oficiální text zákona je dostupný z: [http://wetten.overheid.nl/BWBR0012410/geldigheidsdatum\\_11-08-2014](http://wetten.overheid.nl/BWBR0012410/geldigheidsdatum_11-08-2014)

<sup>61</sup> Wet betreffende de euthanasie. Oficiální text zákona je dostupný z: [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2002052837&table\\_name=wet](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2002052837&table_name=wet)

<sup>62</sup> Belgian helped to die after three sex change operations. *BBC News*. 2013. Dostupné z: <http://www.bbc.com/news/world-europe-24373107>

<sup>63</sup> Euthanasia of convicted Belgian murderer cancelled. *BioEdge: bioethics news from around the world*. 2015. Dostupné z: [http://www.bioedge.org/bioethics/bioethics\\_article/11280](http://www.bioedge.org/bioethics/bioethics_article/11280)

<sup>64</sup> Dokument je k dispozici ke shlédnutí online zde: <https://www.youtube.com/watch?v=SWWkUzxfJ4M>

její lékaři shodně potvrzují, že její utrpení je nesnesitelné, neslučitelné se životem a bez naděje na zlepšení, a jako takové splňuje podmínky pro udělení souhlasu s provedením euthanasie. Těsně před provedením euthanasie si však Emily svůj postoj rozmyslela a rozhodla se, že zemřít nechce.<sup>65</sup> Na tomto případě je zřejmé, jak nebezpečné a nepřijatelné je připuštění euthanasie u duševně nemocných. Nejde o to, že by psychické utrpení bylo menší nežli utrpení fyzické, nebo že by nemělo takovou váhu. Problém je v tom, že člověk trpící těžkými depresemi není dle mého názoru schopen projevit vážně a opravdově svoji vůli ukončit svůj život s plným uvědoměním si následků takto zásadního rozhodnutí. Mnoho depresivních pacientů si přeje ukončit svůj život, ale spousta z nich tento postoj časem změní. Pokud se však těmto pacientům otevřeně nabídne smrt jako nejlepší lék na jejich nemoc, nebude již šance zjistit, kolik z těch, kteří zvolili smrt, by v budoucnu raději žilo. Výše uvedené příklady jsou dle mého názoru jasným důkazem pravdivosti argumentu tzv. kluzkého svahu, podle něhož se legalizací euthanasie nutně otevírá prostor pro kontinuální rozšiřování mezi její přípustnosti.<sup>66</sup>

Zatím poslední evropskou zemí, která legalizovala euthanasii, bylo Lucembursko, jenž v roce 2008 přijalo zákon o euthanasii a asistované sebevraždě<sup>67</sup>. Mimo výše uvedené evropské země je euthanasie dále legální v Kolumbii, a to na základě protokolu vydaného ministerstvem spravedlnosti v dubnu 2015, který stanovil pravidla pro možné provedení euthanasie v reakci na rozhodnutí kolumbijského ústavního soudu z roku 1997, v němž soud vyjádřil názor, že lékaři nemají být za euthanasii stíháni, pokud byl pacient v terminálním stadiu a s euthanasií souhlasil. Zákonnou úpravu legalizující euthanasii však Kolumbie zatím nepřijala.<sup>68</sup> Krátce před dokončením této práce bylo k legalizaci euthanasie a asistované sebevraždy přistoupeno

---

<sup>65</sup> Emily "Laura" is a healthy 24 year-old who was approved to die by euthanasia in Belgium. Emily has chosen to live. Alex Schadenberg: Executive Director and International Chair of the Euthanasia Prevention Coalition. 2015. Dostupné z: <http://alexschadenberg.blogspot.cz/2015/11/belgium-emily-laura-is-24-and-ready-to.html>

<sup>66</sup> Více o argumentu kluzkého svahu viz: VLČKOVÁ, Klára. *Euthanasie*. Praha, 2013. 82 s. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Právnická fakulta, Katedra trestního práva. Vedoucí práce Dagmar Čísařová.

<sup>67</sup> Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance. Oficiální text zákona je dostupný z: <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2009/0046/a046.pdf>

<sup>68</sup> EMANUEL, Ezekiel J. et al. *Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe*. JAMA. 2016, vol. 316, issue 1, s. 82. Dostupné z: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2016.8499>

těž v Kanadě, a to novelou trestního zákoníku (Bill C-14<sup>69</sup>), která byla zákonodárci přijata 17. června 2016 v reakci na rozhodnutí Nejvyššího soudu Kanady ve věci Carter v. Canada.<sup>70</sup> Účinnosti by uvedená novela měla nabýt do dvanácti měsíců ode dne přijetí.

Švýcarsko, které bývá velice často chybně uváděno jako další země, kde je euthanasie legální, ačkoli euthanasie je zde ve skutečnosti trestným činem, legalizovalo zatím pouze asistovanou sebevraždu. Kromě Švýcarska je asistovaná sebevražda v současnosti legální též v Nizozemí, Belgii<sup>71</sup>, Lucembursku a několika státech USA, konkrétně v Oregonu<sup>72</sup>, Washingtonu<sup>73</sup>, Montaně (na základě soudního precedentu Baxter v. Montana)<sup>74</sup>, Vermontu<sup>75</sup>, a zcela nově též v Kalifornii, kde 09. června 2016 nabyl účinnosti zákon s názvem „End of Life Option Act”<sup>76</sup> legalizující asistovanou sebevraždu.<sup>77</sup> Nově byla asistovaná sebevražda legalizována též v Kanadě (viz výše).

Český právní řád euthanasii nezná a nijak ji výslovně neupravuje. Spáchání tohoto činu však naplňuje znaky trestných činů proti životu, upravených trestním zákoníkem v § 140 a násl. Pokud by někdo asistoval druhému při sebevraždě, dopustil by se spáchání trestného činu účasti na sebevraždě dle § 144 trestního zákoníku. Usmrcení na žádost by podle okolností daného případu mohlo být kvalifikováno jako

---

<sup>69</sup> Bill C-14, An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying). Oficiální text zákona je k dispozici zde: <http://www.parl.gc.ca/HousePublications/Publication.aspx?Language=E&Mode=1&DocId=8384014>

<sup>70</sup> Srov. Medical assistance in dying. In: Government of Canada. Dostupné z: <http://healthycanadians.gc.ca/health-system-systeme-sante/services/palliative-pallatifs/medical-assistance-dying-aide-medicale-mourir-eng.php>

<sup>71</sup> Ačkoli belgický zákon o euthanasii asistovanou sebevraždu výslovně neupravuje, belgické kontrolní komise pro euthanasii vnímají asistovanou sebevraždu jako formu euthanasie, a proto je její provádění v Belgii rovněž beztrestné. In: EMANUEL, Ezekiel J. et al. *Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe*. JAMA. 2016, vol. 316, issue 1, s. 82. Dostupné z: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2016.8499>

<sup>72</sup> The Oregon Death with Dignity Act, Oregon Revised Statute 127.800-127.995. Oficiální text zákona je dostupný z: <http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/statute.pdf>

<sup>73</sup> The Washington Death with Dignity Act, Revised Code of Washington 70.245. Oficiální text zákona je dostupný z: <http://apps.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=70.245>

<sup>74</sup> Baxter v. Montana 224 P.3d 1211 (2009), Supreme Court of Montana. Oficiální text precedentu je dostupný z: <http://law.justia.com/cases/montana/supreme-court/2009/94adc027-086a-4b36-a80e-0aaf09a60127.html>

<sup>75</sup> Patient Choice and Control at End of Life Act (Act 39), 18 V.S.A. Chapter 113 Oficiální text zákona je dostupný z: <http://www.leg.state.vt.us/docs/2014/Acts/ACT039.pdf>

<sup>76</sup> Assembly Bill No. 15. Chapter 1. End of life. Oficiální text zákona je dostupný z: [http://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billTextClient.xhtml?bill\\_id=201520162AB15](http://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billTextClient.xhtml?bill_id=201520162AB15)

<sup>77</sup> California End of Life Option Act - Effective June 9, 2016. The Medical Board of California. 2016. Dostupné z: [http://www.mbc.ca.gov/Licensees/Physicians\\_and\\_Surgeons/End\\_of\\_Life.aspx](http://www.mbc.ca.gov/Licensees/Physicians_and_Surgeons/End_of_Life.aspx)

trestný čin vraždy dle § 140 TZ, nebo zabití dle § 141 TZ, pokud by usmrcení bylo spácháno ze soucitu, který by v daném případě bylo možné kvalifikovat jako omluvitelné hnutí mysli, jenž u pachatele vyvolalo silné rozrušení, pro které nebyl schopen racionálního uvážení. Je ovšem otázkou, jestli by takto bylo možné argumentovat v případě lékaře, který usmrtil svého pacienta na jeho žádost, pohnut soucitem s jeho utrpením, vzhledem k tomu, že lékaři se s utrpením pacientů střetávají každý den, a měli by tedy být na podobné situace zvyklí natolik, aby při pohledu na bolest a utrpení nemocných nepodléhali silnému rozrušení. Na druhou stranu, i lékaři jsou pouze lidé a mnoho z nich se nikdy nedokáže zcela oprostit od lítosti a soucitu s utrpením svých pacientů, a lze si tak představit, že i zkušeného lékaře může silně rozrušit pohled na nesnesitelné utrpení nevyлéčitelně nemocného, který jej naléhavě žádá, aby jej z jeho utrpení vysvobodil.

Tyto případy jsou podle mého názoru natolik komplexní a zvláštní, že je nelze řadit do stejné kategorie jako vraždu či zabití, a měla by proto pro ně existovat speciální úprava, která by je od ostatních případů úmyslného usmrcení jednoznačně odlišila. Nejvhodnějším řešením de lege ferenda se zdá být přijetí tzv. privilegované skutkové podstaty trestného činu usmrcení na žádost, která by zohlednila nižší společenskou nebezpečnost tohoto činu a ukládala by za jeho spáchání mírnější trest. Inspiraci by český zákonodárce mohl hledat například v sousedním Německu, jehož trestní zákoník<sup>78</sup> privilegovanou skutkovou podstatu trestného činu usmrcení na žádost upravuje v ustanovení § 216, který stanoví: „*Je-li osoba pohnuta k usmrcení výslovnou a vážnou žádostí oběti, bude potrestána odnětím svobody v délce šest měsíců až pět let. Pokus je trestný.*“<sup>79</sup> V České republice již byla snaha o přijetí privilegované skutkové podstaty trestného činu usmrcení na žádost, a to během legislativního procesu k současnému trestnímu zákoníku, přijatému v roce 2009. Navrhovalo se upravit trestný čin usmrcení na žádost v § 115 trestního zákoníku, a to následovně: „(1) *Kdo ze soucitu usmrtí nevyлéčitelně nemocnou osobu, která trpí somatickou nemocí, na její vážně míněnou a naléhavou žádost, bude potrestán odnětím svobody až na šest let. (2) Vážně míněnou a naléhavou žádostí se rozumí svobodný a určitý projev vůle osoby starší*

---

<sup>78</sup> Strafgesetzbuch (StGB), BGBl. I S. 3322. Oficiální text zákona je dostupný z: <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/stgb/gesamt.pdf>

<sup>79</sup> Citované ustanovení je přeloženo z oficiálního anglického překladu německého trestního zákoníku, dostupného z: [http://www.gesetze-im-internet.de/englisch\\_stgb/german\\_criminal\\_code.pdf](http://www.gesetze-im-internet.de/englisch_stgb/german_criminal_code.pdf)

*osmnácti let, která není zbavena ani omezena ve způsobilosti k právním úkonům a není stížena duševní poruchou, jednoznačně a důrazně směřující k jejímu vlastnímu usmrcení.*<sup>80</sup> Tento návrh však spustil vlnu kritiky a z obav, že ohrozí přijetí celého nového trestního zákoníku, byl nakonec z jeho textu vypuštěn.<sup>81</sup>

Současná právní úprava, která nerozlišuje mezi usmrcením na žádost a vraždou či zabitím, není dle mého názoru vhodným řešením. Za správný krok ovšem nepovažuji ani legalizaci euthanasie, k níž se v průzkumech veřejného mínění v posledních deseti letech hlásí přibližně dvě třetiny dotazovaných<sup>82</sup> a o níž se v současné době začalo opět usilovat<sup>83</sup>, neboť se domnívám, že tento institut je příliš zneužitelný a nebezpečný, o čemž svědčí i každoročně vzrůstající počet případů provedené euthanasie v zemích Beneluxu, jejich nepřiliš přesvědčivý systém kontroly prostřednictvím kontrolních komisí, který ve skutečnosti zcela závisí na poctivosti lékaře, podá-li pravdivé a úplné informace o provedení euthanasie či nikoliv, a v neposlední řadě postupné odbourávání požadavků na přípustnost euthanasie, například nevléčitelnosti nemoci, zletilosti či způsobilosti pacientů.<sup>84</sup> Nejlepším řešením se skutečně zdá být přijetí privilegované skutkové podstaty trestného činu usmrcení na žádost, jehož návrh by mohl vycházet z německé úpravy a předchozího návrhu § 115 trestního zákoníku. Úprava této privilegované skutkové podstaty by mohla následovat hned za trestným činem zabití, jako nový § 141a trestního zákoníku, například v následujícím znění: „*Kdo jiného ze soucitu nebo jiného omluvitelného hnutí myslí úmyslně usmrtit na jeho výslovnou a vážnou žádost, bude potrestán trestem odnětí svobody až na šest let.*“ Osobně se domnívám, že v nejbližší době se podobné ustanovení do trestního zákoníku nedostane, bylo by však dobré na toto téma více diskutovat a probírat jej ve všech jeho souvislostech, aby se předešlo kritikám plynoucím z nepochopení tohoto institutu. Věřím, že začne-li se na toto téma postupně šířeji debatovat, bylo by přijetí privilegované skutkové podstaty trestného činu usmrcení na žádost nakonec možné

---

<sup>80</sup> HOLČAPEK, Tomáš; ŠUSTEK, Petr. *K § 115 návrhu nového trestního zákoníku (usmrcení na žádost)*. Trestněprávní revue. 2004, č. 11, s. 325 - 326

<sup>81</sup> PLETKOVÁ, Kristina. *Euthanasie - úvahy de lege ferenda*. Zdravotnictví a právo. 2008, č. 10, s. 5

<sup>82</sup> Veřejné mínění o interrupci, eutanazii a trestu smrti – červen 2016. In: Centrum pro výzkum veřejného mínění: Sociologický ústav AV ČR, v.v.i. 2016 Dostupné z: [http://cvvm.soc.cas.cz/media/com\\_form2content/documents/c1/a7577/f3/ov160720.pdf](http://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c1/a7577/f3/ov160720.pdf)

<sup>83</sup> Dne 27.5.2016 byl Poslanecké sněmovně skupinou poslanců předložen tzv. návrh zákona o důstojné smrti, kterým by měla být v České republice legalizována euthanasie i asistovaná sebevražda. K tomu více viz Exkurs II. v podkapitole 4.5 této práce.

<sup>84</sup> Více o úskalích euthanasie viz: VLČKOVÁ, Klára. *Euthanasie*. Praha, 2013. 82 s. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Právnická fakulta, Katedra trestního práva. Vedoucí práce Dagmar Císařová.

prosadit, a vyřešit tak současnou absenci zvláštní právní úpravy výše nastíněných problémů.

Cílem tohoto krátkého pojednání o euthanasii bylo vymezit tuto problematiku vůči tématu této práce – ukončování léčby s následkem smrti pacienta. Přestože v obou případech je výsledkem smrt pacienta, jedná se o dvě různé problematiky, které by neměly být zaměňovány. Ačkoli někteří považují celé výše představené dělení za pouhé malicherné slovíčkaření<sup>85</sup>, namítajíc, že se ve skutečnosti jedná stále o to samé, když všechna tato jednání končí smrtí pacienta, k níž nějakým způsobem (přímo či nepřímo, úmyslně či neúmyslně) přispěl lékař, osobně si s tímto argumentem dovoluji nesouhlasit, neboť z pohledu práva mají tyto kauzální otázky zásadní význam pro právní kvalifikaci jednání lékaře. Při provedení euthanasie, kdy lékař pacienta úmyslně usmrtí na jeho žádost, si je lékař vědom, že může způsobit smrt pacienta a chce tento následek způsobit. Smrt pacienta je tedy v případě euthanasie primárním cílem, k němuž lékařovo jednání směřuje. Podobně je tomu i v případě asistované sebevraždy, avšak s tím rozdílem, že lékař pacienta osobně neusmrtí, ale poskytne mu potřebnou součinnost k tomu, aby tak mohl učinit pacient sám. V případě ukončení či nezahájení život zachraňující/udržující léčby si je lékař rovněž vědom, že svým jednáním může způsobit smrt pacienta, ale nečiní tak proto, že chce tento následek způsobit, ale proto, že respektuje přání pacienta, bez jehož souhlasu nemůže léčbu provádět, anebo proto, že jakákoliv léčba je již marná. V těchto případech je tedy smrt pacienta nevyhnutelným vedlejším efektem lékařova jednání, které ve skutečnosti směřuje k jinému cíli. Otázka úmyslu a vůle má v právní teorii i praxi zásadní význam. V moderním právním státě je nemyslitelné, aby jednání bylo hodnoceno pouze z hlediska jeho následků, bez ohledu na okolnosti, které k němu vedly, a vnitřní vztah jednajícího. S ohledem na tyto rozdíly je dle mého názoru předložené rozlišování zcela nezbytné. Otázce právních a medicínských důvodů ukončování léčby je již věnována následující kapitola.

---

<sup>85</sup> Prof. MUDr. Pavel Pafko, DrSc., přední český chirurg, označil tyto terminologické debaty na konferenci o euthanasii, pořádané Ústavem státu a práva dne 15.5.2015, za „pouhá slova“.



## 2. PRÁVNÍ A MEDICÍNSKÉ DŮVODY UKONČENÍ LÉČBY

Nejpříjemnějším důvodem ukončení léčby je vyléčení pacienta. Bohužel ale ani přes neustálé pokroky není medicína všemocná, a tudíž zdaleka ne vždy je úspěšné ukončení léčby možné. Skutečnost, že i medicína má své limity, je proto základem dalšího důvodu ospravedlňujícího ukončení léčby, kterým je neúčelnost či marnost léčby. Vedle těchto medicínských důvodů existuje však ještě jeden, dle mého názoru naprosto zásadní, právní důvod ukončení/nezahájení léčby, a to nesouhlas pacienta, jemuž je věnována hned první část této kapitoly.

### 2.1 Odmítnutí léčby pacientem

Právo pacienta odmítnout léčbu vychází ze základní premisy zdravotnického práva, stanovující, že jakékoli služby v oblasti péče o zdraví je možné poskytovat výhradně se souhlasem osoby, které mají být takové služby poskytovány<sup>86</sup>. Pro řádné pochopení problematiky nesouhlasu s léčbou jakožto jednoho z důvodů ukončení/nezahájení léčby je tedy nezbytné představit nejdříve tzv. institut informovaného souhlasu.

#### 2.1.1 Informovaný souhlas jako základní předpoklad léčby

Jak již bylo v předchozím odstavci naznačeno, souhlas pacienta je základním předpokladem poskytování zdravotních služeb. Jedná se o jeden z hlavních pilířů moderní medicíny, vyjadřující respekt k právu pacienta na autonomii a osobní nedotknutelnost. K tomu, aby byla zdravotní péče<sup>87</sup> poskytována v souladu s právními

---

<sup>86</sup> S výjimkou případů, kdy je možné zdravotní služby poskytovat i bez souhlasu pacienta, které budou rozebrány v podkapitole 2.1.2.

<sup>87</sup> Zákon o zdravotních službách rozlišuje mezi pojmy „zdravotní služby“ a „zdravotní péče“. Termínem „zdravotní služby“ rozumí nejen poskytování zdravotní péče (pojem „zdravotní služby“ je tedy širší), ale například též konzultační služby za účelem posouzení individuálního léčebného postupu, nakládání s tělem zemřelého v souladu se zákonem, činnost zdravotnické záchranné služby a zdravotnické dopravní služby atd. (viz § 2 odst. 2 zákona o zdravotních službách). Zdravotní péči definuje zákon úžeji, jako *soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za účelem předcházení, odhalení a odstranění nemoci, vady nebo zdravotního stavu, udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu, udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení, pomoci při reprodukci a porodu, posuzování zdravotního stavu, a preventivní, diagnostické, léčebné, léčebně rehabilitační, ošetrovatelské nebo jiné zdravotní výkony prováděné zdravotnickými pracovníky za uvedenými účely*. Pro účely zjednodušení a lepší návaznosti textu jsou však v této práci oba uvedené termíny (zdravotní služby a zdravotní péče) používány jako synonyma, rovněž společně s pojmem „léčebná péče“, a to v užším smyslu zákonné definice zdravotní péče.

předpisy, je v první řadě zapotřebí současné splnění následujících dvou požadavků: (1) léčba musí být podepřena svobodným a informovaným souhlasem pacienta a (2) musí být provedena na náležité odborné úrovni, neboli *lege artis*<sup>88</sup>. Vedle toho je samozřejmě dáno mnoho dalších požadavků a podmínek, které je při poskytování zdravotních služeb nutné splnit a dodržovat, jako například požadavky na oprávnění a způsobilost k poskytování zdravotních služeb, práva pacienta (zejména na úctu, důstojné zacházení, vlastní volbu poskytovatele zdravotních služeb) apod., avšak s ohledem na téma této práce se bude tato kapitola dále podrobněji zabývat jen požadavkem informovaného (ne)souhlasu s léčbou a *lege artis* postupu.

Informovaný souhlas má povahu tzv. okolnosti vylučující protiprávnost<sup>89</sup>, neboť *stricto sensu* představuje lékařský zákrok sám o sobě protiprávní zásah do tělesné integrity pacienta, přičemž tato protiprávnost může být vyloučena pouze řádným informovaným souhlasem pacienta.<sup>90</sup>

Potřeba souhlasu pacienta, jako základní podmínka poskytování zdravotních služeb, je zakotvena zejména v ustanovení § 28 odst. 1 zákona o zdravotních službách, které stanoví, že *„zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem, nestanoví-li tento zákon jinak“*. Podobnou úpravu obsahuje též čl. 5 Úmluvy o biomedicině, který uvádí následující: *„Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích. Dotčená osoba může kdykoli svobodně svůj souhlas odvolat.“* Citovaná ustanovení jsou základem institutu informovaného souhlasu, jehož legislativní zakotvení lze považovat za nejdůležitější milník v transformaci vztahu mezi lékařem a pacientem do jeho moderní podoby. Po dlouhou dobu byl tento vztah silně paternalistický, což se projevovalo tak, že postavení pacienta bylo srovnatelné s postavením dítěte, které není schopno racionálně určit, co je pro něj nejlepší, a proto za něho musí rozhodovat někdo způsobilejší. Na druhém konci tohoto vztahu stál lékař ve značně nadřazeném postavení, neboť z titulu svého povolání

---

<sup>88</sup> Bližší informace o tzv. *lege artis* postupu viz podkapitola 2.2.1.

<sup>89</sup> Protiprávnost je u takových okolností vyloučena v důsledku ospravedlňujícího důvodu, a jednání, které by za jiných okolností bylo trestným činem, proto zůstává dovolené. Jedná se tedy o *„takové okolnosti, které pachatele činu jinak trestného zbavují trestní odpovědnosti“*. In: JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část*. 5. vydání. Praha: Leges, 2016, s. 256. Více viz kapitola 4.

<sup>90</sup> CÍSAŘOVÁ, Dagmar; SOVOVÁ, Olga. *Trestní právo a zdravotnictví*. 2., upravené a rozšířené vydání. Praha: Orac, 2000, s. 69

byl vnímán jako jediná osoba, která ví, co je pro pacienta nejlepší, a proto také pouze lékař sám mohl o pacientově léčbě nejlépe rozhodovat. Dříve bylo zcela běžné, že se s pacienty o poskytované péči nikdo nebavil, neboť jakákoli diskuze s pacientem byla lékaři často vnímána jako zcela neefektivní ztráta času, a nutno dodat, že ani samotní pacienti si spíše netroufali na cokoli se lékařů ptát, aby je příliš „neobtěžovali“. Je nezpochybnitelné, že lékařovo porozumění pacientovu zdravotnímu stavu a možnostem potřebné léčby je na zcela jiné úrovni nežli představa pacienta – laika. To ovšem není důvod pro vyloučení pacienta z rozhodování o poskytované zdravotní péči. Ba naopak, o to více je třeba klást důraz na řádné a srozumitelné informování pacienta o jeho zdravotním stavu, možnostech léčby a všech relevantních souvislostech, protože nakonec jde vždy a jen o pacientovo zdraví a život, a je proto zcela nepřijatelné, aby o těchto otázkách rozhodoval někdo jiný<sup>91</sup>. Postupnou demokratizací a liberalizací naší společnosti byly naštěstí tyto argumenty akceptovány a díky současné právní úpravě tak již pacient není vnímán jen jako pouhý objekt vztahu lékař-pacient, ale je považován za jeho rovnocenný subjekt, který se na rozhodování o poskytovaných zdravotních službách plně podílí, a lékař je povinen s ním komunikovat a poskytovat mu úplné a srozumitelné informace o jeho zdravotním stavu.

### **2.1.1.1 Poučení pacienta**

Z toho, co bylo výše uvedeno, je zřejmé, že nestačí jen prostý formální souhlas. Je totiž nezbytné, aby pacient rozuměl tomu, s čím souhlasí, a to je možné pouze za předpokladu, že se mu dostane náležitého poučení o jeho zdravotním stavu, možných způsobech léčby a jejích důsledcích. Pouze za těchto podmínek bude jeho souhlas informovaný, a bude se tedy moci stát základem pro poskytování potřebné zdravotní péče. Dovolím si na tomto místě citovat úryvek z rozsudku německého Nejvyššího spolkového soudu z roku 1958, sp. zn. VI ZR 203/57, který velmi výstižně vyjadřuje účel poučení pacienta: *„Nemocná osoba, postrádající zkušenosti a znalosti v medicínských věcech, pohlíží na lékaře jako na poradce a očekává od něj rady a informace. Pouze pokud pacient zná svou situaci, tedy pokud si v zásadě uvědomuje, k čemu dává svolení, když se podrobuje lékařskému zákroku, pouze tehdy bude jeho souhlas splňovat svůj právní účel, kterým je legalizace lékařského zásahu do jeho*

---

<sup>91</sup> Samozřejmě za předpokladu, že pacient je způsobilý sám platně projevit svoji vůli – více viz podkapitola 2.1.1.3.

*organismu, který by byl jinak protiprávní, a přenesení části odpovědnosti za léčbu na pacienta.*<sup>92</sup>

Podmínky poskytování informací o zdravotním stavu pacienta a navržené léčbě jsou upraveny v § 31 až 33 zákona o zdravotních službách. Podle ustanovení § 31 odst. 1 ZoZS je poskytovatel zdravotních služeb povinen jednak „zajistit, aby byl pacient srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách (dále jen „informace o zdravotním stavu“)<sup>93</sup>, a dále též „umožnit pacientovi nebo osobě určené pacientem klást doplňující otázky vztahující se k jeho zdravotnímu stavu a navrhovaným zdravotním službám, které musí být srozumitelně zodpovězeny“. Uvedené informace o zdravotním stavu musí dle druhého odstavce § 31 obsahovat údaje o:

- a) *„příčině a původu nemoci, jsou-li známy, jejím stadiu a předpokládaném vývoji,*
- b) *účelu, povaze, předpokládaném přínosu, možných důsledcích a rizicích navrhovaných zdravotních služeb, včetně jednotlivých zdravotních výkonů,*
- c) *jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích pro pacienta,*
- d) *další potřebné léčbě,*
- e) *omezeních a doporučeních ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a*
- f) *možnosti*

1. *vzdát se podání informace o zdravotním stavu podle § 32 a*

2. *určit osoby podle § 32 a 33 nebo vyslovit zákaz o podávání informací o zdravotním stavu podle § 33*<sup>93</sup>.

Tyto informace mají být pacientovi sděleny při přijetí do péče a následně vždy, když to bude účelné ve vztahu k poskytované péči nebo zdravotnímu stavu pacienta.

Další důležitou podmínkou je, že informace o zdravotním stavu může pacientovi podat jen „ošetřující zdravotnický pracovník způsobilý k poskytování zdravotních služeb, kterých se podání informace týká“<sup>94</sup>. Z toho vyplývá, že **je vyloučeno, aby informace o lékařských zákrocích poskytl pacientovi kdokoli jiný nežli lékař**. U

---

<sup>92</sup> CÍSAŘOVÁ, Dagmar; SOVOVÁ, Olga. *Trestní právo a zdravotnictví*. 2., upravené a rozšířené vydání. Praha: Orac, 2000, s. 70 – 71.

<sup>93</sup> Pacient má dle ustanovení § 32 a 33 ZoZS právo určit osoby, které mají být informovány o jeho zdravotním stavu, anebo naopak zakázat poskytování těchto informací třetím osobám (generálně či konkrétně).

<sup>94</sup> § 31 odst. 3 ZoZS

zároků prováděných samostatně nelékařským zdravotnickým personálem (např. zdravotní sestrou, fyzioterapeutem apod.) podává informaci samozřejmě ten zdravotnický pracovník, který je způsobilý k samostatnému poskytování příslušné péče.<sup>95</sup> Pro účely této práce jsou však zásadní lékařské zákroky, a proto bude dále v tomto textu za osobu způsobilou k poskytování informací o zdravotním stavu pacienta považován pouze lékař. Poskytnutí informace lékařem prostřednictvím rozhovoru s pacientem, během něhož má pacient možnost klást lékaři otázky, je zcela zásadním předpokladem platnosti informovaného souhlasu. V praxi bohužel dochází k tomu, že pacient obdrží od zdravotní sestry k podpisu více či méně podrobný dokument informovaného souhlasu a informace pro pacienta, vztahující se k poskytovaným zdravotním službám, aniž by se mu dostalo řádného poučení prostřednictvím rozhovoru s lékařem. Takto poskytnutý souhlas však nespĺňuje nezbytné zákonné požadavky a bude proto neplatný. Evropské soudy již několikrát konstatovaly, že *„sebelépe s německou důkladností vypracovaný písemný informovaný souhlas pacienta s lékařským výkonem je nicotným cípem papíru, pokud je prokázáno, že lékař s pacientem vřbec nehovořil a informovaný souhlas mu předložila k podpisu zdravotní sestra“*.<sup>96</sup> Z výše uvedeného vyplývá, že **písemný informovaný souhlas nemůžte nikdy nahradit ústní komunikaci mezi lékařem a pacientem**, která je základním stavebním kamenem informovaného souhlasu.<sup>97</sup>

#### 2.1.1.2 Forma informovaného souhlasu

Pokud jde o formu informovaného souhlasu, zákon nevyžaduje automaticky písemnou formu pro všechny případy. V souladu s ustanovením § 34 odst. 2 ZoZS se písemná forma vyžaduje pro souhlas s hospitalizací, a dále jen tehdy, stanoví-li tak jiný právní předpis nebo určí-li to sám poskytovatel vzhledem k povaze poskytovaných zdravotních služeb. Mimo zákon o zdravotních službách je požadavek písemného souhlasu dále obecně zakotven například v ustanovení § 96 občanského zákoníku, který stanoví, že písemnou formu vyžaduje souhlas k zákroku, jímž má být oddělena část těla, která se již neobnoví, souhlas k lékařskému pokusu na člověku, anebo k zákroku, který

---

<sup>95</sup> MACH, Jan. Lékař a právo: praktická příručka pro lékaře a zdravotníky. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, s. 116.

<sup>96</sup> Tamtéž, s. 117.

<sup>97</sup> ŠUSTEK, Petr; HOLČAPEK, Tomáš. Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví. Vyd. 1. Praha: ASPI, 2007, s. 89

zdravotní stav člověka nevyžaduje, nejedná-li se o kosmetické zákroky nezanechávající trvalé nebo závažné následky, na něž se požadavek písemné formy nevztahuje. Mezi další zákroky vyžadující písemnou formu informovaného souhlasu patří zákroky uvedené v zákoně č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách (např. umělé oplodnění, sterilizace, chirurgické výkony směřující ke změně pohlaví, genetické vyšetření atd.), a dále též odběry tkání a orgánů podle zákona č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon). Na tomto místě je však třeba upozornit na domněnku udělení a neodvolání souhlasu, kterou zavedl nový občanský zákoník v ustanovení v § 97 odst. 2, v němž je uvedeno následující: „*Nevyžaduje-li se pro souhlas [se zásahem do integrity] písemná forma, má se za to, že byl udělen. Při nejistotě, zda byl souhlas odvolán v jiné než písemné formě, se má za to, že k odvolání nedošlo.*“ Citované ustanovení je značně problematické, neboť automaticky presumuje souhlas s jakýmkoli zásahem do integrity, pro nějž zákon nevyžaduje písemnou formu, stejně tak jako neodvolání souhlasu, není-li odvolání k dispozici písemně. Tato domněnka by při striktním výkladu kladla na pacienta v případě odmítnutí léčby nepřiměřené důkazní břemeno a mohla by významně narušit jeho právo na autonomii i právo na soudní ochranu. Bude-li toto ustanovení skutečně v praxi představovat problém ukáže až budoucí judikatura. V komentáři k občanskému zákoníku se však uvádí, že s ohledem na zmíněná úskalí by měl být v zájmu souladu s čl. 36 Listiny základních práv a svobod a dalšími ústavními normami výklad citovaného ustanovení takový, že „*popře-li dotčený člověk (nebo jeho zástupce, byl-li povolán k rozhodování za dotčenou osobu) udělení souhlasu a takové popření nebude zcela nevěrohodné, měl by soud vyžadovat, aby udělení souhlasu jako právního důvodu pro provedení zásahu prokázal ten, kdo se ho dovolává.*“ Odvolání souhlasu bude zas muset prokázat člověk, do jehož integrity se zasahuje. Závěry obsažené v komentáři jsou v souladu s obecnými principy dokazování, podle nichž se skutečnost pozitivní (že souhlas byl udělen/odvolán) dokazuje snáze nežli skutečnost negativní (že k udělení/odvolání souhlasu nedošlo), a proto by důkazní břemeno měla nést ta strana, která se dovolává skutečnosti pozitivní (tedy toho, že k něčemu došlo).<sup>98</sup>

Bez ohledu na výše zmíněnou domněnku udělení a neodvolání souhlasu a skutečnost, že mimo stanovené výjimky zákon písemnou formu informovaného

---

<sup>98</sup> ŠVESTKA, Jiří; DVORÁK, Jan; FIALA, Josef a kol. *Občanský zákoník. Komentář. Svazek I.* Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer, 2014, s. 380-381.

souhlasu primárně nevyžaduje, považují za důležité doplnit, že poskytovatelům zdravotních služeb bývá doporučováno písemný souhlas požadovat i mimo případy stanovené zákonem, neboť se jedná o významný důkazní prostředek, který poskytovatel může v případě budoucího sporu použít na svoji obranu.<sup>99</sup> S ohledem na výše představený princip dokazování by v případném sporu mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem (nebo v horším případě pozůstalými) mělo důkazní břemeno ohledně řádného informování pacienta a udělení informovaného souhlasu (jakožto o skutečnosti pozitivní) ležet na straně poskytovatele, a je proto vždy v jeho nejvyšším zájmu mít pro případ budoucí potřeby informovaný souhlas k dispozici v písemné formě.<sup>100</sup> Písemný informovaný souhlas je součástí zdravotnické dokumentace a podepisuje jej pacient společně s lékařem.<sup>101</sup>

### 2.1.1.3 Nezpůsobilost pacienta k udělení souhlasu

Ne vždy je bohužel možné od pacienta informovaný souhlas získat. V praxi dochází velice často k situacím, kdy pacientovi jeho zdravotní stav vůbec neumožňuje projevit svoji vůli (například pacient v bezvědomí). Dalším důvodem může být skutečnost, že pacient není způsobilý vůli platně projevit, ať už z důvodu nedostatku věku, omezené svéprávnosti<sup>102</sup> nebo vlivem duševní poruchy.<sup>103</sup> Zákon však našťastí na tyto případy pamatuje.

Pro případ, kdy pacientův souhlas s léčbou nelze získat z důvodu, že jeho zdravotní stav jakýkoli projev vůle znemožňuje, zákon o zdravotních službách stanoví v § 34 odst. 7 následující postup: *„Jestliže pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb, a nejde-li o zdravotní služby, které lze poskytnout bez souhlasu, vyžaduje se souhlas osoby určené pacientem podle §*

---

<sup>99</sup> O důkazním významu písemného informovaného souhlasu pojednává např. publikace: ŠUSTEK, Petr; HOLČAPEK, Tomáš. *Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: ASPI, 2007, s. 39-42.

<sup>100</sup> SOVOVÁ, Olga. *Zdravotnická praxe a právo: praktická příručka*. Vyd. 1. Praha: Leges, 2011, s. 56

<sup>101</sup> § 34 odst. 5 zákona o zdravotních službách

<sup>102</sup> Pojem „svéprávnost“ užívá nový občanský zákoník k označení způsobilosti samostatně právně jednat (viz § 15 odst. 2 OZ) a nahradil jím pojem „způsobilost k právním úkonům“, užívaný občanským zákoníkem č. 40/1964 Sb. Na rozdíl od předchozí právní úpravy navíc nový občanský zákoník nepřipouští úplné zbavení svéprávnosti, ale pouze její omezení. Plné svéprávnosti se dle § 30 OZ nabývá zletilostí, tj. dosažením 18. roku věku, případně dříve (nejdříve však v 16-ti letech) přiznáním svéprávnosti, nebo uzavřením manželství (srov. § 30, § 37 a § 672 odst. 2 občanského zákoníku).

<sup>103</sup> Dle ustanovení § 581 OZ platí, že „není-li osoba plně svéprávná, je neplatné právní jednání, ke kterému není způsobilá. Neplatné je i právní jednání osoby jednající v duševní poruše, která ji činí neschopnou právně jednat“.

33 odst. 1, není-li takové osoby nebo není-li dosažitelná, manžela nebo registrovaného partnera, není-li takové osoby nebo není-li dosažitelná, vyžaduje se souhlas rodiče, není-li takové osoby nebo není-li dosažitelná, vyžaduje se souhlas jiné svéprávné osoby blízké, pokud je známa“. Na tomto místě je však třeba zároveň upozornit na ustanovení § 101 občanského zákoníku, které stanoví, že zákroky zanechávající trvalé, neodvratitelné a vážné následky nebo spojené s vážným nebezpečím pro život nebo zdraví pacienta, lze u pacientů neschopných úsudku<sup>104</sup> provést jen s přivolením soudu.

Pokud jde o nezpůsobilost k udělení souhlasu s poskytováním zdravotních služeb z důvodu nedostatku věku nebo omezené svéprávnosti, podle ustanovení § 35 odst. 1 zákona o zdravotních službách je při poskytování zdravotních služeb nezletilému<sup>105</sup> pacientovi nutné zjistit jeho názor na poskytnutí zamýšlených zdravotních služeb (je-li to přiměřené rozumové a volní vyspělosti jeho věku) a tento názor zohlednit v míře úměrné jeho věku a stupni rozumové a volní vyspělosti. V otázkách vyslovení souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb nezletilému dále předmětné ustanovení odkazuje na právní předpisy upravující svéprávnost (občanský zákoník) a dodává, že zamýšlené zdravotní služby lze na základě souhlasu nezletilého poskytnout jen tehdy, „jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku“<sup>106</sup>. Uvedenou podmínku rozšiřuje ust. § 95 občanského zákoníku<sup>107</sup> o dva další požadavky, a sice že příslušný zákrok musí představovat obvyklou záležitost<sup>108</sup> a zároveň nesmí zanechávat trvalé nebo závažné následky.<sup>109</sup> Jako jednoduchý příklad si lze představit samostatné absolvování preventivní zubní prohlídky nezletilým ve věku 14 let. K udělení souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb, které některou z výše uvedených podmínek nesplňují (tj. nebude-li nezletilý pacient vzhledem ke svému věku schopen je posoudit nebo bude-

---

<sup>104</sup> Neschopnost úsudku je dána právě u již zmíněných pacientů v bezvědomí, ale dále například i u nezletilých nízkého věku a osob s těžkou duševní poruchou (srov. ŠVESTKA, Jiří; DVORÁK, Jan; FIALA, Josef a kol. *Občanský zákoník. Komentář. Svazek I.* Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer, 2014, s. 395).

<sup>105</sup> Dle ustanovení § 35 odst. 4 ZoZS se tato úprava poskytování zdravotních služeb nezletilým použije obdobně i pro poskytování zdravotních služeb pacientům s omezenou svéprávností s tím, že věk pacienta se nezohledňuje.

<sup>106</sup> Citované ustanovení dále upřesňuje, že touto podmínkou „není dotčena možnost poskytování zdravotních služeb bez souhlasu“.

<sup>107</sup> Toto ustanovení je speciální úpravou, kterou lze aplikovat na základě odkazu obsaženého v ust. § 35 odst. 1 ZoZS (srov. ŠVESTKA, Jiří; DVORÁK, Jan; FIALA, Josef a kol. *Občanský zákoník. Komentář. Svazek I.* Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer, 2014, s. 371).

<sup>108</sup> Tj. běžné, nikoli mimořádné záležitosti.

<sup>109</sup> ŠVESTKA, Jiří; DVORÁK, Jan; FIALA, Josef a kol. *Občanský zákoník. Komentář. Svazek I.* Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer, 2014, s. 370.



li se jednat o neobvyklý zákrok či zákrok zanechávající trvalé nebo závažné následky) nejsou nezletilí pacienti způsobilí, a bude proto nutný souhlas zákonného zástupce. Zákonný zástupce přitom může dle ust. § 93 odst. 2 občanského zákoníku udělit souhlas k zásahu do integrity zastoupeného jen tehdy, je-li to k přímému prospěchu osoby, která není schopna dát souhlas sama, přičemž však postačí i naděje na dosažení přínosu.<sup>110</sup> Pokud jde o poskytování informací o zákroku, zákon o zdravotních službách v ust. § 31 odst. 5 stanoví, že „*jde-li o nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností, právo na informace o zdravotním stavu a právo klást otázky náleží zákonnému zástupci nebo opatrovníkovi pacienta a pacientovi, je-li k takovému úkonu přiměřeně rozumově a volně vyspělý*“. V této souvislosti dále zákon o zdravotních službách v ust. § 35 odst. 2 upřesňuje, že ani poskytnutí zdravotních služeb na základě souhlasu nezletilého pacienta nebrání v podání informací o poskytnutých zdravotních službách a zdravotním stavu nezletilého jeho zákonnému zástupci. Na tomto místě je třeba zdůraznit, že vše, co bylo výše uvedeno k právní úpravě souhlasu s poskytováním zdravotních služeb nezletilým pacientům, platí obdobně i pro poskytování zdravotních služeb pacientům s omezenou svéprávností.<sup>111</sup>

Další příčinou nezpůsobilosti pacienta k platnému projevu vůle může být duševní porucha, a to jak trvalého, tak přechodného charakteru. O této příčině však bude podrobněji pojednáno až v podkapitole 2.1.3.1 v souvislosti se způsobilostí pacienta k odmítnutí léčby.

Výše uvedené pojednání o institutu informovaného souhlasu je spíše souhrnem toho nejdůležitějšího, neboť se jedná o rozsáhlé téma vhodné pro samostatnou publikaci. Věřím však, že pro účely této práce je tento souhrn plně dostačující. Předtím, než bude přistoupeno k hlavnímu tématu podkapitoly 2.1, kterým je nesouhlas pacienta s léčbou, je ovšem třeba ještě krátce uvést již zmíněnou možnost poskytování zdravotních služeb bez souhlasu pacienta, představující jakýsi mezičlánek mezi případy poskytování zdravotních služeb na základě souhlasu pacienta a případy nemožnosti jejich poskytování z důvodu nesouhlasu pacienta.

---

<sup>110</sup> ŠVESTKA, Jiří; DVOŘÁK, Jan; FIALA, Josef a kol. *Občanský zákoník. Komentář. Svazek I.* Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer, 2014, s. 359 - 360.

<sup>111</sup> Srov. § 35 odst. 4 ZoZS a § 3022 OZ

## 2.1.2 Poskytování zdravotních služeb a hospitalizace bez souhlasu

Problematika poskytování zdravotních služeb a hospitalizace bez souhlasu je upravena v několika právních předpisech. Obecnou úpravu přípustného poskytování zdravotních služeb bez souhlasu pacienta lze najít v Úmluvě o biomedicině, která ve svém čl. 8 uvádí, že „pokud v situacích nouze nelze získat příslušný souhlas, jakýkoliv nutný lékařský zákrok lze provést okamžitě, pokud je nezbytný pro prospěch zdraví dotyčné osoby“. Téměř shodná úprava je obsažena i v § 99 občanského zákoníku, podle něhož „je-li život člověka v náhlém a patrném nebezpečí a nelze-li souhlas ve stavu nouze získat ani v jiné než stanovené formě, lze okamžitě zakročit, pokud to je ve prospěch zdraví dotčené osoby nezbytné“<sup>112</sup>. Listina základních práv a svobod obecně upravuje možnost hospitalizace bez souhlasu pacienta v čl. 8 odst. 6, který uvádí, že: „Zákon stanoví, ve kterých případech může být osoba převzata nebo držena v ústavní zdravotnické péči bez svého souhlasu. Takové opatření musí být do 24 hodin oznámeno soudu, který o tomto umístění rozhodne do 7 dnů“. Nejpodrobněji se však otázkou poskytování zdravotních služeb a hospitalizace bez souhlasu pacienta zabývá zákon o zdravotních službách v ustanoveních § 38 až 40.

### 2.1.2.1 Hospitalizace bez souhlasu

Podle § 38 ZoZS je možné pacienta hospitalizovat bez jeho souhlasu pouze tehdy, je-li splněna některá z následujících podmínek:

- 1) pacientovi bylo pravomocným rozhodnutím soudu uloženo ochranné léčení formou lůžkové péče,
- 2) pacientovi byla nařízena karanténa, izolace nebo léčení podle zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví,
- 3) pacientovi bylo v souladu se zákonem č. 141/1961 Sb., trestní řád (dále též jen „TŘ“) nebo zákonem č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních, nařízeno vyšetření jeho zdravotního stavu,

---

<sup>112</sup> Lze-li však souhlas získat (byť v jiné než předepsané formě), ať už přímo od pacienta nebo jeho zákonného zástupce, opatrovníka, osoby určené pacientem, jeho manžela, rodiče nebo jiné svéprávné osoby blízké, nelze § 99 aplikovat (srov. ust. § 34 odst. 7 ZoZS a komentář k § 99 In: ŠVESTKA, Jiří; DVOŘÁK, Jan; FIALA, Josef a kol. *Občanský zákoník. Komentář. Svazek I.* Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer, 2014, s. 388).

- 4) pacient bezprostředně a závažným způsobem ohrožuje sebe nebo své okolí a jeví známky nebo trpí duševní poruchou anebo je pod vlivem návykové látky a danou hrozbu nelze odvrátit jinak, nebo
- 5) zdravotní stav pacienta vyžaduje neodkladnou péči<sup>113</sup> a zároveň neumožňuje pacientovi vyslovit souhlas s jejím poskytnutím.

Nad rámec výše uvedených podmínek zákon stanoví ještě jednu speciální možnost týkající se hospitalizace nezletilého pacienta a pacienta s omezenou svéprávností. U takového pacienta je dle ustanovení § 38 odst. 2 ZoZS možné provést hospitalizaci bez souhlasu zákonného zástupce nebo opatrovníka též v případě, jde-li o podezření z týrání, zneužívání nebo zanedbávání.

O hospitalizaci pacienta bez souhlasu z důvodu potřeby neodkladné péče, s jejímž poskytnutím pacient není schopen vyslovit souhlas, anebo z důvodu ohrožení způsobeného duševní poruchou nebo vlivem návykové látky, je poskytovatel zdravotních služeb ze zákona<sup>114</sup> povinen informovat osobu určenou pacientem, případně některou osobu blízkou, spolužijící osobu, zákonného zástupce, anebo Policii České republiky (není-li poskytovateli žádná z uvedených osob známa). Zároveň musí poskytovatel dle § 40 ZoZS takovouto hospitalizaci bez souhlasu<sup>115</sup> oznámit do 24 hodin místně příslušnému soudu<sup>116</sup>, který zahájí tzv. detenční řízení (o vyslovení přípustnosti převzetí nebo držení ve zdravotním ústavu bez souhlasu pacienta)<sup>117</sup>.

### **2.1.2.2 Poskytování zdravotních služeb bez souhlasu**

Pokud jde o otázku poskytování zdravotních služeb bez souhlasu pacienta, zákon o zdravotních službách v ustanovení § 38 odst. 3 uvádí, že bez souhlasu lze pacientovi poskytnout pouze neodkladnou péči, a to jen v případě, že pacientův zdravotní stav neumožňuje pacientovi souhlas vyslovit<sup>118</sup>, anebo v případě, že pacient trpí vážnou duševní poruchou, jenž by bez potřebné léčby se vší pravděpodobností

---

<sup>113</sup> Neodkladnou péči definuje § 5 odst. 1 písm. a) ZoZS jako péči, „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“.

<sup>114</sup> Viz § 38 odst. 6 ZoZS.

<sup>115</sup> Totéž platí i v případě odvolání souhlasu.

<sup>116</sup> Neplatí, dojde-li do uvedené lhůty k dodatečnému vyslovení souhlasu.

<sup>117</sup> PRAŽMOVÁ, Věra; KUČEROVÁ, Božena. *Poskytování zdravotních služeb bez souhlasu pacienta*. Zdravotnické fórum. 2012, č. 8, s. 17-19

<sup>118</sup> Tím není dotčeno dříve vyslovené přání pacienta – otázkou dříve vyslovených přání se podrobněji zabývá kapitola 3.

vedla k vážnému poškození zdraví pacienta. Dále však ještě v § 38 odst. 7 dodává, že bez souhlasu lze poskytnout i další zdravotní služby, pokud tak stanoví zákon o ochraně veřejného zdraví<sup>119</sup>.

Podobně jako u výše zmíněné hospitalizace bez souhlasu pacienta, i v rámci právní úpravy poskytování zdravotních služeb bez souhlasu pacienta nabízí zákon o zdravotních službách speciální ustanovení týkající se nezletilých a pacientů s omezenou svéprávností, kterým lze dle § 38 odst. 4 bez souhlasu<sup>120</sup> poskytnout neodkladnou péči jednak v případě výše zmíněné léčby vážné duševní poruchy, jenž by v případě neléčení vedla k vážnému poškození zdraví pacienta, anebo jedná-li se o zdravotní služby nezbytné k záchraně života pacienta nebo zamezení vážného poškození jeho zdraví. Vedle toho je i zde dána možnost poskytnout nezletilému nebo omezeně svéprávnému pacientovi neodkladnou péči bez souhlasu jeho zákonného zástupce nebo opatrovníka v případě podezření na týrání, zneužívání nebo zanedbávání<sup>121</sup>. Nad rámec této úpravy ještě zákon o zdravotních službách v ustanovení § 35 odst. 3 stanoví, že ošetřující zdravotnický pracovník může sám rozhodnout o poskytnutí zdravotní služby nezletilému nebo pacientovi s omezenou svéprávností v případě, že souhlas jeho zákonného zástupce nebo opatrovníka nelze získat bez zbytečného odkladu, a jedná se o zdravotní služby, které spočívají v poskytnutí neodkladné péče, která není péčí podle § 38 odst. 4 (viz výše), nebo akutní péče<sup>122</sup>. Tato možnost však není dána v případě, kdy lze zdravotní služby poskytnout na základě souhlasu nezletilého nebo pacienta s omezenou svéprávností.<sup>123</sup>

### 2.1.2.3 Postup

Procesní úprava zákonného postupu v případě hospitalizace bez souhlasu pacienta je upravena v zákoně č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních, zvláštní část, hlava I., díl 4 s názvem „Řízení ve věcech vyslovení přípustnosti převzetí nebo držení ve zdravotním ústavu“, ustanovení § 66 až 84. V těchto ustanoveních je, stejně

---

<sup>119</sup> Zákon o ochraně veřejného zdraví umožňuje v určitých případech provést bez souhlasu pacienta test na virus lidského imunodeficitu (HIV).

<sup>120</sup> Myšleno i bez souhlasu jejich zákonného zástupce nebo opatrovníka.

<sup>121</sup> §38 odst. 5 ZoZS

<sup>122</sup> Akutní péči definuje § 5 odst. 1 písm. b) ZoZS jako péči, „jejímž účelem je odvrácení vážného zhoršení zdravotního stavu nebo snížení rizika vážného zhoršení zdravotního stavu tak, aby byly včas zjištěny skutečnosti nutné pro stanovení nebo změnu individuálního léčebného postupu nebo aby se pacient nedostal do stavu, ve kterém by ohrozil sebe nebo své okolí“.

<sup>123</sup> Viz podkapitola 2.1.1.3 výše na str. 34.

tak jako v § 40 ZoZS a čl. 8 Listiny základních práv a svobod, rovněž stanovena povinnost zdravotního ústavu oznámit převzetí (hospitalizaci) pacienta bez jeho souhlasu do 24 hodin soudu, v jehož obvodu se zdravotní ústav nachází.<sup>124</sup> Soud musí o přípustnosti převzetí ze zákona rozhodnout do 7 dnů od převzetí<sup>125</sup> a toto rozhodnutí musí být doručeno do 24 hodin od jeho vydání.<sup>126</sup> Vyslovil-li soud ve svém rozhodnutí, že převzetí pacienta bylo v souladu se zákonem a že důvody pro jeho převzetí trvají, pokračuje v řízení o vyslovení přípustnosti jeho dalšího držení ve zdravotním ústavu.<sup>127</sup> V tomto případě již soud rozhoduje rozsudkem, který musí být vyhlášen do 3 měsíců od rozhodnutí o přípustnosti převzetí do zdravotního ústavu. V rozsudku soud rozhodne o přípustnosti a trvání dalšího držení ve zdravotním ústavu.<sup>128</sup> Účinnost tohoto rozsudku však zanikne nejpozději uplynutím 1 roku od jeho vyhlášení a v případě potřeby delší hospitalizace pacienta bez jeho souhlasu bude muset soud o povolení dalšího držení rozhodnout znovu.<sup>129</sup>

Nyní, když byly představeny potřebné základy institutu informovaného souhlasu a možnosti, kdy lze zdravotní služby poskytovat i bez něj, je možné konečně přistoupit k hlavnímu bodu podkapitoly 2.1, kterým je informovaný nesouhlas pacienta s léčbou jakožto důvod možného ukončení/nezahájení léčby.

### **2.1.3 Negativní revers (informovaný nesouhlas)**

Na základě přechozího pojednání lze shrnout, že mimo zákonem stanovené případy, kdy lze zdravotní služby poskytovat i bez souhlasu, je souhlas pacienta nezbytnou prekvizitou poskytování zdravotních služeb, při jejíž absenci má lékařský zákrok povahu protiprávního zásahu do tělesné integrity pacienta. Z této zásady vcelku logicky vyplývá závěr, že odepření udělení souhlasu znemožňuje lékaři provést indikovaný zákrok. Tento pohled je však značně zjednodušený, neboť ve skutečnosti je vyjádření nesouhlasu s léčbou spojeno s mnoha problematickými otázkami a ne vždy se jím lékař může řídit. Níže v této části práce se pokusím poukázat na dle mého názoru

---

<sup>124</sup> § 75 zákona o zvláštních řízeních soudních

<sup>125</sup> § 77 zákona o zvláštních řízeních soudních

<sup>126</sup> § 79 zákona o zvláštních řízeních soudních

<sup>127</sup> § 80 zákona o zvláštních řízeních soudních

<sup>128</sup> § 81 odst. 1 a 2 zákona o zvláštních řízeních soudních

<sup>129</sup> § 81 odst. 3 zákona o zvláštních řízeních soudních

nejzásadnější úskalí související s problematikou vyjádření nesouhlasu s léčbou a jejich právně přijatelná řešení.

Na začátek je třeba zdůraznit, že možnosti odmítnutí léčby nejsou bezbřehé. Je třeba mít na paměti, že odmítnutí doporučené léčby pacientem bude s velkou pravděpodobností spojeno se zhoršením jeho zdravotního stavu nebo přinejmenším snížením jeho šancí na úspěšné vyléčení, a lékaře tak uvádí do značně nepříjemného postavení, neboť mu vlastně ukládá, aby jednal v rozporu s jeho základní povinností, kterou je léčit pacienta podle svých nejlepších znalostí a schopností. Uplatňování práva na odmítnutí léčby se tedy odehrává v konfliktu, neboť zde dochází ke střetu zájmu na ochraně autonomie pacienta se zájmem na ochraně jeho zdraví, ztělesněnému ve střetu práva pacienta svobodně se rozhodnout, že nechce být léčen, s povinností lékaře léčit.<sup>130</sup> V této souvislosti odborná literatura často odkazuje na nález Ústavního soudu sp. zn. IV. ÚS 639/2000 ze dne 18.5.2001, v němž je zakotvena zásada, že „*právo nebýt léčen je silnější než povinnost léčit*“ a že „*diagnóza není víc než právo*“.<sup>131</sup> Současná právní úprava s tímto závěrem koresponduje a jako výraz respektu k autonomii pacienta a nedotknutelnosti jeho osobnostní integrity dává pacientovi možnost odmítnout navrhovanou léčbu, i za cenu možného negativního vlivu této volby na pacientovo zdraví. Zároveň je však nutno dodat, že právě vzhledem k rizikům, která mohou být s odmítnutím léčby spojena, jsou pro závaznost projevu vůle, jímž je léčba odmítána, stanoveny určité podmínky, jejichž dodržení má zásadní význam pro hodnocení zákonnosti ne/poskytnutí zdravotní péče lékařem v případě jejího odmítnutí pacientem.

---

<sup>130</sup> ŠUSTEK, Petr; HOLČAPEK, Tomáš. Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví. Vyd. 1. Praha: ASPI, 2007, s. 117

<sup>131</sup> Srov. ŠUSTEK, Petr; HOLČAPEK, Tomáš. *Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: ASPI, 2007, s. 117 a CÍSAŘOVÁ, Dagmar; SOVOVÁ, Olga. *Ochrana soukromí při poskytování zdravotní péče*. In: VANDUCHOVÁ, Marie; HOŘÁK, Jaromír a kol. *Na křižovatkách práva: Pocta Janu Musilovi k 70. narozeninám*. Praha: C.H. Beck, 2011, s. 401 a TĚŠINOVÁ, Jolana; ŽDÁREK, Roman; POLICAR, Radek. *Medicínské právo*. Vyd. 1. V Praze: C.H. Beck, 2011, s. 72

### 2.1.3.1 Podmínky platného odmítnutí léčby

Prohlášení, kterým pacient vyslovuje nesouhlas s léčbou (odmítá vyslovit souhlas s léčbou), označuje platná právní terminologie pojmem „*revers*“ (v odborné literatuře<sup>132</sup> se lze nejčastěji setkat se pojmy „*negativní revers*“, nebo též „*informovaný nesouhlas*“). Podmínky, které musí být splněny, aby toto prohlášení bylo právně relevantním důvodem neposkytnutí potřebných zdravotních služeb, jsou upraveny zejména v § 34 zákona o zdravotních službách a v Příloze č. 1 bod 6 vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.<sup>133</sup> Základem právní úpravy odmítnutí léčby je ustanovení § 34 odst. 3 ZoZS, které stanoví: „*Pacientovi, kterému byla podána informace o zdravotním stavu nebo se podání informace podle § 32 odst. 1 vzdal a který odmítá vyslovit souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, nejde-li o případ, kdy lze zdravotní služby poskytnout bez souhlasu, je opakovaně podána informace o jeho zdravotním stavu v rozsahu a způsobem, ze kterého je zřejmé, že neposkytnutí zdravotních služeb může vážně poškodit jeho zdraví nebo ohrozit život. Jestliže pacient i nadále odmítá vyslovit souhlas, učiní o tom písemné prohlášení (revers)*“. Podrobnější obsahové náležitosti reversu jsou dále rozvedeny vyhláškou o zdravotnické dokumentaci, jejíž Příloha č. 1, bod 6 mimo jiné stanoví: „*Záznam o odmítnutí poskytnutí zdravotních služeb pacientem obsahuje:*

1. *údaj o zdravotním stavu pacienta a potřebných zdravotních službách,*
2. *údaj o možných následcích odmítnutí potřebných zdravotních služeb pro zdraví pacienta,*
3. *záznam vyjádření pacienta, že údaje podle bodu 1 a 2 mu byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, že jim porozuměl a že měl možnost klást doplňující otázky, které mu byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny,*
4. *písemné prohlášení pacienta, popřípadě záznam o tomto prohlášení, že i přes poskytnuté vysvětlení potřebné zdravotní služby odmítá,*
5. *místo, datum, hodina a podpis pacienta,*
6. *podpis zdravotnického pracovníka, který pacientovi informace poskytl,*

<sup>132</sup> Srov. např. MACH, Jan. Medicínské právo - co a jak: praktické rady pro lékaře a zdravotníky. První vydání. Praha: Galén, 2015, s. 32 a ŠUSTEK, Petr; HOLČAPEK, Tomáš. Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví. Vyd. 1. Praha: ASPI, 2007, s. 117 a TĚŠINOVÁ, Jolana; ŽDÁREK, Roman; POLICAR, Radek. Medicínské právo. Vyd. 1. V Praze: C.H. Beck, 2011, s. 72

<sup>133</sup> Vzory formuláře negativního reversu, které jsou k dispozici ke stažení na webových stránkách České lékařské komory (<http://lkcr.cz/dokumenty-pravniho-oddeleni-clk-418.html>), tvoří Přílohu č. 1 a 2 této práce.

7. *nemůže-li se pacient s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat nebo odmítá-li záznam o prohlášení podepsat, opatří se záznam jménem, popřípadě jmény, příjmením a podpisem svědka, který byl projevu odmítnutí přítomen, a uvedou se důvody, pro něž se pacient nepodepsal, a dále se uvede, jakým způsobem projevil svou vůli.*“

Z citovaných ustanovení je zřejmé, že odmítnutí léčby je účinné pouze tehdy, je-li pacient řádně poučen o svém zdravotním stavu, doporučené léčbě i následcích jejího odmítnutí. Na rozdíl od případů, kdy pacient s léčbou souhlasí, se pacient, který léčbu odmítá, nemůže podání těchto informací platně vzdát, neboť nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb musí být vždy skutečně informovaný. Jinými slovy, pacient si musí být plně vědom toho, co odmítá a jaké to bude mít následky.<sup>134</sup>

Dalším důležitým požadavkem plynoucím z citovaných ustanovení je požadavek písemné formy pacientova prohlášení o odmítnutí léčby (písemný revers). I v tomto ohledu je právní úprava informovaného nesouhlasu s poskytováním zdravotních služeb, generálně vyžadující písemnou formu, přísnější nežli úprava informovaného souhlasu, která písemnou formu vyžaduje jen v konkrétních případech<sup>135</sup>. Požadavek písemné formy negativního reversu vychází z jeho zásadního důkazního významu pro určení odpovědnosti za neposkytnutí indikované zdravotní služby. Prohlášením o odmítnutí doporučené léčby na sebe pacient přebírá odpovědnost za následky jejího neposkytnutí.<sup>136</sup> Jedná se tedy o významný důkazní prostředek na ochranu poskytovatele zdravotních služeb, v jehož nejlepším zájmu je mít toto prohlášení k dispozici písemně. V této souvislosti je třeba zdůraznit, že se má skutečně jednat o písemné prohlášení pacienta, a nestačí proto pouhý lékařův zápis informace o odmítnutí léčby pacientem do zdravotnické dokumentace.<sup>137</sup> Písemný negativní revers by měl pacient, společně s příslušným zdravotnickým pracovníkem, který mu podal potřebné informace, podepsat, a následně by tento revers měl být založen do zdravotnické dokumentace pacienta.<sup>138</sup> Pro úplnost je nutno dodat, že zákon o zdravotních službách

---

<sup>134</sup> KRUTINA, Miroslav; LANGMAJER, Jan. *Otázky související s odepřením lékařské pomoci*. Zdravotnictví a právo. 2009, č. 1-2, s. 36

<sup>135</sup> Viz podkapitola 2.1.1.2 výše.

<sup>136</sup> ŠUSTEK, Petr; HOLČAPEK, Tomáš. *Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: ASPI, 2007, s. 127

<sup>137</sup> TĚŠINOVÁ, Jolana; ŽDÁREK, Roman; POLICAR, Radek. *Medicínské právo*. Vyd. 1. V Praze: C.H. Beck, 2011, s. 74

<sup>138</sup> § 34 odst. 5 zákona o zdravotních službách



pamatuje i na případy, kdy pacientovi jeho zdravotní stav nedovoluje vyjádřit nesouhlas s léčbou požadovaným způsobem. V takovém případě ukládá § 34 odst. 6 ZoZS lékaři zaznamenat nepochybný projev vůle pacienta do zdravotnické dokumentace s uvedením způsobu, jakým pacient svoji vůli projevil, a zdravotních důvodů bránících pacientovi ve vyjádření požadovaným způsobem a tento záznam podepsat společně se svědkem, který byl pacientovu projevu vůle přítomen.

Posledním a zároveň nejzásadnějším faktorem ovlivňujícím platnost reversu je způsobilost pacienta. Odmítnutí léčby je totiž ve své podstatě právním jednáním, a jako takové je platné pouze v případě, bylo-li učiněno osobou způsobilou, a to nejen obecně právně jednat (svéprávnou), ale především způsobilou k tomuto konkrétnímu jednání (odmítnutí léčby).<sup>139</sup>

Pokud jde o pacienty, kteří nejsou plně svéprávní, tj. nezletilí<sup>140</sup> a pacienti s omezenou svéprávností, zákon o zdravotních službách se otázkou odmítání léčby ze strany těchto pacientů přímo nezabývá, ale v ustanovení § 35 stanoví, že „*při poskytování zdravotních služeb nezletilému pacientovi je třeba zjistit jeho názor na poskytnutí zamýšlených zdravotních služeb, jestliže je to přiměřené rozumové a volní vyspělosti jeho věku. Tento názor musí být zohledněn jako faktor, jehož závažnost narůstá úměrně s věkem a stupněm rozumové a volní vyspělosti nezletilého pacienta. Pro vyslovení souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb nezletilému pacientovi se použijí právní předpisy upravující svéprávnost fyzických osob...*“, přičemž na pacienty s omezenou svéprávností se citovaná úprava použije obdobně s tím, že věk se nezohledňuje. Předpisem, na který citované ustanovení odkazuje, je občanský zákoník a ačkoli tento odkaz směřuje především na ust. § 93 odst. 2 a § 95 občanského zákoníku, upravující souhlas se zásahem do integrity (viz podkapitola 2.1.1.3 výše), v otázkách odmítání léčby je speciální úpravou ust. § 100 občanského zákoníku.<sup>141</sup> Toto ustanovení ve svém prvním odstavci stanoví, že: „*Má-li být zasaženo do integrity nezletilého, který dovršil čtrnáct let, nenabyl plné svéprávnosti a který zákroku vážně odporuje, třebaže zákonný zástupce se zákrokem souhlasí, nelze zákrok provést bez souhlasu soudu. To*

---

<sup>139</sup> ŠUSTEK, Petr; HOLČAPEK, Tomáš. Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví. Vyd. 1. Praha: ASPI, 2007, s. 128

<sup>140</sup> S výjimkou těch, kteří nabyli plné svéprávnosti před dovršením 18-ti let (nejdříve však v 16-ti letech) přiznáním svéprávnosti nebo uzavřením manželství.

<sup>141</sup> ŠVESTKA, Jiří; DVOŘÁK, Jan; FIALA, Josef a kol. *Občanský zákoník. Komentář. Svazek I.* Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer, 2014, s. 391.

*platí i v případě provedení zákroku na zletilé osobě, která není plně svéprávná.*“ Z citovaného ustanovení vyplývá, že osoby mladší 14-ti let nejsou k odmítnutí léčby způsobilé vůbec, neboť jejich nesouhlas není právně relevantní, a rozhodnutí tedy leží na zákonném zástupci.<sup>142</sup> V případě odmítnutí zákroku nezletilou osobou, která již dovršila 14 let, anebo osobou s omezenou svéprávností, však souhlas či nesouhlas zákonného zástupce nebo opatrovníka nestačí a o přípustnosti odmítnutého zákroku musí vždy rozhodnout soud. Lze shrnout, že ačkoli zákon šetří právo nezletilých pacientů a pacientů s omezenou svéprávností na autonomii a osobnostní integritu, k samostatnému odmítnutí léčby nejsou tyto osoby způsobilé. I v tomto aspektu je tedy právní úprava nesouhlasu s léčbou přísnější, nežli právní úprava souhlasu, neboť zatímco souhlas s poskytnutím zdravotních služeb mohou nezletilí pacienti a pacienti s omezenou svéprávností v určitých případech<sup>143</sup> udělit samostatně, ohledně odmítnutí zdravotních služeb může rozhodnout jen jejich zákonný zástupce<sup>144</sup> nebo soud.<sup>145</sup>

Ani plně svéprávný pacient však nemusí být k odmítnutí léčby vždy způsobilý. Jak již totiž bylo výše zmíněno, k platnosti právního jednání nestačí jenom obecná způsobilost právně jednat, ale je třeba i aktuální způsobilost k platnému projevu vůle v konkrétní záležitosti. Může se stát (a v praxi tato situace není výjimkou), že pacient bude nezpůsobilý k rozhodnutí o ne/udělení souhlasu s léčbou vlivem duševní poruchy. Pojem duševní porucha se přitom ani zdaleka neomezuje jen na diagnostikované duševní choroby, ale zahrnuje i stavy přechodného či krátkodobého podstatného narušení rozumové (rozpoznávací)<sup>146</sup> či volní (ovládací)<sup>147</sup> složky pacientovy mysli.<sup>148</sup> Do stavu duševní poruchy se tak může pacient dostat například i vlivem silného působení léků, projevů jeho onemocnění, vážného zranění, silné bolesti, mimořádného

<sup>142</sup> ŠVESTKA, Jiří; DVOŘÁK, Jan; FIALA, Josef a kol. *Občanský zákoník. Komentář. Svazek I.* Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer, 2014, s. 390.

<sup>143</sup> Viz podkapitola 2.1.1.3 výše.

<sup>144</sup> Z ustanovení § 100 OZ vyplývá, že opatrovník o odmítnutí léčby nemůže samostatně rozhodnout vůbec a zákonný zástupce pouze v případě osob mladších 14-ti let. Nesouhlasí-li totiž zákonný zástupce nebo opatrovník se zásahem, jehož provedení si nezletilý starší 14-ti let nebo osoba s omezenou svéprávností přeje, lze zákrok provést na návrh této osoby nebo osoby jí blízké jen se souhlasem soudu (§ 100 odst. 2 OZ); nesouhlasí-li se zásahem nezletilý starší 14-ti let nebo osoba s omezenou svéprávností, rovněž nelze zákrok provést bez souhlasu soudu, a to bez ohledu na to, zda zákonný zástupce nebo opatrovník se zásahem souhlasí či nikoli (§ 100 odst. 1 OZ).

<sup>145</sup> Uvedenou úpravou o odmítání léčby u pacientů nezletilých a pacientů s omezenou svéprávností není dotčena možnost poskytnutí zdravotních služeb bez souhlasu viz podkapitola 2.1.2.

<sup>146</sup> Schopnost rozpoznat následky svého jednání.

<sup>147</sup> Schopnost ovládat své jednání - rozhodnout.

<sup>148</sup> ŠUSTEK, Petr; HOLČAPEK, Tomáš. *Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví.* Vyd. 1. Praha: ASPI, 2007, s. 29

stresu z ohrožení jeho zdraví či života, ale i požitím alkoholu či jiných omamných látek.<sup>149</sup> V této souvislosti je třeba zdůraznit, že na způsobilost pacienta k odmítnutí léčby jsou v praxi kladeny vyšší nároky nežli na způsobilost poskytnout souhlas s léčbou. Je tomu tak zejména vzhledem k obecnému předpokladu, že rozumně uvažující pacient bude jednat v zájmu zlepšení svého zdravotního stavu, a bude proto s léčbou souhlasit, zatímco nesouhlas s léčbou je vnímán jako rozhodnutí jdoucí proti tomuto obecnému očekávání. Může se proto stát, že pacient, který bude v konkrétním případě považován za způsobilého k udělení souhlasu s léčbou, nebude v totéž případě vnímán jako způsobilý k odmítnutí léčby. P. Šustek a T. Holčapek tuto kontroverzi osvětlují za pomoci následujícího příkladu: pacient udělí souhlas k životně důležitému zákroku, ale vzápětí vlivem zhoršení jeho zdravotního stavu upadne do stavu blouznění a provedení zákroku navzdory poučení odmítne. V takovém případě bude považováno za správné nedbat odmítavého stanoviska pacienta a (v přesvědčení, že pacient již „není při smyslech“) zákrok provést. Bude-li však situace opačná a pacient bude za stejných podmínek zákrok od počátku odmítat, ale následně pod vlivem zhoršujícího se zdravotního stavu udělí souhlas k provedení zákroku, bude takový projev vůle považován za dostatečný navzdory tomu, že byl učiněn ve stejném stavu, který jej v předchozím případě činil nezpůsobilým k projevu vůle. V druhé z uvedených situací se totiž naplní výše zmíněné obecné očekávání, že pacient bude vždy jednat v zájmu zlepšení svého zdravotního stavu, a proto na jeho způsobilost k rozhodnutí o provedení zákroku budou kladeny nižší nároky, nežli v případě odmítavého postoje, který je v rozporu s tímto obecným očekáváním.<sup>150</sup>

Z výše uvedeného je zřejmé, že lékař musí u každého pacienta individuálně a nanejvýš pečlivě posoudit, umožňuje-li pacientovi jeho zdravotní stav platný projev vůle či nikoli, zejména jde-li o projev směřující k odmítnutí léčby.<sup>151</sup> Dojde-li lékař k závěru, že pacient není k odmítnutí léčby způsobilý, a nejde-li o zdravotní služby, které lze poskytnout i bez jeho souhlasu<sup>152</sup>, bude dle § 34 odst. 7 zákona o zdravotních

---

<sup>149</sup> Srov. ŠUSTEK, Petr; HOLČAPEK, Tomáš. *Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: ASPI, 2007, s. 29 - 30 a ŠVESTKA, Jiří; DVOŘÁK, Jan; FIALA, Josef a kol. *Občanský zákoník. Komentář. Svazek I*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer, 2014, s. 349.

<sup>150</sup> ŠUSTEK, Petr; HOLČAPEK, Tomáš. *Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: ASPI, 2007, s. 129 – 130

<sup>151</sup> MACH, Jan. *Medicínské právo - co a jak: praktické rady pro lékaře a zdravotníky*. První vydání. Praha: Galén, 2015, s. 32

<sup>152</sup> Viz podkapitola 2.1.2 výše.

službách k poskytnutí léčby potřebovat buď souhlas osoby dříve určené pacientem k vyslovení souhlasu či nesouhlasu s poskytnutím zdravotních služeb v případech, kdy tak nebude moci učinit pacient sám (je-li takové osoby a je-li dosažitelná), anebo souhlas manžela/registrovaného partnera, rodiče, nebo jiné svéprávné osoby blízké, pokud je známa (v tomto pořadí). Dospěje-li však lékař k závěru, že zdravotní stav pacienta umožňuje platný projev vůle směřující k odmítnutí léčby, měl by pacientovi znovu poskytnout podrobné vysvětlení důvodů nezbytnosti léčby a následků jejího odmítnutí a následně, bude-li pacient i nadále na odmítnutí léčby trvat, s pacientem sepsat písemný revers.<sup>153</sup>

### 2.1.3.2 Odmítnutí podepsání reversu

Situace se může zkomplikovat ve chvíli, kdy pacient odmítne udělit souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, ale zároveň též odmítne podepsat revers. P. Šustek a T. Holčapek k tomuto problému uvádějí, že „*tato listina (myšleno revers) je toliko důkazním prostředkem. Nechce-li ji pacient podepsat, ačkoli se zákrokem nesouhlasí, je jeho nesouhlas platný tak jako tak a lékaři nezbyvá, než toto odmítnutí souhlasu se zákrokem v případě sporu prokázat jinak*“.<sup>154</sup> Ustanovení § 34 odst. 5 ZoZS společně s Přílohou č. 1, bod 6 vyhlášky o zdravotnické dokumentaci proto pro tyto případy ukládají lékařům sepsat záznam o nesouhlasu s poskytnutím zdravotních služeb, obsahově odpovídající reversu, s uvedením informace, že pacient odmítl revers podepsat, případně důvodu tohoto odmítnutí (je-li znám) a způsobu, jakým pacient projevil svoji vůli. Namísto pacienta pak tento záznam společně s lékařem podepíše svědek, který byl projevem odmítnutí přítomen (nejčastěji zdravotní sestra). V případě, kdy žádný svědek nebude přítomen, nezbyde lékařům jiná možnost, než zdokumentovat odmítnutí léčby formou vlastního zápisu do zdravotnické dokumentace s co nejpodrobnějším popsáním rozhodných skutečností, tj. jaké informace byly pacientovi poskytnuty, že ani přes upozornění na možné následky pacient neudělil souhlas s léčbou a zároveň odmítl podepsat revers a z jakého důvodu nebylo možné zajistit podpis svědka.<sup>155</sup> V této souvislosti je třeba rovněž upozornit, že v praxi bohužel dochází i k situacím, kdy

<sup>153</sup> MACH, Jan. Medicínské právo - co a jak: praktické rady pro lékaře a zdravotníky. První vydání. Praha: Galén, 2015, s. 32-33.

<sup>154</sup> ŠUSTEK, Petr; HOLČAPEK, Tomáš. Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví. Vyd. 1. Praha: ASPI, 2007, s. 128

<sup>155</sup> MACH, Jan. Medicínské právo - co a jak: praktické rady pro lékaře a zdravotníky. První vydání. Praha: Galén, 2015, s. 33-34

pacient potřebnou zdravotní péči nejen odmítne, ale bezprostředně poté navíc ze zdravotnického zařízení uteče, aniž by mu bylo možné potřebné informace poskytnout a sepsat písemný revers. V takovém případě by měl lékař rovněž udělat do zdravotnické dokumentace záznam s podrobným vylíčením pacientova jednání a byla-li této události přítomna další osoba, bylo by vhodné, aby svým podpisem potvrdila pravdivost lékařova záznamu. Pro úplnost je nutno dodat, že mimo případy, kdy lze zdravotní služby poskytovat bez souhlasu pacienta, není lékař povinen pacientův útěk oznamovat Policii ČR, ani jiným veřejným orgánům.<sup>156</sup>

### **2.1.3.3 Navržení alternativní varianty odmítnuté léčby**

V praxi dále běžně dochází k tomu, že lékař se snaží pacienta odmítajícího léčbu přesvědčit o nutnosti poskytnutí zdravotní péče, a trvá-li pacient na odmítnutí indikovaného zákroku, doporučí mu lékař alespoň nějakou druhou nejlepší možnost, která sice není tak účinná, jako původní doporučená léčba, ale je tak říkajíc „lepší nežli nic“. V takovém případě se však bohužel někdy stává, že si lékař, zaměstnaný přesvědčováním pacienta, zapomene od pacienta vyžádat písemné prohlášení (revers) o odmítnutí primárně doporučené léčby.<sup>157</sup> Bez písemného reversu dokazujícího odmítnutí nejlepší možné léčby pacientem může být však lékař v případě jakýchkoli komplikací obviněn z non-lege artis postupu a nést odpovědnost za zhoršení pacientova zdravotního stavu. Z tohoto důvodu je vhodné důrazně doporučit, aby lékař v případě odmítání doporučené léčby nejprve s pacientem sepsal písemný revers a až následně mu nabízel jiné možnosti, které sice nejsou skutečnou alternativou primárně doporučené léčby, ale představují další nejlepší možnost. Nutno dodat, že výše uvedené se neuplatní v případech, kdy si pacient pouze vybírá mezi několika rovnocennými variantami lege artis postupů. V takovém případě, i když si pacient zvolí jinou variantu, nežli tu, kterou mu doporučil lékař, avšak která je pro daný případ rovněž přijatelným lege artis postupem, se revers nevyžaduje a stačí, budou-li navržené varianty zaznamenány v informovaném souhlasu spolu s uvedením lékařova doporučení.<sup>158</sup>

---

<sup>156</sup> MACH, Jan. Lékař a právo: praktická příručka pro lékaře a zdravotníky. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, s. 122

<sup>157</sup> Tamtéž, s. 122-123

<sup>158</sup> MACH, Jan. Medicínské právo - co a jak: praktické rady pro lékaře a zdravotníky. První vydání. Praha: Galén, 2015, s. 33

#### 2.1.3.4 Odvolání souhlasu

Vše, co bylo výše uvedeno o vyslovení nesouhlasu s poskytnutím zdravotních služeb, se analogicky použije i na případy odvolání již uděleného souhlasu, které zákon rovněž připouští. V tomto bodě však zákon o zdravotních službách přinesl oproti předchozí úpravě zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, zásadní zpřísnění, neboť dle ustanovení § 34 odst. 4 ZoZS od 1.4.2012 platí, že *„odvolání souhlasu není účinné, pokud již bylo započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušeni může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života pacienta“*. Zákon o péči o zdraví lidu takovou podmínku neobsahoval, a platilo proto, že pacient (vyjma osob ve výkonu trestu odnětí svobody a osob ve vazbě) mohl svůj souhlas s léčbou odvolat kdykoli.<sup>159</sup> Novou úpravou obsaženou v § 34 odst. 4 ZoZS zákonodárce pravděpodobně zamýšlel zabránit situacím, kdy by pacient pod vlivem léků odvolal svůj souhlas s již započatým operačním zákrokem. Vzhledem k absenci zdůvodnění této úpravy v důvodové zprávě k zákonu o zdravotních službách však vyvstává otázka, neznemožňuje-li též citované ustanovení pacientovi požádat o ukončení již započaté přístrojové podpory vitálních funkcí jeho organismu. Zcela jednoznačná odpověď na tuto otázku zatím neexistuje. Je nepochybné, že přerušeni již započaté přístrojové podpory může způsobit (a ve většině případů skutečně způsobí) vážné poškození zdraví nebo ohrožení života pacienta. Odpověď na otázku, zdali toto ustanovení pacientovi připojenému na přístroje skutečně znemožňuje účinně požádat o ukončení přístrojové podpory, tedy zřejmě závisí na posouzení, lze-li léčbu spočívající v přístrojové podpoře vitálních funkcí organismu považovat za zdravotní výkon ve smyslu ustanovení § 34 odst. 4 zákona o zdravotních službách. H. Krejčíková v této souvislosti uvádí, že *„se lze oprávněně domnívat, že na léčbu zprostředkovanou pomocí přístrojové techniky § 34 odst. 4 zákona o zdravotních službách o odvolání souhlasu zřejmě nedopadá, neboť z ust. § 4 písm. b) zákona o zdravotních službách lze dovodit, že zdravotní výkon je taková jednotka poskytování zdravotní péče, která je prováděna bezprostředně zdravotníky“*.<sup>160</sup> Tato úvaha vnáší do právní úpravy odvolání souhlasu alespoň trochu světla, bohužel se však nejedná o závazný výklad zákona, ale pouze o nezávaznou odbornou interpretaci, a jako taková nemění nic na tom, že nešťastnost formulace § 34 odst. 4 ZoZS nedává lékařům

<sup>159</sup> KREJČÍKOVÁ, Helena. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*. 1. vyd. Praha: Galén, 2014, s. 77-85

<sup>160</sup> Tamtéž, s. 83

v otázce účinnosti žádosti o ukončení přístrojové podpory dostatek právní jistoty a staví je tak do velmi nepříjemného postavení. Této situaci lze do jisté míry předejít díky institutu tzv. dříve vysloveného přání, jehož prostřednictvím může pacient do budoucna například určit, že si nepřeje, aby byl v případě neschopnosti projevit vůli udržován při životě za pomoci přístrojů. Ani tento institut však nic nemění na skutečnosti, že otázka ukončování přístrojové podpory vitálních funkcí organismu představuje jeden z nejsložitějších právně-etických problémů, s nimiž se moderní medicína potýká. O těchto otázkách bude podrobněji pojednáno ve třetí kapitole této práce. Předtím je však třeba ještě představit obecné medicínské důvody ukončení léčby, plynoucí z nepříliš populárního faktu, že i moderní zázračná medicína má své limity.

## 2.2 Limity medicíny

Na úvod této podkapitoly, dříve než bude přistoupeno k samotné otázce limitů medicíny, je vhodné alespoň obecně představit tzv. postup „de lege artis medicinae“ neboli zkráceně „lege artis“, výše zmíněný vedle informovaného souhlasu jako druhá nezbytná podmínka poskytování zdravotních služeb v souladu se zákonem, neboť se jedná o jeden z nejzákladnějších pojmů zdravotnického práva a má zásadní význam nejen pro tuto podkapitolu, ale obecně pro celou tuto práci.

### 2.2.1 Postup lege artis a limity medicíny

Pojem lege artis je odvozen z latinských výrazů „lex“ = zákon a „ars“ = umění, doslova tedy znamená „podle zákona umění“<sup>161</sup> (myšleno lékařského) a je odborníky běžně užíván pro označení postupu, který je v souladu s uznávanými pravidly lékařské vědy. Ačkoli zdravotnicko-právní legislativa pojem lege artis přímo nepoužívá (pravděpodobně za účelem dosažení vyšší právní jistoty a snazšího porozumění textu laiky), definici podstaty lege artis postupu lze najít jak v zákoně o zdravotních službách, tak v jeho předchůdci – zákoně o péči o zdraví lidu<sup>162</sup>. Zatímco předchozí právní úprava stanovovala potřebu poskytování zdravotní péče „v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy“<sup>163</sup>, zákon o zdravotních službách zavedl nový pojem „náležitá odborná úroveň“, který v ustanovení § 4 odst. 5 definuje jako „poskytování zdravotních

---

<sup>161</sup> PTÁČEK, Radek; BARTŮNĚK, Petr; MACH, Jan a kol. *Lege artis v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, s. 13

<sup>162</sup> Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu byl zrušen zákonem o zdravotních službách ke dni 1.4.2012.

<sup>163</sup> Ustanovení § 11 odst. 1 zákona o péči o zdraví lidu.

*služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti“.* Potřeba dodržování takto definovaného lege artis postupu je pak zakotvena v ustanovení § 28 odst. 2 zákona o zdravotních službách, které stanoví, že „*pacient má právo na poskytování zdravotních služeb na náležitě odborné úrovni“.*

Problematikou lege artis postupu se zabývá například publikace autorů R. Ptáčka, P. Bartůňka, J. Macha a kol. s názvem „Lege artis v medicíně“, která mimo jiné hned na začátku upozorňuje na „*rozšířený omyl, že správný, tedy lege artis postup musí vždy vést k léčebnému úspěchu“.* Argumentaci, kterou autoři této knihy uvedený omyl vyvrací, považují za velice zdařilou a z pohledu tématu této práce za značně užitečnou, a proto si ji na tomto místě dovoluji celou odcitovat: „*I když lékař postupuje podle současných poznatků vědy, maximálně se snaží a pracuje podle svého nejlepšího vědomí a svědomí, i přesto může pacient špatně dopadnout. A naopak to, že navzdory všeobecnému očekávání operace či jiný zákrok špatně skončí, nemusí nutně znamenat, že lékař postupoval chybně, že něco zanedbal, že porušil některou svoji povinnost. Z individuality každého pacienta vyplývá, že veškeré léčebné standardy, které souvisejí s rozhodováním, zda lékař postupoval lege artis, či nikoliv, mohou mít pouze podobu doporučení, od kterých je možné se v důvodných a zdůvodněných případech odchýlit, a nikoliv exaktní platnost výjimky nepřipouštějícího zákona. (...) Postup lege artis však v sobě zahrnuje nejenom možnost odchýlit se v zájmu pacienta od doporučených postupů, ale v případě správného pochopení zohledňuje i konkrétní situace a podmínky, za kterých je lékařská péče poskytována.“<sup>164</sup>*

Z citovaného textu vyplývá, že postup lege artis nelze v žádném případě vykládat jako záruku úspěšné léčby. V této souvislosti je důležité znovu upozornit, že ani současná medicína, někdy označovaná jako tzv. „vítězná“ medicína<sup>165</sup>, skutečně není všespasitelná, a i přes nezpochybnitelné pokroky má stále své limity, které ani ta nejlepší dostupná péče nedokáže překonat. Na tuto skutečnost se však právě vzhledem k neustálým pokrokům postupně zapomnělo a tolerance vůči jakýmkoli léčebným neúspěchům je proto ve stínu ideje vítězné medicíny prakticky nulová. S trochou

---

<sup>164</sup> PTÁČEK, Radek; BARTŮŇEK, Petr; MACH, Jan a kol. *Lege artis v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, s. 13

<sup>165</sup> srov. KREJČÍKOVÁ, Helena. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*. 1. vyd. Praha: Galén, 2014, s. 10 a OPATRŇÁ, Marie. *Etické problémy v onkologii*. Vyd. 1. Praha: Mladá fronta, 2008, s. 40



nadsázky lze říci, že se zdá, že lidé zapomněli na svou smrtelnost, neboť smrt již není brána jako přirozené vyústění koloběhu lidského života, ale namísto toho bývá čím dál častěji považována za neúspěch, konkrétně selhání medicíny či přímo jednotlivého lékaře. Pod tíhou tohoto společenského tlaku bohužel v praxi dochází k tomu, že lékaři, tváří v tvář zoufalým příbuzným, často uměle oddalují smrt umírajících pacientů neúčelnou a nadměrně zatěžující léčbou, vystavujíc je tak zbytečnému utrpení, aby se vyvarovali nebezpečí obvinění, že neudělali vše, co bylo v jejich silách. Ráda bych v této souvislosti na tomto místě zmínila slova uznávaného českého odborníka z oboru urgentní medicíny, anesteziologie a resuscitace, J. Knora, který během našeho rozhovoru na téma ukončování přístrojové podpory (jež považuje za jeden z největších problémů moderní medicíny) uvedl, že „*současná medicína neumí nechat lidi zemřít*“. Musím říci, že na základě svých dosavadních studií a osobních zkušeností se s tímto názorem plně ztotožňuji.

Doporučená východiska z této situace byla předložena v Konsenzuálním stanovisku k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP a České společnosti intenzivní medicíny ČLS JEP z roku 2009<sup>166</sup> (dále též jen „Konsenzuální stanovisko“) a Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli<sup>167</sup>, o nichž bude podrobněji pojednáno níže. Obávám se však, že v praxi nepředstavují uvedené dokumenty pro lékaře příliš významnou oporu, neboť nejistota ohledně určování marné a neúčelné léčby stále přetrvává, a to zejména v důsledku hrozby právního postihu lékařů v rámci vzrůstajícího počtu medicínsko-právních soudních sporů. V následující části této kapitoly se pokusím přiblížit současný pohled zákonodárce a odborné veřejnosti na problematiku marné léčby.

---

<sup>166</sup> CVACHOVEC, Karel, Vladimír ČERNÝ, Ondřej DOSTÁL, et al. *Konsenzuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním*. Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou lékařskou péči. České Budějovice: Mediprax CB, 2009, č. 2, str. 38-41. Na internetu dostupné ke stažení zde: [http://www.mediprax.cz/um/casopisy/UM\\_2009\\_02.pdf](http://www.mediprax.cz/um/casopisy/UM_2009_02.pdf)

<sup>167</sup> K dispozici online na webových stránkách České lékařské komory zde: [http://www.lkcr.cz/doc/cms\\_library/dop-1-2010-31.pdf](http://www.lkcr.cz/doc/cms_library/dop-1-2010-31.pdf)

### 2.2.2 Marná léčba (futile care)

Koncept marné léčby, který je v současnosti považován za jednu z klíčových otázek lékařského rozhodování na konci života pacienta, je předmětem medicínsko-etických diskuzí od druhé poloviny 20. století. Tento koncept se zrodil v USA v důsledku rozvoje moderních život udržujících technologií a s tím souvisejícího nárůstu soudních sporů<sup>168</sup> o ukončení/zachování život udržující léčby (ukončení přístrojové podpory).<sup>169</sup> Dovolím si zde citovat úryvek z knihy „Medicína a právo“, v níž J. Mach velice výstižně problematiku marné léčby shrnul: *„Rychlý rozvoj medicíny a poznatků lékařské vědy stejně jako nové možnosti v přístrojovém vybavení lékařských pracovišť, pokrok ve farmaceutickém průmyslu přináší určité potíže při rozhodování, zda a kdy je možno využít všeho, co soudobá medicína nabízí. Existují určité objektivní i subjektivní limitace, které využití nejmodernějších postupů a prostředků někdy eliminují. Tato limitace může být dána vůlí pacienta, indikovaností postupu, ale i ekonomickými možnostmi. Za stěžejní je třeba považovat zejména indikovanost postupu. Tam, kde je zřejmé, že naděje na záchranu života je mizivá, nebude patrně lékař přistupovat k opakované snaze prodloužit život s využitím všech prostředků. Naopak, důsledkem neodpovědného lékařského alibismu by mohlo být ztrpčení a ztížení zbytku života náročnými a zatěžujícími postupy, které stejně nevedou k záchraně života ani ke zlepšení zdravotního stavu. Pro resuscitační péči platí, že se nepovažuje za správné zavádět resuscitaci v případech, kdy život evidentně nelze zachránit, a resuscitační péče se neprovádí ani tehdy, dojde-li k náhlému selhání základních životních funkcí v terminálním stádiu neléčitelné nemoci.“*<sup>170</sup>

V odborné literatuře lze najít mnoho definicí marné léčby. Na prvním místě je třeba uvést definici obsaženou v již zmíněném Konsenzuálním stanovisku a shodně též v Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010, kde je marná a neúčelná léčba definována jako *„léčba, která nevede k záchraně života, uchování zdraví či udržení kvality života (...) není v zájmu pacienta, nemůže mu pomoci a zatěžuje jej zbytečným strádáním či rizikem komplikací“*. Dále například H. Haškovcová uvádí, že konkretizování pojmu marná léčba je v kompetenci lékařů, a dodává, že *„léčba se má ukončit tehdy, když*

<sup>168</sup> Nejznámější případy z této oblasti budou představeny v kapitole 3.

<sup>169</sup> DOLEŽAL, Adam. *Marná léčba (futile care) v judikatuře soudů ve Spojených státech amerických*. In: Zdravotnické právo a bioetika. 2015. Dostupné z: <http://zdravotnickepravo.info/marna-lecba-futile-care-v-judikature-soudu-ve-spojonych-statech-americkyx/>

<sup>170</sup> MACH, Jan. *Medicína a právo*. Vyd. 1. Praha: C.H. Beck, 2006. Beckova edice ABC, s. 183-184

*pacientovi nejen nepřináší žádný prospěch, ale dokonce zvyšuje jeho bolest a strádání*<sup>171</sup>. Vedle toho pak definice předložená N. S. Jeckerovou a L. J. Schneidermanem vychází z tzv. kvantitativního a kvalitativního přístupu a za marnou označuje takovou léčbu, u níž je buď „*pravděpodobnost prospěchu pro pacienta mizivě malá až nereálná, nebo je kvalita prospěchu, jehož má být dosaženo, tak minimální, že cíle medicíny – uzdravení – nelze dosáhnout*“.<sup>172</sup> O. Sláma z Masarykova onkologického ústavu však v reakci na tyto definice upozorňuje, že jsou silně zatíženy hodnotovými soudy. U kvantitativního přístupu spatřuje nedostatky jednak v nízké schopnosti lékařů spolehlivě odhadovat pravděpodobnost nepříznivého výsledku a rovněž v předpokladu, že léčba s mizivou pravděpodobností příznivého výsledku je pro pacienta automaticky nezajímavá. Podobně i u kvalitativního přístupu upozorňuje, že je příliš zatížen subjektivními hodnotovými soudy lékaře o kvalitě života pacienta, a zapomíná tak na pacientovu perspektivu. Zatímco pro někoho je nepatrná naděje na přežití a hrozba vážného handicapu zcela nežádoucí, pro jiného může představovat akceptovatelnou možnost. S ohledem na výše uvedené považuje O. Sláma objektivní vymezení marné léčby za nemožné, a upřednostňuje proto spíše koncept prospěšné a neprospěšné léčby (beneficial/non-beneficial), s důrazem na pacientovu perspektivu pro posouzení prospěšnosti léčby. Za prospěšnou označuje takovou léčbu, „*kteřou lze dosáhnout některého z cílů, který pacient považuje za důležitý a je spojena se zátěží a riziky, které pacient považuje za přijatelné*“.<sup>173</sup>

Z výše uvedeného je zřejmé, že v otázce marnosti léčby panují neshody, názory odborníků na obsah tohoto pojmu se různí, a proto ačkoli je nezahájení/upuštění od marné léčby považováno za *lege artis* postup (viz podkapitola 2.2.2.1), jeho obhajitelnost v praxi není pro lékaře snadným úkolem. H. Peterková v této souvislosti uvádí, že argument marnosti léčby zní z pohledu pacienta a jeho příbuzných přesvědčivěji v případech zhodnocení již započaté léčby, která se u pacienta zjevně neosvědčila, nežli v případech, kdy je marnost léčby pouze předpokládána.<sup>174</sup> Za

---

<sup>171</sup> HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. 2., přepracované vydání. Praha: Galén, 2007, s. 166

<sup>172</sup> TĚŠINOVÁ, Jolana; ŽDÁREK, Roman; POLICAR, Radek. *Medicínské právo*. Vydání první. Praha: C. H. Beck, 2011, s. 117

<sup>173</sup> ČERNÝ, David; DOLEŽAL, Adam (eds.). *Smrt a umírání. Etické, právní a medicínské otazníky na konci života*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2013, s. 216-223

<sup>174</sup> PETERKOVÁ, Helena. Rationing a argumentace marnostní léčby při neposkytnutí zdravotní péče. *Zdravotnické fórum*. 2012, č. 1, s. 17

účelem snazšího porozumění pojmu marná léčba uvádí H. Peterková dva následující příklady. Jako první příklad uvádí kardiopulmonální resuscitaci<sup>175</sup>, která je z důvodu marnosti zásadně kontraindikována u umírajících pacientů v terminálním stadiu nemoci, kteří již nemají šanci na uzdravení. Marnost resuscitace zde není dána nemožností obnovit životní funkce, neboť pacient může v důsledku úspěšné resuscitace přežít, ale jeho přežití bude velice krátkodobé a za cenu zbytečné zátěže snižující kvalitu jeho zbývajících života. V takovém případě se vlastně jedná pouze o umělé oddálení již nevyhnutelné smrti. Jako druhý příklad marné léčby uvádí přístrojovou podporu životních funkcí organismu u pacientů nacházejících se v permanentním vegetativním stavu<sup>176</sup>, o níž je známo, že zdravotní stav pacienta zlepšit nedokáže a tento se naopak v důsledku komplikací spojených s trvalou ztrátou vědomí postupně zhoršuje. Nelze říci, že by taková léčba přinášela pacientovi jakýkoli užitek, neboť jej ve skutečnosti pouze udržuje na hranici mezi životem a smrtí. S ohledem na problematiku argumentace marné léčby se však ukončení přístrojové podpory v takových případech často odůvodňuje spíše právem na důstojnost či nejlepším zájmem pacienta.<sup>177</sup>

---

<sup>175</sup> Kardiopulmonální resuscitace (dále též jen „KPR“) je základním nástrojem pro obnovení životních funkcí organismu. Jedná se o „standardizovaný soubor resuscitačních opatření k obnovení, případně udržení alespoň minimálního oběhu krve a dýchání, tj. okysličení krve v plicích a jejího průtoku mozkem“. Základní kroky KPR bývají označovány zkratkou ABC a zahrnují: zajištění průchodnosti dýchacích cest (Airway), umělé dýchání z úst do úst (Breathing) a zevní srdeční masáž (Circulation). In: CÍSAŘOVÁ, Dagmar et al. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: Monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010, s. 23 a ŠEBLOVÁ, Jana; KNOR, Jiří a kol. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada, 2013, s. 107-108

<sup>176</sup> Vegetativní stav označuje stav pacienta s vážným poškozením mozku způsobujícím ztrátu vědomí a neschopnost reagovat na podněty za současného zachování vegetativních nervových funkcí, jako je cyklus spánku a bdělosti (otevřených očí), trávení, dýchání či termoregulace, a náhodných reflexních pohybů. Tento stav se označuje jako „perzistentní“, přetrvává-li déle než 1 měsíc. Perzistentní vegetativní stav je ještě považován za reverzibilní. Trvá-li však vegetativní stav bez známek reverzibility minimálně 3 měsíce od netraumatického poškození mozku (např. v důsledku cévní mozkové příhody) a nebo minimálně 12 měsíců od traumatického poškození mozku (způsobeného fyzickým traumatem, např. poraněním hlavy při autonehodě), je považován za ireverzibilní a označuje se pojmem „permanentní vegetativní stav“ (dále též jen „PVS“). Termín vegetativní stav poprvé použili Jennett a Plum v roce 1972. Pro označení tohoto stavu se někdy jako synonymum užívají pojmy „apalický syndrom“ či „vigilní kóma“. Poslední dobou bývá termín PVS nahrazován moderním termínem „syndrom nereagující bdělosti“ (anglicky „unresponsive wakefulness syndrome“) ve snaze oprostit se od často kritizované negativní konotace pojmu „vegetativní stav“, jemuž je vyčítáno nedůstojné přirovnávání pacienta k zelenině (anglicky „vegetable“). Srov.: LAUREYS, Steven et al. *Unresponsive wakefulness syndrome: a new name for the vegetative state or apallic syndrome*. BMC Medicine. 2010, 8(1), s. 68-. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/8/68> a DOLEŽIL, David. *Paliativní péče u pacientů ve vegetativním stavu*. Neurologie pro praxi. 2010, č. 1, s. 20-22. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/01/07.pdf>

<sup>177</sup> PETERKOVÁ, Helena. Rationing a argumentace marnostní léčby při neposkytnutí zdravotní péče. Zdravotnické fórum. 2012, č. 1, s. 18

Nelze popřít, že marnost a neúčelnost léčby může v konkrétním případě konstatovat pouze lékař, na základě svých odborných znalostí a zkušeností, nejlépe po možné konzultaci se svými kolegy a ošetřujícím týmem. Zároveň by se však nemělo zapomínat na komunikaci s pacientem (jeho blízkými) a jeho postoj by měl brát lékař při určování marnosti léčby v úvahu.

### 2.2.2.1 Ukončení marné léčby a přechod k paliativní péči

Dojde-li lékař k závěru, že již nasazená či zvažovaná léčba nepřináší pacientovi žádný prospěch, naději na záchranu života ani zlepšení jeho zdravotního stavu, ale naopak jej nadměrně fyzicky i psychicky zatěžuje, může dle platných předpisů od takové léčby z důvodu její marnosti ustoupit, popř. ji ani nezahajovat.

Základní východiska pro postup při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných jsou stanovena v čl. 4 již zmíněného Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010<sup>178</sup> (dále též jen „Doporučení“). Článek 4 uvedeného Doporučení hned na úvod připomíná konečnost lidského života a deklaruje, že cílem intenzivní péče je *„udržovat život, ale nikoliv prodlužovat umírání“*. Dále je v textu tohoto článku zdůrazněna potřeba důkladného hodnocení poměru reálného přínosu každého diagnostického či léčebného postupu a možného rizika komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání doprovázející daný postup, s tím, že není-li tento poměr vyvážený, je použití takového postupu v rozporu s etickými principy medicíny. Zároveň je zde vyzdvížena nutnost přihlídnout k dříve vyslovenému přání pacienta. Základní stanovisko ČLK k marné léčbě je zakotveno v čl. 4 písm. f) předmětného Doporučení, kde je stanoveno následující: *„Jakýkoliv léčebný postup, při němž není odůvodněný předpoklad jeho příznivého účinku na zdravotní stav pacienta nebo pro záchranu života a kde rizika komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu, je nutno považovat za léčbu, která není „ku prospěchu a v nejlepším zájmu pacienta“ a lze ji označit jako tzv. marnou a neúčelnou léčbu. (...) Léčba, která se jeví jako marná a neúčelná, nemá být indikována a prováděna“*. Článek 4 písm. g) tohoto Doporučení dále ujišťuje, že nezahájení či

---

<sup>178</sup> Předlohou tohoto Doporučení bylo již zmíněné Konsenzuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním. Znění obou dokumentů je prakticky totožné. Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 je k dispozici ke stažení na webových stránkách České lékařské komory zde: [http://www.lkcr.cz/doc/cms\\_library/dop-1-2010-31.pdf](http://www.lkcr.cz/doc/cms_library/dop-1-2010-31.pdf) Konsenzuální stanovisko je k dispozici ke stažení např. zde: [http://www.urgmed.cz/postupy/cizi/2009\\_paliativni.pdf](http://www.urgmed.cz/postupy/cizi/2009_paliativni.pdf)

nepokračování takovéto marné léčby nelze chápat jako omezení pacientových práv, neboť je naopak činěno v zájmu pacienta a jeho ochrany před nedůstojným prodlužováním umírání a dodává, že „*smrt, která je výsledkem přirozeného průběhu onemocnění, nemůže být považována za nepříznivý výsledek zdravotní péče*“. Z těchto důvodů je v čl. 4 písm. h) stanoveno, že „*nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby u pacientů v terminálním stádiu neléčitelného onemocnění a/nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, kteří nereagují na použité léčebné postupy, je v souladu s etickými principy medicíny a existujícími právními předpisy České republiky*“. Na závěr předmětný čl. 4 upřesňuje, že **z medicínského, právního ani etického hlediska není mezi nezahájením a nepokračováním léčby rozdíl**, a dodává, že při správném odborném posouzení marnosti a neúčelnosti léčby nelze tento postup zaměňovat za euthanasii či ublížení na zdraví. V čl. 5 je dále stanoveno, že „*neexistuje povinnost zahajovat marnou a neúčelnou léčbu nebo v ní pokračovat, pokud je probíhající léčba odůvodněně za takovou označena*“.

I přes výše uvedené teoretické zásady není v praxi snadné stanovit kritéria a podmínky pro určení okamžiku, do něhož má být určitá léčba poskytována, a okamžiku, v němž má být léčba ukončena. Na tomto místě je třeba objasnit, že medicínská terminologie rozlišuje léčbu podle kvality zásahu léčebného procesu na 3 druhy, konkrétně na léčbu kauzální (zaměřenou na příčinu nemoci), symptomatickou (zaměřenou na projevy nemoci, nikoli na příčinu) a paliativní (zmírňující negativní dopady nemoci, nemá zásadní vliv na její příčinu ani průběh, nepředpokládá se vyléčení nemocného).<sup>179</sup> V souvislosti s léčbou nádorových onemocnění se používá ještě pojem kurativní léčba, jenž označuje takovou léčbu, která má vést k vyléčení pacienta.<sup>180</sup> Pokud jde o symptomatickou léčbu, zaměřenou na mírnění symptomů nemoci a vedlejších účinků terapie, tato je v zásadě nezávislá na stádiu onemocnění i kurativním či paliativním záměru terapie. Symptomatická léčba v závěru života pacienta se označuje jako terminální péče, která je součástí paliativní péče.<sup>181</sup> Konkrétní postupy pro vymezení indikačního rámce jednotlivých druhů léčby jsou v praxi známy ve formě kritérií aplikovaných na anesteziologicko-resuscitačních odděleních (dále též jen

<sup>179</sup> Velký lékařský slovník On-Line. MAXDORF. 2016. Dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz>

<sup>180</sup> Velký lékařský slovník On-Line. MAXDORF. 2016. Dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz/pojem/kurativni>

<sup>181</sup> OPATRŇÁ, Marie. *Etické problémy v onkologii*. Vyd. 1. Praha: Mladá fronta, 2008, s. 41

„ARO“).<sup>182</sup> Tato kritéria vychází z kategorizace prognóz<sup>183</sup> týkajících se přežití do následujících stupňů: 1. příznivá (cca 80 % naděje na přežití), 2. nejistá (cca 50 % naděje na přežití), 3. nepříznivá (cca 25 % naděje na přežití), 4. vysoce nepříznivá (nižší než 25 % naděje na přežití) a 5. infaustní (beznadějná). Pacientům v kategorii 1. až 3. je poskytována plná léčba, pacientům v kategorii 4. je poskytována tzv. zadržovaná terapie, spočívající v nerozšiřování již zavedené léčby, a u pacientů s infaustní prognózou se přechází k paliativní péči. Při přijetí na ARO je každý pacient automaticky zařazen do kategorie plné léčby a až následně, na základě posouzení jeho zdravotního stavu a všech rozhodujících skutečností, se případně přistupuje ke změně této kategorie.<sup>184</sup> V ustanovení čl. 6 písm. g) Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 je stanoveno, že *„Cíle intenzivní péče, přínos a rizika plánovaných i probíhajících jednotlivých diagnostických a léčebných postupů by měly být v pravidelných intervalech přehodnocovány a zvažovány (minimálně jednou za 24 hodin). Jakékoliv již přijaté rozhodnutí, může být v odůvodněných případech změněno“*.

Dle ustanovení § 2 odst. 7 Etického kodexu ČLK<sup>185</sup>, jehož totožné znění je obsaženo i v ust. § 1a odst. 1 písm. e) Disciplinárního řádu ČLK<sup>186</sup>, je jednou ze základních povinností lékaře účinně tlážit bolest, šetřit lidskou důstojnost a mírnit utrpení nevyléčitelně nemocných a umírajících pacientů, přičemž vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Proto by ve chvíli, kdy už konkrétní léčba nemůže zastavit postup nemoci, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt pacienta, mělo být od takové marné léčby upuštěno<sup>187</sup> a namísto toho by mělo být přistoupeno k péči, která tlumí bolesti, strádání a

---

<sup>182</sup> HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. 2., přepracované vydání. Praha: Galén, 2007, s. 156

<sup>183</sup> Prognóza je předpověď dalšího vývoje chorobného stavu a jeho výsledku. Běžně se rozlišuje prognóza týkající se přežití, uzdravení a funkčních důsledků nemoci. In: SUCHARDA, Petr; ZLATOHLÁVEK, Lukáš. *Základy klinické medicíny*. Vydání první. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015, s. 25-26

<sup>184</sup> DUŠKA, František. Přednáška na téma "Ošetřovatelství v intenzivní péči". *Klinika anesteziologie a resuscitace* 3. LF UK a FNKV, 2008. Prezentace k přednášce na internetu dostupná ke stažení z: [http://www.petrwaldauf.cz/index.php/cs/pednaky-ke-staeni/doc\\_details/62-o-sip-pednaka-2](http://www.petrwaldauf.cz/index.php/cs/pednaky-ke-staeni/doc_details/62-o-sip-pednaka-2)

<sup>185</sup> Stavovský předpis č. 10 České lékařské komory. Je k dispozici ke stažení na webových stránkách České lékařské komory zde: [http://www.lkcr.cz/doc/cms\\_library/10\\_sp\\_c\\_10\\_eticky\\_kodex-100217.pdf](http://www.lkcr.cz/doc/cms_library/10_sp_c_10_eticky_kodex-100217.pdf)

<sup>186</sup> Stavovský předpis č. 4 České lékařské komory. Je k dispozici ke stažení na webových stránkách České lékařské komory zde: [http://www.lkcr.cz/doc/cms\\_library/2015-11-novela-sp-4-po-xxix-sjezdu-100711.pdf](http://www.lkcr.cz/doc/cms_library/2015-11-novela-sp-4-po-xxix-sjezdu-100711.pdf)

<sup>187</sup> Viz čl. 3 písm. e) a f) Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010

dyskomfort a umožňuje zachování důstojnosti a uspokojení fyzických, psychosociálních a duchovních potřeb pacienta (paliativní péče).<sup>188</sup>

Doporučený postup pro zahájení paliativní péče je rámcově upraven v čl. 6 Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010. V daném článku je stanoveno, že podnět k zahájení paliativní péče může vznést kdokoli z ošetřujícího zdravotnického týmu, přičemž na rozhodování by se měli podílet všichni členové ošetřujícího zdravotnického týmu (nejen lékaři, ale například i zdravotní sestry) a mělo by (bude-li to možné) při něm být zohledněno přání pacienta. Rodina a pacientovi blízcí by měli být o zahájení paliativní péče náležitě informováni (neurčí-li pacient jinak), avšak je nepřijatelné na ně delegovat odpovědnost za přijaté rozhodnutí o zahájení či nezahájení paliativní péče, neboť tu nese vždy vedoucí lékař příslušného pracoviště, popř. jím určený lékař. Vždy by však měla být pacientovi umožněna přítomnost rodiny a jeho blízkých, pokud ji neodmítne. Článek 6 rovněž připomíná potřebu řádné dokumentace rozhodnutí o nezahájení/nepokračování marné léčby a zahájení paliativní péče ve zdravotnické dokumentaci pacienta.

### 2.2.3 Rationing

Na úplný závěr této kapitoly je třeba okrajově zmínit ještě jeden faktor, který má vliv na rozhodování o neposkytnutí léčby, a tím je nedostatkost finančních zdrojů ve zdravotnictví. Ačkoli zdravotníci o této skutečnosti neradi otevřeně mluví, pravdou je, že současný zdravotní systém bohužel nedisponuje dostatkem prostředků, aby všem pacientům mohl nabídnout vše, co moderní medicína dokáže, a nutně proto dochází k rozhodování, komu lze poskytnout léčbu, jež není dostupná pro všechny potřebné, a komu nikoli. Pro označení tohoto rozhodovacího procesu se vžil anglický pojem „rationing“.<sup>189</sup>

Lékaři se dnes ocitají v sevření dvou protichůdných pokynů, když na jednu stranu je od nich vyžadováno poskytnout pacientům vše, co moderní medicína dokáže, a současně je na ně vyvíjen tlak na omezování nákladů na léčbu. Vzhledem k citlivosti této problematiky však není k dispozici propracovaná metodika pro přerozdělování nedostupné léčby, a v praxi se proto rationing často odehrává ad hoc u pacientova lůžka.

<sup>188</sup> TĚŠINOVÁ, Jolana; ŽDÁREK, Roman; POLICAR, Radek. *Medicínské právo*. Vydání první. Praha: C. H. Beck, 2011, s. 119

<sup>189</sup> PETERKOVÁ, Helena. Rationing a argumentace marnostní léčby při neposkytnutí zdravotní péče. *Zdravotnické fórum*. 2012, č. 1, s. 14



Je obecně známo, že zejména léčba a péče o nevléčitelně nemocné a umírající pacienty je vysoce finančně náročná a její omezování je bohužel s ohledem na nedostatek zdrojů nevyhnutelné. Vzhledem k absenci právní úpravy, která by lékařům nuceným rozhodovat o alokaci finančně náročné léčby poskytla ochranu pro případ obvinění z neposkytnutí potřebné péče, volí lékaři ve vztahu k pacientům a jejich příbuzným raději argumentaci marné léčby, ačkoli neposkytnutá léčba by pro pacienta mohla mít určitý přínos, ale je v daném případě nepřiměřeně ekonomicky náročná. Takovéto zaměňování marné a ekonomicky nepřiměřené léčby je chybné, neboť se jedná o dva naprosto rozdílné důvody neposkytnutí léčby. Dokud však nedojde k otevřenému přiznání této reality a vypracování potřebných stanovisek a doporučených postupů, bude i nadále docházet ke skrytému a nekontrolovanému ad hoc rozhodování o ne/poskytnutí léčby, která není dostupná pro všechny pacienty, maskovanému uváděním jiných, přijatelnějších argumentů (např. marností léčby).<sup>190</sup>

Problematika rationingu je sama o sobě velkým tématem, avšak v této práci jí bohužel nelze věnovat více prostoru. Věřím však, že předložený souhrn k vytvoření alespoň základní představy pro účely této práce postačí.

---

<sup>190</sup> PETERKOVÁ, Helena. Rationing a argumentace marnostní léčby při neposkytnutí zdravotní péče. Zdravotnické fórum. 2012, č. 1, s. 14-18

### 3. DŘÍVE VYSLOVENÁ PŘÁNÍ

Institut dříve vyslovených přání (v zahraničí známý pod názvy *advance directives*, *living will*, *previously expressed wishes*, *die Patientenverfügung*)<sup>191</sup> je významnou součástí rozhodování na konci života pacienta. Vedle již zmíněné možnosti ukončení/nezahájení léčby na základě rozhodnutí lékaře o její marnosti anebo v důsledku jejího odmítnutí pacientem prostřednictvím negativního reversu, představuje institut dříve vyslovených přání další možnost ospravedlňující ukončení/nezahájení léčby, neboť nabízí pacientům možnost učinit pro případ své budoucí nezpůsobilosti rozhodnutí o tom, jakou zdravotní péči si nepřejí přijímat.<sup>192</sup> Lze říci, že dříve vyslovené přání je vlastně speciálním typem informovaného ne/souhlasu vyjádřeným pro futuro.<sup>193</sup> V této kapitole bude problematika dříve vyslovených přání nejprve obecně představena, zejména z pohledu platné právní úpravy, následně bude pojednáno o nejčastějších případech využití tohoto institutu v praxi a souvisejících nejznámějších soudních sporech a v závěrečném zhodnocení aktuálního stavu bude předložena úvaha nad právní úpravou *de lege ferenda*.

#### 3.1 Právní úprava dříve vyslovených přání

Ačkoli se o uzákonění institutu dříve vyslovených přání hovoří nejčastěji v souvislosti se zákonem o zdravotních službách, který s účinností od 1.4.2012 přinesl ve svém § 36 první podrobnější právní úpravu dříve vyslovených přání, v právním prostředí České republiky se nejedná o žádnou novinku, neboť tento institut u nás *de iure* existoval již od 1.10.2001, kdy v České republice vstoupila v platnost Úmluva o biomedicině, která je v souladu s čl. 10 Ústavy součástí našeho právního řádu a má v případě protichůdných ustanovení přednost před zákonem. Úmluva o biomedicině zakotvila dříve vyslovená přání v čl. 9, který stanoví, že „*bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání*“. Neurčitost slov „*bude brán zřetel*“ však

---

<sup>191</sup> CÍSAŘOVÁ, Dagmar et al. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: Monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010, s. 39

<sup>192</sup> Samozřejmě může být dříve vyslovené přání koncipováno i pozitivně, jako udělení souhlasu k poskytnutí určitých zdravotních služeb v budoucnu. Pro účely této práce je však zásadní možnost odmítnutí zdravotních služeb do budoucna, a proto se bude následující text již plně zabývat jen touto variantou, kterou zároveň autorka této práce považuje za v praxi nejčastěji aplikovatelnou.

<sup>193</sup> KREJČÍKOVÁ, Helena. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*. 1. vyd. Praha: Galén, 2014, s. 28

vzbuzovala přílišnou nejistotu ohledně reálné závaznosti dříve vyslovených přání, a proto se tento institut do účinnosti zákona o zdravotních službách v praxi příliš neuplatnil.<sup>194</sup>

Zákon o zdravotních službách upravil v § 36 dříve vyslovená přání mnohem podrobněji. Ustanovení § 36 odst. 1 obecně uvádí, že „*Pacient může pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit (dále jen dříve vyslovené přání)*“. V ustanovení § 36 odst. 2 se dále rozvádí, za jakých okolností je třeba dříve vyslovené přání pacienta zohlednit, a kdy je v takových případech třeba jej i respektovat. Uvedené ustanovení ukládá poskytovateli povinnost **brát zřetel** na dříve vyslovené přání tehdy, pokud jsou současně splněny následující tři podmínky: (1) poskytovatel má dříve vyslovené přání k dispozici, (2) v době poskytování zdravotních služeb nastala předvídatelná situace, k níž se uvedené přání vztahuje, (3) zdravotní stav pacienta neumožňuje vyslovit aktuální souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb. Následně § 36 odst. 2 ještě dodává, že „*bude respektováno jen takové dříve vyslovené přání, které bylo učiněno na základě písemného poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí, a to lékařem v oboru všeobecné praktické lékařství, u něhož je pacient registrován, nebo jiným ošetřujícím lékařem v oboru zdravotní péče, s níž dříve vyslovené přání souvisí*“. Z citovaného ustanovení je patrné, že zákon o zdravotních službách (zřejmě po vzoru rakouské právní úpravy zákona Patientenverfügungsgesetz<sup>195</sup>), rozlišuje mezi dříve vysloveným přáním závazným, splňujícím všechny formální i materiální náležitosti, a nezávazným, které některé z obligatorních náležitostí nesplňuje.<sup>196</sup>

Vedle výše uvedených požadavků stanovuje zákon o zdravotních službách ještě další podmínky závaznosti dříve vysloveného přání, a to ve vztahu k pořízení platného dříve vysloveného přání, pro něž zákon nabízí dvě možnosti. Hlavní možnost je upravena v § 36 odst. 3 ZoZS, který pro platné pořízení dříve vysloveného přání

---

<sup>194</sup> Snad jedinou výjimku představují případy odmítání krevní transfuze příslušníky náboženské společnosti Svědkové Jehovovi, kteří jako jedni z mála zástupců veřejnosti byli o tomto institutu poměrně dobře informováni, avšak jejich dříve vyslovená přání ve formě kartiček „žádnou krev“ byla lékaři často odmítána z obavy z případných právních důsledků neposkytnutí potřebné péče. Více k této problematice viz podkapitola 3.3.

<sup>195</sup> Patientenverfügungsgesetz, 596/BNR, účinný od 1.6.2006

<sup>196</sup> KREJČÍKOVÁ, Helena. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*. 1. vyd. Praha: Galén, 2014, s. 89

stanovuje následující podmínky: (1) musí mít písemnou formu, (2) musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta a (3) jeho součástí musí být písemné poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí (viz výše). Pokud jde o požadavek písemného poučení, zákon nikde nestanoví, jak by takové poučení mělo vypadat, jak moc by mělo být podrobné apod. Domnívám se však, že by mělo odpovídat požadavkům písemného informovaného ne/souhlasu pacienta a v lékařově nejlepším zájmu by mělo být co nejpodrobnější a mělo by být výsledkem řádného rozhovoru mezi lékařem a pacientem.<sup>197</sup> Vedle zmíněné varianty nabízí zákon ještě jednu alternativu pořízení řádného dříve vysloveného přání, na niž se podmínky stanovené v § 36 odst. 3 ZoZS nevztahují. Touto alternativou je dle § 36 odst. 4 ZoZS možnost „*učinit dříve vyslovené přání též při přijetí do péče poskytovatelem nebo kdykoliv v průběhu hospitalizace, a to pro poskytování zdravotních služeb zajišťovaných tímto poskytovatelem*“. V takovém případě postačí zaznamenat dříve vyslovené přání do zdravotnické dokumentace pacienta a tento záznam opatřit obyčejnými podpisy pacienta, zdravotnického pracovníka a svědka. Zde je však třeba upozornit na omezenou aplikovatelnost dříve vysloveného přání učiněného dle § 36 odst. 4 ZoZS v rámci hospitalizace, neboť takto vyslovené přání se skutečně vztahuje výhradně na zdravotní služby zajišťované poskytovatelem, u něhož hospitalizace probíhá, a jen po dobu trvání hospitalizace. Vedle toho bych chtěla zároveň poukázat na skutečnost, že mnoho pacientů, kteří by mohli chtít dříve vyslovené přání učinit, je k hospitalizaci již přijímáno v ireverzibilním stavu, který jim neumožňuje projevit svoji vůli. Z tohoto pohledu se zdá vhodnější učinit formálnější verzi dříve vysloveného přání dle § 36 odst. 3 ZoZS, kterou lze označit za všeobecně použitelnou. Při bližším zkoumání je však zřejmé, že ani první zmíněná možnost pořízení dříve vysloveného přání není prosta slabých míst. Často je kritizováno, že zákon neřeší, kde by mělo být dříve vyslovené přání uloženo, aby se o jeho existenci mohl konkrétní lékař v příslušné situaci vůbec dozvědět.<sup>198</sup> Nelze totiž spoléhat na to, že pacient bude mít takové přání vždy u sebe, ani že o něm lékař

---

<sup>197</sup> Viz kapitola 2.1.1.1 Poučení pacienta.

<sup>198</sup> K tomu srov. např. ONDRUŠKA, Miloš. *(Problém) Dříve vyslovené přání*. Zdravotnické fórum. 2012, č. 12, s. 9-11, VIZINGER, Radek. *Předstížené pokyny pacienta (living will) v právní teorii i praxi*. Zdravotnictví a právo. 2007, č. 07-08, s. 5-6, LOJDOVÁ, Evelyn; MALÝ, Lukáš. *Dříve vyslovená přání - závěť do nemocnice?* EPRAVO.CZ. 2013. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/clanky/drive-vyslovena-prani-zavet-do-nemocnice-90987.html> a RAJLIHOVÁ, Eva; SCHUSTEROVÁ, Kamila. *Jak u nás funguje institut dříve vyslovených přání?* Český rozhlas. 2015. Dostupné z: [http://www.rozhlas.cz/plus/zaostreno/\\_zprava/jak-u-nas-funguje-institut-drive-vyslovenych-prani--1487758](http://www.rozhlas.cz/plus/zaostreno/_zprava/jak-u-nas-funguje-institut-drive-vyslovenych-prani--1487758)

informují pacientovi blízcí. Nelze opomenout ani fakt, že v mnoha případech nemají lékaři čas pátrat po dříve vysloveném přání, neboť v zájmu záchrany života a zdraví pacienta musí jednat rychle. Mnoho odborníků proto namítá, že dokud nedojde k vytvoření nějakého centrálního registru dříve vyslovených přání<sup>199</sup>, nebude tento institut v praxi příliš realizovatelný. Lze se však setkat i s opačnými názory, které tyto úvahy o registru dříve vyslovených přání nepovažují za krok správným směrem, a to z důvodu přílišné rigidnosti tohoto řešení, zvyšující riziko, že evidované dříve vyslovené přání nebude odpovídat aktuálnímu názoru pacienta.<sup>200</sup> Osobně se přikláním spíše k návrhu na založení registru dříve vyslovených přání, neboť ačkoli souhlasím i s vyjádřenými obavami oponentů tohoto řešení, domnívám se, že dříve vyslovená přání nebude nikdy možné zcela oprostít rizika neaktuálnosti, a to bez ohledu na způsoby jejich uchování. U takového vyjádření vůle pro futuro bude vždy přítomno riziko, že konkrétní osoba by se v budoucnu v daném okamžiku rozhodla jinak. S tím souvisí i poměrně častá kritika dříve vyslovených přání spočívající v argumentu, že zdravý pacient se nikdy nedokáže zcela vžít do svého budoucího „nemocného já“, a proto si lékař nemůže být jistý, jestli dříve vyslovené přání skutečně odpovídá tomu, co by si pacient pro sebe aktuálně přál. Vytvoření registru dříve vyslovených přání toto riziko dle mého názoru nijak významně nezvyšuje, stejně jako jeho absence nedokáže tomuto riziku předejít. Pokud by takový registr byl vytvořen, musela by být samozřejmě dána možnost evidované přání kdykoli bez obtíží (maximálně za administrativní poplatek) změnit či zrušit. Bez tohoto registru si však dle mého názoru pacienti opravdu nemohou být jisti, že na jejich dříve vyslovené přání bude brán zřetel, neboť je možné, že se o jeho existenci lékař ani nedozví. V každém případě je třeba důrazně apelovat na zájemce o sepsání dříve vysloveného přání, aby si před sepsáním svého přání skutečně důkladně promysleli, jakou péči si pro sebe přejí či nepřejí, s plným vědomím všech důsledků takového rozhodnutí.

---

<sup>199</sup> Například v Dánsku byl zřízen Národní rejstřík předstižných pokynů (Livstestamenteregister), vedený Královskou nemocnicí v Kodani, a každý zdravotník, poskytující péči nezpůsobilému pacientovi, je povinen se na tento rejstřík telefonicky obrátit za účelem ověření případné existence pacientova předstižného pokynu. In: VIZINGER, Radek. *Předstižné pokyny pacienta (living will) v právní teorii i praxi*. Zdravotnictví a právo. 2007, č. 07-08, s. 6

<sup>200</sup> Viz například rozhovor s P. Šustkem a L. Širokou na téma „*Jak u nás funguje institut dříve vyslovených přání?*“ pro Český rozhlas Plus ze dne 07.05.2015. Dostupný z: [http://www.rozhlas.cz/plus/zaostreno/\\_zprava/jak-u-nas-funguje-institut-drive-vyslovenych-prani--1487758](http://www.rozhlas.cz/plus/zaostreno/_zprava/jak-u-nas-funguje-institut-drive-vyslovenych-prani--1487758)

V návaznosti na výše stanovené požadavky dále zákon o zdravotních službách explicitně vyjmenovává případy, v nichž dříve vyslovená přání není třeba či vůbec nelze respektovat, popř. kdy je vůbec nelze uplatnit. Dle ustanovení § 36 odst. 5 písm. a) ZoZS dříve vyslovené přání „*není třeba respektovat, pokud od doby jeho vyslovení došlo v poskytování zdravotních služeb, k nimž se toto přání vztahuje, k takovému vývoji, že lze důvodně předpokládat, že by pacient vyslovil souhlas s jejich poskytnutím; rozhodnutí o nerespektování dříve vysloveného přání pacienta a důvody, které k němu vedly, se zaznamenají do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi*“. V této souvislosti je nutno zmínit, že § 36 ZoZS původně ve svém odstavci 3 deklaroval, že „*platnost dříve vysloveného přání je 5 let*“, přičemž účelem tohoto omezení měla být právě ochrana pacienta s ohledem na rychlý pokrok v medicíně.<sup>201</sup> Uvedená věta však byla krátce po nabytí účinnosti zákona zrušena nálezem Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 1/12 ze dne 27.11.2012.<sup>202</sup> Navrhovatelé požadující zrušení tohoto omezení argumentovali tím, že dané časové omezení platnosti dříve vysloveného přání je v rozporu s účelem tohoto institutu, neboť upírá právo na zohlednění dříve vyslovených přání osobám, jejichž zdravotní stav již neumožňuje obnovení dříve vysloveného přání, ačkoli tyto osoby své přání pořídily právě s vědomím hrozby své budoucí nezpůsobilosti. Ústavní soud se s tímto závěrem v zásadě ztotožnil a předmětnou větu zrušil s následujícím odůvodněním: „*Ústavní soud zastává názor, že není slučitelné s právem pacienta podle čl. 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, aby na jeho dříve vyslovené přání nemohl být brán zřetel jen v důsledku uplynutí zákonem stanovené doby jeho platnosti, pokud tento pacient nebude mít současně skutečnou možnost toto přání svým projevem vůle obnovit. Vzhledem k tomu, že napadené ustanovení takovouto možnost umožňuje, je třeba jej hodnotit jako omezení předmětného práva postrádající jakýkoliv ústavně aprobovaný důvod (srov. čl. 26 a 27 uvedené úmluvy), v důsledku čehož je v rozporu s čl. 9 uvedené úmluvy. Tento nesoulad se samozřejmě týká toliko poslední věty § 36 odst. 3 zákona o zdravotních službách, podle které je platnost dříve vysloveného přání 5 let*“. Osobně v tomto směru považuji za vhodnější ochranu pacienta výše citované ustanovení § 36 odst. 5 písm. a) ZoZS, neboť zrušené časové omezení

---

<sup>201</sup> Srov. Důvodová zpráva k návrhu zákona o zdravotních službách (k dispozici ke stažení např. zde: <https://apps.odok.cz/veklep-detail?pid=RACK8GAHS5NK>) a nález Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 1/12.

<sup>202</sup> Úplné znění nálezu Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 1/12 ze dne 27.11.2012 je k dispozici zde: <http://nalus.usoud.cz/Search/ResultDetail.aspx?id=76928&pos=2&cnt=3&typ=result>

platnosti bylo dle mého názoru koncipováno nevhodně, když nezahrnovalo výjimku pro pacienty, jejichž zdravotní stav neumožňuje obnovení expirujícího dříve vysloveného přání, a de facto jim tak realizaci dříve vyslovených přání odpíralo.

Nyní již ale zpět k zákonnému výčtu případů, v nichž není možné dříve vyslovená přání zohlednit. Vedle výše zmíněného § 36 odst. 5 písm. a) ZoZS, podle něhož není dříve vyslovená přání třeba respektovat v případě medicínského pokroku, zpochybňujícího aktuálnost pacientova přání, je dále ještě o stupeň striktnější úprava obsažena v ustanovení § 36 odst. 5 písm. b) až d) ZoZS, které stanoví následující případy, kdy dříve vyslovená přání vůbec **nelze respektovat**: „b) pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti, c) pokud by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby, d) pokud byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušeni by vedlo k aktivnímu způsobení smrti“. Při pohledu na citované ustanovení vyvstává naprosto zásadní otázka, která jednání mají být v praxi interpretována jako uvedené „aktivní způsobení smrti“ znemožňující respektování dříve vysloveného přání? Tato otázka je velice problematická a je opakovaně předmětem rozsáhlých diskuzí. Podrobněji bude tato problematika rozebrána v podkapitole 3.4 níže, věnované tématu ukončení přístrojové podpory, které je s otázkou interpretace pojmu „aktivní způsobení smrti“ nerozlučně spjato.

Na tomto místě je třeba ještě doplnit poslední výjimku z přípustnosti aplikace dříve vyslovených přání, stanovenou v ust. § 36 odst. 6 ZoZS, které je zároveň posledním ustanovením zákona o zdravotních službách věnovaným institutu dříve vyslovených přání, a které stanoví, že „dříve vyslovené přání **nelze uplatnit, jde-li o nezletilé pacienty nebo pacienty s omezenou svéprávností**“. Citované ustanovení bývá předmětem kritiky, a to zejména z důvodu jeho nejasné formulace.<sup>203</sup> Z textu ustanovení bohužel není zcela zřejmé postavení osob s omezenou svéprávností, neboť není jasné, zda měl zákonodárce v úmyslu pouze zabránit aplikaci dříve vysloveného přání pořízeného pacientem, jehož svéprávnost byla omezena v době sepsání přání, anebo má-li toto ustanovení znemožnit i aplikaci dříve vysloveného přání pacienta, jehož svéprávnost je omezena v době rozhodování o použití dříve vysloveného přání, ačkoli v době sepsání byl pacient plně svéprávný. Důvodová zpráva o tomto bodě mlčí a

---

<sup>203</sup> K tomu např. KREJČÍKOVÁ, Helena. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*. 1. vyd. Praha: Galén, 2014, s. 30

judikatura zatím chybí. Nezbyvá proto nic jiného, nežli spoléhat v této otázce na zdravý rozum a přiklonit se k tomu výkladu, podle něhož je pro dané ustanovení rozhodná ne/způsobnost pacienta v době sepsání dříve vysloveného přání, nikoli v době rozhodování o jeho aplikaci. Opačný výklad by byl dle mého názoru zcela v rozporu s účelem institutu dříve vysloveného přání, jehož smyslem je umožnit pacientům projevit svoji vůli ve vztahu k poskytování zdravotních služeb do budoucna, pro případy, kdy tak již z důvodu své nezpůsobilosti nebudou schopni učinit.

Na závěr tohoto legislativního přehledu je třeba ještě uvést, že výše představená právní úprava institutu dříve vyslovených přání (čl. 9 Úmluvy o biomedicině a § 36 zákona o zdravotních službách) byla od 1.1.2014 rozšířena přijetím nového občanského zákoníku. Jednou z mnoha novinek, kterou nový občanský zákoník přinesl, je právní úprava institutu tzv. předběžného prohlášení<sup>204</sup>, jakožto jednoho z podpůrných opatření při narušení schopnosti zletilého právně jednat. Dle § 38 OZ může člověk, v očekávání vlastní nezpůsobilosti právně jednat, projevit vůli, aby byly jeho záležitosti spravovány určitým způsobem, nebo aby je spravovala určitá osoba, nebo aby se určitá osoba stala jeho opatrovníkem. Lze říci, že dříve vyslovená přání představují zvláštní typ těchto předběžných prohlášení.<sup>205</sup> Zároveň je však třeba připomenout, že občanský zákoník má vůči zákonu o zdravotních službách, jakožto zvláštnímu zákonu, subsidiární povahu<sup>206</sup>, a proto může být ve smyslu zásady *lex specialis derogat legi generali* aplikován jen na ty situace, které zvláštní zákon (ZoZS) neupravuje. Úprava dříve vyslovených přání obsažená v § 36 ZoZS představuje úpravu zvláštní (mající přednost), a proto se obecná úprava předběžných prohlášení obsažená v OZ<sup>207</sup> na dříve vyslovená přání nepoužije. Občanský zákoník však tuto zvláštní úpravu přeci jen rozšiřuje, když ve svých ustanoveních § 42 až 44 zakotvuje poměrně důležitou úlohu soudu v rozhodování o dříve vyslovených přání. V § 42 OZ je stanoveno, že je-li účinnost předběžného prohlášení vázána na podmínku, rozhodne o jejím splnění soud.<sup>208</sup> Dále je v § 43 OZ

---

<sup>204</sup> §38 – 44 OZ

<sup>205</sup> KREJČÍKOVÁ, Helena. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*. 1. vyd. Praha: Galén, 2014, s. 31

<sup>206</sup> § 9 odst. 2 OZ k tomu stanoví: „Soukromá práva a povinnosti osobní a majetkové povahy se řídí občanským zákoníkem v tom rozsahu, v jakém je neupravují jiné právní předpisy.“

<sup>207</sup> § 39 – 41 OZ upravující formální náležitosti a způsoby pořízení předběžného prohlášení.

<sup>208</sup> H. Krejčíková uvádí jako možný příklad situaci, kdy „pacient prostřednictvím dříve vysloveného přání odmítne léčbu, pokud by již byl v takovém stavu . . . , že by jeho další život postrádal důstojnost“. Soud by v takovém případě posuzoval otázku důstojnosti jako splnění podmínky. In: KREJČÍKOVÁ, Helena. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*. 1. vyd. Praha: Galén, 2014, s. 31



stanoveno, že soud změní nebo zruší předběžné prohlášení, změní-li se okolnosti natolik, že by člověk za těchto okolností takové prohlášení neučinil nebo by je učinil s jiným obsahem, a pokud by jinak tomuto člověku hrozila závažná újma. Před tímto rozhodnutím má však soud vyvinout potřebné úsilí pro zjištění názoru člověka, o jehož prohlášení se rozhoduje. Nejzásadnější novinkou je pak dle mého názoru ustanovení § 44 OZ, které uvádí, že soud přihlédne i k neplatnému prohlášení nebo jeho neplatnému odvolání, není-li pochyb o vůli toho, kdo je učinil. Toto ustanovení klade důraz na posílení autonomie jednotlivce, a přispívá tak k naplňování účelu institutu dříve vyslovených přání.

V následujících podkapitolách budou již postupně představeny nejčastější případy realizace dříve vyslovených přání v praxi.

### 3.2 Pokyny Do Not Resuscitate

Pokyny *Do Not Resuscitate*<sup>209</sup> (dále též jen „DNR“) jsou jedním z nejtypičtějších dříve vyslovených přání, jímž pacient vyjadřuje přání nebýt v případě srdeční/dechové zástavy resuscitován. Nejčastěji vyjadřují takové přání umírající a nevléčitelně nemocní pacienti, kteří si nepřejí zbytečně prodlužovat své utrpení a dávají přednost přirozenému odchodu ze života před jeho neúčelným prodlužováním za každou cenu.<sup>210</sup>

Zároveň se však zdaleka ne vždy musí nutně jednat o pokyn pacienta, neboť o záměru nezahájení resuscitace může být rozhodnuto i ošetřujícím lékařem. Tento postup může lékař zvolit tehdy, není-li dle jeho odborného názoru kardiopulmonální resuscitace v konkrétním případě indikována z důvodu její marnosti<sup>211</sup>, jinými slovy není-li jejím prostřednictvím možné dosáhnout požadovaného cíle, jímž je záchrana života a zdraví pacienta (např. pokud by pacient resuscitaci přežil – byla-li by vůbec úspěšná – jen na krátkou dobu a kvalita jeho zbývajících života by byla velmi nepříznivá).<sup>212</sup> V takových případech tedy může lékař do zdravotnické dokumentace

---

<sup>209</sup> „Neresuscitovat“

<sup>210</sup> CÍSAŘOVÁ, Dagmar et al. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: Monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010, s. 26 a 44

<sup>211</sup> Jak již bylo výše stanoveno, KPR je z důvodu marnosti zásadně kontraindikována u umírajících pacientů v terminálním stadiu nemoci. Více o marné léčbě viz kapitola 2.2.2.

<sup>212</sup> PETERKOVÁ, Helena. Rationing a argumentace marnostní léčby při neposkytnutí zdravotní péče. *Zdravotnické fórum*. 2012, č. 1, s. 18

pacienta zaznamenat vlastní pokyn DNR. Je však třeba důrazně doporučit, aby lékař takový krok ve zdravotnické dokumentaci dostatečně zdůvodnil.

V návaznosti na výše uvedené lze upozornit na jistý paradox pokynů DNR, a sice, že na jednu stranu může jít o dříve vyslovené přání pacienta jakožto projev jeho práva na sebeurčení a na druhou stranu může tento pokyn naopak dopadnout na pacienta „shora“, bez ohledu na jeho vůli, a de facto tak jeho právo na sebeurčení potlačit.<sup>213</sup>

V každém případě musí být lékař schopen důvod nezahájení resuscitace dostatečně obhájit, ať už doložením řádného a platného dříve vysloveného přání či přijatelnou argumentací marné léčby, neboť v opačném případě mu hrozí vážné trestněprávní důsledky, zejména obvinění ze spáchání některého z trestných činů proti životu.<sup>214</sup> Naproti tomu, v případě zahájení resuscitace v rozporu s pacientovým pokynem DNR hrozí lékaři maximálně občanskoprávní spor o zásah do pacientových osobnostních práv, případně disciplinární řízení, avšak nemyslím si, že by v současné době mohl být lékař za snahu o záchranu života uložen přísnější postih, nežli napomenutí či uložení povinnosti omluvit se.<sup>215</sup> Pokud si tedy lékař není důvody pro nezahájení resuscitace skutečně jistý, měl by ve smyslu zásady *in dubio pro vita*<sup>216</sup> v pochybnostech vždy učinit vše pro záchranu života pacienta a resuscitaci zahájit.<sup>217</sup>

---

<sup>213</sup> PETERKOVÁ, Helena. Pokyny Do Not Resuscitate a problematika neposkytnutí pomoci. Trestní právo. 2009, č. 9, s. 3 a 9

<sup>214</sup> Trestnost činu neposkytnutí pomoci dle § 150 odst. 2 TZ (spáchaného osobou povinnou z povahy svého zaměstnání pomoc poskytnout) by v daném případě byla spíše vyloučena, neboť odpovědnost za trestný čin neposkytnutí pomoci dle § 150 odst. 2 TZ přichází v úvahu pouze tehdy, jestliže z opomenutí zaviněně nevznikly žádné následky na životě či zdraví poškozeného, avšak důsledkem nezahájení resuscitace (pravděpodobně zaviněného nedbalostně – lékař spoléhal na existenci důvodů pro nezahájení resuscitace, ačkoli si měl být vědom toho, že nejsou splněny všechny potřebné podmínky) bude téměř jistě smrt pacienta, a lékař proto bude (s ohledem na svoji zvláštní povinnost konat dle § 112 TZ) odpovědný dle svého zavinění spíše přímo za poruchové trestné činy proti životu a zdraví. Srov: JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část.* 5. vydání. Praha: Leges, 2016, s. 559-560. Více o trestní odpovědnosti lékaře viz kapitola 4.

<sup>215</sup> Srov. PETERKOVÁ, Helena. *Pokyny Do Not Resuscitate a problematika neposkytnutí pomoci.* Trestní právo. 2009, č. 9, s. 3

<sup>216</sup> MATĚJEK, Jaromír. Soudní rozhodnutí německých soudů týkající se dříve projevených přání pacienta. *Zdravotnictví a právo.* 2010, č. 12, s. 16

<sup>217</sup> Tato zásada je akcentována mimo jiné i v Doporučeném postupu výboru ČLS JEP – Spol. urgentní medicíny a medicíny katastrof, č. 2 - Neodkladná resuscitace, aktualizovanému ke dni 10.05.2011, v němž se na str. 7 uvádí, že „v případě nejistoty je nutné zahájit NR (neodkladnou resuscitaci) vždy“. Doporučený postup je k dispozici ke stažení zde: [http://www.urgmed.cz/postupy/2011\\_nr.pdf](http://www.urgmed.cz/postupy/2011_nr.pdf)

### 3.3 Svědkové Jehovovi a odmítání krevní transfuze

Zřejmě nejčastějším případem realizace dříve vyslovených přání v české praxi je odmítání krevní transfuze příslušníky náboženské společnosti Svědkové Jehovovi<sup>218</sup>, kteří u sebe pro případ potřeby budoucího lékařského zákroku vždy nosí kartičku „Žádnou krev“.<sup>219</sup> Ve snaze o zajištění respektování svého postoje ke krevní transfuzi navíc Svědkové Jehovovi celosvětově zřizují tzv. výbory pro styk s nemocnicemi, které mají komunikovat s lékaři, poskytovat jim informace o své víře a možnostech bezkrevní léčby a vést seznam lékařů ochotných odmítnutí transfuze respektovat.<sup>220</sup>

Přijímání krevní transfuze je v učení Svědků Jehovových považováno za nepřijatelné na základě několika biblických pasáží zakazujících přijímat krev.<sup>221</sup> Jedná se tedy o odmítnutí léčby z důvodu náboženského přesvědčení. V této souvislosti však bývá poměrně často kritizováno (a to i samotnými Svědky), že zákaz přijetí krevní transfuze je založen na biblickém zákazu požívání krve, ačkoli výklad, podle něhož je transfuze krve rovna příjmu krve jakožto potravy, je zcela nepodložený a svévolný, a sama Společnost Strážná věž v minulosti přiznala, že transfundovaná krev není strávena jako potrava, ale je spíše držena v těle podobně jako transplantovaný orgán (lze ji považovat za transplantaci tekuté tkáně). O to nepochopitelnější je, že zatímco dřívější zákaz transplantace orgánů byl již v nauce Strážné věže zrušen (podobně jako zákaz očkování), zákaz krevní transfuze bohužel stále platí.<sup>222</sup>

---

<sup>218</sup> Nejvyšší autoritou, která tuto náboženskou společnost (čítající přibližně 8 milionů lidí) celosvětově řídí, je Společnost Strážná věž s ústředím v New Yorku ve čtvrti Brooklyn. Jedním ze základních učení Svědků Jehovových je víra v brzký konec světa, během něž má být vzkříšeno jen 144 tisíc vyvolených, zatímco ti, kteří se nebudou řídit božími příkazy, budou zničeni. O toto dogma se nepřímou opírá i zákaz přijímání krevní transfuze, pro nějž je mnoho Svědků ochotno obětovat svůj život, neboť věří ve vzkříšení, které by jim v případě porušení tohoto zákazu bylo odepřeno. Více např. zde: <https://www.jw.org/cs/co-rika-bible/otazky/>

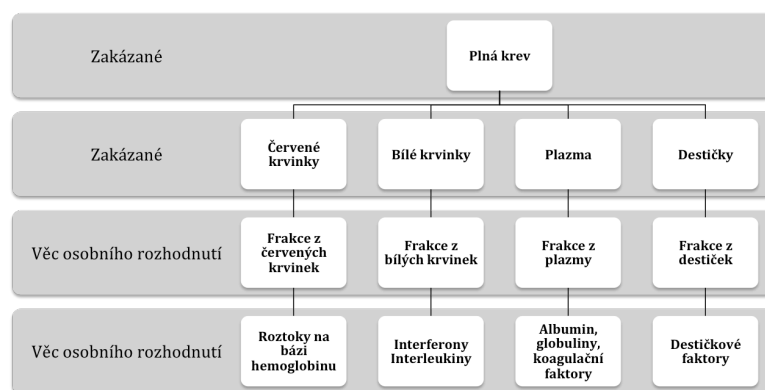
<sup>219</sup> Oficiální vzor je Přílohou č. 4 této práce. Jedná se však o dokument z roku 2008, a odvolává se proto pouze na čl. 9 Úmluvy o biomedicině, a ačkoli obsahuje požadavek ověřeného podpisu, vzhledem ke svému stáří nereflektuje nový zákonný požadavek § 36 ZoZS na písemné poučení lékaře, které má být součástí dříve vysloveného přání.

<sup>220</sup> LAJKEP, Tomáš. *Odmítnutí léčby - Svědkové Jehovovi*. Pediatrie pro praxi. 2006, č. 3, s. 174. Dostupné z: <http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2006/03/14.pdf>

<sup>221</sup> Nejčastěji je odkazováno na následující pasáže: Genesis 9:4 (Starý Zákon). „Pouze maso s jeho duší — jeho krvi — nebudete jíst.“; Leviticus 17:14 (Starý Zákon). „Nebudete jíst krev těla žádného druhu, protože duše těla každého druhu je jeho krev. Kdokoli ji bude jíst, bude odříznut.“; Deuteronomium 12:23 (Starý Zákon). „Prostě buď pevně rozhodnut nejíst krev, protože krev je duše, a nebudeš jíst duši s tělem.“; Skutky 15:20 (Nový Zákon). „[Zdržujte se] krve.“. In: Proč svědkové Jehovovi nepřijímají transfuze? JW.ORG / Oficiální stránky Svědků Jehovových. Dostupné z: <https://www.jw.org/cs/svedkove-jehovovi/caste-otazky/svedkove-jehovovi-proc-neprijimaji-transfuze/>

<sup>222</sup> *Zdržují se svědkové Jehovovi krve skutečně?* Nové světlo v otázce krve. Dostupné z: <http://www.krev.info/Text/abstain.htm>

Velmi zajímavou skutečností je rovněž to, že současná nauka Společnosti Strážná věž o krvi zakazuje přijetí plné krve a jejích základních složek, tj. červených a bílých krvinek, plazmy a destiček, zatímco přijetí frakcí z těchto základních složek krve ponechává na osobním rozhodnutí každého člena (viz obrázek 1 níže).<sup>223</sup>



Obr. 1 – Svědkové Jehovovi – postoj ke krvi

Nutno dodat, že Společnost Strážná věž k tomuto částečnému zákazu krve doposud žádné přijatelné zdůvodnění neposkytla, v biblických textech pro něj rovněž nelze nalézt jakoukoli oporu, a proto je uvedené dělení na přijatelné a nepřijatelné složky krve pro svou neopodstatněnost dalším častým předmětem kritiky. Navíc vzhledem k tomu, že mnoho svědků Jehovových je tímto postojem zcela pochopitelně zmateno, čím dál více jich na zákaz krevní transfuze rezignuje.<sup>224</sup>

Je zřejmé, že představená oficiální nauka Svědků Jehovových o krvi je plná nejasností a paradoxů. To zapříčiňuje, jak již bylo naznačeno, že zdaleka ne všichni Svědkové Jehovovi jsou v odmítání krevní transfuze jednotní. Zatímco ortodoxní členové stále rigidně odmítají jakoukoli formu transfuze krve (včetně autotransfuze<sup>225</sup>), objevuje se čím dál více těch, kteří dogmatickou nauku Společnosti Strážná věž o krvi zpochybňují a volají po změně. Tito disidenti se již dokonce spojili do sdružení s názvem Spojenectví svědků Jehovových za reformu v otázce krve<sup>226</sup>, usilující o revizi

<sup>223</sup> KLÁNOVÁ, Markéta. *Jehovisté a krevní deriváty*. In: Zdravotnictví a medicína: časopis Sestra. Mladá fronta, 2009. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/jehoviste-a-krevni-derivaty-448153>

<sup>224</sup> *Zdržují se svědkové Jehovovi krve skutečně?* Nové světlo v otázce krve. Dostupné z: <http://www.krev.info/Text/abstain.htm>

<sup>225</sup> Transfuze pacientovy vlastní krve, která mu byla dříve odebrána a uskladněna pro pozdější použití.

<sup>226</sup> The Associated Jehovah's Witnesses for Reform on Blood – oficiální české stránky sdružení jsou k dispozici zde: <http://www.krev.info>

zákazu přijímání krevních transfuzí.<sup>227</sup> Zde je však třeba upozornit, že i mnoho svědků Jehovových, kteří se zákazem krevní transfuze nesouhlasí, u sebe přesto nosí dokument „Žádnou krev“, a to zejména z obavy před vyloučením z náboženské společnosti a nutnosti přerušeni styků s ostatními členy.<sup>228</sup>

S ohledem na výše uvedené se nevyhnutelně nabízí otázka, zdali je spravedlivé požadovat po lékařích, aby dokázali rozlišit mezi skutečně ortodoxními Svědky Jehovovými, kteří odmítají transfuzi krve za každou cenu, a těmi, jejichž přesvědčení o této doktríně je spíše slabé a v rozhodný okamžik by si za něj nepřáli položit svůj život. Osobně se domnívám, že takový požadavek za spravedlivý považovat nelze.

Ačkoli Svědkové Jehovovi opakovaně lékaře ujišťují, že v případě respektování jejich přání nemusí mít strach z právního postihu, neboť jejich dříve vyslovené přání z lékařů a nemocnic snímá právní odpovědnost za neposkytnutí transfuze<sup>229</sup>, toto tvrzení nelze dle mého názoru v žádném případě akceptovat. Nelze totiž popřít, že lékař se v případě respektování dříve vysloveného přání odmítajícího transfuzi vystavuje nebezpečí, že bude v případě smrti pacienta obviněn z non lege artis postupu a usmrcení pacienta ze strany pozůstalých, kteří pacientovo náboženské přesvědčení nesdílejí.<sup>230</sup> Může mu hrozit trestní stíhání pro spáchání některého z trestných činů proti životu a zdraví, občanskoprávní spor o náhradu újmy způsobené usmrcením pacienta i disciplinární postih za non lege artis postup. Lékař pak bude muset prokazovat platnost dříve vysloveného přání, a to zejména z pohledu pacientovy způsobilosti, která však bude dle mého názoru snadno zpochybnitelná. V porovnání s tím se zdá být hrozba právního postihu v případě nerespektování odmítnutí transfuze a záchrany života pacienta mnohem menší, neboť v takovém případě může lékař čelit pouze občanskoprávní žalobě na ochranu osobnosti (za neoprávněný zásah do osobnostní integrity).

---

<sup>227</sup> KLÁNOVÁ, Markéta. *Jehovisté a krevní deriváty*. In: Zdravotnictví a medicína: časopis Sestra. Mladá fronta, 2009. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/jehoviste-a-krevni-derivaty-448153>

<sup>228</sup> Proč někteří svědkové Jehovovi na základě svědomí přijímají transfuzi krve a zavrhují oficiální nauku Společnosti Strážná věž o krvi. Nové světlo v otázce krve. Dostupné z: <http://www.krev.info/Text/JMEElderCZ.htm>

<sup>229</sup> Viz například zde: *Svědkové Jehovovi chirurgická/etická výzva*. JW.ORG / Oficiální stránky Svědků Jehovových. Dostupné z: <https://www.jw.org/cs/publikace/knihy/krev/Svedkovje-Jehovovi-chirurgicka-eticka-vyzva/>

<sup>230</sup> ŠUSTEK, Petr; HOLČAPEK, Tomáš. Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví. Vyd. 1. Praha: ASPI, 2007, s. 140

Otázka, jak budou české soudy v podobných případech rozhodovat, a zdali již v českém právním prostředí nastala doba, kdy právo na autonomii skutečně převáží nad právem na život a soudy budou trestat lékaře za neoprávněnou záchranu života pacienta, je zatím stále nejistá. Evropský soud pro lidská práva v případě *Jehovah's Witnesses of Moscow proti Rusku* ze dne 10.6.2010 č. 302/02<sup>231</sup> konstatoval, že lékařský zákrok provedený bez souhlasu způsobilého dospělého pacienta představuje porušení práva na tělesnou integritu dle čl. 8 Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod, a to i v případě, že odmítnutí léčby může vést ke smrti pacienta. Ústavní soud ČR na tento judikát sice odkázal ve svém nálezu sp. zn. I. ÚS 1565/2014 ze dne 2.3.2015<sup>232</sup>, v němž se zabýval otázkou legitimitnosti odmítnutí krevní transfuze Svědkyní Jehovovou v průběhu porodu, ale zároveň konstatoval, že „Právo na nedotknutelnost osoby (fyzickou integritu) podle čl. 7 odst. 1 Listiny, či čl. 8 Úmluvy není právem absolutním. Lze do něj zasáhnout na základě zákona a přiměřeně ke sledovanému legitimnímu zájmu, což musí být ochrana jiného základního práva nebo jiného, ústavním pořádkem chráněného statku“, a následně dodal, že jedním z možných důvodů pro omezení tohoto práva je ochrana práv dítěte v průběhu porodu (v daném případě před ztrátou matky), a proto soud neshledal podání transfuze krve v rozporu s vůlí pacientky jako protiprávní. Ačkoli se v daném případě jednalo o specifický případ porodu, v němž by odmítnutím léčby bylo zasaženo do práva dítěte (a ani dle § 36 odst. 5 písm. c) ZoZS by dříve vyslovené přání nemělo být respektováno, pokud by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby), domnívám se, že k analogické úvaze ohledně možnosti omezení práva na osobní nedotknutelnost by se soud mohl v budoucnu přiklonit i v jiných případech odmítnutí krevní transfuze. Zejména s odkazem na výše představenou nejednotnost názoru Svědků Jehovových na nauku o krvi by dle mého názoru měl lékař před soudem uspět s argumentem, že ve chvíli, kdy krevní transfuze byla nutná k záchraně života pacienta a lékař neměl možnost s bezvědomým pacientem probrat, zdali je skutečně ochoten položit za svoji víru život a zdali nastalý stav ohrožení života na této

---

<sup>231</sup> Oficiální text judikátu je k dispozici zde: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-99221>

<sup>232</sup> Oficiální text judikátu je k dispozici zde:

<http://nalus.usoud.cz/Search/ResultDetail.aspx?id=87479&pos=1&cnt=1&typ=result>

skutečnosti nic nezmění<sup>233</sup>, považoval ve smyslu zásady „v pochybnostech vždy léčit“ za jediné správné řešení transfuzi podat.

Otázka správného přístupu k odmítání krevní transfuze příslušníky Svědků Jehovových nepochybně představuje velké morálně-právní dilema. V odborné literatuře se lze setkat s doporučením, aby lékaři u zákroků, u nichž je známo riziko větších krevních ztrát, předem poučili své pacienty hlásící se ke Svědkům Jehovovým, že za jediný lege artis postup u daného zákroku považují podání krevní transfuze, a proto v případě jejího odmítnutí nebudou moci zákrok provést, čímž se lékaři nastíněným problémům vyhnou, neboť pacient buďto bude muset s transfuzí souhlasit, nebo se bude muset obrátit na jiné zdravotnické zařízení.<sup>234</sup> Tento postup je však možný jen u předem plánovaných zákroků. V akutních případech si tak lékaři musí zvolit mezi respektováním pacientovy vůle (která má dle zákona přednost před povinností léčit) za cenu smrti pacienta (kterou bylo možné odvrátit), anebo záchranou života pacienta (chráněného předpisy nejvyšší právní síly) navzdory pacientovu přání. S ohledem na výše nastíněnou hrozbu právních následků v současné době osobně považuji za „menší zlo“ druhé z uvedených řešení. Ačkoli si uvědomuji, že tento závěr je spíše alibistický nežli ideální, domnívám se, že za současné absence potřebné judikatury se jako vhodnější zdá doporučení, aby lékaři odmítnutí krevní transfuze nerespektovali a zachránili život pacienta. S tímto závěrem se lze opakovaně setkat též v odborné literatuře.<sup>235</sup>

Nutno ještě dodat, že mnohem jednodušší je situace v případech nezletilých pacientů. Zde totiž jednak dle § 36 odst. 6 ZoZS nelze vůbec uplatnit dříve vyslovené přání, a navíc i Ústavní soud v nálezu sp. zn. III. ÚS 459/2003 ze dne 20.8.2004<sup>236</sup> ve věci odmítnutí podání krevní transfuze nezletilému jeho rodiči z důvodu náboženského

---

<sup>233</sup> V odborné literatuře se lze často setkat s argumentem, že člověk se v situaci, kdy mu nehrozí žádná reálná újma, rozhoduje jinak, než by se rozhodnul tváří v tvář reálné hrozbě smrti. P. Šustek a T. Holčápek k tomuto dilematu uvádí, že lékař si musí být „jist, že pacient by se v konkrétní situaci rozhodl stejně“. In: ŠUSTEK, Petr; HOLČAPEK, Tomáš. *Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: ASPI, 2007, s. 142-143

<sup>234</sup> ŠUSTEK, Petr; HOLČAPEK, Tomáš. *Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: ASPI, 2007, s. 136-140

<sup>235</sup> Srov. ŠUSTEK, Petr; HOLČAPEK, Tomáš. *Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: ASPI, 2007, s. 135-143 a UHEREK, Pavel. Svědkové Jehovovi a odmítání transfuze krve nejen z pohledu aktuální legislativy. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky. Ústav státu a práva AV ČR*, 2015, č. 3, s. 75-76. Dostupné z: <http://www.ilaw.cas.cz/medlawjournal/index.php/medlawjournal/article/view/100>

<sup>236</sup> Oficiální text judikátu je k dispozici zde:

<http://nalus.usoud.cz/Search/ResultDetail.aspx?id=45247&pos=1&cnt=1&typ=result>

přesvědčení konstatoval, že ochrana zdraví a života dítěte má přednost před právem na svobodnou rodičovskou výchovu i svobodou náboženského vyznání rodičů, neboť ochrana zdraví a života dítěte je prioritní hodnotou převažující nad zájmy rodiče, a proto je dle Ústavního soudu nepřipustné, aby rodiče přijímali opatření škodlivá pro zdraví nebo rozvoj dítěte. S ohledem na výše uvedené je tedy zřejmé, že v případě nezletilých dětí mají lékaři vždy léčit a krevní transfuzi v případě potřeby poskytnout.

### 3.4 Ukončení přístrojové podpory životních funkcí

Další, dle mého názoru zcela zásadní oblastí, s níž jsou dříve vyslovená přání nerozlučně spjata, je ukončování přístrojové podpory životních funkcí organismu.<sup>237</sup> O významu propojení dříve vyslovených přání s otázkou odpojování od přístrojů svědčí i skutečnost, že koncepce dříve vyslovených přání byla poprvé představena (pod anglickým pojmem *living will*) v roce 1969 americkým právníkem L. Kutnerem v souvislosti s úvahou, že mají-li způsobilí pacienti právo odepřít souhlas s léčbou, měli by mít ve chvíli, kdy nad sebou mají plnou kontrolu, zároveň i právo odmítnout léčbu do budoucna (kdy tuto sebekontrolu již mít nebudou), pro případ že se například dostanou do ireverzibilního vegetativního stavu, v němž si nepřejí být uměle udržováni při životě (a to např. konkrétně za pomoci přístrojů).<sup>238</sup>

#### 3.4.1 Současný právní přístup v ČR

Současný přístup české legislativy k otázce ukončování přístrojové podpory na základě dříve vysloveného přání pacienta považuji za velmi problematický. Namísto toho, aby dlouho očekávaný zákon o zdravotních službách vnesl do této oblasti tolik potřebnou jasnou úpravu, došlo bohužel jeho přijetím naopak k ještě většímu prohloubení nejistoty. Příčinou tohoto problému je ustanovení § 36 odst. 5 písm. b) a d) ZoZS, podle nějž nelze dříve vyslovené přání respektovat, „pokud nabádá k takovým

<sup>237</sup> Ukončení přístrojové podpory může být vedle pacientovy vůle odůvodněno též skutečností, že se v daném případě jedná o marnou léčbu, která pacientovi nepřináší žádný prospěch a jeho zdravotní stav nezlepší. O tématu marné léčby však již bylo pojednáno v kapitole 2.2.2 výše, a proto zde již nebude dále rozebíráno, neboť z pohledu této kapitoly je mnohem zásadnější význam pacientovy vůle a její vliv na ukončení přístrojové podpory. Dále se tedy tato kapitola bude zabývat již výhradně otázkou ukončení přístrojové podpory na základě přání pacienta.

<sup>238</sup> Srov. KUTNER, Luis. *Due Process of Euthanasia: The Living Will, A Proposal*. Indiana Law Journal. 1969, Vol. 44: Iss. 4, Article 2, s. 550-554. Dostupné z: <http://www.repository.law.indiana.edu/ilj/vol44/iss4/2/>; LACK, Peter; BILLER-ANDORNO, Nikola; BRAUER, Susanne (Eds.). *Advanced directives*. 1. vyd. Dordrecht: Springer Science+Business Media, 2014, s. 4-5 a PETERKOVÁ, Helena. *Ukončování přístrojové podpory vitálních funkcí v kontextu zákona o zdravotních službách*. Zdravotnické fórum. 2012, č. 9, s. 28.



*postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti pacienta“* nebo *„pokud byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušeni by vedlo k aktivnímu způsobení smrti“*. Domnívám se, že primární úvahou, stojící za tímto ustanovením, bylo zabránit tomu, aby se dříve vyslovená přání stala prostředkem k praktikování euthanasie. Nebezpečí takovéto dezinterpretace se zákonodárce nepochybně obával, když samotné uzákonění institutu dříve vyslovených přání bylo mnohými vykládáno jako počátek legalizace euthanasie.<sup>239</sup> Z tohoto pohledu se výše zmíněné ustanovení jeví jako zcela pochopitelné, ale zásadní problém bohužel představuje vágnost pojmu „aktivní způsobení smrti“, o jehož výklad se vedou rozsáhlé spory. Hlavní příčinou rozkolu v názorech odborné veřejnosti a všeobecné nejistoty ohledně výkladu tohoto ustanovení je interpretace aktivního způsobení smrti předložená důvodovou zprávou k zákonu o zdravotních službách, podle níž *„aktivním ukončením života se rozumí např. odpojení od přístrojů, podání smrtelné dávky léku“*. Uvedený výklad, který je (dle mého názoru zcela odůvodněně) častým předmětem kritiky, považuji za navýsost nešťastný, neboť staví ukončení přístrojové podpory na stejnou úroveň jako euthanasii, což samo o sobě považuji za naprosto nepřijatelné, a navíc jde proti samotnému smyslu institutu dříve vyslovených přání, který na samém svém počátku vznikl právě za účelem umožnění ukončení přístrojové podpory a respektování pacientovy autonomie, jejíž výkon uvedený výklad rovněž značně limituje. Odpůrci tohoto výkladu namítají, že důvodová zpráva nemá sílu zákona a nepředstavuje právně závazný výklad. Za současné absence judikatury, která by tyto nejasnosti objasnila, představuje však důvodová zpráva k zákonu o zdravotních službách relevantní teleologický výklad.<sup>240</sup> Dokud se tedy k této otázce nevyjádří české soudy, anebo nedojde k nějaké legislativní změně, platí, že pacientovo dříve vyslovené přání směřující k ukončení přístrojové podpory životních funkcí nemůže být respektováno.

---

<sup>239</sup> Např. kardiolog Richard Češka z Ústřední vojenské nemocnice k tomu uvedl: *„Osobně jsem zastáncem eutanazie a takováto možnost je prvním krůčkem k ní“*. Předkladatel zákona - Ministerstvo zdravotnictví se však proti tomuto názoru ohrazovalo a náměstkyně ministra Markéta Hellerová prohlásila: *„Ne, ani podle nového zákona lékař nesmí udělat nic aktivního, co by vedlo k ukončení života“*. In: PETRÁŠOVÁ, Lenka. *Kdo rozhodne o „ukončení života“*. IKEM. 2008. Dostupné z: <http://www2.ikem.cz/www?docid=1005994>

<sup>240</sup> PETERKOVÁ, Helena. Ukončování přístrojové podpory vitálních funkcí v kontextu zákona o zdravotních službách. *Zdravotnické fórum*. 2012, č. 9, s. 21-28

Z mého pohledu je však zcela nepochopitelné, že zatímco odpojení pacienta od přístrojů zřejmě současná právní úprava zatím neumožňuje, nezahájení život zachraňující přístrojové podpory na základě dříve vysloveného přání pacienta je plně v souladu s českým právem. Stručně řečeno, pacienta lze na základě jeho přání k potřebné přístrojové podpoře životních funkcí vůbec nepřipojit, ale již započatou přístrojovou podporu není navzdory jeho přání možné odpojit. V této souvislosti je třeba upozornit, že k připojení pacienta na přístroje dochází často (ne-li ve většině případů) ve chvíli, kdy pacient není při vědomí, a nemůže tedy vyjádřit svůj nesouhlas, ani lékaře upozornit na existenci dříve vysloveného přání, kterým napojení na přístroje odmítá, a lékaři zároveň nemají čas zjišťovat pacientův názor, neboť musí v zájmu záchrany jeho života jednat rychle, a tím může dojít k tomu, že pacient bude s odvoláním na stav nouze často napojen na přístroje bez svého souhlasu. Proti tomuto postupu nelze nic namítat, neboť po záchranářích a lékařích urgentní medicíny nelze spravedlivě požadovat, aby v kritických chvílích boje o život pacienta ztráceli čas „administrativou“ a dělali cokoli jiného kromě svého hlavního poslání – záchrany života a zdraví pacienta. Za velmi problematickou však považuji zmíněnou nepřípustnost pozdějšího odpojení od přístrojů, je-li následně zjištěno, že pacient učinil dříve vyslovené přání, jímž udržování při životě za pomoci přístrojů odmítá. Nutno dodat, že dokonce ani kdyby pacient později nabyl vědomí a následně požádal o odpojení od přístrojů, které ho udržují při životě, nemohl by lékař zřejmě takové přání respektovat, a to s odkazem na § 34 odst. 4 ZoZS, podle něhož *„odvolání souhlasu není účinné, pokud již bylo započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušeni může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života pacienta“*.<sup>241</sup>

Zásadní problém představeného přístupu k otázce ukončení již započaté přístrojové podpory spatřuji v tom, že nereflektuje skutečnost, že ke stabilizaci pacientova zdravotního stavu a určení nezvratnosti konkrétních prognóz nedochází ve chvíli, kdy má být rozhodnuto o připojení pacienta na přístroje, ale ve většině případů dochází k vyjasnění „pacientovy situace“ až po určité době po zahájení nezbytné přístrojové podpory. Na základě osobních zkušeností si dovoluji tvrdit, že jen velmi málo lékařů (pokud vůbec nějaký) dokáže v okamžiku, kdy se pacient dostane do

---

<sup>241</sup> V daném případě by se sice nejednalo o odvolání souhlasu v pravém slova smyslu, ale souhlas pacienta by se ve stavu nouze presumoval, a z právního hlediska by proto bylo třeba následné odmítnutí léčby spočívající v přístrojové podpoře posuzovat jako nepřípustné odvolání souhlasu.

kritického stavu (například v důsledku cévní mozkové příhody či autonehody), stanovit, že bude-li pacient v zájmu záchrany života připojen na přístroje, skončí např. v permanentním vegetativním stavu nebo s těžce poškozeným mozkem, neschopen návratu do „normálního života“. Takovouto prognózu vyjevují lékaři (ať už pacientovi či jeho příbuzným) postupně, a to především proto, že pro její stanovení musí pacienta podrobit mnoha testům a vyšetřením a nějakou dobu vývoj jeho zdravotního stavu pozorovat, a v neposlední řadě též proto, že pacienta či jeho příbuzné nechtějí zbytečně vystavovat dalšímu stresu dříve, nežli budou mít skutečnou jistotu. Z uvedeného je zřejmé, že vyjádří-li pacient ve svém dříve vysloveném přání, že si nepřeje být udržován při životě za pomoci přístrojů, například dostane-li se do stavu nezvratného těžkého poškození mozku nebo nezvratného vegetativního stavu, takové přání nebude moci lékař v mnoha případech (například u zmíněné cévní mozkové příhody či autonehody) respektovat, neboť ve chvíli, kdy se bude muset rozhodnout, jestli pacienta připojit na přístroje, nebude mít jistotu, zdali pacientův zdravotní stav dospěje do stavu popsaného v dříve vysloveném přání, a v takovéto pochybnosti proto bude muset jednat v zájmu záchrany života a pacienta na přístroje připojit. Dostane-li se však následně pacient skutečně do stavu, v němž ve svém dříve vysloveném přání odmítl být uměle udržován při životě za pomoci přístrojů, lékař už nebude moci přístrojovou podporu ukončit. Správně by však pacienti měli mít možnost požadovat, aby byla přístrojová podpora zahájena s tím, že později bude moci být ukončena, ukáže-li se následně jejich stav jako beznadějný či odpovídající popisu stavu, v němž si nepřejí být udržováni při životě.<sup>242</sup> Tuto možnost však v současné době pacienti v České republice bohužel nemají. Z toho vyplývá, že pacienti, kteří si nepřejí být udržováni při životě za pomoci přístrojů, a chtějí, aby jejich přání bylo respektováno, musejí sepsat své dříve vyslovené přání tak, že si (například v případě cévní mozkové příhody, či traumatického poškození mozku nebo jen s ohledem na svou nevléčitelnou nemoc) nepřejí být vůbec připojeni například na umělou plicní ventilaci nebo být uměle vyživováni za žádných okolností. Osobně považuji tuto konstrukci za naprosto nevhodnou a domnívám se, že může vést jedině ke zbytečnému odmítnutí léčby, která by mohla být pacientovi prospěšná (pouze ze strachu z nemožnosti jejího následného ukončení), případně naopak k nadměrnému zatěžování pacientů léčbou, s níž nesouhlasí.

---

<sup>242</sup> HEŘMANOVÁ, Jana et al. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012, s. 159

S ohledem na výše uvedené považuji zmíněnou koncepci, podle níž český právní řád umožňuje, aby pacient na základě svého přání nebyl připojen k život zachraňující přístrojové podpoře, avšak odpojení pacienta od již započaté přístrojové podpory zakazuje, za nepochopitelný paradox a přikláním se k názoru, že takovýto výklad je v rozporu se základním medicínsko-právním pravidlem, podle něhož je poskytování zdravotních služeb bez souhlasu pacienta protiprávním zásahem do jeho osobnostní integrity, a navíc popírá účel institutu dříve vyslovených přání.<sup>243</sup> V neposlední řadě je tato koncepce rovněž v rozporu s Konsenzuálním stanoviskem k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny a České společnosti intenzivní medicíny ČLS JEP<sup>244</sup>, které v bodě 4. písm. i) výslovně uvádí, že „z hlediska medicínského, právního a etického není rozdíl mezi nezahájením nebo nepokračováním daného léčebného postupu“, avšak dle zákona o zdravotních službách ve spojení s důvodovou zprávou u přístrojové podpory rozdíl mezi nezahájením a nepokračováním je, a to dokonce velmi značný, když nezahájení je v souladu s právem, zatímco nepokračování je považováno za protiprávní.

### 3.4.2 Aktivní a pasivní způsobení smrti

Základní problém výše představeného přístupu české legislativy k otázce nezahajování/ukončování přístrojové podpory spatřuji ve vnímání povahy lékařova jednání, respektive v problematice distinkce mezi aktivním a pasivním způsobením smrti, mezi zabitím a ponecháním zemřít. Domnívám se, že nezahájení přístrojové podpory je obecně odbornou i laickou veřejností přijímáno mnohem snáze, nežli ukončení již započaté přístrojové podpory. Je tomu tak právě proto, že zatímco nezahájení přístrojové podpory je považováno za pasivní čin (a lze tak říci, že pacientovu smrt přímo způsobilo jeho onemocnění), její ukončení je vnímáno jako

---

<sup>243</sup> PETERKOVÁ, Helena. Ukončování přístrojové podpory vitálních funkcí v kontextu zákona o zdravotních službách. Zdravotnické fórum. 2012, č. 9, s. 21-28

<sup>244</sup> Toto stanovisko je pro lékaře závazné, neboť § 4 odst. 5 ZoZS stanoví, že „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 možnosti“, a z toho vyplývá, že dodržování doporučených postupů odborných lékařských společností je součástí postupu lege artis. In: PETERKOVÁ, Helena. Ukončování přístrojové podpory vitálních funkcí v kontextu zákona o zdravotních službách. Zdravotnické fórum. 2012, č. 9, s. 22

aktivní způsobení smrti, a proto ačkoli v obou případech je výsledkem smrt pacienta, příčina a míra lékařova zavinění je v nich vnímána odlišně.<sup>245</sup>

Otázkou je, jestli mezi těmito dvěma případy skutečně existuje nějaký právně relevantní rozdíl. O tom, zda je ukončení přístrojové podpory konáním či opomenutím, se vedou neustálé spory, a to i v zemích, jejichž právní řády odpojení od přístrojů na základě přání pacienta již dlouhodobě umožňují.<sup>246</sup> Podle Beauchampa a Childresse nelze mezi zabitím a ponecháním zemřít skutečně koncepčně odlišit, neboť takové rozlišení vždy trpí neurčitostí a morální nejasností.<sup>247</sup> Namísto toho oba autoři vyzdvihují význam úmyslu jednatelce, vůle pacienta a následků daného jednání a dodávají, že *„pokud lékař nemá povinnost léčit (v případě, kdy se jedná o marnou léčbu), nebo naopak má povinnost neléčit (třeba právě v případě pacienta, který prokazatelně vyjádřil přání nebýt léčen), bylo by proti morálce nepřerušit léčbu, která již byla započata“*.<sup>248</sup>

V této souvislosti bych chtěla především upozornit na přelomový rozsudek německého Spolkového soudního dvora 2 StR 454/09<sup>249</sup>, v němž by dle mého názoru měla česká justice i legislativa hledat inspiraci pro řešení současného problematického postoje k otázce ukončování přístrojové podpory. Spolkový soudní dvůr v tomto rozsudku uvedl, že *„přerušeni péče se totiž podle svého přirozeného a společenského významu nevyčerpává pouze nečinností; může – a většinou téměř pravidelně tomu tak je – zahrnovat celou řadu aktivních a pasivních jednání, jejichž zařazení (...) je problematické a někdy může být zcela dílem náhody“*, a pacient by proto podle názoru Soudního dvora měl mít možnost požadovat ukončení léčby *„bez ohledu na to, zda se provádí upuštěním od dalších ošetrovacích úkonů nebo aktivním konáním, jakým je například odpojení od respirátoru nebo vyjmutí vyživovací sondy“*. V odůvodnění tohoto rozhodnutí je navíc dále uvedeno, že *„jednání, které respektuje odmítnutí*

---

<sup>245</sup> HEŘMANOVÁ, Jana et al. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012, s. 158

<sup>246</sup> Např. v USA, Velké Británii a Německu. In: PETERKOVÁ, Helena. *Ukončování přístrojové podpory vitálních funkcí v kontextu zákona o zdravotních službách*. Zdravotnické fórum. 2012, č. 9, s. 21

<sup>247</sup> BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Principles of Biomedical Ethics*. 5th ed. New York: Oxford University Press, 2001, s. 139-143

<sup>248</sup> HEŘMANOVÁ, Jana et al. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012, s. 157-159

<sup>249</sup> Podrobněji bude tento rozsudek rozebrán v podkapitole 3.5.3 níže.

*lékařského opatření nebo zakázání jeho pokračování dotčeným pacientem, je nutno přísně odlišovat od zabití na požádání ve smyslu § 216 StGB*.<sup>250</sup>

Vzhledem k výše uvedenému je zřejmé, že užití pojmu „*aktivní způsobení smrti*“ v § 36 zákona o zdravotních službách (nemluvě o jeho výkladu důvodovou zprávou) bylo nešťastnou volbou, neboť se v souvislosti s ukončováním léčby jedná o zcela nejednoznačný pojem, jehož výklad je velice sporný, a společně s jeho interpretací obsaženou v důvodové zprávě zavedl problematiku ukončování přístrojové podpory v České republice do slepé uličky. Považuji za nepřijatelné, aby ukončování přístrojové podpory bylo řazeno do stejné kategorie jako „*podání smrtelné dávky léku*“ (euthanasie), neboť se jedná o dva zcela rozdílné postupy, což vyplývá např. i z výše zmiňovaného Konsenzuálního stanoviska ČLS JEP, Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 či rozsudku Spolkového soudního dvora 2 StR 454/09.

### **3.5 Vybraná zahraniční judikatura**

V České republice zatím k otázce dříve vyslovených přání vztahujících se k ukončení život udržující léčby chybí potřebná judikatura, která by pomohla vyjasnit výše nastíněné nejasnosti vyplývající ze zákonné úpravy a posílit právní jistotu lékařů ohledně zákonnosti konkrétních přístupů k dříve vysloveným přáním pacientů, zejména k (v současnosti tolik problematickému) požadavku o ukončení přístrojové podpory. V zahraničí se však otázkou ukončování život udržující léčby na základě přání pacienta soudy zabývají poměrně často (většinou za doprovodu značného zájmu médií), a proto si zde dovoluji představit několik nejslavnějších soudních rozhodnutí z USA, Velké Británie a Německa, které jsou v odborné literatuře<sup>251</sup> a diskuzích na téma ukončování léčby pravidelně zmiňovány.

---

<sup>250</sup> KALLUS, Mojmir; VÁLKOVÁ, Helena. *Spolkový soudní dvůr (SRN): Eutanazie přerušením péče*. Trestněprávní revue: Judikatura. 2011, č. 1, s. 29

<sup>251</sup> Srov. např. CÍSAŘOVÁ, Dagmar et al. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: Monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010, s. 12-14; MATĚJEK, Jaromír. *Soudní rozhodnutí německých soudů týkající se dříve projevených přání pacienta*. Zdravotnictví a právo. 2010, č. 12, s. 11-16 a KREJČÍKOVÁ, Helena. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*. 1. vyd. Praha: Galén, 2014, s. 121-125

### 3.5.1 USA

Prvním přelomovým soudním rozhodnutím, v němž se americké soudy zabývaly ukončováním život udržující léčby, bylo rozhodnutí v případě Karen Ann Quinlan<sup>252</sup> z roku 1976.<sup>253</sup> V dubnu 1975 upadla Karen (21 let) v důsledku konzumace alkoholu a drog na studentské party do bezvědomí a přestala dýchat, a přestože díky lékařské péči přežila, utrpěla těžké poškození mozku, v jehož důsledku skončila v perzistentním vegetativním stavu bez naděje na uzdravení. Navzdory diagnóze nezvratného vegetativního stavu však podle lékařů nebylo možné odpojit respirátor, který ji (společně s umělou výživou) udržoval při životě, protože nebyla naplněna kritéria mozkové smrti. Rodiče Karen se proto s žádostí o odpojení respiračního přístroje obrátili na soud. Nižší soud s odpojením Karen od přístrojů nesouhlasil, ale v případě nakonec rozhodl Nejvyšší soud New Jersey, který ve svém precedentním rozhodnutí ze dne 31.3.1976 konstatoval, že kdyby Karen zázrakem mohla být alespoň na okamžik lucidní, měla by právo požádat o ukončení přístrojové podpory, a to i v případě že by následkem takového rozhodnutí byla její přirozená smrt, a dodal, že její právo na soukromí a svobodu volby by nemělo být ignorováno jen proto, že její stav neumožňuje vědomý projev vůle. Soud proto uvedl, že v daném případě může být právo Karen na soukromí uplatněno jejím jménem opatrovníkem, jímž určil jejího otce. V závěru svého rozhodnutí se však soud trochu alibisticky vyhnul vyřčení rozhodnutí ukládajícího lékařům odpojit Karen od respirátorů v souladu s žádostí jejího otce a namísto toho přenechal finální rozhodnutí na nemocnici, když konstatoval, že dojdou-li odpovědní ošetřující lékaři se souhlasem opatrovníka a rodiny Karen k závěru, že je vyloučeno, aby se Karen ze svého komatózního stavu někdy probírala do stavu uvědomění, a že nasazená přístrojová podpora by měla být ukončena, měli by se tito lékaři poradit s nemocniční etickou komisí, případně podobným orgánem zařízení, v němž je Karen hospitalizována, a bude-li tento orgán s výše uvedeným závěrem souhlasit, může být přístrojová podpora ukončena aniž by z toho byla vyvozována jakákoli občanskoprávní či trestněprávní odpovědnost vůči některému z účastníků, ať už opatrovníkovi, lékařům,

---

<sup>252</sup> *In re Quinlan*, 70 N.J. 10 (1976), 355 A.2d 647. Dostupné z: [https://www.uta.edu/philosophy/faculty/burgess-jackson/In%20re%20Quinlan,%2070%20N.J.%2010,%20355%20A.2d%20647%20\(1976\).pdf](https://www.uta.edu/philosophy/faculty/burgess-jackson/In%20re%20Quinlan,%2070%20N.J.%2010,%20355%20A.2d%20647%20(1976).pdf)

<sup>253</sup> DOLEŽAL, Adam. *Marná léčba (futile care) v judikatuře soudů ve Spojených státech amerických*. Zdravotnické právo a bioetika. 2015. Dostupné z: <http://zdravotnickepravo.info/marna-lecba-futile-care-v-judikature-soudu-ve-spojonych-statech-americkyh>

nemocnici či jiným osobám. Tento přístup soudu byl následně často kritizován. Lékaři nakonec respirátor odpojili, avšak Karen následně začala sama spontánně dýchat a zůstala v permanentním vegetativním stavu deset let až do června 1985, kdy zemřela na zápal plic, proti němuž jí nebyla nasazena antibiotika.<sup>254</sup>

Dalším významným precedentem je rozhodnutí v případě Nancy Beth Cruzan z roku 1990, který byl prvním případem o ukončování život udržující léčby rozhodovaným Nejvyšším soudem Spojených států.<sup>255</sup> V lednu 1983 skončila Nancy (25 let) při autonehodě s hlavou v příkopu plném vody a došlo u ní k dechové i srdeční zástavě. Lékařům se podařilo Nancy „úspěšně“ resuscitovat, avšak v důsledku dlouhotrvajícího nedostatku kyslíku měla nezvratně poškozený mozek a byl u ní diagnostikován perzistentní vegetativní stav. Vzhledem k nulové šanci na uzdravení se rodiče Nancy rozhodli požádat o ukončení umělé výživy a hydratace, která Nancy udržovala při životě. Nemocniční personál však odmítl tomuto požadavku vyhovět bez schválení soudu. Soud nižší instance ukončení umělé výživy a hydratace schválil, avšak Nejvyšší soud státu Missouri toto rozhodnutí následně zrušil, neboť dle jeho názoru nebyly předloženy jasné a přesvědčivé důkazy o tom, že by si Nancy v daném případě přála umělou výživu a hydrataci ukončit.<sup>256</sup> Příklad se tedy dostal až k Nejvyššímu soudu Spojených států, který ve svém rozhodnutí ze dne 25.6.1990 potvrdil rozhodnutí Nejvyššího soudu Missouri a konstatoval, že Ústava Spojených států nezakazuje státu Missouri požadovat jasný a přesvědčivý důkaz o přání nezpůsobilé osoby ukončit život udržující léčbu a souhlasil se závěrem Nejvyššího soudu Missouri, že v daném případě nebyl předložen jasný a přesvědčivý důkaz o přání Nancy ukončit umělou výživu a hydrataci. Nejvyšší soud Spojených států zároveň uvedl, že stát je oprávněn chránit nezpůsobilé pacienty před potenciálním zneužitím jeho zástupci, kteří vždy nemusí jednat v jeho zájmu, a není proto povinen respektovat zástupné stanovisko členů rodiny,

---

<sup>254</sup> CÍSAŘOVÁ, Dagmar et al. Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: Monografie. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010, s. 12; DOLEŽAL, Adam. Marná léčba (futile care) v judikatuře soudů ve Spojených státech amerických. Zdravotnické právo a bioetika. 2015. Dostupné z: <http://zdravotnickepravo.info/marna-lecba-futile-care-v-judikature-soudu-ve-spojonych-statech-americkych> a In re Quinlan, 70 N.J. 10 (1976), 355 A.2d 647. Dostupné z: [https://www.uta.edu/philosophy/faculty/burgess-jackson/In%20re%20Quinlan,%2070%20N.J.%2010,%20355%20A.2d%20647%20\(1976\).pdf](https://www.uta.edu/philosophy/faculty/burgess-jackson/In%20re%20Quinlan,%2070%20N.J.%2010,%20355%20A.2d%20647%20(1976).pdf)

<sup>255</sup> *Cruzan v. Director, Missouri Department of Health* 497 U.S. 261 (1990). Dostupné z: <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/497/261/case.html>

<sup>256</sup> Tomuto závěru svědčilo pouze tvrzení bývalé spolubydlící, které se Nancy údajně svěřila, že by si nepřála být udržována při životě za pomoci přístrojů. Toto tvrzení však soud nepovažoval za spolehlivý důkaz.



chybí-li zásadní důkaz o tom, že jejich názory jsou odrazem názorů pacienta. V návaznosti na toto rozhodnutí se však rodiče Nancy znovu obrátili na Nejvyšší soud Missouri a požádali o obnovu procesu, během něhož byla předložena nová svědectví, která podpořil i rodinný lékař, a soud nakonec ukončení umělé výživy schválil. Nancy zemřela po 11 dnech od odpojení výživové sondy dne 26.12.1990.<sup>257</sup>

Zřejmě největší kontroverzi a kritiku doposud ve Spojených státech vyvolal případ Theresy Marie (Terri) Schiavo. V únoru 1990 Terri (26 let) z neznámých příčin<sup>258</sup> ve svém domě zkolabovala, přivolání lékaři jí resuscitací zachránili život, ale v důsledku nedostatku kyslíku utrpěla nezvratné poškození mozku. Později u ní byl diagnostikován perzistentní vegetativní stav a při životě byla udržována za pomoci umělé výživy, tzv. PEG sondou.<sup>259</sup> Opatrovníkem Terri byl určen její manžel Michael Schiavo, kterému se rovněž podařilo vysoudit přibližně 1 milion dolarů ve sporu o zanedbání péče s bývalými lékaři, kteří měli pochybit tím, že nerozpoznali, že Terri trpí bulimií. Rodinné neshody a nekonečné soudní spory o Terriinu péči mezi jejím manželem a rodiči začaly poté, co Michael Schiavo požádal o převedení Terri do režimu „Do Not Resuscitate“, s čímž nesouhlasili její rodiče, ani zařízení, v němž byla Terri umístěna. Michael Schiavo vzal svoji žádost následně zpět a převezl Terri do jiného zařízení. Nakonec se obrátil na soud s žádostí o ukončení umělé výživy a hydratace jeho manželky, s čímž rodiče Terri zásadně nesouhlasili. Soud začal tento spor projednávat v roce 2000. Největší problém celého sporu spatřuji v tom, že pacientka neučinila žádné dříve vyslovené přání, a byly tedy k dispozici pouze protichůdné výpovědi jejich příbuzných, kdy na jedné straně manžel tvrdil, že by si Terri přála umělou výživu ukončit, zatímco její rodiče byli naopak přesvědčeni, že Terri vzhledem ke své víře<sup>260</sup> s ukončováním léčby nesouhlasila a jistě by si přála žít. Vzhledem k absenci jasných důkazů, které by mohly prokázat, co by si sama Terri skutečně přála, přistoupil soud k ryzí formě zástupného rozhodnutí a na základě

---

<sup>257</sup> *Cruzan v. Director, Missouri Department of Health* 497 U.S. 261 (1990). Dostupné z: <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/497/261/case.html> a CÍSAŘOVÁ, Dagmar et al. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: Monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010, s. 13-14

<sup>258</sup> Údajně v souvislosti s nezvládnutou bulimií.

<sup>259</sup> PEG sonda, neboli perkutánní endoskopická gastronomická sonda, je jedním ze způsobů umělého podávání výživy a tekutin. Tato sonda propojuje žaludek s povrchem břicha a umožňuje podávání výživy přímo do žaludku. In: MATĚJEK, Jaromír. *Soudní rozhodnutí německých soudů týkající se dříve projevených přání pacienta*. Zdravotnictví a právo. 2010, č. 12, s. 14

<sup>260</sup> Hlásila se, stejně jako její rodiče, k římsko-katolické církvi.

shromážděných informací se pokusil vcítit do situace pacientky a rozhodnout za ni tak, jako by rozhodla sama.<sup>261</sup> Na základě této umělé konstrukce vůle soud rozhodl, že by si Terri nepřála být v daném stavu udržována při životě, a dal proto příkaz k ukončení umělé výživy.<sup>262</sup> Osobně tento přístup, nahrazující neznámou vůli pacientky názorem soudu, nepovažuji za nejvhodnější řešení a souhlasím se závěrem H. Peterkové, která v této souvislosti uvádí, že „*takto koncipované rozhodnutí, jakkoliv je převládající americkou doktrínou předkládáno jako legitimní náhražka autentické vůle pacienta, však může být oprávněně kritizováno. V případě Terri Schiavo totiž konečné rozhodnutí ukončit umělou výživu a hydrataci zohledňovalo zřejmě více právě znalecké závěry o nedostatečné kvalitě života a o neblahé prognóze, než že by se pokoušelo dovodit hypotetickou vůli pacientky*“.<sup>263</sup> Rodiče Terri se proti rozhodnutí o ukončení umělé výživy opakovaně odvolávali, několikrát žádali o obnovu procesu a opakovaně rovněž požadovali, aby byl Michael Schiavo zbaven opatrovnictví z důvodu střetu zájmů, neboť začal žít s jinou ženou, s níž založil novou rodinu, a navíc by v případě smrti Terri zdědil její fond, na němž byly uloženy vysouzené peníze určené na její léčbu. Odvolací soudy však opakovaně potvrdily jak rozhodnutí o ukončení umělé výživy, tak Michaela Schiava jako opatrovníka.<sup>264</sup> PEG sonda byla nakonec Terri odejmuta celkem třikrát. Poprvé se tak stalo v dubnu 2001, kdy byla sonda do dvou dnů opět zavedena v důsledku soudního přezkumu případu na žádost rodičů. Podruhé došlo k odnětí a následnému opětovnému zavedení PEG sondy v říjnu 2003, kdy se do případu vložil floridský guvernér Jeb Bush, který s odvoláním na nově přijatý „Terriin zákon“, jež mu umožnil v tomto případě zasáhnout, rozhodl, že má být v umělé výživě pokračováno. Floridský Nejvyšší soud však následně prohlásil Terriin zákon za protiústavní.<sup>265</sup> Potřetí a naposledy byla PEG sonda pacientce odejmuta 18.3.2005. Rodiče Terri do poslední chvíle žádali všechny soudní instance o přezkum případu a získali dokonce podporu Kongresu USA, který se společně s prezidentem Georgem W. Bushem pokusil

<sup>261</sup> PETERKOVÁ, Helena. Ukončování přístrojové podpory vitálních funkcí v kontextu zákona o zdravotních službách. Zdravotnické fórum. 2012, č. 9, s. 27

<sup>262</sup> *In re Schiavo*, 90-2908GD-003 (Fla Cir Ct, Pinellas Co, 11 February 2000)

<sup>263</sup> PETERKOVÁ, Helena. Ukončování přístrojové podpory vitálních funkcí v kontextu zákona o zdravotních službách. Zdravotnické fórum. 2012, č. 9, s. 27

<sup>264</sup> *Schindler v. Schiavo*, 800 So 2d 640, 647 (Fla Dist Ct App, 2001); *In re Schiavo*, 90-2908GB-003 (Fla Cir Ct, Pinellas Co, 22 November 2002) a *Schindler v. Schiavo*, 851 So 2d 182, 187 (Fla Dist Ct App, 2003) a *In re Guardianship of Theresa Marie Schiavo, Incapacitated. Michael Schiavo, as Guardian of the person of Theresa Marie Schiavo, Petitioner v Robert Schindler and Mary Schindler, Respondents*, 90-2908GD-003

<sup>265</sup> *Bush v Schiavo*, 885 So 2d 321, 324 (Fla 2004)

zasáhnout (dle mnohých zcela neoprávněně) a navrhl, aby bylo v umělé výživě pokračováno. Tento zásah byl však odmítnut jak floridským soudem, tak Nejvyšším soudem Spojených států, který navíc opakovaně odmítl případ Terri Schiavo přezkoumat a věc nakonec uzavřel s tím, že všechny zákonné prostředky přezkumu již byly vyčerpány. Terri následně dva týdny po třetím odpojení PEG sondy zemřela.<sup>266</sup>

### 3.5.2 Velká Británie

Ve Velké Británii měl pro oblast ukončování život udržující léčby zásadní význam případ Anthonyho Blanda, který byl v dubnu 1989 (ve věku 18 let) těžce zraněn při tragické davové tlačenci na fotbalovém stadionu v Hillsborough<sup>267</sup>, v důsledku nezvratného poškození mozku upadl do perzistentního vegetativního stavu a při životě byl následně udržován umělou hydratací a výživou, která mu byla podávána nazogastrickou sondou.<sup>268</sup> Pacientův postoj k otázce umělého udržování při životě v perzistentním vegetativním stavu nebyl znám, neboť pacient se k této otázce nikdy nevyjádřil, avšak jeho rodiče byli přesvědčeni, že Anthony by v takovémto stavu, z něhož se podle ošetřujících lékařů neměl šanci uzdravit, nechtěl být uměle udržován při životě, a proto se poskytovatel zdravotních služeb se souhlasem rodičů obrátil na soud s žádostí o udělení povolení k ukončení umělé výživy a hydratace. Případ se dostal až k nejvyšší britské soudní instanci, Sněmovně lordů, která ve svém precedentním rozhodnutí<sup>269</sup> zakotvila doktrínu tzv. nejlepšího zájmu pacienta (*patient's best interest*) a konstatovala, že umělou výživu a hydrataci je třeba považovat za léčbu, a že lékař není povinen pokračovat v léčbě, která nepřináší žádný užitek, a to zejména jedná-li se o léčbu invazivní, s níž pacient neprojevil souhlas. Dále Sněmovna lordů konstatovala,

---

<sup>266</sup> HUXTABLE, Richard. *Law, Ethics and Compromise at the Limits of Life: To Treat or not to Treat*. Abingdon, Oxon: Routledge, 2013, s. 51-54; ERIN, Charles A.; OST, Suzanne. *The Criminal Justice System and Health Care*. New York: Oxford University Press, 2007, s. 137-163; PETERKOVÁ, Helena. *Ukončování přístrojové podpory vitálních funkcí v kontextu zákona o zdravotních službách*. Zdravotnické fórum. 2012, č. 9, s. 26-27 a DOLEŽAL, Adam. *Marná léčba (futile care) v judikatuře soudů ve Spojených státech amerických*. Zdravotnické právo a bioetika. 2015. Dostupné z: <http://zdravotnickepravo.info/marna-lecba-futile-care-v-judikature-soudu-ve-spojonych-statech-americkych>

<sup>267</sup> Více o události viz: PALIČKA, Jan. *Pohnuté osudy: Fotbalové peklo jménem Hillsborough*. Po fatální chybě policie vyhaslo 96 životů. Lidovky.cz. 2016. Dostupné z: [http://www.lidovky.cz/fotbalove-peklo-jmenem-hillsborough-po-fatalni-chybe-policie-vyhaslo-96-zivotu-1y5-/lide.aspx?c=A160409\\_180835\\_lide\\_ELE](http://www.lidovky.cz/fotbalove-peklo-jmenem-hillsborough-po-fatalni-chybe-policie-vyhaslo-96-zivotu-1y5-/lide.aspx?c=A160409_180835_lide_ELE)

<sup>268</sup> Nazogastrická sonda je dalším ze způsobů umělého podávání výživy a tekutin. Je zavedena nosem do žaludku. In: MATĚJEK, Jaromír. *Dříve projevená přání pacientů: Výhody a rizika*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011, s. 120

<sup>269</sup> Airedale NHS Trust v Bland [1993] AC 789

že v případě, kdy pacientovi jeho zdravotní stav neumožňuje projevit vůli a není ani k dispozici žádné dříve vyslovené přání či jiné podobné vyjádření, z něhož by bylo možné pacientovu vůli dovodit, je třeba rozhodnout podle „nejlepšího zájmu pacienta“. S ohledem na beznadějnou prognózu omezení pacientova života na „pouhou“ biologickou existenci dospěla Sněmovna lordů v daném případě k závěru, že pokračování umělé výživy a hydratace není v nejlepším zájmu pacienta, a proto byla dne 22.2.1993 tato léčba ukončena a Anthony Bland o 9 dní později zemřel.<sup>270</sup>

### 3.5.3 Německo

Jedním z prvních klíčových rozhodnutí německých soudů zabývajících se problematikou dříve vyslovených přání (*Patientenverfügung*) byl rozsudek Spolkového soudního dvora 3 StR96/84 ze dne 4.7.1984, který se týkal pokynu DNR. Soud se v tomto případě zabýval smrtí ovdovělé 76-ti leté pacientky paní U., trpící těžkou aterosklerózou a artrózou, která opakovaně před svým lékařem prohlašovala, že už nechce dál žít, protože její život už pro ni nemá smysl, nepřeje si skončit bezmocná v nemocnici ani jiném pečovatelském zařízení a přeje si „odejít za manželem“. Toto své přání pacientka dokonce opakovaně písemně sepsala a ačkoli se jí lékař snažil několikrát domluvit, dne 28.11.1981 našel pacientku při plánované návštěvě u ní doma v bezvědomí. Na lístku, který držela v ruce, bylo napsáno: „*Mému lékaři – prosím, nechci do nemocnice – vysvobození! – 28.11.1981 – U.*“ Podle nalezených obalů od léků lékař zjistil, že se pacientka předávkovala morfiem a léky na spaní. Na základě zjištění slabé dechové frekvence a nepřítomnosti pulsu dospěl lékař k závěru, že pacientku nelze zachránit bez vážných následků, a proto se nakonec rozhodl respektovat její přání, resuscitaci nezačal a zůstal u pacientky až do její smrti. Soud lékaře (společně s dalším obžalovaným, který měl být smrti pacientky přítomen) zprostil obžaloby a konstatoval, že se v daném případě nejednalo o zabití na vyžádání, protože smrt pacientky nebyla způsobena nečinností lékaře. Podle názoru soudu nebylo možné lékařovo jednání kvalifikovat ani jako zabití na vyžádání ve stádiu pokusu, neboť tento čin nevychází ze zdržení se činností garantem života, který se podřídí svobodnému rozhodnutí sebevraha. Trestnost činu v daném případě podle soudu ztroskotává na tom,

---

<sup>270</sup> PETERKOVÁ, Helena. *Ukončování přístrojové podpory vitálních funkcí v kontextu zákona o zdravotních službách*. Zdravotnické fórum. 2012, č. 9, s. 26 a TULLOCH, Gail. *Euthanasia, Choice and Death*. Edinburgh: Edinburgh University Press, 2005, s. 82-85

že pomoc nebyla v okamžiku nalezení pacientky ani nutná, ani únosná. V daném případě je důležité upozornit na význam úmyslu jednajícího, neboť lékař neměl v úmyslu pacientku usmrtit, naopak se jí snažil sebevraždu rozmluvit, ale na základě všech okolností se rozhodl respektovat její přání, o němž neměl důvod pochybovat.<sup>271</sup>

Dalším zásadním německým rozhodnutím ve věci dříve vyslovených přání je rozhodnutí Spolkového soudního dvora XII ZB 2/03 ze dne 17.3.2003 ve věci ukončení umělé výživy na základě předem vysloveného přání pacienta. Soud se v této věci zabýval žádostí opatrovníka o ukončení umělé výživy jeho otce, který ve věku 72 let následkem infarktu myokardu utrpěl poškození mozku, dostal se do vegetativního stavu a byl živen za pomoci PEG sondy. Opatrovník u soudu poukázal na písemné dříve vyslovené přání jeho otce, v němž pacient výslovně odmítl být uměle udržován při životě. V souladu s tímto přáním proto opatrovník požádal soud o vydání příkazu k ukončení přístrojové podpory. Opatrovník rovněž argumentoval tím, že soud nemůže zpochybňovat autonomní rozhodnutí pacienta, a to ani v případě, že se jedná o rozhodnutí odmítnout léčbu, kterým pacient rozhoduje o své smrti. Spolkový soudní dvůr se ztotožnil s názorem, že rozhodnutí o odmítnutí léčby je plně na autonomní vůli pacienta a soudu nepřísluší takové rozhodnutí hodnotit, a to ani tehdy, je-li jím odmítána léčba život zachraňující či udržující. Soud však zároveň dodal, že v daném případě musí zasáhnout, neboť rozhodnutí o ukončení život udržující léčby bylo učiněno opatrovníkem, a soud proto musí posoudit, zdali je takto zásadní rozhodnutí opatrovníka skutečným odrazem pacientovy vůle, neboť jen v takovém případě je možné udělit souhlas s ukončením léčby. Soud dále konstatoval, že lékař nejedná protiprávně, ukončí-li na základě dříve vysloveného přání léčbu pacienta, jehož stav je ireverzibilní a infaustní (beznadějný, vedoucí ke smrti). Spolkový soudní dvůr rovněž uvedl, že opatrovnické soudy mají být povolávány k rozhodnutí o ukončení život udržující léčby pouze v konfliktních případech, kdy opatrovník žádá o ukončení léčby, zatímco lékaři trvají na jejím pokračování. Dále Spolkový soudní dvůr dospěl k závěru, že opatrovnický soud musí žádost o ukončení život udržující léčby schválit, jde-li o pacienta v nezvratném terminálním stavu, který další léčbu odmítl ve svém výslovně formulovaném přání, přičemž toto schválení má podle soudního dvora dvojí funkci, a to zabezpečení ochrany základních práv pacienta a zároveň ochrany opatrovníka, na něhož

---

<sup>271</sup> MATĚJEK, Jaromír. Soudní rozhodnutí německých soudů týkající se dříve projevených přání pacienta. Zdravotnictví a právo. 2010, č. 12, s. 11-12

nelze klást plnou tíhu rozhodnutí o životě a smrti jiné osoby. Toto rozhodnutí bylo značně kritizováno, zejména s ohledem na omezení pacientova práva na sebeurčení zúžením možnosti ukončení život udržující léčby na ireverzibilní a infaustní stav.<sup>272</sup>

Bezesporu nejvýznamnějším rozhodnutím v německé judikatuře zabývající se otázkou dříve vyslovených přání je rozsudek Spolkového soudního dvora 2 StR 454/09 ze dne 25.6.2010, který byl již zmíněn v kapitole 3.4.2 výše. Soud se v této věci zabýval případem německého advokáta Wolfganga Putze, specializujícího se na medicínské právo a oblast paliativní péče, obžalovaného z pokusu o zabití. Obžalovaný poskytoval právní poradenství v otázce ukončení život udržující léčby příbuzným pacientky K., která v roce 2002 upadla v důsledku masivního krvácení do mozku do kómatu, při životě byla uměle udržována vyživovací sondou a jejíž beznadějný stav se postupně zhoršoval (musela jí být např. amputována levá ruka a trpěla významným váhovým úbytkem). Ačkoli pacientka neměla sepsáno dříve vyslovené přání, její dcera uvedla, že se pacientka dříve jednoznačně vyjádřila proti umělému udržování při životě za pomoci přístrojů, a s ohledem na dřívější prohlášení pacientky byla její dcera přesvědčena, že by si pacientka nepřála, aby byl její život v tomto stavu uměle prodlužován. Vzhledem k těmto okolnostem dcera a syn pacientky K., které soud ustanovil za její opatrovníky, žádali, aby byla umělá výživa pacientky ukončena a bylo jí umožněno v klidu zemřít. Žádost opatrovníků podpořil i ošetřující lékař, podle něhož byla již v daném případě umělá výživa kontraindikována z důvodu marnosti. Vedení nemocnice nejprve s ukončením umělé výživy souhlasilo a na žádost dcery umožnilo vyživovací sondu vytáhnout, ale hned druhý den se rozhodlo pokračovat v léčbě a sonda byla pacientce znovu zavedena. Na základě konzultace s obžalovaným, který se domníval, že v daném případě nebylo možné domoci se rychlé a účinné právní ochrany, a navrhl proto odstřížení vyživovací sondy, dcera žaludeční sondu pacientky odstříhla, ale nemocniční personál si zásahu všiml, rychle zavedl novou sondu a dcera pacientky byla zatčena přivolanou policií. Pacientka nakonec krátce po tomto zásahu zemřela v důsledku svého zhoršujícího se zdravotního stavu. Dcera pacientky byla společně s advokátem obžalována z pokusu o zabití. Krajský soud odsoudil advokáta za pokus o zabití

---

<sup>272</sup> KREJČÍKOVÁ, Helena. Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře. 1. vyd. Praha: Galén, 2014, s. 122-124; MATĚJEK, Jaromír. Soudní rozhodnutí německých soudů týkající se dříve projevených přání pacienta. Zdravotnictví a právo. 2010, č. 12, s. 14-15 a PETERKOVÁ, Helena. Dříve vyslovená přání: komparace z pohledu německé a španělské právní úpravy. Zdravotnictví a právo. 2010, č. 4, s. 3-4

k podmíněnému trestu odnětí svobody v délce 9 měsíců a dceru zprostil obžaloby, protože na základě rady advokáta jednala v právním omylu ohledně přípustnosti svého jednání. Následně však i obžalovaný dosáhl zprošťujícího rozsudku, když Spolkový soudní dvůr uznal, že došlo k chybnému posouzení skutku a vyjmutí vyživovací sondy kvalifikoval jako „*opomenutí spočívající v dalším nezadržování smrti, které je možné požadovat i prostřednictvím neformálního dříve vysloveného přání a které je nejen beztrestné, ale i legitimní, neboť umožňuje v německém právním řádu tolik ceněný výkon autonomie a práva na důstojnost jednotlivce.*“<sup>273</sup>

### 3.6 Úvaha de lege ferenda

Jak již bylo výše uvedeno, česká legislativa sice institut dříve vyslovených přání upravuje, ale bohužel ne zcela jednoznačně, a vzhledem k tomu, že v české praxi se tento institut zatím příliš neprosadil<sup>274</sup>, chybí i potřebná judikatura, která by objasnila současné nejasnosti spojené s uplatňováním dříve vyslovených přání.

Největší problém české právní úpravy dříve vyslovených přání spatřuji v přístupu k ukončování přístrojové podpory životních funkcí, které je podle důvodové zprávy k zákonu o zdravotních službách příkladem zakázaného aktivního způsobení smrti. Tento přístup, podle něhož dříve vyslovená přání směřující k ukončení přístrojové podpory nelze dle § 36 odst. 5 písm. b) a d) ZoZS respektovat, nepovažuji za správné řešení a naopak se domnívám, že popírá samotný účel a smysl institutu dříve vyslovených přání, jímž je umožnit pacientovi svobodně rozhodnout o tom, jakou zdravotní péči si v budoucnu přeje či nepřeje přijímat, a podpořit tak respektování pacientovy autonomie. Tím, že je pacientovi odepřeno požádat v dříve vysloveném přání o ukončení přístrojové podpory, je pacientova autonomie dle mého názoru zcela neodůvodněně omezena. Domnívám se, že s ohledem na základní princip medicínského práva, podle něhož lze zdravotní služby poskytovat jen se souhlasem pacienta, a na již zmíněný závěr Ústavního soudu ČR, že právo nebýt léčen je silnější než povinnost léčit,

---

<sup>273</sup> PETERKOVÁ, Helena. Ukončování přístrojové podpory vitálních funkcí v kontextu zákona o zdravotních službách. Zdravotnické fórum. 2012, č. 9, s. 27 a KALLUS, Mojmir; VÁLKOVÁ, Helena. Spolkový soudní dvůr (SRN): Eutanazie přerušením péče. Trestněprávní revue: Judikatura. 2011, č. 1, s. 28-30

<sup>274</sup> Např. dle informací poskytnutých Domácím hospicem Jordán o.p.s. se pacienti na dříve vyslovená přání začínají postupně ptát, ale v praxi měl tento hospic zatím zkušenost jen s jedním pacientem, který dříve vyslovené přání sepsal, přičemž nakonec ani nedošlo na jeho praktickou aplikaci.

nelze pacientovo právo odmítnout léčbu (a to i do budoucna) zužovat jen na určité druhy léčby.

Vzhledem k výše uvedenému se domnívám, že s ohledem na problematický charakter pojmu aktivní způsobení smrti by od tohoto pojmu mělo být upuštěno, a namísto toho by v zákoně o zdravotních službách mělo být spíše jednoznačně stanoveno, že prostřednictvím dříve vysloveného přání nelze požadovat euthanasii (ve smyslu úmyslného usmrcení pacienta na jeho žádost například podáním smrtící injekce nebo smrtelné dávky medikamentů) ani asistování při sebevraždě. Vedle toho by pak zároveň mělo být jednoznačně vymezeno, že ukončení přístrojové podpory se za tyto zakázané činnosti nepovažuje, neboť přístrojová podpora životních funkcí je druhem zdravotních služeb, a jako takovou je pacient oprávněn ji odmítnout.

V prosinci 2015 byl Ministerstvu zdravotnictví předložen Českou společností paliativní medicíny ČLS JEP velice zdařilý návrh na novelu zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách<sup>275</sup>, který výše zmíněné potřebné změny upravoval, ale do Poslanecké sněmovny se bohužel nedostal. Obávám se tedy, že takovéto legislativní změny nelze v dohledné době očekávat, neboť tato problematika je dle mého názoru v České republice teprve na počátku potřebných celospolečenských diskuzí. Pokud by se tedy dříve začaly otázkou ukončení přístrojové podpory na žádost pacienta zabývat české soudy, považovala bych za nejvhodnější řešení inspirovat se sousední německou judikaturou, která se touto oblastí zabývá již dlouhodobě a zejména ve výše představeném rozsudku Spolkového soudního dvora 2 StR 454/09 ze dne 25.6.2010 lze nalézt inspirující odpovědi na mnoho nejasných otázek, které jsou s problematikou dříve vyslovených přání a otázkou ukončování přístrojové podpory spojeny.

---

<sup>275</sup> Návrh pro Českou společnost paliativní medicíny ČLS JEP připravila JUDr. Helena Krejčíková, Ph.D.



## **4. OTÁZKA TRESTNÍ ODPOVĚDNOSTI LÉKAŘE**

Poslední kapitola této práce je věnována otázce trestní odpovědnosti lékaře za smrt pacienta, k níž došlo v důsledku nezahájení/ukončení život zachraňující/udržující léčby. Tato otázka má pro problematiku ukončování léčby zásadní význam, neboť podstatně ovlivňuje přístup lékařů, který si dovolím označit spíše za zdrženlivý, a to právě z důvodu častých obav z hrozby trestního postihu. V této kapitole bude nejprve obecně pojednáno o trestní odpovědnosti ve zdravotnictví, následně bude zkoumána otázka zavinění a možné důvody beztrestnosti lékaře, dále budou představeny jednotlivé trestné činy, které mohou být ukončením léčby spáchány, a v neposlední řadě bude zmíněna i otázka trestní odpovědnosti zdravotnického zařízení za trestné činy proti životu a zdraví, jenž zaznamenala významné změny v důsledku poslední novely zákona o trestní odpovědnosti právnických osob.<sup>276</sup> Na úplný závěr celé práce bude krátce představen návrh zákona o důstojné smrti<sup>277</sup>, který byl předložen Poslanecké sněmovně krátce před dokončením této práce.

### **4.1 Obecně k trestní odpovědnosti ve zdravotnictví**

#### **4.1.1 Kriminalizace lékařů**

Přestože v západních zemích jsou soudní spory s lékaři a zdravotnickými zařízeními značně častější a bouřlivější, nežli v České republice, naprostou většinu z nich tvoří soukromoprávní spory o náhradu škody, zatímco u nás bohužel v současnosti převládá spíše trend kriminalizace lékařů, neboť pacienti (případně pozůstalí), kteří se cítí být poškozeni v důsledku poskytování zdravotních služeb, dávají většinou přednost trestnímu oznámení před podáním soukromoprávní žaloby. Jedním z důvodů tohoto přístupu je skutečnost, že v případě soukromoprávních žalob na náhradu škody a ochranu osobnosti je třeba vynaložit nemalé finanční prostředky na právního zástupce, který připraví žalobu a ujme se zastupování žalobce před soudem, uhradit soudní poplatky a vedle toho ještě žalobci hrozí, že v případě neúspěchu ponese náklady právního zastoupení protistrany a další náklady řízení, jako např. náklady znaleckých

---

<sup>276</sup> Zákon č. 183/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>277</sup> Návrh poslanců Jiřího Zlatušky, Radka Vondráčka, Kristýny Zeliénkové, Petra Adama, Pavla Čiháka a Vojtěcha Adama na vydání zákona o důstojné smrti (sněmovní tisk č. 820). Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=7&t=820>

posudků. Mnoho pacientů a pozůstalých toto riziko od podání žaloby odradí. Ve srovnání s výše uvedeným je podání trestního oznámení pro poškozené podstatně jednodušší, neboť za jeho podání není stanoven žádný poplatek, státní zástupce je v souladu s tzv. zásadou legality<sup>278</sup> povinen stíhat všechny trestné činy, o nichž se dozví, pokud zákon nebo vyhlášená mezinárodní smlouva, kterou je Česká republika vázána, nestanoví jinak,<sup>279</sup> a orgány činné v trestním řízení<sup>280</sup> jsou na základě tzv. zásady oficiality<sup>281</sup> povinny postupovat z úřední povinnosti<sup>282</sup> (*ex officio*) a opatřit si veškeré potřebné důkazy a podklady potřebné k vyřízení věci na státní náklady. Poškozený přitom může dle § 43 odst. 3 trestního řádu (dále též jen „TŘ“) svůj nárok na náhradu škody uplatnit přímo v trestním řízení.<sup>283</sup> Poškozený nenese náklady řízení ani v případě, pokud se lékařova vina neprokáže, a nedopustí-li se přitom trestného činu křivého obvinění<sup>284</sup>, nepředstavuje pro něj podání trestního oznámení prakticky žádné riziko. Vedle již zmíněných výhod podání trestního oznámení pro poškozené je dán ještě jeden významný důvod preference trestního stíhání lékařů před občanskoprávní žalobou, a tím je důvod psychologický. Mnohdy totiž poškozeným záleží mnohem více na co možná nejpřísnějším potrestání viníka, nežli na finanční satisfakci, ať už z touhy po pomstě nebo po „nastolení spravedlnosti“, neboť právě v případech úmrtí či poškození zdraví pacientů jsou poškození na potrestání viníka silně citově zainteresováni.<sup>285</sup>

V této souvislosti je však nutno upozornit, že výše zmíněný trend kriminalizace lékařů se dostává do střetu s tzv. zásadou subsidiarity trestní represe, jednou ze základních zásad trestního práva, zakotvenou v § 12 odst. 2 trestního zákoníku, který stanoví, že „*trestní odpovědnost pachatele a trestněprávní důsledky s ní spojené lze uplatňovat jen v případech společensky škodlivých, ve kterých nepostačuje uplatnění odpovědnosti podle jiného právního předpisu*“. Citované ustanovení reflektuje základní

---

<sup>278</sup> JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo procesní*. 3. vydání. Praha: Leges, 2013, s. 147

<sup>279</sup> § 2 odst. 4 zákona č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád)

<sup>280</sup> Orgány činnými v trestním řízení se dle § 12 odst. 1 trestního řádu rozumějí soud, státní zástupce a policejní orgán.

<sup>281</sup> JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo procesní*. 3. vydání. Praha: Leges, 2013, s. 146

<sup>282</sup> § 2 odst. 3 trestního řádu

<sup>283</sup> Projednání nároku poškozeného na náhradu škody (nemajetkové újmy nebo vydání bezdůvodného obohacení) se nazývá jako tzv. adhezní řízení, které je součástí trestního řízení. In: JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo procesní*. 3. vydání. Praha: Leges, 2013, s. 282

<sup>284</sup> § 345 TZ

<sup>285</sup> MACH, Jan. *Lékař a právo: Praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 17-19

pojetí trestního práva jakožto nejpřísnějšího, krajního prostředku právní ochrany, neboli prostředku „poslední instance“ (*ultima ratio*), k němuž by mělo být přikročeno jen v nejzávažnějších případech, v nichž je právní ochrana poskytovaná předpisy jiných právních odvětví (např. práva občanského či správního) nedostačující.<sup>286</sup> Uvedená zásada je rovněž zakotvena v judikatuře Ústavního soudu, který výstižně vyjádřil podstatu této zásady například v nálezu sp. zn. I. ÚS 4/04 ze dne 23.3.2004, v němž uvedl, že *„trestní právo a trestněprávní kvalifikace určitého jednání jako trestného činu, které má soukromoprávní základ, je třeba považovat za ultima ratio, tedy za krajní právní prostředek, který má význam především celospolečenský, tj. z hlediska ochrany základních společenských hodnot. V zásadě však nemůže sloužit jako prostředek nahrazující ochranu práv a právních zájmů jednotlivce v oblasti soukromoprávních vztahů, kde závisí především na individuální aktivitě jednotlivce, aby střežil svá práva, jimž má soudní moc poskytovat ochranu. Je však nepřijatelné, aby tuto ochranu aktivně přebíraly orgány činné v trestním řízení, jejichž úkolem je ochrana převážně celospolečenských hodnot, nikoliv přímo konkrétních subjektivních práv jednotlivce, jež svou povahou spočívají v soukromoprávní sféře. Ústavní soud k tomu dodává, že je v právním státě nepřipustné, aby prostředky trestní represe sloužily k uspokojování subjektivních práv soukromoprávní povahy, nejsou-li vedle toho splněny všechny předpoklady vzniku trestněprávní odpovědnosti, resp. nejsou-li tyto předpoklady zcela nepochybnitelně zjištěny.“*<sup>287</sup> Uvedená zásada subsidiarity trestní represe představuje tzv. materiální korektiv formálního pojetí trestného činu<sup>288</sup>, zakotveného v § 13 odst. 1

---

<sup>286</sup> JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část.* 5. vydání. Praha: Leges, 2016, s. 33

<sup>287</sup> CIBULKA, Karel. *O některých otázkách trestního postihu ve zdravotnictví.* Trestněprávní revue. 2010, č. 3, s. 69

<sup>288</sup> Předchůdce současného trestního zákoníku, zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon (dále též jen „TrZ“), vycházel z tzv. materiálního pojetí trestného činu, když ve svém § 3 odst. 1 definoval trestný čin jako *„pro společnost nebezpečný čin, jehož znaky jsou uvedeny v tomto zákoně“* a zároveň dodával, že *„čin, jehož stupeň nebezpečnosti pro společnost je nepatrný, není trestným činem, i když jinak vykazuje znaky trestného činu“*, s tím, že *„stupeň nebezpečnosti činu pro společnost je určován zejména významem chráněného zájmu, který byl činem dotčen, způsobem provedení činu a jeho následky, okolnostmi, za kterých byl čin spáchán, osobou pachatele, mírou jeho zavinění a jeho pohnutkou.“* Uvedené materiální pojetí trestného činu, které jako jednu z podmínek trestnosti činu stanovovalo společenskou nebezpečnost, bylo trestním zákoníkem č. 40/2009 Sb. s účinností od 1.1.2010 opuštěno a nahrazeno tzv. formálním pojetím trestného činu, podle něhož se za trestný čin považuje každý protiprávní čin, který trestní zákoník označuje za trestný a který vykazuje znaky uvedené v takovém zákoně. Zmíněné formální pojetí trestného činu zmírňují za účelem snížení jeho vyšší přísnosti následující dva korektivy: 1) zmíněná zásada subsidiarity trestní represe, představující hmotněprávní korektiv, a tzv. zásada oportunity, představující procesněprávní korektiv, zakotvená v § 172 odst. 2 písm. c) TR, podle něž může státní zástupce zastavit trestní stíhání, *„jestliže vzhledem k významu a míře porušení nebo ohrožení chráněného zájmu, který byl*

trestního zákoníku, který stanoví, že „*trestným činem je protiprávní čin, který trestní zákon označuje za trestný a který vykazuje znaky uvedené v takovém zákoně*“.<sup>289</sup> Výše představená zásada subsidiarity trestní represe doplňuje toto formální pojetí trestného činu o podmínění uplatnění trestní odpovědnosti a souvisejících trestněprávních důsledků dvěma kumulativními podmínkami, a sice že se musí jednat o společensky škodlivý případ a zároveň nepostačuje uplatnění odpovědnosti podle jiného právního předpisu. Definicí pojmu společenská škodlivost trestní zákoník neobsahuje, ale dle trestněprávní teorie lze kritéria společenské škodlivosti spatřovat v hlediscích povahy a závažnosti činu, jenž jsou demonstrativně uvedena v § 39 odst. 1 a 2 trestního zákoníku jakožto hlediska pro stanovení druhu a výměry trestu. V konkrétním případě tak bude společenská škodlivost činu určena ve smyslu § 39 odst. 2 trestního zákoníku zejména významem chráněného zájmu, který byl činem dotčen, způsobem provedení činu a jeho následky, okolnostmi, za kterých byl čin spáchán, osobou pachatele, mírou jeho zavinění a jeho pohnutkou, záměrem nebo cílem.<sup>290</sup>

Poskytování zdravotních služeb je samo o sobě bez pochyby společensky prospěšnou činností, dle mého názoru dokonce jednou z nejprospěšnějších, a proto by s ohledem na povahu této činnosti měla být v této oblasti zásada subsidiarity trestní represe aplikována co nejdůsledněji, tak aby trestní právo bylo skutečně až krajním prostředkem právní ochrany. Je třeba mít na paměti, že lékařské zákroky jsou ze své podstaty nerozlučně spjaty s rizikem nejrůznějších komplikací, neboť skutečně fyzicky zasahují do složitého lidského organismu, různí pacienti mohou na totožné léčebné postupy reagovat odlišně, a může se tedy přirozeně stát, že vlivem různých příčin, stojících mimo sféru lékařova vlivu, dojde k zásahu do hodnot a zájmů chráněných trestním právem. Prostředky trestního práva by tedy dle mého názoru měly být v oblasti zdravotnictví uplatňovány spíše zdrženlivě, výhradně v případech závažných porušení povinností lékaře či samotného zdravotnického zařízení. Nadměrnou kriminalizaci lékařů rozhodně nepovažuji za žádoucí jev, neboť v důsledku takového přístupu hrozí,

---

*dotčen, způsobu provedení činu a jeho následku, nebo okolnostem, za nichž byl čin spáchán, a vzhledem k chování obviněného po spáchání činu, zejména k jeho snaze nahradit škodu nebo odstranit jiné škodlivé následky činu, je zřejmé, že účelu trestního řízení bylo dosaženo“* a v § 159a odst. 4 TŘ, podle nějž může státní zástupce z téhož důvodu věc odložit ještě před zahájením trestního stíhání. In: JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část. 5. vydání.* Praha: Leges, 2016, s. 132-133

<sup>289</sup> RŮŽIČKA, Miroslav. *K některým otázkám trestní odpovědnosti ve zdravotnictví.* Zdravotnictví a právo. 2010, č. 3, s. 7-9

<sup>290</sup> JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část. 5. vydání.* Praha: Leges, 2016, s. 132-138

že lékaři budou z obavy z trestního postihu přespříliš opatrní a nerozhodní a budou se čím dál více soustředit spíše na to, jak se nevystavit nebezpečí trestního stíhání, nežli na poskytování nejlepší možné léčby svým pacientům.<sup>291</sup> J. Stolínová a J. Mach v této souvislosti trefně podotýkají, že: „lékař nesmí pracovat pod vlivem strachu, musí mít potřebnou sebedůvěru a rozhodnost a nemělo by se připustit (a nebylo by především v zájmu pacienta!), aby měl při své práci přehnané obavy z právních následků“, zároveň by však neměl být „ani zcela bohorovný pokud jde o pocit odpovědnosti“.<sup>292</sup> Nelze samozřejmě ani přehlížet skutečnost, že poskytování zdravotních služeb je činností, která je založena na zásazích do nejvyššího zájmu chráněného trestním právem, a sice života a zdraví, a proto rozhodně nelze uplatňování trestního práva z této oblasti vyloučit. Je však nezbytné, aby orgány činné v trestním řízení důkladně a individuálně posuzovaly všechny okolnosti a přistupovaly k aplikaci trestněprávních prostředků v souladu se zásadou subsidiarity trestní represe jen v případech společensky škodlivých, ve kterých nepostačuje uplatnění odpovědnosti podle jiného právního předpisu.<sup>293</sup>

#### 4.1.2 Předpoklady trestní odpovědnosti lékaře

Výkon lékařské praxe je spojen s mnoha riziky. Lékaři často musejí jednat rychle a činit závažná rozhodnutí na základě minima potřebných informací, někdy navíc i na nedostatečně vybaveném pracovišti.<sup>294</sup> Ani tehdy, když lékař odvede svoji práci bezchybně, na náležité odborné úrovni (lege artis<sup>295</sup>), neznamena to nutně úspěšný výsledek zákroku. Ve vztahu k pacientovu zdravotnímu stavu může být i zákrok provedený lege artis neúspěšný. Úspěšnost lékařských zákroků závisí na mnoha faktorech, zejména na závažnosti zdravotního stavu konkrétního pacienta a schopnosti pozitivní reakce jeho organismu na provedený zákrok a samozřejmě i na manuální zručnosti lékaře, úrovni jeho vědomostí a praktických zkušeností, technickém a

---

<sup>291</sup> Právě z těchto obav totiž často pramení nadměrné zatěžování pacienta neúčinnou léčbou a alibistické „přeléčení“ pacienta pouze z důvodu dostatečného pocitu jistoty „právního bezpečí“. In: STOLÍNOVÁ, Jitka; MACH, Jan. *Právní odpovědnost v medicíně*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 2010, s. 18

<sup>292</sup> STOLÍNOVÁ, Jitka; MACH, Jan. *Právní odpovědnost v medicíně*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 2010, s. 18

<sup>293</sup> CIBULKA, Karel. *O některých otázkách trestního postihu ve zdravotnictví*. Trestněprávní revue. 2010, č. 3, s. 69-70

<sup>294</sup> STOLÍNOVÁ, Jitka; MACH, Jan. *Právní odpovědnost v medicíně*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 2010, s. 18

<sup>295</sup> Otázka lege artis postupu je podrobněji rozebrána v kapitole 2.2.1 výše.

personálním vybavení konkrétního pracoviště apod. Vzhledem k vysokým nárokům této profese a prosté skutečnosti, že žádný člověk není zcela neomylný, je pochopitelné, že i lékaři se mohou občas dopustit chyby. Samotný lékařův nezdar však automaticky nezakládá jeho odpovědnost za neblahý výsledek. Ke vzniku trestní odpovědnosti lékaře se vyžaduje splnění následujících podmínek<sup>296</sup>:

1. Lékař se svým jednáním, ať už komisivním či omisivním<sup>297</sup>, dopustil porušení právní povinnosti.
2. Došlo ke vzniku trestněprávně relevantního škodlivého následku, tj. porušení nebo ohrožení zákonem chráněných zájmů a hodnot.
3. Trestněprávně relevantní následek je v příčinné souvislosti s protiprávním jednáním lékaře.
4. Protiprávní jednání lékaře bylo zaviněné (úmyslně nebo alespoň z nedbalosti).<sup>298</sup>

V následující části této kapitoly budou jednotlivé výše zmíněné předpoklady trestní odpovědnosti lékaře stručně rozebrány.

#### 4.1.2.1 Porušení právní povinnosti lékaře

Jednou ze základních podmínek sine qua non trestní odpovědnosti lékaře za smrt nebo újmu na zdraví pacienta je porušení jeho právní povinnosti, typicky povinnosti poskytovat zdravotní služby na náležitě odborné úrovni<sup>299</sup>, tj. podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem

---

<sup>296</sup> Tyto podmínky patří k obligatorním znakům skutkové podstaty trestného činu (právní formy vyjadřující typové znaky trestného činu uvedené v zákoně), jimiž jsou objekt trestného činu (zájmy a hodnoty chráněné trestním právem), objektivní stránka trestného činu (jednání, následek a příčinná souvislost), subjekt trestného činu (pachatel – trestně odpovědná fyzická nebo právnická osoba, která spáchala trestný čin) a subjektivní stránka trestného činu (zavinění). In: JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část*. 5. vydání. Praha: Leges, 2016, s. 162-255

Více viz podkapitola 4.3 níže, věnovaná trestným činům.

<sup>297</sup> Komisivní jednání, neboli konání, je naukou trestního práva definováno jako „*vůlí řízený svalový pohyb zaměřený k určitému cíli*“ (činnost), zatímco omisivní jednání, neboli opomenutí, je definováno jako „*vůlí řízené zdržení se svalového pohybu*“ (nečinnost). In: JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část*. 5. vydání. Praha: Leges, 2016, s. 181. K opomenutí více viz trestný čin neposkytnutí pomoci v podkapitole 4.4 níže.

<sup>298</sup> Srov. MACH, Jan. *Právní odpovědnost v medicíně*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 2010, s. 19-20; MACH, Jan. *Lékař a právo: Praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, s. 44; KREJČÍKOVÁ, Helena. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*. 1. vyd. Praha: Galén, 2014, s. 19 a ŠTŘEJTOVÁ, Kateřina. *Pojem "lege artis" a trestní odpovědnost v medicíně*. *Trestněprávní revue*. 2013, č. 6, s. 135

<sup>299</sup> Srov. § 49 odst. 1 písm. a) a § 4 odst. 5 ZoZS.

na konkrétní podmínky a objektivní možnosti.<sup>300</sup> Porušením povinnosti lékaře však samozřejmě nemusí být vždy jen postup v rozporu s uznávanými medicínskými postupy a pravidly vědy (non lege artis). Například v případě spáchání trestného činu neposkytnutí pomoci je porušením právní povinnosti lékaře skutečnost, že lékař nesplnil povinnost „*poskytovat neprodleně odbornou první pomoc každému, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo zdraví a není-li pomoc včas dosažitelná obvyklým způsobem, a zajistit mu podle potřeby poskytnutí zdravotních služeb*“, zakotvenou v § 49 odst. 1 písm. b) ZoZS.<sup>301</sup> Avšak vzhledem k tomu, že trestný čin neposkytnutí pomoci bude podrobněji rozebrán v podkapitole 4.3 níže, budu se v této části dále zabývat již jen otázkou porušení povinnosti lékaře poskytovat zdravotní služby na náležitě odborné úrovni.<sup>302</sup>

Otázka, zda lékař v konkrétním případě poskytoval zdravotní služby v rozporu s uznávanými medicínskými postupy a pravidly vědy, má pro posouzení lékařovy trestní odpovědnosti zásadní význam, přičemž, jak uvádí J. Mach, „*to je právě otázka, kterou nikdy nezodpoví žádný soudce ani na základě výsledku svědků a předložení listinných důkazů sám, ale vždy k jejich zodpovězení potřebuje znalce z oboru zdravotnictví*“.<sup>303</sup> Tato skutečnost vyplývá zejména z ustanovení § 105 odst. 1 trestního řádu, který stanoví, že „*je-li k objasnění skutečnosti důležité pro trestní řízení třeba odborných znalostí, vyžádá orgán činný v trestním řízení odborné vyjádření. Jestliže pro složitost posuzované otázky takový postup není postačující, přibere orgán činný v trestním řízení znalce*“. K objasnění skutečnosti zvláště důležité<sup>304</sup> je navíc dle § 105

---

<sup>300</sup> Typickými příklady porušení této povinnosti jsou například: neposkytnutí první pomoci, nedostatečné zajištění další odborné péče, nedostatek odborných znalostí, hrubý diagnostický omyl, chyba při zákroku, nesprávné podání léku, nedostatečný dozor a chybějící (či neúplný) informovaný souhlas pacienta. In: ŠTREJTOVÁ, Kateřina. *Pojem "lege artis" a trestní odpovědnost v medicíně*. Trestněprávní revue. 2013, č. 6, s. 138

<sup>301</sup> MACH, Jan. *Lékař a právo: Praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, s. 46-47

<sup>302</sup> Vzhledem k tématu této práce, jímž je ukončení léčby s následkem smrti pacienta, se v této kapitole záměrně soustředím jen na otázku porušení povinnosti lékaře postupovat lege artis (a níže též i na porušení povinnosti poskytovat první pomoc) a nezabývám se zde porušováním jiných povinností lékaře, jako např. otázkou porušení povinné mlčenlivosti, vystavení nepravdivé lékařské zprávy, ohrožení pod vlivem návykové látky apod., neboť není v možnostech (ani smyslem) této práce podrobně rozebrat všechny oblasti trestní odpovědnosti ve zdravotnictví.

<sup>303</sup> MACH, Jan. *Lékař a právo: Praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, s. 45

<sup>304</sup> Např. vždy, jde-li o prohlídku a pitvu mrtvoly (ta musí být dle § 115 odst. 1 TŘ provedena, vznikne-li podezření, že smrt člověka byla způsobena trestným činem), přičemž dle § 105 odst. 4 TŘ k prohlídce a pitvě mrtvoly nesmí být přibrán jako znalec ten lékař, který zemřelého ošetřoval pro nemoc, která smrti bezprostředně předcházela.

odst. 4 TŘ třeba přibrat dva znalce a ve výjimečných, zvláště obtížných případech, vyžadujících zvláštní vědecké posouzení je dle § 110 odst. 1 TŘ možné k podání znaleckého posudku nebo přezkoumání posudku podaného znalcem přibrat státní orgán, vědecký ústav, vysokou školu nebo instituci specializovanou na znaleckou činnost. Ačkoli v souladu se zásadou volného hodnocení důkazů<sup>305</sup> hodnotí orgány činné v trestním řízení znalecké posudky volně jako každý jiný důkaz a nejsou jimi bezpodmínečně vázány<sup>306</sup>, jejich význam pro zodpovězení základních otázek nezbytných pro posouzení trestní odpovědnosti lékaře<sup>307</sup> je nezpochybnitelný. Někdy však bývá kritizováno, že vzhledem k absenci konkrétních závazných kritérií pro posuzování odborných předpokladů znalců<sup>308</sup> dochází při ustanovování znalců z oboru zdravotnictví k přibírání znalců nesprávné odbornosti, a to zejména v případech přibírání znalců z oboru soudního lékařství, kteří jsou často nesprávně považováni za univerzální zdravotnické odborníky.<sup>309</sup> Vzhledem ke zmíněnému významu znaleckých posudků lze tedy v případě pochybností o odbornosti konkrétního znalce doporučit podání námitek proti jeho odbornému zaměření v souladu s ust. § 105 odst. 3 TŘ.

Jak již bylo výše naznačeno, při posuzování správnosti lékařova postupu je třeba mít na paměti, že nepříznivý výsledek léčby sám o sobě nepředstavuje porušení právní povinnosti lékaře, neboť i lékařský zákrok provedený na náležité odborné úrovni může skončit neúspěchem. S každým lékařským zákrokem je spojeno určité přípustné riziko<sup>310</sup>, a proto by při hodnocení lékařova postupu mělo být vždy individuálně posouzeno, nebyl-li neúspěch zákroku způsoben naplněním přípustného rizika

---

<sup>305</sup> Zakotvená v § 2 odst. 6 TŘ, který stanoví, že „orgány činné v trestním řízení hodnotí důkazy podle svého vnitřního přesvědčení založeného na pečlivém uvážení všech okolností případu jednotlivě i v jejich souhrnu“.

<sup>306</sup> Srov. JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo procesní*. 3. vydání. Praha: Leges, 2013, s. 447 a FENYK, Jaroslav; CÍSAŘOVÁ, Dagmar; GRIVNA, Tomáš a kol. *Trestní právo procesní*. 6. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2015, s. 390

<sup>307</sup> Tj. zdali byl postup lékaře v rozporu s uznávanými medicínskými postupy a pravidly vědy (otázka porušení právní povinnosti), zdali toto lékařovo jednání bylo příčinou předmětného škodlivého následku (otázka příčinné souvislosti) a zdali si lékař přinejmenším měl a mohl být vědom toho, že tímto jednáním může způsobit škodlivý následek (otázka zavinění).

<sup>308</sup> Zákon č. 36/1967 Sb., o znalcích a tlumočnících, ani vyhláška č. 37/1967 Sb., k provedení zákona o znalcích a tlumočnících, takováto kritéria neupravují. Česká lékařská komora označila tuto úpravu již na kongresu k problematice znaleckých posudků z oboru zdravotnictví a postupů lege artis konaného dne 18. června 2009 za nevyhovující a doporučila její rekodifikaci. In: PTÁČEK, Radek; BARTŮŇEK, Petr; MACH, Jan a kol. *Lege artis v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, s. 30

<sup>309</sup> RŮŽIČKA, Miroslav. *K některým otázkám trestní odpovědnosti ve zdravotnictví*. Zdravotnictví a právo. 2010, č. 3, s. 12

<sup>310</sup> Myšleno nikoli ve smyslu přípustného rizika dle § 31 trestního zákoníku, ale ve smyslu rizika přípustného podle uznávaných pravidel lékařské vědy.



spojeného s daným zákrokem, neboť v takovém případě by se nejednalo o porušení právní povinnosti lékaře.<sup>311</sup>

Na tomto místě je třeba upozornit, že lékař nemůže být trestně odpovědný proto, že postupoval „non lege artis“, ale proto, že svým jednáním porušil nějaké konkrétní ustanovení zákona.<sup>312</sup> V případě non lege artis postupu se lékař dopustí porušení své povinnosti stanovené v § 49 odst. 1 ZoZS, tj. povinnosti „*poskytovat zdravotní služby, ke kterým získal odbornou nebo specializovanou způsobilost podle jiných právních předpisů, v rozsahu odpovídajícím jeho způsobilosti, zdravotnímu stavu pacienta, na náležitě odborné úrovni a řídit se etickými principy*“.

Otázkou non lege artis postupu se opakovaně zabýval i Nejvyšší soud ČR, přičemž zřejmě nejvýznamnějším je v tomto ohledu dnes již obecně uznávaný judikát sp. zn. 7 Tdo 219/2005 ze dne 22.3.2005<sup>313</sup>, z jehož odůvodnění si na tomto místě dovoluji citovat úryvek, který dle mého názoru otázku non lege artis postupu velice zdařile shrnuje: „*V trestněprávní nauce se běžně považuje za porušení lege artis, 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. Nejvyšší soud v této souvislosti konstatuje, že chyba v diagnóze sama o sobě ještě nemusí mít charakter nedbalosti ani jednání non lege artis. Může tomu tak být v případě, je-li nesprávná diagnóza důsledkem závažného porušení postupů pro její určování, například v případě bezdůvodného nevyužití dostupných diagnostických metod. Postup lékaře je ovšem vždy nutno hodnotit tzv. ex ante, tj. na základě informací, které měl lékař v době rozhodování k dispozici*“.<sup>314</sup>

Vedle porušení právních povinností lékaře je další podmínkou jeho trestní odpovědnosti vznik trestněprávně relevantního následku.

---

<sup>311</sup> MACH, Jan. *Lékař a právo: Praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, s. 46

<sup>312</sup> Srov. CÍSAŘOVÁ, Dagmar. *Vyšetřování trestných činů ublížení na zdraví během léčebného procesu*. Zdravotnictví a právo. 2009, č. 11, s. 22 a PTÁČEK, Radek; BARTŮNĚK, Petr; MACH, Jan a kol. *Lege artis v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, s. 23

<sup>313</sup> Oficiální text judikátu je k dispozici zde:

[http://www.nsoud.cz/Judikatura/judikatura\\_ns.nsf/WebSearch/3A0ABA41ECAB3B64C1257A4E0064C67A?openDocument&Highlight=0](http://www.nsoud.cz/Judikatura/judikatura_ns.nsf/WebSearch/3A0ABA41ECAB3B64C1257A4E0064C67A?openDocument&Highlight=0),

<sup>314</sup> MACH, Jan. *Přehled judikatury z oblasti zdravotnictví II: Odpovědnost ve zdravotnictví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012, s. 231

#### 4.1.2.2 Trestněprávně relevantní následek

Trestněprávně relevantním následkem je porušení nebo ohrožení hodnot chráněných trestním právem. Následek se tedy vztahuje k objektu trestného činu.<sup>315</sup> Podle toho, je-li následkem protiprávního jednání porucha nebo ohrožení (reálné nebezpečí vzniku poruchy) chráněného zájmu, rozlišuje trestněprávní nauka trestné činy poruchové (např. vražda dle § 140 TZ) a trestné činy ohrožovací (např. neposkytnutí pomoci dle § 150 TZ).<sup>316</sup>

Následkem protiprávního jednání lékaře, spočívajícího v porušení jeho povinnosti postupovat při výkonu svého povolání podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, bývá nejčastěji poškození zájmu na ochraně lidského života a zdraví, způsobeného poškozením zdraví nebo usmrcením pacienta. V případě porušení povinnosti lékaře poskytnout první pomoc se k dokonání trestného činu nevyžaduje, aby došlo k poškození pacientova života či zdraví, neboť následkem je již samo ohrožení života a zdraví. Pokud však neposkytnutím pomoci zaviněně vzniknou následky na životě či zdraví pacienta, bude lékař odpovědný dle svého zavinění přímo za poruchové trestné činy proti životu a zdraví.<sup>317</sup>

Dopustil-li se lékař porušení své právní povinnosti a došlo-li ke vzniku trestněprávně relevantního následku, je za účelem možného trestního postihu lékaře dále třeba prokázat kauzální (příčinný) vztah mezi porušením právní povinnosti (jakožto příčinou) a následkem.

---

<sup>315</sup> Teorie trestního práva upozorňuje, že od následku je třeba odlišit účinek trestného činu, neboť na rozdíl od následku (jakožto porušení či ohrožení chráněných hodnot), účinek se vztahuje k hmotnému předmětu útoku (hmotným předmětem útoku jsou lidé nebo věci, na které pachatel bezprostředně útočí, a tím zasahuje objekt trestného činu). Účinek trestného činu znamená změnu na hmotném předmětu útoku nebo nebezpečí takové změny. Například u trestného činu vraždy je následkem porušení zájmu na ochraně lidského života a účinkem je smrt člověka. Hmotný předmět útoku je jen fakultativním znakem skutkové podstaty trestného činu, a totéž platí i o účinku. Naproti tomu následek je znakem obligatorním. Trestní zákoník však následek a účinek nerozlišuje. Nutno dodat, že u trestných činů, jejichž znakem je hmotný předmět útoku, následek s účinkem značně splývá a v praxi proto dochází k tomu, že se následek od účinku dostatečně nerozlišuje. Uvedené splývání plyne ze skutečnosti, že chráněný zájem je zasahován právě prostřednictvím účinku (například u již zmíněné vraždy je následek v podobě poškození zájmu na ochraně lidského života způsoben usmrcením konkrétní osoby, tedy účinkem). Srov. JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část*. 5. vydání. Praha: Leges, 2016, s. 177 a 189; SOLNÁŘ, Vladimír; FENYK, Jaroslav; CÍSAŘOVÁ, Dagmar. *Základy trestní odpovědnosti: podstatně přepracované a doplněné vydání*. Praha: Orac, 2003, s. 190-193 a ŠÁMAL, Pavel a kol. *Trestní právo hmotné*. 7. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2014, s. 134-136

<sup>316</sup> JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část*. 5. vydání. Praha: Leges, 2016, s. 188

<sup>317</sup> Více viz podkapitola 4.3 níže.

### 4.1.2.3 Příčinná souvislost

Pojem příčinná souvislost (neboli *causal nexus*) označuje příčinný vztah, který spojuje jednání (porušení právní povinnosti) s trestněprávně relevantním následkem. Tento příčinný vztah je obligatorním znakem skutkové podstaty každého trestného činu. Chybí-li příčinný vztah, nelze následek pachateli přičítat, a v důsledku toho odpadá i trestní odpovědnost. Lékařova trestní odpovědnost za konkrétní trestněprávně relevantní následek tak přichází v úvahu jen tehdy, pokud svým protiprávním jednáním (porušením své právní povinnosti) následek skutečně způsobil.<sup>318</sup>

Základem příčinné souvislosti je teorie podmínky (*conditio sine qua non*<sup>319</sup>), podle níž se za příčinu považuje každý jev, bez něž by následek buď vůbec nenastal, nebo by nenastal způsobem, jakým nastal, přičemž následek nemusí být nutně způsoben výhradně jen jednáním pachatele, ale mohou k němu přispět i další okolnosti, jako například nepříznivý zdravotní stav poškozeného.<sup>320</sup> Tento přístup má podporu i v judikatuře, z níž si zde dovoluji vyzdvihnout usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 6 Tdo 371/2005 ze dne 13.4.2005<sup>321</sup>, v němž nejvyšší soud uvedl, že „*příčinná souvislost mezi jednáním pachatele a následkem se nepřerušuje, jestliže k jednání pachatele přistoupí další skutečnosti, jež spolupůsobí při vzniku následku, avšak jednání pachatele zůstává takovou skutečností, bez níž by k následku nedošlo. Příčinná souvislost je totiž dána i tehdy, když vedle příčiny, která bezprostředně způsobila následek (např. těžkou újmu na zdraví jiného u trestného činu podle § 224 tr. zák.), působila i další příčina.*“<sup>322</sup>

Aby nebyla trestní odpovědnost stanovena příliš široce, je uvedená teorie podmínky korigována především prostřednictvím tzv. zásady umělé izolace jevů<sup>323</sup>,

<sup>318</sup> Srov. JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část. 5. vydání.* Praha: Leges, 2016, s. 193-194; SOLNAŘ, Vladimír; FENYK, Jaroslav; CÍSAŘOVÁ, Dagmar. *Základy trestní odpovědnosti: podstatně přepracované a doplněné vydání.* Praha: Orac, 2003, s. 195 a ŠÁMAL, Pavel a kol. *Trestní právo hmotné. 7. vyd.* Praha: Wolters Kluwer, 2014, s. 137

<sup>319</sup> „Podmínky bez které nelze“

<sup>320</sup> Srov. RŮŽIČKA, Miroslav. *K některým otázkám trestní odpovědnosti ve zdravotnictví. Zdravotnictví a právo.* 2010, č. 3, s. 10 a MACH, Jan. *Lékař a právo: Praktická příručka pro lékaře a zdravotníky.* 1. vyd. Praha: Grada, 2010, s. 49

<sup>321</sup> Oficiální text judikátu je k dispozici zde:

[http://www.nsoud.cz/Judikatura/judikatura\\_ns.nsf/WebSearch/6F7DFEECFEFC8790C1257A4E0068E4FE?openDocument&Highlight=0](http://www.nsoud.cz/Judikatura/judikatura_ns.nsf/WebSearch/6F7DFEECFEFC8790C1257A4E0068E4FE?openDocument&Highlight=0),

<sup>322</sup> MACH, Jan. *Přehled judikatury z oblasti zdravotnictví II: Odpovědnost ve zdravotnictví.* Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012, s. 297

<sup>323</sup> Zásada umělé izolace jevů je založena na trestněprávním omezení zkoumání příčinné souvislosti (tj. jen z hlediska trestněprávně relevantních příčin a následků). In: ŠÁMAL, Pavel a kol. *Trestní právo hmotné. 7. vyd.* Praha: Wolters Kluwer, 2014, s. 137-145

zásady gradace příčinné souvislosti<sup>324</sup>, zkoumáním vztahu kauzality a zavinění<sup>325</sup> a s tím souvisejícím přerušením příčinné souvislosti<sup>326 327</sup>.

V rámci trestněprávních případů z oblasti zdravotnictví není posuzování příčinné souvislosti mezi porušením povinnosti lékaře a následkem na zdraví či životě pacienta vůbec snadné, neboť často je velmi problematické (někdy dokonce přímo nemožné) s jistotou určit, že poškození pacienta je následkem lékařova pochybení, bez něž by k následku nedošlo. Vztah příčiny a následku se v těchto případech často jeví spíše jako pravděpodobný, nežli jistý. Pro závěr o existenci či neexistenci příčinné souvislosti mají zásadní význam již zmíněné znalecké posudky. Znalci však poměrně často namísto jednoznačného závěru spíše uvádějí, že v případě správného postupu lékaře by k úmrtí či poškození zdraví pacienta „pravděpodobně“ či „patrně“ nedošlo, anebo, že úmrtí či poškození zdraví pacienta v případě, že by k pochybení lékaře nedošlo, někdy „nelze zcela vyloučit“. Tato zdrženlivá vyjádření bývají odůvodňována tím, že „při medicínském posuzování se jen výjimečně lze vyjadřovat s kategoričkou jistotou“.<sup>328</sup> V trestním řízení však pouhá pravděpodobnost ani vysoká pravděpodobnost nestačí<sup>329</sup> a příčinná souvislost mezi zaviněným porušením lékařovy povinnosti a trestněprávně relevantním následkem by měla být vždy prokázána bez důvodných

---

<sup>324</sup> Zásada gradace příčinné souvislosti vychází z toho, že jednotlivé příčiny a podmínky nemají na způsobení následku stejný vliv. Například pro dokonání trestného činu vraždy bude mít větší význam jednání toho, kdo jiného usmrtí, nežli toho, kdo mu k tomu poskytne zbraň. Důležité je, aby jednání pachatele bylo z hlediska způsobení následku dostatečně významnou příčinou. In: ŠÁMAL, Pavel a kol. *Trestní právo hmotné*. 7. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2014, s. 137-145

<sup>325</sup> K otázce zavinění viz následující podkapitola 4.1.2.4 níže.

<sup>326</sup> K přerušení příčinné souvislosti dochází tehdy, když mezi jednání pachatele a následek vstoupí další vylučná a samostatná příčina, která způsobila následek bez ohledu na jednání pachatele, přičemž pachatel takový průběh nepředvídal, ani s ním nebyl srozuměn (v případě úmyslného jednání) / ani předvídat neměl a nemohl (v případě nedbalostního jednání). Například když pachatel A podá osobě X jed v úmyslu ji usmrtit, ale ještě než začne jed působit, zastřelí osobu X pachatel B (bez dorozumění s pachatelem A), v takovém případě spáchá pachatel B dokonatý trestný čin vraždy, zatímco pachatel A se svým jednáním dopustí pokusu trestného činu vraždy (viz § 21 TZ a § 140 TZ). In: ŠÁMAL, Pavel a kol. *Trestní právo hmotné*. 7. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2014, s. 137-145

<sup>327</sup> ŠÁMAL, Pavel a kol. *Trestní právo hmotné*. 7. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2014, s. 137-145

<sup>328</sup> STOLÍNOVÁ, Jitka; MACH, Jan. *Právní odpovědnost v medicíně*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 2010, s. 21

<sup>329</sup> Jednou ze základních zásad trestního řízení je tzv. zásada materiální pravdy, podle níž má být v trestním řízení zjištěn skutkový stav věci bez důvodných pochybností, v rozsahu, který je nezbytný pro rozhodnutí (§ 2 odst. 5 TR). V souvislosti s tím je třeba ještě zmínit další zásadu trestního řízení a sice zásadu presumpe nevinny, podle níž platí, že dokud pravomocným odsuzujícím rozsudkem soudu není vina vyslovena, nelze na toho, proti němuž se vede trestní řízení, hledět, jako by byl vinen (§ 2 odst. 2 TR). Nepodaří-li se vinu obviněného bezpečně prokázat, potom se vzhledem k tomu, že obviněný nemusí dokazovat svoji nevinu, uplatní zásada *in dubio pro reo*, neboli „v pochybnostech ve prospěch obviněného“. V rozhodovací praxi se výše uvedené uplatňuje tak, že nepodaří-li se rozptýlit pochybnosti o vině obviněného, vynese soud zprošťující rozsudek. Srov. JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo procesní*. 3. vydání. Praha: Leges, 2013, s. 139-160

pochybností. Nelze-li tedy v konkrétním případě prokázat, že bez lékařova pochybení by k úmrtí či poškození zdraví pacienta nedošlo, neměl by lékař být kriminalizován.<sup>330</sup>

#### 4.1.2.4 Zavinění

Posledním, avšak zcela zásadním předpokladem vzniku trestní odpovědnosti lékaře je zavinění. Ke vzniku trestní odpovědnosti totiž nestačí jen prokázat porušení právní povinnosti a vznik trestněprávně relevantního následku v příčinné souvislosti s tímto porušením, ale vždy musí být prokázáno též zavinění,<sup>331</sup> a to jak ve vztahu k porušení povinnosti, tak ve vztahu ke způsobenému následku.<sup>332</sup> Nezaviněné skutečnosti se nepřičítají, a proto platí, že není-li zavinění, není trestný čin ani trest (*nullum crimen sine dolus vel culpa*).<sup>333</sup>

Zavinění je jediným obligatorním znakem<sup>334</sup> subjektivní stránky trestného činu, která charakterizuje psychický vztah pachatele k trestnému činu.<sup>335</sup> J. Jelínek definuje zavinění jako „vnitřní (psychický) vztah člověka k určitým skutečnostem, jež zakládají trestný čin, ať již vytvořeným pachatelem nebo objektivně existujícím bez jeho přičinění již v době činu“.<sup>336</sup> Zavinění je založeno na složce vědění<sup>337</sup> a složce vůle<sup>338</sup>, na jejichž základě se rozlišují dvě základní formy zavinění, a to úmysl (*dolus*) a nedbalost (*culpa*), které se v závislosti na kombinaci uvedených složek ještě dále dělí na zavinění v úmyslu přímém a nepřímém a zavinění z nedbalosti vědomé a nevědomé. Úmysl zahrnuje složku vědění i složku vůle. V případě přímého úmyslu (*dolus directus*) pachatel **věděl**, že svým jednáním může porušit nebo ohrozit zákonem chráněný zájem

<sup>330</sup> Srov. STOLÍNOVÁ, Jitka; MACH, Jan. *Právní odpovědnost v medicíně. 2.*, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 2010, s. 21 a MACH, Jan. *Lékař a právo: Praktická příručka pro lékaře a zdravotníky. 1. vyd.* Praha: Grada, 2010, s. 49

<sup>331</sup> MACH, Jan. *Lékař a právo: Praktická příručka pro lékaře a zdravotníky. 1. vyd.* Praha: Grada, 2010, s. 51

<sup>332</sup> Zavinění se musí vztahovat v podstatě na všechny skutečnosti, které jsou znakem skutkové podstaty trestného činu. In: ŠÁMAL, Pavel a kol. *Trestní právo hmotné. 7. vyd.* Praha: Wolters Kluwer, 2014, s. 182

<sup>333</sup> ŠÁMAL, Pavel a kol. *Trestní právo hmotné. 7. vyd.* Praha: Wolters Kluwer, 2014, s. 179

<sup>334</sup> Fakultativními znaky jsou zejména pohnutka, cíl a záměr.

<sup>335</sup> ŠÁMAL, Pavel a kol. *Trestní právo hmotné. 7. vyd.* Praha: Wolters Kluwer, 2014, s. 179-180

<sup>336</sup> JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část. 5. vydání.* Praha: Leges, 2016, s. 222-223

<sup>337</sup> Intelektuální složka zahrnující vnímání objektivní reality i představu předmětů a jevů, které pachatel nemůže v daný okamžik vnímat, ale které vnímal dříve nebo k nimž dospěl úsudkem na základě svých znalostí a zkušeností. Srov. JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část. 5. vydání.* Praha: Leges, 2016, s. 224 a ŠÁMAL, Pavel a kol. *Trestní právo hmotné. 7. vyd.* Praha: Wolters Kluwer, 2014, s. 180-181

<sup>338</sup> Volní složka zavinění zahrnující chtění nebo srozumění. In: JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část. 5. vydání.* Praha: Leges, 2016, s. 225

**a chtěl** takové porušení nebo ohrožení způsobit.<sup>339</sup> O nepřímý úmysl (*dolus eventualis*) se jedná tehdy, když pachatel rovněž **věděl**, že svým jednáním může způsobit porušení nebo ohrožení chráněného zájmu, **a pro případ, že je způsobí, s tím byl srozuměn**, přičemž srozuměním se zde rozumí i smíření pachatele s tím, že způsobem uvedeným v trestním zákoně může porušit nebo ohrozit chráněný zájem.<sup>340</sup> Nedbalost naproti tomu obsahuje jen složku vědění. Vědomá nedbalost je dána tehdy, když pachatel **věděl**, že svým jednáním může způsobit porušení nebo ohrožení zákonem chráněného zájmu, **ale bez přiměřených důvodů spoléhal, že takové porušení nebo ohrožení nezpůsobí**.<sup>341</sup> Nedbalost nevědomá, je charakterizována tím, že pachatel ani **nevěděl**, že svým jednáním může způsobit porušení nebo ohrožení zákonem chráněného zájmu, ačkoli o tom vzhledem k okolnostem a ke svým osobním poměrům **vědět měl a mohl**.<sup>342</sup> Vedle výše uvedeného rozlišuje trestní zákoník ještě hrubou nedbalost (*culpa lata*), o níž se jedná tehdy, jestliže přístup pachatele k požadavku náležité opatrnosti svědčí o jeho zřejmé bezohlednosti k zájmům chráněným trestním zákonem.<sup>343</sup> Nejde však o další samostatnou formu zavinění, ale o vyšší stupeň intenzity nedbalosti (vědomé či nevědomé).<sup>344</sup> Trestní zákoník se k otázce požadované formy zavinění obecně vyjadřuje v ustanovení § 13 odst. 2, které stanoví, že „*k trestní odpovědnosti za trestný čin je třeba úmyslného zavinění, nestanoví-li trestní zákon výslovně, že postačí zavinění z nedbalosti*“.

Na tomto místě je nutno dodat, že v praxi často není rozlišení mezi jednotlivými formami zavinění vůbec jednoduché. Především hranice mezi nepřímým úmyslem a vědomou nedbalostí a mezi nevědomou nedbalostí a nezaviněným jednáním se téměř stírají.<sup>345</sup> Zejména v oblasti zdravotnictví je tak často například nesmírně složité rozlišit, které pochybení lékaře ještě představuje přípustné riziko jeho práce a které již naopak lze považovat za nedbalost.<sup>346</sup> D. Císařová v této souvislosti upozornila, že „*orgány činné v trestním řízení nemají představu o tom, jak zavinění v případech pochybení*

---

<sup>339</sup> § 15 odst. 1 písm. a) TZ

<sup>340</sup> § 15 odst. 1 písm. b) a odst. 2 TZ

<sup>341</sup> § 16 odst. 1 písm. a) TZ

<sup>342</sup> § 16 odst. 1 písm. b) TZ

<sup>343</sup> § 16 odst. 2 TZ

<sup>344</sup> JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část*. 5. vydání. Praha: Leges, 2016, s. 233-243

<sup>345</sup> Tamtéž, s. 244

<sup>346</sup> STOLÍNOVÁ, Jitka; MACH, Jan. *Právní odpovědnost v medicíně*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 2010, s. 22

*zdravotníků dokazovat*“.<sup>347</sup> Jak již bylo výše několikrát zmíněno, zásadním důkazem v těchto případech bývá znalecký posudek. Ačkoli význam znaleckých posudků bývá někdy zpochybňován, ať už z důvodů pochybností o odbornosti znalce, nebo o jeho objektivnosti, potenciálně narušitelné pocitem lékařské kolegiality, anebo argumentem, že není možné adekvátně zhodnotit lékařův postup za situace, kdy jsou již známy všechny souvislosti a důsledky takového postupu<sup>348</sup>, pravdou je, že dokazování ve sporech z oblasti zdravotnictví je nesmírně složité a bez znaleckých posudků se obejít nelze. V reakci na uvedenou kritiku lze tedy dle mého názoru spíše apelovat na vyšší pečlivost při přibírání znalců správné odbornosti a důslednost v posuzování všech rozhodných okolností a výhradně na základě informací, které měl lékař v době rozhodování k dispozici (ex ante).

Odborná literatura zabývající se otázkou trestní odpovědnosti ve zdravotnictví opakovaně uvádí, že v případech trestní odpovědnosti lékařů za usmrcení nebo ublížení na zdraví pacientů je nejčastější formou zavinění nedbalost, konkrétně nedbalost nevědomá, a že případy úmyslného zavinění jsou zde zcela výjimečné.<sup>349</sup> V případech ukončení léčby s následkem smrti pacienta, kdy k ukončení léčby dochází sice nikoli v úmyslu pacienta usmrtit, ale buďto v úmyslu respektovat jeho přání anebo v úmyslu dostát lékařské povinnosti „*primum non nocere*“ (především neškodit) a nezatěžovat pacienta marnou a neúčelnou léčbou, případně z obou uvedených důvodů, by měl být lékař srozuměn s tím, že svým jednáním spočívajícím v ukončení či nezahájení život zachraňující nebo udržující léčby způsobí smrt pacienta, a proto lze dle mého názoru očekávat, že by v takových případech bylo zavinění lékaře posouzeno jako úmyslné (pravděpodobně jako úmysl nepřímý). Vše by však samozřejmě záleželo na okolnostech konkrétního případu. V následující podkapitole budou představeny možné důvody beztrestnosti lékaře, na jejichž základě může být trestní odpovědnost lékaře za smrt pacienta způsobenou ukončením či nezahájením život zachraňující léčby vyloučena.

---

<sup>347</sup> CÍSAŘOVÁ, Dagmar. *Vyšetřování trestných činů ublížení na zdraví během léčebného procesu*. Zdravotnictví a právo. 2009, č. 11, s. 22

<sup>348</sup> Srov. STOLÍNOVÁ, Jitka; MACH, Jan. *Právní odpovědnost v medicíně*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 2010, s. 22

<sup>349</sup> Srov. MACH, Jan. *Lékař a právo: Praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, s. 52-54; STOLÍNOVÁ, Jitka; MACH, Jan. *Právní odpovědnost v medicíně*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 2010, s. 22 a RŮŽIČKA, Miroslav. *K některým otázkám trestní odpovědnosti ve zdravotnictví*. Zdravotnictví a právo. 2010, č. 3, s. 10

## 4.2 Okolnosti vylučující protiprávnost v případě ukončení léčby

Trestněprávní nauka obecně uznává, že za určitých zvláštních okolností postrádá čin jinak trestný zákonný znak protiprávnosti, a proto se navzdory naplnění ostatních znaků trestného činu v daném případě o trestný čin od počátku nejedná, a trestní odpovědnost za takový čin je tudíž vyloučena.<sup>350</sup> Zmíněné okolnosti, které zbavují pachatele činu jinak trestného trestní odpovědnosti, se označují jako okolnosti vylučující protiprávnost.<sup>351</sup> Trestní zákoník uvádí následujících pět okolností vylučujících protiprávnost: krajní nouze (§ 28 TZ), nutná obrana (§ 29 TZ), svolení poškozeného (§ 30 TZ), přípustné riziko (§ 31 TZ) a oprávněné použití zbraně (§ 32 TZ), přičemž v rámci úpravy institutu svolení poškozeného je navíc výslovně zmíněn i lékařský zákrok (§ 30 odst. 3 TZ). Nejedná se však o taxativní výčet, neboť protiprávnost je vyvozována i z mimotrestních právních norem, a proto nelze okolnosti vylučující protiprávnost omezovat jen na instituty uvedené v trestním zákoníku. Teorie i praxe trestního práva proto dovozuje další okolnosti vylučující protiprávnost, které bývají souhrnně označovány jako výkon práv a plnění povinností (řadí se sem i výkon společensky prospěšných povolání, spojených s určitou přípustnou mírou nebezpečí – např. typicky povolání lékaře<sup>352</sup>). Nutno dodat, že vzhledem k tomu, že analogie ve prospěch pachatele je v trestním právu dovolena, je analogické použití okolností vylučujících protiprávnost přípustné.<sup>353</sup>

V případě ukončení či nezahájení život zachraňující léčby není aplikace zmíněných okolností vylučujících protiprávnost nijak jednoduchou záležitostí. V úvahu přichází jen svolení poškozeného a výkon práv a plnění povinností<sup>354</sup>, avšak otázka

---

<sup>350</sup> ŠÁMAL, Pavel a kol. *Trestní právo hmotné*. 7. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2014, s. 209

<sup>351</sup> JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část*. 5. vydání. Praha: Leges, 2016, s. 256

<sup>352</sup> ŠÁMAL, Pavel a kol. *Trestní zákoník I. § 1 až 139. Komentář*. 2. vydání. Praha: C.H. Beck, 2012, s. 386-387

<sup>353</sup> Srov. ŠÁMAL, Pavel a kol. *Trestní právo hmotné*. 7. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2014, s. 209-211 a JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část*. 5. vydání. Praha: Leges, 2016, s. 256-281

<sup>354</sup> Pro úplnost nutno dodat, že v opačném případě, tedy v případě zahájení či pokračování v léčbě v rozporu s řádným nesouhlasem pacienta, by se lékař dle okolností konkrétního případu mohl vyvinít (ze spáchání některého z trestných činů proti právům na ochranu osobnosti) s odvoláním na krajní nouzi (okolnost vylučující protiprávnost dle § 28 TZ kdy čin jinak trestný, kterým někdo odvrací nebezpečí přímo hrožící zájmu chráněnému trestním zákonem, není trestným činem) s argumentací, že si nebyl jistý platností a vážností pacientova nesouhlasu s léčbou a v souladu se svým svědomím a povinností lékaře se za situace, kdy se pacient nacházel v kritickém stavu, rozhodl jednat v zájmu záchrany pacientova života. Osobně považuji spíše za nepravděpodobné, že by lékař byl v takovém případě uznán trestně odpovědným.



jejich uplatnění (zejména svolení poškozeného) na daný případ je poněkud komplikovaná.<sup>355</sup> Právní úprava svolení poškozeného obsažená v § 30 trestního zákoníku zní takto:

*„(1) Trestný čin nespáchá, kdo jedná na základě svolení osoby, jejíž zájmy, o nichž tato osoba může bez omezení oprávněně rozhodovat, jsou činem dotčeny.*

*(2) Svolení podle odstavce 1 musí být dáno předem nebo současně s jednáním osoby páchající čin jinak trestný, dobrovolně, určitě, vážně a srozumitelně; je-li takové svolení dáno až po spáchání činu, je pachatel beztrestný, mohl-li důvodně předpokládat, že osoba uvedená v odstavci 1 by tento souhlas jinak udělila vzhledem k okolnostem případu a svým poměrům.*

*(3) S výjimkou případů svolení k lékařským zákrokům, které jsou v době činu v souladu s právním řádem a poznatky lékařské vědy a praxe, nelze za svolení podle odstavce 1 považovat souhlas k ublížení na zdraví nebo usmrcení.“*

Z citované úpravy vyplývá, že svolení vylučující protiprávnost lze udělit výhradně k zásahům do takových zájmů, o nichž může poškozený sám a bez omezení oprávněně rozhodovat, aniž by zásahem byly dotčeny práva jiných osob nebo zájmy společnosti. Vzhledem k tomu je dle § 30 odst. 3 TZ souhlas poškozeného bezvýznamný u trestných činů proti životu a zdraví, neboť ochrana života a zdraví zde představuje celospolečenský zájem, překračující zájem jednotlivce, o němž je tento bez omezení oprávněně rozhodovat.<sup>356</sup> Výjimku představuje svolení k lékařským zákrokům, které jsou v době činu v souladu s právním řádem a poznatky lékařské vědy a praxe. Zde je však třeba upozornit na nevhodnost podřazení lékařského zákroku pod svolení poškozeného, neboť jak již bylo rozebráno v kapitole 2.1.2 výše, v určitých případech lze poskytovat zdravotní služby i bez souhlasu pacienta, a proto by dle mého názoru bylo vhodnější věnovat lékařskému zákroku samostatnou úpravu.<sup>357</sup> Otázky vzbuzuje i samotný pojem lékařský zákrok, a to především s ohledem na absenci jeho zákonné definice. Obávám se, že ukončení či nezahájení léčby nelze považovat za lékařský zákrok, ale spíše za

---

<sup>355</sup> Např. komentář k trestnímu zákoníku k otázce svolení poškozeného jakožto okolnosti vylučující protiprávnost uvádí, že připadá typicky v úvahu u trestných činů proti majetku. In: ŠÁMAL, Pavel a kol. *Trestní zákoník I. § 1 až 139. Komentář*. 2. vydání. Praha: C.H. Beck, 2012, s. 422

<sup>356</sup> ŠÁMAL, Pavel a kol. *Trestní zákoník I. § 1 až 139. Komentář*. 2. vydání. Praha: C.H. Beck, 2012, s. 422

<sup>357</sup> Srov. KREJČÍKOVÁ, Helena. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*. 1. vyd. Praha: Galén, 2014, s. 25 a ŠÁMAL, Pavel a kol. *Trestní zákoník I. § 1 až 139. Komentář*. 2. vydání. Praha: C.H. Beck, 2012, s. 425

jeho protiklad, a proto se domnívám, že i pokud by ukončení či nezahájení život zachraňující léčby bylo v souladu s právním řádem a poznatky lékařské vědy a praxe, bylo by uplatnění výjimky dle § 30 odst. 3 TZ v její současné podobě přinejmenším problematické. Na druhou stranu je ale třeba opět zdůraznit jednu ze základních zásad poskytování zdravotních služeb, zakotvenou nejen na vnitrostátní právní úrovni, ale i na úrovni mezinárodní, podle níž je nezbytnou podmínkou pro provedení jakéhokoli zákroku v oblasti zdravotní péče svobodný a informovaný souhlas pacienta. Dle mého názoru lze tedy teoreticky dojít k závěru, že může-li být okolností vylučující protiprávnost souhlas poškozeného s lékařským zákrokem (provedeným lege artis), v jehož důsledku může dojít k poškození jeho zdraví nebo usmrcení, měl by být analogicky, s ohledem na ustanovení § 28 odst. 1 zákona o zdravotních službách, čl. 5 Úmluvy o biomedicině a § 93 odst. 1 občanského zákoníku, zakotvující podmíněnost zásahu do tělesné integrity souhlasem dotčené osoby, za okolnost vylučující protiprávnost uznán i nesouhlas poškozeného s lékařským zákrokem, v důsledku jehož neposkytnutí může dojít k poškození jeho zdraví nebo usmrcení.

Pokud jde o výkon práv a plnění povinností (respektive výkon povolání lékaře) jako další možnou okolnost vylučující protiprávnost, do této skupiny lze dle mého názoru zařadit ukončování léčby jakožto postup lege artis, tedy z medicínských důvodů.<sup>358</sup>

Pro účely zdravotnického práva, zejména jde-li o natolik specifickou problematiku, jakou je ukončování a nezahajování život zachraňující či udržující léčby, nepovažuji výše představené pojetí za zcela vyhovující, a v rámci vyšší právní jistoty bych se přiklápěla k explicitnímu vymezení možných důvodů beztrestnosti lékaře při smrti pacienta způsobené ukončením léčby.<sup>359</sup> V této práci již byla otázce právních a medicínských důvodů ospravedlňujících ukončení léčby věnována kapitola č. 2, a proto na tomto místě možné důvody beztrestnosti lékaře již pouze stručně shrnu. Trestní odpovědnost lékaře za smrt pacienta, způsobenou nezahájením či ukončením léčby, může být vyloučena buďto na základě nesouhlasu pacienta s léčbou, vyjádřeného osobou způsobilou prostřednictvím řádného negativního reversu nebo dříve vysloveného přání, anebo z důvodu, že ukončení či nezahájení léčby představuje

---

<sup>358</sup> Více viz podkapitola 2.2 výše.

<sup>359</sup> Srov. KREJČÍKOVÁ, Helena. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*. 1. vyd. Praha: Galén, 2014, s. 25-41

v daném případě postup lege artis (např. je-li léčba kontraindikována z důvodu nepřiměřeného zatěžování pacienta v případě marné a neúčelné léčby). Vedle toho je třeba ještě jako další možný důvod zmínit 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, zakotvené v ustanovení § 50 odst. 1 písm. b) zákona o zdravotních službách, jež představuje zvláštní úpravu mající přednost před ust. § 150 odst. 2 TZ, které takovéto vyvinění neumožňuje.<sup>360</sup> Ve vztahu k nesouhlasu pacienta s léčbou jakožto důvodu beztrestnosti lékaře je třeba ještě na tomto místě znovu upozornit, že lékař není v současné době chráněn pacientovým nesouhlasem (případně odvoláním souhlasu) s léčbou uplatněným ve chvíli, kdy již byly započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušení by vedlo k aktivnímu způsobení smrti (dle důvodové zprávy k zákonu o zdravotních službách sem patří i odpojení od přístrojů).<sup>361</sup> V praxi si lze dle mého názoru představit následující vzorové příklady, v nichž by lékař neměl být trestně odpovědný za smrt pacienta, způsobenou nezahájením či ukončením léčby: nezahájení řádně odmítnuté přístrojové podpory, nezahájení či ukončení řádně odmítnuté chemoterapie (léčby zhoubného nádoru), nezahájení resuscitace u pacienta v terminálním stadiu nevyléčitelného onemocnění apod.

Nebudou-li podmínky beztrestnosti lékaře v konkrétním případě splněny (např. nebude-li ukončení léčby představovat postup lege artis nebo nebude-li podepřeno řádným informovaným nesouhlasem s léčbou či dříve vysloveným přáním pacienta) bude lékař při smrti pacienta způsobené ukončením či nezahájením léčby trestně odpovědný za spáchání některého z trestných činů proti životu a zdraví.<sup>362</sup> V následující podkapitole již budou představeny jednotlivé trestné činy, které mohou být ukončením či nezahájením život zachraňující či udržující léčby spáchány.

---

<sup>360</sup> KREJČÍKOVÁ, Helena. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*. 1. vyd. Praha: Galén, 2014, s. 26

<sup>361</sup> Srov. § 34 odst. 4 a § 36 odst. 5 písm. b) a d) ZOZS. Více viz podkapitola 3.4 výše.

<sup>362</sup> Vzhledem k tématu a možnostem této práce se v této části záměrně soustředím jen na otázku nezahájení a ukončení život zachraňující či udržující léčby a s tím související trestné činy proti životu a zdraví, a nikoli již na opačné případy pokračování či zahajování léčby v rozporu s pacientovým nesouhlasem a s tím související trestné činy proti právům na ochranu osobnosti, neboť se jedná domnívám, že trestní odpovědnost může být v podobných případech vyvozována spíše výjimečně, a navíc tyto případy ani nejsou primárním předmětem zájmu této práce.

### 4.3 Trestné činy

Ještě než přistoupím k představení konkrétních jednotlivých trestných činů, které lze spáchat ukončením či nezahájením život zachraňující či udržující léčby, dovolím si na tomto místě stručně uvést několik základních informací k samotnému institutu trestného činu. Trestní zákoník definuje trestný čin (dále též jen „TČ“) v § 13 odst. 1 jako „protiprávní čin, který trestní zákon<sup>363</sup> označuje za trestný a který vykazuje znaky uvedené v takovém zákoně“.<sup>364</sup> Dle § 14 TZ se trestné činy dělí na přečiny, jimiž jsou „všechny nedbalostní trestné činy a ty úmyslné trestné činy, na něž trestní zákon stanoví trest odnětí svobody s horní hranicí trestní sazby do pěti let“, a zločiny, které tvoří všechny trestné činy, které nejsou přečiny, tj. ty úmyslné trestné činy, na něž trestní zákon stanoví trest odnětí svobody s horní hranicí trestní sazby vyšší než pět let, přičemž za zvlášť závažné zločiny označuje trestní zákoník úmyslné trestné činy s horní hranicí trestní sazby trestu odnětí svobody nejméně deset let. Vedle toho ještě výkladové ustanovení § 111 TZ upřesňuje, že trestným činem se rozumí „jen čin soudně trestný, a pokud z jednotlivého ustanovení trestního zákona nevyplývá něco jiného, též příprava k trestnému činu<sup>365</sup>, pokus trestného činu<sup>366</sup>, organizátorství, návod a pomoc<sup>367</sup>“.

---

<sup>363</sup> Trestním zákonem se dle § 110 TZ rozumí nejen trestní zákoník (zák. č. 40/2009 Sb.), ale podle povahy věci též zákon č. 218/2003 Sb., o soudnictví ve věcech mládeže a zákon č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob. Dále v textu bude tedy pojem „trestní zákon“ používán v souladu s touto definicí.

<sup>364</sup> Trestný čin spáchaný mladistvým se dle § 6 odst. 1 zákona o soudnictví ve věcech mládeže nazývá provinění.

<sup>365</sup> Jedná se o jedno z vývojových stádií trestného činu, k nimž spolu s přípravou TČ patří dále pokus TČ (viz níže) a dokonání TČ. Přípravou se dle § 20 odst. 1 TZ rozumí jednání, které záleží v úmyslném vytváření podmínek pro spáchání zvlášť závažného zločinu, zejména v jeho organizování, opatřování nebo přizpůsobování prostředků nebo nástrojů k jeho spáchání, ve spolčení, srocení, v návodu nebo pomoci k takovému zločinu, přičemž takové jednání je trestněprávně relevantní přípravou jen tehdy, jestliže to trestní zákon u příslušného trestného činu výslovně stanoví a pokud nedošlo k pokusu ani dokonání zvlášť závažného zločinu. Typickým příkladem TČ, u něhož je trestná i příprava, je vražda (viz § 140 odst. 4 TZ). Pachateli se zásadně přičítá jen nejzávažnější forma, bližší dokonání. In: JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část*. 5. vydání. Praha: Leges, 2016, s. 282-284

<sup>366</sup> Další vývojové stadium (závažnější nežli příprava), které je v § 21 odst. 1 TZ definováno jako jednání, které bezprostředně směřuje k dokonání TČ a jehož se pachatel dopustil v úmyslu TČ spáchat, přičemž takovéto jednání je trestněprávně relevantním pokusem, jestliže nedošlo k dokonání TČ. Na rozdíl od přípravy je pokus trestný u všech úmyslných TČ (u nedbalostních TČ jsou příprava i pokus vyloučeny).

<sup>367</sup> Jedná se o úmyslné formy účastenství na TČ upravené v § 24 TZ. Organizátorem je ten, kdo spáchání TČ zosnoval nebo řídil. Návodcem je ten, kdo v jiném vzbudil rozhodnutí spáchat TČ. Pomocníkem je ten, kdo jinému umožnil nebo usnadnil spáchání TČ. Trestnost přípravy, pokusu a účastenství dle § 20 odst. 3, § 21 odst. 3 a 24 odst. 3 TZ zaniká, jestliže pachatel / účastník dobrovolně upustí od dalšího jednání směřujícího k spáchání zvlášť závažného zločinu (příprava) / k dokonání TČ (pokus) / od dalšího účastenství na TČ a odstraní nebezpečí, které vzniklo chráněnému zájmu nebo učiní o přípravě / pokusu / účastenství oznámení v době, kdy nebezpečí může být ještě odstraněno.

Z výše uvedené legální definice vyplývá, že k tomu, aby určité jednání bylo možné kvalifikovat jako trestný čin, musí být současně splněny následující podmínky: jednání musí být protiprávní, musí být trestním zákonem označeno za trestné a musí vykazovat znaky uvedené v trestním zákoně. Uvedený přístup se označuje jako tzv. formální pojetí trestného činu, jenž bylo v českém trestním právu zakotveno přijetím trestního zákoníku z roku 2009. Předchozí právní úprava zákona č. 140/1961 Sb. vycházela z tzv. materiálního pojetí trestného činu, podle něž nestačilo jen, aby určité jednání vykazovalo znaky uvedené v trestním zákoně (formální podmínka), ale zároveň musela být splněna podmínka společenské nebezpečnosti daného činu<sup>368</sup> (materiální podmínka).<sup>369</sup> Trestní zákoník z roku 2009 podmínku společenské nebezpečnosti do své definice trestného činu nepřevzal, a proto je současný přístup označován jako formální pojetí trestného činu. Toto na první pohled přísnější pojetí je však mírněno dvěma korektivy, a to jednak hmotněprávním korektivem v podobě zásady subsidiarity trestní represe<sup>370</sup>, podle níž lze trestní odpovědnost pachatele a trestněprávní důsledky s ní spojené uplatňovat jen v případech společensky škodlivých, ve kterých nepostačuje uplatnění odpovědnosti podle jiného právního předpisu<sup>371</sup>, a procesněprávním korektivem, který představuje zásada oportunitu, podle níž může státní zástupce zastavit trestní stíhání<sup>372</sup> nebo věc odložit před jeho zahájením<sup>373</sup> z důvodu neúčelnosti.<sup>374</sup>

Pokud jde o znaky uvedené v trestním zákoně, které musí protiprávní čin vykazovat, aby jej bylo možné kvalifikovat jako trestný čin, tyto znaky lze rozdělit na typové znaky, neboli znaky skutkové podstaty trestného činu, a obecné znaky trestného činu.<sup>375</sup> Typové znaky trestného činu vyjadřuje skutková podstata trestného činu, která je souhrnem objektivních a subjektivních znaků, které charakterizují jednotlivé trestné činy a navzájem je od sebe odlišují. Obligatorními znaky skutkové podstaty jsou objekt trestného činu (společenské vztahy, zájmy a hodnoty chráněné trestním právem, např. život a zdraví), objektivní stránka trestného činu (jednání, následek a příčinná

---

<sup>368</sup> Trestní zákon č. 140/1961 Sb. definoval trestný čin v § 3 odst. 1 jako „*pro společnost nebezpečný čin, jehož znaky jsou uvedeny v tomto zákoně*“.

<sup>369</sup> JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část*. 5. vydání. Praha: Leges, 2016, s. 139

<sup>370</sup> § 12 odst. 2 TZ

<sup>371</sup> Více o zásadě subsidiarity trestní represe viz podkapitola 4.1.1 výše.

<sup>372</sup> § 172 odst. 2 písm. c) TR

<sup>373</sup> § 159a odst. 4 TR

<sup>374</sup> JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část*. 5. vydání. Praha: Leges, 2016, s. 133

<sup>375</sup> Tamtéž, s. 138

souvislost), subjekt trestného činu (trestně odpovědná fyzická nebo právnická osoba, která trestný čin spáchala - pachatel) a subjektivní stránka trestného činu (psychický vztah pachatele k trestnému činu – jediným obligatorním znakem je zavinění, fakultativním znakem může být např. pohnutka). Fakultativními znaky skutkové podstaty jsou takové znaky, které se vyskytují jen u některých skutkových podstat a charakterizují například určitý prostředek spáchání trestného činu (např. zbraň), určitou dobu (např. za stavu živelní pohromy), určitou pohnutku (např. zvlášť zavržení hodná pohnutka) apod.<sup>376</sup> Obecné znaky trestného činu uvedené v zákoně jsou stejné pro všechny trestné činy a jsou jimi stanovený minimální věk (15 let) a přičetnost pachatele<sup>377</sup> a v případě mladistvých pachatelů rozumová a mravní vyspělost.<sup>378</sup>

Účelem výše uvedeného pojednání bylo alespoň stručně představit základy institutu trestného činu pro lepší pochopení dalšího textu a ačkoli jsem si vědoma toho, že by se toto téma dalo rozebrat podstatně podrobněji, věřím, že pro účely této práce a následujícího textu výše předložený krátký úvod k institutu trestného činu postačí. Nyní již tedy bude přistoupeno k pojednání o trestných činech, které může lékař spáchat ukončením či nezahájením život zachraňující či udržující léčby. Vzhledem k tomu, že se tato práce soustředí na případy úmyslného ukončení či nezahájení život zachraňující či udržující léčby lékařem<sup>379</sup>, jenž si je vzhledem k povaze své profese, svým znalostem a zkušenostem vědom toho, že svým jednáním může způsobit smrt pacienta (a pro případ, že ji způsobí, s tím je přinejmenším srozuměn), se domnívám, že ve zkoumaném případě usmrcení pacienta ukončením či nezahájením léčby přichází nejčastěji v úvahu posouzení uvedeného činu jako trestného činu vraždy, zabití nebo účasti na sebevraždě, případně neposkytnutí pomoci.<sup>380</sup>

---

<sup>376</sup> JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část*. 5. vydání. Praha: Leges, 2016, s. 162-166

<sup>377</sup> § 25 - 27 TZ

<sup>378</sup> JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část*. 5. vydání. Praha: Leges, 2016, s. 138

<sup>379</sup> Nikoliv na případy nedbalostního usmrcení, kdy by pacient zemřel například v důsledku srdeční zástavy, při které nebyla zahájena resuscitace např. proto, že zdravotnický personál v danou chvíli slavil příchod nového roku a pacienty ponechal na chvíli bez dozoru.

<sup>380</sup> Trestní odpovědnost za neposkytnutí pomoci však přichází v případě pacientovy smrti v úvahu jen tehdy, nebyl-li lékař v postavení garanta, tj. neměl-li zvláštní povinnost konat dle § 112 TZ (nebyl-li ve službě). K tomu více viz podkapitola 4.3.4 níže.

### 4.3.1 Vražda

Trestný čin vraždy je nejzávažnějším a nejpřísněji postihovaným trestným činem proti životu, což je patrné i z jeho systematického zařazení jakožto prvního z trestných činů proti životu upravených v Dílu 1 Hlavy I (věnované trestným činům proti životu a zdraví) zvláštní části trestního zákoníku. Objektem trestného činu vraždy je lidský život. Předmětem útoku může být jen živý člověk, kterým je člověk od chvíle, kdy přestane být lidským plodem (tj. od začátku porodu), až do okamžiku biologické smrti mozku.<sup>381</sup> Objektivní stránka tohoto trestného činu je charakterizována usmrcením člověka, jímž se rozumí jakékoli zbavení života, a které lze spáchat jak konáním, tak i opomenutím zvláštní povinnosti konat (§ 112 TZ – zvláštní povinnost konat má typicky např. lékař ve službě). Subjektivní stránkou trestného činu vraždy je úmyslné zavinění.<sup>382</sup> Pachatelem trestného činu vraždy může být kterákoli fyzická osoba a dle nově přijaté novely<sup>383</sup> zákona o trestní odpovědnosti právnických osob, která by měla být účinná od 1.12.2016, bude moci být nově pachatelem trestného činu vraždy i právnická osoba (více viz podkapitola 4.4 níže).<sup>384</sup>

Právní úprava trestného činu vraždy je zakotvena v ustanovení § 140 TZ, jehož první dva odstavce v závislosti na míře úmyslného způsobení následku rozlišují mezi **vraždou prostou** (§ 140 odst. 1 TZ) a tzv. **premeditativní vraždou**<sup>385</sup>, spáchanou s rozmyslem nebo po předchozím uvážení (§ 140 odst. 2 TZ).<sup>386</sup>

Vražda prostá je ve vztahu k premeditativní vraždě jakožto závažnějšímu typu úmyslného usmrcení i vůči zabití (§ 141 TZ) jakožto méně závažnému případu úmyslného usmrcení (více viz níže) vymezena negativně, jako úmyslné usmrcení jiného, které nebylo spácháno po předchozím uvážení ani s rozmyslem a zároveň však

<sup>381</sup> V souladu s poznatky lékařské vědy nastává smrt člověka v okamžiku biologické smrti mozku, za níž se považuje nezvratná ztráta funkce celého mozku, včetně mozkového kmene. Zásadní význam má určení smrti mozku v případech umělého udržování základních životních funkcí. In: ŠÁMAL, Pavel a kol. *Trestní zákoník II. § 140 až 421. Komentář*. 2. vydání. Praha: C.H. Beck, 2012, s. 1460-1461

<sup>382</sup> Pachatel trestného činu vraždy ví, že svým jednáním může způsobit smrt člověka a buďto takový následek přímo chce způsobit, anebo je s ním alespoň srozuměn.

<sup>383</sup> Zákon č. 183/2016 Sb.

<sup>384</sup> ŠÁMAL, Pavel a kol. *Trestní zákoník II. § 140 až 421. Komentář*. 2. vydání. Praha: C.H. Beck, 2012, s. 1457-1465

<sup>385</sup> J. Hořák definuje premeditaci jako „*myšlenkovou činnost pachatele, spočívající v hodnocení protichůdných motivací, která předchází a podmiňuje jeho rozhodnutí spáchat trestný čin, popř. i rozhodnutí spáchat jej určitým způsobem*“. In: HOŘÁK, Jaromír. *Trestněprávní a kriminologické aspekty vražd*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2011, Prameny a nové proudy právní vědy. s. 141

<sup>386</sup> JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část*. 5. vydání. Praha: Leges, 2016, s. 532-533

pachatel nejednal ani v silném rozrušení z omluvitelného hnutí mysli anebo v důsledku předchozího zavrženíhodného jednání poškozeného. Lze tedy říci, že vraždu prostou ve smyslu § 140 odst. 1 TZ spáchá ten, „*kdo jiného úmyslně usmrtí*“ spontánně (v náhlém hnutí mysli). Za spáchání trestného činu vraždy dle § 140 odst. 1 ukládá trestní zákoník trest odnětí svobody na deset až osmnáct let.<sup>387</sup>

Premeditativní vraždu spáchá dle § 140 odst. 2 TZ ten, „*kdo jiného úmyslně usmrtí s rozmyslem nebo po předchozím uvážení*“, přičemž vzhledem k vyšší závažnosti<sup>388</sup> premeditativní vraždy ukládá trestní zákoník za její spáchání i vyšší trest, a to odnětí svobody na dvanáct až dvacet let. Ohledně vztahu mezi vraždou prostou a vraždou premeditativní panují nejasnosti. Ačkoli je totiž premeditativní vražda v § 140 odst. 2 TZ formulována jako samostatná skutková podstata, dle trestněprávní teorie se obsahově jedná spíše o kvalifikovanou skutkovou podstatu, neboť v porovnání s úpravou obsaženou v § 140 odst. 1 TZ obsahuje navíc pouze znak premeditace, který zvyšuje závažnost činu, ale nemění jeho základní povahu. Rozhodně však lze říci, že ustanovení § 140 odst. 2 TZ o vraždě premeditativní je ve vztahu speciality k ustanovení § 140 odst. 1 TZ o vraždě prosté.<sup>389</sup> Pokud jde o formy premeditace, trestní zákoník v ustanovení § 140 odst. 2 rozeznává rozmysl a předchozí uvážení. Rozmysl představuje proces „*rozhodování a racionálního vyhodnocování situace pachatelem, který se odehrává bezprostředně před činem, a který alespoň do určitého momentu trestné jednání provází*.“<sup>390</sup> Dle důvodové zprávy „*může jít i o velmi krátkou úvahu, při níž pachatel jedná uváženě, ale nikoli po předchozím uvážení*“.<sup>391</sup> Pachatel jednající s rozmyslem „*zvážil zásadní pro a proti a uvědomil si hlavní možné důsledky svého činu (...) avšak na rozdíl od předchozího uvážení tu chybí fáze plánování*“, neboť

---

<sup>387</sup> JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část*. 5. vydání. Praha: Leges, 2016, s. 532

<sup>388</sup> Vyšší závažnost je zde dána tím, že rozhodnutí pachatele k útoku nebylo zkratkovité, ale naopak „*vzniklo na základě zralejší rozumové úvahy, takže lze předpokládat, že odráží skutečný a dlouhodobý postoj pachatele k chráněnému zájmu, jistou otrlost, neúctu a lhostejnost k lidskému životu*“. In: HOŘÁK, Jaromír. *Trestněprávní a kriminologické aspekty vražd*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2011, Prameny a nové proudy právní vědy. s. 193

<sup>389</sup> Srov. HOŘÁK, Jaromír. *Trestněprávní a kriminologické aspekty vražd*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2011, Prameny a nové proudy právní vědy. s. 198-199, JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část*. 5. vydání. Praha: Leges, 2016, s. 533 a ŠÁMAL, Pavel a kol. *Trestní zákoník II. § 140 až 421. Komentář*. 2. vydání. Praha: C.H. Beck, 2012, s. 1465

<sup>390</sup> HOŘÁK, Jaromír. *Trestněprávní a kriminologické aspekty vražd*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2011, Prameny a nové proudy právní vědy. s. 194

<sup>391</sup> Tamtéž



tuto rozumovou volbu prostředků a způsobů dosažení zamýšleného cíle činí „za pochodu“.<sup>392</sup> Naproti tomu předchozí uvážení je charakterizováno situací, „kdy pachatel předem, tj. před spácháním činu, zváží rozhodující okolnosti a čin si z hlediska jeho provedení tzv. naplánuje“ a rozhodnutí spáchat trestný čin se tedy v tomto případě formuje s jistým časovým odstupem od samotného spáchání trestného činu, přičemž dle důvodové zprávy se předchozí uvážení nevztahuje pouze na rozhodnutí spáchat trestný čin, ale i na prostředky a způsob jeho provedení.<sup>393</sup>

V ustanovení § 140 odst. 3 TZ je dále upraven katalog okolností podmiňujících použití vyšší trestní sazby, který se vztahuje k oběma zmíněným typům vraždy, přičemž oproti § 140 odst. 1 a 2 nejsou v tomto ustanovení uvedeny rozdílné trestní sazby pro vraždu prostou a premeditativní, a oba typy vraždy jsou tedy v případě, že jsou spáchány za uvedených okolností, trestány stejně, a to odnětím svobody na patnáct až dvacet let nebo výjimečným trestem, jímž se dle § 54 odst. 1 TZ rozumí jednak trest odnětí svobody nad dvacet až do třiceti let, jednak trest odnětí svobody na doživotí.<sup>394</sup> Okolnosti podmiňující použití této vyšší trestní sazby dle § 140 odst. 3 TZ lze rozdělit do následujících 4 skupin: těžší následek (vražda spáchaná na dvou nebo více osobách<sup>395</sup>), ochrana více ohrožených osob (vražda spáchaná na těhotné ženě; na dítěti mladším 15 let; na úřední osobě při výkonu nebo pro výkon její pravomoci; na svědkovi, znalci nebo tlumočnickovi v souvislosti s výkonem jejich povinnosti; na zdravotnickém pracovníkovi při výkonu zdravotnického zaměstnání nebo povolání směřujícího k záchraně života nebo ochraně zdraví, nebo na jiném, který plnil svoji obdobnou povinnost při ochraně života, zdraví nebo majetku vyplývající z jeho zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce nebo uloženou mu podle zákona; na jiném pro jeho skutečnou nebo domnělou rasu, příslušnost k etnické skupině, národnost, politické přesvědčení, vyznání nebo proto, že je skutečně nebo domněle bez vyznání<sup>396</sup>), závažný způsob spáchání činu (opětovně; zvláště surovým nebo trýznivým způsobem<sup>397</sup>) a zavrženíhodná pohnutka (v úmyslu získat pro sebe nebo pro jiného majetkový

---

<sup>392</sup> HOŘÁK, Jaromír. *Trestněprávní a kriminologické aspekty vražd*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2011, Prameny a nové proudy právní vědy. s. 194

<sup>393</sup> Tamtéž, s. 193-194

<sup>394</sup> JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část*. 5. vydání. Praha: Leges, 2016, s. 539

<sup>395</sup> § 140 odst. 3 písm. a) TZ

<sup>396</sup> § 140 odst. 3 písm. a) až g) TZ

<sup>397</sup> § 140 odst. 3 písm. h) až i) TZ

prospěch nebo ve snaze zakrýt nebo usnadnit jiný trestný čin nebo z jiné zavrženíhodné pohnutky<sup>398</sup>).<sup>399</sup>

Poslední (čtvrtý) odstavec ustanovení § 140 TZ upravujícího trestný čin vraždy stanoví, že příprava tohoto trestného činu je trestná.<sup>400</sup> Nutno však dodat, že o přípravě trestného činu vraždy lze z logiky věci uvažovat jen v případě vraždy spáchané s rozmyslem nebo po předchozím uvážení, nikoli v případě vraždy prosté, spáchané v náhlém hnutí mysli.

V případě úmyslného ukončení či nezahájení život zachraňující či udržující léčby lékařem<sup>401</sup>, v němž nejsou splněny důvody beztrestnosti lékaře<sup>402</sup>, a v jehož důsledku pacient zemře, se lékař dopustí úmyslného<sup>403</sup> usmrcení jiného a může být tedy obviněn ze spáchání trestného činu vraždy.<sup>404</sup> Navíc s ohledem na lékařovo postavení garanta měl lékař zvláštní povinnost konat dle § 112, a proto i v případě, že jeho jednání spočívalo v opomenutí takového konání (např. nezahájení resuscitace), bude trestně odpovědný za následek, tj. za smrt pacienta, a nikoli za méně závažný trestný čin neposkytnutí pomoci dle § 150 TZ (viz podkapitola 4.3.4 níže). V úvahu zde přicházejí oba typy vraždy. Například k nezahájení resuscitace může dojít v náhlém hnutí mysli např. proto, že vzhledem k pacientovu zdravotnímu stavu vnímá lékař v daný okamžik ponechání pacienta zemřít jako vysvobození z jeho utrpení. Naproti tomu například v případě ukončení přístrojové podpory, kterou by lékař nějaký čas zvažoval, případně s pacientem projednával, by se jednalo spíše o vraždu premeditativní. V každém případě však bude soud při stanovení druhu a výměry trestu přihlížet k povaze a závažnosti spáchaného trestného činu (§ 39 odst. 1 TZ), která je určována mimo jiné způsobem

---

<sup>398</sup> § 140 odst. 3 písm. j) TZ

<sup>399</sup> JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část.* 5. vydání. Praha: Leges, 2016, s. 539-540

<sup>400</sup> Jedná se o zvláště závažný zločin ve smyslu § 14 odst. 3 TZ, jehož příprava je trestná na základě § 20 odst. 1 TZ a § 140 odst. 4 TZ.

<sup>401</sup> Mám zde na mysli lékaře ve službě, který má zvláštní povinnost konat ve smyslu § 112 TZ, a je tedy v postavení garanta.

<sup>402</sup> Typicky není-li ukončení či nezahájení léčby kryto řádným a relevantním informovaným nesouhlasem nebo dříve vyslovením přání pacienta (v současné době např. není lékař chráněn pacientovým odmítnutím již započaté přístrojové podpory) anebo představuje-li ukončení léčby non-lege artis postup (např. proto, že ukončovaná léčba by navzdory lékařovu názoru mohla mít pro pacienta přínos).

<sup>403</sup> Lékař musel vzhledem ke svým znalostem vědět, že uvedeným jednáním může způsobit smrt pacienta, a i kdyby tento následek přímo způsobit nechtěl, pro případ, že jej způsobí, s tím musel být alespoň srozuměn.

<sup>404</sup> Případně může být čin dle okolností daného případu kvalifikován jako zabití dle § 141 TZ (více viz podkapitola 4.3.2 níže). Lze si i představit případy, kdy by nezahájení život zachraňující léčby mohlo být posouzeno jako účast na sebevraždě dle § 144 TZ (více viz podkapitola 4.3.3 níže).

provedení činu, okolnostmi za kterých byl čin spáchán, osobou pachatele, jeho pohnutkou, atd. (§ 39 odst. 2 TZ), a dále též např. k polehčujícím okolnostem (§ 39 odst. 3 TZ), kterými mohou být v daném případě skutečnost, že lékař vedl před spácháním trestného činu řádný život (§ 41 písm. o) TZ) nebo skutečnost, že trestný čin spáchal překročením mezí okolnosti vylučující protiprávnost (§ 41 písm. g) TZ). Dle mého názoru se tedy lze domnívat, že pokud by lékař byl uznán vinným ze spáchání trestného činu vraždy například v případě usmrcení nevléčitelně nemocného pacienta ukončením či nezahájením léčby, mohl by soud vzhledem k okolnostem daného případu s velkou pravděpodobností přistoupit k mimořádnému snížení trestu odnětí svobody pod dolní hranici trestní sazby dle § 58 TZ.

### 4.3.2 Zabití

V závislosti na okolnostech konkrétního případu by mohlo být usmrcení pacienta ukončením či nezahájením život zachraňující či udržující léčby kvalifikováno jako trestný čin zabití, namísto trestného činu vraždy. Trestný čin zabití, který J. Hořák označuje jako tzv. afektdelikt<sup>405</sup>, je zakotven v ustanovení § 141 TZ a představuje privilegovanou skutkovou podstatu<sup>406</sup> úmyslného usmrcení jiného, která postihuje nižším trestem případy úmyslného usmrcení spáchané v silném rozrušení ze strachu, úleku, zmatku nebo jiného omluvitelného hnutí mysli anebo v důsledku předchozího zavrženíhodného jednání poškozeného. Spáchání uvedeného činu má být dle ust. § 141 odst. 1 TZ trestáno trestem odnětí svobody na tři léta až deset let, přičemž v případě spáchání činu na dvou nebo více osobách, těhotné ženě, nebo dítěti mladším patnácti let ukládá trestní zákoník v § 141 odst. 2 vyšší trest, a to odnětí svobody na pět až patnáct let. Stejně jako u trestného činu vraždy, i u trestného činu zabití je objektem lidský život, objektivní stránka je charakterizována usmrcením člověka, subjektivní stránkou je úmyslné zavinění, avšak na rozdíl od vraždy může být pachatelem trestného činu

---

<sup>405</sup> „Násilný trestný čin, který byl motivován mimořádně silným, ne však patologickým, a zároveň vzhledem k okolnostem do jisté míry sociálně-eticky pochopitelným emocionálním stavem pachatele.“ In: HOŘÁK, Jaromír. *Trestněprávní a kriminologické aspekty vražd*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2011, Prameny a nové proudy právní vědy. s. 222

<sup>406</sup> Privilegovaná skutková podstata charakterizuje trestný čin menší závažnosti než skutková podstata základní. Zohledňuje přítomnost okolností snižujících nebezpečnost činu pro společnost. Vůči základní skutkové podstatě je privilegovaná skutková podstata ve vztahu speciality. In: JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část*. 5. vydání. Praha: Leges, 2016, s. 167-168

zabití jen kterákoli fyzická osoba (nikoli osoba právnická<sup>407</sup>) a usmrcení musí být spácháno v silném rozrušení ze strachu, úleku, zmatku nebo jiného omluvitelného hnutí mysli anebo v důsledku předchozího zavrženíhodného jednání poškozeného.<sup>408</sup>

Z výše uvedeného je patrné, že základním předpokladem pro kvalifikaci úmyslného usmrcení jiného jako trestného činu zabití je spáchání činu v silném rozrušení z omluvitelného hnutí mysli anebo v důsledku předchozího zavrženíhodného jednání poškozeného. Silným rozrušením je dle judikatury „*duševní stav, v němž pachatel jak vnitřně, tak zpravidla i navenek vykazuje značné emoční vzrušení či neklid, které ovlivňují jeho další jednání a projevují se v průběhu činu, a to bez ohledu na okolnost, zda se na takovém rozrušení podílí též nervová labilita či přímo duševní porucha pachatele (tzv. psychická predispozice), anebo jestli je příčinou silného rozrušení pouze vlastní strach, úlek, zmatek nebo jiné omluvitelné hnutí mysli pachatele. (...) K tomu, aby se mohlo jednat o stav silného rozrušení pachatele trestného činu zabití ve smyslu § 141 odst. 1 TrZ, tedy musí být nějaký mimořádně intenzivní podnět, který by jej mohl vyvolat.*“<sup>409</sup> Pokud jde o omluvitelná hnutí mysli, která jsou způsobilá vyvolat silné rozrušení ve smyslu § 141 odst. 1 TZ, jejich výčet uvedený v ustanovení § 141 odst. 1 TZ je demonstrativní, přičemž dle komentáře k trestnímu zákoníku<sup>410</sup> může být „jiným omluvitelným hnutím mysli“ např. i soucit.<sup>411</sup>

Lze si tedy představit, že jiným omluvitelným hnutím mysli, které by mohlo vyvolat silné rozrušení ve smyslu § 141 odst. 1 TZ, by mohl být např. soucit lékaře s utrpením těžce nemocného pacienta, pod jehož vlivem lékař úmyslně ukončí či nezahájí život zachraňující či udržující léčbu s cílem způsobit pacientovu smrt a ukončit tím jeho utrpení.<sup>412</sup> V komentáři k trestnímu zákoníku se v této souvislosti uvádí, že: „*Život je chráněn i v době, kdy osoba, o níž se jedná, je nevléčitelně smrtelně nemocná*

---

<sup>407</sup> Ani dle nově přijatého zákona č. 183/2016 Sb., novelizujícího zákon o trestní odpovědnosti právnických osob, nemůže být pachatelem trestného činu zabití právnická osoba. K tomu více viz podkapitola 4.4 níže.

<sup>408</sup> ŠÁMAL, Pavel a kol. *Trestní zákoník II. § 140 až 421. Komentář*. 2. vydání. Praha: C.H. Beck, 2012, s. 1489-1493

<sup>409</sup> Rozhodnutí publikované ve Sbírce soudních rozhodnutí a stanovisek pod č. R 14/2011. In: ŠÁMAL, Pavel a kol. *Trestní zákoník II. § 140 až 421. Komentář*. 2. vydání. Praha: C.H. Beck, 2012, s. 1494-1495

<sup>410</sup> ŠÁMAL, Pavel a kol. *Trestní zákoník II. § 140 až 421. Komentář*. 2. vydání. Praha: C.H. Beck, 2012, s. 1492

<sup>411</sup> V případě usmrcení pacienta ukončením či nezahájením léčby lékařem je dle mého názoru soucit nejpravděpodobnějším příkladem možného omluvitelného hnutí mysli.

<sup>412</sup> Takovéto jednání bývá v odborné literatuře označováno jako pasivní euthanasie, ať už vyžádaná či nevyžádaná (více viz podkapitola 1.4.2 výše).

nebo je smrtelně zraněná a její smrt je již neodvratná, byť ještě např. spojená s dlouhodobým utrpením při umírání. Z tohoto důvodu je trestný i útok na život takové osoby, a to i z důvodů tzv. euthanasie. V těchto případech je však třeba pečlivě vážit, zda jde o trestný čin zabití, který vyžaduje, aby pachatel jednal v silném rozrušení z omluvitelného hnutí mysli, kam by s přihlédnutím k okolnostem případu bylo možno zahrnout také soucit s trpícím umírajícím, anebo zda jsou splněny podmínky pro posouzení takového jednání jako trestného činu vraždy podle § 140.<sup>413</sup> J. Hořák k soucitu jakožto možnému jinému omluvitelnému hnutí mysli podle § 141 TZ uvádí, že považuje za nejisté, „zda by ust. § 141 mohlo být eventuálně aplikováno na usmrcení na žádost či dokonce na involuntární usmrcení ze soucitu. (...) Podle nové české úpravy by takový soucit pachatele s obětí musel mít charakter silného rozrušení. V úvahu tu přicházejí spíše spontánní reakce pachatele na psychickou zátěž.“<sup>414</sup> V této souvislosti se však nabízí otázka, lze-li vůbec argumentaci soucitu jakožto omluvitelného hnutí mysli způsobilého vyvolat silné rozrušení ve smyslu § 141 odst. 1 TZ použít v případě lékaře – profesionála, který se s utrpením a smrtí pacientů setkává každý den. Osobně se domnívám, že nebude-li v konkrétním případě lékař k pacientovi ve vztahu bližším nežli profesionálním (např. nepůjde-li o lékařova kolegu, přítele či osobu blízkou), bude relevantnost argumentace silným rozrušením z nešťastnosti pacientova stavu značně diskutabilní. Na druhou stranu si jistě lze představit, že i u lékaře může vyvolat silné rozrušení např. pohled na trpící nevyлéčitelně nemocné dítě, zejm. je-li lékař sám rodičem. Je tedy nutno dodat, že okolnosti, za nichž pachatelovo jednání může či nemůže být relevantně ovlivněno silným rozrušením, nelze zobecňovat, neboť každý případ je třeba posuzovat individuálně, a není tedy možné dopředu předjímat, za jakých okolností bude usmrcení pacienta protiprávním ukončením či nezahájením léčby posouzeno jako trestný čin vraždy, nebo kdy budou naopak splněny podmínky pro posouzení tohoto jednání jako trestného činu zabití.

---

<sup>413</sup> ŠÁMAL, Pavel a kol. *Trestní zákoník II. § 140 až 421. Komentář*. 2. vydání. Praha: C.H. Beck, 2012, s. 1490

<sup>414</sup> HOŘÁK, Jaromír. *Trestněprávní a kriminologické aspekty vražd*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2011, Prameny a nové proudy právní vědy. s. 207-208

### 4.3.3 Účast na sebevraždě

Další trestný čin, jehož znaky mohou být naplněny ukončením či nezahájením život zachraňující či udržující léčby, je trestný čin účasti na sebevraždě, který je upraven v § 144 TZ. Podle ustanovení § 144 odst. 1 TZ spáchá trestný čin účasti na sebevraždě ten, „*kdo jiného pohne k sebevraždě nebo jinému k sebevraždě pomáhá*“, přičemž takové jednání je trestné tehdy, „*došlo-li alespoň k pokusu sebevraždy*“. Za spáchání uvedeného činu ukládá citované ustanovení trest odnětí svobody až na tři léta. Pokud však bude čin spáchán na dítěti nebo na těhotné ženě, ukládá § 144 odst. 2 TZ odnětí svobody na dvě léta až osm let. Nejprísnější postih pak ukládá § 144 odst. 3 TZ v případě spáchání uvedeného činu na dítěti mladším patnácti let nebo na osobě stížené duševní poruchou, a to odnětí svobody na pět až dvanáct let. Objektem tohoto trestného činu je (stejně jako u trestných činů vraždy a zabití) lidský život. Objektivní stránka trestného činu účasti na sebevraždě je charakterizována pohnutím nebo pomocí jinému k sebevraždě. Ačkoli se toto jednání podobá návodu nebo pomoci jakožto formám účastenství na trestném činu dle § 24 odst. 1 písm. b) a c) TZ, o účastenství se nejedná, neboť pokus sebevraždy ani dokonaná sebevražda není trestným činem, a proto je pohnutí a pomoc jinému k sebevraždě vnímáno jako pachatelství. Subjektivní stránkou tohoto trestného činu je opět úmyslné zavinění a pachatelem může být kterákoli fyzická osoba, nikoli však právnická osoba<sup>415 416</sup>.

Pohnutím jiného k sebevraždě se dle komentáře k trestnímu zákoníku rozumí „*jakékoli jednání, které je způsobilé vyvolat v jiné osobě (sebevrahovi) rozhodnutí sáhnout si na život. Může jít o přemlouvání, poučení o možnosti spáchat sebevraždu, ale i schvalování sebevraždy jiné osoby, pokud jí má být vzbuzeno rozhodnutí konkrétní osoby spáchat sebevraždu. Může jít i o zlé zacházení, týrání nebo vyvolávání depresivních stavů v úmyslu, aby tím byla jiná osoba pohnuta k sebevraždě.*“<sup>417</sup> V každém případě musí pachatel jednat v úmyslu pohnout jiného k sebevraždě. Nutno však dodat, že pokud by pachatel jiného fyzickým násilím nebo psychickým nátlakem

---

<sup>415</sup> Podobně jako v případě TČ zabití, i u TČ účasti na sebevraždě zůstává nadále (i po přijetí výše zmiňované novely zákona o trestní odpovědnosti právnických osob) trestní odpovědnost právnických osob za tento čin vyloučena. Viz podkapitola 4.4 níže.

<sup>416</sup> ŠÁMAL, Pavel a kol. *Trestní zákoník II. § 140 až 421. Komentář*. 2. vydání. Praha: C.H. Beck, 2012, s. 1522-1524

<sup>417</sup> Tamtéž s. 1523

donutil spáchat sebevraždu, mohlo by to být posouzeno jako trestný čin vraždy dle § 140 odst. 1 nebo 2.<sup>418</sup>

Naproti tomu pomocí jinému k sebevraždě se dle komentáře k trestnímu zákoníku rozumí „*umožnění nebo usnadnění jinému spáchání sebevraždy*“.<sup>419</sup> Může se jednat o pomoc fyzickou (např. opatření prostředků ke spáchání sebevraždy, odstranění překážek apod.) i pomoc psychickou (např. radu, utvrzování v přesvědčení spáchat sebevraždu apod.).<sup>420</sup>

V případě způsobení smrti pacienta ukončením či nezahájením léčby lékařem přichází účast na sebevraždě nejčastěji v úvahu ve formě pomoci k sebevraždě. Typicky si lze představit situaci, kdy je lékař přivolán k pokusu o sebevraždu a nalezne nehybného pacienta společně se vzkazem, že pacient nechce být v žádném případě oživován, neboť si přeje zemřít. Lékař je v takovém případě povinen poskytnout pomoc<sup>421</sup>, a to i tehdy, došlo-li již vzhledem k době, která od srdeční a dechové zástavy uplynula, k nenávratnému poškození mozku pacienta. Pokud se tedy lékař v takové situaci rozhodne resuscitaci nezahájit, vystavuje se tím riziku, že bude jeho jednání posouzeno jako trestný čin účasti na sebevraždě.<sup>422</sup>

#### 4.3.4 Neposkytnutí pomoci

V souvislosti s problematikou ukončování a nezahajování život zachraňující léčby bývá zmiňován i trestný čin neposkytnutí pomoci. Ten je zakotven v § 150 TZ, který obsahuje dvě samostatné základní skutkové podstaty. Ustanovení § 150 odst. 1 TZ upravuje povinnost poskytnout pomoc, kterou má každý člověk: „*Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo jiného vážného onemocnění, neposkytne potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.*“ Naproti tomu ustanovení § 150 odst. 2 TZ, které je speciální ve vztahu k § 150 odst. 1 TZ, se týká povinnosti vyplývající z povahy zaměstnání, kterou má typicky např. lékař: „*Kdo osobě, která je*

---

<sup>418</sup> ŠÁMAL, Pavel a kol. *Trestní zákoník II. § 140 až 421. Komentář*. 2. vydání. Praha: C.H. Beck, 2012, s. 1523

<sup>419</sup> Tamtéž

<sup>420</sup> Tamtéž

<sup>421</sup> Je-li lékař ve službě, má dokonce dle § 112 TZ zvláštní povinnost konat a v případě opomenutí této povinnosti bude trestně odpovědný za následek takového jednání (smrt pacienta), tedy za trestný čin poruchový (v daném případě účast na sebevraždě), nikoli za ohrožovací trestný čin neposkytnutí pomoci.

<sup>422</sup> CÍSAŘOVÁ, Dagmar et al. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: Monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010, s. 10

*v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo vážného onemocnění, neposkytne potřebnou pomoc, ač je podle povahy svého zaměstnání povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti.“* Vzhledem k tomu, že se tato práce soustředí na ukončení a nezahájení léčby lékařem, v úvahu zde přichází pouze trestný čin neposkytnutí pomoci dle § 150 odst. 2 TZ, spočívající v porušení povinnosti poskytnout pomoc vyplývající z povahy zaměstnání, a proto se bude tento text dále zabývat již jen neposkytnutím pomoci ve smyslu § 150 odst. 2 TZ .

Trestný čin neposkytnutí pomoci lze spáchat pouze opomenutím a jedná se tedy o ryze omisivní trestný čin. Objektem tohoto trestného činu je lidský život a zdraví, objektivní stránka je charakterizována neposkytnutím potřebné pomoci osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo vážného onemocnění, subjektivní stránkou je úmyslné zavinění a pachatelem může být v současnosti jen fyzická osoba<sup>423</sup>, která má povinnost poskytnout potřebnou pomoc vyplývající z povahy jejího zaměstnání.<sup>424</sup> Povinnost poskytnout pomoc je u tohoto trestného činu obecná, a pachatel proto podle § 150 TZ odpovídá pouze za neposkytnutí pomoci, nikoliv za vzniklou poruchu (újmu na zdraví nebo smrt).<sup>425</sup> Jedná se tedy o trestný čin ohrožovací.

Pokud jde o samotnou pomoc, trestní zákoník vyžaduje poskytnutí „potřebné pomoci“, kterou je dle komentáře k trestnímu zákoníku třeba rozumět především takovou pomoc, která je zapotřebí k odvrácení nebo snížení hrozícího nebezpečí, zároveň však tento pojem nelze zužovat jen na pomoc spolehlivě vedoucí k záchraně či snížení hrozícího nebezpečí. V této souvislosti komentář dále dodává, že „*Zákon vychází z toho, že nelze zůstat nevšimavým k utrpení jiného, a proto i když nelze poškozeného již zachránit, je třeba alespoň vyčerpávat všechny možnosti k zmírnění útrap poškozeného*“.<sup>426</sup>

---

<sup>423</sup> Vzhledem k tomu, že trestný čin neposkytnutí pomoci nebude po účinnosti zákona č. 183/2016 Sb., novelizujícího zákon o trestní odpovědnosti právnických osob, vyloučen z trestní odpovědnosti právnických osob, bude moci být zřejmě neposkytnutí pomoci nově přičítáno i právnické osobě. Více viz podkapitola 4.4 níže.

<sup>424</sup> ŠÁMAL, Pavel a kol. *Trestní zákoník II. § 140 až 421. Komentář*. 2. vydání. Praha: C.H. Beck, 2012, s. 1592-1595

<sup>425</sup> Srov. JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část*. 5. vydání. Praha: Leges, 2016, s. 557 a ŠÁMAL, Pavel a kol. *Trestní zákoník II. § 140 až 421. Komentář*. 2. vydání. Praha: C.H. Beck, 2012, s. 1592

<sup>426</sup> ŠÁMAL, Pavel a kol. *Trestní zákoník II. § 140 až 421. Komentář*. 2. vydání. Praha: C.H. Beck, 2012, s. 1593



Ve vztahu k trestnému činu neposkytnutí pomoci spáchanému zdravotníkem bych chtěla upozornit, že ačkoli § 150 odst. 2 TZ neumožňuje osobám, které jsou z povahy svého zaměstnání povinny poskytnout pomoc, zprostit se trestní odpovědnosti za neposkytnutí pomoci argumentací, že by jejím poskytnutím vystavily sebe nebo jiného nebezpečí, dle ustanovení § 50 odst. 1 písm. b) zákona o zdravotních službách, jež představuje *lex specialis* k ust. § 150 odst. 2 TZ, má zdravotnický pracovník právo neposkytnout zdravotní služby v případě, že by při jejich poskytování došlo k přímému ohrožení jeho života nebo k vážnému ohrožení jeho zdraví.<sup>427</sup>

Na závěr je třeba zdůraznit, že v případě, kdy pacient v důsledku neposkytnutí pomoci zemře, je trestnost podle § 150 odst. 2 TZ vyloučena, pokud se pachatelova povinnost konat, vyplývající z povahy jeho zaměstnání, kryje se zvláštní povinností konat dle § 112 TZ, vyplývající z okolností a pachatelových poměrů, tj. v případě lékaře ve službě<sup>428</sup>.<sup>429</sup> V takovém případě bude lékařova trestní odpovědnost za neposkytnutí pomoci konzumována trestní odpovědností za některý z poruchových trestných činů proti životu a zdraví.<sup>430</sup> Tento závěr vyplývá i z konstantní judikatury Nejvyššího soudu ČR, která uvádí: „*Jestliže lékař při výkonu služby neposkytne osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, potřebnou pomoc, připadá jeho trestní odpovědnost za trestný čin neposkytnutí pomoci podle § 207 odst. 2 tr. zák.*<sup>431</sup> v úvahu pouze tehdy, jestliže z jeho opomenutí zaviněně nevznikly žádné následky na životě nebo na zdraví poškozeného. Pokud vznikly, je takový pachatel trestně odpovědný v závislosti na formě zavinění podle ustanovení o poruchových trestných činech proti životu a zdraví uvedených v § 219 až 224 tr. zák.“<sup>432</sup> Z výše uvedeného je tedy zřejmé, že v případě nezahájení život zachraňující léčby (např. resuscitace), v jehož

<sup>427</sup> KREJČÍKOVÁ, Helena. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*. 1. vyd. Praha: Galén, 2014, s. 26

<sup>428</sup> Nejvyšší soud ČR ve svém rozsudku sp. zn. 2 Tzn 72/97 uvedl, že „*zvláštní povinnost lékaře, který je ve službě, poskytnout pomoc vyplývá z povahy jeho zaměstnání a skutečnosti, že je právě vykonává*“. In: MACH, Jan. *Přehled judikatury z oblasti zdravotnictví II: Odpovědnost ve zdravotnictví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012, s. 235

<sup>429</sup> JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část*. 5. vydání. Praha: Leges, 2016, s. 559

<sup>430</sup> PETERKOVÁ, Helena. *Zdravotník a trestný čin neposkytnutí pomoci*. Zdravotnictví a právo. 2010, č. 7-8, s. 7

<sup>431</sup> Současný § 150 odst. 2 TZ.

<sup>432</sup> Srov. rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 2 Tzn 72/97 ze dne 18.9.1997, In: MACH, Jan. *Přehled judikatury z oblasti zdravotnictví II: Odpovědnost ve zdravotnictví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012, s. 233 a usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 8 Tdo 1421/2008 ze dne 10.12.2008, In: *ZP JUD 15/09 (usnesení Nejvyššího soudu ze dne 10.12.2008, sp. zn. 8 Tdo 1421/2008): Neposkytnutí pomoci, Tonelliho příznak, Pojem „lege artis“ a „non lege artis“, Biologická smrt*. Zdravotnictví a právo. 2009, č. 4, s. 29.

důsledku pacient zemře, přichází trestní odpovědnost lékaře za trestný čin neposkytnutí pomoci v úvahu jen tehdy, je-li lékař v rozhodné době mimo službu<sup>433</sup>. Lékař ve službě bude v takovém případě odpovídat za následek – smrt pacienta, a bude tedy trestně odpovědný v závislosti na formě zavinění podle ustanovení o poruchových trestných činech proti životu, nikoli za ohrožovací trestný čin neposkytnutí pomoci.

#### 4.4 Trestní odpovědnost zdravotnického zařízení

S ohledem na již zmiňované nedávné legislativní změny v právní úpravě trestní odpovědnosti právnických osob je v návaznosti na výše uvedené pojednání o trestní odpovědnosti lékaře třeba na tomto místě zmínit i otázku trestní odpovědnosti zdravotnických zařízení.

Právnické osoby jsou v České republice trestně odpovědné od 1.1.2012 na základě zákona č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim (dále též jen „TOPO“). Vzhledem k tomu, že za právnickou osobu musí její vůli projevit odlišná osoba fyzická (nebo několik fyzických osob), považuje se za trestný čin spáchaný právnickou osobou protiprávní čin spáchaný jejím jménem<sup>434</sup> nebo v jejím zájmu nebo v rámci její činnosti některou z fyzických osob uvedených v § 8 odst. 1 TOPO<sup>435</sup>, jestliže jí takový čin lze přičítat podle § 8 odst. 2 TOPO.<sup>436</sup> Pro účely posouzení možné trestní odpovědnosti zdravotnického zařízení za usmrcení pacienta ukončením či nezačínáním léčby lékařem má v zásadě význam pouze jednání osoby uvedené v § 8 odst. 1 písm. d) TOPO, tedy zaměstnance nebo osoby v obdobném postavení při plnění pracovních úkolů. Dle ust. § 8 odst. 2 TOPO lze právnické osobě přičítat spáchání trestného činu uvedeného v § 7 TOPO, jestliže byl spáchán jednáním orgánů právnické osoby nebo osob uvedených v § 8 odst. 1 písm. a) až c) TOPO, nebo zaměstnancem uvedeným v § 8 odst. 1 písm. d) TOPO na podkladě rozhodnutí, schválení nebo pokynu orgánů právnické osoby nebo osob uvedených v § 8 odst. 1 písm. a) až c) TOPO anebo proto, že tyto orgány/osoby neprovedly taková opatření, která měly provést podle jiného právního předpisu nebo která po nich lze spravedlivě

<sup>433</sup> Např. když lékař na procházce neposkytne pomoc kolemjdoucímu, který dostane infarkt.

<sup>434</sup> Níže uvedená novela TOPO vypouští podmínku jednání „jménem“ právnické osoby, a zůstane tedy již pouze podmínka jednání v zájmu právnické osoby nebo v rámci její činnosti.

<sup>435</sup> Jedná se jednak o osoby ve vedoucím postavení (např. člen statutárního orgánu, osoba vykonávající řídicí nebo kontrolní činnost atd.) a dále též zaměstnance nebo osoby v obdobném postavení při plnění pracovních úkolů.

<sup>436</sup> JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část*. 5. vydání. Praha: Leges, 2016, s. 378-379

požadovat, zejména neprovedly povinnou nebo potřebnou kontrolu nad činností zaměstnanců nebo jiných osob, jimž jsou nadřizeny, anebo neučinily nezbytná opatření k zamezení nebo odvrácení následků spáchaného trestného činu. Konkrétní forma zavinění se dovozuje z formy zavinění fyzické osoby, která za právnickou osobu jednala.<sup>437</sup> Trestní odpovědnosti právnické osoby však dle § 8 odst. 3 TOPO nebrání, nepodaří-li se zjistit, která konkrétní fyzická osoba uvedeným způsobem jednala. Dále je v § 9 odst. 3 TOPO rovněž stanoveno, že trestní odpovědností právnické osoby není dotčena trestní odpovědnost fyzických osob uvedených v § 8 odst. 1 TOPO a naopak.

Pokud jde o katalog trestných činů, které lze právnické osobě přičítat, doposud byl zákon o trestní odpovědnosti právnických osob koncipován tak, že právnické osobě bylo možné přičítat jen trestné činy taxativně vymezené v § 7 TOPO. Dne 24.5.2016 byl však přijat zákon č. 183/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „novela“ nebo „novela TOPO“)<sup>438</sup>, který by měl být účinný od 1. prosince 2016, a který uvedenou koncepci pozitivního vymezení trestných činů, za které může být právnická osoba trestně odpovědná, nahradil negativním výčtem trestných činů, u nichž je trestní odpovědnost právnické osoby vyloučena, a došlo tak ke zcela zásadnímu rozšíření katalogu trestných činů, které lze právnickým osobám přičítat.<sup>439</sup> Dle aktuálního znění § 7 TOPO nejsou např. právnické osoby trestně odpovědné za žádný z trestných činů proti životu a zdraví, avšak dle novelizovaného znění budou moci být právnické osoby od 1.12.2016 trestně odpovědné např. i za trestný čin vraždy dle § 140 TZ, trestný čin usmrcení z nedbalosti dle § 143 TZ, všechny trestné činy proti zdraví, trestný čin neposkytnutí pomoci dle § 150 TZ atd. Tato změna vzbuzuje mezi odbornou veřejností obavy z přílišné kriminalizace zdravotnictví. Např. J. Těšinová označila uvedenou novelizaci za obrovský průlom v odpovědnosti poskytovatelů zdravotních služeb a H. Krejčíková upozornila na riziko, že v důsledku přílišné kriminalizace zdravotnických zařízení mohou začít být vyžadovány nepotřebné, finančně náročné a

---

<sup>437</sup> JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část*. 5. vydání. Praha: Leges, 2016, s. 381

<sup>438</sup> Text zákona vyhlášeného dne 13.6.2016 ve Sbírce zákonů v částce 70 pod číslem 183/2016 Sb. je k dispozici ke stažení zde: <http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?O=7&T=304>

<sup>439</sup> Zmíněná novela rozšiřuje katalog trestných činů, které lze právnické osobě přičítat, ze současných 88 na více než 200 trestných činů.

pacienty zatěžující výkony nikoli pro dobro pacienta, ale za účelem zvýšení forenzní ochrany zdravotníků.<sup>440</sup>

V návaznosti na výše uvedené je však zároveň nutno dodat, že zmíněná novela TOPO přináší ještě jednu významnou změnu, která přísnost novelizace naopak značně zmírňuje. Jedná se o možnost právnické osoby zprostit se trestní odpovědnosti, pokud vynaložila veškeré úsilí, které na ní bylo možno spravedlivě požadovat, aby spáchání protiprávního činu výše uvedenými osobami zabránila.<sup>441</sup> Tato nově zaváděná možnost vyvinění právnických osob je nejčastěji kritizovaným bodem uvedené novely, neboť podle některých popírá samotný účel zákona o trestní odpovědnosti právnických osob.<sup>442</sup> Největší nejasnosti panují ohledně otázky, co všechno si lze představit pod požadavkem na vynaložení veškerého úsilí, které je na právnické osobě možno spravedlivě požadovat. Zatímco někteří se domnívají, že pro beztrestnost právnické osoby postačí pouze odkázat na formálně přijaté vnitřní předpisy a programy (např. etický kodex, pracovní řád, tzv. compliance programy zaměřené na kontrolu dodržování právních předpisů apod.), podle jiného názoru by mělo být přinejmenším vyžadováno prokázání faktického uplatňování takovýchto předpisů a programů v praxi a kontroly jejich dodržování.<sup>443</sup> Jaký bude mít nakonec uvedená změna na trestní odpovědnost právnických osob skutečně dopad a jak přísně bude požadavek na vynaložení veškerého úsilí k zabránění trestné činnosti uplatňován ukáže až budoucí soudní praxe.

Vzhledem k výše uvedeným změnám lze shrnout, že v případě protiprávního ukončení či nezahájení život zachraňující či udržující léčby bude od 1.12.2016 hrozit trestní postih i zdravotnickým zařízením, a to nejpravděpodobněji s odůvodněním nedostatečného řízení a kontroly činnosti lékařů. Trestní odpovědnosti se však

---

<sup>440</sup> ŠPERKEROVÁ, Marcela Alföldi. *Kvůli chybě lékařů může skončit celá nemocnice*. Lidové noviny ze dne 2.5.2015. Praha: MAFRA, a.s., 2015, s. 1-2.

<sup>441</sup> Viz nově doplněné ustanovení § 8 odst. 5 TOPO.

<sup>442</sup> Senát návrh novely vrátil Poslanecké Sněmovně s pozměňovacím návrhem na vypuštění § 8 odst. 5, avšak Poslanecká Sněmovna setrvala na původním návrhu. Uvedenou úpravu kritizovala např. i Unie státních zástupců a europoslanec Jiří Pospíšil. Srov. NĚMEC, Adam. *Novela přiznává beztrestnost velkým firmám. Neprojde, avizují senátoři*. iDNES.cz. 2016. Dostupné z: [https://www.novinky.cz/domaci/388811-benesova-chysta-novelu-ktera-vraci-firmam-beztrestnost-varuji-zalobci.html](http://zpravy.idnes.cz/zakon-otrestni-odpovednosti-pravnicky-ch-osob-novela-kodex-senat-1c3-/domaci.aspx?c=A160411_013703_domaci_ane_a_JANÁKOVÁ, Barbora. Benešová chystá novelu, která vrací firmám beztrestnost, varují žalobci. Novinky.cz. 2015. Dostupné z: <a href=)

<sup>443</sup> CIBÁK, Ondřej. *Zvažované zavedení plnohodnotné možnosti vyvinění právnických osob*. EPRAVO.CZ. 2016. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/clanky/zvazovane-zavedeni-plnohodnotne-moznosti-vyvineni-pravnicky-ch-osob-101528.html>

zdravotnické zařízení bude moci zprostit, pokud prokáže, že vynaložilo veškeré úsilí, které na něm bylo možno spravedlivě požadovat, aby spáchání protiprávního činu zabránilo. Pro aplikační praxi bude zcela stěžejní výklad § 8 odst. 5 TOPO, konkrétně požadavku veškerého úsilí k zabránění trestné činnosti, které lze po právnické osobě spravedlivě požadovat. Vzhledem k požadavku na právní jistotu však takovýto stav není příliš vyhovující.<sup>444</sup> Skutečné praktické dopady uvedené novely na zdravotnická zařízení v současné chvíli nelze s jistotou předpovědět. Osobně se však domnívám, že lze očekávat zvýšení kriminalizace zdravotnictví, neboť v případech poškození zdraví nebo života pacientů budou k trestním oznámením na lékaře moci nově přibýt i trestní oznámení na zdravotnická zařízení. Vedení nemocnic proto budou vyvíjet vyšší tlak na lékaře, a může tak dojít k nárůstu případů neúčelného „alibistického přeléčování“ pacientů, v nichž zájem pacienta ustoupí zájmu zdravotníků a zdravotnických zařízení na vlastní právní ochraně.

Zajímavé je, že uvedená novela byla Parlamentem přijata bez větších ohlasů zdravotnické obce. Mnoho řadových zdravotnických pracovníků o této změně ani neví a Česká lékařská komora se touto problematikou nezabývá ani na svých webových stránkách, ani ve svém časopisu *Tempus Medicorum*. Jedním z důvodů může být skutečnost, že Českou lékařskou komoru v posledním půl roce zaměstnává kampaň „Zdravotnictví volá o pomoc“, v rámci které ČLK opakovaně upozorňuje na personální krizi a nedostatkovost zdrojů ve zdravotnictví. Dalším možným důvodem nižšího zájmu zdravotnické obce o přijetí uvedené novely může být skutečnost, že novela byla přijata krátce před začátkem letních prázdnin. V každém případě by se však nad dopady uvedené novely na zdravotnická zařízení mělo diskutovat podstatně intenzivněji, neboť se jedná o velmi významnou změnu, na niž by se zdravotnická zařízení měla již začít připravovat (např. revizí vnitřních předpisů, systému kontroly jejich dodržování a kvality dohledu nad činností svých zaměstnanců). Na druhou stranu však nelze popřít, že tyto požadavky kladou na zdravotnická zařízení a jejich zaměstnance další nároky, a to navíc v době, kdy ČLK prohlašuje, že z důvodu personální krize a administrativního přetížení zdravotnických pracovníků již nemůže garantovat bezpečnost pacientů.<sup>445</sup>

---

<sup>444</sup> KREJČÍKOVÁ, Helena. *Odpovědnost poskytovatelů zdravotních služeb za trestné činy proti životu*. Zdravotnické právo a bioetika. 2015. Dostupné z: <http://zdravotnickepravo.info/odpovednost-poskytovatelu-zdravotnich-sluzeb-za-trestne-ciny-proti-zivotu/>

<sup>445</sup> Srov. Oficiální stránky kampaně Zdravotnictví volá o pomoc: <https://zdravotnictvivolaopomoc.cz> a KUBÍČEK, Pavel a kol. *Stop zbytečné administrativě*. *Tempus Medicorum*. 2016, č. 6, s. 3-4

## 4.5 Exkurs II: Návrh zákona o důstojné smrti

Krátce před dokončením této práce byl Poslanecké sněmovně předložen návrh poslanců Jiřího Zlatušky, Radka Vondráčka, Kristýny Zeliénkové, Petra Adama, Pavla Čiháka a Vojtěcha Adama na vydání zákona o důstojné smrti<sup>446</sup> (dále též jen „návrh zákona o důstojné smrti“ nebo jen „návrh“), a ačkoli osobně nevěřím, že tento návrh bude Parlamentem ČR schválen, dovolím si jej na závěr celé této práce stručně představit, neboť se dotýká otázek souvisejících s tématem této práce a nelze jej tedy ignorovat.

Zmíněný návrh se inspirovuje belgickou právní úpravou a, jak již např. upozornila vláda ve svém stanovisku k tomuto návrhu (viz níže), jedná se ve skutečnosti o doslovný přepis senátního návrhu zákona senátorky Václavy Domšové o důstojné smrti z roku 2008, který byl Senátem zamítnut.<sup>447</sup> Návrh je odbornou veřejností vesměs kritizován, a to zejména kvůli značnému množství sporných ustanovení, věcných i legislativně technických nedostatků a skutečnosti, že návrhu nepředcházela potřebná celospolečenská diskuze na všech úrovních. Řada odborníků rovněž upozorňuje, že Česká republika není na legalizaci euthanasie a asistované sebevraždy připravená, neboť je zde v první řadě potřeba zajistit dostupnou kvalitní paliativní péči, která je v současné době pro příliš mnoho pacientů nedostupná.<sup>448</sup> Právě skutečnost, že mnoho lidí u nás dnes umírá v bezútěšných podmínkách, je jedním z hlavních důvodů pozitivního přístupu zastánců euthanasie k její legalizaci, ačkoli mnohým utrpením by bylo možné předejít zajištěním kvalitní paliativní péče. Je třeba rovněž upozornit, že v Belgii, jejímž zákonem o euthanasii se tvůrci návrhu inspirovali, je úroveň paliativní péče

---

<sup>446</sup> Sněmovní tisk č. 820. K dispozici zde: <http://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=7&t=820>

<sup>447</sup> Senátní tisk č. 303. K dispozici zde:

<http://www.senat.cz/xqw/xervlet/pssenat/historie?action=detail&value=2328>

<sup>448</sup> Srov. KREJČÍKOVÁ, Helena. *Je návrh zákona o důstojné smrti důstojný?* Zdravotnické právo a bioetika. 2016. Dostupné z: <http://zdravotnickepravo.info/je-navrh-zakona-o-dustojne-smrti-dustojny/>; ČERNÝ, David. *Stanovisko k návrhu zákona o důstojné smrti*. Zdravotnické právo a bioetika. 2016. Dostupné z: <http://zdravotnickepravo.info/stanovisko-k-navrhu-zakona-o-dustojne-smrti/>; ČERNÝ, David; DOLEŽAL, Adam; DOLEŽAL, Tomáš; HŘÍBEK, Tomáš. *Nad paragrafy o „důstojné smrti“*. Lidové noviny ze dne 11.6.2016. Praha: MAFRA, a.s., 2016, s. 23; ČERNÝ, David. *Asistovaná smrt není řešením*. Mladá fronta DNES ze dne 11.6.2016. Praha: MAFRA, a.s., 2016, s. 11 a LOUČKA, Martin; HOUSKA, Adam. *Navrhovaný zákon o eutanázii je ohrožením pro pacienty v těžké životní situaci*. Expertní stanovisko Centra paliativní péče k návrhu zákona o důstojné smrti ze dne 8.6. 2016. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/res/data/089/010033.pdf>

na zcela jiné úrovni nežli v České republice. Níže si dovolím stručně shrnout navrhovanou zákonnou úpravu.<sup>449</sup>

Pod pojmem důstojná smrt se dle § 1 navrhovaného zákona o důstojné smrti rozumí jednak (1) „ukončení života osoby (pacienta) na její vlastní žádost s vědomou, odbornou pomocí jiné osoby za podmínek stanovených tímto zákonem“ a rovněž (2) „úmyslné ukončení života osoby (pacienta) na její vlastní žádost jinou osobou“. Ačkoli se uvedená definice ve skutečnosti vztahuje k asistované sebevraždě (odst. 1) a euthanasii (odst. 2), tyto pojmy nejsou v návrhu bohužel vůbec obsaženy a jsou zmíněny pouze v důvodové zprávě.<sup>450</sup> Uvedenou volbu terminologie považuji za matoucí a nevhodnou, neboť euthanasie a asistovaná sebevražda představují již zažitá pojmy, jejichž definování představuje složitou problematiku, kterou se zabývá řada uznávaných odborníků, a nepovažuji proto za vhodné nahodile se uchýlovat k jiné, neustálené terminologii. Pokud jde o konkrétní lékařské postupy pro pomoc k důstojné smrti a její vyvolání, tyto má dle § 12 navrhovaného zákona stanovit blíže nespecifikované ministerstvo (zřejmě Ministerstvo zdravotnictví) vyhláškou. Zákon rovněž v § 19 příliš volně přenechává stanovení dalších podmínek na prováděcí předpis. Ponechání otázek takto zásadního významu k úpravě podzákonným právním předpisem však rozhodně nepovažuji za vhodné řešení.

Návrh zákona upřednostňuje asistovanou sebevraždu s tím, že k euthanasii má být přistoupeno jen v případě, kdy není možné provést asistovanou sebevraždu (např. u pacientů ve stavu „nezměnitelného bezvědomí“, kteří o důstojnou smrt požádají před tím, nežli do takového stavu upadnou).<sup>451</sup> Uvedený přístup představuje dle důvodové zprávy pro lékaře menší zátěž, neboť poskytnutí pomoci k usmrcení pacienta je vnímáno mírněji nežli přímé usmrcení pacienta.

Dle ust. § 2 návrhu může s důstojnou smrtí pomoci nebo ji přímo vyvolat pouze lékař, a to za podmínek stanovených tímto zákonem a prováděcími předpisy, přičemž se však dodává, že lékař nesmí být k takovému jednání nucen. Bude-li lékař postupovat v souladu s tímto zákonem a prováděcími předpisy a splní-li podmínky v nich

---

<sup>449</sup> Vzhledem k tomu, že není v možnostech ani účelem této práce předložit vyčerpávající analýzu uvedeného návrhu, soustředí se tento text jen na vybrané otázky, které považuji za nejdůležitější a/nebo nejproblematičtější.

<sup>450</sup> Důvodová zpráva k návrhu zákona o důstojné smrti je k dispozici ke stažení zde: <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=7&CT=820&CT1=0>

<sup>451</sup> § 1 odst. 2, § 2 odst. 4 a § 11 odst. 1 návrhu zákona o důstojné smrti.

stanovené, dle § 2 odst. 2 návrhu nemá být za pomoc s důstojnou smrtí či její vyvolání odpovědný podle předpisů trestního práva. Navrhovaná úprava však postrádá jakoukoli související úpravu aktuálního znění trestního zákoníku, nezavádí privilegovanou skutkovou podstatu usmrcení na žádost, v jejímž rámci by případně bylo splnění podmínek stanovených navrhovaným zákonem o důstojné smrti označeno jako okolnost vylučující protiprávnost daného činu, ani neupřesňuje, jakého trestného činu se dopustí lékař, který zákonem stanovené podmínky nedodrží.<sup>452</sup>

Žádost o důstojnou smrt může dle § 4 navrhovaného zákona podat jen pacient „*plně způsobilý k právním úkonům*“, který je plně při vědomí, přičemž žádost má být písemná, sepsaná vlastnoručně a opatřená úředně ověřeným podpisem.<sup>453</sup> Zde je třeba upozornit, že návrh zákona používá zastaralý termín „způsobilost k právním úkonům“, který byl novým občanským zákoníkem s účinností k 1.1.2014 nahrazen pojmem „svěprávnost“. Palčivějším problémem však je, že z návrhu není zřejmé, může-li o důstojnou smrt požádat i osoba starší 16-ti let, která nabyla plné svěprávnosti přiznáním svěprávnosti, nebo uzavřením manželství.<sup>454</sup> Touto otázkou se navrhovaný zákon vůbec nezabývá, ačkoli umožnění požádat o důstojnou smrt osobám mladším 18-ti let (byť s plnou svěprávností) by popíralo dosavadní právní postavení nezletilých pacientů, kteří např. dle ust. § 36 odst. 6 ZoZS nemohou sepsat právně relevantní dříve vyslovené přání.<sup>455</sup> V této souvislosti je rovněž nutné upozornit, že ze zákona jednoznačně nevyplývá, vztahuje-li se pouze na občany ČR, nebo zdali by o důstojnou smrt podle tohoto zákona mohli požádat i cizinci.

Žádost by se dle § 6 navrhovaného zákona měla zakládat do zdravotnické dokumentace pacienta. Dle ustanovení § 5 může pacient svoji žádost vzít kdykoli zpět, přičemž v případě jejího zpětvzetí má být žádost ze zdravotnické dokumentace okamžitě vyňata a zničena. Návrh však neuvádí žádný požadavek ohledně formy zpětvzetí žádosti. V takovém případě by tedy přicházelo v úvahu požadovat ve smyslu

---

<sup>452</sup> KREJČÍKOVÁ, Helena. *Je návrh zákona o důstojné smrti důstojný?* Zdravotnické právo a bioetika. 2016. Dostupné z: <http://zdravotnickepravo.info/je-navrh-zakona-o-dustojne-smrti-dustojny/>

<sup>453</sup> Vedle toho návrh zvlášť upravuje podmínky porřízení žádosti osobami, které nemohou číst nebo psát, nevidomými a neslyšícími, kteří mohou žádost učinit před 3 svědky.

<sup>454</sup> Srov. ust. § 30 odst. 2, § 37 a § 672 odst. 2 občanského zákoníku.

<sup>455</sup> KREJČÍKOVÁ, Helena. *Je návrh zákona o důstojné smrti důstojný?* Zdravotnické právo a bioetika. 2016. Dostupné z: <http://zdravotnickepravo.info/je-navrh-zakona-o-dustojne-smrti-dustojny/>



ust. § 564 občanského zákoníku<sup>456</sup> pro zpětvzetí stejnou formu, kterou zákon vyžaduje pro učinění žádosti, tedy písemnou s úředně ověřeným podpisem. Vzhledem k vysokému zájmu na ochraně života by však takový požadavek byl příliš přísný, a bylo by proto vhodnější, aby se navrhovaný zákon vypořádal i s případy pouhého ústního zpětvzetí.

Ust. § 7 navrhovaného zákona ukládá jako nezbytné podmínky pro poskytnutí pomoci k důstojné smrti či její vyvolání jednak „beznadějnost“ zdravotního stavu pacienta, nacházejícího se ve stavu „trvalého utrpení fyzického nebo psychického, které je výsledkem nahodilé nebo dlouhodobě závažné nevléčitelné nemoci“ a zároveň vylučuje, aby tento čin byl proveden pouze na základě stáří nebo bezmocnosti.<sup>457</sup> Dále je rovněž uvedena podmínka 4-týdenní lhůty, která musí uběhnout mezi pacientovou žádostí o důstojnou smrt a samotným ukončením života.

Navrhovaný zákon dále v § 8 vyžaduje, aby ošetřující lékař pacienta podrobně seznámil s jeho zdravotním stavem, předpokládanou délkou jeho života, možnými léčebnými postupy a utišující léčbou včetně jejich účinků. Žádost o důstojnou smrt musí lékař s pacientem „prodiskutovat“ a nabýt přesvědčení, že „vzhledem ke všem okolnostem neexistuje žádné jiné rozumné řešení situace pacienta a že žádost pacienta je zcela dobrovolná“. O této žádosti musí vést lékař s pacientem „nejméně tři časově přiměřeně oddělené rozhovory, aby se ujistil o trvání fyzického nebo psychického utrpení pacienta a jeho opakované vůli.“ Dle § 9 je lékař ohledně žádosti povinen konzultovat jiného lékaře, případně i členy lékařského týmu, pokud takový tým pacienta pravidelně ošetřuje.

Ustanovení § 10 a 11 navrhovaného zákona jsou věnována žádosti o důstojnou smrt „učiněné předem“, ve smyslu jakéhosi kvazi dříve vysloveného přání učiněného pro případ, kdy se pacient v budoucnu dostane do stavu nezpůsobilosti projevit svoji vůli. V tomto případě počítá návrh pouze s aktivním ukončením života pacienta lékařem (euthanasií) a uvádí, že před samotným vyvoláním důstojné smrti musí být současně splněny následující podmínky: pacient musí trpět vážnou a nevléčitelnou nemocí a

---

<sup>456</sup> Uvedené ustanovení stanoví, že „vyžaduje-li zákon pro právní jednání určitou formu, lze obsah právního jednání změnit projevem vůle v téže nebo přísnější formě“.

<sup>457</sup> V této souvislosti je třeba upozornit na nejasnost použitých termínů „beznadějný stav“ a „nahodilá nemoc“ a absenci požadavku na nesnesitelnost utrpení.

musí se nacházet ve stavu nezměnitelného bezvědomí, jeho stav musí být nevratný, a ošetřující lékař musí konzultovat jiného lékaře, případně i členy lékařského týmu.

Po nápomoci k důstojné smrti nebo jejím vyvolání by měl být lékař dle § 13 návrhu povinen vyplnit formulář sestavený ministerstvem (opět zřejmě Ministerstvem zdravotnictví) s uvedením všech podstatných informací stanovených v zákoně a doručit jej ministerstvu do pěti pracovních dnů od předmětného činu. Ministerstvo by následně mělo uvedený formulář do tří pracovních dnů postoupit kontrolní komisi. V ustanoveních § 14 až 18 je upravena činnost této kontrolní komise, která by měla posuzovat, zda byly v konkrétním případě splněny podmínky zákona o důstojné smrti. Navrhovaný zákon uvádí (bez jakéhokoli zdůvodnění), že komise by měla být zřízena při úřadu veřejného ochránce práv, měla by být složena z lékařů, právníků a „expertů na oblast důstojné smrti“. Tato komise by pak měla ve lhůtě dvou měsíců od doručení formuláře rozhodnout, zda byly podmínky zákona splněny, a dojde-li k závěru, že splněny nebyly, postoupí případ místně příslušnému státnímu zástupci. Uvedený systém tzv. následné kontroly je předmětem značné kritiky, a to zejména vzhledem ke zkušenostem z Nizozemí, kde jsou jednotlivé případy z důvodu přetížení kontrolních komisí přezkoumávány s čím dál větším zpožděním, zákonné podmínky komise vykládají spíše ve prospěch lékařů a k trestnímu stíhání předávají jen nepatrný zlomek případů.<sup>458</sup>

Z výše uvedeného je zřejmé, že předmětný návrh obsahuje řadu nedostatků a nejasností, což bylo rovněž důvodem, proč s návrhem vyslovila nesouhlas vláda ve svém stanovisku ze dne 22. června 2016.<sup>459</sup> Odmítavý postoj k návrhu zaujala i Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP.<sup>460</sup> Osobně uvedený návrh rovněž nepovažuji za vhodné řešení a domnívám se, že by zde měl být v první řadě vyřešen současný problematický přístup k ukončování přístrojové podpory, absence privilegované skutkové podstaty trestného činu usmrcení na žádost, která by v rámci trestního zákoníku odlišila tato jednání od společensky podstatně nebezpečnější vraždy, a v neposlední řadě by měla být zajištěna dostupnost kvalitní paliativní péče.

---

<sup>458</sup> KREJČÍKOVÁ, Helena. *Je návrh zákona o důstojné smrti důstojný?* Zdravotnické právo a bioetika. 2016. Dostupné z: <http://zdravotnickepravo.info/je-navrh-zakona-o-dustojne-smrti-dustojny/>

<sup>459</sup> Stanovisko vlády ze dne 22.6.2016 k návrhu na vydání zákona o důstojné smrti je k dispozici zde: <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?o=7&ct=820&ct1=1>

<sup>460</sup> Srov. Přípomínky České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP k poslaneckému návrhu zákona o důstojné smrti v paragrafovaném znění. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/stanoviska-cspm>

## ZÁVĚR

V souladu s platnou právní úpravou lze v České republice ukončit či vůbec nezahájit život zachraňující léčbu buďto z důvodu, že je taková léčba v konkrétním případě lékařem vyhodnocena jako marná a neúčelná léčba, jejíž ukončení či nezahájení představuje postup lege artis, anebo z důvodu odmítnutí takové léčby pacientem, a to prostřednictvím negativního reversu nebo dříve vysloveného přání. V praxi je však naplňování uvedených důvodů spojeno s mnoha problémy a nejasnostmi.

V případě ukončování a nezahajování život zachraňující léčby z důvodu její marnosti a neúčelnosti představuje zásadní problém značná nejednotnost názorů na to, kterou léčbu lze skutečně označit jako marnou a neúčelnou a kterou nikoli. Nejproblematičtější je vnímáno nezahájení léčby s argumentací její předpokládané marnosti a neúčelnosti bez praktického ověření tohoto závěru, neboť zhodnocení léčby jako marné a neúčelné je obecně přijímáno pozitivněji, je-li tak činěno na základě posouzení účinků již zahájené léčby, na kterou pacient prokazatelně nereaguje.<sup>461</sup> V každém případě je nezbytné, aby lékař svou argumentaci marnosti a neúčelnosti léčby, na jejímž základě přistoupí k ukončení či nezahájení život zachraňující léčby, dostatečně zdůvodnil ve zdravotnické dokumentaci pacienta.

Za ještě komplikovanější považují případy ukončování a nezahajování život zachraňující léčby z důvodu jejího odmítnutí pacientem, v nichž dochází ke střetu práva na život s právem na autonomii vůle, důstojnost a osobní nedotknutelnost, jenž je ztělesněn ve střetu práva pacienta nebýt léčen s povinností lékaře léčit a zachraňovat lidský život. Přestože moderní zdravotnické právo je vybudováno na zásadě, že jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví lze provést jen se svobodným a informovaným souhlasem pacienta, v souladu s nímž mimo jiné i Ústavní soud ve svém nálezu sp. zn. IV. ÚS 639/2000 prohlásil, že „*právo nebýt léčen je silnější než povinnost léčit*“, rozhodně nelze říci, že na základě odmítnutí léčby pacientem lze ukončit či nezahájit jakoukoli léčbu.

---

<sup>461</sup> PETERKOVÁ, Helena. *Rationing a argumentace marnostní léčby při neposkytnutí zdravotní péče*. Zdravotnické fórum. 2012, č. 1, s. 17

Největší problém spatřuji v současné právní úpravě institutu dříve vyslovených přání, konkrétně v ustanovení § 36 odst. 5 písm. b) a d) ZoZS, podle nějž nelze dříve vyslovené přání respektovat, „pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti pacienta“ nebo „pokud byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušení by vedlo k aktivnímu způsobení smrti“, ve spojení s důvodovou zprávou k tomuto ustanovení, podle níž se aktivním ukončením života v této souvislosti rozumí i odpojení od přístrojů. Za stejně problematické považuji i ust. § 34 odst. 4 ZoZS, podle něhož není účinné odvolání souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb, „pokud již bylo započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušení může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života pacienta“. Z výše uvedených ustanovení vyplývá, že dle platné právní úpravy nelze na základě pacientova přání ukončit již započatou přístrojovou podporu, ale přitom je na druhou stranu možné ji na základě pacientova přání vůbec nezačít. Ačkoli plně chápu snahu zákonodárce zabránit výše uvedenou úpravou zneužívání institutu dříve vyslovených přání k praktikování euthanasie, současné vyloučení možnosti ukončit na pacientovo přání již zahájenou přístrojovou podporu považuji za chybné. Uvedený přístup dle mého názoru zcela popírá účel dříve vyslovených přání a spatřuji v něm nepochopitelné omezení pacientovy autonomie a porušení čl. 5 Úmluvy o biomedicíně, podmiňující provádění všech zákroků v oblasti péče o zdraví svobodným a informovaným souhlasem pacienta.

Je nepochybné, že ukončování a nezačínání život zachraňující léčby představuje nesmírně citlivou a složitou problematiku, spojenou se závažnými dopady na život pacienta a právní odpovědnost lékaře. V případě ukončení či nezačínání život zachraňující léčby v rozporu se zákonem hrozí lékařům trestní stíhání za spáchání některého z trestných činů proti životu a dle nedávné novely zákona o trestní odpovědnosti právnických osob bude moci být za smrt pacienta trestně odpovědné nově i zdravotnické zařízení. Současná právní úprava bohužel neodpovídá požadavkům právní jistoty, neboť vyvolává řadu otázek ohledně přípustnosti konkrétních způsobů ukončení či nezačínání život zachraňující léčby a podmínek beztrestnosti lékaře, což mívá často za následek jednak zatěžování pacientů neúčelnou léčbou a rovněž jistou neochotu lékařů respektovat pacientův nesouhlas s život zachraňující/udržující léčbou kvůli obavám z trestního postihu.

Vzhledem k výše uvedenému by dle mého názoru bylo vhodné v zákoně o zdravotních službách jednoznačně vymezit podmínky ukončení a nezahájení život zachraňující léčby, jejichž splnění zaručuje lékaři beztrestnost<sup>462</sup>, dále by bylo třeba novelizovat současné problematické znění ust. § 34 odst. 4 a § 36 odst. 5 ZoZS tak, aby z nich jasně vyplývalo, že ukončení přístrojové podpory je zdravotní službou, jejíž zahájení i pokračování je pacient oprávněn odmítnout, a v trestním zákoníku by bylo třeba v rámci úpravy okolností vylučujících protiprávnost podrobněji rozpracovat svolení poškozeného a lékařský zákrok a doplnit tuto úpravu o okolnosti, za nichž je vyloučena protiprávnost ukončení či nezahájení život zachraňující léčby.

Cílem této práce bylo zhodnotit současný přístup české legislativy k otázce ukončování a nezahajování život zachraňující či udržující léčby, poukázat na jeho nedostatky a zamyslet se nad jejich vhodným řešením. Doufám, že se mi podařilo uvedený cíl splnit, a že tato práce přispěje k prohloubení diskuzí na uvedené téma, které by v budoucnu mohly iniciovat potřebné legislativní změny.

---

<sup>462</sup> Tyto podmínky by mohly být upraveny např. v rámci § 50 ZoZS, který již v odst. 1 písm. b) upravuje právo zdravotnického pracovníka neposkytnout zdravotní služby v případě, že by při jejich poskytování došlo k přímému ohrožení jeho života nebo vážnému ohrožení jeho zdraví.

# PŘÍLOHY

## Příloha č. 1 Vzor formuláře negativního reversu<sup>463</sup>

### ZÁZNAM O ODMÍTNUTÍ POSKYTNUTÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB - REVERS –

Poskytovatel zdravotní služby: Poučující lékař (u nelékařské služby jiný zdravotník):

Jméno, příjmení a datum narození pacienta:

Údaj o zdravotním stavu pacienta a potřebných zdravotních službách:

Údaj o možných následcích odmítnutí potřebných zdravotních služeb pro zdraví pacienta:

Prohlašuji, že shora uvedené informace mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny, dostatečně a srozumitelně vysvětleny, těmto informacím jsem plně porozuměl, měl jsem možnost klást doplňující otázky a nemám žádné další otázky ani nejasnosti. Současně prohlašuji, že i přes poskytnuté informace a vysvětlení shora uvedené potřebné zdravotní služby odmítám s plným vědomím možných důsledků pro můj život a zdraví.

Místo, datum a hodina:

Vlastnoruční podpis pacienta:

Podpis zdravotnického pracovníka, který informace poskytl (u lékařské péče a lékařských výkonů vždy lékaře):

Tato část se vyplňuje jen pokud pacient odmítne či nemůže revers podepsat:

Jméno, příjmení a podpis svědka, pokud pacient odmítl tento záznam podepsat:

Potvrzuji svou přítomnost u podání informací, skutečnost, že pacient odmítl shora uvedené zdravotní služby a současně odmítl podepsat tento záznam – revers.

Místo, datum a hodina:

Podpis svědka:

Pro případ, že se pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:

Důvod, pro který se pacient nemohl podepsat:

Způsob jak pacient projevil svou vůli (slovní vyjádření, jiný způsob):

Místo, datum a hodina:

Jméno, příjmení a podpis svědka:

---

<sup>463</sup> Tento vzor je k dispozici ke stažení na webových stránkách České lékařské komory v dokumentech právního oddělení na adrese: <http://lkcr.cz/dokumenty-pravniho-oddeleni-clk-418.html>

## Příloha č. 2 Vzor formuláře negativního reversu pro nezletilého<sup>464</sup>

### ZÁZNAM O ODMÍTNUTÍ POSKYTNUTÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB - REVERS – U NEZLETILÉHO PACIENTA

**Upozornění:** Jde-li o neodkladnou péči o nezletilého pacienta, poskytnete se bez souhlasu zákonných zástupců, revers nelze v těchto případech přijmout.

Poskytovatel zdravotní služby:      Poučující lékař (u nelékařské služby jiný zdravotník):

Jméno, příjmení a datum narození pacienta:

Jméno, příjmení a bydliště zákonného zástupce:

Údaj o zdravotním stavu pacienta a potřebných zdravotních službách:

Údaj o možných následcích odmítnutí potřebných zdravotních služeb pro zdraví pacienta:

Prohlašuji, že shora uvedené údaje mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny, dostatečně a srozumitelně vysvětleny, těmto informacím jsem plně porozuměl, měl jsem možnost klást doplňující otázky a nemám žádné další otázky ani nejasnosti. Současně prohlašuji, že i přes poskytnuté informace a vysvětlení odmítám vyslovit souhlas s poskytnutím potřebných zdravotních služeb nezletilému, jehož jsem zákonným zástupcem, s plným vědomím možných důsledků pro jeho život a zdraví.

Místo, datum a hodina:

Vlastnoruční podpis zákonného zástupce:

Stanovisko nezletilého pacienta, je-li s ohledem na svůj věk schopen vnímat situaci a vyjadřovat se:

Podpis nezletilého pacienta (vyžaduje-li se jeho stanovisko):

Podpis zdravotnického pracovníka, který informace poskytl (u lékařské péče a lékařských výkonů vždy lékaře):

**Tato část se vyplňuje jen pokud zákonný zástupce odmítne či nemůže revers podepsat:**

Jméno, příjmení a podpis svědka, pokud zákonný zástupce odmítl tento záznam podepsat:

Potvrzuji svou přítomnost u podání informací, skutečnost, že zákonný zástupce odmítl shora uvedené zdravotní služby, které měly být poskytnuty nezletilému a současně odmítl podepsat tento záznam – revers.

Místo, datum a hodina:

Podpis svědka:

Pro případ, že se zákonný zástupce nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:

Důvod, pro který se zákonný zástupce nemohl podepsat:

Způsob jak zákonný zástupce projevil svou vůli (slovní vyjádření, jiný způsob):

Místo, datum a hodina:

Jméno, příjmení a podpis svědka:

---

<sup>464</sup> Tento vzor je k dispozici ke stažení na webových stránkách České lékařské komory v dokumentech právního oddělení na adrese: <http://lkcr.cz/dokumenty-pravniho-oddeleni-clk-418.html>

## Příloha č. 3 Vzor formuláře dříve vysloveného přání<sup>465</sup>

### „Návrh formy „dříve vyslovené přání“ podle § 36 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, (zákon o zdravotních službách)“

Já (jméno, příjmení, rodné číslo nebo jiný identifikační údaj, adresa) vyslovuji pro případ, že bych se dostal(a) do takového zdravotního stavu, ve kterém nebudu schopen (schopna) vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, následující **dříve vyslovené přání** :

#### 1. Žádám,

a) aby v rámci poskytování zdravotních služeb mé osobě,

pokud u mne nastane tento zdravotní stav .....

nebyly zahajovány následující zdravotní výkony .....

.....

.....

b) pokud se dostanu do stádia.....své nemoci.....

nebyly zahajovány tyto zdravotní výkony.....

.....

.....\*)

\*) Podle účelu a obsahu „dříve vysloveného přání“ se vyplní písmeno a) nebo b).

#### 2. Poučení lékaře o důsledcích rozhodnutí o nezahájení zdravotních výkonů

podle bodu 1.

.....

.....

.....\*)

\*) Poučení lékaře lze rozvést na samostatném listu, který se k „dříve vyslovenému přání“ přiloží.

Z přiloženého poučení musí být zřejmé, kterému pacientovi bylo podáno a ke kterým skutečnostem,

které jsou předmětem dříve vysloveného přání se vztahuje, dále datum, kdy bylo provedeno a který

lékař jej provedl.

#### 3. Toto dříve vyslovené přání platí od... (datum podpisu) do...

#### 4. Jsem si vědom(a) toho, že „dříve vyslovené přání“ není třeba při poskytování

zdravotních služeb mé osobě respektovat, pokud od doby jeho vyslovení

došlo v poskytování zdravotních služeb, k nimž se toto přání vztahuje,

k takovému vývoji, že lze důvodně předpokládat, že bych nyní již vyslovil(a)

souhlas s jejich poskytnutím.

<sup>465</sup> Tento vzor je k dispozici ke stažení na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví na adrese:  
[http://www.mzcr.cz/obsah/drive-vyslovene-prani\\_2561\\_1.html](http://www.mzcr.cz/obsah/drive-vyslovene-prani_2561_1.html)



**5. Jsem si vědom(a), že lékař nesmí respektovat mé přání pokud:**

a) nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti (nelze požadovat takový postup při poskytování zdravotních služeb, který by vedl k aktivnímu ukončení života zdravotnickým pracovníkem)

b) by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby (předmětem dříve vysloveného přání nemůže být např. zákaz léčení infekčního onemocnění)

c) byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici mé dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušeni by vedlo k aktivnímu způsobení smrti.

d) jsem v době jeho vyhotovení nebyl(a) zletilý (zletilá).

datum ..... ..

podpis lékaře, který provedl poučení

.....  
identifikační údaje poskytovatele zdravotních služeb

datum ..... ..

podpis osoby, která vyslovila „dříve vyslovené přání“  
(včetně úředního ověření)

### Plná moc a pokyny pro léčebnou péči

1. Já, \_\_\_\_\_  
(jméno, příjmení) (datum a místo narození)
- v tomto dokumentu uvádím své pokyny k léčbě a ustanovuji svého zmocněnce pro diagnostickou a léčebnou péči pro případ, že bych sám/sama nebyl(a) schopen(na) vykonávat právní úkony.
2. Jsem svědkem Jehovovým a tímto dokumentem dávám pokyn, abych za všech okolností byl(a) léčen(a) **BEZ POUŽITÍ TRANSFUZE plné krve, červených krvinek, bílých krvinek, destiček nebo plazmy**, a to i v případě, že by se lékaři domnívali, že pouze transfuze zachrání můj život. Odmítám také odběr mé krve pro uskladnění a pozdější transfuzi.
3. **Drobné krevní frakce:** [svými iniciálami jsem vlastnoručně označil(a) možnost, kterou jsem si vybral(a)]
- (a) \_\_\_\_\_ ODMÍTÁM VŠE
- (b) \_\_\_\_\_ ODMÍTÁM VŠE KROMĚ: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- (c) \_\_\_\_\_ Mohu přijmout některé drobné krevní frakce; ale podrobnosti by bylo třeba předem probrat se mnou, pokud budu schopen(na) právních úkonů, nebo s mým zmocněncem, pokud právních úkonů schopen(na) nebudu.
4. **Léčebné postupy, při kterých dochází k nakládání s mou vlastní krví** (omezení se netýká diagnostických postupů, jako je například odběr vzorků krve pro testy): [svými iniciálami jsem vlastnoručně označil(a) možnost, kterou jsem si vybral(a)]
- (a) \_\_\_\_\_ ODMÍTÁM VŠE
- (b) \_\_\_\_\_ ODMÍTÁM VŠE KROMĚ: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- (c) \_\_\_\_\_ Mohu přijmout určité diagnostické a léčebné postupy, které zahrnují nakládání s mou krví, ale podrobnosti by bylo třeba předem probrat se mnou, pokud budu schopen(na) právních úkonů, nebo s mým zmocněncem, pokud právních úkonů schopen(na) nebudu.
5. **Další údaje pro lékařskou péči** (například léky, které nyní užívám, alergie a zdravotní problémy):
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
6. **Tyto pokyny jsou právním úkonem** učiněným proto, aby bylo zajištěno mé právo zaručené článkem 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně (dále jen Úmluva), kde se praví: „*Bude brán ztěteli na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání.*“ Úmluva byla publikována pod č. 96/2001 Sb. m. s. a je pro Českou republiku účinná od 1. října 2001. Úmluva má povahu mezinárodní smlouvy a podle čl. 10 Ústavy České republiky je bezprostředně závazná a má přednost před zákonem. Nedávám nikomu (ani svému zmocněnci) oprávnění k tomu, aby mých pokynů zde uvedených nedbal nebo je zrušil. Pokud by moji rodinní příslušníci, příbuzní nebo přátelé s mým rozhodnutím nesouhlasili, jejich nesouhlas v žádném případě nezpochybňuje právní sílu ani vlastní podstatu mého odmítnutí krve a mých dalších pokynů.

Strana 1 (celkem 2)

<sup>466</sup> Tento vzor je k dispozici ke stažení zde: <http://www.krev.info/library/ZadnouKrev2008.pdf>

7. Níže uvedenou osobu určuji jako svého zmocněnce, který za mě bude v rozsahu výše uvedených pokynů dělat rozhodnutí v oblasti diagnostické a léčebné péče a bude vykonávat veškerá práva, která mám já sám/sama jako pacient(ka). Pro případ, že by můj zmocněnec nebyl k dispozici, nemohl nebo nechtěl vykonávat svou úlohu, uvádím níže náhradního zmocněnce, který má stejné oprávnění a stejnou autoritu.

Zmocněnec: \_\_\_\_\_ (Jméno a příjmení)      Náhradní zmocněnec: \_\_\_\_\_ (Jméno a příjmení)

8. Datum: \_\_\_\_\_ Můj vlastnoruční podpis: \_\_\_\_\_

Úřední ověření mého podpisu:

#### ZMOCNĚNĚC PRO LÉČEBNOU PÉČI

Celé jméno: \_\_\_\_\_

Datum a místo narození: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Telefon(y): \_\_\_\_\_

Vyjádření zmocněnce: Plnou moc v uvedeném rozsahu přijímám.

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis zmocněnce: \_\_\_\_\_

#### NÁHRADNÍ ZMOCNĚNĚC

Celé jméno: \_\_\_\_\_

Datum a místo narození: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Telefon(y): \_\_\_\_\_

Vyjádření náhradního zmocněnce: Plnou moc v uvedeném rozsahu přijímám.

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis náhradního zmocněnce: \_\_\_\_\_

Plná moc a pokyny pro léčebnou péči  
(podepsaný dokument uvnitř)

# ŽÁDNOU KREV



## SEZNAM ZKRATEK

ALS	=	amyotrofická laterální skleróza
ARO	=	anesteziologicko-resuscitační oddělení
atd.	=	a tak dále
apod.	=	a podobně
č.	=	číslo
čl.	=	článek
ČLK	=	Česká lékařská komora
ČLS JEP	=	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	=	Česká republika
DNR	=	Do Not Resuscitate
KPR	=	kardiopulmonální resuscitace
např.	=	například
násl.	=	následující
NR	=	neodkladná resuscitace
odst.	=	odstavec
Pl.	=	plénum
popř.	=	popřípadě
PVS	=	permanentní vegetativní stav
Sb.	=	Sbírka zákonů
Sb.m.s.	=	Sbírka mezinárodních smluv
sp. zn.	=	spisová značka
spol.	=	společnost
tzv.	=	takzvaný
TČ	=	trestný čin
TOPO	=	zákon č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim
TZ	=	zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník
TrZ	=	zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon
TŘ	=	zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád)
USA	=	Spojené státy americké

ÚS	=	Ústavní soud
ust.	=	ustanovení
zák.	=	zákon
ZoZS	=	zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

# SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

## Monografie

- BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Principles of Biomedical Ethics*. 5th ed. New York: Oxford University Press, 2001, 454 s. ISBN 0-19-514332-9.
- BROVINS, Joan M.; OEHMKE, Thomas. *Vražda, nebo milosrdenství?*. Vyd. 1. Praha: Brána, 1996, 184 s. ISBN 80-85946-45-9.
- CÍSAŘOVÁ, Dagmar et al. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: Monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010, 100 s. ISBN 978-80-87146-31-6.
- CÍSAŘOVÁ, Dagmar; SOVOVÁ, Olga. *Trestní právo a zdravotnictví*. 2., upravené a rozšířené vydání. Praha: Orac, 2004, 184 s. ISBN 80-86199-75-4.
- ČERNÝ, David; DOLEŽAL, Adam (eds.). *Smrt a umírání. Etické, právní a medicínské otázky na konci života*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2013. 252 s. Edice Kabinetu zdravotnického práva a bioetiky. ISBN 978-80-87439-15-9.
- DVOŘÁK, Jan; ŠVESTKA, Jiří; ZUKLÍNOVÁ, Michaela a kol. *Občanské právo hmotné. Svazek 1. Díl první: Obecná část*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2013, 432 s. ISBN 978-80-7478-326-5.
- ERIN, Charles A.; OST, Suzanne. *The Criminal Justice System and Health Care*. New York: Oxford University Press, 2007, 282 s. ISBN 978-019-9228-294.

- FAIX, Martin. *Mezinárodně-právní aspekty ochrany lidských práv*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2013, 98 s. Studie z lidských práv, č. 5. ISBN 978-808-7146-972.
- FENYK, Jaroslav et al. *Poceta Dagmar Císařové k 75. narozeninám*. 1. vyd. Praha: LexisNexis CZ, 2007, 166 s. ISBN 978-808-6920-252.
- FENYK, Jaroslav; CÍSAŘOVÁ, Dagmar; GŘIVNA, Tomáš a kol. *Trestní právo procesní*. 6. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2015, 928 s. ISBN 978-80-7478-750-8.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. 2. vydání. Praha: Galén, 2007, 246 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
- HERRING, Jonathan. *Medical Law and Ethics*. Second Edition. New York: Oxford University Press, 2008, 657 s. ISBN 978-0-19-923066-2.
- HEŘMANOVÁ, Jana et al. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012, 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
- HOŘÁK, Jaromír. *Trestněprávní a kriminologické aspekty vražd*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2011, Prameny a nové proudy právní vědy. 256 s. ISBN 978-80-87146-48-4.
- HUXTABLE, Richard. *Law, Ethics and Compromise at the Limits of Life: To Treat or not to Treat*. Abingdon, Oxon: Routledge, 2013, 232 s. ISBN 978-0-415-49279-9.
- JACKSON, Emily; KEOWN, John. *Debating euthanasia*. Oxford: Hart publishing, 2012, 190 s. Debating law. ISBN 978-184-9461-788.
- JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část*. 5. vydání. Praha: Leges, 2016, 976 s. ISBN 978-80-7502-120-5.

- JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo procesní*. 3. vydání. Praha: Leges, 2013, 864 s. ISBN 978-80-87576-44-1.
- KREJČÍKOVÁ, Helena. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*. 1. vyd. Praha: Galén, 2014, 144 s. *Theatrum medico-juridicum*. ISBN 978-80-7492-167-4.
- LACK, Peter; BILLER-ANDORNO, Nikola; BRAUER, Susanne (Eds.). *Advanced directives*. 1. vyd. Dordrecht: Springer Science+Business Media, 2014, 213 s. ISBN 978-940-0773-769.
- MACH, Jan. *Lékař a právo: Praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 320 s. ISBN 978-80-247-3683-9.
- MACH, Jan. *Medicínské právo - co a jak: Praktické rady pro lékaře a zdravotníky*. První vydání. Praha: Galén, 2015, 136 s. ISBN 978-80-7492-218-3.
- MACH, Jan. *Přehled judikatury z oblasti zdravotnictví II: Odpovědnost ve zdravotnictví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012, 546 s. ISBN 978-80-7357-739-1.
- MATĚJEK, Jaromír. *Dříve projevená přání pacientů: Výhody a rizika*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011, 189 s. ISBN 978-807-2628-506.
- OPATRNÁ, Marie. *Etické problémy v onkologii*. Vyd. 1. Praha: Mladá fronta, 2008, 120 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-1876-0.
- PTÁČEK, Radek; BARTŮNĚK, Petr; MACH, Jan a kol. *Lege artis v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 232 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5126-9.



- SOLNAŘ, Vladimír; FENYK, Jaroslav; CÍSAŘOVÁ, Dagmar. *Základy trestní odpovědnosti: podstatně přepracované a doplněné vydání*. Praha: Orac, 2003, 455 s. ISBN 80-86199-74-6.
- SOVOVÁ, Olga. *Zdravotnická praxe a právo: praktická příručka*. Vyd. 1. Praha: Leges, 2011, 304 s. Praktik (Leges). ISBN 978-80-87212-72-1.
- STOLÍNOVÁ, Jitka; MACH, Jan. *Právní odpovědnost v medicíně*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 2010, 316 s. ISBN 978-80-7262-686-1.
- SUCHARDA, Petr; ZLATOHLÁVEK, Lukáš. *Základy klinické medicíny*. Vydání první. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015, 105 s. ISBN 978-80-246-3091-5.
- ŠÁMAL, Pavel a kol. *Trestní právo hmotné*. 7. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2014, 1040 s. ISBN 978-80-7478-616-7.
- ŠÁMAL, Pavel a kol. *Trestní zákoník I. § 1 až 139. Komentář*. 2. vydání. Praha: C.H. Beck, 2012, 1464 s. ISBN 978-80-7400-428-5.
- ŠÁMAL, Pavel a kol. *Trestní zákoník II. § 140 až 421. Komentář*. 2. vydání. Praha: C.H. Beck, 2012, 2150 s. ISBN 978-80-7400-428-5.
- ŠEBLOVÁ, Jana; KNOR, Jiří a kol. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada, 2013, 400 s. ISBN 978-80-247-4434-6.
- ŠUSTEK, Petr; HOLČAPEK, Tomáš. *Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: ASPI, 2007, 260 s. ISBN 978-80-7357-268-6.

- ŠVESTKA, Jiří; DVOŘÁK, Jan; FIALA, Josef a kol. *Občanský zákoník. Komentář. Svazek I.* Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer, 2014, 1736 s. ISBN 978-80-7478-370-8.
- TĚŠINOVÁ, Jolana; ŽDÁREK, Roman; POLICAR, Radek. *Medicínské právo.* 1. vydání. Praha: C. H. Beck, 2011, 448 s. ISBN 978-80-7400-050-8.
- TULLOCH, Gail. *Euthanasia, Choice and Death.* Edinburgh: Edinburgh University Press, 2005, 165 s. ISBN 978-074-8618-811.
- VANDUCHOVÁ, Marie; HOŘÁK, Jaromír a kol. *Na křižovatkách práva: Pocta Janu Musilovi k 70. narozeninám.* Praha: C.H. Beck, 2011, 568 s. Beckova edice právo. ISBN 978-80-7400-388-2.
- VLČKOVÁ, Klára. *Euthanasie.* Praha, 2013, 82 s. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Právnická fakulta, Katedra trestního práva. Vedoucí práce Dagmar Císařová
- WAGNEROVÁ, Eliška et al. *Listina základních práv a svobod: komentář.* Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012, 906 s. Komentáře Wolters Kluwer. ISBN 978-807-3577-506.

### Časopisecké články:

- CIBULKA, Karel. *O některých otázkách trestního postihu ve zdravotnictví*. Trestněprávní revue. 2010, č. 3, s. 69-76. ISSN 1213-5313.
- CÍSAŘOVÁ, Dagmar. *Vyšetřování trestných činů ublížení na zdraví během léčebného procesu*. Zdravotnictví a právo. 2009, č. 11, s. 22. ISSN 1211-6432.
- CVACHOVEC, Karel, Vladimír ČERNÝ, Ondřej DOSTÁL, et al. *Konsensuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním*. Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou lékařskou péči. České Budějovice: Mediprax CB, 2009, č. 2, s. 1-48. ISSN 1212-1924.
- ČERNÝ, David. *Asistovaná smrt není řešení*. Mladá fronta DNES ze dne 11.6.2016. Praha: MAFRA, a.s., 2016, s. 11. ISSN 1210-1168.
- ČERNÝ, David; DOLEŽAL, Adam; DOLEŽAL, Tomáš; HŘÍBEK, Tomáš. *Nad paragrafy o „důstojné smrti“*. Lidové noviny ze dne 11.6.2016. Praha: MAFRA, a.s., 2016, s. 23. ISSN 0862-5921.
- DOLEŽIL, David. *Paliativní péče u pacientů ve vegetativním stavu*. Neurologie pro praxi. 2010, č. 1, s. 20-22. ISSN 1803-5280.
- DYER, Owen; WHITE, Caroline; GARCÍA RADA, Aser. *Assisted dying: law and practice around the world*. BMJ. 2015, vol. 351, issue 8022, s. 1-3. ISSN 1756-1833.
- EMANUEL, Ezekiel J. et al. *Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe*. JAMA. 2016, vol. 316, issue 1, s. 79-90. ISSN 0098-7484.

- HOLČAPEK, Tomáš; ŠUSTEK, Petr. *K § 115 návrhu nového trestního zákoníku (usmrcení na žádost)*. Trestněprávní revue. 2004, č. 11, s. 325-326. ISSN 1213-5313.
- KALLUS, Mojmir; VÁLKOVÁ, Helena. *Spolkový soudní dvůr (SRN): Eutanazie přerušáním péče*. Trestněprávní revue: Judikatura. 2011, č. 1, s. 28-30. ISSN 1213-5313.
- KRUTINA, Miroslav; LANGMAJER, Jan. *Otázky související s odepřením lékařské pomoci*. Zdravotnictví a právo. 2009, č. 1-2, s. 32-37. ISSN 1211-6432.
- KUBÍČEK, Pavel a kol. *Stop zbytečné administrativě*. Tempus Medicorum. 2016, č. 6, s. 3-4. ISSN 1214-7524.
- KUTNER, Luis. *Due Process of Euthanasia: The Living Will, A Proposal*. Indiana Law Journal. 1969, Vol. 44: Iss. 4, Article 2, s. 539-554. ISSN 0019-6665.
- LAJKEP, Tomáš. *Odmítnutí léčby - Svědkové Jehovovi*. Pediatrie pro praxi. 2006, č. 3, s. 174. ISSN 1803-5264.
- LAUREYS, Steven et al. *Unresponsive wakefulness syndrome: a new name for the vegetative state or apallic syndrome*. BMC Medicine. 2010, 8(1), s. 68-. ISSN 1741-7015.
- MATĚJEK, Jaromír. *Soudní rozhodnutí německých soudů týkající se dříve projevených přání pacienta*. Zdravotnictví a právo. 2010, č. 12, s. 11-16. ISSN 1211-6432.
- MITLÖHNER, Miroslav. *Euthanasie - náměty k diskuzi*. Zdravotnictví a právo. 2002, č. 11, s. 11-13. ISSN 1211-6432.

- ONDRUŠKA, Miloš. *(Problém) Dříve vyslovené přání*. Zdravotnické fórum. 2012, č. 12, s. 6-14. ISSN 1804-9664.
- PETERKOVÁ, Helena. *Dříve vyslovená přání: komparace z pohledu německé a španělské právní úpravy*. Zdravotnictví a právo. 2010, č. 4, s. 2-7. ISSN 1211-6432.
- PETERKOVÁ, Helena. *Pokyny Do Not Resuscitate a problematika neposkytnutí pomoci*. Trestní právo. 2009, č. 9, s. 3-16. ISSN 1214-3758.
- PETERKOVÁ, Helena. *Rationing a argumentace marnostní léčby při neposkytnutí zdravotní péče*. Zdravotnické fórum. 2012, č. 1, s. 14-18. ISSN 1804-9664.
- PETERKOVÁ, Helena. *Ukončování přístrojové podpory vitálních funkcí v kontextu zákona o zdravotních službách*. Zdravotnické fórum. 2012, č. 9, s. 21-28. ISSN 1804-9664.
- PETERKOVÁ, Helena. *Zdravotník a trestný čin neposkytnutí pomoci*. Zdravotnictví a právo. 2010, č. 7-8, s. 5-11. ISSN 1211-6432.
- PLETKOVÁ, Kristina. *Euthanasie - úvahy de lege ferenda*. Zdravotnictví a právo. 2008, č. 10, s. 3-7. ISSN 1211-6432.
- PRAŽMOVÁ, Věra; KUČEROVÁ, Božena. *Poskytování zdravotních služeb bez souhlasu pacienta*. Zdravotnické fórum. 2012, č. 8, s. 17-19. ISSN 1804-9664.
- RŮŽIČKA, Miroslav. *K některým otázkám trestní odpovědnosti ve zdravotnictví*. Zdravotnictví a právo. 2010, č. 3, s. 5-13. ISSN 1211-6432.

- ŠPERKEROVÁ, Marcela Alföldi. *Kvůli chybě lékařů může skončit celá nemocnice*. Lidové noviny ze dne 2.5.2015. Praha: MAFRA, a.s., 2015, s. 1-2. ISSN 0862-5921.
- ŠTREJTOVÁ, Kateřina. *Pojem "lege artis" a trestní odpovědnost v medicíně*. Trestněprávní revue. 2013, č. 6, s. 135-138. ISSN 1213-5313.
- UHEREK, Pavel. *Svědkové Jehovovi a odmítání transfuze krve nejen z pohledu aktuální legislativy*. Časopis zdravotnického práva a bioetiky. Ústav státu a práva AV ČR, 2015, č. 3, s. 65-78. ISSN 1804-8137.
- URBÁNEK, Jindřich. *Eutanázie – problém napětí mezi lékařstvím, etikou a právem*. Trestní právo. 2007, č. 9, s. 9-15. ISSN 1211-2860.
- VIZINGER, Radek. *Předstižné pokyny pacienta (living will) v právní teorii i praxi*. Zdravotnictví a právo. 2007, č. 07-08, s. 3-17. ISSN 1211-6432.
- ZP JUD 15/09 (usnesení Nejvyššího soudu ze dne 10.12.2008, sp. zn. 8 Tdo 1421/2008): *Neposkytnutí pomoci, Tonelliho příznak, Pojem „lege artis“ a „non lege artis“, Biologická smrt*. Zdravotnictví a právo. 2009, č. 4, s. 26-31. ISSN 1211-6432.

### **Internetové zdroje:**

- Amyotrophic lateral sclerosis. Wikipedia. Dostupné z: [https://en.wikipedia.org/wiki/Amyotrophic\\_lateral\\_sclerosis](https://en.wikipedia.org/wiki/Amyotrophic_lateral_sclerosis)
- Archiv časopisu České lékařské komory Tempus Medicorum. Dostupné z: <http://www.lkcr.cz/tempus-medicorum-353.html>
- Belgian helped to die after three sex change operations. BBC News. 2013. Dostupné z: <http://www.bbc.com/news/world-europe-24373107>
- California End of Life Option Act - Effective June 9, 2016. The Medical Board of California. 2016. Dostupné z: [http://www.mbc.ca.gov/Licensees/Physicians\\_and\\_Surgeons/End\\_of\\_Life.aspx](http://www.mbc.ca.gov/Licensees/Physicians_and_Surgeons/End_of_Life.aspx)
- CIBÁK, Ondřej. *Zvažované zavedení plnohodnotné možnosti vyvinění právnických osob.* EPRAVO.CZ. 2016. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/clanky/zvazovane-zavedeni-plnohodnotne-moznosti-vyvineni-pravnicky-ch-osob-101528.html>
- Cruzan v. Director, Missouri Department of Health 497 U.S. 261 (1990). Dostupné z: <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/497/261/case.html>
- Co říká Bible: Odpovědi na otázky. JW.ORG / Oficiální stránky Svědků Jehovových. Dostupné z: <https://www.jw.org/cs/co-rika-bible/otazky/>
- ČERNÝ, David. *Stanovisko k návrhu zákona o důstojné smrti.* Zdravotnické právo a bioetika. 2016. Dostupné z: <http://zdravotnickepravo.info/stanovisko-k-navrhu-zakona-o-dustojne-smrti/>
- Dokument „24 and Ready to Die“. You Tube. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=SWWkUzkfJ4M>

- Dokumenty právního oddělení ČLK. Dostupné z: <http://www.lkcr.cz/dokumenty-pravniho-oddeleni-clk-418.html>
- DOLEŽAL, Adam. *Marná léčba (futile care) v judikatuře soudů ve Spojených státech amerických*. Zdravotnické právo a bioetika. 2015. Dostupné z: <http://zdravotnickepravo.info/marna-lecba-futile-care-v-judikature-soudu-ve-spojonych-statech-americkyh>
- Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli. Dostupné z: [http://www.lkcr.cz/doc/cms\\_library/dop-1-2010-31.pdf](http://www.lkcr.cz/doc/cms_library/dop-1-2010-31.pdf)
- Doporučený postup výboru ČLS JEP – Spol. urgentní medicíny a medicíny katastrof, č. 2 - Neodkladná resuscitace. Dostupné z: [http://www.urgmed.cz/postupy/2011\\_nr.pdf](http://www.urgmed.cz/postupy/2011_nr.pdf)
- DUŠKA, František. Přednáška na téma "Ošetřovatelství v intenzivní péči". Klinika anesteziologie a resuscitace 3. LF UK a FNKV, 2008. Prezentace k přednášce na internetu dostupná ke stažení z: [http://www.petrwaldauf.cz/index.php/cs/pednaky-ke-staeni/doc\\_details/62-0-sip-pednaka-2](http://www.petrwaldauf.cz/index.php/cs/pednaky-ke-staeni/doc_details/62-0-sip-pednaka-2)
- Důvodová zpráva k návrhu zákona o zdravotních službách. Dostupné z: <https://apps.odok.cz/veklep-detail?pid=RACK8GAHS5NK>
- Emily "Laura" is a healthy 24 year-old who was approved to die by euthanasia in Belgium. Emily has chosen to live. Alex Schadenberg: Executive Director and International Chair of the Euthanasia Prevention Coalition. 2015. Dostupné z: <http://alexschadenberg.blogspot.cz/2015/11/belgium-emily-laura-is-24-and-ready-to.html>



- Euthanasia of convicted Belgian murderer cancelled. BioEdge: bioethics news from around the world. 2015. Dostupné z: [http://www.bioedge.org/bioethics/bioethics\\_article/11280](http://www.bioedge.org/bioethics/bioethics_article/11280)
- In re Quinlan, 70 N.J. 10 (1976), 355 A.2d 647. Dostupné z: [https://www.uta.edu/philosophy/faculty/burgess-jackson/In%20re%20Quinlan,%2070%20N.J.%2010,%20355%20A.2d%20647%20\(1976\).pdf](https://www.uta.edu/philosophy/faculty/burgess-jackson/In%20re%20Quinlan,%2070%20N.J.%2010,%20355%20A.2d%20647%20(1976).pdf)
- Jack Kevorkian. Encyclopaedia Britannica. Dostupné z: <http://www.britannica.com/biography/Jack-Kevorkian>
- Jack Kevorkian. West's Encyclopedia of American Law. 2005. Dostupné z: [http://www.encyclopedia.com/topic/Jack\\_Kevorkian.aspx](http://www.encyclopedia.com/topic/Jack_Kevorkian.aspx)
- JANÁKOVÁ, Barbora. *Benešová chystá novelu, která vrátí firmám beztrestnost, varují žalobci.* Novinky.cz. 2015. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/domaci/388811-benesova-chysta-novelu-ktera-vraci-firmam-beztrestnost-varuji-zalobci.html>
- Judikatura Nejvyššího soudu České republiky. Dostupné z: <http://www.nsoud.cz>
- Judikatura Ústavního soudu České republiky. Dostupné z: <http://nalus.usoud.cz>
- Judikatura Evropského soudu pro lidská práva. Dostupné z: <http://hudoc.echr.coe.int/>
- Kampaň České lékařské komory „Zdravotnictví volá o pomoc“. Dostupné z: <https://zdravotnictvivolaopomoc.cz>

- KLÁNOVÁ, Markéta. *Jehovisté a krevní deriváty*. Zdravotnictví a medicína: časopis Sestra. Mladá fronta, 2009. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/jehoviste-a-krevni-derivaty-448153>
- KREJČÍKOVÁ, Helena. *Odpovědnost poskytovatelů zdravotních služeb za trestné činy proti životu*. Zdravotnické právo a bioetika. 2015. Dostupné z: <http://zdravotnickepravo.info/odpovednost-poskytovatele-zdravotnich-sluzeb-za-trestne-ciny-proti-zivotu/>
- KREJČÍKOVÁ, Helena. *Je návrh zákona o důstojné smrti důstojný?* Zdravotnické právo a bioetika. 2016. Dostupné z: <http://zdravotnickepravo.info/je-navrh-zakona-o-dustojne-smrti-dustojny/>
- LOJDOVÁ, Evelyn; MALÝ, Lukáš. *Dříve vyslovená přání - závěť do nemocnice?* EPRAVO.CZ. 2013. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/clanky/drive-vyslovena-prani-zavet-do-nemocnice-90987.html>
- LOUČKA, Martin; HOUSKA, Adam. *Navrhovaný zákon o eutanázii je ohrožením pro pacienty v těžké životní situaci*. Expertní stanovisko Centra paliativní péče k návrhu zákona o důstojné smrti ze dne 8.6. 2016. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/res/data/089/010033.pdf>
- Medical assistance in dying. In: Government of Canada. Dostupné z: <http://healthycanadians.gc.ca/health-system-systeme-sante/services/palliative-palliatifs/medical-assistance-dying-aide-medicale-mourir-eng.php>
- Návrh poslanců Jiřího Zlatušky, Radka Vondráčka, Kristýny Zeliénkové, Petra Adama, Pavla Čiháka a Vojtěcha Adama na vydání zákona o důstojné smrti (sněmovní tisk č. 820). Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=7&t=820>

- Návrh senátního návrhu zákona senátorky Václavy Domšové o důstojné smrti (senátní tisk č. 303). Dostupné z: <http://www.senat.cz/xqw/xervlet/pssenat/historie?action=detail&value=2328>
- NĚMEC, Adam. *Novela přiznává beztrestnost velkým firmám. Neprojde, avizují senátoři*. iDNES.cz. 2016. Dostupné z: [http://zpravy.idnes.cz/zakon-o-trestni-odpovednosti-pravnicky-oseb-novela-kodex-senat-1c3-domaci.aspx?c=A160411\\_013703\\_domaci\\_ane](http://zpravy.idnes.cz/zakon-o-trestni-odpovednosti-pravnicky-oseb-novela-kodex-senat-1c3-domaci.aspx?c=A160411_013703_domaci_ane)
- Oficiální anglický překlad německého trestního zákoníku. Dostupné z: [http://www.gesetze-im-internet.de/englisch\\_stgb/german\\_criminal\\_code.pdf](http://www.gesetze-im-internet.de/englisch_stgb/german_criminal_code.pdf)
- Oficiální text belgického zákona o euthanasii. Dostupné z: [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2002052837&table\\_name=wet](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2002052837&table_name=wet)
- Oficiální text californského zákona o konci života. Dostupné z: [http://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billTextClient.xhtml?bill\\_id=201520162AB15](http://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billTextClient.xhtml?bill_id=201520162AB15)
- Oficiální text kanadské novely trestního zákona legalizující euthanasii a asistovanou sebevraždu. Dostupné z: <http://www.parl.gc.ca/HousePublications/Publication.aspx?Language=E&Mode=1&DocId=8384014>
- Oficiální text lucemburského zákona o euthanasii a asistované sebevraždě. Dostupné z: <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2009/0046/a046.pdf>
- Oficiální text německého trestního zákoníku. Dostupné z: <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/stgb/gesamt.pdf>

- Oficiální text nizozemského zákona o ukončení života na žádost a asistované sebevraždě. Dostupné z: [http://wetten.overheid.nl/BWBR0012410/geldigheidsdatum\\_11-08-2014](http://wetten.overheid.nl/BWBR0012410/geldigheidsdatum_11-08-2014)
- Oficiální text precedentu Baxter v. Montana. Dostupné z: <http://law.justia.com/cases/montana/supreme-court/2009/94adc027-086a-4b36-a80e-0aaf09a60127.html>
- Oficiální text oregonského zákona o důstojné smrti. Dostupné z: <http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/statute.pdf>
- Oficiální text vermontského zákona o pacientově volbě a kontrole na konci života. Dostupné z: <http://www.leg.state.vt.us/docs/2014/Acts/ACT039.pdf>
- Oficiální text washingtonského zákona o důstojné smrti. Dostupné z: <http://apps.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=70.245>
- Oficiální text zákona č. 183/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim, ve znění pozdějších předpisů. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?O=7&T=304>
- PALIČKA, Jan. *Pohnuté osudy: Fotbalové peklo jménem Hillsborough. Po fatální chybě policie vyhaslo 96 životů*. Lidovky.cz. 2016. Dostupné z: [http://www.lidovky.cz/fotbalove-peklo-jmenem-hillsborough-po-fatalni-chybe-policie-vyhaslo-96-zivotu-1y5-/lide.aspx?c=A160409\\_180835\\_lide\\_ELE](http://www.lidovky.cz/fotbalove-peklo-jmenem-hillsborough-po-fatalni-chybe-policie-vyhaslo-96-zivotu-1y5-/lide.aspx?c=A160409_180835_lide_ELE)
- PETRÁŠOVÁ, Lenka. *Kdo rozhodne o „ukončení života“*. IKEM. 2008. Dostupné z: <http://www2.ikem.cz/www?docid=1005994>

- Proč svědkové Jehovovi nepřijímají transfuze? JW.ORG / Oficiální stránky Svědků Jehovových. Dostupné z: <https://www.jw.org/cs/svedkove-jehovovi/caste-otazky/svedkove-jehovovi-proc-neprijimaji-transfuze/>
- RAJLICOVÁ, Eva; SCHUSTEROVÁ, Kamila. *Jak u nás funguje institut dříve vyslovených přání?* Český rozhlas. 2015. Dostupné z: [http://www.rozhlas.cz/plus/zaostreno/\\_zprava/jak-u-nas-funguje-institut-drive-vyslovenych-prani--1487758](http://www.rozhlas.cz/plus/zaostreno/_zprava/jak-u-nas-funguje-institut-drive-vyslovenych-prani--1487758)
- Stanovisko vlády k návrh poslanců Jiřího Zlatušky, Radka Vondráčka, Kristýny Zelenkové, Petra Adama, Pavla Čiháka a Vojtěcha Adama na vydání zákona o důstojné smrti. (sněmovní tisk č. 820/1). Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?o=7&ct=820&ct1=1>
- Stavovské předpisy ČLK. Dostupné z: <http://www.lkcr.cz/stavovske-predpisy-clk-212.html>
- Svědkové Jehovovi chirurgická/etická výzva. JW.ORG / Oficiální stránky Svědků Jehovových. Dostupné z: <https://www.jw.org/cs/publikace/knihy/krev/Svedkove-Jehovovi-chirurgicka-eticka-vyzva/>
- Velký lékařský slovník On-Line. MAXDORF. 2016. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz>
- Veřejné mínění o interrupci, eutanazii a trestu smrti – červen 2016. Centrum pro výzkum veřejného mínění: Sociologický ústav AV ČR, v.v.i. 2016. Dostupné z: [http://cvvm.soc.cas.cz/media/com\\_form2content/documents/c1/a7577/f3/ov160720.pdf](http://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c1/a7577/f3/ov160720.pdf)

- Text Elišky Wagnerové o pojetí lidské důstojnosti u příležitosti kolokvia Ústavního soudu s Aharonem Barakem. Eliška Wagnerová. 2014. Dostupné z: <http://eliskawagnerova.cz/aktuality/text-elisky-wagnerove-o-pojeti-lidske-dustojnosti-u-prilezitosti-kolokvia-ustavniho-soudu-s-aharonem-barakem/>
- Vzor dokumentu „Žádnou krev“ Svědků Jehovových. Dostupné z: <http://www.krev.info/library/ZadnouKrev2008.pdf>
- Vzor dříve vysloveného přání. Ministerstvo zdravotnictví. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/obsah/drive-vyslovene-prani\\_2561\\_1.html](http://www.mzcr.cz/obsah/drive-vyslovene-prani_2561_1.html)
- What is ALS? ALS Association. Dostupné z: <http://www.alsa.org/about-als/what-is-als.html>
- Zdržují se svědkové Jehovovi krve skutečně? In: Nové světlo v otázce krve. Dostupné z: <http://www.krev.info/Text/abstain.htm>

### **Právní předpisy, etické normy, judikatura:**

- Airedale NHS Trust v Bland [1993] AC 789
- Assembly Bill No. 15. End of life. (CA, USA)
- Bill C-14, An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying), Canada
- Bush v Schiavo, 885 So 2d 321, 324 (Fla 2004)
- Carter v. Canada (Attorney General), 2015 SCC 5
- Cruzan v. Director, Missouri Department of Health 497 U.S. 261 (1990)
- Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli
- Doporučený postup výboru ČLS JEP – Spol. urgentní medicíny a medicíny katastrof, č. 2 - Neodkladná resuscitace
- In re Guardianship of Theresa Marie Schiavo, Incapacitated. Michael Schiavo, as Guardian of the person of Theresa Marie Schiavo, Petitioner v Robert Schindler and Mary Schindler, Respondents, 90-2908GD-003
- In re Quinlan, 70 N.J. 10 (1976), 355 A.2d 647
- In re Schiavo, 90-2908GD-003 (Fla Cir Ct, Pinellas Co, 11 February 2000)
- In re Schiavo, 90-2908GB-003 (Fla Cir Ct, Pinellas Co, 22 November 2002)
- Judikát Evropského soudu pro lidská práva ve věci Jehovah's Witnesses of Moscow proti Rusku ze dne 10. 6. 2010 č. 302/02
- Konsenzuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP a České společnosti intenzivní medicíny ČLS JEP z roku 2009
- Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance (Velkovévodství lucemburské)
- Nález Ústavního soudu sp. zn. I.ÚS 43/04 ze dne 13.4.2004
- Nález Ústavního soudu sp. zn. III. ÚS 459/2003 ze dne 20.8.2004
- Nález Ústavního soudu sp. zn. I. ÚS 4/04 ze dne 23.3.2004
- Nález Ústavního soudu sp. zn. IV.ÚS 412/04 ze dne 7.12.2005

- Nález Ústavního soudu sp. zn. I.ÚS 557/05 ze dne 24.7.2007
- Nález Ústavního soudu sp. zn. II.ÚS 2268/07 ze dne 29.2.2008
- Nález Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 1/12 ze dne 27.11.2012
- Nález Ústavního soudu sp. zn. I. ÚS 1565/2014 ze dne 2.3.2015
- Návrh zákona o důstojné smrti (sněmovní tisk č. 820)
- Patient Choice and Control at End of Life Act (Act 39), 18 V.S.A. Chapter 113 (VT, USA)
- Precedent Baxter v. Montana 224 P.3d 1211 (2009), Supreme Court of Montana (MT, USA)
- Rozhodnutí publikované ve Sbírce soudních rozhodnutí a stanovisek pod číslem R 14/2011
- Rozsudek Nejvyššího soudu ČR sp. zn. 2 Tzn 72/97 ze dne 18.9.1997
- Rozsudek Spolkového soudního dvora 3 StR96/84 ze dne 4.7.1984
- Rozsudek Spolkového soudního dvora XII ZB 2/03 ze dne 17.3.2003
- Rozsudek Spolkového soudního dvora 2 StR 454/09 ze dne 25.6.2010
- Schindler v. Schiavo, 800 So 2d 640, 647 (Fla Dist Ct App, 2001)
- Schindler v. Schiavo, 851 So 2d 182, 187 (Fla Dist Ct App, 2003)
- Strafgesetzbuch (StGB), BGBl. I S. 3322 (Spolková republika Německo)
- Stavovský předpis č. 10 České lékařské komory – Etický kodex ČLK
- Stavovský předpis č. 4 České lékařské komory – Disciplinární řád ČLK
- The Oregon Death with Dignity Act, Oregon Revised Statute 127.800-127.995 (OR, USA)
- The Washington Death with Dignity Act, Revised Code of Washington 70.245 (WA, USA)
- Úmluva na ochranu práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, publikovaná ve Sbírce mezinárodních smluv pod č. 96/2001 Sb.m.s.
- Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod, vyhlášená sdělením federálního ministerstva zahraničí č. 209/1992 Sb.
- Usnesení Nejvyššího soudu ČR sp. zn. 7 Tdo 219/2005 ze dne 22.3.2005
- Usnesení Nejvyššího soudu ČR sp. zn. 6 Tdo 371/2005 ze dne 13.4.2005



- Usnesení Nejvyššího soudu ČR sp. zn. 8 Tdo 1421/2008 ze dne 10.12.2008
- Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky
- Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod
- Všeobecná deklarace lidských práv, přijatá Valným shromážděním OSN dne 10.12.1948
- Vyhláška č. 37/1967 Sb., k provedení zákona o znalcích a tlumočnících
- Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci
- Wet betreffende de euthanasie (Belgické království)
- Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Nizozemské království)
- Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon
- Zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád)
- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu
- Zákon č. 36/1967 Sb., o znalcích a tlumočnících
- Zákon č. 66/1986 Sb. o umělém přerušení těhotenství
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví
- Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon)
- Zákon č. 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů
- Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
- Zákon č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách
- Zákon č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim
- Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník
- Zákon č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních
- Zákon č. 183/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim, ve znění pozdějších předpisů

## **RESUMÉ**

The subject matter of this thesis is the issue of withdrawing and withholding life-sustaining treatment. It is a complicated multidisciplinary issue, affecting various areas of law, medicine and ethics, which interferes with one of the highest constitutional values – right to life and is associated with the risk of criminal prosecution for patient's death.

With respect to the severity of the consequences connected with withdrawing and withholding of life-sustaining treatment, there is a need for clear legal determination of conditions of withdrawing and withholding life-sustaining treatment under which physicians are exempted from criminal liability. Unfortunately, the current Czech legislation on this serious issue shows many imperfections and does not provide sufficient legal certainty. Despite this fact however, physicians have to deal with the question of withdrawing and withholding life-sustaining treatment on a day-to-day basis.

The aim of this thesis is to introduce and evaluate the current approach of Czech legislation towards the issue of withdrawing and withholding life-sustaining treatment, point out its imperfections, reflect on appropriate solution and contribute to deepen the discussions about this topic.

This thesis consists of four chapters. Chapter one deals with various legal aspects of ending of treatment, in particular with the connection of this issue with fundamental human rights and its mutual conflict. Chapter two introduces legal and medical reasons for withdrawal and withholding life-sustaining treatment, representing possible defenses to criminal liability. Chapter three is focused on advance directives, which play an important role in the end-of-life decision-making. The final chapter deals with the issue of criminal liability for patient's death caused by withdrawing or withholding of life-sustaining treatment.

## **ABSTRAKT**

Tato práce je věnována otázce ukončování a nezahajování život zachraňující léčby. Jedná se o složitou multidisciplinární problematiku, jejíž současná právní úprava v České republice vykazuje řadu nedostatků, které by bylo vhodné vyřešit. Dle platné právní úpravy lze život zachraňující léčbu nezahájit nebo ukončit buďto z důvodu marnosti a neúčelnosti dané léčby anebo z důvodu jejího odmítnutí pacientem prostřednictvím negativního reversu nebo dříve vysloveného přání. S uplatněním těchto důvodů v praxi je však spojena řada problémů.

V případě protiprávního ukončení nebo nezahájení život zachraňující léčby hrozí lékaři trestní postih, a nově bude moci být za smrt pacienta trestně odpovědné i zdravotnické zařízení. Vzhledem k závažnosti důsledků spojených s ukončováním a nezahajováním život zachraňující léčby a v zájmu zvýšení právní jistoty lékařů i pacientů by bylo třeba vyřešit současné nejasnosti a jasně vymezit podmínky ukončování a nezahajování takové léčby, jejichž splnění by lékaři zaručovalo beztrestnost.

## **ABSTRACT**

This thesis is focused on withdrawing and withholding life-sustaining treatment, which represents a complicated multidisciplinary issue. The current Czech legislation on this issue shows many imperfections that should be resolved. In accordance with the current legislation it is possible to withdraw or withhold life-sustaining treatment based on futile care reasoning or based on refusal of such treatment by the patient in the form of informed dissent or advance directives. However, the practical application of the above stated reasons is rather problematic.

In case of unlawful withdrawal or withholding of life-sustaining treatment, the physician may face a criminal prosecution, and from December 2016 it will also be possible to prosecute medical facility for patient's death. With respect to the severity of the consequences connected with withdrawing and withholding of life-sustaining treatment and in order to increase the legal certainty of physicians and patients, it is necessary to resolve current legal imperfections and clearly define the conditions of withdrawing and withholding life-sustaining treatment under which physicians are exempted from criminal liability.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

- Ukončování a nezahajování léčby
- Dříve vyslovená přání
- Trestní právo

## **KEY WORDS**

- Withdrawing or withholding treatment
- Advance directives
- Criminal law

## **NÁZEV PRÁCE V ANGLICKÉM JAZYCE**

- Ending of treatment resulting in the patient's death