

Univerzita Karlova v Praze

Právnická fakulta

Petra Franková

**AKTUÁLNÍ PROBLÉMY TRESTNÍ ODPOVĚDNOSTI
ZDRAVOTNICKÉHO PRACOVNÍKA V SOUVISLOSTI
S DŘÍVE VYSLOVENÝMI PŘÁNÍMI**

Diplomová práce

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

Katedra trestního práva

Centrum zdravotnického práva

Datum vypracování práce (uzavření rukopisu): prosinec 2014

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně, všechny použité prameny a literatury byly řádně citovány a práce nebyla použita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 6. prosince 2014

Petra Franková

Na tomto místě bych ráda poděkovala JUDr. Olze Sovové, PhD., za její vstřícnost a poskytnutá doporučení během psaní této diplomové práce. Mé poděkování patří i mým nejbližším, především mé rodině, za podporu, kterou mi při studiu poskytovali a mému příteli, za trpělivost, inspiraci a cenné konzultace.

„Lidská svoboda spočívá mimo jiné v kontrole nad vlastním životem. V zásadě je lhostejno, jak si kdo svůj život zařídí. Když je zdrav, má všechno pod kontrolou. Přijde-li nemoc, člověk svůj vliv nad sebou ztrácí. Tím, že pacient žádá o neprodłużování života za každou cenu, nebo dokonce o pomoc ve smrti, snaží se nadále udržet kontrolu nad svým životem, tentokrát však formou prosby o důstojný konec.“¹

¹ Dworkin, G., Frey, R.G., Bok, S.: *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*. Cambridge University Press 1998, s. 17.

Obsah

Úvod	7
1 (Osobnostní) práva pacienta	10
1.1 Historie práv pacienta.....	10
1.2 Právní úprava práv pacientů	10
1.2.1 Právo na život	12
1.2.2 Právo na sebeurčení	14
1.2.3 Právo na ochranu lidské důstojnosti	16
2 Dříve vyslovená přání.....	18
2.1 Úprava podle Úmluvy o biomedicíně	18
2.2 Úprava podle zákona o zdravotních službách.....	21
2.3 Druhy dříve vyslovených přání.....	25
2.4 Problémy dříve vyslovených přání.....	30
2.5 Kritický pohled na dříve vyslovená přání.....	32
3 Právní odpovědnost ve zdravotnictví	34
3.1 Občanskoprávní odpovědnost.....	35
3.2 Pracovněprávní odpovědnost.....	37
3.3 Správní odpovědnost.....	37
3.4 Disciplinární odpovědnost	38
4 Trestněprávní odpovědnost ve zdravotnictví	38
4.1 Zásada subsidiarity trestní represe a ultima ratio	39
4.2 Předpoklady vzniku trestní odpovědnosti.....	41
4.2.1 Objekt trestného činu	42
4.2.2 Objektivní stránka trestného činu	42
4.2.3 Zdravotnický pracovník jako subjekt trestného činu	44
4.2.4 Subjektivní stránka trestného činu	45
5 Občanský zákoník a dříve vyslovená přání.....	46
5.1 Podpůrná opatření při narušení schopnosti zletilého právně jednat	47
5.1.1 Předběžné prohlášení	48
5.1.2 Nápomoc při rozhodování	49
5.1.3 Zastoupení členem domácnosti	49
5.2 Zástupný souhlas	50
6 Respektování/nerespektování dříve vyslovených přání a právní odpovědnost	52
6.1 Trestněprávní odpovědnost	53
6.2 Občanskoprávní odpovědnost	55
7 Právní úprava dříve vyslovených přání v Anglii a Walesu	56
7.1 Kořeny právní úpravy dříve vyslovených přání	56
7.2 Mental Capacity Act 2005.....	57
7.2.1 Advance decisions	57

7.2.2 Lasting power attorney	59
7.3 Soudní rozhodnutí.....	59
Závěr.....	63
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	65
Abstrakt	72
Abstract	74
Klíčová slova/Key words.....	76

Úvod

Lidské zdraví je nenahraditelnou veličinou v životě každého člověka, a proto se s poskytováním zdravotní péče dříve či později setká každý z nás a pozná, že vztah zdravotnického pracovníka a pacienta je komplikovaný a to nejen díky pokrokům v medicíně, ale také s ohledem na větší očekávání pacientů. Současná medicína během posledních desetiletí prodělala větší rozvoj než během celé své historie a i když dokáže dříve nepředstavitelné, ať už se jedná o prodloužení či zkvalitnění života, s jednou jeho částí si zatím moc poradit neumí. Medicína a stejně tak i lidský život, jakkoli je možné ho prodlužovat pomocí nejnovějších technologií a medicínských postupů, je limitovaný v čase.

Právě umírání a představa konce života jako utrpení, v němž pacienti tráví své poslední dny v nepohodlí a bolesti, patří k velice závažným společenským problémům. Moderní lékařská etika je konfrontována s problematikou kvality života umírajících pacientů v souvislosti s otázkami jako, kdy a za jakých podmínek pokračovat v léčbě či zda má pacient právo předem stanovit co se s ním bude dělat, až nebude schopen svá přání artikulovat nebo, jestli může rozhodování svěřit blízké osobě, která bude v případě neschopnosti pacienta artikulovat své požadavky ohledně toho, co se má respektive nemá dále dělat.²

Tato práce se věnuje institutu dříve vyslovených přání, relativně mladému institutu zdravotnického práva, které patří k nejrychleji rozvíjejícím se právním oborům. Důvodem jsou například změny v náhledu na vztah lékaře a pacienta. Dříve vyslovená přání souvisí s institutem informovaného souhlasu, který je nejdůležitějším nástrojem pacienta v prosazení práva na sebeurčení.

Jaký má být vztah mezi lékařem a pacientem, aby měl pacient co největší jistotu, že v případě kdy nebude schopen o sobě rozhodovat, se o něj bude pečovat, tak jak si přeje? Tradiční paternalistický model, jehož rysem je představa lékaře jako autority, a ať už pro rozdíl ve vzdělání, tajemnost lékařské profese, nebo proto, že se na něj často obrácíme i v nemedicínských věcech, a ve kterém lékař rozhoduje za pacienta, jaký léčebný postup bude zvolen, je postupně nahrazován modelem založeným na rozhodovací autonomii pacienta. Vztah mezi lékařem a pacientem se nemůže

² VÁCHA, M. Dříve vyslovená přání. In CÍSAŘOVÁ, D. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010, s. 11-17. ISBN 978-808-7146-316.

vyznačovat vzájemnými obavami. Řada lékařů však stále nerespektuje autonomii pacientů. Tuto skutečnost ilustruje i nápis nad vchodem do Všeobecné fakultní nemocnice v Praze *Salus aegroti suprema lex*^{3,4}.

Ačkoliv se stal institut dříve vyslovených přání součástí českého právního řádu dnes již před více než dvěma lety, stále ještě je tato problematika u nás prakticky neznámá pro velkou část jak laické tak i odborné veřejnosti, jak navíc dokládá i skutečnost, že v českém prostředí nevznikla na toto téma ucelená publikace.⁵

I přes zákonné zakotvení naráží institut na terminologické i interpretační potíže, které rozhodně nepodporují rozšíření jeho využívání. Jednou z hlavních obav může být strach z případného trestního postihu lékaře v případě respektování resp. nerespektování dříve vysloveného přání. Cílem dříve vysloveného přání přitom je umožnit pacientovi zemřít podle vlastních představ.

Otázky trestní odpovědnosti v souvislosti s dříve vyslovenými přáními se mi jeví s ohledem na výše nastíněné problémy a v souvislosti s nedávnými legislativními změnami v oblasti zdravotnictví, jako téma velmi aktuální. Téma práce mě také zaujalo různorodým okruhem problémů, kterým se při zpravování mohu věnovat, ať už se jedná obecně o právo na život, konec života nebo etickým pohledům na rozhodování o vlastním konci života.

Tato práce je rozdělena do sedmi kapitol a pro přehlednost i dílčích podkapitol. První kapitola je věnována osobnostním právům pacienta, která poskytují základní východiska zkoumaného tématu. Stručný historický exkurs práv pacientů přechází v podřazených podkapitolách v náhled na právní úpravu práva na život, práva na sebeurčení a práva na ochranu lidské důstojnosti. Jednotlivá práva jsou rozebrána z vnitrostátní i zahraniční perspektivy.

Hned v následující kapitole vymezím samotný institut dříve vyslovených přání. Postupně se věnuji úpravě podle Úmluvy o lidských právech a biomedicíně⁶ a podle

³ Blaho pacienta je nejvyšším zákonem.

⁴ DOLEŽAL, Tomáš. Problematické aspekty vztahu lékaře a pacienta zejména s ohledem na institut tzv. informovaného souhlasu. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky* [online]. 2011, roč. 1, č. 1, s. 10 [cit. 2014-11-29]. Dostupné z:

<http://www.ilaw.cas.cz/medlawjournal/index.php/medlawjournal/article/view/1/pdf>.

⁵ Výjimkou je sborník: CÍSAŘOVÁ, D. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010, 97 s. ISBN 978-808-7146-316.

⁶ Celým názvem Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, publikovaná pod č. 96/2001 Sb.m.s. (dále jen Úmluva o biomedicíně).

zákona o zdravotních službách⁷, abych se mohla zaměřit na specifikaci několika typů dříve vyslovených přání a konečně vymezit jejich problémy a kritické aspekty.

Třetí kapitola pojednává o právní odpovědnosti ve zdravotnictví. Je rozdělena na čtyři části, přičemž každá je věnovaná jedné z občanskoprávní, pracovněprávní, správní a disciplinární odpovědnosti.

S tím souvisí i následující kapitola, která se zabývá odpovědností trestněprávní. Té je, s ohledem na téma práce, věnován největší prostor. V první části kapitoly se věnují zásadě subsidiarity trestní represe a principu použití trestního práva jako ultima ratio. Zbývající část kapitoly tvoří teoretický souhrn podmínek trestní odpovědnosti.

Otázkám institutu dříve vyslovených přání z pohledu občanského zákoníku⁸ se věnuje kapitola pátá. Řeší vztah občanského zákoníku a zákona o zdravotních službách, v dalších podkapitolách popisuje zákonnou úpravu podpurných opatření při narušení schopnosti zletilého právně jednat a věnuje se i institutu zástupného souhlasu v souvislosti se zásahem do tělesné a duševní integrity člověka.

V šesté kapitole využiji poznatky ze všech předchozích kapitol, abych se na hypotetickém příkladu mohla věnovat důsledkům respektování, resp. nerespektování dříve vyslovených přání z pohledu možné trestněprávní nebo občanskoprávní odpovědnosti lékaře.

Poslední kapitola pak pro rozšíření obzoru mimo území České republiky rozebírá právní úpravu dříve vyslovených přání v Anglii a Walesu. Po stručném historickém vývoji je stěžejní část kapitoly věnována rozboru současné zákonné úpravy, tedy *Mental Capacity Act 2005*⁹, a vzhledem ke specifiku *common law* i některých důležitých soudních rozhodnutí.

Cílem této práce je analýza aktuálních problémů trestní odpovědnosti zdravotnických pracovníků v souvislosti s dříve vyslovenými přáními.

⁷ Česká republika. Zákon č. 372 ze dne 6. 11. 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131, s. Dostupné také z WWW: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=372~2F2011&rpp=15#seznam> (dále jen zákon o zdravotních službách).

⁸ Česká republika. Zákon č. 89 ze dne 3. 2. 2012 občanský zákoník. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 33. Dostupné také z WWW: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=74907&fulltext=ob~C4~8Dansk~C3~BD~20z~C3~A1kon~C3~ADk&nr=&part=&name=&rpp=15#local-content> (dále jen občanský zákoník).

⁹ Velká Británie. *Mental Capacity Act 2005*. Dostupné také z WWW: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/contents>.

1 (Osobnostní) práva pacienta

1.1 Historie práv pacienta

Teprve na začátku sedmdesátých let minulého století se pomalu mění role pacienta a začíná se prosazovat názor, že pacient má být lékařův plnohodnotný partner, pokud jde o rozhodování o způsobu vlastní léčby. Snahou o zakotvení moderních práv pacientů a předchůdcem zákonného vymezení těchto požadavků je kodex Práva pacientů uveřejněný v roce 1971 v USA. Autorem byl farmakolog David Anderson, jehož úvodní a stále aktuální preambule zní: „*Chci být léčen jako jedinec. Nejsem číslo, nejsem kus papíru, nejsem zboží na prodej, nejsem někdo, s kým se smlouvá. (...) Jsem opravdu žijící jedinec, obdařený pocity, obavami, tužbami, ale i zábrany. Neznám vás dobře a odmítám vaše úsilí proniknout do mého těla, do mé duševní rovnováhy a do mého soukromí, když jsem nemocen. Chci s vámi spolupracovat, ale jen do té míry, pokud já a mně podobní pacienti můžeme očekávat z vašeho počínání opravdu prospěch.*“ Medicína mlčení se stala neudržitelnou a přesunula se do roviny komunikace a partnerství.¹⁰

I proto prošel ústřední vztah zdravotnického práva, vztah mezi pacientem a lékařem, v posledních desetiletích významnou proměnou, která následně vyústila ve změnu hierarchie hodnot při poskytování zdravotních služeb. Sociální, ekonomické, kulturní, ale i etické trendy vyvolaly nejen v Evropě potřebu vypracování a respektování práv pacientů. Vrcholem těchto trendů je v Evropě, ale i v České republice, na půdě Rady Evropy přijatá Úmluva o biomedicíně, jejímž přijetím se smluvní strany zavazují k respektování práv pacientů. Českou republikou byla Úmluva o biomedicíně ratifikovaná v roce 2001. Úmluva o biomedicíně představuje společný rámec pro ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti, jak v tradičních, tak v rozvojových oblastech, pokud jde o aplikaci biologie a medicíny.¹¹

1.2 Právní úprava práv pacientů

¹⁰ TĚŠINOVÁ, J., ŽDÁREK, R., POLICAR, R. *Medicínské právo*. 1. vyd. Praha: C.H.Beck, 2011, s. 6. ISBN 978-807-4000-508.

¹¹ Rada Evropy. Vysvětlující zpráva k Úmluvě o biomedicíně. Bod 7. Dostupná v anglickém jazyce z: <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Reports/Html/164.htm>.

Práva pacientů jsou v českém právním řádu upravena předpisy ústavní právní síly a podrobněji je pak o nich pojednáno v zákonech. Nicméně svoje místo mají i dokumenty, které nepovažujeme za právní předpisy, mám na mysli etické kodexy. Snahy o odklon od paternalistického modelu se v českém prostředí objevují od počátku devadesátých let, konkrétně od roku 1992, kdy Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví vyhlásila Etický kodex Práva pacientů¹². K respektování pacienta jako rovnocenného partnera vyzýval i Etický kodex České lékařské komory z roku 1996¹³.

Na úrovni zákona však tyto etické normy zůstávají až do roku 2012 bez odezvy. Právě potřeba širší ochrany práv pacientů byla také jedním z impulzů k nahrazení zastaralé a překonané úpravy zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu (dále jen zákon o péči o zdraví lidu). Konkrétně se tak stalo až přijetím zákona o zdravotních službách. Nová úprava práv pacientů obsažená v ustanoveních § 28 až 30 zákona o zdravotních službách byla i reakcí na potřeby vyplývající z mezinárodních závazků vztahujících se k poskytování zdravotních služeb.¹⁴ Bezesporu nejzásadnějším rozdílem obou úprav bylo nahrazení práva lidu právě právem pacienta, který se tak stává rovnocenným partnerem při poskytování zdravotních služeb.¹⁵

Dále bych se měla zmínit o předpisech ústavní síly, kterými by měla za jiných okolností kapitola začínat. Nicméně tyto předpisy ústavní síly původně upravující jinou problematiku se až následně za použití interpretace mohou dotýkat práv pacientů. Ochranu základních lidských práv v českém právním řádu zakotvuje na ústavní úrovni Listina základních práv a svobod¹⁶, která prostřednictvím článku 6 deklaruje ochranu lidského života, v článku 8 garantuje osobní svobodu a článek 10 věnuje ochraně lidské důstojnosti. Ustanovení § 81 občanského zákoníku, které ve svém druhém odstavci stanoví, že „ochrany požívají zejména život a důstojnost člověka, jeho zdraví a právo žít v příznivém životním prostředí, jeho vážnost, čest, soukromí a jeho projevy osobní povahy“, je pak ve své podstatě považováno za rozvedení a upřesnění dotčených článků

¹² Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/840>.

¹³ Dostupné z WWW: http://www.lkcr.cz/doc/cms_library/10_sp_c_10_eticky_kodex-100217.pdf.

¹⁴ např. Úmluva o biomedicíně, Deklarace práv onkologických pacientů.

¹⁵ Důvodová zpráva k zákonu o zdravotních službách, Obecná část, Důvod předložení.

¹⁶ Listina základních práv a svobod, vyhlášení usnesením předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb.

Listiny základních práv a svobod. Tuto skutečnost potvrzuje i judikatura Nejvyššího soudu.¹⁷

Problematika osobnostních práv člověka úzce souvisí s tématem práce, s institutem dříve vysloveného přání, i proto se právu na život, autonomii pacienta a právu na ochranu lidské důstojnosti, budu podrobněji věnovat v následujících třech podkapitolách. Zaměřím se na vnitrostátní úpravu, nicméně vzhledem k narůstajícímu počtu medicínsko-právních sporů, ke kterým se vyjadřuje Evropský soud pro lidská práva, nesmím opomenout ani garance vyplývající z Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod¹⁸, která patří mezi klíčové prameny mantinelů lékařské profese.

1.2.1 Právo na život

Právo na život patří k nejvýznamnějším a nejdůležitějším základním lidským právům a jako takovému mu bývá vyhrazeno jedno z předních míst i z hlediska systematiky lidských práv v nejrůznějších lidskoprávních dokumentech či katalogích.¹⁹ Český právní řád ho garantuje v čl. 6 Listiny základních práv a svobod, který stanoví jednak nepřípustnost trestu smrti, a dále to, že nikdo nesmí být zbaven života jinak než v souvislosti s jednáním, které není trestné. Ústavní soud ve svém nálezu ze dne 27. 9. 2006, sp. zn. Pl. ÚS 51/06, zdůraznil, že „*práva na život a zdraví, tak jak jsou upravena v čl. 6 odst. 1 a čl. 31 Listiny, jsou absolutními základními právy a hodnotami*“.

Jakou hodnotu má lidský život? Kdo a na základě jakých kritérií rozhodne o kvalitě života umírajícího pacienta neschopného rozhodovat autonomně o svém dalším osudu? Kdy lidský život začíná a kdy končí? To vše patří mezi komplikované otázky, které si klade moderní bioetika a pokud by na jejich zodpovězení panovala shoda, byl by požadavek na respektování lidského života možná jasnější. Jsou to otázky, které

¹⁷ např. Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 26. 7. 2000, sp. zn. 30 Cdo 2304/99.

¹⁸ Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod, otevřená k podpisu dne 4. 11. 1950; pro ČR závazná ode dne 18. 3. 1992, viz sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí č. 209/1992 Sb. Dostupná z WWW: http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_CES.pdf.

¹⁹ např. Mezinárodní pakt o občanských a politických právech, Úmluva o ochraně lidských práv základních svobod, Evropská sociální charta, ale například Listina základních práv Evropské Unie uvádí na prvním místě právo na lidskou důstojnost.

přesahují právo a dotýkají se mnoha dalších oborů, jako je filozofie, etika, náboženství i medicína.²⁰

Právem na život se zabýval i Evropský soud pro lidská práva ve stížnosti²¹, nyní již zesnulé britské občanky, paní Diane Pretty, která trpěla nevyléčitelnou degenerativní nemocí, způsobující postupné ochabování svalů. Ochabnutí dýchacích svalů, které následně způsobují zastavení dýchání a zápal plic, je příčinou smrti. Vzhledem k charakteru onemocnění jí čekala blízká smrt spojená s utrpením. Paní Pretty považovala utrpení za nedůstojné a ponižující a proto chtěla sama rozhodnout kdy a jak zemře. Chtěla spáchat sebevraždu, ale její zdravotní stav jí to však neumožňoval. Jelikož je asistence při sebevraždě ve Velké Británii trestným činem, rozhodla se paní Pretty prostřednictvím svého advokáta zažádat britské státní zastupitelství o vydání stanoviska, na jehož základě nebude její manžel stíhán právě za pomoc při sebevraždě. Státní zastupitelství a později i Sněmovna lordů její žádost zamítly. Paní Pretty se po vyčerpání všech vnitrostátních opravných prostředků obrátila na Evropský soud pro lidská práva s tvrzením, že Spojené království porušilo články 2 (právo na život), 3 (zákaz mučení), 8 (právo na respektování soukromého a rodinného života), 9 (svoboda myšlení a svědomí) a 14 (zákaz diskriminace) Úmluvy o ochraně lidských práv svobod. K tvrzenému porušení článku 8 soud konstatoval, že možnost vyhnout se tomu, co stěžovatelka považuje za nedůstojný a bolestivý konec života, je jedním z aspektů práva na respektování soukromého a rodinného života. Stěžejním bodem argumentace paní Pretty, však bylo tvrzení, že zahrnuje-li článek 2 ochranu práva na život, má být takto chráněno i právo rozhodnout se, zda člověk chce nadále žít, či umřít. Soud posuzoval na jedné straně zájem společnosti na ochraně života a na straně druhé osobní autonomii stěžovatelky ve formě samostatně rozhodnout o ukončení svého života. Soud stěžovatelčinu argumentaci odmítl a zdůraznil, že neexistuje právo na smrt jako negativní aspekt práva na život.

Evropský soud pro lidská práva navíc vysvětlil, že úprava práva na život vyplývající z článku 2 se může v jednotlivých národních úpravách až paradoxně lišit.

²⁰ ČERNÝ, D. Hodnota lidského života. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky* [online]. 2013, roč. 3, č. 3, s. 2 [cit. 2014-11-29]. Dostupné z: <http://www.ilaw.cas.cz/medlawjournal/index.php/medlawjournal/article/view/57/63>.

²¹ Evropský soud pro lidská práva. Příklad Pretty proti Velké Británii (stížnost č. 2346/02). Rozsudek z 29.4.2002. Dostupný v anglickém jazyce z WWW <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-60448>.

To je vidět právě na případu paní Pretty ve srovnání například s judikaturou týkající se švýcarské úpravy a asistované sebevraždy.²²

Právo na život se nerovná povinnost žít. Je to stále právo. Nicméně, je-li člověk odkázán na pomoc druhých, stává se v některých případech, byť fakticky, z práva na život povinnost žít. Je otázkou, zda nenastane problém ve vztahu mezi nedotknutelností života a jeho kvalitou. Právě kvalita života má pro pacienty nezastupitelnou roli při rozhodování, zda léčbu zahájit nebo od ní odstoupit.

1.2.2 Právo na sebeurčení

K základním právům souvisejících s péčí o zdraví by mělo patřit především osobnostní právo každého člověka svobodně rozhodnout nejen o dalším pokračování léčení, ale i o svém životě, včetně práva na důstojnou smrt či práva na sebevraždu.

Tradičními instituty, jimiž je realizováno právo pacienta na sebeurčení, jsou informovaný souhlas, resp. nesouhlas a nově i dříve vyslovená přání. Zákon o zdravotních službách ve svém ustanovení § 28 odst. 1 říká, že „zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem, nestanoví-li tento zákon jinak.“ V českém právním řádu je informovaný souhlas upraven v ustanovení § 34 zákona o zdravotních službách, jehož definice koresponduje s úpravou uvedenou v článku 5 Úmluvy o biomedicině. V případě, že pacient využije své právo na odmítnutí péče, samozřejmě za předpokladu, že byl poučen o důsledcích svého rozhodnutí na jeho život a zdraví, založí se do jeho zdravotnické dokumentace záznam o odmítnutí poskytnutí zdravotních služeb ve smyslu ustanovení § 1 odst. 2 písm. j) vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.

Zdravotničtí pracovníci jsou dnes vedeni k respektování vůle pacienta odmítající potřebný zákrok, který buď může zachraňovat život, nebo alespoň zachovat určitý stupeň zdraví. Měli by si být vědomi toho, že každý člověk má právo na sebeurčení. Ústavní soud se s tímto ztotožňuje ve svém nálezu ze dne 18. 5. 2001, sp. zn. IV. ÚS 639/2000: „Z ústavního principu nedotknutelnosti integrity osobnosti vyplývá zásada svobodného rozhodování v otázkách péče o vlastní zdraví; proto při aplikaci ustanovení umožňujících ve vyjmenovaných případech určité medicínské výkony či vyšetření

²² PETERKOVÁ, H. Europeizace zdravotnického práva - vliv Rady Evropy a EU na harmonizaci národních úprav jednotlivých členských států. *Právo v evropské perspektíve*. Trnava: Typi Universitatis Tymaviensis, 2011, s. 224.

provést i bez výslovného souhlasu občana (pacienta) je nutné šetřit podstatu této svobody a postupovat s maximální zdrženlivostí. Diagnóza není více než právo.“

Ve Švýcarsku, kde je povolena pomoc při sebevraždě, rozvířil debatu případ pana Ernsta G. Haase²³, který víc jak dvacet let trpěl bipolární afektivní poruchou. Poté co se dvakrát neúspěšně pokusil spáchat sebevraždu, rozhodl se opatřit si látku pentobarbital sodný, která by mu umožnila ukončit život důstojně. Několikrát se pokoušel obstarat si látku, nicméně žádný z oslovených lékařů mu jí nepředepsal. Jelikož nebyl úspěšný ani v kantonální ani ve federální sféře, obrátil se pan Haas na Evropský soud pro lidská práva se stížností, ve které namítá porušení svého práva ukončit svůj život bezpečným a důstojným způsobem, jež podle něj vyplývá z článku 8 (právo na respektování soukromého a rodinného života). Evropský soud pro lidská práva sice potvrdil závěry z případu Pretty, totiž, že možnost vyhnout se tomu, co podle stěžovatele představuje nedůstojný a bolestivý konec života, tedy právo rozhodnout se jak a kdy má jeho život skončit, je jedním z aspektů práva na respektování soukromého života, nicméně, ve světle této judikatury, tento závěr zároveň omezil dvěma podmínkami. První podmínka se týká kvality vůle dotčené osoby rozhodovat o této otázce, druhá pak schopností jednat v jejím duchu. Soud rovněž připomněl, že Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod musí být čtena jako celek. V důsledku toho je třeba odkázat, v rámci zkoumání možného porušení článku 8, na článek 2. V závěru lze shrnout, že i přesto, že soud uznal určitou formu práva na sebevraždu, panu Haasovi nevyhověl a opakovaně setrvává na tom, že z článku 2 Úmluvy nelze odvozovat právo na smrt.

Pro zajímavost uvedu shrnutí dalšího švýcarského případu, jehož vyřešení, se vzhledem k předchozí judikatuře, netrpělivě očekávalo. Příklad se týká paní Aldy Gross²⁴, osmdesátileté ženy, která si přála ukončit svůj život, aniž by trpěla nějakou nemocí. Paní Gross jen nechtěla zestárnout. Několikrát se pokoušela obstarat si látku

²³ Evropský soud pro lidská práva. Příklad Haas proti Švýcarsku (stížnost č. 31322/07). Rozsudek z 20.1.2011. Dostupný v anglickém jazyce z WWW: <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-102940>.

²⁴ Evropský soud pro lidská práva. Příklad Gross proti Švýcarsku (stížnost č. 67810/10). Rozsudek z 30. září 2014. Dostupný v anglickém jazyce z WWW: <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-146780>.

pentobarbital, nicméně žádný z oslovených švýcarských lékařů jí látku nepředepsal. Problém spočíval v tom, že lékaři respektovali *guidelines*²⁵, podle kterých se látka poskytuje pouze za předpokladu, že pacient trpí nemocí, díky které by stejně během pár dní nebo týdnů zemřel. Paní Gross se postupně obrátila na vedení kantonu Zurich, správní soud Zurich, nicméně její žalobu následně zamítl i federální soud. V listopadu 2010 iniciovala zahájení řízení u Evropského soudu pro lidská práva s tvrzením, že stát má povinnost poskytnout jí prostředky pro bezpečnou a bezbolestnou sebevraždu, jinak porušuje její práva zaručená článkem 8. V květnu 2013 soud rozhodl ve prospěch paní Gross, když konstatoval, že absencí jasných a vysvětlujících *guidelines* bylo porušeno stěžovatelčino právo na soukromý život spadající pod článek 8 Úmluvy. Jinak řečeno švýcarský právní řád dostatečně nespecifikoval, kdy je asistovaná sebevražda povolena. Případ se následně na žádost Švýcarské vlády dostal k Velkému senátu. V lednu 2014 byl soud Švýcarskou vládou informován o stěžovatelčině smrti, která však zemřela již v listopadu 2011. Paní Gross chtěla, aby bylo v případě její smrti, v soudním řízení pokračováno, čehož chtěla docílit tím, že se tato skutečnost nebude oznamovat jejímu advokátovi. Jejím motivem bylo pomoci lidem v obdobné situaci. Soud sice uznal, takový motiv může být pochopitelný vzhledem k výjimečné situaci, ve které se ocitla, ale zároveň konstatoval, že záměrným opomenutím sdělit informace o své smrti svému advokátovi, měla paní Gross v úmyslu uvést soud v omyl. Velký senát poté většinou hlasů prohlásil žádost za nepřijatelnou. V důsledku toho, pozbyly platnosti závěry Malého senátu z května 2013, které před rozhodnutím Velkého senátu nebylo možno považovat za konečné a je škoda, že k formulování závěrů velkým senátem k merituu věci nedošlo.

1.2.3 Právo na ochranu lidské důstojnosti

Lidská důstojnost je chráněna jak na mezinárodní úrovni, například Úmluvou o ochraně lidských práv a základních svobod, která garantuje lidskou důstojnost ve dvou ustanoveních, článkem 3 je zakázáno mučení a podrobování nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestu a článkem 8 je chráněna morální a tělesná integrita člověka, tak rovněž i na vnitrostátní úrovni článkem 10 odst. 1 Listiny základních práva svobod, který říká, že „každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost.“

²⁵ viz. bod 32 – 33 rozsudku (*Medical ethics guidelines* týkající se péče o pacienty na konci života, přijaté dne 25. listopadu 2005 Švýcarskou akademií lékařských věd).

Respektování lidské důstojnosti patří mezi základní etické požadavky zdravotnických pracovníků. Povinností lékaře je pak podle čl. 1 odst. 1. Etického kodexu České lékařské komory „*péče o zdraví jednotlivce i celé společnosti v souladu se zásadami lidskosti, v duchu úcty ke každému lidskému životu od jeho počátku až do jeho konce se všemi ohledy na důstojnost lidského jedince*“.

Podle názoru autorů Heřmanové a Šimka není důstojnost nemocných pouze věcí jich samotných, nýbrž i naší ochoty a schopnosti je jako lidské bytosti uchovat. Povaha a rozsah utrpení pacienta v závěru jeho života, přístup ke smrti a zachování práva na důstojnost člověka je komplexní problém vyžadující zvláště citlivé řešení. Utrpení v podobě bolesti umí moderní paliativní medicína alespoň zmírnit. Jsou tu však další aspekty, jako je přijetí ztráty a smíření se se ztrátou kontroly nad vlastním životem, utrpení spojené s odloučením od rodiny a přátel, osamělost, duševní strádání a závislost na cizí pomoci, mající povahu nesnesitelného utrpení, které pacient pocítuje i když ho vlastně nic nebolí. Jsou to silné argumenty pro aktivní eutanazii či asistovanou sebevraždu?²⁶

Jaká je úloha lékařů, kteří rozhodují o pacientovi, který je v perzistentním vegetativním stavu, tedy o pacientovi, který si neuvědomuje sám sebe ani své okolí a zároveň však spontánně dýchá, má stabilní krevní oběh, jeho oči zachovávají rytmus otevírání a zavírání a tento jeho stav musí trvat nejméně jeden měsíc? Heřmanová a Šimek na příkladu „*zařízení, ve kterých tito pacienti leží skoro nazi, jen pod nemocniční příkrývkou, a to z důvodu lepší monitorace životních funkcí a pro případ možné resuscitace, jsou připojeni k ventilátoru i srdečnímu monitoru, a u kterých se i tři roky po ničující hypoxické příhodě každých 60 minut měří fyziologická funkce a každé ráno odebírá kapilární krev na biochemické vyšetření*“ demonstrují střet dvou hodnot, za prvé nejlepšího zájmu pacienta s ohledem na jeho důstojnost a za druhé povinnost lékařů poskytovat péči.²⁷ Řada pacientů dnes žije, ale jen s podporou léků a přístrojů. Policar k tomu ve svém článku uvádí, že je potřeba nahlížet na smrt jako na přirozenou

²⁶ Rozhovor s Ondřejem Slámou z Ambulance podpůrné a paliativní onkologie Masarykova onkologického ústavu v Brně o paliativní léčbě. Dostupné z WWW: <http://zdravotnickepravo.info/paliativni-pece>.

²⁷ HEŘMANOVÁ, J, ŠIMEK, J. Dříve vyslovená přání aneb o lidské svobodě a důstojnosti. *Praktický lékař*. 2009, č. 9, s. 481- 482.

událost, ne jako na selhání medicíny.²⁸ Nastane-li tedy situace, kdy již nelze zlepšit pacientův zdravotní stav je na místě si připustit, že místo boje o život pacienta, jemuž další léčba nepřináší prospěch, by měl převážet zájem na důstojném umírání.

2 Dříve vyslovená přání

Dříve vyslovená přání jsou institutem, který vzbuzuje velké množství otázek ze strany jak pacientů, tak i lékařů, zejména kvůli jisté aplikační složitosti a stále existujícím výkladovým rozdílům. Jedná se o pokyny (více či méně závazné), jejichž prostřednictvím pacient ovlivňuje svou budoucí léčbu v situaci, kdy mu jeho budoucí zdravotní stav nedovolí vyjádřit se ke zvolenému postupu. Jednoduše řečeno je umožněna pacientova autonomie a 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, vyslovit své přání. S pomocí institutu dříve vysloveného přání bychom si měli lépe představit, že autonomie vůle pacienta nemusí nutně končit tam, kde nastává překážka v možnosti aktuálně projevit jeho vůli.

Zahraniční právní řády znají tento institut pod pojmy *advance directives*²⁹ (USA) nebo *advance decisions* (Anglie a Wales). Konkrétně anglické a velšské úpravě je věnována poslední kapitola této práce.

2.1 Úprava podle Úmluvy o biomedicíně

O Úmluvě o biomedicíně jsem hovořila v kapitole týkající se osobnostních práv pacienta. V této kapitole se k ní vracím, jelikož představuje největší konkrétní dopad na uplatňování lidských práv a základních svobod v oblasti zdravotnictví v současné době. Úmluva o biomedicíně je považována za základ evropského standardu lidských práv ve zdravotnictví.³⁰ Její druhý odstavec článku 1 stanoví, že „každá smluvní strana přijme do svého právního řádu opatření nezbytná pro zajištění účinnosti ustanovení této

²⁸ POLICAR, R. Kdy může lékař nezahájit kardiopulmonální resuscitaci? In CÍSAŘOVÁ, D. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010, s. 30, ISBN 978-808-7146-316.

²⁹ České označení *přání* není, vzhledem k překladu slova *directives* jako pokyny, přesné.

³⁰ KŘEPELKA, F. Evropský standard lidských práv a zdravotnictví. *Zdravotnictví a právo*. Praha: Orac, 2002, č. 7-8, s. 2-5.

Úmluvy. “ Každý stát tak musí vytvořit takové nástroje, které budou zaručovat realizaci Úmluvy o biomedicině ve svém právním řádu.

Vztah Úmluvy o biomedicině k vnitrostátním právním předpisům nečiní žádný problém, vzhledem k tomu, že Úmluva o biomedicině spadá pod režim článku 10 Ústavy, a nálezu Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 36/01, který zařadil mezinárodní smlouvy upravující lidská práva do ústavního pořádku. Úmluva o biomedicině má aplikační přednost před vnitrostátními předpisy. O přímém účinku Úmluvy o biomedicině, tedy jestli je k jejímu provedení potřeba prováděcí vnitrostátní akt, se však v odborné literatuře vedou spory.³¹

Moderní medicínské právo se vyznačuje vymezením svébytnosti pacienta ve vztahu k profesionálním zdravotnickým pracovníkům a odklání se od paternalistických přístupů, které by mohly přehlížet přání pacienta. Pacient se dnes stává rovnocenným účastníkem poskytování zdravotních služeb, stává subjektem nikoliv objektem. Tento trend vyplývá i z článku 5 Úmluvy o biomedicině zavádějícího obecné pravidlo, podle kterého je *„jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas“*.

Představme si ale situaci, ve které se zdravotnický pracovník ocitne před konfliktem dvou povinností, povinností poskytnout lékařský zákrok a povinností získat souhlas pacienta. Úmluva o biomedicině pamatuje na významnou výjimku, kdy souhlas pacienta není nutný a tím je v článku 8 vyjádřený stav nouze vyžadující neodkladné řešení v zájmu zdraví pacienta, který opravňuje lékaře k okamžitému jednání, aniž by čekal, až bude moci získat právě pacientův souhlas.

Za určitou výjimku z výjimky je potom možno považovat článek 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“*. Účelem tohoto ustanovení je, aby pacient mohl předem, ve stavu způsobilém k vyjádření vůle, předvídat možnou situaci, ve které způsobilý k rozhodování nebude, a pro tento případ vyslovit své preference týkající se zdravotnických zákroků, ať už jejich

³¹ Např. PETERKOVÁ, H. Pokyny Do Not Resuscitate a problematika neposkytnutí pomoci, *Trestní právo*, Praha: Wolters Kluwer, 2010, č. 9; CANDIGLIOTA, Z. Proč je třeba respektovat dříve vyslovené přání pacienta, *Zdravotnictví a právo*, Praha: Orac, 2010, č. 7-8; VIZINGER, R. Předstížené pokyny pacienta v právní teorii a praxi, *Zdravotnictví a právo*, Praha: Orac, 2007, č. 7-8; SVOBODA, P. Informovaný souhlas pacienta při lékařských zákrocích (teoretická východiska, Úmluva o biomedicině), *Zdravotnictví a právo*, Praha: Orac, 2005, č. 10; PRUDIL, L. Dříve vyslovená přání – respektovat či nerespektovat? *Zdravotnické právo v praxi*, 2003, č. 2.

provedení či neprovedení. Pokud by totiž byl schopen dát souhlas, pak by bylo nutné aplikovat článek 5 a lékařský zákrok provést resp. neprovést v souladu s jeho poskytnutým resp. odmítnutým souhlasem. Předvídanými situacemi mohou být stavy nouze spadající pod článek 8, tedy ty stavy vyžadující neodkladná řešení, ale i jiné stavy, které omezí pacientovu rozhodovací schopnost, např. progresivní demence. Pro případ vzniku takového stavu může pacient předem schválit či zakázat konkrétní zákrok či druh zákroku. Konkrétním situacím se budu věnovat v další podkapitole.

Sousloví „bude brán zřetel“ (angl. „*take into account*“) se může jevit poněkud vágně a nejednoznačně a zároveň i ukazuje, jak obtížné bylo na evropské úrovni nalézt všeobecně přijatelné řešení. Můžeme jen polemizovat, zda byl tento neurčitý právní pojem použit s tím záměrem, aby až vnitrostátní právní úprava konkretizovala ony výjimky, tedy za jakých okolností se dříve vyslovené přání stává účinným. Objevuje se i názor, že toto sousloví je plně v souladu s povahou tohoto institutu a dává tak možnost, aby v odůvodněných případech nebylo přání pacienta respektováno.³² Argumentace Zuzany Candigliota, ale není dle mého názoru přesná, jelikož nedává lékařům při jejich rozhodování, zda určité přání respektovat nebo nerespektovat, právní jistotu.

O míře závaznosti dříve vysloveného přání se vedou spory a interpretačním pomocníkem není ani Vysvětlující zprávy k Úmluvě o biomedicíně, která ve svém bodě 62 nejprve tvrdí, „*že pokud někdo již dříve vyjádřil svá přání, je nutno tato přání respektovat*“, aby pak následně ve stejném bodě tuto interpretaci popřela tvrzením: „*To, že předem vyslovená přání se mají zohlednit, neznámá, že by musela být splněna za každých okolností. Pokud byla např. přání vyjádřena dlouho před zákrokem a věda mezitím udělala nové objevy, mohou existovat důvody, aby přání pacienta splněno nebylo. Lékař by si tedy měl být pokud možno jist, že se přání pacienta týkají současné situace a jsou stále platná, zejména s ohledem na současný stav vědy a technický pokrok v medicíně.*“ Může se například jednat o situaci, kdy mi potenciální léčba není příjemná, a proto si nepřeji, aby mi tato konkrétní léčba byla nasazena. Lékař by pak měl zhodnotit, zda trvat na dříve vysloveném přání i v případě, že dojde k pokroku v medicíně a v úvahu by připadala nová léčba, se kterou bych mohla teoreticky

³² CANDIGLIOTA, Z. Proč je potřeba respektovat dříve vyslovené přání pacienta? *Zdravotnictví a právo*, Praha: Orac, 2010, č. 7-8, s. 15-22.

souhlasit nebo naopak zákrok dříve považovaný za bezpečný může být nově vyhodnocen jako nežádoucí pro nové zjištěné vedlejší účinky.

Úmluva o biomedicíně neřeší, jakou formou by mělo být dříve vyslovené přání vyjádřeno, nicméně si jen stěží dokážeme představit situaci, ve které by lékař neposkytl život zachraňující zákrok jen na základě vytetovaného pokynu *DNR* (pozn. autora *do not resuscitate*) na hrudi či na základě ústního tvrzení.

2.2 Úprava podle zákona o zdravotních službách

České medicínské právo si na úpravu institutu dříve vysloveného přání počkalo právě do 1. října 2001, kdy pro Českou republiku vstoupila v platnost zmíněná Úmluva o biomedicíně, nicméně až do dubna 2012 nebyl článek 9 výslovně promítnut do české zákonné úpravy. Doporučené postupy ve formě metodických pokynů České lékařské komory³³, České lékařské společnosti J. E. Purkyně³⁴ a České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny³⁵, které se zabývají úzkou problematikou resuscitace a ukončování léčby, do nichž byl institut dříve vyslovených přání zapracován pouze povrchně, nejsou právně závazné. Závaznosti pokynů lékařských organizací se věnoval i Nejvyšší soud, když ve svém usnesení ze dne 10. 12. 2008, sp. zn. 8 Tdo 1421/2008 konstatoval, že odborné společnosti jako občanská sdružení nejsou oprávněna vydávat jakékoli závazné standardy pro lékaře. Podle Peterkové jsou nezávazná i doporučení České lékařské komory a to s ohledem na ustanovení § 2 zák. č. 120/2001 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře (dále jen zákon o profesních komorách), konkrétně jeho první věta uvádí, že „*komory dbají, aby členové komor vykonávali své povolání*

³³ Doporučení 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 také z WWW: http://www.clkr.cz/doc/cms_library/dop-1-2010-31.pdf

³⁴ Česká společnost J.E.Purkyně – Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof – Neodkladná resuscitace (NR). Doporučený postup výboru ČSL JEP 2009. Dostupné také z WWW: http://www.urgmed.cz/postupy/2009_nr.pdf

³⁵ Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP, Česká společnost intenzivní medicíny ČLS JEP - Konsensuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním č.1/2009. Dostupné také z WWW: http://www.urgmed.cz/postupy/cizi/2009_paliativni.pdf

odborně, v souladu s jeho etikou a způsobem stanoveným zákony a řády komor“.³⁶ O doporučeních zákon nehovoří.

Z výše řečeného je patrné, že problematika české právní úpravy dříve vyslovených přání se nacházela ve slepé uličce a hrozilo riziko, že si lékař neobhájí, že spoléhal na existenci dříve vysloveného přání a toto jeho tvrzení bude napadnuto například proto, že pacient v mezičase na celou věc změnil názor. Dříve vyslovená přání lze totiž na jednu stranu chápat jako právo pacienta na autonomii a důstojnost nicméně na straně druhé jako důvod zdravotníka pro porušení jeho zvláštní povinnosti poskytnout pomoc, za něž může být orgány činnými v trestním řízení shledán odpovědným. Nejen z těchto důvodů, ale i s ohledem na větší právní jistotu zdravotnických pracovníků i pacientů, byla podrobnější zákonná úprava více než žádoucí.³⁷

Právě 1. dubna 2012 vešla v účinnost celá řada zákonných i podzákonných předpisů představující rozsáhlou změnu zdravotnické legislativy. Původní zákon o péči o zdraví lidu byl účinný od 1. července 1966. Ke konci jeho účinnosti již bylo patrné, že pro potřeby moderního zdravotnictví je úprava dávno překonaná a zastaralá. Jak jsem již nastínila v kapitole o právech pacienta, nová právní úprava reaguje na potřeby vycházející z Úmluvy o biomedicíně, zejména na problematiku práv pacienta, který tak přestává být pouhým pasivním účastníkem s velmi omezenými právy rozhodovat o tom, která péče mu má být poskytnuta.³⁸

Institut dříve vysloveného přání je v zákoně o zdravotních službách zakotven v jediném paragrafu, konkrétně v ustanovení § 36 zákona o zdravotních službách, jako jedno z práv, kterým může pacient ovlivnit budoucí poskytování resp. neposkytování zdravotní péče. Hned jeho první odstavec se věnuje obecné definici dříve vysloveného přání a umožňuje, aby „*pacient mohl pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas s poskytnutím*

³⁶ PETERKOVÁ, H. Mezinárodní komparatistika a úvahy de lege ferenda. In CÍSAŘOVÁ, D. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010, s. 61, ISBN 978-808-7146-316.

³⁷ PETERKOVÁ, H. *Dříve vyslovená přání - komparace z pohledu německé a španělské právní úpravy. Zdravotnictví a právo*. Praha: Orac. 2010, č. 4. s. 2-7.

³⁸ Důvodová zpráva k návrhu zákona o zdravotních službách a podmínkách jejího poskytování, Obecná část, Důvod předložení.

zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit“.

Druhý odstavec ustanovení § 36 zákona o zdravotních službách vychází z dikce článku 9 Úmluvy o biomedicíně, ostatně používá k tomu stejné sousloví - „(poskytovatel) bude brát zřetel na dříve vyslovené přání pacienta“, ale za předpokladu naplnění i dalších tří podmínek. První podmínkou je splněna za předpokladu, že měl poskytovatel zdravotních služeb dříve vyslovené přání k dispozici, druhou podmínkou, že v době poskytování zdravotních služeb nastala situace předvídatelná dříve vysloveným přáním a konečně třetí podmínkou, že pacient je v takovém zdravotním stavu, kdy není schopen nový souhlas či nesouhlas vyslovit.

Co se požadavků na formu dříve vysloveného přání týká, je podstatné, zda bude pacient dříve vyslovené přání formulovat během hospitalizace, či zda ho chce sepsat mimo zdravotnické zařízení. Pokud není pacient hospitalizován, zákon požaduje pro dříve vyslovené přání přísnější formu. Takové dříve vyslovené přání musí mít v souladu s ustanovením § 36 odst. 3 zákona o zdravotních službách písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta. Pro obě varianty je zákonem stanovený požadavek, aby bylo dříve vyslovené přání sepsáno na základě písemného poučení lékařem. Zákon o zdravotních službách ve svém ustanovení § 36 odst. 2 hovoří konkrétně o lékaři v oboru všeobecné praktické lékařství, u něhož je pacient registrován a další nabízenou alternativou je jiný ošetřující lékař v oboru zdravotní péče, s nímž dříve vyslovené přání souvisí. Čtvrtý odstavec ustanovení § 36 zákona o zdravotních službách se věnuje situaci, kdy je přání pacientem vysloveno za hospitalizace, ať už při přijetí do péče nebo kdykoliv v průběhu hospitalizace, takto vyslovené přání se zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi a záznam podepíše pacient, zdravotnický pracovník a svědek.

V pátém odstavci ustanovení § 36 zákona o zdravotních službách jsou pak specifikovány situace, za kterých lékař nemusí či nemůže dříve vyslovené přání pacienta respektovat. Zákonodárce zde rozlišil celkem čtyři situace. Za prvé zde nalezneme úpravu, pro niž byla zřejmě inspirací Úmluva o biomedicíně, když stanoví, že 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.*³⁹ Zbylé tři úpravy se týkají situací, při kterých dříve vyslovené přání nemůže být respektováno. Konkrétně se jedná o taková dříve vyslovená přání, která za prvé „*nabádají k postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti*“⁴⁰, za druhé „*pokud by splnění takového přání mohlo ohrozit jiné osoby*“⁴¹ a za třetí „*pokud byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušeni by vedlo k aktivnímu způsobení smrti*“⁴². Jediné ustanovení upravující dříve vyslovená přání je poté zakončeno šestým odstavcem, jímž je zamítnuta možnost nezletilým či pacientům s omezenou svéprávností takové přání pořídit.

S ohledem na výše uvedené si kladu otázku, zda a za jakých okolností lze život udržující zařízení beztretně vypnout? O této otázce se v současné době vedou spory. Podle Peterkové je úprava práva jedince na sebeurčení v zákoně o zdravotních službách nedostatečný. Nový zákon nejen, že nerespektuje právo jedince na sebeurčení, ale navíc nedosahuje úrovně ochrany předvídané Úmluvou o biomedicíně. Tato nedostatečnost se ukazuje za prvé na české úpravě informovaného souhlasu resp. nesouhlasu předvídaného článkem 5 Úmluvy o biomedicíně a za druhé na úpravě dříve vysloveného přání předvídaného článkem 9 Úmluvy o biomedicíně. V souvislosti s prvním případem do přijetí zákona o zdravotních službách platilo, že „*odmítá-li nemocný přes náležité vysvětlení potřebnou péči, vyžádá si ošetřující lékař o tom písemné prohlášení (revers)*“⁴³, tudíž platilo i právo pacienta odmítnout život zachraňující zákrok. Situace se přijetím zákona o zdravotních službách změnila v tom smyslu, že podle jeho ustanovení § 34 odst. 4 může pacient svůj souhlas odvolat, ale „*odvolání souhlasu není účinné, pokud již bylo započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušeni může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života pacienta.*“ V druhém případě, v souvislosti s dříve vysloveným přáním, zákon o zdravotních službách odmítá respektovat takové dříve vyslovené přání, pokud nabádá k postupům,

³⁹ Česká republika. Zákon č. 372/2011 ze dne 11. listopadu 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, § 36 odst. 5 písm. a) In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2011, částka 131.

⁴⁰ Česká republika. Zákon č. 372/2011 ze dne 11. listopadu 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, § 36 odst. 5 písm. b) In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2011, částka 131.

⁴¹ Česká republika. Zákon č. 372/2011 ze dne 11. listopadu 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, § 36 odst. 5 písm. b) In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2011, částka 131.

⁴² Česká republika. Zákon č. 372/2011 ze dne 11. listopadu 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, § 36 odst. 5 písm. d) In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2011, částka 131.

⁴³ Československá republika. Zákon č. 20/1966 ze dne 17. března 1966, o péči o zdraví lidu, § 23. In *Sbírka zákonů, Česká republika*, částka 7.

jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti⁴⁴ a pokud byly v době, kdy poskytovatel neměl dříve vyslovené přání k dispozici započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušení by vedlo k aktivnímu způsobení smrti⁴⁵. Podle důvodové zprávy k zákonu o zdravotních službách se aktivním způsobením smrti rozumí například odpojení od přístrojů nebo podání smrtelné dávky léku. Peterková upozorňuje, že tímto dochází k rozdělení právního režimu týkajícího se přístrojové podpory na dvě části. To se projevuje v tom smyslu, že pacient má právo nebýt na přístroj vůbec napojen, ale požadavek týkající se jeho odpojení z přístroje nebude podle zákona o zdravotních službách respektován.⁴⁶

Kořeny dříve vyslovených přání se zabývám v poslední kapitole věnované zahraniční úpravě, nicméně na tomto místě je potřeba zmínit jejich původní smysl, který je českou právní úpravou popírán. Institut dříve vyslovených přání měl umožnit pacientům odmítnout přístrojovou podporu, při níž byl pacient udržován při životě proti své vůli, a to jak před jejím zahájením, tak po něm.

2.3 Druhy dříve vyslovených přání

Text následující kapitoly se pokusí specifikovat a popsat několik typů dříve vyslovených přání, které mohou oscilovat od požadavku použití každé život prodlužující léčby až k odmítání jakékoliv život zachraňující péče. Většinou se jedná o instrukci, co se v určitých předvídatelných situacích nemá dělat.

Nejprve je nezbytné vyčlenit jednání spočívající v ukončení léčby na základě dříve vysloveného přání, oproti euthanasii, jejíž legální definice není v českém právním řádu upravena, nicméně jako euthanasie je chápáno například jednání spočívající v ukončení života na žádost či usmrcení ze soucitu nebo účast (pomoc) na sebevraždě.⁴⁷ V České republice tato jednání naplňují některé skutkové podstaty trestných činů proti životu upravené v prvním díle první hlavy zvláštní části trestního zákoníku. Jednání spočívající v ukončení života na žádost naplňuje skutkovou podstatu trestného činu

⁴⁴ Česká republika. Zákon č. 372/2011 ze dne 11. listopadu 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, § 36 odst. 5 písm. b) In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2011, částka 131.

⁴⁵ Česká republika. Zákon č. 372/2011 ze dne 11. listopadu 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, § 36 odst. 5 písm. d) In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2011, částka 131.

⁴⁶ PETERKOVÁ, H., Úmluva o lidských právech a biomedicině - východisko pro národní úpravu práv pacienta? In FAIX, Martin et al. *Mezinárodně právní aspekty ochrany lidských práv*. 2013. s. 64-68. ISBN 978-80-87146-97-2.

⁴⁷ PETERKOVÁ, H. Spory o obsah pojmu euthanasie. In BUBELOVÁ, Kamila, FRÝDEK, Miloslav. *Polemiky a spory v právní vědě*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, s. 64-65.

vraždy (§ 140 trestního zákoníku), usmrcení ze soucitu pak skutkovou podstatu trestného činu zabití (§ 141 trestního zákoníku) a účast na sebevraždě je trestný čin zakotvený v ustanovení § 144 trestního zákoníku.⁴⁸

Z pohledu právní teorie lze dříve vyslovená přání zařadit do dvou kategorií. První kategorií je listinná forma, jejímž prostřednictvím pacient předvidá možnou situaci, ve které nebude způsobilý k rozhodování a pro tento případ vyslovuje své preference týkající se prováděných zákroků.

Druhou kategorií dříve vysloveného přání vedle projevu vůle, jak má být konkrétně postupováno, je jmenování zástupce, jehož prostřednictvím budou artikulovány požadavky nezpůsobilého pacienta. Zástupce je v roli vykonavatele vůle pacienta a rozhoduje o poskytování resp. neposkytování péče. Podrobněji se k tomuto institutu vrátím v páté kapitole věnované zástupnému souhlasu a v poslední kapitole týkající se úpravy dříve vyslovených přání v Anglii a Walesu, kde je tento institut znám pod termínem *lasting power of attorney*.

Nyní se vrátím k první kategorii. Typickým příkladem této formy jsou pokyny *withholding*, *withdrawing*, *do not resuscitate (DNR)* a uplatnění principů paliativní péče, které v následujícím textu stručně vysvětlím.

Withholding

Withholding je typ instrukce, která znamená nezahajování nebo nerozšiřování další léčby, která není pro pacienta přínosem a která nemůže odvrátit smrt pacienta, ale naopak ho zatíží. Výsledkem je ponechání pacienta přirozenému průběhu nemoci.⁴⁹

Např. bývalý americký prezident Richard Nixon projevilo dříve vyslovené přání nebýt napojen na dýchací přístroj za předpokladu, že by byl nezpůsobilý dýchat sám. Jeho

⁴⁸ PTÁČEK, Radek, BARTŮNĚK, Petr. *Eutanazie - pro a proti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, s. 138. ISBN 978-80-247-4659-3.

⁴⁹ CÍSAŘOVÁ, D. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010, s. 86, ISBN 978-80-87146-31-6.

přání bylo respektováno a on po těžké mozkové mrtvici bez umělého udržování při životě zemřel.⁵⁰

Withdrawing

Oproti *withholding* je *withdrawing* typem instrukce, která znamená zastavení léčby nebo nepokračování v léčbě, která se jeví jako bezvýsledná. Cílem je zastavení nebo upuštění od všech léčebných postupů, jejichž jediným cílem je umělé prodlužování života bez naděje na zlepšení zdravotního stavu.⁵¹

Do této kategorie lze zařadit pacienty nacházející se v persistentním nebo permanentním vegetativním stavu, jako byla například Terri Schiavo, pacientka nacházející se ve vegetativním stavu posledních patnáct let svého života. Terri měla těžce poškozený mozek, ale její vitální funkce byly obnoveny a základní orgány fungovaly také bez problémů. Nebyla však schopna přijímat potravu a tekutiny, a proto jí byly podávány umělým způsobem pomocí gastrostomické sondy. Jelikož Terri nevyjádřila žádný pokyn v podobě *advance directive*, stalo se jádrem celého sporu zkoumání otázky, co by si Terri přála v případě upadnutí do vegetativního stavu. Právě otázka rozsahu poskytování zdravotní péče vyvolala střet mezi jejím opatrovníkem (manžel Michael Schiavo), který požadoval ukončení umělé výživy, a jejími rodiči, kteří proti tomuto požadavku protestovali. Případ byl zajímavý i proto, že soudce přistoupil k řešení pomocí institutu *substituted judgment* (*zástupné rozhodování*). Navíc sám sebe postavil do role zástupce, který na základě všech dostupných informací o Terriině životě rozhodne, zda bude nebo nebude odpojena od vyživovací sondy. Soudce měl dovodit Terriiny preference z jejích předchozích postojů nebo jednání, měl si představit, jak by se ona sama rozhodla a co by nám sdělila v případě, že by se probudila a měla k tomu příležitost.⁵²

⁵⁰ LONCHYNA, Vassyl A. *To Resuscitate or Not ... in the Operating Room: The Need for Hospital Policies for Surgeons Regarding DNR Orders*, 6 *Annals Health L*, 1997, s. 209. Dostupné z WWW: <http://lawecommons.luc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1312&context=annals>.

⁵¹ CÍSAŘOVÁ, D. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010, s. 86, ISBN 978-80-87146-31-6.

⁵² GOODMAN, Kenneth W. *The case of Terri Schiavo: ethics, politics, and death in the 21st century*. New York: Oxford University Press, 2010, 259 s. ISBN 01-953-9908-0.

DNR

*Neodkladná resuscitace je souborem na sebe navazujících léčebných postupů sloužících k neprodlenému obnovení oběhu okysličené krve u osoby postižené náhlou zástavou krevního oběhu s cílem uchránit před nezvratným poškozením zejména mozek a myokard.*⁵³

Pokyny *neresuscitovat* (angl. *do not resuscitate*) představují srozumitelný a jednoduchý příklad dříve vysloveného přání, jehož následky jsou vnímány i laiky. Nejspíš i proto patří k nejtypičtějším dříve vysloveným přáním.⁵⁴ Označují postup, kdy se v případě zástavy krevního oběhu nebude provádět kardiopulmonální resuscitace.

K jaké škodě může dojít v případě, že pacient navzdory svému dříve vyslovenému přání přežil? Toto otázku si položil i *Supreme Court of Ohio* v případě Anderson⁵⁵. Správce pozůstalosti pana Edwarda H. Wintera žaloval nemocnici za nedbalost a za nezákonné ublížení na zdraví neboť se domníval, že je odpovědná za resuscitaci pana Wintera i přes DNR pokyn, který byl v jeho zdravotnické dokumentaci. Pan Winter byl resuscitován a po nabytí vědomí dokonce zdravotní sestře, která mu zachránila život, poděkoval. Nicméně o dva dny později prodělal pan Winter mrtvici, po níž zůstal ochrnutý na pravou část těla. Soud odmítl přiznat náhradu z titulu *wrongful life*, přičemž to odůvodnil tím, že radost ze života je nehmotná výhoda, která nemůže být oceněna penězi. Škoda nevzniká tím, že k životu něco přidáme, ale tím, že je z něj ukrojeno.⁵⁶

Principy paliativní péče

Péče o nevléčitelně nemocné a umírající pacienty není v České republice na dobré úrovni, a to zřejmě proto, že veřejnost i někteří odborníci tápou v tom, co je to

⁵³ Česká společnost J.E.Purkyně – Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof – Neodkladná resuscitace (NR). Doporučený postup výboru ČSL JEP 2009. Dostupné také z WWW: http://www.urgmed.cz/postupy/2009_nr.pdf.

⁵⁴ blíže např. VÁCHA, M. Dříve vyslovená přání. In CÍSAŘOVÁ, D. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010, s. 15, ISBN 978-808-7146-316; POLICAR, R. Kdy může lékař nezahájit kardiopulmonální resuscitaci? In CÍSAŘOVÁ, D. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010, s. 26, ISBN 978-808-7146-316.

⁵⁵ Anderson v. St. Francis – St. George Hospital, 671 N.E. 2d 225 (Ohio 1996).

⁵⁶ SCHALLER, Barry R. *Understanding bioethics and the law: the promises and perils of the brave new world of biotechnology*. Westport, Conn.: Praeger, 2008, s. 92-93. ISBN 02-759-9918-1.

paliativní medicína. Pokrok v lékařských znalostech a technologiích, může působit na některé pacienty jako zdroj strachu, že hodnota neúměrně prodlužovaného života poklesne na nepřijatelnou úroveň.⁵⁷

Světová zdravotnická organizace definuje paliativní péči jako „*aktivní a na kvalitu života orientovanou péči o nevléčitelně nemocné a jejich blízké, jejímž základem je holistický přístup k nevléčitelně nemocným pacientům, který zohledňuje tělesnou, psychologickou, sociální a spirituální dimenzi člověka. Jejím primárním cílem není vyléčení pacienta či prodloužení jeho života, ale prevence a účinné mírnění bolesti a dalších tělesných i duševních strádání, zachování pacientovy důstojnosti a podpora jeho blízkých.*“⁵⁸ Zákon o zdravotních službách zavádí pojem paliativní péče do českého právního řádu, když ji ve svém ustanovení § 5 odst. 2 písm. h) definuje jako „*péči, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí*“.

Z principu je to péče zaměřená na zmírnění utrpení. Můžeme si jí představit jako tlumení bolesti podáváním neustále se zvyšujících dávek léků a to i za cenu případného zkrácení života pacienta. Text vyjadřující takové dříve vyslovené přání může například znít: „*Pro případ, že v budoucnu nebudu schopen vyslovit svůj souhlas či nesouhlas s další léčbou, uděluji nyní souhlas s těmi léčebnými postupy, které mi uleví od nepříjemných projevů nemoci a poskytnou maximální možné pohodlí, a nesouhlas s postupy zaměřenými na obnovu nebo náhradu selhávajících tělesných orgánů nebo systému. O důsledcích tohoto svého dříve vysloveného přání, tj. že léčba nebude primárně směřovat k prodloužení mého života za každou cenu, jsem byl poučen lékařem.*“⁵⁹

⁵⁷ Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011-2015, která byla vypracována v souladu s mezinárodními dokumenty zabývajícími se paliativní a hospicovou péčí a obsahujícími výčet doporučení, které mají jednotlivé státy za účelem podpory a rozvoje paliativní péče na svých územích naplňovat. Mezi dokumenty, ze kterých Strategie vychází, se řadí zejména Charta práv umírajících, Doporučení Výboru ministrů členským státem o organizaci paliativní péče, Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči, ale také např. Úmluva o lidských právech a biomedicíně a Evropská sociální charta.

⁵⁸ Definice paliativní péče. Světová zdravotnická organizace (WHO), 2002, Dostupná z WWW: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

⁵⁹ Text pochází z internetových stránek občanského sdružení Cesta domů usilující o zásadní zlepšení péče o nevléčitelně nemocné, umírající a jejich rodiny. Dostupný z WWW: <http://www.cestadomu.cz/souhlas-s-peci.html>

Na okraj mohu uvést, že za speciální typ dříve vysloveného přání lze považovat i posmrtné použití orgánů. Základním kritériem pro odběr orgánů v České republice je zásada předpokládaného souhlasu s darováním orgánů. Osoby, které odmítají posmrtně darovat své orgány pro účely transplantace, jsou vedeny v Národním registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů.

2.4 Problémy dříve vyslovených přání

V následujícím textu se budu věnovat možným problémům dříve vyslovených přání, jež mohou být příčinou kritiky jak odborné tak i laické veřejnosti. Jelikož většina evropských zemí legislativně zakotvila dříve vyslovená přání se zpožděním ve srovnání s USA a vzhledem k roztržitosti jednotlivých národních úprav, The Institute of Biomedical Ethics curyšské univerzity se v červnu 2008 rozhodl uspořádat seminář s názvem *The Exploratory Workshop on Advance Directives* s cílem navzájem se informovat o stavu, problematických otázkách a vlastních zkušenostech s dříve vyslovenými přáními. Celkem se semináře zúčastnilo 19 zemí Evropy a USA. Výstupem semináře byla obsáhlá zpráva o zkušenostech s dříve vyslovenými přáními v jednotlivých zúčastněných zemích. V Rakousku mají lékaři problém vůbec přijmout myšlenku dříve vyslovených přání. Autor příspěvku popisující problémy s dříve vyslovenými přáními ve Finsku poukazuje na jejich obecný text, který působí v praxi potíže nebo špatné důvody pro jejich vytvoření (např. deprese). V Německu je jedním z problémů i paternalismus lékařů, kteří mnohdy o dříve vysloveném přání neví nebo se na něj v první řadě ani nezeptají.⁶⁰

Výhodou dříve vysloveného přání je podpora autonomie pacienta, podpora komunikace mezi lékařem a pacientem, ale i mezi pacientem a jeho rodinou, a v neposlední řadě je to i ochrana práv pacienta. I přes tyto výhody, nám výše nastíněná zahraniční zkušenost ukazuje, že s dříve vyslovenými přáními souvisejí i problémy.

Jedním z problémů je vůbec míra závaznosti dříve vyslovených přání. Podle Peterkové se míra závaznosti dříve vyslovených přání odvíjí od vnitrostátní právní

⁶⁰ ESF Exploratory workshop "Advance Directives: Towards a Coordinated European Perspective?" Institute of Biomedical Ethics, červen 19 - 21, 2008. Country Reports on Advance Directives. Dostupné z WWW: <http://www.ethik.uzh.ch/ibme/veranstaltungsarchiv/2008/ESF-CountryReports.pdf>.

úpravy, následně ovšem dodává, že žádný právní řád nepropůjčuje dříve vysloveným přáním absolutní závaznost.⁶¹

Za další, česká právní úprava neřeší, jak se o dříve vysloveném přání dozví další poskytovatel zdravotní služby, odlišný od toho, u kterého bylo sepsáno. A vyvstávají i další otázky, na které zatím není jednoznačná odpověď. Jak se o dříve vysloveném přání dozví poskytovatel zdravotních služeb ze zahraničí? V případě, že si dříve vyslovené přání zajistí sám pacient, kdo a od kdy jej bude evidovat v jeho zdravotnické dokumentaci? Notáři? Jak se o ní poskytovatel zdravotních služeb dozví v případě hospitalizace a jak má postupovat v případě, že již poskytnutá nezbytná léčba je v rozporu s dříve vysloveným přáním? Centrální databáze dříve vyslovených přání neexistuje. Zdravotnický pracovník tak nemůže nahlédnout do společné databáze, odkud by se o případném dříve vysloveném přání dozvěděl. Ze zkušeností Petra Šustka je patrné, že vzhledem k tomu, že vyjádření týkající se poskytování nebo neposkytování zdravotní péče sepisují hlavně pacienti, kteří už mají nějakou vážnou diagnózu, vědí, jak se bude vyvíjet, a chtějí předejít určitým situacím, tak je dokument obvykle uložený u jejich ošetřujícího lékaře.⁶²⁶³ Ondruška navrhuje, aby Ministerstvo zdravotnictví vydalo legislativní opatření, které by zajistilo evidenci listin u zdravotních pojišťoven a v rámci průkazu pojištěnce by pak kterékoli zdravotnické zařízení mělo kdykoli informaci o dříve vysloveném přání a jeho závaznosti pro každého poskytovatele, včetně možnosti nahlédnout do jeho obsahu a dle stanoveného poskytovat péči.⁶⁴

Jestliže je jedním z hlavních významů dříve vysloveného přání ochrana práva na sebeurčení a autonomii, pak je povinností zákonodárce nedovolit, aby byl plně informovaný pacient léčen resp. udržován při životě, způsobem, který demonstrativně vyjádřil ve svém dříve vysloveném přání.⁶⁵ Nicméně, zákon o zdravotních službách nestanovuje poskytovateli zdravotních služeb absolutní povinnost respektovat dříve vyslovené přání pacienta za všech okolností. V zásadě ale lze shrnout, že pokud dříve

⁶¹ PETERKOVÁ, H. Pokyny Do Not Resuscitate a problematika neposkytnutí pomoci. *Trestní právo*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2009, č. 9, s. 4.

⁶² Např. u lidí trpící Alzheimerovou chorobou je to neurolog, u lidí s rakovinou onkolog a u ostatních to může být třeba praktický lékař.

⁶³ Rozhovor s advokátem Petrem Šustkem. Dostupný z WWW: <http://www.tribune.cz/clanek/28716-lekari-si-musi-zvyknout-ze-prani-pacienta-je-svate>. [online]. [cit. 2014-11-30].

⁶⁴ ONDRUŠKA, M. Nové zákony ve zdravotnictví aneb první úvahy nad možnými problémy zákona č. 272/2011 Sb. *Zdravotnické fórum*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012, č. 7, s. 9-10.

⁶⁵ PETERKOVÁ, H. Previously expressed wishes in the Czech republic--a missed chance of the Czech legislator. *Medicine and Law*. 2013, roč. 32, č. 4, s. 432. ISSN: 0723-1393.

vyslovené přání bude splňovat výše uvedené zákonné požadavky, mělo by být ze strany poskytovatele zdravotních služeb respektováno. Opačný postup by mohl být považován neoprávněným zásahem do osobnostních práv pacienta.

2.5 Kritický pohled na dříve vyslovená přání

Praktické problémy dříve vyslovených přání jsem popsala v předchozím bodě. V této části se zaměřím na problematické otázky související s etickým náhledem na autonomii pacienta.

Nepředvídatelnost budoucího vývoje medicíny

První z kritik dříve vyslovených přání řeší, co když uplyne relevantní čas od doby, kdy pacient vyjádřil své přání a vzhledem k běhu času a pokroku ve vědě je možné, že medicína dosáhla docela jiné úrovně. Předpokládejme, že pacient své přání vyjádřil za situace, kdy jsem si mohl myslet, že léčba, kterou do budoucna odmítá a nepřeje si tedy, aby mu byla nasazena, protože se mu zdá nepříjemná a neslučitelná s jeho představou konce svého života. Nicméně, s rozvojem vědy připadá v úvahu nová možnost, nová léčba, se kterou by pacient teoreticky mohl souhlasit.

New person argument

Další z kritik dříve vyslovených přání se týká faktu, zda osoba, která formulovala své dříve vyslovené přání předtím, než se dostala do stavu ve kterém je nezpůsobilá o sobě rozhodovat, je tou samou osobou i ve chvíli jeho uplatnění. Pacient totiž nemusí být schopen vždy předem správně odhadnout, co by pro něj bylo nejlepší a co by si přál, až se reálně dostane do situace, ve které nebude schopen své přání artikulovat. Jeho přesvědčení a postoje se časem mění, ať už v důsledku perzistentního vegetativního stavu či onemocnění např. Alzheimerovou chorobou.

Osmadvacetiletý pacient se rozhoduje ukončit chronickou renální dialýzu, jelikož kvalitu svého života považuje za velmi nízkou a navíc se cítí být pro svou rodinu přítěží. Pacient je těžký diabetik, je slepý, a z důvodu progresivní neuropatie nemůže chodit. Jeho manželka spolu s ošetřujícím lékařem souhlasí s tímto přáním a je dohodnuto toliko poskytování léků ulevující od bolesti. Manželka a lékař souhlasí s tím, že pacientovi již nebude poskytnuta dialýza, a to ani v případě že by o ni z důvodu

bolesti žádal (zvyšující se množství močoviny v krvi způsobené selhávajícími ledvinami může například vést k pozmeněným mentálním stavům). Ve chvíli, kdy pacient v nemocnici umírá, se na chvíli probírá a stěžuje si na prudkou bolest a žádá, aby z důvodu odstranění bolesti byl napojen na dialýzu. Manželka se ve shodě s lékařem a pacientovým „dříve vysloveným přání“ rozhoduje jednat dle tohoto dříve vysloveného přání a na dialýzu jej nenapojuje. Pacient po čtyřech hodinách umírá.⁶⁶

Z této kazuistiky je evidentní, že může nastat situace, kdy se dříve vyslovené přání dostane do konfliktu s aktuálním stavem pacienta. Neměl být pacient znovu napojen na dialýzu a po odstranění močoviny z krve i dotázán zda si nepřeje své dříve vyslovené přání změnit? Je smyslem dříve vyslovených přání ochrana aktuálních zájmů nezpůsobilého pacienta, nebo ochrana jeho svobodné volby učiněné na základě dřívějších zájmů?⁶⁷

Dworkin demonstruje na případu Margo problém týkající se závaznosti dříve vyslovených přání. Margo byla pacientka trpící Alzheimerovou chorobou, nacházející se ve stavu neumožňujícím vyjádřit se ohledně další léčby, která pro své okolí působila velmi šťastně, ale která sepsala *advance decision*, jehož obsahem je přání, aby ji bylo umožněno co nejdříve a bez bolesti zemřít, v případě, že jí postihne právě Alzheimerova nemoc a ona bude potřebovat život zachraňující léčbu. Podle Dworkina by měla být poskytovaná léčba plně v souladu s přáním pacientů a to na základě respektu k autonomii člověka a posvátnosti života.⁶⁸ Je však spravedlivé, aby byl pacient, který nechce být závislý na péči ostatních, avšak nyní šťastný pacient, svázan svým platným dříve vysloveným přáním? Jaké hodnoty mají být zvažovány v souvislosti s jeho léčbou? Dříve vyslovená přání by měla zachovávat lidskou důstojnost, ale co když ta důstojnost již spočívá na jiných základech a pro pacienta jsou aktuálně důležité jiné hodnoty? Právě tyto etické otázky patří mezi největší překážky aplikace dříve vyslovených přání. Rozhodně si nemyslím, že bychom měli každé dříve vyslovené přání

⁶⁶ BEAUCHAMP, Tom L, CHILDRESS, James F. *Principles of biomedical ethics*. 6th ed. New York: Oxford University Press. 2009. s. 110, ISBN 01-953-3570-8.

⁶⁷ VIZINGER, R. Předstižné pokyny pacienta living will v právní teorii a praxi. *Zdravotnictví a právo*. Praha: Orac. 2007, č. 7- 8, s. 8.

⁶⁸ DWORKIN, R. *Life's dominion: an argument about abortion, euthanasia, and individual freedom*. 1st Vintage Books ed. New York: Vintage Books, 1994, s. 220 – 221, ISBN 0-679-73319-1.

slepě dodržovat. Každý jednotlivý případ si zaslouží individuální přístup, jelikož vzhledem k možné změně okolností může dojít i k odlišnému náhledu na život.

3 Právní odpovědnost ve zdravotnictví

Povolání zdravotnického pracovníka je spojeno s vysokou mírou odpovědnosti, kdy i drobnější pochybení může mít tragické následky. Nabízí se otázka, zda by měl být zdravotnický pracovník při poskytování zdravotních služeb kontrolován a sankcionován právem? Pokusím se odpovědět slovy antického klasika Lúkiána: „*Čím váženější a pro život užitečnější je lékařské povolání, tím svobodnější musí být pro ty, kteří je vykonávají. Sluší se také, aby lékaři měli určité výsady při užívání svého umění, nesmějí být k ničemu nuceni, nic se jim nesmí nařizovat, vždyť jde o činnost posvátnou, jejímiž učители byli bohové a jež je předmětem snažení moudrých mužů; nesmí být otrocky podrobena zákonu, nesmí být ovlivněno strachem ze soudu a jeho trestem.*“⁶⁹ a profesora Charvátka: „*Běda pacientovi, když chirurg přestane být sebevědomě odvážným a stane se právnicky opatrným.*“⁷⁰, která ukazují, že problém právní odpovědnosti zdravotnického pracovníka je i po skoro dvou tisíciletích stále aktuální. Negativním důsledkem zmíněného opatrného přístupu, založeného na strachu z případného soudního sporu je tzv. defenzivní medicína, při které dochází k ordinování zákroků jinak neindikovaných a neúčelných, čistě z důvodu obavy z právní odpovědnosti a která vede ke zvyšování nákladů na poskytování zdravotních služeb. Defenzivní medicína je fenomén zatěžující jak české zdravotnictví, které se stává kontraproduktivním, tak paradoxně i pacienta, který je tzv. přeléčován.⁷¹ Právě proto si nemyslím, že současný trend kriminalizace medicíny je pozitivní jak pro pacienty a zdravotnické pracovníky, tak i pro zdravotnictví samotné.

Problematika právní odpovědnosti v medicíně patří, nejen pro zdravotnické pracovníky, ke stále aktuálním a stěžejním. Podle Dostála⁷² je účelem systému právní odpovědnosti plnit dvě zásadní společenské role, za prvé přispívat ke kompenzaci

⁶⁹ Lúkianos, 2. stol. n. l., soudní řeč „Vyděděný“, česky ve sbírce „Pravdivé výmysly“.

⁷⁰ MACH, J. *Medicína a právo*. Vyd. 1. Praha: C.H. Beck, 2006, s. 59, ISBN 80-717-9810-X.

⁷¹ Indikujete výkon s myšlenkou na právníka?. In: *Medical Tribune* [online]. 2010 [cit. 2014-11-30]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/19667>.

⁷² DOSTÁL, O. Odpovědnost a kvalita ve zdravotnictví. *Medical Tribune*. Praha: Medical Tribune CZ. 2007, č. 12, s. B4.

pacientů, kteří utrpěli cizí vinou škodu na zdraví a za druhé motivovat poskytovatele služeb k předcházení vzniku škod.

V následujícím textu se budu stručně věnovat jednotlivým druhům právní odpovědnosti - občanskoprávní, pracovněprávní, správní, disciplinární. Hlavním pilířem mého zájmu pak bude samozřejmě odpovědnost trestněprávní, které je vzhledem k tématu práce věnován největší prostor.

3.1 Občanskoprávní odpovědnost

Hovoříme-li o občanskoprávní odpovědnosti, máme na mysli zejména odpovědnost za škodu (nově povinnost k náhradě škody) a odpovědnost za újmu způsobenou neoprávněným zásahem do osobnostních práv člověka. Obecnými předpoklady vzniku odpovědnosti jsou protiprávní úkon, existence újmy a příčinná souvislost mezi nimi.

Protiprávnost, ať už ve formě aktivního jednání či opomenutí, znamená nesplnění či porušení právní povinností. V souvislost s poskytováním zdravotních služeb se bude nejčastěji jednat o povinnost postupovat *lege artis*.

Újma je právní teorií dělena na majetkovou (skutečná škoda a ušlý zisk) a nemajetkovou. Mezi druhy nemajetkové újmy řadíme i újmu na osobnostních právech člověka, jejichž důležitou součástí je právo na nezasahování do fyzické integrity. Typickou nemajetkovou újmou pak v případě postupu *non lege artis* zdravotnickým pracovníkem bude takový zásah, tedy újma na zdraví.

Prokázání příčinné souvislosti mezi protiprávním jednáním lékaře a vzniklou újmou na zdraví je klíčovou otázkou úspěšného uplatnění nároku na náhradu újmy na zdraví způsobené postupem lékaře *non lege artis*.⁷³ Dokazuje to i judikatura Nejvyššího soudu⁷⁴, která trvá na bezpečném prokázání příčinné souvislosti. Ta problematiku rozhodně neulehčuje, jelikož ve většině medicínsko-právních sporů je stoprocentní prokázání kauzálního nexu téměř vyloučené. Určitou nadějí je usnesení Ústavního soudu sp. zn. I. ÚS 1919/08: „Závěry nalézacího soudu stran ‚stoprocentního‘ prokázání objektivní příčinné souvislosti se jeví Ústavnímu soudu jako nereálné, neboť

⁷³ HAMANOVÁ, L., Prokazování příčinné souvislosti ve sporech o náhradu škody na zdraví způsobenou postupem lékaře *non lege artis*. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky* [online]. 2011, roč. 1, č. 1, s. 2 [cit. 2014-11-29]. Dostupné z: <http://www.ilaw.cas.cz/medlawjournal/index.php/medlawjournal/article/view/3>.

⁷⁴ např. R 21/1992 a usnesení Nejvyššího soudu ČR ze dne 25. 11. 2003 sp. zn. 25 Cdo 168/2003

nedosažitelné a neudržitelné. Určovat v lékařských postupech jednoduchý vztah příčiny a následku je samo o sobě velmi obtížné. Podstatou lékařství je vlastně vstupovat do celého řetězce příčin a následků, do procesů, které probíhají v lidském těle, a vnějším zásahem tyto procesy ovlivňovat, měnit jejich směr, působení atd. Zásah lékaře tak vlastně sám o sobě mění ‚přirozený běh věcí‘ v lidském těle, zasahuje do komplexních vztahů příčin a následků. I v případě aktivního jednání lékaře, který zvolí určitý léčebný postup, je velmi obtížné, ba vyloučené stanovit, zda tento postup byl nade vší rozumnou pochybnost jedinou možnou příčinou škodlivého stavu, který nastal. O to obtížnější je to v případě opomenutí, kdy lékař nezvolí postup, který na základě soudobých a dostupných znalostí lékařství zvolit mohl a měl. Prokázat, že právě a pouze toto opomenutí tvoří se škodlivým důsledkem ničím nenarušený vztah, je v podstatě nemožné. V důsledku toho je výrazně oslabeno postavení poškozeného. (...) Vzhledem k tomu, že pojem příčinná souvislost není právními předpisy v ČR nijak definován, (...) nic nebrání judikatuře českých soudů, aby požadavek ‚stoprocentně‘ prokazované příčinné souvislosti přehodnotila a přijala adekvátnější a realističtější výklad ‚způsobení škody‘, který by vyrovnával slabší postavení poškozených.“

Ústavní soud ve svém nálezu upozorňuje, že právní řády *common law* opustily požadavek prokázání kauzálního nexu a vytvořily doktrínu tzv. „ztráty šance“ či „ztráty očekávání“ (*loss of chance, loss of expectation*), podle níž soud poměřuje či odhaduje pravděpodobnost určitých šancí, pokud byl zvolen určitý postup, a reflektuje tyto šance, zda jsou vyšší nebo nižší než ty, které bylo možno očekávat při nenarušeném či řádném chodu věcí.⁷⁵ Právě toto řešení se Ústavnímu soudu jeví jako spravedlivější.

Citovaný názor Ústavního soudu je zatím v judikatuře soudů ojedinělý. České soudy se zatím neztotožnily s přístupem soudů rakouských či německých, které při porušení povinností řádně vést dokumentaci procesně trestají zdravotnická zařízení přenosem důkazního břemene.⁷⁶ Je otázkou nakolik soudy přehodnotí svůj stávající přístup k problematice příčinné souvislosti.

⁷⁵ TĚŠINOVÁ, J., ŽDÁREK, R., POLICAR, R. *Medicinské právo*. 2011. 414 s. ISBN 978-807-4000-508.

⁷⁶ DOSTÁL, O. Právní odpovědnost, práva pacientů a kvalita ve zdravotnictví. *Zdravotnictví a právo*. Praha: Orac, 2007, č. 5, s. 6.

3.2 Pracovněprávní odpovědnost

Pracovněprávní odpovědnost je odpovědnost zaměstnance vůči zaměstnavateli za škodu, kterou zaměstnanec zaměstnavateli způsobí porušením svých právních povinností, ale samozřejmě i odpovědnost zaměstnavatele vůči zaměstnanci. Pracovněprávní vztahy ve zdravotnictví vznikají mezi zdravotnickým pracovníkem a poskytovatelem zdravotních služeb, je-li založen vztah odpovídající pracovnímu poměru a to nejčastěji pracovní smlouvou. Tyto vztahy jsou upraveny zákoníkem práce.⁷⁷ Specifikem tohoto vztahu je znak nadřízenosti a podřízenosti, v jejímž rámci zaměstnavatel kontroluje činnost zaměstnance, jestli „*pracuje řádně podle svých sil, znalostí a schopností.*“⁷⁸

Způsobí-li zdravotnický pracovník, jako zaměstnanec zdravotnického zařízení, porušením svých povinností (odborným pochybením) pacientovi škodu nebo bude-li neoprávněně zasaženo do pacientova práva na ochranu osobnosti, a je-li prokázáno porušení právních povinností zaměstnance při plnění pracovních úkolů nebo v přímé souvislosti s ním, je zaměstnavatel oprávněn požadovat náhradu škody do výše 4,5 průměrného měsíčního výdělku zaměstnance. Celou škodu může požadovat v případě, že byla způsobena jednáním úmyslným, nebo v opilosti či pod vlivem návykových látek.⁷⁹

3.3 Správní odpovědnost

O správní odpovědnosti ve zdravotnictví hovoříme, jde-li o odpovědnost fyzických a právnických osob (poskytovatelé zdravotních služeb) vůči orgánům státní správy za dodržení platných právních předpisů v oblasti státní správy. Problematika správní odpovědnost v sobě zahrnuje jak odpovědnost za porušení specifických zdravotnických právních předpisů, tak i například odpovědnost za porušení hygienických předpisů orgánem ochrany veřejného zdraví nebo za nedodržování pravidel pro ochranu osobních údajů. Právní úprava správní odpovědnosti je vzhledem ke své rozšířenosti do velkého množství právních norem značně komplikovaná.

⁷⁷ Česká republika. Zákon č. 262/2006 ze dne 21. dubna 2006. Zákoník práce. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. Částka 84.

⁷⁸ Česká republika. Zákon č. 262/2006 ze dne 21. dubna 2006. Zákoník práce. § 301 písm. a) In *Sbírka zákonů, Česká republika*. Částka 84.

⁷⁹ Česká republika. Zákon č. 262/2006 ze dne 21. dubna 2006. Zákoník práce. § 257 odst. 2. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. Částka 84.

3.4 Disciplinární odpovědnost

Jedná se o odpovědnost fyzické osoby⁸⁰, která je ve zvláštním právním vztahu k určité instituci a je nadána zvláštními právy a povinnostmi vyplývajícími z členského vztahu, za porušení právních povinností při výkonu povolání, ať už povinností počínat si s náležitou odborností (porušení profesních povinností) nebo porušení etických principů. Institut disciplinární odpovědnosti ve zdravotnictví je upraven zákonem o profesních komorách.⁸¹ Podle § 9 odst. 2 písm. a) zákona o profesních komorách je každý člen České lékařské komory „*povinen vykonávat své povolání odborně, v souladu s jeho etikou a způsobem stanoveným zákony a stanovskými předpisy komory*“. Je-li disciplinárními orgány České lékařské komory zdravotnickému pracovníkovi prokázáno porušení této povinnosti, v rámci disciplinární odpovědnosti mu může být uloženo přiměřené disciplinární opatření v rozsahu stanoveném tímto zákonem.

Trendem poslední doby je snaha České lékařské komory, aby, je-li to vhodné a přiměřené, nebylo zahajováno trestní stíhání lékařů a tyto případy byly postoupeny České lékařské komoře k disciplinárnímu projednání. Tento názor byl vysloven i na kongresu České lékařské komory konaném v roce 2010 k problematice nového trestního zákoníku, na kterém vystoupil i Jiří Jelínek, který poukázal zejména na skutečnost, že nový trestní zákoník výslovně zakotvil princip ultima ratio a proto se má ke kriminalizaci přistupovat pouze tehdy, není-li možná jiná, méně represivní cesta. Touto cestou je v mnohých případech možnost disciplinárního řízení na půdě České lékařské komory.⁸²

4 Trestněprávní odpovědnost ve zdravotnictví

Výkon povolání zdravotnických pracovníků je spojen s určitou mírou rizika porušení či alespoň ohrožení hodnot a zájmů, přičemž těm nejvýznamnějším z nich jako například životu, zdraví nebo lidské důstojnosti poskytuje ochranu právě trestní právo. Tím ovšem nechci naznačit, že je vhodné na každé takové porušení nebo ohrožení,

⁸⁰ Např. lékař, stomatolog farmaceut.

⁸¹ TĚŠINOVÁ, J., ŽDÁREK, R., POLICAR, R. *Medicínské právo*, 2011, 414 s. ISBN 978-807-4000-508.

⁸² MACH, J., Právní postavení českého lékaře. *Tempus Medicorum*, 2011. č. 11, s. 45. Dostupné také z: http://www.lkcr.cz/doc/tempus_file/tempus_10_11-56.pdf.

použit prostředky trestního práva. Ve shodě s odbornou literaturou⁸³ považuji za neúměrně tvrdé vyvozovat z chyby lékaře trestněprávní důsledky, ať už z důvodu společenské prospěšnosti zdravotnického povolání nebo zvýšené míry rizika při provádění úkonů zdravotní péče.

Tomuto tématu se věnoval i prezident České lékařské komory Milan Kubek když konstatoval, že „Česká lékařská komora je přesvědčena, že pochybení lékařů, která neohrozí pacienty, by měla řešit sama. Policie a státní zástupci by tak měli předávat většinu trestních oznámení přímo komoře. Trestní stíhání by mělo být až poslední možností“. Podle Kubka je totiž dosavadní praxe neuspokojivá a soudy jsou zavaleny řadou trestních oznámení na lékaře. Orgány činné v trestním řízení by tak měly podle něj většinu případů trestního oznámení na lékaře předat k disciplinárnímu řešení České lékařské komoře.⁸⁴

Pacienti popř. pozůstalí volí velmi často cestu trestního oznámení na zdravotnického pracovníka. Příčinu můžeme spatřovat v jednoduchosti podání anonymního trestního oznámení, které na rozdíl od občanskoprávní žaloby nevyžaduje kvalifikovanou právní pomoc, navíc náhradu škody lze žádat v adhezním řízení, samo trestní řízení poškozeného nijak nezatěžuje, jelikož orgány činné v trestním řízení jsou povinny shromáždit si důkazy samy⁸⁵ (mají k nim i lepší přístup) a konečně trestní řízení je na rozdíl od civilního bezplatné. V případech neúmyslného pochybení by však neměla být cílem represe, ale reparace ať už v podobě náhrady škody na zdraví nebo případné nemateriální újmy.⁸⁶

4.1 Zásada subsidiarity trestní represe a ultima ratio

Jak jsem již měla možnost naznačit v předcházející kapitole, platí, že trestní právo má být „ultima ratio“ nejen ke zdravotnickému právu, ale i k ostatním právním

⁸³ blíže: CÍSAŘOVÁ, D., SOVOVÁ, O. *Trestní právo a zdravotnictví*. 2., upr. a rozš. vyd. Praha: Orac, 2004, s. 12-13. ISBN 80-861-9975-4; STOLÍNOVÁ, J., MACH, J. *Právní odpovědnost v medicíně*. 2., dop. a přepracované vyd. Praha: Galén, 2010. s. 29. ISBN 978-807-2626-861; CIBULKA, K. O některých otázkách trestního postihu ve zdravotnictví. *Trestněprávní revue*. 2010, roč. 9, č. 3, s. 73.

⁸⁴ ČLK chce chyby lékařů řešit převážně sama. In: *Zdravotnické noviny* [online]. 12. 9. 2009 [cit. 2014-11-30]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/clk-chce-chyby-lekaru-resit-prevazne-sama-439446?category=z-domova>.

⁸⁵ viz. zásada vyhledávací (§ 2 odst. 5 zák. č. 141/1961 Sb., trestní řád)

⁸⁶ DOLEŽAL, T., DOLEŽAL, A.: Otázky úpravy právní odpovědnosti zdravotnických pracovníků - několik úvah k aktuálním tématům. *Právní rozhledy*. C. H. Beck: Praha, 2010, č. 12, s. 436.

odvětvím. Má být tím nejzazším a nejpřísnějším prostředkem, kterým stát disponuje, aby ochránil taxativně vymezené zájmy, a má se uplatňovat pouze v případech, kde se ostatní právní prostředky ukáží jako neúčinné.⁸⁷

Princip ultima ratio je v trestním zákoníku vyjádřen pomocí zásady subsidiarity trestní represe, která je v trestním zákoníku explicitně zakotvena v § 12 odst. 2 trestního zákoníku: „*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*“.

Uvedená základní zásada trestního práva je vyjádřena i v řadě rozhodnutí Ústavního soudu, který např. uvedl, že „*trestní právo a trestněprávní kvalifikaci 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 (...)* 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 strážil 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. (...) V právním státě je 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 nezpochybitelně zjištěny“⁸⁸

Orgány činné v trestním řízení by měli, již ve fázi prověřování podaného trestního oznámení, velmi pečlivě posoudit všechny okolnosti a zvážit uplatnění zásady subsidiarity trestní represe. A dále jelikož ve velké většině případů bývá prvotním zájmem poškozených dosažení finančního odškodnění způsobené újmy na zdraví, myslím si, že je-li nutné uplatnit trestní odpovědnost, pak je vhodnějším a citlivějším řešením využití tzv. odklonů, jako alternativních řešení věcí v trestním řízení, jimiž se má dosáhnout rychlejšího a efektivnějšího vyřízení.

⁸⁷ JELÍNEK, J. a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část.* 4. vyd. Praha: Leges, 2014, s. 24-25. ISBN 978-80-7502-044-4.

⁸⁸ Nález Ústavního soudu ze dne 23. 3. 2004, sp. zn. I. ÚS 4/04, publikovaný pod č. 42 ve svazku 32 Sbírky nálezů a usnesení Ústavního soudu České republiky.

4.2 Předpoklady vzniku trestní odpovědnosti

Otázky týkající se vyvozování trestní odpovědnosti patří mezi nejkomplicovanější, ať už pro jejich závislost na výsledcích znaleckých posudků nebo s ohledem na institut mlčenlivosti zdravotnických pracovníků v souvislosti s dokazováním.⁸⁹

Základním předpokladem naplnění trestní odpovědnosti v českém právu je spáchání trestného činu, kterým se dle § 13 odst. 1 trestního zákoníku rozumí „protiprávní čin, který trestní zákon označuje za trestný a který znaky uvedené v takovém zákoně“. Z toho pak vyplývá, že pachatelem může být pouze ten, kdo naplní typové znaky trestného činu, tj. znaky skutkové podstaty, jeho jednání je zároveň protiprávní a je trestně odpovědný s ohledem na věk a přičetnost.⁹⁰

Problematiku podmínek trestní odpovědnosti nám pomůže ilustrovat Kateřina Škrejtová, která si v souvislosti s posuzováním trestní odpovědnosti zdravotnických pracovníků klade tři otázky: „Došlo při poskytování zdravotní péče k odborné chybě, kterou lze kvalifikovat jako porušení procesních povinností lékaře či jiného zdravotníka – tedy jako péči *non lege artis*, které nelze považovat za přípustné riziko příslušného výkonu? Je toto porušení právní povinnosti v příčinné souvislosti s následkem – tedy újmou na zdraví či úmrtím pacienta? Je prokázáno zavinění alespoň z nedbalosti nevědomé?“⁹¹

Vznik trestněprávní odpovědnosti zdravotnického pracovníka lze tedy obecně, ve shodě s trestněprávní naukou a ustálenou rozhodovací praxí soudů⁹², dovodit, pokud je jeho jednání v rozporu s povinnostmi poskytovat účelnou a hodnotnou péči, dále takové jednání musí být zaviněné nejméně z nedbalosti a zároveň následek v podobě újmy na zdraví, popř. smrti musí být v příčinné souvislosti s tímto jednáním. V následujícím výkladu se na jednotlivé složky trestní odpovědnosti zdravotnických pracovníků zaměřím podrobněji.

⁸⁹ RŮŽIČKA, M. K některým otázkám trestní odpovědnosti ve zdravotnictví. *Zdravotnictví a právo*. Orac: Praha. 2010, č. 3, s. 10.

⁹⁰ JELÍNEK, J. a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část*. 4. vyd. Praha: Leges, 2014, s. 256. ISBN 978-80-7502-044-4.

⁹¹ ŠKREJTOVÁ, K. Pojem „lege artis“ a trestní odpovědnost v medicíně. *Trestněprávní revue*. C. H. Beck: Praha. 2013, č. 6, s. 135.

⁹² např. Rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR ze dne 22. 3. 2005, sp. zn. 7 Tdo 219/2005.

4.2.1 Objekt trestného činu

Prvním obligatorním znakem skutkové podstaty trestného činu je objekt trestného činu, který zpravidla nebývá vyjádřen přímo v zákoně a musí tak být dovozován výkladem. Objektem trestného činu se rozumí abstraktní společenské vztahy, zájmy a hodnoty, proti kterým trestný čin směřuje a na jejichž zachování má společnost takový zájem, že jim poskytuje trestněprávní ochranu.⁹³

Vzhledem k zaměření práce uvádím příklady objektů souvisejících se zdravotnictvím a to jsou především zájem na zachování lidského života a lidského zdraví, které aktuálně platný a účinný trestní zákoník, ve své zvláštní části, řadí na nejvyšší místo. U některých trestných činů rozlišujeme nejen objekt trestného činu, ale i hmotný předmět útoku, což jsou např. u trestných činů proti životu a zdraví lidí, na které pachatel bezprostředně útočí.⁹⁴

4.2.2 Objektivní stránka trestného činu

Objektivní stránka trestného činu je charakterizovaná způsobem spáchání trestného činu a jeho následky. Obligatorními znaky objektivní stránky jsou jednání, následek a příčinná souvislost (tzv. kauzální nexus) mezi nimi.

Jednáním ve smyslu trestního práva chápeme jako projev vůle ve vnějším světě, jako vědomé činnosti člověka, zaměřené na dosažení určitého cíle.⁹⁵ Pokud jde o výkon povolání zdravotnického pracovníka, nejčastěji půjde o porušení povinnosti postupovat tzv. *lege artis*⁹⁶, tedy povinnost postupovat při poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti⁹⁷, resp. povinnost provádět jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy.⁹⁸ Není však vyloučeno ani porušení právní povinnosti

⁹³ JELÍNEK, J. a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část.* 4. vyd. Praha: Leges, 2014, s. 170. ISBN 978-80-7502-044-4.

⁹⁴ SOLNAŘ, V., FENYK, J., CÍSAŘOVÁ, D. *Systém českého trestního práva: základy trestní odpovědnosti.* Praha: Novatrix. 2009, s. 180, ISBN 80-861-9974-6.

⁹⁵ JELÍNEK, J. a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část.* 4. vyd. Praha: Leges, 2014, s. 180. ISBN 978-80-7502-044-4.

⁹⁶ Jakousi definici pojmu poskytl také Nejvyšší soud ve svém usnesení z 22. 3. 2005, sp. zn. 7 Tdo 219/2005.

⁹⁷ Česká republika. Zákon č. 372/2011 ze dne 11. listopadu 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, § 4 odst. 5. In *Sbírka zákonů, Česká republika.* 2011, částka 131.

⁹⁸ Čl. 4 Úmluvy o biomedicíně.

v podobě např. porušení povinné mlčenlivosti, porušení povinnosti oznámit nebo překazit trestný čin nebo porušení povinnosti poskytnout první pomoc.

Vůle jako psychická složka jednání určuje pohyb nebo zdržení se pohybem, a proto jednáním je jak konání (vůli řízený pohyb), tak i opomenutí (vůli řízené zdržení se pohybem). Účinky na hmotném předmětu útoku (lidský život a zdraví) lze tedy způsobit jak konáním, tak dle § 112 trestního zákoníku i opomenutím takového konání, „*k němuž byl pachatel povinen podle jiného právního předpisu*“. Jakkoliv odsouzeníhodné se může jevit opomenutí morální povinnosti, samo trestní odpovědnost nezakládá.⁹⁹

Do jaké míry však můžeme za jednání pokládat i opomenutí konání? Opomenutí je postaveno na roveň konání jen tehdy, jestliže někdo nevykonal to, co bylo jeho právní povinností. Pro zdravotnické pracovníky tato zvláštní povinnost konat vyplývá ze zákona o zdravotních službách - např. opomenutí lékaře záležející v nedostatečném vyšetření poškozeného, který zemřel na následky zranění, jež v důsledku tohoto pochybení v poskytnuté péči nebylo zjištěno a léčeno¹⁰⁰.

Jelínek navíc upozorňuje, že je nutné odlišovat onu zvláštní povinnost konat, která zakládá odpovědnost za následek (účinek), od obecné povinnosti konat, kterou stanoví trestní zákon a jejíž opomenutí nezakládá tuto odpovědnost za následek (účinek), ale pouze za pravý omisivní delikt.¹⁰¹

Následkem trestného činu je jednáním způsobené porušení nebo ohrožení právem chráněných hodnot. V medicínsko-právních sporech půjde nejčastěji o vznik škody na zdraví nebo na životě pacienta. V úvahu však připadá i pouhé samotné ohrožení, které v některých případech lze rovněž považovat za škodlivý následek. Může jít např. o ohrožení v podobě neposkytnutí pomoci či neoznámení trestného činu, a to i v případě, že žádný reálný a hmatatelný následek u pacienta nakonec nenastal.

Jak jsem již dříve naznačila, protiprávní jednání a následek jako podmínky vzniku trestní odpovědnosti nestačí, jelikož orgány činné v trestním řízení musí prokázat, že je mezi nimi příčinná souvislost, tzv. kauzální nexus.

⁹⁹ Rozhodnutí Nejvyššího soudu ČSR č. 7/1988 – I Sb. rozh. tr. ze dne 28. 4. 1987, sp. Zn. 5 Tz 2/87.

¹⁰⁰ ŠÁMAL, P. a kol. *Trestní zákoník*, 2. vydání, Praha: C.H.Beck, 2012, s. 1259-1264, ISBN 978-80-7400-428-5.

¹⁰¹ JELÍNEK, J. a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část*. 4. vyd. Praha: Leges, 2014, s. 183-184. ISBN 978-80-7502-044-4.

Prokázání příčinné souvislosti mezi postupem *non lege artis* zdravotnického pracovníka a vzniklým následkem (účinkem) na pacientově zdraví patří mezi nejproblematictější bod těchto sporů.¹⁰² Základem příčinného vztahu je teorie podmínky (*conditio sine qua non*), podle níž je příčinou každý jev, bez něhož by jiný jev vůbec nenastal, anebo nenastal způsobem, jakým nastal. V moderní české nauce je teorie podmínky, zakládající v samotném pojetí *conditio sine qua non* příliš širokou odpovědnost, korigována především za použití zásad umělé izolace jevů a gradace příčinné souvislosti, jakož i zkoumáním vztahu kauzality a zavinění.

Jelikož je léčba pacienta řetězcem dílčím léčebných úkonů, musíme odlišit následek na zdraví v důsledku postupu *non lege artis* a zhoršení zdraví pacienta v důsledku přirozeného vývoje nemoci, jeho vrozených vad či škodlivých vlivů okolního prostředí.¹⁰³

4.2.3 Zdravotnický pracovník jako subjekt trestného činu

V této kapitole vysvětlím pojmy zdravotnický pracovník, ošetřující zdravotnický pracovník a pracovník ve zdravotnictví. Zaměřím se na rozdíly mezi nimi, jelikož se tyto kategorie pracovníků vyskytují ve zdravotnických zařízeních a je proto nutné vymezit jejich vztah k pacientům.

Definice zdravotnického pracovníka nalezneme ve dvou právních předpisech. Podle prvního z nich, zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, je zdravotnickým pracovníkem *fyzická osoba, která vykonává zdravotnické povolání lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta podle tohoto zákona*. Podle druhého právního předpisu, zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, je zdravotnickým pracovníkem *fyzická osoba, která vykonává zdravotnické povolání podle tohoto zákona*, z čehož usuzuji, že pod pojem zdravotnický pracovník spadají i zdravotní sestry, kliničtí psychologové a logopedové, radiologičtí asistenti, fyzioterapeuti a další.

¹⁰² Usnesení Ústavního soudu ČR ze dne 12. 8. 2008 vydané pod sp. zn. I. ÚS 1919/08.

¹⁰³ DOLEŽAL, T. Otázky úpravy právní odpovědnosti zdravotnických pracovníků - několik úvah k aktuálním tématům. *Právní rozhledy*, Praha: C.H.Beck, 2010, č. 12, s. 436.

V souladu s právním řádem České republiky jsou k poskytování zdravotní péče oprávněni pouze zdravotničtí pracovníci. Ošetřující zdravotnický pracovník je pojem používaný zákonem o zdravotních službách, jenž ho ve svém ustanovení § 3 odst. 2 definuje jako „zdravotnického pracovníka, který navrhuje, koordinuje, poskytuje a vyhodnocuje individuální léčebný postup u konkrétního pacienta a koordinuje poskytování dalších potřebných zdravotních služeb“. Podle důvodové zprávy k zákonu o zdravotních službách může být ošetřujícím zdravotnickým pracovníkem jakýkoliv zdravotnický pracovník oprávněný k samostatnému výkonu povolání, a to v rozsahu, ke kterým je způsobilý podle jiných právních předpisů.¹⁰⁴ Autorky Císařová a Sovová uvádějí jako příklady pracovníků ve zdravotnictví osoby vykonávající povolání laboratorních pracovníků nebo administrativních zaměstnanců. Jsou to zaměstnanci zdravotnického zařízení, kteří neposkytují bezprostřední léčebnou péči, avšak zajišťují jeho chod a mají určité, právním předpisem stanovené, povinnosti ve vztahu k pacientům.¹⁰⁵

Pachatelem trestného činu je osoba, která svým jednáním naplnila všechny znaky skutkové podstaty trestného činu, jeho pokusu nebo přípravy, je-li trestná.¹⁰⁶ Lze tedy shrnout, že splní-li zdravotnický pracovník tyto náležitosti pachatele trestného činu, můžeme u něj dovozovat trestní odpovědnost.

4.2.4 Subjektivní stránka trestného činu

Poslední podmínkou pro vznik trestní odpovědnosti je zavinění, které Jelínek definuje jako „vnitřní (psychický) vztah člověka k určitým skutečnostem, jež zakládají trestný čin, ať již vytvořeným pachatelem nebo objektivně existujícím bez jeho přičinění v době činu“. Rozlišujeme dva základní typy zavinění, a to zavinění úmyslné a zavinění z nedbalosti, u něhož chybí volní složka.

V případech *non lege artis* půjde většinou o zavinění z nedbalosti. Měřítkem nedbalosti je zachování určité míry opatrnosti, která je vyjádřena dvěma hledisky, to zaprvé objektivním a zadruhé subjektivním. Objektivní vymezení vyžaduje od každého zpravidla stejnou míru opatrnosti a jen výjimečně žádá od některých skupin (např. právě

¹⁰⁴ Důvodová zpráva k zákonu o zdravotních službách, Zvláštní část, K § 3 a 4.

¹⁰⁵ SOVOVÁ, O. *Zdravotnická praxe a právo: praktická příručka*. Vyd. 1. Praha: Leges, 2011, s. 22-23. ISBN 978-808-7212-721.

¹⁰⁶ Česká republika. Zákon ze dne 8. 1. 2009. Trestní zákoník. § 22. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. Částka 11.

od zdravotnických pracovníků) vyšší míru opatrnosti, která je však potom stejná u každého, kdo takové povolání nebo zaměstnání vykonává.¹⁰⁷ Subjektivním vymezením rozumíme míru opatrnosti, kterou je schopen vynaložit pachatel v konkrétním případě, a jde tedy o individuální hledisko. Pro představu přikládám názorný příklad chirurga, který v průběhu operace nezpozoruje, že pacientovi praskla malá cévka, a když si toho později všimne, nelze již poškození pacienta zabránit. Chování chirurga je třeba srovnávat s chováním jiného řádného chirurga postupujícího lege artis. Pokud ani tento v dané situaci komplikace nerozpoznal, neporušil chirurg povinnou míru opatrnosti, a to ani v případě, kdy by si na základě svých nadprůměrných schopností a pozornosti mohl prasknutí cévky všimnout. Odpovědnost za nedbalost je tedy dána až spojením objektivního a subjektivního hlediska a tento závěr vyplývá i z judikatury Nejvyššího soudu¹⁰⁸.

5 Občanský zákoník a dříve vyslovená přání

Přijetím občanského zákoníku, který nabyl účinnosti 1. 1. 2014, se mění pojetí chápání soukromého práva, což významně zasahuje i do oblasti poskytování zdravotních služeb. V této kapitole se budu věnovat otázkám souvisejícím s institutem dříve vyslovených přání z pohledu občanského zákoníku. Jmenovitě se budu zabývat právní úpravou podpůrných opatření při narušení schopností zletilého právně jednat a dále právem na duševní a tělesnou integritu, konkrétně zásahem do integrity člověka.

V prvním případě je třeba vyjasnit, jaký je vztah klíčových předpisů, a to občanského zákoníku a zákona o zdravotních službách, který se, jak podrobněji rozeberu v části týkající ustanovení § 93 an. občanského zákoníku a § 34 až 36 zákona o zdravotních službách, v praxi v důsledku novelizací komplikuje a působí výkladový problém. Obecně je třeba na úpravu zakotvenou v občanském zákoníku při poskytování zdravotních služeb hledět jako na ustanovení všeobecná a podpůrná, která se uplatní v obecných záležitostech nebo tam, kde zákon o zdravotních službách vlastní úpravu neobsahuje. Nicméně vztah obou zákonů není interpretačně jednoduchý. Tuto nejasnost se snaží osvětlit důvodová zpráva k občanskému zákoníku, která k jejich vztahu uvádí:

¹⁰⁷ RŮŽIČKA, M. K některým otázkám trestní odpovědnosti ve zdravotnictví. *Zdravotnictví a právo*. Praha: Orac, 2010, č. 3, s. 10.

¹⁰⁸ Rozsudek Nejvyššího soudu ČR ze dne 27. 6. 2012, sp. zn. 5 Tdo 540/2012.

„Respektuje se, že otázky z tohoto okruhu upravují nebo mohou upravit zvláštní zákony, které mají před zde navrženou obecnou úpravou přednost.“¹⁰⁹ Tvůrci občanského zákoníku vycházeli při jeho tvorbě ze skutečnosti, že poskytování zdravotních služeb je již upraveno v zákoně o zdravotních službách a proto se občanský zákoník věnuje této problematice pouze okrajově. Tento přístup je potvrzen i faktem, že novelizace zákona o zdravotních službách v souvislosti s rekodifikací soukromého práva proběhla pouze z terminologického hlediska. Lze tedy shrnout, že zákon o zdravotních službách by měl mít aplikační přednost a občanský zákoník by se měl uplatnit subsidiárně tam, kde není příslušná problematika výslovně řešena právě zákonem o zdravotních službách (popř. jiným zákonem).

Občanský zákoník vychází z přirozenoprávního pojetí soukromého práva a je založen na zásadě autonomie vůle. S ohledem na tuto zásadu je kladen zvláštní důraz na člověka a jeho zájmy. Oproti minulé úpravě¹¹⁰ se občanský zákoník snaží ponechat co nejširší prostor rozhodnutí člověka, tomu, co z vlastní iniciativy projeví a uskuteční.

5.1 Podpůrná opatření při narušení schopnosti zletilého právně jednat

Občanský zákoník obsahuje v části první, hlavně druhé upravující právní postavení osob i druhý oddíl, který se v osmadvaceti paragrafech věnuje tzv. podpůrným opatřením při narušení schopnosti nezletilého právně jednat. Tato úprava, která naplňuje závazky plynoucí pro Českou republiku z mezinárodních smluv, zejména z článku 12 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením (dále jen Úmluva o právech zdravotně postižených osob)¹¹¹, zavádí čtyřstupňový systém od institutu předběžného prohlášení, přes nápomoc při rozhodování, zastoupení členem domácnosti až k omezení svéprávnosti.¹¹² Podle důvodové zprávy postihuje duševní porucha zdraví člověka v několika stupních a minulé právní úprava nezohledňovala rozdílnost jednotlivých situací.

¹⁰⁹ Důvodová zpráva k občanskému zákoníku, výklad k ustanovení § 91 až 103. Dostupné také z WWW: <http://obcanskyzakonik.justice.cz/fileadmin/Duvodova-zprava-NOZ-konsolidovana-verze.pdf>.

¹¹⁰ Česká republika. Zákon č. 40/1964 ze dne 26. února 1964, občanský zákoník. § 10. In Sbíрка zákonů, Česká republika. Částka 19.

¹¹¹ Vyhlášena pod č. 10/2010 Sb. m. s., ve znění opravy vyhlášené pod č. 44/2010 Sb. m. s.

¹¹² MUSILOVÁ, Š., Předběžná prohlášení a ochrana zranitelných osob v novém občanském zákoníku. *Ad Notam*, 2013. č. 5, s. 3. Dostupné z WWW: http://www.nkcr.cz/doc/adnotam/2013_5.pdf.

Nový občanský zákoník se tak od, dnes již neúčinné úpravy obsažené v občanském zákoníku z roku 1964, odklání, a to včetně principu naprostého zbavování způsobilosti k právním úkonům. Nově je možné pouze omezit fyzickou osobu na svéprávnosti.

Dále se občanský zákoník přiklání k principům podporovaného či asistovaného rozhodování, které vychází z předpokladu, že každá osoba je schopná se rozhodovat, může k tomu však potřebovat větší nebo menší míru podpory.¹¹³ Jedním z inspiračních zdrojů byla, kromě Rakouského občanského zákoníku a občanského zákoníku Quebecu, i Úmluva o biomedicině, konkrétně nám již známý článek 9.¹¹⁴ V následujícím textu se budu věnovat třem výše zmíněným institutům. Za prvé předběžným prohlášením, za druhé nápomoci při rozhodování a za třetí zastoupení členem domácnosti.

5.1.1 Předběžné prohlášení

Na prvním místě je v ustanoveních § 38 až 44 občanského zákoníku upraven institut předběžného prohlášení, které je preventivní povahy a umožňuje člověku závazně projevit svou vůli pro případ, že následně nebude moct spravovat vlastní záležitosti. Podle důvodové zprávy¹¹⁵ se úprava týká hlavně člověka, který se nachází v situaci, kdy u sebe pozoruje postupné rozvíjení a zhoršování duševní choroby (např. Alzheimerovu nemoc nebo demenci). Konkrétně je možné projevit vůli v těchto směrech, za prvé aby byly záležitosti člověka spravovány určitým způsobem, za druhé aby záležitosti člověka spravovala určitá osoba a za třetí aby se určitá osoba stala opatrovníkem člověka.¹¹⁶

Prohlášení musí být sepsáno buď formou veřejné listiny, nebo před dvěma svědky, kteří na prohlášení nemají osobní zájem, s uvedením data jako speciální náležitostí a opatřeno podpisem jednajícího i svědků. Právě vzhledem k závažnosti prohlášení jsou zákonem vyžadovány přísnější formální náležitosti.

¹¹³ LAVICKÝ, P. *Občanský zákoník: komentář*. 1. vyd. V Praze: C. H. Beck. 2014. s. 246. ISBN 978-80-7400-529-9.

¹¹⁴ Op. cit. LAVICKÝ, s. 219-220.

¹¹⁵ Důvodová zpráva k občanskému zákoníku, část vztahující se k § 38 až 44. Dostupné také z WWW: <http://obcanskyzakonik.justice.cz/fileadmin/Duvodova-zprava-NOZ-konsolidovana-verze.pdf>.

¹¹⁶ Op. cit. LAVICKÝ, s. 221.

5.1.2 Nápomoc při rozhodování

V ustanoveních § 45 až 49 občanského zákoníku nalezneme právní úpravu institutu nápomoci při rozhodování, který, jak jsem již dříve uvedla, vychází z pojetí tzv. podporovaného rozhodování, a proto v určitých situacích postačí, bude-li mít člověk stížený duševní poruchou, podpůrce, který bude jednat spolu s ním, aniž by musel být omezen na svéprávnosti. O nápomoci uzavírá podpůrce s podporovaným smlouvu, která vyžaduje ke své účinnosti schválení soudem. Obsahem smlouvy je závazek podporujícího, že bude se souhlasem podporovaného přítomen při jeho právních jednáních, že mu zajistí potřebné údaje a sdělení a že mu bude nápomocen radami. Podpůrce má mít pouze poradní funkci, neboť vždy rozhoduje přání a vůle podporované osoby, která se však může spolehnout na pomoc a radu.¹¹⁷ Podpůrce může podporovanému například poskytovat pomoc při rozhodování, zda podstoupit určitý lékařský zákrok.

5.1.3 Zastoupení členem domácnosti

Ustanovení § 49 až 54 občanského zákoníku upravují zastoupení zletilého, kterému duševní porucha brání samostatně právně jednat, jeho potomkem, předkem, sourozencem, manželem nebo partnerem, nebo osobou, která se zastoupeným žila před vznikem zastoupení alespoň po tři roky ve společné domácnosti. Odpověď na otázku, proč právě zastoupení členem domácnosti, je nutné hledat v pohledu preambule Úmluvy o právech zdravotně postižených osob na rodinu. „*Úmluva považuje rodinu za přirozenou a základní jednotku společnosti, jež má právo na ochranu ze strany společnosti a státu.*“¹¹⁸

Z dikce ustanovení § 49 občanského zákoníku vyplývá, že zástupcem podle toho ustanovení mohou být dva okruhy osob. Do prvního okruhu řadíme potomky, předky, sourozence, manžela a partnera. Do druhého okruhu pak patří osoba, která se zastoupeným žila před vznikem zastoupení ve společné domácnosti alespoň tři roky. Je sporné, zda osoby z prvního okruhu musí se zastoupeným vést společnou domácnost,

¹¹⁷ Op. cit. LAVICKÝ, s. 248.

¹¹⁸ Op. cit. LAVICKÝ, s. 257.

nicméně vzhledem k označení institutu jako „zastoupení členem domácnosti“ se nabízí výklad, podle něhož je k zastoupení nutné společné vedení domácnosti.

5.2 Zástupný souhlas

V této části nastíním zákonnou úpravu práva na duševní a tělesnou integritu, konkrétně se budu věnovat institutu zástupného souhlasu, jako ospravedlnění zásahu do tělesné (a duševní) integrity člověka a porovnáám jeho úpravu obsaženou v zákoně o zdravotních službách.

Občanský zákoník ve svém ustanovení § 91 zakotvuje přirozenoprávní zásadu nedotknutelnosti člověka, jejíž obsah, vyjadřující právo člověka na duševní a tělesnou integritu, se vztahuje především ke zdravotním aspektům života člověka, konkrétně k právu na život a zdraví.¹¹⁹ Právo člověka na zdraví je v našem právním řádu na úrovni zákona chráněno nejen občanským zákoníkem, ale i v zákoně o zdravotních službách. I Nejvyšší soud ve svém rozsudku sp. zn. 30 Cdo 535/2007, ze dne 8. září 2008, zdůrazňuje, že „*právo na ochranu zdraví je jedním z nejvýznamnějších práv týkajících se ochrany osobnosti*“ a nikdo tak nesmí zasáhnout do tělesné nebo duševní integrity jiného člověka bez jeho informovaného souhlasu.

Nově stanovená úprava práva na duševní a tělesnou integritu vychází z již zmíněného článku 5 Úmluvy o biomedicině a potvrzuje obecně uznávané pravidlo, podle kterého nesmí být nikdo nucen podstoupit lékařský zákrok, aniž by k tomu dal svůj výslovný informovaný souhlas.

Občanský zákoník rozlišuje u provádění zásahu do integrity člověka neschopného úsudku tři situace.

V prvním případě hovoří o zákrocích, které jsou k přímému prospěchu člověka. Tyto zákroky lze provést na základě zástupného informovaného souhlasu v souladu s ustanovením § 98 odst. 1 občanského zákoníku, který stanoví zvláštní úpravu zákonného zastoupení osoby, která není v rozhodující okamžik způsobilá udělit informovaný souhlas se zásahem do své integrity. Okruh osob, které jsou k udělení informovaného souhlasu povolány, tvoří zákonný zástupce, čímž je myšlen rodič

¹¹⁹ Op. cit. LAVICKÝ, s. 547.

nezletilého, popř. jeho poručník nebo pěstoun. V případě, že člověk nemá zákonného zástupce, může být informovaný souhlas udělen osobami v tomto pořadí: přítomný manžel, rodič anebo jiná osoba blízká. Nehrozí-li nebezpečí z prodlení a žádá z uvedených osob nepřichází v úvahu, může informovaný souhlas udělit manžel a není-li, pak přichází na řadu rodič, popřípadě jiná osoba blízká. Komplikovanou posloupnost osob zakončuje občanský zákoník možností, kterou je poskytnutí souhlasu jinou přítomnou osobou, jež o dotčenou osobu osvědčí mimořádný zájem. Ve druhém odstavci ustanovení § 98 občanského zákoníku je pak upraven institut dříve vyslovených známých přání, na něž má být brán zřetel při udělení souhlasu i při zákroku do tělesné integrity člověka. Jejich účelem je vyjavit zamýšlený rozsah přípustného zásahu do tělesné integrity člověka a posílit váhu vůle člověka. Podle okolností může být i součástí obsahu předběžného prohlášení podle § 38 občanského zákoníku zmíněného výše.

Druhá situace se vztahuje k podmínkám vymezeným v ustanovení § 99 občanského zákoníku, tedy je-li život člověka v náhlém a patrném nebezpečí, lze zákrok provést i bez souhlasu.¹²⁰

Třetí situací představují zákroky, které zanechávají trvalé, neodvratitelné a vážné následky nebo představují vážné nebezpečí pro život a zdraví. V souladu s ustanovením § 101 občanského zákoníku, lze tyto zákroky provést jen s přivolením soudu.

V souladu s tím, co jsem naznačila dříve, je úprava obsažená v občanském zákoníku úpravou obecnou, před níž má zvláštní úprava zákona o zdravotních službách aplikační přednost.

Zástupný souhlas není novinkou zavedenou až občanským zákoníkem. Český právní řád znal zástupný souhlas ještě před přijetím občanského zákoníku, jelikož ho upravuje jak článek 6 Úmluvy o biomedicíně, tak i zákon o zdravotních službách, který ve svém ustanovení § 34 odst. 7 říká: *„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 § 33 odst. 1, není-li takové osoby nebo není-li dosažitelná, manžela*

¹²⁰ Op. cit. LAVICKÝ, s. 573.

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.“

Osobou určenou pacientem podle ustanovení § 33 odst. 1 zákona o zdravotních službách, je myšlena osoba, kterou při přijetí do péče pacient určil, aby byla informována o jeho zdravotním stavu, popřípadě aby mohla nahlížet do jeho zdravotnické dokumentace nebo aby mohla vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb (ve smyslu § 34 odst. 7).

Občanský zákoník neomezuje důvody neschopnosti projevu vůle na rozdíl od zákona o zdravotních službách, který ve svém ustanovení § 34 odst. 7 uvádí jako důvod neschopnosti projevu vůle pouze zdravotní stav pacienta.

Vzhledem ke složitosti občanskoprávní úpravy lze vzít s povděkem, že je možno provádět zásahy do integrity člověka bez jeho souhlasu na základě zvláštní úpravy pro poskytování zdravotních služeb podle zákona o zdravotních službách. I když je úprava zástupného souhlasu v České republice relativně mladá, zahraniční právní řády jej rozpracovávají již delší dobu a rozeznávají několik forem. V USA je tento institut známý pod termínem *health care proxy*, v Anglii a ve Walesu jako *lasting power of attorney*.

6 Respektování/nerespektování dříve vyslovených přání a právní odpovědnost

V této části práce se budu věnovat důsledkům respektování, resp. nerespektování dříve vyslovených přání z pohledu možné právní odpovědnosti. Na příkladu jednoduchého dříve vysloveného přání, které spočívá v odmítnutí transfúze krve, budu postupně analyzovat jednotlivé situace z hlediska trestněprávní a občanskoprávní odpovědnosti.

Svědkové Jehovovi na základě svého hlubokého náboženského přesvědčení odmítají transfuzi krve a to i s vědomím všech rizik včetně jejich možné smrti. Svoji vůli projevují různým způsobem, např. i notářsky ověřenou listinou, tedy v souladu se

zákonem o zdravotních službách. Nastane-li situace, kdy je transfuze krve posledním život zachraňujícím úkonem, stojí zdravotnický pracovník před volbou, zda zachránit pacientovi život způsobem, který však předtím pacient, zcela v souladu s platnou právní úpravou, odmítl.

Pro účely této práce, předpokládejme, že se jedná o dospělého člověka. U dětí je situace jasnějším vzhledem k nálezu Ústavního soudu sp. zn. III. ÚS 459/03 ze dne 20. 8. 2004, ve kterém můžeme číst: „*Ochrana zdraví a života dítěte, je zcela relevantním a více než dostatečným důvodem pro zásah do rodičovských práv a omezení náboženské svobody, kdy jde o hodnotu, jejíž ochrana je v systému základních práv a svobod jednoznačně prioritní.*“

Uherek uvádí, že pacient odmítnutím transfuze realizuje právo na sebeurčení v oblasti péče o zdraví a právo na nedotknutelnost své osoby. Poskytne-li se mu, byť se záměrem zachránit jeho život, transfuze bez jeho souhlasu, dojde jednak k narušení náboženské víry pacienta a především narušení jeho tělesné integrity.¹²¹

Jaké důsledky nastanou pro lékaře? Co se stane, pokud by lékař nerespektoval přání pacienta a zákrok v podobě odmítané transfuze by provedl? (nebo např. resuscituje i přes výslovný pokyn DNR). Podle Šustka se lékař, který by krevní transfúzi aplikoval i přes výslovné přání zakazující její provedení, vystavuje menšímu riziku než ten, kdo projev vůle respektuje a pacienta nechá zemřít.¹²² Přeživší pacient po probuzení zjistí, že mu byla zákrokem narušena jeho tělesná integrita. Můžeme v těchto případech dovozovat právní odpovědnost lékaře (resp. zdravotnického zařízení)?

6.1 Trestněprávní odpovědnost

Jak jsem již uvedla v kapitole týkající se trestní odpovědnosti, trestným činem je protiprávní čin, jež trestní zákon označuje za trestný a který vykazuje znaky uvedené v takovém zákoně.

¹²¹ UHEREK, P., Vzájemný konflikt lidských práv v kontextu některých případů vznikajících při poskytování zdravotní péče. *Zdravotnické fórum*. Praha: Wolters Kluwer. 2013, č. 1, s. 11-12.

¹²² ŠUSTEK, P., Právní postavení a možnosti lékaře při odmítání transfúze krve příslušníkem Náboženské společnosti Svědkové Jehovovi. *Zdravotnictví a právo*. Praha: Orac. 2005, č. 5, s. 25-27.

V situaci nastíněné výše, kdy lékař nerespektuje dříve vyslovené přání, by v úvahu mohl připadat trestný čin ublížení na zdraví¹²³, nicméně jen stěží můžeme hovořit o naplnění znaků zakládajících odpovědnost, když nedošlo k porušení objektu trestného činu, v tomto konkrétním případě k porušení lidského zdraví. Aktuální platná úprava ve zvláštní části trestního zákoníku neobsahuje skutkovou podstatu, kterou by mohl za běžných okolností naplnit zdravotnický pracovník bez dalšího pouze tím, že nerespektuje dříve vyslovené přání.

V opačné situaci, kdy lékař respektuje dříve vyslovené přání a neprovede krevní transfúzi, může být jeho jednání kvalifikováno jako naplnění skutkové podstaty za trestného činu usmrcení z nedbalosti nebo neposkytnutí pomoci. Hovoříme-li o trestném činu usmrcení z nedbalosti, je nutné dodat, že nedbalost by zřejmě spočívala v neodůvodněném spoléhání lékaře na validitu pacientova dříve vysloveného přání. Trestného činu neposkytnutí pomoci se pachatel (lékař) dopustí tím, že osobě, která je 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.¹²⁴ Povinnost konat plynoucí z povahy zaměstnání podle citovaného ustanovení musíme odlišovat od povinnosti konat ve smyslu ustanovení § 112 trestního zákoníku. První kategorie se totiž zcela nekryje s druhou, neboť zvláštní povinnost může vyplývat i z jiného důvodu než ze zaměstnání a naopak se může vyskytovat povinnost odůvodněná povahou zaměstnání, která není zvláštní povinností. Narážím na povinnost zdravotnických pracovníků poskytovat neprodleně odbornou první pomoc každému, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen život nebo vážně ohroženo zdraví ve smyslu ustanovení § 49 odst. 1 písm. b) zákona o zdravotních službách.

O trestný čin neposkytnutí pomoci však nepůjde vždy. Zajímavým judikátem reprezentujícím stanovisko k problematice trestní odpovědnosti omisivních trestných činů, mezi něž neposkytnutí pomoci spadá, je rozhodnutí Nejvyššího soudu ze dne 18. 9. 1997, publikované ve sbírce jako Rt 37/98. Rozhodnutí bylo opatřeno touto právní větou: *„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. v úvahu*

¹²³ § 146 trestního zákoníku (v souvislosti s § 122 odst. 1 trestního zákoníku).

¹²⁴ § 150 odst. 2 trestního zákoníku

*pouze tehdy, jestliže z jeho opomenutí (§ 89 odst. 2 tr. zák.) 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.*¹²⁵ Lze uzavřít, že ustanovení § 150 trestního zákoníku, o neposkytnutí pomoci, je k uvedeným poruchovým trestným činům subsidiární.

Nyní si představme trochu odlišnou situaci, ve které pacient odmítá lékařem indikované léčebné úkony, tedy odmítá poskytnout souhlas se zákrokem, který je k jeho provedení zapotřebí. Právní řád proti sobě staví dva principy, za prvé autonomii pacienta v oblasti práva na tělesnou integritu a její nedotknutelnost, resp. právo pacienta odmítnout zdravotní péči a za druhé povinnost lékaře poskytnout potřebnou první pomoc ve smyslu ustanovení § 49 odst. 1 písm. b) zákona o zdravotních službách. Císařová dovozuje, že v tomto případě nemůže být uvalena trestní odpovědnost za neposkytnutí pomoci, když odkazuje na slavný náleží ústavního soudu, který zdůrazňuje princip stavící svobodu rozhodování pacienta nad ochranu jeho života a zdraví - *právo nebýt léčen je silnější než povinnost léčit. Diagnóza není víc než právo.*¹²⁶

Z toho vyplývá, že trestní odpovědnost zdravotnických pracovníků může být v jistých případech paradoxně závislá pouze na tom, ve kterém momentě se pacient dovolá svého práva nebýt léčen. Na druhou stranu však tento rozdíl v čase může být z hlediska rozhodování pacienta zásadní, jak jsme viděli v kapitole 2.5 (Kritický pohled na dříve vyslovená přání).

6.2 Občanskoprávní odpovědnost

V občanskoprávní rovině se lékař nerespektující platné dříve vyslovené přání může dopustit zásahu do práv na ochranu osobnosti anebo způsobení škody (resp. nemajetkové újmy).

Občanský zákoník upravuje v ustanovení § 98 odst. 2 institut dříve vyslovených známých přání, na něž má být brán zřetel při udělení souhlasu i při zákroku do tělesné integrity člověka. Jelikož se však souhlasné provádění zásahů do tělesné a duševní

¹²⁵ Upozorňuji, že i když právní věta odkazuje na trestní zákoník z roku 1961, znění skutkových podstat odpovídá nové úpravě.

¹²⁶ Nález Ústavního soudu sp. zn. IV. ÚS 639/2000, ze dne 18. 5. 2001.

integrity člověka v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb odehrává v rámci zdravotních předpisů (§ 36 zákona o zdravotních službách), uplatní se citované ustanovení pouze výjimečně v situacích nesouvisejících s poskytováním zdravotních služeb.

Podle ustanovení § 82 občanského zákoníku lze za zásah do osobnostních práv požadovat, aby bylo od dotyčného zásahu upuštěno nebo aby byly odstraněny jeho následky. Upuštění od zásahu, který již pominul, není pochopitelně možné, nicméně druhou jmenovanou možností může být zákrok teoreticky napraven. K jaké škodě mohlo dojít tím, že někdo přežil, ačkoli podle své představy neměl žít? Může být pokračování života člověka na úkor jeho majetku? Uvažovat o vzniku škody bude v případě nerespektování dříve vysloveného přání obtížné. Co do množiny možných nároků, které lze uplatňovat v rámci kompenzace újmy, hovoří občanský zákoník o přiměřeném zadostiučinění, přičemž v drtivé většině bude v případě pacienta, který kvůli nerespektování dříve vysloveného přání přežil, přicházet v úvahu pouze omluva. Pokud omluva či obdobné zadostiučinění není vzhledem k intenzitě újmy dostačující, je možné dále požadovat zaplacení zadostiučinění v penězích ve smyslu ustanovení § 2956 občanského zákoníku.

7 Právní úprava dříve vyslovených přání v Anglii a Walesu

7.1 Kořeny právní úpravy dříve vyslovených přání

Ještě než se budeme plně věnovat britské úpravě institutu dříve vysloveného přání, nesmíme opomenout ani stručný náhled na úpravu americkou, neboť to byl právě americký právník a jeden ze zakladatelů organizace Amnesty International Luis Kutner, který v roce 1969 poprvé použil termín *living will*, a to ve svém článku v *Indiana Law Journal*. Institut *advance directives* je právní teorií chápán jako pojem nadřazený a pojmy *living will* nebo *health care proxy* (zmocněnec pro rozhodování o zdravotní péči) jako dvě z jeho možných forem. Kutner chtěl pomocí *living will* změnit praxi, kdy se činy lidí, kteří zabili ze soucitu, posuzovaly stejně jako případy úmyslných vražd¹²⁷,

¹²⁷ KUTNER, L., Due Process of Euthanasia: The Living Will, A Proposal, *Indiana Law Journal*, roč. 44, č. 4, 1969, s. 549. Dostupné také z WWW: <http://www.repository.law.indiana.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2525&context=ilj>.

umožnit pacientům legálně zemřít na přání¹²⁸ a umožnit pacientům vyjádřit své právo zemřít i pro situaci, kdy už nebudou způsobilí poskytnout souhlas¹²⁹. Své řešení založil na předpokladu, že dospělý pacient, způsobilý vyjádřit souhlas a nacházející se v terminálním stadiu, má právo léčbu odmítnout. Kalifornie byla přijetím Natural death Act v roce 1976 prvním americkým státem, ve kterém *living will* získaly právní podporu. Do roku 1990 přijalo podobný zákon další 37 amerických států.¹³⁰ Základním východiskem pro problematiku dříve vyslovených přání v USA je Patient Self Determination Act z roku 1991. Na federální úrovni stanoví povinnost zdravotnických zařízení zjišťovat, zda pacienti mají či si přejí mít sjednána dříve vyslovená přání. Vzhledem k tomu, že USA je kolébkou *advance directives*, není překvapující, že zde existují státní registry těchto pokynů.¹³¹

Anglická právní úprava dříve vyslovených přání je v porovnání s USA zdrženlivější a konzervativnější, navíc odlišnost je patrná i z terminologického hlediska. Současná právní úprava v Anglii a Walesu je zakotvena v Mental Capacity Act, zákona přijatého v roce 2005 a účinného od roku 2007, který rozlišuje institut *advance decision*, jako dříve vysloveného přání, a institut *lasting power of attorney*, jako zástupce či zmocněnce pro rozhodování v otázkách zdravotní péče.¹³²

7.2 Mental Capacity Act 2005

7.2.1 Advance decisions

V této kapitole detailně rozeberu institut *advance decision*, jeho definici, otázku způsobilosti k jeho provedení, jeho platnost, a konečně i judikaturu, která se k němu vztahuje.

I přesto, že byl před sedmi lety uzákoněn v Mental Capacity Act, není institut *advance decision* pro anglické právo zcela novým konceptem. Ostatně existující

¹²⁸ Op. cit. KUTNER, s. 543.

¹²⁹ Op. cit. KUTNER, s. 550.

¹³⁰ HEŘMANOVÁ, J., ŠIMEK, J., Dříve vyslovená přání (*advance directives*) v USA. *Praktický lékař*. 2009, č. 10, s. 552 - 553.

¹³¹ Např. např. Washington State Living Will Registry, Nevada Libiny Will Lockbox, Vermont Advance Directive Registry.

¹³² PETERKOVÁ, H., Mezinárodní komparatistika a úvahy *de lege ferenda*. In CÍSAŘOVÁ, D. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010, s. 47, ISBN 978-808-7146-316.

judikatura je tomu důkazem.¹³³ V případě *HE v A Hospital NHS Trust*¹³⁴ bylo soudcem Munbym judikováno, že důkazní břemeno spočívá na těch, kteří se snaží prokázat existenci a platnost *advance decision* a že tam, kde je v sázce život, musí být důkazy kontrolovány se zvláštní péčí. Takto pacienti mnohdy čelili nesnadnému úkolu, jelikož tyto překážky sloužily k omezení právní ochrany pacientova rozhodnutí o jeho budoucím nezpůsobilém já.¹³⁵

Zákonnou úpravu *advance decision* nalezneme v ustanoveních 24 a 25 Mental Capacity Act. S jeho pomocí je osoba, starší 18 let a způsobilá podle zákona¹³⁶, oprávněna učinit rozhodnutí o své určité léčbě indikované v budoucnosti, pokud nastanou jí předpokládané konkrétní okolnosti a ona již nebude schopná se k léčbě z důvodu své nezpůsobilosti vyjádřit.¹³⁷ Specifikace okolností a odmítnuté léčby může být popsána i slovy laika¹³⁸. V této souvislosti je třeba zdůraznit, že pomocí *advance decision* můžeme léčbu pouze odmítnout, nikoliv si vyžádat specifickou léčbu, kterou lékař posoudí jako nepotřebnou nebo nevhodnou, a to ať už aktuálně nebo do budoucna. Zákon nepředkládá žádný vzorový formulář, protože obsah se bude vždy lišit, podle situace a přání pacienta. Jako vodítko co všechno by mělo *advance decision* obsahovat nám může posloužit pasáž 9.10 až 9.28 Code of Practice.¹³⁹ *Advance decision* může být odvoláno nebo nahrazeno je-li k tomu pacient způsobilý¹⁴⁰, a ani odvolání ani nahrazení nemusí být písemné (ledaže se jedná o nahrazení, jehož důsledkem bude odmítnutí život zachraňující léčby).¹⁴¹ Vyvažovacím prvkem je ustanovení 25 Mental Capacity Act, které obsahuje řadu ochranných opatření umožňující tzv. „*override*“ *advance decision* pokud je shledáno neplatným nebo neaplikovatelným. Tato situace nastane, pokud dojde k jeho odvolání (za předpokladu, že se jedná o způsobilého pacienta)¹⁴² nebo v případě, že z pacientova nekonzistentního chování je patrné, že se již neshoduje s jeho

¹³³ [2001] 1 FLR 129; [1994] 1 WLR 290; [1990] 2 AC 1; [2002] EWHC 429 (Fam).

¹³⁴ [2003] 2 FLR 408.

¹³⁵ Jsou případy, ve kterých, soud zrušil platné *advance decision*. Např. *W Healthcare NHS Trust v H* [2004] EWCA Civ 1324 nebo [2005] 1 WLR 834.

¹³⁶ ust. 3 Mental Capacity Act

¹³⁷ ust. 24 (1) Mental Capacity Act

¹³⁸ ust. 24 (2) Mental Capacity Act

¹³⁹ např. jméno, adresa, datum sepsání, specifikace léčby a okolnosti, za který má být aplikována

¹⁴⁰ ust. 24 (3) Mental Capacity Act

¹⁴¹ ust. 24 (4) a (5) Mental Capacity Act

¹⁴² ust. 25 (2) (a) Mental Capacity Act

dřívějším rozhodnutím.¹⁴³ Stejně tak v situaci, kdy bude pacient způsobilý poskytnout aktuální souhlas či nesouhlas s léčbou, nebude *advance decision* aplikováno.¹⁴⁴ Důvody k prohlášení *advance decision* za nepoužitelné pro konkrétní léčbu jsou rozsáhlé a zahrnují situace, kdy za prvé posuzovaná léčba není tou popsanou v *advance decision*¹⁴⁵, za druhé chybí některá okolnost tam uvedená¹⁴⁶ a za třetí nesmí existovat důvodné pochybnosti o tom, že osoba své rozhodnutí přehodnotila.¹⁴⁷ V návaznosti na to, existují další náležitosti, které musí být splněny, pokud se *advance decision* týká odmítnutí život zachraňující léčby. Rozhodnutí musí být písemné, musí být učiněno před svědkem a následně i tímto svědkem podepsáno.¹⁴⁸

7.2.2 Lasting power attorney

Druhou formou *dříve vysloveného přání* je *lasting power of attorney*¹⁴⁹. Jednoduše řečeno se jedná o institut, jehož pomocí si osoba určí zástupce, který za ni bude rozhodovat v otázkách týkajících se lékařské péče, zahrnující i odmítnutí život zachraňující léčbu. Na rozdíl od *advance decision* je v praxi používán méně.

7.3 Soudní rozhodnutí

Angloamerické právo je specifické svým založením na *common law*, na právu tvořeném nejen normativními právními akty, ale i soudními rozhodnutími. Přijetím Mental Capacity Act došlo k *uhlazení*¹⁵⁰ *common law*. Ostatně vláda původně nezamýšlela zanést úpravu *advance decision* do zákonné formy a navrhovala, aby se pokračovalo a rozhodovalo právě v režimu *common law*. V následujících řádcích popíšu tři soudní rozhodnutí vztahujících se k institutu *advance decision*.

(2002) EWHC 429

V březnu 2002 rozhodl londýnský Vrchní soud (jeho rodinná divize) případ paní B, čtyřiačtyřicetileté ženy, která si přála odpojení od umělé plicní ventilace s vědomím, že toto jednání povede k její smrti. Paní B ve svých 41 letech utrpěla krvácení do krční

¹⁴³ ust. 25 (2) (c) Mental Capacity Act

¹⁴⁴ ust. 25 (3) Mental Capacity Act

¹⁴⁵ ust. 25 (4) (a) Mental Capacity Act

¹⁴⁶ ust. 25 (4) (b) Mental Capacity Act

¹⁴⁷ ust. 25 (4) (c) Mental Capacity Act

¹⁴⁸ ust. 25 (5), (6) (a)-(d) Mental Capacity Act

¹⁴⁹ ust. 9 až 23 Mental Capacity Act

¹⁵⁰ [2012] 1 WLR 1653, odstavec 85.

páteře nicméně později, když se její stav zlepšil, sepsala *living will*, ve kterém vytyčila své přání, aby v případě, že se bude nacházet v život ohrožujících podmínkách, permanentní zhoršení duševního stavu nebo permanentním bezvědomím, došlo k tzv. *withdraw treatment*, tedy zastavení léčby. Po dvou letech, když se příznaky vrátily, se paní B stala kvadruplegikem, mohla sice hýbat hlavou a artikulovat slova, ale stala se závislou na mechanické plicní ventilaci. Na základě *living will* si přála ventilátor vypnout, ale její žádost byla zamítnuta.

Soud v úvodu svého rozhodnutí zdůraznil, že nebude rozhodovat o tom, jestli má nebo nemá paní B žít, ale jestli je plně způsobilá učinit rozhodnutí o souhlasu resp. odmítnutí léčby.

„Je paní B plně způsobilá k rozhodnutí týkající se souhlasu nebo odmítnutí léčby, za předpokladu, že odmítnutí téměř nevyhnutelně povede k její smrti? Pokud ano, pak paní B. požadovala soudní prohlášení, že došlo k nezákonné léčbě ze strany nemocnice. Pokud ano, pak paní B. rovněž požadovala peněžní odškodnění za tzv. tort of trespass to the person, čili bychom mohli říct za újmu na osobnosti.“¹⁵¹

Soud se postupně zabýval principem autonomie a principem posvátnosti života, když shrnul nejdůležitější judikaturu týkající se duševní způsobilosti. Mimo jiné uvedl, že duševně způsobilý pacient má absolutní právo odmítnout souhlas s léčbou z jakéhokoliv důvodu, ať už racionálního nebo iracionálního, nebo i bez žádného důvodu, i když toto rozhodnutí může vést k jeho vlastní smrti.¹⁵² K posvátnosti života soud citoval část rozhodnutí Bland¹⁵³: *„...princip posvátnosti života, který je zájmem státu a soudnictví jako jeden z jeho pilířů. není absolutní. Nenutí lékaře pod hrozbou trestních sankcí léčit pacienta, který by jinak zemřel, navzdory dříve vyslovenému přání.“¹⁵⁴*

Poté, co soud rozhodl o tom, že paní B je skutečně způsobilá, judikoval dále, že pokračující léčba navzdory jejímu zřejmému ohrazení se proti ní, představovala protiprávní čin a uložil povinnost k náhradě škody v hodnotě 100 liber. O měsíc

¹⁵¹ [2002] EWHC 429 (Fam), odstavec 13.

¹⁵² [2002] EWHC 429 (Fam), odstavec 20.

¹⁵³ [1993] 1 AER 821.

¹⁵⁴ [2002] EWHC 429 (Fam), odstavec 22.

později, když byl její ventilátor vypnut, zemřela pokojně ve spánku. Zajímavou shodou náhod je, že ten samý den oznámil Evropský soud pro lidská práva své rozhodnutí ve výše zmíněném případě paní Pretty.

Naskýtá se nám pohled na absurdní situaci, kde jedna z paralyzovaných žen si může vybrat, kdy umře, protože je ve stavu, ve kterém k přežití potřebuje lékařskou léčbu, druhá, ta která žádnou takovou léčbu nepotřebuje a tedy odepření takové léčby by nevedlo k její smrti, tuto možnost nemá. Je morálně rozdílné, že v prvním případě stačí k ukončení života, aby lékař vypnul ventilátor, kdežto v druhém musí paní Pretty dostat látku od svého manžela? Ve věci paní Pretty soud argumentoval, že v případě, že by byly asistované sebevraždy legální, hrozí jejich zneužití ze strany příbuzných zranitelných lidí. To je zřejmě možné, nicméně stejný argument můžeme použít i ve vztahu k odmítnutí léčby. Oba případy se zdají velmi podobné, a tyto podobnosti jsou z etického hlediska mnohem významnější než rozdíly mezi nimi.¹⁵⁵

[2003] 2 FLR 408

Podmínky platnosti *advance decision* požadované Mental Capacity Act jsem popsala v úvodu této kapitoly, nicméně další případ, opět řešený londýnským Vrchním soudem, je ukázkovým příkladem pro podmínky požadované v ustanoveních 25(2)(c) a 25(4)(c). Stručně řečeno v prvním ustanovení se jedná o nekonzistentní chování, z něhož je patrné, že se již neshoduje s rozhodnutím vyjádřeným v *advance decision* a podle druhého nesmí existovat důvodné pochybnosti o tom, že osoba své rozhodnutí přehodnotila. Právě aplikace těchto dvou podmínek na konkrétní případy dnes představuje nejširší prostor pro úvahu lékařů i soudu ohledně platnosti *advance decision*.¹⁵⁶ Případ paní AE je zajímavý i proto, že byl rozhodnut předtím, než Mental Capacity Act nabyl účinnosti a vytyčil tak principy, které byly následně do zákona zapracovány.

Pacientkou je čtyřadvacetiletá žena, vychovávaná jako muslimka, která po rozvodu svých rodičů následovala novou víru své matky a stala se příslušnicí Svědků

¹⁵⁵ SINGER, P., Ms B and Diane Pretty: a commentary, *Journal of Medical Ethics*, roč. 28, č. 4, 2002. Dostupné také z WWW: <http://jme.bmj.com/content/28/4/234.full>.

¹⁵⁶ HERRING, J., *Medical law*, 1. vyd. New York: Oxford University Press, 2011, s. 83, ISBN 01-995-9253-5.

Jehovových. V únoru 2001 podepsala *advance decision*, ve kterém, v souladu s náboženstvím odmítla transfúzi krve. V květnu 2003 ležela na jednotce intenzivní péče a hrozilo nebezpečí, že bez transfuze krve zemře. Její otec ve vyjádření adresovaném soudu uvádí několik důvodů, proč nelze *advance decision* považovat za platné. Za prvé uvádí, že se jeho dcera zasnoubila s muslimem a že tedy v budoucnu přijme jeho víru, dále skutečnost, že od ledna již nenavštěvuje schůzky Svědků Jehovových, kterých se dříve pravidelně účastnila a za další, že před svým odjezdem do nemocnice řekla svému bratrovi, že nechce zemřít.

Soud, stejně jako v předchozím případě, zopakoval myšlenku, že duševně způsobilý pacient má absolutní právo odmítnout souhlas s léčbou z jakéhokoliv důvodu, ať už racionálního nebo iracionálního, nebo i bez žádného důvodu, i když toto rozhodnutí může vést k jeho vlastní smrti. Dále soud shrnul, že jelikož pro platnost i pozdější odvolání *advance decision* nejsou žádná formální pravidla, může být vyjádřené jak písmem, tak i slovy. Soud zdůraznil, že podstatou *advance decision* je jeho odvolatelnost a opak by byl v rozporu s veřejným pořádkem a tedy nicotný. Podle soudu leží důkazní břemeno na těch, kteří se snaží prokázat, že trvalou platnost *advance decision*. V případě pochybnosti se postupuje tak, aby došlo k zachování života.¹⁵⁷ Na základě výše uvedeného není překvapením, že soud prohlásil *advance decision* za neplatné.

[2012] EWHC 885 (COP)

V případě pana D, pětapadesátiletého muže nacházejícího se v permanentním vegetativním stavu, požadovala nemocnice prohlášení, kterým soud označí nepokračování v aktivní léčbě, zahrnující i umělou výživu a hydrataci, za jednání v souladu s právem a v pacientově nejlepším zájmu. Pan D věděl, že ho čeká komplikovaná operace, a proto po poradě se svojí rodinou a přáteli sepsal dopis, kterým odmítl jakoukoliv invazivní léčbu, za předpokladu, že by mu poskytla pouze prodloužení života s žádnou možností uzdravení. Ve stejném duchu odmítl i možnou resuscitaci. Soud v krátkém odůvodnění podotkl, že zmíněný dopis neodpovídá požadavkům stanovených Mental Capacity Act, nicméně vzhledem ke kvalitě důkazů, ať už výpovědi lékařů, rodiny i přátel a nakonec i (právně nezávazného) dopisu

¹⁵⁷ [2003] EHC 1017 (Fam), odstavec 46

vyjadřujícího přání pana D, rozhodl soud ve prospěch nejlepšího zájmu pacienta a vyhověl požadavku nemocnice.

Závěr

Tato diplomová práce se věnuje aktuálním problémům trestní odpovědnosti zdravotnického pracovníka v souvislosti s dříve vyslovenými přáními. Cílem práce bylo zanalyzovat úpravu dříve vyslovených přání, relativně čerstvě zakotveného institutu českého právního řádu, a jeho problematiku rysy, zejména problematiku trestní odpovědnosti.

V úvodu jsem se zabývala jednotlivými právy pacienta, jejichž právní úprava slouží jako základní východiska celé práce. Na pomoc jsem si vzala i judikaturu Evropského soudu pro lidská práva.

V druhé kapitole jsem podrobně popsala institut dříve vyslovených přání. Porovnála jsem úpravu podle Úmluvy o biomedicině a podle zákona o zdravotních službách. Na rozdíl od zahraničních úprav, například právní úpravy Anglie a Walesu, které je věnována poslední kapitola a kde je problematice dříve vyslovených přání věnován celý zákon, je česká úprava obsažená v zákoně o zdravotních službách velmi stručná, jelikož jí zákonodárce věnoval pouze jeden paragraf. V důsledku toho se stručná právní úprava nezabývá mnoha problematickými otázkami. S ohledem na svá zjištění, do budoucna navrhuji zřízení registru dříve vyslovených přání, jelikož pacient může své pokyny udělit v jedné nemocnici, nicméně pak z různých důvodů může být hospitalizován v nemocnici jiné.

Ve třetí kapitole jsem se stručně věnovala jednotlivým druhům právní odpovědnosti, abych se v další, čtvrté, kapitole mohla plně věnovat odpovědnosti trestní a ukázat její roli jako nejzazšího prostředku, kterým stát disponuje k ochraně vymezených zájmů. Upozornila jsem na trend, kdy vzhledem k jednoduchosti podání trestního oznámení, dochází k zahajování trestního stíhání lékařů, přičemž právní prostředky pro nezahajování trestního stíhání lékařů zřejmě existují a to zejména v podobě využití zásady subsidiarity trestní represe a ultima ratio.

Institut dříve vyslovených přání upravený zákonem o zdravotních službách není v českém právním řádu osamocen. Příbuzné instituty upravuje zejména občanský

zákoník. Vedle jejich charakteristiky jsem se v páté kapitole zaměřila zejména na vztah zmíněných zákonů.

Shrneme-li poznatky z předchozích kapitol, můžeme v případě, že lékař respektuje resp. nerepektuje dříve vyslovené přání, dovozovat jeho trestněprávní nebo občanskoprávní odpovědnost. V případě, že se lékař dříve vysloveným přáním bude řídit, bere na sebe riziko trestního stíhání pro ohrožovací trestný čin neposkytnutí pomoci, v horším případě usmrcení z nedbalosti či jiný poruchový trestný čin. V opačném případě se lékař ignorující dříve vyslovené přání trestnímu stíhání zřejmě vyhne. Z pohledu občanskoprávní odpovědnosti se lékař nerepektující dříve vyslovené přání může dopustit zásahu do práv na ochranu osobnosti anebo způsobení škody. Nicméně i přes tento poznatek si myslím, že lékař, který dříve vyslovené přání pacienta nerepektuje, se vystavuje menšímu riziku, než ten který se řídil jeho projevem vůle a pacienta nechal zemřít.

Cenné poznatky přinášejí exkurze do anglosaského práva konkrétně, anglického a velšského, a to zejména proto, že na rozdíl od českého právního řádu disponují bohatou judikaturou, která je pro porozumění tématu názornou pomůckou.

V úvodu jsem si položila otázku, jaký má být vztah mezi lékařem a pacientem, aby měl pacient co největší jistotu, že v případě kdy nebude schopen o sobě rozhodovat, se o něj bude pečovat tak, jak si přeje. Chceme-li opravdu překonat koncept paternalismu ve zdravotnictví, musí být pacient opravdovým partnerem v dialogu. I za cenu, že někdy nebude pochopen. Pokud lékaři nebudou brát ohled na dříve vyslovená přání pacientů, popírají tím nejen jejich autonomii, ale i samotný účel dříve vyslovených přání. Dříve vyslovená přání tak v určitém směru redefinovala vztah mezi lékařem a pacientem.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Knižní zdroje

BUBELOVÁ, Kamila, FRÝDEK, Miloslav. *Polemiky a spory v právní vědě*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, ISBN: 978-80-244-2665-5.

CÍSAŘOVÁ, D. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010, ISBN 978-808-7146-316.

CÍSAŘOVÁ, D., SOVOVÁ, O. *Trestní právo a zdravotnictví*. 2., upr. a rozš. vyd. Praha: Orac, 2004, ISBN 80-861-9975-4.

FAIX, Martin et al. *Mezinárodně právní aspekty ochrany lidských práv*, Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2013, ISBN 978-80-87146-97-2.

JELÍNEK, J. a kol. *Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část*. 4. vyd. Praha: Leges, 2014, ISBN 978-80-7502-044-4.

LAVICKÝ, P. *Občanský zákoník: komentář*. 1. vyd. V Praze: C. H. Beck, 2014, ISBN 978-80-7400-529-9.

MACH, J. *Medicína a právo*. Vyd. 1. Praha: C.H. Beck, 2006, ISBN 80-717-9810-X.

PTÁČEK, Radek, BARTŮŇEK, Petr. *Eutanazie - pro a proti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, ISBN 978-80-247-4659-3.

SOLNAŘ, V., FENYK, J., CÍSAŘOVÁ, D. *Systém českého trestního práva: základy trestní odpovědnosti*. Praha: Novatrix. 2009, ISBN 80-861-9974-6.

SOVOVÁ, O. *Zdravotnická praxe a právo: praktická příručka*. Vyd. 1. Praha: Leges, 2011, ISBN 978-808-7212-721.

STOLÍNOVÁ, J., MACH, J. *Právní odpovědnost v medicíně*. 2., dop. a přepracované vyd. Praha: Galén, 2010, ISBN 978-807-2626-861.

ŠÁMAL, P. a kol. *Trestní zákoník*, 2. vydání, Praha: C.H.Beck, 2012, ISBN 978-80-7400-428-5.

TĚŠINOVÁ, J., ŽDÁREK, R., POLICAR, R. *Medicínské právo*. 1. vyd. Praha: C.H.Beck, 2011, ISBN 978-807-4000-508.

Zahraniční literatura

BEAUCHAMP, Tom L, CHILDRESS, James F. *Principles of biomedical ethics*. 6th ed. New York: Oxford University Press, 2009, ISBN 01-953-3570-8.

DWORKIN, R. *Life's dominion: an argument about abortion, euthanasia, and individual freedom*. 1st Vintage Books ed. New York: Vintage Books, 1994, ISBN 0-679-73319-1.

GOODMAN, Kenneth W. *The case of Terri Schiavo: ethics, politics, and death in the 21st century*. New York: Oxford University Press, 2010, ISBN 01-953-9908-0.

HERRING, J., *Medical law*, 1. vyd. New York: Oxford University Press, 2011, ISBN 01-995-9253-5.

SCHALLER, Barry R. *Understanding bioethics and the law: the promises and perils of the brave new world of biotechnology*. Westport, Conn.: Praeger, 2008, ISBN 02-759-9918-1.

Odborné články

CANDIGLIOTA, Z. Proč je třeba respektovat dříve vyslovené přání pacienta, *Zdravotnictví a právo*, Praha: Orac, 2010.

CIBULKA, K. O některých otázkách trestního postihu ve zdravotnictví. *Trestněprávní revue*. 2010, roč. 9, č. 3.

DOLEŽAL, T., DOLEŽAL, A.: Otázky úpravy právní odpovědnosti zdravotnických pracovníků - několik úvah k aktuálním tématům. *Právní rozhledy*. C. H. Beck: Praha, 2010, č. 12.

DOSTÁL, O. Odpovědnost a kvalita ve zdravotnictví. *Medical Tribune*. Praha: Medical Tribune CZ. 2007, č. 12.

DOSTÁL, O. Právní odpovědnost, práva pacientů a kvalita ve zdravotnictví. *Zdravotnictví a právo*. Praha: Orac, 2007, č. 5.

HEŘMANOVÁ, J., ŠIMEK, J. Dříve vyslovená přání aneb o lidské svobodě a důstojnosti. *Praktický lékař*. 2009, č. 9.

HEŘMANOVÁ, J., ŠIMEK, J., Dříve vyslovená přání (advance directives) v USA. *Praktický lékař*. 2009, č. 10.

KŘEPELKA, F. Evropský standard lidských práv a zdravotnictví. *Zdravotnictví a právo*. Praha: Orac, 2002, č. 7-8.

ONDRUŠKA, M. Nové zákony ve zdravotnictví aneb první úvahy nad možnými problémy zákona č. 272/2011 Sb. *Zdravotnické fórum*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012, č. 7.

PETERKOVÁ, H. Pokyny Do Not Resuscitate a problematika neposkytnutí pomoci, *Trestní právo*, Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010, č. 9.

PETERKOVÁ, H. Dříve vyslovená přání - komparace z pohledu německé a španělské právní úpravy. *Zdravotnictví a právo*. Praha: Orac. 2010, č. 4.

PETERKOVÁ, H. Europeizace zdravotnického práva - vliv Rady Evropy a EU na harmonizaci národních úprav jednotlivých členských států. *Právo v evropské perspektíve*. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2011.

PRUDIL, L. Dříve vyslovená přání – respektovat či nerespektovat? *Zdravotnické právo v praxi*, 2003, č. 2.

RŮŽIČKA, M. K některým otázkám trestní odpovědnosti ve zdravotnictví. *Zdravotnictví a právo*. Praha: Orac. 2010, č. 3.

SVOBODA, P. Informovaný souhlas pacienta při lékařských zákrocích (teoretická východiska, Úmluva o biomedicině), *Zdravotnictví a právo*, Praha: Orac, 2005, č. 10.

ŠKREJTOVÁ, K. Pojem „lege artis“ a trestní odpovědnost v medicíně. *Trestněprávní revue*. C. H. Beck: Praha. 2013, č. 6.

ŠUSTEK, P., Právní postavení a možnosti lékaře při odmítání transfúze krve příslušníkem Náboženské společnosti Svědkové Jehovovi. *Zdravotnictví a právo*. Praha: Orac. 2005, č. 5.

UHEREK, P., Vzájemný konflikt lidských práv v kontextu některých případů vznikajících při poskytování zdravotní péče. *Zdravotnické fórum*. Praha: Wolters Kluwer. 2013, č. 1.

VIZINGER, R., Předstižné pokyny pacienta v právní teorii a praxi, *Zdravotnictví a právo*, Praha: Orac, 2007, č. 7-8.

Zahraniční odborné články

LONCHYNA, Vassyl A. *To Resuscitate or Not... in the Operating Room: The Need for Hospital Policies for Surgeons Regarding DNR Orders*, 6 *Annals Health L*, 1997, Dostupné z WWW: <http://lawcommons.luc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1312&context=annals>.

KUTNER, L., Due Process of Euthanaisa: The Living Will, A Proposal, *Indiana Law Journal*, 1969, roč. 44, č. 4. Dostupné také z WWW: <http://www.repository.law.indiana.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2525&context=ilj>.

PETERKOVÁ, H. Previously expressed wishes in the Czech republic--a missed chance of the Czech legislator. *Medicine and Law*. 2013, roč. 32, č. 4.

SINGER, P., Ms B and Diane Pretty: a commentary, *Journal of Medical Ethics*, roč. 28, č. 4, 2002. Dostupné také z WWW: <http://jme.bmj.com/content/28/4/234.full>.

Internetové zdroje

DOLEŽAL, T. Problematické aspekty vztahu lékaře a pacienta zejména s ohledem na institut tzv. informovaného souhlasu. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky* [online]. 2011, roč. 1, č. 1, s. 10 [cit. 2014-11-29]. DOI: 1804-8137. Dostupné z: <http://www.ilaw.cas.cz/medlawjournal/index.php/medlawjournal/article/view/1/pdf>

ČERNÝ, D. Hodnota lidského života. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky* [online]. 2013, roč. 3, č. 3, s. 2 [cit. 2014-11-29]. Dostupné z: <http://www.ilaw.cas.cz/medlawjournal/index.php/medlawjournal/article/view/57/63>.

Rozhovor s Ondřejem Slámou z Ambulance podpůrné a paliativní onkologie Masarykova onkologického ústavu v Brně o paliativní léčbě. Dostupné z WWW: <http://zdravotnickepravo.info/paliativni-pece>. [online]. [cit. 2014-11-30].

ESF Exploratory workshop "Advance Directives: Towards a Coordinated European Perspective?" Institute of Biomedical Ethics, červen 19 - 21, 2008. Country Reports on Advance Directives. Dostupné z WWW: <http://www.ethik.uzh.ch/ibme/veranstaltungsarchiv/2008/ESF-CountryReports.pdf>. [online]. [cit. 2014-11-30].

Rozhovor s advokátem Petrem Šustkem. Dostupný z WWW: <http://www.tribune.cz/clanek/28716-lekari-si-musi-zvyknout-ze-prani-pacienta-je-svate>. [online]. [cit. 2014-11-30].

Indikujete výkon s myšlenkou na právníka?. In: *Medical Tribune* [online]. 2010 [cit. 2014-11-30]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/19667>.

HAMANOVÁ, L., Prokazování příčinné souvislosti ve sporech o náhradu škody na zdraví způsobenou postupem lékaře non lege artis. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky* [online]. 2011, roč. 1, č. 1, s. 2 [cit. 2014-11-29]. Dostupné z: <http://www.ilaw.cas.cz/medlawjournal/index.php/medlawjournal/article/view/3>.

MACH, J., Právní postavení českého lékaře. *Tempus Medicorum*, 2011. č. 11, s. 45. Dostupné také z: http://www.lkcr.cz/doc/tempus_file/tempus_10_11-56.pdf. [online]. [cit. 2014-11-30].

ČLK chce chyby lékařů řešit převážně sama. In: *Zdravotnické noviny* [online]. 12. 9. 2009 [cit. 2014-11-30]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/clk-chce-chyby-lekaru-resit-prevazne-sama-439446?category=z-domova>.

MUSILOVÁ, Š., Předběžná prohlášení a ochrana zranitelných osob v novém občanském zákoníku. *Ad Notam*, 2013. č. 5, s. 3. Dostupné z WWW: http://www.nkcr.cz/doc/adnotam/2013_5.pdf. [online]. [cit. 2014-11-30].

Judikatura

Usnesení Ústavního soudu ČR ze dne 12. 8. 2008, sp. zn. I. ÚS 1919/08.

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

Nález Ústavního soudu ze dne 18. 5. 2001, sp. zn. IV. ÚS 639/2000.

Rozsudek Nejvyššího soudu ČR ze dne 27. 6. 2012, sp. zn. 5 Tdo 540/2012.

Rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR ze dne 22. 3. 2005, sp. zn. 7 Tdo 219/2005.

Rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR ze dne 25. 11. 2003 sp. zn. 25 Cdo 168/2003.

Rozsudek Nejvyššího soudu ČR ze dne 26. 7. 2000, sp. zn. 30 Cdo 2304/99.

Rozhodnutí Nejvyššího soudu ČSR č. 7/1988 – I Sb. rozh. tr. ze dne 28. 4. 1987, sp. Zn. 5 Tz 2/87.

Zahraniční judikatura

Evropský soud pro lidská práva. Případ Gross proti Švýcarsku (stížnost č. 67810/10). Rozsudek z 30. září 2014. Dostupný v anglickém jazyce z WWW: <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-146780>.

[2012] 1 WLR 1653

[2012] EWHC 885 (COP)

Evropský soud pro lidská práva. Případ Haas proti Švýcarsku (stížnost č. 31322/07). Rozsudek z 20.1.2011. Dostupný v anglickém jazyce z WWW: <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-102940>.

[2005] 1 WLR 834.

[2004] EWCA Civ 1324.

[2003] EHC 1017 (Fam).

[2002] EWHC 429 (Fam).

Evropský soud pro lidská práva. Případ Pretty proti Velké Británii (stížnost č. 2346/02). Rozsudek z 29.4.2002. Dostupný v anglickém jazyce z WWW: <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-60448>.

[2001] 1 FLR 129.

Anderson v. St. Francis – St. George Hospital, 671 N.E. 2d 225 (Ohio 1996).

[1994] 1 WLR 290.

[1993] 1 AER 821.

[1990] 2 AC 1.

Právní předpisy

Česká republika. Zákon č. 89 ze dne 3. 2. 2012 občanský zákoník. In: *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2012, částka 33.

Česká republika. Zákon č. 372 ze dne 6. 11. 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2011. Částka 131.

Doporučení 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 také z WWW: http://www.clkcr.cz/doc/cms_library/dop-1-2010-31.pdf.

Česká společnost J.E.Purkyně – Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof – Neodkladná resuscitace (NR). Doporučený postup výboru ČSL JEP 2009. Dostupné také z WWW: http://www.urgmed.cz/postupy/2009_nr.pdf.

Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP, Česká společnost intenzivní medicíny ČLS JEP - Konsensuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním č.1/2009. Dostupné také z WWW: http://www.urgmed.cz/postupy/cizi/2009_paliativni.pdf.

Česká republika. Zákon č. 40 ze dne 8. ledna 2009. Trestní zákoník. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. Částka 11.

Česká republika. Zákon č. 262 ze dne 21. dubna 2006. Zákoník práce. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. Částka 84.

Listina základních práv a svobod, vyhlášená usnesením předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb.

Československá republika. Zákon č. 20 ze dne 17. března 1966. O péči o zdraví lidu. In *Sbírka zákonů, Česká republika*, částka 7.

Česká republika. Zákon č. 40 ze dne 26. února 1964. Občanský zákoník. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. Částka 19.

Velká Británie. Mental Capacity Act 2005. Dostupné také z WWW: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/contents>.

Abstrakt

Hlavním cílem práce bylo zanalyzovat úpravu dříve vyslovených přání, relativně čerstvě zakotveného institutu českého právního řádu, a jeho problematické rysy, zejména problematiku trestní odpovědnosti, která dosud není českou odbornou literaturou uceleněji zpracována.

Diplomová práce se skládá ze sedmi kapitol a ty pro větší přehlednost i do dílčích podkapitol. První kapitola obsahuje úvod věnovaný osobnostním právům pacienta, která poskytují základní východiska zkoumaného tématu. Stručný historický exkurs práv pacientů přechází v náhled na právní úpravu práva na život, práva na sebeurčení a práva na ochranu lidské důstojnosti.

V druhé kapitole je vymezen samotný institut dříve vyslovených přání. Základní charakteristika je zpracována s ohledem na právní úpravu, jednotlivé druhy, problémy a kritické aspekty.

Třetí kapitola pojednává o právní odpovědnosti ve zdravotnictví. Je rozdělena na čtyři podkapitoly, přičemž každá je věnovaná jedné z občanskoprávní, pracovněprávní, správní a disciplinární odpovědnosti.

S tím souvisí i následující kapitola, která se zabývá odpovědností trestněprávní. Té je, s ohledem na téma práce, věnován největší prostor. Je zde uvedena zásada subsidiarity trestní represe a ultima ratio. Zbývající část kapitoly tvoří teoretický souhrn podmínek trestní odpovědnosti.

Otázkám institutu dříve vyslovených přání z pohledu občanského zákoníku se věnuje kapitola pátá. Řeší vztah občanského zákoníku a zákona o zdravotních službách, v dalších podkapitolách popisuje zákonnou úpravu podpůrných opatření při narušení schopnosti zletilého právně jednat a věnuje se i institutu zástupného souhlasu v souvislosti se zásahem do tělesné a duševní integrity člověka.

V šesté kapitole se nachází jádro celé práce, jelikož zde využiji poznatky ze všech předchozích kapitol, abych se na hypotetickém příkladu mohla věnovat důsledkům respektování, resp. nerespektování dříve vyslovených přání z pohledu možné trestněprávní nebo občanskoprávní odpovědnosti lékaře.

Poslední kapitola rozebírá právní úpravu dříve vyslovených přání v Anglii a Walesu. Po stručném historickém vývoji je stěžejní část kapitoly věnována rozboru současné zákonné úpravě, tedy Mental Capacity Act 2005, a vzhledem ke specifiku *common law* i soudním rozhodnutím.

Title of thesis: Actual problems of criminal liability in medical treatment in connection with advance directives

Abstract

The main aim of this thesis is to analyze the topic of advance directives, recent institute in Czech legislation, its problems and mainly criminal liability in medical treatment, which is not summarized complexly in Czech professional literature. This thesis is composed of seven chapters, which are divided into sections and subsections.

Chapter One is introductory and is dedicated to moral rights of a patient, which provide the basic starting points of this thesis. The chapter is subdivided into two parts. Part One describes evolution of rights of patients and part Two presents right to life, right to self-determination and finally right to protection of human dignity.

Chapter Two analyzes advance directives. This chapter is subdivided into five sections. The basic characteristic is processed with respect to legislation, particular types, issues and critical aspects of advance directives.

Chapter Three discusses the legal liability in healthcare. Chapter is divided into four sections; each is devoted to one of the civil, labor, administrative and disciplinary liability.

Chapter Three is related to the following chapter, which deals with criminal liability and represents, with respect to its theme, the biggest part of thesis. Chapter also includes a note about the principle of subsidiarity of criminal repression and ultima ratio. The remaining part of the chapter is a theoretical summary of the conditions of criminal liability.

The Fifth chapter is devoted to the issues of the advance directives from the perspective of the Civil Code. This chapter deals with the relationship of the Civil Code and the Law on health services and in other sections describes the statutory framework of supportive measures during the incapacity of an adult to act with legal effects. It also discusses the institute of surrogate consent in connection with the intervention to physical and mental integrity.

The Sixth chapter contains core of the whole thesis, for the reason that here I will use findings from all the previous chapters so I could focus to the consequences

respecting, respectively disrespecting advance directives in terms of possible criminal or civil liability of a doctor.

The last chapter discusses the legislation of advance directives in England and Wales. After a brief historical development, the crucial part of the chapter is devoted to the analysis of the current statutory framework, i.e. Mental Capacity Act 2005, and with respect to the specifics of the common law also the case law.

Klíčová slova/Key words

dříve vyslovená přání

advance directive

trestní odpovědnost

criminal liability

zdravotnické právo

medical law