

Univerzita Karlova v Praze

Právnická fakulta

**Ukončování přístrojové podpory vitálních funkcí
a trestní odpovědnost lékaře**

Studentská vědecká odborná činnost

Kategorie: doktorské studium

Autor: JUDr. Helena Peterková

Konzultant: Prof. JUDr. Dagmar Císařová, DrSc.

Rok odevzdání: 2012, V.ročník SVOČ

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci předkládanou do V. ročníku Studentské vědecké a odborné činnosti (SVOČ) vypracovala samostatně za použití literatury a zdrojů v ní uvedených. Dále prohlašuji, že práce nebyla dříve publikována, nebyla vcelku ani částečně obhájena jako práce diplomová či bakalářská a nebyla přihlášena do předchozích ročníků SVOČ či jiné soutěže.

V Praze, dne 16.4.2012

.....

JUDr. Helena Peterková

I. Úvod

V úvahu připadající poruchové trestné činy proti životu, jejichž skutková podstata může být jednáním zdravotníka při poskytování resp. neposkytnutí zdravotních služeb naplněna, představují tzv. nepravé omisivní delikty, které mohou být spáchány jak konáním, tak opomenutím (zvláštní povinnosti konat).

Ukončení přístrojové podpory vitálních funkcí – odpojení pacienta od přístroje¹ – bývá systematicky zařazováno pod tzv. pasivní euthanasii, kdy smrt pacienta je v příčinné souvislosti s nezahájením či přerušením životně důležité léčby,² tedy s opomenutím druhé osoby (zdravotníka) poskytnout pacientovi další léčbu nezbytnou pro zachování života. Přijetím zákona o zdravotních službách, který nabyl účinnosti k 1.4.2012,³ se toto tradiční chápání odpojení od přístroje ovšem dramaticky mění, když (zřejmě výlučně) pro účely dříve vysloveného přání dle § 36 zákona o zdravotních službách je odpojení od přístroje chápáno jako aktivní způsobení smrti,⁴ které nelze prostřednictvím dříve vysloveného přání v České republice požadovat.

Jakkoliv může být poukazováno na to, že o povaze jednání spočívajícího v ukončení přístrojové podpory vitálních funkcí – konkrétně zda zmáčknutí vypínače je ze své podstaty konání, či opomenutí - se všeobecně i v zemích, kde je možné pacienta na jeho přání od přístrojů odpojit, vedou doktrinální spory; limitace práva pacienta na autonomii a sebeurčení vyplývající z nové české právní úpravy je zcela nepřijatelná. Obecně lze nepochybně zkonstatovat, že rozlišování mezi aktivním a pasivním usmrcením terminálně nemocného pacienta (tj. mezi aktivní a pasivní euthanasii) může být v praxi problematické, a některé zahraniční právní argumentace, na základě nichž je jednání klasifikováno jako opomenutí, jsou vskutku až tak dech beroucí,⁵ že ztrácí na své přesvědčivosti. Upírat však pacientovi právo rozhodovat o své léčbě tehdy, kdy shodou okolností léčbu nelze zajistit jinak než

¹ Včetně tzv. umělé výživy, ať už žaludeční (nasogastrickou) sondou, či tzv. PEG.

² Císařová, D., Sovová, O. A kol.: Trestní právo a zdravotnictví, 2. Vydání, Praha: Nakladatelství Orac, 2004, str. 109.

³ Zákon č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále v textu jen jako zákon o zdravotních službách).

⁴ Tak Důvodová zpráva k zákonu o zdravotních službách, výklad k ustanovení § 36 zákona.

⁵ Tak v případě umírajících siamských dvojčat, kdy jedinou nadějí na záchranu alespoň jednoho dítěte (Jodie) slibovalo jejich operativní oddělení, které však nemohla druhá holčička (Mary) přežít, anglickými soudy argumentováno tím, že z pohledu slabšího dvojčete dojde operací - oddělením - k ukončení život zachraňující léčby. Vzhledem k zdravotnímu stavu siamských dvojčat byla tato paralela založena na tom, že Mary žila jen díky své silnější sestře, jejíž orgány fungovaly pro obě tělíčka. Fyzické operativní oddělení dvojčat pak bylo následně kvalifikováno jako opomenutí, nikoliv konání lékařů, jež může být kryto nejlepším zájmem druhé, přešivší sestry, a nenastoluje právní odpovědnost lékařů. Re A (children) (conjoined twins: surgical separation) (2000) Lloyd's Rep Med 425.

prostřednictvím přístroje, nereflektuje jeho základní lidská práva. Chápání odpojení od přístroje jakožto aktivní usmrcení pacienta navíc neodpovídá povinnosti zdravotníka postupovat u pacienta v terminálním stádiu onemocnění lege artis, a s odkazem na nezvratitelný fatální průběh onemocnění pacienta tehdy, kdy další přístrojová podpora by ze strany zdravotníka byla důvodně vnímána jako tzv. marná léčba, pacienta neúměrně zatěžující a bez naděje na vyléčení nebo zlepšení pacientova stavu, tuto léčbu ukončit.⁶

V této práci budou představeny některé zahraniční právní úpravy, v nichž je téma odpojování od přístrojů nejen právní teorií rozpracováno a uznáno, ale soudní judikaturou i výslovně potvrzeno (tedy zejména Německo, Velká Británie a USA), a v nichž základním východiskem pro rozhodování o ukončení přístrojové podpory vitálních funkcí je vypořádání se s kontrapozicí mezi právní povinností zdravotníka, jakožto garanta, poskytnout pacientovi adekvátní péči, a právem pacienta tuto péči právně relevantně odmítnout. Za tímto účelem bude poukázáno i na jiné právní řády (Švýcarsko, země Benelux), v nichž je možné naleznout z celosvětového měřítká zcela unikátní právní úpravu konce života (pacienta).

Cílem této práce je pak s ohledem na analýzu některých zahraničních právních úprav poskytování zdravotní péče, v nichž je výslovně řešena otázka odpojování od přístrojů pacientů v permanentních vegetativních stavech,⁷ vysvětlit rozdíl mezi aktivním usmrcením na žádost na straně jedné a respektováním vůle pacienta nebýt dále, i za pomocí přístrojů, udržován při životě na straně druhé.

⁶ Tak vyplývá z Černý, V. (ed.): Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP, Česká společnost intenzivní medicíny ČLS JEP - Konsenzuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním. Verze 1/2009.

⁷ Permanentní vegetativní stav, jakožto trvalý klinický stav kompletní poruchy uvědomování si sebe sama a svého okolí doprovázený cyklem spánek-bdění a zachovalou kompletní a nebo parciální autonomní funkcí hypotalamu a mozkového kmene (In.: Doležil, D., Carbolová, K.: Vegetativní stav (apalický syndrom), *Neurol. pro praxi*, 2007; 1: 27–31, str. 28) je nutno přísně odlišovat od mozkové smrti. Mozková smrt je dle § 2 písm. e) transplantčního zákona (zákon č. 285/2002 Sb.) definována jako nevratná ztráta funkce celého mozku, vč. mozkového kmene.

II. Rozhodování o postupu lékaře na konci života pacienta

Do 1.4.2012 představoval jediné právně závazné ustanovení, týkající se autoritativního rozhodnutí ze strany lékaře o ukončení léčby pacienta, § 2 odst. 7 Etického kodexu ČLK resp. § 1a odst. 1 písm. e) Disciplinárního řádu ČLK. Dle tohoto ustanovení je povinností lékaře u nevléčitelně nemocných a umírajících tišit účinně bolest, šetřit lidskou důstojnost a mírnit utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Toto ustanovení vychází, tak jako i níže uvedená doporučení a konsenzuální stanovisko, ze základní dělby léčby na léčbu kurativní, kterou je sledováno zlepšení pacientova zdravotního stavu či jeho úplné vyléčení a která na konci života pacienta selhává, a na léčbu paliativní, která je léčbou symptomatickou, jež neléčí (medicíny již objektivně neovlivnitelnou) příčinu, a „jen“ tiší bolest, utrpení a dyskomfort.⁸

Dle platného a účinného ustanovení § 4 odst. 5 zákona o zdravotních službách se nyní za náležitou odbornou péči považuje poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti. Takto definovaný postup lege artis jednoznačně mění význam tzv. guidelines, tedy doporučení odborných lékařských společností (společností J.E. Purkyně), které do nabytí účinnosti nového zákona o zdravotních službách dle usnesení Nejvyššího soudu ČR sp. zn. 8 Tdo 1421/2008 neměly pro lékaře, členy těchto odborných společností, formální závaznost. Nové zákonné pojetí postupu lege artis odvozeného právě z odborných doporučení se v oblasti léčby nasazované v terminálním stadiu smrtelné choroby významně odráží, neboť na ni dopadají dokonce dva doporučené postupy České lékařské společnosti J. E. Purkyně, konkrétně Neodkladná resuscitace⁹ a Konsenzuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním¹⁰. Představenstvem České lékařské komory přijato (právně nezávazné¹¹) Doporučení k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli.¹²

⁸Např. Vokurka, M., Hugo, J. a kol.: Velký lékařský slovník. 7. aktualizované vydání. Praha: MAXDORF, 2007, str. 925.

⁹ Knor, J., Franěk, O.(ed.): Česká společnost J.E. Purkyně - Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof - Neodkladná resuscitace (NR). Doporučený postup výboru ČLS JEP. Praha, 2009.

¹⁰ Černý, V. (ed.): Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP, Česká společnost intenzivní medicíny ČLS JEP - Konsenzuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním. Verze 1/2009.

¹¹ Nezávaznost doporučení ČLK pak jasně stanovuje zákon o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře v § 2, když jasně konstatuje, že povinnosti lékaře stanovují toliko zákony a profesní řády

¹² Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010.

V případě, že pacient způsobilý k právním úkonům odmítá léčbu, je po jeho náležitém poučení dle § 34 odst. 4 zákona o zdravotních službách od další léčby ustoupeno. Pokud však informovaný nesouhlas pacienta chybí, a lékař přesto nezahájí léčbu či v ní nepokračuje, může být jeho opomenutí kvalifikováno jako trestný čin neposkytnutí pomoci, jehož se lékař dopustil 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“.¹³ Pojem potřebná pomoc se vykládá tak, že nepostačí jakékoliv poskytnutí pomoci, pomoc musí být dostačující k tomu, aby hrozící nebezpečí bylo odvráceno nebo sníženo.¹⁴

Specifikem u trestného činu neposkytnutí pomoci podle § 150 odst. 2 trestního zákoníku je, že v případě, že pachatel měl zvláštní povinnost konat dle § 112 trestního zákoníku (tedy, zjednodušeně řečeno, zdravotník ve službě příp. v době ordinačních hodin) a tuto povinnost porušil, následkem čehož došlo k poškození zdraví popř. smrti poškozeného, pachatelova trestní odpovědnost za neposkytnutí pomoci bude zkonsumována trestní odpovědností za některý z trestných činů proti životu a zdraví, jak už bude vyplývat z konkrétních okolností případu. Jestliže tedy lékař, u něhož se zvláštní povinnost dovozuje z jeho postavení garanta,¹⁵ při výkonu služby neposkytne osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo vážného onemocnění, potřebnou pomoc, připadá jeho trestní odpovědnost za trestný čin neposkytnutí pomoci podle § 150 odst. 2 v úvahu jenom tehdy, pokud z jeho opomenutí zaviněně nevznikly žádné následky na životě a zdraví poškozeného. Jestliže vznikly, je takový pachatel trestně odpovědný v závislosti na formě zavinění podle postavení o poruchových trestných činech proti životu a zdraví uvedených v § 140 a násl. trestního zákoníku.¹⁶

¹³ Ust. § 150 odst. 2 trestního zákoníku, zákon č. 40/2009 Sb..

¹⁴ R 39/1955

¹⁵ Srov. k tomu Říha, J.: Postavení garanta u nepravých omisivních deliktů, I. část, Trestněprávní revue č. 8/2003, str. 227-233, a Říha, J.: Postavení garanta u nepravých omisivních deliktů II. část, Trestněprávní revue č. 9/2003, str. 259-268.

¹⁶ R 37/1998-II srov. Rozsudek Nejvyššího soudu spis. zn. 2 Tzn 72/1997.

III. Souhlas pacienta jakožto okolnost vylučující protiprávnost

Obecně platí, že zákrok v oblasti péče o zdraví nelze provést bez souhlasu pacienta, kterého se týká. Bez ohledu na to, zda toto pravidlo vyplývá v zemích, které ratifikovaly Úmluvu o biomedicíně, z článku 5 Úmluvy o Biomedicíně (Česká republika, Švýcarsko), či je ryze vnitrostátními normami dovozováno z práva na lidskou důstojnost (Německo) či práva na autonomii (Velká Británie, USA), v zásadě se až na výjimky (stav nouze, nezpůsobilý pacient, ochrana veřejného zdraví a bezpečnosti¹⁷) u zákroku bez souhlasu pacienta dovozuje právní odpovědnost zdravotníka za protiprávní jednání.

3.1 Česká právní úprava nesouhlasu pacienta s navrhovanou léčbou

V ustanovení § 34 odst. 4 zákona o zdravotních službách je upraveno sepsání tzv. negativního reversu v případech, že pacient odmítá vyslovit souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, tyto služby nelze poskytnout bez jeho souhlasu a pacient byl opakovaně poučen o tom, že neposkytnutí zdravotních služeb může vážně poškodit jeho zdraví nebo ohrozit jeho život. Nový zákon tak obdobně jako jeho předchůdce¹⁸ v rámci práva na sebeurčení¹⁹ uznává právo pacienta způsobilého k právním úkonům odmítnout - a to i život zachraňující či život prodlužující - léčbu, a tím umožňuje pacientovi rozhodovat o jeho tělesné integritě, životě a zdraví. V porovnání s předchozí právní úpravou jsou od 1. dubna 2012 tedy pro tzv. negativní revers, jehož prostřednictvím je léčba odmítnuta, stanoveny přísnější podmínky spočívající v opakovaném a zcela explicitním poučení pacienta odmítajícího zákrok o následcích jeho rozhodnutí, jejichž smyslem je nepochybně posílení ochrany pacienta i zdravotníka, jenž z respektu k vůli pacienta další léčbu neposkytne. Předpokladem platnosti informovaného nesouhlasu s léčbou bude poučení pacienta o důsledcích, rizicích a alternativách daného postupu,²⁰ jakož i zřejmě o rizicích těchto alternativ. Lékař neodpovídá za následek v podobě škody na zdraví či smrti pacienta, ačkoliv mezi jeho opomenutím léčbu poskytnout a následkem bude příčinná souvislost.

K medicínsky indikovanému zákroku může pacient právně relevantně udělit souhlas (ačkoliv za jiných okolností by kupř. amputace nohy představovala těžké ublížení na zdraví, na něž se dle § 30 odst. 3 trestního zákoníku a contrario svolení poškozeného nevztahuje),

¹⁷ Tak např. čl. 26 odst. 1 Úmluvy o Biomedicíně.

¹⁸ Zákon o péči o zdraví lidu, zákon č. 20/1966 Sb., v § 23 odst. 2.

¹⁹ Osobnostní právo dle § 11 občanského zákoníku, zákon č. 40/1964 Sb.

²⁰ Čl. 5 Úmluvy o biomedicíně, obdobně § 31 zákona o zdravotních službách.

může ji však i odmítnout. Do účinnosti nového zákona o zdravotních službách platilo, že pokud pacient dříve výslovně amputaci neodmítl ani tak neučinil jeho zákonný zástupce, mohlo k ní, jakožto plně medicínsky indikovanému zákroku, být přistoupeno už jen v režimu stavu nouze, kdy život pacienta byl ohrožen a nebylo možno získat jeho vyjádření. Nyní je vedle stavu nouze zákonem předvídan i tzv. zástupný souhlas, který umožňuje nahradit souhlas pacienta, který se nenachází v bezprostředním ohrožení života či zdraví²¹ a sám není schopen projevit svou vůli ohledně zákroku, souhlasem osoby jemu blízké.

Toto ustanovení se jeví jako nanejvýš problematické, a to nikoliv jenom s ohledem na proklamovaný účel zákona o zdravotních službách posílit pozici pacienta (nyní již subjektu nikoliv objektu zdravotní péče²²).

Na jedné straně umožňuje pacientovi prostým jeho prohlášením při přijetí do péče určit osobu, jež za něj v případě jeho budoucí nezpůsobilosti rozhodovat o zdravotních službách může s nimi vyslovit souhlas nebo nesouhlas,²³ což je pro institut zástupce pro oblast zdravotní péče zvoleného samotným pacientem ve srovnání se zahraničními právními úpravami zřetelně nedostatečné ustanovení.²⁴ Na straně druhé jsou zdravotníci nuceni v poslušnosti stanovené zákonem kontaktovat za účelem získání tohoto souhlasu²⁵ mimo takto pacientem určeného zástupce i ostatní osoby blízké²⁶ pacientovi, jejichž faktický vztah k pacientovi může být i ryze formální.

O legitimitě takového zástupného souhlasu lze jistě pochybovat, a na přesvědčivosti jí jistě nepřidá ani to, že v současnosti platná a účinná právní úprava jako by zcela ignorovala v praxi poměrně běžný jev: názorový nesoulad jednotlivých rodinných příslušníků ohledně další eventuální péče, který může eskalovat ve velmi obtížný konflikt, do kterého budou nevyhnutelně vtaženi i na léčbě participující zdravotníci a který zákonem není řešen.

²¹ V tomto případě se tedy nejedná se o poskytnutí tzv. neodkladné péče definované § 5 odst. 1 písm. a) zákona o zdravotních službách, jež může být dle § 38 odst. 3 zákona o zdravotních službách poskytnuta i bez souhlasu pacienta a jejímž účelem je i „zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví, nebo způsobují náhlou nebo intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí.“

²² Srov. Důvodová zpráva k zákonu o zdravotních službách, Obecná část, Důvod předložení zákona.

²³ Ust. § 33 odst. 1 zákona o zdravotních službách.

²⁴ Tak např. dle německého občanského zákoníku rozhodnutí učiněné společně zástupcem určeným pacientem a jeho ošetřujícím lékařem podléhá v určitých případech schválení opatrovnického soudu (§ 1901a a násl. deBGB), obdobně i anglický zákon z roku 2005, Mental Capacity Act, § 5 a násl.

²⁵ Na tomto místě taktéž nelze zcela ponechat stranou, že v některých případech by naopak ze strany zdravotníků měl být požadován zástupný nesouhlas, což však zákon zřejmě nepředpokládá.

²⁶ Dle ust. § 34 odst. 8 zákona o zdravotních službách platí, že nemůže-li pacient s ohledem na svůj zdravotní stav vyslovit souhlas s poskytováním nikoliv neodkladných zdravotních služeb, vyžaduje se souhlas pacientem určeného zástupce, není-li jeho nebo není-li dosažitelný, vyžaduje se souhlas manžela resp. registrovaného partnera, není-li jich nebo nejsou-li dosažitelní, vyžaduje se souhlas rodiče, není-li jeho či není-li dosažitelný, vyžaduje se souhlas jiné osoby blízké, pokud je známa.

3.2 Právní úprava zásahu do tělesné integrity pacienta z pohledu trestního práva v mezinárodním srovnání

3.2.1 Těžké ublížení na zdraví

V naprosté většině zemí²⁷ nelze obdobně jako v ČR udělit souhlas s těžkým ublížením na zdraví, které by vzniklo v příčinné souvislosti s aktivním konáním lékaře, a nejednalo se přitom o *postup lege artis*.²⁸ Jak vyplývá z § 30 odst. 3 trestního zákoníku, za svolení poškozeného ve smyslu okolnosti vylučující protiprávnost se s výjimkou lékařského zákroku se v České republice nepovažuje souhlas s ublížením na zdraví nebo usmrcením.²⁹

Německý trestní zákoník v § 228 stanoví, že svolení poškozeného je okolností vylučující protiprávnost u jednání spočívajících v poškození zdraví - tedy i u těžkého ublížení na zdraví - jen tehdy, nejedná-li se o jednání v rozporu s dobrými mravy. Pacientem odsouhlasený zákrok provedený *lege artis* lze v naprosté většině případů považovat za jednání v souladu s dobrými mravy, a proto i je-li jeho následkem těžká porucha zdraví, nejedná se o trestný čin.

Ve Švýcarsku, kde se obdobně jako v Německu za (prosté) ublížení na zdraví považuje i medicínsky indikovaný a řádně provedený zákrok, pokud k němu pacient nedal souhlas, nebo pokud nelze jeho souhlas se zákrokem dovodit³⁰ (např. s ohledem na jeho dříve vyslovené přání), může být pro tento skutek dle čl. 123 odst. 1 StGB zahájeno trestní stíhání výlučně na podnět poškozeného. Nekvalifikované ublížení na zdraví (*einfache Körperverletzung*), ať už se jím rozumí neoprávněný zásah do tělesné integrity jedince, či skutečná porucha zdraví, může být dle švýcarského trestního práva kryté svolením pacienta, a to zjevně i uděleným následně, neboť záleží jen na vůli pacienta, zda ve věci poškození svého zdraví posléze, ve lhůtě k tomu určené, trestní řízení iniciuje, či nikoliv. K těžkému ublížení na zdraví, nejedná-li se o zákrok v souladu s poznatky vědy a klinické praxe, trestněprávně relevantně souhlas udělit nelze.

²⁷ Záměrně na tomto místě ponechávám stranou oblast plastické chirurgie, v níž se častěji než v jiných odbornostech se přípouští takové zákroky na základě požadavků pacienta, které de facto vedou k zohydění pacienta.

²⁸ Postup podle pravidel (lékařského) umění.

²⁹ Při této formulaci se ovšem nabízí otázka, zda z ustanovení § 30 odst. 3 trestního zákoníku nevyplývá, že lékařským zákrokem bez souhlasu pacienta bude naplněna skutková podstata trestného činu ublížení na zdraví, tak jak je tomu např. ve Švýcarsku či Německu. Problematická je i chybějící definice lékařského zákroku, neboť svolení poškozeného má zřejmě dopadat i na zákroky nelékařských pracovníků ve zdravotnictví (odběr krve apod.).

³⁰ Rozhodnutí BGE 124 IV 258.

3.2.2 Aktivní usmrcení

Jen ve třech právních řádech světa (Nizozemí, Belgie, Lucembursko) lze beztrestně usmrtit nesnesitelně trpícího pacienta³¹ na jeho výslovnou žádost, pokud jsou splněna i další zákonná kritéria tzv. řádné péče. Přestože nizozemský zákon o kontrole ukončování života a asistované sebevraždy³², belgický zákon o euthanasii³³ a lucemburský zákon o pomoci k umírání a sebevraždě³⁴ stanovuje celý katalog podmínek (zejména nevyлéčitelná nemoc pacienta, konzultace případu dalším lékařem či lékaři, zvážení všech do úvahy připadajících alternativ), jež musí být za účelem beztrestnosti ze strany lékaře dodrženy, je zejména z rozhodovací činnosti nizozemských kontrolních komisí patrné, že zcela zásadní je toliko žádost pacienta, a jeho (subjektivně jím vnímané a hodnocené) nesnesitelné utrpení, a všechna ostatní kritéria se jeví býti vykládána spíše pružně a v maximální možné míře benevolentně za účelem dovození beztrestnosti ošetřujícího lékaře, jenž pacienta na jeho žádost usmrtil.³⁵

V této souvislosti je však nutné zdůraznit, že ani v těchto zemích není dovozována beztrestnost lékaře ze svolení poškozeného. V Nizozemí již od 80 let 20. století, tedy dávno před přijetím zákona o kontrole ukončení života a asistované sebevraždě, byla ustálenou soudní judikaturou beztrestnost lékaře dovozována primárně s ohledem na kolizi právních povinností lékaře, v níž se lékař ocitl bez svého zavinění, působením vis maior³⁶ - kdy na straně jedné platí pro lékaře zákaz usmrtit, na straně druhé vyplývá z jeho povolání povinnost zbavovat pacienta utrpení. Žádost pacienta, bez které vůbec není možné zákon o kontrole ukončení života a asistované sebevraždy aplikovat, a tím následně dospět k závěru o beztrestnosti konání lékaře, představuje sice tedy zcela fundamentální podmínku pro eventuální beztrestnost lékaře; není však koncipována jako okolnost vylučující protiprávnost. U belgické i lucemburské právní úpravy je toto ještě zřejmější, když přijetím zákonů dekriminalizujících ukončení života resp. asistovanou sebevraždu nedošlo ke koncepčnímu včlenění těchto speciálních právních úprav do systému trestního práva.

³¹ Pro účely této práce se nejeví účelné představovat i právní úpravu Švýcarska a Oregonu, co se podmíněně dekriminalizované účasti na sebevraždě týče, byť i v nich beztrestnost jednání spočívajícího v pomoci při sebevraždě vyplývá v podstatné míře z respektu k vůli umírajícího trpícího pacienta a z ohledů na jeho důstojnost (tak oregonský Death with Dignity Act) resp. z liberálního přístupu státu ke svobodám jednotlivce (Švýcarsko). Konání spočívající v usmrcení na žádost je v obou těchto státech trestné.

³² *Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding z roku 2002.*

³³ *Loi relatif à l'euthanasie z roku 2002.*

³⁴ *L'euthanasie et l'assistance au suicide, přijatý z roku 2002.*

³⁵ Výroční zprávy Kontrolních komisí jsou dostupné na webových stránkách <http://www.euthanasiecommissie.nl/overdetoetsingscommissies/jaarverslag/>.

³⁶ Force majeure dle čl. 40 nizozemského trestního zákoníku.

Dle platné právní úpravy je v České republice konání lékaře v přímém úmyslu³⁷ usmrtit (a to i umírajícího³⁸) pacienta trestné: účast na sebevraždě trestným činem podle § 144 trestního zákoníku, aktivní usmrcení, byť na žádost pacienta, bude posuzováno jako trestný čin vraždy dle § 140 trestního zákoníku, případně jako trestný čin zabití dle § 141 trestního zákoníku, pokud by bylo možné prokázat, že pachatel jednal v omluvitelném hnutí mysli (spáchal trestný čin ze soucitu). Je pravděpodobně otázkou soudního výkladu, zda u zdravotníka – profesionála – budou eventuálně připuštěny privilegující okolnosti. Opomenutí lékaře poskytnout život zachraňující či život udržující léčbu, kterou pacient způsobilý k právním úkonům po řádném poučení odmítl, však nezakládá žádnou právní odpovědnost.³⁹

³⁷ Naopak při tzv. nepřímé aktivní euthanasii, která je za určitých okolností přípustná, pachatel primárně svým konáním nesleduje smrt pacienta; ta je toliko vedlejším nežádoucím účinkem (tzv. double effect) intenzivní terapie bolesti, kdy podáváním vysokých dávek silných opiátů v terminální fázi onemocnění, která u některých diagnóz je pro pacienta spojena s velkým utrpením, může dojít ke zkrácení života.

³⁸ Novotný, O., Vokoun, R., Šámal, P. a kol.: Trestní právo hmotné, zvláštní část, 6. jubilejní vydání, Praha: Wolter Kluwer, a.s., 2010, str.28. Shodně i Jelínek, J. a kol.: Trestní právo hmotné, 2. vydání. Praha: Leges, 2010, str. 481-2.

³⁹ Jak zkonstatoval Ústavní soud ČR, diagnóza není víc než právo. Právo pacienta nebýt léčen převáží nad povinností zdravotníka léčit. In.: Nález IV. ÚS 639/2000.

IV. Ukončení přístrojové podpory vitálních funkcí pacienta

Jakkoliv je dle převládajících zahraničních právních názorů odpojení od přístrojů pokládáno za opomenutí lékaře⁴⁰ poskytovat další léčbu, a nikoliv za konání spočívající v pohybu prstu na tlačítku vypínače, právní teorie tento specifický koncept opomenutí při ukončování přístrojové podpory neakceptuje bezvýhradně, a mnozí autoři jej kritizují a zpochybňují.

Spor o povahu jednání, jímž je ukončena přístrojová podpora životních funkcí, však rozhodně není teoretický a samoúčelný. Je nutné odmítnout tvrzení, že vzhledem k lékařově postavení garanta nezáleží na povaze jeho jednání, tedy zda aktivně konal, nebo zda opomenul konat, neboť s ohledem na jeho zvláštní povinnost konat odpovídá z pohledu trestního práva totožně za neblahý následek způsobený aktivním konáním i opomenutím⁴¹ (ovšem s ne zcela zanedbatelnou výjimkou eventuální možnosti uložit mírnější trest, což některé zahraniční právní úpravy přiznávají v případě trestného činu spáchaného opomenutím⁴²).

S opomenutím lékaře dále léčit totiž právo v případě nesouhlasu pacienta s další léčbou nepojí trestněprávní odpovědnost za následek, tj. za zhoršení zdravotního stavu či za smrt pacienta. Jak již bylo naznačeno v textu výše, souhlas pacienta přitom naopak není okolností vylučující protiprávnost při aktivním způsobení smrti, a to sám o sobě ani v zemích, kde je za určitých podmínek dekriminalizované usmrcení na žádost či pomoc při sebevraždě; i zde totiž k souhlasu resp. k žádosti pacienta způsobitelného k právním úkonům musí přistoupit další zákonné podmínky. Právní konstrukt, umožňující, aby na základě dříve vysloveného přání resp. s ohledem na domnělou vůli pacienta byl pacient odpojen od přístroje, s tím, že půjde ze strany lékaře o opomenutí poskytovat pacientovi další přístrojovou podporu (případně o tzv. opomenutí konáním: německy *Unterlassen durch Tun*), je s odkazem na tzv. teorii subsidiarity⁴³ mnohými odmítán jako ryze pragmatický, resp. jako teleologický⁴⁴ a výsledečně orientovaný⁴⁵.

⁴⁰ K.-L. Kunz upozorňuje na rozdílnost situací, kdy je od přístroje pacient odpojen jednáním lékaře (který tím jakožto garant opomene poskytovat další péči, kterou by byl schopen prostřednictvím přístrojů pacientovi zajistit) a jednáním kolemjdoucí uklízečky, jež posuzuje narozdíl od prvního případu jako konání. In.: Kunz, K.-L.: *Schweizerisches Strafrecht, Allgemeiner Teil. Interaktives Lernsystem*, 3. Aufl. Bern 2009, str. 221.

⁴¹ Na totožný důsledek konání a opomenutím lékaře - garanta upozorňuje např. Walter, T.: *Positive und negative Erfolgsdelikte – Handeln und Unterlassen ZSTW 116 (2004) Heft 3*, str. 561.

⁴² Tak může být při trestném činu spáchaném opomenutím uložen mírnější trest dle čl. 11 odst. 4 švýcarského trestního zákoníku, obdobně i § 13 odst. 2 německého trestního zákoníku.

⁴³ V případě pochybností, zda jednání představuje konání, či opomenutí, má přednost posouzení jednání jakožto konání. Srov. k tomu např. Shwarzenegger, Ch.: *Basler Kommentar, Strafrecht, Bd II, 2. Aufl.*, 2007, str. 21, s odkazem na rozhodnutí BGE 115 IV 199.

I přes chybějící jednotu doktrinálních názorů na klasifikaci odpojení od přístroje je však dle zahraniční judikatury zřejmé, že v naprosté většině zemí, v nichž je uznáno právo pacienta formulovat dříve vyslovené přání, zahrnuje toto právo v klinické praxi i právo požadovat odpojení od přístroje. Z analýzy zahraničních právních úprav vyplývá, že teprve je-li odpojení od přístroje chápáno jaksi metonymicky jako opomenutí lékaře sui generis, kterým přestane být zadržováno a zabraňováno nástupu přirozeného procesu umírání, může být toto opomenutí kryto vůli pacienta a nezakládá jakoukoliv právní odpovědnost lékaře. Obdobně lékař jedná v souladu s právem, pokud ukončí přístrojovou podporu vitálních funkcí tehdy, není-li již v konkrétním případě pacienta indikována, typicky tehdy, představuje-li pro organismus pacienta v terminální fázi jeho onemocnění marnou léčbu (nepopíratelně větší zátěž, než je její přínos). V takovém případě bude odpojení od přístroje postupem lege artis.

K ukončování přístrojové podpory, v případech, kdy podle lékařů nemá její pokračování medicínské opodstatnění, samozřejmě nedochází z rozhodnutí lékaře jenom v zahraničí, o čemž svědčí i potřeba upravit tuto problematiku doporučenými postupy – zejména již výše uvedeným Konsenzuálním stanoviskem k poskytování paliativní péče. V České republice lze nicméně vnímat určitou opatrnost ze strany zdravotníků, otevřeně odpojování od přístrojů přiznávat, zřejmě i z důvodu, že toto jejich jednání bude (mnohdy naprosto neadekvátně) zhodnoceno jako protiprávní zadržení potřebné léčby,⁴⁶ a v extrémním případě jako nepřípustná euthanasie, ve smyslu trestného činu zabití případně vraždy. Ostatně, při přijetí Doporučení představenstva ČLK k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní, kterým fakticky ČLK vyjádřila souhlas s Konsenzuálním stanoviskem k poskytování paliativní péče,⁴⁷ bylo toto interpretováno i odborníky a médii jako legalizace euthanasie.⁴⁸

Odpojení od přístroje je v zahraničních právních úpravách řešeno zejména v judikátech, v zemích mimo anglosaský právní prostor tedy nikoliv explicitně obecně závaznými právními předpisy.

⁴⁴ Schwarzenegger, Ch., Manzoni, P., Studer, D., Leanza, C.: Was die Schweizer Bevölkerung von Sterbehilfe und Suizidhilfe hält, in: Jusletter 13. September 2010, str. 3.

⁴⁵ Czernek, F.: Das Abstellen des Respirators an der Schnittstelle zwischen Tun und Unterlassen bei der Sterbehilfe, JR Heft 3/2005, str. 96.

⁴⁶ Tak např. byla ve věci pacientky s nevratným rozsáhlým poškozením mozku a selháváním životních funkcí jako okamžitá a poměrně razantní reakce pozůstalých na (zcela neověřenou) domněnku soudního znalce, že možná pacientka byla lékaři ARA odpojena od přístroje, podána stížnost na lékařský postup k disciplinárním orgánům ČLK. Stížnost sp. zn. 10/14-001/0452.

⁴⁷ Znění obou dokumentů je totožné, ČLK tedy přijetím Doporučení de facto aprobuje Konsenzuální stanovisko, které jako takové vzniklo pod jinou pracovní skupinou, než jsou orgány ČLK.

⁴⁸ K tomu podrobněji: Peterková, H.: Problematika pojmu euthanasie, Zdravotnictví a právo, 12/2010, str. 8-11.

4.1 Velká Británie - Případ Anthonyho Blanda

Osmnáctiletý Tony Bland utrpěl dne 15.4.1989 při tragicky proslulém fotbalovém zápase v Hillsborough vážná poranění, na základě nichž u něj došlo k nevratnému poškození mozku a jeho stav byl zhodnocen jako permanentní vegetativní stav, PVS. Pacient byl po více než tři a půl roku závislý na nasogastrické sondě, opakovaně operován, byla mu několikrát pro sepsi celého organismu nasazována antibiotika. Dle soudobých poznatků vědy bylo vyloučeno, že by se jeho stav v budoucnu zlepšil. Pacient se v průběhu svého života nikdy nevyjádřil, jakou péči by si přál, kdyby byl někdy zcela odkázaný na přístroje, jeho otec ovšem tvrdil, že by Tony nikdy nechtěl být udržován za takovýchto podmínek při životě ryze technicky.

Poskytovatel zdravotní péče se s plnou podporou rodinných příslušníků obrátil na soud, aby tento rozhodl, zda by za těchto specifických okolností jimi zamýšlené odpojení pacienta od přístrojů představovalo postup v rozporu s právem, s tím, že ze strany zdravotnického personálu byla v souvislosti s případným odpojením od přístroje deklarována následná kvalitní paliativní péče (tzv. doprovázení), jež by pacientovi umožnila zemřít bezbolestně a ve vši důstojnosti.

Případ nakonec vzhledem k jeho závažnosti rozhodovala nejvyšší soudní instance v zemi, Sněmovna lordů, která výslovně prohlásila přístrojovou podporu vč. umělé výživy za léčbu sui generis, ohledně níž v rámci své autonomie je pacient oprávněn rozhodovat, ať už udělením resp. neudělením aktuálního souhlasu s ní, či prostřednictvím dříve vysloveného přání. Jedná-li se o pacienta, který není schopen vyjádřit svou vůli a u něhož nelze ani dovodit jeho domnělou vůli (tedy chybí-li jakékoliv dříve vyslovené přání či vyjádření se k odpovídající životní situaci), je nutné zohlednit tzv. nejlepší zájem pacienta. V případě Tonyho Blanda soud dovodil, že není v jeho nejlepším zájmu, aby přístrojová podpora nadále pokračovala. V jakémkoliv budoucím případě pacienta v PVS, u něhož se rozhoduje o odpojení od přístrojů, podléhá toto rozhodnutí schválení soudu.

4.2 Spojené státy americké

Když v roce 1990 americký Supreme Court rozhodoval ve věci Nancy Cruzan⁴⁹ o odpojení pacientky od přístroje, uznal v této souvislosti přetrvávající osobnostní právo

⁴⁹ Cruzan v. Director, Missouri Department of Health 497 U.S. 261 (1990).

nezpůsobilých pacientů rozhodovat o své léčbě. Soud zkonstatoval, že existují-li jasné a přesvědčivé důkazy o tom, že pacient v minulosti vyjádřil nesouhlas s léčbou, tato jeho vůle musí být respektována a léčba (zde konkrétně přístrojová podpora vitálních funkcí pacientky v komatu) ukončena. V případě Nancy Cruzan však takové jednoznačné důkazy dle soudu o pacientčině vůli chyběly, a proto bylo její odpojení od přístrojů zakázáno.

O to překvapivěji se proto jeví pozdější rozhodnutí totožného soudu ve věci Terri Shiavo, která 25.2.1990 ve věku 27 let zkolabovala a upadla do PVS. Opatrovníkem pro oblast zdravotní péče se stal její manžel, který o tři roky později rozhodl o zařazení pacientky do režimu DNR (do not resuscitate: tedy nezahajovat v případě srdeční zástavy resuscitaci), toto své rozhodnutí však přehodnotil po té, co se proti němu vyjádřili členové ošetřujícího týmu. Poté, co byla u pacientky diagnóza PVS definitivně stanovena a s ohledem na dosavadní průběh do budoucna vyloučena možnost jakéhokoliv zlepšení, bylo opatrovníkem požadováno ukončení umělé výživy a hydratace, o němž měl rozhodnout soud. Zcela proti byli rodiče pacientky, kteří trvali na pokračování dosavadní péče v celém rozsahu.

Celý spor o další rozsah zdravotní péče trval s přestávkami přibližně 12 let, během nichž se de facto zúžil na otázku, co by bylo bývalo přáním pacientky, kdyby jí kdy napadlo, že by se mohla ocitnout v PVS nebo komatu. Na rozdíl od Nancy Cruzan bylo v případě Terri Shiavo od začátku jasné, že soudem bude muset být o další léčbě rozhodnuto bez jakýchkoliv reálných podkladů o domnělých přáních pacientky; vůle Terri Shiavo byla soudem konstruována, ačkoliv nebylo možné se opřít o jakékoliv přání či alespoň zcela nekonkrétní výrok pacientky.⁵⁰ Právě v případě Terri Shiavo bylo ze strany soudu přistoupeno vskutku k ryzí formě tzv. zástupnému rozhodnutí o další léčbě (v angl. tzv. substituted judgement), které spočívalo jednoduše v tom, že se soud na základě veškerých informací, jež vyšly o léčbě, prognóze i osobě pacientky i prostřednictvím znaleckých posudků v řízení najevo, pokusil vcítit do pozice pacientky, a z této perspektivy, jakoby sama o sobě uvažovala pacientka, ve věci rozhodnout. Takto koncipované rozhodnutí, jakkoliv je převládající americkou doktrínou předkládáno jako legitimní náhražka autentické vůle pacienta, však může být oprávněně kritizováno. V případě Terri Shiavo totiž konečné rozhodnutí ukončit umělou výživu a hydrataci zohledňovalo zřejmě více právě znalecké závěry o nedostatečné kvalitě života a o neblahé prognoze, než že by se pokoušelo dovodit hypotetickou vůli pacientky.

⁵⁰ Hook, C.C., Mueller, P.S.: The Terri Shiavo Saga: The Making of a Tragedy and Lessons Learned, Mayo Clin Prec, Nov. 2005, 80 (11): 1449-1460.

4.3 Německo – Případ pacientky K.

V červnu 2010 byl ve věci dříve vyslovených přání vynesena německým spolkovým soudním dvorem zcela zásadní rozsudek,⁵¹ který výslovně potvrdil tradiční německou nauku. Obžalovaným ve věci byl německý advokát P. specializující se na medicínské právo se zvláštním zaměřením na oblast paliativní medicíny. Obětí měla být dle obžaloby pacientka K., která byla klientkou specializovaného sociálního zařízení v B.H. Paní K. upadla v důsledku masivního krvácení do mozku v říjnu 2002 do komatu, od té doby byla uměle vyživována, její zdravotní stav byl nepříznivý. V roce 2006 jí v důsledku fraktury musela být amputována levá ruka, i přes zavedení žaludeční sondy docházelo u paní K. k postupnému významnému váhovému úbytku, v prosinci 2007 vážila paní K. při výšce 1,59 m jen 40 kg, a nebylo možné očekávat, že by se její zdravotní stav jakkoliv v budoucnu zlepšil. Dcera a syn paní K., kteří byli soudem ustanoveni za její opatrovníky, požadovali, aby už pacientka nebyla uměle vyživována, a mohla v míru a pokoji zemřít.

Za předchozího života paní K. nikdy dříve vyslovené přání nesepsala, nicméně dle dcery pacientka v roce 2002 jednoznačně hovořila v tom smyslu, že by si život prodlužovaný za pomoci přístrojů nepřála. V rozhodnutí ukončit umělou výživu pacientky byli opatrovníci podporováni i lékařem daného zařízení, neboť dle jeho názoru ani z medicínského hlediska nebyla již v případě paní K. umělá výživa indikována. 20. prosince 2007 byla na přání dcery pacientky vytažena žaludeční sonda a zároveň bylo započato s omezováním příjmu tekutin. Nicméně hned následujícího dne bylo vedením sociálního zdravotnického zařízení rozhodnuto o opětovném zavedení žaludeční sondy, a dceři paní K. byl zakázán vstup do objektu. Po poradě s obžalovaným, který zavrhl možnost domáhat se v té věci soudního rozhodnutí, neboť toto by trvalo přespříliš dlouho, a který se domníval, že nikdo znovu žaludeční sondu znovu zavádět nebude, dcera⁵² žaludeční sondu odstříhla. Následně byla dcera pacientky zatčena přivolanou policií. Pacientka nakonec 5 ledna 2008 umírá v důsledku svého neustále se zhoršujícího zdravotního stavu. Dcera paní K. byla obžalována z pokusu o zabití, kdy její jednání bylo posouzeno jako aktivní konání, nicméně později byla obžaloby zproštěna, neboť jednala na radu obžalovaného P., právního experta na předmětnou problematiku. I obžalovaný P. byl posléze shledán nevinným, když německý spolkový dvůr kvalifikoval vytažení žaludeční sondy jako opomenutí (opomenutí spočívající v dalším nezadržování smrti), které je

⁵¹ Rozsudek Německého spolkového dvora 2 StR 454/09 – NJW 2010, 2963. Rozsudek byl revidován a potvrzen 2 StR 320/10.

⁵² Srov. s výše uvedenou pozn. pod čarou č.40: Dcera, opatrovník, je obdobně jako ošetřující lékař v pozici garanta.

možné požadovat i prostřednictvím neformálního dříve vysloveného přání a které je nejen beztrestné, ale i legitimní, neboť umožňuje v německém právním řádu tolik ceněný výkon autonomie a práva na důstojnost jednotlivce.

4.4 Česká republika

V prosinci 2011 byl schválen Parlamentem ČR zákon o zdravotních službách s účinností od 1.4.2012, který se v § 36 odst. 5 výslovně stanoví, že *dříve vyslovené přání*

- a) *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; (...)*
- b) *nelze respektovat, pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti,*
- c) *nelze respektovat, pokud by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby,*
- d) *nelze respektovat, pokud byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušení by vedlo k aktivnímu způsobení smrti.*

Zákon o zdravotních službách tedy odmítá aprobovat závaznost takového dříve vysloveného přání, které by požadovalo aktivní způsobení smrti, podobně, jak je tomu v naprosté většině zemí, jež přijaly institut dříve vysloveného přání. V současných souvislostech, kdy usmrcení na žádost není trestním zákoníkem v ČR upraveno ani jako výslovná privilegovaná skutková podstata, je koncepce § 36 odst. 5 zákona o zdravotních službách zcela na místě; ostatně, nizozemskou, belgickou a lucemburskou právní úpravu, která umožňuje aktivní euthanasii na základě dříve vysloveného přání, lze v tomto ohledu považovat zřejmě spíše za extrémní výjimku, zřejmě ještě problematičtější, než samotné dekriminalizované usmrcení na žádost v reálné časové souvislosti s žádostí pacienta o usmrcení. Nad aktuálním českým zákonným ustanovením dříve vysloveného přání se ovšem palčivě nabízí otázka, proč je dle Důvodové zprávy aktivní usmrcení vykládané jako odpojení od přístroje, jež je dokonce stavěno na roveň podání smrtící dávky léků.⁵³

Tato konstrukce je o to nepochopitelnější, že z návrhu zákona ve světle Důvodové zprávy vyplývá, že pacient nemá právo prostřednictvím dříve vysloveného přání požadovat,

⁵³ K rozlišení aktivní a pasivní euthanasie, jakož i aktivní přímé a nepřímé a tzv. double effectu srov. úvodní kapitolu avšak uvedenou pozn. pod čarou č. 37.

aby byl odpojen od přístroje, ačkoliv na druhou stranu může požadovat, aby na přístroj vůbec připojen nebyl. Toto pojetí je přitom zcela nekonzistentní s celým právním rámcem odmítání zdravotní péče, neboť jak bylo vysvětleno již v textu výše, pacient, který je v relevantním okamžiku způsobilý k právním úkonům, okamžité odpojení od přístroje (kupř. dialýzy) požadovat může,⁵⁴ aniž by bylo dovozováno, že tím dojde ze strany zdravotníka k zaviněnému aktivnímu způsobení škody na zdraví či smrti.

Lze tedy shrnout, že česká právní úprava dříve vysloveného přání dle § 36 zákona o zdravotních nejenže nerespektuje obecné (jakož i ústavněprávní) zákonitosti poskytování zdravotní péče, ale dokonce tím, že nepřipouští, aby na základě dříve vysloveného přání bylo možné požadovat odpojení od přístroje, bez nadsázky popírá hlavní a původní smysl dříve vysloveného přání.⁵⁵

⁵⁴ Ust. § 34 odst. 5 zákona o zdravotních službách (Odvolání souhlasu není účinné, pokud již bylo započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušlení může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života pacienta) je v rozporu s čl. 5 a násl. Úmluvy o biomedicíně, jakož i judikaturou Ústavního soudu.

⁵⁵ Termín advance directive byl poprvé použit v USA v 60. letech minulého století právníkem L. Kutnerem právě v souvislosti s dříve vysloveným přáním, kterým pacient odmítá, aby byl i za pomoci přístrojů udržován při životě proti své vůli. In.: Emanuel L. How living wills can help doctors and patients talk about dying. *BMJ* 2000; 320: 1618-1619.

V. Závěr

České právo, které vzhledem ke znění Důvodové zprávy k zákonu o zdravotních službách výslovně prohlašuje odpojení od přístroje za konání, a tím odpírá pacientům možnost, aby na základě jejich přání u nich byla pro případ jejich budoucí nezpůsobilosti k právním úkonům ukončena přístrojová podpora vitálních funkcí, představuje jistě zcela raritní chápání výkonu pacientovi autonomie, a je oprávněně odmítáno.

I s ohledem na neutichající doktrinální spory v zemích - kde se však právo pacienta požadovat odpojení od přístrojů jako takové již dlouhá léta nikterak nezpochybňuje - o *povahu jednání* odpojení od přístrojů, se přesto nejeví jako dostatečně přesvědčivé odbýt řešení v současnosti platné a účinné právní úpravy týkající se odpojování od přístroje prostým konstatováním, že důvodová zpráva nemá sílu zákona, a dříve vyslovené přání bude nutno respektovat, i když bude požadovat odpojení do přístrojů.⁵⁶

V situaci, kdy chybí jakékoliv soudní rozhodnutí a de facto i dlouhodobější veřejná diskuse nad tématem odpojování od přístrojů, představuje Důvodová zpráva k zákonu o zdravotních službách legitimní prostředek⁵⁷ teleologického výkladu, který s ohledem na některé zahraniční právní názory nepředstavuje zcela absurdní a nepochopitelný exces ze strany českého zákonodárce. Domnívám se proto, že k dosažení právní jistoty pacientů a zdravotníků při ukončování přístrojové podpory je zapotřebí více než jenom (byť pochopitelná) názorová shoda „většiny přítomných právníků na odborné konferenci“.⁵⁸ Jako jedno z neúčinnějších řešení se jeví doplnění závazného doporučeného postupu dle § 4 odst. 5 zákona o zdravotních službách, konkrétně Konsenzuálního stanoviska k poskytování paliativní péče, které by výslovně řešilo ukončování přístrojové podpory vitálních funkcí s ohledem na diagnózu, prognózu a vůli pacienta.

⁵⁶ Lidové noviny ze dne 30.3.2012 referovaly o odborné konferenci, na níž se valná většina přítomných právníků shodla, že vypnutí přístrojů „není aktivní způsobení smrti“, které je zakázané. A tedy ho lékař musí respektovat. „Důvodová zpráva nemá sílu zákona,“ upozorňuje soudce brněnského krajského soudu Michal Ryška. Odpojení od přístrojů nepovažuje za eutanazii a opírá se přitom mimo jiné o rozhodnutí německých soudů nebo i názor křesťanského bioetiky Marka Váchy. Jestli může pacient odmítnout „jen“ resuscitaci, nebo i pomoc přístrojů, je přitom velký rozdíl. Typický příklad popsal známý chirurg Pavel Pafko: pacient při dopravní nehodě upadne do bezvědomí a záchranáři ho napojí na dýchací přístroj. Přijede do nemocnice, kde leží jeho dříve vyslovené přání a tam se má rozhodnout. Odpojit? „Od prvního dubna budou muset lékaři dříve vyslovené přání respektovat,“ odpovídá Těšinová. In.: Čabanová A.: Odpojit od přístrojů od neděle, Lidové noviny, 30.3.2012.

⁵⁷ Důvodová zpráva je prostředek tzv. nezávazného, ale relevantního výkladu právní normy. In.: Boguszak, J.: Teorie práva, 2. Vyd., Praha: ASPI Publishing, 2004, str.181.

⁵⁸ Lidové noviny ze dne 30.3.2012. Ibid.

Abstrakt

Ukončení přístrojové podpory životních funkcí, jakožto jedno z rozhodnutí připadajících do úvahy na konci života pacienta, vzbuzuje v současné době pozornost zejména v souvislosti s ust. § 36 zákona o zdravotních službách a Důvodovou zprávou k němu, z níž vyplývá, že odpojení od přístrojů je považováno za aktivní způsobení smrti. Tento postulát o povaze jednání spočívajícího v odpojení od přístrojů, jakkoliv nelze Důvodovou zprávu považovat za obecně závazný dokument, by přitom měl v případě svého uznání praktické dalekosáhlé dopady. Je-li totiž odpojení od přístroje chápáno jako konání, jimiž je způsobena smrt, nelze je prostřednictvím dříve vysloveného souhlasu pacienta požadovat, což ovšem zcela popírá smysl a účel dříve vysloveného přání a znatelně limituje ústavněprávními předpisy stanovený rozsah výkonu pacientovy autonomie.

Abstract

To withdrawal of supporting apparative measures, which represents one of the end-of-life decisions, is to be paid attention in accordance to s. 36 of the Healthcare Services Act and its Explanatory report which proclaim withdrawal of a life supporting machine for an active commitment. Although the Explanatory report does not belong to generally binding documents, by eventual acceptance its postulates the extent of exercising of patient's autonomy could be restricted as no killing can be required with advanced directives. Not only the Czech new provisions on advanced directives seem in the context of Explanatory report to the s. 36 of the Healthcare Services Act unconstitutional, they even deny the purpose of the whole institut of advanced directives.