Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta právnická

Diplomová práce

„Vybrané aspekty trestněprávní odpovědnosti lékařů a jiného zdravotnického personálu“

Marek Šmejc

Plzeň 2019

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci vypracoval samostatně, všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány.

V Plzni dne 22. 03. 2019 .....

Obsah

Úvod…….. 1

1 Relevantní právní předpisy 3

1.1 Ústavní pořádek ČR……..…….... 3

1.2 Zákony a obecné právní předpisy……..... 3

1.3 Mezinárodní smlouvy. ….……... 4

1.4 Specifické právní předpisy. ….……... 5

2 Pojem trestní odpovědnosti v medicínském právu…….……5

2.1 Trestní odpovědnost jakožto právní institut……..... 5

2.2 Trestní odpovědnost v medicíně…….…….....6

2.2 Pojem „*lex artis*“…… …….…….... 9

3 Postavení a odpovědnost jednotlivých členů zdravotnického personálu……16

3.1 Vztah nadřízený – podřízený a odpovědnost s ním spjata....……..... 16

3.2 Neplnohodnotně kvalifikované osoby ve zdravotnictví a odpovědnost za ně…...…… 18

3.3 Odpovědnost a přímý podíl pacienta na poskytování lékařské péče…...……...…20

3.4 Odpovědnost vznikající v rámci týmové práce zdravotnických pracovníků……....… 22

4 Některé možnosti právní obrany členů zdravotnického personálu v trestním řízení…… 24

4.1 Opatření a kroky preventivního charakteru....…… ……..... 24

4.2 Podání trestního oznámení proti členu zdravotnického personálu...…..... 27

4.3 Průběh trestního řízení....…… …… … … … … … ……..... 28

4.4 Trestné činy páchané na členech zdravotnického personálu....…..... 29

5 Vybrané trestné činy, ke kterým v rámci výkonu zdravotnických profesí dochází…..30

5.1 Ublížení na zdraví....…… ……..... 30

5.2 Těžké ublížení na zdraví a ublížení na zdraví z nedbalosti...……..... 30

5.3 Usmrcení z nedbalosti....…… ……..... 32

5.4 Neposkytnutí pomoci....…… ……..... 32

5.5 Padělání a vystavování nepravdivé lékařské zprávy, posudku a nálezu.....34

5.6 Omezení a zbavení osobní svobody.....……. ……..... 34

5.7 Nedovolené nakládání s tkáněmi a orgány..... ……..... 35

5.8 Nedovolené nakládání s lidským embryem a lidským genomem….... 35

5.9 Účast na sebevraždě.....……. ……..... 36

6 Komparace se zahraniční právní úpravou týkající se problematiky eutanázie…….. 37

6.1 Seznámení s problematikou eutanázie.....……. ……..... 37

6.2 Eutanázie a pojmosloví s ní související.....……. ……..... 39

6.3 Právní řád České republiky a eutanázie.....……. ……..... 39

6.3.1 Historie trestněprávní úpravy v dané oblasti.....……..... 40

6.3.2 Současná trestněprávní úprava.....……..... 43

6.4 Právní úprava eutanázie na území USA.....……. ……..... 47

6.5 Nizozemská právní úprava eutanázie.....……. ……..... 50

6.6 Švýcarská právní úprava eutanázie.....……. ……..... 59

6.7 Německá právní úprava eutanázie.....……. ……..... 62

7 Možná řešení právní úpravy na území ČR……..... 65

Závěr……71

Úvod

Medicína jako taková je jedním z nejrychleji a nejdynamičtěji se rozvíjejících oborů lidské činnosti a to zejména co se týče léčebných a diagnostických postupů, jelikož nám v tomto ohledu přináší novinky téměř každý den. Postupem let se mnohonásobně zvětšila škála všech možných onemocnění, jejich příznaků a rovněž jejich příčin. V souvislosti s tímto hovoříme také o velkém pokroku v oblasti léčebných procesů, s čímž jde ruku v ruce značně navýšená škála možných komplikací, ke kterým může během léčení dojít, a se kterými je lékař nucen kalkulovat během samotné diagnózy a volby některého z rozličných léčebných postupů. To znamená, že jsou na lékaře, ale i další zdravotnický personál kladeny skutečně vysoké nároky.

Zvýšená míra odpovědnosti je spojována s mnohými profesemi, přičemž povolání lékaře či zdravotní sestry je právě jednou z těchto profesí. Sebemenší pochybení ze strany lékařů nebo některého ze zástupců zbylého zdravotnického personálu může velmi často vyústit v tragické následky, mezi které rovněž patří úmrtí samotného pacienta. Na jedince působícího v tomto profesním odvětví je vyvíjen značný tlak nejen kvůli výše zmíněné zvýšené odpovědnosti, ale také kvůli značnému zájmu veřejnosti a zejména medií, která každý případ takovéhoto pochybení považují za velice lukrativní a přitažlivé téma a tento nápor na psychiku zdravotnického personálu se zvyšuje úměrně s každým dalším případem, o kterém se v médiích píše nebo hovoří. Pokud by se český lékař setkal s některým svým zahraničním kolegou, například ze západní Evropy nebo až ze Spojených států amerických, zjistil by, že výše popsaná situace je v tomto smyslu pro tamější zdravotníky často mnohem těžší. Nicméně nejlepší ochranou pro lékaře a zdravotnický personál je seznámení se s platnou právní úpravou, a to nehledě na místo výkonu některé ze zdravotnických profesí. Zůstaneme-li u českého právního řádu, je třeba podotknout, že právní úprava v obecném smyslu je u nás velmi často obměňována a novelizována, v důsledku čehož se může osobám „neprávníkům“ jevit obeznamování se s těmito zákony dopodrobna jako naprosto zbytečné. Ačkoliv tomu v některých právních odvětvích skutečně tak je, právní úprava odpovědnosti ve zdravotnictví se jeví jako značně stabilní a jen těžko bychom mohli očekávat změnu týkající se některých základních principů v této oblasti, neboť právě tyto principy jsou obdobné i v ostatních zemích, které svou právní kulturou rovněž spadají do euroatlantického prostoru. Samotné právní

úpravě bude v rámci diplomové práce rovněž věnována větší pozornost, v důsledku čehož předpokládám potvrzení výše uvedeného.

Na bedra lékařů, ale i dalších členů zdravotnického personálu, padá mnoho povinností, jejichž nesplnění může mít za následek vznik hned několika druhů odpovědnostních vztahů mezi nimi a pacienty, popř. pozůstalými po zemřelém pacientovi. Můžeme zde hovořit o odpovědnostních vztazích v obecné rovině, kdy se jedná zejména o občanskoprávní, pracovněprávní, trestní či správní (přestupky). Mezi takovéto odpovědnostní vztahy řadíme v rovině speciální také disciplinární odpovědnost lékařů v rámci České lékařské komory. V rámci této diplomové práce se hodlám předně zaměřit na trestněprávní odpovědnost výše jmenovaných subjektů, jelikož se jedná nepochybně o nejcitlivější odvětví právní odpovědnosti zdravotnického personálu. Je třeba si totiž uvědomit jakou povahu má vztah mezi trestněprávní a jinou odpovědností za pochybení během výkonu některé ze zdravotnických profesí. Je praxí prověřeno, že občanskoprávní, pracovněprávní či v některých případech i správní sankce velmi často závisejí na výsledku trestního řízení. Například, pokud je některý zdravotnický pracovník pravomocně odsouzen za trestný čin těžké ublížení na zdraví z nedbalosti, je výrok trestního soudu postačujícím podkladem pro vznik občanskoprávní odpovědnosti za škodu i odpovědnosti za porušení pracovní kázně podle zákona č. 262/2006 Sb., Zákoník práce. Soud činný v občanskoprávním řízení tedy nadále nezkoumá zavinění, nýbrž se zabývá pouze otázkou rozsahu náhrady škody v daném případě.

Trestněprávní či trestní odpovědnost zdravotnického personálu bude tedy hlavním předmětem zkoumání této diplomové práce, přičemž se nejprve seznámíme ve stručnosti s pojmem trestněprávní odpovědnosti a s pojmy s tímto souvisejícími (např. pojem *lex artis*). Po prostudování relevantních právních předpisů hodlám konkrétněji rozdělit trestněprávní odpovědnost zdravotnického personálu mezi jeho jednotlivé členy, během čehož zde rovněž vyvstane otázka právní ochrany těchto subjektů, ke které bude bezesporu třeba se také vyjádřit. Následovat bude porovnání s právní úpravou na území jiných světových velmocí v konkrétní oblasti asistovaného úmrtí, přičemž tato komparace by měla mít ve spojení s příslušnou judikaturou do jisté míry za následek formulaci několika návrhů de lege ferenda.

1 Relevantní právní předpisy

1.1 Ústavní pořádek ČR

Právní úpravu trestní a jiných odpovědností v rámci výkonu zdravotnických profesí nalezneme v právním řádu České republiky, a to v hned několika jeho rovinách. První zmíněnou bude rovina ústavní, tj. úprava probírané problematiky v rámci ústavního pořádku České republiky. Samotná Ústava České republiky sice neobsahuje konkrétní ustanovení, které by přímo zasahovalo do problematiky medicínského práva, avšak je třeba uvést zásadu, o které hovoří čl. 2 odst. 4 Ústavy, tedy zásadu, podle které může každý občan činit to, co není zákonem zakázáno, a nikdo nesmí být nucen činit to, co zákon neukládá. Zmiňuji tuto zásadu, jelikož se týká mimo jiné rovněž postavení zdravotníků a jejich vzájemných práv a povinností ve vztahu s pacienty a jinými osobami. Pojem „zákon“ Ústava užívá na místo pojmu „právní předpis“ za určitým účelem, a to jelikož povinnosti, práva, zákazy či příkazy je možné v rámci demokratického státu ukládat občanům pouze zákonem, přičemž prováděcí předpisy k těmto zákonům (vyhlášky, nařízení vlády) mohou pouze upřesňovat práva a povinnosti těmito zákony stanovená. Součástí ústavního pořádku České republiky je rovněž Listina základních práv a svobod, jež v některých svých ustanoveních přímo či nepřímo zasahuje do problematiky práva v oblasti medicíny. Ustanovení týkající se dané problematiky spatřuji v následujících článcích Listiny základních práv a svobod: článek č. 6 (každý má právo na ochranu života, lidský život je hoden ochrany již před narozením), článek č. 7 (nedotknutelnost osoby a jejího soukromí), článek č. 8 (osobní svoboda je zaručena + Zákon stanoví, ve kterých případech může být osoba převzata nebo držena v ústavní zdravotnické péči bez svého souhlasu a takové opatření musí být do 24 hodin oznámeno soudu, který o tomto umístění rozhodne do sedmi dnů.), článek č. 10 (právo na ochranu osobních údajů) a stěžejní článek č. 31 (každý má právo na ochranu zdraví a občané mají na základě veřejného zdravotního pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon).

1.2 Zákony a obecné právní předpisy

Mezi zákony a obecné právní předpisy, které se dotýkají problematiky medicínského práva, patří mimo jiné zákon č. 89/2012 Sb., Nový občanský zákoník, jenž kromě jiného upravuje odpovědnost za zásah do práva na ochranu

osobnosti, odpovědnost za škodu a rozsah případné náhrady škody. S tímto ovšem souvisí zákon č. 99/1963 Sb., Občanský soudní řád, který upravuje postup v soudním řízení. Obdobně je tomu tak u vztahu Správního řádu a Soudního správního řádu, avšak tyto předpisy se zaměřují na správní odpovědnost ve zdravotnictví, kdy hovoříme o správním řízení, jehož účastníky mohou být také správní orgán ve zdravotnictví, tj. krajský úřad, Magistrát hlavního města Prahy, Ministerstvo zdravotnictví ČR, orgán ochrany veřejného zdraví nebo jiný úřad, na jedné straně a poskytovatel zdravotní služby na straně druhé (nemocnice nebo soukromý lékař). Dále, pokud bychom na členy zdravotnického personálu pohlíželi pouze jako na zaměstnance, se užije ustanovení zákona č. 262/2006 Sb., Zákoník práce. Jako poslední příklady lze uvést Zákon o sociálně-právní ochraně dětí nebo Zákon o znalcích a tlumočnících, nicméně pro účely objasnění problematiky trestněprávní odpovědnosti lékařů a jiných zdravotnických pracovníků je stěžejním východiskem zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník, jehož ustanovení se týkají například odpovědnosti za ublížení na zdraví z nedbalosti nebo usmrcení z nedbalosti, dále mimo jiné zakládá povinnost překazit trestný čin a ukládá sankce za neposkytnutí pomoci, za trestné činy proti těhotenství ženy nebo za neoprávněné nakládání s osobními údaji. Stejně tak se v „trestním“ medicínském právu často hovoří o trestných činech souvisejících s neoprávněným nakládáním s lidskými orgány a tkáněmi, lidským embryem a genomem. Mechanismu prověřování, zda se zdravotnický pracovník dopustil trestného činu a samotného trestního stíhání upravuje zákon č. 141/1961 Sb., Trestní řád.

1.3 Mezinárodní smlouvy

Ústava České republiky stanoví, že ratifikované mezinárodní smlouvy mají přednost při jejich aplikaci před běžnými zákony České republiky a zákony se musí těmto závazným smlouvám přizpůsobit. Mezinárodní smlouvy relevantní k problematice medicínského práva se převážně zabývají oblastí ochrany zdraví, přičemž je to v první řadě Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (tj. Úmluva o lidských právech a biomedicíně). Rovněž tak se uvádí Úmluva o právech dítěte, Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod z roku 1951 (v České republice přijata pod č. 209/1992 Sb.), Úmluva o závodních zdravotních službách (přijata pod č.

145/1988 Sb.) a Evropská sociální charta z roku 1961, která zakotvuje mimo jiné i právo na ochranu zdraví, na dostupnou lékařskou péči a pomoc.

1.4 Specifické právní předpisy

Právních předpisů upravujících zdravotní služby je mnoho, ať už ve formě zákonů nebo ve formě vyhlášek (např. o zdravotnické dokumentaci, o preventivních prohlídkách, o stanovení pravidel při lékařském ozáření apod.). V této fázi si větší pozornost „zasluhují“ především zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách. Vzájemný vztah těchto dvou předpisů lze považovat již z názvů za zcela zřejmý, přičemž zákon o zdravotních službách upravuje za prvé právní vztahy orgánů státní správy a poskytovatelů zdravotních služeb. Za druhé pak právní vztahy mezi poskytovateli zdravotních služeb, lékaři a dalšími členy zdravotnického personálu na jedné straně a pacienty figurujícími na straně druhé. Zatímco zákon o specifických zdravotních službách upravuje zvláštní druhy zdravotních služeb, jako například asistovanou reprodukci, kastraci, sterilizaci, posudkovou péči a další zdravotní služby speciální povahy.

Dále existují další právní předpisy vztahující se ke způsobilosti k výkonu povolání lékaře a nelékařských zdravotnických povolání, právní předpisy týkající se veřejného zdravotního pojištění či právní a stavovské předpisy upravující některé vztahy v rámci České lékařské komory.

2 Pojem trestní odpovědnosti v medicínském právu

2.1 Trestní odpovědnost jakožto právní institut

Trestní odpovědností rozumíme odpovědnost fyzické osoby za spáchání trestného činu, tj. za protiprávní jednání, které je výslovně uvedené v trestním zákoníku jako jednání trestné. Rovněž po přijetí zákona o trestní odpovědnosti právnických osob, může být ve specifických případech předvídaných zákonem dovozena trestní odpovědnost i vůči právnické osobě.

Ve všech případech trestní odpovědnosti jsou dány podmínky, jež musí být naplněny kumulativně, aby mohl příslušný druh odpovědnosti nastat. Tyto podmínky jsou následující: protiprávní jednání (tj. porušení právní povinnosti), zavinění, škodlivý následek a tzv. kauzální nexus (tj. příčinná souvislost) mezi

protiprávním jednáním a škodlivým následkem. Protiprávním jednáním ve zdravotnictví rozumíme zejména takový postup lékaře/ zdravotnického pracovníka, který je v rozporu s povinností poskytovat zdravotní služby v náležité odborné úrovni (*lege artis*). Dále se také může jednat o porušení povinnosti poskytnout první pomoc nebo například porušení povinné mlčenlivosti. Na rozdíl od občanskoprávní odpovědnosti, je zavinění v případě trestněprávní odpovědnosti podmínkou naprosto nezbytnou. Zavinění v trestním řízení dokazuje obžaloba, přičemž rozlišujeme zavinění úmyslné a nedbalostní, přičemž samotný trestní zákoník rozlišuje trestné činy, které lze spáchat pouze úmyslně (například neposkytnutí pomoci) a dále ty, které lze spáchat i z nedbalosti a u kterých toto zákon výslovně uvádí (například ublížení na zdraví). Škodlivý následek v tomto kontextu znamená vznik škody na zdraví či na životě pacienta. V souvislosti s neposkytnutím první pomoci pokládáme za škodlivý následek již samotné ohrožení, tj. skutečnost, že pomoc nebyla poskytnuta. Pojem příčinné souvislosti není sám o sobě nikterak záludný, jde tedy o zjišťování, zda škodlivý následek nastal jakožto důsledek porušení právní povinnosti. Nicméně tento znak trestní odpovědnosti by v sobě skýtal účinnou obranu lékaře v trestním řízení, neboť je požadováno, aby byla příčinná souvislost postavena na jisto. Tudíž o vzniku škodlivého následku v přímé souvislosti s předmětným protiprávním jednáním nesmí být pochyb. Rozdíl můžeme spatřovat v občanskoprávním řízení, kde se judikatura spíše přiklání k tomu, že stačí vyšší míra pravděpodobnosti a nelze trvat na úplné jistotě.[1]

2.2 Trestní odpovědnost v medicíně

V posledních letech se často objevují v souvislosti s trestněprávní odpovědností lékařů názory, které se zabývají otázkou, zda není až příliš tvrdé vyvozovat trestněprávní důsledky v souvislosti s pochybením lékaře, které má za následek smrt či „pouhou“ újmu na zdraví pacienta. Lidé se ptají, proč věc nevyřešit v rovině občanskoprávní, tedy náhradou škody pacientovi nebo pozůstalým. Když si uvědomíme, jak často se lékař pohybuje tzv. na hraně, tedy jak často nad jeho hlavou visí neustálé riziko, že se dopustí jakékoliv chyby, můžeme se ptát: „Není v takovémto případě trestní sankce příliš přísná?“ Shora uvedené řešení spočívající ve vyřešení věci „pouze“ prostřednictvím občanskoprávního řízení není možné. Je třeba si uvědomit, že existuje více

[1] Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník

povolání, které nelze zcela vyloučit z trestní odpovědnosti. Například výkon povolání řidiče autobusu může být značně ztížen místy zledovatělou vozovkou, nicméně i takovýto řidič autobusu je trestně odpovědný za dopravní nehodu, kterou způsobí. Ovšem s ohledem na vysokou odpovědnost v rámci výkonu zdravotnických profesí můžeme spatřovat možné řešení ve zpřísnění kritérií trestní odpovědnosti než u ostatních povolání, avšak dle mého názoru ani toto není to správné řešení, jelikož zdravotnické povolání by nemělo být zvýhodňováno nebo znevýhodňováno ve vztahu k jiným povoláním, pokud jde o odpovědnost za trestný čin. Pravděpodobně nejlepší řešení nám nabízí JUDr. Jan Mach, ředitel právní kanceláře České advokátní komory, který uvádí, že je třeba se zaměřit spíše na důraznější diferenciaci mezi hrubou nedbalostí (popř. spojenou s neposkytnutím potřebné pomoci, neetickým jednáním apod.) a případy, které nelze kvalifikovat jako hrubou nedbalost, leč přesto je třeba je kvalifikovat jako péči *non lege artis*.[2] V souvislosti s tímto se nám tedy nabízí možnost některé méně závažné případy řešit v rámci trestního řízení bez ukládání trestu, a to náhradou škody a vypořádáním mezi poškozeným a původcem způsobené újmy skrze institut podmíněného zastavení trestního stíhání a narovnání.[3]

Trestněprávní odpovědnost lékařů, ale i ostatního zdravotnického personálu může být vyloučena v důsledku existence okolností vylučujících protiprávnost. Pokud nastane některá z okolností vylučujících protiprávnost takového jednání, nejedná se o trestný čin, nýbrž o čin, který se svými rysy podobá trestnému činu, avšak není nedovolený (tj. protiprávní). Mezi takovéto případy okolností vylučujících protiprávnost patří nutná obrana, krajní nouze, svolení poškozeného, přípustné riziko a oprávněné použití zbraně.[4]

Během výkonu zdravotnických profesí může často docházet ke střetu dvou zájmů chráněných právem, například u pacienta dojde k srdeční zástavě a lékař je nucen přistoupit k masáži srdce, přičemž nedopatřením zlomí několik žeber pacienta. Zlomení žeber jako takové se samozřejmě dá pokládat za trestný čin ublížení na zdraví, nicméně jelikož lékař masáží, během níž došlo k vzniku předmětné zlomeniny, odvracel podstatně závažnější nebezpečí (smrt v důsledku srdeční zástavy), nejedná se o trestný čin. V takovémto případě hovoříme o krajní

[2] Tempus Medicorum. 2018, 27., str. 32
[3] Zákon č. 141/1961 Sb., Trestní řád, § 223a a násl.
[4] Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník, Hlava III.

nouzi. Další okolností vylučující protiprávnost, se kterou se můžeme ve zdravotnictví setkat je přípustné riziko. Trestný čin nespáchá ten, kdo v souladu s dosaženým stavem poznání a informacemi, které měl v době svého rozhodování o dalším postupu, vykonává v rámci svého zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce společensky prospěšnou činnost, kterou poruší nebo ohrozí zájem chráněný trestním zákoníkem, nelze-li společensky prospěšného výsledku dosáhnout jinak.[5] Lékař tedy není trestně odpovědný za lékařské výkony řádně indikované a řádně provedené, a to ani v případě úmrtí pacienta v důsledku počínání lékaře. Může jít například o chemoterapii či radioterapii, které v případě maligních chorob mohou mít za následek mimo značného poškození lidského organismu dokonce i smrt pacienta. Na zmíněném příkladu lze jasně demonstrovat kritéria přípustného rizika vylučujícího protiprávnost: jde o výkon společensky prospěšné činnosti (poskytování zdravotní péče), činnost je prováděna v souladu s dosaženým stavem poznání a získanými informacemi v době vlastního rozhodování, činnost je vykonávána v rámci povolání či zaměstnání, společensky prospěšného cíle nelze dosáhnout jinak, dotčená osoba dala k takovému postupu souhlas a provádění takovéto činnosti není neadekvátní míře hrozícího rizika.[6] Tudíž pokud nedal pacient potřebný souhlas a zároveň nebyly splněny podmínky pro poskytnutí péče nebo provedení zákroku bez jeho souhlasu, může se jednat o neoprávněný zásah do osobní svobody takového pacienta, čímž by se lékař dopustil trestného činu.

Výkon zdravotnického povolání je úzce spojen s rizikem. Ať už hovoříme o chirurgovi, jenž za svůj život provedl nespočet náročných operací a přesto se jednoho dne zákonitě dopustí nějaké manuální chyby nebo o anesteziologovi na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, kde pečuje o pacienta, který se nachází na hranici života smrti a náhle se musí rozhodovat v řádu vteřin. V takovýchto situacích není nepravděpodobné, že se lékař nebo jiný člen zdravotnického personálu dopustí omylu v úsudku, například protože se mu v danou chvíli jeví jím zvolený postup jako ten správný, zatímco po pozdějším pečlivém zvážení dojde k úplně jinému závěru. V takovýto okamžik vyvstává otázka, zda by měl být lékař v souvislosti s takovýmto jednáním hodnoceném jako jednání *non lege artis*, trestně odpovědný nebo zda se vzhledem k okolnostem případu dá hovořit o

[5] Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník, § 31
[6] STOLÍNOVÁ, Jitka a Jan MACH. Právní odpovědnost v medicíně. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2010. Theatrum medico-iuridicum. ISBN 9788072626861., str. 34

přípustné míře rizika při výkonu povolání.[7] Co je a co není považováno za porušení právní povinnosti při výkonu lékařského povolání, výstižně popisuje judikát Nejvyššího soudu ČR Z Tdo 219/2005 ze dne 22.3.2005, jenž hodnotí, jaké jednání v současné době běžně považuje trestněprávní nauka za porušení povinnosti postupovat *lege artis*: *„V trestněprávní nauce se běžně považuje za porušení „lege artis“ , pokud lékař při výkonu svého povolání nedodrží rámec pravidel vědy a medicínských postupů, a to v mezích daných rozsahem svých úkolů podle pracovního zařazení, konkrétních podmínek a objektivních možností. Nejvyšší soud v této souvislosti konstatuje, že chyba v diagnóze sama o sobě ještě nemusí mít charakter nedbalosti ani jednání „non lege artis“. Může tomu tak být v případě, je-li nesprávná diagnóza důsledkem závažného porušení postupů pro její určování, například v případě bezdůvodného nevyužití dostupných diagnostických metod. Postup lékaře je ovšem vždy nutno hodnotit „ex ante“, tj. na základě informací, které měl lékař v době rozhodování k dispozici.“*

2.3 Pojem „*lex artis*“

Jelikož jsme se s tímto pojmem v předchozích odstavcích již několikrát setkali, jeví se jako nezbytné jej náležitě vysvětlit. Výše citovaný judikát nám poskytuje částečné vysvětlení tohoto pojmu přímo v praxi. Avšak základem pro povinnost poskytovat péči na náležitě odborné úrovni, tj. *lege artis* je článek 4 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, když tento článek zní následovně: „*Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví, včetně vědeckého výzkumu, je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy.*“ Pro pochopení významu pojmu „*lex artis*“ je bezpodmínečně zapotřebí si uvědomit, v jakém společenském postavení se lékař nebo jiný člen zdravotnického personálu nachází a v rámci jakých společenských i právních „mantinelů“ je nucen pracovat během výkonu své profese. Je nepopiratelným faktem, že profese lékaře je spjata s velkou autoritou ztělesněnou v osobě lékaře a tato jeho vyšší společenská prestiž vyplývá především z jeho odbornosti, dovedností a speciálních znalostí, na základě kterých je schopen zasáhnout do tělesné integrity člověka a v důsledku čehož je schopen ovlivňovat i to nejcennější, co samotný člověk má – tělesné i duševní zdraví. Požadavek postupovat *lege artis* během poskytování zdravotní péče je stěžejním pilířem výkonu lékařské profese. Rovněž je to i jeden z rozhodujících faktorů při posuzování trestní odpovědnosti (popřípadě také

[7] MACH, Jan. Univerzita medicínského práva. Praha: Grada, 2013. ISBN 9788024751139, str. 52

jiného z druhu odpovědností), přičemž samotné hodnocení, zda postup lékaře či zástupce jiného z členů zdravotnického personálu byl *lege artis* nebo naopak *non lege artis*, bývá předmětem sporů a mnoha diskuzí.

Pojem „zákrok" je, podle vysvětlující zprávy k výše citované úmluvě, chápán spíše v širším smyslu, přičemž v sobě skýtá veškeré lékařské výkony prováděných za rozličným účelem, ať už se jedná o výkony rehabilitační, diagnostické nebo například výkony pouze preventivního charakteru. Právní rámec pro tyto zdravotnické výkony tvoří v obecné rovině platný právní řád daného státu, jenž bývá doplňován příslušnými profesními pravidly, kterážto jsou zpravidla stanovena příslušnou profesní komorou. Forma těchto pravidel se často v jednotlivých státech liší. Mohou být například vydávána státem či profesními komorami (často se na tvorbě těchto pravidel oba subjekty podílejí skrze vzájemnou spolupráci) ve formě etického kodexu. V jiných případech se jedná o disciplinární kodex lékařů. Lékařské etiky, nebo zdravotnické legislativy.[8] Obecně lze tedy říci, že mezi tato pravidla spadají jakékoliv prostředky zaručující práva a ochraňující zájmy pacientů. Velice podstatným kritériem pro určování, zda bylo jednání lékaře *non lege artis* či nikoliv, je profesní úroveň a kvalifikace, kterou lze očekávat od profesionálních zdravotníků při výkonu zdravotnického povolání. Tuto určuje současný stupeň vývoje příslušného oboru. Konkrétně článek 4 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně ukládá sledovat pokrok v medicíně, sledovat nový vývoj a vyloučit metody, které již neodpovídají současnému stavu oboru.[9] Tyto profesní standardy však nepředepisují lékaři pouze jeden jediný způsob léčby pacienta v konkrétním zdravotním stavu, nýbrž samozřejmě ponechávají určitý stupeň volnosti při volbě metody a způsobu léčení na konkrétním lékaři. Lékař se tudíž může odchýlit od stanovených profesních standardů způsobem, který mu zákon dovoluje a takovýto postup může být zpětně odůvodněn zájmem pacienta a zjevnou důvodností tohoto postupu za účelem úspěšné léčby.

Článek 4 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně v podstatě ztělesňuje ve své písemné formě povinnost postupovat *lege artis*, tj. v souladu s uznávanými medicínskými postupy a pravidly lékařské vědy. Výše uvedená pravidla můžeme

[8] STOLÍNOVÁ, Jitka a Jan MACH. Právní odpovědnost v medicíně. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2010. Theatrum medico-iuridicum. ISBN 9788072626861., str. 27
[9] Úmluva o lidských právech a biomedicíně., 96/2001 Sb.

dohledat v učebnicích lékařských fakult, v závěrech odborných lékařských a zdravotnických kongresů, v odborných publikacích či doporučeních České lékařské komory a dalších profesních organizací, včetně odborných společností. Nedá se tedy hovořit o povinnosti zajistit existenci jakýchkoliv psaných pravidel, tj. určitých standardů pro lékařské úkony či jediného „korektního" řešení konkrétních diagnóz a zdravotních stavů pacientů.[10]

Samotná zákonná definice pojmu *lex artis* byla v nedávných letech předmětem diskuzí a jejím vývoj se neobešel bez komplikací a střetů několika názorových proudů. Původní znění zákona č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, v polovině šedesátých let dvacátého století stanovilo povinnost poskytovat zdravotní péči na úrovni současných poznatků lékařské vědy. V roce 1990 se ukázalo, že je zcela zjevně zapotřebí přidat ke stávající definici slovo „dostupných" a zákonné ustanovení od tohoto okamžiku znělo následovně: „Zdravotní péči jsou zdravotníci povinni poskytovat na úrovni současných dostupných poznatků lékařské vědy."[11] K dalším změnám mělo dojít v roce 2008, kdy Ministerstvo zdravotnictví ČR předložilo návrh nového zákona o zdravotních službách, v němž formulace zákonné definice *lege artis* zněla tak, že je povinností zdravotníků poskytovat zdravotní služby podle potřeb pacienta. Záměrem zákonodárce byla pravděpodobně snaha zajistit co nejlepší zdravotní péči občanům, nicméně je třeba si uvědomit, že takovéto znění rázem poskytovalo možnost žalobcům proti lékařům a poskytovatelům zdravotních služeb podávat úspěšné žaloby i v případech, kdy byl postup členů zdravotnického personálu správný a v souladu s pravidly lékařské vědy, přičemž také odpovídal postupům všeobecně uznávaným a praktikovaným na poli poskytování zdravotnických služeb. Následně se totiž prokázalo, že provedený úkon/ výkon ze strany lékaře neodpovídal potřebám pacienta, k čemuž logicky během vykonávání lékařské profese bohužel ne zřídkakdy dochází. Proti tomuto návrhu zákona se ohradila Česká lékařská komora, když varovala před jejím zneužíváním a navrhovala využití uznávaného judikátu Nejvyššího soudu ČR sp. zn.: 7 Tdo 219/2005 pro formulaci zákonné definice pojmu *lex artis*. Definice, která by z takovéto volby vznikla, by zjevně mnohem více odpovídala realitě a chránila by zdravotnický personál před výše zmiňovanými zbytečnými žalobami a následně i před

[10] HRIB, Nikolaj. Trestní odpovědnost ve zdravotnictví: problémy teorie a metodologie. Praha: Vydavatelství PA ČR, 2004. ISBN 8072511475, str. 30
[11] Zákon č. 20/1966 Sb., Zákon o péči o zdraví lidu

případným trestním stíháním. Ke stejnému závěru nakonec došlo i právní kolegium Ministerstva zdravotnictví ČR, když navrhovanou definici schválilo.[12]

Definice popisovaná ve výše citovaném judikátu Nejvyššího soudu ČR sp. zn. 7 Tdo 219/2005 byla téměř doslovně převzata do nově přijatého zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v rámci kterého je vyjádřena skrze několik ustanovení, tj. ustanovení § 4 odstavci 5, dále v § 45 odstavci 1 a v § 49 odstavci 1 písm. a). První zmíněné ustanovení zákona o zdravotních službách zní takto: „*Náležitou odbornou úrovní se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti*.“ Další ustanovení § 45 odst. 1 stejného zákona zní následovně: „*Poskytovatel je povinen poskytovat zdravotní služby na náležité odborné úrovni, vytvořit podmínky a opatření k zajištění uplatňování práv a povinností pacientů a dalších oprávněných osob, zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků při poskytování zdravotních služeb*.“ Poslední zmíněné ustanovení § 49 odst. 1 písm. a) zákona č. 372/2011 Sb. zakládá následující povinnost každému z řad zdravotnických pracovníků: „*Zdravotnický pracovník je povinen poskytovat zdravotní služby, ke kterým získal odbornou nebo specializovanou způsobilost podle jiných právních předpisů, v rozsahu odpovídajícím jeho způsobilosti a zdravotnímu stavu pacienta, na náležité úrovni a řídit se etickými principy*.“[13]

Uvedená ustanovení zákona o zdravotních službách a z nich vyplývající definice l*ege artis* mají na práci zdravotníků v praxi hned několik dopadů. Vhodný medicínsky uznávaný postup odpovídající pravidlům lékařské vědy volí konkrétní lékař až po dohodě s pacientem a rovněž s přihlédnutím k jeho individualitě. Takovýto lékař není „svazován“ žádnými závaznými postupy (výjimky z tohoto nám stanoví jiný zákon), nebo povinnými standardy a zvolí-li jakýkoli uznávaný medicínský postup, postupoval *lege artis*. Pokud by však přeci jen mělo dojít k hodnocení práce lékaře, je třeba brát v potaz jeho objektivní možnosti a konkrétní podmínky, které v daném místě a čase během poskytování zdravotní péče hráli svou neodmyslitelnou roli. Nově nalezená definice pojmu *lex artis* byla v roce 2013 také předmětem rozhodování pléna Ústavního soudu ČR, kdy se skupina poslanců ve svém návrhu domáhala zrušení části definice tohoto

[12] Tempus Medicorum. 2018, 27., str. 33
[13] Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

pojmu, a to konkrétně části „*s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti*“, přičemž argumentovala především tím, že pacient má právo na zdravotní péči na nejlepší možné úrovni lékařské vědy a toto právo, dle názoru skupiny poslanců, není možné omezovat na konkrétní podmínky a objektivní možnosti zdravotnických zařízení, když úroveň těchto institucí se může v některých případech značně lišit. Nicméně Ústavní soud učinil svým počínáním definitivní tečku za sporem o neústavnosti nové definice *lege artis*, když zamítl tento návrh skupiny poslanců s tím, že zvolená definice plně odpovídá ústavnímu pořádku České republiky a reálným možnostem českého zdravotnictví. Stanovil tak ve svém nálezu ze dne 27.11.2013 sp. zn. Pl. 1/12.[14]

Po objasnění okolností, které zaručují, že lékař nebo jiný člen zdravotnického personálu jednal při svém počínání *lege artis*, je třeba zmínit některé příklady jednání ze strany zdravotníků opačného rázu, tj. *non lege artis*. Příkladem porušení požadavku poskytovat péči *lege artis* může být v první řadě nedostatečná odbornost (např. neatestovaný lékař). Takovýto nedostatek může spočívat kupříkladu v nedostatku praxe a zkušeností pro provádění určitého výkonu, ačkoliv pro něj nebyly stanoveny zvláštní předpoklady. Nedostatečná odbornost může také spočívat v nedoplňování si potřebných znalostí a dovedností, v nenaplnění stanovených podmínek pro určitý úkon (úkon vyžadoval speciální znalosti nabyté v praxi nebo speciálním vzděláním), ve vybočení z příslušných oprávnění lékaře (tzv. exces) atd. K uvedeným příkladům může rovněž docházet v důsledku nedostatků v organizaci práce, například pověřování sester zdravotními úkony, které jsou nad rámec jejich oprávnění a odborného vzdělání. Dalšími příklady nedostatků v organizaci práce jsou tolerování odborných pochybení, požití alkoholu nebo jiných omamných látek podřízenými na pracovišti nebo trpění špatné sterilizace nástrojů. Všechny tyto okolnosti mohou mít za následek i smrt pacienta. První zmíněné porušení požadavku poskytovat péči *lege artis* často souvisí i s přeceněním vlastních schopností a nezajištění návazné péče. V takovémto případě můžeme hovořit například o nevyžádání si odborného konziliárního vyšetření tam, kde je takových odborných znalostí třeba a konzilium mělo být bez pochyb vyžádáno. Nicméně, i v případě poskytnutí odborných stanovisek jiných odborníků než je vyšetřující lékař sám, dochází k nerespektování těchto stanovisek ošetřujícím lékařem. Rovněž je známo několik

[14] Nález ÚS ze dne 27.11.2013 sp. zn. Pl. 1/12

případů, kdy došlo k pozdnímu zajištění hospitalizace nebo k pozdnímu předání konkrétního pacienta do péče jiných odborníků, kteří jsou schopni zajistit pacientovi náležitou zdravotní péči. Také existují různá odborná pracoviště s příslušným vybavením, prostřednictvím něhož může dojít k účinné léčbě pacienta, nicméně může docházet také k nezajištění včasného transportu pacienta, jehož zdravotní stav vyžaduje užití zmíněného vybavení, kterým jinak zdravotnické zařízení nedisponuje.

O smrti a životě pacienta také často rozhodují „pouhá“ přehlédnutí ze strany zdravotnického personálu, selhání jejich získaných dovedností nebo bývají rovněž časté některé chyby technického rázu, například chyba v obsluze přístroje nebo neprostudování návodu pro aplikaci léčiva. Různá přehlédnutí ze strany lékaře nebo selhání jeho dovedností spočívají často kupříkladu v ponechání cizích těles v operačním poli, v nezdaru při manuálním výkonu (zavedení kapačky mimo žílu pacienta) nebo ve velice frekventované a nešťastné záměně, ať už se jedná o záměnu samotných pacientů nebo pouhé části těla pacienta, léčiva, přístroje apod. Ze strany některých zdravotníků se pacienti ne zřídkakdy setkávají s nevhodným či nešetrným jednáním, jež zahrnuje nedostatečné poučení, nešetrné oznámení diagnózy, neschopnost zamezení vedení nevhodných diskuzí v přítomnosti pacienta nebo přistoupení ke zbytečným a často nepřiměřeně zatěžujícím vyšetřením, která nejsou zcela zjevně nezbytná pro spolehlivé zjištění zdravotního stavu pacienta.[15]

Nyní lze konečně přistoupit k otázce aplikační praxe všech výše uvedených poznatků. K otázce kdy lze aplikovat tyto poznatky je zapotřebí vyzdvihnout požadavek současnosti poznatků. Je tedy nutné hodnotit danou situaci dle poznatků a stavu vědy v době, kdy byl lékařský úkon prováděn, tudíž ji nelze hodnotit *ex post*. Před ustanovením nové definice *lege artis* spočíval problém právního hodnocení postupu *lege artis* zejména v tom, zda *lex artis* zohledňuje rovněž i podmínky, za kterých byl pacient ošetřován (například došlo-li k výkonu za nouzových okolností užitím nouzového řešení), nebo zda stanoví jakési řešení obecnější povahy, přičemž nemožnost užít takovéto řešení je poté právně korigována kategorií nedbalosti. Za účelem vysvětlení uvedeného si dovoluji uvést následující příklad z praxe: Lékař přinucený okolnostmi musel provést kapesním nožem a bez infekce rukou i operačního pole dusícímu se a na

[15] MACH, Jan. Univerzita medicínského práva. Praha: Grada, 2013. ISBN 9788024751139, str. 37

životě ohroženému pacientovi tracheotomii přímo na ulici.[16] Očekávaně v tomto případě narážíme na dva názorové proudy, přičemž podle prvního jednal lékař postupem odpovídajícím postupu *lege artis* a podle druhého šlo o postup *non lege artis*. Nicméně logickým východiskem je nepřípustnost, aby byl tento lékař volán k odpovědnosti za své počínání, jelikož nejednal nedbale, nýbrž naopak plnil svou povinnost, jež mu ukládá zákon, poskytnout pomoc člověku v ohrožení života, a to za jakýchkoliv okolností. Sporům ohledně podobných případů ovšem zamezilo zavedení shora uvedené nové definice pojmu *lex artis*, přičemž v rámci této je již brán zřetel na podmínky a reálné možnosti lékaře při provádění konkrétních úkonů a v průběhu posuzování postupu *lege artis* jsou zohledněny dané podmínky, postup, jenž je za těchto podmínek uskutečnitelný a případně omezené možnosti lékaře v dané situaci.

Samotní soudci bývají obecně „vděční" za novou definici náležité odborné úrovně (*lege artis*), neboť s určitou mírou jistoty lze konstatovat, že pokud jde o specifickou problematiku medicínského práva, neměli do té doby k dispozici mnoho informací. Nicméně tato definice nyní poskytuje soudcům odpovídající a dostatečné vodítko ke korektnímu posuzování jednotlivých případů, a to z hlediska zvoleného postupu i z hlediska přihlédnutí ke konkrétním podmínkám a objektivním možnostem. Takovéto posuzování ze strany soudců není však v dnešní době a s novou definicí k dispozici možné označit jako „jednoduché", jelikož zde vyvstává další častý problém. Na území České republiky existuje mnoho zdravotnických zařízení a v rámci různých zařízení může být „úroveň *lege artis*" různě vysoká, proto je třeba přihlédnout vždy ke konkrétním podmínkám a objektivním možnostem daného pracoviště. Proti tomuto se ohradilo několik organizací chránících lidská práva, když otevřeně poukazovaly na fakt, že nárok občana na odpovídající zdravotní péči nemůže být posuzován v rámci menší nemocnice jedním způsobem a například ve fakultní nemocnici způsobem jiným.[17] Pacient má totiž vždy a v rámci kteréhokoliv pracoviště právo na tu nejlepší zdravotní péči, která zároveň odpovídá nejnovějším poznatkům lékařské vědy. S jistou mírou překvapení můžeme nalézt zákonnou úpravu dané situace v ustanovení § 13 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, které definuje hrazené služby tak, že pojištěnec má právo na nejlepší možnou

[16] MACH, Jan. Univerzita medicínského práva. Praha: Grada, 2013. ISBN 9788024751139, str. 61
[17] STOLÍNOVÁ, Jitka a Jan MACH. Právní odpovědnost v medicíně. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2010. Theatrum medico-iuridicum. ISBN 9788072626861., str. 169

dostupnou péči za přesně stanovených podmínek. Pokud je tedy pacient přijat do zdravotnického zařízení, v rámci kterého nelze poskytnout zdravotní péči na náležité odborné úrovni, je zapotřebí předat pacienta na vyšší pracoviště a zdravotní pojišťovna je povinna uhradit zdravotní péči tak, aby byla v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy.[18]

S ohledem na vše výše uvedené se tedy samotnému lékaři (či jinému členu zdravotnického personálu) při volbě různých lékařských a zdravotnických postupů nabízejí v konkrétních případech tři možná řešení, z nichž pouze jedno je zcela správné. Prvním jsou lékařské metody a postupy, které již byly překonány novými modernějšími metodami, a postupy, které se již považují za zastaralé a nevyhovující s ohledem na nové poznatky lékařské vědy. Takovéto metody by se měl lékař vyvarovat, v opačném případě by jednal *non lege artis*. Další jsou medicínské postupy, které jsou uznávány jako vhodné pro léčbu pacientů v současné době a které doposud nebyly překonány modernějšími metodami. A poslední možnost představují nejmodernější medicínské metody, které však doposud nebyly zavedeny do klinické praxe a jsou uplatňovány pouze v rámci lékařského experimentu.[19] Ze tří uvedených možností smí lékař používat metody uvedené v pořadí druhém a taktéž metody zmíněné jako třetí, nicméně k těmto lze přikročit pouze za přísně stanovených podmínek uvedených v zákoně č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.

3 Postavení a odpovědnost jednotlivých členů zdravotnického personálu

3.1 Vztah nadřízený – podřízený a odpovědnost s ním spjata

V obecné rovině můžeme říci, že vedoucí pracovníci mají zpravidla za úkol organizovat práci, za kterou odpovídají, rozdělovat úkoly mezi jejich podřízené a zároveň kontrolovat jejich činnost, a to vše v souladu s pracovní smlouvou a kvalifikačními předpoklady. Nyní tuto obecněji „laděnou“ zásadu přeneseme do oblasti zdravotnictví, přičemž si značný počet lidí mylně domyslí, že shora uvedená zásada platí i zde a vedoucí pracovník automaticky odpovídá i za chybu, které se dopustil jeho podřízený. Nicméně opak je pravdou, když

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

[19] CÍSAŘOVÁ, Dagmar a Olga SOVOVÁ. Trestní právo a zdravotnictví. Praha: Orac, 2000. Studijní texty (Orac). ISBN 8086199096, str. 13

v medicínském právu spíše převažuje zásada, v jejímž důsledku odpovídá každý sám za chybu, které se dopustil, tj. odpovídá za zaviněné porušení své právní povinnosti.[20] Ovšem i v tomto případě existují výjimky, jelikož za některé terapeutické a diagnostické výkony nese větší podíl odpovědnosti nadřízený pracovník, avšak hovoříme pouze o částečné odpovědnosti či o případné spoluodpovědnosti. Nadřízený pracovník se tudíž může na této odpovědnosti podílet také, ale například „pouze" formou zanedbání povinnosti organizovat práci. Příkladem, při němž vzniká spoluodpovědnost obou pracovníků, je třeba sestra, která nedodržuje zásady náležité sterilizace nástrojů a postupuje tak soustavně před zraky ošetřujícího lékaře, jenž toto bez problému toleruje. Právní odpovědnost, která vzniká jednotlivým pracovníkům, (zvlášť sestře a zvlášť lékaři) se však nesnižuje ani nezmírňuje, nýbrž takováto spoluodpovědnost ve výsledku činí oba pracovníky plně odpovědnými za chyby, kterých se sami zaviněně dopustili.[21]

Výše zmíněný vztah mezi lékařem a sestrou je pravděpodobně obecně nejznámějším druhem vztahu nadřízený – podřízený, pokud se stále pohybujeme v oblasti zdravotnictví. Samotnou dělbu práce mezi sestrou a lékařem určuje hledisko odborné kvalifikace, jež je dána zpravidla vzděláním, výcvikem a zkušenostmi. Sestra je tedy oprávněna provádět lékařské úkony, pro které byla školena a příslušně vycvičena, přičemž za jejich chybné provedení odpovídá zcela sama. Na druhé straně lékař bude odpovědný za výkony, k nimž je oprávněn a navíc bude rovněž odpovídat za řízení práce sestry. Avšak tento lékař není odpovědný za chyby, kterým nebyl schopen zabránit. V rámci čím dál častějších privátních praxí se v některých případech vztah mezi lékařem a sestrou mění ve vztah zaměstnavatele a zaměstnance, tj. na bezprostřední vztah nadřízeného a podřízeného.[22]

Jako jeden z výše postavených členů zdravotnického personálu vystupuje ve zdravotnictví primář, jakožto osoba zodpovědná za bezproblémový chod svého konkrétního oddělení, do jehož čela byl jmenován. Dále primář odpovídá za organizaci práce i za metody, k jejichž užívání na daném pracovišti dochází. Mezi

[20] Tempus Medicorum. 04/2016, 25., str. 27
[21] HRIB, Nikolaj. Trestní odpovědnost ve zdravotnictví: problémy teorie a metodologie. Praha: Vydavatelství PA ČR, 2004. ISBN 8072511475, str. 28
[22] CÍSAŘOVÁ, Dagmar a Olga SOVOVÁ. Trestní právo a zdravotnictví. Praha: Orac, 2000. Studijní texty (Orac). ISBN 8086199096, str. 43

kompetence primáře patří též vydávání závazných pokynů, jak v určité situaci postupovat či jaký z uznávaných poznatků lékařské vědy je třeba vzhledem k podmínkám pracoviště užít. Z výše uvedeného lze dovodit vysokou míru odpovědnosti primáře.[23] Avšak může v praxi nastat moment, kdy podřízený lékař nesouhlasí s postupem stanoveným primářem oddělení a pokládá odlišný postup za vhodnější. Moment, při němž dochází k takovéto kolizi, se nazývá „terapeutická volnost lékaře a její možná míra". Takovýto lékař by měl bezesporu svůj postoj oznámit primáři a upozornit ho na své výhrady k jím zvolenému postupu, neboť tímto by mohl poukázat na řadu skutečností, které by měly případně za následek změnu původního stanoviska primáře. V Případě, že by tak lékař neučinil a primář by pokračoval v originárně zvoleném postupu při léčbě pacienta, přičemž v důsledku setrvání v takovémto lékařském postupu dojde k újmě na zdraví nebo dokonce k úmrtí pacienta, můžeme označit odpovědnost zmíněného lékaře jako odpovědnost aktuální. Nicméně, dojde-li k diskuzi ohledně předmětných relevantní skutečností, kterých si primář nejdříve nebyl vědom, a nedohodnou-li se s namítajícím lékařem na kompromisním řešení dané situace, je v zásadě lékař povinen respektovat pokyn primáře.[24] Právě zmíněné ovšem neplatí, pokud šlo o pokyn protiprávní, tj. o pokyn, jenž by představoval postup *non lege artis*. V takovémto případě je povinností lékaře pokyn primáře nerespektovat, například pokud by primář dal pokyn k podání smrtelné dávky prostředku tišícího bolest. Povinnost respektovat pokyny primáře nemají však pouze jemu podřízení lékaři, nýbrž tato povinnost se vztahuje také na ostatní pracovníky. Zvláštním režimem se řídí řídící vztahy vznikající v rámci činnosti nelékařských pracovníků, jelikož zde v zásadě vzniká systém dvojí podřízenosti. Tento systém v dnešních dnech existuje převážně v zařízeních ústavní péče.[25]

3.2 Neplnohodnotně kvalifikované osoby ve zdravotnictví a odpovědnost za ně

Pracovní zařazení ne zcela kvalifikovaných členů zdravotnického personálu je v praxi zcela běžně využívaný postup, jelikož teoretické vědomosti je zapotřebí doplnit a prověřit praxí. Hovoříme předně o posuzování kompetencí absolventů lékařských a farmaceutických fakult, zdravotnických škol, ale rovněž také o odpovědnosti lékařů, kteří se školí v rámci přípravy na atestaci. Důležitým

[23] Tempus Medicorum. 2018, 27., str. 41
[24] HRIB, Nikolaj. Trestní odpovědnost ve zdravotnictví: problémy teorie a metodologie. Praha: Vydavatelství PA ČR, 2004. ISBN 8072511475, str. 29
[25] MACH, Jan. Univerzita medicínského práva. Praha: Grada, 2013. ISBN 9788024751139, str. 77

krokem pro právní úpravu v této oblasti bylo přijetí zákona o způsobilosti k výkonu povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. Přijetí zmíněného zákona mělo za důsledek odstranění dříve platné diferenciace na atestace I. stupně v základních medicínských oborech a na atestace vyšší, tj. II. stupně nebo nástavbové, a následně se přistoupilo k zavedení pouze jediné atestace, kterou je možné získat buď v základním oboru nebo následně i v oboru nástavbovém (za předpokladu dřívějšího získání atestace v příslušném základním oboru). V důsledku tohoto rozlišujeme mezi lékaři s odbornou způsobilostí a lékaři se specializovanou způsobilostí.[26]

Jak již bylo uvedeno, je obecně známo, že úspěšná aplikace poznatků a dovedností získaných během studia je podmíněna získáním zkušeností praktického rázu, které jsou pro další rozvoj absolventů lékařských či farmaceutických fakult naprosto nezbytné. Avšak než dojde ze strany absolventů k nabytí těchto praktických poznatků, je třeba, aby pracovali pod vedením a za kontroly starších zkušených pracovníků. Stejně je tomu tak u lékařů, kteří doposud nesložili atestační zkoušku, a tudíž nezískali specializovanou způsobilost. Způsob a rozsah kontroly těchto jedinců se může často lišit v závislosti na jejich schopnostech a způsobilosti. Pokud by se však takovýto připravující se lékař ocitl v situaci, kdy jím prostupuje značná nejistota, je vždy příhodné, aby byl po ruce zkušenější lékař, jenž by případně mohl prostřednictvím svých rad a instrukcí odstranit nejistotu neatestovaného lékaře a zamezil tak případnému pochybení. Zákon stanoví, aby rozsah činností takovéhoto neatestovaného lékaře určil lékař disponující specializovanou způsobilostí.[27]

Dalo by se říct, že je pouhou otázkou času než dojde ze strany nezkušeného začínajícího lékaře k pochybení určitého druhu a k následnému vzniku škody. Dojde-li k naplnění uvedené predikce, budou zkoumány podmínky pro vznik odpovědnosti hned tří zástupců zdravotnického personálu, a to v první řadě samozřejmě na straně chybujícího pracovníka, dále na straně vedoucího zdravotnického zařízení či primáře a stejně tak i na straně lékaře pověřeného dozorem nad absolventem, jenž se pochybení dopustil. V případě absolventa se bude zkoumat, zda postup zvolený chybně (či následně až chybně provedený) měl

[26] SOVOVÁ, Olga. Zdravotnická praxe a právo: praktická příručka. Praha: Leges, 2011. Praktik (Leges). ISBN 9788087212721, str. 22

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

a mohl ovládat s ohledem na své dosavadní znalosti a zkušenosti. Vedoucí oddělení nebo celého zdravotního zařízení měl zajistit takový režim práce, který by umožňoval bezproblémovou kontrolu nad prací absolventa a u osoby dohlížejícího lékaře se bude zkoumat, zda absolventa nepověřil úkonem přesahujícím rámec jeho schopností a kvalifikace, jak byl odborný dohled vymezen a prováděn. V uvedeném případě by vznikla právní odpovědnost na straně dohlížejícího lékaře ve vyšší míře než u ostatních dvou zmíněných pracovníků.[28] Takovýmto případům se dá účinně zamezit následujícím způsobem. Lékaři, který dosud nezískal specializovanou způsobilost, má určit jeho nadřízený lékař nebo školitel, které lékařské úkony smí provádět v rámci své specializované přípravy bez dohledu zkušeného lékaře, jaké smí provádět pouze s jeho přímým dohledem a jaké úkony případně doposud provádět nemůže, neboť stále postrádá specializovanou způsobilost v dané oblasti. Rozsah zmíněných úkonů se pochopitelně bude měnit a nabývat na objemu v průběhu výkonu praxe. Případné právní důsledky bývají rozličné a mění se podle kritéria poučení či nepoučení osoby ne zcela kvalifikované. To spočívá v tom, zda byly tyto osoby poučeny o tom, co mohou a nemohou dělat samostatně, a takového poučení nedbaly, tudíž laicky řečeno dělaly to, co dělat neměly, nebo nebyly poučeny vůbec. Nesmíme opomenout též studenty vykonávající povinnou praxi ve zdravotnickém zařízení a často participující během některých výkonů v rámci praktické výuky, pro které uvedené zásady platí zrovna tak, avšak na tyto studenty jsou kladeny poměrně nižší nároky, což znamená, že rozsah úkonů, které musejí sami bezchybně provést je znatelně užší než jak je tomu v případě absolventů.

3.3 Odpovědnost a přímý podíl pacienta na poskytování lékařské péče

V souvislosti se stále rostoucím trendem spočívajícím v kladení důrazu na právo pacienta do určité míry spolurozhodovat o poskytování zdravotní péče, je nezbytné této problematice věnovat určitou pozornost. Neboť v mnoha případech vzniku trestní nebo občanskoprávní odpovědnosti figurují neoblomní pacienti, jejichž určité charakterové rysy velmi často ztěžují práci členům zdravotnického personálu, v důsledku čehož dochází posléze často k pochybením ze strany těchto pracovníků a nikoliv pouze ve výjimečných případech rovněž k podání trestního oznámení či žaloby o náhradu škody u civilních soudů. Ovšem kupříkladu za

[28] HRIB, Nikolaj. Trestní odpovědnost ve zdravotnictví: problémy teorie a metodologie. Praha: Vydavatelství PA ČR, 2004. ISBN 8072511475, str. 31

okolnosti, kdy pacient dobrovolně na základě plného poučení odmítne zdravotní péči, a jsou splněny veškeré požadavky zákona, nenese lékař ani nikdo jiný odpovědnost za případné zhoršení pacientova zdravotního stavu nebo za jinou škodu, jež by pacient v důsledku svého rozhodnutí utrpěl. Situace se však pozvolna mění v případě způsobení škody samotnými pacienty při hospitalizaci. Ti mohou způsobit škodu buď sobě, nebo jiným pacientům. Takovouto škodu mohou rovněž způsobit rodinní příslušníci pacienta, kteří byli přijati jako průvodci do zdravotního zařízení.

Uveďme si možná řešení zmíněných situací na konkrétním případu, jenž by takovéto problémy nejlépe ztělesňoval – rooming-in. Rooming-in je systém využívaný v rámci novorozeneckých oddělení a označuje situaci, kdy je dítě ihned po porodu svěřeno do péče rodičky.[29] Tento systém v sobě přirozeně skýtá řadu výhod, co se týče budování vztahu mezi dítětem a matkou, nicméně nás zajímají jeho nedostatky, které spočívají především v obavách z odpovědnosti zdravotnického zařízení za případné poškození dítěte jeho matkou v důsledku jejího neodborného zacházení s novorozencem. Příkladem uvedeného neodborného zacházení může být upuštění dítěte matkou. Odborná literatura frekventovaně hovoří o častých případech nepříznivého, ne-li až alarmujícího psychického stavu některých čerstvých rodiček bezprostředně po porodu, tudíž ne každá rodička je v takovém stavu, aby o dítě mohla začít ihned pečovat. Bylo zcela zřejmé, že shora uvedeným nežádoucím scénářům je třeba účinně předcházet. K tomuto účelu mělo sloužit zakomponování tří požadavků do stálé lékařské praxe: prvním je požadavek na výběr matek, které jsou schopny se o dítě starat. Dále je nezbytně nutné matku náležitě instruovat o tom, jak je třeba s právě narozeným dítětem správně zacházet. Posledním ze tří požadavků byla kontrola matky a jejího počínání v průběhu péče o dítě, přičemž míra této kontroly nebyla za všech okolností stejná, naopak se míra kontroly upravovala v závislosti na individuálních okolnostech, například podle zdravotního stavu dítěte. Z těchto požadavků lze dovodit, že za škody na zdraví, které by vznikly dítěti špatnou péčí matky, odpovídá zdravotnické zařízení pouze tehdy, pokud zanedbalo některou ze svých povinností výběru, instruování a kontroly.[30] Rovněž odpovědnost

[29] BARTÁK, Miroslav. Mezinárodní srovnávání zdravotnických systémů. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012. ISBN 9788073579845, str. 70
[30] STOLÍNOVÁ, Jitka a Jan MACH. Právní odpovědnost v medicíně. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2010. Theatrum medico-iuridicum. ISBN 9788072626861., str. 189

samotného člena zdravotnického personálu za škodu způsobenou pacientem bude omezena jen na takovou odpovědnost, jež vzniká v důsledku porušení povinnosti člena zdravotnického personálu.

3.4 Odpovědnost vznikající v rámci týmové práce zdravotnických pracovníků

V zásadě téměř každý pacient, který se podrobil zdravotní péči, byl léčen týmem zdravotnických pracovníků vedeným ošetřujícím lékařem. V rámci týmové práce dochází ke vzniku dvou druhů odpovědností. Za prvé se jedná o odpovědnost za vlastní konkrétní dílčí výkon, jehož řádné provedení konkrétním členem týmu je tomuto členu uloženo, a za druhé se jedná o odpovědnost, jež bývá nazývána „funkční".[31] Týmovou práci lze také rozdělit a činíme tak v závislosti na čase a místě, ve kterém probíhá. Tedy v praxi se setkáváme s případy, kdy týmová práce probíhá v totožném čase a místě (například operace probíhající v nezbytné přítomnosti odborníků z různých medicínských oborů) nebo probíhá ve formě dílčích po sobě jdoucích úkonů, na kterých se podílejí různí odborníci a ke kterým dochází v rámci navazujících časových úseků.[32] Odpověď na otázku osobní odpovědnosti je v druhém uvedeném případě méně komplikovaná. Jelikož ošetřující lékař odpovídá za celkový léčebný proces, tedy rovněž za vyžádání dalších potřebných vyšetření, konzilií a jiných specializovaných úkonů, mělo by zde platit, že za pacienta je v zásadě odpovědný jediný ošetřující lékař.

Specifickou formou týmové práce a zároveň jedním z dílčích úkonů prováděných v rámci „separované" týmové práce je konziliární činnost. Prostřednictvím jednotlivých oddělení konziliární služby pro hospitalizované pojištěnce dochází v souladu s platnými právními předpisy k zabezpečení odborné péče a součinnosti odborných zástupců rozličných medicínských oborů. Ošetřující lékař přistoupí k využití konziliární služby v případech, kdy jeho odborné znalosti nejsou dostačující nebo si pouze není zcela jistý dalším postupem a takovéto počínání ošetřujícího lékaře není toliko doporučený postup, jakožto spíše povinnost. Jedná se o povinnost velmi úzce spjatou s povinností postupovat *lege artis*. Představme si tedy lékaře, jenž přespříliš spoléhá na své vlastní odborné znalosti, ačkoliv tyto nejsou dostačující pro zdárné zakončení léčebného procesu,

[31] Tempus Medicorum. 2018, 27., str. 45
[32] SOVOVÁ, Olga. Zdravotnická praxe a právo: praktická příručka. Praha: Leges, 2011. Praktik (Leges). ISBN 9788087212721, str. 27

a přesto konziliáře neosloví. Takovýto lékař jednal *non lege artis* a je tedy odpovědný za případné negativní následky svého jednání. Někteří by v určitých případech jistě předložili argumenty pro nevyužití odborných konzilií, které by byly pravděpodobně ekonomického charakteru, nicméně na odpovědnosti daného lékaře by se vůbec nic nezměnilo, neboť případná ekonomická náročnost vypracování odborných konzilií nemůže být za žádných okolností omluvou pro jejich nevyužití v situacích, ve kterých využity být měly. Každopádně i za okolností, kdy je praktický či jiný ošetřující lékař již rozhodnut předat pacienta na odborné vyšetření, může dojít k obdobným potížím. Problém nastává ve chvíli, kdy je pacient předán k odbornému vyšetření, nicméně k předání nedošlo včas a pacientovi byla v přímé souvislosti s pozdním předáním ze strany ošetřujícího lékaře způsobena újma na zdraví. Stejné následky může mít i pozdní vyžádání určitých potřebných vyšetření, která jsou prováděna oboru znalými odborníky.[33] K otázce vázanosti ošetřujících lékařů odbornými konzilii lze uvést, že se jedná předně o poradní vyšetření a zaujetí stanoviska.[34] Konziliáři se ovšem musí dostat náležitých informací o konkrétním případu a po vypracování konzilia za něj konziliář také odpovídá, tudíž ošetřující lékař neodpovídá za chyby jiného odborníka. Ošetřující lékař není ani povinen řídit se závěry konziliáře, pokud se však výslovně odchýlí od uvedených doporučení konziliáře, je nezbytné náležitě odborně odůvodnit takový postup v rámci zdravotnické dokumentace, jež v tomto ohledu hraje nezastupitelnou a velmi významnou roli.

Paradoxně jako druhý příklad zdravotnické týmové práce uvádím zástupce první ze dvou skupin, do kterých lze týmovou práci dělit v závislosti na místě a čase (viz. výše). Hovořím o pracovní skupině známé jako zdravotnický operační tým. Vedoucí operačního týmu disponuje téměř stejnými kompetencemi jako jakýkoliv vedoucí určité pracovní skupiny. V souvislosti s tímto si dovoluji vyvrátit častou představu o objektivní odpovědnosti vedoucího operačního týmu, neboť žádná objektivní odpovědnost vedoucího operačního týmu za výsledek či za případný nezdar neexistuje.[35] Každý jednotlivý člen operačního týmu je odpovědný za jím způsobené a zaviněné provinění, stejnou zásadou se řídí i odpovědnost samotného operatéra a stejně tak i jemu musí být prokázáno porušení

[33] MACH, Jan. Univerzita medicínského práva. Praha: Grada, 2013. ISBN 9788024751139, str. 80
[34] HRIB, Nikolaj. Trestní odpovědnost ve zdravotnictví: problémy teorie a metodologie. Praha: Vydavatelství PA ČR, 2004. ISBN 8072511475, str. 29
[35] STOLÍNOVÁ, Jitka a Jan MACH. Právní odpovědnost v medicíně. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2010. Theatrum medico-iuridicum. ISBN 9788072626861., str. 183

povinnosti a zavinění. Ovšem na druhou stranu nelze popřít, že odpovědnost vedoucího operačního týmu je značně vyšší než u dalších členů operačního týmu, nicméně tato skutečnost plyne z většího množství povinností oproti ostatním členům. Vedoucí operačního týmu je mimo jiné povinován dozorem, kontrolou a rozhodováním o dalších postupech, které mají být uplatněny. Tímto se opět dostáváme do situace, kdy v případě kteréhokoliv pochybení, kterého se dopustil kterýkoliv člen operačního týmu, je zapotřebí zkoumat, zda takovéto konkrétní pochybení nepramení z porušení povinnosti vedoucího operačního týmu vykonávat kontrolu a dozor nad ostatními členy.[36] Závěrem této kapitoly si dovoluji také zmínit často diskutovaný vztah mezi operatérem a anesteziologem. V dnešní době je již tento vztah jasně vymezen, a to tak, že anesteziolog vystupuje na operačním sále jako rovnocenný vůči operatérovi. I když anesteziolog pracuje podle dispozic vedoucího operačního týmu, je specialistou ve svém vlastním oboru, odpovídá za svá vlastní pochybení, ať už se jedná o pochybení, kterého se dopustil během předoperační přípravy, při volbě metod znecitlivění během vlastní realizace anestezie nebo o pochybení, kterého se dopustil až v rámci pooperační péče.

4 Některé možnosti právní obrany členů zdravotnického personálu v rámci trestního řízení

4.1 Opatření a kroky preventivního charakteru

Připomeňme si nejprve vyjádření jednoho z nejváženějších představitelů české medicíny profesora Jiráska, který pronesl: „*Běda bude pacientovi, až lékař přestane být sebevědomě odvážným a začne být právnicky opatrným*.“ Lékař přeci potřebuje vykonávat své povolání s nutnou mírou sebejistoty a také sebevědomím. K zajištění náležitě kvalitní zdravotní péče ze strany ošetřujícího lékaře rozhodně nepřispívá, pokud je lékař během každého výkonu provázen všudypřítomnými obavami z případné právní odpovědnosti. Ani případný příslib dostatečně kvalitní obhajoby v trestním řízení není pro lékaře zvláště uklidňující, avšak existuje několik preventivních kroků, kterých když se lékař bude v rámci výkonu svého povolání držet a pamatovat na ně, velmi pravděpodobně se nikdy uprostřed probíhajícího trestního řízení proti své osobě neocitne.

[36] HRIB, Nikolaj. Trestní odpovědnost ve zdravotnictví: problémy teorie a metodologie. Praha: Vydavatelství PA ČR, 2004. ISBN 8072511475, str. 30

První preventivní zásadou je znát základní zdravotnické právní předpisy, jelikož neznalost práva neomlouvá. Zdravotnický pracovník by měl být obeznámen nejen se zdravotnickými právními předpisy, ale také s právními normami vztahujícími se k výkonu jeho povolání, neboť právě v rámci vykonávání své profese musí tyto normy dodržovat. V případě větších zdravotnických pracovišť by měl ideálně přímo zaměstnavatel dbát na to, aby byli jeho zaměstnanci potřebných právních předpisů znalí a se stejnou pílí by se měl snažit upozorňovat na aktuální změny, ke kterým v rámci jednotlivých pro zdravotní personál relevantních právních předpisů došlo. Soukromý lékař je nucen si tyto změny ohlídat sám. Druhá preventivní zásada spočívá v udržování tempa se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a zásadami ošetřovatelské péče. Důležitost této zásady je nesporná, když jde lékařská věda kupředu tak rychle, v důsledku čehož dochází k „posouvání" pojmu lege artis, tedy co bylo před deseti lety v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, může být dnes považováno za zcela překonané. Na místě třetím si uvedeme zásadu patřičné komunikace s pacienty a respektu k právům nemocného. Každý ošetřující lékař si musí uvědomit, že bez náležitého poučení nemocného nelze hovořit o jeho kvalifikovaném souhlasu s diagnostickými a léčebnými výkony.[37] K otázce respektu a vlídné komunikace s pacientem se snad hodí pouze podotknout, že přes veškerou obecně převládající nevraživost mezi lidmi v běžném životě nebo při výkonu povolání, je čas od času možné v případě určitého pochybení zdravotnického pracovníka docílit snížení případných neblahých dopadů takovéhoto pochybení prostřednictvím vřelé a konstruktivně vedené komunikace s pacientem a jeho rodinou. Komunikace s nevraživým podtónem má spíše opačné účinky.

Význam zdravotnické dokumentace byl již zmiňován v předcházejících odstavcích, tudíž není divu, že zásada číslo čtyři spočívá v jejím řádném a pečlivém vedení. Zdravotnická dokumentace, které je věnována patřičná pozornost a důslednost může být mnohdy jednou z nejúčinnějších „zbraní" proti nařčení z nesprávného postupu či zanedbání péče. Pátá zásada ukládá lékařům povinnost za žádných okolností neodmítnout poskytnutí první pomoci a neodkladné péče. Pokud by si některý z členů zdravotnického personálu dovolil odmítnout pacienta v akutním stavu, jenž vyžaduje okamžitou péči, z důvodu

[37] Tempus Medicorum. 03/2018, 27., str. 24

neexistence smlouvy uzavřené mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením, přičemž pacient je pojištěncem takovéto zdravotní pojišťovny, byl by tento postup v rozporu nejen se zákonem, ale rovněž také s lékařskou etikou. Problematičtější situace může nastat v okamžiku, kdy se jedná o cizince, který je příslušníkem nečlenského státu Evropské unie, není v České republice zaměstnán a nemá zde ani hlášený trvalý pobyt. Tudíž zároveň není pojištěncem a nedisponuje hotovostí. Přes vše výše uvedené tomuto jedinci nesmí být první pomoc a neodkladná péče odepřena. Další zásada klade velký důraz na ochranu osobních údajů pacientů a povinnost mlčenlivosti zdravotnických pracovníků, přičemž porušení této mlčenlivosti může být často vyhodnoceno jako trestný čin. Při poskytování osobních informací je tedy třeba dbát zvýšené opatrnosti, a to i v případě, že o předmětné informace požádal policejní orgán, soud nebo státní úředník, neboť sama tato skutečnost nezaručuje poskytovateli informace jistotu, že její poskytnutí nemůže vyústit v porušení mlčenlivosti člena zdravotnického personálu se všemi negativními důsledky, ke kterým v důsledku dochází.[38]

V pořadí sedmá zásada se dotýká situací, kdy dochází k tzv. lehkomyslnému ordinování po telefonu, kterémužto je radno se raději vyvarovat. Tento pojem označuje jednání, při kterém dochází pouze k „povrchovému" seznámení se s danou problematikou daného pacienta prostřednictvím telefonního hovoru mezi lékařem a pacientem nebo mezi lékařem a sestrou, přičemž lékař často není za těchto okolností schopen se podrobně seznámit se zdravotním stavem pacienta, a dochází tudíž k chybným diagnózám či k předepisování neodpovídajících léčiv. Zásada osmá klade zdravotnickým pracovníkům na srdce, že je-li lékař nebo jiný zdravotnický pracovník v pracovně - právním vztahu a vynucuje-li si to situace, upozornit nadřízené na možnost vzniku škody, včetně škody na zdraví, a to písemnou formou. Obdobně lze písemnou formou odmítnout zjevně protiprávní pokyn nadřízeného, zejména pokud by ve svých důsledcích znamenal postup *non lege artis*.[39] Prostřednictvím následující preventivní zásady se dostáváme opět k oblasti zdravotního pojištění. Tato zásada stanoví, že je třeba dbát na pojištění odpovědnosti za škodu a znalost pojistných podmínek. V rámci provozování nestátního zdravotnického zařízení je provozovatel takovéhoto

[38] MACH, Jan. Univerzita medicínského práva. Praha: Grada, 2013. ISBN 9788024751139, str. 111

[39] STOLÍNOVÁ, Jitka a Jan MACH. Právní odpovědnost v medicíně. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2010. Theatrum medico-iuridicum. ISBN 9788072626861., str. 273

zařízení povinen uzavřít smlouvu o odpovědnosti za škodu jak vůči vlastním zaměstnancům, tak vůči pacientům, přičemž si nesmí opomenout prostudovat znění pojistné smlouvy a předně pak znění pojistných podmínek, které zpravidla bývají nedílnou součástí pojistné smlouvy, a bez nadsázky lze podotknout, že často obsahují zásadnější informace než samotná smlouva.[40] Poslední ze zásad, které mohou napomoci zdravotnickým pracovníkům předejít nepříjemným a zdlouhavým soudním sporům, se vyjadřuje k situaci, kdy již nastal právní problém, tj. bylo podáno trestní oznámení, žaloba, stížnost. Tato zásada členům zdravotnického personálu radí, aby nepostupovali zbrkle a neuváženě. Takovéto nepříjemné okolnosti je třeba zvládat s nadhledem a nutnou dávkou optimismu, avšak nejdůležitější je si v první řadě ujasnit odborný medicínský i právní stav věci. Za tímto účelem je možné přistoupit ke konzultaci daného případu s významným představitelem medicínského odboru, kterého se právní problém týká, nebo přinejmenším s jiným zkušeným odborníkem. Dalším krokem by mělo být vyhledání odborné právní pomoci, v případě lékařů a zdravotnického personálu obecně lze také využít právní podpory České lékařské komory a jejího právního oddělení, které se na obdobné kauzy specializuje.

4.2 Podání trestního oznámení proti členu zdravotnického personálu

Podání trestního oznámení pacientem je v dnešní době dosti běžné a často využívané řešení v případě pochybení na straně ošetřujícího lékaře nebo jiného člena zdravotnického personálu. Pacienti nebo i pozůstalí, kteří se domnívají, že došlo k úmrtí jejich blízkého vinou jeho ošetřujícího lékaře, často volí podání trestního oznámení přednostně před podáním občanskoprávní žaloby. Vysvětlení tohoto jevu je naprosto zřejmé – je to levnější. Soudní spory týkající se medicínského práva téměř ve všech případech vyžadují zpracování znaleckého posudku k dané problematice, a pokud pacient podá trestní oznámení namísto občanskoprávní žaloby, má jistotu, že náklady spojené s vypracováním těchto znaleckých posudků nebude nikdy nucen hradit, neboť v trestním řízení tyto náklady nikdy neplatí neúspěšný žalobce, nýbrž státní orgán, jenž případ prošetřuje.[41] Ačkoliv je v dnešních podmínkách podání trestního oznámení na lékaře událostí téměř obvyklou, je důležité tuto situaci od začátku nepodceňovat.

[40] MACH, Jan. Univerzita medicínského práva. Praha: Grada, 2013. ISBN 9788024751139, str. 26
[41] HRIB, Nikolaj. Trestní odpovědnost ve zdravotnictví: problémy teorie a metodologie. Praha: Vydavatelství PA ČR, 2004. ISBN 8072511475, str. 25

4.3 Průběh trestního řízení

V první řadě bude lékař přizván k podání vysvětlení, přičemž je velice usnadňující připravit si takovéto vysvětlení předem a v písemné formě. Při sepisování vysvětlení bude lékaři velmi nápomocná řádně vedená zdravotnická dokumentace, s jejíž pomocí se ve většině případů podaří lékaři popsat užitý medicínský postup bez sebemenších obtíží a se všemi relevantními detaily. Převážná většina právních zástupců doporučuje podat vysvětlení nebo výpověď v písemné formě, jelikož zde není podstatné, co se řekne, nýbrž to, co se napíše.[42] S tím také souvisí řada doporučení ohledně kontroly policistou sepsaného protokolu o podání vysvětlení, protože tento nemusí vždy obsahovat veškeré ústně zmíněné okolnosti daného případu nebo se může policistova formulace podaného vysvětlení lišit od původní formulace. V této situaci má lékař právo požadovat zapsání doslovné formulace své výpovědi a tuto následně s klidným svědomím podepíše.

Vážnost situace začne nabírat na obrátkách ve chvíli, kdy je proti lékaři zahájeno trestní stíhání. Během podání vysvětlení není vysloveně nutné si vyžádat přítomnost advokáta, nicméně v tento moment se jedná o úkon více než žádoucí. Naprosto ideální volbu by pro stíhaného lékaře představoval právní zástupce, jenž disponuje znalostmi problematiky medicínského práva. Nesouhlasí-li lékař s usnesením o zahájení trestního stíhání, může podat ve třídenní lhůtě proti tomuto usnesení stížnost (kvůli krátké lhůtě převládají v praxi blanketní stížnosti zpravidla následně podrobně doplněny).

Stěžejní roli zde sehrají vypracované znalecké posudky z oboru zdravotnictví. Pokud byl znalecký posudek vypracován znalcem s jinou než náležitou odborností nebo v něm znalec odpovídal na chybně položené otázky, je zapotřebí využít možnosti namítat, že došlo k takovýmto skutečnostem a zároveň požadovat, aby byl znalecký posudek doplněn. Nacházíme se nyní v tzv. přípravném řízení, v rámci kteréhož lze podávat návrhy na výslech svědků, předkládat soukromé znalecké posudky a navrhovat zastavení trestního stíhání.[43] Jedná-li se ze strany lékaře o pochybení odborného profesního charakteru a zároveň se nejedná o trestný čin, přičemž může jít o čin méně společensky

[42] Tempus Medicorum. 03/2019, 28., str. 33
[43] STOLÍNOVÁ, Jitka a Jan MACH. Právní odpovědnost v medicíně. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2010. Theatrum medico-iuridicum. ISBN 9788072626861., str. 288

škodlivý, zpravidla nespojený s něčím úmrtím, lze rovněž navrhnout, aby byla věc před zahájením trestního stíhání odevzdána (po zahájení trestního stíhání postoupena) České lékařské komoře, jež posuzuje případ naprosto nezávisle a v nejhorším případě vyústí disciplinární řízení v uložení disciplinárního opatření, které je rozhodně přijatelnější než případné odsouzení na konci trestního stíhání.

Před samotným hlavním líčením je zapotřebí se náležitě připravit, tedy zformulovat si vyjádření k obžalobě, otázky pro svědky a znalce apod. Vyjádření k obžalobě podané v písemné formě je u soudu považováno za oponenturu obžaloby. Stejně tak je tomu v případě závěrečných řečí, které lze rovněž podat v písemné formě. Nakonec rozhoduje soud. V případě vynesení odsuzujícího rozsudku, se kterým lékař nesouhlasí a tudíž si není vědom viny, je zcela na místě podat odvolání, i když je vynesený rozsudek ve výroku trestu vcelku mírný. Jakmile je vedeno trestní řízení proti lékaři o trestném činu, kterého se dopustil v souvislosti s výkonem své profese, a pokud svou vinu lékař neuznává, je vždy třeba využít veškerých dostupných opravných prostředků, takže mimo řádného opravného prostředku – odvolání rovněž také případně dovolání a za předpokladu, že byla dotčena některá ústavní práva, lze podat i ústavní stížnost. Je-li vydán zprošťující rozsudek, má trestně stíhaný lékař nárok na odškodnění, jenž je možné uplatňovat u oboru odškodňování Ministerstva spravedlnosti ČR.[44]

4.4 Trestné činy páchané na členech zdravotnického personálu

Již delší dobu se můžeme v praxi setkat s případy hrubých útoků na zdravotnické pracovníky, přičemž některé z nich mají dokonce povahu útoků vražedných. Více frekventované bývají drobnější incidenty spočívající ve fyzickém či slovním napadání lékařů nebo jiných členů zdravotnického personálu, a to převážně ze strany přehnaně agresivního doprovodu pacienta, jeho návštěvníků nebo dokonce ze strany příbuzných pacienta.

Naštěstí pro zdravotníky, trestní zákoník postihuje přísněji některé trestné činy páchané na zdravotnickém pracovníkovi při výkonu jeho profese. Toto se týká trestného činu vraždy, ublížení na zdraví a rovněž tak nebezpečného vyhrožování zdravotnickému pracovníkovi při výkonu jeho povolání, přičemž

[44] MUSIL, Jan, Vladimír KRATOCHVÍL a Pavel ŠÁMAL. Kurs trestního práva: trestní právo procesní. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: C.H. Beck, 1999. Beckovy právnické učebnice. ISBN 978-80-7179-572-8, str. 652

trestní sazba je stanovena ve stejné výši, jako je tomu v případě vyhrožování úřední osobě. Bude-li tedy kterýkoliv člen zdravotnického personálu napadán, ohrožován nebo mu bude vyhrožováno újmou na zdraví, je třeba tuto skutečnost neprodleně nahlásit Policii ČR nebo státnímu zástupci. Zdravotník, jenž byl napaden, ohrožován či mu bylo vyhrožováno, musí nekompromisně trvat na důsledném vyvození trestní odpovědnosti vůči osobě pachatele. Realita je bohužel taková, že dochází čím dál častěji ke zjevné bagatelizaci těchto oznámení ze strany policejních orgánů. V takovémto případě se může napadený zdravotnický pracovník obrátit na Českou lékařskou komoru ČR a její právní oddělení.[45]

5 Vybrané trestné činy, ke kterým v rámci výkonu zdravotnických profesí dochází

5.1 Ublížení na zdraví

Ublížením na zdraví se rozumí stav spočívající v poruše zdraví nebo jiném onemocnění, který porušením normálních tělesných nebo duševních funkcí znesnadňuje, nikoliv jen po krátkou dobu, obvyklý způsob života poškozeného a který vyžaduje lékařské ošetření. Zmíněné omezení v obvyklém způsobu života musí trvat přinejmenším sedm dní.

5.2 Těžké ublížení na zdraví a ublížení na zdraví z nedbalosti

O případu těžkého ublížení na zdraví hovoříme, pokud se jedná o vážnou poruchu zdraví nebo jiné vážné onemocnění spočívající v určitém druhu zmrzačení, ztrátě nebo podstatném snížení pracovní způsobilosti, ochromení údu, ztrátě nebo podstatném oslabení funkce smyslového ústrojí, poškození důležitého orgánu, zohyzdění, vyvolání potratu nebo usmrcení plodu, mučivých útrapách, nebo delší dobu trvající poruše zdraví. Za delší dobu uznávaná soudní praxe považuje dobu nejméně šesti týdnů, po kterou trvá vážná porucha zdraví nebo vážné onemocnění. Zákon zvyšuje stanovenou trestní sazbu, pokud bylo těžké ublížení na zdraví z nedbalosti spácháno v důsledku porušení důležité povinnosti, jež pachateli vyplývá z jeho povolání, zaměstnání, postavení či funkce anebo ze zákonného ustanovení. V soudní praxi se čas od času projevuje zjevná tendence vykládat drtivou většinu případů porušení povinností zdravotnickým pracovníkem jako porušení důležité povinnosti vyplývající z jeho povolání, což nepochybně

[45] Tempus Medicorum. 01/2018, 27., str. 30

souvisí s důležitou povinností zdravotnických pracovníků jednat *lege artis*. Z tohoto požadavku, jenž je kladen na členy zdravotnického personálu při výkonu jejich profese, však soudci nemůžou striktně dovozovat, že kterýkoliv případ pochybení je zcela bezesporu porušením důležité povinnosti vyplývající zdravotnickému pracovníkovi z jeho zaměstnání. Je zapotřebí brát v potaz především důležitost a význam konkrétní povinnosti, k jejímuž porušení došlo. Za porušení takovéto „důležité" povinnosti lze poté považovat jen porušení povinnosti zvláště významné.[46] Současná právní úprava probírané problematiky od sebe jen velice zřídka úspěšně odlišuje případy skutečně hrubého porušení povinnosti, hrubé nedbalosti nebo hrubého zanedbání péče o pacienta, spojovány za určitých okolností rovněž s neetickým jednáním či neposkytnutím pomoci od případů, kdy dochází k chybě nikoliv nepochopitelné, nýbrž omluvitelné, jako například chyba během manuálního výkonu, omyl v úsudku nebo opomenutí, jenž není spojováno s některým z druhů neetického jednání a stejně tak jej nelze charakterizovat jako hrubé zanedbání péče o nemocného.

Řešení uvedené problematické situace je možné spatřit kupříkladu v užití tzv. soudcovské úvahy, přičemž by v ideálním případě zákonná úprava soudce v průběhu jejich rozhodování dále neomezovala, ba naopak soudcovské úvaze by měl být poskytnut mnohem větší prostor. Ani poprvé a ani naposledy nenalézáme značně více vyhovující právní úpravu v římském právu. Římské právo totiž znalo následující druhy nedbalosti: velmi malá nedbalost, nepatrná nedbalost (culpa levissima), lehká nedbalost (culpa levis) a hrubá nedbalost (culpa lata). Bylo tedy na uvážení soudce, pod jaký z uvedených druhů nedbalosti daný případ podřadí, a to po zvážení všech okolností a podmínek v konkrétní situaci. Nicméně za předpokladu, že došlo k ublížení na zdraví nebo úmrtí v důsledku neposkytnutí pomoci, je pachateli uložen přísnější trest, než tomu bývá v případech, kdy lékař o pacienta pečoval podle svého nejlepšího svědomí a vědomí, ačkoliv i tak došlo k pochybení.[47] Dle ustanovení trestního zákoníku je trestný čin spáchán z hrubé nedbalosti, jestliže přístup pachatele k požadavku náležité opatrnosti svědčí o zřejmé bezohlednosti pachatele k zájmům chráněným trestním zákoníkem.[48]

[46] ŠTĚPÁN, Jaromír. Právní odpovědnost ve zdravotnictví. 2. přeprac. vyd. Praha: Avicenum, 1970, str. 60
[47] STOLÍNOVÁ, Jitka a Jan MACH. Právní odpovědnost v medicíně. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2010. Theatrum medico-iuridicum. ISBN 9788072626861., str. 37
[48] Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník, § 16

5.3 Usmrcení z nedbalosti

Zákonná úprava v případě usmrcení z nedbalosti rovněž rozděluje výši trestních sazeb na základě zjištění, zda k trestnému činu došlo v důsledku porušení důležité povinnosti vyplývající ze zaměstnání, z povolání, postavení nebo funkce, nebo uložené podle zákona. Vyšší trestní sazba je zde stanovena za předpokladu, že k usmrcení došlo v důsledku hrubého porušení zákonů o ochraně životního prostředí, bezpečnosti práce nebo dopravy anebo hygienických zákonů. Je-li v důsledku takovéhoto hrubého porušení zapříčiněna smrt nejméně dvou lidí, trestní sazba se opět zvyšuje. V oblasti zdravotnictví připadá v úvahu zejména hrubé porušení hygienických zákonů, za jejichž představitele v současné době lze označit především zákon o ochraně veřejného zdraví.[49] Jelikož usmrcení z nedbalosti je jedním z nejzávažnějších trestných činů, ke kterým v rámci výkonu zdravotnických profesí dochází, dovoluji si uvést také jeden konkrétní příklad z praxe: *Po dopravní nehodě byl do nemocnice dopraven pacient s řadou zranění, mj. byla též poraněna hlava. Službu konající lékař na chirurgickém oddělení mu věnoval maximální pozornost, soustředil se však především na zranění hlavy a až po delší době pojal podezření, že pravděpodobně dochází k vnitřnímu krvácení. Lékař přivolal příslužbu, pacient byl operován a příčina vnitřního krvácení odstraněna. Pacient však ještě před převozem na specializované pracoviště zemřel v důsledku značné ztráty krve. Z následných znaleckých posudků vyplynulo, že lékař měl a mohl dříve diagnostikovat vnitřní krvácení a za pomoci příslužby učinit potřebný výkon k odstranění příčiny krvácení. Lékař byl odsouzen k podmíněnému trestu a trestu zákazu činnosti.*[50]

5.4 Neposkytnutí pomoci

Člověku, jenž se ocitl v ohrožení života nebo jeví známky závažné poruchy zdraví nebo jiného vážného onemocnění, je povinen poskytnout první pomoc každý, za předpokladu, že mu to okolností dovolují, tj. nevzniklo by případně nebezpečí jemu nebo komukoliv jinému. Pokud tak případný kolemjdoucí neučiní, dopouští se trestného činu neposkytnutí pomoci. Existují však situace, kdy je povinný jedinec nucen jednat nehledě na případné nebezpečí. Jedná se o osoby, které jsou v souvislosti s konkrétní povahou jejich povolání

[49] Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník, § 143
[50] STOLÍNOVÁ, Jitka a Jan MACH. Právní odpovědnost v medicíně. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2010. Theatrum medico-iuridicum. ISBN 9788072626861., str. 39

bezpodmínečně povinné poskytnout ohroženému člověku potřebnou pomoc, a to bez ohledu na to, zda by s jejich počínáním bylo spojeno nebezpečí hrozící jim nebo ostatním.[51] Za osoby, jejichž profese se vyznačuje takovouto konkrétní povahou, můžeme s jistotou označit lékaře, zdravotní sestry a za určitých okolností i další zdravotnické pracovníky. Rovněž do této skupiny řadíme členy hasičského sboru nebo příslušníky Policie ČR. Pokud by některý ze zástupců uvedených profesí neposkytl potřebnou pomoc, trestní sazba se zvyšuje. Samozřejmě v určitých situacích po těchto osobách nelze požadovat takřka heroické výkony, například není možné právně postihnout lékaře, jenž neumí plavat za to, že nepřeplaval na druhý břeh řeky, aby poskytl první pomoc zraněnému. Zrovna tak nelze logicky požadovat po zdravotních sestrách, aby zastávaly úkoly hasičů.

Na druhé straně však nemůžeme omlouvat nečinnost zdravotnického pracovníka, který na svou obhajobu uvádí, že se necítil dostatečně kvalifikován pro poskytnutí náležité první pomoci, když základní úkony první pomoci musí ovládat každý zdravotnický pracovník. Jistěže mohou nastat určité okolnosti, za kterých zdravotnický pracovník nepřistupuje k provádění jakýchkoliv úkonů přímo na těle raněného, nýbrž mu poskytne pomoc ve formě zajištění odborné péče, když zraněného kupříkladu převeze do nemocnice, umožňuje-li to jeho stav. Co se týče subjektivní stránky trestného činu, vyžaduje se u neposkytnutí pomoci úmysl, tudíž je třeba prokázat, že pachatel úmyslně opomenul potřebnou pomoc poskytnout. Nicméně postačuje skutečnost, že pachatel byl srozuměn s tím, že potřebná pomoc nebude poskytnuta, tudíž je ke vzniku trestní odpovědnosti za neposkytnutí pomoci postačující úmysl nepřímý. Došlo-li však k úmrtí nebo ublížení na zdraví v důsledku neposkytnutí či opožděného poskytnutí potřebné pomoci pachatelem a tomuto pachateli nebyl prokázán úmysl neposkytnout pomoc, nejedná se v zásadě o trestný čin neposkytnutí pomoci, ale byly naplněny znaky skutkové podstaty trestného činu ublížení na zdraví z nedbalosti či usmrcení z nedbalosti. Případy neposkytnutí pomoci ze strany členů zdravotnického personálu jsou spíše nahodilé. Zpravidla platí, že kolemjdoucí lékař či zdravotník bez váhání pohotově zasahuje, aby poskytl první pomoc člověku v nouzi. V praxi však můžeme narazit na otázku, zda je lékař vykonávající službu ve zdravotnickém zařízení povinen případně opustit své

[51] Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník, § 150

pracoviště za účelem poskytnutí akutní první pomoci, například došlo-li v bezprostřední blízkosti jeho pracoviště k dopravní nehodě. S nutným přihlédnutím ke všem okolnostem dané situace je možné uložit povinnost poskytnout pomoc i lékaři právě konajícímu službu v nemocnici, jsou-li splněny určité podmínky, tj. předně nesmí dojít k ohrožení zdraví pacientů, kteří mu jsou zrovna svěřeni do péče, přičemž jsou-li přítomni alespoň dva lékaři, pak setrvání alespoň jednoho z nich na daném oddělení bude postačující. Splnění první podmínky je stěžejní, avšak dotyčný lékař je povinen jednat zvláště pak v případech, kdy to zdravotní stav raněného vyžaduje a včasnou pomoc mu není možné zajistit jiným způsobem. V místě svého bydliště je příslušník zdravotního personálu rovněž povinován poskytnout první pomoc především v akutních případech a je-li o pomoc požádán například sousedy.

5.5 Padělání a vystavování nepravdivé lékařské zprávy, posudku a nálezu

Trestného činu padělání a vystavování nepravdivé lékařské zprávy, posudku a nálezu se dopouští ten, kdo padělá lékařskou zprávu, posudek nebo nález, nebo podstatně změní jejich obsah v úmyslu využít je v řízení před orgánem sociálního zabezpečení nebo před jiným orgánem veřejné správy, v trestním nebo občanském soudním řízení, nebo jej v takovém řízení využije jako pravého. Ačkoliv se tohoto trestného činu v praxi dopouštějí spíše pacienti než samotní zdravotní pracovníci, naplní znaky skutkové podstaty shora uvedeného trestného činu i ten, kdo jako lékař nebo jiná způsobilá zdravotnická osoba vystaví nepravdivou nebo hrubě zkreslenou lékařskou zprávu, posudek nebo nález, nebo v nich zamlčí podstatné skutečnosti o zdravotním stavu svém nebo jiného, aby jich bylo následně užito v řízení před orgánem sociálního zabezpečení nebo před jiným orgánem veřejné správy, v trestním, občanském nebo jiném soudním řízení. Trestnost dovozujeme rovněž u osoby, jež předmětný posudek, nález či zprávu užije ve výše popsaných případech. Případnému pachateli je však třeba prokázat úmyslné zavinění, jelikož nadepsaný trestný čin nelze spáchat z nedbalosti.[52]

5.6 Omezení a zbavení osobní svobody

Podstatu tohoto trestného činu spatřujeme v bránění jinému bez oprávnění užívat osobní svobodu, přičemž samotné zbavení osobní svobody pak spočívá

[52] CÍSAŘOVÁ, Dagmar a Olga SOVOVÁ. Trestní právo a zdravotnictví. Praha: Orac, 2000. Studijní texty (Orac). ISBN 8086199096, str. 72

v trvalém nebo alespoň dlouhotrvajícím uvěznění, nebo zbavení osobní svobody, které se blíží uvěznění.[53] Zákon stanoví, za jakých okolností je možné zdravotní péči vykonávat bez souhlasu ošetřované osoby, i v jakých případech lze převzít nemocného do ústavní péče bez jeho souhlasu. Zákonná úprava rovněž ukládá povinnost ohlásit každé takovéto převzetí nemocného do ústavní péče soudu, a to ve lhůtě 24 hodin. Místně příslušný je v takovémto případě soud, v jehož obvodu má zdravotnické zařízení sídlo. Pokud byl pacient hospitalizován proti své vůli a nebyly splněny zákonem stanovené podmínky pro poskytnutí zdravotní péče bez jeho souhlasu, hovoříme o trestném činu omezování osobní svobody. Jedná-li se o umístění ve zdravotnickém zařízení dlouhodobějšího či trvalého charakteru, aniž byly splněny podmínky stanovené zákonem a případ byl nahlášen příslušnému soudu, půjde o trestný čin zbavení osobní svobody.

Všeobecně se má za to, že je třeba klást důraz na respektování lidských práv a svobod, přičemž právo pacienta na to, aby byla respektována jeho vůle není výjimkou (vyjma případů zákonem výslovně stanovených).

5.7 Nedovolené nakládání s tkáněmi a orgány

Znaky skutkové podstaty trestného činu spočívajícího v nedovoleném nakládání s tkáněmi a orgány popisuje § 165 trestního zákoníku, a to v rámci dílu 5 zvláštní části, jenž pojednává o trestných činech souvisejících s neoprávněným nakládáním s lidskými tkáněmi a orgány, lidským embryem a lidským genomem. Ke změně zákona spočívající v zakotvení tohoto druhu trestných činů došlo v souvislosti s přijetím transplantačního zákona. Pachatelem nadepsaného trestného činu bude ten, kdo v rozporu s jiným právním předpisem provede z těla mrtvého člověka odběr tkáně, buňky nebo orgánu. Stejně tak bude trestně stíhán ten, kdo v úmyslu obohatit sebe nebo jiného nakládá s odebranou lidskou tkání, buňkou nebo odebraným lidským orgánem v rozporu s jiným právním předpisem.[54] Úmysl obohatit sebe nebo jiného tedy zákon vyžaduje v případě neoprávněného nakládání s tkáněmi a orgány, zatímco neoprávněný odběr je trestný bez ohledu bez ohledu na motiv pachatele. Nicméně se zde obecně vyžaduje úmyslné zavinění a výše popsané jednání nebude trestné, za předpokladu, že k němu došlo pouze z nedbalosti.

[53] ŠÁMAL, Pavel, Stanislav RIZMAN a František PÚRY. Trestní zákon: komentář. 3. vyd. Praha: C.H. Beck, 1998. Komentované zákony (C.H. Beck). ISBN 80-7179-162-8, str. 892
[54] Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník, § 165

5.8 Nedovolené nakládání s lidským embryem a lidským genomem

Ustanovení § 167 trestního zákoníku zajišťuje ochranu před neoprávněným nakládáním s lidským embryem a lidským genomem, ať už se jedná o výzkum výše uvedeného nebo jeho nezákonný vývoz a dovoz. Trestnost takovéhoto jednání spočívá však v jeho rozporu s jiným právním předpisem, tudíž se případný pachatel nedopustí trestného činu, pokud předmětné jednání jiný právní předpis za určitých okolností dovoluje. Nicméně hovoříme-li o samotném klonování lidského jedince, není trestnost podmíněna rozporem s jiným právním předpisem, neboť podle Úmluvy o lidských právech a biomedicíně a dodatkového protokolu č. 97/2001 Sb. m. s., o zákazu klonování lidských bytostí, je každý zákrok, jehož účelem je vytvořit lidskou bytost, která je geneticky shodná s jinou lidskou bytostí, živou či mrtvou, nepřípustný.[55]

Zároveň považuji za nezbytné zmínit, že ohledně právní formy lidského embrya se již řadu let vedou rozsáhlé diskuze, přičemž někteří se přiklání k chápání embrya jako člověka, jenž si zasluhuje stejnou ochranu jako člověk již narozený, a na druhé straně zastánci opačného hlediska tvrdí, že embryo je obyčejný shluk buněk bez sebemenšího nároku na ochranu. Český právní řád není v této oblasti o nic konkrétnější a status lidského embrya blíže neurčuje.

5.9 Účast na sebevraždě

Diferenciace uvedeného trestného činu a usmrcení pacienta na žádost bude stěžejní pro další kapitoly diplomové práce. Účasti na sebevraždě se dopustí ten, kdo jiného pohne k sebevraždě nebo jinému k sebevraždě pomáhá, tj. kdo jiného přemluví či přesvědčí k tomu, aby spáchal sebevraždu. Tento čin je trestný došlo-li alespoň k pokusu o sebevraždu a pachatel bude podstatně přísněji potrestán, pokud se výše uvedeného dopustil na dítěti, těhotné ženě nebo jedinci stiženém duševní poruchou.[56] Pomoc k sebevraždě může mít povahu fyzickou, ale i psychickou. Fyzickou pomoc k sebevraždě může představovat například opatření léků pacientovi v takovém množství, které může mít za následek smrt. Účast na sebevraždě je trestný čin úmyslný, což znamená, že nechá-li příslušník zdravotnického personálu z nedbalosti v dosahu pacienta léky či jiné látky, které

[55] Úmluva o lidských právech a biomedicíně., 96/2001 Sb.
[56] Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník, §144

následně užije pacient ke spáchání sebevraždy, nenaplnilo takové jednání zdravotníka veškeré znaky skutkové podstaty trestného činu účasti na sebevraždě, jelikož postrádalo úmysl.

Zmíněné usmrcení pacienta na jeho žádost ze soucitu, jež je odborně označováno jako eutanázie, není účastí na sebevraždě, nýbrž vraždou (například podání smrtící injekce).[57] S ohledem na dění v některých dalších státech jsou pochopitelné některé legislativní iniciativy, které mají za cíl legalizaci eutanázie na území České republiky. Některé legislativní iniciativy však směřují pouze k odlišení eutanázie od vraždy jako takové. Nicméně, pokud zákonodárci jeví snahu alespoň o zakomponování tzv. privilegované skutkové podstaty pro případ usmrcení na žádost do zákonné úpravy, díky čemuž by došlo k jistému odlišení tohoto od trestného činu vraždy a mimo jiné též k podstatnému snížení hrozící sankce, dá se toto počínání zákonodárců označovat jistě jako pokrokové, přičemž řešení stejné povahy jsou obvyklé v řadě států světa. Co se týče právního řádu České republiky, zejména pak vlastního ústavního pořádku, hraje v dané problematice důležitou roli čl. 6 odst. 2 Listiny základních práv a svobod, jenž stanoví, že nikdo nesmí být zbaven života a zákonodárce jej musí brát v potaz za každých okolností.

Výjimkou z výše uvedeného může být však poměrně častý případ, kdy se lékař snaží v maximální možné míře zbavit bolesti pacienta, jehož zdravotní stav se jeví jako bezvýchodný a smrt naprosto neodvratná. V této situaci je povoleno užití většího množství medikamentů utišujících bolest, nepostačuje-li obvyklá podávaná dávka. Hovoříme tedy o medicínsky indikovaném postupu, který je v souladu s etikou i právem a tudíž se nejedná o eutanázii. Jestliže lékař v souladu s uznávanými medicínskými a etickými zásadami usnadňuje nemocnému konec života, jedná *lege artis*.[58]

6 Komparace se zahraniční právní úpravou týkající se problematiky eutanázie

6.1 Seznámení s problematikou eutanázie

[57] HIRT, Miroslav a Tomáš VOJTÍŠEK. Medicína a trestní právo. Brno: Masarykova univerzita, 2011. ISBN 978-80-210-5508-7, str. 23

[58] ŠTĚPÁN, Jaromír. Právo a moderní lékařství. Praha: Panorama, 1989. Praktické příručky (Panorama). ISBN 80-7038-068-3, str. 113 až 114

Otázka legalizace eutanázie (tj. usmrcení pacienta na jeho žádost) či asistované sebevraždy (sám pacient si aplikuje smrtící dávku medikamentu) je předmětem mnoha odborných diskuzí a to především od devadesátých let minulého století. O tématu předčasného ukončení života se vedou diskuze zejména ve vztahu k beznadějně nevyléčitelným pacientům, kteří se nachází v poslední fázi svého života, nicméně se problematika týká rovněž i mladších a zdravějších jedinců nebo dokonce novorozenců s těžkým zdravotním postižením. V České republice k těmto diskuzím také dochází a na úrovni poslanecké sněmovny dokonce již došlo k legislativní iniciativě v podobě návrhu zákona, jenž by povolil eutanázii, přičemž četné průzkumy naznačují, že nemalé procento občanů České republiky by s tímto řešením souhlasilo. Toto veřejné mínění může souviset s nižší úrovní kvality co se týče zdravotní péče na našem území, ale stejně tak může pramenit z nedostatečné informovanosti českých pacientů, například o možnostech kvalitních alternativ namísto eutanázie.

Prvním uvedeným důvodem nezamýšlím ani v nejmenším napadat český zdravotnický systém, nicméně je třeba uvést, že pacienti v rámci vyspělejších států mají v této oblasti o poznání více práv, například mají zajištěnou rychlou mimosoudní pomoc při řešení stížností, která je poskytována bezúplatně, rovněž mají k dispozici speciální zákon o svých právech nebo stát dokonce pacientům hradí kvalitní nezávislé zástupce, kdy se zpravidla jedná o právního zástupce, jenž spolupracuje s dalšími odborníky a má vůči zdravotnickým zařízením velké pravomoci. Kupříkladu v rámci USA můžeme narazit na tzv. komfortní péči (comfort care), která je zajišťována pro pacienty se závažným onemocněním. I přesto však pacienti volí dobrovolně možnost asistované sebevraždy ne zřídkakdy, přičemž na území států Washington či Oregon tuto eventualitu volí z větší části „bílé“, dobře situované a vzdělané obyvatelstvo.[59] Zde se tedy nejedná o vliv nedostatků spočívajících v poskytované zdravotní péči, nýbrž zde pravděpodobně dochází částečně k projevům postupné proměny člověka v tvora tak pyšného, že není schopen se smířit s postupným chátráním své tělesné schránky (v některých případech i duševní stránky) a postupnou ztrátou schopnosti se o sebe soběstačně postarat. V tomto ohledu však nelze pacienty, kteří se uchýlí k eutanázii, „házet do jednoho pytle“, když se v praxi můžeme setkat s nesčetným počtem jedinců,

[59] SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, Vladimíra. Eutanázie, nebo "komfort" pro pacienty?: zkušenosti Nizozemí, Oregonu, Švýcarska a dalších. Praha: V. Bošková, 2012. ISBN 9788026029892, str. 12

kteří natolik duševně trpěli z představy pomalu se blížícího neodvratného úmrtí, že se jim nedalo jinak pomoci. Obdobné, ne-li větší utrpení mohou prožívat i rodiče velmi těžce postiženého novorozence.

Čím více zahraničních předloh právních úprav máme k dispozici, tím spíše se nám podaří koncipovat možnou právní úpravu v rámci českého právního řádu, avšak je pravdou, že i na první pohled kvalitní zákon upravující předmětnou problematiku ve státě Washington nebo o nic méně kvalitní nizozemský zákon v sobě skrývá určité „skulinky", skrze něž může docházet k opomenutí některých práv pacientů (viz. následující kapitoly).

6.2 Eutanázie a pojmosloví s ní související

I u známých propagátorů eutanázie jako je Belgie či Nizozemsko bylo zapotřebí si v první řadě ujasnit terminologii. Tento problém se ukázal jako značně palčivý a diskuze vyvolávající. Důsledky v právní rovině spočívají zejména v odlišném chápání určitého jednání v rámci právního systému jednoho státu oproti právnímu systému státu jiného. Uveďme si jako příklad jasný kontrast mezi nizozemskou právní úpravou a tou právní úpravou, jež je uplatňována na území Německa. Nizozemský právní řád označuje za eutanázii takové jednání, jež naplňuje znaky aktivní vyžádané eutanázie, zatímco Německo samotný termín eutanázie odmítá používat a hovoří o tzv. pomoci k smrti (Sterbehilfe).[60] Dále může konflikt v terminologii představovat rovněž případ odpojení od přístrojové podpory vitálních funkcí, když judikatura Spojeného království označila takovéto jednání za případný omisivní delikt, tj. delikt spočívající v nekonání či opomenutí, zatímco přímo český právní řád jej označuje jako aktivní způsobení smrti (komisivní delikt), jak uvádí zákonodárce v rámci důvodové zprávy.[61]

V této diplomové práci chápeme eutanázii jako případ úmyslného usmrcení pacienta nebo jeho umožnění jiným člověkem. Eutanázii můžeme rozdělit hned z několika hledisek: aktivní eutanázie spočívá v jednání člověka, které samo o sobě vede k úmrtí pacienta, zatímco pokud lékař odepře pacientovi život udržující léčbu či od takovéto léčby upustí, jedná se o eutanázii pasivní. Dále můžeme eutanázii dělit na vyžádanou a nevyžádanou, přičemž

[60] DOLEŽAL, Adam. Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty. Praha: Academia, 2017. Právo - etika - společnost. ISBN 9788020026873, str. 193
[61] Důvodová zpráva k ustanovení § 36 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách

diferenciačním faktorem je v tomto případě vlastní vyjádření přání nemocného zemřít, když k nevyžádané eutanázii dochází není-li pacient schopen vyjádřit své přání. S tímto hlediskem nepřímo souvisí zvláštní druh eutanázie – nedobrovolná, jež spočívá v usmrcení nemocného, které bylo v rozporu s jeho přáním, nicméně pachatel jednal ve prospěch nemocného. Dále jednání, kdy člověk odlišný od umírajícího pacienta napomůže ukončit život tohoto pacienta sebeusmrcením, označujeme jako asistovanou sebevraždu či sebeusmrcení. Posledním pojmem je tzv. nepřímá eutanázie, ke které dochází nastane-li smrt pacienta jako vedlejší a nezamýšlený následek podávání medikamentů sloužících k utlumení bolesti.

6.3 Právní řád České republiky a eutanázie

6.3.1 Historie trestněprávní úpravy v dané oblasti

První právní předpis, jenž se hodí zmínit v souvislosti s problematikou eutanázie na našem území, byl trestní zákon č. 117/1852 ř. z ze dne 27.5.1852. Tento zákoník znatelně ovlivnil přístup k eutanázii a na našem území platil až do roku 1950. Lišil se od jiných trestních kodexů z 19. století mimo jiné tím, že neznal privilegovanou skutkovou podstatu trestného činu zabití na žádost nebo zabití ze soucitu. Trestný čin sebevraždy rakouský trestní zákoník rovněž neznal a stejně tak tomu bylo u trestného činu pomoci při sebevraždě. Kolem roku 1915 se k otázce eutanázie začalo vyjadřovat stále více odborníků, zejména prostřednictvím odborných časopisů. Důvodem byly časté diskuze o dané problematice na území Německa, kde německá právní úprava privilegovanou skutkovou podstatu usmrcení na žádost znala. Zajímavé však je, že nebyl v soudní praxi zaznamenán ani jeden případ takovéhoto jednání ze strany lékaře, nicméně debaty o těchto konkrétních případech se vedly a během jedné z těchto debat se do sporu s tradiční naukou dostal se svou teorií Alexander Elster. Ten ve své publikaci uvádí čtyři základní podmínky, jejichž splnění by mělo zaručit beztrestnost nápomoci ke smrti: 1. Trojčlenné kolegium lékařů shledá, že nemocného nelze vyléčit ani mu ulehčit od bolesti. 2. Příbuzní i sám nemocný se výslovně, svobodně a s rozmyslem rozhodnou o takovém jednání. 3. Asistenci při úmrtí schválí soud nebo příslušný správní úřad. 4. Příbuzní ponesou náklady takového řízení.[62] Jeho hlavním argumentem k podložení svých tvrzení bylo, že trpný život musí být obětován ve prospěch společnosti a právě tato myšlenka dala

[62] SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, Vladimíra. Eutanázie, nebo "komfort" pro pacienty?: zkušenosti Nizozemí, Oregonu, Švýcarska a dalších. Praha: V. Bošková, 2012. ISBN 9788026029892, str. 18

vzniknout úvahám o „životě nehodného k žití“, jež po své explicitní formulaci v rámci Bindigovy teorie a nástupu nacistického režimu k moci zapříčinila nechvalně známý sled událostí v Německu.[63]

Nicméně v souvislosti s německou právní úpravou docházelo na území Československa ke snaze o zakotvení privilegované skutkové podstaty usmrcení na žádost i do tamějšího trestního zákoníku. V období první republiky tedy byly navrženy dvě osnovy trestního zákoníku – první byla z roku 1926 tzv. profesorská a další z roku 1936 se nazývala ministerská. Obě privilegovanou skutkovou podstatu usmrcení na žádost obsahovaly. Nicméně ani jeden z návrhů nebyl schválen a změna trestního zákoníku z roku 1852 přišla až po druhé světové válce v roce 1950, tj. po nástupu komunistického režimu. Přijetím tohoto zákona a v důsledku úplně nového přístupu k socialistickému právu se zcela upustilo od debat o privilegované skutkové podstatě usmrcení na žádost a usmrcení ze soucitu. Samotný účel trestního práva začal být chápán jinak a stejně tak došlo ke změnám v oblasti terminologie i k doktrinálním změnám. V této době bylo možné podřadit eutanázii pod trestný čin vraždy.[64] Zákon č. 86/1950 Sb. byl novelizován hned dvakrát, nicméně oblast eutanázie, asistované sebevraždy, privilegovaných skutkových podstat usmrcení na žádost nebo usmrcení ze soucitu, se žádné změny nedočkala. Obdobně tomu bylo v případě zákonu č. 140/1961 Sb., který se k výše uvedenému rovněž nijak konkrétně nevyjadřuje a eutanázie byla v rámci tohoto trestního zákoníku podřazena pod skutkovou podstatu trestného činu vraždy.

V důsledku pádu komunistického režimu v roce 1989 začaly vystupovat na povrch nové liberálnější úvahy o skutkové podstatě trestného činu usmrcení na žádost nebo usmrcení ze soucitu. Dokonce se uvažovalo o zakotvení práva na tzv. důstojnou smrt. V trestněprávní teorii tedy vznikl prostor pro témata, která byla do té doby tabu a pro socialistické právní smýšlení zcela nemyslitelná. Postupně se tak projevovala potřeba určité transformace trestního práva, když zastaralý komunistický trestní zákoník zcela zjevně nepostačoval jako základ pro trestněprávní nauku v demokratickém právním státu. Přesto se však návrh, který by v sobě zahrnoval i specifika usmrcení na žádost či ze soucitu, začal formovat až na počátku 21. století.

[63] DOLEŽAL, Adam. Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty. Praha: Academia, 2017. Právo - etika - společnost. ISBN 9788020026873, str. 204
[64] Zák. č. 86/1950 Sb., Trestní zákoník, § 216

Vládní návrh nového trestního zákoníku, jenž v sobě skýtal kombinaci prvků trestního práva z první poloviny devatenáctého století a návrhů trestněprávní novelizace z první poloviny dvacátého století, byl dokončen až v roce 2004. Mezi trestnými činy proti životu a zdraví bylo pak možné znovu spatřit privilegovanou skutkovou podstatu usmrcení na žádost. Návrh trestního zákoníku byl vládou předložen Poslanecké sněmovně dne 21.7.2004 a usmrcení na žádost v něm bylo upraveno následovně:

§ 118 Usmrcení na žádost

(1) Kdo ze soucitu usmrtí nevyléčitelně nemocnou osobu, která trpí somatickou nemocí, na její vážně míněnou a naléhavou žádost, bude potrestán odnětím svobody až na šest let.

(2) Vážně míněnou a naléhavou žádostí se rozumí svobodný a určitý projev vůle osoby starší osmnácti let, která není zbavena ani omezena ve způsobilosti k právním úkonům a není stižena duševní poruchou, jednoznačně a důrazně směřující k jejímu vlastnímu usrmcení.[65]

V rámci důvodové zprávy k tomuto bylo výslovně uvedeno, že se předmětné ustanovení vztahuje pouze na případy aktivní vyžádané eutanázie. Omluvitelná pohnutka ve formě soucitu s umírajícím byla chápána jako rozhodující motiv a žádost nemocného musela být naléhavá a zcela vážně míněná. Tento návrh trestního zákoníku z roku 2004 se rovněž zabýval problematickým konceptem somatických nemocí, přičemž tak striktně odmítl aplikaci předmětné skutkové podstaty v případě psychické nemoci na straně pacienta. Důvodová zpráva dále hovořila o nutnosti rozlišení sankcí mezi vraždou a eutanázií, čímž bylo ospravedlňováno zavedení privilegované skutkové podstaty usmrcení na žádost, přičemž eutanázie jako taková byla i nadále trestná.[66] V těchto letech však působila ve vládní koalici strana KDU-ČSL, pro jejíž zástupce byl předmětný návrh zákona příliš kontroverzní a v důsledku tohoto nebyl schválen. Z této zkušenosti se poučili tvůrci nového návrhu, který již privilegovanou skutkovou podstatu usmrcení na žádost postrádal.

Politické důvody a kontroverzní povaha návrhu tak zapříčinily jeho odmítnutí, nicméně ho následoval senátní návrh zákona o důstojné smrti, jenž byl

[65] Dostupné z: https://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-v-pravnim-radu-cr-28721.html?mail
[66] Důvodová zpráva k návrhu zákona z roku 2004

tomto ohledu daleko kontroverznější. Východiskem při tvorbě tohoto návrhu byl oregonský a belgický koncept důstojné smrti, který dále pak návrh zákona ve svém znění rozváděl. Dle § 1 odst. 1 se důstojnou smrtí rozumělo ukončení života pacienta na jeho vlastní žádost s vědomou, odbornou pomocí jiné osoby za stanovených podmínek.[67] Primárně tedy zákon stanovoval beztrestnost pro případy asistované sebevraždy, tudíž by pak zákon vycházel z teorie, že asistovaná sebevražda (či sebeusmrcení) není tak kontroverzní, jako je tomu v případě aktivní vyžádané eutanázie, nicméně za určitých okolností bylo možné dovodit jakousi etickou povinnost jedné osoby pomoci druhé osobě k důstojné smrti. Pomoci k důstojné smrti muselo podle tohoto zákona předcházet více kroků, zejména pak konzultace ošetřujícího s jiným lékařem nebo lékařským týmem. Zákon dále vyžadoval osobní vyšetření pacienta a pečlivé prostudování zdravotní dokumentace. Vyjádří-li poté některý z konzultujících lékařů své pochybnosti ohledně důvodnosti pomoci k důstojné smrti, je třeba požádat o konzultaci dalšího lékaře. Lékař, jenž byl nápomocen k důstojné smrti nebo ji vyvolal, měl následně za úkol vyplnit formulář a tento předat do pěti pracovních dnů od vyvolání nebo pomoci k důstojné smrti do rukou ministerstva. Nicméně četné kritické připomínky a politická situace v rozhodné době měly za následek odmítnutí uvedeného návrhu zákona o důstojné smrti.

V průběhu následujících let došlo k vytvoření dalšího návrhu nového zákona o důstojné smrti, na jehož tvorbě se podílel rovněž dlouhodobý zastánce práva na eutanázii Mgr. Milan Hamerský, který se domníval, že rozhodování o tom, zda byly splněny stanovené podmínky pro asistovanou smrt na žádost nemocného, by mělo spočinout v rukou centrální komise. Avšak tento návrh toliko kopíroval návrh zákona o důstojné smrti z roku 2008, když stejně tak trpěl určitými zásadními nedostatky, a to (mimo jiné) jelikož nikterak nereagoval na právní úpravu institutu dříve vyslovených přání v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Další problémová ustanovení byla ta týkající se samotné centrální komise, když zákon nijak neřešil složení dané komise, proces rozhodování nebo možnosti případného přezkoumání rozhodnutí.[68]

6.3.2 Současná trestněprávní úprava

[67] Dostupné z: https://is.ambis.cz/th/abuqa/Priloha_c._1.pdf?so=nx
[68] Dostupné z: https://zdravotnickepravo.info/je-navrh-zakona-o-dustojne-smrti-dustojny/

Do roku 2016 nedošlo k žádné zásadní změně v oblasti právní úpravy eutanázie v České republice, nicméně k tomuto datu došlo k posouzení aktuálního právního stavu za účinnosti stávajícího zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. Aspekty hodné zohlednění při zkoumání právního stavu jsou zejména vyhlášené mezinárodní smlouvy, jimiž je Česká republika vázána a k jejichž ratifikaci dal parlament souhlas, ve spojení s ústavními zákony. Rámec pro zkoumání ústavního hlediska především vyplývá z ústavního zákona č. 2/1993 Sb., Listiny základních práv a svobod, jež ve svém čl. 6 garantuje právo na život. Z tohoto ustanovení lze dovodit dva druhy závazku, a to pozitivní a negativní. Pozitivní závazek spočívá v povinnosti státu za určitých okolností chránit lidský život svým aktivním jednáním, zatímco negativní závazek ztělesňuje právo nebýt zbaven života.[69] Nicméně ústavní konformitu případného zákona o důstojné smrti by mohlo zaručit ustanovení odstavce 4 téhož článku Listiny, který nám stanoví, že *porušením práv podle tohoto článku není, jestliže byl někdo zbaven života v souvislosti s jednáním, které podle zákona není trestné*.[70] Právo na život tedy není zcela absolutní a zákon taxativně stanoví, za kterých okolností nejsou určité druhy jednání považovány za porušení práva na život. Avšak výkladové názory se v tomto mohou lišit, a tudíž je v případě přijetí zákona o důstojné smrti logicky možné očekávat podání ústavní stížnosti. Z pozice zastánce práva na eutanázii bych však v Listině základních práv a svobod spatřoval oporu ústavní konformity případného zákona na důstojnou smrt například také v článku 7, jenž ustanovuje právo na soukromí, z něhož lze dovodit právo na odmítnutí léčby. Dále je možné argumentovat do určité míry článkem 10 Listiny, když tento stanoví právo na zachování lidské důstojnosti a z něhož lze rovněž dovodit právo na důstojnou smrt.

Zda by zákon o důstojné smrti byl či nebyl posouzen jako ústavně konformní, se nyní s naprostou jistotou nedozvíme, nicméně platný zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, jenž nabyl účinnosti dne 1.1.2010, eutanázii nepřipouští a označuje takovéto jednání jako trestné. Stejně tak jako tomu bylo u trestního zákonu z roku 1961. Ani privilegovanou skutkovou podstatu usmrcení na žádost nebo ze soucitu tento zákon nezahrnuje. Zásadní rozdíl oproti zákonu z roku 1961 však spočívá v pojetí trestného činu, když současný trestní zákoník upustil od materiálně-formálního pojetí trestného činu, což mělo vliv rovněž na

[69] Listina základních práv a svobod: komentář. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012. Komentáře (Wolters Kluwer ČR). ISBN 978-80-7357-750-6, str. 150 a násl.
[70] Listina základních práv a svobod, čl. 6 odst. 4

podmínky nebezpečnosti pro společnost. V důsledku těchto změn nelze tedy vyloučit trestnost jednání lékaře, které spočívá v asistované smrti, neboť argumentace pramenící z nedostatečné nebezpečnosti takového jednání pro společnost je nyní nemožná. Dále trestní zákoník stanoví rovněž subsidiaritu trestněprávní represe, avšak tuto není možné vztahovat na případy asistovaného úmrtí.

Současný trestní zákoník, stejně jako tomu bylo u trestního zákoníku z roku 1961, kvalifikuje aktivní vyžádanou eutanázii jako trestný čin vraždy, jak je stanoveno v § 140 odst. 1 trestního zákoníku. V odstavci 2 téhož paragrafu je uvedena kvalifikovaná skutková podstata podmiňující vyšší trestní sazbu. Otázkou tedy je, zda by jednání označené jako aktivní vyžádaná eutanázie nenaplňovalo znaky kvalifikované skutkové podstaty uvedené v § 140 odst. 2 trestního zákoníku spíše než znaky základní skutkové podstaty, když se v případě osoby lékaře dá hovořit o určité míře rozmyslu a předchozího uvážení. Rozmysl a předchozí uvážení se často souhrnně označují jako tzv. premeditace, kterou lze charakterizovat jako uvážený myšlenkový proces pachatele.[71] Aktivní vyžádané eutanázii rozhodně předchází řada myšlenkových pochodů, přičemž tyto zahrnují rovněž rozpravu s pacientem, zkoumání jeho zdravotního stavu, úvahy o možných řešeních nebo o způsobech, jak zajistit pacientovi patřičně „důstojnou smrt“. Lékař tudíž očividně nejedná v afektu a je velice pravděpodobné, že bude-li čin aktivní vyžádané eutanázie subsumován pod ustanovení trestního zákoníku týkajícího se trestného činu vraždy, naplní takovéto jednání ze strany lékaře znaky kvalifikované skutkové podstaty uvedené v § 140 odst. 2 trestního zákoníku, což bude mít za následek užití vyšší trestní sazby. Nežádoucí by také bylo opomenout ustanovení odstavce 3 v rámci § 140 trestního zákoníku, neboť i toto může být užito, pokud by se lékař opakovaně/ opětovně dopouštěl na pacientech činu označovaného jako eutanázie, přičemž za těchto okolností by mu mohl hrozit i výjimečný trest.[72]

§ 141 odst. 1 trestního zákoníku stanoví znaky skutkové podstaty trestného činu zabití, přičemž se zde, v souvislosti se zkoumanou problematikou, nabízí rovněž otázka možnosti subsumpce jednání spočívajícího v asistované smrti pod

[71] ŠÁMAL, Pavel, Stanislav RIZMAN a František PÚRY. Trestní zákon: komentář. 3. vyd. Praha: C.H. Beck, 1998. Komentované zákony (C.H. Beck). ISBN 80-7179-162-8, str. 1466
[72] Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník, § 140

toto zákonné ustanovení. Ke kladnému závěru došli tvůrci komentáře, nicméně upozorňují na to, že u eutanázie je vždy třeba „*pečlivě zvážit, zda jde o trestný čin zabití, který vyžaduje, aby pachatel jednal v silném rozrušení z omluvitelných hnutí mysli, kam by s přihlédnutím k okolnostem případu bylo možno také zahrnout soucit s trpícím umírajícím, anebo zda jsou splněny podmínky pro posouzení takového jednání jako trestného činu vraždy dle § 140*“.[73] Tento doktrinální výklad lze považovat za aplikovatelný, zejména protože v soudní judikatura v dané věci chybí, nicméně je třeba dbát značné opatrnosti, jelikož by ve vztahu k medicínskému právu mohl být takovýto výklad značně problematický.

Obdobně jako u aktivní eutanázie bude i pasivní eutanázie subsumována pod ustanovení trestního zákoníku týkajícího se trestného činu vraždy či zabití, což vyplývá z právní povahy opomenutí, přičemž takováto konkrétní osoba má povinnost konat. V tomto smyslu je opomenutí stavěno na stejnou úroveň jako samotné jednání a omisivní delikt bude mít stejné trestněprávní následky jako delikt komisivní. Nezajištění nebo neposkytnutí potřebné zdravotní péče má povahu právního opomenutí ve smyslu ustanovení § 112 trestního zákoníku. Trestné činy ohrožovací jsou vůči trestným činům poruchovým ve vztahu subsidiárním a s ohledem na toto nelze právní jednání mající formu pasivní eutanázie v případě úmrtí pacienta podřadit pod skutkovou podstatu trestného činu neposkytnutí pomoci, o němž pojednává ustanovení § 150 odst. Trestního zákoníku.[74] Touto problematikou se zabýval také Nejvyšší soud, jenž ve svém rozsudku ze dne 18.9.1997 sp. zn. 2 Tzn 72/97 uvedl následující: „*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 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.*“ Uvedený judikát byl sice vydán ještě v době účinnosti trestního zákona č.

[73] ŠÁMAL, Pavel, Stanislav RIZMAN a František PÚRY. Trestní zákon: komentář. 3. vyd. Praha: C.H. Beck, 1998. Komentované zákony (C.H. Beck). ISBN 80-7179-162-8, str. 1490
[74] KREJČÍKOVÁ, Helena. Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře. Praha: Galén, c2014. Theatrum medico-iuridicum. ISBN 9788074921674, str. 24

140/1961 Sb., avšak jeho smysl citovaného rozhodnutí se shoduje s aktuálním zněním trestního zákoníku. Z trestně právního hlediska lze tedy i pasivní eutanázii označit za trestný čin poruchový.

Naprosto specifickým případem je odpojení od přístrojové techniky, jež podporuje vitální funkce organismu. Jak již bylo uvedeno, tato problematika bývá předmětem mnoha sporů, zejména pak v otázce, zda se jedná o komisivní či omisivní akt. Přestože v rámci českého právního řádu nebude mít takovéto zkoumání vliv na určení, zda se jedná o některý z trestných činů proti životu a zdraví či nikoliv, pro účely medicínského práva se tato otázka považuje za otázku stěžejní, zejména s ohledem na respektování tzv. dříve vysloveného přání. Ustanovení § 36 odst. 5 písm. b) zákona o zdravotnických službách nám říká, že dříve vyslovené přání nelze respektovat, pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní zapříčinění smrti. Dále písmeno d) stejného ustanovení stanoví, že dříve vyslovené přání 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.[75] V rámci důvodové zprávy je výslovně uvedeno, že i odpojení od přístroje se považuje za aktivní způsobení smrti. A nyní se ocitáme v paradoxní situaci, kdy pacient má právo prostřednictvím dříve vysloveného přání požadovat, aby k přístroji nebyl vůbec připojen, avšak nemá právo požadovat odpojení sebe sama od přístroje.[76] Důvodová zpráva bude v posuzování obdobných případů hrát důležitou roli, jakožto určitý návod pro teleologický a historický výklad předmětné právní normy.

6.4 Právní úprava eutanázie na území USA

V roce 1997 v americkém státě Oregon byl v souvislosti s konaným referendem schválen zákon Death with Dignity Act, jenž lze volně přeložit jako zákon o ukončení života s důstojností. Tento zákon zakazuje samotnou eutanázii, což znamená, že lékař nesmí pacienta usmrtit „vlastní rukou“, nicméně dovoluje asistovanou sebevraždu. V praxi to znamená získání receptu na medikament se smrtícími účinky od ošetřujícího lékaře, přičemž ten toto projedná s lékárníkem, pokud pacient souhlasí. Zde úloha ošetřujícího lékaře často končí, jelikož

[75] Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 36 odst. 5
[76] KREJČÍKOVÁ, Helena. Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře. Praha: Galén, c2014. Theatrum medico-iuridicum. ISBN 9788074921674, str. 125

nemocný si získanou látku musí aplikovat sám, k čemuž dochází z větší části v místě bydliště. Zákon stanoví, kdo je oprávněn o asistovanou sebevraždu požádat – musí to být občan žijící v tomto státu, jenž dosáhl minimální věkové hranice osmnácti let, je právně způsobilý, trpí nevyléčitelným onemocněním, přičemž úmrtí v důsledku nemoci se očekává do půl roku, a jakožto plně informovaný dobrovolně požádá lékaře o předepsání přípravku se smrtícím účinkem.[77]

Ministerstvo zdravotnictví průběžně shromažďuje veškerá data ohledně případů asistované sebevraždy a tyto následně publikuje v rámci své výroční zprávy. Lékaři vykonávající svou profesi na území USA jsou na úrovni jednotlivých států pod pečlivým dohledem kontrolního orgánu, jehož členové jsou nezávislí a jsou to zpravidla právník, zástupce státu, soudní znalec z oblasti medicíny a nahodile zde rovněž může působit zástupce občanů jakožto laiků. Tento orgán se nazývá Board of Medical Examiners. O asistované sebevraždě se pořizuje protokol, v rámci kterého pacient mimo jiné potvrzuje, že mu byly lékařem poskytnuty veškeré potřebné informace od samotné diagnózy, přes rizika medikace s letálními účinky, až po informace týkající se dostupnosti hospiců. Pacient výše uvedené potvrdí svým podpisem. Pokud existují důvodné pochybnosti o schopnosti úsudku pacienta, ošetřující lékař případ prokonzultuje s jiným lékařem nebo rovnou doporučí či přímo zajistí vyšetření psychického stavu nemocného psychologem nebo psychiatrem. Ten zkoumá, zda něco nebrání schopnosti úsudku nebo patřičně zváženému dobrovolnému rozhodnutí na straně pacienta, například se může jednat o duševní poruchu nebo deprese. Ve stejném protokolu musí také žádost pacienta o asistovanou sebevraždu potvrdit nejméně dva nestranní svědci, přičemž alespoň jeden ze svědků nesmí být s pacientem v příbuzenském nebo obdobném vztahu (adopce). Rovněž nesmí jít o osobu, která je nějakým způsobem spjata se zdravotnickým zařízením, v němž se pacient léčí nebo pobývá. Tito svědci mají svými podpisy v protokolu potvrdit, že nemocný je schopen náležitého úsudku a jeho přání je činěno zcela dobrovolně. Ošetřující lékař také mimo jiné doporučí věc prokonzultovat s rodinou či s jinými osobami a pacient následně musí v protokolu potvrdit, zda o svém rozhodnutí někoho dalšího informoval.

[77] SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, Vladimíra. Eutanázie, nebo "komfort" pro pacienty?: zkušenosti Nizozemí, Oregonu, Švýcarska a dalších. Praha: V. Bošková, 2012. ISBN 9788026029892, str. 16

Pacient musí být náležitě poučen o možnosti odvolat své rozhodnutí, a to kdykoliv. Tento dostane 15 dnů na rozmyšlení, přičemž před předepsáním medikamentu s letálními účinky je třeba znovu potvrdit, zda je pacient schopen učinit takto závažné rozhodnutí. Nemocný musí být rovněž obeznámen s eventualitou pomalejšího účinkování smrtícího přípravku, s nímž souvisí i zpomalený proces umírání. Ze zjištění oregonského ministerstva vyplývá, že u jistého procenta pacientů probíhá po podání medikamentu se smrtícím účinkem umírání delší dobu, ať už v řádu hodin nebo dnů. S tímto nejčastěji souvisejí individuální dispozice jednotlivce, například větší počet zdravotních komplikací či chybné podání přípravku.[78]

Na území státu Washington rovněž působí od roku 2009 zákon Death with Dignity Act, jehož osnova je prakticky totožná s osnovou užitou v případě státu Oregon. Přestože je sociální cítění vůči chudším občanům v rámci USA o poznání menší než ve vyspělých evropských státech, tamější pojištěnci státních programů jsou na tom výrazně lépe než čeští pacienti. V souhrnu se dá jednoduše říct, že právní rámec v oblasti zdravotní péče je nejen ve statě Washington znatelně propracovanější a z pohledu českých pacientů takřka dokonalý, díky čemuž bychom se měli zamyslet nad tím, co vše u nás chybí, nežli přistoupíme k úvahám o legalizaci uspíšení smrti.

Za nedodržení předpisů hrozí lékaři či dalším osobám trest odnětí svobody až na 60 let. Kontrola samotných lékařů je zajištěna tedy prostřednictvím kontrolního orgánu výše zmíněného, nicméně na území USA působí i další kontrolní mechanismy, které bychom měli brát v potaz. Státní správa zodpovídající za zdravotnictví zde musí úzce spolupracovat s resortem spravedlnosti a orgány činnými v trestním řízení, což je detailně upraveno a takto dochází ke zkoumání příčiny úmrtí a předcházející péče lékařem, jenž je do určité míry nezávislý na zdravotnických zařízeních či profesních organizacích. Na území USA takto působí lékaři – kriminalisté, přičemž takto systémově zajištěná profesionalita a nezávislost u nás rozhodně chybí. Dovoluji si předčasně podotknout, že nizozemský vzor se v tomto jeví ještě o poznání povedeněji, když vedle státní inspekce a vrchních orgánů působících v oblasti trestního šetření zde

[78] tamtéž str. 18

vykonává svou činnost rovněž „nezávislé regionální komise“, které tvoří mimo jiné i právník nezávislý na zdravotnictví.[79]

6.5 Nizozemská právní úprava eutanázie

Nizozemsko má pověst jednoho z nejliberálnějších států na světě, co se týče legislativy. Právě nizozemské soudy byly první v rámci evropského kontinentu, které rozhodly o beztrestnosti eutanázie v medicínské praxi. Rovněž se Nizozemsko řadí mezi první státy, které na svém území legislativně akceptovaly provádění aktivní vyžádané eutanázie lékařem za předpokladu splnění předem definovaných podmínek.

Z příkladu Nizozemska lze dovodit některé ideální kroky, které je třeba provést před samotnou snahou o legislativní postup směřující k legalizaci eutanázie. V první řadě je zapotřebí, aby stát zajistil širokou informovanost obyvatelstva, díky čemuž si bude každý jednotlivý občan schopen vytvořit úsudek o dané problematice aniž by se nechal ovlivnit názory jiných. Dalším nezbytným aspektem je spolupráce při tvorbě zákonů vztahujících se k životu a smrti, a to mezi ministerstvy zdravotnictví a spravedlnosti. Hlavním činitelem v rámci této spolupráce bude pochopitelně ministerstvo spravedlnosti, jelikož jeho zástupci jsou zpravidla kvalifikovaní odborníci, kteří dbají na právní jistotu obyvatelstva, zatímco ministerstvo zdravotnictví má na starosti zejména kvalitu zdravotní péče.[80]

Již v devadesátých letech minulého století mělo za sebou Nizozemsko mnoho let trvající, detailní a zasvěcenou diskuzi, jež se odehrávala ve všech společenských kruzích, tudíž se nejednalo pouze o lékařské fakulty či politické kruhy. Na základě všech dostupných informací pracovali ve vzájemné spolupráci politici a úředníci ve spojení se zdravotními pojišťovnami a jinými subjekty na zkvalitnění zdravotní péče včetně optimalizace paliativní péče o nevyléčitelně nemocné v konečné fázi jejich života. Ministři spravedlnosti a zdravotnictví pak společnými silami realizovali přípravu návrhu zákona o ukončení života na žádost a o asistované sebevraždě, v jehož schválení na půdě parlamentu doufali takřka všichni zúčastnění. Zákon nabyl úspěšně platnosti dne 1. 4. 2002, tudíž můžeme

[79] DOLEŽAL, Adam. Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty. Praha: Academia, 2017. Právo - etika - společnost. ISBN 9788020026873, str. 64
[80] tamtéž, str. 74

v případě Nizozemska hovořit o více jak desetileté praxi v této oblasti. Nicméně ministři musejí sledovat, jak se zákon promítá do praxe a o svých zjištěních informovat parlament ve stanovených cyklech. Dojde-li ke zjištění některých nedostatků v průběhu tohoto šetření, musí učinit náležitá opatření. Vláda mimo jiné rovněž zajistila rozsáhlejší nařízení, které na zákon navazují s detailnějšími podmínkami a které se stále průběžně novelizují.[81]

Úvod nizozemského zákona se nese v duchu konkretizace požadavků, které musí být lékařem splněny předtím, než lékař přistoupí k vyřízení žádosti pacienta o asistovanou sebevraždu či eutanázii. Může se na první pohled zdát, že přijetím takovéhoto zákona by získali lékaři možnost se vymanit z rizika spočívajícím v případném trestním stíhání. Úvahy tohoto druhy nejsou zcela na místě, jelikož doposud všechny země, které tuto právní normu přijaly, zachovaly trestní odpovědnost lékařů a dalších členů zdravotnického personálu. Jedině za předpokladu bezpodmínečného dodržování právních požadavků lze upustit od trestního stíhání. Lékař musí kupříkladu prokázat prostřednictvím zdravotní dokumentace, že poskytuje pacientovi náležitou péči. Dále musí prokázat, že byl pacient plně informován o veškerých relevantních skutečnostech. Lékař musí být také přesvědčen o nezvratnosti a neléčitelnosti pacientova zdravotního stavu atd. Nizozemská právní úprava se v celku liberálním způsobem staví ke svobodě rozhodování mladistvých, a to již od dvanácti let. Za předpokladu, že se mladiství nachází ve věku od dvanácti do šestnácti let a je zároveň schopen přiměřeně posoudit svůj zdravotní stav a své vlastní zájmy, může lékař jeho žádosti vyhovět. Nicméně rodiče nebo poručník by museli k žádosti o ukončení života připojit svůj souhlas. V případě žádosti ze strany pacienta, který je ve věku mezi šestnáctým a osmnáctým rokem života, není třeba výslovného souhlasu rodičů nebo poručníka, pokud byli alespoň zapojeni do rozhodovacího procesu.[82] Lékař tedy může žádosti vyhovět, i kdyby zákonní zástupci pacienta nesouhlasili.

Ačkoliv má pacient zákonem stanovené právo žádat o ukončení života, lékař není povinen tomuto vyhovět a pacient je nucen vyhledat jiného lékaře. Stejně jako je tomu ve zmiňovaných státech USA, i v Nizozemsku pojme-li lékař důvodné pochybnosti o pacientově schopnosti úsudku, má povinnost ho předat

[81] SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, Vladimíra. Eutanázie, nebo "komfort" pro pacienty?: zkušenosti Nizozemí, Oregonu, Švýcarska a dalších. Praha: V. Bošková, 2012. ISBN 9788026029892, str. 8
[82] SMIES, J. T. The Legalizaton of Euthanasia in the Netherlands, 7 GONZ. J. INT'L L. 2003-2004. [online] © 2006 [cit. 2019-03-15]

k vyšetření psychologovi nebo psychiatrovi. Na území Nizozemska se však vedly četné diskuze ohledně nejasného vymezení pojmu „schopnost úsudku“, což byl důsledek mezinárodních konvencí, jež se snaží chránit právo duševně nemocných rozhodovat v rámci mezí sám za sebe, a to za předpokladu, že chápou danou situaci, i když mají omezenou svéprávnost. Právo žádat o eutanázii a asistovanou sebevraždu mají dle zákona pouze občané Nizozemska, díky čemuž se zamezilo tzv. turistice za smrtí, se kterou se dlouhodobě potýká Švýcarsko.

Za účelem průběžné kontroly evidovaných případů eutanázie a pomoci při sebevraždě zřizuje nizozemský zákon regionální komise pro kontrolu. Každou komisi tvoří lichý počet členů, přičemž zákon požaduje přítomnost právníka jako předsedy komise, dále jednoho lékaře a jednoho experta v oblasti etiky nebo experta s podobným zaměřením. Členy shodně jmenují ministerstvo spravedlnosti a zdravotnictví, přičemž všichni členové mají své zástupce. V rámci každé komise rovněž působí tajemník a jeden nebo více sekretářů, kteří musejí disponovat právním vzděláním a kteří zároveň podléhají předpisům pro státní a veřejnou správu. Tyto pomocné síly mají mimo jiné rovněž za úkol informovat vyšší orgány o každé případné chybě konkrétní komise. Každopádně prostřednictvím těchto institucí dochází k profesionálnímu nestrannému šetření případů eutanázie a asistované sebevraždy. K vytvoření obdobných kontrolních mechanismů má prozatím Česká republika daleko a i kdyby zde instituce obdobného druhu existovaly, pravděpodobně by byly převážně v rukou lékařů, což by v zahraničí bylo chápáno jako střet zájmů.

Nizozemský trestní zákoník stanoví trestní sazbu odnětí svobody až na 12 let osobě, která ukončí život jiné osoby na její žádost, s výjimkou toho, kdy tak učiní lékař při splnění zákonných požadavků, včetně povinného informování koronera. Odlišné trestní sazby zákon stanoví pro případy napomáhání či navádění k sebevraždě. Výše došlo ke zmínce užití eutanázie i v případě závažně postižených novorozenců. Tato problematika je v nizozemském právním řádu rovněž upravena, nicméně zde hovoříme spíše o ukončení život udržujících výkonů. Tento postup musí být u vážně zdravotně postižených novorozenců ospravedlnitelný, tj. musí se jednat o nemoc neslučitelnou se životem, kdy lze v brzké době očekávat smrt novorozence. V této situaci nesmějí figurovat žádné pochybnosti o diagnóze a prognóze. Rodiče a lékař se musejí shodnout, rodiče dále poskytují souhlas s prokázáním jejich plné informovanosti a nejméně jeden

další lékař musí u novorozence provést patřičné vyšetření, po kterém následuje vyhotovení písemného potvrzení jeho stavu.[83]

Právní úprava oblasti usmrcení na žádost na území Nizozemska oplývá zjevně značnou kvalitou. Veškeré zásluhy však nelze přikládat pouze zákonodárci, nýbrž je třeba zmínit i judikaturu. Ta vznikala již v polovině minulého století a značným způsobem přispěla k formování společenských úvah v nizozemském právním prostředí. Ještě před tím, než byla žádost o ukončení života explicitně vyjádřena v zákonné úpravě, docházelo k postupnému formování zásad, požadavků a dalších aspektů zakomponovaných nyní v rámci zákonné úpravy eutanázie. Prvním případem, který by se dal označovat za průlomový byl případ praktického lékaře doktora Schoonheima z roku 1984, kdy se Nejvyšší soud musel poprvé zabývat otázkou eutanázie. Doktor Schoonheim v roce 1983 provedl eutanázii u 95 let staré pacientky Marie Barendregtové, jež byla plně upoutána na lůžku, zcela závislá na pomoci nemocničního personálu a stále se jí čím dál znatelněji zhoršoval zrak a sluch. I když nebyla v terminálním stádiu nemoci, vytrvale vyjadřovala své přání zemřít. Duševní stav pacientky nebyl nikterak narušen a zároveň si plně uvědomovala situaci, ve které se nachází. Její přání zemřít bylo bez pochyb autonomní vyjádření její svobodné vůle. Doktor Schoonheim celou věc prokonzultoval s asistujícím lékařem a synem pacientky, v důsledku čehož se odhodlal k podání drogy, jejíž užití nejprve zapříčinilo ztrátu vědomí pacientky a posléze i smrt. Ten samý den se doktor doznal na policii. Soud prvního stupně v Alkmaaru shledal doktora Schoonheima nevinným, když akceptoval jeho obranu, jež spočívala v tvrzení, že nedošlo k substanciálnímu porušení zákona. Nicméně odvolací soud v Amsterdamu shledal obžalovaného vinným, avšak mu neuložil žádný trest. Nejvyšší soud o případu rozhodoval v prosinci 1984 a rovněž nesouhlasil s obranou obžalovaného, jelikož dle názoru soudu není ve společnosti obecně sdílená převaha principu sebeurčení nad nedotknutelností lidského života. Nejvyšší soud nad druhé straně poukázal na skutečnost, že se odvolací soud nedostatečně vypořádal s otázkou absence materiální protiprávnosti, v důsledku čehož vrátil věc odvolacímu soudu. Zároveň vyslovil závazný právní názor, podle nějž měl odvolací soud dostačujícím způsobem prověřit, zda se nejednalo o jednání ospravedlnitelné krajní nouzí. Měla

[83] DOLEŽAL, Adam. Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty. Praha: Academia, 2017. Právo - etika - společnost. ISBN 9788020026873, str. 129

být tedy důkladně zvážena obrana lékaře tvrdícího, že se dostal do střetu dvou protichůdných povinností, chránit lidský život na jedné straně a odstraňovat utrpení na straně druhé. Nejvyšší soud rovněž upozornil na klíčový aspekt při rozhodování o otázce, zda byly naplněny podmínky krajní nouze, kterým jsou standardy medicínské etiky. V pokračujícím procesu před odvolacím soudem byl doktor Schoonheim shledán nevinným z důvodu krajní nouze, přičemž se jednalo o první případ zproštění viny u lékaře, jenž spáchal eutanázii, jelikož byly naplněny podmínky podle čl. 40 trestního zákoníku.[84]

Roku 1985 se před okresním soudem v Haagu projednával případ úmrtí 34leté pacientky, která trpěla roztroušenou sklerózou. Obžalovaným byl doktor Admiraal, dlouholetý zastánce eutanázie a člen Nizozemské společnosti pro eutanázii. Pacientka byla umístěna v pečovatelském domě od roku 1981, přičemž v roce 1983 byla již kompletně paralyzována. Mohla pouze slabě pohybovat levou rukou. Ačkoliv nebyla v terminálním stádiu nemoci, byla absolutně odkázána na pomoc pečovatelské služby. Mohla jen stěží mluvit a polykat, zrak se jí podstatně zhoršoval a zakoušela nepřetržitou bolest v kostech. Za těchto okolností si přála zemřít a o toto rovněž několikrát žádala. Poté, co jí zdravotnický personál pečovatelského domu odmítl pomoci, obrátila se na Nizozemskou společnost pro dobrovolnou eutanázii. Následně s pacientkou navázal kontakt doktor Admiraal, který se v dalších dnech podrobně seznámil s jejím zdravotním stavem, komunikoval s lékaři v ošetřovatelském zařízení, s rodinou pacientky a rovněž s jejím pastorem. Její život pak ukončil v přítomnosti rodinných příslušníků dne 4. 12. Ke svému činu se následně doznal na policii, na základě čehož zahájil prokurátor trestní řízení, když poukazoval na skutečnost, že před vlastním výkonem eutanázie doktor Admiraal nesplnil povinnost konzultovat danou věc s odborníkem v oboru neurologie. Nicméně okresní soud obžalovaného zprostil viny, jelikož byly naplněny podmínky krajní nouze specifikované v předchozí judikatuře Nejvyššího soudu. Doktor dle názoru soudu učinil ospravedlnitelné rozhodnutí, když svým jednáním naplnil podmínky pečlivé lékařské péče.[85]

[84] van der Wal G, van Eijk JT, Leenen HJ, Spreeuwenberg C. Euthanasia and assisted suicide. I. How often is it practised by family doctors in The Netherlands? Fam Pract. 1992 Jun;9(2):130–134.
[85] DOLEŽAL, Adam. Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty. Praha: Academia, 2017. Právo - etika - společnost. ISBN 9788020026873, str. 90

Posledním příkladem stěžejních nizozemských judikátů týkajících se usmrcení na žádost je případ Chabot. Tento případ pojednává o tíživé životní situaci 50leté Hilly Bosscherové, která se rozhodla využít pomoci lékaře ve formě eutanázie, jelikož ztratila oba své syny a manžela, jenž ji následně opustil. O sebevraždu se pokoušela i sama, avšak neúspěšně. Sužovaly jí obavy z dalšího pokusu o sebevraždu, neboť pokud by opět neuspěla, mohlo by to mít za následek její hospitalizaci v psychiatrické léčebně nebo by si případně mohla přivodit závažné zdravotní problémy, se kterými by pak byla nucena dál žít. Jelikož i nadále snila o důstojné smrti, rozhodla se paní Bosscherová kontaktovat Nizozemskou společnost pro eutanázii prostřednictvím soukromého dopisu, v němž žádala o ukončení jejího trápení, jelikož „*jediným smyslem jejího života je najít cestu za svými syny skrze důstojnou smrt*“.[86] Nizozemská společnost pro eutanázii žadatelce poskytla kontakt na doktora Chabota, specializovaného psychiatra, který se s paní Bosscherovou několikrát sešel v průběhu měsíce srpna roku 1991, nicméně ta se během sezení zarputile bránila jakékoliv terapii a opakovala pouze své jediné přání, zemřít. Postupem času se uchýlila k „vyhrožování“, kdy doktorovi sdělila, že pokud ji odmítne pomoci spáchat sebevraždu, pokusí se o to sama za použití násilnějších metod, konkrétně měla mít na mysli skok pod rozjetý vlak.

Doktor Chabot se rozhodl konzultovat situaci se sedmi různými nezávislými odborníky. Po provedení dalších důkladných šetření došel k závěru, že pacientka trpí psychickou poruchou společenské adaptace, jež v sobě skýtala četné depresivní nálady bez psychotických známek, které byly následkem ztráty synů. Dle odborného názoru doktora Chabota pacientka prožívala těžké psychické utrpení bez vyhlídky na jakékoliv zlepšení, pročež se uvolil ke zvážení její žádosti o asistovanou sebevraždu. Žena nadále odmítala jakýkoliv druh léčby, doktor Chabot se proto odhodlal k vykonání poslední návštěvy v doprovodu svého kolegy, přičemž pacientce podal barbituráty společně s dalšími medikamenty, po kterých se zanedlouho dostavilo bezvědomí a následně tak i bezbolestná smrt. Když se případ doktora Chabota dostal až k Nejvyššímu soudu, přišlo na zkoumání, zda byly naplněny podmínky beztrestnosti dle čl. 40, tj. zda byly naplněny podmínky krajní nouze. Opět zde máme možnost být svědky dalekosáhlých dopadů prvního zkoumaného judikátu (případ doktora

[86] KAUFMAN, G. State v. Chabot. A Euthanasia Case From the Netherlands, 1991, str. 817

Schoonheima), na nějž Nejvyšší soud v tomto případě odkázal, a to zejména s ohledem na judikované podmínky. Nicméně situace byla o poznání složitější, jelikož bylo zapotřebí zabývat se problematikou eventuální beztrestnosti i za předpokladu, že se u pacientky jednalo „pouze" o utrpení psychické povahy, jež nespočívalo v terminálním onemocnění. Soud však striktně vyloučil, že by bylo natolik podstatné, zda utrpení pacienta mělo psychický nebo fyzický původ. Ovšem v případě psychického utrpení pacienta musí lékař dbát na vyšší míru obezřetnosti. Nejvyšší soud nakonec došel u této otázky k závěru, že ustanovení o krajní nouzi lze aplikovat i v situaci, kdy má příčina způsobující pacientovi utrpení charakter psychický.

Případ se v této fázi vyvíjel pro obžalovaného v celku příznivě, avšak tento vývoj byl záhy zvrácen, když soud začal zkoumat otázku svéprávnosti pacientky, zejména pak, zda osoba trpící psychickou poruchou může projevit autonomní přání zemřít. V obecné rovině soud konstatoval přípustnost autonomního rozhodování u psychicky nemocných pacientů, nicméně, v rámci zkoumání případu paní Bosscherové dospěl Nejvyšší soud k závěru, že došlo k pochybení. Toto pochybení spatřoval zejména v nedostatečně důkladném posouzení zdravotního stavu pacientky druhým lékařem se shodnou specializací, a tudíž nemohlo být před provedením výkonu dostatečným způsobem prokázáno, zda je pacientka schopná v dané situaci autonomně rozhodnout o ukončení svého života.[87] Z tohoto důvodu soud upustil od zkoumání otázky naplnění podmínek pro krajní nouzi, jelikož nebylo jasně prokázáno, zda se pacientka skutečně vyjadřovala autonomně, zda prožívala nesnesitelné psychické utrpení a zda by v tomto případě nebylo více odpovídající řešení spočívající v užití alternativních metod léčby. Vyšetření pacientky jiným nezávislým odborníkem s obdobnou specializací. Stačilo by k sedmi dotázaným nezávislým odborníkům přizvat ještě osmého a doktor Chabot by býval byl zproštěn viny. Nejvyšší soud bohužel shledal obžalovaného vinným, neboť nebylo spolehlivě prokázáno, zda skutečně jednal v krajní nouzi. Avšak s přihlédnutím k okolnostem daného případu soud následně rozhodl o upuštění od potrestání dle ustanovení čl. 9a trestního zákoníku.[88] Souběžně s trestním řízením bylo proti doktoru Chabotovi rovněž vedeno disciplinární řízení, které bylo po dobu trestního řízení pozastaveno.

[87] GRIFFITHS, J – Assisted Suicide in the Netherlands: the Chabot Case
[88] DOLEŽAL, Adam. Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty. Praha: Academia, 2017. Právo - etika - společnost. ISBN 9788020026873, str. 96

V tomto řízení byl Chabot rovněž shledán vinným, neboť jeho jednání mělo „podrývat důvěru v lékařskou profesi“, za což mu byla udělena disciplinární důtka.[89]

Během let prošla nizozemská judikatura dlouhým vývojem, jenž zásadním způsobem ovlivňoval společenské úvahy jak ve sféře právní, tak i ve sféře společenské. Ve vztahu k problematice asistované smrti sehrálo postupné formování judikatury důležitou roli ve vztahu k formování společenského povědomí o asistované smrti, což mělo za následek značné rozšíření liberálnějšího přístupu k této otázce. Neustálý posun v nizozemské judikatuře můžeme sledovat i nadále, vždyť tolerovaná praxe týkající se asistované smrti se vlivem času přesunula od asistovaného sebeusmrcení k eutanázii, podmínky terminálního stádia nemoci od fyzického utrpení pacientů k psychickému (viz. případ Chabot), od vyžádané eutanázie k nevyžádané a tak podobně. Na podobný proces upozorňoval již bývalý člen amerického kongresu a pozdější soudce Nejvyššího soudu státu Florida. Charles Canady za svůj život zpracoval studii o situaci na území Nizozemska, přičemž apeloval na prostý proces, jímž se soudně akceptovaná praxe vyžádané eutanázie ospravedlňována na základě vznešených myšlenek, jako je kupříkladu právo na sebeurčení, může znenadání proměnit v hrozivou noční můru, při níž dochází k ukončování života bez souhlasu pacienta. Stručně se domníval, že postupem času může dojít k určité transformaci z práva jedince na smrt v povinnost jedince zemřít, jelikož to vyžadují společenské konvence.[90]

Nizozemská právní úprava institutu eutanázie posloužila jako spolehlivý vzor pro některé další státy jako je třeba Belgie či Lucembursko. Relevantní srovnání s ostatními zeměmi může být dosti problematické, zejména s ohledem na častou různorodost právního a kulturního prostřední na území jednotlivých států. Nicméně, při bližším zkoumání konkrétně českého prostředí, lze ve vztahu k Nizozemí spatřit jisté analogické prvky. V první řadě není žádným tajemstvím, že české kulturní prostředí je značně ateistické, což se projevilo i v některých dostupných sociologických průzkumech, které zaznamenaly značnou převahu zastánců legalizace eutanázie oproti jejím odpůrcům. Systém zdravotního pojištění je rovněž nastavený obdobně jako je tomu v případě Nizozemska. Na

[89] Tamtéž
[90] CANADY, Ch. T., Physician-assisted suicide and euthanasia in the netherlands, str. 324

druhou stranu se situace u nás a na území Nizozemska v určitých aspektech značně odlišuje, jako například co se týče obecné debaty na téma eutanázie. V České republice doposud žádná usilovnější debata na toto téma neproběhla, naopak se zdá, že lékařský stav udržuje obdobné debaty na zmíněné téma pouze v interní rovině. Dalším rozdílem oproti nizozemské situaci je výrazně nižší důvěra občanů v lékařský personál. A konečně jedním z nejzávažnějších odlišností v českém právním řádu je absence privilegované skutkové podstaty trestného činu usmrcení na žádost v rámci trestního zákoníku.

I přes výše uvedené odlišnosti lze z nizozemské zkušenosti dovodit několik pádných důvodů pro legalizaci eutanázie na našem území. Prvním důvodem je, že v medicínské praxi k úkonům připomínajícím případy pasivní eutanázie skutečně dochází. Vyvstává tedy otázka, zda za těchto okolností není žádoucí stanovit zákonná pravidla pro tyto případy a neponechávat je nadále na libovůli ošetřujícího lékaře. Z praktického hlediska je zcela zřejmé, že přijetí zákonné úpravy, jež by explicitně stanovila podmínky pro využívání zmíněných postupů (případy zdánlivé pasivní eutanázie), by bylo pro všechny zúčastněné očividně přínosnější, nežli neohrabaná argumentace v rámci případného trestního řízení, která by spočívala v odvolávání se na krajní nouzi či řádnou lékařskou péči. Takováto právní praxe by jistě značnou mírou přispěla i k zesílení právní jistoty občanů. Druhý důvod spočívá v případném zvýšení míry kontroly a dohledu nad rozhodovacím procesem v konečné fázi života pacienta. Již z výše popsaných kontrolních mechanismů, které působí na území Nizozemska, lze dovodit značně vysoká úroveň tamější kontroly oproti jiným státům, přičemž takováto důsledná a efektivní kontrola je jistě vhodnější než soustavné popírání existující praxe.[91] Zastánci legalizace eutanázie rovněž zmiňují i třetí důvod pro přijetí zákonné úpravy institutu usmrcení na žádost, kterým má být princip autonomie. Debaty ohledně aktivní dobrovolné eutanázie se tohoto principu často dotýkají a zastánci mají za to, že legalizace eutanázie je jakýmsi vyjádřením práva na sebeurčení, které bývá považováno za jedno z klíčových práv uplatňovaných na území moderního demokratického státu.

Odpůrci legalizace eutanázie na druhé straně upozorňují na případně negativní dopady, které mohou spočívat například v chápání práva na eutanázii

[91] SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, Vladimíra. Eutanázie, nebo "komfort" pro pacienty?: zkušenosti Nizozemí, Oregonu, Švýcarska a dalších. Praha: V. Bošková, 2012. ISBN 9788026029892, str.12

jako práva člověka zemřít, přestane-li mít kontrolu nad svým vlastním životem. Na lékaře pak může být nahlíženo jako na určitý druh „nástroje v rukou pacienta“[92] a jako takový má povinnost provést na žádost pacienta eutanázii nebo minimálně asistovat při sebevraždě, jelikož takový postup je *lege artis*. Avšak vztah lékaře a pacienta by měl mít v ideálním případě podobu partnerství, v rámci něhož dochází ke společnému rozhodování o dalším postupu v situacích, kdy se pacient ocitá na sklonku života. Další úskalí nizozemského modelu spatřuji ve srovnávání nesnesitelné fyzické bolesti se stavem nesnesitelného psychického utrpení, k čemuž nizozemská judikatura postupem času dospěla. Někteří lékaři tvrdí, že stav nesnesitelné fyzické bolesti je toliko důsledkem selhání léčebného procesu. Z praktických zkušeností týkajících se náležité péče lze dovodit, že k případům podání žádosti o ukončení života dochází pouze zřídka za předpokladu, že je poskytována optimální paliativní péče, jejíž cílem je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.[93]

Ze všeho doposud zmíněného lze dovodit hned několik důsledků nizozemské praxe v oblasti asistované smrti: legalizace aktivní vyžádané eutanázie měla ve výsledku vliv rovněž na jiné druhy eutanázie, což se projevilo v některých veřejných průzkumech v podobě vyšší míry akceptovatelnosti dalších druhů eutanázie. Toto platí nejen v průzkumech veřejného mínění, nýbrž také v přístupu odborné veřejnosti k asistované smrti a stejně je tomu tak v judikatuře, kde došlo ke snížení míry trestní represe u lékařsky asistované smrti bez žádosti pacienta. Opačně je tomu tak v případě kontroly nad umíráním v Nizozemsku, když tato se znatelně zvýšila. Rovněž komunikace mezi lékařem a pacientem či rodinou pacienta zde dosáhla oproti jiným státům o poznání kvalitnější úrovně. A zejména pak požadavky, kterými se lékař během procesu rozhodování o smrti člověka musí řídit, jsou zřetelné natolik, že se do jisté míry podařilo eliminovat náchylnost medicínské praxe k pochybením, jejichž podstata spočívala zpravidla v individuálním rozhodnutí lékaře, ke kterým docházelo pouze na základě jeho libovůle.

6.6 Švýcarská právní úprava eutanázie

[92] DOLEŽAL, Adam. Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty. Praha: Academia, 2017. Právo - etika - společnost. ISBN 9788020026873, str. 139
[93] SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, Vladimíra. Eutanázie, nebo "komfort" pro pacienty?: zkušenosti Nizozemí, Oregonu, Švýcarska a dalších. Praha: V. Bošková, 2012. ISBN 9788026029892, str. 8

Dlouhá léta touto zemí zmítají spory, nikdy nekončící diskuze a legislativní iniciativy, které se týkají asistované sebevraždy a eutanázie. V celku frekventované jsou rovněž skandály kolem organizací pro „doprovázení umírajících“ – Exit a Dignitas. Švýcarská přímá demokracie znamená, že po schválení zákonů vládou a parlamentem, můžou tyto skutečně vejít v platnost až po konání lidového referenda, v němž občané sami rozhodnou. V minulých letech došlo k několika pokusům o prosazení zákazu asistované sebevraždy, anebo o její legalizaci detailnější právní úpravou, které občané v referendu zastavili. Stále totiž narůstá počet těch, kteří si přejí jak asistovanou sebevraždu, tak eutanázii a navíc ve vztahu k asistované sebevraždě se důvodně strachují, že legislativní činnost vlády a parlamentu by nakonec tuto problematiku přespříliš zkomplikovala.

V roce 1938 byl v referendu schválen nový federální trestní zákoník, když se 358 433 hlasujících vyslovilo pro jeho schválení a proti bylo 312 020. Tento trestní zákoník nabyl účinnosti dne 1. 1. 1942, trestní legislativa na území jednotlivých kantonů byla tím dnem zrušena, a to včetně možného trestu smrti, jenž byl do té doby v některých kantonech přípustný. Pro danou problematiku jsou nejpodstatnější ustanovení v rámci části první v druhé knize trestního zákoníku, která zahrnují trestné činy proti životu a tělu.[94] Paragraf 114 švýcarského trestního zákoníku zakazuje usmrcení na žádost, byť by to bylo ze soucitu a na naléhavé a vážně míněné přání dotčené osoby, přičemž zde hrozí trest odnětí svobody až na tři léta. Dále § 115 upravuje pomoc při sebevraždě, kdy hrozí pachateli trest odnětí svobody až na pět let, byla-li vedena sobeckými pohnutkami. Právní výklad z tohoto dovozuje, že asistovaná sebevražda, jež není vedena sobeckými pohnutkami, je tolerována.

Vyjma výše uvedených ustanovení trestního zákoníku je v případě otázky asistovaného úmrtí nezbytné brát v potaz rovněž ustanovení občanského zákoníku, jež se týkají způsobilosti k právnímu jednání, případně nedostatku této způsobilosti. Občanský zákoník též zahrnuje ustanovení o ochraně osobnosti. Na samotnou praxi dopadají i ustanovení zákona o farmaceutických produktech, přičemž čl. 26 vymezuje pravomoc předepisovat farmaceutické produkty a disponovat s nimi. S tímto souvisí ustanovení článku 11 zákona o narkotikách,

[94] DOLEŽAL, Adam. Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty. Praha: Academia, 2017. Právo - etika - společnost. ISBN 9788020026873, str. 169

jenž vymezuje, za jakých okolností mohou lékaři užívat a předepisovat omamné látky i narkotika a disponovat s nimi. Významná jsou rovněž etická doporučení Švýcarské akademie lékařských věd (zkratka SAMW). Těchto etických doporučení bylo několik a jejich přístup k některým metodám asistované sebevraždy významně ovlivnil a nadále významně ovlivňuje praxi asistované smrti ve Švýcarsku. SAMW nemá nic společného s lékařskou lobbyistickou organizací a její směrnice a doporučení vydávané hojně za poslední desetiletí byly významným vodítkem pro úřední a soudní instance v různých situacích vyskytujících se při poskytování zdravotní a navazující péče (například je-li lékař trestně či soudně stíhán).[95] Tyto právní akty Švýcarské akademie lékařských věd, do jejíž činnosti se zvláště promítá spolupůsobení významných osobností z oblasti práva, řeší určitou roztříštěnost předpisů jednotlivých kantonů pro zdravotní a navazující péči.

Švýcarská právní teorie rozlišuje několik druhů jednání, jež by v sobě mohly skýtat některé znaky eutanázie, přičemž praxe řeší každý z nich odlišným způsobem. Nepokračování nebo nezahajování život prodlužující léčby, jeví-li se takováto léčba jako marná, je jednání, které podle švýcarského trestního práva není považováno za trestné. Nepřímá eutanázie, jež spočívá v podávání medikace odstraňující nebo tlumící bolest s možným život zkracujícím efektem, není dle stávající judikatury považována za trestnou. Samotná aktivní vyžádaná eutanázie je ve švýcarském trestním právu označována na trestný čin. Avšak již od původního konceptu z roku 1942 znalo Švýcarsko privilegovanou skutkovou podstatu trestného činu usmrcení na žádost v ustanovení článku 114, jenž upravuje situaci, kdy pachatel jedná ze soucitu a na naléhavou a vážně míněnou žádost umírajícího. Při naplnění znaků této privilegované skutkové podstaty zákon ukládá pachateli nižší trestní sazbu. Problémem však může být odlišení milosrdného zabití na žádost, které je vždy trestným činem, od asistované sebevraždy. Aplikuje-li lékař pacientovi smrtící látku za účelem ukončení nesnesitelné bolesti, pak je takovéto jednání považováno za jednání trestné podle článku 114 trestního zákoníku. Pokud lékař pacientovi za stejných okolností toliko dodá medikamenty s letálním účinkem, které si poté sám pacient orálně aplikuje, je takové jednání beztrestné, ačkoliv je u obou případů intence stejná. Výše popsaný rozpor byl předmětem mnoha politických debat, ale trestní zákon

[95] Tamtéž, str. 172

zůstal i nadále nezměněn.[96] Důvodem je částečně i doporučení speciální komise složené z odborníků, jež působí jako poradní orgán federálního parlamentu, aby aktivní vyžádaná eutanázie zůstala nelegální.

Univerzitní nemocnice v Curychu, kde mají organizace Exit a Dignitas sídlo, svými vnitřními předpisy v roce 2007 v zásadě zakázala zaměstnancům podílet se na asistované sebevraždě v prostorách ústavu i jinak. Zároveň však brala v úvahu, že lékař je povinen vážit každý jednotlivý případ nemocného a umět na danou situaci reagovat adekvátním způsobem.[97] Je-li pacientova situace bezvýchodná, lékař smí předepsat smrtící přípravek, avšak musí vždy ověřit, zda je pacient schopný úsudku, zda nepotřebuje psychologickou nebo další pomoc. Personál se má pokusit bránit pacientovi, pokud si sám usiluje o život. Rovněž tak ho nemá podporovat v myšlence na sebevraždu, avšak zároveň nemá postupovat proti vůli pacienta, jenž je schopen vlastního úsudku. Lze tedy konstatovat, že švýcarští lékaři se mohou často ocitnout v nelehké situaci, jelikož hranice schopnosti úsudku u pacientů je v praxi značně proměnlivá a nejasná. Trvá-li pacient na svém usmrcení, má se personál postarat o jeho transport na kliniku Dignitas (popř. jinam) při zachování veškerého komfortu pacienta během jeho převozu. Curyšská univerzita a její experti v oblasti práva provádí vlastní šetření a vede celospolečenskou diskuzi trvalého rázu. Její studie z roku 2008 dokládá, že organizace Exit a Dignitas asistovaly u sebevraždy jedinců ve věku od 45 do 84 let, z nichž 38 % trpělo onkologickým onemocněním a 25 % onemocněním neurologickým.[98]

Důsledkem absence bližší právní úpravy je mimo jiné i „*turistika za smrtí*“. Někteří odborníci již dříve apelovali na to, aby asistovat beztrestně u sebevraždy bylo možné pouze u občanů Švýcarské konfederace, nicméně ani jeden z návrhů nebyl nikdy přijat, když v rámci referenda převládl názor občanů, kteří asistovanou sebevraždu nechtějí zakázat ani v případě cizinců. Na území Švýcarska se od devadesátých let minulého století vede vášnivá debata právníků, lékařů, bioetiků a rovněž politiků o tom, kterým směrem se má Švýcarsko v otázce asistovaného úmrtí ubírat. Na jedné straně působí liberální křídlo, které

[96] KREJČÍKOVÁ, Helena. Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře. Praha: Galén, c2014. Theatrum medico-iuridicum. ISBN 9788074921674, str. 73
[97] SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, Vladimíra. Eutanázie, nebo "komfort" pro pacienty?: zkušenosti Nizozemí, Oregonu, Švýcarska a dalších. Praha: V. Bošková, 2012. ISBN 9788026029892, str. 29
[98] DOLEŽAL, Adam. Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty. Praha: Academia, 2017. Právo - etika - společnost. ISBN 9788020026873, str. 182

se zejména pokoušelo prosadit legalizaci aktivní vyžádané eutanázie, přičemž argumentovalo vzájemnou podobností obou typů jednání v medicínské praxi. O zpřísnění podmínek beztrestnosti asistované sebevraždy pak na druhé straně usiluje konzervativní křídlo. Na obou stranách rok od roku sílí tendence o legislativní změnu, přičemž referendum z roku 2011 jasně naznačuje, že větší podpory veřejnosti se tehdy těšilo spíše liberální křídlo. Právo na asistovanou sebevraždu je ve Švýcarsku chápáno jako vyjádření základního lidského práva na důstojnou smrt, přičemž švýcarští občané se tohoto práva v dohledné budoucnosti očividně nehodlají vzdát ani jej významným způsobem omezit.

6.7 Německá právní úprava eutanázie

Německý model se vyznačuje mimo jiné velmi komplexním právním rámcem pro jednoduché vymáhání práv pojištěnců a pacientů, kdy například zástupci pojištěnců volení obyvatelstvem do správních rad zdravotních pojišťoven mohou sami prostřednictvím dohody se zaměstnavateli prosadit, jak kvalitní a dostupná bude konkrétní péče pro pacienty v rámci jednotlivých zdravotnických a dalších zařízeních. Zástupci pojištěnců totiž osobně podepisují smlouvy s poskytovateli péče, ať už hovoříme o německém svazu nemocnic, sdružení smluvních lékařů nebo o organizaci porodních asistentek či o zastřešujících organizacích hospiců. Zástupci pojištěnců dále rozhodují o spektru a kvalitě léčiv hrazených z pojistného, o kvalitě zdravotnických materiálů používaných v nemocnicích, o síti služeb akutní i navazující péče a rovněž mají povinnost komunikovat s organizacemi pacientů. Pro tyto zástupce pojištěnců zakomponoval zákonodárce do zákonné úpravy odpovídající vodítka tak, aby byla preferována „vysoce kvalitní péče podle nejnovějších vědeckých poznatků“ s maximální dostupností.[99]

Od roku 1871, kdy došlo k vytvoření novodobého základu trestního práva v Německu přijetím říšského trestního zákoníku, byla aktivní eutanázie protiprávním jednáním. Otázka asistované sebevraždy se jevila jako sporná už od přijetí tohoto zákoníku, a to včetně lékařsky asistované sebevraždy. Nejprve bylo diskutováno, zda a za jakých konkrétních podmínek měla být povolena sebevražda a zda by měl být pokus o ní beztrestný. Postupem času se diskuze zaměřila spíše na to, zda je povoleno jiné osobě asistovat při páchání sebevraždy.

[99] SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, Vladimíra. Eutanázie, nebo "komfort" pro pacienty?: zkušenosti Nizozemí, Oregonu, Švýcarska a dalších. Praha: V. Bošková, 2012. ISBN 9788026029892, str. 37

V osmdesátých letech minulého století byla aktivní eutanázie zakázaná, avšak již v té době existovala privilegovaná skutková podstata trestného činu usmrcení na žádost, za kterou bylo možné uložit trest odnětí svobody s nižší trestní sazbou. Pomoc při sebevraždě zákon neupravoval, tudíž byla i přes některé praktické komplikace považována za beztrestnou. Technologický rozmach stále častěji lékařům umožňoval udržet pacienta při životě podstatně déle, avšak toto udržování často již dále nemělo smysl a nezmírňovalo utrpení pacienta. V souvislosti s tímto se v odborných diskuzích začalo objevovat téma pasivní eutanázie. Jelikož legislativa se k této situaci dlouhou dobu nedokázala jasně postavit, na řadu musela přijít rozhodnutí soudů, jako například případ Kempten, BGH 1 StR 357/94, v němž soud konstatoval, že u terminálně nemocného pacienta, jenž již není schopen učinit svobodné rozhodnutí, může být upuštěno od další marné péče, je-li to v zájmu pacienta, přičemž rozhodujícím faktorem bude předpokládaná vůle pacienta. V souvislosti s tímto nabyl na významu institut tzv. dříve vyslovených přání, jenž byl později inkorporován přímo do právního řádu.[100] V pozdějších judikátech byla léčba bolesti s neúmyslným smrtelným účinkem (nepřímá eutanázie) u umírajících pacientů označována jako právně přípustná.[101]

Na počátku nového tisíciletí se znovu otevřela otázka právní úpravy asistovaného sebeusmrcení, neboť v polovině roku 2000 založili v Německu dobrovolní podporovatelé eutanázie pobočku švýcarského spolku Dignitas a začali lidem nabízet pomoc při sebeusmrcení i na tomto území. Toto inicioval zástupce organizace Dignitas jménem Ludwig A. Minelli. V tomto okamžiku nutnost přijetí zákonné úpravy, jež by tuto „šedou zónu“ právně řešila, extrémně vzrostla. V následujících letech došlo k řešení několika problematických soudních případů souvisejících s touto otázkou, přičemž tehdejší právní úprava si s těmito situacemi nedokázala účinně poradit. I tyto kauzy byly důvodem pro vznesení požadavku ze strany odborné veřejnosti, aby byla přijata nová právní úprava v dané oblasti. Reakce na sebe nenechaly dlouho čekat, když roku 2006 spolkové země Sársko, Hesensko a Durynsko podaly návrh zákona, podle nějž byla komercionalizovaná asistence při sebevraždě trestná.

[100] GRIFFITHS, J. – Euthanasia and law in europe, Portland, 2008, str. 361
[101] Rozsudek 3. Senátu BGH ze dne 15.11.1996

Zástupci liberálů se na druhé straně snažili jednoznačně a definitivně stanovit úpravu beztrestnosti asistované sebevraždy a případně dokonce i aktivní vyžádané eutanázie. Výsledkem jejich snažení byla liberálnější úprava v rámci Spolkové lékařské komory, podle níž asistované sebeusmrcení nepředstavovalo porušení lékařské etiky, ale pouze určitý druh nelékařského výkonu.[102] Nicméně v témže roce došlo ke změně vedení a lékařská komora toto jednání opět začala označovat jako disciplinární delikt. Roku 2014 vypracovala skupina odborníků složená z lékařů, právníků a etiků návrh zákona, jenž měl zakládat beztrestnost asistované sebevraždy lékařem a blízkými příbuznými v případě jednoznačně vyjádřené vůle pacienta. Zákon však nebyl přijat. K zásadní legislativní změně v Německu došlo dne 3. Prosince 2015, kdy došlo po dlouhých diskuzích k přijetí novely trestního zákoníku, jejímž výsledkem byl kompromis mezi liberálním a konzervativním křídlem. Liberálnější křídlo si přálo naprostou beztrestnost asistovaného sebeusmrcení, zatímco konzervativci měli za cíl ustanovit nepřípustnost asistovaného sebeusmrcení za jakýchkoliv podmínek. Zmíněný kompromis představovalo nové ustanovení § 217 trestního zákoníku, jež zakazuje komerční asistované sebeusmrcení.[103] S přijetím této novely souhlasilo 360 z 602 hlasujících, přičemž toto kompromisní řešení zůstává stále kontroverzní a řada odborníků se k němu staví značně kriticky.[104] Například výše uvedený zástupce organizace Dignitas Ludwig A. Minelli se proti této novele ohradil u Spolkového ústavního soudu s tím, že pokud bude tolerována asistovaná sebevražda, není důvod zakazovat poskytování takovéto pomoci umírajícím jen proto, že někdo tak činí v přímé souvislosti se svým zaměstnáním. Tímto se snažil zdůraznit důležitost prosazování pacientova práva na sebeurčení, a to i v závěru jeho života. Jeho odpůrci se v této situaci mohli opírat o etickou rovinu lékařské profese. Lékař může na žádost pacienta odpojit tohoto od přístrojů, což často způsobí pacientovu smrt, přičemž zakázat předepsání přípravku se smrtícími účinky se v souvislosti s tímto může jevit do jisté míry jako pokrytectví. Na druhou stranu je odpojení od přístrojů na žádost umírajícího jakési vyhovění přirozené smrti, při čemž nehrají žádnou roli umělé prostředky (medikamenty s letálním účinkem), zatímco podání léku s cílem usmrtit pacienta je něco odlišného.

[102] SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, Vladimíra. Eutanázie, nebo "komfort" pro pacienty?: zkušenosti Nizozemí, Oregonu, Švýcarska a dalších. Praha: V. Bošková, 2012. ISBN 9788026029892, str. 38
[103] § 217 Geschaftsmabige Förderung der Selbsttötung
[104] DOLEŽAL, Adam. Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty. Praha: Academia, 2017. Právo - etika - společnost. ISBN 9788020026873, str. 194

Dle komentáře spolkového ministerstva spravedlnosti měla novela upravit i výslovné přání pacienta opomenout nebo ukončit léčbu udržující či prodlužující pacientův život, aby takovýto akt nebyl následně trestně stíhán, za předpokladu, že skutečně odpovídá nezpochybnitelnému přání pacienta a nikoliv pouze rozhodnutí samotného lékaře. Ministerstvo spravedlnosti rovněž zmiňuje potřebu jasnější zákonné beztrestnosti, zvýší-li lékař na přání pacienta dávky bolest tišících medikamentů, byť je vedlejším účinkem uspíšení pacientova úmrtí. Spory či případné pochybnosti řeší soud, přičemž pokud tento má pochybnosti o přání pacienta, rozhodne ve prospěch udržení jeho života. Primární je přání pacienta i pokud jde o léky, lékař je tedy povinen informovat ho o možnosti zkrácení života v důsledku zvýšení dávek. Nicméně pacient má právo vyžádat si tyto vyšší dávky a je-li lékař rovněž přesvědčen, že intenzita bolesti tento postup vyžaduje, je povinen pacientovu přání vyhovět. Pacient má také právo vyžádat si odborné konzilium, konzultaci s přednostou kliniky, nebo aby o této skutečnosti byla vyrozuměna tzv. medicínská služba, kterou ztělesňují nezávislí revizní lékaři pro přezkum řádné péče.[105] Příklad Spolkové republiky Německo uvádím, jelikož se jedná o možnou alternativu, kdy podle přání pacienta lze do jisté míry přímým či nepřímým postupem napomoci jeho smrti, avšak v přirozenější podobě, tj. místo podání smrtící injekce nebo léku se smrtícími účinky se pacient může vzdát prostředků pro udržování života či si může vyžádat zvýšení dávek léčiv tišících bolest.

7 Možná řešení právní úpravy na území ČR

Čím více zahraničních předloh máme k dispozici, tím lépe jsme schopni koncipovat české pokusy o právní úpravu v oblasti eutanázie, přičemž je třeba se zamyslet mimo jiné nad tím, zda by bylo příhodnější užít nizozemský vzor, jenž povoluje eutanázii i asistovanou sebevraždu, anebo vzor americký, který eutanázii zakazuje a umožňuje jen to, aby se pacient sám směl usmrtit medikamentem předepsaným lékařem (obdobně je tomu tak u švýcarského trestního zákoníku).

V České republice chybí celkově dokonalejší právní prostředí pro oblast zdravotní péče, než jaké nám poskytují v porovnání se zahraničím nekvalitní zákony o zdravotních službách a o specifických zdravotních službách. Porovnáme-li federální legislativu USA (například zákon o zdravotní péči a

[105] GRIFFITHS, J. – Euthanasia and law in europe, Portland, 2008, str. 370

zdravotním pojištění prezidenta Obamy, známý jako Health Care Reform Act nebo zákon o právu na sebeurčení – Self-Determination Act) a státní předpisy pro lékaře, nemocnice, ošetřovatelské a pečovatelské ústavy, hospicové služby, agentury domácí péče atd., dále předpisy pro výkon státní správy ve vztahu ke zdravotnictví, je zřejmé, že našim předpisům pro zdravotní pojišťovny, nemocnice a další zdravotnická navazující zařízení chybí příliš mnoho ustanovení, která by usnadňovala život pacientům. Kromě skutečnosti, že v této oblasti toho v našem právním řádu chybí mnoho, jsou také v zákoně často zakotvena chybná řešení situací, která se ne zřídkakdy ocitají i na hranici rozporu s mezinárodním právem. Formální zpracování až příliš usnadňuje obcházení práva a některé paragrafy jako kdyby zůstaly „jednou nohou“ stále v duchu komunistického zákona o péči o zdraví lidu. Kupříkladu washingtonský zákon o nemocnicích zahrnuje rovněž stěžejní práva pacientů, včetně práva na tzv. comfort či comfortable care, tj. co možná nejpříjemnější péči, jež se vyznačuje kvalitou dle vědeckých poznatků zpracovaných v rámci postupů *lege artis*. Tato péče je výborně zorganizována nejen v rámci jednotlivých zdravotnických zařízení, ale rovněž i ve vztahu ke všem dalším potřebným službám, včetně práva na lékaře specializovaného na účinnou léčbu bolestí. Zatímco v českém právním řádu nalezneme pouze chabou zmínku o hospicové péči, stát Washington má v této oblasti účinný speciální zákon i s navazujícími předpisy. Dále jsou oproti našim podmínkám stanoveny americkými předpisy výrazně tvrdší požadavky na kvalitu zdravotních služeb, například školený personál nedokládá pouze osvědčení o dosažené kvalifikaci, ale také kolik jakých diagnostických a léčebných výkonů jednotlivý lékaři za rok provedli , neboť s nižší vytížeností je spojena nižší erudice, a v takovém případě není možné úředně povolit poskytování péče s nedostatečně erudovaným personálem.

U jiných zemí se lze inspirovat co do prvků, které posilují postavení pacienta vůči lékaři nebo vůči celým zdravotnickým institucím. Například na území Rakouska se pacient může obrátit během své hospitalizace na „regionálního“ zástupce pacientů, kterého zpravidla představuje právník na plný úvazek placený z daní, a požádat ho potřebnou pomoc, včetně zastoupení role svědka. Obdobně je tomu tak u německých ústavů, kde působí nezávislí mluvčí pacientů, kteří se pro roli svědka hodí ještě o něco víc. Německé ústavy mají mimo jiné povinnost na žádost pacienta přivolat notáře nebo advokáta, přičemž

takovéto ustanovení v českém právním řádu opět chybí. Jedním z úskalí zákona o zdravotních službách je zapracování role svědka do situací, v nichž se jedná o důvěrný vztah mezi pacientem a ošetřujícím lékařem, kdy tvrzení lékaře proti osobě pacienta může být případně podepřeno blíže neurčeným „svědkem“. Další problematické ustanovení představuje § 31 tohoto zákona, když se zde stanoví, že „poskytovatel“ (není konkrétně určen) má zajistit informovanost pacienta. Některé odstavce tohoto ustanovení však již nehovoří ani o lékaři, ani o zmíněném „poskytovateli“, nýbrž pouze o zdravotnickém pracovníkovi, což má za následek ztrátu práva pacienta na osobní rozhovor s lékařem. Zahraniční předpisy zde vždy konkrétně specifikují, zda se jedná o ředitele, primáře, lékaře, přičemž zdůrazňují právo ošetřovaného na informace od lékaře. Jedním z hlavních problémů zákona o zdravotních službách je snaha dotknout se alespoň okrajově mnoha složitých oblastí, takže v důsledku není žádná z nich právně upravena do hloubky. Některé západní státy přijaly do svého právního řádu samostatné zákony k jednotlivým druhům péče, které o poznání lépe a podrobněji upravují povinnosti zdravotnických zařízení i jednotlivých členů zdravotnického personálu vůči pacientům. Zatímco v případě USA mají americké nemocnice povinnost dát pacientovi a jeho blízkým písemné informace o všech existujících navazujících službách v dané oblasti s podrobným popisem jejich odborných služeb, zázemí, finančních a dalších otázek, v českém právním vakuu si zpravidla rodina sama zajišťuje pomoc a u osamělého pacienta obec zajišťuje jen to, co sama uzná za vhodné, přičemž takový pacient ztrácí právo volby. I za předpokladu, že klinika na území ČR bude schopna zajistit umírajícímu pacientovi přesnou medikaci s důsledným vyloučením nežádoucích vedlejších účinků, léčebny pro dlouhodobě nemocné medikaci zhorší takovým způsobem, že nemocný je často předčasně přespříliš utlumován nebo se stane rychle imobilním a v důsledku se urychlí poslední fáze jeho života. Před případným přijetím zákona pro uspíšení smrti na území České republiky je tedy nejprve třeba prosazení speciálních zákonů, které by v praxi vymáhaly celkové zlepšení zdravotnické péče. Znovu uvádím jako příklad washingtonské právní předpisy, které zakazují lékaři pokoušet se dále tišit bolest pomocí opiátů, pokud se nedostavují požadované výsledky, a zároveň ho zavazují, aby zajistil lékaře více specializovaného pro tento úkol. Tudíž lékaři tlumící bolesti u nevyléčitelně nemocných musejí podstupovat speciální školení a získávat zvláštní oprávnění k péči o umírající pacienty (obdobně je tomu tak v případě Spolkové republiky Německo).

Další předpoklad pro zavedení nové trestněprávní úpravy v oblasti eutanázie na našem území lze spatřit v Nizozemí, kde se toto neobešlo bez předešlého zajištění široké informovanosti veřejnosti. V diskuzích zde je zapotřebí zajistit v první řadě informace o rozdílu mezi eutanázií a asistovanou sebevraždou. Dále o účinné medikaci tlumící obtíže a také informace k problematice práva pacienta na sebeurčení, včetně práva odmítnou jakoukoliv léčbu. Hovoříme-li konkrétně o právu pacienta na sebeurčení, pak toto české předpisy částečně potlačují. Například zákonodárce v rámci § 34 očividně opomenul skutečnost, že pacient má mít právo potvrzovat či odmítat každý jednotlivý úkon či výkon ve zdravotnickém zařízení. V případě písemného souhlasu pacienta s léčbou zákon o zdravotních službách odkazuje na zákon o specifických zdravotních službách, k čemuž v zahraničí v zásadě nedochází, neboť lékař i pacient by kvůli jednomu detailu byl nucen prostudovat více složitých právních norem. Navíc zákon o specifických zdravotních službách řeší konkrétně vymezené situace rizikovějšího rázu (například kastrace), přičemž znění bioetické konvence kalkuluje se skutečností, že se písemný souhlas pacienta musí týkat i „více běžných" výkonů rizikovějšího charakteru. Zákon o zdravotních službách tedy významně opomíjí nutnost písemného souhlasu „ze zákona". Značně složitou problematiku, kterou jiné státy řeší často samostatným speciálním zákonem či mnohem detailnější úpravou, u nás zákonodárci včlenili do několika málo odstavců téměř v rámci jediného ustanovení. Rovněž nám nizozemský vzor připomíná, že je nezbytně nutné zavést určité kontrolní mechanismy, přičemž tyto by neměly být výhradně v rukou lékařů a jedinců spjatých se zdravotnickými zařízeními.

Ustanovení § 36 zákona o zdravotních službách sice řeší dříve vyslovené přání pacienta, nicméně není zde zajištěna registrace takovýchto testamentů v rámci notářské komory, jak tomu bývá v zahraničí. Vyžaduje se pouze jakési „přání pacienta" podepsané lékařem a notářem. Pokud pacient takovéto přání sepíše v nemocnici, má ho kromě pacienta podepsat také lékař a blíže neurčený svědek, což může mít neblahé dopady v praxi, jelikož během hospitalizace je nemocný na lékaři příliš závislý a druhým svědkem může být tedy například i zdravotník nebo jiný člen zdravotnického personálu, když tento pojem zákon blíže nespecifikuje. Chybějí rovněž doporučené vzory, a to nejen pro tyto testamenty. V souvislosti s touto zjevně nekvalitní právní úpravou v oblasti české zdravotní

péče se lze důvodně obávat i nekvalitního zákona k uspíšení smrti v České republice. Nejprve je tedy nutné zkvalitnit zákony pro záchranu či udržení života, než bude možné zabývat se jeho ukončením.

Ať už se tedy budeme řídit nizozemským vzorem nebo vzorem německým, je zapotřebí důsledně trvat na zkvalitnění celkového právního rámce pro zdravotní péči v České republice. Péče o nevyléčitelně nemocné a umírající je v českém právním řádu zmiňována jen pomálu a vůbec se nepřihlíží ke skutečnosti, že vážně nemocný často vyžaduje provázanost různých druhů péče. Na rozdíl od ČR nejsou v zahraničí hospicová zařízení vyhoštěna na okraj společnosti, přičemž se v současné době budují předně při specializovaných klinikách větších nemocnic, aby byly zajištěny proměnlivé potřeby pacientů, větší dosažitelnost specialistů, přístrojů apod. Rovněž se u nás ve zdravotnických zařízeních neprovádějí předem neohlášené kontroly kvality a dodržování předpisů. Pro osamělé pacienty není v ČR zajištěna faktická pomoc při vyřizování stížností. Pak tedy nezbývá nic jiného než požadovat přijetí zákona pro uspíšení smrti, aby pacienti nebyli vydání na milost zdravotnickým institucím v době, kdy jsou oslabeni v aktivním vymáhání svých práv.

Nejprve je tedy zapotřebí vést širokou veřejnou diskuzi na téma usmrcení na žádost. Dále je rozhodně třeba docílit zkvalitnění právního prostředí českého zdravotnictví s využitím zahraničních předloh a rovněž se jimi inspirovat při tvorbě důsledných kontrolních mechanismů v dané oblasti, které by zahrnovaly i ustanovení zástupců pro pacienty při řešení jednotlivých sporů. Nejzásadnějším a nutným krokem, s ohledem na veškeré rozebírané zahraniční modely, je zavedení privilegované skutkové podstaty trestného činu usmrcení ze soucitu, případně pak usmrcení na žádost či obojího. Z praktického hlediska je totiž v dnešní době jednání klasického vraha, jehož motivuje nejčastěji případný majetkový prospěch, podřazováno pod shodnou skutkovou podstatu trestného činu jako jednání lékaře, který nepokračuje v život udržující léčbě, kterou není možné kvalifikovat jako zcela marnou. Takováto disproporcionalita se jeví jako neadekvátní a dala by se považovat za neakceptovatelnou. Změna trestněprávních předpisů v tomto ohledu je tedy velice žádoucí, jelikož odborná literatura, jakožto i analýzy v této práci obsažené jasně nasvědčují tomu, že ustanovení této privilegované skutkové podstaty je prozatím nejvhodnější řešení a rozhodně i společensky přijatelné.

Závěr

Cílem této práce bylo seznámení s problematikou trestněprávní odpovědnosti ve zdravotnictví, a to konkrétně s trestněprávní odpovědností lékařů a jiného zdravotnického personálu. Kromě analýzy platné právní úpravy v této oblasti, měla zásadní význam také odpověď na otázku, zda byl postup lékaře v dané situaci na náležité odborné úrovni, tj. zda byl či nebyl *lege artis*. Tento pojem nám definuje zákon o zdravotních službách, přičemž definice klade důraz zejména na dodržení uznávaných postupů a pravidel lékařské vědy s ohledem na individualitu pacienta, konkrétní podmínky a objektivní možnosti. Problematika pojmu *lege artis* se dále promítala i v kapitolách pojednávajících o postavení jednotlivých členů zdravotnického personálu, přičemž jsme si vymezili jejich vzájemné vztahy a v souvislosti s tím i řešení otázky trestněprávní odpovědnosti při pochybení, tedy na čí hlavu, v jakých konkrétních situacích, padá vina a v jaké míře.

Škála trestných činů, k nimž v rámci zdravotnictví dochází, je značně velká, a proto byla věnována pozornost pouze vybraným z nich s případným uvedením konkrétních příkladů z praxe. Rovněž jsem považoval za nezbytné zakomponovat do probírané problematiky i kapitolu pojednávající o právní ochraně lékařů a zdravotnických pracovníků, dojde-li z jejich strany k určitému pochybení. Konečně pro účely náležité komparace se zahraniční právní úpravou bylo nutné otázku trestní odpovědnosti zdravotnického personálu zúžit, a to konkrétně na trestněprávní odpovědnost v případě asistovaného úmrtí, jelikož kontrast mezi naší právní úpravou v této oblasti a právními předpisy účinnými na území jiných států je značný, přičemž bylo pro účely této diplomové práce možné poukázat na některé nedostatky v českém právním řádu. Rozpoznání těchto nedostatků bylo stěžejní pro formulaci některých návrhů de lege ferenda, kdy, před případným přijetím zákona o uspíšení smrti, je nezbytné zaměřit se na celkové zkvalitnění právní úpravy v oblasti zdravotnictví, když tato ve srovnání s uvedenými státy zjevně „pokulhává“.

Věřím, že se v rámci této práce jasně projevilo, s jak vysokou mírou odpovědnosti jsou zdravotničtí pracovníci nuceni pracovat, kolik právních aspektů se do jejich činnosti promítá a také na kolik nedostatečně upravených či řešených právních problémů zde můžeme narazit. Nicméně závěrem lze konstatovat, že se

lékař nemusí zpravidla obávat trestněprávní odpovědnosti, jedná-li svědomitě a na náležitě odborné úrovni, respektuje-li uznávané zásady lékařské etiky a především respektuje-li na prvním místě zájem svého pacienta, jehož pokládá za svého partnera, a společně s ním váží veškeré nezbytné kroky v průběhu jeho léčby.

Seznam použitých zdrojů:

Odborná literatura:

STOLÍNOVÁ, Jitka a Jan MACH. Právní odpovědnost v medicíně. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2010. Theatrum medico-iuridicum. ISBN 9788072626861.

MACH, Jan. Univerzita medicínského práva. Praha: Grada, 2013. ISBN 9788024751139

CÍSAŘOVÁ, Dagmar a Olga SOVOVÁ. Trestní právo a zdravotnictví. Praha: Orac, 2000. Studijní texty (Orac). ISBN 8086199096

HRIB, Nikolaj. Trestní odpovědnost ve zdravotnictví: problémy teorie a metodologie. Praha: Vydavatelství PA ČR, 2004. ISBN 8072511475

SOVOVÁ, Olga. Zdravotnická praxe a právo: praktická příručka. Praha: Leges, 2011. Praktik (Leges). ISBN 9788087212721

BARTÁK, Miroslav. Mezinárodní srovnávání zdravotnických systémů. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012. ISBN 9788073579845

MUSIL, Jan, Vladimír KRATOCHVÍL a Pavel ŠÁMAL. Kurs trestního práva: trestní právo procesní. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: C.H. Beck, 1999. Beckovy právnické učebnice. ISBN 978-80-7179-572-8

ŠTĚPÁN, Jaromír. Právní odpovědnost ve zdravotnictví. 2. přeprac. vyd. Praha: Avicenum, 1970

ŠÁMAL, Pavel, Stanislav RIZMAN a František PÚRY. Trestní zákon: komentář. 3. vyd. Praha: C.H. Beck, 1998. Komentované zákony (C.H. Beck). ISBN 80-7179-162-8

HIRT, Miroslav a Tomáš VOJTÍŠEK. Medicína a trestní právo. Brno: Masarykova univerzita, 2011. ISBN 978-80-210-5508-7

ŠTĚPÁN, Jaromír. Právo a moderní lékařství. Praha: Panorama, 1989. Praktické příručky (Panorama). ISBN 80-7038-068-3

DOLEŽAL, Adam. Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty. Praha: Academia, 2017. Právo - etika - společnost. ISBN 9788020026873

SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, Vladimíra. Eutanázie, nebo "komfort" pro pacienty?: zkušenosti Nizozemí, Oregonu, Švýcarska a dalších. Praha: V. Bošková, 2012. ISBN 9788026029892

MACH, Jan, Přehled judikatury z oblasti zdravotnictví II.: Odpovědnost ve zdravotnictví. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s., 2012

Listina základních práv a svobod: komentář. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012. Komentáře (Wolters Kluwer ČR). ISBN 978-80-7357-750-6

KREJČÍKOVÁ, Helena. Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře. Praha: Galén, c2014. Theatrum medico-iuridicum. ISBN 9788074921674

van der Wal G, van Eijk JT, Leenen HJ, Spreeuwenberg C. Euthanasia and assisted suicide. I. How often is it practised by family doctors in The Netherlands? Fam Pract. 1992 Jun;9(2)

KAUFMAN, G. State v. Chabot. A Euthanasia Case From the Netherlands, 1991

CANADY Ch. T., Physician-assisted suicide and euthanasia in the netherlands

GRIFFITHS, J. – Euthanasia and law in europe, Portland, 2008

Právní předpisy:

Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník

Zákon č. 141/1961 Sb., Trestní řád

Úmluva o lidských právech a biomedicíně., 96/2001 Sb

Zákon č. 20/1966 Sb., Zákon o péči o zdraví lidu

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

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

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

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

Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava ČR

Periodika:

Tempus Medicorum 4/2016, ročník 25

Tempus Medicorum 10/2017, ročník 26

Tempus Medicorum 11/2017, ročník 26

Tempus Medicorum 12/2017, ročník 26

Tempus Medicorum 01/2018, ročník 27

Tempus Medicorum 02/2018, ročník 27

Tempus Medicorum 03/2018, ročník 27

Tempus Medicorum 04/2018, ročník 27

Tempus Medicorum 05/2018, ročník 27

Tempus Medicorum 06/2018, ročník 27

Tempus Medicorum 07-08/2018, ročník 27

Tempus Medicorum 09/2018, ročník 27

Tempus Medicorum 10/2018, ročník 27

Tempus Medicorum 12/2018, ročník 27

Tempus Medicorum 03/2019, ročník 28

Elektronické zdroje:

Epravo.cz [online]. Praha, 2004 [cit. 2019-03-15]. Dostupné z: https://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-v-pravnim-radu-cr-28721.html?mail

Návrh senátorky Václavy Domšové senátního návrhu zákona o důstojné smrti, Dostupné z: https://is.ambis.cz/th/abuqa/Priloha_c._1.pdf?so=nx

Zdravotnické právo a bioetika: Je návrh zákona o důstojné smrti důstojný? [online]. 6.6.2016 [cit. 2019-03-15]. Dostupné z: https://is.ambis.cz/th/abuqa/Priloha_c._1.pdf?so=nx

SMIES, J. T. The Legalizaton of Euthanasia in the Netherlands, 7 GONZ. J. INT'L L. 2003-2004. [online] © 2006 [cit. 2019-03-15]

Griffiths, J – Assisted Suicide in the Netherlands: the Chabot Case, Dostupné z: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1468-2230.1995.tb02006.x

Resumé

The purpose of my thesis is to analyse criminal liability of healthcare professionals and paramedical staff and to suggest possible legislation outcomes. The first chapter deals with legal sources of medical law in Czech republic meanwhile the second chapter deals with general terms of medical law. The status, realitions and criminal liability of every individual of medical staff were described in chapter three. Chapter four can be used by some healthcare professionals to defend themselves during the trial, therefore it contains many usefull advices in relation to their criminal liability. The aim of the next chapter was to introduce some of the most often crimes in relation to the medical law in practice. Chapter number six contains some of the most famous euthanasia regulation all over the world. Furthermore, the chapter is dedicated to the Dutch regulation, same as to the Deutsch, American and Swiss regulations modifing criminal liability of healthcare professionals in relation to assisted suicide in present day, but also in historical context of each listed country. The final chapter's aim was to suggest some legilastion outcomes acording to the knowledges gained by all the previous chapters of this thesis. The way of the legislation in Czech republic concernig any form of assisted suicide must be carefully considered by any lawmaker and it is also necessary to establish a strong control agency.