

MASARYKOVA UNIVERZITA

Právnická fakulta

Katedra ústavního práva a politologie



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Lidskoprávní aspekty eutanázie

Ivana Kincová

2014/2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma *Lidskoprávní aspekty eutanázie* zpracovala sama. Veškeré prameny a zdroje informací, které jsem použila k sepsání této práce, byly citovány v poznámkách pod čarou a jsou uvedeny v seznamu použitých pramenů a literatury.

V Brně dne 8. dubna 2015

.....
Ivana Kincová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala svému vedoucímu diplomové práce, Mgr. Pavlu Kandalcovi, Ph.D., LL.M., za ochotu, podnětné připomínky a rady, které přispěly k sepsání této práce.

Poděkovat chci také všem, kteří byli ochotni se mnou mé téma diskutovat a poskytli mi tak různé názory na téma v celé jeho šíři, zvláštní poděkování patří Terce a Davidovi.

Mé poděkování patří rovněž celé mé rodině a zejména mamince za podporu během celého studia právnické fakulty a vytvoření podmínek, jež mi umožnily dostat se až do závěrečné fáze mého studia.

Abstrakt

Tato diplomová práce se zabývá problematikou eutanázie a asistované sebevraždy v souvislosti s ochranou lidských práv. Práce vymezuje pojem eutanázie a poskytuje vhled do právní úpravy vybraných zemí. Pozornost je zaměřena na otázku práv pacientů s důrazem na informovaný souhlas a dříve vyslovené přání. Samostatná kapitola se vypořádává s některými specifiky lékařské etiky. Práce zkoumá judikaturu Evropského soudu pro lidská práva v otázce eutanázie a asistované sebevraždy. Závěr práce se věnuje právům rodinných příslušníků na základě analýzy rozsudků Evropského soudu pro lidská práva.

Klíčová slova

asistovaná sebevražda, důstojnost, eutanázie, Evropský soud pro lidská práva, lidská práva, lékařská etika, práva pacientů, právo na život, soukromý život

Abstract

This diploma thesis is concerned with the topic of euthanasia and assisted suicide in the connection with protection of the human rights. This thesis defines the notion of euthanasia and provides insight into the modification of legislation in the chosen countries. Main attention is focused to the question of the rights of patients with the emphasis on the informed agreement and earlier pronounced will. Single chapter deals with some of particularities of medical ethics. The thesis examines the jurisprudence of European Court of Human Rights on the matter of euthanasia and assisted suicide. The conclusion itself is dedicated to the right of family members on the base of analysis of the judgments of European Court of Human Rights.

Key Words

Assisted suicide, dignity, euthanasia, European Court of Human Rights, human rights, medical ethics, patient's rights, right to life, private life

OBSAH

OBSAH.....	5
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	9
ÚVOD.....	10
1 POJEM EUTANAZIE	13
1.1 Historický exkurz	13
1.2 Formy eutanazie	14
1.2.1 Aktivní v. pasivní	14
1.2.2 Přímá v. nepřímá eutanazie.....	15
1.2.3 Dobrovolná v. nedobrovolná eutanazie	15
1.2.4 Asistovaná sebevražda.....	16
1.2.5 Sociální eutanazie	16
1.3 Vymezení pojmu pro účely práce.....	17
2 PRÁVNÍ ÚPRAVA EUTANAZIE VE VYBRANÝCH EVROPSKÝCH ZEMÍCH.....	18
2.1 Nizozemí	18
2.1.1 Cesta k legalizaci	18
2.1.2 Nizozemský zákon o eutanazii a asistované sebevraždě	19
2.1.3 Mobilní lékařské týmy	20
2.2 Belgie	21
2.2.1 Belgický zákon o eutanazii.....	21
2.2.2 Eutanazie pro nezletilé.....	22
2.2.3 Utrpení psychické nebo fyzické.....	22
2.3 Lucembursko	23
2.4 Švýcarsko	24
2.4.1 Švýcarský trestní zákon.....	24
2.4.2 Specifika Švýcarska.....	24
2.5 Právní úprava v České republice	26
2.5.1 Eutanazie	26
2.5.2 Asistovaná sebevražda.....	27
2.6 Shrnutí	28

3	PRÁVA PACIENTŮ	30
3.1	Vztah lékaře a pacienta.....	31
3.1.1	Cesta od paternalismu k partnerství.....	31
3.1.2	Český boj o partnerství	31
3.1.3	Nerovnost naruby	32
3.2	Informovaný souhlas a právo odmítnout léčbu	33
3.2.1	Vztah občanského zákoníku a zákona o zdravotních službách	34
3.2.2	Poučení	34
3.2.2a)	Obsahové náležitosti	35
3.2.2b)	Forma poučení	36
3.2.3	Souhlas nebo odmítnutí	37
3.3	Dříve vyslovené přání	39
3.3.1	Právní úprava a jí předepsaná forma	39
3.3.2	„Zřetel“ k dříve vyslovenému přání	40
3.3.3	Časové omezení dříve vysloveného přání	41
3.3.4	Kdy není třeba dříve vyslovené přání respektovat	42
3.4	Shrnutí	43
4	EUTANAZIE V KONTEXTU LÉKAŘSKÉ ETIKY	44
4.1	Lékařská etika a její východiska	44
4.1.1	Hippokratova přísaha.....	45
4.1.2	Ženevská deklarace.....	46
4.1.3	Obnovený lékařský slib	47
4.1.4	Etický kodex ČLK.....	48
4.2	Svoboda svědomí	49
4.2.1	Pojem svědomí a ústavněprávní ochrana.....	49
4.2.2	Rozsah ochrany.....	50
4.2.3	Výhrada svědomí ve zdravotnictví	51
4.2.3a)	Právní zakotvení výhrady svědomí.....	52
4.2.3b)	Jak v praxi výhrada svědomí vypadá	53
4.3	Shrnutí	55

5	PRÁVO NA RESPEKTOVÁNÍ SOUKROMÉHO ŽIVOTA	56
5.1	Představení případů	56
5.1.1	Pretty proti Spojenému království	56
5.1.2	Haas proti Švýcarsku	57
5.1.3	Gross proti Švýcarsku	57
5.2	Charakteristika čl. 8.....	58
5.2.1	Rozsah „soukromého života“ obecně	58
5.2.2	Algoritmus zkoumání čl. 8	59
5.3	Rozsah čl. 8 ve vztahu k interrupcím a domácím porodům	60
5.3.1	Interrupce.....	60
5.3.2	Domácí porody	62
5.4	Rozsah čl. 8 ve vztahu k volbě okolností smrti	62
5.5	Došlo k zásahu do zájmů chráněných článkem 8?	63
5.5.1	Soulad zásahu s odst. 2	64
5.5.2	Aktivní povinnosti státu.....	65
5.6	Shrnutí	66
6	PRÁVO NA ŽIVOT V KONTEXTU EUTANAZIE	68
6.1	Kdy začíná a kdy končí lidský život	69
6.2	Obsahuje právo na život v sobě také právo na smrt?	71
6.3	Pokud státy umožňují eutanazii nebo asistovanou sebevraždu, porušují tím právo na život?.....	72
6.3.1	Přístup ESLP.....	72
6.3.2	Přístup Výboru pro lidská práva	73
6.4	Shrnutí	73
7	DALŠÍ PRÁVA	74
7.1	Právo nebýt mučen	74
7.2	Právo nebýt diskriminován.....	75
7.3	Právo na své přesvědčení	76
7.4	Shrnutí	77

8	PRÁVO NA LIDSKOU DŮSTOJNOST	78
8.1	Právní zakotvení lidské důstojnosti	78
8.2	Pojetí lidské důstojnosti.....	79
8.3	Reálné problémy v souvislosti s důstojností	81
8.4	Paliativní péče jako cesta k zachování lidské důstojnosti	82
8.5	Shrnutí	84
9	PRÁVA RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ	85
9.1	Vliv umírání na ostatní členy rodiny	85
9.2	Představení případů	86
9.2.1	Sanles Sanles proti Španělsku	86
9.2.2	Koch proti Německu	87
9.2.3	Lambert a další proti Francii.....	88
9.3	Mohou se příbuzní zemřelého obrátit na ESLP?.....	89
9.3.1	Porušení práv zemřelého.....	89
9.3.2	Porušení jejich vlastních práv	90
9.4	Porušil stát práva stěžovatele ve věci Koch proti Německu?.....	91
9.5	Odpojení od přístrojů ve světle ochrany Úmluvy	92
9.6	Shrnutí	93
	ZÁVĚR.....	94
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	96
	PŘÍLOHY	108
	Příloha č. 1: Hippokratova přísaha	108
	Příloha č. 2: Ženevská deklaráce	109
	Příloha č. 3: Lékařský slib studentů Lékařské fakulty Masarykovy univerzity.....	110
	Příloha č. 4: Etický kodex ČLK.....	111

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ČLK	Česká lékařská komora
ČR	Česká republika
EU	Evropská unie
Evropská úmluva, Úmluva	Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod
ESLP	Evropský soud pro lidská práva
Komise	Federální kontrolní a hodnotící komise (Belgie)
Listina	Listina základních práv a svobod
MPOPP	Mezinárodní pakt o občanských a politických právech
ObčZ	Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník
OSPOD	Orgán sociálně-právní ochrany dětí
Úmluva o biomedicině	Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny
WHO	Světová zdravotnická organizace
z. o eutanazii	Belgický zákon o eutanazii
z. o ukončení života	Zákon o ukončení života na žádost a asistované sebevraždě (Nizozemí)
ZZS	Zákon č. 373/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

ÚVOD

Ve chvíli, kdy slyšíme o eutanazii nebo asistované sebevraždě, lze si jen stěží představit, že v nás tato zmínka nevyvolává emoce. Většina z nás k tomuto tématu zaujímá určitý postoj, který je více či méně vyhraněný a závisí nejen na našem vzdělání a individuálních hodnotách, ale též na našich osobních zkušenostech ve vztahu k umírání a nevléčitelně nemocným. Dlouhé hodiny by odpůrci a příznivci eutanazie mohli mezi sebou vyměňovat argumenty k prezentaci svého postoje. Debata by to byla jistě velmi vášnivá a jen stěží by mohla vést k jednoznačnému závěru.

Práci, jež si klade za cíl zaujmout k otázce eutanazie a asistované sebevraždy stanovisko a dobrat se k nějakému závěru, je poměrně dost. Tyto práce se věnují nejčastějším argumentům zastánců i odpůrců eutanazie a jejich autorům nezbyvá, než je nějakým způsobem hodnotit. Nalézt můžeme též práce, které se věnují trestněprávním aspektům eutanazie. Mnoho autorů, zejména z lékařské fakulty, na eutanazii nazírá jako na etický problém, který se lékařů bytostně dotýká. Když jsem své téma konzultovala se studenty medicíny, mnohé překvapilo, že práce na téma eutanazie může vznikat i na půdě právnické fakulty, jelikož toto téma vnímají jako problém medicíny, nikoliv práva.

Mým cílem je pojetí poměrně odlišné od těch výše představených. Přesto si z každého z přístupů k tématu bezesporu něco vezmu. Chci, aby výsledkem byla práce, jež alespoň v tomto tématu propojí svět právníků se světem lékařů. Některá témata totiž po takovém spojení přímo volají a domnívám se, že toto je jedním z nich. Mým přáním je, aby čtenář po přečtení této práce nezačal vyjmenovávat seznam pro a proti ve vztahu k eutanazii, ale aby pochopil, že tato otázka je velmi závislá na pojmu, s nímž pracujeme, prostředí, souvislostech a osobě, jež o ní hovoří.

Aby však taková práce mohla vzniknout, rozhodla jsem si vytyčit určité dílčí cíle. Takových cílů jsem si stanovila pět:

1. Vymezení pojmu eutanazie a jeho odlišení od dalších možností ukončení života.
2. Analýza práv pacientů s důrazem na práva důležitá v otázce eutanazie.
3. Zjištění, zda eutanazie odporuje lékařské etice.
4. Identifikace a analýza lidských práv, která mohou být ohrožena legalizací nebo kriminalizací eutanazie ve vztahu k pacientovi.

5. Odpovědět na otázku, zda se příbuzní zemřelého mohou obrátit na ESLP, aby se domohli přiznání jeho práv, alternativně zda ESLP připustí dotčenost vlastních práv příbuzných zemřelého.

V případě, že se mi podaří naplnit tyto stanovené dílčí cíle, splní tato práce moji představu o zpracování tématu eutanazie ve vztahu k lidským právům.

Struktura práce bude zahrnovat více kapitol, než je dílčích cílů. Důvodem pro toto členění je usnadnit čtenáři orientaci v textu. S výjimkou tohoto úvodu bude práce sestávat z devíti kapitol, dále členěných do podkapitol a oddílů, a závěru.

V první kapitole dojde k vymezení samotného pojmu eutanazie. Pro pochopení jeho významu bude v této kapitole obsažen též historický exkurz termínu. Rozdílnost v chápání pojmu často spočívá v nepochopení jednotlivých forem eutanazie, proto i ty budou předmětem první kapitoly. Na závěr kapitoly bude vymezen pojem eutanazie tak, jak bude vnímán, pokud se objeví v textu práce.

Druhá kapitola se zaměří na právní úpravu eutanazie ve vybraných evropských zemích a to včetně České republiky. Pozornost bude věnována zemím Beneluxu, které mají zákony, jež eutanazii upravují, čímž tato kapitola poslouží jako teoretické východisko pro posouzení případného ohrožení práv v důsledku legalizace eutanazie. Další podkapitola se bude věnovat Švýcarsku a díky pochopení jeho právní úpravy lze kriticky nahlížet na rozhodnutí ESLP ve vztahu ke Švýcarsku. V podkapitole věnující se České republice bude pozornost zaměřena na úpravu v trestním zákoníku.

Právům pacientů se bude věnovat další kapitola. V jejím úvodu bude vysvětlen vztah lékaře a pacienta. Další dva pododdíly se budou věnovat otázce informovaného souhlasu, a to zejména v kontextu práva odmítnout léčbu a též dříve vyslovenému přání. Zde bude pozornost zaměřena na právní prostředí ČR.

Následovat bude čtvrtá kapitola věnující se lékařské etice. Zde bude pozornost zaměřena především na etické kodexy, které by měly činnost lékaře ovlivňovat. Kapitola by měla poukázat nejen na jejich provázanost, ale též účel. V této kapitole by neměla zůstat stranou otázka svobody svědomí, na niž bude nahlíženo v souvislosti s výhradou svědomí ve zdravotnictví.

Další čtyři kapitoly se vypořádají s konkrétními lidskými právy chráněnými zejména Evropskou úmluvou. Tyto kapitoly se zaměří na právo na život, právo na respektování soukromého života, právo nebýt mučen, právo nebýt diskriminován, svobodu přesvědčení a právo na lidskou důstojnost. Všechny tyto kapitoly budou zpracovány ve světle judikatury Evropského soudu pro lidská práva.

Poslední substantivní kapitola se bude věnovat právům rodinných příslušníků. I zde bude stěžejní judikatura Evropského soudu pro lidská práva.

V závěru provedu hodnocení, zda došlo k naplnění výše vytyčených cílů.

Vzhledem k rozsahu mé práce není možné upravit všechny otázky, které se s mým tématem pojí. Zejména nebude provedena příliš detailní analýza článku 8 Úmluvy, jehož rozbor by mohl být předmětem samostatné kvalifikační práce. Přesto tento rozbor alespoň částečně opustí mantinely umírání, a to ve vztahu k problematice potratů a domácích porodů. Další takovou otázkou jsou hospice, které budou zmíněny v souvislosti s paliativní medicínou, ale aby nebyla nabalována další témata k stěžejním problémům práce, nebude tato problematika rozebrána podrobněji.

Z metodologického hlediska bude základ práce postavena na odborných publikacích a právních předpisech. Tyto základy budou dále podrobeny analýze ve světle judikatury Evropského soudu pro lidská práva. Vzhledem k propojení teorie s judikaturou bude možné v práci zaujmout kritický postoj k závěrům, které Evropský soud pro lidská práva ve zpracovaných otázkách činí.

1 POJEM EUTANAZIE

Při zkoumání problematiky eutanazie narazíme na velmi výraznou pojmovou nejednotnost. Je patrná především při práci s literaturou právnickou na jedné straně a naproti tomu s literaturou lékařskou. Ještě výraznější výkladové rozdíly jsou patrné v literatuře teologické, případně zjednodušeně pracující s konceptem eutanazie jako zásahem do práva na život.

V této kapitole tedy shrnu přístupy k pojmu eutanazie v rámci historického exkurzu, představím formy eutanazie a v jejím závěru definuji vlastní přístup k tomuto pojmu, který bude východím pro celou práci.

1.1 HISTORICKÝ EXKURZ

Termín eutanazie pochází z řeckého spojení „eu thanatos“, tedy tzv. dobrá smrt. Pod termínem dobrá smrt si každý z nás představí něco jiného, ale ve vnímání společnosti je patrná jednota ohledně toho, že se jedná o smrt bez utrpení. Význam tohoto termínu se však v průběhu doby značně proměňoval.

V antice, odkud tedy termín eutanazie pramení, byla dobrá smrt vnímána zejména jako smrt rychlá, kterou neprovází větší utrpení. Ideálně jí nepředchází ani útrapy stáří. Vnímání toho, co je dobrá smrt, také do značné míry souviselo s kvalitou života, zejména zda došlo k jeho naplnění nějakými bohulibými cíli. Můžeme sem tedy bezesporu zahrnout i smrt v boji.¹ Gaius Iulius Caesar měl například prohlásit, že „nejlepší smrt je neočekávaná“.

Středověký model dobré smrti vycházel především z biblické literatury. Eutanazie jako taková řešena nebyla. Úvahy se zabývaly především otázkami zabití člověka a sebevraždou. Zabití bylo za určitých okolností přípustné, nicméně sebevražda byla považována za morálně špatnou a v rozporu s křesťanskou tradicí. Pokud je nepřípustná sebevražda, je zjevné, že v tehdejší vnímání nebude morálně ospravedlnitelná ani asistovaná sebevražda nebo ukončení života na základě vlastního přání.²

Výraznou změnu ve vnímání eutanazie přineslo období novověku. Francis Bacon hovoří o úkolu lékaře napomoci pacientovi ke klidnému odchodu ze života.

¹ ŠPINKOVÁ, Martina; ŠPINKA, Štěpán. *Euthanasie: víme, o čem mluvíme?*. Praha: Cesta domů, c2006, s. 4-9.

² KUŘE, Josef. Dobrá smrt: K filozofickému ujasnění pojmu eutanazie. *Filozofia*. 2007, roč. 62, č. 3, s. 226-228.

Ještě dál v úvahách pokročil Tomáš Morus, pro něhož byla eutanazie možností pro beznadějně nemocné. Změnu zaznamenalo i vnímání sebevraždy jako něčeho primárně nepřijatelného. Od 16. století je totiž sebevražda morálně ospravedlnitelná pro nevléčitelně nemocné. Tato tendence je patrná i v díle Davida Huma, který poukazuje na nesmyslnost prodlužování utrpení, které je pouze zátěží a nikoliv přínosem.³

V 18. a 19. století začal být kladen větší důraz na člověka a jeho svobodnou volbu, proto například Friedrich Nietzsche uvádí, že člověk je autonomní bytostí a jeho právem je ukončit nesnesitelný život. Tyto úvahy vyvrcholily Darwinovou evoluční teorií, kdy pro pokrok je třeba, aby přežili nejsilnější jedinci, díky nimž k pokroku dochází.⁴

Dnešní vnímání dobré smrti souvisí velmi úzce s pokrokem na poli medicíny, která dokáže život značně prodlužovat, ale toto je třeba vnímat také v kontextu kvality života. Nechat zemřít člověka, který se trápí a touží po smrti, je bráno jako milosrdenství a právě dobrá smrt. K takovému modelu eutanazie vedla nejen sama medicína, ale také větší důraz na svobodu jednotlivce a jeho možnost volby.⁵

1.2 FORMY EUTANAZIE

1.2.1 AKTIVNÍ V. PASIVNÍ

Aktivní eutanazií je jednání, jehož cílem je urychlit případně způsobit smrt pacienta, tedy např. podání látky, která pacienta usmrtí. Je zde vyžadována aktivní činnost osoby odlišné od pacienta.

Jako pasivní eutanazie bývají uváděny případy, kdy dojde k usmrcení pacienta v důsledku nejednání, tedy např. neposkytnutí další léčby či odpojení od přístrojů.

Munzarová dokonce uvádí, že pojem pasivní eutanazie by se neměl vůbec používat, jelikož je spíše matoucí.⁶ S tím se lze ztotožnit. Nicméně pasivní eutanazie je dle ní vlastně zastřešením pro dva postupy – jednak situaci, kdy dochází k nekonání s úmyslem zabít, případně situaci, kdy určitá léčba není podána nebo je od ní odstoupeno v případě, že je pro pacienta nadměrně zatěžující a je zbytečná a marná.⁷ Domnívám se, že toto členění pasivní eutanazie není příliš vhodné, jelikož nemůžeme spojovat termín „dobrá smrt“ s postupem, kdy osobě neposkytneme pomoc a necháme

³ KUŘE, 2007, op. cit., s. 228-229.

⁴ Tamtéž, s. 230.

⁵ Tamtéž, s. 231.

⁶ MUNZAROVÁ, Marta. K nutnosti jednoznačného vymezení obsahu pojmu eutanazie. *Florence*. 2013, č. 3, s. 14.

⁷ Tamtéž, s. 15.

ji zcela úmyslně zemřít. Takové jednání může být schopno naplnit skutkovou podstatu některých trestných činů proti životu.

V dělení Munzarové hraje rozdíl objekt hodnocení, tedy zda zvažujeme život, který má být ukončen, případně zvažujeme léčbu, která je již zbytečná a marná.⁸ V práci nebudu následovat názor, že zvažujeme zbytečnost života. Objektem hodnocení musí být bezesporu léčba a její hodnocení ve vztahu k osobě pacienta.

Rozlišení eutanazie na aktivní a pasivní je klíčové zejména proto, abychom mohli jednoznačně říci, zda je eutanazie legální či nikoliv. Právě aktivní eutanazie je formou, o níž se ve společnosti vedou živé diskuze, zatímco pasivní eutanazie je na základě institutu dříve vysloveného přání, tzv. „living will“ variantou, která by měla v praxi nacházet uplatnění. Dříve vyslovené přání, jako jedna z cest k dobrovolnému ukončení života, bude podrobněji rozebrána v podkapitole 3.3.

1.2.2 PŘÍMÁ V. NEPŘÍMÁ EUTANAZIE

Další rozlišení může být na eutanazii přímou a nepřímou, v němž je klíčovým hlediskem, co je primárním cílem jednání.

Jako přímá eutanazie bývá označováno jednání, jehož hlavním cílem bývá navození smrti, může tedy jít například o podání smrtící látky.

Nepřímou eutanazií je jednání, které primárně směřuje k jinému cíli než je usmrcení, nicméně i zde je smrt důsledkem tohoto jednání, ovšem důsledkem pouze nepřímým. Jako poměrně jasný příklad takové formy eutanazie je podávání léků tišících bolest, kdy v důsledku konzumace takových léků a nevyhnutelného zvyšování dávek dojde k uspíšení smrti.

1.2.3 DOBROVOLNÁ V. NEDOBROVOLNÁ EUTANAZIE

V tomto rozdělení jsou zjevné největší etické rozpory. Tyto rozpory jsou patrné i při určování rozdílů mezi těmito formami, kdy neexistuje shoda tak, jako u předcházejících definic.

Eutanazie dobrovolná je na základě výslovné žádosti pacienta. Zde lze polemizovat s tím, zda takováto žádost může být účinná dříve, než se zdravotní stav pacienta zhorší. Tato otázka bude rozebrána v kapitole věnované institutu dříve vysloveného přání.

Výše naznačený etický rozpor je patrný v přístupu k tzv. nedobrovolné eutanazii. Zatímco Rucki nedobrovolnou eutanazii vymezuje, v publikaci vydané jako

⁸ MUNZAROVÁ, 2013, op. cit., s. 15-16.

studijní materiál pro konferenci „Bůh je pro-life“, jako „*usmrcení nevyžádané a nechtěné*“⁹, například Kupka k ní, v publikaci určené pro projekt OPVK: „Inovace a rozvoj kombinované formy výuky psychologie na Katedře psychologie FF UP v Olomouci“, uvádí, že „(nedobrovolná eutanazie) *se děje nejčastěji u více či méně nekompetentních pacientů na žádost rodiny a z rozhodnutí lékaře, který je přesvědčen, že život pacienta není dále možný.*“¹⁰

Z obou pojetí je zjevné, že nedobrovolná eutanazie je taková, kdy není dán souhlas s usmrcením ze strany pacienta. Projev vůle pacienta však může být nahrazen projevem vůle ze strany členů jeho rodiny, tedy takové usmrcení nemusí být nutně „nevyžádané a nechtěné“, jak je uvedeno výše.

1.2.4 ASISTOVANÁ SEBEVRAŽDA

V kontextu eutanazie se objevuje rovněž slovní spojení asistovaná sebevražda. Sebevražda je dobrovolným ukončením života vlastní rukou. Pokud však pacient takového kroku není schopen, může pro něj být řešením asistence při sebevraždě. Tedy pomoc druhé osoby. Taková pomoc je v evropských zemích povětšinou trestným činem.¹¹

Asistovaná sebevražda je tedy zprostředkováním cesty ke smrti pacientovi, který ji ovšem sám musí zrealizovat. Může jít například o přípravu smrtící látky, kterou si pacient sám aplikuje, nejčastěji vypije.

1.2.5 SOCIÁLNÍ EUTANAZIE

Z pojmů, které chci na úvod této práce představit, ještě zmíním tzv. sociální eutanazii. Ta je jevem vysoce nežádoucím a souvisí především s úrovní zdravotnictví v jednotlivých zemích a jejich regionech.

V praxi tak může dojít k úmrtí pacienta v důsledku nemoci, která by v jiném státě smrtí nutně skončit nemusela, ovšem úroveň lékařské péče zde není na takové úrovni, aby šlo nemoc vyléčit. Takovou formu eutanazie tedy nelze vykonat, ale vlivem okolností k jejímu „provedení“ dojde.

Osobně však nejsem schopna ztotožnit smrt v důsledku nedostupné lékařské péče s pojmem eutanazie, který stále vnímám v kontextu jeho překladu, tedy „dobrá

⁹ RUCKI, Štěpán. *Úcta k životu: s dodatkem biblických "pro-life" citací*. Vyd. 1. Český Těšín: Křesťanské společenství, 2014, s. 19.

¹⁰ KUPKA, Martin. *Psychologické aspekty paliativní péče*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011, s. 98.

¹¹ Viz např. skutková podstata trestného činu účasti na sebevraždě ve smyslu § 144 trestního zákoníku. Tomuto bude věnována pozornost v podkapitole 2.5.

smrt“. Domnívám se, že spojení sociální eutanazie je příliš matoucí a zde ho uvádím pouze pro úplnost teoretického vymezení.

1.3 VYMEZENÍ POJMU PRO ÚČELY PRÁCE

Všechny výše uvedené definice spojuje, že eutanazie je ukončení života, usmrcení.

V rámci různých vymezení¹² bývá často jako jeden z definičních znaků eutanazie uvedeno, že jde o usmrcení ze soucitu, z milosti. S tímto pojetím ovšem nesouhlasím a nebudu z něj ani v průběhu své práce vycházet. Jak budu ve své práci dále uvádět, kritéria pro provedení eutanazie by se neměla zakládat na emocích, ale na poznatcích lékařské vědy.

Při určení dalších kritérií jsem mimo jiné vycházela z definice Velkého lékařského slovníku, který eutanazii vymezuje jako „*aktivní usmrcení pacienta lékařem, obvykle s nevléčitelnou nemocí pro zkrácení jeho utrpení – na jeho vlastní opakovanou žádost.*“¹³

Výklad eutanazie, se kterým budu tedy dále pracovat, je tak založen na následujících znacích:

- ukončení života nevléčitelně nemocného pacienta,¹⁴
- pacient nemá šanci na zlepšení zdravotního stavu,
- takový stav mu způsobuje utrpení,¹⁵
- pacient s ukončením výslovně souhlasil,
- zákrok bude proveden¹⁶ v souladu s poznatky medicíny.¹⁷

V rámci výše vymezených druhů eutanazie budu pracovat s konceptem tzv. aktivní eutanazie a asistované sebevraždy. Domnívám se, že debata na téma eutanazie má být právě o těchto jejích formách.

¹² Srov. např. HENDRYCH, Dušan. *Právní slovník*. 3., podstatně rozš. vyd. v Praze: C.H. Beck, 2009, s. 260. Beckovy odborné slovníky. nebo PTÁČEK, Radek; BARTŮNĚK, Petr. *Eutanazie - pro a proti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, s. 238. Edice celoživotního vzdělávání ČLK.

¹³ VOKURKA, Martin; HUGO, Jan. *Velký lékařský slovník: Martin Vokurka, Jan Hugo a kolektiv*. 9., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2009, s. 292.

¹⁴ Pro osobu, o níž budu v kontextu eutanazie mluvit, budu užívat termín pacient, jelikož medicína jako taková a osoba lékaře musí mít v kontextu eutanazie nebo asistované sebevraždy své místo.

¹⁵ Neexistuje jednoznačný závěr, zda musí být takové utrpení fyzické nebo psychické.

¹⁶ „Provede“ nikoliv nutně ve smyslu aktivního jednání, jehož přímým následkem je smrt pacienta, ale rovněž ve smyslu asistence sebevraždy.

¹⁷ Původně jsem k eutanazii a asistované sebevraždě chtěla přistupovat jako k jednomu z úkolů lékaře, ovšem toto pojetí jsem opustila. Osobou, která učiní poslední krok, tedy buď pacientovi aplikuje smrtící látku, nebo mu vytvoří podmínky, aby ten poslední krok mohl učinit sám, nemusí být nutně lékař, může se jednat například o člena rodiny, pokud to charakter pomoci dovoluje, nebo jiného zdravotnického pracovníka. Nicméně přesto zastávám názor, že v procesu rozhodnutí ohledně umožnění eutanazie nebo asistované sebevraždy, musí hrát lékař klíčovou roli.

2 PRÁVNÍ ÚPRAVA EUTANAZIE VE VYBRANÝCH EVROPSKÝCH ZEMÍCH

Tato kapitola nejprve představí specifika zemí, v nichž je eutanazie nebo asistovaná sebevraždě legální. Jedná se o Nizozemí, Belgie a Lucembursko. Následovat bude podkapitola věnovaná Švýcarsku, kde i přes neexistenci speciálního zákona dochází k toleranci asistované sebevraždy, a to nikoliv v zanedbatelném rozsahu. Závěrečná podkapitola bude zaměřená na rozbor právní úpravy v České republice, tedy na ustanovení trestního zákoníku.

2.1 NIZOZEMÍ

První zemí v Evropě, která legalizovala eutanazii, se stalo Nizozemí, kde k 1. 4. 2002 vstoupil v účinnost tzv. zákon o ukončení života na žádost a asistované sebevraždě (dále jen „z. o ukončení života“).¹⁸ Bylo by však velmi naivní myslet si, že pouhé přijetí zákona je dostačující k tomu, aby společnost eutanazii přijala. Ani nelze předpokládat, že pouhé veřejné mínění, v němž převažuje názor, že má být eutanazie legalizována, jako je tomu například v České republice¹⁹, je skutečným předpokladem její legalizace. Tato cesta je výrazně komplikovanější, což lze demonstrovat právě na případu Nizozemí.

2.1.1 CESTA K LEGALIZACI

V Nizozemí probíhala mnoho let před samotnou legalizací velmi živá diskuze, a to nejen v akademických a politických kruzích, ale v celé společnosti. Bylo zde rovněž veřejným tajemstvím, že eutanazie probíhá i bez právního rámce, ale nebylo zřejmé, v jakém rozsahu. Odpověď na tuto otázku přineslo zveřejnění tzv. Rimmelingovy studie v roce 1991. Výsledky byly poměrně šokující, jelikož z nich vyplynulo, že 54% lékařů v Nizozemí někdy provedlo eutanazii, přičemž každým rokem je tímto způsobem usmrceno celkem 2.300 lidí. Rovněž bylo zjištěno, že asi u 1.000 usmrcených lidí nikdy nebyla dána jejich výslovná žádost k ukončení života.²⁰

¹⁸ V anglickém znění: The Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act

¹⁹ Z výzkumu Centra pro výzkum veřejného mínění plyne, že v roce 2014 s uzákoněním eutanazie souhlasilo 64% veřejné společnosti – viz CENTRUM PRO VÝZKUM VEŘEJNÉHO MÍNĚNÍ. *Veřejné mínění o interrupci, eutanazii a trestu smrti – červen 2014*. Tisková zpráva. 2014.

²⁰ LAJKEP, Tomáš. Eutanazie - poznámky o teorii a praxi. In: *Zdravotnictví a medicína* [online]. 2002 [cit. 2015-01-29].

Po zveřejnění této studie byla jednoznačná poptávka veřejnosti po legislativním zakotvení eutanazie a asistované sebevraždy, jelikož neexistence právní kontroly nad již existujícím stavem vyvolávala značné obavy. Přípravy zákona začaly probíhat ve spolupráci ministerstva spravedlnosti s ministerstvem zdravotnictví, což lze bezesporu vnímat jako vhodné spojení ve chvíli, kdy je právem upravována otázka života a smrti. Na zákon, který není přespříliš obsáhlý, navazuje také nařízení nizozemské vlády, v němž dochází ke zpřesnění podmínek provádění eutanazie a tyto jsou neustále novelizovány.²¹

2.1.2 NIZOZEMSKÝ ZÁKON O EUTANAZII A ASISTOVANÉ SEBEVRAŽDĚ

Z. o ukončení života²² ve své 2. kapitole stanovuje tzv. pravidla pro řádnou péči. Těmi se dle čl. 2 odst. 1 rozumí právě kritéria, za nichž může lékař provést eutanazii. Předně musí být ošetřující lékař přesvědčen, že žádost pacienta je dobrovolná a pečlivě promyšlená. Lékař musí být rovněž přesvědčen o tom, že pacient nesnesitelně trpí a není zde vyhlídka na zlepšení. Pacient musí být plně informován o svém zdravotním stavu, včetně možností léčby. Lékař spolu s pacientem musí dojít k přesvědčení, že neexistuje jiné přijatelné řešení situace. Je zde rovněž zakotvena podmínka konzultace minimálně s jedním lékařem odlišným od lékaře ošetřujícího, který musí pacienta vyšetřit a písemně prohlásit, že jsou naplněny výše uvedené podmínky. Poslední podmínkou je, že život pacienta musí ošetřující lékař ukončit nebo pomáhat při sebevraždě s řádnou lékařskou péčí a pozorností.

Za zmínku stojí rovněž pravidla, která jsou v Nizozemí uplatňována ve vztahu k nezletilým, a která upravuje zákon o ukončení života v čl. 2 odst. 2 – 4.

V případě pacientů ve věku od 16 let, kteří již nejsou schopni vyjádřit svoji vůli, ale před tímto stavem byli schopni posoudit své zájmy a učinili prohlášení obsahující žádost o ukončení života, může lékař takovou žádost zvážit.

Pacienti ve věku od 16 do 18 let, kteří jsou schopni posoudit své zájmy, mohou žádat o ukončení života nebo asistenci při sebevraždě, nicméně rodiče, případně zákonní zástupci, musí být součástí rozhodovací procedury.

²¹ SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, Vladimíra. *Eutanázie, nebo "komfort" pro pacienty?: zkušenosti Nizozemí, Oregonu, Švýcarska a dalších*. 1. vyd. Praha: V. Bošková, 2012, s. 7-15.

²² Vycházeno z anglického znění zákona dostupného z:

http://www.patientsrightscouncil.org/site/wp-content/uploads/2012/05/Dutch_law_04_12.pdf

U pacientů ve věku mezi 12 a 16 roky, kteří jsou schopni posoudit své zájmy, může lékař ukončit jejich život nebo asistovat sebevraždě na základě jejich žádosti, s níž vyjádří souhlas rodiče nebo zákonní zástupci nezletilého.

Z textu uvedených ustanovení tak plyne, že v případě, že u pacienta ve věku od 16 do 18 let rodiče nesouhlasí s eutanazií nebo asistovanou sebevraždou, lze ji i v takovém případě provést, naproti tomu v případě pacientů ve věkovém rozmezí 12 – 16 let je takový souhlas nezbytný.

Kontrola je zajištěna Regionálními kontrolními komisemi pro ukončení života na žádost a asistovanou sebevraždu²³, které jsou zřízeny na základě 3. kapitoly zákona o ukončení života. Dle čl. 3 odst. 2 musí mít lichý počet členů, přičemž jeden z nich musí být právník, jeden lékař a jeden odborník na etické nebo filozofické záležitosti. Tyto komise jsou oprávněny posoudit, zda lékař, který ukončil život pacienta nebo asistoval sebevraždě, jednal v souladu s požadavky stanovenými zákonem.²⁴

Zajištění kontrolních mechanismů je jedním z nejdůležitějších prvků v kontextu legalizace eutanazie a zákon v této oblasti přiznává Regionálním komisím poměrně široké možnosti oprávnění tak, aby bylo možno účinně prošetřit případy eutanazie a vyloučit tak její možné zneužití.

2.1.3 MOBILNÍ LÉKAŘSKÉ TÝMY

V kontextu Nizozemí je ještě třeba zmínit tzv. mobilní lékařské týmy. Od 1. března 2012 mohou pacienti v Nizozemí zemřít nikoliv výhradně v nemocnici, ale také přímo doma. Výše vymezené podmínky se pro pacienty ani lékaře nijak nemění, rozdíl spočívá pouze v místě, kde k ukončení života dojde.²⁵

Byť tedy na první pohled nedošlo k velkým změnám, statistiky brzy ukázaly, že zemřít doma je pro pacienty lákavější než v nemocnici a počet těch, kteří podstoupí eutanazii nebo asistovanou sebevraždu, rapidně vzrostl. Podle britského deníku *The Daily Telegraph* byl nárůst pacientů, kteří ukončili život cestou eutanazie, od roku 2012 do roku 2013 o 13%, tedy na 4.188 pacientů za poslední rok. V domácím prostředí přitom umírá 80% pacientů, tedy byť se na první pohled mohlo zdát, že

²³ The Regional Review Committees for Termination of Life on Request and Assisted Suicide.

²⁴ S obdobným typem komise máme zkušenosti i v ČR a to při změnách pohlaví. Pro provedení chirurgických výkonů směřujících ke změně pohlaví je třeba souhlasu odborné komise, jejímiž členy jsou 4 lékaři, psycholog, právník a zdravotnický pracovník z ministerstva – viz § 22 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách. Tento typ komise ovšem vyjadřuje souhlas před zákrokem, zatímco nizozemský model eutanazie počítá s následnou kontrolou.

²⁵ Nizozemsko zavedlo rozvoz eutanazie až do domu. In: *Česká televize* [online]. 2012 [cit. 2015-02-02].

změna v roce 2012 nepřinesla nic významného, můžeme říct, že pro pacienty se eutanazie zatraktivnila a volí ji častěji.²⁶

2.2 BELGIE

V podstatě bezprostředně poté, kdy byla eutanazie legalizována v Nizozemí, následovala je také Belgie a to tzv. Belgickým zákonem o eutanazii ze dne 28. května 2002 (dále jen „z. o eutanazii“).²⁷ Tento zákon hovoří pouze o eutanazii, nikoliv asistované sebevraždě.

2.2.1 BELGICKÝ ZÁKON O EUTANAZII

Z. o eutanazii rovněž definuje podmínky, za nichž může dojít k eutanazii, resp. podmínky, za nichž nebude lékař trestně odpovědný. Jsou uvedeny v 2. kapitole z. o eutanazii. Podle § 1 musí být kumulativně splněna podmínky, že pacient je zletilý nebo prohlášen za dospělého a je právně způsobilý, uvědomuje si své jednání, žádost je dobrovolná, dobře zvážená a opakovaná a není důsledkem žádného vnějšího nátlaku a pacient se nachází v neměnném zdravotním stavu, kdy prožívá nesnesitelné tělesné nebo duševní utrpení, které nelze zmírnit, a které plyne z vážné a nevléčitelné poruchy způsobené nemocí nebo úrazem.

Mezi další nezbytné podmínky patří dle § 2 povinnost lékaře informovat pacienta o jeho zdravotním stavu, jeho vyhlídkách, probrat s ním jeho žádost o eutanazii a možná terapeutická a paliativní řešení a jejich důsledky. Lékař musí společně s pacientem dojít k závěru, že zde neexistuje žádná jiná rozumná alternativa k řešení pacientovy situace a pacientova žádost je plně dobrovolná. Lékař musí být také pacientovi do konce života k dispozici pro několik rozhovorů rozprostřených v přiměřeném časovém úseku s tím, že musí vzít v úvahu vývoj pacientova stavu. V Belgii je rovněž podmínkou konzultace s jiným nezávislým lékařem, který posoudí zdravotní stav pacienta.

Poté, co lékař provede eutanazii, musí o tom vyplnit formulář, který se odesílá Federální kontrolní a hodnotící komisi (dále jen „Komise“)²⁸ vzniklé na základě Oddílu 6 zákona o eutanazii. Pokud by Komise složená z 16 členů došla dvěma třetinami k závěru, že nedošlo k dodržení určitých zákonem předpokládaných

²⁶ WATERFIELD, Bruno. Number of Dutch killed by euthanasia rises by 13 per cent. *The Telegraph* [online]. 2013 [cit. 2015-02-02].

²⁷ Vycházeno z anglického znění zákona The Belgian Act of Euthanasia dostupného z: <http://www.ethical-perspectives.be/viewpic.php?TABLE=EP&ID=59>

²⁸ The Federal Control and Evaluation Commission

okolností, odesílá případ k posouzení státnímu zástupci.²⁹ K uvedenému uvádí Munzarová, že z textu zákona „je zřejmé, že cílem uvedených „zákonných opatření“ je ochrana lékaře a nikoliv ochrana nemocného.“³⁰ S tímto tvrzením příliš nesouhlasím, jelikož nevím, v čem konkrétně je spatřována ochrana lékaře, protože každý jednotlivý případ eutanazie se musí dostat před Komisi, tedy lékař má jistotu, že jeho postup bude vždy přezkoumán a mechanismy vedou až k prošetření státním zástupcem, tedy kontrola lékaře je velmi dobře ošetřena.

Jinou otázkou však je, jaká je praxe. Např. Saunders uvádí, že se v Belgii téměř polovina všech případů eutanazie před Komisí nedostane.³¹

2.2.2 EUTANAZIE PRO NEZLETILÉ

Výše představená právní úprava nijak nevybočuje z právní úpravy v Nizozemí. Belgie si však připisuje jiné prvenství. Je jedinou zemí světa, která umožňuje eutanazii nezletilých bez omezení věku. Poté, co se zákonem vyslovil souhlas belgický parlament 13. února 2014, podepsal jej 2. března 2014 také belgický král.³²

Ve vztahu k nezletilým zůstávají zachovány všechny výše naznačené podmínky s výjimkou možnosti ukončit život v případech psychického utrpení. Eutanazie je určena pouze dětským pacientům, které čeká smrt v brzké době, takováto podmínka v zákoně o eutanazii stanovena není. S rozhodnutím o eutanazii musí souhlasit nejen kolegium odborníků, ale také rodiče.

Vzhledem k tomu, že tato právní úprava je účinná necelý rok, nejsou zatím dostupná data ohledně četnosti dětské eutanazie, nicméně můžeme srovnávat se sousedním Nizozemím, kde je právní úprava benevolentní k ukončení života dětí od 12 let. Svůj život v Nizozemí ukončilo eutanazií v letech 2002 – 2013 5 nezletilých a z toho pouze jedné osobě bylo méně než 16 let. Dá se tedy předpokládat, že tento zákon bude mít dopad na velmi úzkou skupinu nezletilých.³³

2.2.3 UTRPENÍ PSYCHICKÉ NEBO FYZICKÉ

„Dětská eutanazie“ není tím jediným, kdy na sebe Belgie strhla v otázce eutanazie celosvětovou pozornost. Na přelomu let 2014 a 2015 média informovala o případě

²⁹ Public prosecutor

³⁰ MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, s. 51.

³¹ SAUNDERS, Peter. 20 things you might not know about assisted suicide in Europe. *NRL News Today* [online]. 2013 [cit. 2015-02-02].

³² Children's euthanasia bill signed by Belgium king. *RT* [online]. 2014 [cit. 2015-02-02].

³³ Belgičtí poslanci podpořili zákon umožňující eutanazii u dětí. *Lidovky.cz* [online]. 2014 [cit. 2015-02-02].

belgického vězně, jemuž byla umožněna eutanazie. Šlo o případ sexuálního delikventa, jenž si odpykával doživotní trest.

Vězeň uváděl, že pro něj pobyt za mřížemi představuje nesnesitelná duševní muka. Nemá před sebou vyhlídku na propuštění z vězení, jelikož nedokáže kontrolovat svoje násilnické sklony. Z. o eutanazii umožňuje eutanazii z důvodu nesnesitelného tělesného nebo duševního utrpení, které nelze zmírnit. Bruselský odvolací soud tak na základě vyjádření ministerstva spravedlnosti, lékařů a psychiatrů eutanazii připustil.³⁴

Případ na sebe ovšem připoutal velkou mediální pozornost a došlo k přehodnocení lékařského stanoviska. Nakonec bylo učiněno rozhodnutí, že odsouzený bude převezen na specializovanou psychiatrickou kliniku v Nizozemí.³⁵

V tomto případě vnímám jako obrovský problém, že ve vztahu k psychickému utrpení nebyl při prvním posouzení otázky zohledněn dodatek „(utrpení), *které nelze zmírnit*“. Jak je vidět na konečném rozhodnutí ohledně přesunu na specializovanou psychiatrickou kliniku, toto utrpení mělo i jiné řešení, než je eutanazie. Je tedy dobře, že případy tohoto typu na sebe poutají velkou pozornost, a je tak vlastně do značné míry zajištěna i kontrola ze strany veřejnosti.

2.3 LUCEMBURSKO

Pro úplnost je třeba zmínit ještě poslední evropskou zemi, která legalizovala eutanazii. Tou je prozatím Lucembursko. Zákon umožňující eutanazii a asistovanou sebevraždu byl schválen parlamentem na sklonku roku 2008, nicméně pro jeho vstup v platnost bylo ještě třeba souhlasu hlavy státu, v tomto případě velkovévody Jindřicha I., který ovšem zákon odmítl podepsat. Bylo tak třeba změnit lucemburskou ústavu. Parlament omezil pravomoci velkovévody, který již nemusí zákony „schvalovat“, ale pouze „vyhlášovat“.³⁶ Zákon tak začal platit 16. března 2009.³⁷

Zákon legalizuje eutanazii i asistovanou sebevraždu na základě stejných pravidel jako v Nizozemí. Vzhledem k tomu, že je účinný pouze velmi krátkou dobu,

³⁴ Belgický vězeň uspěl: Lékaři po 30 letech ukončí jeho trápení. In: *Česká televize* [online]. 2014 [cit. 2015-03-31].

³⁵ Belgický vězeň nakonec eutanazii nepodstoupí. In: *Česká televize* [online]. 2015 [cit. 2015-03-31].

³⁶ Poněkud paradoxně se k návrhu na omezení pravomocí velkovévody vyslovila Křesťansko sociální strana, která legalizaci eutanazie nepodporovala. Přesto však členové této strany její legalizaci umožnili tím, že hlasovali pro omezení pravomocí velkovévody, aby do budoucna mohly zákony schválené parlamentem vstoupit v platnost.

³⁷ NICOL, Julia; TIEDEMANN, Marlisa; VALIQUET, Dominique. Euthanasia and Assisted Suicide: International Experiences. *Parliament of Canada Web Site* [online]. 2011, 2013 [cit. 2015-02-03].

nelze zatím činit zásadní závěry ohledně jeho fungování. V Lucembursku zatím žádné případy eutanazie nevyvolávají kontroverze, což může být způsobeno i nízkým počtem osob, které v duchu tohoto zákona ukončily života. V roce 2012 to bylo 9 osob.³⁸

2.4 ŠVÝCARSKO

Švýcarsko nelze vyjmout ze zemí, které umožňují eutanazii, resp. asistovanou sebevraždu. Pro Švýcarsko však platí jistá specifika, kterými se od výše představených zemí Beneluxu významně odlišuje.

2.4.1 ŠVÝCARSKÝ TRESTNÍ ZÁKON

Specifikem Švýcarska je neexistence speciálního zákona, který by eutanazii či asistovanou sebevraždu umožňoval, ale tato praxe je dovozována z textu trestního zákona. Švýcarský trestní zákon³⁹ ve svém § 114 zakazuje usmrcení osoby, byť by bylo vedeno chvályhodnými pohnutkami. Tento paragraf tak vyvrací informaci, která se v médiích objevuje velmi často, tedy že Švýcarsko umožňuje eutanazii.

Švýcarsko umožňuje výlučně asistovanou sebevraždu, kterou upravuje § 115 trestního zákona, dle něhož „každý, kdo je veden sobeckými pohnutkami a takto někoho podněcuje nebo mu napomáhá se spácháním sebevraždy, bude potrestán...“ Výkladem tohoto ustanovení tak dochází k faktické toleranci asistované sebevraždy, která není vedena sobeckými pohnutkami.

Z hlediska zavinění je vyžadován úmysl. Aby byla pomoc při sebevraždě trestným činem, musí být sebevražda alespoň ve stadiu pokusu. O sobecké motivy se jedná tehdy, pokud pachatel, pomocník, sleduje nějakou osobní, materiální nebo nemateriální výhodu nebo pokud jeho jednání pramení z nenávisti, pomstychtivosti nebo zlomyslnosti.⁴⁰ Jako sobecký motiv nelze hodnotit lhostejnost.⁴¹

2.4.2 SPECIFIKA ŠVÝCARSKA

Ve Švýcarsku také nelze vycházet z předpokladu, že asistovaná sebevražda je výlučně záležitostí lékařů. Vzhledem k výše uvedenému znění § 115 trestního zákona nemusí

³⁸ NICOL, Julia; TIEDEMANN, Marlisa; VALIQUET, Dominique. Euthanasia and Assisted Suicide: International Experiences. *Parliament of Canada Web Site* [online]. 2011, 2013 [cit. 2015-02-03].

³⁹ Vycházeno z anglického znění zákona Swiss Criminal Code dostupného z: http://www.legislationonline.org/download/action/download/id/5686/file/Swiss_CC_1937_am2014_en.pdf

⁴⁰ STRATENWERTH, Günter; WOHLERS, Wolfgang. *Schweizerisches Strafgesetzbuch: Handkommentar*. 3. Auflage. Bern, 2013, s. 262.

⁴¹ TRECHSEL, Stefan. *Schweizerisches Strafgesetzbuch: Praxiskommentar*. Zürich: Dike, 2008, s. 561.

být osoba, která bude asistovat sebevraždě a vyhne se trestnímu stíhání, v žádném případě výlučně zdravotník. Švýcarská akademie lékařských věd dokonce uvádí, že asistovaná sebevražda není součástí práce lékaře, nicméně ani toto prohlášení není v rozporu s nezištnou pomocí lékaře k sebevraždě.⁴²

Asistovaná sebevražda je ve Švýcarsku především záležitostí organizací Exit a Dignitas, jejichž úkolem je pomoc nevyлéčitelně nemocným. Aby existovala alespoň nějaká pravidla, podařilo se uzavřít v kantonu Curych smlouvu s organizací Exit, dle níž musí být tato organizace finančně transparentní a nesmí vydělávat na pomoci lidem zemřít, pacient musí být dostatečně informován o možnostech péče a z asistované sebevraždy jsou vyloučeny osoby trpící duševními problémy.⁴³ Pomoc zemřít také nelze poskytovat osobám mladším 25 let, s výjimkou nesnesitelného fyzického utrpení. Organizace Dignitas se k takovým pravidlům nezavázala výslovně.⁴⁴

Další zvláštností Švýcarska je také tzv. sebevražedná turistika. Neexistuje totiž zákonné ustanovení, jež by znemožňovalo asistovanou sebevraždu cizincům. Tato praxe je výrazně bližší organizaci Dignitas.⁴⁵ V Nizozemí takové ustanovení též neplyne přímo z textu zákona, ale v praxi je vyžadován nizozemský ošetřující lékař a osoba tak musí mít nizozemské zdravotní pojištění. Belgie má pravidla přímo v zákoně a eutanazie je vázána na podmínku trvalého pobytu.⁴⁶

Může vyvolávat jistý podiv, proč není asistovaná sebevražda ve Švýcarsku ošetřena zákonem, když se jedná o praxi nikoliv výjimečnou. Odpovědí na tuto otázku je švýcarská přímá demokracie. Aby mohly být takové zákony účinné, je totiž zapotřebí nejen schválení vládou a parlamentem, ale také vyslovení souhlasu občanů formou referenda. Švýcaři jsou však s existujícím stavem spokojeni, proto šanci na úspěch nemají ani legislativní změny, kterými by došlo k zákazu asistované sebevraždy, ani normy, které by její podmínky zpřesňovaly.⁴⁷ Švýcaři rovněž odmítají znemožnit asistovanou sebevraždu cizincům.⁴⁸ Snaha o zpřesnění pravidel tak musí

⁴² HURST, Samia A; MAURON, Alex. Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians. *National Centre for Biotechnology Information* [online]. 2003 [cit. 2015-02-03]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1125125/>

⁴³ SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, 2012, op. cit., s. 29-31.

⁴⁴ Sebevražedná turistika si ve Švýcarsku vynutila změnu pravidel eutanazie. *Hospodářské noviny* [online]. 2009 [cit. 2015-02-03].

⁴⁵ Asistovaná sebevražda ve Švýcarsku láká i Čechy. *Echo24.cz* [online]. 2014 [cit. 2015-02-03].

⁴⁶ V textu zákona „resident not a citizen“.

⁴⁷ SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, 2012, op. cit., s. 27.

⁴⁸ Švýcaři v referendu odmítli zakázat cizincům asistovanou eutanazii. *IDNES.cz* [online]. 2011 [cit. 2015-02-03].

skutečně spočívat pouze v textech etických kodexů lékařů, případně smluvním ošetření ve vztahu k organizacím poskytujícím péči o umírající.

2.5 PRÁVNÍ ÚPRAVA V ČESKÉ REPUBLICE

V ČR neexistuje zákon, který by upravoval otázky eutanazie nebo asistované sebevraždy jako celek. Odpovědi na trestnost těchto otázek proto nalezneme v trestním zákoníku, o jehož vztahu k eutanazii i asistované sebevraždě bude pojednáno v následující kapitole.

2.5.1 EUTANAZIE

Při přípravě nového trestního zákoníku v letech 2004 – 2006 byla diskutována otázka privilegované skutkové podstaty trestného činu usmrcení na žádost. Podle vládního návrhu měl být potrestán odnětím svobody až na šest let ten, kdo ze soucitu usmrtí nevléčitelně nemocnou osobu, která trpí somatickou nemocí, na její vážně míněnou a naléhavou žádost. Taková žádost by mohla vzejít pouze od osoby starší 18 let, která není zbavena ani omezena ve způsobilosti k právním úkonům a netrpí duševní poruchou. Tento vládní návrh však v roce 2006 zamítl Senát a na následující schůzi Poslanecké sněmovny pak tento návrh nebyl přijat. Z dalšího vládního návrhu již tato privilegovaná skutková podstata vypadla.⁴⁹

Trestní zákoník tak neobsahuje skutkovou podstatu usmrcení na žádost, a jelikož je život chráněn za všech okolností, tedy i v případě pacienta nevléčitelně nemocného, případně na sklonku života, může takové jednání naplnit skutkovou podstatu trestného činu vraždy ve smyslu § 140, případně zabití dle § 141.⁵⁰

Na mysl v tomto kontextu může přijít zvažování okolností vylučujících protiprávnost. Takovou okolností je obecně svolení poškozeného, v případě usmrcení jej však uplatnit nelze.⁵¹ Toto zákonné ustanovení má svůj původ v římské zásadě „*Dominus membrorum suorum nebo videtur*“⁵², volně přeloženo – nikdo není pánem svých údů. Lidé tedy nemohou právně nakládat se svým tělem. Další okolností vylučující protiprávnost je krajní nouze⁵³, tedy odvracení nebezpečí přímo hrozící zájmu chráněnému trestním zákonem. Jde tak o zvažování, zda závažnější škodou je

⁴⁹ ŠÁMAL, Pavel. Usmrcení na žádost v návrhu trestního zákoníku. In: *Pocta Dagmar Císařové k 75. narozeninám*. 1. vyd. Praha: LexisNexis CZ, 2007, s. 128-139.

⁵⁰ ŠÁMAL, Pavel. *Trestní zákoník: komentář*. 2. vyd. Praha: C.H. Beck, 2012, s. 1461. Velké komentáře.

⁵¹ § 30 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

⁵² (Ulpianus Dig. 9,2,13 pr.)

⁵³ § 28 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

pokračující utrpení pacienta nebo zkrácení jeho života. Nezbytným předpokladem je, že zmírnění utrpení nelze dosáhnout jinými způsoby. Zvažovanými hodnotami se tak stává kvalita života vs. život samotný. Objektivní posouzení těchto hodnot je ovšem nereálné a takové poměřování by vedlo k rozhodování o kvalitě života jiných, tedy o jejich právech.⁵⁴

Souhlas oběti tak nelze považovat za okolnost vylučující protiprávnost, nicméně svoji roli může hrát při určování trestu, kdy se přihlíží k povaze a závažnosti spáchaného trestného činu.⁵⁵ V úvahu tak nejpravděpodobněji přichází mimořádné snížení trestu odnětí svobody ve smyslu § 58 trestního zákoníku.⁵⁶ Tento názor je i v souladu s rozsudkem Vrchního soudu v Praze, dle něhož svolení poškozeného může mít v konkrétním případě významný vliv na stupeň nebezpečnosti činu pro společnost a spolu s dalšími okolnostmi svědčícími ve prospěch obviněného být důvodem pro použití ustanovení o mimořádném snížení trestu odnětí svobody.⁵⁷ V závislosti na kvalifikaci jednání pachatele ve světle § 140, přichází při mimořádném snížení trestu odnětí svobody v úvahu jako nejnižší možný trest délka trvání 5 let, případně 3 roky.⁵⁸

2.5.2 ASISTOVANÁ SEBEVRAŽDA

Asistovaná sebevražda je dle českého trestního zákoníku trestná, jelikož naplňuje skutkovou podstatu § 144 – účast na sebevraždě.⁵⁹ Jedná se přímo o pachatelství dle § 22 trestního zákoníku, byť se nabízí možná paralela s účastenstvím ve smyslu § 24 odst. 1 písm. b) a c), tedy ve formě návodce a pomocníka. Takový výklad by byl možný pouze za situace, že by sebevražda byla trestným činem, což není případ naší právní úpravy.⁶⁰

⁵⁴ CÍSAŘOVÁ, Dagmar; SOVOVÁ, Olga. *Trestní právo a zdravotnictví. 2., upr. a rozš. vyd.* Praha: Orac, 2004, s. 118. Studijní texty Orac.

⁵⁵ § 39 odst. 2 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

⁵⁶ ŠÁMAL, 2012, op. cit., s. 1461.

⁵⁷ Rozsudek Vrchního soudu v Praze ze dne 17. 7. 1996, sp. zn. 8 To 25/96.

⁵⁸ § 58 odst. 3 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

⁵⁹ Zajímavá je právní úprava v Německu, kde není zvláštní skutková podstata účasti na sebevraždě jiného a stejně jako v naší úpravě sebevražda není trestným činem. Pomoc k sebevraždě tak není trestná, pokud pacient jedná ze své svobodné vůle. K tomu viz ECKSTEIN, Ken. Eutanázie a trestní právo v Německu. *Trestněprávní revue*. 2003, č. 4, s. 113-116.

⁶⁰ ŠÁMAL, 2012, op. cit., s. 1523.

Asistovaná sebevražda je trestným činem úmyslným, tedy k naplnění skutkové podstaty nestačí, pokud nedbalý lékař nechá v blízkosti pacienta látku, která bude později využita pacientem k sebevraždě.⁶¹

Pachatelství skutkové podstaty tohoto trestného činu spočívá ve formě pohnutí případně pomoci jinému v sebevraždě. Pohnutím se rozumí jednání způsobilé vyvolat v jiné osobě rozhodnutí spáchat sebevraždu. Takovým jednáním se rozumí přemlouvání nebo i schvalování sebevraždy. Rovněž může jít o špatné zacházení, jehož úmyslem je vzbudit v jiném rozhodnutí provést sebevraždu.⁶² V případě pomoci jde o umožnění nebo usnadnění jinému spáchání sebevraždy, přičemž není rozhodující, zda jde o pomoc fyzickou (např. opatření smrtící látky) či psychickou (utvrzení v přesvědčení provést sebevraždu).⁶³ I úmyslné zanechání jedu v dosahu pacienta je pomocí ve smyslu § 144.⁶⁴

K dokonání trestného činu postačí, aby se sebevrah o sebevraždu alespoň pokusil, přičemž musí jít o pokus míněný vážně, nikoliv pouze jako demonstrativní.⁶⁵

2.6 SHRnutí

Tato kapitola představila právní úpravu zemí Beneluxu, Švýcarska a České republiky. Poukázáno bylo na základní specifika jednotlivých zemí. Na opačných stranách zde stojí země jako Nizozemí, kde existuje speciální zákon upravující eutanazii a Švýcarsko, kde se praxe asistované sebevraždy odvozuje v podstatě na základě mezery v zákoně. Ohledně Švýcarska si dovoluji vyjádřit určitou skepsi, k dlouhodobé udržitelnosti dnešní praxe. Švýcarsko bylo již krůček před odsuzujícím rozsudkem ESLP, čemuž se budu podrobněji věnovat v kapitole 5.

Nad rámec této kapitoly ještě pro úplnost patří uvést, že pokud by tato práce vznikla o rok až dva později, s největší pravděpodobností by za kapitolami věnovanými zemím Beneluxu a Švýcarsku, následovala kapitola s názvem Francie. Francouzský prezident Hollande v roce 2013 zopakoval svůj záměr z předvolební kampaně – legalizovat v zemi dobrovolnou eutanazii.⁶⁶ Tento úmysl začíná nyní

⁶¹ STOLÍNOVÁ, Jitka; MACH, Jan. *Právní odpovědnost v medicíně*. 1. vyd. Praha: Galén, 1998, s. 53.

⁶² ŠÁMAL, 2012, op. cit., s. 1523.

⁶³ Tamtéž.

⁶⁴ JAHNSOVÁ, Alice; KUČA, Radan. Právní aspekty euthanasie: s. 358. *Právní rozhledy*. 1997, č. 7.

⁶⁵ ŠÁMAL, 2012, op. cit., s. 1524.

⁶⁶ HENEGHAN, Tom. France aims to allow euthanasia despite ethics doubts. In: *Reuters.com* [online]. 2013 [cit. 2015-04-08].

získávat reálné obrysy. V polovině března 2015 schválili poslanci návrh zákona, který umožňuje nevléčitelně nemocným získat pilulku, jenž způsobí, že pacient upadne do bezvědomí, z něhož se již neprobudí. Smyslem této pilulky je ušetřit pacienta utrpení, které by ho v terminální fázi nemoci čekalo. Návrh zákona musí projít ještě senátem.⁶⁷

Je otázkou, zda užití pilulky s výše popsanými účinky, můžeme považovat za eutanazii. Tento proces splňuje definiční znaky eutanazie, jak byly vymezeny v kapitole 1.3 s jedinou výjimkou. Jde skutečně o ukončení života nevléčitelně nemocného pacienta? Na tuto otázku mohou odpovědět lékaři spíše než já. Pokud se však nejedná o eutanazii, půjde o postup, který k ní má velmi blízko.

⁶⁷ MELVIN, Don. French bill would allow terminally ill to be 'deeply sedated' until death. In: *CNN.com* [online]. 2015 [cit. 2015-04-08].

3 PRÁVA PACIENTŮ

„Diagnóza není více než právo.“⁶⁸

Otázka práv pacientů je (nejen) v prostředí ČR otázkou velmi citlivou. Následující kapitola tak nebude prosta kritiky, přesto na úvod považuji za nutné vyjádřit své přesvědčení, že na poli práv pacientů došlo v ČR v posledních letech k poměrně velkému pokroku.

Předně je od 1. 10. 2001 pro Českou republiku závazná Úmluva o lidských právech a biomedicíně (dále jen „Úmluva o biomedicíně“).⁶⁹ 1. 4. 2012 vstoupil v účinnost zákon o zdravotních službách (dále jen „ZZS“)⁷⁰, který nahradil předchozí zákon o péči o zdraví lidu⁷¹. Právě postavení pacienta se v zákoně o zdravotních službách mění, jelikož je kladen důraz na jeho práva a individuální potřeby a dle důvodové zprávy k zákonu se pacient stává rovnocenným účastníkem v procesu při poskytování zdravotních služeb.⁷²

V kontextu práv pacientů je třeba mít na paměti, že ve chvíli, kdy se pacient ocitá v bezprostředním kontaktu s lékařem, stává se obvykle slabší stranou, nikoliv rovnocenným partnerem, což je hlavním důvodem, proč je nezbytné se této otázce věnovat. Právě vztahu pacienta a lékaře bude věnována první část této kapitoly.

Byť eutanazie není otázkou, která by aktuálně ležela na stole českým zákonodárcům, bude tato kapitola zaměřena na právní úpravu v ČR. Považuji totiž za nezbytné hovořit o právech pacientů právě u nás, jelikož jejich zákonné zakotvení je zde poměrně čerstvé a povědomí o něm není zatím nijak hluboké. Občanský zákoník (dále jen „ObčZ“)⁷³, jenž vstoupil v účinnost s rokem 2014, situaci též příliš nezjednodušuje, proto i na něj bude obrácena pozornost.

Analýza právní úpravy informovaného souhlasu a s tím souvisejícího práva pacienta odmítnout léčbu tedy bude provedena ve světle české právní úpravy. Stranou nezůstane ani otázka tzv. dříve vysloveného přání, která je pro náš právní řád poměrně novinkou, s níž je třeba naučit se správně nakládat.

⁶⁸ Právní věta z nálezu Ústavního soudu ze dne 18. 5. 2001, sp. zn. IV. ÚS 639/2000

⁶⁹ Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 96/2001 Sb. m. s., o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně.

⁷⁰ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

⁷¹ Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění zákona č. 466/2011 Sb.

⁷² Důvodová zpráva k vládnímu návrhu 405/0 na vydání zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

⁷³ Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.

3.1 VZTAH LÉKAŘE A PACIENTA

3.1.1 CESTA OD PATERNALISMU K PARTNERSTVÍ

V minulosti byl vztah pacienta a lékaře čistě paternalistický. Pacient se na lékaře obracel v podstatě jako na svého rodiče, měl k němu plnou důvěru a veškerá rozhodnutí nechal čistě na něm. Lékař si svého výsadního postavení byl vědom a rozhodně nelze říci, že by mu nevyhovovalo.⁷⁴ Od této koncepce je ovšem po 2. světové válce ustupováno a paternalistický vztah se přesouvá směrem k partnerství.

Tento přerod velmi úzce souvisí s důrazem na lidská práva a svobody. Důraz je kladen zejména na autonomii jedince. Nemalý podíl na tomto přechodu má rovněž osvětová činnost v oblasti zdravotnictví, kdy pacient není jen pasivním příjemcem péče, ale dokáže ji také hodnotit. Za velmi důležitý důvod považují rovněž rozvoj medicíny ve smyslu alternativ, které nabízí. Bylo by velmi krátkozraké předpokládat, že pouze jedna osoba dokáže za všech okolností vyhodnotit, jaký lékařský postup je nejlepší. Toto rozhodnutí by mělo vzejít v naprosto ideálním případě z konzultace s více lékaři a především s ohledem na názor pacienta. Z těchto důvodů je přechod k partnerství ve vztahu mezi lékařem a pacientem nevyhnutelný.⁷⁵

3.1.2 ČESKÝ BOJ O PARTNERSTVÍ

Bohužel se nemohu ubránit představě, že v ČR o partnerský vztah musí pacienti velmi usilovně bojovat. Demonstrovat to můžeme na příkladu tzv. ambulantních porodů, tedy porodů ve zdravotnickém zařízení, po nichž matka opouští porodnici dříve než po 72 hodinách, což je časový údaj, který obsahoval Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR. Lékaři jej brali jako naprosto závazný a ženám neumožňovali odchod z porodnice dříve než po doporučených 72 hodinách.⁷⁶ Mediálně známý se stal případ ženy, která v roce 2007 opustila i se svým zdravým novorozencem porodnici v den porodu. Lékaři v reakci na to kontaktovali OSPOD a na popud sociálních pracovníků vydal soud předběžné opatření o předání dítěte do péče nemocnice. Matka se s tímto případem obrátila až na ESLP, který v roce 2014 vydal

⁷⁴ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Práva pacientů*. Havířov: Nakl. Aleny Krtilové, 1996, s. 7-8.

⁷⁵ Tamtéž, s. 9-16

⁷⁶ DOSTÁL, Ondřej. Rodičovská práva a propouštění novorozenců do domácí péče. In: *Hnutí za aktivní mateřství* [online]. [cit. 2015-02-25].

rozhodnutí, v němž konstatoval, že došlo k zásahu do práva na respektování soukromého a rodinného života.⁷⁷

V mezidobí již Ministerstvo zdravotnictví ČR upravilo tzv. ambulantní porod v tom smyslu, že za určitých podmínek je matce dítěte umožněno opustit s dítětem porodnici dříve než po 72 hodinách od porodu.⁷⁸

Na tomto případě je vidět paternalistický vztah na úrovni lékař-pacient, kdy nebyl brán v potaz ani názor matky dítěte, ani zdravotní stav novorozence, z něhož by vyplývala nutnost hospitalizace. Česká republika má tedy v otázce partnerství pacientů a lékařů ještě velký kus cesty před sebou.

3.1.3 *NEROVNOST NARUBY*

Za důležité považuji také uvést, že nerovnost ve vztahu lékaře a pacienta se může projevovat i opačným směrem, tedy tak, že pacientům je přiznáno příliš mnoho práv a lékař tak nemůže vykonávat své povolání podle svého svědomí. V rámci výuky zdravotnického práva, která probíhá společně se studenty lékařské fakulty, pro mě, jakožto studentku tohoto kurzu, bylo mimořádně zajímavé sledovat důvody pro studium tohoto předmětu mezi studenty právnické fakulty na straně jedné a studenty lékařské fakulty na straně druhé.

Budoucí právníci se chtěli především dozvědět, jaká mají jako pacienti práva, zatímco budoucí lékaře zajímalo, jak se mohou bránit proti pacientům a jaká práva jsou na jejich straně. Strach z potenciální žaloby ze strany nespokojeného pacienta byl mezi studenty poměrně rozšířený. Studenti měli občas pocit, že lékaře musí zajímat více právo než zdraví pacientů. Tato jejich obava byla zmiňována například v souvislosti s pravidly pro poskytování informovaného souhlasu, jež je též předmětem této práce.

Jediné z čeho však mohl strach studentů z budoucí žaloby ze strany jejich pacienta plynout, byla výuka na fakultě a zprostředkování praktických zkušeností ze strany jejich vyučujících. Pokud tedy lékařská fakulta ve studentech medicíny vyvolává představu, že pacienti mají příliš mnoho práv a lékaři jsou v tomto vztahu téměř bezbrannými, sotva to můžeme vnímat jako dobrý stav. Na druhou stranu je dobré, že tito studenti mají možnost seznámit se i s jiným pohledem právě při volitelných předmětech na právnické fakultě.

⁷⁷ Hanzelkovi proti ČR, rozsudek senátu (5. sekce) ESLP ze dne 11. 12. 2014, stížnost č. 43643/10.

⁷⁸ Opět upraveno Metodickým pokynem, který je obsažen ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR, částka 8, roč. 2013.

Práva musí být na obou stranách a v případě, že v tomto vztahu nezaujímá žádnou roli důvěra, jen stěží to může být vhodné pro kvalitní péči.

3.2 INFORMOVANÝ SOUHLAS A PRÁVO ODMÍTNOUT LÉČBU

Ústavním základem informovaného souhlasu je nedotknutelnost osoby, kterou lze dovodit z čl. 7 Listiny případně čl. 8 Evropské úmluvy. Langášek k tomu uvádí, že pravidlo svobodného a informovaného souhlasu je z Listiny odvoditelné i bez jeho výslovného zakotvení v Úmluvě o biomedicíně. Není pochybností o tom, že lékařský zákrok je zásahem do tělesné integrity pacienta a právě informovaný souhlas je cestou, jak tento zásah učinit legitimním.⁷⁹

Výslovnou úpravu informovaného souhlasu obsahuje Úmluva o biomedicíně, dle níž lze jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas, přičemž před projevením souhlasu musí být řádně informována o účelu a povaze zákroku a o jeho důsledcích a rizicích.⁸⁰

Úmluva o biomedicíně má charakter smlouvy ve smyslu čl. 10 Ústavy ČR, proto má aplikační přednost nejen před podzákonými předpisy, ale i před zákony. Ve vztahu k Evropské úmluvě platí, že oba dokumenty sdílí společná východiska, tedy ESLP její ustanovení může využívat pro výklad obecné úpravy v Úmluvě.⁸¹

Do rozporu s Úmluvou o biomedicíně se může dostat Listina. V kontextu mého tématu je třeba zmínit situaci, kdy pacient odmítá dát souhlas k zákroku, bez něhož zemře. Do rozporu se tak dostává čl. 5 Úmluvy o biomedicíně a čl. 6 Listiny. Takovou situaci lze řešit jedině jako rozpor principů, kdy v konkrétním případě jeden z nich převládá.⁸² Otázka nesouhlasu pacienta s život zachraňujícím zákrokem bude v této kapitole rozebrána.

Informovaný souhlas a podmínky jeho poskytnutí jsou v podrobnostech součástí zákona o zdravotních službách.⁸³ V neposlední řadě řeší tuto otázku i občanský zákoník⁸⁴, jehož tvůrci nebrali zcela v potaz existenci jiné právní úpravy.

⁷⁹ LANGÁŠEK, Tomáš. *Listina základních práv a svobod: komentář*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012, s. 189. Komentáře Wolters Kluwer.

⁸⁰ Čl. 5 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně

⁸¹ DOSTÁL, Ondřej. Úmluva o biomedicíně. In: CÍSAŘOVÁ, SOVOVÁ, 2004, op. cit., s. 33-35.

⁸² Tamtéž.

⁸³ § 34 - § 35 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

⁸⁴ § 93 a násl. zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

Proto než představím konkrétní rysy informovaného souhlasu, považuji za nezbytné vymezit ve stručnosti vztah ObčZ a ZZS.

3.2.1 VZTAH OBČANSKÉHO ZÁKONÍKU A ZÁKONA O ZDRAVOTNÍCH SLUŽBÁCH

Na první pohled se jedná o vztah obecného a zvláštního právního předpisu, tedy dle zásady *lex specialis derogat legi generali* bychom měli upřednostnit ZZS. Tento postup je i v souladu s důvodovou zprávou k ObčZ, která uvádí, že otázky upravené zvláštními předpisy mají před zde navrženou obecnou úpravou přednost. Důvodová zpráva ovšem jako příklad zvláštního předpisu uvádí zákon o zdravotní péči⁸⁵, jež byl derogován ještě před účinností ObčZ a byl nahrazen právě zákonem o zdravotních službách. ZZS tak v ObčZ není vůbec zohledněn.

Do poměrně jednoznačné a pro právo snadno řešitelné situace zvláštního a obecného zákona v některých ohledech ObčZ zasahuje svojí striktnější právní úpravou. Jako příklad lze vybrat ustanovení § 96 ObčZ, které stanovuje písemnou formu informovaného souhlasu pro veškeré zásahy do integrity člověka, má-li být oddělena část těla, která se již neobnoví. Bezpochyby tedy např. pro vytržení zubu, jelikož ten tuto podmínku splňuje. ZZS však v ustanovení § 34 odst. 2 uvádí obligatorní písemnou formu informovaného souhlasu pouze pro souhlas s hospitalizací a další úpravu ponechává na straně poskytovatele zdravotní péče, případně úpravě „v jiných právních předpisech“ jako je transplantační zákon⁸⁶ nebo zákon o specifických zdravotních službách⁸⁷. Neexistuje ovšem důvod, proč by „jiným právním předpisem“ nemohl být ObčZ, v tomto kontextu se tak bude jednat o zvláštní předpis.

Z výše uvedeného tak plyne závěr, že specialitu je v tomto případě třeba zvažovat v jednotlivých ustanoveních, nikoliv v jednom ze zákonů jako celku.⁸⁸

3.2.2 POUČENÍ

Informovaný souhlas se v podstatě skládá ze dvou postupů. Prvním z nich je poučení pacienta lékařem a následuje vyslovení souhlasu pacienta se zákrokem případně jeho

⁸⁵ Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění zákona č. 227/2009 Sb.

⁸⁶ Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon), ve znění pozdějších předpisů.

⁸⁷ Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

⁸⁸ K tomuto závěru blíže viz HOLČAPEK, Tomáš; ŠUSTEK, Petr. In: *Občanský zákoník: komentář*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer, 2014, s. 347-348. Komentáře (Wolters Kluwer).

odmítnutí. Poučení pacienta představuje zdroj informací proto, aby svoji volbu mohl učinit. Bez poučení se tak stává právo volby pouze iluzorním a v důsledku toho bude informovaný souhlas neplatný, čímž se dostáváme až k závěru, že zákrok je tedy protiprávní stejně jako bez jakéhokoliv projevu vůle. Teorie se totiž kloní k názoru, že lékařský zákrok je sám o sobě protiprávním zásahem do tělesné integrity pacienta a tuto protiprávnost může zhojit souhlas pacienta.⁸⁹

Díky poučení ze strany lékaře případně jiného zdravotnického pracovníka lze docílit částečného vyrovnání informační asymetrie. Pacient může mít bez příslušného vzdělání jen stěží stejné povědomí o svém zdravotním stavu a nejlepší možné péči jako lékař. Lékař je proto povinen jej informovat o jeho zdravotním stavu a možnostech dalšího lékařského postupu.⁹⁰

Úmluva o biomedicíně poučení upravuje v již citovaném čl. 5. Náležitosti poučení jsou dále upraveny velmi podrobně v § 31 ZZS, který v tomto ohledu můžeme brát jako předpis zvláštní, tedy s aplikační předností před ustanoveními ObčZ. ObčZ obsahuje náležitosti poučení v § 94 a § 2638 a § 2639. ObčZ lze v tomto směru brát jako předpis obecný.⁹¹ Nicméně úprava v § 2638 a § 2639 je duplicitní úpravě informovaného souhlasu v obecných ustanoveních ObčZ a vzhledem k téměř identickému obsahu nelze hovořit o její zvláštní povaze. Jde tak o úpravu nadbytečnou.⁹²

3.2.2a) *Obsahové náležitosti*

Ohledně obsahu informací nejsou celkem pochybnosti, jelikož ZZS jej definuje jasně v § 31, což není třeba detailněji rozebírat a pro účely písemného souhlasu je vhodné poukázat na vyhlášku o zdravotnické dokumentaci⁹³. V příloze č. 1 jsou uvedeny náležitosti poučení, které musí být zachyceno v písemné podobě pod bodem 5. Bezpochyby zde uvedené body můžeme považovat za relevantní i při poskytování ústního poučení.

⁸⁹ Srov. DOSTÁL, Ondřej. Informovaný souhlas a poučení o lékařském zákroku. In: CÍSAŘOVÁ, SOVOVÁ, 2004, op. cit., s. 69 nebo HOLČAPEK, Tomáš a ŠUSTEK, Petr. In: *Občanský zákoník: komentář*, 2014, op. cit., s. 345-346.

⁹⁰ VALUŠ, Antonín. *Civilní spory mezi lékařem a pacientem při poskytování zdravotní péče*. Vyd. 1. Praha: Leges, 2014, s. 51-52. Praktik.

⁹¹ Výjimku tvoří ustanovení § 2638 odst. 1 věta druhá, dle něhož je poskytovatel zdravotní péče povinen podat ošetřovanému na základě jeho žádosti vysvětlení v písemné formě. Toto pravidlo jde nad rámec ZZS. K tomu viz HOLČAPEK, Tomáš; ŠUSTEK, Petr. In: *Občanský zákoník: komentář*, 2014, op. cit., s. 184.

⁹² K tomu srov. HOLČAPEK, Tomáš; ŠUSTEK, Petr. In: *Občanský zákoník: komentář*, 2014, op. cit., s. 183-184.

⁹³ Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 98/2012 Sb., ve znění vyhlášky č. 236/2013 Sb.

3.2.2b) *Forma poučení*

Daleko větší rozpory nalezneme při bližším zkoumání formy poučení. Při studiu příslušných právních předpisů můžeme definovat znaky, které takové poučení musí splňovat. Pacient musí být informován:

- řádně,
- srozumitelně,
- v dostatečném rozsahu,⁹⁴
- předem.

Na základě výše uvedených znaků mohu velmi přesvědčivě odmítnout představu, že by jako poučení obstál standardizovaný formulář, který by byl předložen pacientovi bez dalšího k podpisu. Takové znaky může naplňovat formulář jen stěží, ne-li vůbec.

Pochybnosti nevyvolává otázka, co se rozumí poučení *předem*, případně včas. Jednoznačně musí jít o poučení dříve, než dojde k zákroku, a to tak, aby měl pacient čas získané informace analyzovat a dospět k rozhodnutí o vyslovení souhlasu případně odmítnutí péče. Čas na takové rozhodnutí by měl být přiměřený zákroku, o který se jedná. Poučení ve chvíli, kdy je pacient vezen na operační sál, tak nemůže tento požadavek naplnit a bylo by jej možno hodnotit jako nátlak na pacienta⁹⁵, tedy souhlas by nebyl svobodný, jak vyžaduje Úmluva o biomedicině i ZZS.

Termín *řádné* poučení obsahuje především Úmluva o biomedicině. V tomto kontextu je řádnost poučení třeba chápat jako naplnění nezbytných obsahových náležitostí předpokládaných zejména ZZS, včasnost poučení a v neposlední řadě též srozumitelnost poučení. ObčZ v tomto kontextu za řádné poučení považuje takové, kdy lze rozumně předpokládat, že jej pacient pochopil. Formulace „rozumně předpokládat“ ve mně vyvolává značné pochybnosti. Při hodnocení, zda pacient poučení porozuměl, se nabízí dvě varianty ve vztahu k osobnosti pacienta. Můžeme vycházet ze standardu průměrného pacienta nebo standardu konkrétního pacienta.⁹⁶ ObčZ si tak vybral standard průměrného pacienta, tedy předpokládáme, že pacient je průměrně rozumný, aby poučení pochopil.

V tomto kontextu zastávám názor, že ObčZ jakožto obecný předpis stanovil jako minimum standard průměrného pacienta. ZZS řádné případně srozumitelné

⁹⁴ K tomu viz předchozí odstavec.

⁹⁵ DOSTÁL, Ondřej. Informovaný souhlas a poučení o lékařském zákroku. In: CÍSAŘOVÁ, SOVOVÁ, 2004, op. cit., s. 76.

⁹⁶ Tamtéž, s. 74-75.

poučení nijak nekonkretizuje, proto je třeba srozumitelnost zvažovat ve vztahu ke konkrétnímu pacientovi, k čemuž se kloní i odborná literatura⁹⁷ a dovést to můžeme i z formulace „řádně informována“ v textu samotné Úmluvy o biomedicíně, která nestanovuje žádnou přiměřenost nebo rozumnost. Ohled je třeba brát nejen na intelekt a vzdělání pacienta, ale i jeho osobní preference ve vztahu např. k náboženskému přesvědčení, předchozím zákrokům apod.⁹⁸

Pro účely poučení řádného nebo *srozumitelného* lze zjednodušeně říci, že není rozhodující, jaká informace vzešla ze strany lékaře nebo jiného pracovníka, ale rozhodující je, jak tato informace byla přijata. Lékaři se musí vyvarovat pro pacienta nesrozumitelných výrazů a využívat vhodných českých ekvivalentů pro odborné výrazy nebo je alespoň vysvětlit.⁹⁹

Podmínka řádnosti a srozumitelnosti poučení je konkretizována ještě v ZZS¹⁰⁰ v oprávnění pacienta klást doplňující otázky, které musí být srozumitelně zodpovězeny. I z tohoto ustanovení lze dovést, že realizaci takového oprávnění neumožní formulář.

3.2.3 SOUHLAS NEBO ODMÍTNUTÍ

Písemná nebo ústní forma informovaného souhlasu již byla výše rozebrána. Nesouhlas s poskytnutím zdravotní péče, tzv. revers, písemnou formu vyžaduje. Tato povinnost plyne z § 34 odst. 3 ZZS. Náležitosti reversu jsou upraveny v příloze č. 1 pod bodem 6 vyhlášky o zdravotnické dokumentaci.

Další formy, které můžeme u projevu souhlasu nebo nesouhlasu očekávat, je projev výslovný nebo konkludentní.¹⁰¹ Konkludentní je v lékařské praxi jednoznačně častější. Takovým souhlasem je např. nastavení ruky k odběru krve, otevření úst k dentální prohlídce apod. Za konkludentní projevení souhlasu ke všem zákrokům ovšem nelze považovat pouhý fakt, že přijdeme k lékaři. Souhlas musí být projeven ke každému zákroku individuálně.

⁹⁷ K tomu srov. DOLEŽAL, Tomáš; DOLEŽAL, Adam. *Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví*. Praha: Linde, 2007, s. 24. nebo DOSTÁL, Ondřej. In: CÍSAŘOVÁ, SOVOVÁ, 2004, op. cit., s. 74-75.

⁹⁸ Tamtéž.

⁹⁹ ŠUSTEK, Petr; HOLČAPEK, Tomáš. *Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: ASPI, 2007. Právní rukověť.

¹⁰⁰ § 31 odst. 1 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

¹⁰¹ Předchozí právní úprava nevyžadovala ani konkludentní souhlas, když připouštěla, že souhlas lze předpokládat (§ 23 odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění zákona č. 466/2011 Sb.). Takové ustanovení ovšem bylo v rozporu s Úmluvou o biomedicíně.

Ze všeho výše uvedeného lze dovodit, že v zemích, které jsou vázány Úmluvou o biomedicině, je v souladu s právem tzv. pasivní eutanazie tak, jak byla vymezena v první kapitole této práce. i péče lékaře, jež je v souladu s poznatky medicíny a je vedena jeho přesvědčením, že je tou nejvhodnější pro daného pacienta, je protiprávní za situace, kdy k ní pacient nedá souhlas za výše uvedených podmínek.

Je třeba rezolutně odmítnout závěr, že v otázce života a smrti je lékař oprávněn jednat za pacienta, pokud ten je schopen se k tomuto vyjádřit. V této otázce může vyvolávat pochybnosti opět ObčZ. Ten totiž ve svém § 93 uvádí, že do integrity jiného člověka lze zasáhnout pouze s jeho souhlasem, ale pokud někdo souhlasí s tím, aby mu byla způsobena závažná újma, nepřihlíží se k tomu.

Osobně druhou část tohoto ustanovení vnímám vyloženě jako nadbytečnou. Jde vlastně do značné míry o kopii § 30 odst. 3 trestního zákoníku, tedy umístění takového pravidla v předpise soukromého práva nedává příliš smysl. Komentář k ObčZ při výkladu tohoto ustanovení dokonce využívá předpisů trestního práva.¹⁰² Toto ustanovení tedy v podstatě stejně jako trestní zákoník vede k závěru, že v ČR není legální eutanazie ani asistovaná sebevražda.

Za důležité ovšem považuji uvést, že souhlas se způsobením závažné újmy je třeba odlišit od odmítnutí léčby, byť by jejich důsledek byl stejný, a to v nejkrajnějším případě smrt. I z tohoto důvodu považuji za maximálně nešťastné umístění druhé věty § 93 ObčZ, které může vést ke směšování těchto situací.

Aktivní uplatnění práva odmítnout léčbu může pro řadu lékařů znamenat morální problém a řešení takové situace pro ně může být jen obtížně představitelné. V žádném případě tak nelze nechat pacienta, aby se dostal do stavu, v němž nebude schopen sám o sobě rozhodovat, přičemž v takové chvíli by se lékař „pustil do péče“ i přes dřívější nesouhlas pacienta.¹⁰³ V tomto případě je třeba vycházet z Charty práv umírajících¹⁰⁴ a i přes ukončenou léčbu o pacienta dále pečovat ve smyslu paliativní, nikoliv kurativní medicíny.¹⁰⁵

¹⁰² „I přes proklamovanou, leč pochybnou, nezávislost úpravy občanského zákoníku na veřejnoprávní úpravě je v této souvislosti namístě vzít v úvahu § 30 odst. 3 tr. zákoníku...“ viz HOLČAPEK, Tomáš; ŠUSTEK, Petr. In: *Občanský zákoník: komentář*, 2014, op. cit., s. 356-358.

¹⁰³ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas: proč a jak?*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007, s. 50-52.

¹⁰⁴ Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyлéčitelně nemocných a umírajících. Charta práv umírajících.

¹⁰⁵ Paliativní medicíně bude věnována podkapitola 8.4.

3.3 DŘÍVE VYSLOVENÉ PŘÁNÍ

Na úvod této kapitoly musím uvést, že dříve vyslovené přání budu v kontextu mé práce zvažovat výlučně jako přání, které povede ke smrti pacienta, byť ne vždy musí být následek dříve vysloveného přání takto krajní. Například odmítání krevní transfuze nemusí znamenat nutně smrt za předpokladu, že postačí krevní deriváty. Pro účely mé práce ovšem stačí takto ohraničené vnímání dříve vysloveného přání.

Dříve vyslovené přání, někdy též „living will“, je realizací práva na rozhodování o svém vlastním těle ve chvíli, kdy člověk toto rozhodnutí nemůže učinit. Jeho ústavněprávní základy jsou postaveny na stejných principech jako dříve popsany informovaný souhlas. Tento institut je projevem práva na sebeurčení, práva na nedotknutelnost osoby, práva na důstojnost a práva na soukromí. Rozhodování o sobě samém plyne z práva na zachování lidské důstojnosti a toto právo se realizuje v mezích a prostředky, které nám právní řád nabízí.¹⁰⁶

3.3.1 PRÁVNÍ ÚPRAVA A JÍ PŘEDEPSANÁ FORMA

Dříve vyslovené přání je pro náš právní řád i praxi institutem ještě tajemnějším než informovaný souhlas. Jeho základ nalezneme rovněž v Úmluvě o biomedicíně, nicméně v kontextu dříve vysloveného přání ji zákonodárce nebral vůbec v potaz, když se tato úprava nijak nepromítla do zákona o péči o zdraví lidu. Jelikož Úmluva o biomedicíně může upravit otázku pouze v rozsahu, ve kterém lze najít shodu mezi jejími smluvními stranami, šlo v této otázce do značné míry o právní vakuum. Nejasnosti tak panovaly zejména stran formy a náležitostí takového přání, aby bylo možno jej zohlednit tak, jak předpokládá Úmluva o biomedicíně. Stěžejní je tak opět úprava, kterou přinesl zákon o zdravotních službách.

Dle čl. 9 Úmluvy o biomedicíně „*bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání.*“ Dříve vyslovené přání zmiňuje také ObčZ a to v § 98 odst. 2, který uvádí, že „*při zákroku i při udělení souhlasu se vezme zřetel na dříve vyslovená známá přání člověka, do jehož integrity má být zasaženo.*“ Toto ustanovení míří jednak na situaci, kdy má dojít k zákroku a pacient nemůže souhlas vyslovit, ale také na situaci, kdy za pacienta vyslovuje souhlas jiná osoba, jako například zákonný

¹⁰⁶ ŠUSTEK, Petr. In: CÍSAŘOVÁ, Dagmar. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010, s. 34.

zástupce nebo opatrovník.¹⁰⁷ Obě zmíněná ustanovení jsou však příliš obecná, než aby mohla být bez dalšího aplikována, aniž by existovaly významné výkladové nesrovnalosti. Do celé problematiky tak vnáší světlo § 36 ZZS a rovněž vyhláška o zdravotnické dokumentaci.¹⁰⁸

Podle ZZS musí být dříve vyslovené přání v písemné formě a opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta.¹⁰⁹ Před učiněním tohoto přání musí být pacient poučen o důsledcích, které toto jeho rozhodnutí může znamenat, a poučení musí být zachyceno též písemně. S písemnou formou dříve vysloveného přání včetně poučení souhlasím, jelikož lékař, jemuž případně úkol provést zákrok, bude jen s velmi malou pravděpodobností stejný lékař, s nímž pacient své přání konzultoval. Ošetřující lékař tak díky písemně zachycenému poučení zjistí, k čemu přesně pacient svoje přání vyslovil.

3.3.2 „ZŘETEL“ K DŘÍVE VYSLOVENÉMU PŘÁNÍ

Největší nejasnosti však i za existence zákonné úpravy vyvolává formulace, že na dříve vyslovená přání „bude brán zřetel“, kterou nalezneme ve všech již zmíněných dotčených předpisech. Tato formulace znamená, že rozhoduje lékař nebo osoba oprávněná rozhodovat za pacienta a v rámci tohoto rozhodnutí bude kromě dalších faktorů zvažováno i dříve vyslovené přání dotyčného pacienta. Výstupem z takového rozhodování tak může a nemusí být postup v souladu s pacientovým dřívějším přáním.¹¹⁰ V této otázce ovšem nepovažuji za vhodné spokojit se s čistě jazykovým výkladem dotčeného ustanovení.

Odpověď na otázku, jakým směrem se při tvorbě Úmluvy o biomedicíně ubíraly představy o výkladu této formulace, můžeme hledat ve vysvětlující zprávě¹¹¹ pod bodem 62. Dle tohoto výkladu skutečně není třeba respektovat přání pacienta za všech okolností, ale zohlednit je zapotřebí především dobu před zákrokem, v níž bylo přání vyjádřeno, a jak od tohoto vyjádření věda pokročila, případně zda mohou

¹⁰⁷ HOLČAPEK, Tomáš; ŠUSTEK, Petr. In: *Občanský zákoník: komentář*, 2014, op. cit., s. 385.

¹⁰⁸ Vyhláška o zdravotnické dokumentaci upravuje dříve vyslovené přání v Příloze č. 1 bodem 7, kde odkazuje na náležitosti požadované pro účel informovaného souhlasu nebo reversu.

¹⁰⁹ Výjimkou z tohoto pravidla je ustanovení § 36 odst. 4 ZZS, které slouží pro situaci, kdy je pacient přijímán do péče poskytovatele případně pro probíhající hospitalizaci. Za těchto okolností se dříve vyslovené přání zaznamená do zdravotnické dokumentace. Pro účely této práce ovšem netřeba tomu věnovat větší pozornost. Jedná se např. o tzv. porodní plány, které se stávají pomalu běžným standardem při nástupu do porodnice.

¹¹⁰ POLICAR, Radek. In: CÍSAŘOVÁ, 2010, op. cit., s. 27-28.

¹¹¹ Vysvětlující zpráva k Úmluvě na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně.

existovat důvody, aby přání pacienta respektováno nebylo. Klíčové tak dle výkladu je, aby si lékař byl jist, že se přání pacienta týkají současné situace v kontextu pokroku na poli vědy a techniky v medicíně.

Šustek a Holčapek z toho vyvozují – i ve světle výše uvedeného výkladu k Úmluvě o biomedicíně – že lékař se na pacientovo prohlášení může spolehnout pouze v případě, že si je jist, že pacient by se v konkrétní situaci rozhodl stejně.¹¹² Jejich úvaha tak směřuje na konkrétní situaci ve smyslu například autonehody a s ní spojených zákroků. Ze stejných zdrojů však dovozují jiný závěr. Domnívám se, že smyslem této formulace je pamatovat na časovou prodlevu, během níž může medicína pokročit natolik, že lze skutečně důvodně předpokládat, že pacient by souhlasil s jiným postupem. Pokrok na poli medicíny spatřuji jako stěžejní kritérium.

Šustek a Holčapek v této souvislosti poukazují zejména na hodnotu lidského života a ochranu, kterou je třeba lidskému životu poskytovat.¹¹³ Aniž bych jakkoliv zpochybňovala výsadní postavení práva na život a samozřejmě připouštím, že mohou existovat určitá omezení, která zabrání případnému zneužití takového ustanovení, z textu Úmluvy o biomedicíně pro mě v tomto případě vítězí autonomie vůle, jelikož v rozebíraném ustanovení spatřuji tendenci právě k této hodnotě.

3.3.3 ČASOVÉ OMEZENÍ DŘÍVE VYSLOVENÉHO PŘÁNÍ

Další zajímavou otázkou je časové omezení dříve vysloveného přání. ZZS takové časové omezení obsahoval v § 36 odst. 3 na 5 let, přičemž nic nebránilo opakovanému obnovení dříve vysloveného přání.

Existuje literatura, která běh času vnímá jako důležité hledisko vzhledem k přáním pacienta. Dostál v této souvislosti poukazuje na strach mladých lidí ze života s postižením, což však v pozdějším věku nemusí hrát takovou roli.¹¹⁴ Tuto úvahu je třeba vnímat jako velmi relevantní ve vztahu ke změně okolností.

Předmětným ustanovením ZZS obsahujícím pevnou hranici 5 let pro platnost dříve vysloveného přání se zabýval Ústavní soud ČR, který považuje „za neslučitelné s čl. 9 Úmluvy o biomedicíně, aby na dříve vyslovené přání nemohl být brán zřetel jen v důsledku uplynutí zákonem stanovené doby.“¹¹⁵ Na základě tohoto nálezu byla pětiletá lhůta podmiňující platnost dříve vysloveného přání zrušena. Neexistuje tedy

¹¹² ŠUSTEK, HOLČAPEK, 2007, op. cit., s. 142-143.

¹¹³ Tamtéž.

¹¹⁴ DOSTÁL, Ondřej. In: CÍSAŘOVÁ, SOVOVÁ, 2004, op. cit., s. 86.

¹¹⁵ Nález Ústavního soudu ČR ze dne 27. 11. 2012, Pl. ÚS 1/12-1, bod 364.

objektivní časový úsek, jehož uplynutí by zakládalo přestat respektovat dříve vyslovené přání.

3.3.4 KDY NENÍ TŘEBA DŘÍVE VYSLOVENÉ PŘÁNÍ RESPEKTOVAT

Ve vztahu k otázkám, kdy dříve vyslovené přání není třeba respektovat nebo jej respektovat nelze, je klíčové ustanovení § 36 odst. 5 ZZS. Výčet se tváří jako taxativní, tedy lze dojít k závěru, že v ostatních případech je třeba dříve vyslovené přání respektovat. Úvaha je ponechána v otázce respektu k dříve vyslovenému přání, pokud od doby jeho vyslovení došlo v poskytování zdravotních služeb k takovému vývoji, že lze důvodně předpokládat, že by pacient vyslovil souhlas s jejich poskytnutím.¹¹⁶

Respektovat ovšem nelze dříve vyslovená přání, při jejichž splnění by mohly být ohroženy jiné osoby, nebo pokud by byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušeni by vedlo k aktivnímu způsobení smrti.¹¹⁷ K tomuto si dovolím pouze poukázat na, z mého pohledu, velmi nešťastnou formulaci „aktivnímu způsobení smrti“. Přerušeni probíhajících zdravotních výkonů bezesporu může vést ke smrti pacienta, ale nevnímám je jako aktivní. Myšleno je zde pravděpodobně, že byly aktivně započaty zdravotní výkony, jako třeba operace, jejichž přerušeni by napáchalo více škody než užítku.

Největší kontroverze ovšem zcela pochopitelně budí písm. b), dle něhož nelze respektovat dříve vyslovené přání, pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti. Prudil k tomu uvádí, že jelikož v odborné literatuře nepanuje shoda ohledně výkladu, kdy je způsobení smrti aktivní, je pro lékaře v pochybnostech bezpečnější postupovat tak, aby smrt nezpůsobil.¹¹⁸

Osobně toto ustanovení vnímám jako nadbytečné, obdobně jak jsem uváděla ve vztahu k § 93 ObčZ výše. Aktivním způsobením smrti může být eutanazie nebo podání smrtící látky, tedy asistence sebevraždě. Na toto ovšem pamatuje již trestní zákoník a není důvod, aby duplicitní úpravu obsahoval i ZZS. Záměrem zákonodárce zřejmě bylo podtrhnout, že úpravou institutu dříve vysloveného přání nedochází

¹¹⁶ § 36 odst. 5 písm. a) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

¹¹⁷ Tamtéž, písm. c) a d).

¹¹⁸ PRUDIL, Lukáš. *Právo pro zdravotnické pracovníky*. Praha: Linde, 2014, s. 63.

k posunu v otázce legalizace eutanazie, jelikož i tyto názory se objevily¹¹⁹, přesto je podle mě tato úprava velmi nešťastná a matoucí.

Nadbytečnost tohoto ustanovení spatřuji již v samotném faktu, že pacient musí svoje dříve vyslovené přání řádně konzultovat s lékařem, který by ho pochopitelně upozornil, že přání, které chce vyslovit, by v praxi nikdy nenašlo uplatnění a jeho realizace by dokonce byla považována za trestný čin.

Klíčovou je otázka aktivního způsobení smrti, zda zahrnuje i nekonání v situaci, kdy je lékař z titulu své profese povinen konat, tedy zachránit život. Kdybychom výklad vztáhli i na tyto situace, ztrácela by autonomie vůle svoji roli a došlo by tím k popření práva na revers. Dříve vyslovené přání je totiž, jak již bylo uvedeno, analogickým institutem k informovanému souhlasu, s tím rozdílem, že přání bylo projevem dříve pro účel, že pacient již takového projevu vůle nebude schopen. Širší výklad pojmu „aktivní usmrcení“ by tak mohl znamenat, že aktivním usmrcením se rozumí i podávání tisíců prostředků pacientovi, v důsledku čehož pacient zemře dříve. Toto však již bylo výše vyvráceno.

3.4 SHRNUÍ

Závěrem této kapitoly znovu zdůrazňuji, že pacient má právo odmítnout léčbu, a to prostřednictvím reversu, resp. informovaného nesouhlasu, ale též dříve vysloveným přáním, které splňuje všechny zákonem předepsané náležitosti.

Snaha lékaře zachránit život nemusí být vždy žádoucí a je třeba, aby vůle pacienta nebyla ignorována, či záměrně jinak interpretována. I lékař musí cítit, že mezi zabitím a necháním zemřít je rozdíl, který se právě v těchto otázkách velmi zřetelně ukazuje.

Odmítnutí léčby ze strany pacienta lze také vnímat jako přání, aby nebylo prodlužováno umírání, na což je též třeba nahlížet odlišně od zabití.

¹¹⁹ MADĚROVÁ, Lucie. Legalizace eutanazie. In: *Epravo.cz* [online]. 2011 [cit. 2015-03-04].

4 EUTANAZIE V KONTEXTU LÉKAŘSKÉ ETIKY

*„Pes, kterého uzdravíš, tě nikdy nekousne.
To je hlavní rozdíl mezi zvířetem a člověkem.“*

Mark Twain

O právních předpisech již bylo psáno výše. Tato práce by však neměla ignorovat ani etické kodexy, jelikož i ty hrají svoji nezastupitelnou roli při poskytování péče pacientům. Byť etická pravidla nejsou právně vynutitelná, jejich principy se do textů zákonů promítají. Etické kodexy můžeme také vnímat jako určité záruky morálních kvalit lékařů.

Východiskem lékařské etiky je Hippokratova přísaha, dokument starý více než 2 000 let. Hippokratova přísaha se v souvislosti s eutanazií objevuje velmi často, proto bude její role zmíněna i v této práci. Zcela ignorovat nelze ani lékařské sliby, proto bude v této části práce zmíněn také Ženevský lékařský slib a slib, který skládají čeští lékaři. Stranou nezůstane ani Etický kodex ČLK.

Druhá část této kapitoly se zaměří na svědomí lékaře, což je pojem, s nímž etické kodexy mnohdy operují. V souvislosti s právem na svobodu myšlení, svědomí a náboženského vyznání se budu věnovat výhradě svědomí lékaře a to nejen ve smyslu ochrany na ústavní úrovni, ale zmínit je třeba i souvislost s etickými kodexy představenými v první podkapitole této části práce. Zmíněn bude i vztah k zákonu o zdravotních službách, na který je na místě podívat se nejen ve vztahu k právům pacienta, ale též právům zdravotnického pracovníka.

4.1 LÉKAŘSKÁ ETIKA A JEJÍ VÝCHODISKA

Vztahy mezi lékařem a pacientem nejsou upraveny pouze právními normami, ale též normami etickými. Zatímco normy právní můžeme brát jako morální minimum, normy etické jsou ve vztahu k morálce daleko širší. Etické normy rovněž jsou univerzálnější a nepodléhají tak rychlému vývoji jako právní předpisy, přesto se pochopitelně v čase do značné míry proměňují.¹²⁰

Etika bývá označována jako teorie morálky a zabývá se tak mravností lidského chování. Obecná morální pravidla plynou například z Desatera, pro účely této práce je ovšem klíčová lékařská etika, jež je zaměřena především na udržení rovnováhy mezi

¹²⁰ KUBEK, Milan. Lékařská etika pod tlakem. ČLK [online]. [cit. 2015-03-09].

odborností a lidskostí lékaře.¹²¹ V praxi to tedy znamená, že lékař musí na základě svých odborných znalostí hledat řešení, které je pro daného pacienta nejvhodnější s přihlédnutím k pacientově osobnosti. Součástí lékařské etiky je také odvaha přiznat si, že na daný problém jako lékař nestačím a pacienta odkázat na jiného specialistu.

Při komunikaci s pacientem je lékařská etika o hledání rovnováhy mezi tím, co lékař pacientovi sdělí a jak mu to sdělí. Pokud je prognóza nepříznivá, nesmí ji lékař před pacientem zatajovat, ale ani nesmí vzít pacientovi naději, byť je mizivá.¹²² Kromě vztahu lékaře k pacientovi je předmětem lékařské etiky také soustředění na osobnost lékaře a vztahy ve zdravotnictví. Lékařská etika se také zabývá otázkami intenzivní medicíny, lidské genetiky, problematiky klonování, reprodukce, umírajících, paliativní medicíny a rovněž eutanazie.¹²³

4.1.1 HIPPOKRATOVA PŘÍSAHA

Jako základní pramen lékařské etiky je třeba uvést Hippokratovu přísahu. Ačkoliv tento dokument odráží dobu, v níž Hippokrates žil, a promítají se do něj tehdejší principy, zaujímá klíčovou roli v otázce morálnosti moderní medicíny. Celý text Hippokratovy přísahy je uveden v Příloze č. 1, která je na straně 108 této práce. Text Hippokratovy přísahy je souborem povinností, jež jsou předpokladem řádného výkonu profese, a právě tyto povinnosti se promítají i do dnešních etických kodexů a právní předpisů.

Samotný text Hippokratovy přísahy dnes pochopitelně neobstojí. Klíčové jsou principy z ní dovozené. Základními principy jsou ochrana pacienta, ochrana života, obecné konání dobra pro nemocného a mlčenlivost lékaře.¹²⁴ Právě nadčasovost a obecnost těchto principů je důvodem, proč je stále nezbytné se o Hippokratově přísaze zmiňovat. Ráda bych však poznamenala, že rozhodně nesdílím časté odvolávání se na Hippokratovu přísahu. Hippokratova přísaha není ani právním předpisem a dokonce ani aktuální etickou normou, její význam tak nelze hledat v jiných rovinách než jako symbolický etický rozměr a inspiraci.

Být obecné povědomí říká, že lékař před vstupem do lékařské profese skládá Hippokratovu přísahu, jedná se o značně zkreslenou informaci. Na originální text

¹²¹ KUBEK, Milan. Lékařská etika pod tlakem. *ČLK* [online]. [cit. 2015-03-09].

¹²² ŽALOUĐÍK, Jan. In: PTÁČEK, Radek; BARTŮNĚK, Petr. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. s. 36.

¹²³ KOŘENEK, Josef. *Lékařská etika*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2002, s. 46-47.

¹²⁴ MATOCHOVÁ, Soňa. *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009, s. 51.

Hippokratovy přísahy se dnes nepřisáhá.¹²⁵ Její roli plní lékařský slib a etický kodex ČLK, o nichž bude pojednáno dále.

Ve vztahu k zákazu eutanazie obsahuje Hippokratova přísaha velmi známé slovní spojení „*Nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhnou.*“ K výkladu tohoto ustanovení můžeme zaujmout různá stanoviska. Předně můžeme toto ustanovení vzít za obecně platné bez dalšího. S tímto nesouhlasím z důvodů, jež byly naznačeny výše. Hippokratova přísaha je dnes zastaralým etickým kodexem, z něhož byly ostatní odvozeny. Její role je tak čistě inspirativní, ale lékař je dnes vázán jinými etickými normami

Dále je možné toto ustanovení odmítnout s poukazem na zastaralost Hippokratovy přísahy, která obsahuje ustanovení, jež dnešní lékař může jen těžko následovat, např. zákaz podávání abortivních prostředků nebo zákaz chirurgických zákroků. K tomuto přístupu se osobně rovněž nekloním, protože Hippokratovu přísahu nelze dle mého zcela odmítat, ale je třeba na ni nahlížet v souvislostech.

Osobně zastávám názor, že v tomto ustanovení je obsažen obecný princip, že lékař má především léčit a nikoliv usmrcovat. Zároveň ale lidský život nemůže být prodlužován za každou cenu. Pokud bychom přijali zmíněnou formulaci v jejím doslovném znění, jen stěží by byl ospravedlnitelný postup, kdy lékař podává pacientovi tisíce prostředky, což ve svém důsledku vede ke zkrácení života. Vyšším principem, který z tohoto ustanovení zůstal zachován, je zájem lékaře na ochraně života a jeho péče, která k tomuto směřuje. Dnes však tuto péči musíme vykládat i v kontextu autonomie pacienta.

4.1.2 ŽENEVSKÁ DEKLARACE

Za moderní verzi Hippokratovy přísahy bývá považována tzv. Ženevská deklarace, jež byla v roce 1948 přijata Světovou lékařskou asociací. Text této deklarace je obsažen na straně 109 jako Příloha č. 2. Vzhledem k době, v níž tento dokument vznikl, je to pochopitelně reakce na zločiny lékařů v Německu za 2. sv. v.¹²⁶

Ustanovení ohledně „podání smrtící látky“ je v Ženevské deklaraci upraveno na znění „*Budu zachovávat tu nejvyšší úctu k lidskému životu od jeho počátku a to dokonce i pod hrozbou a nepoužiji svých lékařských znalostí v protikladu k zákonům*

¹²⁵ LAŇKOVÁ, Jaroslava. Jak je to vlastně s "Hippokratovou přísahou"? *Practicus* [online]. 2013, roč. 2012, č. 2, s. 4 [cit. 2015-03-09].

¹²⁶ MUNZAROVÁ, Marta. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2000, s. 15-16.

lidskosti.“ Toto ustanovení daleko více vypovídá o dnešní medicíně. Obecná proklamace úcty lékaře k životu a mimořádné postavení hodnoty života má jistě naprosto oprávněně své místo v lékařském kodexu. I toto ustanovení je dle mého názoru třeba vnímat v kontextu práv pacienta. Munzarová k tomu uvádí, že úcta k lidskému životu v sobě implicitně obsahuje předchozí zákaz „podání smrtící látky“.¹²⁷

Dle mého názoru je v textu Ženevské deklarace patrný odklon od původní formulace v Hippokratově přísaze, ale zachován je obecný princip, o němž jsem pojednávala výše, proto se k výkladu Munzarové v práci nepřikláním, jelikož tento výklad vnímám jako návrat k Hippokratově přísaze, která je však ve svých konkrétnostech překonaná a hodny následování jsou obecné principy.

V otázce bioetiky se objevuje i protipól k názorům Munzarové, například v pracích Singera a Kuhse, kteří jdou ve svých úvahách až k ospravedlnění konkrétního zabíjení, například těžce postižených novorozenců.¹²⁸

4.1.3 OBNOVENÝ LÉKAŘSKÝ SLIB

Pro lékaře v ČR je východiskem etiky v jejich povolání lékařský slib, který skládají při své promoci. Pro účely této práce čerpám z textu slibu, jenž skládají studenti LF MU. Jeho text je uveden v Příloze č. 3 na straně 110. Stejně jako Ženevská deklarace, i tento slib našel svoji inspiraci v Hippokratově přísaze.

Čeští lékaři slibují, že „(...) vždy zaměří své vědomosti ku prospěchu člověka, své povinnosti budou konat řádně, svědomitě, laskavě a s plným vědomím své odpovědnosti (...), že budou podle svého nejlepšího svědomí¹²⁹ řídit život zdravých i nemocných vždy jen k jejich prospěchu a zachovají svůj život a své lékařské umění čisté a bezúhonné a při každém jednání se zdravým a nemocným budou mít na mysli jen dobro člověka (...).“

Lékařský slib jako takový nezakazuje usmrtit člověka, ale klade důraz na prospěch všech lidí a rovněž je apelem na svědomí lékaře. Právě svědomí lékaře mu může bránit v případné eutanazii nebo asistované sebevraždě, na což bude poukázáno dále.

¹²⁷ MUNZAROVÁ, 2000, op. cit., s. 16.

¹²⁸ K tomu viz KUHSE, Helga; SINGER, Peter. Ethics and the Handicapped Newborn Infant. *Social Research* [online]. 1985, roč. 52, č. 3, s. 505-542 [cit. 2015-04-01].

¹²⁹ Originál slibu je v latině a ve vybraném překladu se hovoří o „vědomí“. Mnohem více mi ovšem do toho kontextu zapadá překlad slovem „svědomí“, které je uvedeno i v textu Obnoveného lékařského slibu (1990), jež je uveden i zde: <http://web.practicus.eu/sites/cz/Documents/Practicus-2013-02/4-Editorial.pdf>

4.1.4 ETICKÝ KODEX ČLK

Česká lékařská komora je stavovskou organizací s povinným členstvím, komora tak mimo jiné dohlíží na řádný výkon lékařské profese. Hodnoty, jež by měl lékař ctít, jsou tak zakotveny v jejím etickém kodexu, z něhož lze dovodit kárná odpovědnost.

Etický kodex byl přijat 1. 1. 1996 a novelizován 22. 6. 2007, větší změny se v něm však neobjevily. Celý text kodexu je, stejně jako předchozí dokumenty, uveden v Příloze č. 4 na straně 111. Do kodexu se promítají některé obecné zásady, jako jsou povinnost péče o zdraví, zásady lidskosti, úcta ke každému lidskému životu a ohledy na lidskou důstojnost. Kodex v dalších částech obsahuje pravidla pro výkon lékařského povolání a pravidla pro chování k nemocným, jiným lékařům a k dalším zdravotnickým pracovníkům.

Na tomto místě poukážu na některá zajímavá ustanovení tohoto kodexu. Podle ustanovení § 2 odst. 5 „nemůže být lékař nucen k takovému lékařskému výkonu nebo spoluúčasti na něm, který odporuje jeho svědomí“. Stejně tak při doporučování léků, léčebných prostředků a zdravotních pomůcek se lékař „musí řídit výhradně svým svědomím a prospěchem pacienta“ jak uvádí § 2 odst. 14.

Ve vztahu k nevyléčitelně nemocným a umírajícím stanovuje kodex v § 2 odst. 7 povinnost „účinně tišit bolest, šetřit lidskou důstojnost a mírnit utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné.“ V tomto ustanovení jsou položeny základy pro řádnou paliativní péči, která převažuje nad příklonem k eutanazii nebo asistované sebevraždě. Za velmi důležité považuji ustanovení, dle něhož nemá lékař prodlužovat život za každou cenu. To odpovídá také praxi neprovádění resuscitace, pokud selžou životní funkce v důsledku nevyléčitelné nemoci v terminálním stadiu.¹³⁰

Na závěr analýzy kodexu ještě zmíním § 1 odst. 3, dle něhož se „lékař s vědomím osobního rizika nemusí cítit být vázán zákony a závaznými předpisy, pokud svým obsahem nebo ve svých důsledcích narušují lékařskou etiku či ohrožují základní lidská práva.“ Odlišení etiky od práva je bezesporu namístě a vnitřně ani nemám problém s určitým nadřazením etiky výše, než je právo, jelikož právo je obecně vnímáno jako minimum morálky. Toto ustanovení však může vyvolávat nemalé problémy, pokud se v praxi vykládá rozsáhleji, než bylo zamýšleno.

¹³⁰ Postupy na hranici života a smrti. STOLÍNOVÁ, Jitka; JANOVEC, Miloslav. *Etika a právo v lékařské praxi*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990, s. 23. Novinky v medicíně.

Matochová uvádí, že mezi lékaři je velmi rozšířena informace, že lékař nemusí respektovat nesprávný či nespravedlivý zákon.¹³¹ Považují však za nemyslitelné, aby lékaři ad hoc rozhodovali, že zákon je nesprávný, a proto se jím nemusí řídit. Lékaři by tak měli spíše usilovat, aby byl takový zákon změněn. „Vědomí osobního rizika“ je třeba vykládat tak, že lékař není automaticky neodpovědný za své jednání, ale musel by dokázat zdůvodnit, proč dal přednost etickému pravidlu. Stíhání lékaře za nedodržení zákona nelze vyloučit, ale odkaz na etický kodex může být při určování sankce zohledněn.¹³²

Etickému kodexu jsem se na tomto místě věnovala především proto, že principy, které obsahuje, pokládám za velmi důležité a správné. Problém však vidím v něčem jiném. Lékaři se často odvolávají na Hippokratovu přísahu, o jejíž závaznosti nelze příliš uvažovat, zatímco kodex jejich stavovské organizace není v povědomí lékařů vůbec upevněn. Při rozhovorech se studenty medicíny jsem zjistila, že v rámci studia získávají o lékařské etice velmi malé povědomí, které rozhodně nejde tak hluboko, aby vůbec věděli, co Etický kodex ČLK upravuje. Nemohu se tak ubránit závěrečnému hodnocení tohoto dokumentu jako čistě symbolického, byť jeho text má bezesporu oprávněně vyšší ambice.

4.2 SVOBODA SVĚDOMÍ

4.2.1 POJEM SVĚDOMÍ A ÚSTAVNĚPRÁVNÍ OCHRANA

Svědomí se uplatní zejména v situaci, kdy lékař nemá jasné zákonné nebo etické pravidlo. Matochová svědomí chápe, jako „*vypěstovanou schopnost posuzování, co je v dané situaci dobré a co špatné.*“¹³³ Tato schopnost pramení jednoznačně z vnitřních hodnot daného člověka. Abychom mohli hovořit o svědomí, je jeho nezbytným předpokladem provádění hodnocení na základě individuálního hodnotového základu a v důsledku toho je učiněno rozhodnutí, dle něhož se osoba chová. Všechny tyto prvky vychází z nitra jednotlivce.¹³⁴ A právě u lékařů jsou jejich hodnoty nezbytným předpokladem, aby se do vztahu lékaře a pacienta dostala důvěra. Na etiku a svědomí lékařů jsou ze strany veřejnosti kladeny velké nároky, jelikož

¹³¹ MATOCHOVÁ, 2009, op. cit., s. 94.

¹³² Tamtéž, s. 95.

¹³³ Tamtéž, s. 63.

¹³⁴ MADLEŇÁKOVÁ, Lucia. *Výhrada svědomí jako součást svobody myšlení, svědomí a náboženského vyznání*. Praha: Linde, 2010, s. 64. Praktická právnická příručka.

při ztrátě důvěry v jednoho lékaře může dojít ke ztrátě důvěry ve zdravotnictví jako celek.¹³⁵

Speciálně jako aspekt svědomí ve vztahu k lékařům uvádí Žaloudík též celoživotní vzdělávání a orientaci v oboru. Svědomí by mělo lékaře přivést k sebevzdělávání, aby jeho případné chyby nebyly důsledkem neznalosti. Ačkoliv se vzděláváním svědomí nezískává, ani svědomí jako takové lékaře nevzdělá, přesto svědomí k odpovědnosti za sebevzdělávání může přispět.¹³⁶

Svědomí je třeba chápat jako součást práva na svobodu myšlení, svědomí a náboženství. Toto právo je zakotveno v čl. 15 Listiny a čl. 9 Úmluvy. Vzhledem k tomu, že se jedná o zakotvení tří odlišných pojmů, lze dojít k závěru, že svědomí nemusí plynout pouze z náboženství, ale i z jiných morálních pravidel a hodnot.¹³⁷ Svobodu svědomí můžeme od svobody náboženského vyznání odlišit rovněž tím, že náboženství má širší spektrum obecnějších zásad, na jejichž základě se teprve vytváří konkrétní rozhodnutí. U svědomí jde ale o rozhodnutí v dané konkrétní situaci.¹³⁸ Ústavní soud ve svém nálezu rovněž zdůraznil, že „svoboda svědomí se projevuje v rozhodnutích jednotlivce tady a teď.“¹³⁹

4.2.2 ROZSAH OCHRANY

Svoboda svědomí může být jednak vnitřní a rovněž se může projevat navenek. Vnitřní forma je absolutně nedotknutelná, vnějším projevem je potom tzv. výhrada svědomí, tedy odmítnutí nějaké právní povinnosti, jež je v rozporu s vnitřním svědomím.¹⁴⁰

Forum internum, tedy vnitřní svobodu, nelze za žádných okolností omezit. Takové omezení by spočívalo buď v tom, že bychom měnili něčí vnitřní hodnoty nebo bychom ho nutili, aby vnitřní fórum opustil a své niterné myšlenky ventiloval ven. Jediné omezení tak může být pouze definiční, tedy tím, že vymezíme, co pod pojem „svědomí“ spadá a co již nikoliv. Žádná obecně použitelná definice zatím v judikatuře ESLP není a nenalezneme ji ani ve vnitrostátní úpravě mezi nálezy Ústavního soudu.¹⁴¹ Pokud je však lékař přesvědčen, že součástí jeho povolání není zabíjení, jsem

¹³⁵ ŽALOUĐÍK, Jan. In: PTÁČEK, BARTŮNĚK, 2014, op. cit., s. 37.

¹³⁶ Tamtéž, s. 38.

¹³⁷ JÄGER, Petr. In: *Listina základních práv a svobod: komentář*, 2012, op. cit., s. 373.

¹³⁸ Tamtéž, s. 376.

¹³⁹ Nález Ústavního soudu ze dne 11. 3. 2003, sp. zn. I. ÚS 671/01.

¹⁴⁰ JÄGER, Petr. In: *Listina základních práv a svobod: komentář*, 2012, op. cit., s. 376.

¹⁴¹ BOBEK, Michal. In: *Evropská úmluva o lidských právech: komentář*. 1. vyd. Praha: C. H. Beck, 2012, s. 972-973. Velké komentáře.

přesvědčená, že před soudem by toto pod ochranou čl. 9 Úmluvy, resp. 15 Listiny, obstálo. Takové přesvědčení plyne mimo jiné z křesťanských tradic, o to silnější by argument lékaře byl. Jiná situace je však ve vztahu k víře v eutanazii, tato otázka bude rozebrána ve zvláštní kapitole.

Vnější fórum je potom jednání v duchu svého vnitřního přesvědčení. Takové jednání se ovšem může dostat do rozporu s právními předpisy. K tomuto odkazují na již zmíněný nálezn Ústavního soudu, dle něhož je v případě takového konfliktu třeba zvážit, zda „*prosazení svobody svědomí nezasáhne do základních práv třetích osob, anebo zda prosazení svobody svědomí nebrání jiné hodnoty či principy obsažené v ústavním pořádku ČR.*“¹⁴²

V textu Úmluvy již v otázce vnějších projevů opouštíme čl. 9 odst. 1 a přesouváme se do odst. 2, který nerozlišuje tři kategorie – myšlení, svědomí a náboženské vyznání, ale pouze kategorie dvě – náboženské vyznání a přesvědčení. Dá se předpokládat, že cílem tohoto omezení bylo zaujetí přísnějšího výkladu ve vztahu k pojmu přesvědčení, za něj tedy skutečně nelze pokládat jakoukoliv myšlenku, ale bezesporu se nejedná pouze o přesvědčení na základě náboženského vyznání, ale i jiná filozofická přesvědčení.¹⁴³ Omezení přesvědčení musí být stanovena zákony a být nezbytná v demokratické společnosti.

4.2.3 VÝHRADA SVĚDOMÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ

Výhrada svědomí je konceptem, který lékaři umožní neprovést zákrok, který je v rozporu s jeho niternými hodnotami. Na úvod je třeba zodpovědět si otázku, zda lékař, který uplatňuje výhradu svědomí, neporušuje své profesní povinnosti.

Savulescu zastává názor, že pokud lékaři nejsou připraveni nabídnout pacientovi legální, účinnou a pro něj prospěšnou péči jen proto, že je taková péče v rozporu s jejich hodnotami, neměli by být lékaři. Dle jeho názoru by lékaři neměli nabízet částečné zdravotnické služby nebo částečně plnit své povinnosti ve vztahu k pacientům.¹⁴⁴ Haškovcová zase uvádí, že je třeba mít na paměti, že lékař se pro své povolání rozhodl dobrovolně, zatímco pacient si svoji nemoc nevybral.¹⁴⁵

¹⁴² Nález Ústavního soudu ze dne 11. 3. 2003, sp. zn. I. ÚS 671/01.

¹⁴³ BOBEK, Michal. *Evropská úmluva o lidských právech: komentář*. 1. vyd. Praha: C.H. Beck, 2012, s. 974. Velké komentáře.

¹⁴⁴ SAVULESCU, Julian. Ethics: Conscientious Objection In Medicine. *BMJ: British Medical Journal* [online]. 2006, vol. 332, issue 7536, s. 294 [cit. 2015-03-12].

¹⁴⁵ HAŠKOVCOVÁ, 2007, op. cit., s. 21.

Z výše uvedených názorů bychom mohli dojít k závěru, že pokud lékař vstoupí do své profese, nesmí uplatňovat výhradu svědomí. Zejména proti názorům Savulescu se však ohradila lékařská veřejnost a na stránkách British Medical Journal proběhla odborná diskuze ohledně svědomí lékařů, jejíž hlavní závěry zde ve stručnosti uvedu.¹⁴⁶

Lékaři se v této diskuzi velmi ostře proti článku Savulescu vyhrazovali, a to často s odkazy na chování lékařů v Německu za 2. sv. v., kdy tito lékaři jednali podle zákonů, ale jen stěží takové jednání můžeme vnímat jako etické. V diskuzi bylo mimo jiné odmítnuto, že by svědomí lékaře bylo vedeno sobeckými zájmy, ale poukazovalo se především na to, že pokud lékař odmítá např. provádět eutanazii, vede jej k tomuto přesvědčení, že ta není v zájmu pacienta. Lékaři rovněž názory v článku vnímali jako ubírání vlastních práv, jelikož výhradu svědomí jako své právo vnímají. Lékaři tak ve svých reakcích poukázali na vlastní vnímání nutnosti jednat podle svého svědomí, přesto poukazovali na nutnost následovat dobro pacienta.

Obecně tedy nelze říci, že při uplatnění výhrady svědomí dochází k porušení profesních povinností, ale taková situace by bezesporu mohla nastat v situaci, kdy v důsledku výhrady svědomí dojde k ohrožení života pacienta.

4.2.3a) *Právní zakotvení výhrady svědomí*

Obecně samozřejmě plyne z Listiny a Úmluvy, nicméně zákonnou úpravu ve vztahu k lékařům jsme za účinnosti zákona o zdravotní péči neměli a plynula tak z výše představených etických kodexů. S přijetím ZZS se však tato situace změnila a otázka je nově řešena v § 50 odst. 2. Toto ustanovení je mimořádně důležité, jelikož upravuje postup, pokud k výhradě svědomí dojde. Je to tedy ustanovení, které má význam pro lékaře, jemuž konkretizuje jeho právo, ale též pro pacienta, kterému dává jistotu, že bude zajištěna zdravotní péče i za situace, že jeho lékař s konkrétním zákrokem vnitřně nesouhlasí.

Podle tohoto ustanovení může zdravotnický pracovník odmítnout poskytnutí zdravotních služeb pacientovi, pokud by takové poskytnutí odporovalo jeho svědomí nebo náboženskému vyznání. Zdravotnický pracovník o této výhradě musí informovat poskytovatele, jehož povinností je zajistit pacientovi jiného zdravotnického pracovníka nebo jiného poskytovatele.

¹⁴⁶ Citováno prostřednictvím: MATOCHOVÁ, 2009, op. cit., s. 72-75.

Zajištění jiného poskytovatele je v praxi poměrně problematické, jelikož poskytovateli nejsou dány legální možnosti jak jiného přinutit, aby přijal pacienta do péče. Pokud tedy pacient není vzat do péče dobrovolně ze strany jiného poskytovatele, je třeba věc řešit ve spolupráci s pacientem přes zdravotní pojišťovnu.¹⁴⁷

Výjimku z výhrady svědomí tvoří situace, kdy by odmítnutím poskytnutí zdravotních služeb došlo k ohrožení života pacienta nebo k vážnému ohrožení jeho zdraví a poskytovatel zároveň není schopen zajistit poskytnutí zdravotních služeb jiným zdravotnickým pracovníkem. Lékařova svoboda svědomí je tak ohraničena pacientovým právem na život.

Ve vztahu k této výjimce je zajímavé, že zákon zprvu rozlišoval zajištění „jiného zdravotnického pracovníka“ a „jiného poskytovatele“. ve vztahu k výjimce však zákon pracuje pouze s termínem „jiného zdravotnického pracovníka“. Lze tak dojít k závěru, že při ohrožení života nebo zdraví pacienta lze uvažovat o jiném zdravotnickém pracovníkovi pouze ve vztahu ke konkrétnímu poskytovateli zdravotních služeb. Toto ovšem může být problémem například u zařízení, která odmítají provádět potraty, což jsou zejména řádové nemocnice. Bezsporně může nastat situace, kdy je žena svým těhotenstvím ohrožena na životě. Má tedy dle tohoto ustanovení poskytovatel povinnost najít lékaře, který v takové nemocnici potrat provede? Domnívám se, že nikoliv, byť z pouhého textu zákona takovou povinnost dle mého názoru dovodit lze.

Zákonodárce měl patrně na mysli „bezprostřední“ ohrožení života nebo zdraví pacienta, což se však do textu zákona nepromítlo. A pokud takové ohrožení není bezprostřední, je na místě, aby byl zajištěn jiný poskytovatel. Praxe by si s danou situací podle mého názoru skutečně poradila zajištěním jiného poskytovatele v situaci, kdy ohrožení na životě nebude bezprostřední.

4.2.3b) *Jak v praxi výhrada svědomí vypadá*

V České republice není legální eutanazie, tedy nemůžeme o ní uvažovat v kontextu výhrady svědomí. Podívat se ovšem můžeme na situaci ohledně interrupcí. Tato část bude popsána na základě informací, jež jsem získala rozhovory s mediky. Výhrada svědomí s ohledem na eutanazii bude popsána ve vztahu k Nizozemí.

¹⁴⁷ PRUDIL, 2014, op. cit., s. 31-32.

Zajímaly mě možnosti, jaké má lékař, který odmítá provádět interrupci, tedy zákrok, jenž má svoji oporu a pravidla přímo v zákoně, přesto v otázce etiky neexistuje k takovému zákroku jednotný názor. Jednou z možností, která se pro takového lékaře nabízí, je vybrat si obor, kde tuto otázku nebude muset řešit. Pokud by toto řešení bylo jediným, jen stěží jej můžeme vnímat jako uspokojivé.

Pokud se tedy lékař nesouhlasící s interrupcemi rozhodne působit v gynekologii, může si zvolit jako místo výkonu práce takové pracoviště, které potraty neprovádí. Je to například Nemocnice u Milosrdných bratří. Pokud si ovšem takové pracoviště nezvolí, může v rámci výkonu své práce učinit výhradu svědomí tak, jak bylo výše pojednáno. Je však pravdou, že interrupce jsou zákrokem, který nemá rád žádný z lékařů. V praxi to tak znamená, že kolegové musí za dotyčného lékaře dělat „jeho práci“. Zcela přirozeně existují v lékařské profesi zákroky, které nejsou příliš populární a nikdo je nedělá rád. Interrupce jsou právě tímto typem zákroků. Pokud tedy zákrok, který lékař nedělá rád, musí dělat nejen u svých pacientů, ale rovněž za svého kolegu, nemůže to přispět k dobrému pracovnímu klimatu.

Reálné problémy výhrady svědomí ve vztahu k eutanazii si můžeme ukázat na příkladu Nizozemí. Nizozemská studie¹⁴⁸ zabývající se výhradou svědomí zdravotních sester poukazuje jako na jeden z problémů už na fakt, že sestry s touto výhradou mají problém pacienty informovat o jejich úhlu pohledu, jelikož v situaci, kdy svůj názor řekly, pacient ho často nepřijal. Řeší v sobě morální problém, zda vůbec pacienta o svém názoru informovat či nikoliv.

Dalším z problémů, na které studie poukazuje, je i neschopnost zdravotních sester pečovat o pacienta bezprostředně před plánovanou eutanazií, jelikož mu nejsou schopny poskytnout dostatečnou podporu. Pak je třeba vzít v úvahu, zda má sestra dostat tohoto pacienta na starost.

Určitým druhem vyjádření názoru nebo protestu je, že sestry dokonce odmítají o pacienta pečovat nebo odmítají práci v týmu, případně si berou volno na den, kdy je eutanazie plánovaná.

¹⁴⁸ SCHEUR, A.v.d. The Role of Nurses in Euthanasia: a Dutch study. *Nursing Ethics* [online]. 1998, vol. 5, issue 6, s. 497-508 [cit. 2015-03-12].

4.3 SHRnutí

V této kapitole byly nejprve představeny jednotlivé etické normy, z nichž lze odvodit zákaz provádění eutanazie lékařem. Je však nezbytné nahlížet na ně v kontextu doby, v níž vznikly a lze tak uzavřít, že generální zákaz eutanazie, v nich vyčíst nelze.

Etika hraje při výkonu lékařské profese svoji nezastupitelnou roli. Je třeba vyvarovat se názoru, že lékař by neměl uplatňovat ve vztahu k pacientovi své svědomí a pouze slepě následovat „trendy“ medicíny.

Je však důležité uvědomit si, že pokud lékař výhradu svědomí skutečně pro určité výkony uplatňuje, jen stěží lze předpokládat, že najde mezi ostatními kolegy za všech okolností pochopení. Výhrada svědomí se totiž uplatňuje ve vztahu k zákrokům, kde neexistuje jednoznačné etické pravidlo, a takové zákroky nejsou snadnými pro nikoho.

5 PRÁVO NA RESPEKTOVÁNÍ SOUKROMÉHO ŽIVOTA

Předmětem této kapitoly bude analýza rozsudků ESLP ve vztahu k právu na respektování soukromého života. Úvodem budou představeny tři rozsudky, které jsou v otázce eutanazie a asistované sebevraždy ve vztahu k čl. 8 těmi nejdůležitějšími.

Druhá podkapitola vymezí obecně pojem soukromého života a to v širší, jež je nezbytná pro další kapitoly. V závěru bude v judikatuře ESLP hledána odpověď na to, zda lze zahrnout volbu okolností smrti pod ochranu článkem 8 a též, zda ve třech vybraných případech, k zásahu do čl. 8 došlo.

5.1 PŘEDSTAVENÍ PŘÍPADŮ

5.1.1 *PRETTY PROTI SPOJENÉMU KRÁLOVSTVÍ*¹⁴⁹

Stěžovatelkou v případě byla paní Diane Pretty (43 let). Onemocněla nemocí motorického neuronu, v jejímž důsledku dochází k ochabování svalů dolních i horních končetin a také dýchacích svalů. Rozpoznávací schopnosti však u takových pacientů nejsou dotčeny. K úmrtí dochází obvykle v důsledku potíží s dýcháním.

V době podání stížnosti již byla paní Pretty ochrnutá od krku dolů, nemohla mluvit a výživa jí byla podávána hadičkou. V této fázi již docházelo výlučně ke zhoršování průběhu choroby a nebyla šance na jakékoliv zlepšení.

Paní Pretty se obávala dalšího průběhu nemoci, který je krajně vyčerpávající a doprovází jej značná ztráta důstojnosti. Tomuto chtěla paní Pretty zabránit a přála si rozhodnout, jak a kdy zemře. V této fázi nemoci však svůj život již nemohla skončit sama. Ačkoliv sebevražda není trestným činem, asistence při sebevraždě už trestným činem je.

Paní Pretty se tedy obrátila na prokuraturu a žádala ujištění, že v případě, kdy jí manžel pomůže se spácháním sebevraždy, nebude trestně stíhán. Takové záruky se ovšem paní Pretty nedočkala, jelikož to bylo v rozporu s vnitrostátním právem. Ani v průběhu následného soudního řízení se paní Pretty takové záruky nedostalo. Obrátila se tedy se svojí stížností na ESLP.

Ve vztahu k čl. 8 namítala paní Pretty, že její právo na sebeurčení je vyjádřeno právě tímto článkem. Součástí práva na sebeurčení je též právo přijímat rozhodnutí o vlastním těle a o tom, co se s ním stane, tedy včetně práva zvolit si kdy a jak zemřít.

¹⁴⁹ Pretty proti Spojenému království, rozhodnutí senátu (4. sekce) ESLP ze dne 29. 4. 2002, stížnost č. 2346/02.

Nic nemůže být dle stěžovatelky intimněji spojeno se způsobem, jakým člověk vede svůj život, než způsob a načasování vlastní smrti. S čím stěžovatelka obzvlášť nesouhlasí, je všeobecnost zákazu asistované sebevraždy.

5.1.2 HAAS PROTI ŠVÝCARSKU¹⁵⁰

Stěžovatel Ernst G. Haas (57 let) trpěl bipolární afektivní poruchou (známá jako maniodepresivní psychóza). V důsledku této choroby dospěl Haas k závěru, že jeho život již nebude dále důstojný.

Dvakrát se neúspěšně pokusil spáchat sebevraždu a dospěl tak k přesvědčení, že k provedení sebevraždy potřebuje pentobarbital sodný. Přál si, aby jeho sebevražda mohla být důstojná. Při snaze opatřit si pentobarbital sodný navštívil několik lékařů, nicméně ti mu odmítli látku předepsat. Rozeslal také přibližně 170 dopisů lékařům s žádostí o předepsání smrtící látky, nicméně u nikoho nebyl úspěšný.

Stěžovatel se tak obrátil na ESLP, kde namítal zásah do práva na respektování soukromého života tím, že mu nebylo umožněno ukončit svůj život bezpečným a důstojným způsobem. Dle názoru stěžovatele obsahuje článek 8 pozitivní závazek státu, zajistit podmínky pro spáchání sebevraždy bez rizika selhání a bez bolesti.

5.1.3 GROSS PROTI ŠVÝCARSKU¹⁵¹

Stěžovatelka Alda Gross (79 let) již mnoho let zdůrazňovala, že si přeje ukončit život a to přesto, že netrpěla žádnou klinickou nemocí. Tvrdila, že se stává stále slabší a nechce, aby její oslabování pokračovalo. Děsilo ji, jak se snižují její fyzické a psychické schopnosti. Stěžovatelka nebyla schopná najít lékaře, který jí předepíše pentobarbital sodný, jelikož netrpěla v konečné fázi nemoci.

Stěžovatelka se proto obrátila na ESLP (2010) a namítala, že stát porušil její právo na respekt k soukromému životu tím, že jí neumožnil uplatnit její právo, aby rozhodla, za jakých okolností a na jakém místě ukončí svůj život.

Souběžně s podáním stížnosti k ESLP pokračovala stěžovatelka s obstaráváním smrtící látky a byla v tomto ohledu úspěšná (2011), tedy spáchala sebevraždu. Tato informace se však k ESLP nedonesla¹⁵² a soud tak v květnu 2013 vydal rozhodnutí

¹⁵⁰ Haas proti Švýcarsku, rozsudek senátu (1. sekce) ESLP ze dne 20. 1. 2011, stížnost č. 31322/07.

¹⁵¹ Gross proti Švýcarsku, rozsudek Velkého senátu ESLP ze dne 30. 9. 2014, stížnost č. 67810/10.

¹⁵² Jde o stěží představitelný důvod. Právní zástupce stěžovatelky s ní nekomunikoval, ale měl na ni spojení pouze přes pastora spolupracujícího s organizací Exit. Pastor respektoval přání stěžovatelky, aby právního zástupce neinformoval o její smrti. Obávala se, že její smrt zapříčiní, že soud v řízení nebude pokračovat.

ve věci, aniž by věděl, že stěžovatelka již zemřela. Věc se však dostala až k Velkému senátu a teprve v lednu 2014 tak soud posuzoval stížnost i s vědomím smrti paní Gross.

Pozornost budu věnovat i rozhodnutí, jež vynesl senát ESLP v roce 2013¹⁵³, jelikož jeho závěry mě velmi zaujaly a ze strany Švýcarska by jim měla být dle mého názoru věnována pozornost i přes to, že nakonec Švýcarsko spor neprohrálo.

5.2 CHARAKTERISTIKA ČL. 8

Článek 8 chrání čtyři hodnoty, jimiž jsou soukromý život, rodinný život, obydlí a korespondence. Tyto oblasti ochrany jsou velmi úzce propojeny, nelze tedy bez dalšího říci, že co podřadíme pod jeden pojem, nemůže v sobě skrývat i jiný z chráněných zájmů. Pro tuto práci je klíčový soukromý život, který je zároveň pojmem nejméně jasným ohledně jeho výkladu.

Specifikum čl. 8 lze spatřovat zejména v tom, že vůči jiným článkům Úmluvy může být velmi často obecným ustanovením. Typicky se to projevuje u stížností vzhledem k délce řízení, kde je dotčený jednak čl. 6, ale nic nebrání ani dotčenosti čl. 8 např. ve smyslu soukromého života obviněného. V takovém případě se ESLP bude zabývat porušením čl. 6 jakožto *lex specialis*.¹⁵⁴ Toto ovšem není situace eutanazie nebo asistované sebevraždy. Právo na volbu místa a okolností smrti by mohlo patřit pouze pod čl. 2, nicméně to by nejprve muselo být ze strany ESLP konstatováno, že právo na život v sobě zahrnuje i právo na smrt. Této otázce se bude věnovat kapitola 6.2. Jiný vhodný článek v Evropské úmluvě nenalezneme, proto ochranu pro volbu okolností vlastní smrti budu hledat v čl. 8.

5.2.1 ROZSAH „SOUKROMÉHO ŽIVOTA“ OBECNĚ

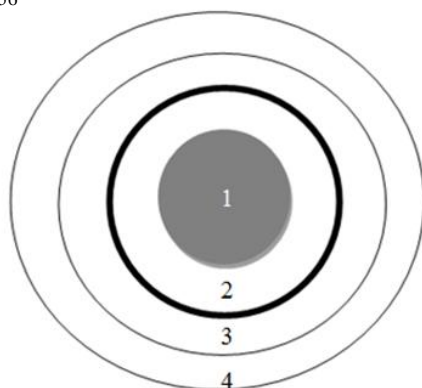
Definici soukromého života pochopitelně nenalezneme v textu Úmluvy, ale nedává nám ji ani judikatura. Je důležité vnímat rozdíl mezi „soukromým životem“ a „soukromím“, o němž hovoří Všeobecná deklarace lidských práv. Termín soukromý život je širší, proto si nelze představit, že by mohla existovat jeho vyčerpávající definice, a tak se výčet otázek spadající do rozsahu pojmu „soukromý život“ neustále rozšiřuje.¹⁵⁵

¹⁵³ Gross proti Švýcarsku, rozsudek senátu (2. sekce) ESLP ze dne 14. 5. 2013, stížnost č. 67810/10.

¹⁵⁴ KRATOCHVÍL, Jan. In: *Evropská úmluva o lidských právech: komentář*, 2012, op. cit., s. 866.

¹⁵⁵ Tamtéž, s. 867.

Pro pochopení, co všechno soukromý život obsahuje, lze využít kruhového schématu.¹⁵⁶



Obr. č. 1

Kruh č. 1 představuje „tvrdé jádro“ čl. 8, tedy fyzickou a psychickou integritu, do níž mohou zasáhnout, mimo jiné, lékařská vyšetření, nucené sterilizace i osobní prohlídky. Na vnější části „tvrdého jádra“ uvádí Kopa zásahy typu odposlechy nebo prohlídky osobních věcí. Druhý kruh je spjat zejména s problematikou osobních údajů a dat, pořizováním fotografií nebo videozáznamů, případně sledováním. Do třetího okruhu spadají otázky vlastní identity jako sexualita, národnost nebo etnicita. Čtvrtý okruh otázek je od „tvrdého jádra“ nejvzdálenější a zároveň nejširší. Sem patří otázky sebeurčení a autonomie v nejširším smyslu.¹⁵⁷

Otázka práva na volbu okolností své smrti může ve výše uvedeném schématu spadat do čtvrtého kruhu, což bude následně podrobněji rozebráno. Zde je nejvíce patrné právo na sebeurčení a autonomní volba jedince. Do tohoto širokého okruhu témat lze zařadit i pojem „kvality života“, s nímž může souviset mnoho dalších oblastí našeho života.

5.2.2 ALGORITMUS ZKOUMÁNÍ ČL. 8

Vzhledem k četnosti rozhodování ohledně případného porušení čl. 8 již existuje ustálený algoritmus, který ESLP využívá při posuzování jednotlivých případů.¹⁵⁸ Tento algoritmus plyne i ze struktury samotného čl. 8, tedy stanovení substantivního práva a následně výjimky, za nichž může k zásahu do tohoto práva dojít.

¹⁵⁶ KOPA, Martin. *Doktrína prostoru pro uvážení (margin of appreciation) v judikatuře Evropského soudu pro lidská práva*. Vyd. 1. Praha: Leges, 2014, s. 112. Teoretik.

¹⁵⁷ KOPA, 2014, op. cit., s. 112-113.

¹⁵⁸ Viz KRATOCHVÍL, Jan. In: *Evropská úmluva o lidských právech: komentář*, 2012, op. cit., s. 866. nebo KOPA, 2014, op. cit., s. 114-115.

Předně je třeba určit, zda daná otázka spadá pod pojem „soukromý život“, případně jiný termín chráněný čl. 8. V případě, že ESLP dojde k závěru, že nikoliv, je třeba stížnost odmítnout jako neslučitelnou *ratione materiae*.

K druhému kroku ovšem musíme přistoupit, pokud je odpověď kladná. Tehdy se zkoumá, zda došlo k zásahu do chráněného práva. V případě záporné odpovědi je třeba zabývat se pro úplnost též existencí případných pozitivních závazků státu a jejich případnou dotčeností.

Pokud k zásahu do práva došlo, nelze stížnost rozhodnout s poukazem na porušení práva, ale je třeba v souladu s odst. 2 dotčeného článku zkoumat povahu tohoto zásahu. Je třeba ptát se, zda je zásah v souladu se zákonem, sleduje legitimní cíl a zda je tento zásah nezbytný v demokratické společnosti, tedy posuzuje se, zda je zásah přiměřený cíli. Tyto podmínky musí být splněny všechny. V případě, že se tak nestane, došlo k porušení čl. 8.

5.3 ROZSAH ČL. 8 VE VZTAHU K INTERRUPCÍM A DOMÁCÍM PORODŮM

Vzhledem k důležitosti článku 8 učiním na tomto místě, ještě jeho krátké vymezení ve vztahu k interrupcím a domácím porodům. Otázku interrupcí jsem zvolila z toho důvodu, že je již poměrně přesvědčivě judikována. Navíc cestu k legalizaci interrupcí provázely podobné úvahy jako cestu k legalizaci eutanazie. Druhou zvolenou oblastí jsou domácí porody. To je téma maximálně aktuální i ve vztahu k ČR.

V této podkapitole pouze vymezím místo těchto dvou otázek v článku 8, resp. již konkrétně v právu na respektování soukromého života. Jak v nich ESLP rozhodl, bude též uvedeno. Propojení těchto otázek s volbou okolností smrti bude učiněno až na konci celé kapitoly.

5.3.1 INTERRUPCE

Pro interrupce byly z množství judikatury zvoleny dva rozsudky, jimž přiřkládám největším význam. Jedná se o případy Tysiac proti Polsku¹⁵⁹ a A, B, C proti Irsku¹⁶⁰. V kruhovém schématu je tato otázka součástí tzv. „tvrdého jádra“.

V prvním případě byla stěžovatelkou paní Tysiac, jež trpěla nemocí, v jejímž důsledku se jí zhoršoval zrak a hrozila též jeho úplná ztráta. Paní Tysiac potřetí otěhotněla a konzultovala s několika lékaři, zda její těhotenství může mít vliv i na zrak. Byť lékaři konstatovali, že těhotenství je pro její zrak rizikem, odmítli jí

¹⁵⁹ Tysiac proti Polsku, rozsudek senátu (4. sekce) ESLP ze dne 20. 3. 2007, stížnost č. 5410/03.

¹⁶⁰ A, B, C proti Irsku, rozsudek Velkého senátu ESLP ze dne 16. 12. 2010, stížnost č. 25579/05.

vydat potvrzení, že existují důvody pro provedení interrupce. Polsko interrupci povoluje pouze, pokud je ohrožen život nebo zdraví matky, při riziku závažného poškození plodu, případně pokud je těhotenství důsledkem trestného činu. Při porodu (třetím císařským řezem) došlo k závažnému zhoršení stěžovatelčina zraku a nyní potřebuje stálou péči a pomoc.

V této věci ESLP uvedl, že právní předpisy týkající se přerušování těhotenství se dotýkají sféry soukromého života. Vždy, když je žena těhotná, její soukromý život je úzce propojen s vyvíjejícím se plodem. Při vymezení pojmu „soukromého života“ ESLP konstatoval, že zahrnuje i ochranu fyzické a psychické integrity. Ve vztahu k interrupci tak soud konstatoval, že stát má povinnost chránit fyzickou integritu matky.

ESLP tak případ uchopil jako posouzení procesních aspektů čl. 8. Jeho cílem bylo zjistit, zda byla práva paní Tysiac účinně chráněna. V tomto rozhodnutí ESLP shledal, že prostředky nápravy ex post nejsou dostatečné a Polsko tak porušilo právo stěžovatelky na respektování soukromého a rodinného života.^{161 162}

Ve věci A, B, C proti Irsku šlo o tři stěžovatelky, jimž nebylo umožněno podstoupit v Irsku interrupci. Ta je v Irsku možná pouze v případě, že je těhotenstvím ohrožen život matky. V tomto případě však šlo „pouze“ o ohrožení jejich zdraví. Stěžovatelky tak cestovaly do Velké Británie, kde interrupci podstoupily a následně je provázely zdravotní komplikace. Kromě článku 8 namítaly stěžovatelky též porušení článků 3, 13 a 14 Úmluvy.

K rozsahu čl. 8 v tomto případě ESLP uvedl, že právní předpisy ohledně pravidel pro přerušování těhotenství se dotýkají osobní sféry soukromého života ženy. Zároveň však soud uvedl, že čl. 8 nelze vykládat tak, že těhotenství a jeho ukončení se dotýkají soukromého života ženy kdykoliv, když je žena těhotná. Právo ženy na respektování soukromého života musí být zváženo ve vztahu ke konkurujícím právům, jež má plod v těle matky.

¹⁶¹ K tomu viz KRATOCHVÍL, Jan. In: *Evropská úmluva o lidských právech: komentář*, 2012, op. cit., s. 905-906.

¹⁶² Nad rámec této kapitoly zmíním ještě rozsudek ESLP ve věci P. a S. proti Polsku ze dne 30. října 2012, stížnost č. 57375/08. V tomto případě došlo nejen k porušení čl. 8, ale též čl. 3, jelikož Polsko nedokázalo zajistit interrupci oběti znásilnění, v jehož důsledku otěhotněla. Její případ byl neodůvodněně medializován, v důsledku čeho byla vystavena obtěžování, umístěna do zařízení pro péči o nezletilé a vystavena trestnímu stíhání pro podezření z pohlavního zneužití. K případu blíže: SMOLKOVÁ, Michaela. ESLP: i přes zákonnou garanci Polsko efektivně brání interrupcím. *Bulletin Centra pro lidská práva a demokratizaci* [online]. 2012, IV., č. 11, s. 17 [cit. 2015-04-08].

ESLP zde zopakoval své závěry, jež byly vysloveny v předchozím rozsudku. Dále uvedl, že ačkoliv článek 8 nemůže dle jeho názoru přiznat právo na potrat, přesto je otázka interrupce součástí článku 8 a soud se tak věci meritorně zabýval. Zvolil však obdobný přístup jako v předcházející otázce, zabýval se procedurálními povinnostmi státu ve vztahu ke stěžovatelkám. Irsko porušilo čl. 8 tím, že nezajistilo účinné a dostupné řešení, kterým by se stěžovatelky mohly domoci svého práva. Právo na interrupci ovšem ESLP odmítl přiznat s odkazem na volnost uvážení.¹⁶³

5.3.2 DOMÁCÍ PORODY

Zde bude představen pouze jeden rozsudek, a to ve věci Ternovszky proti Maďarsku.¹⁶⁴

Stěžovatelkou byla těhotná žena z Maďarska, která se rozhodla upřednostnit porod doma před porodnicí. Ovšem zdravotníci, kteří asistují domácímu porodu, se v Maďarsku vystavují riziku trestního stíhání. Vzhledem k neexistenci nesporné právní úpravy domácích porodů nebyla stěžovatelka schopna sehnat zdravotníka, který by takovému porodu asistoval.

Ve vztahu k pojmu „soukromý život“ soud uvádí, že pod rozsah tohoto termínu spadá i právo na respektování rozhodnutí stát či nestát se rodičem. Právo rozhodnout se, zda být rodičem, v sobě zahrnuje i volbu okolností, za kterých se tak stane. Okolnosti narození dítěte jsou součástí soukromého života. Ačkoliv stěžovatelce přímo nebylo bráněno ve výběru místa porodu, součástí takové volby je dle ESLP též zdravotní asistence, tu však nebylo možno získat. Vzhledem k právní úpravě, která nesplňuje podmínku zákonnosti, bylo dle ESLP zasaženo do práva na respektování soukromého života stěžovatelky.

5.4 ROZSAH ČL. 8 VE VZTAHU K VOLBĚ OKOLNOSTÍ SMRTI

Jak již bylo výše uvedeno, nejprve je třeba zvážit, zda požadavky stěžovatelů ve výše uvedené judikatuře vůbec mohly vycházet z práv chráněných čl. 8 Úmluvy.

Ve věci *Pretty* proti Spojenému království soud na úvod připomněl jako významný princip při výkladu záruk čl. 8 pojem osobní autonomie. Soud též poukázal na fakt, že lze projevat vůli ve vztahu k činnostem, které jsou fyzicky či psychicky škodlivé a i těmto projevům vůle je čl. 8 přiznána ochrana. Soud zmiňuje v této

¹⁶³ K tomu viz KRATOCHVÍL, Jan. In: *Evropská úmluva o lidských právech: komentář*, 2012, op. cit., s. 906.

¹⁶⁴ Ternovszky proti Maďarsku, rozsudek senátu (2. sekce) ESLP ze dne 14. 12. 2010, stížnost č. 67545/09.

souvislosti právo odmítnout léčbu. Takové právo je chráněno i přesto, že důsledkem jeho uplatnění je smrt.

Kromě osobní autonomie vyzdvihuje ESLP též úctu k lidské důstojnosti a svobodě. Soud také hovoří o kvalitě života. Tu lze vnímat jako to nejobecnější, co plyne z čl. 8, ale v kontextu eutanazie nebo asistované sebevraždy získává mimořádného významu. Všechny tyto pojmy nabývají důležitosti ve vztahu k čl. 8.

Ve vztahu k paní Pretty soud uzavírá, že vzhledem k faktu, že je jí bráněno ve výkonu volby, která pro ni představuje záchranu od nedůstojného a nepřijemného života, resp. umírání, nelze vyloučit,¹⁶⁵ že toto představuje zasahování do jejího práva na respektování soukromého života ve smyslu čl. 8 Úmluvy.

V této věci tedy soud nerozhodl explicitně o rozsahu čl. 8, pouze nebyl schopen vyloučit, že i tato otázka pod čl. 8 spadá. Ponechal si tak velmi široký prostor pro řešení případných dalších stížností v obdobných věcech.

Ve věci Haas proti Švýcarsku ESLP odkazuje na rozsudek Pretty, nicméně v něm formulovaný závěr „nelze vyloučit“ již přebírá jako jistou věc, tedy uvádí, že stěžovatelovo právo vyhnout se tomu, co považuje za nedůstojný a znepokojujý konec života spadá do působnosti čl. 8.

Soud tak čl. 8 tímto rozhodnutím obohacuje o další aspekt – právo jednotlivce rozhodnout, jakým způsobem a na jakém místě jeho nebo její život skončí.

V této fázi rozhodování již lze říci, že ESLP nepřekvapil ani v rozhodnutí ve věci Gross proti Švýcarsku z roku 2013. Soud zde připomněl své závěry z předchozí judikatury, opět zdůraznil obavy spojené se stále rostoucí úrovní poskytované péče, v jejímž důsledku může dojít ke stáří spojenému s velkou fyzickou či psychickou zchátralostí, což je v rozporu s právem na sebeurčení.

Vzhledem ke všem výše uvedeným závěrům soud v této věci uzavřel, že přání žadatele o poskytnutí pentobarbitalu sodného za účelem ukončení života, spadá do působnosti práva na respektování soukromého života podle čl. 8 Úmluvy.

5.5 DOŠLO K ZÁSAHU DO ZÁJMŮ CHRÁNĚNÝCH ČLÁNEM 8?

Z představených případů byl zásah do čl. 8 konstatován pouze ve věci Pretty proti Spojenému království, kde se soud omezil na konstatování, že „tento zásah nelze vyloučit“. V ostatních případech se soud zabýval aktivními povinnostmi státu umožnit sebevraždu dle přání stěžovatele.

¹⁶⁵ V anglickém originálu: „*The Court is not prepared to exclude...*”

5.5.1 SOULAD ZÁSAHU S ODST. 2

Není třeba zabývat se faktem, zda je zásah v souladu se zákonem, jelikož trestnost asistence při sebevraždě je zákonem upravena. Podobně rychle se lze vypořádat i s otázkou legitimacy, jelikož legitimním účelem je zde ochrana života. Je však třeba pečlivě zvážit nezbytnost takového zásahu.

Za nezbytný považuje ESLP zásah, jenž reaguje na naléhavou společenskou potřebu a musí být přiměřený legitimnímu cíli. Společenskou potřebu ochrany života soud dále nerozebírá, což je vzhledem k charakteru tohoto práva pochopitelné. Otázku přiměřenosti takového zásahu je však třeba zkoumat daleko pečlivěji.

Soud dává do protikladu princip osobní autonomie proti veřejnému zdraví a bezpečnosti, konkrétněji ochranu slabých a bezbranných ve vztahu k zachování života. ve vztahu k takovým opatřením soud připomíná, že je primárně na státu, aby posoudil riziko a pravděpodobnost zneužití v případě zmírnění všeobecného zákazu asistované sebevraždy. Stát, resp. vláda, konstatoval, že v jednotlivých případech je třeba souhlasu státního zástupce (DPP) k zahájení trestního stíhání a pro tresty je stanovena pouze maximální výše, čímž může dojít k zmírnění všeobecného zákazu asistované sebevraždy. Tento fakt se stal pro ESLP dostatečnou zárukou, aby mohl konstatovat, že všeobecný charakter zákazu asistované sebevraždy není nepřiměřený.

Soud zde zcela ignoroval jiné možnosti jak dojít k cíli ochrany života, aniž by bylo využito všeobecného zákazu sebevraždy. Takové možnosti jednoznačně existují a projevují se kvalitní legislativou ve vztahu k asistované sebevraždě. Vzhledem k tomu, že tato otázka je velmi diskutabilní, šlo jen stěží předpokládat jiný závěr, než s poukazem na volnost uvážení, přesto je škoda, že se ESLP nevypořádal s jinými možnostmi, jak ochranu života zajistit, například kvalitní legislativou upravující eutanazii.

Nepřiměřené není ani dát předem záruku, že nebude zahájeno trestní stíhání vůči manželovi stěžovatelky. V tomto směru se zcela ztotožňují se závěrem ESLP ohledně závažnosti daného trestného činu, je tedy přiměřené, že takovou záruku nelze dát předem.

Vzhledem k tomu, že zásahy do čl. 8 byly dle posouzení ESLP přiměřené legitimnímu cíli, nelze uzavřít porušení čl. 8.

5.5.2 *AKTIVNÍ POVINNOSTI STÁTU*

Ve vztahu k asistované sebevraždě se ve věci Haas proti Švýcarsku ESLP zabýval otázkou aktivní povinnosti státu zajistit, aby měli občané přístup k pentobarbitalu sodnému za účelem spáchání sebevraždy bezbolestně a bez rizika neúspěchu. Tento případ je třeba vnímat ve světle informací o Švýcarsku uvedených v kapitole 2.4.

Soud opět připomněl, že v otázce práva jednotlivce rozhodnout jak a kdy by měl svůj život skončit, neexistuje mezi členskými státy Úmluvy shoda a u většiny států je větší váha kladena na ochranu života. Státy tak mají v této otázce široký prostor uvážení.

Ve vztahu ke Švýcarsku soud zdůrazňuje, že pokud právní úprava a praxe znamenají relativně snadný přístup k asistované sebevraždě, je třeba příslušnými prováděcími opatřeními zajistit, že nedojde k zneužití této právní úpravy, resp. praxe. Přístup k pentobarbitalu je podmíněn lékařským předpisem vydaným po provedení úplného psychiatrického vyšetření, což soud považuje za legitimní opatření poskytující garanci ochrany života.

Ve světle nezbytnosti jistých pravidel pro přístup k smrtící látce soud konstatoval, že není přesvědčen o nemožnosti najít odborníka, který by byl ochoten stěžovateli pomoci, a tak jeho právo zvolit čas a způsob smrti není pouze teoretické nebo iluzorní. Soud tak s ohledem na prostor uvážení státu měl za to, že stát svoji povinnost přijmout opatření, která umožní spáchat sebevraždu důstojně, splnil.

Poněkud zvláštní se ve světle případu Haas proti Švýcarsku jeví první rozhodnutí ESLP ve věci Gross proti Švýcarsku. Stěžovatelka měla obdobný problém s přístupem k smrtící látce. ESLP však v tomto případě posuzoval mnohem detailněji charakter pokynů, které stanovují pravidla pro přístup k pentobarbitalu sodnému. Tato pravidla jsou vydávána nevládními organizacemi a nejsou tedy právními předpisy. Taková pravidla se vztahují pouze na pacienty trpící nevléčitelnou nemocí, což stěžovatelka není, takže její případ do působnosti takových pravidel nespadá a není zjevné, za jakých okolností je lékař oprávněn vystavit stěžovatelce recept na pentobarbital sodný.

Nejistota vzhledem k neexistenci pravidel je natolik závažná, že musí stěžovatelce způsobovat značnou míru úzkosti a nejistoty ohledně rozsahu jejího práva

ukončit svůj život. Vzhledem k nejasnosti ohledně rozsahu práva stěžovatelky získat pentobarbital sodný došlo k porušení čl. 8 Úmluvy.

Soud však nestanovil aktivní povinnost státu takovou látku získat, zde opět poukázal na neexistenci konsensu mezi státy, přesto musí existovat vodítko, za jaké situace může osoba v postavení stěžovatelky (ne) získat smrtící látku.

Rozhodnutí je bezesporu zajímavé, ale jak již bylo naznačeno v jeho představení, věc byla postoupena k Velkému senátu, který stížnost vyhodnotil jako nepřípustnou, jelikož stěžovatelka zemřela. Konečné rozhodnutí tak výše uvedenou argumentaci neobsahuje.

5.6 SHRNU TÍ

V této kapitole byla pozornost zaměřena na ochranu soukromého života. Jedná se o jedno z nejširších práv obsažených v Evropské úmluvě. Velmi zajímavé je srovnání judikatury, kterou ESLP vydává ve vztahu k interrupcím, domácím porodům a eutanazii.

ESLP se uchyluje k procesní stránce těchto otázek a odmítá dát jednoznačnou odpověď na to, zda článek 8 zaručuje hmotný základ takových práv. Ve vztahu k domácím porodům a eutanazii tuto zdrženlivost soudu naprosto chápu, jelikož pramení z nejednotnosti názoru na tyto otázky mezi jednotlivými státy. V otázce eutanazie je dokonce výrazná většina států, jež ji nelegalizují.

Poněkud absurdní se mi ovšem zdají závěry ESLP ve vztahu k interrupcím, kdy též operuje s volností uvážení a to přesto, že na poli evropských států lze najít konsenzus minimálně v otázce ohrožení života a zdraví matky. Rozsudky v této otázce jsou tak velmi důležité, aby alespoň toto minimum ve vztahu k interrupcím vzaly za společný základ evropské právní úpravy.

U všech tří otázek vnímám jako problematické, že v nich bojujeme o výrazně více, než máme. V případě interrupcí dnes vnímáme jako samozřejmé, že do určitého období těhotenství jsou povoleny generálně, nikoliv pouze z důvodu ohrožení života nebo zdraví matky nebo v případech hodných zvláštního zřetele, jako např. znásilnění.¹⁶⁶

Ve vztahu k domácím porodům se nemohu ubránit představě, že předně by měla být vedena diskuze nad porodnictvím jako takovým. Práva žen by měla být respektována a jejich hlas by měl být tím hlavním. Porod by měl začít být vnímán jako

¹⁶⁶ Bývá označováno jako tzv. teorie kluzkého svahu.

přirozená věc, kterou až na výjimky není nutné ovládat rutinními zákroky. Pokud však názor, že účelem medicíny je jít proti přirozenosti, což je do značné míry pravda, promítneme i do porodů, spokojenost mezi mnoha rodičkami to bezpochyby nevyvolá. Více než hlas volající po domácích porodech by se měl ozývat hlas volající po vzniku porodních domů jako určitého kompromisu.

Otázka eutanazie jde též do tohoto extrému. Před tím, než začneme volat po eutanazii, měl by se ozvat hlas volající po kvalitní paliativní léčbě. Právě ta může být klíčem k zajištění důstojného konce života.

V závěru této kapitoly chci ještě ve zkratce zdůraznit hlavní rozdíly mezi rozsudky ohledně eutanazie a asistované sebevraždy v této kapitole. Ve vztahu rozsudků Pretty proti Spojenému království a Haas proti Švýcarsku jsou patrné rozdíly ve vztahu k osobám pacientů. Pan Haas totiž netrpěl nemocí v terminální fázi života, navíc u něj šlo především o psychickou poruchu. Paní Pretty však skutečně trpěla, přesto její myšlení nebylo narušeno. Ve světle srovnání těchto osob je pochopitelné, že pokud soud nejudikuje právo zemřít paní Pretty, nemůže ho garantovat ani panu Haasovi.

Zajímavější je ovšem srovnání Haas proti Švýcarsku a Gross proti Švýcarsku. Obzvlášť vzhledem k faktu, že jde o stejný stát se stejnou právní úpravou. Pan Haas trpěl psychickou chorobou, zatímco paní Gross žádnou chorobu netrpěla. Oba se pokoušeli získat pentobarbital sodný. Byť závěry obou rozhodnutí jsou stejné – nebylo možné konstatovat, že Švýcarsko porušilo práva stěžovatelů, důvody, jež ESLP k tomuto rozhodnutí vedly, byly odlišné a v případě paní Gross tím hlavním důvodem byla smrt stěžovatelky. Domnívám se, že v případě Haas proti Švýcarsku měl soud rozhodnout tak, že podmínky pro získání pentobarbitalu sodného jsou ve Švýcarsku nejasné a v důsledku toho Švýcarsko právo na respektování soukromého života porušuje. Ve světle případu Gross proti Švýcarsku předpokládám, že takové rozhodnutí od ESLP vzejít může, pokud se situace ve Švýcarsku nezmění.

6 PRÁVO NA ŽIVOT V KONTEXTU EUTANAZIE

“Právníci a soudci jsou jediní lidé, kteří jsou připraveni hájit moje práva... a moje právo na život a kvalita mého života je pro mne tou nejdůležitější věcí.”

Debbie Purdy¹⁶⁷

Právo na život zaujímá v kontextu ostatních lidských práv zvláštní postavení. Jeho porušení je vnímáno jako nejzávažnější z porušení lidských práv.¹⁶⁸ Pokud by nebylo právo na život garantováno, ztrácí význam i přiznání dalších práv, která by bez něj nešlo vykonávat.

Pro svůj význam si našlo právo na život výsadní postavení v katalozích lidských práv. Evropská úmluva o lidských právech jej uvádí v článku 2, tedy hned jako první substantivní článek Úmluvy. Dle zmíněného článku Evropské úmluvy je *„právo každého na život chráněno zákonem. Nikdo nesmí být úmyslně zbaven života kromě výkonu soudem uloženého trestu následujícího po uznání viny ze spáchání trestného činu, pro který zákon ukládá tento trest.“* Význam práva na život můžeme dovodit i ze zákazu derogace výše zmíněného ustanovení v Úmluvě, který plyne z článku 15.¹⁶⁹

Přední postavení zaujímá právo na život i v textu Listiny základních práv a svobod, která jej upravuje v článku 6, jež uvádí, že *„každý má právo na život. Lidský život je hoden ochrany již před narozením.“*¹⁷⁰

Z výše uvedených aspektů plyne, že při přezkumu údajného porušení práva na život musí soud postupovat s maximální pečlivostí a v judikatuře Evropského soudu pro lidská práva není v těchto otázkách mnoho prostoru pro vlastní uvážení států. Soud také ve vztahu k článku 2 aplikuje test, který se označuje jako „striktní proporcionalita“. Nestačí, aby bylo přijaté opatření nezbytné, ale musí být dokonce „zcela nezbytné“.¹⁷¹

Abychom mohli právo na život zvažovat v kontextu eutanazie, musíme si především pojem život definovat. Ten musí mít svůj počátek i konec, jejichž nalezení nemusí být úplně snadné. Další otázkou, která se v této souvislosti přímo

¹⁶⁷ Britská hudební publicistka s diagnostikovanou roztroušenou sklerózou od roku 1995. Bojovnice za právo na asistovanou sebevraždu. Zemřela v prosinci 2014 v hospici Marie Curie v Bradfordu po zhruba 6 týdnů trvajícím hladovění.

¹⁶⁸ KRATOCHVÍL, Jan. In: *Evropská úmluva o lidských právech: komentář*, 2012, op. cit., s. 347.

¹⁶⁹ Tamtéž.

¹⁷⁰ Čl. 6 odst. 1 Listiny základních práv a svobod.

¹⁷¹ KRATOCHVÍL, Jan. In: *Evropská úmluva o lidských právech: komentář*, 2012, op. cit., s. 348.

nabízí, je, zda právo na život zahrnuje takovou svobodu, abychom o svém životě sami rozhodovali a pokud dojdeme úvahami ještě dále, abychom na základě širšího výkladu tohoto ustanovení získali i garanci práva na smrt. Pokud zjistíme, že právo na smrt z práva na život odvodit nelze, je na místě ptát se, zda státy, které umožňují eutanazii, právo na život neporušují.

6.1 KDY ZAČÍNÁ A KDY KONČÍ LIDSKÝ ŽIVOT

Právo na život má dle Úmluvy i Listiny každý, ale je důležité dokázat si odpověď na otázku, kdy přesně život začíná a v jaké chvíli život končí. Byť jsem výše uvedla, že v otázce práva na život není státům dán příliš velký prostor pro vlastní uvážení, jinak je tomu v otázce rozhodnutí, kdy lidský život začíná; tam naopak ESLP členským státům odmítá dát jednoznačnou odpověď.¹⁷² Pochyby nepanují ohledně vymezení života jako úseku „od narození do smrti“, nicméně zda lze narození považovat bez dalšího za počátek života a co přesně se rozumí pojmem „smrt“, není zcela zjevné.

K tomu, zda plod můžeme zahrnout do působnosti čl. 2, měl ESLP možnost vyjádřit se ve věci *Vo proti Francii*. Stěžovatelce paní *Vo* musela být provedena interrupce z důvodu předchozího pochybení lékaře. Stěžovatelka namítala porušení čl. 2 ve vztahu ke svému nenarozenému dítěti. Této příležitosti se ovšem ESLP nechopil, jelikož v případě rozhodoval ve stylu „za předpokladu, že čl. 2 je aplikovatelný“. Soud nakonec došel k závěru, že čl. 2 porušen nebyl, jelikož stěžovatelka nevyužila veškeré soudní ochrany, kterou jí vnitrostátní právo nabízelo, tedy nedomáhala se svých práv občanskoprávní žalobou.¹⁷³

Listina je ve svém ustanovení k otázce počátku života konkrétnější, jelikož ten je dle ní „*hoden ochrany již před narozením*“. Z této dikce je zjevné, že právo na život vzniká narozením, přesto ještě nenarozený jedinec představuje určitou hodnotu zasluhující naši ochranu. Z tohoto ustanovení však nelze vyvodit zákaz interrupce, zároveň však nelze říci, že nenarozený jedinec je chráněn pouze prostřednictvím své matky.¹⁷⁴

Závěrem lze říci, že Listina i Úmluva prostřednictvím rozhodnutí ESLP následují myšlenku, že pod lidský život nelze bez dalšího zahrnout i plod, resp. dítě před narozením. Pokud by byla tato ochrana postavena naroveň, nebylo by možné

¹⁷² KRATOCHVÍL, Jan: In: *Evropská úmluva o lidských právech: komentář*, 2012, op. cit., s. 389.

¹⁷³ Tamtéž.

¹⁷⁴ ODEHNALOVÁ, Jana: In: KLÍMA, Karel et al. *Komentář k Ústavě a Listině*. 2., rozšířené vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2009, s. 973.

dobrat se k řešení za situace, že život matky by byl těhotenstvím ohrožen. Ochrana nenarozenému dítěti však přísluší.

Otázka konce lidského života spadá spíše do oblasti medicíny než práva ještě intenzivněji, než určení jeho počátku. Právní definici smrti však v českém právním řádu nalezneme, a to v transplantačním zákoně. Smrtí se rozumí *nevratná ztráta funkce celého mozku, včetně mozkového kmene, nebo nevratná zástava krevního oběhu*.¹⁷⁵ V tomto pojetí se jedná o tzv. biologickou smrt, kterou konstatuje lékař. Je zajímavé, že transplantační zákon uvádí jako definici smrti dvě varianty. Zajímalo mě, jak se k takové definici staví medicí – ti tuto úpravu hodnotí jako zastaralou, která vychází z dřívějšího vnímání smrti jakožto zástavy srdce; takové pojetí je dnes již překonáno. Dvě varianty pro konstatování smrti jsou to pouze zdánlivě. Pokud totiž dojde k nevratné zástavě krevního oběhu, je otázkou minut, kdy odumírá též mozek.

Problém definice smrti založené na zástavě funkce mozkového kmene může nastat u tzv. Locked-In Syndromu. Jde o situaci, kdy je lidská bytost při vědomí, nicméně není schopna ovládat své tělo s výjimkou očí. Lidská bytost je tak svým způsobem uzavřena v organismu, který nemůže nijak ovládnout. Někteří filozofové potom uvádějí, že lidé nejsou pouhými organismy, ale znakem jejich existence jsou také tzv. osobní funkce. Ve chvíli, kdy je osoba v permanentním vegetativním stavu, schopnost aktualizovat své osobní funkce již ztratila a můžeme tak hovořit o prázdném lidském organismu.¹⁷⁶

V této souvislosti je velmi známým případ Terri Schiavo. Ženy, která byla od roku 1990 v kómatu a ve stavu bez jakýchkoliv známek vědomí sebe sama nebo svého okolí. Její stav byl diagnostikován jako trvale vegetativní a ani v dalších letech nejevila známky zlepšení. Vzhledem k délce doby, po níž byla Schiavo ve vegetativním stavu, neexistovala prakticky žádná šance na uzdravení. Schiavo zemřela o 15 let později, kdy bylo po vleklém soudním sporu rozhodnuto o ukončení umělé výživy.¹⁷⁷ o rozdílech mezi vnímání smrti vypovídá rovněž nápis na hrobě

¹⁷⁵ § 2 písm. e) zákona č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon), ve znění pozdějších předpisů.

¹⁷⁶ SCHUMACHER, Bernard N. In: ČERNÝ, David; DOLEŽAL, Adam. *Smrt a umírání: etické, právní a medicínské otázky na konci života*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2013, s. 204 - 208. Edice Kabinetu zdravotnického práva a bioetiky.

¹⁷⁷ Biopolitics, Terri Schiavo, and the Sovereign Subject of Death. *Journal of Medicine* [online]. 2008, vol. 33, issue 6, p. 538-557 [cit. 2015-02-17].

Schiavo, který zní: *Opustila tuto zemi 25. února 1990, zatímco její mozková smrt byla konstatována 31. března 2005.*¹⁷⁸

Mezi těmito dvěma názorovými proudy lze jen stěží nalézt shodu. V případě, že budeme vycházet z předpokladu, že život Terri Schiavo po nehodě přestal naplňovat jakési znaky lidského bytí, dostaneme se až k úvahám, zda má být takový život žitý, zda není zbytečný. Tyto úvahy nicméně dle mého názoru nepatří na pole medicíny, která níž je smrt ukončením života organismu, byť takový organismus může být vnímán jako prázdný. S lékařskou definicí konce života jakožto biologické smrti se ztotožňuji, jelikož při snaze definovat život jako bytí, které má smysl, narážím na etické rozpory, mezi nimiž nejsem schopna dostatečně balancovat.

6.2 OBSAHUJE PRÁVO NA ŽIVOT V SOBĚ TAKÉ PRÁVO NA SMRT?

Termín práva na smrt lze vykládat jako dovolení zemřít, tedy v situaci, kdy člověk umírá, nemělo by se umírání zbytečně prodlužovat.¹⁷⁹ Toto bezesporu koresponduje s dnešní praxí, kdy pacient má právo odmítnout léčbu, předpokladem lékařské péče je informovaný souhlas, případně může být uplatněn institut dříve vysloveného přání.

Svým způsobem je právo na smrt dáno v otázce sebevraždy, která není trestným činem.¹⁸⁰ Přesto má stát povinnost chránit lidský život tak, že bude sebevraždám předcházet, což se může ve vztahu k osobám v detenci projevit jako přímá odpovědnost státu.¹⁸¹

ESLP již měl možnost vyjádřit se ke konstrukci, že právo na smrt plyne z práva na život. Ve věci *Pretty* proti Spojenému království¹⁸² se stěžovatelka dovolávala práva zemřít prostřednictvím čl. 2, když ve své stížnosti uvedla, že z čl. 2 vyplývá nejen právo na život, ale také právo zvolit si, zda chce člověk žít i nadále.

Soud ve svém rozhodnutí připomněl stěžejní význam čl. 2 tak, jak jej deklaroval již v předchozích rozhodnutích a zdůraznil povinnost státu chránit život. V dalších úvahách soud poznamenal, že formulace čl. 2 nepředpokládá volbu, pokud jde o výkon práva na život. Z čl. 2 nelze ani dovodit souvislost výkonu práva na život s kvalitou takového života případně s tím, jak se člověk se svým životem rozhodne naložit.

¹⁷⁸ SCHUMACHER, Bernard N. In: ČERNÝ, DOLEŽAL, 2013, op. cit., s. 207.

¹⁷⁹ POLLARD, B. *Eutanazie - ano či ne?*. Vyd. 1. Praha: Dita, 1996, s. 88-89.

¹⁸⁰ VLASTNÍK, Jiří. Právo a smrt. *Rodinné listy*. 2013, č. 4, s. 3-12.

¹⁸¹ KOKEŠ, Marian. In: *Listina základních práv a svobod: komentář*, 2012, op. cit., s. 165.

¹⁸² *Pretty* proti Spojenému království, rozsudek senátu (4. sekce) ESLP ze dne 29. 4. 2002, stížnost č. 2346/02.

Soud na základě těchto úvah došel k závěru, že čl. 2 nemůže být interpretován tak, že uděluje právo zemřít, aniž by došlo k překroucení jeho znění. Na základě čl. 2 nelze ani vytvořit takové právo na sebeurčení, z něhož by plynula možnost zvolit si smrt spíše než život. Soud tak uzavřel, že z čl. 2 nelze v žádném případě dovodit právo na smrt.

6.3 POKUD STÁTY UMOŽŇUJÍ EUTANAZII NEBO ASISTOVANOU SEBEVRAŽDU, PORUŠUJÍ TÍM PRÁVO NA ŽIVOT?

6.3.1 PŘÍSTUP ESLP

Jelikož ESLP ve svém rozhodnutí zejména zdůraznil povinnost státu chránit život a uzavřel, že z čl. 2 nelze vyvodit právo na smrt, vyvstává otázka, zda státy, které umožňují eutanazii nebo asistovanou sebevraždu, neporušují čl. 2. Ve své stížnosti tuto námitku vznesla i paní Pretty, proto ve stejném rozhodnutí měl soud možnost se i k tomu vyjádřit.

Soud se ovšem odpovědi na tuto otázku vyhnul, když konstatoval, že jeho úkolem v této věci není, aby rozhodl, zda stav práva v některé zemi porušuje povinnost chránit právo na život. i kdyby jeho zjištěním bylo, že stav práva v zemi, která umožňuje eutanazii či asistovanou sebevraždu, neporušuje čl. 2, nemohlo by to znamenat, že stav práva ve Spojeném království čl. 2 porušuje.

Dosud se ESLP meritorně nezabýval stížnostmi, jejíž stěžovatel by namítal, že jeho stát porušuje jeho právo na život tím, že umožňuje eutanazii nebo asistovanou sebevraždu. Takovou stížnost si lze představit jen stěží, jelikož chybí oběť, která by tuto stížnost mohla podat a nejpravděpodobnější by tak byla stížnost ze strany rodinného příslušníka, namítající nedostatečnou právní ochranu práva na život v případě chybného provedení eutanazie.¹⁸³

V úvahu přichází ještě status tzv. potenciální oběti, kterou ESLP připouští ve zcela výjimečných případech. K prokázání nebezpečí budoucího porušení musí stěžovatel předložit dostatečně rozumné a přesvědčivé důkazy a nestačí pouze podezření a nejasné předpoklady.¹⁸⁴ Takovou stížnost si osobně dovedu představit ve vztahu ke Švýcarsku, kde potenciální obětí může být člověk, který se v důsledku své nevléčitelné nemoci cítí ohrožen v důsledku nejasné, resp. téměř nulové právní úpravy ve Švýcarsku ve vztahu k opatření pentobarbitalu sodného.

¹⁸³ KRATOCHVÍL, Jan: In: *Evropská úmluva o lidských právech: komentář*, 2012, op. cit., s. 392.

¹⁸⁴ Tamtéž, s. 28.

V současné době však ESLP před takovým rozhodováním nestojí.

6.3.2 PŘÍSTUP VÝBORU PRO LIDSKÁ PRÁVA

Zda je návrh zákona o ukončení života v souladu s ustanoveními Mezinárodního paktu o občanských a politických právech¹⁸⁵ se v roce 2001 vyjádřil Výbor OSN pro lidská práva ve svém závěrečném posudku Nizozemí.¹⁸⁶

Této otázce se Výbor věnoval v odst. 5, kde vyjádřil pochybnosti, zda takto nastavený systém může dostatečně odhalit a následně zabránit situaci, kdy je na pacienta vyvíjen nepřiměřený tlak, zda je využíván pouze v extrémních případech, případně obavu, že takový systém povede k tomu, že se takový způsob života stane běžnou praxí. ve vztahu k mladistvým ve věku 16-18 let vyjádřil Výbor obavu, zda je vhodné, aby nebyl vždy vyžadován souhlas rodičů. Pochybnosti Výboru směřovaly rovněž k faktu, že kontrola je zajištěna ex post, čímž není schopna zabránit ukončení života, pokud nejsou splněny zákonné podmínky. Přímý rozpor s Mezinárodním paktem o občanských a politických právech Výbor neshledal, nicméně vyzval Nizozemí, aby zákon o ukončení života, resp. jeho uplatňování, pečlivě sledoval.

Jisté znepokojení Výboru přetrvalo, což je patrné i v závěrečném posudku Nizozemí z roku 2009¹⁸⁷, kde Výbor poukazuje opětovně na fakt, že před ukončením života nedojde k nezávislému posouzení případu soudcem nebo rozhodcem. Nesoulad s čl. 6 zde však konstatován rovněž nebyl.

6.4 SHRNUÍ

Tato kapitola odpověděla na otázku, zda lze z práva na život odvodit též právo na smrt. V případě takového závěru by se ovšem ztratil skutečný účel práva na život. Strach vyvolává představa, že by mohlo dojít k situaci, kdy budeme říkat, že existují životy, jež nejsou hodny ochrany práva na život.

V otázce eutanazie a asistované sebevraždy neexistuje mezi státy názorová shoda, proto jim soud přiznává volnost uvážení. Z práva na život lze vyvodit pouze silný zájem na jeho ochraně. Pokud ten zájem nemá jednotlivec, stává se z něj zájem společnosti.

¹⁸⁵ Právo na život upraveno čl. 6 MPOPP.

¹⁸⁶ Výbor OSN pro lidská práva, *Závěrečná doporučení: Nizozemí*, 27. 8. 2001, CCPR/CO/72/NET, [cit. 2015-02-20]

¹⁸⁷ Výbor OSN pro lidská práva, *Závěrečná doporučení: Nizozemí*, 25. 8. 2009, CCPR/C/NLD/CO/4, [cit. 2015-02-20]

7 DALŠÍ PRÁVA

V této kapitole se budu věnovat dalším právům, jejichž porušení přichází ve vztahu k eutanazii v úvahu. V jednotlivých podkapitolách budou představena právo nebýt mučen, právo nebýt diskriminován a právo na své přesvědčení. Všem těmto právům se ESLP věnoval i v rozsudku ve věci *Pretty* proti Spojenému království, na který bude v těchto souvislostech odkazováno.

7.1 PRÁVO NEBÝT MUČEN

Právo upravené čl. 3 Úmluvy je právem, o jehož absolutnosti nelze pochybovat. Od ostatních práv chráněných Úmluvou se liší svojí formulací, která nepřipouští žádné odchylky, tedy zde neexistuje žádný odst. 2, který by stanovoval výjimku, za níž je zásah do tohoto práva přípustný. Podle čl. 15 nelze od ochrany tímto článkem ustoupit ani ve výjimečných situacích.

Článek 3 počítá s třemi druhy špatného zacházení. Mučení, nelidské a ponižující zacházení. Definici mučení v Úmluvě nenalezneme, ale ESLP již v judikatuře stanovil jeho definiční znaky. Těmi se rozumí úmyslné jednání, působení silné bolesti veřejným činitelem, musí se jednat o daný účel.¹⁸⁸ Není třeba věnovat delší pozornost otázce mučení, jelikož utrpení způsobené nemocí není způsobilé být vykládáno ani jako úmyslné jednání, ostatní body tedy netřeba uvažovat.

Nelidské a ponižující zacházení se v judikatuře ESLP často nerozlišuje. Rozdíl oproti mučení je ze strany ESLP spatřován v zavinění, jelikož není vyžadován úmysl, ale nelidského nebo ponižujícího zacházení se lze dopustit i z nedbalosti. Není zde také vyžadován žádný zvláštní účel, který takové zacházení sleduje.¹⁸⁹

Negativní stranou tohoto práva ve vztahu ke zdravotnickým úkonům je respektování pacienta a požadavek svobodného a informovaného souhlasu. Soud takové zákroky častěji zkoumá ve světle čl. 8, ale ani zmíněné ustanovení není vyloučeno.¹⁹⁰

Podobné odkazování na čl. 8 se vyskytuje i ve vztahu k pozitivním závazkům státu, jež lze vnímat jako právo na přístup k lékařské péči. ve věci *Tysiac* proti

¹⁸⁸ *Selmouni* proti Francii, rozsudek Velkého senátu ESLP ze dne 28. 7. 1999, stížnost č. 25803/94.

¹⁸⁹ KRATOCHVÍL, Jan. In: *Evropská úmluva o lidských právech: komentář*, 2012, op. cit., s. 407-408.

¹⁹⁰ Tamtéž, s. 446.

Polsku¹⁹¹ ESLP sice poukázal na povinnosti státu a odpovědnostní vztahy plynoucí z neposkytnutí odpovídající lékařské péče, přesto však odkázal na čl. 8.

Ve věci *Pretty* proti Spojenému království stěžovatelka namítala, že její utrpení je nelidským a ponižujícím zacházením. ESLP nejprve připomněl, že článek 3 je primárně určen k ukládání negativních povinností – tedy zdržet se způsobení závažných ublížení. V tomto případě je utrpení stěžovatelky způsobilé přirozeně vzniklou nemocí. Tento typ utrpení může spadat pod rozsah čl. 3, pokud existuje riziko, že bude zvýšeno určitým zacházením.

V posuzovaném případě tak stát nepodrobil stěžovatelku špatnému zacházení, jelikož její utrpení je způsobené přirozeně vzniklou nemocí a ve stížnosti není tvrzeno, že se stěžovatelce nedostává adekvátní péče. Neexistují léčebné postupy, které zajistí, že se zdravotní stav stěžovatelky zlepší, případně dojde ke zmírnění újmy. Soud tak uzavírá, že to, co žádá, je vyvodit z čl. 3 aktivní povinnost státu schválit akty, jež směřují k ukončení života. Takovou povinnost však nelze z čl. 3 dovodit.

7.2 PRÁVO NEBÝT DISKRIMINOVÁN

Zákaz diskriminace obsahuje Evropská úmluva v čl. 14, který je svojí povahou článkem akcesorickým. Pokud se chceme dovolávat jeho ochrany, je třeba nejen, aby byl stěžovatel nositelem diskriminačního důvodu, ale též bylo zasaženo do práva nebo svobody chráněného jiným ustanovením Úmluvy.

Úmluva však již zavedla též všeobecný zákaz diskriminace, a to prostřednictvím protokolu č. 12. Ten se neomezuje pouze na práva a svobody upravené Úmluvou, ale jeho dopad je na užívání všech práv přiznaných zákonem. Předmětem stížnosti byl čl. 14, proto bude následující kapitola rozebrána v jeho souvislosti

Abychom mohli hovořit o diskriminaci, je třeba nalézt nejprve diskriminační důvod. Úmluva ve svém čl. 14 jako diskriminační důvody stanovuje „*pohlaví, rasu, barvu pleti, jazyk, náboženství, politické nebo jiné smýšlení, národnostní nebo sociální původ, příslušnost k národnostní menšině, majetek, rod nebo jiné postavení.*“ Zdravotní postižení nebo nemoc v seznamu důvodů nenalezneme, což ovšem pro přijatelnost stížnosti nevadí, jelikož výčet není taxativní a k jeho rozšiřování dochází

¹⁹¹ *Tysiac* proti Polsku, rozsudek senátu (4. sekce) ESLP ze dne 20. 3. 2007, stížnost č. 5410/03.

pomocí judikatury, jež vymezuje pojem „jiné postavení“. V předchozí judikatuře již ESLP připustil, že zdravotní postižení je pod tímto termínem obsaženo.¹⁹²

Mezi formy diskriminace lze zahrnout i tzv. diskriminaci nepřímou, kdy v důsledku zdánlivě neutrálního ustanovení dojde k znevýhodnění osoby, jež je držitelem diskriminačního důvodu.¹⁹³ V případě asistence při sebevraždě tak tento zákaz platí všeobecně, ale u osob se zdravotním postižením vede k nemožnosti rozhodnout o způsobu ukončení svého života. Zda se tedy v tomto případě jedná o nepřipustnou diskriminaci, zkoumal soud též v případě *Pretty* proti Spojenému království.

Stěžovatelka se domáhala ochrany prostřednictvím čl. 14. Tvrdila, že je diskriminována z důvodu svého tělesného postižení. Osoby, jež jsou zdravé, mohou spáchat sebevraždu. V důsledku své nemoci však sebevraždu spáchat nemůže a stát kriminalizací asistence při sebevraždě jí neumožňuje přijmout k takovému činu pomoc.

Povaha čl. 14 je akcesorická, tedy musí existovat právo chráněné Úmluvou, do něhož je diskriminačně zasahováno. V tomto případě jde o čl. 8, do jehož rozsahu soud právo zvolit okolnosti své smrti zahrnul. S osobami nacházejícími se ve srovnatelných situacích lze odlišně zacházet pouze v případě, že takové zacházení sleduje legitimní cíl a prostředky k dosažení tohoto cíle jsou přiměřené.

Podle ESLP existuje objektivní a rozumné ospravedlnění pro to, aby zákon nerozlišoval mezi těmi, kteří jsou a těmi, kteří nejsou fyzicky schopni spáchat sebevraždu. Vzniklo by tím velké riziko zneužití takových ustanovení, jelikož jejich dopad by byl do sféry bezbranných nebo slabších osob. Tyto výjimky by byly schopny ohrozit ochranu života a zvýšilo by se riziko zneužití.

7.3 PRÁVO NA SVÉ PŘESVĚDČENÍ

Evropská úmluva též přiznává právo na svobodu myšlení, svědomí a náboženského vyznání prostřednictvím čl. 9. Následně pracuje s termínem „náboženského vyznání“ a „přesvědčení“. Ve vztahu ke svědomí lékaře, se tomuto článku věnovala již kapitola 4. Vyvstává však též otázka, zda víra v právo na eutanazii nebo v eutanazii obecně, nemůže být chápána jako přesvědčení.

Pojem přesvědčení vymezuje ESLP postupně v judikatuře a rozhodně nelze říci, že jakoukoliv víru, lze automaticky pokládat za přesvědčení ve smyslu Úmluvy.

¹⁹² *Botta* proti Itálii, rozsudek senátu ESLP ze dne 24. 2. 1998, stížnost č. 21439/93. nebo *Price* proti Spojenému království, rozsudek senátu (3. sekce) ESLP ze dne 10. 7. 2001, stížnost č. 33394/96.

¹⁹³ Viz BOUDA, Petr. *Nepřímá diskriminace*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2011, s. 16-18.

Ve vztahu k asistované sebevraždě se k otázce přesvědčení ESLP vyjádřil rovněž v případě Pretty proti Spojenému království. Stěžovatelka namítala, že byla porušena její práva chráněna čl. 9, jelikož došlo k zásahu do jejího přesvědčení.

Soud v této věci rozlišoval přesvědčení (convictions) jakožto obecné názory a přesvědčení (beliefs), jež jsou chráněna Úmluvou. Soud zdůraznil, že nepochybuje o pevnosti přesvědčení stěžovatelky o právu na eutanazii, resp. asistovanou sebevraždu, nicméně zde se nejedná o přesvědčení spadající do rozsahu Úmluvy. Soud zde opět odkázal na článek 8 ve smyslu ochrany dané principu osobní autonomie.

7.4 SHRUTÍ

V této kapitole jsem se zabývala právy, jež nevystávají na mysl jako stěžejní v kontextu eutanazie, přesto se jimi ESLP zabýval. Jeho argumentace ohledně těchto práv je přesvědčivá, nebylo tedy třeba věnovat jim větší pozornost.

Jako nejdůležitější vnímám argumentaci ve vztahu k právu nebýt mučen, resp. zákaz ponižujícího zacházení. Je dobře, že je již judikováno, že utrpení způsobené přirozenou nemocí, pod rozsah čl. 3 nespadá, pokud stát aktivně k tomuto utrpení nepřispívá.

8 PRÁVO NA LIDSKOU DŮSTOJNOST

V kontextu stáří a umírání vyvstává otázka důstojnosti jako jedno ze stěžejních témat. Každý z nás si přeje prožít závěr života se zachováním své důstojnosti a naše představa smrti s tímto termínem rovněž operuje. A právě strach z toho, že závěr našeho života důstojnost provázet nebude, nás přivádí k otázce eutanazie vnímané jako „důstojné smrti“.

Cílem této kapitoly je zmapovat právní zakotvení lidské důstojnosti a vymezit její pojem. Poukázáno bude rovněž na praktické problémy, které se v péči o nevléčitelně nemocné, stejně jako ve zdravotnictví obecně, vyskytují. V závěru kapitoly bude též zmíněna paliativní léčba, jakožto léčba, jež má jako jeden z cílů, zajistit důstojnost pacienta.

8.1 PRÁVNÍ ZAKOTVENÍ LIDSKÉ DŮSTOJNOSTI

Byť je koncept důstojnosti postaven do značné míry na filozofickém základu, dnes je důstojnost již pevnou součástí nejvýznamnějších lidskoprávních dokumentů. Tím prvním, který důstojnost zmínil, byla Všeobecná deklarace lidských práv. Význam důstojnosti se projevuje již v jejím umístění hned v prvním článku, dle něhož se „*všichni lidé rodí svobodní a sobě rovní co do důstojnosti a práv.*“

Pro účely této práce jsou nejdůležitějšími předpisy Evropská úmluva a Listina.¹⁹⁴ Zmíním též Ústavu ČR, kde je důstojnost upravena v preambuli, která lidskou důstojnost a svobodu zmiňuje jako nedotknutelné hodnoty. Lidská důstojnost se tak stává neporušitelným principem, na jehož základě musí být vytvářen a interpretován právní řád.¹⁹⁵

Jako princip se lidská důstojnost promítá též do Listiny a to hned v jejím prvním článku, z jehož formulace je patrná velmi silná inspirace Všeobecnou deklarací lidských práv. Dle čl. 1 jsou „*lidé svobodní a rovní v důstojnosti i v právech*“. V Listině je však důstojnost zmíněna též v čl. 10 odst. 1, dle něhož má každý „*právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno*“. V Listině tak můžeme hovořit o garanci důstojnosti jako lidského práva, a to právě díky zmíněnému článku.

¹⁹⁴ Pro úplnost alespoň na tomto místě uvedu, že Listina základních práv EU důstojnost rovněž zmiňuje. V této práci jí však v ostatních otázkách není dáván prostor, proto se jí nebudu zabývat ani v otázce důstojnosti.

¹⁹⁵ Přednáška Elišky Wagnerové ze dne 18. 6. 2014, o pojetí lidské důstojnosti u příležitosti kolokvia Ústavního soudu s Aharonem Barakem [online]. [cit. 2015-03-27].

V Evropské úmluvě důstojnost jako pojem nenalezneme. Lze ji tak brát jako obecný princip, případně ji odvozovat z jiných ustanovení. ESLP v této souvislosti pracuje s čl. 3, který obsahuje zákaz mučení a nelidského nebo ponižujícího zacházení. Neméně významným je v této souvislosti též čl. 8, tedy respekt k soukromému životu. Ve věci *Pretty* proti Spojenému království ESLP uvádí, že podstatou Úmluvy je úcta k lidské důstojnosti a svobodě. V této souvislosti je připomenuta též kvalita života, v jejímž protikladu je uvedeno udržování při životě do vysokého věku ve stavech pokročilé sešlosti.¹⁹⁶ Ve věci *Christine Goodwin* proti Spojenému království ESLP opět připomněl úctu k lidské důstojnosti jako podstatu Úmluvy. Odvozuje ji zejména z osobní autonomie, která z čl. 8 plyne. Ochrana je tak dána osobní sféře každého jednotlivce včetně práva určit si detaily osobní identity lidského bytí.¹⁹⁷

ESLP tak s konceptem důstojnosti pracuje i přesto, že v textu samotné Úmluvy jej nenalezneme. Není však schopen brát důstojnost jako samostatně stojící právo, jehož se mohou stěžovatelé dovolávat, ale hledá ji skrze jiná garantovaná práva. Ve stížnostech k ESLP však jako samostatný pojem důstojnost často nalezneme.

Pro úplnost je třeba zmínit též Chartu práv umírajících¹⁹⁸, jež představuje východisko pro poskytování paliativní léčby, která v této práci nesmí zůstat stranou.

8.2 POJETÍ LIDSKÉ DŮSTOJNOSTI

Důstojnost byla filozofy chápána často velmi rozdílně. Hobbes ji bral jako vlastnost člověku přisuzovanou a odvislou od jeho vlastností, zatímco Kant ji popisoval jako hodnotu vnitřní a vrozenou. Náboženské tradice stojí za dnešním ukotvením důstojnosti jako jedné z nejvyšších hodnot bytí. Postavení důstojnosti v judaismu a křesťanství je založeno na víře, že bůh člověka stvořil ke svému obrazu. S termínem důstojnosti pracuje obdobně i islám.¹⁹⁹

Dnes vnímáme důstojnost jako hodnotu, jež je nezbytnou součástí lidské existence. Je vnímána jako nejvyšší hodnota, jež velmi úzce souvisí s kvalitou života. Důstojnost je složkou osobnosti stejně tak, jako jeho fyzično. Nutnost tohoto spojení osobnostních složek je třeba mít na paměti při péči o pacienta, aby v případě péče

¹⁹⁶ *Pretty* proti Spojenému království, rozsudek senátu (4. sekce) ESLP ze dne 29. 4. 2002, stížnost č. 2346/02.

¹⁹⁷ *Christine Goodwin* proti Spojenému království, rozsudek Velkého senátu ESLP ze dne 11. 7. 2002, stížnost č. 28957/95.

¹⁹⁸ Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících. Charta práv umírajících.

¹⁹⁹ MUNZAROVÁ, Marta. In: ČERNÝ, DOLEŽAL, 2013, op. cit., s. 180.

o jeho tělo nedošlo k potlačování důstojnosti.²⁰⁰ Respekt k důstojnosti člověka tak musíme projevovat vůči všem aspektům lidské osobnosti.

Byť je důstojnost kategorií, jejíž hodnocení je velmi subjektivní, při snaze o její pochopení lze vycházet z konceptu, dle něhož je důstojnost tvořena vnímáním sebe samého a též tím, jak se k nám chová okolí.

Při vymezování důstojnosti literatura často pracuje s jejími různými složkami, na jejichž základě tento pojem vysvětluje. To jak vnímáme sami sebe je odvozeno například od našeho respektu k sobě samému, od našeho sebevědomí, sebekontroly, hrdosti, nezávislosti, pozitivního přístupu a dalších okolností. V protipólu k těmto prožitkům stojí, pokud se cítíme jako hlupák, nemáme pocit kontroly, soukromí a jsme závislími. Druhá část důstojnosti je tvořena chováním našeho okolí vůči nám, zda nás respektuje.²⁰¹

Ani nemoc není důvodem, proč by člověk mohl ztratit svoji důstojnost. Munzarová v této souvislosti uvádí, že „*lidská bytost je vždy cílem a nikoliv prostředkem k cíli jinému. Zájmy a blaho lidské bytosti jsou nadřazeny zájmům společnosti a vědy.*“²⁰² I přes to je však lidská důstojnost značně ohrožena ve chvíli, kdy se člověk ocitne ve zdravotnickém zařízení jako pacient a je odkázán na zdravotnický personál. Pacient se tak přestává cítit nezávislý, a pokud se k němu zdravotničtí pracovníci chovají nadřazeně, může cítit ponížení. Pocity podřazenosti a nejistoty ve vztahu k vlastní osobě mohou plynout už ze samé podstaty pobytu v takovém zařízení, které je pro pacienta neznámé, zatímco pro jeho pracovníky je to prostředí, s nímž jsou již sžití. Pobývání v nemocnicích, domovech důchodců a podobných zařízeních proto velmi často může vést ke ztrátě důstojnosti a na jejich zaměstnancích leží odpovědnost, aby se tak nedělo.²⁰³

Kromě výše uvedených pojetí důstojnosti se též často uvádí vlastnosti, jejichž přítomnost je nezbytná pro naplnění důstojnosti. Těmito vlastnostmi jsou respekt, autonomie, víra ve své schopnosti a komunikace. Respektem je zde míněna sebeúcta, ale i respekt k druhým. Autonomie zahrnuje výběr postupů, k čemuž je ovšem nezbytné, aby byly poskytnuty nějaké možnosti. Součástí autonomie je též schopnost

²⁰⁰ Důstojnost. In: *E-learning: Cesta domů* [online]. [cit. 2015-03-28].

²⁰¹ HADDOCK, Jane. Towards further clarification of the concept 'dignity'. *Journal of advanced nursing* [online]. 1996, vol. 24, issue 5, p. 926 [cit. 2015-03-27]. DOI: 10.1111/1365-2648.ep8550108.

²⁰² MUNZAROVÁ, Marta. In: ČERNÝ, DOLEŽAL, 2013, op. cit., s. 179.

²⁰³ NOVOTNÁ, Irena. Etické rozhledy – Lidská důstojnost, lidskost 2. In: *Třetí věk – stránky pro důchodce a seniory* [online]. 2010 [cit. 2015-03-27].

činit rozhodnutí. Pocit důležitosti a hodnotnosti ve vztahu k druhým, stejně jako sebeúcta jsou nezbytnými předpoklady pro víru ve své schopnosti. Jako poslední znak důstojnosti je uváděna komunikace včetně neverbální. Zde se myslí jednak schopnost informace vysvětlit, ale stejně tak je pochopit, důležitým aspektem komunikace je rovněž jednání s druhou osobou, jako s rovnocenným partnerem.²⁰⁴ Veškeré tyto aspekty byly zmíněny v kontextu důstojnosti při péči zdravotních sester, nicméně jejich uplatnění je daleko širší.

8.3 REÁLNÉ PROBLÉMY V SOUVISLOSTI S DŮSTOJNOSTÍ

Byť je zjevné, že na důstojnost nelze nahlížet pouze z pohledu pacienta, ale nositelem důstojnosti je i lékař, na tomto místě ve stručnosti poukážu na problémy, jež mohou vzniknout na straně pacienta. Je to totiž on, kdo se ocitá ve slabším postavení, přesto právě on potřebuje hlavně podporu ze strany zdravotnických pracovníků, což neplatí pouze pro případ, kdy pacient umírá.

Nejčastějším problémem, který v otázce důstojnosti vyvstává, je nezávislost pacienta. Lékaři mají přirozeně tendenci pacienta ochraňovat a pečovat o něj. To však může vést až k přehnané péči, jejímž důsledkem je, že pacientovi není dovoleno dělat ani činnosti, s nimiž by problém neměl a pacient se tak stává čím dál více závislým na péči. Tomuto lze předejít pouze individuální péčí o pacienta, na což však zdravotnická zařízení nemají často kapacitu. V rámci možností však lékař musí respektovat schopnosti a vůli pacienta, nikoliv využívat protektivních opatření, jež jsou nepřiměřená vůči konkrétnímu pacientovi.²⁰⁵

V předcházející kapitole byla zmíněna rovněž komunikace, jakožto složka důstojnosti. I zde se může objevit velký problém, a to v otázce oslovování pacientů. Zdravotnický personál může mít tendence oslovovat starší pacienty poněkud familiárně „babi“, „dědo“, případně využívat různých zdrobnělin. Byť by takové oslovení bylo vedeno dobrými úmysly, je ve vztahu k těmto osobám krajně nevhodné. Oslovení pacientů by mělo být výhradně jejich jmény a to ve spojení se slovem „paní“, „pane“, případně i s titulem. Oslovování s titulem totiž posiluje postavení pacienta a přispívá tak k lepšímu vzájemnému vztahu, jelikož pacient se tak vrací do svého

²⁰⁴ GRIFFIN-HESLIN, Vanessa Lynne. An analysis of the concept dignity. *Accident and Emergency Nursing* [online]. 2005, vol. 13, issue 4, p. 254 [cit. 2015-03-27]. DOI: 10.1016/j.aen.2005.09.003.

²⁰⁵ PROKOP, Jiří. *Spiritualita umírajících pacientů*. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita, 2006, s. 58.

dřívějšího postavení, v němž si byl mnohem více jistý. Velmi nevhodný je též plurál ve stylu „už jsme si vzali léky?“²⁰⁶

Posledním problémem, který zmíním, je volba místa a okolností smrti, jakožto jeden z aspektů důstojnosti. Toto přání plyne především z autonomie, jakožto jednoho z aspektů lidské důstojnosti. Dnes jsme zvyklí rozhodovat o sobě a mít život pevně ve svých rukou. Právě fakt, že existuje situace, kterou nemusíme mít pevně v rukou, vyvolává v lidech obavy z umírání a smrti.

Mezi obavami přítomnými u umírajících pacientů se kromě bolesti, ztráty soběstačnosti, odloučení od blízkých, psychického strádání a osamocení, objevuje též hojně zastoupená obava ze ztráty důstojnosti.²⁰⁷ Přejeme si tedy umírat důstojně.

Na základě materiálu publikovaného Hospicovým o. s. Cesta domů lze vysledovat, že jako důstojné umírání si lidé představují smrt bezbolestnou a ve společnosti svých blízkých. Aby tento požadavek mohl být naplněn nejen doma, ale též v hospici nebo domově důchodců, je třeba, aby si vzájemně vycházeli vstříc jednak personál takového zařízení a též rodina pacienta, která rovněž musí projevit svoji vůli být pacientovi v závěru života nablízku.²⁰⁸

Pacienti rovněž poukazovali na to, že dnes je smrt vnímaná jako neúspěch medicíny, nikoliv přirozený jev. Pacienti tak odmítají prodlužování života s nepříliš jistým výsledkem jeho kvality. Co však ze strany zdravotníků pacienti vyžadují, je zajištění péče, jež má dopad na jejich důstojnost, až do konce života. Poukazováno je na nutnost zachování základní hygieny u pacienta, i přes blížící se konec života, tedy čisté oblečení i umytí umírajícího.²⁰⁹

8.4 PALIATIVNÍ PÉČE JAKO CESTA K ZACHOVÁNÍ LIDSKÉ DŮSTOJNOSTI

Byť jsem si vědoma toho, že lékařská literatura dává přednost spojení „paliativní léčba“, jež bývá vykládána jako „*léčba, která zmírňuje utrpení nevyléčitelně nemocného*“²¹⁰, při zpracování této práce jsem pracovala především s literaturou, jež užívá spojení „paliativní péče“, proto i já budu užívat tento termín. Domnívám se, že také lépe vypovídá o tomto konceptu, jelikož paliace je „pouze“ zmírnění obtíží,

²⁰⁶ PROKOP, 2006, op. cit., s. 58.

²⁰⁷ MAREŠ, Jan; PRUDKÝ, Libor; PTÁČEK, Ondřej. In: SLÁMA, Ondřej et al. *Umírání a paliativní péče v ČR: (situace, reflexe, vyhlídky)*. Praha: Cesta domů, 2004, s. 26.

²⁰⁸ *Respektování lidské důstojnosti: Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů* [online]. Cesta domů, 2004, s. 38 [cit. 2015-03-27].

²⁰⁹ Tamtéž, s. 38-39.

²¹⁰ VOKURKA, HUGO, 2009, op. cit., s. 769.

zatímco od léčby očekávám odstraňování choroby. Dalším důvodem, proč používám termín „péče“ namísto „léčby“ je fakt, že paliaci nespojují v této práci pouze s lékaři, ale i s jinými osobami, jež se o pacienta starají.

Nelze automaticky říci, že každá péče, jež není kurativní²¹¹, je automaticky péčí paliativní. Takové zjednodušení by mohlo vést k zanedbání péče. Dle jedné z definic je paliativní péče poskytovaná pacientům, kteří trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stadiu. Cíl paliativní péče potom představuje zmírnění bolesti a tělesných nebo duševních strádání a udržení co nejvyšší kvality života.²¹²

WHO využívá pro vymezení paliativní péče čtyř definičních znaků. Předně je paliativní péče určena jednak chronicky nemocným pacientům a též pacientům ohroženým na životě. Dalším znakem je neexistence časového limitu, paliativní péče má být poskytována na základě existující potřeby tohoto typu péče. Třetím znakem je, že paliativní péče se neomezuje pouze na jednu úroveň, ve smyslu specializovaných zařízení, ale poskytována má být ze strany všech zdravotnických pracovníků. A konečně paliativní péče se neomezuje na jedno místo, ale je poskytována tam, kde pacient pobývá, ať už je to nemocnice, hospic nebo jeho domov.²¹³

Náplní paliativní péče je především respekt a ochrana důstojnosti nevléčitelně nemocných. Paliativní péče usiluje o prodloužení a zachování života, který bude svojí kvalitou přijatelný pro pacienta. Objevují se i názory, které paliativní péči spojují s eutanazií právě proto, že důsledkem paliativní péče není uzdravení pacienta, ale taková péče končí smrtí. Tento závěr je poměrně absurdní, jelikož cílem paliativní péče je zlepšení kvality života. Paliativní péče tak život nezkracuje, ale ani uměle neprodlužuje.²¹⁴

Pro kvalitní paliativní péči je též důležité, aby vycházela z přání a potřeb konkrétního pacienta a respektovala jeho hodnoty. Pro pacienta je vytvářeno důstojné a vlídné prostředí, v němž nic nebrání jeho kontaktu s blízkými. Pro paliativní péči je umírání součástí života. V neposlední řadě je součástí paliativní péče též opora příbuzným a přátelům pacienta.²¹⁵ Tato složka se velmi liší od péče kurativní, kde

²¹¹ Cílem kurativní péče je vyléčení pacienta.

²¹² SLÁMA, Ondřej, KABELKA, Ladislav; VORLÍČEK, Jiří. *Paliativní medicína pro praxi*. 2. nezměněn. vyd. Praha: Galén, c2011, s. 25.

²¹³ WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life* [online]. 2014, 111 s. [cit. 2015-03-28].

²¹⁴ SLÁMA, KABELKA, VORLÍČEK, 2011, op. cit., s. 25-27.

²¹⁵ SLÁMA, KABELKA, VORLÍČEK, 2011, op. cit., s. 25.

se projevuje koncept „náš pacient“ (viz kapitola 9.1) a kooperace s rodinou není tak obvyklá.

Paliativní péče tak, jak byla výše popsána, je v podmínkách ČR spíše otázkou teorie. Výstavba hospiců je však podporována a lze tak očekávat rozvoj kvalitní paliativní péče.²¹⁶ Právě hospic je specializovaným zařízením, které profesionálně pečuje o nevyлéčitelně nemocné pacienty v terminální fázi života. V těchto zařízeních má pacient zajištěnu zdravotní péči a zároveň je pečováno i o jeho psychiku. Kontakt s blízkými osobami je při pobytu v něm velmi podporován. Pokud tedy již pobyt v nemocnici není řešením, které by pacientovi mohlo přinést uzdravení, nabízí se hospic jako vhodná možnost.²¹⁷

Výše bylo uvedeno, že paliativní péče bývá někdy velmi mylně spojována s eutanazií, a to pouze proto, že nevede k uzdravení pacienta. Tato paralela je velmi problematická. Nalézt však můžeme jinou. Paliativní péče vede k zachování důstojnosti člověka. Eutanazie je též vnímána jako prostředek k uchování důstojnosti. Cena, která je však v obou případech pro zachování důstojnosti dána, je značně odlišná.

8.5 SHRUTÍ

Důstojnost je lidským právem, které není zmiňováno tak často, jako práva představená v předchozích kapitolách. V kontextu eutanazie je však tento pojem skloňován velmi často a já osobně považuji důstojnost za jednu z nejvyšších hodnot, proto bych považovala za chybu, nevěnovat důstojnosti samostatnou kapitolu.

Byť v Úmluvě není výslovně zmíněna, i ESLP její existenci připouští, a protože se často objevuje v podáních stěžovatelů, dá se proto předpokládat, že bude nutné se jí v judikatuře ESLP více zabývat.

Nejen z výše uvedených zdrojů, ale též sama za sebe, jsem přesvědčená, že ztráta důstojnosti je pro nás tou hlavní obavou ve vztahu ke konci života. Nezávislost je pro nás věcí naprosto přirozenou a jen těžko se jí odmítáme vzdát. Cílem této kapitoly však bylo upozornit na to, že důstojnost se dá zajistit i prostřednictvím paliativní medicíny a teprve kvalitní paliace je základem proto, abychom vůbec mohli rozvíjet debaty o legalizaci eutanazie.

²¹⁶ SLÁMA, Ondřej; ŠPINKA, Štěpán. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Cesta domů, c2004, s. 13.

²¹⁷ Co je hospic. In: *Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče* [online]. 2014 [cit. 2015-03-28].

9 PRÁVA RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ

V terminální fázi života je pro pacienta rodina důležitější než kdykoliv jindy. Její důležitost je spatřována zejména v podpoře a péči o umírajícího. Není však pochybností o tom, že i rodina je umíráním svého člena ovlivněna a vyvstává otázka, zda tím, že je či není umožněna eutanazie, nedochází k zásahům do práv jejích členů.

Tato kapitola se bude nejprve věnovat tomu, jak vůbec může být rodina ovlivněna umíráním svého člena a zda taková situace může spadat pod rozsah čl. 8 chráněný Úmluvou. Podobně jako v kapitole věnované soukromému životu, i zde je nutné představit několik případů, jež se dostaly před ESLP, a na nichž bude problematika práv příbuzných rozebrána.

Další části této kapitoly odpoví na otázku, kdy se mohou příbuzní zemřelého obrátit na ESLP a zda do jejich práv může být zasazeno. V závěru této kapitoly budou navrženy možné přístupy ESLP ve věci, s níž by se měl v průběhu roku 2015 vypořádat, a která se zaměřuje na aspekty odpojení pacienta od přístrojů.

9.1 VLIV UMÍRÁNÍ NA OSTATNÍ ČLENY RODINY

Při umírání je pro pacienta bezpochyby velmi důležitá lékařská péče, jejímž hlavní cílem je mírnit pacientovo fyzické utrpení. Neméně důležitou roli ovšem hraje i rodina, která pomáhá naplňovat další potřeby umírajícího. Rodina mu tak poskytuje podporu a vytváří co nejkvalitnější prostředí, v němž může důstojně zemřít. Podporu rodina může poskytovat i mimo domácí prostředí. Tato kapitola se zaměří na to, co prožívají členové rodiny a zda mohou být natolik ovlivněni jeho umíráním člena rodiny, že může být zasazeno do jejich práva na respekt k soukromému a rodinnému životu.

Lékaři si ne vždy uvědomují, že součástí pacienta je též jeho rodina, resp. pacient je její součástí. V ideálním případě se rodina snaží být nablízku pacientovi v případě blížícího se konce života, v důsledku čehož však rodina popírá své potřeby. Ztráta blízkého člověka je přitom situací, která pozůstalé velmi ovlivní. Dá se na ni však připravit.²¹⁸ V těchto chvílích mohou rodině pomáhat především lékaři a další pracovníci, kteří se o pacienta starají.

Důležité je, aby profesionálové pečující o pacienta v závěru jeho života připustili, že i členové rodiny umírajícího potřebují jejich pomoc. Parker upozorňuje,

²¹⁸ PARKES, Colin Murray; RELF, Marilyn; COULDRICK, Ann. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, s. 11. Paliativní péče.

že ze strany zdravotnických pracovníků není problém vnímat pacienta jako „našeho pacienta“, což může vést k majetnickému přístupu k pacientovi, kdy je vnímán jako objekt péče. Rodinu pacienta však jako „naši rodinu“ nevnímáme, a tak může vzniknout konflikt. Hájíme zájmy „našeho pacienta“ bez ohledu na „cizí rodinu“, u níž nás nezajímá, jak jí můžeme pomoci a zda vůbec.²¹⁹

Nabízí se tak otázka, co může lékař nebo jiný zdravotník, jehož hlavním úkolem je péče o pacienta, udělat pro členy jeho rodiny. Parker v této souvislosti uvádí, že tím hlavním, co je třeba rodině pacienta nabídnout, je respekt. Lékař by na sebe neměl přenášet úkoly rodiny, ale její pomoc má pouze doplňovat, nikoliv nahrazovat. Bezpochyby existují situace, v nichž je naopak vhodné, když lékař rodině přinese podporu a poskytne určitý pocit bezpečí, tedy projeví se u něj v přiměřené míře paternalistické sklony.²²⁰

Konkrétní pomocí rodině může být i její zapojení do péče o pacienta ve formě úkonů, jež jsou její členové schopni zvládnout, jako například nabízení tekutin. V rámci možností je též třeba zajistit soukromí, být otevřený rituálům, jež rodina vyžaduje, jako jsou např. rituály náboženské. Velmi důležitou roli zaujímá též komunikace, kterou by neměly nahrazovat tisíce medikamenty, pokud nejsou nezbytné.²²¹

Problém je, že neexistují přesné postupy a pochopitelně ani existovat nemohou, které by lékaři řekly, jaký přístup v danou chvíli zvolit. Vše se odvíjí od osobností členů rodiny a jejich vztahu k pacientovi. Lékaři by tak měli být schopni vycítit ten správný přístup k rodině pacienta, což nemusí být lehký úkol.

9.2 PŘEDSTAVENÍ PŘÍPADŮ

9.2.1 *SANLES SANLES PROTI ŠPANĚLSKU*²²²

V tomto případě hrál hlavní roli Ramón Sampedro, který ve svých 25 letech (1968) v důsledku nehody ochrnul. Ochrnul byl od krku dolů, tedy nebylo v jeho silách spáchat sebevraždu. Od roku 1993 se před španělskými soudy domáhal práva, aby stát nezasahoval do jeho rozhodnutí ukončit život za asistence. Pan Sampedro svůj případ vedl až k ústavnímu soudu, kde se odvolával na právo na lidskou důstojnost, svobodný

²¹⁹ PARKES, RELF, COULDRICK, 2007, op. cit., s. 95-96.

²²⁰ Tamtéž, s. 96.

²²¹ KABELKA, Ladislav; ALEXANDROVÁ, Radka. In: SLÁMA, KABELKA, VORLÍČEK, 2011, op. cit., s. 317.

²²² Sanles Sanles proti Španělsku, rozhodnutí senátu (4. sekce) ESLP ze dne 26. 9. 2000, stížnost č. 48335/99.

rozvoj osobnosti, právo na život a právo na svoji tělesnou i psychickou integritu. Případ však před ústavním soudem nedošel k meritornímu rozhodnutí, jelikož pan Sampedro zemřel na počátku roku 1998.

K záměru pokračovat v řízení se přihlásila švagrová pana Sampedra, Manuela Sanles. Soud nicméně řízení přerušil a odmítl oprávnění paní Sanles pokračovat v řízení před soudem. Paní Sanles se tedy obrátila se stížností na ESLP. V ní nenamítala, že stát zasáhl do jejích práv, ale do práv jejího švagra tím, že mu neumožnil důstojně zemřít.

Dle stěžovatelky došlo k porušení práva na život jejího švagra tím, že bylo zasahováno do jeho přání ukončit nedůstojný život. Došlo též k porušení čl. 3, jelikož stav, v němž se švagr nacházel, pro něj představoval nesnesitelné utrpení. Namítáno bylo porušení čl. 8, které mělo spočívat v kriminalizaci pomoci při ukončení života. Stěžovatelka se dále odvolávala na právo na svobodu ve smyslu čl. 5 a též svobodu svědomí. Namítána byla i diskriminace, když sebevražda není trestný činem, zatímco on ji bez pomoci spáchat nemůže. V neposlední řadě stížnost napadala nepřiměřenou délku řízení.

9.2.2 *KOCH PROTI NĚMECKU*²²³

Stěžovatelem v této věci byl Ulrich Koch, jehož manželka v důsledku úrazu ochrnula (2002). Paní Koch potřebovala umělé dýchání a nepřetržitou péči, rovněž trpěla křečemi. Takový život považovala za nedůstojný a přála si jej ukončit, čehož ovšem sama nebyla schopna. Stěžovatelka žádala Spolkový ústav pro léčiva a lékařské přístroje (dále jen „Ústav“) o svolení k opatření pentobarbitalu sodného (2004), díky němuž by mohla spáchat sebevraždu. Oprávnění k látce však nezískala s odkazem na zákon o omamných prostředcích, jehož účelem je záchrana života, nikoliv pomoc k sebevraždě.

Byť se proti rozhodnutí Ústavu paní Koch i s manželem odvolali, odjeli do Švýcarska na kliniku organizace Dignitas, kde paní Koch spáchala s pomocí kliniky sebevraždu (2005). Stěžovatel pan Koch chtěl v Německu pokračovat v odvolání proti rozhodnutí Ústavu ve správním řízení, nicméně bylo mu oznámeno, že není aktivně legitimován k odvolacímu řízení. V roce 2005 se přesto žalobou domáhal určení, že rozhodnutí Ústavu bylo nezákonné, tato žaloba však v roce 2006 byla prohlášena za nepřijatelnou. Stěžovatel se ovšem nehodlal vzdát, a věc se tak dostala

²²³ Koch proti Německu, rozhodnutí senátu (5. sekce) ESLP ze dne 19. 7. 2012, stížnost č. 497/09.

až ke Spolkovému ústavnímu soudu (2008), který stížnost shledal nepřijatelnou, když právo manželky na lidskou důstojnost je právem nepřenositelným a stěžovatel nebyl oprávněn podat ústavní stížnost jako právní nástupce manželky. Taková stížnost je přijatelná pouze ve vztahu k majetkovým nárokům a tam, kde je stížnost zaměřena na vlastní zájmy právního nástupce.

Stěžovatel se tak obrátil na ESLP (2009) a namítal, že odmítnutím meritorního přezkoumání stanoviska Ústavu došlo k zásahu do jeho práva na respektování soukromého a rodinného života a rovněž dle jeho názoru došlo k porušení čl. 8 jeho manželky.

9.2.3 *LAMBERT A DALŠÍ PROTI FRANCII*²²⁴

Případ se zatím nedobral ke svému závěru, tedy pouze představím stížnost a její pozadí. Vincent Lambert v roce 2008 v důsledku úrazu zůstal ochrnutý a ve stavu kompletní závislosti. V nemocnici je mu podávána umělá výživa a hydratace. V roce 2012 došlo k pozorování, zda jeví známky vnímání. Jelikož závěr byl, že pacient nevnímá, ošetřující lékař rozhodl o přerušení pacientovy výživy a omezení jeho hydratace. S tímto závěrem souhlasila i manželka pana Lamberta.

S takovým postupem se ovšem neztotožnili katoličtí rodiče Vincenta Lamberta a iniciovali soudní řízení, které dospělo až k francouzskému ústavnímu soudu. Proti sobě stála Lambertova manželka, synovec a nemocnice, kteří požadovali jeho odpojení, na druhé straně stanuli Lambertovi rodiče, kteří s tímto, mimo jiné i z náboženských důvodů, nesouhlasili. Ústavní soud potvrdil rozhodnutí, jež vzešlo z nemocnice, tedy ukončení umělého udržování při životě.

Ani s takovým závěrem se ovšem rodiče Vincenta Lamberta nespokojili a společně s Lambertovým nevlastním bratrem a sestrou se obrátili na ESLP. Ve své stížnosti namítají, že v případě odpojení Vincenta Lamberta od přístrojů dojde k zásahu do jeho práva na život. Namítána je též nejasnost zákona, který takové odpojení umožňuje. Porušení shledávají stěžovatelé též ve vztahu k čl. 3, a to ve dvou hlediscích. Špatné zacházení je spatřováno v případném omezování výživy a hydratace a rovněž ve faktu, že v průběhu soudních sporů není Lambert rehabilitován, což zakládá nelidské a ponižující zacházení. Rovněž namítají zásah do čl. 8 a to ve smyslu

²²⁴ Lambert a další proti Francii, stížnost č. 46043/14. Čerpáno z: Tisková zpráva ESLP, ze dne 7. 1. 2015, ve věci Lambert a další proti Francii, stížnost č. 46043/14 [online]. 2015 [cit. 2015-04-04].

tělesné integrity Vincenta Lamberta a také ve smyslu práva k respektování jejich rodinného života.

9.3 MOHOU SE PŘÍBUZNÍ ZEMŘELÉHO OBRÁTIT NA ESLP?

9.3.1 PORUŠENÍ PRÁV ZEMŘELÉHO

ESLP dostal první příležitost vyjádřit se k možnosti pokračovat ve sporu o právo na důstojný konec života ve shora představené věci *Sanles Sanles* proti Španělsku, kde stěžovatelka namítala zásah do práv svého švagra.

Soud se tak zabýval tím, zda lze stěžovatelku považovat za oběť ve smyslu čl. 34 Úmluvy. V této souvislosti soud vyloučil jako možnost *actio popularis*. Rovněž poukázal na fakt, že termín oběti může být interpretován dle Úmluvy odlišně než vnitrostátním právem. Aby se stěžovatelka mohla odvolávat na porušení Úmluvy, je třeba, aby byla přímo dotčena spornými opatřeními.

V této věci došel soud k závěru, že stěžovatelka sama nebyla přímou obětí údajných porušení Úmluvy. Je pravda, že ona se toho ani nedovolávala. Její stížnost je založena na porušení článků ve vztahu k jejímu švagrovi, takže rozhodnutí o nepřijatelnosti z důvodu neslučitelnosti *ratione personae*, bylo předvídatelné. Soud zde poukázal na osobní a tudíž nepřenositelnou povahu čl. 8.

Na tomto rozhodnutí postrádám rozebrání, jaký byl vztah stěžovatelky k jejímu švagrovi. Z rozhodnutí je zjevné, že se jedná o švagrovský poměr a též, že je stěžovatelka dědičkou pozůstalosti. Stranou však zůstává skutečný lidský vztah, tedy zda si byli natolik blízcí, že stěžovatelka mohla vnímat porušování práv švagra tak, jako by byla porušována práva jí vlastní. S touto otázkou se soud vůbec nevypořádává, důvodem je zjevně fakt, že porušení svých práv stěžovatelka vůbec nenamítá a ESLP tak nemá důvod tuto okolnost řešit, což je trochu škoda.

Jinak se však soud mohl postavit ke shora představené věci *Koch* proti Německu, soud řešil nejen, zda měl stěžovatel aktivní legitimaci k podání stížnosti na porušení práv jeho manželky, ale zabýval se též tím, zda došlo k zásahu do stěžovatelových práv.

Ve věci práv již zemřelé manželky stěžovatele ESLP následoval svůj již vyslovený princip, a to nepřenositelnou povahu práv dle čl. 8, kdy ani blízký příbuzný se takových práv nemůže dovolávat. Tato část stížnosti tak byla prohlášena za nepřijatelnou z důvodu neslučitelnosti *ratione personae*, když soud neobdržel

dostatečné důvody, na jejichž základě by mohlo dojít k případnému odchýlení od předchozí judikatury.

9.3.2 *PORUŠENÍ JEJICH VLASTNÍCH PRÁV*

Ve věci Koch proti Německu stěžovatel též namítal, že jelikož stát odmítl přezkoumat meritorně jeho stížnost směřující proti rozhodnutí Ústavu neudělit jeho manželce právo k získání pentobarbitalu sodného, porušil tak jeho právo na respektování soukromého a rodinného života.

Stěžovatel zdůraznil svůj osobní zájem na rozhodnutí o žádosti manželky, jelikož si přál, aby bylo respektováno rozhodnutí jeho manželky ukončit svůj život. Tím, že nebyl schopen manželce její přání splnit, byl tímto ovlivněn i on osobně. Zásah do práva na respektování soukromého a rodinného života spatřuje stěžovatel též ve faktu, že byl nakonec nucen se svojí ženou cestovat do Švýcarska, byť si oba přáli, aby zemřela doma. Jelikož jejich vztah byl velmi blízký, zásah proti právům jednoho z manželů vnímali jako zásah proti právům, jež sdíleli oba.

ESLP se tak zabýval tím, zda utrpení manželky stěžovatele a konečné okolnosti její smrti, zejména cesta do Švýcarska, měly na stěžovatele vliv do té míry, že došlo k porušení jeho vlastních práv chráněných čl. 8 Úmluvy, stranou tak zůstává způsobilost převodu práva zemřelého, jak bylo řešeno v předcházející kapitole.

Při určování, zda měl stěžovatel zájem na rozhodnutí o merituu původního návrhu, soud vycházel zejména z faktu, že:

- manželé byli 25 let a nejsou pochybnosti o existenci jejich blízkého vztahu;
- stěžovatel manželku doprovázel do Švýcarska a v jejím rozhodnutí ukončit život dle jejího přání ji podporoval;
- stěžovatel také pokračoval v řízení i ve chvíli, kdy jeho manželka již byla po smrti.

Z těchto důvodů ESLP uzavřel, že osobní zájem stěžovatele na rozhodnutí o merituu návrhu byl silný a přetrvávající.

Vzhledem k blízkému vztahu mezi stěžovatelem a jeho manželkou, jeho zájmu na rozhodnutí a jeho zapojení do realizace snahy manželky ukončit život, ESLP uzavřel, že stěžovatel může tvrdit, že byl přímo ovlivněn odmítnutím Ústavu udělit souhlas k poskytnutí pentobarbitalu sodného. Tato část stížnosti je tedy přijatelná a soud se jí musí meritorně zabývat.

9.4 PORUŠIL STÁT PRÁVA STĚŽOVATELE VE VĚCI KOCH PROTI NĚMECKU?

Ve věci Koch proti Německu soud připustil, že stěžovatel byl v natolik blízkém vztahu se svojí manželkou, že neudělení oprávnění k zisku smrtící látky bylo způsobilé zasáhnout i do jeho práv. Soud se tak musel vypořádat s pojmem „soukromý život“ dle čl. 8.

Tento pojem byl podrobněji rozebrán v kapitole 5. Pro účely této části práce postačí shrnutí, k němuž se uchýlil i ESLP. Soud poukázal na širší výkladu tohoto pojmu a s odkazem na předchozí judikaturu konstatoval, že rozhodnutí o tom, jakým způsobem a kdy má být ukončen život jednotlivce, je jedním z aspektů práva na respektování soukromého života ve smyslu čl. 8.

Soud tak musel konstatovat, že odmítnutím přezkoumat podstatu stěžovatelova návrhu, tedy rozhodnutí Ústavu o udělení povolení k získání pentobarbitalu sodného, došlo k zásahu do stěžovatelova práva na respektování soukromého života podle čl. 8 Úmluvy.

Ve světle výše uvedeného musel soud přezkoumat soulad s čl. 8 odst. 2 Úmluvy, tedy zda byla stěžovatelova práva podle čl. 8 dostatečně chráněna ve vnitrostátním řízení. Jelikož správní soudy v Německu pouze prohlásily, že stěžovatel se nemůže dovolávat svých práv, nedošlo k meritornímu posouzení žalob. Neexistuje žádný legitimní cíl uvedený v čl. 8 odst. 2 Úmluvy, jenž by byl takovým postupem naplněn. Došlo tedy k porušení stěžovatelova práva na přezkoumání podstaty jeho návrhu.

Pro účely této stížnosti se ESLP omezil na přezkoumání procesního aspektu čl. 8 Úmluvy a poukázal na to, že je primárně věcí vnitrostátních soudů, aby přezkoumaly podstatu stěžovatelova nároku.

Pouze pro úplnost tedy zopakují závěry soudu. Právo rozhodnout o okolnostech své smrti je právem, které spadá pod čl. 8 Úmluvy. Toto právo má nepřenositelnou povahu, nicméně zásah do tohoto práva může pro osobu s velmi úzkým vztahem k oběti znamenat i zásah do vlastních práv této osoby. Pokud k zásahu dojde, je třeba zvážit, zda takový zásah následuje nějaký legitimní cíl. V uvedeném případě došlo k zásahu do práv stěžovatele, aniž by zde existoval legitimní cíl, tedy odmítnutím přezkoumat podstatu stěžovatelova návrhu byl porušen čl. 8 Úmluvy. Byť nemusí být dáno hmotné právo, to může teprve vzniknout, musí být zajištěn soudní přezkum.

9.5 ODPOJENÍ OD PŘÍSTROJŮ VE SVĚTLE OCHRANY ÚMLUVY

K typově podobné věci jako je Lambert proti Francii neměl ESLP prozatím příležitost se vyjádřit. Osobně jsem s případem seznámena pouze prostřednictvím tiskových zpráv ze strany ESLP a médií, přesto si na tomto místě dovolím poukázat v kontextu získaných znalostí na možné varianty rozhodnutí ESLP.

ESLP dosud ve věci vydal předběžné opatření, jímž nařídil Francii neodpojovat Lamberta od přístrojů a udržovat jej při životě. 7. ledna 2015 proběhlo slyšení u Velkého senátu a rozhodnutí se očekává v průběhu roku 2015. Soud tuto věc hodlá řešit přednostně.

Předně je třeba odmítnout hysterii, kterou tento případ vyvolává²²⁵. Jde o případ tzv. pasivní eutanazie, na niž bylo již na několika místech poukázáno, že není protizákonná. Naopak je neúčelné udržovat při životě prázdnou schránku, u níž neexistuje naděje, že dojde k jakémukoliv zlepšení zdravotního stavu. Rozhodnutí o tom, zda jeví pacient nějaké známky vnímání, je rozhodnutím čistě lékařským, v této oblasti nepovažuji za vhodnou přílišnou ingerenci práva, byť samozřejmě musí existovat právní záruky rozhodnutí lékaře, tedy jeho revize lékaři jinými, případně soudní přezkoum.

Vzhledem k té části stížnosti, která namítá porušení práv Lamberta, vnímám dva možné přístupy k rozhodnutí. ESLP může zopakovat svá předchozí tvrzení ohledně nepřenositelné povahy práv chráněných Úmluvou, jichž se nemůže dovolávat blízký příbuzný nebo jiný nástupce přímé oběti.

Ve svých rozhodnutích však soud rád připomíná, že formálně není vázán povinnostmi řídit se svojí předchozí judikaturou, ovšem od již vyslovených precedentů se může odchylovat pouze ve výjimečných případech, kdy k tomu má dobrý důvod. Ve vztahu k čl. 8 se domnívám, že soud důvody pro odchýlení nenalezne. Jiná je ovšem situace ve vztahu k čl. 2 a 3, které zaujímají velmi významné postavení v katalogích práv. Pokud tedy soud uzná, že v tomto případě je v důsledku výjimečné situace dána aktivní legitimace stěžovatelů, půjde o velmi zajímavé rozhodnutí.

V případě meritorního posuzování otázek kolem čl. 2 a 3 by úkolem soudu mělo být především vyjádření se k rozhodnutí o odpojení od přístrojů a toto rozhodnutí přezkoumat. Pokud by soud vyslovil závěr, že odpojení od přístrojů jako takové

²²⁵ Např. server Týden.cz o tomto případě informoval s titulkem „Přelomové rozhodnutí ve Francii. Soud rozhodl o eutanazii“ (Viz Přelomové rozhodnutí ve Francii. Soud rozhodl o eutanazii. In: *Týden.cz* [online]. 2014 [cit. 2015-04-07].)

zakládá porušení práva na život, vedl by takový závěr k velmi absurdním výsledkům. ESLP se zde rovněž může odvolat na margin of appreciation²²⁶ jednotlivých států.

Ve vztahu k namítanému porušení čl. 8 stěžovatelů je třeba předpokládat, že s tímto se soud musí vypořádat meritorně, jelikož o aktivní legitimaci zde nejsou pochybnosti. I na tomto místě si dovoluji vyjádřit své přesvědčení, že soud zahrne odpojení člena rodiny od přístrojů pod rozsah čl. 8. Takový akt však pravděpodobně bude sledovat legitimní cíle.

Nad rámec stížnosti jako takové se domnívám, že zajímavou roli by mohl zaujímat též čl. 8 manželky Lamberta. Udržování jej při životě ve vegetativním stavu je totiž situací, která do jejího práva na respektování rodinného a soukromého života z mého pohledu též zasahuje. Například už jen tím, že jsou stále manželé bez možnosti na tom cokoli změnit. To však není předmětem stížnosti.

V dohledné době je tedy třeba očekávat rozhodnutí, které svojí troškou přispěje do debaty o eutanazii. Minimálně argumentaci ESLP bude velmi zajímavé sledovat, protože před soudem se otevírá možnost vyjádřit se k mnoha ohledům eutanazie, byť v samotném rozhodnutí jde „pouze“ o tzv. pasivní eutanazii.

9.6 SHRnutí

V této kapitole bylo poukázáno na nejvýznamnější rozhodnutí, jež se v otázce eutanazie nebo asistované sebevraždy, bytostně dotýkají příbuzných pacienta. ESLP poměrně přesvědčivě odmítá, že by se příbuzní mohli dovolávat práv zemřelého, přičemž poukazuje na nepřenositelnost jejich práv. Pokud by tento názor nezastával, otevřel by se dalším stížnostem, jelikož finanční kompenzace je poměrně lákavou „výhrou“ u ESLP.

Velmi pozitivně vnímám rozsudek ve věci Koch proti Německu, jelikož je namístě, že byla konstatována dotčenost práv stěžovatele. Jeho vztah s manželkou, tak jak byl ve stížnosti popisován, byl velmi blízký, proto souhlasím s uvedenými závěry.

Vzhledem k vysloveným domněnkám o tom, jak může ESLP rozhodnout v případě Lambert proti Francii, budu s napětím sledovat, kdy bude vynesena konečný verdikt v této věci, který může svými argumenty bezesporu překvapit a možná se vypořádat s otázkou tzv. pasivní eutanazie, jež nebývá úplně správně chápána.

²²⁶ Prostor pro uvážení dané otázky jednotlivými státy. Tento koncept je využíván ve vztahu k otázkám, o nichž mezi státy neexistuje jednoznačná názorová shoda.

ZÁVĚR

V úvodu této práce jsem si vymezila několik dílčích cílů a nyní je třeba zjistit, zda se mi podařilo je naplnit.

Předně jsem si kladla za nezbytné vymezit pojem eutanazie a odlišit jej od dalších možností ukončení života. K pojmu jsem v práci přistoupila velmi komplexně a věnovala jsem se mu i v historickém kontextu. Na otázku, co přesně eutanazie znamená, bylo odpovězeno v první kapitole včetně vymezení jejich forem. Především byly objasněny rozdíly mezi eutanazií a asistovanou sebevraždou. Zmíněna byla též tzv. pasivní eutanazie, která je často velmi špatně chápána. Třetí kapitola pak pomohla vyjasnit okolnosti, za nichž je pasivní eutanazie přípustná a tím tak došlo k naplnění prvního cíle.

Právě třetí kapitola se stala stěžejní k naplnění druhého dílčího cíle. Tím byla analýza práv pacientů s důrazem na práva důležitá v otázce eutanazie. V této práci byla pozornost zaměřena na informovaný souhlas a dříve vyslovené přání. Otázka práv pacientů byla zpracována zejména rozbořem právních předpisů. Její zpracování bylo situováno do právního prostředí ČR, jelikož existence práv, jež jsou pacientovi vlastní, zde není za všech okolností vnímána jako samozřejmá. Třetí kapitola měla za cíl poukázat na právní úpravu ve všech jejích souvislostech a upozornit na některá její problematická místa. Jako největší problém byl vyhodnocen vztah občanského zákoníku a zákona o zdravotních službách. Tento cíl byl tedy naplněn.

Byť se jedná o práci na půdě právnické fakulty, jako další z dílčích cílů jsem si stanovila zjistit, zda eutanazie odporuje lékařské etice. Této otázce byla věnována celá kapitola 4. Jako prvotní východisko lékařské etiky byla představena Hippokratova přísaha. Jak však bylo prokázáno, jedná se o dokument, z něhož lze čerpat pouze obecné principy, takže pro naplnění tohoto cíle bylo třeba provést analýzu lékařských slibů a kodexu ČLK. Na základě rozboru těchto dokumentů bylo prokázáno, že etickým kodexům obecně eutanazie odporovat nemusí. Není však vyloučeno, že odporuje etickým pravidlům konkrétního lékaře. Vzhledem k tomuto riziku byla druhá podkapitola věnována svědomí lékaře a možnostem uplatnění výhrady svědomí. Eutanazie tedy lékařské etice může v individuálních případech odporovat a pro tyto případy lze uplatnit námitku založenou na svědomí. Nelze tedy univerzálně říci, zda eutanazie odporuje lékařské etice či nikoliv.

Čtvrtý z dílčích cílů představoval stěžejní část práce. Mým úkolem bylo vyhledat a analyzovat lidská práva, která mohou být ohrožena legalizací nebo kriminalizací eutanazie ve vztahu k pacientovi. K naplnění tohoto cíle bylo primárně využíváno rozhodnutí ESLP ve vybraných případech. Aby bylo možno provést kritickou analýzu vybraných rozhodnutí ESLP, byla v druhé kapitole práce zmapována právní úprava eutanazie ve vybraných evropských zemích. V judikatuře ESLP se mi podařilo najít jako stěžejní právo, jež může být ohroženo, právo na respektování soukromého života. Klíčovým bylo určení, že pod rozsah soukromého života lze zařadit i otázky volby místa a okolností smrti. Ve vztahu k právu na soukromý život bylo podrobeno kritice zejména Švýcarsko.

Dalším právem, jež hraje v této otázce roli, je právo na život. Výstupem této analýzy bylo konstatování, že z tohoto práva nelze odvodit právo na smrt, ale nelze ani říci, že státy, jež eutanazii legalizují, právo na život porušují. Práce neopomenula ani právo nebýt mučen, právo nebýt diskriminován a právo na svobodu svého přesvědčení. Aby bylo možné uzavřít splnění čtvrtého z mých cílů, nesměl chybět rozbor práva na lidskou důstojnost. V této části práce byla jako prostředek k naplnění tohoto práva zmíněna mimo jiné paliativní léčba. Nejdůležitější práva tak byla identifikována a analyzována, proto mohu i čtvrtý dílčí cíl považovat za splněný.

Posledním úkolem, před nímž jsem při tvorbě práce stála, bylo zjistit, zda se příbuzní zemřelého mohou obrátit na ESLP, aby se domohli přiznání jeho práv, případně zda mohou být dotčena vlastní práva příbuzných. Na tyto otázky odpovídala kapitola 9. Bylo zjištěno, že příbuzní zemřelého se na ESLP pro přiznání jeho práv obrátit nemohou. Takové stížnosti nejsou připuštěny *ratione personae*. Stížnosti, kde vystupuje příbuzný jako stěžovatel, jenž se domáhá ochrany vlastních práv, však připuštěny jsou. Na pozadí judikatury ESLP bylo prokázáno, že práva příbuzných mohou být porušena. i tento cíl tak vnímám jako splněný.

Vzhledem k tomu, že při tvorbě práce se mi podařilo naplnit všechny cíle, splňuje tato práce moji představu o její podobě. Hlavním přínosem mé práce je, že nabízí komplexní pohled na problematiku eutanazie. Na jednom místě je proveden rozbor těch nejvýznamnějších rozhodnutí ESLP v této otázce. Čtenář by po přečtení mé práce měl být schopen kriticky přistupovat k informacím, jež zaznívají například z médií a jsou často plny emocí a s těmi nejdůležitějšími pojmy v otázce eutanazie a asistované sebevraždy neumí správně pracovat.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

MONOGRAFIE, PUBLIKACE, SBORNÍKY

1. BARTÁK, Matěj *Velká kniha citátů*. Vyd. 1. Praha: Plot, 2010, 235 s. ISBN 978-80-7428-039-9.
2. BOUDA, Petr. *Nepřímá diskriminace*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2011, 274 s. ISBN 978-80-210-5679-4.
3. CÍSAŘOVÁ, Dagmar. *Dříve vyslovená přání a pokyny do Not Resuscitate v teorii a praxi: monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010, 97 s. ISBN 978-808-7146-316.
4. CÍSAŘOVÁ, Dagmar; SOVOVÁ, Olga. *Trestní právo a zdravotnictví*. 2., upr. a rozš. vyd. Praha: Orac, 183 s. ISBN 80-86199-75-4.
5. ČERNÝ, David; DOLEŽAL, Adam. *Smrt a umírání: etické, právní a medicínské otázky na konci života*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2013, 251 s. ISBN 978-80-87439-15-9.
6. DOLEŽAL, Tomáš; DOLEŽAL, Adam. *Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví*. Praha: Linde, 2007, 138 s. ISBN 978-80-7201-684-6.
7. FENYK, Jaroslav. *Pocta Dagmar Císařové k 75. narozeninám*. 1. vyd. Praha: LexisNexis CZ, 2007, 166 s. ISBN 978-80-86920-25-2.
8. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Práva pacientů*. Havířov: Nakl. Aleny Krtilové, 1996, 176 p. ISBN 80-902-1630-7.
9. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas: proč a jak?*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007, 104 s. ISBN 978-807-2624-973.
10. HENDRYCH, Dušan. *Právnický slovník*. 3., podstatně rozš. vyd. V Praze: C.H. Beck, 2009, xxii, 1459 s. ISBN 978-80-7400-059-1.
11. KLÍMA, Karel et al. *Komentář k Ústavě a Listině*. 2., rozš. vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2009, 1441 s. ISBN 978-80-7380-140-3.
12. KMEC, Jiří a kol. *Evropská úmluva o lidských právech: komentář*. 1. vyd. Praha: C.H. Beck, 2012, xxvii, 1660 s. ISBN 978-80-7400-365-3.
13. KOPA, Martin. *Doktrína prostoru pro uvážení (margin of appreciation) v judikatuře evropského soudu pro lidská práva*. Vyd. 1. Praha: Leges, 2014. ISBN 978-807-5020-314.
14. KOŘENEK, Josef. *Lékařská etika*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2002, 276 s. ISBN 80-7254-235-4.
15. KUPKA, Martin. *Psychologické aspekty paliativní péče*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011, 134 s. ISBN 978-80-244-2931-1.

16. *Listina základních práv a svobod: komentář*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012, xxv, 906 s. ISBN 978-80-7357-750-6.
17. MADLEŇÁKOVÁ, Lucia. *Výhrada svědomí jako součást svobody myšlení, svědomí a náboženského vyznání*. Praha: Linde, 2010, 183 s. Praktická právnická příručka. ISBN 978-807-2018-055.
18. MATOCHOVÁ, Soňa. *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009, 206 s. ISBN 978-80-210-4757-0.
19. MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
20. MUNZAROVÁ, Marta. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2000, 57 s. ISBN 80-210-2417-8.
21. *Občanský zákoník: komentář*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2014, 6 sv. ISBN 978-80-7478-369-2.
22. VOKURKA, Martin; HUGO, Jan. *Velký lékařský slovník*. 9., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, c2009, xv, 1159 s. ISBN 978-80-7345-202-5.
23. PARKES, Colin Murray; RELF, Marilyn; COULDRICK, Ann. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. 1. vyd. Překlad Pavel Pšeja. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, 180 s. Paliativní péče. ISBN 978-808-7029-237.
24. POLLARD, B. *Eutanazie - ano či ne?*. 1. vyd. Praha: Dita, 1996, 210 s. ISBN 80-85926-07-5.
25. PROKOP, Jiří. *Spiritualita umírajících pacientů*. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita, 2006, 140 s. ISBN 80-210-4131-5.
26. PRUDIL, Lukáš. *Právo pro zdravotnické pracovníky*. Praha: Linde, 2014, 178 s. ISBN 978-80-7201-929-8.
27. PTÁČEK, Radek; BARTŮŇEK, Petr. *Eutanazie - pro a proti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 256 s. ISBN 978-80-247-4659-3.
28. PTÁČEK, Radek; BARTŮŇEK, Petr. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 519 s. ISBN 978-80-247-5471-0.
29. RUCKI, Štěpán. *Úcta k životu: s dodatkem biblických "pro-life" citací*. Vyd. 1. Český Těšín: Křesťanské společenství, 2014, 30 s. ISBN 978-80-260-7122-8.
30. SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, Vladimíra. *Eutanázie, nebo "komfort" pro pacienty?: zkušenosti Nizozemí, Oregonu, Švýcarska a dalších*. 1. vyd. Praha: V. Bošková, 2012, 51 s. ISBN 978-80-260-2989-2.
31. SLÁMA, Ondřej; KABELKA, Ladislav; VORLÍČEK, Jiří. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, c2011, 363 s. ISBN 978-807-2628-490.

32. STOLÍNOVÁ, Jitka; JANOVEC, Miloslav. *Etika a právo v lékařské praxi*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990, 85 s. Novinky v medicíně. ISBN 80-201-0090-3.
33. STOLÍNOVÁ, Jitka. *Právní odpovědnost v medicíně*. 1. vyd. Praha: Galén, c1998, 352 s. ISBN 80-85824-88-4.
34. ŠÁMAL, Pavel. *Trestní zákoník: komentář*. 2. vyd. V Praze: C.H. Beck, 2012, 2 sv. ISBN 978-80-7400-428-5.
35. ŠPINKOVÁ, Martina; ŠPINKA, Štěpán. *Euthanasie: víme, o čem mluvíme?*. Praha: Cesta domů, c2006, 42 s. ISBN 80-239-8592-2.
36. ŠUSTEK, Petr; HOLČAPEK, Tomáš. *Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: ASPI, 2007, xv, 243 s. Právní rukověť. ISBN 978-807-3572-686.
37. VALUŠ, Antonín. *Civilní spory mezi lékařem a pacientem při poskytování zdravotní péče*. Vyd. 1. Praha: Leges, 2014, 240 s. Praktik. ISBN 978-807-5020-451.
38. SLÁMA, Ondřej et al. *Umírání a paliativní péče v ČR: (situace, reflexe, vyhlídky) : projekt Podpora rozvoje paliativní péče v České republice v programu Public Health Nadace Open Society Fund Praha*. Praha: Cesta domů, 2004, 103 s. ISBN 80-239-2832-5.
39. SLÁMA, Ondřej; ŠPINKA, Štěpán. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Cesta domů, c2004, 43 s. ISBN 80-239-4330-8.
40. STRATENWERTH, Günter; WOHLERS, Wolfgang. *Schweizerisches Strafgesetzbuch: Handkommentar*. 3. Auflage. Bern: Stämpfli Verlag AG, Bern, 2013, xxxviii, 781 pages. ISBN 978-372-7288-562.
41. TRECHSEL, Stefan. *Schweizerisches Strafgesetzbuch: Praxiskommentar*. Zürich: Dike, 2008. ISBN 978-303-7510-308.

ODBORNÉ ČLÁNKY

1. BISHOP, J. P. Biopolitics, Terri Schiavo, and the Sovereign Subject of Death. *Journal of Medicine and Philosophy* [online]. 2008-12-11, vol. 33, issue 6, p. 538-557 [cit. 2015-04-05]. DOI: 10.1093/jmp/jhn029. Dostupné z: <http://jmp.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/jmp/jhn029>
2. ECKSTEIN, Ken. Eutanázie a trestní právo v Německu. *Trestněprávní revue*. 2003, č. 4, s. 113-116.
3. GRIFFIN-HESLIN, Vanessa Lynne. An analysis of the concept dignity. *Accident and Emergency Nursing* [online]. 2005, vol. 13, issue 4, p. 251-257 [cit. 2015-03-27]. DOI: 10.1016/j.aen.2005.09.003. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0965230205000767>

4. HADDOCK, Jane. Towards further clarification of the concept 'dignity'. *Journal of advanced nursing* [online]. 1996, roč. 24, č. 5, s. 924-931 [cit. 2015-03-27]. DOI: 10.1111/1365-2648.ep8550108. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com.ezproxy.muni.cz/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=21a17521-8d30-4260-a1f2-22ea00a505f1%40sessionmgr111&hid=112>
5. JAHNSOVÁ, Alice; KUČA, Radan. Právní aspekty euthanasie: 356-360. *Právní rozhledy*. 1997, č. 7.
6. KUBEK, Milan. Lékařská etika pod tlakem. *ČLK* [online]. [cit. 2015-03-09]. Dostupné z: www.lkcr.cz/doc/cms_library/02_lekarska_etika_pod_tlakem-100373.pdf
7. KUHSE, Helga; SINGER, Peter. Ethics and the Handicapped Newborn Infant. *Social Research* [online]. 1985, roč. 52, č. 3, s. 505-542 [cit. 2015-04-01]. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com.ezproxy.muni.cz/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=21a17521-8d30-4260-a1f2-22ea00a505f1%40sessionmgr111&hid=112>
8. KUŘE, Josef. Dobrá smrt: K filozofickému ujasnění pojmu eutanazie. *Filozofia*. 2007, roč. 62, č. 3, s. 223-234.
9. LAŇKOVÁ, Jaroslava. Jak je to vlastně s "Hippokratovou přísahou"? *Practicus* [online]. 2013, roč. 2012, č. 2, s. 4 [cit. 2015-03-09]. Dostupné z: <http://web.practicus.eu/sites/cz/Archive/practicus2013-02.pdf>
10. MUNZAROVÁ, Marta. K nutnosti jednoznačného vymezení obsahu pojmu eutanazie. *Florence*. 2013, č. 3, s. 14-16.
11. SAVULESCU, Julian. Ethics: Conscientious Objection In Medicine. *BMJ: British Medical Journal* [online]. 2006, vol. 332, issue 7536, p. 294-297 [cit. 2015-03-12]. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com.ezproxy.muni.cz/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=21a17521-8d30-4260-a1f2-22ea00a505f1%40sessionmgr111&hid=112>
12. SCHEUR, A.v.d. The Role of Nurses in Euthanasia: a Dutch study. *Nursing Ethics* [online]. 1998, vol. 5, issue 6, p. 497-508 [cit. 2015-03-12]. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com.ezproxy.muni.cz/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=21a17521-8d30-4260-a1f2-22ea00a505f1%40sessionmgr111&hid=112>
13. VLASTNÍK, Jiří. Právo a smrt. *Rodinné listy*. 2013, č. 4, s. 3-12.

ELEKTRONICKÉ PRAMENY

1. Asistovaná sebevražda ve Švýcarsku láká i Čechy. *Echo24.cz* [online]. 2014 [cit. 2015-02-03]. Dostupné z: <http://echo24.cz/a/i7Ucc/asistovana-sebevrazda-ve-svycarsku-laka-i-cechy>

2. Belgický vězeň uspěl: Lékaři po 30 letech ukončí jeho trápení. In: *Česká televize* [online]. 2014 [cit. 2015-03-31].
Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/svet/286273-belgicky-vezen-uspel-lekari-po-30-letech-ukonci-jeho-trapeni/>
3. Belgický vězeň nakonec eutanazii nepodstoupí. In: *Česká televize* [online]. 2015 [cit. 2015-03-31]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/svet/297298-belgicky-vezen-nakonec-eutanazii-nepodstoupi/>
4. Belgičtí poslanci podpořili zákon umožňující eutanazii u dětí. *Lidovky.cz* [online]. 2014 [cit. 2015-02-02]. Dostupné z: http://www.lidovky.cz/belgicti-poslanci-podporili-zakon-umoznujici-eutanazii-u-deti-p78-/zpravy-svet.aspx?c=A140213_184737_in_zahranici_sk
5. Children's euthanasia bill signed by Belgium king. *RT* [online]. 2014 [cit. 2015-02-02]. Dostupné z: <http://rt.com/news/belgium-king-sign-euthanasia-bill-566/>
6. Co je hospic. In: *Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče* [online]. 2014 [cit. 2015-03-28]. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/co-je-hospic/>
7. DOSTÁL, Ondřej. Rodičovská práva a propouštění novorozenců do domácí péče. In: *Hnutí za aktivní mateřství* [online]. [cit. 2015-02-25]. Dostupné z: http://www.iham.cz/uploads/docs/pravni%20normy/prava_dostal.pdf
8. Důstojnost. In: *E-learning: Cesta domů* [online]. [cit. 2015-03-28]. Dostupné z: <http://elearning.cestadomu.cz/dustojnost-sp.html>
9. HENEGHAN, Tom. France aims to allow euthanasia despite ethics doubts. In: *Reuters.com* [online]. 2013 [cit. 2015-04-08]. Dostupné z: <http://in.reuters.com/article/2013/07/01/france-euthanasia-idINDEE9600HF20130701>
10. HURST, Samia A; MAURON, Alex. Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians. *National Centre for Biotechnology Information* [online]. 2003 [cit. 2015-02-03]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1125125/>
11. KUBEK, Milan. Lékařská etika pod tlakem. *ČLK* [online]. [cit. 2015-03-09]. Dostupné z: www.lkcr.cz/doc/cms_library/02_lekarska_etika_pod_tlakem-100373.pdf
12. LAJKEP, Tomáš. Eutanazie - poznámky o teorii a praxi. In: *Zdravotnictví a medicína* [online]. 2002 [cit. 2015-01-29]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/eutanazie-poznamky-o-teorii-a-praxi-149674>

13. MADĚROVÁ, Lucie. Legalizace eutanazie. In: *Epravo.cz* [online]. 2011 [cit. 2015-03-04]. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/clanky/legalizace-eutanazie-75641.html>
14. MELVIN, Don. French bill would allow terminally ill to be 'deeply sedated' until death. In: *CNN.com* [online]. 2015 [cit. 2015-04-08]. Dostupné z: <http://edition.cnn.com/2015/03/17/europe/france-terminally-ill-medical-sedation-vote/>
15. NICOL, Julia; TIEDEMANN, Marlisa; VALIQUET, Dominique. Euthanasia and Assisted Suicide: International Experiences. *Parliament of Canada Web Site* [online]. 2011, 2013 [cit. 2015-02-03]. Dostupné z: <http://www.parl.gc.ca/Content/LOP/ResearchPublications/2011-67-e.htm#ftn84>
16. Nizozemsko zavedlo rozvoz eutanazie až do domu. In: *Česká televize* [online]. 2012 [cit. 2015-02-02]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/svet/166466-nizozemsko-zavedlo-rozvoz-eutanazie-az-do-domu/>
17. NOVOTNÁ, Irena. Etické rozhledy – Lidská důstojnost, lidskost 2. In: *Třetí věk – stránky pro důchodce a seniory* [online]. 2010 [cit. 2015-03-27]. Dostupné z: <http://www.tretivek.cz/201003/eticke-rozhledy-lidska-dustojnost-lidskost-2/>
18. Přelomové rozhodnutí ve Francii. Soud rozhodl o eutanazii. In: *Týden.cz* [online]. 2014 [cit. 2015-04-07]. Dostupné z: http://www.tyden.cz/rubriky/zahranici/evropa/prelomove-rozhodnuti-ve-francii-soud-rozhodl-o-eutanazii_311056.html#.VSQio9ysUiZ
19. SAUNDERS, Peter. 20 things you might not know about assisted suicide in Europe. *NRL News Today* [online]. 2013 [cit. 2015-02-02]. Dostupné z: <http://www.nationalrighttolifenews.org/news/2013/07/20-things-you-might-not-know-about-assisted-suicide-in-europe/#.VM-J1NKG8iY>
20. *Respektování lidské důstojnosti: Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů* [online]. Cesta domů, 2004, s. 38 [cit. 2015-03-27]. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/res/data/028/003427.pdf>
21. Sebevražedná turistika si ve Švýcarsku vynutila změnu pravidel eutanazie. *Hospodářské noviny* [online]. 2009 [cit. 2015-02-03]. Dostupné z: <http://zahranicni.ihned.cz/c1-37751350-sebevrazedna-turistika-si-ve-svycarsku-vynutila-zmenu-pravidel-eutanazie>

22. SMOLKOVÁ, Michaela. ESLP: i přes zákonnou garanci Polsko efektivně brání interrupcím. *Bulletin Centra pro lidská práva a demokratizaci* [online]. 2012, IV., č. 11, s. 17 [cit. 2015-04-08]. Dostupné z: <http://www.centrumlidskaprava.cz/sites/centrumlidskaprava.cz/files/attachement/bulletin/bulletin-iv-11.pdf>
23. Švýcaři v referendu odmítli zakázat cizincům asistovanou eutanazii. *IDNES.cz* [online]. 2011 [cit. 2015-02-03]. Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/svycari-v-referendu-odmitli-zakazat-asistovanou-eutanazii-pro-cizince-1np-/zahranicni.aspx?c=A110515_151802_zahranicni_brm
24. Tisková zpráva ESLP, ze dne 7. 1. 2015, ve věci Lambert a další proti Francii, stížnost č. 46043/14 [online]. 2015 [cit. 2015-04-04]. Dostupné z: <http://hudoc.echr.coe.int/webservices/content/pdf/003-4974004-6097527>
25. WATERFIELD, Bruno. Number of Dutch killed by euthanasia rises by 13 per cent. *The Telegraph* [online]. 2013 [cit. 2015-02-02]. Dostupné z: <http://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/europe/netherlands/10330823/Number-of-Dutch-killed-by-euthanasia-rises-by-13-per-cent.html>
26. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life* [online]. 2014, 111 s. [cit. 2015-03-28]. Dostupné z: <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>

SOUDNÍ ROZHODNUTÍ

1. A, B, C proti Irsku, rozsudek Velkého senátu ESLP ze dne 16. 12. 2010, stížnost č. 25579/05. In: *HUDOC* [online]. ESLP, [cit. 2015-04-04]. Dostupné z: <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-102332>
2. Botta proti Itálii, rozsudek senátu ESLP ze dne 24. 2. 1998, stížnost č. 21439/93. In: *HUDOC* [online]. ESLP, [cit. 2015-04-04]. Dostupné z: <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-58140>
3. Gross proti Švýcarsku, rozhodnutí senátu (2. sekce) ESLP ze dne 14. 5. 2013, stížnost č. 67810/10. In: *HUDOC* [online]. ESLP, [cit. 2015-04-04]. Dostupné z: <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-119703>
4. Gross proti Švýcarsku, rozsudek Velkého senátu ESLP ze dne 30. 9. 2014, stížnost č. 67810/10. In: *HUDOC* [online]. ESLP, [cit. 2015-04-04]. Dostupné z: <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-146780>
5. Haas proti Švýcarsku, rozsudek senátu (1. sekce) ESLP ze dne 20. 1. 2011, stížnost č. 31322/07. In: *HUDOC* [online]. ESLP, [cit. 2015-04-04]. Dostupné z: <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-102940>

6. Hanzelkovi proti České republice, rozsudek senátu (5. sekce) ESLP ze dne 11. 12. 2014, stížnost č. 43643/10. In: *HUDOC* [online]. ESLP, [cit. 2015-04-04]. Dostupné z: <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-149016>
7. Christine Goodwin proti Spojenému království, rozsudek Velkého senátu ESLP ze dne 11. 7. 2002, stížnost č. 28957/95. In: *HUDOC* [online]. ESLP, [cit. 2015-04-04]. Dostupné z: <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-60596>
8. Koch proti Německu, rozsudek senátu (5. sekce) ESLP ze dne 19. 7. 2012, stížnost č. 497/09. In: *HUDOC* [online]. ESLP, [cit. 2015-04-04]. Dostupné z: <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-112282>
9. Nález Ústavního soudu ze dne 11.3.2003, sp.zn. I. ÚS 671/01. In: CODEXIS ACADEMIA [právní informační systém]. Atlas Consulting [cit. 2015-03-12].
10. Nález Ústavního soudu ze dne 27.11.2012, sp.zn. Pl. ÚS 1/12-1. In: CODEXIS ACADEMIA [právní informační systém]. Atlas Consulting [cit. 2015-03-04].
11. P. a S. proti Polsku, rozsudek senátu (4. sekce) ESLP ze dne 30. 10. 2012, stížnost č. 57375/08 In: *HUDOC* [online]. ESLP, [cit. 2015-04-04]. Dostupné z: <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-114098>
12. Pretty proti Spojenému království, rozsudek senátu (4. sekce) ESLP ze dne 29. 4. 2002, stížnost č. 2346/02. In: *HUDOC* [online]. ESLP, [cit. 2015-04-04]. Dostupné z: <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-60448>
13. Price proti Spojenému království, rozsudek senátu (3. sekce) ESLP ze dne 10. 7. 2001, stížnost č. 33394/96. In: *HUDOC* [online]. ESLP, [cit. 2015-04-04]. Dostupné z: <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-59565>
14. Rozsudek Vrchního soudu v Praze ze dne 17.7.1996, sp.zn. 8 To 25/96. Publikován ve Sbírce soudních rozhodnutí a stanovisek jako R 6/1998.
15. Sanles Sanles proti Španělsku, rozhodnutí senátu (4. sekce) ESLP ze dne 26. 10. 2000, stížnost č. 48335/99. In: *HUDOC* [online]. ESLP, [cit. 2015-04-04]. Dostupné z: <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-22151>
16. Selmouni proti Francii, rozsudek Velkého senátu ESLP ze dne 28. 7. 1999, stížnost č. 25803/94. In: *HUDOC* [online]. ESLP, [cit. 2015-04-04]. Dostupné z: <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-58287>
17. Ternovszky proti Maďarsku, rozsudek senátu (2. sekce) ESLP ze dne 14. 12. 2010, stížnost č. 67545/09. In: *HUDOC* [online]. ESLP, [cit. 2015-04-04]. Dostupné z: <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-102254>
18. Tysiac proti Polsku, rozsudek senátu (4. sekce) ESLP ze dne 20. 3. 2007, stížnost č. 5410/03. In: *HUDOC* [online]. ESLP, [cit. 2015-04-04]. Dostupné z: <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-79812>

19. Vo proti Francii, rozsudek Velkého senátu ESLP ze dne 8. 7. 2004, stížnost č. 53924/00. In: *HUDOC* [online]. ESLP, [cit. 2015-04-04]. Dostupné z: <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-61887>

PRÁVNÍ PŘEDPISY

UNIVERZÁLNÍ ÚROVEŇ

1. Všeobecná deklarace lidských práv a svobod ze dne 10. 12. 1948, přijata a vyhlášena rezolucí Valného shromáždění OSN č. 217/III.A [online]. Dostupné z: <http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/vseobecna-deklarace-lidskych-prav.pdf> [cit. 2015-04-04]
2. Vyhláška ministra zahraničních věcí č. 120/1976 Sb.m.s., o Mezinárodním paktu o občanských a politických právech a Mezinárodním paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech: Mezinárodní pakt o občanských a politických právech ze dne 19. 12. 1966. In: *CODEXIS ACADEMIA* [právní informační systém]. Atlas Consulting [cit. 2015-04-04].
3. Vyhláška ministra zahraničních věcí č. 143/1988 Sb., o Úmluvě proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání ze dne 10. 12. 1984. In: *CODEXIS ACADEMIA* [právní informační systém]. Atlas Consulting [cit. 2015-02-24].

REGIONÁLNÍ ÚROVEŇ

4. Sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí č. 209/1992 Sb., o sjednání Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod ze dne 4. 11. 1950. ve znění protokolů č. 11 a 14 [online]. Dostupné z: http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_CES.pdf [cit. 2015-04-04]
5. Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyhléditelně nemocných a umírajících. Charta práv umírajících [online]. Dostupné z <http://elearning.cestadomu.cz/pohled-na-prava.html> [cit. 2015-04-04]
6. Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 96/2001 Sb.m.s., o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně. In: *CODEXIS ACADEMIA* [právní informační systém]. Atlas Consulting [cit. 2015-02-24].
7. Listina základních práv Evropské unie ze dne 12. 12. 2007, ve znění publikovaném v Úředním věstníku EU pod č. 2012/C 326/02. In: *EUR-lex* [právní informační systém]. Úřad pro publikace Evropské unie [2015-04-04]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:083:0389:0403:cs:PDF>

VNITROSTÁTNÍ ÚROVEŇ

8. Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, ve znění pozdějších předpisů. In: *CODEXIS ACADEMIA* [právní informační systém]. Atlas Consulting [cit. 2015-02-29].
9. Usnesení předsednictva ČNR č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, ve znění pozdějších předpisů. In: *CODEXIS ACADEMIA* [právní informační systém]. Atlas Consulting [cit. 2015-02-29].
10. Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění zákona č. 466/2011 Sb. In: *CODEXIS ACADEMIA* [právní informační systém]. Atlas Consulting [cit. 2015-03-02].
11. Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění zákona č. 227/2009 Sb. In: *CODEXIS ACADEMIA* [právní informační systém]. Atlas Consulting [cit. 2015-02-24].
12. Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon), ve znění pozdějších předpisů. In: *CODEXIS ACADEMIA* [právní informační systém]. Atlas Consulting [cit. 2015-01-20].
13. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů. In: *CODEXIS ACADEMIA* [právní informační systém]. Atlas Consulting [cit. 2015-02-29].
14. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů. In: *CODEXIS ACADEMIA* [právní informační systém]. Atlas Consulting [cit. 2015-02-24].
15. Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *CODEXIS ACADEMIA* [právní informační systém]. Atlas Consulting [cit. 2015-02-25].
16. Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. In: *CODEXIS ACADEMIA* [právní informační systém]. Atlas Consulting [cit. 2015-02-24].
17. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 98/2012 Sb., ve znění vyhlášky č. 236/2013 Sb. In: *CODEXIS ACADEMIA* [právní informační systém]. Atlas Consulting [cit. 2015-03-02].
18. The Swiss Federal Criminal Code. Entered into force 21. 12. 1937. Status as of 1. 1. 2014. Dostupné z:
http://www.legislationline.org/download/action/download/id/5686/file/Swiss_CC_1937_am2014_en.pdf

19. The Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act. Entered into force 12. 4. 2001. Dostupné z:
http://www.patientsrightscouncil.org/site/wp-content/uploads/2012/05/Dutch_law_04_12.pdf
20. The Belgian Act of Euthanasia. Entered into force 28. 5. 2002. Dostupné z:
<http://www.ethical-perspectives.be/viewpic.php?TABLE=EP&ID=59>

ETICKÉ KODEXY

21. Doktorský slib studentů LF MU. In: MUNZAROVÁ, Marta. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2000, s. 27 - 28. ISBN 80-210-2417-8.
22. Hippokratova přísaha. In: MUNZAROVÁ, Marta. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2000, s. 6 - 7. ISBN 80-210-2417-8.
23. Stavovský předpis č. 10. Etický kodex České lékařské komory, ve znění k 22. 7. 2007. [online] Dostupné z:
http://www.lker.cz/doc/cms_library/10_sp_c_10_eticky_kodex-100217.pdf
[cit. 2015-01-29]
24. Ženevská deklarace (1948). In: MUNZAROVÁ, Marta. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2000, s. 16. ISBN 80-210-2417-8.

JINÉ

1. CENTRUM PRO VÝZKUM VEŘEJNÉHO MÍNĚNÍ. *Veřejné mínění o interrupci, eutanazii a trestu smrti – červen 2014*. Tisková zpráva. 2014. Dostupné z:
http://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c1/a7256/f3/ov140703.pdf
2. Důvodová zpráva k vládnímu návrhu 405/0 na vydání zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *CODEXIS ACADEMIA* [právní informační systém]. Atlas Consulting [cit. 2015-02-24].
3. Důvodová zpráva k zákonu č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. In: *CODEXIS ACADEMIA* [právní informační systém]. Atlas Consulting [cit. 2015-02-25].
4. Přednáška Elišky Wagnerové ze dne 18. 6. 2014, o pojetí lidské důstojnosti u příležitosti kolokvia Ústavního soudu s Aharonem Barakem [online]. [cit. 2015-03-27]. Dostupné z <http://eliskawagnerova.cz/aktuality/text-elisky-wagnerove-o-pojeti-lidske-dustojnosti-u-prilezitosti-kolokvia-ustavniho-soudu-s-aharonem-barakem/>

5. Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR: Postup poskytovatelů zdravotních služeb při propouštění novorozenců do vlastního sociálního prostředí. In: 2013, č. 8. Ke stažení: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c8/2013_8527_2793_11.html
6. Výbor OSN pro lidská práva, *Závěrečná doporučení: Nizozemí*, 27. 8. 2001, CCPR/CO/72/NET [online]. [cit. 2015-02-20] Dostupné z: <http://www.refworld.org/docid/3be1202a4.html>
7. Výbor OSN pro lidská práva, *Závěrečná doporučení: Nizozemí*, 25. 8. 2009, CCPR/C/NLD/CO/4 [online]. [cit. 2015-02-20]. Dostupné z: <http://www.refworld.org/docid/4aa7aa642.html>
8. Vysvětlující zpráva k Úmluvě na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině [online]. [cit. 2015-03-04]. Dostupné z: <http://www.rozario.cz/index.php/pravo/pravni-normy/46-vysvetlujici-zprava-k-umluv-o-lidskych-pravech-a-biomedicin>

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA Č. 1: HIPPOKRATOVA PŘÍSAHA

Přísahám a volám Apollóna lékaře a Asklépia a Hygieiu a Panakín a všechny bohy a bohyně za svědky, že budu tuto smlouvu a přísahu dle svých možností a dle svého svědomí dodržovat.

Toho, kdo mě naučil umění lékařskému, budu si vážit jako svých rodičů a budu ho ze svého zajištění podporovat. Když se dostane do nouze, dám mu ze svého, stejně jako i jeho potomkům dám a budou pro mne jako moji bratři. Pokud po znalosti tohoto umění (lékařského) zatouží, budu je vyučovat zdarma a bez smlouvy. Seznámím své syny a syny svého učitele a všechny ustanovené a na lékařský mrav přísahající s předpisy, přednáškami a se všemi ostatními radami. Jinak však s nimi neseznámím nikoho dalšího.

Lékařské úkony budu konat v zájmu a ve prospěch nemocného, dle svých schopností a svého úsudku. Vystříhám se všeho, co by bylo ke škodě a co by nebylo správné.

Nepodám nikomu smrtící prostředek, ani kdyby mne o to kdokoli požádal, a nikomu také nebudu radit (jak zemřít). Žádné ženě nedám prostředek k vyhnání plodu.

Svůj život uchovám v čistotě a bohabojnosti, stejně tak i své lékařské umění. Nebudu (lidské tělo) řezat, ani ty, co trpí kameny, a tento zákrok přenechám mužům, kteří takovéto řemeslo provádějí.

Do všech domů, kam vstoupím, budu vstupovat ve prospěch nemocného, zbaven každého vědomého bezpráví a každého zlého činu. Zvláště se vystříhám pohlavního zneužití žen i mužů, svobodných i otroků. Cokoli, co při léčbě i mimo svou praxi ve styku s lidmi uvidím a uslyším, co se nesmí sdělit, to zamlčím a uchovám v tajnosti.

Když tuto přísahu dodržím a neporuším, necht' ve svém životě i ve svém umění skromně dopředu postoupím. Tak získám si vážnost všech lidí po všechny ty časy. Když ale zákazy přestoupím a přísahu poruším, necht' stane se pravý opak.

PŘÍLOHA Č. 2: ŽENEVSKÁ DEKLARACE

V okamžiku, v němž budu přijat jako člen lékařské profese:

Slavnostně slibuji, že zasvětil svůj život službě lidství; Svým učitelům budu projevovat úctu a vděčnost, která jim náleží;

Své povolání budu vykonávat se svědomitostí a s důstojností; Zdraví mého pacienta bude mým prvořadým zájmem; Budu ctít tajemství, která mně byla svěřena, a to dokonce i po smrti pacienta; Budu udržovat všemi prostředky, které jsou v mých silách, dobré jméno a ušlechtilé tradice lékařské profese; Moji kolegové budou mými bratry; Nedopustím, aby úvahy o náboženství, národnosti, rase, politické straně nebo sociálním postavení zasahovaly mezi mé povinnosti a mého pacienta; Budu zachovávat tu nejvyšší úctu k lidskému životu od jeho počátku a to dokonce i pod hrozbou a nepoužiji svých lékařských znalostí v protikladu k zákonům lidství;

Toto vše slibuji slavnostně, svobodně a na svou čest.

PŘÍLOHA Č. 3: LÉKAŘSKÝ SLIB STUDENTŮ LÉKAŘSKÉ FAKULTY MASARYKOVY UNIVERZITY

Promotor:

Vážení doktorandi, ukončili jste studium na lékařské fakultě Masarykovy univerzity a úspěšně vykonali všechny zkoušky předepsané pro ty, kdož chtějí dosáhnout titulu doktora medicíny. Obracíte se na nás se žádostí, aby Vám byl na tomto slavnostním shromáždění tento titul udělen.

Dříve však musíte složit slib, že se vždy budete chovat tak, jak to přikazuje titul, který máte obdržet.

Slibíte tedy České republice a jejímu lidu:

Především, že vždy zaměříte své vědomosti ku prospěchu člověka, své povinnosti budete konat řádně, svědomitě, laskavě a s plným vědomím své odpovědnosti a budete stále prohlubovat a rozvíjet své vědecké poznání.

Dále, že vždy budete podle svého nejlepšího vědomí řídit život zdravých i nemocných vždy jen k jejich prospěchu, zachováte svůj život a své lékařské umění čisté a bezúhonné a při každém jednání se zdravým a nemocným budete mít na mysli jen dobro člověka; že to co uvidíte v životě lidí nebo uslyšíte při výkonu svého povolání, nebudete rozšiřovat před nepovolanými.

Konečně, že vždy uchováte ve vděčné paměti Masarykovu univerzitu a její lékařskou fakultu, na níž jste vystudovali, a budete ji v práci a snažení podporovat podle svých možností. Jste hotovi složit tento slavný slib, jsouce si vědomi jeho závaznosti?

Doktorandi:

Zavazuji se a slibuji.

PŘÍLOHA Č. 4: ETICKÝ KODEX ČLK

§ 1 Obecné zásady

- (1) Stavovskou povinností lékaře je péče o zdraví jednotlivce i celé společnosti v souladu se zásadami lidskosti, v duchu úcty ke každému lidskému životu od jeho počátku až do jeho konce a se všemi ohledy na důstojnost lidského jedince.
- (2) Úkolem lékaře je chránit zdraví a život, mírnit utrpení, a to bez ohledu na národnost, rasu, barvu pleti, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sociální postavení, sexuální orientaci, věk, rozumovou úroveň a pověst pacienta či osobní pocity lékaře.
- (3) Lékař má znát zákony a závazné předpisy platné pro výkon povolání a tyto dodržovat. S vědomím osobního rizika se nemusí cítit být jimi vázán, pokud svým obsahem nebo ve svých důsledcích narušují lékařskou etiku či ohrožují základní lidská práva.
- (4) Lékař je povinen být za všech okolností ve svých profesionálních rozhodnutích nezávislý a odpovědný.
- (5) Lékař uznává právo každého člověka na svobodnou volbu lékaře.

§ 2 Lékař a výkon povolání

- (1) Lékař v rámci své odborné způsobilosti a kompetence svobodně volí a provádí ty preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a které pro nemocného považuje za nejvýhodnější. Přitom je povinen respektovat v co největší možné míře vůli nemocného (nebo jeho zákonného zástupce).
- (2) Každý lékař je povinen v případech ohrožení života a bezprostředního vážného ohrožení zdraví neodkladně poskytnout lékařskou pomoc.
- (3) Lékař musí plnit své povinnosti v situacích veřejného ohrožení a při katastrofách přírodní nebo jiné povahy.
- (4) Lékař má právo odmítnout péči o nemocného z odborných důvodů nebo je-li pracovně přetížen nebo je-li přesvědčen, že se nevytvořil potřebný vztah důvěry mezi ním a pacientem. Je však povinen doporučit a v případě souhlasu zajistit vhodný postup v pokračování léčby.
- (5) Lékař nemůže být donucen k takovému lékařskému výkonu nebo spoluúčasti na něm, který odporuje jeho svědomí.
- (6) Lékař nesmí předepisovat léky, na něž vzniká závislost, nebo které vykazují účinky dopingového typu k jiným než léčebným účelům.

- (7) Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné.
- (8) U transplantací se lékař řídí příslušnými předpisy. Odběru tkání a orgánů nesmí být zneužito ke komerčním účelům.
- (9) Lékař je v zájmu pacienta povinen důsledně zachovávat lékařské tajemství, s výjimkou případů, kdy je této povinnosti souhlasem pacienta zbaven nebo když je to stanoveno zákonem.
- (10) Lékař, který vykonává své povolání, je povinen odborně se vzdělávat.
- (11) Lékař je povinen při výkonu povolání vést a uchovávat řádnou dokumentaci písemnou nebo jinou formou. ve všech případech je nutná přiměřená ochrana znemožňující změnu, zničení nebo zneužití.
- (12) Lékař nesmí své povolání vykonávat formou potulné praxe.
- (13) Lékař nesmí sám nebo po dohodě s jinými ordinovat neúčelné léčebné, diagnostické a jiné úkony ze zjištěných motivů. V rámci své pravomoci nesmí poskytovat odborně neodpovídající vyjádření, z nichž by plynuly občanům neoprávněné výhody.
- (14) Pokud lékař doporučuje ve své léčebné praxi léky, léčebné prostředky a zdravotní pomůcky, nesmí se řídit komerčními hledisky, ale výhradně svým svědomím a prospěchem pacienta.
- (15) Lékař se podle svého uvážení účastní na prezentaci a diskusi medicínských témat na veřejnosti, v tisku, v televizi, rozhlasu, musí se však vzdát individuálně cílených lékařských rad a doporučení ve svůj soukromý prospěch.
- (16) Lékař se musí zdržet všech nedůstojných aktivit, které přímo nebo nepřímo znamenají propagaci nebo reklamu jeho osoby a lékařské praxe a ve svých důsledcích jsou agitační činností, cílenou na rozšíření klientely. Nesmí rovněž tyto aktivity iniciovat prostřednictvím druhých osob.
- (17) Nový způsob léčení je možné použít u nemocného až po dostatečných biologických zkouškách, za podmínek dodržení Helsinské konvence a Norimberského kodexu, pod přísným dohledem a pouze tehdy, pokud pacienta nepoškozují.
- (18) Lékař si má být vědom své občanské úlohy i vlivu na okolí.

§ 3 Lékař a nemocný

- 1) Lékař plní vůči každému nemocnému své profesionální povinnosti. Vždy včas a důsledně zajistí náležitá léčebná opatření, která zdravotní stav nemocného vyžaduje.
- (2) Lékař se k nemocnému chová korektně, s pochopením a trpělivostí a nesníží se k hrubému nebo nemravnému jednání. Bere ohled na práva nemocného.
- (3) Lékař se má vzdát paternalitních pozic v postojích vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy i povinnostmi, včetně zodpovědnosti za své zdraví.
- (4) Lékař je povinen pro nemocného srozumitelným způsobem odpovědně informovat jeho nebo jeho zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčení mohou nastat.
- (5) Lékař nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem.

§ 4 Vztahy mezi lékaři

- (1) Základem vztahů mezi lékaři je vzájemně čestné, slušné a společensky korektní chování spolu s kritickou náročností, respektováním kompetence a přiznáním práva na odlišný názor.
- (2) Lékař v zájmu své stavovské cti i s ohledem na pověst lékařské profese nesmí podceňovat a znevažovat profesionální dovednosti, znalosti i poskytované služby jiných lékařů, natož používat ponižujících výrazů o jejich osobách, komentovat nevhodným způsobem činnost ostatních lékařů v přítomnosti nemocných a nelékařů.
- (3) Lékař kolegiálně spolupracuje s těmi lékaři, kteří současně nebo následně vyšetřují či léčí stejného pacienta. Předává-li z důvodných příčin nemocného jinému lékaři, musí mu odevzdat zjištěné nálezy a informovat ho o dosavadním průběhu léčby.
- (4) Lékař je povinen požádat dalšího nebo další lékaře o konzilium vždy, když si to vyžádají okolnosti a nemocný souhlasí. Je právem lékaře navrhnout osobu konzultanta. Závěry konziliárního vyšetření mají být dokumentovány zásadně písemnou formou a je povinností o nich informovat nemocného, se zvláštním důrazem tehdy, pokud se názory lékařů liší, a je právem lékaře vzdát se dalšího léčení, pokud se nemocný přikloní k jinému názoru konzultanta.
- (5) Lékař musí svou praxi vykonávat zásadně osobně. Zastupován může být jen dočasně, a to lékařem vedeným v seznamu České lékařské komory a splňujícím potřebné odborné předpoklady.

§ 5 Lékař a nelékař

1) Lékař spolupracuje se zdravotními pracovníky vyškolenými v různých specializovaných činnostech. Pověří-li je diagnostickými nebo léčebnými úkoly a dalšími procedurami, musí se přesvědčit, zda jsou odborně, zkušenostmi i zodpovědností způsobilí tyto úkony vykonávat.

(2) Lékaři není dovoleno vyšetřovat nebo léčit s osobou, která není lékařem a nepatří k zdravotnímu personálu. Tyto osoby nesmějí být přítomny ani jako diváci při lékařských výkonech. Výjimkou z uvedených zásad jsou osoby, které se u lékaře vzdělávají, nebo pracují v lékařských oborech a dalších osob, s jejichž přítomností pacient souhlasí, pokud není lékařsky zdůvodněných námitek.

Závěrečná ustanovení

§ 6 Účinnost

(1) Tento Stavovský předpis č. 10 - Etický kodex České lékařské komory nabývá účinnosti dne 1. 1. 1996.

(2) Tento Stavovský předpis č. 10 – Etický kodex České lékařské komory byl novelizován rozhodnutím představenstva ČLK dne 22. 6. 2007 a nabývá účinnosti dne 22. 7. 2007