

Univerzita Palackého v Olomouci

Právnická fakulta

Mgr. Zuzana Suchá

Negativní revers: teoretickoprávní aspekty odmítnutí zdravotních služeb

Rigorózní práce

Olomouc 2024

Prohlašuji, že jsem rigorózní práci na téma Negativní revers: teoretickoprávní aspekty odmítnutí zdravotních služeb vypracovala samostatně a citovala jsem všechny použité zdroje. Dále prohlašuji, že vlastní text této práce včetně poznámek pod čarou má 196.402 znaků včetně mezer.

V Olomouci dne 18.11.2024

Mgr. Zuzana Suchá

Obsah

ÚVOD	5
1. Autonomie pacienta – úvod do problematiky negativního reversu	8
1.1. Přístupy ke vztahu mezi lékařem a pacientem	8
1.1.1. Paternalismus (a některé jeho prvky v moderní medicíně)	8
1.1.2. Thomasma a Pellegrino: obnova modelu beneficence	10
1.1.3. Katzův princip sdíleného rozhodování	12
1.1.4. Autonomní autorizace podle Faden a Beauchampa	14
2. Vymezení souvisejících pojmů	16
2.1. Zdravotní služby a zdravotní péče	16
2.2. Zdravotní zákrok	17
2.3. Pacient, ošetřovaný	17
2.4. Poskytovatel zdravotních služeb, zdravotnické zařízení a ošetřující zdravotnický pracovník	17
3. Vymezení pojmu negativní revers	19
3.1. Obecný rámec	19
3.2. Náležitosti negativního reversu	20
4. Informované odmítnutí zdravotní péče	23
4.1. Rozsah a způsob poučení	23
4.1.1. Kdo a kdy podává informace	23
4.1.2. Zákonný rámec	24
4.1.3. Standardy poučení	25
4.2. Obsah poučení	28
4.2.1. Diagnóza a prognóza	28
4.2.2. Léčebný postup	28
4.2.3. Léčebné alternativy	30
4.2.4. Další potřebná léčba a opatření	31
4.2.5. Rozsah podávaného poučení	31
4.2.6. Vzdání se podání informace	32
5. Právo nevědět vs. povinnost informovat	33
6. Povinnost lékaře vs. právo pacienta	36
6.1. Lékař a jeho odpovědnost v judikatuře	37
6.2. Právní formalismus v lékařské praxi	39
7. Vývoj práva odmítnout zdravotní péči	41
7.1. Zákon o péči o zdraví lidu	41
7.2. Partnerský vztah mezi lékařem a pacientem?	43

7.3.	Období transformace.....	44
8.	Zvláštní případy „nesouhlasu“	46
8.1.	Odmítnutí zdravotní péče formou dříve vysloveného přání	46
8.1.1.	Zákonné limity dříve vysloveného přání	46
8.1.2.	„Žádná krev“	49
8.1.3.	Odpojení od přístrojů.....	51
8.2.	Odvolání souhlasu	51
8.2.1.	Požadavky na poučení	52
8.2.2.	Požadavky na formu	53
8.3.	Konkludentní odmítnutí zdravotní péče	53
8.4.	Odmítání klasické medicíny	54
8.4.1.	Rizika alternativní medicíny	55
8.4.2.	Přístup lékaře k pacientově volbě	56
8.4.3.	Německá judikatura.....	57
8.4.4.	Úprava léčitelských služeb?	59
8.5.	Pasivní euthanasie	59
9.	Negativní revers a nezletilí pacienti	62
9.1.	Střet názorů	63
9.2.	Hledisko zralosti.....	64
9.3.	Nezletilí pacienti v judikatuře	66
9.3.1.	Posuzování nejlepšího zájmu dítěte (v rozhodovací praxi)	71
10.	Negativní revers a osoby postrádající rozhodovací schopnosti	73
10.1.	Nástroje pro hodnocení rozhodovací kompetence pacientů.....	73
10.2.	Osoby omezené v rozhodovacích schopnostech	76
10.2.1.	Osoby omezené ve svéprávnosti	77
10.2.2.	Osoby nikoliv omezené ve svéprávnosti	78
10.3.	Judikatura a pacienti postrádající rozhodovací schopnosti.....	78
	ZÁVĚR	83
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	86
	Abstrakt	95
	Abstract	96
	Klíčová slova	97
	Key words	97

ÚVOD

Právo odmítnout zdravotní péči je důsledkem doktríny informovaného souhlasu, a představuje tak jedno z klíčových práv pacienta. Vychází z principu respektu k autonomii člověka a jeho výsostného práva rozhodovat o svém vlastním těle a zdraví. Zatímco informovaný souhlas představuje frekventovaný předmět akademických prací i debat, jeho protější pól v podobě negativního reversu se často pohybuje spíše v periferní oblasti zájmu. Tato práce tedy má za cíl nabídnout ucelený a komplexní pohled na danou problematiku.

Práce je rozdělena do deseti kapitol, přičemž každá z nich pojímá dílčí otázku daného tématu. Její struktura je vytvořena tak, aby umožnila systematické zpracování všech významných aspektů negativního reversu. Úkolem této práce je tedy komplexně představit problematiku odmítnutí zdravotní péče a odpovědět na několik dílčích otázek, které při studiu tohoto tématu vyvstávají. Je ovšem nutné také podotknout, že se jedná o téma natolik široké a komplexní, že jej touto prací zcela pokrýt nelze.

Práce se ve svém úvodu zaměřuje na různé modely vztahu mezi lékařem a pacientem. Tyto se vzájemně odlišují velikostí prostoru, který je ponechán autonomii pacienta, a postavením lékaře při rozhodování o léčbě. Práce přináší srovnání jednotlivých modelů a jejich kritické zhodnocení. Dále se snaží najít odpověď na otázku, které z modelů mohou obstát v dnešní době a kde jsou jejich limity.

Podstatná část práce je dále zaměřena na právní úpravu negativního reversu s důrazem na jeho formální náležitosti. Detailně jsou zkoumána práva a povinnosti lékaře a pacienta v případě odmítnutí zdravotní péče. Zvláštní pozornost je potom zaměřena na situace, kdy se tato práva a povinnosti mohou dostat do kolize. Důležitou součástí práce jsou tedy také úvahy o konfliktech mezi právem pacienta rozhodovat o svém zdravotním stavu a povinností lékaře jednat v souladu se zákonem a lékařskou etikou. V práci je rovněž řešeno, zda se pacient může účinně dovolávat práva nevědět, pokud současně odmítá zdravotní služby. Zákon o zdravotních službách totiž naznačuje, že pacient by v takovém případě i přesto měl být poučen.

Byť je práce orientována zejména na právo pacienta odmítnout zdravotní péči, nabízí na danou problematiku rovněž pohled z pozice lékaře. Práce se snaží najít odpověď na to, jakým výzvám mohou lékaři čelit v případě, kdy pacient odmítá jimi navrženou a doporučenou zdravotní péči. Část práce je věnována taktéž povinnosti lékaře poskytnout pacientovi

adekvátní poučení, které pro pacienta hraje klíčovou roli v jeho rozhodovacím procesu. V tomto ohledu je zkoumáno, jak by mělo poučení pacienta vypadat v ideálním případě.

Pro pochopení tématu je nutné věnovat pozornost tomu, jak se vyvíjelo právo pacienta odmítnout zdravotní péči. Významnou část práce tedy tvoří zasazení tématu do společensko-historických souvislostí. Práce má za úkol poskytnout odpověď na to, jak se role pacienta v rozhodovacím procesu proměňovala v čase a co ovlivnilo její moderní podobu. V tomto kontextu je mapována zejména cesta k posílení autonomie pacienta.

Práce se dále věnuje některým zvláštním případům odmítnutí zdravotní péče a rozebírá s tím související etické a právní otázky. Mezi tyto případy je zařazeno odmítnutí zdravotních služeb formou dříve vysloveného přání. Zjišťováno je zejména to, jakým způsobem se dá tento institut reálně prakticky využít. Práce se dále zaměřuje na problematiku odmítání krevních derivátů členy náboženských skupin či na odpojení od přístrojů. Blíže je zkoumána rovněž možnost odvolání souhlasu s léčbou, které má fakticky obdobné důsledky jako odmítnutí zdravotních služeb, zákonem na něj však nejsou kladeny srovnatelné požadavky. Část práce se věnuje konkludentnímu odmítnutí zdravotní péče. V této souvislosti se práce soustředí na to, jak postupovat v případě, kdy pacient svévolně opustí zdravotnické zařízení. Práce nabízí též pohled na odmítání klasické medicíny za současného upřednostnění alternativních léčebných metod. Cílem je odhalit systémové problémy při práci s pacienty v těchto situacích. Rovněž má být nahlédnuto na specifické výzvy pro zdravotnické pracovníky, které s sebou tyto situace přináší. Práce také nalézá styčné plochy mezi odmítnutím zdravotní péče a euthanasií.

Zvláštní kapitola je věnována problematice odmítání zdravotní péče u nezletilých pacientů. V tomto ohledu je zjišťováno, jakým způsobem se mohou nezletilí pacienti podílet na rozhodování o své léčbě, a zda je v tomto procesu dostatečně chráněna jejich autonomie. Právo odmítnout zdravotní péči je zkoumáno také u osob, které nejsou schopné svou vůli projevit právně relevantním způsobem. Práce hledá odpověď na otázku, jakým způsobem je hodnocena rozhodovací kompetence pacientů a pro tyto účely také představuje některé nástroje, které mohou toto hodnocení usnadnit. U obou skupin pacientů je nutné akcentovat potřebu zvýšené právní ochrany, ale také nutnost respektovat jejich názory a přání týkající se poskytování zdravotních služeb.

V textu je pracováno jak s aktuálními, tak s historickými právními předpisy. Tyto jsou kriticky hodnoceny z hlediska jejich způsobilosti poskytovat dostatečnou ochranu autonomie pacienta své doby. Významný zdroj představuje také česká i zahraniční judikatura, která nabízí cenné příklady z právní praxe v různých kontextech. Zahraniční judikatura z prostředí vyspělých právních systémů může být inspirací pro rozhodovací činnost soudů v České republice. Zároveň dává jistá vodítka, jak přistupovat k ochraně práv pacientů při odmítání zdravotní péče, a to zejména z hlediska jejich informovanosti a práva na autonomní rozhodování. Práce dále čerpá z monografií, jakož i českých a zahraničních odborných článků. Zároveň však přesahuje rámec právní úpravy dotčené problematiky a zabývá se taktéž morálními a etickými aspekty tématu. Zdravotnický personál se totiž často ocitá ve složitých situacích, kdy musí čelit konfliktu mezi svým profesním posláním a právem pacienta na rozhodování o vlastním zdravotním stavu. Práce tedy nabízí analýzu dotčené problematiky i z hlediska zdravotnické etiky.

Výsledky této práce by mohly přinést nové podněty pro úvahy o některých souvisejících etických otázkách, jakož i relevantní postřehy pro právní a zdravotnickou praxi.

1. Autonomie pacienta – úvod do problematiky negativního reversu

„Nad sebou samým, nad svým vlastním tělem a myslí je jedinec suverénní.“ Tak zní slova z pera britského filozofa Johna Stuarta Milla, který ve svém díle „O svobodě“ tuto myšlenku dále rozvádí tezí, že nikoho nelze oprávněně nutit, aby konal to, co je pro něj lepší jen proto, že podle názoru ostatních by to bylo moudré nebo dokonce správné. V takové situaci jsou sice dány dobré důvody k tomu, abychom danému člověku domlouvali, nikdy jej však nesmíme nutit či postihovat zlem v případě, že by se rozhodl jednat jinak.¹ Millův respektující přístup k autonomii vůle se ve své podstatě promítá i do problematiky negativního reversu – tedy práva pacienta odmítnout zdravotní péči, a představuje tak vhodné vodítko k jeho porozumění. Přesto, že se výše popsané pojetí svobody člověka jeví naprosto samozřejmým a přirozeným, je autonomie vůle pacienta pojmem, který jsme se naučili skloňovat teprve nedávno. Je to právě otázka negativního reversu, která v praxi prověřuje, do jaké míry je současnému pacientu umožněno vymanit se z historicky zakořeněného paternalistického sevření při poskytování zdravotních služeb.

1.1. Přístupy ke vztahu mezi lékařem a pacientem

1.1.1. Paternalismus (a některé jeho prvky v moderní medicíně)

Americký filozof Gerald Dworkin definoval paternalismus jako zásah ze strany státu nebo jednotlivce do života jiné osoby proti její vůli, který je ospravedlňován nebo motivován tvrzením, že osoba, do jejíhož práva je zasahováno, se bude mít lépe nebo bude chráněna před újmou.² V tomto typu vztahu v medicíně tedy pacient není rovnoprávný s lékařem, ale nachází se v podřízeném postavení. Cílem paternalismu je zajistit, aby se pacientovi dostalo takové zdravotní péče, která mu co nejvíce prospěje. V rámci tohoto modelu jsou pacientovi zpravidla poskytovány pouze vybrané informace o jeho zdravotním stavu, které ho mají přimět k tomu, aby souhlasil se zákrokem, jenž pro něj zvolil lékař. V krajním případě lékař autoritativně informuje pacienta pouze o tom, kdy zákrok proběhne. Paternalistický model totiž předpokládá,

¹ MILL, John Stuart. *On Liberty*. 3. vydání. Londýn: Longman, Green, Longman, Roberts & Green. 1864, s. 22.

² DWORKIN, Gerald. *Paternalism* [online]. Stanford Encyclopedia of Philosophy, 6. listopadu 2002 [cit. 7. dubna 2024]. Dostupné z: <https://plato.stanford.edu/entries/paternalism/>

že existují společná objektivní kritéria, pomocí nichž lze určit, co je pro člověka nejlepší. Lékař tudíž nemá problém nejlepší zájem pacienta identifikovat i bez jeho účasti.³

Moderní medicína se vůči paternalismu vymezuje. Tento model se v dnešní době již považuje za překonaný a vyvolává spíše negativní konotace. Jeho kritika se opírá o argument, že lékaři dostatečně neznají přání a potřeby svých pacientů, aby za ně mohli rozhodovat. Dále je kritizováno, že vlastní motivy a zájmy lékaře se mohou dostat do konfliktu se zájmy pacienta.⁴ Dnes je obecně uznáváno, že byť pacient (mnohdy) postrádá odborné znalosti z oboru medicíny, je jednoznačně tou nejpovolanější osobou, která by měla rozhodovat o svém zdravotním stavu. Je to totiž právě on, koho se dané rozhodnutí nejcitelněji dotkne.

Nelze ovšem pominout dlouhou tradici, která paternalismus provázela. Podle zastánců paternalismu tento přístup oproti autonomnímu modelu například nabízí výhodu spočívající v tom, že pacienti neupřednostní krátkodobé uspokojení před výhodami, které jim může přinést léčba v dlouhodobějším horizontu. Další pro-paternalistický argument představuje to, že lékaři jsou na rozdíl od pacientů odborníky školenými v řešení problémů. Jsou tedy údajně ve výhodnější a kvalifikovanější pozici, z níž mohou učinit pro pacienta co možná nejlepší rozhodnutí. Paternalistický model taktéž předjímá, že pacient v otázce svého zdravotního stavu mnohdy nedokáže zůstat objektivní, což mu může být na škodu.⁵ Moderní právní předpisy kladoucí důraz na autonomii pacienta se nicméně s paternalistickým přístupem neslučují. Ve větší či menší míře se však lze s paternalismem v určité formě setkat dodnes.

Některé prvky paternalismu mohou i nadále vstupovat do hry v případech, kdy z objektivních či ospravedlnitelných důvodů není možné respektovat pacientovu autonomii. Mezi ně patří například situace, kdy si pacientův zdravotní stav žádá neodkladný a pohotový zásah lékaře, bez něhož by mohlo dojít k vážnému ohrožení zdraví nebo života pacienta. Vychází se při tom z předpokladu, že pacient má zájem chránit svůj život a zdraví. Autonomie je dále upozaděna v případech, kdy pacient trpí infekční nebo jinou nemocí, kterou může ohrozit zdraví nebo život dalších osob. V tomto kontextu se hodí zmínit také případy, kdy lékař využije institutu terapeutického privilegia a před pacientem záměrně zamlčí informace o jeho zdravotním stavu,

³ EZEKIEL, J. a kol. [online]. *Four Models of the Physician-Patient Relationship* [online]. The Journal of the American Medical Association, duben 1992 [cit. 24. srpna 2024]. Dostupné z: https://www.unlv.edu/sites/default/files/story_attachments/1111/11.08.18%20SOM%20Journal%20Club%20Article.pdf

⁴ WEISS, Gary B. *Paternalism modernised* [online]. Journal of Medical Ethics, prosinec 1985 [cit. 24. srpna 2024]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1375206/?page=1>

⁵ Ibid.

jejichž sdělení by dle jeho názoru bylo pacientovi na újmu.⁶ V literatuře je možné setkat s pojmem „slabý“ (weak) nebo někdy taktéž „limitovaný“ (limited) paternalismus. Tímto se rozumí situace, kdy není respektováno přání pacienta, který není schopen učinit rozumné rozhodnutí, protože nechápe důsledky svého jednání.⁷ Pacient se taktéž může účastnit paternalistického modelu vztahu mezi lékařem a pacientem zcela dobrovolně například tím, že se vzdá podání informace a veškeré rozhodování ponechá na lékaři.

Existují tedy případy, kdy může požadavek na respektování autonomie představovat hrozbu pro samotného pacienta nebo dokonce pro celou společnost. Tyto někdy mohou vést zpět k paternalistickému modelu, který má nicméně jiný rozměr než v minulosti. Cílem totiž je aplikovat jej pouze do té doby, než pacient pokud možno znovu získá schopnost autonomního rozhodování.⁸ Nemožnost respektovat autonomii pacienta je však v těchto případech vždy důsledně vyvážena etickými principy, které spočívají v povinnosti usilovat o blaho pacienta (beneficence) a naopak se vyvarovat postupů, kterými by mu mohla být způsobena újma (nonmaleficence).⁹

1.1.2. Thomasma a Pellegrino: obnova modelu beneficence

K zastáncům modelu beneficence se řadí Edmund Pellegrino a David Thomasma. Ti svou knihou s názvem „*For the Patient's Good. The Restoration of Beneficence in Health Care*“ z roku 1988 navazují na hippokratovskou tradici, kterou mají za cíl představit v novém, modernějším hávu. Beneficence je podle nich konkurenčním modelem ve vztahu k autonomii a paternalismu, který je kombinací toho nejlepšího z obou uvedených. Paternalistický model kritizují jako přehnaně autoritativní. Uznávají totiž, že mnohdy lékař nemůže pacienta vyléčit jen tím, že jej zbaví nemoci. Omezit autonomii pacienta podle nich znamená zbavit ho jedné z podstatných složek jeho vlastního dobra, což se neslučuje s podstatou medicíny jako takové.¹⁰ Zároveň

⁶ CONSADINE, Claire. *Autonomy and Paternalism in Medicine* [online]. Soaring: A Journal of Undergraduate Research, 2023 [cit. 24. srpna 2024]. Dostupné z:

<https://fisherpub.sjf.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1017&context=soaring>

⁷ KOPELMAN, Loretta M. *On Distinguishing Justifiable from Unjustifiable Paternalism* [online]. AMA Journal of Ethics, únor 2004 [cit. 24. srpna 2024]. Dostupné z: <https://journalofethics.ama-assn.org/article/distinguishing-justifiable-unjustifiable-paternalism/2004-02>

⁸ CONSADINE, Claire. *Autonomy and Paternalism in Medicine* [online]. Soaring: A Journal of Undergraduate Research, 2023 [cit. 24. srpna 2024]. Dostupné z:

<https://fisherpub.sjf.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1017&context=soaring>

⁹ Ibid.

¹⁰ PELLEGRINO, Edmund D., THOMASMA, David C. *For the Patient's good. The Restoration of Beneficence in Health Care*. 1. vydání. New York: Oxford University Press, 1988, s. 23.

odmítají i autonomní model, který naproti tomu podle nich dostatečně nezohledňuje vliv pacientovy nemoci na jeho autonomii, a ignoruje tak pacientovo potenciálně zranitelné postavení ve vztahu s lékařem. Autoři totiž zastávají názor, že i krátká nemoc dokáže v člověku vyvolat úzkost, strach nebo zlost, což může vést k rozhodnutí, které by za běžných okolností neučinil. Pacienti se podle nich začnou příliš zabývat svou nemocí, a své tělo tak mohou začít vnímat jako nástroj, který je zklamal. I v případě, kdy pacient své zdraví odmítá, má lékař podle autorů povinnost jednat „pro dobro jeho těla“.¹¹

Medicína jako lidská činnost je podle autorů nutně formou beneficence,¹² za její absolutní morální princip považují povinnost jednat v nejlepším zájmu pacienta.¹³ Nejlepší zájem pacienta je však podle nich úzce spjat s preferencemi pacienta, které určují, jak má lékař v konkrétním případě postupovat.¹⁴ K omezení pacientovy autonomie dle tohoto přístupu musí dojít tehdy, když je to pro pacienta přínosné. Tento model se tedy vyhýbá uplatňování paternalismu za všech okolností.¹⁵ Princip beneficence se řídí třemi specifickými požadavky. Podle prvního z nich jsou problémy a potřeby pacienta pro lékaře prvořadým zájmem, který má až na výjimky přednost před všemi ostatními zájmy. Druhý požadavek ukládá lékaři povinnost vyvarovat se poškození pacienta. Třetí požadavek nahrazuje autonomii i paternalismus povinností prospívat druhým. Lékař tedy může jednat paternalisticky nebo naopak tak, aby podpořil pacientovu autonomii. Volba přístupu však vždy bude vycházet z toho, co pacientovi nejvíce prospěje, nikoli z vnitřního přesvědčení lékaře.¹⁶

Byť Thomasma a Pellegrino představují model, který již dává určitý prostor autonomii pacienta, tento dle měřítek moderní medicínské etiky přesto nemá příliš daleko od klasického paternalistického modelu. Autoři vycházejí z předpokladu, že nemoc zásadním způsobem oslabuje schopnost pacienta činit racionální rozhodnutí o svém zdravotním stavu. Tento model ovšem implikuje, že se z člověka stává závislý jedinec neschopný úsudku jen proto, že je (byť jen krátkodobě) stížen poruchou zdravotního stavu. Uvedený model tedy neodpovídá současným standardům vztahu mezi lékařem a pacientem.

¹¹ PELLEGRINO, Edmund D., THOMASMA, David C. *For the Patient's good. The Restoration of Beneficence in Health Care*. 1. vydání. New York: Oxford University Press, 1988, s. 14 – 15.

¹² Ibid., s. 32.

¹³ Ibid., s. 46.

¹⁴ Ibid., s. 29.

¹⁵ Ibid., s. 32, s. 46.

¹⁶ Ibid., s. 32.

1.1.3. Katzův princip sdíleného rozhodování

Princip sdíleného rozhodování popsal ve své knize *„The Silent World of Doctor and Patient“* v roce 1984 americký profesor práva a expert na lékařskou etiku Jay Katz. „Ticho“ vnímá jako propast mezi lékařem a pacientem, která může být způsobena například nedostatkem času, nedostatkem empatie či obavou z toho, že pacienti nebudou schopni porozumět složitým lékařským informacím. Lékaři podle Katze celé věky důsledně vylučovali pacienty ze sdílení břemene rozhodování.¹⁷ Tuto skutečnost odůvodňovali tím, že s pacientem sledují společný cíl, jakož i tím, že jsou oddáni altruistické službě pacientovi. Podle autora však shodu v cílech není možné předpokládat, obě strany totiž mohou přicházet s protichůdnými motivacemi a zájmy. Tichý altruismus tak sám o sobě není řešením.¹⁸

Katz popisuje, že zamyslíme-li se nad podstatou vztahu mezi lékařem a pacientem, *„dojdeme k bolestnému zjištění, že i v tom nejintimnějším vztahu jsou si strany navzájem cizí. Člověk může druhého poznat a pochopit jen v omezené míře. Problém však sahá ještě hlouběji. Člověk může rozumět jen v omezené míře i sám sobě.“*¹⁹ Dochází tedy k závěru, že rozhodnutí ve věcech zdravotní péče může být dosaženo pouze prostřednictvím dohody mezi lékařem a pacientem. Prosazuje tak princip tzv. *shared decision making*, podle něhož se má lékař s pacientem vzájemně poznat a pochopit, aby mohli rozhodovat společně.²⁰ V českém právním prostředí se pro tento systém vžilo označení *„poučená dohoda“*.²¹ Uvedený princip vychází z přesvědčení, že rozhodování o léčbě by mělo být společným procesem mezi lékařem a pacientem, kde oba hrají aktivní a rovnocenné role.²²

Princip poučené dohody může do jisté míry představovat funkční model v případě pacienta, který je otevřen dostupným možnostem léčby, jakož i aktivní spolupráci s lékařem. V situaci, kdy však pacient zdravotní péči odmítá, je dle mého názoru představa sdíleného rozhodování daleko hůře udržitelná. Jistě se lze setkat s případy, kdy pacient odmítá podstoupit určitý zdravotní zákrok a je přitom ve shodě s lékařem. Prakticky se však často bude jednat právě o samostatné rozhodnutí pacienta, které může jít proti předpokladu obecné racionality – tedy i proti radě lékaře. Sdílené rozhodování tak s sebou v těchto případech ve své podstatě

¹⁷ KATZ, Jay. *The Silent World of Doctor and Patient*. 1. vydání. New York: The Free Press, 1984, s. XIII.

¹⁸ Ibid., s. XVII.

¹⁹ Ibid.

²⁰ Ibid.

²¹ DOLEŽAL, Tomáš, DOLEŽAL, Adam. *Informovaný souhlas ve zdravotnictví. Právní a etické aspekty*. 1. vydání. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2023, s. 165.

²² KATZ, Jay. *The Silent World of Doctor and Patient*. 1. vydání. New York: The Free Press, 1984, s.102.

přináší „povinnost“ ospravedlňovat rozhodnutí o odmítnutí zdravotní služby před lékařem. Aby se tedy vůbec mohla realizovat poučená dohoda, musel by být pacient ve své argumentaci natolik přesvědčivý, aby lékař jeho rozhodnutí akceptoval jako správné.

Již samotný požadavek na konsenzus ovšem pro pacienta představuje tlak na účast v procesu sdíleného rozhodování, čímž je zasahováno do jeho autonomie. Jakéhokoliv rozhodování v oblasti péče o zdraví se totiž podle dotčeného principu má mimo pacienta, o jehož zdravotní stav se jedná, účastnit i spolutvůrce daného rozhodnutí v podobě lékaře – tedy osoby, která má na rozhodování aktivně participovat „pouze“ z titulu své profesní příslušnosti.

Jaké se ovšem nabízí řešení, když pacient s lékařem konsenzu nedosáhnou? Sám Katz popisuje, jakým způsobem by promlouval k pacientovi, který odmítá léčbu a zároveň i odmítá toto své rozhodnutí zdůvodnit: *„Slíbil bych mu (pozn.: pacientovi), že mám v úmyslu jeho přání respektovat, ale nemohu mu dát absolutní slib, že tak učiním, protože by se mohlo ukázat, že vážnost jeho stavu by mohla vyžadovat zákrok dříve, než si vzájemně porozumíme. (...) Pokud by však i nadále odmítal mou pozvánku k hovoru, nakonec bych byl nucen mu říct, že když se mnou odmítne mluvit, mohu mu nařídít testy, napojit jej na dýchací přístroj a resuscitovat.“*²³ Dojde-li tedy ke kolizi tam, kde se očekává společné rozhodnutí, při uplatnění tohoto principu může názor lékaře převážet nad přáním pacienta.

Z výše popsaného dále plyne, že uvedený model bude stěží uplatnitelný v případech, kdy pacient nemá zájem vést ohledně svého zdravotního stavu jakýkoliv dialog. Podle Katze má však lékař povinnost konverzace s pacientem, aby nedošlo k jakýmkoliv nedorozuměním. Lékař se tedy nesmí spokojit s tím, že se pacient odmítne v konverzaci angažovat.²⁴ Tímto požadavkem na účast pacienta v dialogu je ovšem taktéž dotčena jeho autonomie.

Katzovu modelu však nelze upřít, že představuje velmi proaktivní přístup k pacientovi, při němž jsou na lékaře v zájmu pacientova blaha kladeny poměrně vysoké nároky. Dále je nutné uznat, že svým vlivným dílem Katz ve své době napomohl odklonit medicínu od tradičního paternalistického přístupu k metodě rozhodování založeného na spolupráci, při níž jsou reflektovány vlastní představy a přání pacienta.

²³ KATZ, Jay. *The Silent World of Doctor and Patient*. 1. vydání. New York: The Free Press, 1984, s.102. s. 158 – 159.

²⁴ Ibid. s.162

1.1.4. Autonomní autorizace podle Faden a Beauchampa

V rámci moderního pojetí vztahu lékaře a pacienta se z mého pohledu lze nejlépe ztotožnit s modelem představeným Ruth Faden a Tomem Beauchampem v knize „*A History and Theory of Informed Consent*“ z roku 1986. Tento přístup klade důraz na autonomní jednání a rozhodování pacienta. Podmínkou pro medicínskou intervenci je tedy vždy autonomní autorizace z jeho strany.²⁵ Informovaný souhlas konkrétně definují jako autonomní jednání, kterým pacient autorizuje lékaře jakožto profesionála k tomu, aby pro něj zahájil léčebný plán (či lékařský výzkum). Je dán tehdy, *pokud pacient (1) s podstatným porozuměním, (2) bez kontrolních vlivů ze strany jiných osob, (3) úmyslně (4) pověřuje odborníka, aby konal*. Informovaný souhlas je podle autorů ovšem nutné rozlišovat od pouhého podřízení se autoritativnímu příkazu lékaře. V tomto případě se totiž pacient nedovolává své vlastní autority. Takového pacienta přirovnávají k dítěti, které se podřídí výprasku od ředitele školy, aniž by k němu dalo svolení.²⁶

Z výše uvedeného plyne, že se pacient může svobodně a samostatně rozhodnout, že o zdravotní péči nemá zájem. Toto své právo může realizovat již tím, že lékaře či jiného odborníka jednoduše nepověří, aby konal. Autoři ovšem popisují, že zdravotničtí pracovníci mohou přesto cítit povinnost zasáhnout proti vůli pacienta, pokud mají pocit, že tím zabrání poškození jeho zdraví. Často mezi nimi navíc nepanuje shoda ohledně toho, jak přistupovat k rozhodnutí pacienta. Zatímco někteří zdravotničtí pracovníci jeho rozhodnutí nebýt léčen bez problému respektují, jiní by mu přesto léčbou rádi „prospěli“. Řešíme-li otázku, zda je v pořádku pacientovi „pomoci“ tím, že nebudeme akceptovat jeho rozhodnutí, dostáváme se do jedné z dimenzí medicínského paternalismu. V takovém případě totiž zdravotnický pracovník jedná jako pacientův rodič, který nad ním přejímá kontrolu. V tomto kontextu je ovšem podle autorů rovněž nutné rozlišovat mezi situacemi, kdy se odmítnutí zdravotní péče dotýká i zájmu jiného. V případě, kdy těhotná žena odmítá operaci plodu lze minimálně očekávat jiný přístup než v situaci, kdy se odmítnutí zdravotního výkonu týká pouze konkrétního pacienta.²⁷

Autoři se tedy z podstaty svého vlastního přístupu kriticky staví ke konceptu „shared decision making“. Katz chápe „informovaný souhlas“ a „sdílené rozhodování“ jako synonyma,

²⁵ FADEN, Ruth R., BEAUCHAMP, Tom L. *A History and Theory of Informed Consent*. 1. vydání. New York: Oxford University Press, 1986, s. 235.

²⁶ Ibid., s. 278.

²⁷ Ibid., s. 13 – 14.

s čímž ovšem podle nich není možné souhlasit. Podstata informovaného souhlasu totiž spočívá v tom, že pacient autorizuje autonomně – je tedy lhostejné, kde nebo jakým způsobem jeho rozhodnutí vzniklo. Lékař a pacient mohou a nemusí dospět ke společnému rozhodnutí. Pacient se zároveň může rozhodnout, že ponechá na lékaři, aby činil veškerá rozhodnutí o zdravotní péči on, což se podle autorů stěží podobá sdílenému rozhodování.²⁸

Katz je naopak toho názoru, že „sebeurčení pacienta“ a „rozhodování o sobě samém“, na které klade důraz Faden s Beauchampem, ve skutečnosti dostatečně nechrání autonomii pacienta. Tvrdí, že aby byla zajištěna jeho autonomie, nemůže být informovaný souhlas redukován na samostatné rozhodnutí pacienta. Opačný názor podle Katze nedostatečně reflektuje obavy a zranitelnost člověka v nemoci, které mohou vést k nevědomému a iracionálnímu rozhodování.²⁹ Koncept autonomní autorizace zároveň nabourává Katzovu představu důvěrného vztahu mezi lékařem a pacientem, který je vystavěn na dialogu a vzájemném porozumění.

²⁸ FADEN, Ruth R., BEAUCHAMP, Tom L. *A History and Theory of Informed Consent*. 1. vydání. New York: Oxford University Press, 1986, s. 279.

²⁹ KATZ, Jay. *The Silent World of Doctor and Patient*. 1. vydání. New York: The Free Press, 1984, s.102. s. 124.

2. Vymezení souvisejících pojmů

Než přistoupíme k problematice negativního reversu jako takové, považuji za vhodné alespoň stručně definovat některé pojmy, které s tématem práce úzce souvisejí. V práci jsou hojně užívány zejména pojmy „zdravotní služby“ a „zdravotní péče“. Rozlišení mezi nimi přináší zákon o zdravotních službách.³⁰ V práci se taktéž vyskytuje terminologie převzatá z Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, která hovoří o „zákroku v oblasti péče o zdraví“. Stručně je vymezen i pojem „pacient“ nebo také „ošetřovaný“, který je centrem pozornosti této práce. Definovány jsou taktéž pojmy „poskytovatel zdravotních služeb“, „zdravotnické zařízení“ a „ošetřující zdravotnický pracovník“, bez nichž by nebylo pacienta, ale pouze nemocného.

2.1. Zdravotní služby a zdravotní péče

S účinností zákona o zdravotních službách doznalo medicínské právo nové zdravotnické terminologie, která rozlišuje mezi zdravotní péčí a zdravotními službami. Pojem zdravotní služby je podrobně definován v ustanovení § 2 odst. 2 a 3 zákona o zdravotních službách a zákonodárce jej chápe širěji než pojem zdravotní péče. Rozumí jím poskytování zdravotní péče a dalších odborných činností, pokud jsou vykonávány v přímé souvislosti s poskytováním zdravotní péče. O zdravotní péči se tedy jedná za předpokladu, že dotčené činnosti provádějí zdravotničtí pracovníci.³¹ Zdravotní péče dle ustanovení § 2 odst. 4 zákona o zdravotních službách zahrnuje jednotlivé zdravotní výkony a další činnosti, které směřují zejména k předcházení, odhalení a odstranění nemoci či vady, k udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního stavu či udržení a prodloužení života. Řadí se sem i opatření prováděná za účelem pomoci při reprodukci a porodu a taktéž posuzování zdravotního stavu. Současně však existují i další činnosti, mezi něž patří například konzultační služby, zdravotnická záchranná či dopravní služba, specifické zdravotní služby upravené samostatným zákonem, odběry tkání a orgánů či transfuzní služby a další, které s poskytováním zdravotní péče úzce souvisejí. Soubor všech těchto činností je tedy zahrnut pod definici zdravotních služeb.³²

³⁰ Zákon č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

³¹ MACH, Jan a kol.: *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Zákon o specifických zdravotních službách. Praktický komentář*. 2. vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2023, s. 30.

³² Důvodová zpráva k zákonu č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. II. Zvláštní část, k § 2.

2.2. Zdravotní zákrok

Článek 4 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně používá pojem „zákrok v oblasti péče o zdraví“, o kterém stanoví, že je nutno jej provádět v souladu s příslušnými povinnostmi a standardy. „Zákrok“ je dle vysvětlující zprávy k Úmluvě nutné chápat v širokém smyslu. Rozumí se jím veškeré lékařské výkony, zejména léčebné, diagnostické, preventivní, rehabilitační či výkony prováděné v souvislosti se zdravotnickým výzkumem.³³ Pojem byl tedy záměrně zvolen tak, aby byl poměrně vágní a co možná nejširší.³⁴

2.3. Pacient, ošetřovaný

Pacientem se podle zákona o zdravotních službách rozumí jakákoliv fyzická osoba, ať už zdravá nebo nemocná, které jsou poskytovány zdravotní služby.³⁵ Je vhodné zmínit také terminologii užívanou občanským zákoníkem, který hovoří o ošetřovaném, o něhož je pečováno z titulu smlouvy o péči o zdraví.³⁶

2.4. Poskytovatel zdravotních služeb, zdravotnické zařízení a ošetřující zdravotnický pracovník

Zákon o zdravotních službách rozlišuje mezi poskytovatelem zdravotních služeb a zdravotnickým zařízením. Zatímco poskytovatel zdravotních služeb má právní subjektivitu, a je tedy nositelem práv a povinností, zdravotnické zařízení právní subjektivitu postrádá a je definováno prostorem, který musí být věcně, technicky i personálně vybavený k poskytování zdravotních služeb.³⁷

³³ Vysvětlující zpráva k Úmluvě na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. Kapitola I, k čl. 4.

³⁴ ŠUSTEK, Petr, HOLČÁPEK, Tomáš. *Informovaný souhlas. Teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: ASPI, 2007, s. 62.

³⁵ § 3 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

³⁶ § 2636 an. zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

³⁷ Důvodová zpráva k zákonu č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. II. Zvláštní část, k § 3 a 4.

Ošetřujícím zdravotnickým pracovníkem se podle zákona o zdravotních službách rozumí ten, kdo pro konkrétního pacienta navrhuje, koordinuje, poskytuje a vyhodnocuje individuální léčebný postup a případně koordinuje poskytování dalších potřebných zdravotních služeb.³⁸ Pacientovi může zdravotní služby dle jeho potřeb a aktuálního zdravotního stavu poskytovat současně i více ošetřujících zdravotnických pracovníků.³⁹

³⁸ § 3 odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

³⁹ Důvodová zpráva k zákonu č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. II. Zvláštní část, k § 3 a 4.

3. Vymezení pojmu negativní revers

3.1. Obecný rámec

Právo odmítnout zdravotní služby je projevem respektu k nedotknutelnosti tělesné integrity a práva na sebeurčení. Vychází z pravidla, dle něhož je možné pacientovi provést jakýkoliv zdravotní výkon pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem. Rozhodne-li se tedy pacient, ať už z jakéhokoli důvodu, že zákrok absolvovat nechce, lékař je povinen toto přání respektovat. Je to totiž sám pacient, kdo je nejlepším soudcem svého vlastního dobra. Uvedené pravidlo tak má vyřešit dilema mezi morální povinností lékaře chránit lidský život a právem pacienta na vlastní rozhodnutí o svém zdraví. Pomineme-li tedy výjimky, mezi které se řadí například povinné léčení infekčních nemocí, může se svým zdravím pacient nakládat prakticky neomezeně. Jím učiněný projev vůle v oblasti zdravotní péče totiž pro zdravotnické zařízení představuje závazné omezení. Lékař, který v souladu s přáním pacienta neprovede léčebný či vyšetřovací výkon, tedy nebude odpovídat za následky, které na pacientově zdraví nastanou v důsledku neprovedení tohoto zákroku.⁴⁰ Tíhu následků odmítnutí navrhované zdravotní péče na sebe vědomě přebírá pacient.⁴¹

Pacient není povinen své rozhodnutí nikterak odůvodňovat. Pohnutek může být celá řada, běžně půjde například o strach z bolesti či nepohodlí.⁴² Svou roli může sehrát i předchozí negativní zkušenost se zdravotními službami. S odmítáním léčby se lze setkat například u pacientů, kteří již dosáhli velmi vysokého věku, dále u pacientů v terminálním stadiu nemoci či u pacientů, kteří z jakýchkoli jiných důvodů rezignovali na vlastní zdraví nebo život. V některých případech nemocní upřednostňují alternativní léčebné přístupy, a standardní lékařskou péči tak odmítají. Nezřídka se tedy lze setkat rovněž se spirituálními či náboženskými pohnutkami. V této souvislosti bývá často odkazováno na Náboženskou společnost Svědkové Jehovovi, kteří nadřazují náboženské přesvědčení nad hodnotu života.⁴³ K odmítnutí zdravotních služeb může pacienta bohužel mnohdy vést i vlastní zkreslená představa o nemoci⁴⁴ či bagatelizace vážnosti zdravotního stavu.

⁴⁰ ŠUSTEK, Petr, HOLČAPEK, Tomáš. *Informovaný souhlas. Teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: ASPI, 2007, s. 117 – 118.

⁴¹ Ibid. s. 127.

⁴² HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas. Proč a jak?*, Praha: Galén, 2007, s. 51.

⁴³ Ibid., s. 50.

⁴⁴ Ibid., s. 51.

Právo odmítnout zdravotní péči vychází z Úmluvy o lidských právech a biomedicině a je přirozeným důsledkem doktríny informovaného souhlasu. Článek 5 Úmluvy podmiňuje provedení *jakéhokoliv zákroku v oblasti péče o zdraví svobodným a informovaným souhlasem pacienta*,⁴⁵ a odpovídá tak celkovému hodnotovému rámci Úmluvy, která chápe vztah mezi pacientem a lékařem jako partnerský. Stojí na zásadě „*Non salus, sed voluntas, aegroti suprema lex*“, podle níž je pro lékaře nejvyšším příkazem nikoliv blaho pacienta, nýbrž jeho vůle. *Nadřazení zájmu lidské bytosti nad zájmy společnosti nebo vědy* představuje významný hodnotový rámec, který velmi výrazně ovlivnil podobu českého zdravotnického práva, jak ho známe dnes.⁴⁶ Pravidlo formulované Úmluvou parafrázuje také zákon o zdravotních službách, který však již výslovně pojednává i o právu pacienta poskytnutí zdravotních služeb odmítnout.

3.2. Náležitosti negativního reversu

Zákonodárce klade důraz na to, aby pacient v otázkách svého zdravotního stavu rozhodoval na dostatečném informačním podkladě. Poskytovateli zdravotních služeb tedy stanoví povinnost pacienta v dostatečném rozsahu informovat o jeho zdravotním stavu a navrhovaném léčebném postupu.⁴⁷ Pokud pacient po náležitém poučení odmítá vyslovit souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, je mu informace podána opakovaně, a to tak, aby bylo zřejmé, že neposkytnutí zdravotních služeb může vážně poškodit jeho zdraví nebo dokonce ohrožit jeho život. Z uvedeného tedy plyne, že pokud pacient zdravotní služby odmítá, měl by o svém zdravotním stavu být poučen minimálně dvakrát. Poté, co je tímto způsobem ověřeno pacientovo stanovisko ve věci a tento i nadále odmítá vyslovit souhlas, učiní o tom písemné prohlášení (revers).⁴⁸

Pokud je pacient schopen platně projevit svou vůli, nachází se však ve stavu zdravotní indispozice, která mu nedovoluje revers podepsat, zdravotnický pracovník zaznamená nepochybný projev vůle pacienta a rovněž uvede způsob, jakým byla vůle projevena. Současně popíše zdravotní důvody, které pacientovi brání revers vlastnoručně podepsat. Tento záznam poté opatří svým podpisem a podpisem svědka, který byl odmítnutí přítomen.⁴⁹ Kdo může být

⁴⁵ Čl. 5 sdělení č. 96/2001 Sb. m. s., Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině.

⁴⁶ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas. Proč a jak?*, Praha: Galén, 2007, s. 9.

⁴⁷ § 31 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

⁴⁸ § 34 odst. 3 Ibid.

⁴⁹ § 34 odst. 6 zákona č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

tímto svědkem zákon blíže neurčuje, a stane se jím tak osoba dle konkrétní situace. Zpravidla bude za svědka určena osoba pacientovi blízká či jiný přítomný zdravotnický pracovník. Při volbě osoby svědka je však zároveň nutné ctít důvěrnost údajů o zdravotním stavu pacienta, podpis tedy není možné vyžadovat od jiné zúčastněné osoby, která není osobou oprávněnou nahlížet do zdravotnické dokumentace ani zdravotnickým pracovníkem, jenž je vázán mlčenlivostí.⁵⁰

Obdobně se bude postupovat v případě, kdy pacient odmítne podepsat prohlášení. V této situaci bude jeho podpis rovněž nahrazen podpisem svědka. Revers je poté založen do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi.⁵¹ Výše uvedený postup by měl zdravotnický pracovník dodržet i v případě, že pacient odmítne poskytnutí zdravotních služeb pouze částečně.⁵²

Může se zdát, že výše vyčtená zákonná pravidla proces odmítání zdravotní péče příliš formalizují. Mají však své opodstatnění. Oproti informovanému souhlasu hraje písemné prohlášení při negativním reversu ještě důležitější roli. Představuje totiž zásadní důkaz o tom, že lékař postupoval *lege artis* přesto, že neléčil, protože vynaložil veškerou snahu, aby léčit mohl.⁵³ Naplnění veškerých zákonných požadavků tedy může lékaře ochránit při případném soudním sporu. Zároveň je ovšem nutné si uvědomit, že ani pacientův podpis negativního reversu lékaři nezaručuje absolutní ochranu. Pokud podpisu nepředchází dialog, v rámci něhož je pacientovi poskytnuto srozumitelné vysvětlení a řádně zodpovězeno na doplňující dotazy, nebude mít písemné prohlášení pacienta žádnou hodnotu.

V tomto kontextu je vhodné učinit exkurs do nedávné minulosti, kdy byly požadavky na konkrétní náležitosti negativního reversu poměrně vhodně upraveny například vyhláškou o zdravotnické dokumentaci z roku 2006.⁵⁴ Podle této měl pacient v písemném prohlášení uvést, že byl lékařem poučen o svém zdravotním stavu a potřebných výkonech a dále byl výslovně informován o tom, že je žádoucí, aby se podrobil konkrétním výkonům či léčbě. V prohlášení mělo být dále popsáno, že lékař pacientovi náležitě vysvětlil důsledky odmítnutí potřebné zdravotní péče pro jeho další život a zdraví. Dále v něm měly být uvedeny konkrétní možné následky, na které byl pacient upozorněn. Mělo obsahovat taktéž potvrzení, že pacientovi bylo

⁵⁰ MACH, Jan a kol.: *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Zákon o specifických zdravotních službách. Praktický komentář*. 2. vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2023, s. 142, 143.

⁵¹ § 34 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

⁵² TĚŠINOVÁ, Jolana a kol.: *Medicínské právo*. 2. vydání. Praha: C. H. Beck, 2019, s. 108.

⁵³ ŠUSTEK, Petr, HOLČAPEK, Tomáš. *Informovaný souhlas. Teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: ASPI, 2007, s. 131.

⁵⁴ Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění vyhlášky č. 385/2006 Sb.

umožněno, aby lékaři kladl doplňující otázky. Pacient měl dále písemně prohlásit, že i přes vysvětlení, kterému plně porozuměl a vzal jej na vědomí, nadále odmítá lékařem doporučenou zdravotní péči a toto své rozhodnutí činí zcela svobodně a vážně při plném vědomí. Uvedené měl následně stvrdit svým vlastnoručním podpisem, k němuž posléze připojil svůj podpis rovněž lékař, který poučení poskytl.⁵⁵ Bližší náležitosti záznamu o odmítnutí poskytnutí zdravotních služeb pak byly obdobně upraveny taktéž v příloze prováděcího předpisu k zákonu o zdravotních službách z roku 2012.⁵⁶ Dotčená příloha však byla vypuštěna novelou z roku 2018 s tím, že se nadále mají uplatňovat pouze obecné požadavky uvedené v zákoně.⁵⁷

Je tedy otázkou, zda je účelnější konkrétní náležitosti prohlášení pacienta na úrovni právních předpisů upravit či nikoliv. Zvláštní požadavky na jeho obsah totiž mohou vhodným způsobem určovat komunikační rámec mezi lékařem a pacientem. Americký právník a expert na bioetiku Robert Burt však na to konto poměrně trefně uvedl, že pokud má zákonodárce zájem podnítit dialog mezi lékařem a pacientem, je nutné přimět lékaře, aby naslouchal konkrétnímu pacientovi, nikoliv formuláři.⁵⁸

⁵⁵ Příloha 1 bod 6 vyhlášky č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění vyhlášky č. 385/2006 Sb.

⁵⁶ Příloha 1 bod 6 vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění vyhlášky č. 98/2012 Sb.

⁵⁷ Vyhláška č. 137/2018 Sb., kterou se mění vyhláška č. 98_2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci. Vysvětlení aktuální novelizace vyhlášky o zdravotnické dokumentaci. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/novela-vyhlasky-o-zdravotnicke-dokumentaci/>

⁵⁸ BURT, Robert. *Taking Care of Strangers. The Rule of Law in Doctor-Patient Relations*. 1. vydání. New York: The Free Press, 1979, s. 126.

4. Informované odmítnutí zdravotní péče

Už Platónův Athénan ve svém díle „Zákony“ představuje tzv. „svobodného lékaře“ nebo také „lékaře svobodných“, který se se svým pacientem radí, učí se od něj a nekoná, dokud jej nepřesvědčí o tom, co dělá. Svobodný lékař se podle něj spoléhá spíše na vliv než na sílu.⁵⁹ Odlišuje jej od lékaře nevzdělaného, který postupuje „nevědecky“. Můžeme si tedy podle něj být jisti, že kdyby některý z těchto nevzdělaných praktiků léčitelského umění narazil na lékaře svobodného, jak rozmlouvá se svým svobodným pacientem, a slyšel by ho mluvit řečí téměř filozofa, propukl by v hlasitý smích. „Hlupáku, neléčíš pacienta, ale vzděláváš jej, jako kdyby se sám měl stát lékařem. On se chce přitom jen uzdravit.“ Takový lékař ovšem nechápe, že moderní právní systém má člověka spíše vzdělávat, než mu autoritativně stanovit práva a povinnosti. Jaké však máme dle Athénana štěstí, že je naše současné postavení takové, jaké je. Že se můžeme svobodně věnovat svým vlastním úvahám a učinit svou vlastní volbu.⁶⁰

4.1. Rozsah a způsob poučení

Aby se pacient mohl svobodně rozhodnout v otázkách svého zdraví, musí mít dostatek informací. Zákon o zdravotních službách si klade za cíl vyrovnaní informační asymetrie mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem. Klíčem k tomu má být právě výše popsané „vzdělávání“ pacienta.

4.1.1. Kdo a kdy podává informace

Informace a poučení o zdravotním stavu pacientovi podává ošetřující zdravotnický pracovník, který má potřebnou odbornou způsobilost k poskytování konkrétních zdravotních služeb, jichž se tato informace týká.⁶¹ V praxi se bude jednat především o lékaře. Pokud tedy pacient odmítá lékařský výkon nebo lékařské zdravotní služby, není možné, aby poučení provedla zdravotní sestra či jiný nelékařský zdravotní pracovník.⁶² Je-li ovšem zdravotní výkon prováděn osobou odlišnou od lékaře, je v zásadě přípustné, aby poučení pacientovi poskytla

⁵⁹ Platón, *The Laws of Plato (Translated into English by TAYLOR, A. E.)*. 1. vydání. Londýn: Dent & Sons Ltd., 1934. s. 105.

⁶⁰ Ibid., s. 245.

⁶¹ § 31 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

⁶² MACH, Jan. in: PTÁČEK, Radek a kol.: *Informovaný souhlas. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. 1. vydání. Praha: Galén, 2017, s. 308.

právě tato osoba.⁶³ Vždy tak ovšem bude činit s ohledem na své profesně stanovené odborné kompetence.⁶⁴ V některých nemocnicích se lze setkat s interním opatřením pro případ, kdy pacient odmítá zdravotní péči. V těchto situacích má být s pacientem jednáno za účasti primáře, jeho zástupce nebo vedoucího ústavní pohotovostní služby.⁶⁵

Pacient by o svém zdravotním stavu měl být informován nejen při přijetí do péče, ale pokaždé, kdy se to s ohledem na jeho zdravotní stav jeví být účelným.⁶⁶ O poučení pacienta je poté ošetřujícím zdravotnickým pracovníkem učiněn záznam do zdravotnické dokumentace,⁶⁷ který slouží jako důkaz o tom, že pacient byl náležitě informován. V ideálním případě by měl pacient dostat informace o svém zdravotním stavu s dostatečným předstihem, je-li to možné.⁶⁸ Mezi poučením a vyslovením souhlasu či nesouhlasu se zdravotním výkonem by tedy měl existovat určitý časový prostor, v rámci něhož má pacient možnost řádně zvážit své rozhodnutí.⁶⁹

4.1.2. Zákonný rámec

Je třeba mít na paměti, že informace, které pacient od lékaře obdrží, mohou a zpravidla i budou mít vliv na rozhodnutí pacienta. Jak již bylo uvedeno výše, zákon o zdravotních službách stanoví, že poskytovatel zdravotních služeb je povinen pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informovat o jeho zdravotním stavu, jakož i o navrženém individuálním postupu a všech jeho změnách.⁷⁰ Občanský zákoník potom pojednává o poučovací povinnosti před vyšetřením a po vyšetření. Nejprve je poskytovatel povinen ošetřovanému srozumitelně vysvětlit zamýšlené vyšetření i navrhovanou péči o zdraví. Po příslušném vyšetření pak poskytovatel ošetřovanému sdělí, jaký je jeho zdravotní stav a jaký navrhuje další postup. Na žádost ošetřovaného je poskytovatel povinen podat vysvětlení také v písemné formě.⁷¹

⁶³ HOLČÁPEK, Tomáš. In: ŠUSTEK, Petr a kol.: *Zdravotnické právo*. 1. vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s. 2016, s. 245.

⁶⁴ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas. Proč a jak?*, Praha: Galén, 2007, s. 32.

⁶⁵ MACH, Jan. in: PTÁČEK, Radek a kol.: *Informovaný souhlas. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. 1. vydání. Praha: Galén, 2017, s. 308.

⁶⁶ § 31 odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

⁶⁷ § 31 odst. 3 *Ibid.*

⁶⁸ HOLČÁPEK, Tomáš. In: ŠUSTEK, Petr a kol.: *Zdravotnické právo*. 1. vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s. 2016, s. 245.

⁶⁹ DOLEŽAL, Tomáš, DOLEŽAL, Adam. *Informovaný souhlas ve zdravotnictví. Právní a etické aspekty*. 1. vydání. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2023, s. 234.

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

⁷¹ § 2638 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

Občanský zákoník taktéž určí, jak by mělo vypadat řádné poučení. To je dáno tehdy, jestliže lze rozumně předpokládat, že ošetřovaný pochopil způsob a účel zákroku a zároveň je srozuměn s očekávanými následky a možným nebezpečím pro své zdraví.⁷²

Při hovoru s pacientem je nutné, aby lékař dbal individuality každého pacienta a poučení přizpůsobil jeho rozumovým schopnostem. Bude při tom zohledňovat například věk, povolání, zkušenosti pacienta s vlastním zdravotním stavem a podobně. Je důležité, aby měl pacient o svém zdravotním stavu srozumitelné informace, které může náležitě vyhodnotit a následně se rozhodnout dle svých přání a představ.

Lékař by měl pacienta taktéž upozornit na případný nejistý výsledek léčby. Musí-li si být vědom toho, že u ošetřovaného vyvolal představu, že bude dosaženo určitého výsledku, kterého však dosaženo být nemusí, je povinen to ošetřovanému vysvětlit.⁷³ Pro pacienta totiž nakonec není tolik důležité, co mu zdravotnický pracovník sdělil, rozhodující je to, čemu porozuměl.⁷⁴

Rozsah poskytnutých informací však má zároveň možnost ovlivňovat i sám pacient. Musí mu totiž být umožněno klást lékaři doplňující otázky vztahující se k jeho zdravotnímu stavu a k navrhovaným zdravotním službám. Tyto musí být srozumitelně zodpovězeny.⁷⁵ Již z textace dotčených ustanovení je zřejmé, že poučení je pacientovi poskytováno v rámci ústního rozhovoru, který nemůže být nahrazen jakýmkoliv písemným sdělením či prohlášením.⁷⁶

4.1.3. Standardy poučení

Ve vztahu k vymezení rozsahu poučení byly vytvořeny celkem tři vzájemně si konkurující standardy. V literatuře i v rozhodovací praxi se však lze setkat s přístupy, které kombinují jejich jednotlivé prvky. Prvním z nich je **standard odborníka**, podle něhož je rozsah poučení vymezen objektivně osobou lékaře.⁷⁷ Ten má povinnost poskytnout pacientovi informace, které by za stejných nebo podobných okolností poskytl „rozumný lékař“. Tento přístup byl aplikován například americkým rozhodnutím *Natanson v. Kline* z roku 1960. To, jakým způsobem co

⁷² § 94 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

⁷³ § 2639 odst. 2 Ibid.

⁷⁴ HOLČÁPEK, Tomáš. In: ŠUSTEK, Petr a kol.: *Zdravotnické právo*. 1. vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s. 2016, s. 245.

⁷⁵ § 31 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

⁷⁶ HOLČÁPEK, Tomáš. In: ŠUSTEK, Petr a kol.: *Zdravotnické právo*. 1. vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s. 2016, s. 246.

⁷⁷ DOLEŽAL, Tomáš, DOLEŽAL, Adam. *Informovaný souhlas ve zdravotnictví. Právní a etické aspekty*. 1. vydání. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2023, s. 165.

nejlépe naplnit závazek vůči pacientovi, je dle uvedeného rozhodnutí především otázkou lékařského úsudku. Pokud je lékař motivován pouze nejlepšími terapeutickými zájmy pacienta a při poučení postupuje tak, jak by v obdobné situaci postupoval kompetentní lékař, neměl by být tento jeho přístup zpochybňován. Uvedené rozhodnutí však také počítá s vědomostní převahou lékaře nad pacientem, a proto v sobě obsahuje též požadavek na informování pacienta co možná nejjednodušším jazykem.⁷⁸ V rámci uvedeného přístupu ovšem není s pacientem pracováno jako s individualitou. Požadavky na poučení stanovené odbornými standardy lékařské komunity totiž nemusí nutně odpovídat tomu, jaké poučení konkrétní pacient skutečně potřebuje či očekává.

Druhým přístupem je **standard obecně rozumného pacienta**. Tento byl formulován americkým rozhodnutím *Canterbury v. Spence* z roku 1972, jímž byl současně odmítnut výše představený standard odborníka. Soud ve svém rozhodnutí kritizoval to, že judikaturou byla vymezena povinnost informovat pacienta o hrozících rizicích pouze v rozsahu profesních zvyklostí. Standard odborníka tak lékařům umožňoval zamlčet pacientovi některé informace s odkazem na „zavedenou praxi mezi odborníky“. Standard obecně rozumného pacienta tedy slibuje širší ochranu pacientova práva na sebeurčení. Podle tohoto přístupu má lékař povinnost poučit pacienta o takových rizicích navrhované léčby, která by obecně rozumný pacient považoval za důležitá při rozhodování, zda navrhovaný zákrok podstoupit či nikoliv. Lékař sice nemůže s přesností vědět, co by konkrétní pacient považoval za důležité pro své rozhodnutí, na základě svého lékařského vzdělání a zkušeností by však měl umět předvídat, jak by v dané situaci reagoval průměrný rozumný pacient. Rozsah poučení je tedy v tomto případě stále objektivizován, má však již být lépe přizpůsoben informačním potřebám pacienta.⁷⁹

Třetí přístup představuje **subjektivní standard**, prostřednictvím něhož by měl být naplněn požadavek na respektování autonomie vůle pacienta a jeho individuality. Rozsah poskytovaných informací by podle něj měl být přizpůsoben potřebám konkrétního pacienta. Reaguje tak na první dva standardy, které pomíjí fakt, že různí lidé mohou mít různé hodnoty či zkušenosti a tyto se často nemusí slučovat se zájmy idealizovaného typu člověka.⁸⁰ I tento

⁷⁸ *Natanson v. Kline*. Supreme Court of Kansas. 186 Kan. 393, 350 P.2d 1093, No. 41,476, 9. dubna 1960.

⁷⁹ *Canterbury v. Spence*. United States Court of Appeals, District of Columbia Circuit. 464 F.2d 772, No. 22099, 19. května 1972.

⁸⁰ DRANSEIKA, Vilis a kol. *Relevant Information and Informed Consent in Research: In Defense of the Subjective Standard of Disclosure* [online]. National Library of Medicine, únor 2017 [cit. 10. června 2024]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5236070/>

přístup je ovšem kritizován, a to s odkazem na zatížení lékařů nepřiměřenou informační povinností.⁸¹ Problematická je taktéž jeho snadná zneužitelnost při soudních sporech. Pacienti totiž mají s oporou v tomto standardu prakticky neomezenou možnost argumentovat tak, že nedostali odpovídající poučení. Potíž však spočívá v tom, že tento závěr pacienti činí až ex post při znalosti výsledku daného zákroku, což je značně zkreslující.⁸²

Jako nejvhodnější se jak z praktického, tak z etického hlediska jeví korekce subjektivního standardu standardem obecně rozumného pacienta. Tento pohled nabízí rozhodnutí *Montgomery v. Lanarkshire*, které má původ ve Spojeném království. Podle něj má být kritériem pro posouzení významnosti daného rizika to, zda by mu vzhledem k okolnostem konkrétního případu pravděpodobně přikládala význam *rozumná osoba v postavení pacienta*. Standard obecně rozumného pacienta je tedy modifikován i subjektivním kritériem, podle něhož musí být hodnoceno taktéž to, zda by danému riziku přikládal význam *konkrétní* pacient. Posouzení, zda je riziko významné, totiž nelze redukovat na procenta. Význam daného rizika je ovlivňován celou řadou faktorů, z nichž některé mohou být determinovány pouze osobou konkrétního pacienta. Soud ve svém rozhodnutí dále klade důraz na poskytnutí informací srozumitelným jazykem. Pacient by neměl být „bombardován“ technickými informacemi, kterým může sotva porozumět. Připouští se však také možnost pacientovi informaci o riziku neposkytnout, pokud se lékař důvodně domnívá, že by její sdělení vážně poškodilo zdraví pacienta. Toto terapeutické privilegium však nesmí být zneužíváno a představuje pouze omezenou výjimku z obecné zásady spočívající v tom, že pacient v záležitostech svého zdraví rozhoduje samostatně.⁸³

⁸¹ SMRŽ, Ivo. *Informovaný souhlas – problematika rozsahu poučení pacienta o rizicích spojených s navrhovanou léčbou*. Časopis zdravotnického práva a bioetiky, 2018, roč. 8, č. 1, s. 25.

⁸² DOLEŽAL, Tomáš, DOLEŽAL, Adam. *Informovaný souhlas ve zdravotnictví. Právní a etické aspekty*. 1. vydání. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2023, s. 222.

⁸³ *Montgomery v Lanarkshire Health Board*. The Supreme Court. UKSC 11, 11. března 2015.

4.2. Obsah poučení

4.2.1. Diagnóza a prognóza

Pacient by v první řadě měl být informován o své diagnóze a prognóze. Touto informací se řečí zákona rozumí *údaje o příčině a původu nemoci, jsou-li známy, jejím stadiu a předpokládaném vývoji*.⁸⁴ V případě příčiny a původu onemocnění, jak napovídá formulace daného ustanovení („*jsou-li známy*“), půjde často spíše o kvalifikovaný odhad lékaře, v některých případech tuto informaci dokonce nebude z objektivních důvodů možné spolehlivě poskytnout vůbec. Informace o stadiu nemoci a předpokládané prognóze je naproti tomu poskytována povinně, pochopitelně je však podávána z hlediska těch poznatků, které jsou dostupné s ohledem na diagnostické metody.⁸⁵ Je-li však diagnóza nejistá a pacientovi jsou sdělovány spíše domněnky, měl by na to být upozorněn. Lze totiž očekávat, že v takovém případě může mít zájem využít konzultačních služeb jiného lékaře, tedy požádat jej o tzv. druhý názor.

4.2.2. Léčebný postup

Následně lékař pacientovi předestře vhodný léčebný postup. Slovy zákona o zdravotních službách lékař pacienta poučí o *účelu, povaze, předpokládaném přínosu, možných důsledcích a rizicích navrhovaných zdravotních služeb*.⁸⁶ Pacient by měl být seznámen s tím, co je smyslem každého jednotlivého zákroku a co lze od takové léčby očekávat.⁸⁷ Při navrhování léčebného postupu by měla být reflektována jedinečnost každého pacienta – tělesný stav je nutné zhodnotit komplexně s přihlédnutím k jeho věku, konstituci, případným dalším nemocem či jiným relevantním faktorům. Totožná choroba totiž může různé pacienty zatížit odlišně. Rozdílný přístup při stanovení léčebného postupu tak lze očekávat i například v závislosti na tom, zda je pacientem vrcholový sportovec či těhotná žena. Uvedeným specifikům by mělo též být přizpůsobeno poučení.

⁸⁴ § 31 odst. 2 písm. a) zákona č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

⁸⁵ MACH, Jan a kol.: *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Zákon o specifických zdravotních službách. Praktický komentář*. 2. vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2023, s. 116.

⁸⁶ § 31 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

⁸⁷ MACH, Jan a kol.: *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Zákon o specifických zdravotních službách. Praktický komentář*. 2. vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2023, s. 116.

Účel zákroku je nutné specifikovat dostatečně konkrétně, nelze se spokojit s konstatováním, že povede ke zlepšení či zachování zdravotního stavu. V tomto kontextu se nabízí pacienta taktéž poučit o potřebnosti daného zákroku, jeho vhodnosti a způsobilosti dosáhnout vytýčeného cíle.⁸⁸

Poučení o povaze navrhovaných zdravotních služeb by v sobě mělo zahrnovat konkrétně popis jednotlivých zdravotních výkonů, které mají být provedeny, jejich časový sousled,⁸⁹ označení oblasti těla, která má být zasažena⁹⁰ a dále například popis prostředků a přístrojů, kterých při tom má být použito.⁹¹ Pacient by dále měl být informován o tom, zda se jedná o zákrok odkladný či nikoliv. V této souvislosti by měl být upozorněn také na rizika spojená s případným odkladem.⁹² Současně by měl pacient obdržet informace o vyhlídkách na úspěch léčby při provedení zákroku, které mu umožní zvážit klady i zápory navrhovaného postupu.⁹³ Nad rámec uvedeného by poučení mělo obsahovat ku příkladu informaci o bolestivosti zákroku, jakož i o tom, zda bude probíhat při plném vědomí či pod lokální nebo celkovou anestezíí.

Předpokládaný přínos má představovat výsledek úspěšné léčby – tedy to, k čemu poskytování zdravotních služeb směřuje. Možné důsledky je potom nutné chápat v krátkodobé i dlouhodobé rovině. Rozumí se jimi pravidelné důsledky, které se pojí s jednotlivými zákroky.⁹⁴ V této souvislosti se hodí pacienta upozornit na případnou nutnost hospitalizace či klidového režimu, očekávanou pracovní neschopnost, sníženou hybnost nebo jiné nepohodlí. Pacient by taktéž měl mít informaci o tom, zda může v určitém časovém horizontu očekávat úplné uzdravení nebo naopak bude trvale omezen v dosavadním způsobu života. Do poučení je vhodné zahrnout i případné vedlejší příznaky, které s sebou provedení zdravotního výkonu může přinést.⁹⁵ Důležitou součástí poučení dále představuje upozornění na možné důsledky

⁸⁸ DOLEŽAL, Tomáš, DOLEŽAL, Adam. *Informovaný souhlas ve zdravotnictví. Právní a etické aspekty*. 1. vydání. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2023, s. 225.

⁸⁹ MACH, Jan a kol.: *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Zákon o specifických zdravotních službách. Praktický komentář*. 2. vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2023, s. 116.

⁹⁰ HOLČÁPEK, Tomáš. In: ŠUSTEK, Petr a kol.: *Zdravotnické právo*. 1. vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s. 2016, s. 242.

⁹¹ TĚŠINOVÁ, Jolana a kol.: *Medicínské právo*. 2. vydání. Praha: C. H. Beck, 2019, s. 59.

⁹² DOLEŽAL, Tomáš, DOLEŽAL, Adam. *Informovaný souhlas ve zdravotnictví. Právní a etické aspekty*. 1. vydání. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2023, s. 225.

⁹³ Ibid. s. 227

⁹⁴ MACH, Jan a kol.: *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Zákon o specifických zdravotních službách. Praktický komentář*. 2. vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2023, s. 117.

⁹⁵ HOLČÁPEK, Tomáš. In: ŠUSTEK, Petr a kol.: *Zdravotnické právo*. 1. vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s. 2016, s. 242.

odmítnutí provedení zákroku, aby měl pacient možnost zhodnotit, zda je pro něj výhodnější podstoupit spíše riziko spojené se zákrokem nebo naopak riziko hrozící při jeho odmítnutí.⁹⁶

Velký význam má pro pacienta dále informace o rizicích daného zákroku a možných komplikacích. S každým zákrokem v oblasti péče o zdraví jsou spojena určitá rizika. Úkolem lékaře je pacienta přiléhavě poučit o vybraných relevantních rizicích, ale zároveň jej informačně nepřehltit. Přehnaně rozsáhlé poučení na pacienta totiž může zbytečně působit odrazujícím účinkem.⁹⁷ Uvedený závěr podpořil Nejvyšší soud, podle něhož poučení o rizicích spojených se zákrokem nemůže být bezbřehé. Pro každý zákrok lze totiž vyjmenovat prakticky neomezené množství rizik. Pokud bychom trvali na povinnosti poučit pacienta o všech těchto rizicích, informovaný souhlas by byl takřka nedosažitelný. Při poučení je tedy nutné vycházet z kombinace pravděpodobnosti rizika nepříznivého následku a závažnosti takových následků. Při vyšší míře závažnosti následku pak bude ke vzniku poučovací povinnosti postačovat i menší míra pravděpodobnosti výskytu.⁹⁸

4.2.3. Léčebné alternativy

Ten, na kom má být prováděn zákrok, by rovněž měl být zpraven o jiných, v úvahu přicházejících léčebných postupech, které se nabízí.⁹⁹ Zákon tímto rozumí informace o *jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb, jejich vlastnostech, přínosech a rizicích*.¹⁰⁰ Navrhne-li tedy poskytovatel zdravotních služeb konkrétní lékařský postup, měl by pacienta rovněž poučit o všech v úvahu přicházejících alternativách, byť považuje vlastní postup za nejvhodnější. Veškeré navrhované alternativy ovšem musí představovat lege artis postup, který je obecně uznán lékařskou vědou. Lékař není povinen informovat pacienta o neověřených metodách, které nabízí například alternativní medicína.¹⁰¹ Zpravidla se bude nabízet volba mezi konzervativní léčbou a invazivním zákrokem.¹⁰² Poučení by v sobě mělo zahrnovat hodnocení vhodnosti a očekávaných přínosů a rizik daných alternativ, aby měl pacient možnost je

⁹⁶ DOLEŽAL, Tomáš, DOLEŽAL, Adam. *Informovaný souhlas ve zdravotnictví. Právní a etické aspekty*. 1. vydání. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2023, s. 226.

⁹⁷ Srov. *Sidaway v Bethlem Royal Hospital and The Maudesley Hospital Health Authority and Others*. House of Lords. 1 All ER 643, 21. února 1985.

⁹⁸ Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 29. 4. 2015, sp. zn. 25 Cdo 1381/2013 (č. 81/2015 Sb. rozh. civ.).

⁹⁹ § 94 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

¹⁰⁰ § 31 odst. 2 písm. c) zákona č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

¹⁰¹ DOLEŽAL, Tomáš, DOLEŽAL, Adam. *Informovaný souhlas ve zdravotnictví. Právní a etické aspekty*. 1. vydání. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2023, s. 229.

¹⁰² Ibid.

porovnat. Pacient by měl dále vědět, zda je možné zákrok podstoupit přímo ve zdravotnickém zařízení, v němž mu je poskytována péče, nebo zda musí vyhledat jiného poskytovatele. Jsou-li některé z alternativ spojeny s úhradou, měl by pacient taktéž znát jejich jednotlivé výše.¹⁰³

4.2.4. Další potřebná léčba a opatření

V neposlední řadě má být pacient informován o *další potřebné léčbě, omezeních a doporučeních ve způsobu života*.¹⁰⁴ Pokud bude nutné v rámci rekonvalescence dodržovat určitý léčebný režim, který může mít vliv na jeho obvyklý způsob života, měl by s tím být pacient předem srozuměn.¹⁰⁵ Zařadit sem lze například i informace o vhodném rehabilitačním režimu, stravovacích restrikcích či nutnosti užívat léky.

4.2.5. Rozsah podávaného poučení

Veškeré výše vyčtené požadavky na obsah poučení mohou vyvolat dojem, že při jejich dodržení pacient ze zdravotnického zařízení po rozhovoru s lékařem odchází zcela přehlcen informacemi. Toto však zcela jistě není a nemá být cílem poučení. Pro pochopení toho, v jakém rozsahu mají být pacientům podávány informace, se lze inspirovat i v německé judikatuře, která pro tyto účely zavedla pojem „im Großen und Ganzen“, který má zajistit jejich vyváženost. Podle tohoto pravidla pacient nemusí být informován medicínsky přesným způsobem a ve všech myslitelných aspektech. Rozsah sdělených informací má být takový, aby pacient získal obecnou představu o závažnosti a směru léčby. Poučení nemá být lékařskou přednáškou, která má ambici předat pacientovi přesné lékařské znalosti. Diskuse by se tedy měla s ohledem na požadavek srozumitelnosti poučení obejít bez podrobného popisu lékařského zákroku. Poučení však zároveň musí být postačující k tomu, aby na základě získaných informací pacient mohl učinit vlastní rozhodnutí.¹⁰⁶

¹⁰³ MACH, Jan a kol.: *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Zákon o specifických zdravotních službách. Praktický komentář*. 2. vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2023, s. 118.

¹⁰⁴ § 31 odst. 2 písm. d), e) zákona č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

¹⁰⁵ MACH, Jan a kol.: *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Zákon o specifických zdravotních službách. Praktický komentář*. 2. vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2023, s. 118.

¹⁰⁶ SCHENK, Robert. *Die medizinische Grundaufklärung: Aufklärung im Großen und Ganzen, Grundaufklärung und Basiswissen als Zurechnungsebenen eines Haftungssystems für medizinische Aufklärungsfehler*. 1. vydání. Gießen: Springer. 2015, s. 66 – 69.

4.2.6. Vzdání se podání informace

Součástí poučení je i upozornění pacienta na možnost *vzdát se podání informace* o svém zdravotním stavu. V této souvislosti by pacient měl být informován taktéž o tom, že má možnost určit osoby, kterým mají být tyto informace podány, či eventuálně vyslovit zákaz poskytování informací jiným osobám.¹⁰⁷

¹⁰⁷ § 31 odst. 2 písm. f) zákona č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

5. Právo nevědět vs. povinnost informovat

Respekt k autonomii pacienta se mimo jiné promítá do jeho práva učinit rozhodnutí nebýt informován o svém zdravotním stavu. Zákon o zdravotních službách stanoví, že se pacient může vzdát podání informace o svém zdravotním stavu, popřípadě může určit, které osobě má být tato informace podána. O vzdání se podání informace se vyhotovuje písemný záznam, který je podepsán pacientem a příslušným zdravotnickým pracovníkem, a poté je založen do zdravotnické dokumentace.¹⁰⁸ Být informován je tedy právem, nikoliv povinností pacienta.¹⁰⁹ Právo nevědět ovšem někdy může být vnímáno jako problematické, protože pacientova „nevědomost“ narušuje koncept informovaného rozhodování o otázkách týkajících se zdravotního stavu.

Zákon o zdravotních službách stanoví: *„Pacientovi, kterému byla podána informace o zdravotním stavu nebo se podání informace podle § 32 odst. 1 vzdal a který odmítá vyslovit souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, nejde-li o případ, kdy lze zdravotní služby poskytnout bez souhlasu, je opakovaně podána informace o jeho zdravotním stavu v rozsahu a způsobem, ze kterého je zřejmé, že neposkytnutí zdravotních služeb může vážně poškodit jeho zdraví nebo ohrozit život.“*¹¹⁰ Z uvedeného ustanovení plyne, že v případě odmítnutí zdravotních služeb má být „opakovaně podána informace o zdravotním stavu“ i pacientovi, který se poučení vzdal. Dotčené ustanovení však nutí k zamyšlení. Pakliže se pacient vzdá podání informace, z podstaty věci mu dotčená informace nemůže být podána „opakovaně“. Dikce dotčeného ustanovení tedy naznačuje, že vzdání se podání informace u pacienta, který odmítá zdravotní služby, nemá být bráno v potaz. Má tedy zřejmě být informován o svém zdravotním stavu v běžném rozsahu s tím, že poté je mu informace podána ještě opakovaně.

Byť je zřejmé, že smyslem a účelem tohoto ustanovení je apelovat na pacienta, aby své rozhodnutí důkladně zvážil a plně si uvědomil jeho možné důsledky, což zákonodárci jistě nelze vyčítat, může přesto působit poněkud tendenčně. Neposkytnutí zdravotních služeb v důsledku jejich odmítnutí ze strany pacienta totiž nemusí vždy nutně znamenat vážné poškození jeho zdraví či dokonce ohrožení života. Opakované poučení pacienta ovšem má být záměrně formulováno tak, aby na pacienta působilo odstrašujícím dojmem.

¹⁰⁸ § 32 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

¹⁰⁹ MACH, Jan a kol.: *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Zákon o specifických zdravotních službách. Praktický komentář*. 2. vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2023, s. 121.

¹¹⁰ § 34 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Článek 10 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně stanoví, že přání pacienta nebýt informován o vlastním zdravotním stavu je nutné respektovat.¹¹¹ Dále je však doplněno, že ve výjimečných případech je možné právo vědět nebo nevědět omezit v zájmu pacienta.¹¹² Pro bližší porozumění této problematice je nutné sáhnout po vysvětlující zprávě k Úmluvě. Ta připouští, že pacient může mít své vlastní důvody, pro které si nepřeje být obeznámen s určitými aspekty svého zdraví. V některých případech však pro něj může být životně důležité, aby znal určitá fakta o svém zdraví i přes to, že vyjádřil přání je neznat. Vysvětlující zpráva dále dodává, že může být správné pacienta informovat o tom, že jeho zdravotní stav představuje riziko i pro jeho okolí. Právo vědět či nevědět tak může být omezeno i za účelem ochrany práv třetí strany či společnosti. Je tedy ponecháno na vnitrostátním právu, aby určilo, za jakých okolností lze učinit výjimku z práva nebýt informován. Vnitrostátní zákony by však měly vyváženým způsobem zohledňovat práva všech zúčastněných.¹¹³

Pokud je ze strany pacienta udělován souhlas se zdravotním výkonem, jím „chtěná“ neinformovanost o vlastním zdravotním stavu zpravidla nebude představovat překážku v provedení výkonu. Neznalost vlastního zdravotního stavu by ovšem již mohla představovat problém v případě, kdy pacient zdravotní péči odmítá. Pakliže zdravotní stav pacienta představuje riziko i pro jeho okolí (např. z důvodu možné nákazy vysoce infekčním onemocněním), je zřejmé, který zájem převáží. Ochrana společnosti a zdraví třetích osob představuje zcela legitimní sledovaný cíl. Jak tomu ale bude v případě, kdy pacient v důsledku informačního deficitu vystavuje potenciálnímu zdravotnímu riziku pouze sám sebe? Řešení případných hodnotových rozporů je dle vysvětlující zprávy ponecháno na vnitrostátním právu, které má respektovat sociální a kulturní tradice v daném státě. V tomto kontextu je operováno s pojmem „terapeutická nezbytnost“, kterým může být ospravedlněno podání informace pacientovi i proti jeho pokynu.¹¹⁴ Důvodová zpráva k zákonu o zdravotních službách se na výše uvedenou možnost vlastního prostoru pro uvážení odvolává, přesto však bližší vysvětlení dotčeného ustanovení nenabízí.¹¹⁵

¹¹¹ 10 odst. 2 sdělení č. 96/2001 Sb. m. s., Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně.

¹¹² 10 odst. 3 Ibid.

¹¹³ Vysvětlující zpráva k Úmluvě na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. Kapitola III, k čl. 10.

¹¹⁴ Ibid.

¹¹⁵ Důvodová zpráva k zákonu č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. II. Zvláštní část, k § 31 – 33.

Zákon o zdravotních službách výslovně stanoví situace, za kterých pacient nemůže využít svého práva nevědět. Ke vzdání se práva na podání informace se nepřihlíží v případě, kdy má být pacientovi podána informace o tom, že trpí infekční nebo jinou nemocí, kterou může ohrozit zdraví nebo životy jiných osob.¹¹⁶ Občanský zákoník obsahuje pravidlo v podobném duchu, podle něhož musí být ošetřovaný, který si vysvětlení nepřeje, přesto poučen, pokud nebezpečí hrozící jemu nebo jiné osobě zjevně převyšuje jeho zájem.¹¹⁷ Uvedené ustanovení sice ponechává poměrně široký prostor pro uvážení, kdy by měl být pacient i přes své přání poučen, z jeho díkce ovšem vyplývá, že hrozící nebezpečí musí „zjevně převýšit pacientův zájem“. Mám tedy za to, že v případě, kdy pacient odmítá zdravotní péči, nelze bez dalšího přejít jím učiněné vzdání se podání informace s tím, že mu při neposkytnutí informace hrozí nebezpečí. Tato skutečnost totiž sama o sobě nepředstavuje nikterak výjimečnou situaci, ani automaticky nepřesahuje zájem daného pacienta.

Je pravděpodobné, že odmítá-li pacient kromě poučení současně i navrženou zdravotní péči, jeho zdravotnímu stavu tím hrozí újma. Nejde-li ovšem o pacienta trpícího infekční chorobou či například o pacienta, na něhož jsou odkázány jiné osoby a podobně, je tímto rozhodnutím dotčen pouze zájem samotného pacienta. Nemělo by tedy být pochyb o tom, že pacient v takové situaci může plně využít svého práva nevědět. Zákon o zdravotních službách však i přes výše uvedené naznačuje, že tomu tak být nemusí.

Právo vzdát se podání informace je integrální součástí svobodného rozhodování pacienta v otázkách svého vlastního zdraví. Pakliže by toto právo nemělo být respektováno jen proto, že pacient odmítá udělit souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, aniž by k tomu přistoupily další relevantní faktory, došlo by tím k významnému narušení pacientovy autonomie. Úmluva o lidských právech a biomedicíně spolu s vysvětlující zprávou přitom zdůrazňuje, že k omezení tohoto práva je možné přistoupit pouze v zákonem konkrétně vymezených a výjimečných případech. Pacientovo právo nevědět tedy v odůvodněných případech sice musí ustoupit konkurujícím zájmům, tyto by však vždy měly být pečlivě vyvažovány.

¹¹⁶ § 32 odst. 1 poslední věta zákona č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

¹¹⁷ § 2641 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

6. Povinnost lékaře vs. právo pacienta

Dilema, v rámci něhož stojí na straně jedné profesní závazek chránit zdraví i život pacienta a na straně druhé právo pacienta tuto péči odmítnout, představuje jeden z komplikovaných problémů lékařské etiky. Konflikt těchto zájmů se ještě více prohlubuje v situacích, kdy pacient odmítá život zachraňující léčbu, čímž se lékař dostává do obtížné pozice, ve které musí potlačit svou morální povinnost. Pokud v důsledku negativního reversu hrozí vážná porucha zdraví nebo dokonce smrt, může navíc pociťovat i obavu z případného profesního či právního postihu.

Hippokratova přísaha v sobě obsahuje závazek lékaře konat veškeré lékařské úkony v zájmu a ve prospěch nemocného, dle svých schopností a dle svého úsudku. Přesto, že pod vlivem společenských změn poněkud zastarala, stále má čestné místo v řadě diskuzí a mnoho odborníků i laiků se jí dovolává dodnes. Nelze jí totiž upřít, že položila základy lékařské etiky. Stala se ovšem také podkladem pro lékařský paternalismus. Lékař ctící hippokratovskou tradici se řídí zásadou *primum non nocere*, podle níž má především neškodit a řídit se dobrem pacienta. Často se tak může ocitnout před morálním dilematem, na které mu Hippokratova přísaha neodpovídá. Jak pomoci pacientovi, který o to nestojí? Je nutné mít na paměti, že výkon lékařské profese byl od antiky až po dvacáté století výrazně formován konceptem odpovědnosti lékaře za pacientovi dobro.¹¹⁸ Objevil se ovšem nový přístup, podle kterého už nestačí správně léčit, ale je nutné také správně komunikovat s pacientem.¹¹⁹ Moderní medicína navíc nabízí nepřehledné množství možností a postupů, které zajišťují vysokou kvalitu i standard poskytované zdravotní péče. Čím většího pokroku ve vědě je však dosahováno, tím palčivěji mohou být pociťovány poruchy zdraví, které nelze snadno vyléčit. Nemoc či smrt tak může být vnímána jako selhání lékaře.

Jak již bylo popsáno výše, lékaři dávají platné právní normy v několika situacích možnost omezit autonomii pacienta při rozhodování o zdravotním stavu. Řeč je například o případech, kdy je pacient povinen strpět vyšetření nebo léčení podle trestních předpisů či dle zákona o ochraně veřejného zdraví. Poskytování zdravotních služeb dále není podmíněno souhlasem

¹¹⁸ KUŘE, Josef a kol. *Úvod do lékařské etiky* [online]. Kapitoly z lékařské etiky, 2021. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps21/lekarska_etika/web/pages/01_uvod.html

¹¹⁹ DOLEŽAL, Tomáš, DOLEŽAL, Adam. *Informovaný souhlas ve zdravotnictví. Právní a etické aspekty*. 1. vydání. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2023, s. 67.

pacienta v případě, kdy si jeho zdravotní stav žádá poskytnutí neodkladné péče.¹²⁰ Neodkladná péče je přitom zákonem pojmána poměrně široce. Jejím účelem je *zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví, nebo způsobují náhlou nebo intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí.*¹²¹

Pacient někdy nemusí mít náhled na to, co je pro něj dobré. Bez dostatečného informačního podkladu může odmítnout navrhovanou léčbu, a tím se připravit o jedinou šanci na uzdravení. V této situaci tedy nastupuje důležitá úloha lékaře, jenž má pacientovi srozumitelně vysvětlit veškerá předpokládaná rizika pro jeho zdravotní stav, která s sebou odmítnutí léčby přinese. Rozhodne-li se i přes uvedené vysvětlení pacient souhlas s léčbou neudělit, je zřejmé, že v takovém případě zdravotní péči neodmítá z rozmaru či neznalosti, a toto rozhodnutí mu nelze vyčítat. Lékař nezná cestu pacienta, která k takovému rozhodnutí vedla a nepřísluší mu ji posuzovat.

6.1. Lékař a jeho odpovědnost v judikatuře

Dodnes můžeme narazit na situace, kdy by lékař sice rád vyhověl přání pacienta nebýt léčen, zdráhá se tak ovšem učinit ze strachu z případného postihu. Těmto obavám se však lze jen těžko divit. Ještě v roce 2015 byl Obvodním soudem pro Prahu 3 vydán rozsudek, jímž byl lékař shledán vinným ze spáchání trestného činu neposkytnutí pomoci.¹²² Trestného činu se měl lékař dopustit tím, že neposkytl ani nezajistil zdravotní péči své nemocné matce, která následně v důsledku svého špatného zdravotního stavu zemřela. Lékař se hájil tím, že se jeho matka léčit nechtěla a zdravotní služby opakovaně odmítala. Podle soudu prvního stupně však i v případě, kdy dal pacient najevo odmítání lékařské péče, nebyl dán omluvitelný důvod pro neposkytnutí či nezajištění pomoci. Lékařská péče tak prý měla být zajištěna i přes odpor matky. Ústavní soud tento závěr odmítl a zdůraznil, že je nutné ctít autonomii vůle pacienta a jeho možnost odmítnout poskytnutí péče, byť by byla nezbytná pro záchranu jeho života. Lékař může pacienta přesvědčovat a snažit se jej přimět ke změně škodlivého postoje, nikdy mu však nemůže zabránit v realizaci svobodného rozhodnutí. V těchto případech tak nemůže být

¹²⁰ § 38 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

¹²¹ § 5 odst. 1 a) Ibid.

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

naplněna skutková podstata trestného činu neposkytnutí pomoci. Není totiž dána protiprávnost jednání.¹²³

V obdobné věci nedávno rozhodoval také Krajský soud v Plzni. Ten řešil konkrétně případ pacienta s akutními zdravotními problémy, pro něhož jeho rodinní příslušníci opakovaně žádali vyslání sanitky. Sám pacient proti tomu ovšem protestoval a v rámci telefonních hovorů lékaři záchranné služby opakovaně sděloval, že si pomoc nepřeje. Lékař tedy sanitku odmítl vyslat, příbuzným pacienta však nabídl i jiné alternativy postupu, a to například odvoz pacienta do nemocnice osobním automobilem. Taktéž je poučil, jak postupovat, kdyby se pacientův zdravotní stav zhoršil. Bez potřebné lékařské pomoci ovšem pacient zemřel. Lékař záchranné služby tak byl v prvním stupni uznán vinným z přečinu neposkytnutí pomoci. Prý správně nevyhodnotil stupeň naléhavosti tísňové komunikace, když nerozhodl o vyslání sanitky za pacientem. Krajský soud ovšem dospěl k závěru, že v posuzovaném případě jednal lékař adekvátně, když při respektování zásady svobody a autonomie vůle zohlednil odmítavý postoj pacienta. Lékař získal dostatek validních informací, na základě nichž mohl posoudit závažnost zdravotního stavu pacienta. Zároveň nevystaly žádné pochybnosti ohledně schopnosti pacienta vyjádřit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotní služby. Krajský soud tedy lékaře záchranné služby, mimo jiné s odkazem na výše popsany nález Ústavního soudu v obdobné věci, zprostil obžaloby.¹²⁴

New Yorkský soud v roce 2013 v případě *Kowalski v. St. Francis Hospital* zase řešil případ pacienta, který v nemocnici žádal o přijetí do detoxikačního zařízení. Vykazoval známky opilosti, byl však bdělý a schopný chůze. Pár hodin po přijetí si z paže vyjmul kapačku a oznámil zdravotní sestře, že má v plánu jet domů. Sestra na něj však naléhala, aby si zajistil doprovod a tyto skutečnosti šla oznámit lékaři. Než se však k pacientovi stihla vrátit, nemocnici sám svévolně opustil. Krátce nato jej srazilo auto, a tudíž se pokusil vůči zdravotnickému zařízení uplatnit nárok na náhradu škody za zanedbání lékařské péče. Namítal, že mu zdravotničtí pracovníci měli zabránit v odchodu z nemocnice. Soud zdůraznil, že zdravotnické zařízení nemělo právo pacienta omezit na svobodě, tudíž nemohlo mít ani povinnost tak učinit. Podle soudu jistě existují případy, kdy je takové omezení nezbytné, nelze k němu však automaticky přistoupit u všech pacientů, pro něž by bylo bezpečnější, kdyby zůstali v detoxikačním zařízení. Pokud by

¹²³ Nález Ústavního soudu ze dne 2. ledna 2017, sp. zn. I. ÚS 2078/16 (N 1/84 SbNU 23).

¹²⁴ Rozsudek Krajského soudu v Plzni ze dne 17.6.2024, sp. zn. 6 To 72/2024.

zdravotníci pracovníci za daných okolností pacientovi bránili v odchodu, naopak by se tím tedy vystavili odpovědnosti za nedovolené omezování na svobodě.¹²⁵

Je přirozené, že po tragické události člověk cítí potřebu najít někoho, kdo za ni ponese odpovědnost. Hledání viníka může pomoci vyrovnat se s bolestí a případně i ochránit před pocity vlastní viny. S tímto obranným mechanismem se lze setkat i v případech, kdy pacient utrpí vážnou újmu na zdraví či zemře. V takových situacích je snadné ukázat právě na lékaře, který o pacienta pečoval či měl pečovat. Pakliže ovšem pacient odmítá zdravotní služby, lékař má právní i etickou povinnost toto rozhodnutí respektovat i v situacích, kdy tím může být ohrožen jeho život. Bylo by tedy nespravedlivé, aby čelil postihu proto, že postupoval v souladu s přáním pacienta, jakož i se svou povinností. Je totiž nutné si uvědomit, že pokud se pacient rozhodne odmítnout poskytnutí zdravotních služeb, přejímá tím na sebe odpovědnost za své vlastní zdraví.

6.2. Právní formalismus v lékařské praxi

Mimo etická dilemata čelí lékaři při výkonu svého povolání další výzvě, kterou je povinnost dodržovat veškeré formální postupy předepsané právními předpisy. Jak vypadá realita na ambulancích popsal například profesor Jiří Beneš. Ten kritizuje právní formalismus v lékařské praxi, který podle něj administrativně zatěžuje zdravotnické pracovníky a zároveň narušuje důvěru k lékaři. Pojistka v podobě potřebného písemného prohlášení pacienta při přijímání či odmítání zdravotních služeb lékaři dodává jistotu, že po právní stránce postupuje správně. Požadavek na dodržení těchto formálních postupů však vzbuzuje otázku, zda lékař nemá zájem spíše o právní ochranu než o pacientovo trápení. Beneš dále negativně hodnotí to, že v důsledku právního formalismu je zdravotnická dokumentace zahlcována papíry, které zvyšují riziko přehlédnutí podstatných nálezů, a představují tak časovou zátěž. Při dodržování veškerých nutných náležitostí pak má zdravotnický personál méně času věnovat se pacientovi. Význam formuláře je podle něj zároveň značně přeceňován. Slušný a poctivý lékař s pacientem správně komunikuje sám od sebe. Špatné medicínské či despotické jednání naopak nemůže být zhojeno pouhým podpisem pacienta.¹²⁶

¹²⁵ *Kowalski v. St. Francis Hosp. & Health Ctrs.* New York Court of Appeals. Op 04756, No. 128, 26. června 2013.

¹²⁶ BENEŠ, Jiří. in: PTÁČEK, Radek a kol.: *Informovaný souhlas. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. 1. vydání. Praha: Galén, 2017, s. 78 – 80.

Obdobně i profesor Pavel Pafko uvádí: „*Rádi bychom čas strávený „nad papíry“ věnovali nemocnému.*“ Klade důraz na správnou ústní komunikaci s pacientem. Požadavek na písemnou formu podle něj spíše ponechává prostor pro „lidovou tvořivost“ při formulaci a má za cíl spíše chránit lékaře než pacienta. V tomto kontextu vzpomíná na pacienta, který odmítal podstoupit vyšetření poté, co si přečetl informovaný souhlas, v němž byly vyčteny veškeré možné komplikace.¹²⁷ Obdobné názory sdílí celá řada odborníků.

I přes výše popsané je však v zájmu lékaře, aby v situacích, kdy pacient odmítá navržené zdravotní služby, myslel i na svou ochranu, kterou mu prostý ústní rozhovor s pacientem bohužel nezajistí. Lékař by měl během rozhovoru s pacientem pečlivě zvážit obsah a způsob poučení a stanovit tak jasný komunikační rámec. Zároveň by v takovém případě měl vést důkladné záznamy ve zdravotnické dokumentaci. Taktéž by měl zkoumat duševní kapacitu pacienta, aby se ujistil, že je schopen takové rozhodnutí učinit. Pokud okolnosti naznačují, že pacient tuto kapacitu postrádá, je na místě obrátit se na soud. Takový postup je příkladem dobré praxe taktéž ve vztahu k pacientovi. Jsou tím totiž chráněny i jeho zájmy.

¹²⁷ PAFKO, Pavel in: PTÁČEK, Radek a kol.: *Informovaný souhlas. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. 1. vydání. Praha: Galén, 2017, s. 118 – 119.

7. Vývoj práva odmítnout zdravotní péči

Autonomie vůle pacienta získala v právních řádech širší uznání až po druhé světové válce. Za stěžejní dokument v této oblasti je označován Norimberský kodex z roku 1947, který stanovením některých etických standardů v medicíně reagoval na pokusy na lidech prováděné během války. Nejvýznamnějším z nich je požadavek na dobrovolný a informovaný souhlas osoby s účastí na experimentu. Je považován za první dokument svého druhu, což je argument, který na svou obhajobu uváděli ti, kteří se experimentů na lidech dopouštěli.¹²⁸ Směrnice pro experimentování na lidech, která představila raný model informovaného souhlasu, však v Německu existovala již v roce 1931 a patrně sloužila jako inspirační zdroj Norimberského kodexu.¹²⁹ Je tedy zřejmé, že diskuze na toto téma již probíhala dříve, neexistovala ovšem závazná regulace.¹³⁰

Na území České republiky byla ve srovnání s opačnými tendencemi v poválečném západním světě autonomie vůle pacienta značně opožděna v důsledku komunistického režimu. Vztah mezi lékařem a pacientem byl založen na tzv. paternalistickém modelu (*pater = otec*), který zásadně ovlivňoval i způsob komunikace mezi oběma zmíněnými. Nemocný člověk se s důvěrou obracel na svého zpravidla jediného lékaře a bezvýhradně se podroboval jeho návrhu léčby. Vycházelo se z toho, že pokud pacient žádá lékaře o pomoc, plně se svěruje do jeho rukou, a lze tak předpokládat jeho souhlas s lékařem navrženým postupem.¹³¹

7.1. Zákon o péči o zdraví lidu

Poskytování zdravotních služeb bylo až do roku 1966 řešeno pouze dílčími právními úpravami, které se v důsledku vědeckého poznání a nových potřeb společnosti časem ukázaly nedostatečnými. Prvním souborným právním předpisem z oblasti zdravotnického práva, který

¹²⁸ VOLLMANN, J., WINAU, R. *Informed consent in human experimentation before the Nuremberg code* [online]. National Library of Medicine, 7. prosince 1996 [cit. 12. května 2024]. Dostupné z:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2352998/>

¹²⁹ GHOOI, Ravindra B. *The Nuremberg Code—A critique* [online]. Perspectives in Clinical Research, 2011 [cit. 12. května 2024]. Dostupné z:

https://www.bumrungrad.com/getattachment/a2b1731a-52cf-423e-9107-3167a2aceccd/Nuremberg-Code_A-Critique_2011-PCR-2-72.pdf?lang=en-US

¹³⁰ VOLLMANN, J., WINAU, R. *Informed consent in human experimentation before the Nuremberg code* [online]. National Library of Medicine, 7. prosince 1996 [cit. 12. května 2024]. Dostupné z:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2352998/>

¹³¹ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas. Proč a jak?*, Praha: Galén, 2007, s. 12.

nahradil předchozí dílčí úpravy, byl zákon o péči o zdraví lidu.¹³² Jak ovšem napovídá samotný název zákona, zdraví bylo považováno spíše za veřejný statek. Toto označení dle důvodové zprávy vhodně „*postihuje celou problematiku úsilí společnosti o tělesnou a duševní zdatnost lidu*“. Příznivým zdravotním stavem jednotlivce byl sledován vyšší zájem. Upevňování zdraví obyvatelstva totiž přispívalo k rozvoji produktivních sil, což mělo vést k dosažení cílů výstavby socialismu a komunismu.¹³³

Zákon o péči o zdraví lidu každému stanovil povinnost se v zájmu svého zdraví a zdraví spoluobčanů podrobit zdravotnickým prohlídkám, vyšetřením, očkování, léčení přenosných nemocí a podobně.¹³⁴ Uvedené důvodová zpráva označuje za morální povinnost, přesto však upozorňuje na právní důsledky v případě jejího nenaplnění, zejména pokud by tím byla porušena povinnost dodržovat zásady socialistického soužití.¹³⁵

Dle zákona o péči o zdraví lidu měl lékař povinnost nemocného a případně i členy jeho rodiny „*vhodným způsobem*“ poučit o povaze onemocnění a zdravotních výkonech, aby se „*mohli stát aktivními spolupracovníky*“ při poskytování péče.¹³⁶ Již zvolená formulace však naznačuje, že o svém zdraví pacient zdaleka nerozhodoval sám, ale „mohl“ se stát pouze jakýmsi „spolupracovníkem“. Rozsah a způsob poskytování informací o zdravotním stavu byl ponechán na lékaři, který sám posuzoval otázku „vhodnosti“ poučení pacienta. Bývalo pravidlem, že pacient byl pravdivě informován o svém zdravotním stavu často pouze v případě, že měl šanci na uzdravení. Při vážné poruše zdraví se poskytnuté informace přizpůsobovaly tak, aby pacienta motivovaly ke spolupráci, a nebyla tak podlomena jeho důvěra v úspěšnost léčby.¹³⁷ Zdravotnické výkony sice byly podmíněny souhlasem nemocného, stačil ovšem souhlas „*předpokládaný*“.¹³⁸

Zákon umožňoval nemocnému po náležitém vysvětlení potřebnou péči odmítnout podpisem písemného prohlášení, prakticky však byl tento institut pouze omezeně využitelný. Dle důvodové zprávy revers lékaře nezbavoval odpovědnosti za řádné poskytnutí péče podle pravidel lékařské vědy, což lékaři svazovalo ruce při respektování přání pacienta.¹³⁹

¹³² Zákon č. 20/1966 Sb., zákon o péči o zdraví lidu, ve znění zákona 20/1966 Sb.

¹³³ Důvodová zpráva k zákonu č. 20/1966 Sb., zákon o péči o zdraví lidu – obecná část.

¹³⁴ § 9 odst. 2 písm. a) zákona č. 20/1966 Sb., zákon o péči o zdraví lidu, ve znění zákona 20/1966 Sb.

¹³⁵ Důvodová zpráva k zákonu č. 20/1966 Sb., zákon o péči o zdraví lidu – druhá část zvláštní části.

¹³⁶ § 23 odst. 1 zákona č. 20/1966 Sb., zákon o péči o zdraví lidu, ve znění zákona 20/1966 Sb.

¹³⁷ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas. Proč a jak?*, Praha: Galén, 2007, s. 13.

¹³⁸ § 23 odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb., zákon o péči o zdraví lidu, ve znění zákona 20/1966 Sb.

¹³⁹ Důvodová zpráva k zákonu č. 20/1966 Sb., zákon o péči o zdraví lidu – třetí část.

7.2. Partnerský vztah mezi lékařem a pacientem?

V roce 1990 byl v rámci Centrální etické komise při vědecké radě Ministerstva zdravotnictví ze strany docenta Jaroslava Šetky a profesorky Heleny Haškovcové iniciován vznik české verze Práv pacientů, která měla sladit české etické normy s těmi evropskými.¹⁴⁰ Definitivní česká verze etického kodexu poté byla prohlášena za platnou dnem 25. února 1992. Etickým kodexem bylo zakotveno právo pacienta být informován o svém zdravotním stavu. Kodex konkrétně stanoví, že *pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo.*¹⁴¹

Lékaři sice ukládal povinnost poučit nemocného o povaze onemocnění a zdravotních výkonech sám zákon, tato však často nebyla dodržována. Nová formulace tak měla dát jasnější obrysy toho, jak má informační povinnost lékaře vůči pacientovi vypadat. Etickým kodexem bylo výslovně pamatováno také na negativní revers. Podle něj má pacient *v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.*¹⁴² Kodex však sám o sobě není a nikdy nebyl právně vymahatelný. Podle slov Haškovcové vyjadřuje přání nemocného, která jsou pro svou opodstatněnost uznávána i zdravotníky, a vytváří tak mravní normu, která vyzývá k důslednému naplňování.¹⁴³

V roce 1993 bylo vydáno doporučení Rady Evropy O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících, které se vžilo pod názvem Charta práv umírajících. Cílem Charty je chránit nevyléčitelně nemocné před dalším utrpením, které jim může působit například umělé prodlužování procesu umírání nepřiměřeným používáním medicínských postupů nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného. Členským státům tak bylo doporučeno, aby stanovily nezbytnou legislativní a sociální ochranu pacienta. Charta by tedy měla zabránit umírání s nesnesitelnými symptomy, ve strachu či v obavách. Zároveň by měla zajistit, aby pacient nebyl ošetřován a léčen proti své vůli, ani nebyl nikým ovlivňován, či na něj

¹⁴⁰ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas. Proč a jak?*, Praha: Galén, 2007, s. 17.

¹⁴¹ Etický kodex práv pacientů, 25. 2. 1992.

¹⁴² Ibid.

¹⁴³ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas. Proč a jak?*, Praha: Galén, 2007, s. 18.

nebyl činěn nátlak. Pro tyto účely je dle doporučení nutné respektovat odmítnutí určitého léčebného postupu, a to bez ohledu na terapeutickou odpovědnost lékaře. Pokud však skončí léčba, neznamena to, že tím končí i péče. Stát má povinnost zajistit pacientům přístup ke kvalitní a dostatečné paliativní péči, která pacientovi umožní důstojný odchod.¹⁴⁴

7.3. Období transformace

Pro autonomii vůle pacienta byl v českém prostředí významným milníkem rok 2001, kdy bylo vydáno přelomové rozhodnutí Ústavního soudu. Ten zdůraznil, že *„každý člověk je svobodný a není povinen činit nic, co mu zákon neukládá. Z toho vyplývá, že také v otázkách péče o vlastní zdraví záleží jen na jeho svobodném rozhodnutí, zda a v jaké míře se podrobí určitým medicínským výkonům.“* Dal tak vzniknout zásadě „diagnóza není víc než právo“.¹⁴⁵ Téhož roku krátce na to byla Českou republikou ratifikována Úmluva o lidských právech a biomedicíně, která s sebou přinesla zásadní změny, jež se v jiných zemích řadu let vytvářely postupně, v řádech desetiletí. Mezinárodní smlouva tedy podstatně zasáhla obsah národního práva, ačkoliv k této změně společnost ještě nedozrála. Ve zdravotnictví tak nastala nová a neočekávaná situace. Nemocný nově neměl být vnímán pouze jako pasivní příjemce péče a zdravotnický pracovník se musel vypořádat s požadavkem autonomie a spolurozhodování pacientů při jejím poskytování.¹⁴⁶

Období mezi ratifikací Úmluvy o lidských právech a biomedicíně a účinností zákona o zdravotních službách tedy představovalo poněkud neutěšený právní stav. Zákon o péči o zdraví lidu totiž i přes četné novelizace vycházel z odlišných výchozích předpokladů o poměrech ve zdravotnictví a těžko mohl nabídnout právní úpravu hodnou „nové doby“ a stavu české společnosti.¹⁴⁷ Zákon o zdravotních službách byl přijat v roce 2011 v rámci širší reformy českého zdravotnictví a představoval klíčový krok k vytvoření moderního a jednotného právního rámce pro poskytování zdravotních služeb v České republice. Tento krok s sebou přinesl změnu paradigmatu, spočívající v odklonu od paternalistického modelu ve zdravotnictví.

¹⁴⁴ Doporučení Rady Evropy č. 1418 / 1999, o ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících ("Charta práv umírajících").

¹⁴⁵ Nález Ústavního soudu ze dne 18. května 2001, sp. zn. IV.ÚS 639/2000 (N 77/22 SbNU 157).

¹⁴⁶ ŠUSTEK, Petr, HOLČAPEK, Tomáš. *Informovaný souhlas. Teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: ASPI, 2007, s. 18 – 19.

¹⁴⁷ Ibid, s. 18.

Nová legislativa významně posílila roli pacienta, který již nově nebyl vnímán pouze jako pasivní příjemce péče. Bylo mu přiznáno právo na úplné a srozumitelné informace o jeho zdravotním stavu. Autonomie pacienta byla posílena požadavkem na informovaný souhlas a současně byla akcentována nutnost respektování i odmítavého rozhodnutí pacienta.

8. Zvláštní případy „nesouhlasu“

8.1. Odmítnutí zdravotní péče formou dříve vysloveného přání

Institut dříve vysloveného přání je dalším nástrojem, který pomáhá naplnit povinnost respektu k autonomii vůle pacienta. Představuje pokyn pro situaci, kdy se pacient ocitne v takovém zdravotním stavu, v důsledku něhož není schopen vyslovit souhlas či nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb. Často na sebe bere právě podobu informovaného nesouhlasu pacienta s poskytnutím zdravotních služeb. Typicky se bude jednat o příkaz DNR (do not resuscitate – neresuscitovat), který vyjadřuje vůli pacienta odmítnout kardiopulmonální resuscitaci v případě zástavy srdce.¹⁴⁸

8.1.1. Zákonné limity dříve vysloveného přání

Zákon o zdravotních službách dává pacientovi možnost vyslovit své „přání“ stran zdravotní péče předem.¹⁴⁹ Inspiraci při formulaci tohoto ustanovení přitom opět nachází v Úmluvě o lidských právech a medicíně.¹⁵⁰ Právo pacienta tímto způsobem rozhodnout o svém zdravotním stavu je ovšem v mnoha ohledech limitováno. To zdůrazňuje i důvodová zpráva k zákonu o zdravotních službách, podle níž povinnost respektovat přání pacienta neznámá, že musí být splněno za všech okolností.¹⁵¹

V prvé řadě musí nastat předvídatelná situace, k níž se dříve vyslovené přání vztahuje.¹⁵² Vysloví-li tedy například vážně nemocný pacient, srozuměn s infaustní prognózou onemocnění, předem své přání za jakýchkoliv okolností nebyt resuscitován, toto by dle dikce daného ustanovení být respektováno nemělo, pokud se v ohrožení života ocitne v důsledku neočekávané souhry okolností. V praxi ovšem může být problematická míra konkrétnosti jeho vyjádření. Přání by nemělo být příliš obecné, aby nebylo pochyb o tom, že má být aplikováno

¹⁴⁸ DOLEŽAL, Adam. *Dříve vyslovená přání (Advance Directives). Právní a etické úvahy* [online]. Časopis zdravotnického práva a bioetiky, 7. září 2017 [cit. 6. května 2024]. s. 3. Dostupné z: <https://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/141>

¹⁴⁹ § 36 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

¹⁵⁰ Čl. 9 sdělení č. 96/2001 Sb. m. s., Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně.

¹⁵¹ Důvodová zpráva k zákonu č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. II. Zvláštní část, k § 36.

¹⁵² § 36 odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

právě v dané situaci. Je-li naopak přání specifikováno příliš konkrétně, nemusí být použitelné byť jen při drobné odchylce v předvídané situaci.¹⁵³

Dříve vyslovené přání musí být učiněno na základě písemného poučení pacienta o důsledcích takového rozhodnutí. Tohoto poučení se pacientovi musí dostat ze strany lékaře v oboru všeobecné praktické lékařství, u něhož je pacient registrován, případně jiným ošetřujícím lékařem v oboru, s nímž dříve vyslovené přání souvisí. Samotný projev vůle pacienta poté musí být zaznamenán v písemné formě a rovněž musí být opatřen úředně ověřeným podpisem. Nedílnou součástí dříve vysloveného přání tvoří shora uvedené písemné poučení pacienta ze strany lékaře. Nepostačuje údaj o tom, že pacient obdržel veškeré potřebné informace, nýbrž je nutné popsat, o čem konkrétně byl pacient v souvislosti se svým dříve vysloveným přáním poučen.¹⁵⁴

V neposlední řadě platí, že poskytovatel zdravotních služeb bude brát zřetel na dříve vyslovené přání pouze tehdy, pokud jej má k dispozici.¹⁵⁵ Byť se jedná o zcela logický požadavek, bez jehož naplnění poskytovatel zdravotních služeb nemůže rozumně předpokládat existenci dříve vysloveného přání (natož jeho obsah), prakticky si lze jen obtížně představit situaci, kdy má pacient své dříve vyslovené přání pro všechny případy připraveno „po ruce“. Zdravotnický pracovník totiž není povinen pátrat po případném dříve vysloveném přání pacienta, které nemá k dispozici ani od osob pacientovi blízkých či které není založeno ve zdravotnické dokumentaci.¹⁵⁶ Zákonodárce v této souvislosti počítá i s případy, kdy se dříve vyslovené přání dostane zdravotnickému pracovníkovi do dispozice až poté, co již zahájil zdravotní výkony na ochranu života a zdraví pacienta. V těchto situacích je zapovězeno tyto zdravotní výkony dle přání pacienta přerušit, pokud by tento postup vedl k aktivnímu způsobení smrti.¹⁵⁷ Aktivním způsobením smrti se dle důvodové zprávy rozumí například odpojení od přístrojů,¹⁵⁸ mezi odbornou veřejností však v tomto ohledu nepanuje shoda. Dříve vysloveným přáním totiž

¹⁵³ DOLEŽAL, Tomáš, DOLEŽAL, Adam. *Informovaný souhlas ve zdravotnictví. Právní a etické aspekty*. 1. vydání. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2023, s. 264.

¹⁵⁴ § 36 odst. 2, odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

¹⁵⁵ § 36 odst. 2 *Ibid.*

¹⁵⁶ MACH, Jan a kol.: *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Zákon o specifických zdravotních službách. Praktický komentář*. 2. vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2023, s. 159.

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

¹⁵⁸ Důvodová zpráva k zákonu č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. II. Zvláštní část, k § 36.

teoreticky může být vyjádřen přímo nesouhlas s umělou orgánovou podporou, který by v takovém případě bylo zakázáno respektovat.¹⁵⁹

Zdravotnický pracovník rovněž není povinen respektovat dříve vyslovené přání, pokud od doby jeho vyslovení došlo k takovému vývoji, že lze důvodně předpokládat, že by pacient své přání změnil a souhlas s poskytnutím zdravotních služeb by vyslovil.¹⁶⁰ Pacient v době vyslovení přání například nemusí předvídat pokrok v medicíně, při znalosti aktuálního stavu vědy by se však již mohl rozhodnout jinak. Zároveň může v průběhu času měnit své postoje. Lékař by si tedy měl ověřit, zda je přání pacienta stále platné i v dané situaci, čímž je postaven před velmi nelehký úkol. Pacient formulující své přání předem činí rozhodnutí směrem do budoucnosti, která je nejistá. Není tedy zřejmé, zda zvládne posoudit a vyhodnotit všechny situace, v nichž se může v budoucnu ocitnout. Taktéž jeho přání se může proměňovat v čase. Jak tedy může lékař spolehlivě vyhodnotit, zda je přání stále platné, když nemá k dispozici veškerá data? Nabízí se tedy, aby při rozhodovacím procesu bylo zjištěno i případné stanovisko osob pacientovi blízkých. Jistým vodítkem mohou být i jiné dřívější názory pacienta, jsou-li známy. Rozhodne-li se ovšem ošetřující lékař přání pacienta nerespektovat, měl ve zdravotnické dokumentaci řádně popsat důvody, pro které tak učinil.¹⁶¹

Dříve vyslovené přání dále nelze respektovat, pokud by jeho naplnění vedlo k aktivnímu způsobení smrti pacienta či pokud by mohlo ohrozit jiné osoby.¹⁶² Jednání, které by vedlo k aktivnímu způsobení smrti je v českém právním prostředí hodnoceno jako trestný čin vraždy a dříve vyslovené přání směřující k takovému postupu není možné respektovat. Pokud však zdravotnický pracovník v souladu s platným přáním pacienta nekoná (například u něj neprovede resuscitaci), nebude trestně odpovědným, i kdyby pacient v takovém případě zemřel.¹⁶³ Institut rovněž nelze uplatnit v případě nezletilých pacientů či pacientů s omezenou svéprávností.¹⁶⁴

Doba platnosti dříve vysloveného přání již není nikterak omezena. Zákonodárce však původně s odkazem na rychlý pokrok v medicíně jeho platnost limitoval na dobu pěti let.

¹⁵⁹ MACH, Jan a kol.: *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Zákon o specifických zdravotních službách. Praktický komentář*. 2. vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2023, s. 163.

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

¹⁶¹ MACH, Jan a kol.: *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Zákon o specifických zdravotních službách. Praktický komentář*. 2. vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2023, s. 162.

¹⁶² § 36 odst. 5 písm. b), c) zákona č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

¹⁶³ MACH, Jan a kol.: *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Zákon o specifických zdravotních službách. Praktický komentář*. 2. vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2023, s. 162.

¹⁶⁴ § 36 odst. 6 zákona č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Účelem ustanovení podle něj měla být ochrana pacienta v případě, že by u něj došlo k podstatné změně okolností, které poskytovateli zdravotních služeb nemusí být známy. Neomezená platnost dříve vysloveného přání prý měla být diskutabilní u mladých lidí, kteří mohou být snadno ovlivnitelní v důsledku nedostatku životních zkušeností. Pokud tedy pacientovo přání trvalo i po uplynutí pěti let, musel jej obnovit, případně mohl současně i pozměnit jeho obsah. Toto časové omezení ovšem podle Ústavního soudu představovalo zásah do svobodného rozhodování člověka o své osobnosti. Je totiž nutné rozlišovat situace, kdy je nové vyslovení přání možné bez větších potíží, a kdy to naopak s ohledem na zdravotní stav již možné není. Smyslem dotčeného institutu je, že pacient činí své dříve vyslovené přání právě pro případ, kdy o sobě nebude schopen sám rozhodnout. Pokud by však tento případ nastal po uplynutí pětileté doby, musel by své přání obnovit, což by jeho zdravotní stav již neumožňoval. Přání vyslovené pacientem přitom může být výsledkem jeho dlouhodobého hodnotového přesvědčení, na které plynutí času nemá žádný vliv, a úvaha o jeho neaktuálnosti tak postrádá opodstatnění. Dříve vyslovená přání tedy podle Ústavního soudu mají platit tak dlouho, dokud je člověk sám nezmění či nezruší.¹⁶⁵

Dříve vyslovené přání je možné učinit také při hospitalizaci.¹⁶⁶ Je však nutné pamatovat na to, že v takovém případě je jím vázáno pouze zdravotnické zařízení, v němž se pacient nachází. Nemá tedy obecnou platnost. Záznam o pacientově přání podepíše mimo pacienta samotného i příslušný zdravotnický pracovník a další svědek. Není tedy třeba, aby byl podpis pacienta v tomto případě úředně ověřován. Požádá-li pacient poskytovatele zdravotních služeb o sepsání dříve vysloveného přání, musí mu být vyhověno.¹⁶⁷ Pacientovo přání je poté založeno do zdravotní dokumentace, a není tak pochyb o jeho existenci.

8.1.2. „Žádná krev“

Otázku dříve vysloveného přání řešil také Evropský soud pro lidská práva, na který se v pozici stěžovatele obrátila ruská náboženská společnost Moskevští Svědkové Jehovovi. O Svědcích Jehovových je obecně známo, že jim víra zakazuje přijímat krevní transfuze.¹⁶⁸ Členové

¹⁶⁵ Nález Ústavního soudu ze dne 27. listopadu 2012, sp. zn. Pl. ÚS 1/12 (N 195/67 SbNU 333).

¹⁶⁶ § 36 odst. 4 zákona č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

¹⁶⁷ MACH, Jan a kol.: *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Zákon o specifických zdravotních službách. Praktický komentář*. 2. vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2023, s. 161.

¹⁶⁸ DANGOVÁ, Vu Huyen a kol. *Postoj Svědků Jehovových k zásahům do těla* [online]. Hospodářská a kulturní studia, 29. května 2024 [cit. 13. června 2024]. Dostupné z: https://www.hks.re/wiki/ls2021:postoj_svedku_jehovovych_k_zasahum_do_tela_v_cr_a_usa

této společnosti si tak mezi sebou rozdávali předtištěné kartičky s nápisem „Žádná krev“, v nichž bylo uvedeno: „Zakazuji, aby mi za jakýchkoli okolností – i kdyby lékaři měli za to, že je to třeba k záchraně mého zdraví či života – byla provedena transfuze krve. (...) Tímto právním pokynem vykonávám své právo odmítnout lékařské ošetření nebo s ním souhlasit v souladu s mým přesvědčením a zásadami. Jsem Svědek Jehovův a vydávám tento pokyn v souladu s Božími příkázáními. (...) Pokud jsem v bezvědomí, osoba uvedená na druhé straně této kartičky mě může zastupovat, pokud jedná v souladu s tímto pokynem.“¹⁶⁹ Vnitrostátní soudy tuto aktivitu označily za nepřipustný nátlak a ovlivňování, což mimo jiné vedlo k rozpuštění této společnosti a permanentnímu zákazu činnosti.

Zmíněná kartička má formu dříve vysloveného přání a potvrzuje dřívější rozhodnutí pacienta o odmítnutí krevní transfuze. Nemá delegovat rozhodnutí o lékařské péči na jinou osobu, ale pouze odkazuje na pacientova zástupce, který zajistí respektování pokynu uvedeného v kartičce ze strany zdravotnického personálu. Pacient si může svobodně zvolit jakéhokoliv zástupce. Nabízí se i možnost určit zástupcem člena výboru pro styk s nemocnicemi zřízeného Svědky Jehovovými, který má za úkol lékaři poradit, jak postupovat v souladu s přesvědčením pacienta a usnadnit mu přístup k informacím o možnostech léčby bez transfuze krve.

Podle Evropského soudu pro lidská práva je zřejmé, že Svědkové Jehovovi své rozhodnutí odmítnout krevní transfuzi učinili svobodně. Tomu svědčí skutečnost, že kartičku vyplnili s předstihem, neomezováni naléhavou situací, a poté ji nosili pro případ potřeby u sebe. Nic přitom nenasvědčuje tomu, že by jejich vůle byla někým nepřipustně ovlivněna či jejich přesvědčení kolísalo. Evropský soud pro lidská práva tak dospěl k závěru, že nerespektování dříve vysloveného přání v podobě kartičky je nepřipustným zásahem do osobní autonomie členů této náboženské společnosti v oblasti náboženského vyznání a fyzické integrity. Právo odmítnout lékařský zákrok, a tedy i konkrétně krevní transfuzi, je podle něj základním principem sebeurčení.¹⁷⁰

¹⁶⁹ Rozsudek senátu (1. sekce) ESLP ze dne 10. 6. 2010, Moskevští Svědkové Jehovovi (Jehovah's Witnesses of Moscow) a ostatní proti Rusku, č. 302/02.

¹⁷⁰ Ibid.

8.1.3. Odpojení od přístrojů

Jednou z nejprominentnějších osob, která využila práva předem vyslovit své přání, a zachovat si tak kontrolu nad koncem vlastního života, byl bývalý prezident Spojených států amerických Richard Nixon. Ten se vyslovil tak, že pokud se u něj rozvine vážná nemoc, která by jej oslabil, a to zejména intelektuálně, nepřeje si, aby byly činěny zdravotní výkony, které by jej udržely naživu. Zároveň si sám zvolil nemocnici, v níž mu měla být poskytována zdravotní péče. Když ve svých jednaosmdesáti letech utrpěl mrtvici, prognóza se zpočátku jevila příznivě. Jeho zdravotní stav se poté nicméně zhoršil v důsledku otoku mozku, a jeho šance na přežití tak nebyla příliš vysoká. I kdyby však přežil, s největší pravděpodobností by byla trvale narušena jeho schopnost řeči a vyjadřování. Lékaři v jím zvolené nemocnici se tedy řídili jeho pokynem. Nixon zemřel čtyři dny poté, co jej stihla mrtvice.¹⁷¹

8.2. Odvolání souhlasu

Podle Úmluvy o lidských právech a biomedicíně může pacient kdykoliv svobodně odvolat svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb.¹⁷² Zákon o zdravotních službách toto pravidlo kopíruje, dále však dodává, že odvolání souhlasu nebude účinné, pokud by přerušení již započatého zdravotního výkonu mohlo způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života pacienta.¹⁷³ V ostatních případech je však a contrario lékař povinen zákrok ukončit bezodkladně poté, co odvolání souhlasu obdržel. Odvolání souhlasu bude mít vždy účinky pouze do budoucna (ex nunc). Logicky totiž nelze zvrátit zásahy v podobě již provedených léčebných úkonů. O právu odvolat souhlas by měl být pacient poučen při rozhovoru s ošetřujícím zdravotníkem. Tuto informaci je případně vhodné uvést i do formuláře informovaného souhlasu.¹⁷⁴

¹⁷¹ ALTMAN, Lawrence K. *The 37th President: The Last Days; Disabled, Yet Retaining Control Over His Care* [online]. The New York Times, 24. dubna 1994 [cit. 1. června 2024]. s. 3. Dostupné z: <https://www.nytimes.com/1994/04/24/us/the-37th-president-the-last-days-disabled-yet-retaining-control-over-his-care.html>

¹⁷² Čl. 5 sdělení č. 96/2001 Sb. m. s., Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně.

¹⁷³ § 34 odst. 4 zákona č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

¹⁷⁴ VAVRUŠKOVÁ, Magda a kol. *Odvolání souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb* [online]. Provoz lékařské praxe, 1. června 2017 [cit. 15. června 2024]. s. 3. Dostupné z: <https://www.provoz-praxe.cz/33/odvolani-souhlasu-s-poskytnutim-zdravotnich-sluzeb-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4EpT9gM6LsLxGQp7zZPNvBmk/?query=informovan%FD%20souhlas&serp=1>

8.2.1. Požadavky na poučení

Při odmítnutí zdravotní péče je poskytovatel zdravotních služeb ze zákona povinen pacienta řádně poučit o možných důsledcích a rizicích takového rozhodnutí. Na toto poučení zákonodárce klade zvláštní důraz, a to zejména proto, že pacient v daném případě nepřijímá léčbu, která mu byla doporučena ze strany lékaře, což může ohrozit jeho zdraví. Tento proces má zajistit, aby si byl pacient plně vědom důsledků svého rozhodnutí a rozhodoval se s maximální možnou mírou informovanosti.

Odvolání souhlasu s sebou pro futuro přináší obdobné důsledky, jako odmítnutí zdravotní péče. Oba tyto projevy vůle mají za následek, že pacientovi nejsou poskytnuty konkrétní zdravotní služby. S ohledem na tuto skutečnost je případné, aby v obou předestřených situacích dosahovalo poučení pacienta srovnatelné kvality. Zákonodárce ovšem pro případ odvolání souhlasu očekávané požadavky na poučení nestanoví. Je přitom nutné si uvědomit, že oproti odmítnutí zdravotní péče může v některých případech pacient důsledky odvolání souhlasu pocítit daleko intenzivněji, zvláště pokud je nutné (a přípustné) ukončit probíhající zdravotní výkon či započatou léčbu. Přístup zákonodárce je tedy v tomto ohledu poněkud nekoncepční.

Je zřejmé, že odvolání souhlasu by měl pacient činit po řádném zvážení dopadů neposkytnutí zdravotní služby na své zdraví. Měl by tedy být lékařem informován o tom, jaké může mít odvolání souhlasu důsledky pro jeho zdravotní stav. Je nutné jej například upozornit na to, že ukončení léčby může způsobit zdravotní komplikace, které si v dlouhodobějším horizontu mohou vyžádat komplikovanější a riskantnější zásah. Pacient by měl být taktéž upozorněn na to, že případný budoucí návrat k přerušené léčbě již nemusí být stejně efektivní. Zároveň by mu v této souvislosti měly být opětovně nabídnuty dostupné alternativy. Lékař by měl pacientovi rovněž objasnit, co bude následovat po odvolání souhlasu, ať už se jedná o doporučení další péče, kontrolu nebo jiné kroky. Stejně jako v jiných případech se však lékař musí vyvarovat nepřiměřeně sugestivního způsobu poučení, kterým je pacientovi podsouváno jediné správné řešení. Při odvolání souhlasu je, obdobně jako při odmítnutí péče, nutné přistupovat k pacientovu přání respektujícím a chápavým způsobem.

8.2.2. Požadavky na formu

Zákon o zdravotních službách připouští existenci různých forem odvolání souhlasu. Součástí zdravotnické dokumentace tak může být písemné odvolání souhlasu učiněné přímo ze strany pacienta, pakliže takové existuje. Pacient dále může svůj souhlas odvolat bez vlastního písemného vyjádření, v takovém případě je do zdravotnické dokumentace založen záznam o takto projevené vůli, který podepíše pacient a zdravotnický pracovník. Pokud pacient uvedený záznam odmítá podepsat, zdravotnický pracovník tuto skutečnost do záznamu doplní a podepíše jej společně se svědkem.¹⁷⁵ Zákon o zdravotních službách ovšem výslovný požadavek písemné formy pro odvolání souhlasu nestanoví.

Podle občanského zákoníku platí, že souhlas může být odvolán v jakékoliv formě, i když se pro jeho udělení vyžaduje písemná forma.¹⁷⁶ Dotčené ustanovení je záměrně koncipováno tak, aby ošetřovanému umožnilo souhlas odvolat například i v případě, kdy mu jeho zdravotní stav nedovoluje vyjádřit se písemně.¹⁷⁷ Tento přístup tak reflektuje význam hodnot integrity a autonomie v otázkách, které se týkají zdraví člověka.¹⁷⁸ Při odvolání souhlasu je však vhodné postupovat analogicky jako v případě, kdy pacient vyslovuje nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb. Písemná forma je v těchto případech z hlediska důkazního mimořádně praktická.

8.3. Konkludentní odmítnutí zdravotní péče

Ve zdravotnické praxi se lze setkat se situací, kdy pacient svévolně opustí zdravotnické zařízení, aniž by tento svůj záměr předem oznámil zdravotnickému personálu. I tímto způsobem může pacient vykonat své právo rozhodovat o vlastním zdravotním stavu. Ať už tak učinil z jakéhokoli důvodu, pravděpodobně se tím připravil o opakované poučení o svém zdravotním stavu a důsledcích svého rozhodnutí. Poskytovatel je povinen o tomto informovat osobu určenou pacientem a není-li takové osoby, kontaktuje manžela nebo registrovaného partnera. Pokud není manžela nebo registrovaného partnera či pokud tento není dosažitelný, informuje

¹⁷⁵ § 34 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

¹⁷⁶ § 97 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

¹⁷⁷ VAVRUŠKOVÁ, Magda a kol. *Odvolání souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb* [online]. Provoz lékařské praxe, 1. června 2017 [cit. 15. června 2024]. s. 3. Dostupné z:

<https://www.provoz-praxe.cz/33/odvolani-souhlasu-s-poskytnutim-zdravotnich-sluzeb-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4EpT9gM6LsLxGQp7zZPNvBmk/?query=informovan%FD%20souhlas&serp=1>

¹⁷⁸ HOLČAPEK, Tomáš, ŠUSTEK, Petr. in: ŠVESTKA, Jiří a kol. *Občanský zákoník: Komentář, Svazek I, (§ 1-654)* [online databáze]. Praha: Wolters Kluwer, 2020, aktualizováno k 1. lednu 2020. Dostupné z: databáze aspi.cz.

poskytovatel rodiče, a není-li ani rodičů či se s nimi nelze spojit, kontaktuje jinou svéprávnou osobu blízkou, je-li mu známa. Dále je povinen o tomto vyrozumět Policii České republiky. Uvedený postup je nutné dodržet v případech, kdy je v důsledku svévolného opuštění zdravotnického zařízení lůžkové péče vážně ohroženo zdraví nebo život pacienta či třetích osob.¹⁷⁹ Není-li vážně ohroženo zdraví ani život pacienta, dobrovolné opuštění zdravotnického zařízení oznamovací povinnosti a contrario nepodléhá.¹⁸⁰

8.4. Odmítání klasické medicíny

Hledání alternativních přístupů ke zdraví je poměrně rozšířeným fenoménem, který si v kontextu tématu práce zaslouží pozornost. Řada pacientů volí léčebné metody, se kterými duchovně souzní. Tyto pro ně mohou představovat jak doplněk standardní léčby, tak i samostatný léčebný postup. Zájem o alternativní léčbu často pramení z touhy po intenzivnější péči a podpoře. Zdravotnický systém se oproti tomu vyznačuje rozpočtovou náročností, byrokracií, časovým tlakem a nedostatkem personálu. Vytváří tak prostor pro alternativní medicínu, která se sice může vymykat obecně uznávaným profesním standardům, slibuje však více pozornosti.¹⁸¹

Jak bylo popsáno výše, lékař navrhuující konkrétní léčebný postup má pacienta poučit o všech lege artis alternativách. Pacientovi tak ze strany lékaře nad rámec uvedeného zpravidla nebudou navrhovány alternativní přístupy, které nedosahují náležité odborné úrovně. Otázka kvality pacientem zvolené alternativní léčebné metody je potom rozhodující pro posouzení, zda byl či nebyl udělen informovaný souhlas. V případě, že pacient odmítne lékařem navrhovaný postup, avšak současně zvolí lege artis alternativu, nebude se jednat o odmítnutí vyslovení souhlasu s poskytnutím zdravotní péče ve smyslu § 34 odst. 3 zákona o zdravotních službách, nýbrž půjde o pacientův výběr jedné z v úvahu přicházejících variant léčby. Pacient tedy negativní revers nepodepisuje. Je ovšem vhodné, aby byl záznam o volbě jiného, než lékařem doporučeného postupu, přesto stvrzen podpisem pacienta a založen do zdravotnické dokumentace. Toto se jeví být účelným zejména pro případ, že by léčba, kterou si pacient sám

¹⁷⁹ § 45 odst. 4 zákona č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

¹⁸⁰ TĚŠINOVÁ, Jolana a kol.: *Medicínské právo*. 2. vydání. Praha: C. H. Beck, 2019, s. 110.

¹⁸¹ *Für die Patientensicherheit Anforderungen für die Berufsausübung von Heilpraktikern erhöhen - Antrag der Fraktion der FDP* [online]. Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Drucksache 16/12846, 23. listopadu 2016 [cit. 17. června 2024]. s. 3. Dostupné z: <https://www.landtag.nrw.de/Dokumentenservice/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMST16-4470.pdf;jsessionid=DE1A61E0A9C644BD2C95311312C17DE7>

zvolil, nebyla úspěšná.¹⁸² V případě, že si pacient zvolí jinou než lege artis alternativu, již se však bude jednat o odmítnutí zdravotní péče, pacient tak negativní revers podepisuje.

8.4.1. Rizika alternativní medicíny

I přes svou popularitu je alternativní medicína hojně kritizována řadou odborníků, kteří popírají účinnost takové léčby. Odchýlení se od standardního lékařského postupu však nelze paušálně hodnotit jako nesprávné. Přesto, že je případná volba alternativního přístupu plně v režii pacienta, mohou nastat situace, které jsou minimálně z morálního hlediska problematické. Riziko představuje alternativní léčba zejména v případech, kdy je pacient vážně nemocen a standardní medicínskou léčbu odmítá proto, že věří v sílu léčitelství.

K výrazným kritikům alternativní medicíny se řadí profesor Jiří Heřt, který proslul svým otevřeně negativním postojem vůči léčitelství. I díky svému „nesmlouvavému boji proti šarlatánství“ byl pasován Rytířem lékařského stavu.¹⁸³ Heřt alternativní medicínou rozumí *všechny metody, jejichž principy jsou v rozporu s vědeckými poznatky a jejichž specifickou účinnost se nepodařilo prokázat standardní vědeckou metodikou*. Řadí sem *staré lidové metody*, ale i *klasické metody alternativní medicíny*, jakými je *homeopatie, čínská medicína, parapsychologie*, jakož i nově vznikající *energetické či přístrojové metody* a podobně. Heřt uznává, že alternativní medicína může mít částečný léčebný efekt, tento však zpravidla bude zprostředkován placebovým efektem. „Šarlatánstvím“ potom nazývá metody alternativní medicíny, u nichž si je léčitel vědom, že jsou neúčinné a provozuje je ze zjištěných důvodů. Dodává však, že většina léčitelů své metodě naivně věří.¹⁸⁴

Vůči léčitelským praktikám v onkologii zaujala kritický postoj také Česká lékařská komora. Ve svém stanovisku k této problematice vyjádřila empatii vůči pacientovi a jeho rodině, kteří se snaží pro nemocného zajistit optimální léčbu, a spoléhají tak i na neověřené informace. Česká lékařská komora v této souvislosti pojmenovává hlavní riziko těchto metod, které spočívá v tom, že onkologicky nemocný pacient mnohdy podstupuje alternativní léčbu na úkor standardní protinádorové léčby. Jeho šance na úspěch v léčbě se tím tedy výrazně snižuje. V tomto kontextu apeluje na lékaře, aby pacientovi podal alespoň stručnou informaci

¹⁸² MACH, Jan. *Medicínské právo – co a jak. Praktické rady pro lékaře a zdravotníky*. 1. vydání. Praha: Galén, 2015, s. 23.

¹⁸³ Profesor Jiří Heřt dvacátým Rytířem českého lékařského stavu. TEMPUS MEDICORUM, 2013, roč. 22, č. 4. s. 3.

¹⁸⁴ MACHO, Milan. Bojovník proti alternativní medicíně a šarlatánství. TEMPUS MEDICORUM, 2013, roč. 22, č. 4. s. 4 - 5.

o alternativních léčebných metodách a upozornil jej na rizika, která s sebou přináší, jakož i zdůraznil neúčinnost takového postupu.¹⁸⁵

Potíž je ovšem v tom, že alternativní medicína tvoří pouze okrajovou část zdravotnického vzdělávání, a toto tak často není dostatečné. Česká lékařská komora navíc doporučuje nezařazovat do systému Celoživotního vzdělávání lékařů přednášky z oblasti homeopatie, čínského léčitelství a dalších oblastí nevědeckých léčitelských metod.¹⁸⁶ Lékaři tak sice mají pacienta poučit o alternativní medicíně a s ní spojených rizicích, budou tak však často činit bez dostatečné znalosti této problematiky. Z uvedeného tedy plyne, že pokud lékař poučuje pacienta o alternativních léčitelských metodách, má tím sledovat spíše cíl pacienta od těchto postupů odradit, nikoliv mu některý z nich doporučit například jako doplněk standardní léčby.

V českém prostředí se však nachází i řada lékařů, kteří kombinují klasickou medicínu s homeopatickou léčbou. K těmto se řadí například Tomáš Karhan, který patří k předním českým homeopatům. Podle něj se poloha lékaře i homeopata vhodně doplňuje.¹⁸⁷ Sám ovšem upozorňuje, že pokud pacient onemocní například rakovinou, neměl by spoléhat pouze na homeopatiku. V takovém případě pacient velmi riskuje, a to tím spíše, že úspěšnost v léčbě rakoviny v posledních letech velmi pokročila. Zároveň varuje před homeopaty samouky. Ty označuje za nebezpečné šarlatány, kterým by se měl pacient zdaleka vyhnout.¹⁸⁸

8.4.2. Přístup lékaře k pacientově volbě

Profesor Ivo Telec k této problematice uvádí, že filozofická míra racionality nebo iracionality je věcí pacientovy odpovědnosti za vlastní zdraví. Jeho svobodu volby musí uznávat každý poskytovatel zdravotních služeb. Úkolem poskytovatele není hodnotit, zda a proč je pacient zaujat alternativními přístupy. Nemocnému a léčiteli nic nebrání ujednat si práva a

¹⁸⁵ Stanovisko České lékařské komory k neověřeným léčitelským postupům v onkologii [online]. Česká lékařská komora, 2. února 2012 [cit. 27. dubna 2024]. s. 3. Dostupné z: <https://lkcr.cz/novinky/99301cs-stanovisko-vr-clk-k-neoverenym-lecitelskym-postupum-v-onkologii>

¹⁸⁶ Doporučení České lékařské komory k otázce Celoživotního vzdělávání lékařů garantovaného ČLK dle SP 16, schválené Vědeckou radou ČLK dne 3. 12. 2016.

¹⁸⁷ OCKNECHT, Martin. „Snědl jsem celé platičko homeopatik a nic. Nefungují,“ vysvětluje doktor Šrámek. A co na to homeopat Karhan? [online]. Český rozhlas, 26. října 2016 [cit. 27. dubna 2024]. Dostupné z: <https://plus.rozhlas.cz/snedl-jsem-cele-platicko-homeopatik-a-nic-nefunguji-vysvetluje-doktor-sramek-a-6529623>

¹⁸⁸ GAZDÍK, Jan. Homeopatie rakovinu nevyléčí. Důvěřiví pacienti zbytečně umírají [online]. idnes.cz, 10. září 2009 [cit. 27. dubna 2024]. s. 3. Dostupné z: https://www.idnes.cz/onadnes/zdravi/homeopatie-rakovinu-nevyleci-duverivi-pacienti-zbytecne-umiraji.A090910_100832_zdravi_pet

povinnosti při péči o zdraví i takovým způsobem, který není v daném místě a čase uznáván převážnou částí odborné obce.¹⁸⁹ Otázkou ovšem je, zda nemůže mít míra pacientovy iracionality vliv na posuzování jeho kompetence rozhodovat o svém zdravotním stavu. Takové iracionální rozhodnutí totiž nemusí být vyhodnoceno jako autonomní, a může tak vyvstat otázka, zda vůbec má být respektováno. Potíž může nastat například tehdy, když bez ohledu na obsah a rozsah poučení pacient nevěří lékařem poskytnutým informacím. V takovém případě můžeme pochybovat o tom, zda je pacient způsobilý správně vyhodnotit situaci a učinit racionální rozhodnutí ohledně možností léčby. Podle některých bioetiků tak lze dovodit morální povinnost lékaře přesvědčit pacienta, aby změnil svůj názor. Tato však bude stěžejí vynutitelná.¹⁹⁰

Při odhlédnutí od potenciálních morálních dilemat, která lékaře mohou potkat, lze vytvořit následující modelovou situaci. Pacient absolvuje diagnostické vyšetření v běžném zdravotnickém zařízení, následně však odmítne lékařem navržený standardní postup léčby zjištěné nemoci a namísto toho si zvolí některý z alternativních přístupů. V takovém případě lékař pacientovi poskytne poučení o případných rizicích a (ne)účinnosti jím zamýšleného postupu. Tato skutečnost by měla být reflektována také v negativním reversu, který by měl mimo jiné obsahovat prohlášení pacienta o tom, že i přes poučení o rizicích zamýšlené alternativní léčby odmítá poskytnutí standardní zdravotní služby. Nachází-li se pacient ve vážném zdravotním stavu, který jej ohrožuje na životě, poučení by mělo být o to důraznější. Informace o potenciálním nebezpečí, které hrozí při upřednostnění alternativní léčby na úkor léčby standardní, bude žádoucí pochopitelně i v případě, kdy lékař sice nemá žádné indicie nasvědčující tomu, že by pacient mohl zvolit alternativní cestu, ale toto pouze předpokládá. Lékař by se tedy měl zasadit o to, aby pacient tuto svou volbu učinil vědomě a informovaně.

8.4.3. Německá judikatura

Poměrně bohatou judikaturu zabývající se problematikou léčitelsví lze nalézt v Německu. Již v roce 1989 byl mnichovským soudem vydán rozsudek ve věci onkologicky nemocného pacienta. Tento se zabýval konkrétně situací, kdy pacient odmítl standardní způsob léčby a svěřil se do péče alternativního léčitele. Soud stanovil, že pokud toto rozhodnutí učiní

¹⁸⁹ TELEČ, Ivo. *Komplementární a alternativní medicína pohledem zdravotnického práva* [online]. Bulletin advokacie, 3. května 2017 [cit. 26. dubna 2024]. s. 3. Dostupné z:

<http://www.bulletin-advokacie.cz/komplementarni-a-alternativni-medicina-pohledem-zdravotnickeho-prava>

¹⁹⁰ DOLEŽAL, Tomáš, DOLEŽAL, Adam. *Informovaný souhlas ve zdravotnictví. Právní a etické aspekty*. 1. vydání. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2023, s. 255.

pacient vědomě, nemá léčitel povinnost jej poučovat o tom, že nemá žádné odborné lékařské znalosti. Stejně tak není povinen pacienta upozorňovat na to, že úspěšnost jeho léčebných metod není z hlediska odborné medicíny dostatečná. Učiní-li totiž pacient vědomou a svobodnou volbu, musí být srozuměn s tím, že volí léčebnou metodu, jejíž účinnost není uznána odbornou medicínou. V zásadě ovšem platí, že alternativní léčitel musí své pacienty informovat o vyhlídkách na úspěch zamýšlené léčby. Zároveň by měl pacienta výslovně poučit o tom, že nemá zkušenosti s léčbou konkrétní nemoci, pokud tomu tak je.¹⁹¹

Bádensko-Würtemberským správním soudem bylo v roce 2008 rozhodováno taktéž ve věci onkologicky nemocné pacientky. Tato onemocněla karcinomem prsu, řadu let však svůj zdravotní problém řešila pouze s léčitелеm. V důsledku neúčinnosti alternativní léčby své nemoci podlehla. Oproti předchozímu rozhodnutí však v tomto případě chyběla správná odborná diagnóza. Léčitel v pacientce vzbudil dojem, že má její zdravotní stav pod kontrolou a zároveň v ní podnítil strach z lékařů. Patientka tedy spoléhala pouze na léčitелеm sdělené, a nemohla tak učinit svobodnou a informovanou volbu ohledně dalších možností léčby. Zatímco se karcinom zvětšoval, léčitel nerušeně pokračoval ve svých terapeutických úkonech. Soud judikoval, že léčitel musí mít na paměti nebezpečí, která pacientovi hrozí, pokud nevyhledá lékařskou pomoc nebo ji nevyhledá včas. Léčitel podle soudu není roven lékaři, a proto nesmí zapříčinit to, že pacient nevyhledá či odmítne nezbytnou lékařskou pomoc. Léčitel při svém počínání musí postupovat odpovědně a postarat se o to, aby pacient nenabyl dojmu, že běžné lékařské ošetření může být nahrazeno alternativním postupem. Nesplní-li léčitel tyto požadavky, může tím být založen nedostatek odborné způsobilosti a spolehlivosti, který brání v dalším výkonu léčitelské činnosti. V daném případě bylo léčiteli odňato profesní oprávnění s odkazem na naléhavě nutné odvrácení nebezpečí v podobě ohrožení veřejného zdraví. Soud v této souvislosti hovoří o zásadním nepochopení léčebných možností alternativní léčby.¹⁹²

Informační povinnost by tedy měla být optimálně rozložena mezi lékaře a léčitеле. Od léčitеле nelze očekávat znalost odborných lékařských postupů, a naopak lékař zpravidla nebude mít hluboké znalosti alternativních léčebných metod. Lékař i léčitel sledují společný zájem a oba ze zmíněných by měli mít na paměti, že se při léčbě často mohou vhodně vzájemně doplňovat. S ohledem na křehkost lidského zdraví by však léčitel měl postupovat nanejvýš opatrně a

¹⁹¹ Rozsudek OLG München ze dne 26. dubna 1989, sp. zn. 27 U 68/88.

¹⁹² Rozhodnutí VGH Baden-Württemberg ze dne 2. října 2008, sp. zn. 9 S 1782/08.

průběžně *sebekriticky hodnotit, zda jeho schopnosti a znalosti dostačují k určení správné diagnózy zahájení léčby. Pokud léčitel tyto schopnosti nemá, musí od léčby ustoupit.*¹⁹³

8.4.4. Úprava léčitelských služeb?

Legislativní snahu o regulaci léčitelství v České republice představoval návrh zákona o léčitelských službách z roku 2018. Tímto mělo být reagováno na zkušenosti s opakovaným poškozováním práv pacientů některými léčiteli. Návrhem bylo sledováno lepší naplnění práva pacienta na život a zdraví. Měl učinit přítrž tzv. „špatným léčitelům“ a jejich nekalým praktikám. Zákonná předloha měla respektovat svobodu pacienta zvolit si, jaké služby v oblasti péče o zdraví přijme.¹⁹⁴ Zároveň byla navržena legální definice léčitelských služeb, jimiž se dle návrhu rozumí *služby, které jsou vedeny snahou zlepšit nebo zachovat zdravotní stav člověka a zároveň se nejedná o zdravotní služby ve smyslu zákona o zdravotních službách.*¹⁹⁵ Zákon měl zakotvit povinnost léčitele nahradit škodu způsobenou neúplnou nebo nesprávnou informací nebo škodlivou radou danou za odměnu v rámci poskytovaných léčitelských služeb.¹⁹⁶ Počítalo se i s povinným vedením záznamů o poskytnutých léčitelských službách.¹⁹⁷ Návrh zákona se však nesetkal s ohlasem a byl označován za bezzubý. Podle některých kritiků nepřinesl klientům nad rámec znění občanského zákoníku žádnou zvláštní ochranu.¹⁹⁸

8.5. Pasivní euthanasie

Právo na milosrdnou smrt z rukou lékaře je po celém světě hojně diskutovaným tématem. Lze rozlišovat mezi aktivní euthanasií, při níž je činěn aktivní zásah, jímž lékař usmrtí svého pacienta, a pasivní euthanasií, při níž je pacient ponechán smrti.¹⁹⁹ Zatímco aktivní způsobení smrti, byť by bylo činěno na přání pacienta, má v českém právním řádu své místo v trestních předpisech, při pasivní euthanasii již se pohybujeme v mezích pacientova práva na

¹⁹³ Rozsudek BGH ze dne 29. ledna 1991, sp. zn. VI ZR 206/90.

¹⁹⁴ Nový zákon o léčitelských službách. Právní rozhledy, 2019, č. 3. s. II. Dostupné z: [databáze beck-online.cz](https://www.beck-online.cz).

¹⁹⁵ § 2 návrhu zákona o léčitelských službách a o změně zákona o správních poplatcích z roku 2018.

¹⁹⁶ § 20 Ibid.

¹⁹⁷ § 18 Ibid.

¹⁹⁸ MEDICAL TRIBUNE. *Kritici považují zákon o léčitelích za bezzubý* [online]. 21. ledna 2019 [cit. 27. dubna 2024]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/kritici-povazuji-zakon-o-lecitelich-za-bezzuby/>

¹⁹⁹ ČERNÝ, David. *Co je pasivní eutanazie?* [online]. Zdravotnické právo a bioetika, 16. prosince 2014 [cit. 31. května 2024]. Dostupné z: https://zdravotnickepravo.info/co-je-pasivni-eutanazie/#_ftn1

ukončení léčby. Ona „pasivita“ má spočívat v tom, že do organismu pacienta ze strany zdravotnických pracovníků není na jeho přání nikterak zasahováno.²⁰⁰

Řeč je v tomto případě konkrétně o nevléčitelně nemocných pacientech, kteří nechtějí snášet další léčbu, protože pro ně představuje spíše bolest a utrpení. I kdyby v jejím důsledku došlo k prodloužení života pacienta, jeho kvalita by bohužel nebyla příliš vysoká. Pacient tedy po zralé úvaze dochází k rozhodnutí ukončit léčbu s vědomím, že jej čeká smrt. Do té doby mají být činěny pouze výkony v rámci paliativní léčby, které směřují ke zmírnění útrap.²⁰¹

Rozlišování mezi aktivní a pasivní euthanasií ovšem má své kritiky. Proti tomuto dělení se vymezuje například Evropská asociace paliativní péče. Podle ní lze nalézt mnoho definic euthanasie, žádná z nich však pod tento pojem nepodřazuje vysazení nebo ukončení marné léčby. Euthanasie je ze své podstaty vždy aktivní, pasivní euthanasie tedy představuje protimluv. V tomto smyslu pak bylo ze strany asociace doporučeno přijetí definice, podle níž euthanasie představuje usmrcení na žádost, kterým je chápáno úmyslné usmrcení člověka podáním léků, a to na základě dobrovolné žádosti pacienta.²⁰² Označení ukončení marné léčby slovem euthanasie, které spíše vyvolává představu, že jde o něco nezákonného, či minimálně eticky sporného, totiž může vyvolávat i jistou nervozitu mezi zdravotnickými pracovníky. Další argument proti zavedené terminologii může být to, že pasivní euthanasie zároveň nemůže být euthanasií v pravém slova smyslu, protože sama o sobě nezpůsobuje smrt. V popisovaném případě se tedy nemůže jednat o euthanasii, ale půjde o prosté odmítnutí zdravotní péče.²⁰³

Podle zastánců uvedeného rozlišování v sobě však pasivní forma euthanasie, stejně jako všechny její ostatní formy, zahrnuje záměr urychlit smrt v zájmu pacienta z důvodu očekávání nedostatečné kvality jeho života. Euthanasie má ve své pasivní podobě představovat úmyslné ukončení života pacienta jinou osobou, motivované výhradně nejlepším zájmem umírajícího pacienta, a to prostřednictvím úmyslného zadržování život zachraňujících látek nebo procedury.²⁰⁴ Různých definic však existuje celá řada. Lze uvažovat přinejmenším o třech

²⁰⁰ ŠUSTEK, Petr, HOLČÁPEK, Tomáš. *Informovaný souhlas. Teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: ASPI, 2007, s. 134.

²⁰¹ Ibid., s. 133 – 135.

²⁰² MATERSTVEDT, Lars Johan a kol. *Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force* [online]. Paliative medicine, 2003 [cit. 1. června 2024]. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1191/0269216303pm6730a>

²⁰³ GARRARD, E., WILKINSON, S. *Passive euthanasia* [online]. Journal of Medical Ethics, 15. července 2003 [cit. 1. června 2024]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1734087/pdf/v031p00064.pdf>

²⁰⁴ BRASSINGTON, Iain. *What passive euthanasia is* [online]. BMC Medical Ethics, 14. května 2020 [cit. 1. června 2024]. Dostupné z: <https://bmcomedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-020-00481-7>

podmínkách, které je nutné naplnit, aby bylo možné hovořit o pasivní euthanasii. Dle první z nich musí dojít k ukončení léčby prodlužující život. Druhá podmínka vymezuje hlavní účel ukončení léčby, kterým má být přivození či urychlení smrti pacienta. Zatřetí je nutné, aby bylo urychlení smrti v zájmu pacienta.²⁰⁵

Pokud zavedenou terminologii uznáme jako správnou, musíme si zároveň uvědomit, že ne ve všech případech ukončení léčby se bude jednat o případ pasivní euthanasie. Stěžejní roli u pasivní euthanasie totiž hraje právě zájem pacienta, u něhož se očekává natolik nízká kvalita života, že by pro něj představovala horší vyhlídky než smrt. Od těchto případů je pak nutné odlišovat ukončení léčby z důvodu, že pacientovi nemůže přinést prospěch, případně je příliš nákladná či nadměrně zatěžující. Za těchto situací totiž není sledován cíl přivodit či urychlit smrt pacienta, ale ochránit jej před zátěží nebo újmou, kterou by s sebou mohla léčba přinést. O pasivní euthanasii bez dalšího nemusí jít ani v případě, kdy dojde k ukončení léčby umírajícího pacienta proto, že ji odmítl. I kdyby se tak totiž pacient rozhodl s cílem urychlit svou smrt, tento záměr s ním nemusí sdílet zdravotnický pracovník, který bude v dané situaci pouze respektovat přání pacienta. Ten naopak může doufat, že pacient i navzdory odmítnutí léčby přežije.²⁰⁶

²⁰⁵ GARRARD, E., WILKINSON, S. *Passive euthanasia* [online]. Journal of Medical Ethics, 15. července 2003 [cit. 1. června 2024]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1734087/pdf/v031p00064.pdf>

²⁰⁶ Ibid.

9. Negativní revers a nezletilí pacienti

Při poskytování zdravotní péče nezletilým pacientům hrají klíčovou roli jejich zákonní zástupci. S rostoucí rozumovou a volní vyspělostí se však mění i role nezletilého pacienta při rozhodování o otázkách zdravotní péče. Podle Úmluvy o právech dítěte má nezletilý pacient, který je schopen formulovat svůj názor ohledně záležitosti, která se jej dotýká, tento svůj názor svobodně vyjadřovat. Tomuto názoru musí být věnována patřičná pozornost odpovídající jeho věku a úrovni.²⁰⁷ Mezi záležitostmi, které se nezletilého pacienta dotýkají, nepochybně patří také otázka jeho zdravotního stavu. Zejména starším dětským pacientům by tedy měla být dána možnost aktivně se účastnit souvisejících rozhodovacích procesů. Na názor pacienta pamatuje také Úmluva o lidských právech a biomedicině, podle níž je *názor nezletilé osoby zohledněn jako faktor, jehož závaznost narůstá úměrně s věkem a stupněm vyspělosti*.²⁰⁸ Zákon o zdravotních službách obdobně stanoví, že *při poskytování zdravotních služeb nezletilému pacientovi je třeba zjišťovat jeho názor, je-li to přiměřené rozumové a volní vyspělosti jeho věku*.²⁰⁹ Občanský zákoník pak dává nezletilému pacientovi možnost přiměřeně rozhodovat v obvyklých záležitostech o zákroku, který nezanechává trvalé nebo závažné následky.²¹⁰ V ostatních případech budou o poskytovaných zdravotních službách, a tedy i o případném odmítnutí zdravotní péče rozhodovat zákonní zástupci pacienta – zpravidla jeho rodiče.²¹¹

Nezletilí pacienti mají v každém případě právo být informováni o svém zdravotním stavu způsobem, který odpovídá stupni jejich rozumové vyspělosti. V plném rozsahu (tedy ve stejném rozsahu, v jakém by se podala pacientovi plně způsobilému k právnímu jednání) se pak informace o zdravotním stavu nezletilého podává jeho zákonnému zástupci nebo opatrovníkovi stanovenému soudem.²¹² Do zdravotnické dokumentace by pak mělo být zaneseno, že zdravotnický pracovník poučil jak nezletilého pacienta, tak i jeho zákonného zástupce.

Dojde-li k odmítnutí zdravotního výkonu u nezletilého, je o tom sepsán záznam. Vyhodnotí-li zdravotnický pracovník odmítnutí zdravotních služeb pro nezletilého pacienta jako

²⁰⁷ Čl. 12 odst. 1 sdělení č. 104/1991 Sb., Sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o právech dítěte.

²⁰⁸ Čl. 6 odst. 2 sdělení č. 96/2001 Sb. m. s., Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině.

²⁰⁹ § 35 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

²¹⁰ § 95 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

²¹¹ § 892 odst. 1 Ibid.

²¹² MACH, Jan a kol.: *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Zákon o specifických zdravotních službách. Praktický komentář*. 2. vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2023, s. 119.

zdraví ohrožující, měl by se obrátit na orgán sociálně-právní ochrany dětí, který je oprávněn podat návrh na vydání předběžného opatření, prostřednictvím něhož může být umožněno poskytnout dítěti zdravotní služby i přes nesouhlas rodičů.²¹³

9.1. Střet názorů

Právní úprava má za cíl usnadnit komunikaci mezi lékařem a zákonnými zástupci, *je-li jich více*. Zdravotnický pracovník totiž není povinen zjišťovat vůli obou rodičů – postačí mu rozhodnutí pouze jednoho z nich.²¹⁴ Nebylo tomu tak ovšem vždy. Zákon o zdravotních službách v prvním účinném znění původně stanovil, že k poskytnutí zdravotních služeb, které mohou podstatným způsobem negativně ovlivnit další zdravotní stav nezletilého nebo kvalitu jeho života, se vyžaduje souhlas obou rodičů.²¹⁵ Souhlas druhého rodiče se však nyní předpokládá.²¹⁶ Teprve pokud jeden z rodičů nesouhlasí s rozhodnutím druhého z nich, je na něm, aby se sám aktivně přihlásil. Případný spor by tedy rodiče měli řešit proaktivně a zavčas o něm informovat i zdravotnický personál. Nezřídka se však lze setkat s případy, kdy spolu tímto způsobem řeší vzájemné spory rozvedení rodiče, a to buď proto, že se jeden z nich cítí být opomenut při rozhodování nebo čistě proto, aby se druhému rodiči pomstil. Není snad ani nutné zdůrazňovat, že v těchto případech ve sporu často bohužel nejde o nejlepší zájem dítěte.²¹⁷ Pokud je neshoda mezi rodiči natolik zásadní, že ohrožuje zdraví nebo zájem dítěte, rozhodne ve věci na návrh jednoho z nich soud.²¹⁸

Zákon počítá rovněž se situací, kdy dojde ke střetu mezi názorem rodiče a nezletilého pacienta, který není způsobilý samostatně udělit souhlas s poskytnutím zdravotní služby. Pro tyto účely zákon stanoví věkovou hranici čtrnácti let, po jejímž překročení lze u nezletilých předpokládat rozumovou vyspělost, která jim umožňuje pochopit vlastní zdravotní potřeby a potenciální důsledky zdravotních zákroků. Pakliže zákroku nezletilý pacient starší čtrnácti let vážně odporuje, zatímco zákonný zástupce se zákrokem souhlasí, nelze zákrok provést bez souhlasu soudu. Rozhodnutí soudu je vyžadováno i v opačném případě, kdy zákonný zástupce

²¹³ § 452 a násl. zákona č. 292/2013 Sb., zákon o zvláštních řízeních soudních, ve znění pozdějších předpisů.

²¹⁴ § 32 odst. 2 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

²¹⁵ § 35 odst. 2 písm. a) zákona č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, ve znění zákona č. 372/2011 Sb.

²¹⁶ § 876 odst. 3 *Ibid.*

²¹⁷ MACH, Jan. in: PTÁČEK, Radek a kol.: *Informovaný souhlas. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. 1. vydání. Praha: Galén, 2017, s. 299.

²¹⁸ § 877 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

se zákrokem nesouhlasí, zatímco nezletilý pacient starší čtrnácti let si jej přeje.²¹⁹ Při svém rozhodování by soud neměl zohledňovat čistě medicínské aspekty, ale rovněž sociální a psychologickou dimenzi situace. Pro tyto účely také musí zhlédnout nezletilého pacienta. K zákroku pak přivolí tehdy, je-li nezletilému podle rozumného uvážení ku prospěchu. Bude přitom dbát plného uznání jeho osobnosti.²²⁰

Z výše popsaného tedy plyne, že míra účasti nezletilého pacienta na rozhodovacích procesech lze odstupňovat následujícím způsobem. V prvním stupni participace je nezletilý pacient do procesu zapojen pouze tím způsobem, že je mu poskytnuta informace o zdravotním stavu. Ve druhém stupni má dítě možnost vyjádřit svůj informovaný názor. Ve třetím stupni má být názor nezletilého brán v potaz. Čtvrtý stupeň již dává nezletilému možnost rozhodovat o zdravotní péči.²²¹

9.2. Hledisko zralosti

Otázka, jakým způsobem zapojit nezletilého pacienta do rozhodování o jeho zdravotním stavu, však v praxi může být poměrně komplikovaná. Nalézt „přiměřenost“ ve vztahu k rozumové a volní vyspělosti totiž pro lékaře představuje nelehký úkol. Z výše popsaného je zřejmé, že se zákonodárce zdráhá stanovit jasnou věkovou hranici, po jejímž překročení by mohl nezletilý rozhodovat v otázkách poskytování zdravotních služeb samostatně. Obecně však lze konstatovat, že čím je vyšší věk nezletilého, tím vyšší je i jeho rozumová a volní vyspělost. Napříč zákonnými ustanoveními ovšem je možné narazit na jisté věkové hranice, které mohou představovat určité vodítko i pro případ poskytování zdravotních služeb nezletilým pacientům. Podle občanského zákoníku se má za to, že dítě starší dvanácti let je schopno přijmout informaci, vytvořit si vlastní názor a tento i komunikovat.²²² Výše pak byla zmíněna hranice čtrnácti let, po jejímž překročení existují zákonné mechanismy, jak zvrátit rozhodnutí rodiče, se kterým nezletilý pacient nesouhlasí. Od patnácti let je nezletilý považován za natolik vyzrálého,

²¹⁹ § 100 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

²²⁰ § 102 Ibid.

²²¹ ALDERSON, Priscilla. *Competent Children? Minors' consent to health care treatment and research* [online]. Social Science & Medicine, leden 2008 [cit. 23. srpna 2024]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/5985594_Competent_Children_Minors%27_consent_to_health_care_treatment_and_research

²²² § 867 odst. 2 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

že může být trestně odpovědným.²²³ Zákon o umělém přerušení těhotenství dále hovoří o ženě starší šestnácti let, u níž je možné přerušit těhotenství bez souhlasu zákonného zástupce.²²⁴

Způsobilost nezletilého pacienta je ovšem nutné vždy posuzovat in concreto, a to nejen z hlediska věku, ale taktéž rozumové a volní vyspělosti konkrétního nezletilého. U každého nezletilého totiž mohou přistoupit i jiné okolnosti, k nimž patří například individuální zkušenosti či schopnosti, které při posouzení způsobilosti nezletilého hrají daleko významnější roli než věk. Podstatné kritérium dále představuje i povaha zdravotních služeb – tedy zejména závažnost zákroku. S rostoucí závažností zamýšleného zákroku totiž roste také význam požadavku na vyspělost nezletilého. V tomto kontextu je však vhodné opětovně odkázat na ustanovení § 95 občanského zákoníku, podle něhož nezletilý nikdy nemůže samostatně udělit souhlas se zákrokem, který zanechává trvalé nebo závažné následky. Konstrukce tohoto ustanovení je ovšem poněkud problematická. Trvalé následky s sebou totiž může přinést prakticky jakýkoliv zákrok v oblasti zdravotní péče. Otázka „závažnosti“ následku taktéž vytváří velmi široký interpretační prostor.²²⁵

Otázce účasti nezletilých pacientů při rozhodování o zdravotní péči zasvětila podstatnou část své práce ochránkyně dětských práv Priscilla Alderson. Podle ní se děti, které trpí dlouhodobým onemocněním, stávají daleko znalejšími a odvážnějšími, než si vůbec umíme představit. Popisuje například příběh šestileté Samantha, která po dvou neúspěšných transplantacích již třetí transplantaci odmítala. Vzhledem k utrpení, kterým si prošla, rodiče ani lékaři neprotestovali. Dále popisuje dokonce případy dvouletých pacientů, kteří znali názvy svých léků, a dokonce i věděli, proč je užívají. Taktéž vzpomíná na osmiletou Lindu, kterou čekala již pátá operace páteře. Linda se velmi aktivně zajímala o svůj zdravotní stav a o vše, co operace obnáší. Dokonce si předem sepisovala otázky pro lékaře. Když při léčbě nastaly důsledky, na něž ji lékaři předem neupozornili, byla velmi rozrušena. Na dotaz, s kým by měli lékaři o její nemoci mluvit, odpověděla: „*S maminkou a s tetou. (...) Ale hlavně se mnou, abych se nebála a mohla se k tomu postavit čelem.*“ Na onkologických odděleních se podle zjištění Priscilly Alderson také lze běžně setkat s případy, kdy děti chrání své rodiče tím, že jim záměrně neříkají o své bolesti a případně ani o tom, co vše o své nemoci ví. Děti ve věku od tří let jsou

²²³ § 25 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

²²⁴ § 6 odst. 1 zákona č. 66/1986 Sb., zákon České národní rady o umělém přerušení těhotenství, ve znění pozdějších předpisů.

²²⁵ DOLEŽAL, Tomáš, DOLEŽAL, Adam. *Informovaný souhlas ve zdravotnictví. Právní a etické aspekty*. 1. vydání. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2023, s. 323, 324.

podle ní schopny přistupovat ke své nemoci zodpovědně, a pokud například trpí cukrovkou, odmítají sladkosti i bez přítomnosti dospělého. Z výše popsaných případů je zřejmé, že informování nezletilých pacientů v záležitostech zdravotní péče má zcela zásadní význam i v případech, kdy se sami aktivně nepodílí na rozhodování. Pokud děti nerozumí důvodům bolestivé léčby, mohou být snáz ochromeny strachem nebo hněvem.²²⁶ Z uvedeného taktéž plyne, že nezletilí pacienti by z rozhodovacího procesu neměli být vyloučeni pouze kvůli svému věku. Například u dlouhodobě nemocného nezletilého pacienta totiž lze předpokládat daleko vyšší míra porozumění a informovanosti než u průměrného zdravého nezletilého totožného věku.

9.3. Nezletilí pacienti v judikatuře

Existuje racionální předpoklad, že rodiče budou vždy konat v nejlepším zájmu svého dítěte. Jsou to ostatně právě rodiče, kteří nejlépe znají jeho potřeby. Podle Listiny základních práv a svobod má každý právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a rodinného života.²²⁷ Rodiče se svými dětmi tak požívají ochrany před vnějšími zásahy do tohoto práva. Předpoklad, že rodič vždy hájí nejlepší zájem svého dítěte, ovšem může být vyvrácen například v případě, kdy pro své dítě odmítne zdravotní péči, která je nezbytná k ochraně nebo zachování jeho zdraví či života. Lze tedy říci, že stát nechává blaho dítěte pod kontrolou rodiče, dokud rodič svým jednáním toto blaho neohroží.²²⁸ Zároveň může nastat situace, kdy zdravotní péči odporuje sám nezletilý.

Odmítnutí zdravotní péče u nezletilého pacienta představuje velmi komplikovanou etickou otázku, na kterou právní předpisy nemohou poskytnout jednoznačnou odpověď. Domnívám se tedy, že nejvhodnějším způsobem, jak uchopit tuto problematiku, je zaměřit se podrobněji na konkrétní případy dětských pacientů, a konfrontovat se tak s dilematy, které již soudy v minulosti řešily.

²²⁶ ALDERSON, Priscilla. *Competent Children? Minors' consent to health care treatment and research* [online]. Social Science & Medicine, leden 2008 [cit. 23. srpna 2024]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/5985594_Competent_Children_Minors%27_consent_to_health_care_treatment_and_research

²²⁷ Čl. 10 odst. 2 usnesení předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky, ve znění pozdějších předpisů.

²²⁸ WILLIAMS, Zach. *When the physician says you have to get the shot, but mommy says no: The case of Taige Mueller and Daniel Hauser, and how the state may force parents to accept unwanted medical treatment for their children* [online]. Indiana Health Law Review, 2004 [cit. 24. srpna 2024]. Dostupné z: <https://mckinneylaw.iu.edu/practice/law-reviews/ihlr/pdf/vol8p199.pdf>

Otázkou odmítnutí léčby nezletilého pacienta D. J. ze strany rodičů se zabýval Ústavní soud České republiky. Ten řešil konkrétně případ šestiletého pacienta, který onemocněl vysoce zhoubným nádorovým onemocněním. Dostupné léčebné metody sice poskytovaly naději na vyléčení, při léčbě však byla nutná aplikace krevních derivátů, vůči které rodiče nezletilého, jakožto členové náboženské společnosti Svědkové Jehovovi, projevovali negativní postoj. S léčbou sice s ohledem na závažnost onemocnění zprvu souhlasili, jakmile však vyvstala potřeba dalšího bloku léčby, vyslovili se tak, že další krevní transfuze již budou nuceni z náboženských důvodů odmítnout. Soud prvního stupně naznal, že zdravotní stav nezletilého pacienta je vážně ohrožen, a proto potřebuje řádnou léčbu. Nařídil tak předběžné opatření, jímž nezletilého předal do péče Kliniky dětské onkologie. Rodiče s tímto postupem zásadně nesouhlasili. Ve své ústavní stížnosti mimo jiné kritizovali, že nebylo zkoumáno, zda existují v souladu s jejich názorem *de lege artis* alternativní možnosti se srovnatelnou nadějí na úspěch léčby. Dále negativně hodnotili to, že soud nezjišťoval, zda je dítě schopno formulovat svůj názor na navrhovanou léčbu, čímž podle nich měl být porušen čl. 12 odst. 1 a 2 Úmluvy o právech dítěte. Ústavní soud ovšem stížnost zamítl jako nedůvodnou. Konstatoval, že obecné soudy jsou povinny zajistit spravedlivou rovnováhu mezi zájmy dítěte a zájmy jeho rodiče. Zvláštní pozornost ovšem musí být věnována zájmu dítěte, který může v odůvodněných případech, je-li to v souladu se zákonem, převážit nad zájmem rodiče. Ve vztahu k námitce porušení dotčeného ustanovení Úmluvy o právech dítěte Ústavní soud uvedl, že právo na vyjádření náleží dítěti, které je schopno formulovat své názory. Při posuzování této schopnosti by podle něj měl být zohledňován nejen věk dítěte a jeho rozumová vyspělost, ale také povaha dané věci a další okolnosti, k nimž patří například to, z jakého rodinného zázemí a společenského prostředí dítě pochází. Poté však uzavřel, že pokud měl pacient v době rozhodování šest let, stěží by plně pochopil záležitosti týkající se vlastní léčby a vyjádřil autonomní názor. Vyslechnutí nezletilého by tak podle Ústavního soudu bylo pouze formálním úkonem, který není způsobilý ovlivnit rozhodnutí soudu. Tuto otázku ovšem podrobněji nezkoumal.²²⁹

Obdobným případem se zabýval i soud ve státě Illinois. Ten řešil konkrétně případ sedmnáctileté pacientky E. G., která trpěla leukémií. Jakožto příslušnice náboženské společnosti Svědkové Jehovovi ve shodě se svou matkou odmítala krevní transfuze spojené s léčbou.

²²⁹ Nález Ústavního soudu ze dne 20.08.2004, sp. zn. III ÚS 459/03.

Prvostupňový soud rozhodl, že u nezletilé došlo k zanedbání péče a byl jí jmenován opatrovník, který měl udělit souhlas s léčbou. Nezletilá E. G. se přitom nechala slyšet, že rozhodnutí odmítnout transfuze bylo její vlastní a že plně chápala povahu svého onemocnění a důsledky svého rozhodnutí. Tato volba podle ní nepramenila z touhy zemřít, nýbrž vycházela z jejího náboženského přesvědčení. Šance na vyléčení přitom v jejím případě činila pouhých 20 – 25 %. Když jí bylo sděleno, že musí podstoupit transfuzi, požádala, aby jí před výkonem byla podána sedativa. Rozhodnutí soudu ji podle vlastních slov rozrušilo a okomentovala jej následovně: „Připadá mi, jako by se prostě nebral ohled na všechno, co jsem chtěla nebo v co věřím.“ Expert v oblasti posuzování vyspělosti a způsobilosti nezletilých vyjádřil názor, že E. G. dosahuje zralosti, která odpovídá věku 18 až 21 let, a tudíž by měla být způsobilá učinit informované rozhodnutí odmítnout transfuzi krve, i kdyby mělo mít fatální důsledky. Záležitost se tak dostala až k Nejvyššímu soudu v Illinois. Přesto, že E. G. dosáhla během procesu plnoletosti, a záležitost se tudíž stala bezpředmětnou, soud věc projednal s odkazem na zásadní veřejný zájem dané otázky. Zdůraznil, že nezletilému pacientovi přísluší právo odmítnout lékařské ošetření, pokud je prokázána jeho zralost a schopnost porozumět důsledkům svého rozhodnutí. Pokud je zjištěno, že nezletilá osoba je natolik vyspělá, že může učinit úsudek hodný dospělé osoby, pak jí nesmí být upřeno právo udělit souhlas s poskytnutím zdravotních služeb nebo je naopak odmítnout.²³⁰

Značné mediální pozornosti se dostalo případu třináctiletého Daniela Hausera z Minnesoty, jemuž byl diagnostikován Hodgkinův lymfom. Poté, co absolvoval první blok chemoterapie, se u něj projeví její běžné vedlejší příznaky, v důsledku čehož Hauser se svými rodiči dospěl k rozhodnutí chemoterapii ukončit.²³¹ Ošetřující lékař na rodiče naléhal, že pokud Hauser nebude v léčbě pokračovat, bude se muset obrátit na příslušné orgány. To nakonec i učinil a věcí se poté začal zabývat soud.²³² Hauser se svou matkou se tedy ze strachu pokusil uprchnout ze země.²³³ Podle lékařů však měla za předpokladu, že léčbu podstoupí, existovat 90 % šance na jeho uzdravení. Odmítnutí další léčby mělo podklad v religiózních praktikách Nemenhah, v souladu s nimiž rodina pro nezletilého zvolila léčbu přírodními metodami (tedy

²³⁰ *In Re EG*. Supreme Court of Illinois. 133 Ill. 2d 98, 549 N.E.2d 322, 13. listopadu 1989.

²³¹ WELCH, Chris. *Father appeals to his wife to return with their cancer-stricken son* [online]. CNN (Cable News Network), 21. září 2009 [cit. 24. srpna 2024]. Dostupné z: <https://edition.cnn.com/2009/US/05/21/minnesota.forced.chemo/index.html>

²³² Order, *In re Hauser*, Brown County District Court. No. JV -09-068, 26. května 2009.

²³³ *Manhunt for Teen and Mom Fleeing from Cancer Treatment* [online]. ABC News, 20. května 2009 [cit. 25. srpna 2024]. Dostupné z: <https://abcnews.go.com/US/story?id=7638072&page=1>

bylinami, ionizovanou vodou, vitamíny apod.). Hauser se nechal slyšet, že se necítil být nemocný, naopak si myslel, že zemře v důsledku chemoterapie. Poté, co poprvé podstoupil chemoterapii, mu totiž bylo natolik zle, že nemohl ani chodit.²³⁴ Pokud by měl být vystaven další dávce chemoterapie, „pral by se“ a „kopal by“.²³⁵ Hauser však měl mimo citované problém artikulovat, proč se léčbě brání. Nedokázal plně porozumět povaze svého onemocnění ani zvážit přínosy léčby. Ve svých třinácti letech měl navíc stále potíže se čtením. Soud tudíž dospěl k závěru, že zájem na zachování života musí převážet nad právem na svobodu vyznání a právem na ochranu rodinného života.²³⁶ Hauser nakonec léčbu pod hrozbou odnětí z péče rodičů absolvoval a do roka se uzdravil.²³⁷

Výše rozebrané případy byly záměrně zvoleny tak, aby bylo totožné morální dilemma zasazeno do různých okolností. Všichni z vybraných pacientů trpěli onkologickým onemocněním, jehož léčba byla odmítnuta z religiózních důvodů. Pacienti se ovšem lišili věkem i rozumovou a volní vyspělostí. V prvním rozhodnutí se soud zabýval otázkou pacienta ve velmi útlém věku, za něhož chtěli volbu učinit rodiče dle svého vlastního přesvědčení. Ve druhém případě se již jednalo o téměř dospělého pacientku, která byla s ohledem na svou rozumovou vyspělost srozuměna s výsledky svého rozhodnutí. Ve třetím případě šlo o pacienta, který sice sám vážně odporoval léčbě, soud ovšem v jeho případě naznal, že si plně neuvědomuje důsledky takto projevené vůle.

Uvedené naznačuje, že pro odmítnutí léčby vážně nemocného nezletilého, který není nadán rozhodovací způsobilostí v dané otázce, není snadné nalézt morální ospravedlnění ani právní základ. Je obtížné představit si situaci, která by legitimizovala rozhodnutí jakékoliv autority o tom, že dítě nemá podstoupit život zachraňující léčbu. V popsanych případech byli všichni nezletilí pacienti vážně nemocni. Jak tomu ale bude v případě nezletilých pacientů, jejichž zdraví ve skutečnosti není vážně ohroženo? Nakloní tato perspektiva pomyslné miský

²³⁴ The Associated Press. *Judge rules family can't refuse chemo for boy* [online]. NBC News, 19. května 2009 [cit. 25. srpna 2024]. Dostupné z:

<https://www.nbcnews.com/health/health-news/judge-rules-family-cant-refuse-chemo-boy-flna1c9453606>

²³⁵ CADGE, Wendy. *When Medicine and Religion Conflict Around Children: The Case of Daniel Hauser* [online]. Religion Dispatches, 18. června 2009 [cit. 25. srpna 2024]. Dostupné z:

<https://religiondispatches.org/when-medicine-and-religion-conflict-around-children-the-case-of-daniel-hauser/>

²³⁶ The Associated Press. *Judge rules family can't refuse chemo for boy* [online]. NBC News, 19. května 2009 [cit. 25. srpna 2024]. Dostupné z:

<https://www.nbcnews.com/health/health-news/judge-rules-family-cant-refuse-chemo-boy-flna1c9453606>

²³⁷ WILLIAMS, Zach. *When the physician says you have to get the shot, but mommy says no: The case of Taige Mueller and Daniel Hauser, and how the state may force parents to accept unwanted medical treatment for their children* [online]. Indiana Health Law Review, 2004 [cit. 24. srpna 2024]. Dostupné z:

<https://mckinneylaw.iu.edu/practice/law-reviews/ihr/pdf/vol8p199.pdf>

vah na opačnou stranu? Řeč je například o preventivních nebo diagnostických zdravotních výkonech u nezletilých.

Jako příklad lze uvést případ Taige Mueller ze státu Idaho. Jednalo se konkrétně o pětileté dítě, které začalo trpět horečnatými stavy. Její matka ji proto odvezla do nemocnice, kde měla být Mueller zhlédnuta lékařem. Ten matku upozornil na pětiprocentní pravděpodobnost, že Mueller může trpět meningitidou a navrhl provedení lumbální punkce (= výkon umožňující odběr mozkomíšního moku z páteřního kanálu),²³⁸ která měla tuto diagnózu vyloučit. Matka ovšem měla z provedení diagnostického výkonu obavy, souhlas tudíž udělit odmítla. Lékař nicméně trval na tom, že se Mueller nachází v bezprostředním ohrožení, a tudíž musí jednat urychleně. Událost se tedy neobešla bez „Child Protective Services“ a policie. Matka byla od Mueller oddělena a přes odpor a křik uzavřena v konferenční místnosti, lékaři tedy měli možnost lumbální punkci nerušeně provést. Matce bylo umožněno setkat se s dcerou až další den, kdy jí bylo sděleno, že výsledek testu je negativní. Záležitost se tak stala předmětem vleklých soudních sporů. Rodiče Mueller mimo jiné namítali, že ošetřující lékař záměrně zveličil hrozící riziko, aby byla Mueller shledána bezprostředně ohroženou, a mohl tak provést zamýšlený výkon. Policie pak podle nich na základě tohoto nesprávného úsudku postupovala neoprávněně a nepřiměřeně. Uvedený případ nás staví před velmi komplikované etické dilema. Je nepochybné, že matka při odloučení od svého pětiletého miminka, kterému měla být přes její odpor provedena lumbální punkce, zažívala okamžiky hrůzy. Ošetřující lékař ovšem hájil správnost svého postupu tím, že *kdyby u každého svého pacienta postupoval tak, jak si přála matka Taige Mueller, pět ze sta pacientů by zemřelo.*²³⁹ K podání odborného vyjádření ve věci byl povolán i lékař urgentní medicíny, který popsal specifika při poskytování akutní lékařské péče: *„Když před sebou máme pacienta a snažíme se zjistit, co mu je, tak si v hlavě vytváříme seznam toho, co by mohlo být příčinou a co je špatně. Jakožto lékaři urgentní medicíny k věci přistupujeme jinak než ostatní lékaři, protože ti na rozdíl od nás mají čas si sednout, přemýšlet, hledat a porovnávat věci. My naproti tomu musíme jednat velmi rychle a musíme učinit spoustu rozhodnutí s velmi malým množstvím informací. V hlavě si tedy vytvoříme seznam možností a na jeho začátek uvedeme ty nejhorší z nich. Mohly by některé z nich pacienta zabít? Mohly by ho poškodit? Co nesmíme přehlédnout? A pak teprve*

²³⁸ Co je lumbální punkce? [online]. Oblastní nemocnice Příbram, a.s. Dostupné z:

<https://www.nemocnicepribram.cz/oddeleni/283-neurologicke-oddeleni/co-je-lumbalni-punkce>

²³⁹ Mueller v. Aufer. United States Court of Appeals, Ninth Circuit. Opinion No. 07-35554, 10. srpna 2008.

postupujeme směrem dolů k možnostem, které jsou sice více pravděpodobné, ale zato daleko méně znepokojující." ²⁴⁰ Porota se zřejmě mimo jiné i těmito argumenty nechala přesvědčit, nakonec totiž neshledala žádné porušení ústavních práv Muellerových. Ošetřující lékař podle ní uplatnil svůj nejlepší úsudek v nouzové situaci ve prospěch zajištění ochrany dítěte. Z uvedeného je patrné, že společnost považuje za vhodné za určitých okolností omezit rodičovská práva ve prospěch práva na život a svobodu dítěte.²⁴¹

9.3.1. Posuzování nejlepšího zájmu dítěte (v rozhodovací praxi)

Při hodnocení nejlepšího zájmu dítěte je nutné vycházet z toho, co bylo klinicky indikováno. Vážnost diagnózy hraje významnou roli a nabízí odpověď na otázku, nakolik je ohroženo zdraví či život dítěte. Je ovšem zřejmé, že prakticky jakákoliv porucha zdraví je způsobilá negativně ovlivnit blaho dítěte, a tím se dotknout jeho nejlepšího zájmu. Je tedy nutné vzít v úvahu i další faktory. K těmto lze dohledat jistá vodítka ve výše rozebrané judikatuře, byť pochází z různých právních prostředí.

Zohledňovány by měly být názory dítěte, pokud je dokáže projevit, a to včetně dříve vyjádřených preferencí. Soud ovšem může naznat, že dítě své přání nemíní vážně a jeho důsledky si neuvědomuje (jako tomu bylo v případě Daniela Hausera). Zároveň může být soudu zřejmé, že dítě objektivně své přání vyjádřit nemůže, jedná-li se například o kojence (jako v případě Taige Mueller). Ústavní soud ČR (byť z mého pohledu poněkud zkratkovitě) dospěl k závěru, že touto schopností nebude nadáno ani šestileté dítě (v případě nezletilého D. J.). V takových případech bývá zpravidla dána přednost ochraně dítěte. Taktéž by měla být brána v potaz pravděpodobnost uzdravení při podstoupení navrhované léčby (zatímco v případě Daniela Hausera byla šance na uzdravení velmi vysoká, u E. G. vyhlídky na uzdravení nebyly příliš optimistické, u D. J. naopak pravděpodobnost uzdravení Ústavním soudem vůbec řešena nebyla). Soud by měl dále přihlídnout ke kulturnímu, náboženskému nebo jinému přesvědčení, jakož i hodnotám dítěte a rodičů. V tomto kontextu bývá hodnocena jednak vážnost tohoto přesvědčení a jednak schopnost nezletilého pochopit své náboženské názory, vyjádřit je a vyhodnotit jejich konsekvence (Daniel Hauser sice odmítal transfuzi z religiózních důvodů, toto

²⁴⁰ *Mueller v. City of Boise*. United States Court of Appeals, Ninth Circuit. No. 11-35351 D.C. No. 1:04-cv-00399-BLW, 24. července 2012.

²⁴¹ *Ibid.*

své rozhodnutí však nedokázal vysvětlit).²⁴² Váhu by nad rámec již uvedeného mohly mít také názory ostatních zdravotnických pracovníků, kteří se podílejí na poskytování péče o nezletilého pacienta či dalších odborníků, kteří mají zájem na jeho blahu. Soudy by se ovšem měly vyvarovat vytváření neodůvodněných předpokladů o nejlepším zájmu dítěte na základě irelevantních nebo diskriminačních faktorů.²⁴³

²⁴² BLAKE, Valarie. *Minors' Refusal of Life-Saving Therapies* [online]. AMA Journal of Ethics, říjen 2012 [cit. 28. srpna 2024]. Dostupné z: <https://journalofethics.ama-assn.org/article/minors-refusal-life-saving-therapies/2012-10>

²⁴³ *0-18 years – Guidance for all doctors* [online]. General Medical Council, [cit. 28. srpna 2024]. Dostupné z: <https://www.gmc-uk.org/professional-standards/professional-standards-for-doctors/0-18-years/assessing-best-interests>

10. Negativní revers a osoby postrádající rozhodovací schopnosti

Doktrína informovaného souhlasu stanoví, že pacient musí být nadán způsobilostí rozhodovat o navrhované léčbě. V případě pochybností o této způsobilosti je na zdravotnickém pracovníkovi, aby posoudil, zda má být rozhodnutí pacienta akceptováno. Lékař je tedy při poskytování zdravotních služeb vždy povinen zkoumat, zda si pacient uvědomuje následky odmítnutí zdravotní péče a zda se nachází ve stavu způsobilém projeviti vůli.²⁴⁴ Pochybnosti o způsobilosti pacienta mohou přijít v případě, kdy rozhovor s pacientem neprobíhá logickým způsobem, pokud dochází k náhlým změnám v pacientově chování a někdy také v případech, kdy pacient odmítá zjevně prospěšnou léčbu.²⁴⁵ Posouzení rozhodovací schopnosti pacienta ovšem pro lékaře může představovat značnou výzvu. Jak by tedy měl v takových případech postupovat?

10.1. Nástroje pro hodnocení rozhodovací kompetence pacientů

Existuje celá řada nástrojů, které slouží k hodnocení kompetence pacientů rozhodovat o své léčbě. „Kompetenci“ v tomto kontextu rozumíme adekvátnost duševních schopností pro rozhodování o medicínském postupu.²⁴⁶

Za zmínku stojí například pomůcka *MacArthur Competence Assessment Tool-Treatment (MacCAT-T)*, která má lékaři hodnocení pacientových rozhodovacích schopností usnadnit. Prostřednictvím tohoto nástroje je hodnocena kompetence pacienta ve čtyřech klíčových oblastech: porozumění informacím o jeho zdravotním stavu a doporučené léčbě (1), hodnocení rizik a přínosů léčby (2), posouzení situace, jakož i možných důsledků rozhodnutí (3) a schopnost vyjádření vlastního rozhodnutí (4).

Tato metoda funguje na principu polostrukturovaného rozhovoru mezi lékařem a pacientem. Před rozhovorem lékař vybere relevantní informace týkající se zdravotního stavu pacienta a tyto poté zaneše do formuláře, díky kterému má rozhovor dostat logickou strukturu a posloupnost. Pacient má být nejprve informován o povaze poruchy zdraví, dále se pokračuje doporučenou léčbou, jejími přínosy, riziky a alternativními způsoby léčby. Do tohoto procesu

²⁴⁴ HOLČAPEK, Tomáš. In: ŠUSTEK, Petr a kol.: *Zdravotnické právo*. 1. vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s. 2016, s. 260.

²⁴⁵ BARSTOW, Craig a kol. *Evaluating Medical Decision-Making Capacity in Practice* [online]. American Family Physician, 2018 [cit. 4. září 2024]. Dostupné z: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2018/0701/p40.html>

²⁴⁶ DOLEŽAL, Adam, DOLEŽAL, Tomáš. Kompetence pacienta a informovaný souhlas. *Vnitřní lékařství*, 2021, roč. 67, č. 1. s. 49.

jsou začleněny otázky, které má lékař klást pacientovi, aby posoudil jeho schopnost poskytnutým informacím porozumět. Na závěr má pacient za úkol sdělit, jak se rozhodl a zdůvodnit proč. Při tom je zkoumána jeho schopnost sdělené informace parafrázovat. Kompetence pacienta je hodnocena i z hlediska jeho schopnosti uvést důsledky alternativ léčby a tyto vzájemně porovnat. Dále je zkoumáno, zda pacienta napadají i další důsledky nad rámec těch, o kterých byl poučen a zda svou volbu dokáže opřít o vlastní vysvětlení. Schopnost vyjádřit rozhodnutí se hodnotí taktéž podle toho, zda pacient vyjádřil preferenci pro určitou možnost léčby. Rozhovor má dle popsaného schématu trvat cca 15 – 20 minut. Pokud pacient neprojeví dostatečné porozumění, má lékař informace pacientovi poskytnout znovu a opětovně zhodnotit jeho schopnost porozumění. Opakování procesu má odhalit, zda pacient nedosáhl špatných výsledků pouze z důvodu nepozornosti nebo neznalosti některých pojmů. Pacientovy odpovědi na otázky mají být zaznamenány do formuláře a poté se hodnotí známkami podle kvality odpovědi jako přiměřené, částečné či nedostatečné. Hodnocení má určit stupeň schopnosti porozumění, kterou je ovšem nutné zvážit v kontextu konkrétního případu.²⁴⁷ Jinými slovy tedy nenabízí žádné hraniční skóre, které by rozlišovalo mezi kompetencí a nekompetencí.²⁴⁸

MacCAT-T je jedním z nejčastěji využívaných nástrojů svého druhu a někdy je označován jako „zlatý standard“ pro posuzování rozhodovací kompetence pacientů v klinické praxi. Byl prověřen u poměrně širokého spektra pacientů, k nimž se řadí například pacienti trpící demencí, depresí či schizofrenií. Zároveň se vyznačuje relativně vysokou mírou spolehlivosti. Využívání tohoto nástroje nicméně vyžaduje důkladné proškolení.²⁴⁹

Jako problematické je vnímáno to, že MacCAT-T zaujímá přísně kognitivní přístup k chápání rozhodovací kompetence. Nezohledňuje tudíž, že se pacienti při svém rozhodování neřídí pouze racionálními myšlenkovými procesy, ale spoléhají se rovněž na své emoce. Kritizováno je dále to, že tvůrci nástroje mezi hodnotící kritéria nezařadili otázku týkající se

²⁴⁷ GRISSO, Thomas a kol. *The MacCAT-T: A Clinical Tool to Assess Patients' Capacities to Make Treatment Decisions* [online]. Psychiatric Services, listopad 1997 [cit. 6. září 2024]. Dostupné z:

<https://ps.psychiatryonline.org/doi/epdf/10.1176/ps.48.11.1415>

²⁴⁸ O'CONNOR, Deborah. *Incapacity Assessments: A Review of Assessment and Screening Tools* [online]. Public Guardian and Trustee of British Columbia, září 2021 [cit. 7. září 2024]. s. 45. Dostupné z:

<https://www.trustee.bc.ca/sites/default/files/2024-02/incapability-assessments-review.pdf>

²⁴⁹ Ibid.

hodnot pacienta, v důsledku čehož je nástroj orientován spíše na logickou racionalitu.²⁵⁰ Využívání tohoto nástroje je navíc poměrně časově náročné, a to zejména v případě, kdy je proces nutné pro neuspokojivý výsledek opakovat.

Pro srovnání je vhodné zmínit další z mnoha konkurenčních nástrojů pro posuzování rozhodovací schopnosti pacientů zvaný *Aid To Capacity Evaluation (ACE)*. ACE nabízí sadu předepsaných otázek pro pacienta, díky kterým má být posouzení rychlé a jednoduché. Předně je pacient komplexně informován o svém zdravotním stavu a navrhované léčbě. Autoři tohoto nástroje radí, že při poučení je vhodné používat pacientova vlastní slova (např. pokud pacient nazývá rakovinu jako „výrůstek“, měl by toto označení v komunikaci s pacientem pro větší srozumitelnost užívat i lékař). Zda pacient poučení porozuměl je poté prověřováno vzorovými otázkami. V první řadě je pacient dotázán, jaké má zdravotní potíže (1). Poté je od něj zjišťováno, jaká se v jeho případě nabízí léčba (2). Dále je tázán, zda existují i nějaké alternativy léčby (3). Následně je mu položena otázka, zda může navrhovanou léčbu odmítnout (4). Další dotaz směřuje na to, zda si pacient uvědomuje důsledky léčby (5). Je nutné také prověřit, jestli si je pacient vědom důsledků nepodstoupení léčby (6). Poslední otázka má pacienta navést k tomu, aby vysvětlil, proč léčbu odmítá (7). U každé z otázek je zaznamenáno, zda pacient rozumí tomu, na co je dotazován. Děje se tak označením jedné z možností (ano / není jisté / ne) a slovním komentářem, který obsahuje i přesné odpovědi pacienta. Na závěr je hodnoceno, zda se pacient jeví být způsobilým rozhodovat o poskytování zdravotní péče či nikoliv.²⁵¹ Jedná se tedy o relativně snadno a časově efektivně použitelný nástroj, který nevyžaduje speciální proškolení. Časová úspora si ovšem vybírá svou daň v podobě méně podrobného a strukturovaného hodnocení pacientových rozhodovacích schopností oproti nástroji MacCAT-T.

Byť je zřejmé, že nástroje sloužící k hodnocení schopnosti pacientů rozhodovat o léčbě mohou v praxi sloužit jako užitečný pomocník, v České republice jejich užívání není rozšířeno. Česká klinická praxe se v tomto ohledu spoléhá spíše na úsudek lékaře, případně formálně postupuje podle právních norem. Posuzování rozhodovací kompetence pacienta se tedy většinou děje při běžném rozhovoru s lékařem. V českém zdravotnictví je navíc často kladen

²⁵⁰ O'CONNOR, Deborah. *Incapacity Assessments: A Review of Assessment and Screening Tools* [online]. Public Guardian and Trustee of British Columbia, září 2021 [cit. 7. září 2024]. s. 45. Dostupné z: <https://www.trustee.bc.ca/sites/default/files/2024-02/incapability-assessments-review.pdf>

²⁵¹ ETCHELLS, Edward a kol. *Aid To Capacity Evaluation (ACE)* [online]. University of Toronto. Joint Centre for Bioethics, 1996 [cit. 7. září 2024]. Dostupné z: https://www.cmpa-acpm.ca/static-assets/pdf/education-and-events/resident-symposium/aid_to_capacity_evaluation-e.pdf

důraz na rychlost a efektivitu práce. Časová a organizační náročnost využívání (některých z) těchto nástrojů tedy může odrazovat od jejich zařazení do běžné lékařské praxe. Problematická může být rovněž otázka úhrady této služby. Jak ovšem bylo uvedeno výše, posuzování kompetence pacienta může pro lékaře představovat značnou výzvu. Bez efektivního nástroje tedy může být práce s pacientem, u něhož vyvstanou pochybnosti o rozhodovací schopnosti pacienta, ve svém důsledku daleko náročnější a zdlouhavější. Do budoucna by tedy bylo příhodné zvýšení povědomí o těchto nástrojích, které by mohly najít své uplatnění zejména při ošetřování pacientů s kognitivními poruchami, dále například v oblasti psychiatrie či geriatrie. Obdobný test by navíc s jistými modifikacemi mohl být využitelný i při práci s nezletilými pacienty.

Závěrem je ovšem nutné zdůraznit, že v praxi platí pravidlo tzv. *presumpce kompetence*. Pacient je tedy považován za kompetentního, dokud se neprokáže opak. Uvedené pravidlo je vyjádřením respektu k autonomii pacienta. Zároveň je nutné podotknout, že nekompetenci nelze bez dalšího vyvozovat z pacientovy duševní poruchy. Vždy je nutné hodnotit jeho aktuální duševní stav, jakož i aktuální účinky nemoci na jeho osobu.²⁵²

10.2. Osoby omezené v rozhodovacích schopnostech

V praxi často bývají kladeny menší nároky na způsobilost pacienta dát souhlas k zákroku než na způsobilost jej odmítnout. Je tomu tak proto, že zdravotní výkony mají za cíl zlepšit zdravotní stav pacienta, jeho souhlas je tudíž očekáván. Odmítavý postoj naopak jde proti očekávání, a je tak podrobován bližšímu zkoumání.²⁵³

Pacient může být ve své rozpoznávací a rozhodovací schopnosti omezen v důsledku duševní poruchy krátkodobého či dlouhodobého charakteru. Nemusí se přitom jednat pouze o diagnostikovanou duševní chorobu. Duševní poruchu může představovat jakékoliv podstatné narušení rozpoznávací nebo ovládací složky pacientovy mysli. V tomto stavu se tak pacient může ocitnout například i pod silným působením léků či v důsledku oslabujícího vlivu tělesné nemoci.²⁵⁴ Pokud má být provedeno lékařské ošetření či zákrok u osoby, která není schopna

²⁵² DOLEŽAL, Adam, DOLEŽAL, Tomáš. *Kompetence pacienta a informovaný souhlas*. Vnitřní lékařství, 2021, roč. 67, č. 1. s. 51.

²⁵³ HOLČAPEK, Tomáš. In: ŠUSTEK, Petr a kol.: *Zdravotnické právo*. 1. vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s. 2016, s. 260.

²⁵⁴ ŠUSTEK, Petr, HOLČAPEK, Tomáš. *Informovaný souhlas. Teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: ASPI, 2007, s. 29.

samostatně posoudit situaci a hrozí přitom riziko trvalých, nevratných a závažných následků, nelze tento zásah provést bez přivolení soudu. Souhlas soudu je dále vyžadován v případech, kdy zákrok představuje vážné nebezpečí pro zdraví nebo život pacienta.²⁵⁵ V těchto situacích je nicméně nutné rozlišovat, zda se jedná o osobu omezenou ve svéprávnosti či nikoliv.

10.2.1. Osoby omezené ve svéprávnosti

Pacienta lze rozhodnutím soudu omezit ve svéprávnosti v oblasti rozhodování o poskytování zdravotních služeb. Soudy by se ovšem měly vyvarovat přílišné paušalizaci rozsahu omezení ve výroku. To by mělo být definováno konkrétněji, aby pacientovi zůstala zachována způsobilost rozhodovat o zákrocích, ve vztahu k nimž je jeho kompetence dostatečná.²⁵⁶ K otázce určitosti výroku se vyslovil Nejvyšší soud České republiky v roce 2013. Řešil konkrétně případ pacienta, který byl soudem omezen ve způsobilosti k právním úkonům tak, že *nebyl oprávněn samostatně rozhodovat o způsobu léčení svého zdravotního stavu a dávat souhlas k léčebným zákrokům ve zdravotnických zařízeních, a to kromě běžných záležitostí týkajících se ošetření chrupu a zraku, preventivních prohlídek a léčení méně závažných běžných onemocnění*. Takový výrok však podle Nejvyššího soudu nesplňuje požadavek na přesnost, určitost a srozumitelnost. Obsahuje totiž neurčité formulace („*kromě běžných záležitostí*“ a „*léčení méně závažných běžných onemocnění*“), pro které není materiálně vykonatelným. Nejvyšší soud zároveň zdůraznil, že při omezení způsobilosti k právním úkonům se soud vždy musí zabývat tím, zda nejsou práva pacienta omezována ve větším rozsahu, než je nutné k ochraně základních práv třetích osob a jiných ústavně chráněných statků. Taktéž upozornil na nutnost respektování principu přednosti zásadně svobodného, autonomního jednotlivce.²⁵⁷

Pokud je pacient omezen ve svéprávnosti, měla by tato skutečnost vyplývat ze zdravotnické dokumentace. Lékař by tedy měl z výroku soudního rozhodnutí zjistit, zda je pacient schopen rozhodovat v záležitostech spojených s poskytováním zdravotních služeb. Pokud tomu tak není, je pro lékaře rovněž podstatná informace o tom, kdo je pacientovým opatrovníkem,²⁵⁸ tedy osobou, která za něj rozhoduje ve věcech zdravotní péče.²⁵⁹

²⁵⁵ § 101 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

²⁵⁶ DOLEŽAL, Tomáš, DOLEŽAL, Adam. *Informovaný souhlas ve zdravotnictví. Právní a etické aspekty*. 1. vydání. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2023, s. 327.

²⁵⁷ Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 30. května 2013, sp. zn. 30 Cdo 1144/2013 (Sb. rozh. civ.).

²⁵⁸ ŠPECIÁNOVÁ, Šárka. Právní aspekty péče o pacienta s omezenou svéprávností – praktický návod pro každodenní praxi. *Psychiatrie pro praxi*, 2022, roč. 23, č. 2. s. 130.

²⁵⁹ § 469 odst. 2 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

Opatrovník je ustanoven soudem a při jeho výběru se zpravidla vychází z přání a potřeb opatrovance.²⁶⁰ Je povinen soustavně přihlížet k pacientovu přesvědčení či vyznání a dbát jeho přání a názorů, i když je projevil dříve. Není-li to možné, vždy sleduje jeho nejlepší zájem.²⁶¹ V případě rozporu mezi názorem pacienta a opatrovníka rozhodne soud, zda zákrok proveden bude či nikoliv.²⁶² Při poskytování zdravotních služeb osobám omezeným ve svéprávnosti se postupuje obdobně, jako u nezletilých pacientů. Je tedy nutné zjišťovat názor pacienta na poskytnutí zamýšlených zdravotních služeb, pokud je to přiměřené jeho schopnosti rozhodování a úsudku.²⁶³

10.2.2. Osoby nikoliv omezené ve svéprávnosti

V praxi se rovněž lze setkat s pacienty, kteří sice jsou formálně svéprávní, pro svůj aktuální zdravotní stav nicméně nejsou schopni se právně relevantně vyjádřit k otázce poskytování zdravotních služeb.²⁶⁴ Duševní porucha v širším smyslu se totiž u pacienta může projevit pod vlivem léků, po konzumaci omamných či psychotropních látek nebo v důsledku vážného zranění či nemoci.²⁶⁵ Jedná-li se o duševní poruchu přechodnou, je nutné vyčkat, dokud neodezní. Pacient tak posléze bude mít možnost se rozhodnout samostatně. Jde-li však o duševní poruchu dlouhodobějšího charakteru a je-li to potřeba k ochraně zájmů pacienta, nabízí se obrátit se na soud pro účely ustanovení opatrovníka. Ve zdravotnické dokumentaci v těchto případech musí být popsán zdravotní stav pacienta tak, aby bylo možné posoudit platnost jím projevené vůle.²⁶⁶

10.3. Judikatura a pacienti postrádající rozhodovací schopnosti

Pacienti, kteří v důsledku nepříznivého zdravotního či duševního stavu nejsou schopni rozhodovat v otázkách poskytování zdravotních služeb, tvoří, obdobně jako nezletilí pacienti, zranitelnou skupinu osob. Odmítnutí zdravotní péče ze strany takového pacienta vyvolává otázky týkající se jeho autonomie, jakož i ochrany jeho zdraví a oprávněných zájmů.

²⁶⁰ § 62 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

²⁶¹ § 467 Ibid.

²⁶² § 100 odst. 1 Ibid.

²⁶³ § 35 odst. 1 Ibid.

²⁶⁴ ŠPECIÁNOVÁ, Šárka. Právní aspekty péče o pacienta s omezenou svéprávností – praktický návod pro každodenní praxi. *Psychiatrie pro praxi*, 2022, roč. 23, č. 2. s. 131.

²⁶⁵ SALAČ, Josef. In: ŠUSTEK, Petr a kol.: *Zdravotnické právo*. 1. vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s. 2016, s. 254.

²⁶⁶ TĚŠINOVÁ, Jolana a kol.: *Medicínské právo*. 2. vydání. Praha: C. H. Beck, 2019, s. 111.

Zdravotnické pracovníky i opatrovníky tím staví před složité eticko-právní dilema. Pro přiblížení tohoto tématu je opět vhodné nahlédnout do judikatorní praxe, která tato dilemata v některých konkrétních případech již vyřešila. Odpovědi jsou hledány konkrétně v anglické a americké rozhodovací praxi, která obsahuje rozsáhlé úvahy o etice, lidských právech i autonomii pacienta, což z ní činí cenný zdroj pro analýzu této problematiky.

V roce 1977 se Nejvyšší soud státu Massachusetts ve svém rozhodnutí *Superintendent of Belchertown State Sch. v. Saikewicz* zabýval právem na odmítnutí lékařské péče u pacienta trpícího mentální retardací. Jedná se o jedno z průlomových rozhodnutí, které otevřelo dveře rozšíření práv pacientů s mentálním postižením. V daném případě šlo konkrétně o 67letého Josepha Saikewicze, kterému byla diagnostikována akutní leukémie. Jeho mentální věk však dosahoval úrovně sotva tříletého dítěte, svému zdravotnímu stavu ani navrhované léčbě tedy nebyl schopen porozumět. Soud tak byl postaven před otázku, zda by měl Saikewicz podstoupit chemoterapii, která by s 30 – 40 % pravděpodobností vedla k remisi. Leukémii by nicméně zcela nevyлéčila a zároveň by s sebou přinesla řadu nežádoucích a bolestivých vedlejších účinků. K ochraně zájmů Saikewicze v daném řízení byl soudem jmenován opatrovník, který se vůči navrhované léčbě vymezoval. Argumentoval tak, že pokud by byl Saikewicz vystaven chemoterapii, nedobrovolně by se dostal do stavu bolestivého utrpení z důvodů, kterým by nebyl schopen porozumět. Nechápal by, proč došlo k narušení jeho dosud bezpečného a stabilního prostředí. Nedokázal by se připravit na vedlejší účinky léků a jako nespolupracující pacient by pro účely léčby pravděpodobně musel být fyzicky omezován. Je tedy nutné jej odlišit od běžných pacientů, kteří podstatě léčby rozumí, a tudíž jsou schopni daleko lépe snášet bolest a nepohodlí, které s sebou přináší. Soud zdůraznil, že i duševně nezpůsobilí pacienti musí mít k dispozici stejnou škálu práv a možností, jaké jsou přiznány kompetentním pacientům. Pokud bychom připustili, že pacient omezený ve svých rozumových schopnostech, je nucen podstoupit to, co může jiný racionální pacient odmítnout, významně bychom tím snížili jeho postavení a lidskou hodnotu. I pacienti, kteří nejsou schopni samostatného rozhodování, tedy musí mít možnost realizovat své právo na odmítnutí léčby. Po zvážení veškerých relevantních faktorů tedy soud chemoterapii odmítl a Saikewicz krátce na to bez bolesti a nepohodlí zemřel.²⁶⁷

²⁶⁷ *Superintendent of Belchertown State Sch. v. Saikewicz*. Supreme Judicial Court of Massachusetts, Hampshire. 373 Mass. 728, 370 N.E.2d 417, 28. listopadu 1977.

Britský „Ochranný soud“ ve svém rozhodnutí *Wye Valley NHS Trust v B* z roku 2015 řešil, zda může být pacientovi trpícímu duševní poruchou i přes jeho vážný odpor amputována dolní končetina. Jednalo se konkrétně o 73letého pana B, u něhož se rozvinula psychoafektivní porucha provázená sluchovými halucinacemi. Vážné zdravotní komplikace panu B přivodil vřed na chodidle, který se i přes řadu intervencí nezhojil a způsobil zánět kosti. Bez amputace postižené končetiny jej nevyhnutelně čekala brzká smrt. Pokud by však amputaci podstoupil, podle odhadů by mohl žít ještě několik let. Soud zjistil, že pan B postrádal schopnost plně porozumět svému zdravotnímu stavu. Slýchal hlasy, které ho nabádaly k odmítnutí léčby a domníval se, že noha se časem zahojí sama. Zároveň vyjadřoval hlubokou nedůvěru k lékařům a obavu z toho, co by mu mohli během operace „provést“. Skutečnost, že pacient postrádá rozhodovací schopnost, ovšem podle soudu nemůže představovat pomyslný „vypínač“ jeho práv a svobod. Zdůraznil, že pokud je to přiměřeně proveditelné, musí být danému pacientovi vždy umožněno, aby se v co největší míře podílel na rozhodnutí, které se jej týká. Poukázal na to, že pan B byl ve svém přesvědčení konzistentní, amputaci odmítal dlouhodobě a toto své stanovisko opakovaně a jednoznačně vyjadřoval. K dotazům soudce uvedl: *„Nechci, aby mi někdo manipuloval s nohou. (...) I kdybych měl zemřít, operaci nechci. (...) Nebojím se smrti, vím, kam jdu. (...) Andělé mi řekli, že jdu do nebe.“* Ztráta nohy by pro něj zjevně byla neustálou připomínkou toho, že jeho přání nebylo respektováno a že amputace byla provedena v rozporu s jeho přesvědčením. Soud tedy dospěl k závěru, že byť pan B není schopen porozumět vážnosti svého zdravotního stavu, vynucená amputace by nebyla v jeho nejlepším zájmu. Jeho přání tedy nakonec bylo respektováno.²⁶⁸

Významné rozhodnutí v obdobné otázce vynesl také Odvolací soud pro Anglii a Wales v roce 1992 ve věci *Re T (Adult: Refusal of Treatment)*. Řešil konkrétně případ paní T, která byla do nemocnice přijata s těžkým zápallem plic. Během hospitalizace ji navštívila její matka, která byla členkou Svědků Jehovových. Po rozhovoru s ní se paní T nechala slyšet, že si nepřeje, aby jí byly podávány krevní transfuze. Krátce na to se její zdravotní stav výrazně zhoršil a upadla do bezvědomí. Soud tak byl postaven před otázku, zda může být pacientce podána krevní transfuze i přes její nesouhlas. Pro tyto účely měl zkoumat, do jaké míry bylo rozhodnutí pacientky ovlivněno její matkou, a zda se vůbec dá považovat za autonomní. Bylo zjištěno, že paní T sama nebyla praktikující členkou Svědků Jehovových. Pokud se vyjadřovala tak, že odmítá krevní

²⁶⁸ *Wye Valley NHS Trust v B*. Court of Protection. EW COP 60, COP 12749739, 28. září 2015.

transfuze, bylo to vždy po předchozí poradě s matkou. Soud sice uznal, že pacienti mohou být ovlivněni radami ostatních osob, lékaři však musí vždy zjišťovat, zda nebyla narušena jejich schopnost rozhodovat samostatně. Není přijatelné, aby pacient učinil své rozhodnutí jen proto, aby vyhověl jinému či proto, že je pod tlakem, který nedokáže zvládnout sám. Soud dále zdůraznil, že míra vlivu na rozhodování může být daleko větší, pokud je mezi pacientem a „přesvědčovatelem“ blízký vztah, jako tomu bylo právě v posuzovaném případě. Rovněž je nutné podotknout, že v době, kdy paní T své rozhodnutí učinila, trpěla přetrvávajícími bolestmi na hrudi a byla pod vlivem sedativ. Lze očekávat, že pacient v takovém stavu bude daleko hůře schopen odolávat působení jiných osob. Soud tedy dospěl k závěru, že rozhodovací schopnosti paní T byly vlivem působení matky a nepříznivého zdravotního stavu výrazně ovlivněny, krevní transfuzi tudíž nemohla platně odmítnout.²⁶⁹

Judikáty byly záměrně zvoleny tak, aby každý z posuzovaných případů ilustroval odlišné skutkové i právní okolnosti daného případu. Jejich porovnání může přispět k pochopení toho, jak soudy ve své rozhodovací praxi vyvažují autonomii pacienta a ochranu jeho nejlepších zájmů. První z nich ukazuje, jak významnou roli při ochraně zájmů pacienta hraje opatrovník, jehož prostřednictvím může pacient, který není jinak schopen svou vůli projevit, realizovat své právo odmítnout zdravotní péči. Druhý judikát naproti tomu zdůrazňuje, že je nutné respektovat i zjevně nerozumné přání pacienta trpícího duševní poruchou, pokud je to v jeho nejlepším zájmu a v souladu s jeho konzistentními hodnotami. Poslední případ demonstruje, že nelze akceptovat odmítnutí zdravotní služby osobou jinak kompetentní, pokud je zřejmé, že její rozhodnutí bylo v důsledku poruchy zdraví nepřiměřeně ovlivněno jiným, a za daných okolností tedy není autonomní.

Z analýzy judikátů vyplývá, že omezená rozhodovací schopnost pacienta automaticky nezabavuje práva činit byt i zdánlivě iracionální rozhodnutí o svém zdravotním stavu. Odmítnutí zdravotní péče ovšem v takových případech vždy musí být podrobena důkladnému zkoumání, aby se zjistilo, zda je skutečně v nejlepším zájmu pacienta a zda přirozeným způsobem reflektuje jeho hodnoty a přesvědčení. Při tom je nutné zhodnotit, jaký dopad by měla léčba na protestujícího pacienta a zda by za daných okolností nebylo lepší přání pacienta vyhovět, i když

²⁶⁹ *Re T (adult: refusal of medical treatment)*. Court of Appeal, Civil Division. 4 All ER 649, 30. července 1992.

by to mohlo mít fatální důsledky. Na druhou stranu je nezbytné zachytit případy, kdy pacientova navenek projevená vůle neodpovídá jeho vlastním zájmům či hodnotám. Odmítnutí zdravotní péče v takovém případě nelze vzít v potaz.

ZÁVĚR

Právo pacienta odmítnout zdravotní péči je jakožto téma výrazně interdisciplinárního charakteru dodnes oprávněně předmětem řady odborných diskuzí. Právní předpisy sice mají primárně za cíl upravit problematiku negativního reversu v medicínské praxi, nutně však přitom musí reflektovat i lidskoprávní, etické, psychologické či filozofické aspekty daného tématu. Jako téma této práce tedy byl negativní revers zvolen právě pro svůj široký rozměr a mnohohrstevnatost. Odmítnutí zdravotní péče je nerozlučně spjato s doktrínou informovaného souhlasu, která již je běžně považována za základní prvek moderní zdravotní péče. Negativní revers však oproti informovanému souhlasu, který může být vnímán jako něco rozumného, žádoucího nebo dokonce předpokládaného, v některých případech může vyvolávat daleko složitější právní a etické otázky. Cílem této práce bylo tyto otázky identifikovat a odpovědět na ně.

Důvody pro odmítnutí zdravotní péče mohou být různé, výsledky této práce však vypovídají o tom, že společným jmenovatelem je často náboženské přesvědčení, nevléčitelná nebo jen obtížně léčitelná nemoc či nedůvěra vůči tradiční medicíně a lékařům. V rámci práce byly představeny čtyři přístupy ke vztahu mezi lékařem a pacientem, které byly kriticky zhodnoceny a vzájemně porovnány. Při jejich vzájemné komparaci bylo zjištěno, že modernímu vztahu mezi lékařem a pacientem nejlépe odpovídá model autonomní autorizace. Při komunikaci s pacientem je však vhodné inspirovat se i některými principy sdíleného rozhodování.

Práce v úvodu zasadila negativní revers do obecného zákonného rámce a představila požadavky na jeho náležitosti. V tomto kontextu bylo rozebráno, jakým způsobem má pacient projevit svou vůli a taktéž to, jak je tato vůle zaznamenána ve zdravotnické dokumentaci. Pozornost byla dále zaměřena na informační povinnost lékaře, která odpovídá právu pacienta znát svůj zdravotní stav, jakož i zamýšlený plán léčby. Dostatečné a řádné poučení totiž pro pacienta hraje zásadní roli při rozhodování v otázkách poskytování zdravotní péče. Z textu je patrná snaha najít ideální formu poučení „zvídavého“ pacienta, který má zájem o informace o svém zdravotním stavu. Obsahuje tedy výčet nejrozumnějších informací, které mohou zajímat pacienta, jenž se rozhoduje, zda zákrok podstoupit či nikoliv.

Dále bylo podrobeno zkoumání pacientovo právo nevědět, které bylo zasazeno do tematického rámce práce. Podle zákona o zdravotních službách má být i pacient, který se vzdá

podání informace, o svém zdravotním stavu přesto „opakovaně“ poučen. Dotčené ustanovení však vyvolává otázku, zda se pacient v případě, kdy odmítá zdravotní péči, může efektivně dovolávat svého práva nevědět. Práce dochází k závěru, že byť právo nevědět odporuje principu informovaného rozhodování v otázkách týkajících se zdravotního stavu, nelze jej bez dalšího limitovat pouze proto, že pacient odmítá vyslovit souhlas s poskytnutím zdravotních služeb.

Býť je centrem pozornosti této práce zejména pacient, pro porozumění komplexnosti daného tématu bylo nutné zaměřit se na dotčenou problematiku také z pohledu lékaře. Zkoumaná judikatura naznačuje, že institut negativního reversu dodnes není zcela pochopen. Je zřejmé, že odmítnutí zdravotní péče ze strany pacienta s sebou někdy bohužel nese tragické důsledky. V rozhodovací praxi se však stále lze setkat s přístupem, podle kterého je tento tragický důsledek považován za selhání lékaře. Tento přístup byl sice odmítnut i Ústavním soudem, popsání rozhodnutí však přesto lékařům vysílají signál, že při respektování pacientova přání odmítnout zdravotní péči jsou obavy z postihu na místě. V práci jsou dále popsány dopady právního formalismu na lékařskou praxi. Pravidla a požadavky psané na papíře mohou znít logicky a racionálně, v praxi však mohou pro zdravotnický personál představovat značnou administrativní zátěž. I přesto lze doporučit podrobné a důsledné vedení zdravotnické dokumentace, a to zvláště v případech, kdy pacient odmítá zdravotní péči, a vystavuje tím své zdraví újmu.

Práce zároveň nabídla také exkurs do poměrně nedávné historie, díky němuž byl zmapován kontext, ve kterém se rodil informovaný souhlas a v jeho důsledku i právo pacienta odmítnout zdravotní péči. Při zkoumání historických reálií bylo zjištěno, že autonomie vůle pacienta získala širší uznání až po druhé světové válce. Analýza společensko-historických souvislostí je zakončena k okamžiku nabytí účinnosti zákona o zdravotních službách, který byl přijat v rámci širší reformy českého zdravotnictví.

V práci byla dále zaměřena pozornost na některé zvláštní případy „nesouhlasu“ s poskytnutím zdravotních služeb. K těmto byl zařazen institut dříve vysloveného přání, který na sebe často bere podobu informovaného nesouhlasu pacienta. Z textu práce lze vyčíst, že reálná využitelnost tohoto institutu v praxi je poměrně nízká. Zkoumána byla taktéž otázka odvolání souhlasu, které má obdobné faktické důsledky jako odmítnutí zdravotní péče. Bylo však zjištěno, že zákonodárce nestanoví srovnatelné požadavky na poučení pacienta, byť může mít odvolání souhlasu pro pacienta v některých případech daleko citelnější důsledky než odmítnutí zdravotní péče. Problematická je taktéž otázka formy. Občanský zákoník totiž

umožňuje odvolání souhlasu v jakékoliv formě a požadavek na písemnou formu oproti logickému předpokladu výslovně nestanoví ani zákon o zdravotních službách. V tomto kontextu byla také analyzována problematika odmítání klasické medicíny. Práce odhalila některé systémové problémy při práci s těmito pacienty. Byť se může klasická i alternativní medicína vhodně doplňovat, práce dochází k závěru, že pro vzájemnou kooperaci mezi těmito dvěma obory není vytvořeno vhodné prostředí. Popsána byla taktéž neúspěšná snaha podrobněji regulovat poskytování léčitelských služeb na zákonné úrovni.

Práce se také zaměřila na aspekty odmítnutí zdravotní péče u nezletilých pacientů. Konkrétně bylo popsáno, jakým způsobem jsou nezletilí zapojováni do rozhodování o vlastní léčbě. V práci byla zdůrazněna důležitost role nezletilého pacienta v rozhodovacím procesu. Pozornost byla věnována také soudním rozhodnutím, jejichž analýza umožnila stanovit relevantní obecná kritéria, která mohou pomoci při posuzování nejlepšího zájmu nezletilého pacienta v praxi. Zkoumána byla taktéž otázka odmítnutí zdravotní péče u osob, které postrádají rozhodovací schopnosti. V práci byly představeny některé nástroje pro hodnocení rozhodovací kompetence pacientů, které v České republice sice nejsou rozšířeny, nicméně mohou být užitečným pomocníkem v případech, kdy má lékař potíže vyhodnotit, zda je pacient ve stavu způsobilém projevit vůli a zda si uvědomuje možné důsledky odmítnutí zdravotní péče.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Monografie:

1. MILL, John Stuart. *On Liberty*. 3. vydání. Londýn: Longman, Green, Longman, Roberts & Green. 1864, 207 s.
2. KATZ, Jay. *The Silent World of Doctor and Patient*. 1. vydání. New York: The Free Press, 1984, 263 s.
3. PELLEGRINO, Edmund D., THOMASMA, David C. *For the Patient's good. The Restoration of Beneficence in Health Care*. 1. vydání. New York: Oxford University Press, 1988, 240 s.
4. FADEN, Ruth R., BEAUCHAMP, Tom L. *A History and Theory of Informed Consent*. 1. vydání. New York: Oxford University Press, 1986, 392 s.
5. Platón, *The Laws of Plato (Translated into English by TAYLOR, A. E.)*. 1. vydání. Londýn: Dent & Sons Ltd., 1934. 380 s.
6. BURT, Robert. *Taking Care of Strangers. The Rule of Law in Doctor-Patient Relations*. 1. vydání. New York: The Free Press, 1979, 200 s.
7. DOLEŽAL, Tomáš, DOLEŽAL, Adam. *Informovaný souhlas ve zdravotnictví. Právní a etické aspekty*. 1. vydání. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2023, 391 s.
8. ŠUSTEK, Petr a kol.: *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s. 1. vydání. 2016, 850 s.
9. MACH, Jan a kol.: *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Zákon o specifických zdravotních službách. Praktický komentář*. 2. vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2023, 828 s.
10. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas. Proč a jak?* 1. vydání. Praha: Galén, 2007, 104 s.
11. ŠUSTEK, Petr, HOLČAPEK, Tomáš. *Informovaný souhlas. Teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: ASPI, 2007, 260 s.
12. MACH, Jan. *Medicínské právo – co a jak. Praktické rady pro lékaře a zdravotníky*. 1. vydání. Praha: Galén, 2015, 135 s.
13. TĚŠINOVÁ, Jolana a kol.: *Medicínské právo*. 2. vydání. Praha: C. H. Beck, 2019, 494 s.
14. PTÁČEK, Radek a kol.: *Informovaný souhlas. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. 1. vydání. Praha: Galén, 2017, 327 s.

15. HOLČAPEK, Tomáš, ŠUSTEK, Petr. in: ŠVESTKA, Jiří a kol. *Občanský zákoník: Komentář, Svazek I, (§ 1-654)* [online databáze]. Praha: Wolters Kluwer, 2020, aktualizováno k 1. lednu 2020 [cit. 10. září 2024]. Dostupné z: databáze aspi.cz.
16. SCHENK, Robert. *Die medizinische Grundaufklärung: Aufklärung im Großen und Ganzen, Grundaufklärung und Basiswissen als Zurechnungsebenen eines Haftungssystems für medizinische Aufklärungsfehler*. 1. vydání. Gießen: Springer. 2015, 195 s.

Právní předpisy a související dokumenty:

1. Usnesení předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součástí ústavního pořádku České republiky, ve znění pozdějších předpisů.
2. Zákon č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.
3. Zákon č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, ve znění zákona č. 372/2011 Sb.
4. Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.
5. Zákon č. 292/2013 Sb., zákon o zvláštních řízeních soudních, ve znění pozdějších předpisů.
6. Zákon č. 66/1986 Sb., zákon České národní rady o umělém přerušení těhotenství, ve znění pozdějších předpisů.
7. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů.
8. Zákon č. 20/1966 Sb., zákon o péči o zdraví lidu, ve znění zákona 20/1966 Sb.
9. Důvodová zpráva k zákonu č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.
10. Důvodová zpráva k zákonu č. 20/1966 Sb., zákon o péči o zdraví lidu.
11. Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění vyhlášky č. 385/2006 Sb.
12. Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění vyhlášky č. 98/2012 Sb.
13. Vyhláška č. 137/2018 Sb., kterou se mění vyhláška č. 98_2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci. Vysvětlení aktuální novelizace vyhlášky o zdravotnické dokumentaci. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/novela-vyhlasky-o-zdravotnicke-dokumentaci/>

14. Návrh zákona o léčitelských službách a o změně zákona o správních poplatcích z roku 2018.
15. Doporučení Rady Evropy č. 1418 / 1999, o ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících ("Charta práv umírajících").

Mezinárodní smlouvy:

1. Sdělení č. 96/2001 Sb. m. s., Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně.
2. Sdělení č. 104/1991 Sb., Sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o právech dítěte.
3. Vysvětlující zpráva k Úmluvě na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny.

Odborné články:

1. SMRŽ, Ivo. *Informovaný souhlas – problematika rozsahu poučení pacienta o rizicích spojených s navrhovanou léčbou*. Časopis zdravotnického práva a bioetiky, 2018, roč. 8, č. 1, s. 25.
2. DWORKIN, Gerald. *Paternalism* [online]. Stanford Encyclopedia of Philosophy, 6. listopadu 2002 [cit. 7. dubna 2024]. Dostupné z: <https://plato.stanford.edu/entries/paternalism/>
3. WEISS, Gary B. *Paternalism modernised* [online]. Journal of Medical Ethics, prosinec 1985 [cit. 24. srpna 2024]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1375206/?page=1>.
4. EZEKIEL, J. a kol. [online]. *Four Models of the Physician-Patient Relationship* [online]. The Journal of the American Medical Association, duben 1992 [cit. 24. srpna 2024]. Dostupné z: https://www.unlv.edu/sites/default/files/story_attachments/1111/11.08.18%20SOM%20Journal%20Club%20Article.pdf

5. CONSADINE, Claire. *Autonomy and Paternalism in Medicine* [online]. Soaring: A Journal of Undergraduate Research, 2023 [cit. 24. srpna 2024]. Dostupné z: <https://fisherpub.sjf.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1017&context=soaring>
6. KOPELMAN, Loretta M. *On Distinguishing Justifiable from Unjustifiable Paternalism* [online]. AMA Journal of Ethics, únor 2004 [cit. 24. srpna 2024]. Dostupné z: <https://journalofethics.ama-assn.org/article/distinguishing-justifiable-unjustifiable-paternalism/2004-02>
7. DRANSEIKA, Vilijus a kol. *Relevant Information and Informed Consent in Research: In Defense of the Subjective Standard of Disclosure* [online]. National Library of Medicine, únor 2017 [cit. 10. června 2024]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5236070/>
8. VOLLMAHN, J., WINAU, R. *Informed consent in human experimentation before the Nuremberg code* [online]. National Library of Medicine, 7. prosince 1996 [cit. 12. května 2024]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2352998/>
9. GHOOI, Ravindra B. *The Nuremberg Code—A critique* [online]. Perspectives in Clinical Research, 2011 [cit. 12. května 2024]. Dostupné z: https://www.bumrungrad.com/getattachment/a2b1731a-52cf-423e-9107-3167a2aceccd/Nuremberg-Code_A-Critique_2011-PCR-2-72.pdf?lang=en-US
10. DOLEŽAL, Adam. *Dříve vyslovená přání (Advance Directives). Právní a etické úvahy* [online]. Časopis zdravotnického práva a bioetiky, 7. září 2017 [cit. 6. května 2024]. s. 3. Dostupné z: <https://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/141>
11. DANGOVÁ, Vu Huyen a kol. *Postoj Svědků Jehovových k zásahům do těla* [online]. Hospodářská a kulturní studia, 29. května 2024 [cit. 13. června 2024]. Dostupné z: https://www.hks.re/wiki/ls2021:postoj_svedku_jehovovych_k_zasahum_do_tela_v_cr_a_usa
12. ALTMAN, Lawrence K. *The 37th President: The Last Days; Disabled, Yet Retaining Control Over His Care* [online]. The New York Times, 24. dubna 1994 [cit. 1. června 2024]. s. 3. Dostupné z: <https://www.nytimes.com/1994/04/24/us/the-37th-president-the-last-days-disabled-yet-retaining-control-over-his-care.html>

13. TELEČ, Ivo. *Komplementární a alternativní medicína pohledem zdravotnického práva* [online]. Bulletin advokacie, 3. května 2017 [cit. 26. dubna 2024]. s. 3. Dostupné z: <http://www.bulletin-advokacie.cz/komplementarni-a-alternativni-medicina-pohledem-zdravotnickeho-prava>
14. ČERNÝ, David. *Co je pasivní eutanazie?* [online]. Zdravotnické právo a bioetika, 16. prosince 2014 [cit. 31. května 2024]. Dostupné z: <https://zdravotnickepravo.info/co-je-pasivni-eutanazie/#ftn1>
15. GARRARD, E., Wilkinson, S. *Passive euthanasia* [online]. Journal of Medical Ethics, 15. července 2003 [cit. 1. června 2024]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1734087/pdf/v031p00064.pdf>
16. MATERSTVEDT, Lars Johan a kol. *Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force* [online]. Palliative medicine, 2003 [cit. 1. června 2024]. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1191/0269216303pm673oa>
17. BRASSINGTON, Iain. *What passive euthanasia is* [online]. BMC Medical Ethics, 14. května 2020 [cit. 1. června 2024]. Dostupné z: <https://bmcomedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-020-00481-7>
18. ALDERSON, Priscilla. *Competent Children? Minors' consent to health care treatment and research* [online]. Social Science & Medicine, leden 2008 [cit. 23. srpna 2024]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/5985594_Competent_Children_Minors%277_consent_to_health_care_treatment_and_research
19. WILLIAMS, Zach. *When the physician says you have to get the shot, but mommy says no: The case of Taige Mueller and Daniel Hauser, and how the state may force parents to accept unwanted medical treatment for their children* [online]. Indiana Health Law Review, 2004 [cit. 24. srpna 2024]. Dostupné z: <https://mckinneylaw.iu.edu/practice/law-reviews/iHLR/pdf/vol8p199.pdf>
20. DOLEŽAL, Adam, DOLEŽAL, Tomáš. *Kompetence pacienta a informovaný souhlas*. Vnitřní lékařství, 2021, roč. 67, č. 1. s. 49 – 55.
21. ŠPECIÁNOVÁ, Šárka. *Právní aspekty péče o pacienta s omezenou svéprávností – praktický návod pro každodenní praxi*. Psychiatrie pro praxi, 2022, roč. 23, č. 2. s. 130 – 134.

22. BARSTOW, Craig a kol. *Evaluating Medical Decision-Making Capacity in Practice* [online]. American Family Physician, 2018 [cit. 4. září 2024]. Dostupné z: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2018/0701/p40.html>
23. GRISSO, Thomas a kol. *The MacCAT-T: A Clinical Tool to Assess Patients' Capacities to Make Treatment Decisions* [online]. Psychiatric Services, listopad 1997 [cit. 6. září 2024]. Dostupné z: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/epdf/10.1176/ps.48.11.1415>
24. O'CONNOR, Deborah. *Incapacity Assessments: A Review of Assessment and Screening Tools* [online]. Public Guardian and Trustee of British Columbia, září 2021 [cit. 7. září 2024]. Dostupné z: <https://www.trustee.bc.ca/sites/default/files/2024-02/incapability-assessments-review.pdf>

Judikatura:

1. Nález Ústavního soudu ze dne 2. ledna 2017, sp. zn. I. ÚS 2078/16 (N 1/84 SbNU 23).
2. Nález Ústavního soudu ze dne 27. listopadu 2012, sp. zn. Pl. ÚS 1/12 (N 195/67 SbNU 333).
3. Nález Ústavního soudu ze dne 18. května 2001, sp. zn. IV.ÚS 639/2000 (N 77/22 SbNU 157).
4. Nález Ústavního soudu ze dne 20.08.2004, sp. zn. III ÚS 459/03.
5. Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 29. 4. 2015, sp. zn. 25 Cdo 1381/2013 (č. 81/2015 Sb. rozh. civ.).
6. Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 30. května 2013, sp. zn. 30 Cdo 1144/2013 (Sb. rozh. civ.).
7. Rozsudek Krajského soudu v Plzni ze dne 17.6.2024, sp. zn. 6 To 72/2024.
8. Rozsudek senátu (1. sekce) ESLP ze dne 10. 6. 2010, Moskevští Svědkové Jehovovi (Jehovah's Witnesses of Moscow) a ostatní proti Rusku, č. 302/02.
9. *Canterbury v. Spence*. United States Court of Appeals, District of Columbia Circuit. 464 F.2d 772, No. 22099, 19. května 1972.
10. *Montgomery v Lanarkshire Health Board*. The Supreme Court. UKSC 11, 11. března 2015.
11. *Sidaway v Bethlem Royal Hospital and The Maudesley Hospital Health Authority and Others*. House of Lords. 1 All ER 643, 21. února 1985.

12. *Natanson v. Kline*. Supreme Court of Kansas. 186 Kan. 393, 350 P.2d 1093, No. 41,476, 9. dubna 1960.
13. *Kowalski v. St. Francis Hosp. & Health Ctrs.* New York Court of Appeals. Op 04756, No. 128, 26. června 2013.
14. Rozhodnutí VGH Baden-Württemberg ze dne 2. října 2008, sp. zn. 9 S 1782/08.
15. Rozsudek OLG München ze dne 26. dubna 1989, sp. zn. 27 U 68/88.
16. Rozsudek BGH ze dne 29. ledna 1991, sp. zn. VI ZR 206/90.
17. *Mueller v. Auker*. United States Court of Appeals, Ninth Circuit. Opinion No. 07-35554, 10. srpna 2008.
18. *Mueller v. City of Boise*. United States Court of Appeals, Ninth Circuit. No. 11-35351 D.C. No. 1:04-cv-00399-BLW, 24. července 2012.
19. *In Re EG*. Supreme Court of Illinois. 133 Ill. 2d 98, 549 N.E.2d 322, 13. listopadu 1989.
20. *Superintendent of Belchertown State Sch. v. Saikewicz*. Supreme Judicial Court of Massachusetts, Hampshire. 373 Mass. 728, 370 N.E.2d 417, 28. listopadu 1977.
21. *Re T (adult: refusal of medical treatment)*. Court of Appeal, Civil Division. 4 All ER 649, 30. července 1992.
22. *Wye Valley NHS Trust v B*. Court of Protection. EWCOP 60, COP 12749739, 28. září 2015.

Internetové zdroje:

1. KUŘE, Josef a kol. *Úvod do lékařské etiky* [online]. Kapitoly z lékařské etiky, 2021 [cit. 15. července 2024]. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps21/lekarska_etika/web/pages/01_uvod.html
2. VAVRUŠKOVÁ, Magda a kol. *Odvolání souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb* [online]. Provoz lékařské praxe, 1. června 2017 [cit. 15. června 2024]. s. 3. Dostupné z: <https://www.provoz-praxe.cz/33/odvolani-souhlasu-s-poskytnutim-zdravotnich-sluzeb-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4EpT9gM6LsLxGQp7zZPNvBmk/?query=informovan%FD%20souhlas&serp=1>
3. *Stanovisko České lékařské komory k neověřeným léčitelským postupům v onkologii* [online]. Česká lékařská komora, 2. února 2012 [cit. 27. dubna 2024]. s. 3. Dostupné z: <https://lkcr.cz/novinky/99301cs-stanovisko-vr-clk-k-neoverenym-lecitelskym-postupum-v-onkologii>

4. OCKNECHT, Martin. „*Snědl jsem celé platičko homeopatik a nic. Nefungují,*“ vysvětluje doktor Šrámek. *A co na to homeopat Karhan?* [online]. Český rozhlas, 26. října 2016 [cit. 27. dubna 2024]. Dostupné z: <https://plus.rozhlas.cz/snedl-jsem-cele-platicko-homeopatik-a-nic-nefunguji-vysvetluje-doktor-sramek-a-6529623>
5. GAZDÍK, Jan. *Homeopatie rakovinu nevyléčí. Důvěřiví pacienti zbytečně umírají* [online]. idnes.cz, 10. září 2009 [cit. 27. dubna 2024]. s. 3. Dostupné z: https://www.idnes.cz/onadnes/zdravi/homeopatie-rakovinu-nevyleci-duverivi-pacienti-zbytecne-umiraji.A090910_100832_zdravi_pet
6. MEDICAL TRIBUNE. *Kritici považují zákon o léčitelích za bezzubý* [online]. 21. ledna 2019 [cit. 27. dubna 2024]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/kritici-povazuji-zakon-o-lecitelich-za-bezzuby/>
7. *Für die Patientensicherheit Anforderungen für die Berufsausübung von Heilpraktikern erhöhen - Antrag der Fraktion der FDP* [online]. Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Drucksache 16/12846, 23. listopadu 2016 [cit. 17. června 2024]. 12 s. Dostupné z: <https://www.landtag.nrw.de/Dokumentenservice/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMST16-4470.pdf;jsessionid=DE1A61E0A9C644BD2C95311312C17DE7>
8. WELCH, Chris. *Father appeals to his wife to return with their cancer-stricken son* [online]. CNN (Cable News Network), 21. září 2009 [cit. 24. srpna 2024]. Dostupné z: <https://edition.cnn.com/2009/US/05/21/minnesota.forced.chemo/index.html>
9. The Associated Press. *Judge rules family can't refuse chemo for boy* [online]. NBC News, 19. května 2009 [cit. 25. srpna 2024]. Dostupné z: <https://www.nbcnews.com/health/health-news/judge-rules-family-cant-refuse-chemo-boy-flna1c9453606>
10. CADGE, Wendy. *When Medicine and Religion Conflict Around Children: The Case of Daniel Hauser* [online]. Religion Dispatches, 18. června 2009 [cit. 25. srpna 2024]. Dostupné z: <https://religionsdispatches.org/when-medicine-and-religion-conflict-around-children-the-case-of-daniel-hauser/>
11. *Manhunt for Teen and Mom Fleeing from Cancer Treatment* [online]. ABC News, 20. května 2009 [cit. 25. srpna 2024]. Dostupné z: <https://abcnews.go.com/US/story?id=7638072&page=1>

12. *Co je lumbální punkce?* [online]. Oblastní nemocnice Příbram, a.s. Dostupné z: <https://www.nemocnicepribram.cz/oddeleni/283-neurologicke-oddeleni/co-je-lumbalni-punkce>
13. BLAKE, Valarie. *Minors' Refusal of Life-Saving Therapies* [online]. AMA Journal of Ethics, říjen 2012 [cit. 28. srpna 2024]. Dostupné z: <https://journalofethics.ama-assn.org/article/minors-refusal-life-saving-therapies/2012-10>

Další zdroje:

1. Vnitřní norma PF UP č. PF-B-21/06 ze dne 28. 5. 2021. Náležitosti kvalifikačních prací na Právnické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.
2. Etický kodex práv pacientů, 25. 2. 1992.
3. Doporučení České lékařské komory k otázce Celoživotního vzdělávání lékařů garantovaného ČLK dle SP 16, schválené Vědeckou radou ČLK dne 3. 12. 2016.
4. Profesor Jiří Heřt dvacátým Rytířem českého lékařského stavu. TEMPUS MEDICORUM, 2013, roč. 22, č. 4. s. 3.
5. MACHO, Milan. Bojovník proti alternativní medicíně a šarlatánství. TEMPUS MEDICORUM, 2013, roč. 22, č. 4. s. 4 – 5.
6. Nový zákon o léčitelských službách. Právní rozhledy, 2019, č. 3. s. II. Dostupné z: databáze beck-online.cz.
7. Order, In re Hauser, Brown County District Court. No. JV -09-068, 26. května 2009.
8. *0-18 years – Guidance for all doctors* [online]. General Medical Council, [cit. 28. srpna 2024]. Dostupné z: <https://www.gmc-uk.org/professional-standards/professional-standards-for-doctors/0-18-years/assessing-best-interests>
9. ETCHELLS, Edward a kol. *Aid To Capacity Evaluation* (ACE) [online]. University of Toronto. Joint Centre for Bioethics, 1996 [cit. 6. září 2024]. Dostupné z: https://www.cmpa-acpm.ca/static-assets/pdf/education-and-events/resident-symposium/aid_to_capacity_evaluation-e.pdf

Abstrakt

Rigorózní práce se soustředí na téma vyslovení nesouhlasu s poskytnutím zdravotních služeb ze strany pacienta a nabízí analýzu právního rámce této problematiky. Zabývá se však rovněž etickými a morálními aspekty daného tématu, jakož i relevantními praktickými otázkami. Práce má za cíl vymezit pojem negativní revers, jakož i některé související pojmy. Představuje různé modely vztahů mezi lékařem a pacientem a tyto mezi sebou porovnává. Taktéž rozebírá vzájemná práva a povinnosti lékařů a pacientů a snaží se identifikovat situace, kdy může docházet k jejich vzájemným střetům. Součástí analýzy je i pohled na některé výzvy v klinické praxi, s nimiž se lékaři setkávají v případech, kdy pacient odmítá léčbu. Práce podrobně popisuje, jak má vypadat poučení pacienta ze strany lékaře. Zamýšlí se také nad pacientovým právem nevědět, které je zejména při odmítání zdravotní péče problematizováno. Zaobírá se i úzce souvisejícími otázkami, jako je například dříve vyslovené přání, odvolání souhlasu či pasivní euthanasie a podobně. Práce dále mapuje vývoj práva pacienta rozhodovat v otázkách vlastního zdravotního stavu a zaměřuje se na to, jak se v čase měnila jeho role v léčebném procesu. Věnuje se taktéž odmítnutí zdravotní péče u nezletilých pacientů, jakož i u osob, které postrádají rozhodovací schopnosti.

Abstract

This rigorous thesis focuses on the issue of a patient's refusal to consent to healthcare services and provides an analysis of the legal framework surrounding this topic. It also addresses the ethical and moral aspects of the topic, as well as relevant practical concerns. The thesis aims to define the concept of treatment refusal and related terms. It introduces different models of doctor-patient relationship and compares them with each other. The thesis also discusses the mutual rights and obligations of doctor and patient and seeks to identify situations where conflicts may arise. The analysis includes an exploration of challenges in clinical practice that physicians face when patients refuse treatment. The thesis describes in detail how the patient should be informed by the doctor about their health condition. It also reflects on the patient's right „not to know“, which can be particularly problematic in the context of refusing healthcare. The thesis also addresses issues closely related to treatment refusal, such as advance healthcare directive, withdrawal of consent or passive euthanasia, etc. It traces the evolution of the patient's right to make decisions about their own health and focuses on how their role in the treatment process has changed over time. It also addresses the issue of treatment refusal by minor patients or persons who lack decision-making capacity.

Klíčová slova

Pacient, negativní revers, odmítnutí zdravotní péče, informovaný souhlas, zdravotní služby, zdravotní péče, poskytovatel zdravotních služeb, zdravotnické zařízení, zdravotnický pracovník, lékař, zákrok, zdravotní výkon

Key words

Patient, treatment refusal, informed consent, healthcare services, healthcare, healthcare provider, healthcare facility, healthcare professional, physician, medical procedure, medical intervention