

UNIVERZITA KARLOVA
KATOLICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA
Katedra systematické teologie a filosofie



MUDr. Lukáš Malý

**Spravedlnost a důstojnost při
rozhodování o alokaci vzácných zdrojů v
rámci poskytování léčebně-preventivní
péče v situaci nedostatku**

Diplomová práce

Vedoucí práce: MUDr. Lukáš Jan Fošum, Dr. Theol.

Praha 2023

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval samostatně a použil jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 26.4.2023

Lukáš Malý

Bibliografická citace

Spravedlnost a důstojnost při rozhodování o alokaci vzácných zdrojů v rámci poskytování léčebně - preventivní péče v situaci nedostatku [rukopis] : Diplomová práce / Lukáš Malý; vedoucí práce: MUDr. Lukáš Jan Fošum, Dr. Theol. -- Praha, 2023. -- 90 s.

Anotace

Problematika alokace vzácných zdrojů při poskytování léčebně-preventivní péče v době nedostatku zahrnuje mnoho dimenzí. Jako ústřední pojmy, s ohledem na sociální učení katolické církve, je možné chápat lidskou důstojnost a spravedlnost. Cílem práce je v deskriptivní rovině přiblížit role a vzájemný vztah obou pojmů a dále nabídnout základní pohled na téma alokace vzácných zdrojů v soudobé diskusi v podmínkách České republiky. Jako ústřední téma se jeví v tomto kontextu otázka spravedlnosti s akcentem na důstojnost člověka. Ve druhé části, v normativní rovině, je práce zaměřená na pojem inherentní a kontingentní důstojnosti, jakožto dvě hlavní významové linie. Význam inherentní důstojnosti nelze v souvislosti s lékařskou etikou a bioetikou zpochybňovat. Je ale koncept důstojnosti přisuzované zvenčí, na základě určitých vlastností, schopností a dovedností (tzv. kontingentní důstojnost) také relevantní a jakou může hrát roli v situaci nedostatku vzácných zdrojů v rámci jejich alokace? Jak lze chápat tuto kategorii vzhledem k nutnosti prioritizace v situaci nedostatku?

Klíčová slova

Alokace vzácných zdrojů - lékařská péče - spravedlnost - inherentní důstojnost - kontingentní důstojnost - prioritizace - nemedicínská kritéria alokace zdrojů

Abstract

The problem of allocation of scarce resources in the provision of curative - preventive care in the period lack includes many dimensions. Human dignity and justice can be understood as central concepts, with regard to the social teaching of the Catholic Church. The aim of the work is to describe the role and mutual relationship of both concepts and to offer a basic view of the topic of the allocation of rare resources in the contemporary discussion in the conditions of the Czech Republic. In this context, the question of justice with an emphasis on human dignity appears as a central theme. In the second part, on the normative level, the work is focused on the concept of inherent and contingent dignity, as two main lines of meaning. The importance of inherent dignity cannot be questioned in the context of medical ethics and bioethics. But is the concept of dignity attributed from the outside, based on certain characteristics, abilities and skills (the so-called contingent dignity) also relevant and what role can it play in the situation of scarce resources in the framework of their allocation? How can this category be understood given the need to prioritize in a situation of scarcity?

Keywords

Allocation of scarce resources - medical care - equity - inherent dignity - contingent dignity - prioritization - non-medical criteria for resource allocation

Počet znaků (včetně mezer): 133096

Poděkování

MUDr. Lukášovi Fošumovi, Dr. Theol., za podnětné myšlenky, poznámky a připomínky při vedení této práce.

Mgr. et Mgr. Markovi Orko Váchovi, Ph.D., za debaty o důstojnosti člověka v době covidu. Za inspiraci, kterou v něm mám a za mnohé další.

Všem svým kolegyním a kolegům z Ústavu etiky a humanitních studií 3. Lékařské fakulty UK, Slezské nemocnice v Opavě, Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze a Itibo Mission Hospital v Keni za mnohé podnětné diskuse, rozhovory a situace, ve kterých jsme společně byli a které jsme měli možnost prožít.

Svým studentům na lékařské fakultě v Praze, že mi neustále otevírají oči a umožňují vidět věci a souvislosti z různých úhlů pohledu a rovněž pacientům, kteří mi každodenně připomínají o čem medicína a klinická praxe skutečně jsou.

Mojí rodině a těm nejbližším za pochopení a shovívavost k mojí pedagogické i klinické práci, která zabírá mnoho času a nemohu ho tedy věnovat jim.

Na závěr, ze srdce a s pokorou, Jiřímu Banýrovi. Za mnoho podnětů, věcných a praktických připomínek k tvorbě diplomové práce, za trpělivosti a vzácný čas ve společném prodlévání v napětí bytostného tázání.

Motto

„Jistě nikdy nebývá opouštěn od bohů ten, kdo se s dobrou vůlí vynasnažuje, aby se stával spravedlivým a aby se, pokud člověku možno, konáním ctností připodobňoval Bohu.“¹

„Spousta těch, co žijí, zaslouží smrt. A někdo umírá a zasluhuje život. Můžeš mu ho dát? Potom nevynášej příliš horlivě rozsudky smrti. Protože ani ti nejmoudřejší nedohlédnou do všech konců.“²

¹ Platón, spis Ústava. V úvodu Antonín Kříž (1937) píše: „K odkazu Platónovu i Aristotelovu náleží přesvědčení, že člověk a lidstvo mají účel vyšší, nejen živočišný. Mají účel kulturní a mravní, který vrcholí v dokonalém životě, pokud člověku možno.“

² TOLKIEN, J. R. R., Pán prstenů.

Obsah

Úvod.....	8
1. Spravedlnost.....	11
1.1. Základní vymezení pojmů v deskriptivní oblasti	11
1.2. Historické kontexty a vývoj pojmu spravedlnost	12
1.3. Klasické pojetí spravedlnosti.....	15
1.4. Nový aspekt spravedlnosti – sociální spravedlnost.....	19
2. Důstojnost	20
2.1. Základní vymezení pojmů v deskriptivní oblasti	20
2.2. Historické kontexty a vývoj pojmu důstojnost.....	23
2.3. Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti	28
2.4. Koncept inherentní a kontingentní lidské důstojnosti	29
3. Přístupy a základní východiska v lékařské etice	30
3.1. Principlialismus	30
3.2. Kazuistika	32
3.3. Four boxes approach	33
4. Alokace vzácných zdrojů v medicíně v situaci nedostatku.....	34
4.1. Alokace vzácných zdrojů	35
4.2. Etické principy ve vztahu k situaci nedostatku zdrojů.....	44
5. Pokus o hledání role a místa kontingentní důstojnosti.....	47
5.1. Spravedlnost	47
5.2. Lidská důstojnost.....	48
5.3. Prioritizace na základě kontingentní důstojnosti.....	51
5.4. Využití konceptu kontingentní důstojnosti v rámci prioritizace	56
5.5. Kantova otázka na závěr.....	58
Závěr	60
Seznam použitých zkratk.....	63
Seznam literatury	64
Přílohy	71
Příloha 1	71
Příloha 2	79
Příloha 3	87

Úvod

Téma diplomové práce: Spravedlnost a důstojnost při rozhodování o alokaci vzácných zdrojů v rámci poskytování léčebně - preventivní péče v situaci nedostatku, jsem volil s ohledem na aktuálnost daného problému v současné době a vzhledem k zaměření mého studia aplikované etiky. Tento obor má reflexivní povahu, očekává se od něj, že bude hledat cesty, možnosti a také, s velkou pokorou, odpovědi na otázky, které klade realita praxe. Práce je v tomto smyslu pokusem o určitou reflexi tématu rozdělování vzácných zdrojů v rámci pandemie COVID-19.

Významná osobnost české lékařské etiky, prof. Helena Haškovcová, uvádí téma alokace zdrojů ve své knize Lékařská etika již v několika vydáních. Danou oblast tematizovala v českém prostředí jako jedna z prvních autorek. Prvotním impulzem pro můj zájem o danou problematiku byla právě její publikace. Se samotným tématem jsem se poté setkal ve větší a angažovanější míře až v roce 2018, jako účastník konference v Oxfordu, kterou organizovalo Uheiro Centre for Practical Ethics. Název konference byl Practical Medical Ethics: Rationing Responsibly in an age of austerity. Tehdy jsem měl možnost poprvé diskutovat téma dostupnosti omezených zdrojů ve zdravotnictví s kolegy ze zahraničí. Druhým a výrazným impulzem je můj profesní život. Mám vzdělání v oboru ošetrovatelství, experimentální biologie a medicína. Všechny tři oblasti u mě vyústily ve studiu aplikované etiky. Jako lékař - klinik, jsem v kontaktu s pacienty, jako lékař - pedagog, zase v kontaktu se studenty. Mým dalším profesním zaměřením je dlouhodobá práce v rámci humanitární pomoci a rozvojové spolupráce v Keni, kde mohu poznávat problematiku alokace vzácných zdrojů v kontextu odlišné kultury i sociálních a ekonomických možností. V letech 2020-2022 jsem působil jako lékař na jednotce intenzivní péče a dialýze v nemocnici v České republice a téma omezeně dostupných zdrojů jsem v rámci pandemie COVID-19 zažil v realitě klinické praxe také zde. Problematiku alokace zdrojů, kde jde často odborně i lidsky o velice náročné situace, se pokusím nahlédnout v rámci kontextu výše zmiňovaných perspektiv.

Problematika alokace vzácných zdrojů je téma nejen filozofie, etiky a práva, ale také ekonomie a řady dalších oborů. Je to téma, které je stále více podrobováno laické i odborné diskusi. Zejména v době koronavirové pandemie šlo o téma, kterému věnovali zvýšenou pozornost také samotní lékaři, objevuje se na řadě zahraničních i tuzemských konferencích. Téma zahrnuje mnoho dimenzí a je potřeba k němu přistupovat diferencovaně, avšak zároveň velmi komplexně. Jde o rozsáhlou oblast, která překračuje možnosti a rozsah klasické diplomové práce. Z tohoto důvodu jsme se společně se školitelem rozhodli o zúžení celkové perspektivy na dvě oblasti. Tyto oblasti vzhledem k sociálnímu učení katolické církve je možno považovat za klíčové. Jako ústřední pojmy lze v tomto kontextu chápat spravedlnost a lidskou důstojnost. Spravedlnost, v klasickém pojetí jakožto *dát každému, co mu náleží* a ctnosti spravedlnosti, tedy *pevná vůle dát každému, co mu patří* jsou v tématu alokace vzácných zdrojů klíčové. Pojem důstojnost, s odkazem na humanistickou tradici a její vliv v lékařství, je zcela integrální součástí tohoto oboru, jakožto nezcizitelná a nezpochybnitelná hodnota. Při rozvažování o alokaci vzácných zdrojů je riziko, že právě tyto zmiňované oblasti mohou být ohroženy a jejich důležitost a významy zmenšeny.

Cílem práce je v deskriptivní rovině pokus o přiblížení role a vzájemného vztahu pojmů spravedlnost a důstojnost. Dále je mou snahou popsat problematiku alokace vzácných zdrojů v situaci nedostatku specificky při poskytování léčebně - preventivní péče. Ve druhé části práce, v normativní oblasti, se zaměřuji na dvě hlavní významové linie: na pojem inherentní a kontingentní důstojnost. Význam inherentní důstojnosti nelze v souvislosti s lékařskou etikou a bioetikou zpochybňovat (v práci se nevěnuji tezím, které tento koncept zpochybňují). Koncept kontingentní důstojnosti (důstojnosti přisuzované zvenčí, na základě určitých vlastností, schopností a dovedností) někteří autoři doporučují zahrnout do rozvažování o alokaci vzácných zdrojů. Jde v tomto ohledu zvláště o zdravotníky či jiné profese, které se podílejí na fungování státu či struktur, které daný systém udržují v chodu i za vysoce změněných vnějších podmínek. Tato koncepce výběru se zdá být koherentní s rozšířenými utilitaristickými přístupy v rámci alokace vzácných zdrojů. Někteří autoři se domnívají, že tato představa není reálně možná. Zdravotníci se nestihnou uzdravit a nastoupit do pracovního procesu včas. Jiní naopak tuto eventualitu podporují. Mojí snahou je diskutovat, zda je tento koncept relevantní, eventuálně jakou roli může hrát v situaci nedostatku zdrojů. Jak lze tuto kategorii chápat vzhledem k

nutnosti prioritizace v situaci nedostatku? Jak ji lze pochopit v kontextu inherentní důstojnosti člověka? V této diskusi se zaměřuji jen na prostředí České republiky. Na základě mých zkušeností ze zahraničí se jeví, že problém je široce kulturně, společensky i ekonomicky podmíněný a nelze tedy příliš zobecňovat a navzájem srovnávat extrémně odlišné kontexty a situace, ve kterých je léčebně - preventivní péče poskytována. V České republice vznikly v počátcích pandemie COVID-19 dva základní dokumenty, které se zabývají základními etickými a právními aspekty v rámci alokace vzácných zdrojů ve zdravotnictví v době nedostatku. Oběma se blíže v práci zabývám a reflektuji zvláště v kontextu pohledu inherentní a kontingentní důstojnosti.

Při práci používám kombinaci několika metod: Rešerše dostupné literatury, studium a třídění faktografie vztahující se k problematice, vlastní empirické zkušenosti z klinické praxe a z výuky tématu (alokace vzácných zdrojů) pro studenty všeobecného lékařství.

1. Spravedlnost

1.1. Základní vymezení pojmů v deskriptivní oblasti

Pro lékaře je pojem spravedlnost často velmi vzdálen od metodologie přírodních věd, kterou umí používat. Studium na lékařské fakultě z metodologie přírodních věd vychází, v perspektivě určité tematické redukce a metodické abstrakce nejsou některé otázky v rámci přírodních věd záměrně kladeny. Tuto oblast přejímají humanitně orientované předměty na středních školách a gymnáziích (ale také v rámci studia na lékařských fakultách). S vědomím faktu, že pohled na tento pojem disponuje rozsáhlou interpretační šíří, se pokusím o základní přehled. Akcent bude kladen na hlavní téma této práce – alokace vzácných zdrojů.

Spravedlnost jakožto regulativní idea je zcela zásadní pojem pro právo a pro lidskou společnost obecně. Může evokovat určitou objektivní kategorii, která je dána subjektem. Jde o základní pojem v rámci uspořádání lidských vztahů a základní nárok na lidské jednání. Vztahovost je chápána jako ústřední téma spravedlnosti. Francouzský filosof Emmanuel Lévinas, vymezuje spravedlnost jako „*právo promluvit*“.³ Aristotelés tuto ctnost označil za nejdůležitější z lidských ctností.⁴ Pojem spravedlnost lze vyložit více způsoby. Pokusím se alespoň o základní vymezení pojmu a o stručný dějinný přehled.

1.1.2. Jak definovat spravedlnost?

Encyklopedie Diderot vysvětluje spravedlnost jako vnitřně strukturovaný etický princip či ideál, který ovlivňuje jednání lidí či kolektivů a projevuje se v působení sociálních institucí.⁵ Ve společenských vztazích je zdrojem hodnotových soudů o stavu věci. Ottův slovník naučný z roku 1905 pojímá spravedlnost jako mravní požadavek, aby konání naše bylo ve shodě s právem. Spravedlnost je pojem relační.

³ LEVINAS, Emmanuel. Totalita a nekonečno: (esej o exterioritě). Druhé, opravené vydání. přeložil Jan SOKOL. Praha: OIKOYMENH, 2020. Knihovna novověké tradice a současnosti. str. 220.

⁴ ARISTOTELÉS. Etika Níkomachova. Páté nezměněné vydání. Praha: Rezek, 2021.

⁵ Všeobecná encyklopedie v osmi svazcích. Praha: Diderot, 1999

V konkrétním smyslu mnohdy jako právo: konati spravedlnost znamená konati právo.⁶
Podle Ulpiana, znamená spravedlnost:

„Poctivě žít, nikomu neškodit, každému dávat, co mu patří (Honeste vivere, neminem laedere, suum cuique tribuere).“⁷

Podle Gustava Radbrucha, německého teoretika práva, jsou obecnou funkcí práva určité nároky. Tyto nároky charakterizuje jako spravedlnost, účinnost a jistotu. Spravedlnost lze tedy chápat jako určitý nárok práva.⁸

Pojetí spravedlnosti a jejích principů se liší z hlediska filosofického, ale i náboženského přesvědčení.⁹ Jsou zde odlišnosti kulturní, politické a geografické. O nutnosti či snaze definovat spravedlnost (v podobě norem či definice) se vedou diskuse. Tendence k vytvoření definice jsou silné. Spravedlnost je spojující prvek naší společnosti. Rozvíjení etických principů i lidskoprávních pravidel je nutnost.¹⁰

1.2. Historické kontexty a vývoj pojmu spravedlnost

1.2.1. Starověké Řecko a Řím

Již ve starověkém Egyptě lze nalézt bohyni Maat. Kořen slova znamená v samotném základu mnoho významů. Nejčastěji je překládáno jako pravda, spravedlnost, zákonnost, pořádek. Ve starověkém Řecku byla za bohyni spravedlnosti považována Diké, která stála po boku boha Dia. Byla zárukou určité pospolitosti a míru. Sestra bohyně Diké měla jméno Adikie, která byla ztělesněním bezpráví a nespravedlnosti. Pojetí spravedlnosti se v dějinách velmi měnilo. Socha bohyně Diké, jakožto personifikace spravedlnosti byla

⁶ OTTO, J. Ottův slovník naučný: ilustrovaná encyklopedie obecných vědomostí. Praha: 1909.

⁷ SOKOL, Jan. Moc, peníze a právo. Praha 2007, str. 233.

⁸ RADBRUCH, Gustav. O napětí mezi účely práva. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012.

⁹ PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. ed. Spravedlnost v medicíně. Praha: Grada, 2022, kapitola Psychologie spravedlnosti a odpuštění nejen v medicíně.

¹⁰ YBEMA, Jan F., et al. Depression and perceptions of inequity among couples facing cancer. *Personality and Social Psychology Bulletin* 27.1 (2001): 3-13.

zobrazována s váhami v levé ruce. Ty značily symboliku poměrování viny a nevin. V pravé ruce měla meč, který byl výrazem symboliky trestu. Později byla tato podoba převzata Římany, kdy je bohyně spravedlnosti Justicia zobrazována se zakrytými očima. Jde o představu zakrytí očí z důvodu objektivního přijímání rozhodnutí, bez ohledu na majetkové poměry či vzhled obviněného. Nikdy nemůžeme mít všechny potřebné informace k adekvátnímu rozhodování. Je to jedna z interpretací toho, proč má její personifikace zakryté oči šátkem. Starověk považuje spravedlnost za hodnotu, za ctnost. Aristoteles píše, že většina ctností se týká člověka samotného, avšak ctnost spravedlnosti se obrací ke druhým lidem. Hovoří ve smyslu, že spravedlivý vládce si nepřivlastňuje více, než si zaslouží, pracuje pro druhé. V Etice Níkomachově říká, že jde o „*dobro těch druhých*“¹¹

Aurelius Augustinus je autorem křesťanského pojetí vlády a obce. V knize O obci Boží píše: „*království bez spravedlnosti je jen velké lotrovství*“.¹²

1.2.2. Židovsko – křesťanská tradice

V Písmu svatém je pojem spravedlnost zmíněn na mnoha místech, celkově a explicitně ve 345 verších.¹³ V Písmu svatém se uvádí dva základní typy spravedlnosti: spravedlnost Boží a spravedlnost lidská. Samotné Písmo svaté přináší mnoho příkladů toho, jak lidé hledají spravedlnost, ale spíše spravedlnost lidskou, než Boží. Boží spravedlnost má atributy dokonalosti, avšak je pro nás lidi těžko pochopitelná a definovatelná. Svět je nespravedlivý, lidé jsou nespravedliví¹⁴. Ve Starém zákoně je spravedlnost chápána jako ústředním pojmem. Lze nalézt mnoho odkazů, např. „*spravedlivý bude žít z víry*“¹⁵

Ježíš Kristus vybízí věřící v horském kázání v rámci Nového evangelijního zákona, aby spravedlnost hledali. V blahoslavenstvích naznačuje, že jde o žízeň po spravedlnosti. Zde je však v tomto kontextu myšlena dokonalá, Boží spravedlnost, nikoliv spravedlnost

¹¹ ARISTOTELÉS. Etika Níkomachova. (EN 1134b)

¹² AUGUSTIN. O Boží obci: knih XXII. I. vydání. Přeložil Julie NOVÁKOVÁ. Praha: Vyšehrad, 1950. Kozoroh (Vyšehrad).

¹³ PTÁČEK, Radek, BARTŮNĚK, Petr. ed. Spravedlnost v medicíně. Praha: Grada, 2022. Text Tibora A. Břečky

¹⁴ Řím, 3,10

¹⁵ Hab 2,4

lidská. Mezi lidskou a Boží spravedlností je řada rozdílů. Klíčovým pojmem je dobro, jeho dopad. Lidé jsou v možnosti jeho poznání omezení.

V tomto kontextu je potřeba také uvést klasickou definici spravedlnosti: „*Bud'te dokonalí, jako je dokonalý váš nebeský Otec*“. Jde o ctnost spravedlnosti, ve smyslu ctnosti jakožto dispozice na cestě k věčnému životu. Ctnost spravedlnosti patří ke kardinálním ctnostem a znamená „*pevnou vůli dát každému, co mu patří*“. ¹⁶

Biblické pojetí spravedlnosti má dvě roviny. Individuálně – etickou (zde se jedná o určitý vnitřní postoj jednotlivce, jde o ctnost) a sociálně – etickou rovinu (zde hraje vliv míra vnějších vztahů osob a sociálních struktur, jde o určitou kvalitu sociální skutečnosti).

Podle F. Rickena je spravedlnost nejvyšší interpersonální a strukturální norma, podle níž se mají rozhodovat všechny konflikty týkající se různých dober. Jako ústřední téma biblického pojetí spravedlnosti (ve Starém i Novém zákoně) se ukazuje provázanost s dějinností. Dějiny Izraelského národa jsou v podstatě bojem za spravedlnost. Ve Starém zákoně jde o vztahový a konkrétní pojem, který je spojený se zakoušením spravedlnosti, či bojem proti nespravedlnosti. Hlavní důraz je kladen i na sociální spravedlnost, jakožto kritéria víry v jednoho Boha. Je zde patrné silné propojení náboženské motivace (víry) a sociálního jednání. Pojetí spravedlnosti jakožto důsledku víry v Boha. Hlavními tématy jsou preferenční volby pro marginalizované a chudé, spojení víry a sociálního angažmá a jakožto normativní orientace je spravedlnost důležitým tématem v Horském kázání.¹⁷

Tibor Břečka v příspěvku Spravedlnost Boží vs. Spravedlnost lidská (nejen) ve zdravotnictví nabízí zajímavým způsobem rozdíl mezi lidskou a Boží spravedlností na příkladu dvou pohádek: Hrátky s čertem (1956) a Dařbujan a Pandrhola (1959).¹⁸

Pro přiblížení problematiky použiji jeho vysvětlení. Obě pohádky jsou ideologicky zabarvené, vznikaly v období komunistického režimu. Jsou laděny v duchu anti-náboženského a antiklerikálního režimu a mohou nám snad i proto pomoci k objasnění rozdílů mezi lidskou a náboženskou spravedlností. V pohádce Hrátky s čertem je ukázána karikatura křesťana v podobě otce Školastika, který je neschopen se smířit s Boží spravedlností. Je potrestán andělem (ztvárnění Boží spravedlnosti), avšak v perspektivě spravedlnosti lidské, je dle Martina Kabáta potrestán málo.

¹⁶ Mt 5,48

¹⁷ Mt 5-7

¹⁸ BŘEČKA, A. Tibor. Spravedlnost Boží vs spravedlnost lidská (nejen) ve zdravotnictví. In PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr. ed. Spravedlnost v medicíně. Praha: Grada, 2022.

Je zde silně naznačena určitá *oslava vítězství* člověka nad církví, lidské spravedlnosti nad tou Boží. Je zde ale ukázán i druhý rozměr Boží spravedlnosti – naděje a milosrdenství. V situaci, kdy člověk přebírá rozhodnutí o vině a trestu, milosrdenství vymizí, jak naznačuje tento příběh.

Druhá pohádka je v podobném duchu. Naznačuje, že převzetí spravedlnosti do lidských rukou nekončí šťastně ani zde. Chudý havíř Kuba nemůže pokřtít své narozené dítě, nemůže najít kmotra. První dva potenciální kmotry odmítá, jakožto nespravedlivé (Boha a ďábla). Přijímá až třetího kmotra v podobě Smrtáka (personifikace smrti). Podle něj je jedině on spravedlivý. Ze zjištěných důvodů se nakonec snaží Kuba Smrtáka obelhat. Naznačení možnosti použití smrti jako přírodního zákona, bez transcendence, který je považován za spravedlivý. Téma hledání viníka, jakž to součást lidské přirozenosti, je zde explicitně přítomna. Autor sdělení pak hovoří o problému, když bychom chtěli označit Boha za viníka, odpovědného za vše. Vedlo by to pak k tomu, že bychom člověka zbavili svobodné vůle. Autor pak zmiňuje Sv. Patrika: „*Pláč otrocka je vždy a všude pláčem po svobodě*“. Bůh spravedlivý je Bůh osvobozující.

V tomto výše zmíněném ohledu a kontextu je velmi problematické pokoušet se definovat Boží spravedlnost, nebudeme se pokoušet de facto o nic menšího než o definici samotného Boha¹⁹. Boží spravedlnost může být tedy odlišná od pojetí spravedlnosti lidské.

Výše zmiňovaný autor v rámci kapitoly Doporučení pro praxi ve zdravotnictví ve svém příspěvku zmiňuje pokoru. Pokoru před vlastní neznalostí a vlastními limity. Autor si klade v textu otázku, odkud bereme my sami odvahu snažit se rozhodnout o tom, co je dobré pro ty druhé. Lidská spravedlnost by měla být dle těchto slov motivována a vedena ryzí nutností. Podobné odkazy lze nalézt také v dílech J.R.R. Tolkiena, C.S. Lewise a dalších, křesťansky orientovaných autorů.

1.3. Klasické pojetí spravedlnosti

Klasické pojetí spravedlnosti tak, jak ho známe z díla Platóna, Aristotela či Tomáše Akvinského člení základní formy spravedlnosti na *spravedlnost legální, komutativní a*

¹⁹ Viz tamtéž

distributivní. Na základě kritérií utvářejí vztahy jednotlivých osob na straně jedné, a celku na straně druhé. Stejně tak jde o vztahy mezi jednotlivými osobami nebo společenstvími osob.

1.3.1. Legální spravedlnost (Iustitia legalis)

Určuje vztah lidí ke společnosti (ve smyslu toho, co by měl člověk vykonat, co společnosti dluží). V tomto pojetí jde o rovnost před zákonem, před zákonnými normami, v přístupu k úřadům, k utváření společenských subsystémů. Jde o procesní záležitosti, o rovný přístup k hodnotícím kritériím. O arbitrální procedury. Dle Pavla Kalvacha by mohlo jít ve vztahu ke zdravotnictví o informovanost pacientů, event. O spravedlivý přístup k poskytovatelům péče.²⁰ Procesní spravedlnost vystihuje dle Aristotela také zásada, která říká: „*stejně případy se mají posuzovat stejně, odlišné odlišně*“.²¹ Zákony nemohou v plném rozsahu pojmut složitost sociálních vztahů. Aristoteles tvrdí, že „*obecné výroky mají sice širší platnost, ale ty jednotlivé jsou pravdivější*“.²²

1.3.2 Komutativní spravedlnost (Iustitia commutativa)

Zde se jedná o určování vztahů mezi lidmi navzájem, mezi společenskými skupinami, utváření směny dober a služeb (je to také jedna z podmínek utváření trhu).

1.3.3. Distributivní spravedlnost (Iustitia distributiva)

Jde o určení vztahu celku (společnosti) k jednotlivcům a sociálním skupinám. V tomto kontextu chápání jde o sdílení dober, zátěží a výkonů v rámci dané společnosti. Jde o cílení na rozdělování společných zdrojů. Tento typ spravedlnosti lze doložit již v předindustriálních společnostech.²³ Určitými problémy distributivní spravedlnosti může

²⁰ KALVACH, Pavel. Spravedlnost v medicíně je úměrná kultivaci národa. In PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr. ed. Spravedlnost v medicíně. Praha: Grada, 2022.

²¹ ARISTOTELÉS. Etika Nikomachova., 1107a.

²² Viz tamtéž

²³ SING, M., KAPTCHUK, T.J., HENRICH, J. Small gods rituals and cooperations: The Mentawai water spirit Sikameinan. Evolution and Behavior 2021, 42.

být rozdělování typu *všem stejně*, jak uvádí např. František Koukolík.²⁴ Jde o rozdělování typu rovným dílem, ve smyslu *equality*. Častým pohledem je rozdělování na základě ekonomické rovnocennosti např. Pavel Kalvach.²⁵ Rozdělování je chápáno ve třech pohledech: Každému podle jeho zásluh, každému stejně, či každému podle jeho potřeb. Pohledy se individuálně velmi liší. Pro někoho je fair rozdělovat na základě naléhavosti potřeby, pro jiné na základě zásluh, a pro další na základě distribuční totožnosti.

V dalších, zvláště právních pojetích lze najít ještě pojem Retributivní spravedlnosti

1.3.4. Retributivní spravedlnost

Jedná se o pojem ze soudní praxe. Pavel Kalvach uvádí, že jde o trest, který má být určitou odpovědí na škodlivou činnost. Jde o vyrovnání vzniklých škod, ale také o edukační a výstražný prvek.²⁶ Pohled na retributivní spravedlnost stran deontologie vychází primárně z díla Immanuela Kanta a Utilitaristicky orientovaný pohled z teorie J. Benthama a S. Milla.

1.3.5. Spravedlnost jako férovost

V rámci výsledku procesů novověkého vývoje vzniká pojem Moderna. Jde o proces, který formuloval a strukturoval sociální skutečnost v mnoha dimenzích.²⁷ Začal v Evropě a jeho výsledek nabývá stále více globálního významu. Jednou z aktuálně sociálně – etických pozic, se kterými se snaží koncept moderny pracovat je také pojem sociální spravedlnost a jeho pojetí v díle Johna Rawlse *A Theory of Justice*.²⁸

U Johna Rawlse hraje zásadní vliv distributivní spravedlnost. Jeho teorie spravedlnosti je také zásadní v rámci politicko - etické debaty 2. poloviny 20. století a rovněž pro

²⁴ KOUKOLÍK, František. Distributivní a retributivní spravedlnost v medicíně. In PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr. ed. *Spravedlnost v medicíně*. Praha: Grada, 2022.

²⁵ KALVACH, Pavel. *Spravedlnost v medicíně je úměrná kultivaci národa*. In PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr.

²⁶ Viz tamtéž

²⁷ ANZENBACHER, Arno. *Křesťanská sociální etika: úvod a principy*. 2. vydání. Přeložil Karel ŠPRUNK. Brno: CDK, Centrum pro studium demokracie a kultury, 2015.

²⁸ RAWLS, John. *A Theory of justice*. Cambridge (Mass.): Harvard University Press, 1971.

diskurz křesťanské sociální etiky. Teorie je totiž promyšlena v souvislosti se sociálním učením katolické církve. Jde o určitou filosofickou abstrakci.

Johan Rawls (1921 – 2002) přichází s teorií, která usiluje o formulování zásad spravedlivé společnosti. Jeho snahou je definovat univerzální principy spravedlnosti. Pomocí teorie společenské smlouvy usiluje o konstrukci spravedlivé společnosti, kterou rozumní lidé formulují na základě svých zájmů. Tento proces probíhá v tzv. *původním stavu*. Jde o stav bez osobních preferencí, bez tužeb, bez historických a současných kontextů, bez znalosti vlastního místa a vlastní pozice v systému. Lidé jsou v tomto stavu svobodní a navzájem si rovné bytosti. Je to teoretický stav, ve kterém by se měli lidé domluvit na pravidlech fungování světa, ve kterém by chtěli žít. Rawls v této teorii vychází z faktu, že při rozdělování sociálních dober jsou lidé motivováni ekonomicko-egoistickými motivy a snaží se maximalizovat svůj prospěch. Rozdělování v hypotetickém stavu tedy musí docházet pod *závojem nevědění*. Podstatnou vlastností tohoto hypotetického stavu je, že nikdo nezná své šance při rozdělování schopností, vloh, inteligenci, fyzickou sílu atd. Dokonce předpokládá, že jednotlivé smluvní strany neznají ani své koncepce dobra. Principy spravedlnosti jsou tedy definovány pod tímto *závojem nevědomosti*. Tak je zaručen fakt, že nikdo není znevýhodněn při výběru principů v důsledku přírodních náhod, či společenských okolností. Principy jsou tedy výsledkem slušné dohody či jednání (všichni jsou obdobně situováni, nikdo si nemůže vymyslet principy, které by zohlednily jeho konkrétní specifickou situaci). Jde o určitou modifikaci ekonomicko-egoistické perspektivy. Každý myslí svou vlastní výhodu jakožto výhodu každého dalšího člověka (jeho práva by byla jinak ohrožena). Podle Rawlse je tedy spravedlnost chápána jakožto férovost.²⁹ Spravedlivé je tedy dle Rawlse to, co vyhovuje dvěma kritériím:

- A. Každý má stejný nárok na systém stejných základních svobod (který lze sloučit se stejnými svobodami pro všechny ostatní lidi)
- B. Ekonomické a společenské nerovnosti musejí vyhovět dvěma pravidlům:
 - 1. Úřady a postavení jsou otevřené každému za podmínek rovných příležitostí (rovných šancí)

²⁹ ANZENBACHER, A. Křesťanská sociální etika: úvod a princip

2. Mají být k prospěchu těm nejméně zvýhodněným členům společnosti (princip zvýhodnění)

Nerovnosti zároveň nesmějí být na úkor základních svobod a princip zvýhodnění nesmí být na úkor rovnosti možností.

1.4. Nový aspekt spravedlnosti – sociální spravedlnost

K celkovému doplnění této kapitoly je potřeba zmínit ještě určité nové aspekty spravedlnosti. Jedná se o Kontributivní spravedlnost. Jde o kontribuci (příspěvek) jednotlivce k utváření společnosti.³⁰ Jde o klasické místo v Sociálním učení katolické církve. Jak uvádí Pastýřský list biskupů v USA :³¹

„Sociální spravedlnost v sobě obsahuje , že lidé mají povinnost k aktivní a produktivní účasti na společenském životě a že společnost má povinnost jednotlivcům tuto možnost umožňovat. Tuto spravedlnost můžeme označit jako kontributivní“.

V Německém prostředí je tento pojem také překládán jako *spravedlnost podílení se*, jde o určitou participaci. Spravedlnost je také řazena k základním čtyřem principům v oblasti bioetiky a lékařské etiky.³² V rámci další části této práce budu věnovat prostor také principialismu.

³⁰ Kompendium sociální nauky církve. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008.

³¹ Economic Justice for All, čl.71, 1986. <https://www.usccb.org/upload/economic_justice_for_all.pdf>

³² BEAUCHAMP, Tom L. a James Franklin CHILDRESS. Principles of biomedical ethics. 6th ed. New York: Oxford University Press, 2009.

2. Důstojnost

2.1. Základní vymezení pojmů v deskriptivní oblasti

„Naše svébytnost se zračí v nevýslovné, mnohorozměrné síti souvislostí. Tu nenajdeme na internetu ani se s ní neseškáme ve sféře dat. Spatříme ji v zrcadle symbolů.“³³

Z. Neubauer

Cílem této kapitoly je přiblížení tématu důstojnosti člověka s akcentem na její role v problematice alokace vzácných zdrojů ve vztahu k pacientovi v klinické praxi. V úvodu bych rád poukázal na různost pojetí konceptu lidské důstojnosti a navázal krátkým přehledem základního vývoje tohoto pojmu v dějinných souvislostech. Dále se budu věnovat konceptu inherentní a kontingentní důstojnosti. Diskusi o jejich možném vztahu vzhledem k alokaci vzácných zdrojů pak rozvedu v normativní části práce.

Naše současná evropská kultura se opírá o tři pilíře:

1. Antika a řecká kultura
2. Židovsko-křesťanská tradice
3. Racionalismus a osvícenství

Krátkým rozvedením tří oblastí přiblížím jak se koncept lidské důstojnosti rozvíjel a měnil. Na závěr pak zmíním Úmluvu na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti a koncepty inherentní a kontingentní důstojnosti.

Smyslem této kapitoly není celkový přehled v historických souvislostech, ani komplexní zkoumání recepce pojmu důstojnosti v rámci medicíny jako takové. Rád bych krátce přiblížil významné body v proměně pojmu lidské důstojnosti v rámci těchto tří zdrojů a s tím dále související rozdělení na inherentní a kontingentní důstojnost. Konceptům, které téma a důležitost lidské důstojnosti obecně zpochybňují, se zde věnovat nebudu. Krátce jen nyní zmíním, že např. Prof. Ruth Macklin zpochybňuje samotný pojem lidská důstojnost a zmiňuje, že jde jen o respekt k osobám a jejich

³³ NEUBAUER, Zdeňek. Viz MUNZAROVÁ M., Co je vlastně důstojnost?, In: Interní medicína pro praxi, 2011, 13(2).

autonomii. Člověk, kterému bychom nepřiznali statut osoby, by v tomto kontextu postrádal důstojnost.³⁴

2.1.1. Lidská důstojnost

Jde o pojem, který je v dnešní době zásadní a zejména v oblasti lékařské etiky hraje významnou roli. Mnoho lidí si představuje různé věci pod tímto pojmem. O tématu lidské důstojnosti lze hovořit v mnoha rovinách. Významně souvisí s pojetím člověka jako osoby a vývojem toho pojetí v rámci filosofické antropologie. Lidskou důstojnost si uvědomujeme často až ve chvíli, kdy je nějakým způsobem popírána, znevažována, pošlapána. Prof. MUDr. Marta Munzarová napsala, s odkazem na *žitou zkušenost důstojnosti* Edmunda Pellegrina: „*Mnozí filosofové rozebírají pojem důstojnosti, aniž viděli člověka v jeho utrpení a umírání a aniž zažili onu žitou zkušenost důstojnosti.*“³⁵ Pro mě osobně, jako pro klinického lékaře, je výzva pokusit se pojem důstojnosti vložit do určitého rámce. Je to žitá zkušenost, ale je potřeba ji promýšlet.

2.1.2 Etymologický původ

Původ anglického slova *dignity* (důstojnost) je možné vystopovat od 13. století. Angličtina jej převzala z latinského *dignitas*, což není jednoduše přeložitelný výraz. Jde o odkaz na jedinečný, nehmotný a kulturně subjektivní sociální koncept v myšlení starého Říma.³⁶ V oxfordském slovníku je důstojnost definována několika způsoby. Nejprve jako: „*a calm and serious manner that deserves respect*“ (klidný a seriózní způsob, který si zaslouží respekt), dále „*the fact of being given honor and respect by people*“ (skutečnost, že lidé dostávají čest a úctu) a nakonec „*a sense of your own importance and value*“ (pocit vlastní důležitosti a hodnoty). Další použité výrazy jsou *zdatnost*, *vhodnost*, *způsobilost*, *postavení*.³⁷

³⁴ MACKLIN, R. Dignity is a useless concept. *BMJ*. 2003 Dec 20;327(7429):1419-20. doi: 10.1136/bmj.327.7429.1419.

³⁵ MUNZAROVÁ, Marta. Důstojnost člověka a lékařská etika. In: *Časopis lékařů českých*. 2011, 150.

³⁶ HARPER, Douglas (2014). *Online Etymology Dictionary*

³⁷ Oxford English Dictionary. <<https://www.oed.com/>>

Ottův slovník naučný definuje důstojnost také spíše z pohledu kontingentní důstojnosti, tedy něčeho, co není dáno všem od přirozenosti:

„Důstojnost jest tolik, jako zasloužilost, hodnost, cena osobní, vážnost (v chování), ve smyslu konkrétním i úřad čestný. Vaše [Důstojnost]-i vyskytuje se jako titul praelátův, opatův, představených katedrálních a kollegiatních kapitol. [Důstojný] tolik jako stálý, věrný (kdo dostojí svému slovu), dále vážný, zasloužilý, hodný něčeho vůbec a cti zvláště. Odtud vyskytuje se [Důstojnost] (reverendus) jako titul nižšího duchovenstva. Vele důstojný (admodum reverendu), titul kanovníkův katedrálních atd., vysoce důstojný (amplissimus), titul praelátův, opatův, nejvýše důstojný, nejdůstojnější (reverendissimus) titul biskupů atd.“³⁸

2.1.3. Vymezení pojmu

Lidská důstojnost je univerzální lidská záležitost, z filosofického hlediska je absolutní hodnotou lidské bytosti, projevující se ve svobodě a odpovědnosti. V antice je kladen akcent na jedinečnost (člověk jako rozumová bytost). Člověk má odpovědnost vůči společnosti. Z antické filosofie čerpá také křesťanství. Židovsko-křesťanská tradice se opírá o hodnotu člověka jakožto obrazu Boha.³⁹

Jde o pojetí člověka jako osoby, která odpovídá za své skutky. Uznání důstojnosti člověka se zde nutně kryje s uznáním principu personality, který je jedním z principů sociální nauky církve. Člověku, jakožto osobě musíme přiznat jeho důstojnost. Existují dvě pojetí, a to inkluzivní a exkluzivní.⁴⁰ V inkluzivním pojetí se chápe člověk jakožto bytostná jednota osoby, lidství a personality. V exkluzivním pojetí jde o rozumovost a svobodu jakožto aktuální projevy člověka a jde zde o vyloučení člověka, který není těchto projevů schopen. V návaznosti na to se zde rozlišují různé typy exkluzivismu (rasové kritéria, pohlaví, mentální zdraví atd.) Toto rozlišování je pak chápáno i v rozdílném pojetí lidské důstojnosti.

³⁸ OTTO, J. Ottův slovník naučný: ilustrovaná encyklopedie obecných vědomostí. Praha: 1909.

³⁹ PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr a kol. Etika a komunikace v medicíně, s. 51

⁴⁰ MATOUŠEK a kol. Encyklopedie sociální práce, s. 204.

Ontologickém pojetí je důstojnost přiznána každému člověku. Kontingentní pojetí však požaduje pro přiznání důstojnosti určité podmínky, jež člověk musí splňovat.⁴¹ Mnoho bioetiků je dnes rozděleno na dva základní proudy, reflektující jejich postoje. Tyto směry jsou diametrálně odlišné. Jedná se o ontologický personalismus a empirický funkcionalismus. V kontextu Ontologického personalismus jde o zaručení každému člověku co nejvyšší ochrany i úcty (zde jde o souvislost s inherentní důstojností, která je člověku zcela vlastní od narození do smrti, není zde rozlišení mezi lidskou bytostí a osobou). Empirický funkcionalismus, jako druhý přístup, přiznává lidské bytosti důstojnost a status osoby, avšak až na základě určitých vlastností nebo funkcí.⁴²

2.2. Historické kontexty a vývoj pojmu důstojnost

2.2.1 Pojetí lidské důstojnosti v antice

Ve starověkém Řecku a Římě je velký důraz kladen na kontingentní důstojnost. Tuto důstojnost odvozují od kvalit člověka, které lze získat na základě určitého způsobu života, vlastní snahy. Je zde výrazná tendence zohledňovat individuální zásluhy. Je to období, kdy je zdůvodňováno i otroctví a lidská důstojnost je chápána v perspektivě výsady, která není všem přiznána.⁴³ Cicero vztahuje důstojnost na postavení člověka ve společnosti. Takového člověka spojuje s určitým typem chování, vystupování, oblékání, ale také ctnostným chováním apod. Důstojnost je v jeho pojetí vnitřní hodnota a implicitně ji jako takovou předpokládá. Důraz však klade také na rozvíjení takových vlastností, které tuto vnitřní hodnotu dokládají a stvrzují. V tradici byl první, kdo propojil lidskou existenci s pojmem lidské důstojnosti. V díle *De officiis*, II, píše:

„Jestliže naše přirozenost žádá, aby člověk pomáhal člověku, ať je to kdokoliv, jen právě proto, že je to člověk, musí být podle téže přirozenosti i prospěch všech lidí věcí společnou. A jestliže tomu tak je, jsme všichni spojeni jedním a týmž přirozeným zákonem, a jestliže toto platí, jistě nám přirozený zákon zakazuje, abychom jeden druhému

⁴¹ Viz tamtéž

⁴² PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr. a kol. *Etika a komunikace v medicíně*, s. 52.

⁴³ ŠRAJER, R. *Lidská důstojnost a sociální práce*, s. 109-113

ubližovali. (...) Ti lidé pak, kteří tvrdí, že sice musíme mít ohled na spoluobčany, ale nikoli na cizince, ti popírají cit pospolitosti celého lidského rodu. (...) Kdybys způsobil v něčem újmu člověku zcela neužitečnému jen pro svůj vlastní prospěch, jednal bys člověka nedůstojně a proti zákonům přírody.⁴⁴

Člověk v antice tedy jedná na základě svého rozumu, svého vlastního rozhodnutí. Je schopen vytvářet svou vlastní přirozenost. Tyto myšlenky později rozvíjeli dále stoikové. V jejich konceptech člověka netvoří důstojným jeho vlastní hodnoty a rozum, ale úřady, které zastává.⁴⁵ Aristoteles pojímá lidskou důstojnost jako vyrovnanost a moudrost. Jde o kvalitu myšlení. Četné odkazy lze najít v Etice Níkomachově. Je zde také výrazná souvislost se ctností:

„Jevil by se (člověk, který vyniká mírností, takže v ničem nepřehání, je pánem sám nad sebou) velkomyslný člověk zcela směšným, kdyby nebyl dobrý. Nebyl by ani cti hoden, kdyby byl špatný; (...) Nejvíce tedy, opakuji, má velkomyslný člověk vztah ke cti, ale také umírněně se bude chovati k bohatství, moci a všelikému zdaru a nezdaru, ať se přihodí jakkoli, i nebude se ani příliš radovati ve zdaru, ani v nezdaru příliš truchliti.“⁴⁶

Jako ekvivalent důstojnosti (respektive opis pojmu) chápeme skutečnost, že je člověk hoden cti.

2.2.2. Ve středověku (křesťanství)

Ve středověku je zvláště významné pojetí důstojnosti v rámci katolické církve. Lidská důstojnost se zde odvíjí od obrazu člověka jakožto obrazu Božího. Člověku náleží důstojnost právě z důvodu toho, že je obrazem Boha. V tomto smyslu jde také o určitou nedotknutelnost lidské důstojnosti. Jde o podmínku prožití dobrého života na zemi.⁴⁷ Hloubku člověka, v biblické perspektivě, nemůžeme pochopit bez Boha. Člověk je

⁴⁴ ŠRAJER, J. Lidská důstojnost, Pracovní, nekorigovaný text

⁴⁵ SOFOKLES, Antigoné. Řecká dramata, překl. Stiebitz F., Praha: Mladá fronta, 1976, str. 217-218

⁴⁶ DOC. ŠRAJER, DR. THEOL., Jindřich. Lidská důstojnost ZS /16 . 2015

⁴⁷ HEŘMANOVÁ, J., VÁCHA, M., SVOBODOVÁ, H., ZVONÍČKOVÁ, M., SLOVÁK J. Etika v ošetrovatelské praxi, s. 73

stvořen Bohem a učiněn k jeho obrazu. To je vztahováno na všechny lidi a z podstaty bytí jim zaručuje důstojnost. Vše, co člověk koná, by se mělo podobat Božímu jednání. Proto by každá lidská činnost měla směřovat ke spravedlnosti, podporování společenství a vytváření vztahů, tedy k rovnosti mezi lidmi.

K Božímu obrazu není stvořen pouze jednotlivec, ale celé společenství. Celé společenství má směřovat k dokonalosti vzájemnou solidaritou, která ukazuje na důstojnost člověka.⁴⁸

„I řekl Bůh: Učiňme člověka, aby byl naším obrazem podle naší podoby. Ať lidé panují nad mořskými rybami a nad nebeským ptactvem, nad zvířaty a nad celou zemí i nad každým plazem plazícím se po zemi. Bůh stvořil člověka, aby byl jeho obrazem, stvořil ho, aby byl obrazem Božím, jako muže a ženu je stvořil.“⁴⁹

Teologická morálka nedovoluje jednání, které je v rozporu s lidskou důstojností. Ve světle Božích přikázání lze vytvářet a pracovat na pokroku společnosti a jen tak lze vyřešit těžké morální otázky. Ve světle Božích přikázání lze řešit i hospodářské záležitosti. Solidarita s druhými nás pak vede k mírnosti, k nelpění na pozemských věcech a ke spravedlnosti. Z toho pak dále plyne právo na sociální zabezpečení, přiměřenou životní úroveň, na důstojné podmínky k životu a také právo na práci.⁵⁰

Dalšími významnými křesťanskými mysliteli, kteří takto vykládají člověka jakožto obraz Boží byli např. Tomáš Akvinský, Bartolommeo Fazio, Marsilio Ficino a řada dalších osobností, které je třeba řadit již do období humanismu.⁵¹

2.2.3. Humanismus a renesance

Zde již není kladen hlavní důraz na člověka jakožto obraz Boží. Důstojnost je spíše odvozována od konkrétních schopností a konkrétních vlastností každého jedince.

⁴⁸ Společenství a služba. Lidská osoba stvořená k Božímu obrazu. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2005. 62 s.

⁴⁹ Gen 1,26–27

⁵⁰ Veritatis splendor – Encyklika Jana Pavla II. O základech morálního učení Církve. Praha: Zvon, 1994.

⁵¹ NEJESCHLEBA, T. Kníže svornosti. Giovanni Pico della Mirandola a jeho filosofické úsilí In Mirandola, D. Pico (2005) O důstojnosti člověka, Praha: OIKOYMENH. s. 7-50.

Nejvýznamnější myslitel této doby je Pico della Mirandola (1463-1494). V díle *De dignitate hominis* (O důstojnosti člověka) klade důraz na schopnosti člověka vybrat si své místo na tomto světě. Člověk je povolán Bohem, aby učinil sám sebe stvořitelem.⁵² Pico della Mirandola nepopírá víru v Boha, ale člověku nepřiznává oproti jiným tvorům žádné zvláštní a významné postavení, které by mu bylo předem dáno. Přisuzuje mu svobodu (je inspirován jedním z mýtů platónského dialogu Protagoras). Lidská důstojnost spočívá ve schopnosti ovládnout přírodní síly. Jeho výrazným tématem je možnost a schopnost využít své vlastní síly. Může tedy stoupat na pomyslném hodnotovém žebříčku a kultivovat svoje schopnosti, ale také může upadnout do propasti a dostat se na úroveň zvířete. Člověk si vždy může vybrat, zda poklesne nebo se povznese k vyššímu cíli. Do Božích úst však vkládá slova, která adresuje Adamovi:

„Nedal jsem ti žádné pevné místo k bydlení, ... žádné vlastní vzezření, ani nějaké zvláštní dary, to vše záleží jen na tobě, jak budeš bydlet, vypadat a jaké budeš vlastnit dary, závisí to na tvém přání a rozhodnutí. Přirozenost ostatního stvoření je pevně určena a je ohraničena vnitřními zákonitostmi. Pro sebe sama si je určí ty sám bez jakéhokoli omezení a ohledů podle svého uvážení... Nestvořil jsem tě ani nebeského ani pozemského, ani smrtelného ani nesmrtelného, ty sám ve své velikosti svobodně jako tvůrčí sochař utváříš sebe sama k podobě, kterou upřednostňuješ“⁵³

Dalším, významným renesančním myslitelem byl Michel Eyquem de Montaigne (1533 -1592), který se snaží ukázat na to, že je člověk nicotný. Snaží se ho ponížít:

„Domýšlivost je naše přirozená dědičná nemoc. Člověk je nejnešťastnější a nejubožejší ze všeho stvoření, a vesměs nejnadutější. Vidí a cítí se zde na zemi bydlet v blátě a bahně země, v nejhorším, nejodumřelejším a nejzpráchlivějším koutě kosmu vyháněn a přikován ...; a jde a sedá si ve své domýšlivosti tam nad měsíční dráhu a činí si nebe za podnož svým nohám. Z pýchy této domýšlivosti pak dochází k tomu, že se

⁵² WAGNEROVÁ, Eliška, a kol. Listina základních práv a svobod: komentář. Praha: Wolters Kluwer, 2012. 906 s., S. 56.

⁵³ DOC. ŠRAJER, DR. THEOL., Jindřich. Lidská důstojnost ZS /16. 2015

srovnává s Bohem, připisuje si božské vlastnosti, a domnívá se že je vyvolený a od ostatního stvoření separován.“⁵⁴

Zde je vidět již myšlenkový posun směrem k moderně a osvícenství. Důstojnost se postupně začíná odvozovat od schopnosti volby, užití svobodné vůle.

2.2.4. Novověk a Immanuel Kant

Immanuel Kant myšlenky vztahující k náboženskému zdůvodnění důstojnosti opouští (na podobnost s Bohem, člověka jako obraz Boží, Imago Dei). Vysoce klade důraz na lidský rozum (jakožto schopnost mravního sebeurčení a autonomie). Dle Kanta je člověk ten, který sám sobě ustanovuje mravní zákony, sám se definuje jako účel sám o sobě, který je nutné respektovat. Považuje důstojnost za nevyčíslitelnou vnitřní hodnotu, člověk je tedy neprodejný, nemá hodnotu ve smyslu peněz. To, co má důstojnost, nelze vyjádřit ekvivalentem ceny. Nikdy se nesmí stát pouhým prostředkem k naplnění jiných účelů. To je vyjádřeno ve známé formulaci kategorického imperativu: *„Jednej tak, abys použil lidství nejen ve své osobě, jako i v osobě někoho jiného, pokaždé jako cíl, nikdy jen jako prostředek”*⁵⁵ Už dříve jiný významný myslitel, Blaise Pascal (1623–1662), francouzský matematik, fyzik, spisovatel, teolog a náboženský filozof, se snažil nahlížet na člověka v rámci určité proporcionality a vyváženosti. Dle něj nesmíme urážet vlastní důstojnost, která nás povyšuje nad ostatní živé tvory. Je potřeba úcty k sobě samotnému:

*„Veškerá důstojnost člověka spočívá v myšlení. Nemám hledat svoji důstojnost v prostoru, nýbrž v řádu svého myšlení.... Skrze prostor si uvědomuji, že jsem součástí kosmu a ztrácím se v něm jako jeden bod, skrze myšlení jsem sto to pochopit”*⁵⁶

⁵⁴ Viz tamtéž

⁵⁵ KANT, Immanuel. Základy metafyziky mravů. 2. vyd. Praha: Svoboda, 1990.

⁵⁶ KADUBEC, Jan. Blaise Pascal – Myšlenky. Dostupné online: <http://outsidermedia.cz/Vyklepano-z-knih-Blaise-Pascal-Myslenky/>

2.2.5. Postupná recepce pojmu důstojnost právním řádem

Významný vliv na pojem lidské důstojnosti měla Velká francouzská revoluce (1789), kdy dochází k recepci rovnosti a svobody do *Deklarace práv člověka a občana*. Odtud se právo na lidskou důstojnost dostává do právního řádu.⁵⁷ Dochází k postupnému začleňování lidské důstojnosti do ústav mnoha států, jde o určitou reakci na utlačování lidských práv v době světových válek.⁵⁸ Dlouhý vývoj pak ústí do Všeobecné deklarace lidských práv, která 10. prosince 1948 pojem důstojnosti obsahuje nejen v preambuli, ale na několika dalších místech.⁵⁹

2.3. Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti

V souvislosti s aplikací biologie a techniky v medicíně byla v roce 1997 v Oviedu přijatá Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti, od roku 2001 je závazná a platná i pro Českou republiku. Je zde několikrát zmiňovaná potřeba k respektu lidské osobnosti, potřeba nutnosti uznání a zajištění lidské důstojnosti.⁶⁰

*„Signatáři Úmluvy si jsou vědomi vývoje biologie a medicíny, a proto jsou přesvědčeni o potřebě respektovat lidskou osobnost jako jednotlivce a jako člena lidského rodu a vidí jako důležité uznání a zajištění lidské důstojnosti. Jsou si vědomi, že zneužití biologie a medicíny může vést k ohrožení lidské důstojnosti. Proto pokrok v biologii a medicíně by měl být prospěšný pro celé současné i budoucí generace, proto je potřebná mezinárodní spolupráce. Z tohoto důvodu vidí jako důležité držet se opatření, která jsou nepostradatelná v zajištění důstojnosti a základních práv a svobod každého jednotlivce s aplikací biologie a medicíny“⁶¹ Je důležité také uvést, že v roce 1998 byl v Paříži přijat ještě *Dodatkový protokol o zákazu klonování lidských bytostí*.*

⁵⁷ Historický vývoj pojmu důstojnost a jeho postupné začlenění do právního pořádku.

<<https://www.pravniprostor.cz/clanky/ostatni-pravo/historicky-vyvoj-pojmu-dustojnost-a-jeho-postupne-zacleneni-do-pravniho-poradku>>

⁵⁸ Viz tamtéž

⁵⁹ Všeobecná deklarace lidských práv, např. čl. 1., 22., a další a také 2x v preambuli

⁶⁰ Zákon č. 96/2001 Sb. Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny,

⁶¹ Viz tamtéž

2.4. Koncept inherentní a kontingentní lidské důstojnosti

V souvislosti s tématem lidské důstojnosti je nezbytné zmínit i dvě odlišná filosofická rozlišení. V souvislosti s touto problematikou lze najít velké množství článků a příspěvků, některé uvádím na závěr práce v rámci použitých zdrojů literatury. Zde bych rád přiblížil tyto dva pohledy tak, jak o jich hovoří Tomáš Halík:⁶²

A. inherentní důstojnost

Pojem vyjadřuje určitou nedotknutelnost, přísluší člověku bez ohledu na jeho sociální příslušnost a jednání, je dána silou lidského bytí. Je dána všem lidem stejně, nemůže být ztracena ani přivlastněna. S tímto výkladem důstojnosti je spojen respekt morálního pohledu. Na takovém pojetí je postavena preambule mezinárodní *Deklarace lidských práv* (1948). Jde o chápání lidské důstojnosti jako určité vnitřní hodnoty člověka, něco, co je mu bytostně vlastní a vrozené. Takto pojatá důstojnost je také něco, co může být právě odlišností, která člověka odlišuje od zvířat.

B. kontingentní důstojnost

Je chápána jako určitý požadavek podoby člověka, je tedy odvozena od způsobu života nebo společenského postavení. Synonymem pojmu by mohla být důstojnost sociální. Podoba člověka je ztotožňována s jeho důstojností. Jde o něco, co je člověku prisuzováno zvnějšku, na základě jeho vlastností a schopností (ale také společenského postavení). Teprve po těchto zásluhách člověku v tomto smyslu náleží důstojnost a důstojného zacházení.

Inherentní a kontingentního pojetí důstojnosti velmi silně souvisí s tématem Člověk jako osoba. Jde o dvě odlišné pozice – empirický funkcionalismus a ontologický personalismus. Zda se člověk stává osobou až na základě určité *funkce*, kterou zastává, nebo zda je osobou od počátku, tedy od oplodnění vajíčka. V tomto ohledu jde o základní

⁶² HALÍK, Tomáš. Vyzván i nevyzván: evropské přednášky k filozofii a sociologii dějin křesťanství. Praha: Lidové noviny, 2004, s. 119–124.

otázku, která rezonuje celou filosofií a filosofickou antropologií: problém osoby. Je zde souvislost s lidskými právy: abychom totiž mohli přisoudit lidské práva, musíme vědět, co osoba znamená, odkdy je lidskou osobou apod. To jsou zásadní otázky, které souvisí jak s inherentní tak s kontingentním pojetím důstojnosti. Tato koncepce se často používá v debatách o lidských právech, důstojnosti a spravedlnosti, protože zdůrazňuje, že každý člověk má nárok na respekt a ochranu své důstojnosti, bez ohledu na jeho zásluhy či schopnosti⁶³

3. Přístupy a základní východiska v lékařské etice

V současné lékařské etice je mnoho přístupů. K pokusům o řešení etických problémů máme řadu normativních nástrojů v podobě etických teorií. Vedoucí roli v rámci základní orientace hraje *Principlialismus* (4 principy lékařské etiky). S ohledem na návaznost těchto principů na problematiku etiky v rámci alokace vzácných zdrojů, je potřeba tento přístup přiblížit. Krátce v této kapitole také zmíním další dva vlivné koncepty: *kazuistický přístup* a *přístup 4 rovin*.

3.1. Principlialismus

Ve druhé polovině 20. století formulovali Beauchamp a Childress tzv. čtyři principy lékařské etiky. V roce 1979 bylo první vydání jejich knihy *Principles of Biomedical Ethics*. Jedná se o základní dílo bioetiky, které je pravidelně aktualizováno. V historickém přehledu je možné první principy (v určité formě) sledovat již v rámci Hippokratovy přísahy. Jde o kontinuálně užívaný a obecně známý etický kodex s principy BENEFICENCE, dobro činění a NON-MALEFICENCE, neškození. První princip specifikuje fakt, že lékař by měl pacientům prospívat. Druhý říká, že lékaři nesmí pacientovi úmyslně způsobit újmu.

⁶³ MUCHA, Jiří. Contingent dignity and human rights v časopisu *Ethics and Politics*. <<https://www.ethicsandpolitics.org/index.php/eap/article/view/94/77>>

Prvotní důraz na humanitní vzdělání lékařů byl postupně přenesen na přírodovědnou orientaci. Rozvoj medicíny v 19. a 20. století pak souvisí s postupným formováním lékařské etiky jako samostatného oboru. Zcela přelomovým obdobím byla Druhá světová válka, která přinesla nová témata (zneužití moci lékaře, pokusy na lidech). Od 60. let 20. století pak dochází ke kontinuálnímu vývoji až po současnost. Jde o období sběru a třídění informací, pořádání debat a konferencí. V roce 1971 je významnou událostí založení Kennedy Institute of Ethics na Georgetown University. V USA se více prohlubuje provázanost s politickým děním (lze hovořit o určité pragmatizaci). Výše zmiňované dílo, *Principles of Biomedical Ethics*, je výsledkem značného úsilí a spolupráce. Počátky těchto myšlenek jsou u teologů, později pak u filosofů, ale také u lékařů. Od těchto dob je vývoj velice komplexní a vede k různým směrům a přístupům v oblasti lékařské etiky a bioetiky.⁶⁴

Další dva principy, AUTONOMIE a SPRAVEDLNOST, byly recipovány do lékařské etiky v podobě tak, jak je známe dnes, výrazně později. První dva principy jsou tedy starší a pocházejí již z dob vzniku zmiňované Hippokratovy přísahy. Princip autonomie klade důraz na přání a preference pacienta. Princip spravedlnosti odkazuje na snahu o spravedlivý přístup k pacientovi, nediskriminovat pacienty na základě barvy pleti, pohlaví, společenského statusu apod. (morálně nerelevantních kritérií).

Tyto principy je možné konkretizovat v různých situacích. V klinické praxi může docházet k jejich střetům. Skutek může mít dobrý, zároveň špatný dopad. Tento typ dilematických situací vysvětluje *princip dvojího účinku*. Jde o určitou proporcionalitu dobrého a špatného efektu. Je potřeba splnit v rámci tohoto principu určitá kritéria:

- Samotné jednání je dobré nebo indiferentní.
- Úmyslem jednatelce je dobrý, nikoliv špatný efekt.
- Dobrý efekt není docílen prostřednictvím špatného efektu.
- Jsou velmi závažné důvody k dovození či připuštění špatného efektu.

⁶⁴ VÁCHA, M., KONIGOVÁ, R., MAUER, M. Základy moderní lékařské etiky. Čerpám také ze seminářů z lékařské etiky a bioetiky na KTF UK (Dr. Fošum), absolvovaných v ak. roce 2021/2022.

Tento problém je podrobně popsán v literatuře.⁶⁵ Na dilemata spojená se čtyřmi principy však neexistuje jednoznačná odpověď.⁶⁶ V další kapitole bude explicitně zmíněna např. problematika autonomie vs spravedlnosti v rámci tématu alokace vzácných zdrojů v době nedostatku. S těmito základními principy dále pracuje přístup v klinické etice nazvaný *Four Boxes Approach*, kterému se budu věnovat na konci této kapitoly.

3.2. Kazuistika

Základní definice kazuistiky dle známých autorů Jonsena a Tolumina je následující:

„Morální analýza, která používá přístupy zdůvodňování založené na paradigmatech a analogiích vedoucích k formulování názoru na to, co je morálně závazné.“⁶⁷

Obecně je úkolem kazuistického přístupu určit, která z maxim, či který z principů je rozhodující a má v konkrétních podmínkách vedoucí význam. Principialismus postupuje deduktivní metodou, od abstraktního ke konkrétnímu. Jedná se o tzv. model *Top – Down*. Kazuistický přístup vychází z konkrétní situace a postupuje směrem k obecnému, tzv. model *Bottom – Up*. V oblasti klinické medicíny je kazuistický přístup velice rozšířený. Je mnoho zahraniční literatury, která se tomuto problému věnuje. V Českém prostředí také např. Josef Kuře.⁶⁸

⁶⁵ Viz např.: VÁCHA, M., KONIGOVÁ, R., MAUER, M. Základy moderní lékařské etiky

⁶⁶ Viz tamtéž

⁶⁷ Viz např.: JOHNSEN, Albert R., TOULMIN, Stephen. *The Abuse of Casuistry: A History of Moral Reasoning*. Los Angeles: University of California Press, 1988.

⁶⁸ KUŘE, Josef. *Prospektivní bioetika: studie ke konceptu etiky biomedicínských technologií*. Praha: Filosofia, 2020.

3.3. Four boxes approach

Tzv. Přístup 4 rovin je dalším rozšířeným přístupem v rámci rozvažování při tvorbě klinických doporučení.⁶⁹ Cíl a smysl tohoto přístupu je pomoc při identifikaci etického problému a dopomoci ke klinickému rozhodnutí z pohledu 4 navzájem provázaných rovin (lékařské indikace, preference pacienta, kvalita života a kontextuální charakteristiky).

Setkání s pacientem obsahuje věcné, ale také morální aspekty. Významnou součástí je tzv. terapeutický vztah, který je prostoupený etickou odpovědností. Většinou nedochází ke kolizi principů: cíle pacienta i lékaře jsou shodné. V klinické praxi však mohou nastat situace, kdy ke kolizi dojde. Dle autorů Jonsena, Sieglera a Winslade vede kolize principů k bloku ve tvorbě rozhodnutí. Cílem tohoto přístupu je identifikovat etickou otázku, dosáhnout závěru, který je dostatečně argumentačně podpořen a vydat doporučení ke konkrétnímu jednání. Jde o třídění dat, ke kterému autoři používají 4 roviny (témata)⁷⁰

Pro klinickou etiku je zásadní pochopit 4 principy lékařské etiky v konkrétních okolnostech klinické situace. Jednotlivé oblasti naznačují, který princip je převažující v dané oblasti:

- Lékařské indikace (principy beneficence a nonmaleficence)
- Preference pacienta (princip respektu k autonomii)
- Kvalita života (princip beneficence, nonmaleficence, autonomie)
- Kontextuální charakteristiky (princip spravedlnosti a rovnosti)

Tento přístup může pomoci při konkrétním jednání v klinické praxi. Čtyři oblasti (přístupy) naznačí určitou strukturu každého *setkání* s pacientem.

Autoři často používají termín *zvažování*. Naznačují, že jednotlivé principy a normy je nutné zvažovat vůči sobě navzájem . Je zde úzká souvislost s *Teorií spravedlnosti jako férovosti* Johna Rawlse, která je popsána v kapitole Spravedlnost.

⁶⁹ JONSEN, Albert R., Mark SIEGLER a William J. WINSLADE. Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně. Přeložil Jaromír MATĚJEK. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2019

⁷⁰ Viz tamtéž

4. Alokace vzácných zdrojů v medicíně v situaci nedostatku

Pandemie onemocnění COVID-19 otevřela širokou celospolečenskou debatu na mnoha úrovních. Téma alokace vzácných zdrojů není nové. Je zapotřebí vést kvalitní etickou rozvalu a diskusi. V uplynulých letech jsme byli svědky často nekvalifikované debaty, kdy diskutéři nepřinášeli relevantní argumenty a vedoucí úlohu leckdy hrály emoce. V této kapitole se v úvodu krátce zmíním obecně o problematice vzácných zdrojů a dále se zaměřím na téma alokace pouze a specificky na prostředí České republiky.

Významná osobnost České lékařské etiky, prof. Helena Haškovcová, uvádí téma alokace zdrojů ve své Lékařské etice ve čtvrtém aktualizovaném vydání v roce 2015 (kapitola: Alokace zdrojů aneb Ideální a dostupná medicína). Tato témata se však v určitých obměnách objevují již v dřívějších vydáních této knihy. V dané kapitole se věnuje ideální a dostupné medicíně, *matematice milosrdenství*, ale také přináší problém distributivní spravedlnosti v rámci problému omezených zdrojů.⁷¹ Její kniha Lékařská etika je považována za základní literaturu v tomto oboru v České republice. Danou oblast tematizuje v našem prostředí jako jedna z prvních autorek. Řada jejích dalších textů a příspěvků je velice podnětných a inspirujících k další diskusi. Další autoři potom témata rozvíjí a dále diskutují. Zejména v době koronavirové pandemie šlo o oblast, které věnovali zvýšenou pozornost také samotní lékaři.⁷² Tématem alokace vzácných zdrojů v medicíně se zabývá celá řada zahraničních autorů.⁷³ S ohledem na zaměření práce se nebudu systematicky zabývat jejich přehledem. Tomuto tématu budu věnovat pozornost zvláště v rovině obecné charakteristiky a poté specificky v rámci oblasti prioritizace. Dále pak dvěma základními doporučením, které v podmínkách České republiky vznikly a umožňují nahlédnout problém z určité základní perspektivy.

⁷¹ HAŠKOVCOVÁ, Helena. Lékařská etika ve čtvrtém aktualizovaném vydání v roce 2015 (kapitola: Alokace zdrojů aneb Ideální a dostupná medicína).

⁷² jak dokládá příspěvek prof. Haškovcové Může být medicína spravedlivá? In PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, ed. Spravedlnost v medicíně. Praha: Grada, 2022.)

⁷³ Např. Pugh, J., Wilkinson, D., Savulescu J a další viz seznam internetových zdrojů

4.1. Alokace vzácných zdrojů

V úvodu se pokusím o objasnění základních pojmů. Lze najít několik definic, s ohledem na to, čeho se alokace týká. Je zde také souvislost s etymologií slova alokace např.:

Alokace (ad - k; locare - umístit, lokalizovat) znamená přidělení omezených zdrojů nějakému projektu, procesu, instituci a podobně. Důležitým prostředkem alokace zdrojů v hospodářství je trh, kde se podle Ludwiga von Misesse realizuje *vláda spotřebitelů*: o alokaci zdrojů do produkce rozhoduje poptávka.⁷⁴

Výraz alokace je běžný více v ekonomii. Alokace je chápána jako nakládání s nedostatkovými zdroji, určitý způsob přidělování. Alokační rozhodnutí je odpovědí na otázky: Jak umístit? Kam přidělit? Komu kolik? Komu nejdřív? Ta nejobtížnější zní: Komu ano a komu ne?⁷⁵ Samotné rozhodování o alokaci je podmíněno samotným faktem nedostatku zdrojů. Zdroji je možno v tomto ohledu chápat také lidi, přístrojové vybavení, léky apod. V konečném důsledku jde o dilematickou situaci (např. střet principu beneficence a principu spravedlnosti). Jde o hledání dobra. V tomto kontextu se uplatňuje zvláště distributivní spravedlnost.⁷⁶

4.1.1. Roviny rozhodování

Základní rozlišení mezi dvěma rovinami rozhodování je důležité pro další diskusi. Na makroalokační rovině jde o rozhodování mezi skupinami (např. COVID pozitivní, ostatní pacienti...). Rozhodování probíhá např. na úrovni manažerské, vládní. Na mikroalokační rovině jde o rozhodnutí na úrovni každého konkrétního lékaře, který se stará o pacienty.

⁷⁴ MISES von, Ludwig. Lidské jednání. Pojednání o ekonomii. Praha: Liberální institut, 2006.

⁷⁵ PŘÍHODA, Petr. Etika : Informovaný souhlas (dostupné online: <https://www.lf2.cuni.cz/ustav-lekarske-etiky-a-humanitnich-zakladu-mediciny-2-lf-uk/etika#10>)

⁷⁶ Viz tamtéž

Na rovině rozhodování hraje roli celá řada dalších faktorů. Je to hledisko vlastní odborné kompetence, medicínská kritéria (medicínské indikace), ale také jsou diskutována mimo-medicínská kritéria. Kupř. Příhoda uvádí:⁷⁷

„Rozhoduje-li lékař mezi pětadvacetiletým poručíkem a padesátiletým plukovníkem, který je počítačovým odborníkem blízké protiletectvé baterie, chránící i obvaziště, dá přednost druhému (patrně nejen ceteris paribus), protože na výkonu tohoto muže závisí život mnohých. Respektuje hledisko závažnosti společenské role (funkce) neboli společenské prospěšnosti. Ze stejného důvodu dá přednost otci nezletilých dětí před svobodným a bezdětným“

Dále jsou v literatuře (české i zahraniční) diskutována hlediska záslužnosti, hlediska osobní náklonnosti, někdy také hledisko tržní (často považováno za kontroverzní).⁷⁸ V rámci podmínek České republiky vyšly v reakci na aktuální situaci v roce 2020 dva zásadní dokumenty, které umožňují téma uchopit z určité perspektivy: *Etická a právní východiska pro tvorbu doporučení k rozhodování o alokaci vzácných zdrojů při poskytování zdravotních služeb v rámci pandemie covid-19* (dále budu v textu na tento dokument odkazovat ve zkratce: *Dokument AVČR*) a druhý dokument: *Stanovisko výboru ČSARIM 13/2020 Rozhodování u pacientů v intenzivní péči v situaci nedostatku vzácných zdrojů* (dále budu v textu na tento dokument odkazovat ve zkratce: *Dokument ČSARIM*). Oba dva dokumenty přiblížím v dalším textu. Vzhledem k jejich významu je v příloze 1 a 2 uvádím na závěr této práce.

⁷⁷ Viz tamtéž

⁷⁸ Viz tamtéž a v zahraniční literatuře např. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of COVID-19 List of authors: Ezekiel J. Emanuel, M.D., Ph.D., Govind Persad, J.D., Ph.D., Ross Upshur, M.D., Beatriz Thome, M.D., M.P.H., Ph.D., Michael Parker, Ph.D., Aaron Glickman, B.A., Cathy Zhang, B.A., Connor Boyle, B.A., Maxwell Smith, Ph.D., and James P. Phillips, M.D. May 21, 2020, N Engl J Med 2020

Dokument ČS ARIM se konkrétně k situaci jiných než medicínských indikací v rámci alokace vzácných zdrojů vyjadřuje v bodě i) následovně:

„Platné právo neumožňuje při rozhodování o přijetí do IP nebo o ukončení IP zohlednit jiná kritéria než medicínskou účelnost této péče pro konkrétního pacienta. Obecně není možné právně bezpečným způsobem rozhodovat o péči pro pacienta na základě jeho srovnání s jinými pacienty prostřednictvím jiných kritérií, např. věku či předpokládané doby dožití. Přijímání pacientů do péče se proto i v krizové situaci řídí medicínskou účelností, tedy odborným posouzením. Pravidlo first come, first served je na základě stávajícího právního řádu výchozí podmínkou v systému poskytování zdravotních služeb pouze u pacientů se shodnou potřebou péče z hlediska aktuální závažnosti stavu a klinického prospěchu. Stejná pravidla jsou použita u již přijatých pacientů v případě potřeby využití vzácného zdroje (např. přístroje pro umělou plicní ventilaci)“⁷⁹

Následný právní rozbor, který byl publikován v časopise Anesteziologie a intenzivní medicína, a jehož autory jsou doc. JUDr. Šustek Petr, Ph.D., JUDr. Mgr. Holčapek Tomáš, Ph.D., JUDr. Mgr. Šolc Martin, byl ve smyslu používání jiných než medicínských indikací následující:

„Alokace vzácných zdrojů v IP může být založena pouze na kritériu medicínské potřebnosti, resp. předpokládaného klinického výsledku. V žádném případě nesmí dojít k diskriminaci pacienta, např. na základě sociální nerovnosti, rasy, pohlaví, disability či pouze věku“⁸⁰

⁷⁹ Viz příloha 2 této práce, Dokument ČS ARIM

⁸⁰ ŠUSTEK, Petr, ŠOLC, Martin, Prioritizace pacientů v intenzivní péči: etika a právní odpovědnost v době pandemie in Jurisprudence (Wolters Kluwer), rok: 2022, číslo: 3, na straně 4.

4.1.2. Dokument AVČR - Etická a právní východiska pro tvorbu doporučení k rozhodování o alokaci vzácných zdrojů při poskytování zdravotních služeb v rámci pandemie covid-19

Prvním dokumentem v českém prostředí v souvislosti s pandemií COVI-19 jsou východiska autorů D. Černého, A. Doležala a T. Doležala z Kabinetu zdravotnického práva a bioetiky Ústavu státu a práva Akademie věd České republiky. Celý název dokumentu zní: *Etická a právní východiska pro tvorbu doporučení k rozhodování o alokaci vzácných zdrojů při poskytování zdravotních služeb v rámci pandemie COVID-19*.⁸¹ Je součástí přílohy 1 k této diplomové práci. Dokument vyvolal živou a aktuální debatu o tématu alokace vzácných zdrojů. Zejména téma rozhodování o zdrojích, kde jedním z kritérií je doporučován věk pacienta, vyvolalo značnou diskusi. Reakce byly různorodé. Autoři, v korelaci s doporučeními WHO (*Ethics and covid-19: resource allocation and priority-setting*)⁸², navrhuje nahradit čtyři principy lékařské etiky novými principy. Tyto nové principy (čtyři principy alokace vzácných zdrojů) jsou:

1. Princip maximalizace užitku dosažitelného prostřednictvím vzácných zdrojů
2. Férovost
3. Podpora těch, kteří pomáhají druhým
4. Upřednostňování pacientů, kteří jsou na tom nejhůře

Princip maximalizace užitku dosažitelného prostřednictvím vzácných zdrojů.

Zde jde dle autorů o specifikaci základních principů lékařské etiky *Bene-facere* a *Non-nocere*. V současné situaci je užitek definován podle principů utilitarismu (co nejvíce zachráněných životů)

Férovost

Autoři chápou jako specifikaci *principu spravedlnosti*. Je zde doporučováno, aby se u pacientů, po řadě předchozích kroků, rozhodovalo na základě losu. Jde o pacienty ze stejné vulnerabilní skupiny a se stejnou prognózou. Zároveň zmiňují, že některé jiné

⁸¹ ČERNÝ D, DOLEŽAL A, DOLEŽAL T. Etická a právní východiska pro tvorbu doporučení k rozhodování o alokaci vzácných zdrojů při poskytování zdravotních služeb v rámci pandemie COVID-19. <https://www.etikaepidemie.cz/files/ke-stazeni/covid_19.pdf>

⁸²WHO: Ethics and covid-19: resource allocation and priority-setting., dostupné online: <https://www.who.int/docs/default-source/blue-print/ethics-and-covid-19-resource-allocation-and-priority-setting.pdf?sfvrsn=4c14e95c_1>

formy rozhodování (např. na základě pravidla *first-come, first-served*, kdo dříve přijde, dostane zdroj) mohou mít negativní důsledky.

Podpora těch, kteří pomáhají druhým

Zde se jedná dle autorů východisek o způsob respektování principu *Bene-facere*. Jedná se např. o možnost upřednostňování pracovníků, kteří jsou nezbytní pro fungování společnosti.

Upřednostňování pacientů, kteří jsou na tom nejhůře

Dle autorů by měli dostat přednost ti, kteří jsou nejvíce nemocní, ale mají reálnou naději na přežití, nebo ti, kteří by v případě smrti prožili jen krátký život (mladí pacienti). Zdůrazňují, že princip je potřeba interpretovat ve světle předchozích pravidel. Pokud je prognóza špatná a daný zdroj by pomohl jinému pacientovi, měl by daný zdroj tento pacient dostat.

Reakce na tento dokument byla v odborné společnosti rozsáhlá.⁸³

⁸³ Např.: JEDLIČKOVÁ A., Etické konotace léčby onemocnění COVID-19. Vnitř. Lék 2020; 66(7): s. 8-12

4.1.3 Dokument ČS ARIM - Stanovisko výboru ČSARIM 13/2020 Rozhodování u pacientů v intenzivní péči v situaci nedostatku vzácných zdrojů

Druhý významný dokument v českém prostředí byl vytvořen kolektivem autorů v oblasti etiky, práva a medicíny. Je určen k formulování základního rámce a zásad pro poskytování zdravotní péče v situaci nedostatku vzácných zdrojů. V úvodu textu autoři zmiňují také kontext vzniku tohoto textu. Připomínají, že v době nárůstu akutních pacientů s onemocněním COVID-19 stoupá pravděpodobnost výskytu situací rozporu mezi potřebou péče a schopností zařízení ji poskytnout. Rozhodnutí v situacích nutné alokace nesmí být nahodilá a musí reflektovat odborný, právní a etický rámec (s ohledem na zcela konkrétní klinické situace). Stanovisko si klade za cíl tedy formulovat základní rámec, představit určité východisko pro přijímání klinických rozhodnutí a také možnost jeho využití při tvorbě dokumentů na úrovni jednotlivých poskytovatelů péče. Autoři textu se snaží principy zobecnovat tak, aby byly aplikovatelné na jakékoliv situace hromadného postižení osob (kde je spojení s tématem alokace vzácných zdrojů).

Toto stanovisko bylo schváleno výborem ČSARIM dne: 9. 11. 2020 a podpořily ho tyto odborné společnosti: Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP, Česká společnost intenzivní medicíny ČLS JEP, Společnost infekčního lékařství ČLS JEP, Česká pneumologická a ftizeologická společnost ČLS JEP. Plný text dokumentu uvádím vzhledem k jeho významnosti v rámci přílohy 2. Vzhledem k širší podpoře tohoto textu řadou odborných společností v příloze ponechávám také právní rozbor situace nedostatku vzácných zdrojů v systému zdravotní péče (autoři doc. JUDr. Šustek Petr, Ph.D., JUDr. Mgr. Holčapek Tomáš, Ph.D., JUDr. Mgr. Šolc Martin). Tomuto právnímu rozboru se nyní dále věnovat nebudu. Některé jeho podněty však použiji v normativní části této práce. Dále se budu věnovat krátkému přiblížení jednotlivých částí tohoto dokumentu.

Základní východiska

V úvodu dokumentu se uvádí, že rozsah a obsah poskytované péče je určen platnými zákonnými normami (při vědomí jejich modifikace přijatými opatřeními vlády ČR a Ministerstva zdravotnictví ČR) a to i v situaci hromadného postižení osob. Dále přibližují zákon o zdravotních službách a nutnosti poskytnout služby (až na výjimky) pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem. Kompetentní pacient má také právo péči odmítnout. Velký důraz je kladen na soulad se základními etickými principy medicíny (respektování pacientovy autonomie, bene-ficience, non-maleficience, principu spravedlnosti a důstojnosti). Dále autoři konstatují, že medicínské zdroje jsou vždy omezené (stejně jako dostupnost lůžek, personálu a vybavení). K vyčerpání zdrojů může dojít v situaci hromadného postižení osob. Základní východiska zakončují konstatováním: *život člověka je konečný*.

Alokace vzácných zdrojů

Tento oddíl je zaměřen na právní rámec a následně na etické principy v rámci alokace vzácných zdrojů v krizových situacích. Právní rámec klade velký důraz na soulad s právním systémem České republiky. Právní rozbor tohoto dokumentu jsem ponechal také v plném rozsahu v rámci přílohy 2. Je specifikováno, že pacientovi musí být poskytnuta péče *de lege artis*, při respektování individuality a s ohledem na konkrétní podmínky a možnosti. Při vyčerpání zdrojů je možné omezit běžný standard péče. Vzhledem k staré právnické poučce, která říká *ad impossibilia nemo obligatur* (nikdo není zavázán k nemožnému) je i tento postup možný. Autoři připouští, že alokace zdrojů může vést k omezení práva na ochranu zdraví a přístup ke zdravotní péči. Jakákoli diskriminace na základě jiných kritérií, která nesouvisí s předpokládaným klinickým výsledkem péče, je nepřipustná. Rozhodování o přidělení zdrojů musí garantovat spravedlnost ve smyslu ochrany důstojnosti člověka, zákaz diskriminace, transparentnost a férovost.

Druhá část je věnována etickým principům. Autoři zmiňují princip spravedlivosti a férovosti v kontextu rovného přístupu k pacientům. Připomínají, že nelze nikoho diskriminovat na základě kritérií které nesouvisí s předpokládaným výsledkem péče. Dále vysvětlují princip maximálního dosažitelného efektu s využitím dostupných zdrojů. Princip prioritizace pouze na základě výchozího pravidla *first come, first served* je v současné době z etického hlediska částí odborné veřejnosti považován za překonaný a méně spravedlivý. Používání řady diskutovaných kritérií prioritizace (vyjma principu

maximálního dosažitelného efektu), jako jsou např. předpokládaná délka života, doba dožití apod., je ale v rozporu s právním řádem České republiky. Tomuto tématu se budu více věnovat dále v normativní části práce. Princip beneficence autoři doporučují nahlížet individuálně, vzhledem k současnému i možnému budoucímu stavu pacienta.

Princip autonomie pacienta je respektován ve smyslu respektování dříve vysloveného přání či nesouhlasu s navrhovanou léčbou. V závěru odstavce věnovanému etickým principům pak autoři explicitně zmiňují princip respektování lidské důstojnosti.

Stanovisko k poskytování intenzivní péče v krizových situacích

Poslední částí a zároveň nejobsáhlejší je stanovisko k poskytování intenzivní péče v krizových situacích. Je rozděleno do dvaceti jednotlivých, avšak navzájem souvisejících bodů. Následující body uvádím ve zkráceném znění:⁸⁴

a) V podmínkách nedostatku zdrojů je poskytování zdravotních služeb zaměřeno na zachování co největšího medicínského přínosu co nejvyššímu počtu pacientů.

b) V případě vyčerpání zdrojů je přípustné omezení běžného standardu nezbytné pro udržení co největšího možného rozsahu dané péče.

c) Omezení může mít podobu nedostatku přístrojů, ale i lidských zdrojů.

d) Alokace vzácných zdrojů v IP může být založena pouze na kritériu medicínských potřebnosti. V žádném případě nesmí dojít k diskriminaci pacienta, např. na základě sociální nerovnosti, rasy, pohlaví, disability či pouze věku.

e) Pokud pacientův stav vyžaduje neodkladnou péči, je poskytovatel zdravotních služeb povinen pacienta do péče přijmout, i kdyby tím došlo k překročení únosného pracovního zatížení.

f) Rozhodnutí o přijetí do IP se musí řídit výhradně medicínským prospěchem pro konkrétního pacienta.

g) Při stanovení indikace k přijetí pacienta na pracoviště IP doporučujeme vycházet ze zásad formulovaných ve Stanovisku výborů ČSARIM a ČSIM z roku 2015.

h) Rozhodnutí o indikaci či nepřijetí do IP je zcela zásadní k zabránění vyčerpání kapacit IP. Překročení dostupné kapacity znamená, že péče přestává být intenzivní.

⁸⁴ Stanovisko výboru ČSARIM 13/2020 : Rozhodování u pacientů v intenzivní péči v situaci nedostatku vzácných zdrojů. Autorský kolektiv. In: Anest. intenz. med. 2020

i) Platné právo neumožňuje při rozhodování o přijetí do IP nebo o ukončení IP zohlednit jiná kritéria než medicínskou účelnost této péče pro konkrétního pacienta.

j) Podle principu distributivní spravedlnosti nelze upřednostnit určité skupiny pacientů (např. COVID+ pacienty před pacienty COVID-). V rámci rozhodování o alokaci vzácných zdrojů pravidla pro přijetí do IP, resp. ukončení IP musí být shodná pro všechny pacienty (v kontextu pandemie COVID-19 např. bez ohledu na to, zda jsou či nejsou nakaženi virem SARS-CoV-2 a nelze stanovit přísnější kritéria jen pro jednu z těchto skupin pacientů).

k) U každého pacienta je stanoven rozsah vhodné péče, tj. péče, která je přiměřená, účelná a tedy indikovaná (dále uváděno jen jako vhodná) a která má podle odborného názoru reálný předpoklad klinického prospěchu pro daného pacienta (např. jen někteří pacienti hospitalizovaní na lůžku IP jsou indikováni k intubaci a zahájení invazivní ventilační podpory).

l) Pacientovi má být poskytnuta péče oprávněná, tj. péče, ke které pacient udělil informovaný souhlas nebo je jiný zákonný důvod péči poskytnout.

m) Žádnému pacientovi nesmí být vhodná péče na dostupné úrovni odmítnuta. V případě rozhodnutí o nepřijetí pacienta do IP je indikována vhodná péče včetně paliativní.

n) Všechna rozhodnutí o indikaci a poskytování IP by měli, je-li to možné a v daném čase realizovatelné, učinit nejméně dva lékaři se specializovanou způsobilostí, z toho jeden v oboru anesteziologie a intenzivní medicína nebo intenzivní medicína, druhý v oboru souvisejícím se základním onemocněním a/nebo aktuálním zdravotním stavem pacienta.

o) Důvody pro nepřijetí do IP nebo ukončení IP je třeba průkazně zaznamenat do zdravotnické dokumentace s dostatečnou určitostí, která zajistí transparentnost rozhodovacího procesu a umožní jeho případný následný přezkum.

p) Pokračování v IP, která je vyhodnocena jako nepřiměřená či neúčelná, je v rozporu s etickými principy medicíny a pacientovi má být poskytnuta péče vhodná s ohledem na jeho stav, včetně péče paliativní, v souladu s Doporučením České lékařské komory č. 1/2010.

q) Poskytování IP pacientovi, který pro ni na základě vývoje svého zdravotního stavu již není indikován (pokud tedy jde o péči neúčelnou, pacienta zbytečně zatěžující) není *de lege artis*.

r) Ukončení léčby je možné pouze za předpokladu, že u takového pacienta (aniž by byl srovnáván s jiným) byla tato léčba na základě odborného posouzení vyhodnocena jako neúčelná z hlediska zdravotního stavu konkrétního pacienta. Poté je třeba poskytnout takovému pacientovi jinou vhodnou péči (např. paliativní).

s) Ukončení léčby, pro kterou je pacient aktuálně indikován s cílem získání zdroje pro pacienta s příznivější prognózou, není přípustné.

t) Předložené stanovisko nesmí být využito a uplatňováno pro situace, kdy existují reálně existující možné další zdroje.

4.2. Etické principy ve vztahu k situaci nedostatku zdrojů

Mediální ohlasy na první i druhý dokument byly výrazné. Vyšlo také *Vyjádření k některým mediálním ohlasům na Stanovisko ČSARIM 13/2020*, které je součástí Přílohy 3 této práce. Jde mimo jiné o určitou kritiku ve smyslu toho, že stanovisko ČS ARIM je více zaměřeno na platnou legislativu, snaží se poskytnout lékařům ochranu, jistotu a určitý rámec při klinické práci. Východiska autorů AVČR naproti tomu otevírá širší diskusi na témata, která jsou obecně přijímána jako kontroverzní, či problematická. Pro přemýšlení o roli kontingentní důstojnosti (ve smyslu prioritizace určitých skupin osob na základě jiných než medicínských kritérií) v rámci tématu alokace vzácných zdrojů je potřeba specifické oblasti přiblížit více.

Jeden se spoluautorů dokumentu AVČR David Černý společně s Kateřinou Rousínovou v příspěvku *Distribuce naděje v době koronavirové krize* vysvětlují význam obecných etických principů ve vztahu k situaci nedostatku zdrojů (epidemie, pandemie):⁸⁵

„V případě vážných epidemií a pandemií, které výrazně postihují zdravotnický systém a vedou k tomu, že určité, jindy běžně přístupné zdroje se stávají vzácnými, však musíme vycházet z poněkud jiných pravidel. Tím není řečeno, že tato pravidla jsou, či musejí být v rozporu s uvedenými čtyřmi principy. Naopak, principy zůstávají v platnosti, může se však stát, že význam některých vzroste, zatímco jiné mohou ustoupit do pozadí“⁸⁶

⁸⁵ ČERNÝ David, ROUSÍNOVÁ Kateřina: *Distribuce naděje v době koronavirové krize*. In Bartůněk, Ptáček, (ed.). *Naděje v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2020, s.293-307.

⁸⁶ Viz tamtéž

Dále uvádějí, že platnost principů férovost, bene-facere i non-nocere zůstává zachována. Přiznávají určitá aplikační specifika. Princip autonomie dle nich však ustupuje do pozadí (některé urgentní situace). Tuto situaci označují za dilematickou, ne však neobvyklou v moderní medicíně. Nutnost rozhodovat se rychle dle nich také vyžaduje co nejkonkrétnější, jasná doporučení. Lékaři se opírají o své znalosti, dovednosti, lege artis postupy, ale také o hodnotové soudy. Jedná se zde také o transparentnost zvolených postupů. Ezekiel et al. uvádějí, že v podobných situacích se lze opřít o tyto tři principy:⁸⁷

1. Princip maximalizace počtu zachráněných lidských životů
2. Princip spravedlnosti jako férovosti
3. Podpora těch, kteří pomáhají druhým

V Textu Distribuce naděje v době koronavirové krize autoři dále přibližují, jak chápou dané principy v rámci etiky alokace zdrojů:⁸⁸

Princip maximalizace počtu zachráněných lidských životů jako specifikaci prvního principu lékařské etiky (bene-facere) v době krize. V tomto kontextu autoři zdůrazňují, že utilitaristický přístup v etice má široké uplatnění v oblasti aplikované etiky. Dle nich navíc zde striktní utilitarismus není, jelikož současně je požadována také platnost principu non-nocere. Princip spravedlnosti (férovost) blíže nespecifikují v tomto kontextu.

Podpora těch, kteří pomáhají druhým chápou jako specifikaci prvního principu (bene-facere). Princip určuje, že je eticky přípustné poskytnout péči/zdroj nejprve těm, kteří jsou klíčoví v rámci fungování státu, nemocnic apod. Platnost tohoto principu chápou jako podmíněnou: „*pokud naplňuje (přímo či nepřímo) podmínky principu prvního, uchová si svou platnost, jinak je třeba zvažovat principy jiné.*“⁸⁹

⁸⁷ Ezekiel et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19 List of authors: Ezekiel J. Emanuel, M.D., Ph.D., Govind Persad, J.D., Ph.D., Ross Upshur, M.D., Beatriz Thome, M.D., M.P.H., Ph.D., Michael Parker, Ph.D., Aaron Glickman, B.A., Cathy Zhang, B.A., Connor Boyle, B.A., Maxwell Smith, Ph.D., and James P. Phillips, M.D. May 21, 2020, N Engl J Med 2020

⁸⁸ ČERNÝ David, ROUSÍNOVÁ Kateřina: Distribuce naděje v době koronavirové krize. In PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr. ed.. Naděje v medicíně. Praha: Grada Publishing, 2020, s.293-307.

⁸⁹ Viz tamtéž, str. 303

Autoři pak dále v textu rozvíjejí a navrhují způsob triáže, navrhují určitá kritéria v rámci tzv. první a druhé triáže. Toto téma je podrobně zpracováno v jejich dokumentu, který je součástí přílohy 2.

5. Pokus o hledání role a místa kontingentní důstojnosti (v rámci alokace vzácných zdrojů)

V normativní části této práce se pokusím hledat vzájemnou souvislost pojmů spravedlnost a důstojnost v rámci problematiky alokace vzácných zdrojů, s ohledem na nutnost určitých priorit v rovině normativní etiky. Při reflexi budu vycházet ze dvou dokumentů, které jsou v předchozích kapitolách podrobně rozebírány a jsou také součástí přílohy této práce (Příloha 1 a 2). V rámci těchto dvou dokumentů se zaměřím zvláště na hledání kontingentního pojetí lidské důstojnosti (důstojnosti přisuzované zvenčí, na základě určitých vlastností, schopností a dovedností).

V další části půjde o rozvahu, zda je koncept kontingentní důstojnosti relevantní a jakou roli může hrát v situaci nedostatku zdrojů. Jak lze tuto kategorii chápat vzhledem k nutnosti prioritizace v situaci nedostatku? Jak ho lze pochopit v kontextu inherentní důstojnosti člověka?

V závěru této kapitoly se pokusím argumentačně podložit vlastní stanovisko k problému kontingentní důstojnosti v rámci alokace zdrojů v situaci nedostatku. Zde se budu v rámci reflexe opírat nejen o rešerši a studium literatury, ale také o vlastní empirické zkušenosti z výuky tématu alokace vzácných zdrojů pro studenty všeobecného lékařství a z vlastní klinické praxe lékaře.

Téma spravedlnosti a důstojnosti bylo představeno v předchozích kapitolách. Oběma tématům byl věnován prostor pro základní pochopení složitosti obou pojmů, které jsou pro lékařskou etiku a procesy rozhodování v situaci omezených zdrojů zcela zásadní. Oba pojmy jsou neoddělitelné, navzájem provázané, jak lze doložit dále.

5.1. Spravedlnost

Pojem spravedlnost je explicitně zmiňován v obou dokumentech. V rámci základního principu lékařské etiky je na spravedlnost kladen zvláštní důraz. Implicitně ho lze v ohledu problematiky alokace vzácných zdrojů pochopit jako zejména distributivní typ spravedlnosti. V tomto kontextu by mohlo jít o cílení na rozdělování společných zdrojů. Např. Pavel Kalvach (2022) chápe tento typ rozdělování ve třech pohledech: Každému podle jeho zásluh, každému stejně, či každému podle jeho potřeb.

Pro někoho je fair rozdělovat na základě naléhavosti potřeby, pro jiné na základě zásluh, a pro další na základě distribuční totožnosti. V tomto kontextu chápu distributivní typ spravedlnosti také z pohledu vstupu problému kontingentní důstojnosti do debaty. Vyjádření *každému podle jeho zásluh* tuto debatu otevírá. Není zcela jasné, o jaké zásluhy se má jednat.

V rámci dalších klasických rozdělení typů spravedlnosti tak, jak jsem uváděl v kapitole Spravedlnost, lze najít také legální spravedlnost, která určuje vztah lidí ke společnosti. V tomto pojetí jde o rovnost před zákonem, před zákonnými normami, v přístupu k úřadům, k utváření společenských subsystémů. Jde o procesní záležitosti, o rovný přístup k hodnotícím kritériím. Dle Kalvacha (2022) by mohlo jít ve vztahu ke zdravotnictví o informovanost pacientů, event. o spravedlivý přístup k poskytovatelům péče. Tento přístup pak chápu jako výraz inherentní důstojnosti. Distributivní typ spravedlnosti hraje také významnou roli v Rawlsově pojetí spravedlnosti jako férovosti.

Komutativní spravedlnost, při které jde o určování vztahů mezi lidmi navzájem, mezi společenskými skupinami, utváření směny dober a služeb chápu jako jednu z podmínek trhu. V prostředí tržního hospodářství má roli i při alokaci zdrojů.

Významným přínosem je také kontributivní spravedlnost. Lidé mají povinnost k aktivní a produktivní účasti na společenském životě a společnost má povinnost jednotlivcům tuto možnost umožňovat. Její přínos a uplatnění je možné vidět v rámci rozhodovacích procesů při alokaci zdrojů na státní úrovni.

5.2. Lidská důstojnost

Lidskou důstojnost a nutnost její ochrany explicitně zmiňují oba prostudované dokumenty. V dokumentu ČS ARIM jde o tematizaci v rámci posledního bodu v podkapitole Základní etické principy alokace vzácných zdrojů v krizových situacích. Je zde explicitně zmíněn jako *Princip respektování lidské důstojnosti*, bez další specifikace. Implicitně lze chápat vyjádření tohoto principu v rámci smyslu celého dokumentu. V dokumentu AV ČR je důstojnost tematizovaná explicitně 3x, navíc také v kontextu principu autonomie. Ani v jednom z těchto dokumentů není explicitně uvedeno, zda se jedná o inherentní či kontingentní typ důstojnosti. Předpokládám na základě kontextu, že jde primárně o inherentní důstojnost, ve specifických kontextech o kontingentní, vyjádřenou implicitně.

5.2.1. Kontingentní důstojnost

Pojem kontingentní důstojnost nebyl ani v jednom se zmiňovaných dokumentů explicitně nalezen. Tento pojem chápu v kontextu vyjádření Tomáše Halíka:

„Je chápána jako určitý požadavek podoby člověka, je tedy odvozena od způsobu života nebo společenského postavení. Synonymem pojmu by mohla být důstojnost sociální. Podoba člověka je ztotožňována s jeho důstojností.“⁹⁰

Pojem kontingentní důstojnost v tomto smyslu chápu jako vyjádření třetího principu alokace zdrojů (Ezekiel et al)⁹¹ jako podpora těch, kteří pomáhají druhým. V tomto ohledu problematiku tematizuje Dokument autorů AVČR. V tomto konkrétním ohledu jde zvláště o zdravotníky či jiné profese, které se podílejí na fungování státu či struktur, které daný systém udržují v chodu i za vysoce změněných vnějších podmínek. Tato koncepce výběru se zdá být koherentní s rozšířenými utilitaristickými přístupy v rámci alokace vzácných zdrojů. Někteří autoři se domnívají, že tato představa není reálná. Zdravotníci se nestihnou uzdravit a nastoupit do pracovního procesu včas. Jiní naopak tuto eventualitu podporují.

Inherentní a kontingentního pojetí důstojnosti tedy velmi silně souvisí s tématem Člověk jako osoba. Jde o dvě odlišné pozice: Empirický funkcionalismus a ontologický personalismu. Zda se člověk stává osobou až na základě určité funkce, kterou zastává, nebo zda je osobou od počátku - tedy od oplodnění vajíčka. V tomto ohledu jde o základní otázku, která rezonuje celou filosofií a filosofickou antropologií: *problém osoby*.⁹² Je zde souvislost s lidskými právy. Abychom totiž mohli přisoudit lidské práva, musíme vědět, co osoba znamená, odkdy je lidskou osobou apod. Tato koncepce se často používá v debatách o lidských právech, důstojnosti a spravedlnosti, protože zdůrazňuje, že každý

⁹⁰ HALÍK, Tomáš. Vyzván i nevyzván: evropské přednášky k filozofii a sociologii dějin křesťanství. Praha: Lidové noviny, 2004, s. 119–124

⁹¹ Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19 List of authors: Ezekiel J. Emanuel, M.D., Ph.D., Govind Persad, J.D., Ph.D., Ross Upshur, M.D., Beatriz Thome, M.D., M.P.H., Ph.D., Michael Parker, Ph.D., Aaron Glickman, B.A., Cathy Zhang, B.A., Connor Boyle, B.A., Maxwell Smith, Ph.D., and James P. Phillips, M.D. May 21, 2020, N Engl J Med 2020

⁹² Viz např.: VÁCHA, M., KÖNIGOVÁ, R., MAUER, M. Základy moderní lékařské etiky.

člověk má nárok na respekt a ochranu své důstojnosti, bez ohledu na jeho zásluhy či schopnosti.

Jestliže v konceptu empirického funkcionalismu se osobou teprve stávám, tak jí také mohu přestat být. Zde může být výrazný problém při poskytování péče o osoby v perzistentním vegetativním stavu, vigilním kóma apod. Tady je patrný problém právě v inherentním pojetí důstojnosti. Z toho by totiž vyplývalo, že není dána každému, že jí může být člověk také zbaven. Inherentní důstojnost má totiž člověk (jako osoba). V empirickém funkcionalismu tedy lze spatřovat určitý problém, jelikož lidská důstojnost náleží lidské osobě, tak pakliže přestanu být osobou, mohu teoreticky ztratit i inherentní důstojnost. V tomto kontextu se zdá, že kontingentní ztratím také (možná mnohem dříve, než inherentní). Naproti tomu v ontologickém personalismu problém nebude. Člověk je osoba od početí, má tedy důstojnost a je potřeba ji chránit. Zde inherentní důstojnost neztratí ani v rámci závažného onemocnění, kontingentní důstojnost může být za jistých podmínek omezena. Někteří autoři (kupř. Peter Singer) jsou zastánci konceptu protažení důstojnosti i na zvířata (právě v rámci empirického funkcionalismu, tito zastánci se neztotožňují se s myšlenkou, že by měl člověk určité výsadní postavení mezi ostatními živočichy)⁹³

Znova je potřeba zopakovat, že význam inherentní důstojnosti nelze zpochybnit. Při studiu literatury je velice zřejmé, že koncepty pracující s určitým zpochybněním této důstojnosti vedly k eticky velmi diskutabilním a často i zcela a jasně neetickým jednáním (např. Holokaust apod.)

Jakožto lékař věnující se klinické praxi, tváří v tvář utrpení, umírání a smrti jsem si této hodnoty dobře vědom. Této vztahovosti, jistého privilegia být pacientům nablízku si cením i s vědomím velkých profesních i lidských nároků, které na člověka kladou. V dalších odstavcích tedy budu vycházet nejen z reflexe odborné literatury, ale také z vlastní empirie v realitě klinické praxe.

⁹³ SINGER, P. Osvobození zvířat. Praha: nakladatelství Práh, 2001, str. 250-251.

5.3. Prioritizace na základě kontingentní důstojnosti

V situaci nedostatku zdrojů je snaha také v České republice vytvořit určitá kritéria a pravidla. V předchozích kapitolách jsem přiblížil v tomto ohledu dva zásadní dokumenty. V příloze 1 a 2 jsou v celém znění. Dokument ČS ARIM konstatuje, že není právně bezpečné používat jiná než medicínská kritéria. Dokument AV ČR nahlíží dále a snaží se hledat odpovědi na další otázky a nabízet možná řešení: např. v rámci prioritizace pacientů na základě dalších, jiných kritérií než medicínských (např. prioritizace zdravotníků). Zamýšlí se ale také nad dalšími kritérii (jako např. také věk pacienta). Dokument ČS ARIM uvádí, že jiná kritéria než medicínská jsou podle platného práva nebezpečná.

5.3.1. Koho vlastně budeme prioritizovat a na základě čeho?

Rozumím-li prioritizaci jako určitou podporu těch, kteří pomáhají druhým, pak se nabízí otázka: O koho vlastně jde? Tato otázka se mi zdála nejprve více jasná v době, kdy jsme se potýkali v klinické praxi s pandemií COVID-19 v jejich počátcích. Role zdravotních sester, lékařů, fyzioterapeutů a dalších profesí se zdála být nenahraditelná. Rozvaha ve smyslu, zda v situaci nedostatku zdrojů by byla tato skupina právě tou, která by měla zdroje dostat, byla jasnější, bez tolika pochybností, jaké nalézám nyní, s určitým časovým odstupem. Bez zdravotníků nelze péči poskytovat, je tedy na místě téma určitého zvýhodnění. V tomto smyslu jsem také chápal vyjádření autorů AVČR, kdy navrhuji podporu těch, kteří pomáhají druhým a chápou to jako specifikaci principu *benefacere*. Je tedy eticky přípustné poskytnout péči/zdroj nejprve těm, kteří jsou klíčoví v rámci fungování státu, nemocnic apod. V průběhu dalších dvou let, kdy jsem působil jako lékař na JIP a hemodialyzačním oddělení a střetával jsem se s denní realitou jsem zjišťoval, že okruh lidí, na které bychom tento typ prioritizace mohli (či dokonce, dle těchto úvah, měli) vztahovat, by se rozšiřoval. Nešlo by jen o zdravotníky, ale velmi rychle také o řidiče sanitek, kteří přivážejí pacienty např. na naše dialyzační oddělení. Okruh lidí, kteří by byli v tuto chvíli potřební, by byl čím dál větší. V této souvislosti lze vytvořit pravidlo jen velmi těžko. Druhou rovinou tohoto přemýšlení je fakt, koho z dané skupiny prioritizovat. Nyní vezmu v úvahu konkrétní skupinu, např. lékaře: Upřednostnit všechny? Upřednostnit jenom ty, kteří se po rekonvalescenci budou schopni vrátit do

pracovního procesu? Půjde primárně o lékaře s konkrétní erudicí? Půjde také o lékaře v důchodovém věku? Z této perspektivy lze kritéria nastavit jen velmi těžko.

5.3.2. Podněty z diskusí se studenty

Téma alokace vzácných zdrojů (s ohledem na téma eventuální prioritizace) jsem také diskutoval každý semestr (od roku 2020) se studenty 5. ročníků všeobecného lékařství v rámci seminářů z lékařské etiky. Na 3. lékařské fakultě máme výuku etiky rozdělenou do 5-ti let. Každý rok jsou probírána a reflektována určitá témata v úzkém propojení a vztahu s klinickou praxí a s ohledem na postupně se zvyšující znalosti a dovednosti studentů. Od roku 2020 přednáším problematiku alokace zdrojů s ohledem na aktuálnost a potřebnost této reflexe již ve třech seminářích (na místo původního jednoho). V minulosti šlo o témata věnovaná hlavně principu spravedlnosti a téma bylo spíše nahlíženo ve smyslu ideální vs dostupná medicína. Diskutovali jsme z velké části historii dialýzy a její dostupnosti v rámci tématu *matematika milosrdenství*. Zaměřili se více na problematiku distributivní spravedlnosti a zmiňovali téma rozevírání sociálních nůžek.

Nyní jsou témata rozšířená specificky o alokaci vzácných zdrojů. Studenti se v průběhu seminářů víceméně aktivně zapojovali (i když např. v online prostředí byla interakce obtížnější) a přinášeli na semináře i vlastní podněty, protože řada z nich pracovala na covidových jednotkách, či pomáhali jinak. Bylo to přínosem, jelikož sami přinášeli řadu otázek a společně jsme se snažili reflektovat nové pohledy a navrhnout možná řešení. Na seminářích jsme věnovali pozornost hlavně dvěma oblastem. První z nich je problematika vzácných zdrojů v rámci intenzivní péče (nejen materiální vybavení, ale i např. personální kapacity) a tím druhým tématem byla distribuce vakcín. Pohled studentů na problematiku prioritizace určitých skupin byl velice nejednotný. Do diskuse často vstupovala tzv. *situační etika*. Lze uvést příklad: Zvažovali jsme společně, zda lze nějakým způsobem upřednostnit lékaře, který je potřeba k tomu, aby nám pomohl v péči o další pacienty. V konkrétní situaci jsme byli schopni rozhodnout. Když jsme ale začali zobecňovat a snažili se vymyslet obecné pravidlo, další kritérium (kromě medicínských indikací), vždy jsme se rychle dostali k problému obecného vztahování. Dokázali jsme společně racionálně argumentačně podpořit i zcela protichůdné přístupy. Domnívám se, že jsme se dostali do situace, kdy se snažíme o nalezení obecného pravidla, které lze aplikovat (s ohledem na konkrétní klinickou situaci) obecně a nedaří se to. V tomto ohledu nám však byl velice přínosný koncept *Four boxes approach*, který jsem popsal v kapitole

Přístupy a základní východiska v lékařské etice. Právě zohlednění konkrétního pacienta, medicínské indikace, jeho preference, kvality života v rámci konkrétního kontextu se ukázalo jako užitečné východisko a určitá opora pro rozhodování. Společně se studenty jsme také v rámci debat promýšleli vztah mezi utilitarismem (utilitarismus pravidel, i činů) a koncepcemi etiky ctností.

Dle mého názoru tkví jádro problému právě v kontingentní důstojnosti. Totiž v určité tendenci pojem rozšiřovat na úkor inherentní důstojnosti a zaměňovat je. Zde vidím riziko. Lze argumentovat kluzkým svahem⁹⁴ v představě rozšiřování, či naopak zužování okruhu lidí, kteří budou patřit k prioritizovaným skupinám vidím určité riziko v záměně účelu a prostředku. Immanuel Kant v *Metafyzice mravů* v rámci druhé formulace kategorického imperativu říká: „*Jednej tak, abys používal lidství jak ve své osobě, tak i v osobě každého druhého vždy zároveň jako účel a nikdy pouze jako prostředek.*“⁹⁵ Z této perspektivy lze vyjádřit určité obavy, aby na základě argumentu kluzkého svahu nedocházelo k záměně kontingentního pojetí důstojnosti v inherentní. Opět se ale pravděpodobně dostáváme do situace, kdy toto nelze zobecnit a konkrétní rozhodnutí zůstane na konkrétním lékaři v konkrétní situaci (což klade na lékaře vysoké nároky) a opět se ocitneme na nejisté půdě.

5.3.3. Podněty z vlastní klinické praxe

Nyní budu vycházet z mojí osobní klinické praxe a zkušenosti lékaře. Musím konstatovat, že s problematikou klasické triáže (v situaci vyčerpání zdrojů) s eventualitou zvažování jiných, než medicínských kritérií prioritizace, tak, jak je chápána autory obou dokumentů, jsem se v mé klinické praxi v České republice nesetkal. V rozvojovém světě (v Keni) se s danou problematikou setkávám často, ale zde je velký problém vztahování odlišného sociálního, ekonomického, geografického i kulturního kontextu na podmínky České republiky. V Keni se např. setkávám se situacemi, kdy daný zdroj (ventilátor pro umělou plicní ventilaci, speciální léky apod.) nemohu využít u nikoho z pacientů, jelikož daný zdroj nemáme (event. je k dispozici, ale pro enormní dojezdovou vzdálenost je

⁹⁴ Problematika tzv. argumentu kluzkého svahu je blíže vysvětlena a rozpracována v řadě publikací, např.: VÁCHA, M., KÖNIGOVÁ, R., MAUER, M.(2012). Tento typ argumentu je příkladem sériové argumentace, kdy premisy podporují závěry a ty jsou pak premisami dalších argumentů. Formálně jde o spojená dvou validních úsudků. Z neformálního hlediska jde o případ *reductio ad absurdum* (výchozí tvrzení je odmítnuto, jelikož vede k nepřijatelným důsledkům).

⁹⁵ KANT, Immanuel. *Základy metafyziky mravů*. 2. vyd. Praha: Svoboda, 1990. Filozofické dědictví.

diskuse nepředmětá). Nesetkal jsem se ale se situací, kdy bych v rámci kritické situace zvažoval někoho prioritizovat na základě jiných než medicínských indikací (kupř. na základě profese).

Teoreticky si lze si představit situaci hromadného neštěstí, kdy např. lékař pomůže nejprve kolegovi-lékaři, aby na množství pacientů byli dva (zvládnou ošetřit více lidí) v rámci utilitaristické etiky (maximalizace počtu zachráněných lidských životů). Tento návrh je však v rovině teoretické a bude vycházet z konkrétní situace. Velmi obtížně si lze představit nastavení určitého pravidla, kdy, za jakých podmínek a při jakých kritériích toho lze využít. Můžeme si představit situaci, kdy dáme prioritu člověku, který bude důležitý např. pro zajištění bezpečí okolí (riziko havárie jaderné elektrárny apod.) Zde se ale dostáváme opět do rizika rozšiřujících se nemedicínských kritérií a nejednoznačnosti jejich nastavení.

Velkou část rozhodovacích procesů v době pandemie COVID-19 v České Republice jsem vnímal na makrolokační úrovni (tedy ministerstvo zdravotnictví, vedení nemocnice, krizový štáb atd.) Na mikrolokační rovině, kdy jde o rozhodnutí každého konkrétního lékaře, který se stará o pacienty, jsem se s rozhodováním setkával často (ale nikoliv v rámci přemýšlení o nutnosti prioritizace na základě jiných než medicínských kritériích). V mém vlastním rozhodování hrálo roli několik faktorů. Nejsou řazeny dle důležitosti, jelikož se navzájem překrývají a ovlivňují:

- Doporučené postupy odborných společností a názor druhého lékaře (konzilium).
- Klinické zhodnocení situace v perspektivě medicínských indikací, preferencí pacienta, kvalité života a kontextuálních charakteristik.
- Znalosti, dovednosti, postoje.
- Hodnotové soudy a reflexe v oblasti lékařské etiky.
- Ostatní faktory (které mají vliv a které je potřeba si uvědomovat a reflektovat): Akutní a chronická spánková deprivace, únava, a mnoho dalších.

Většinu rozhodovacích procesů jsem skutečně vnímal spíše v oblasti optimalizace volných kapacit, např. přeskupení lůžkového fondu v rámci nemocnice. Při rozhodování na mikroalokační úrovni např. když jsme v týmu rozhodovali o event. nezahájení RRT (náhrada funkce ledvin), vždy se jednalo o medicínská kritéria, s ohledem na preference pacienta a kvalitu života. Nikdy nešlo o to, že bychom pacienta na dialýzu napojit potřebovali, ale neměli jsme volnou kapacitu.

Při optimalizaci zdrojů, ale i při triage pacientů hrají stanoviska odborných společností zásadní úlohu. Vždy je potřeba legislativního rámce. Také je důležité, aby krizový štáb předvídal a byl schopen alespoň orientačně predikovat situaci pár týdnů dopředu. Tohle výše zmíněné vypadá jednoduše a efektivně, ale ve skutečnosti je to náročné. Nicméně čím dál více vnímám, že jde o konkrétní situace, pacienty i konkrétní zdravotníky, kteří se rozhodují v konkrétním kontextu a situaci (ovšem s vědomím i negativ, která to přináší). V klinické praxi jsem si po celou dobu pandemie uvědomoval, že zvládnutí celé náročné situace je závislé právě na konkrétních lidech, zdravotních sestrách, lékařích, sanitářích apod. Jak se oni sami staví ke svým povinnostem, k pacientům a celkově k práci. Jistě jde o problém, který se dotýká mnoha dimenzí, do kterého zasahuje oblast etiky personální, profesní, ale také institucionální. V klinické situaci ale jde vždy o vztah, konkrétní vztah klinika a pacienta. V tom je skrytá i jedinečnost tohoto konkrétního vztahu, jsme tedy zpátky v tématu lidské důstojnosti. Jsem si vědom, že je to velmi subjektivní pohled. Byl jsem ale přesvědčen, že celou situaci zvládneme díky velkému nasazení každého konkrétního člověka. Dnešní tendence a linie jdoucí od Johna Rawlse v rámci teorie spravedlnosti směřují spíše ke spravedlnosti institucí. Pořád se ale ve svých úvahách vracím k Platónovi, Aristotelovi a Tomáši Akvinskému a jejich otázkám po tom, jaký je ten, kdo koná, člověk. Jsme tedy u konkrétního vztahu, v konkrétní klinické situaci.

Je tady řada dalších okolností (medicínské indikace, preference pacienta, kvalita života a kontext celé situace) které zvažujeme. Může nám také pomoci kazuistický přístup, metod je v současné bioetice více. Analytické a kritické myšlení musí být samozřejmostí. Výše zmíněné mě opět vede k přemýšlení o rozvíjení etiky ctností (obecně aretologických koncepcí, etika ctností je velmi široký pojem) v rovině aplikace v rámci alokace vzácných zdrojů. Z mnoha pohledů může být velká nevýhoda etiky ctností právě to, že je založena na důvěře a na tom, kdo je to tedy onen *ctnostný člověk*, jak by měl vypadat. Kritikové vyčítají těmto koncepcím nejednoznačnost a sklony k *situační etice*.

Domnívám se však, že etika ctností má své nezastupitelné místo v rámci rozhodování při alokaci vzácných zdrojů.

5.4. Využití konceptu kontingentní důstojnosti v rámci prioritizace

Při rešerši, studiu a reflexi dostupné zahraniční i české literatury, sběru a třídění podnětů z diskusí se studenty a z vlastní klinické praxe lékaře, jsem se pokusil o hledání argumentů pro i proti. Řada argumentů nebyla pro rozhodování relevantních, mnohé také úzce souvisely s konkrétní situací a bylo problematické je zobecnit. Výčet argumentů pro a proti si neklade za cíl úplnost, spíše je naznačením směru, které bude potřeba v rámci této diskuse dále rozvíjet.

5.4.1. Argumenty pro využití konceptu kontingentní důstojnosti v rámci prioritizace v situaci nedostatku:

- Jako relevantní a silný argument pro využití konceptu kontingentní důstojnosti v rámci prioritizace v situaci nedostatku lze požit fakt, že se jedná o přesunutí (ve smyslu rozšíření dosahu) obecného principu lékařské etiky bene-facere na princip etiky alokace zdrojů : maximalizace počtu zachráněných lidských životů. Lze tedy chápat jako naplnění principu bene-facere a třetího principu etiky alokace zdrojů : podpora těch, kteří pomáhají ostatním. Jedná se o utilitaristický typ argumentace.
- Argumentem pro by mohly být určité konkrétní aplikace (některé s mnoha výhradami). Lze si představit v situaci hromadného neštěstí, kdy např. lékař pomůže nejprve kolegovi-lékaři, aby na množství pacientů byli dva (zvládnou ošetřit více lidí) v rámci utilitaristické etiky (maximalizace počtu zachráněných lidských životů).
- Lze nalézt mnoho proti-argumentů aretologickým koncepcím. Tyto argumenty lze využít na podporu utilitarismu. Aretologické koncepce se opírají o rozhodnutí konkrétního člověka, které je tvořeno na základě určitých ctností (tady lze také proti-argumentovat ve smyslu kritiky situační etiky a faktem, že přenášíme rozhodování více na rovinu mikroalokační). Přenesení tíhy rozhodování více na úroveň mikroalokace je možné chápat jako větší zatížení konkrétních lékařů.

5.4.2. Argumenty proti využití konceptu kontingentní důstojnosti v rámci prioritizace v situaci nedostatku:

- Lze přinést řadu obecných proti-argumentů utilitaristického přístupu v etice. Není zde prostor na podrobnější reflexi, existuje několik typů utilitarismu a také jeho kritiky. Vybírám jen některé obecné směry kritiky: V rámci očekávaného užitku není jasné, jak dlouhé časové období zde bude zahrnuto (např. do kdy se zdravotník stihne uzdravit a vrátit tak do práce apod.). Na základě čeho bychom vyčíslili míru štěstí, blahobytu či efektu prioritizace. Lidský život nelze vyčíslit. Jakou roli by zde hrál např. zdravotník, který bude současně osoba blízká? Rozsáhlým tématem v rámci utilitarismu je potlačení práv jednotlivce.
- Problém záměny kontingentní důstojnosti za inherentní. V rámci argumentace kluzkým svahem lze spatřit riziko v tendenci pojem rozšiřovat kontingentní důstojnost na úkor inherentní důstojnosti a zaměňovat je. Zde vidím velké riziko. Mohlo by jít o záměnu účelu a prostředku tak, jak o ní píše Immanuel Kant.
- Obecný problém nárůstu nemedicínských indikací a prioritizací na základě jiných než medicínských kritérií. Zde se opět může jednat o riziko kluzkého svahu. V klinické medicíně narůstá vliv farmaceutických firem, pojišťoven a mnoha dalších subjektů. Je zde tedy riziko, kdy se do rámce indikačních kritérií mohou dostávat více ekonomické zájmy třetích stran.
- Retrospektivní hodnocení pohledem práva. S ohledem na fakt, že v podmínkách České republiky není možné právně bezpečně prioritizovat na základě jiné, než medicínské indikace.
- Prospektivní pohled a tvorba guidelines. Tvorbu určitého typu precedentu je možné považovat za inspiraci v rozhodovacích procesech v budoucnu. Podmínky, okolnosti se mohou měnit. Šlo by tedy o obecné doporučení vzhledem k situaci nedostatku zdrojů? Jakých zdrojů? Jak by byl definován jejich nedostatek?
- Nejednoznačnost výběru konkrétní prioritizované skupiny. Tento bod byl obsáhleji diskutován v rámci textu viz výše. Jde obecně o nejasnost v kritériích.

Z výše uvedeného vyplývá, že otázka, zda lze využít koncept kontingentní důstojnosti v rámci prioritizace v situaci nedostatku je těžká a nejednoznačná a bude vyžadovat další reflexe. Smyslem předkládané diplomové práce nebylo otázku jednou pro vždy vyřešit, ale spíše se pokusit najít argumenty a otevřít debatu o tomto tématu, jelikož nebylo v souvislosti s problematikou alokace vzácných zdrojů v době nedostatku ani v jednom ze dvou základních dokumentů obsáhleji explicitně komentováno. Tímto může práce malým dílem přispět k celospolečenské diskusi.

5.5. Kantova otázka na závěr

Na závěr rozvažování o postavení, vzájemné roli spravedlnosti, důstojnosti, o prioritizaci v rámci alokace vzácných zdrojů, se nabízí zásadní otázka. Je to otázka kterou si Immanuel Kant kladl v *Kritice čistého rozumu* (1781): *Co mám konat?*

Odpověď na ni se pokouší (dle Kanta) hledat etika. Má na to mnoho nástrojů, ale ne vždy je schopna odpovědi nalézt. Zdá se, že kladení si otázek je dobrá cesta k tomu, jak alespoň na některé otázky odpovědi dostat.

Dle některých aktuálních příspěvků v odborné právnické, ale také bioetické literatuře bylo konstatováno, zda „*bioetika nedospěla s touto pandemií ke svému Waterloo?*“. Autoři si všímají, že guidelines v rámci prioritizace pacientů obsahují často až protichůdná stanoviska, vedou k paternalismu a výběr konkrétního pacienta zůstává stále na posouzení konkrétním zdravotníkem.⁹⁶ Tento fakt připomínají také Šustek a Šolc.⁹⁷ Přicházejí s otázkou, zda má aplikovaná etika v čase krize co nabídnou právu a rozhodovacím procesům v praxi (s ohledem na její pluralitní povahu). Domnívám se, že má mnoho co nabídnout. Jde právě o hledání a kladení otázek. Právo se svou povahou snaží nejistotu omezit. Naopak etiku můžeme chápat jako oblast, která otevírá pole pro hodnoty, které jsou nezbytné a úzce spjaté s pojmy jako spravedlnost a důstojnost člověka. Je třeba pěstovat a prohlubovat vztah a dialog etiky a práva.

⁹⁶ LEWIS, J., SCHUKLENK, U. Bioethics met its COVID-19 Waterloo: The doctor knows best again. *Bioethics*. 2021, roč. 35, č. 1, s. 3–5. <<https://doi.org/10.1111/bioe.12840>>.

⁹⁷ ŠUSTEK, Petr, ŠOLC, Martin, Prioritizace pacientů v intenzivní péči: etika a právní odpovědnost v době pandemie in *Jurisprudence* (Wolters Kluwer), rok: 2022, číslo: 3, str. 7. a 8.

Snaha o tvorbu doporučených postupů a guidelines v rámci alokace vzácných zdrojů tak, jak ji vidíme např. ve Švýcarsku a některých dalších zemích je jistě záslužná.⁹⁸ Dle mého názoru je zapotřebí při tvorbě těchto obecných postupů a doporučení téma neustále reflektovat, pochybovat a klást si otázky s vědomím toho, že nejsme vždy schopni dohlédnout konečných důsledků takových rozhodnutí. Osobně si tak neustále kladu onu pověstnou otázku Gandalfa v Tolkienově triologii Pán Prstenů: (volně přeloženo)

„Spousta těch, co žijí, si zaslouží smrt. A někteří, kteří zemřou, si zaslouží život. Můžeš mu ten život dát? Potom nevynášej příliš horlivě rozsudky smrti. Neboť ani ti nejmoudřejší nedohlédnou do všech konců. Nemám velkou naději, že Gluma lze vyléčit, než zemře, ale šance na to je. A je svázán s osudem Prstenu. Mé srdce mi říká, že ještě před koncem musí hrát nějakou roli, ať už dobrou nebo špatnou; a až to přijde, Bilbův soucit může ovlivnit osud mnoha – v neposlední řadě tvůj.“⁹⁹

⁹⁸ Doporučení Švýcarské Akademie lékařských věd. <<https://doi.org/10.4414/SMW.2021.w30077>>.

⁹⁹ TOLKIEN, J. R. R. Pán prstenů

Závěr

V deskriptivní rovině jsem se pokusil o přiblížení role a vzájemného vztahu pojmů spravedlnost a důstojnost. V rámci přehledu dějinných souvislostí se ukazuje, jak významně kultura i politika tyto pojmy spoluutvářela a ovlivnila. V úvodu práce vyslovuji tezi, že se jedná o ústřední pojmy, které vykazují vzájemné provázání. Při studiu mnou uvedené literatury v rámci tématu alokace vzácných zdrojů v kontextu České republiky, se prokázalo, že jsou explicitně či implicitně přítomny v každém rozvažování o lidské bytosti.

V kapitole pojednávající o základních přístupech v oblasti lékařské etiky se provázanost pojmů prokázala zcela explicitně. Důraz na spravedlnost je vyjádřen přímo v rámci principialismu v rovině 4 základních principů lékařské etiky (autonomie, spravedlnost, bene-ficence, non-maleficence).

V dalších krocích se v obecné rovině podařilo popsat oblasti základních problémů v rámci tématu alokace vzácných zdrojů v situaci nedostatku specificky při poskytování léčebně-preventivní péče. Byly podrobně zkoumány dva základní dokumenty, které vznikly v době pandemie COVID-19 v prostřední České republiky a oba používají pojmy spravedlnost a důstojnost.

V normativní části práce jsem se zaměřil na dvě hlavní významové linie: na pojem inherentní a kontingentní důstojnosti. Lidskou důstojnost a nutnost její ochrany explicitně zmiňují oba prostudované dokumenty. Chybí explicitní konkretizace, zda jde o inherentní či kontingentní důstojnost. Dokument autorů z Ústavu práva Akademie věd zmiňuje možnost prioritizace také na základě určité společenské potřeby, v tomto kontextu to lze chápat jako vyjádření možnosti aplikovat kontingentní typ důstojnosti při nutnosti prioritizovat v situaci nedostatku. Autoři dokumentu ČS ARIM tuto možnost pokládají za diskutabilní. Konstatují, že jde o rozpor s právním řádem České republiky.

Význam inherentní důstojnosti nelze zpochybnit. Při studiu literatury je zřejmé, že koncepty pracující s určitým zpochybněním této důstojnosti vedly k eticky velmi diskutabilním, často i ke zcela neetickým činům (např. Holokaust apod.)

V rámci kontingentní důstojnosti jde v tomto kontextu zejména o prioritizaci zdravotníků, či jiných profesí, které se podílejí na fungování státu či struktur, které daný systém udržují v chodu i za velmi odlišných a změněných vnějších podmínek. V tomto ohledu jsem se v práci snažil o předložení určitých argumentů, které lze v tomto kontextu považovat za relevantní. Blíže jsou vysvětleny v poslední kapitole.

Jako hlavní argumenty proti faktu využití konceptu kontingentní důstojnosti v rámci prioritizace v situaci nedostatku lze spatřovat rizika plynoucí z argumentu kluzkého svahu v rámci možného postupného zaměňování kontingentní důstojnosti za inherentní. Dalším relevantním argumentem je obecný problém nárůstu nemedicínských indikací a prioritizací na základě jiných než medicínských kritérií. Dále se jedná o problémy nejednoznačnosti kritérií výběru konkrétní prioritizované skupiny a konkrétních osob uvnitř této skupiny.

Jako hlavní argumenty pro zvažování využití konceptu kontingentní důstojnosti v rámci prioritizace v situaci nedostatku lze spatřovat fakt, že se jedná o přesunutí (ve smyslu rozšíření dosahu) obecného principu lékařské etiky bene-facere na princip etiky alokace zdrojů: maximalizace počtu zachráněných lidských životů. To lze chápat jako naplnění principu bene-facere a třetího principu etiky alokace zdrojů : podpora těch, kteří pomáhají ostatním. Dalším argumentem by mohly být zcela konkrétní situace, které jsou promyšleny v poslední kapitole práce, opět s využitím utilitaristické argumentace.

Smyslem předkládané diplomové práce zcela jistě nebylo otázku vyřešit, ale spíše se pokusit o hledání argumentů a základní představení tématu, jelikož téma kontingentní důstojnosti nebylo v souvislosti s problematikou alokace vzácných zdrojů v době nedostatku ani v jedné ze dvou základních dokumentů obsáhleji explicitně komentováno. Tímto může práce malým dílem přispět k celospolečenské diskusi.

Koncept kontingentní důstojnosti za jistých podmínek a okolností roli hrát může. Nelze však toto kritérium uplatňovat jako první (před medicínskými indikacemi). Z pohledu silného argumentu kluzkého svahu, problematiky definování koho upřednostňovat a za jakých podmínek (nejednoznačnost výběru) a nedostatečné

celospolečenské diskuse se jeví uplatňování tohoto konceptu v klinické praxi jako velice diskutabilní a v podmínkách České republiky i v rozporu s právním řádem.

Snaha o tvorbu doporučených postupů a guidelines v rámci alokace vzácných zdrojů tak, jak ji vidíme např. ve Švýcarsku a některých dalších zemích je jistě záslužná. Dle mého názoru je zapotřebí při tvorbě těchto obecných postupů a doporučení téma neustále reflektovat, pochybovat a klást si otázky s vědomím toho, že nejsme vždy schopni dohlédnout konečných důsledků takových rozhodnutí.

Jakožto lékař věnující se klinické praxi, tváří v tvář utrpení, umírání a smrti jsem si hodnoty inherentní důstojnosti dobře vědom i nutnosti její ochrany. Práce lékaře je založena na důvěře a určitém vztahu s pacientem. Jde o privilegium být pacientům nablízku i s vědomím velkých profesních i lidských nároků, které jsou na člověka kladeny. Jde leckdy až o mrazivou autenticitu situace. Tady se setkává teorie a praxe a přechází v jedno. Zde končí slova. Zde jde o úctu ke druhému člověku. O lidskou důstojnost.

Seznam použitých zkratk

AVČR	Akademie věd České republiky
ČSARIM	Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
ČSIM	Česká společnost intenzivní medicíny
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
HPO	Hromadné postižení osob
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IP	Intenzivní péče
JIP/ARO	Jednotka intenzivní péče/anesteziologicko – resuscitační oddělení
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví ČR
RRT	Renal Replacement Therapy (náhrada funkce ledvin)
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome-Related Coronavirus

Seznam literatury

ANZENBACHER, Arno. *Křesťanská sociální etika: úvod a principy*. 2. vydání. Přeložil Karel ŠPRUNK. Brno: CDK, Centrum pro studium demokracie a kultury, 2015. ISBN 978-80-7325-371-4.

ANZENBACHER, Arno. *Úvod do etiky*. Přeložil Karel ŠPRUNK. Praha: Academia, 2001, c1994. ISBN 80-200-0917-5.

ARISTOTELÉS. *Etika Nikomachova*. Páté nezměněné vydání. Praha: Rezek, 2021. ISBN 978-80-86027-44-9.

AUGUSTIN. *O Boží obci*: knih XXII. I. vydání. Přeložil Julie NOVÁKOVÁ. Praha: Vyšehrad, 1950. Kozoroh (Vyšehrad).

BARTŮNĚK, Petr a Radek PTÁČEK, ed. *Můžeme to, co umíme?: kontroverzní témata mezi současnou medicínou a etikou*. Praha: Mladá fronta, 2018. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-204-5311-2.

BEAUCHAMP, Tom L. a James Franklin CHILDRESS. *Principles of biomedical ethics*. 6th ed. New York: Oxford University Press, 2009. ISBN 978-0-19-533570-5.

CALLAHAN, Daniel, 'Introduction', *The Roots of Bioethics: Health, Progress, Technology, Death*. New York: Oxford Academic Press, 2012. ISBN: 978-0199931378.

DROZENOVÁ, Wendy a Vojtěch ŠIMEK. *Filosofie Hanse Jonase*. Praha: Filosofia, 2019. ISBN 978-80-7007-601-9.

ENGELHARDT, T. *The Philosophy of Medicine: Framing the Field*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2002. ISBN: 978-0-7923-6223-4

HALÍK, Tomáš. *Vzýván i nevzýván: evropské přednášky k filozofii a sociologii dějin křesťanství*. Praha: Lidové noviny, 2004. ISBN 80-7106-692-3.

HANUŠ, Jiří, ed. *Křesťanství a lidská práva*. Brno: CDK, 2002. ISBN 80-7021-537-2

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén, [2015]. ISBN 978-80-7492-204-6.

HEŘMANOVÁ, Jana, Marek VÁCHA, Hana SVOBODOVÁ a Marie ZVONÍČKOVÁ. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3469-9.

HILPERT, Konrad. *Základní otázky křesťanské etiky*. Přeložil Lucie KOLÁŘOVÁ. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2017. ISBN 978-80-7325-442-1.

HUBER, Wolfgang. *Etika: základní otázky života*. Přeložil Petr BABKA. Praha: Vyšehrad, 2016. ISBN 978-80-7429-642-0.

ILLICH, Ivan. *Limity medicíny: Nemesis medicíny - zaprodané zdraví*. Brno: Emitos, 2012. ISBN 978-80-87171-26-4.

IVANOVÁ, Kateřina. *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. ISBN 80-7368-069-6.

JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2018. ISBN 978-80-7553-414-9.

JONAS, Hans. *Princip odpovědnosti: pokus o etiku pro technologickou civilizaci*. Praha: Oikoymenh, 1997. Oikúmené. ISBN 80-86005-06-2.

JONSEN, Albert R., Mark SIEGLER a William J. WINSLADE. *Clinical ethics: a practical approach to ethical decisions in clinical medicine*. 7th ed. New York: McGraw-Hill, c2010. ISBN 978-0-07-163414-4.

JONSEN, Albert R., Mark SIEGLER a William J. WINSLADE. *Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*. Přeložil Jaromír MATĚJEK. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2019. ISBN 978-80-7553-653-2.

KALVACH, Zdeněk, L. ČELEDNOVÁ a I. HOLMEROVÁ. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.

KANT, Immanuel. *Základy metafyziky mravů. 2. vyd.* Praha: Svoboda, 1990. Filozofické dědictví. ISBN 80-205-0152-5.

KOŘENEK, Josef. *Lékařská etika*. Vyd. 2., přeprac. a dopl. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-538-8.

KŘÍŽOVÁ, Eva. *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*. Praha: [Eva Křížová], 1998. ISBN 80-238-0937-7.

KUŘE, Josef. *Prospektivní bioetika: studie ke konceptu etiky biomedicínských technologií*. Praha: Filosofía, 2020. ISBN 978-80-7007-645-3.

KUŘE, Josef. *Kapitoly z lékařské etiky. 2.*, upr. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2012. ISBN 978-80-210-5951-1.

MAAYTOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012. ISBN 978-80-7357-912-8.

MÁŠOVÁ, Hana, Eva KŘÍŽOVÁ a Petr SVOBODNÝ, ed. *České zdravotnictví: vize a skutečnost : složité peripetie od plánů k realizaci*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0944-4.

MISES Von, Ludwig. *Lidské jednání. Pojednání o ekonomii*. Praha: Liberální institut, 2006. ISBN 80-86389-45-6.

MOSKOP, John C. *Ethics and Health Care: An Introduction*. Cambridge: Cambridge University Press, 2016. Cambridge Applied Ethics. ISBN: 9781139058575.

MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1024-2.

PICO DELLA MIRANDOLA, Giovanni. *O důstojnosti člověka: De dignitate hominis*. Praha: OIKOYMENH, 2005. Knihovna renesančního myšlení. ISBN 80-7298-164-1.

PORTER, Roy. *Dějiny medicíny: od starověku po současnost*. V českém jazyce vydání třetí. Přeložil Jaroslav HOŘEJŠÍ. Praha: Prostor, 2015. Obzor (Prostor). ISBN 978-80-7260-324-4.

PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr. ed. *Důstojnost v medicíně*. Praha: Grada, 2022. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-271-3411-3.

PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr. ed. *Kontroverze současné medicíny*. Praha: Mladá fronta, 2016. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-204-4360-1.

PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr. ed. *Spravedlnost v medicíně*. Praha: Grada, 2022. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-271-2431-2.

PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr. ed. *Naděje v medicíně*. Praha: Grada, 2020. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-271-3077-1.

PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr. ed. *Lékař a pacient v moderní medicíně: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada Publishing, 2015. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5788-9.

PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr, MACH, Jan. *Informovaný souhlas: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Galén, [2017]. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-7492-334-0.

PUGH J, *Autonomy, Rationality, and Contemporary Bioethics*. Oxford (UK): Oxford University Press; 2020. ISBN-13: 978-0-19-885858-4.

RADBRUCH, Gustav. *O napětí mezi účely práva*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012. ISBN 978-80-7357-919-7.

RAWLS, John. *A Theory of justice*. Cambridge (Mass.): Belknap Press of Harvard University Press, 1971.

SOKOL, Jan. *Moc, peníze a právo: esej o společnosti a jejích institucích*. Praha: Vyšehrad, 2015. Moderní myšlení. ISBN 978-80-7429-638-3.

SOKOL, Jan. *Člověk jako osoba: filosofická antropologie*. Třetí, rozšířené vydání. Praha: Vyšehrad, 2016. Moderní myšlení. ISBN 978-80-7429-682-6.

ŠIMEK, Jiří. *Etické aspekty transformací zdravotnických systémů v rozvinutých státech světa*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0507-4.

ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5306-5.

ŠIMEK, Jiří, ŠPALEK, Vladimír. *Filozofické základy lékařské etiky*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0440-4.

TOLKIEN, J. R. R. *Pán prstenů*. Vyd. 6., V Argu 3. Přeložil Stanislava POŠUSTOVÁ-MENŠÍKOVÁ. Praha: Argo, 2012. ISBN 978-80-257-0748-7.

VÁCHA, Marek Orko, KÖNIGOVÁ, Radana, MAUER, Miloš. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-7367-780-0.

ZAVÁZALOVÁ, Helena. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Karolinum, 2002. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0467-1.

WAGNEROVÁ, Eliška, a kol. *Listina základních práv a svobod: komentář*. Praha: Wolters Kluwer, 2012. 906 s., S. 56.

Katechismus katolické církve. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2001. ISBN 80-7192-488-1.

Kompendium sociální nauky církve. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-014-1.

OTTO, J. *Ottův slovník naučný: ilustrovaná encyklopaedie obecných vědomostí*. Praha: 1909.

Články v periodících

ČERNÝ D., *Věk a spravedlivá alokace zdrojů*. *Neurol. praxi* 2021; 22(1): s. 34–39

JEDLIČKOVÁ A., *Etické konotace léčby onemocnění COVID-19*. *Vnitř. Lék* 2020; 66(7): s. 8-12

LEWIS, J., SCHUKLENK, U., *Bioethics met its COVID-19 Waterloo: The doctor knows best again*. *Bioethics*. 2021, roč. 35, č. 1, s. 3–5

MUNZAROVÁ M., *Co je vlastně důstojnost?* In: *Interní medicína pro praxi*, 2011, 13(2).

MUNZAROVÁ M., *Důstojnost člověka a lékařská etika*. In: *Časopis lékařů českých*. 2011, 150: 499-501

MACHULA T. 2006 *Pojetí lidské osoby a jeho etické důsledky*. *Sociální práce* 6 (2) s.

SING, M., KAPTCHUK, TJ., HENRICH, J. *Smal gods rituals and cooperations: The Mentawai water spirit Sikameinan*. *Evolution and Behavior* 2021, 42. 101 – 108

ŠRAJER, J. *Lidská důstojnost a sociální práce*. *Sociální práce*, r. 2006, č. 2, s. 109 – 113

ŠUSTEK, Petr, ŠOLC, Martin, *Prioritizace pacientů v intenzivní péči: etika a právní odpovědnost v době pandemie*. In: *Jurisprudence (Wolters Kluwer)*, rok: 2022, č.3, s.4.

ŠUSTEK, P., ČERNÝ, V., *Vyjádření k některým mediálním ohlasům na Stanovisko ČSARIM 13/2020 Rozhodování u pacientů v intenzivní péči v situaci nedostatku vzácných zdrojů*. In: Anest. Intenziv. Med. 2021; 32(2): 119–121

Studijní texty

DINGOVÁ ŠLIKOVÁ 2021 - Martina DINGOVÁ ŠLIKOVÁ: *Etické souvislosti alokace zdrojů s ohledem na možnosti a meze chronické dialyzační léčby*. Praha,. (Dizertační práce). Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií, Doktorský program Aplikovaná etika. Vedoucí práce Jedličková, Anetta.

MÁTĽ 2011 - V. Mátl: *Téma důstojnosti člověka v díle Jana Pavla II*. Praha. (diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze. Katolická teologická fakulta.

MORAVEC 2019 – Martin Moravec: *Kazuistika jako nástroj k řešení eticky náročných lékařských rozhodnutí*. Praha,. (Diplomová práce). Univerzita Karlova, Katolická teologická fakulta, Katedra systematické teologie a filosofie. Vedoucí práce Fošum, Jan.

ŠVECOVÁ 2016 - Veronika ŠVECOVÁ: *Lidská důstojnost jako základ vztahu mezi lékařem a pacientem*. České Budějovice. (Bakalářská práce). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Teologická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Martina Pavelková. Dostupné online: <https://theses.cz/id/j2x6x6/>.

ŠRAJER, J. *Lidská důstojnost*, Pracovní, nekorigovaný text, Určen pouze ke studijním účelům, získáno ve studijním portálu: Teologické fakulty v Českých Budějovicích

Internetové zdroje

CAMERON, J., SAVULESCU, J., WILKINSON, D. *Is withdrawing treatment really more problematic than withholding treatment?* Journal of Medical Ethics 2021;47:722-726. doi:10.1136/medethics-2020-106330

DAO, B., SAVULESCU, J., SUEN, J.Y. *et al. Ethical factors determining ECMO allocation during the COVID-19 pandemic*. BMC Med Ethics 22, 70 (2021). doi: 10.1186/s12910-021-00638-y

EMANUEL, EJ, PERSAD, G, UPSHUR, R, THOME, B, PARKER, M, GLICKMAN, A., ZHANG, C., BOYLE, C., SMITH, M., PHILLIPS, JP. *Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19*. N Engl J Med. 2020 May 21;382(21):2049-2055. doi: 10.1056/NEJMs2005114. Epub 2020 Mar 23. PMID: 32202722.

KAPPES, A, ZOHNY, H., SAVULESCU, J., et al. *Race and resource allocation: an online survey of US and UK adults' attitudes toward COVID-19 ventilator and vaccine distribution* BMJ Open 2022;12:e062561. doi: 10.1136/bmjopen-2022-062561

MACKLIN, R. *Dignity is a useless concept*. BMJ. 2003 Dec 20;327(7429):1419-20. doi: 10.1136/bmj.327.7429.1419. PMID: 14684633; PMCID: PMC300789.

PALACIOS-GONZÁLES, C., PUGH, J., WILKINSON, D., SAVULESCU, J. *Ethical heuristics for pandemic allocation of ventilators across hospitals. Developing World Bioeth.* 2022; 22: 34–43. <https://doi.org/10.1111/dewb.12315>

PUGH, J., WILKINSON, D., PALACIOS-GONZÁLES, C. and SAVULESCU, J., (2021), 'Beyond Individual Triage: Regional Allocation of Life-Saving Resources such as Ventilators in Public Health Emergencies', *Health Care Analysis*, Vol: 29, pp. 263–282

SAVULESCU, J., VERGANO, M., CRAXI, L., WILKINSON, D. *An ethical algorithm for rationing life sustaining treatment during the COVID-19 pandemic.* In *British Journal of Anaesthesia*, 2020 <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7264035/>>

SAVULESCU, J., CAMERON, J., WILKINSON, D. *Equality or utility? Ethics and law of rationing ventilators.* *British Journal of Anaesthesia* 2020 125 (3): 253e258 <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32381261/>>

SAVULESCU, J., PERSSON, I., WILKINSON, D. *Utilitarianism and the pandemic.* *Bioethics* 2020.34(6):620-632 <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32433782/>>

WILKINSON, D., (2021), *Frailty triage: is rationing intensive medical treatment on the grounds of frailty ethical?*, *American Journal of Bioethics*, Vol: 21(11): 48-63 <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33289443/>>

Zákon č. 96/2001 Sb. *Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (Úmluva o lidských právech a biomedicině)*, <https://www.lkcr.cz/doc/cms_library/96-2001-umluva-o-lid-pravech-a-biomedicine-100419.pdf>.

Zákon č. 372/2011 Sb., *o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.* <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>>.

Zákon č. 258/2000 Sb., *o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů.* <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-258>>.

ČERNÝ D, DOLEŽAL A, DOLEŽAL T. *Etická a právní východiska pro tvorbu doporučení k rozhodování o alokaci vzácných zdrojů při poskytování zdravotních služeb v rámci pandemie COVID-19.* <https://zdravotnickepravo.info/wp-content/uploads/2020/10/Eticka-a-pravni-vychodiska-pro-tvorbu-doporuceni-v-ramci-COVID-19_podzim-2020.pdf> .

KOLEKTIV AUTORŮ. *Stanovisko výboru ČSARIM 13/2020 : Rozhodování u pacientů v intenzivní péči v situaci nedostatku vzácných zdrojů.* In: *Anest. intenz. med.* 2020. <https://www.lkcr.cz/doc/cms_library/csarim-rozhodovani-u-pacientu-v-intenzivni-peci-v-situaci-nedostatku-vzacnych-zdroju-101497.pdf>.

WHO. *Ethics and COVID-19: resource allocation and priority-setting.* <<https://www.who.int/ethics/publications/ethics-covid-19-resource-allocation.pdf?ua=1>>.

Economic Justice for All, čl.71, 1986.
<https://www.usccb.org/upload/economic_justice_for_all.pdf>

PŘÍHODA, Petr. *Etika : Informovaný souhlas*. <<https://www.lf2.cuni.cz/ustav-lekarske-etiky-a-humanitnich-zakladu-mediciny-2-lf-uk/etika#10>>.

Historický vývoj pojmu důstojnost a jeho postupné začlenění do právního pořádku
(Text vznikl jako výstup konference Weyrův den právní teorie, která byla pořádána Právnickou fakultou Masarykovy univerzity v Brně, a byl publikován též v oficiálním sborníku příspěvků z této konference). <<https://www.pravniprostor.cz/clanky/ostatni-pravo/historicky-vyvoj-pojmu-dustojnost-a-jeho-postupne-zacleneni-do-pravniho-poradku>>

Veritatis splendor – Encyklika Jana Pavla II. O základech morálního učení Církve. Praha: Zvon, 1994. <https://cs.wikipedia.org/wiki/Veritatis_splendor>.

Přílohy

Příloha 1

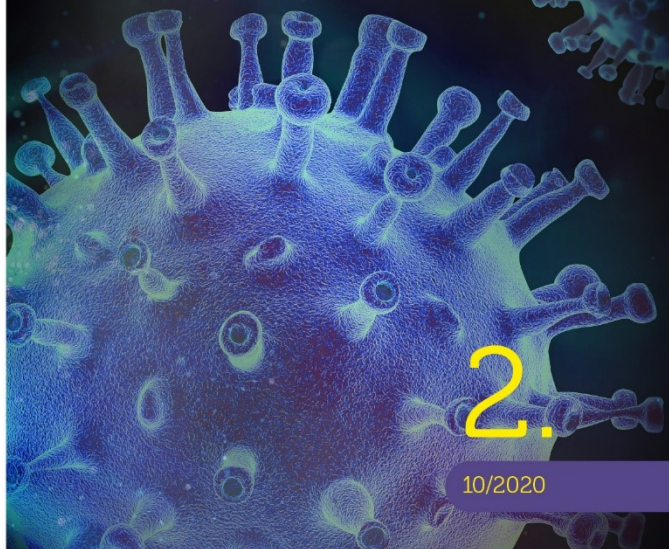
Etická a právní východiska pro tvorbu doporučení k rozhodování o alokaci vzácných zdrojů při poskytování zdravotních služeb v rámci pandemie covid-19 (ČERNÝ, D., DOLEŽAL, A. DOLEŽAL, T.)

ETICKÁ A PRÁVNÍ VÝCHODISKA

pro tvorbu doporučení k rozhodování o alokaci
vzácných zdrojů při poskytování zdravotních
služeb v rámci pandemie

COVID-19

David Černý | Adam Doležal | Tomáš Doležal

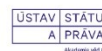


10/2020

Etická a právní východiska
pro tvorbu doporučení
k rozhodování o alokaci
vzácných zdrojů při
poskytování zdravotních
služeb v rámci pandemie
COVID-19

David Černý
Adam Doležal
Tomáš Doležal

Ústav státu a práva AV ČR, v. v. i.
Kabinet zdravotnického práva a bioetiky



2

2.

Druhé, aktualizované
a výrazně rozšířené
vydání. Obsahuje
doporučení pro
alokaci vakcíny proti
covid-19.

3

Obsah

Úvod (Jan Toman)	5
Etika alokace vzácných zdrojů.....	6
Triáž.....	10
Alokace vakcíny proti covid-19	15
Informovaný souhlas v době pandemie	18
Právní aspekty poskytování zdravotních služeb v době pandemie covid-19.....	19
Doporučená východiska pro ustanovení guidelines pro triáž.....	22
Literatura	24

4

Úvod

Endemie

Endemie, nebo lépe endemický výskyt nemoci, označuje stav, kdy se na daném území nemoc vyskytuje dlouhodobě bez příchodu nových nemocných zvenčí. Dobrým příkladem endemického výskytu onemocnění v Česku jsou například chřipka nebo lymfická borelióza. Endemický je u nás naopak nevyskytuje ebola či západonílská horečka. Když překročí počet nemocných určitým onemocněním prahou určenou prahem, endemický výskyt nemoci můžeme označit za epidemii. Kupříkladu u chřipky dochází k podobným cyklům každoročně.

Epidemie

Jako epidemii můžeme označit stav, kdy se nějaká nemoc za relativně krátký čas rozšíří mezi velký počet lidí. Třebaže můžeme vést polemiku o tom, co je vlastně nemoc, krátký čas i velký počet lidí, je zejména, že v epidemiím v užším slova smyslu vede aktivita různých patogenů – parazitických organismů, pro které člověk představuje hostitele. Casová dimenze jednotlivých epidemií se může lišit (rovinně například spalničky a HIV). Důležitý sdílený prah – šíření patogenů – ale můžeme s dostatek informací průběh epidemii podobně modelovat. Podmínkou, abychom šíření nějaké nemoci označili za epidemii, také by měla být geograficky rozsáhlá lokalita (kontinent, stát, nebo přinejmenším nějaký jeho podstátní správní celek).

Pandemie

Jako pandemii bývá označována rozsáhlá epidemie zasahující celý povrch Země, nebo alespoň jeho velkou část (například několik kontinentů), a podstatnou část lidské populace. Stejně jako samotný termín epidemie, také označení šíření nějaké nemoci za pandemii bývá do určité míry subjektivní. Na základě epidemiologického modelování ale zpravidla dokážeme dobře odhadnout, jaké nemoci mají potenciál se pandemiemi stát (např. španělská chřipka) a jaké ne (např. ebola).

Všechny tři definice shrnuje následující tabulka:

Endemie	Stav, kdy se na daném území nemoc vyskytuje dlouhodobě bez příchodu nových nemocných zvenčí.
Epidemie	Stav, kdy se nějaká nemoc za relativně krátký čas rozšíří mezi velký počet lidí.
Pandemie	Rozsáhlá epidemie zahrnující celý povrch Země či alespoň jeho velkou část.

Koronavirus SARS-CoV-2

Na konci roku 2019 se v čínském městě Wu-čan začalo šířit nové respirační onemocnění, který záhy vykazoval epidemiický potenciál. Býval se dřívejším vědeckým podřízením dokázat, že má virový původ. Konkrétně můžeme za jeho původce označit RNA virus ze skupiny koronavirov, který nejprve dostal označení 2019-nCoV a později jméno SARS-CoV-2.

Jak už název napovídá, jedná se o blízko příbuzného viru SARS-CoV způsobujícímu nemoc SARS (velký akutní respirační syndrom), jehož významnější rozšíření se podařilo zabránit v roce 2003. Aktuální výzkumy ukazují, že byl SARS-CoV-2 podobná jako SARS-CoV původně patogemem netopýrů a na člověka se patrně dostal přes mezilidskou – v případě SARS-CoV-2 se uvažuje o východosasijských košulkách. V současnosti neexistuje žádný důvod předpokládat, že virem bylo nějak uměle manipulováno, nebo že ho dokonce někdo úmyslně rozšířil.

SARS-CoV-2 se podle očekávání začal lavičkovitě šířit – v lednu a únoru nejprve ve východní Asii, a hlavně střední Číně, jejíž rozsáhlé oblasti byly několika týdny odříznuty v karanténě, od března stále výrazněji také v Evropě, Americe a zbytku světa. 11. března 2020 vyhlásila Světová zdravotnická organizace epidemii způsobenou SARS-CoV-2 za pandemii.

Onemocnění způsobované SARS-CoV-2 dostalo název COVID-19. Mezi jeho nejběžnější příznaky můžeme zařadit horečku, únavu, suchý kašel a dušnost. V malém procentu případů může mít závažnější průběh, přejít v zápal plic a vést až k respiračnímu selhání, selhání životně důležitých orgánů a smrti. Důležitá epidemiologická informace o virulenci SARS-CoV-2 (jednodušeji závažnosti příznaků), o tom, kolik jeden nakažený člověk dokáže nakazit dosud nemravnou osobu hostitelé (parametr R0), jeho smrtelnost (kolik diagnostikovaných případů skončí smrtí) a rizikových faktorů jsou stále předmětem výzkumu a dosahují velkých rozptýlení.

Počet asymptomatických jedinců – lidí, u kterých se vůbec nerozvinou příznaky onemocnění – se například může pohybovat mezi 1 až více než 90 %. Důvodem této nejistoty je prostý fakt, že lidé, kteří typické příznaky nevykazují, stávají většinou nezachytáni. Další lidé mohou vykazovat příznaky tak mírně, že náznaky COVID-19 vůbec nezaregistrují, nebo i virem mohou být v důsledku jiných nákaz částečně imunní. V neposlední řadě ovlivňují šíření viru povětrnostní podmínky a jejich změny v průběhu roku. Všechny tyto nejasnosti velmi komplikují tvorbu epidemiologických modelů.

Jisté je, že pravděpodobnost komplikovaného průběhu onemocnění výrazně stoupá s věkem, zejména od 60 let. Pro děti (s výjimkou kojenců) je naopak onemocnění ze statistického hlediska nejvíce nebezpečné. Dalšími velmi pravděpodobnými rizikovými faktory jsou nemoc srdce, vysoký krevní tlak, diabetes nebo rakovina. Na teoretické úrovni se uvažuje také o negativním vlivu některých léků na průběh onemocnění. Především je ale třeba si uvědomit, že mezi sebou tyto faktory silně souvisí (vysoký věk, chronické choroby, užívání léků apod.) a rozkládání jejich vlivů bude možné až za delší čas. **Uvažujeme reakce na každou hypotézu o tom, co průběh onemocnění může zhoršovat, proto zvažujeme i reakce na všechny tyto faktory.**

COVID-19 rozhodně není přímým existencím ohrožením pro lidstvo. Zdá se, že ve srovnání s dalšími novými nemocemi způsobovanými koronaviry, jako například SARS z let 2002–2003 či MERS z minulého desetiletí, že COVID-19 méně virulentní. Jeho alarmující smrtnost v nezasažených oblastech se pouze přibližuje 10% smrtnosti původního onemocnění SARS, přičemž s mírou testování populace a odhalování těchto nemocných, kteří vůbec nevykazují žádnou pomoc takřka jisté výrazné klesne. Ve vývoji jsou navíc nadějná léčiva a očkování. Výrazně ohrožení však představuje (a nezbytné reakce na ni má) představitel pro hospodářství a politické uspořádání zasažených zemí.

Vzhledem k rychlému šíření viru je jeho úplné vymorečení z nyměřných podmínek nepředstavitelné. SARS-CoV-2 je však RNA virem, a tudíž má významnou tendenci mutovat. Nejuspěšnější budou ty kmeny, které nakazí v průběhu onemocnění co nejvíce dalších hostitelů. Každé zpomalení šíření nemoci tudíž vytváří tlak na vznik těch kmenů, které budou člověku škodit co nejméně. Právě ty nakonec přežijí. Podobný scénář se ostatně odehrává poprvé. V naší populaci běžně koluje několik koronavirov, které způsobují rymu či nachlazení a raní raritně – zápal plic. Podobný bude zejména i osud SARS-CoV-2.

Etika alokace vzácných zdrojů

Epidemie a pandemii mohou představovat období, v nichž dochází k narušení života celé společnosti a velmi náročné a děletrající nároky jsou kladeny zvláště (byť ne vylučně) na systémy veřejného zdraví, od praktických lékařů až po nemocniční zařízení. Lékaři a zdravotnický personál se ocitají v první linii boje proti nebezpečnému patogenu, v případě současné epidemie viru SARS-CoV-2, jenž se do celého světa rozšířil z Číny. Právě v době vážných epidemii a pandemií se velmi náročně ukazuje, že volby, jež musí lékaři každodenně činit, nejsou založené pouze na vyjádření odborných znalostí, zkušeností a postupech lege artis, ale také a někdy dokonce primárně, na určitých hodnotových soudech, kdy se například lékař rozhoduje, zda zajistí umělou plicní ventilaci pacienta v situaci, kdy se o jeden přístroj uchází více kandidátů se stejným onemocněním a velmi podobnou prognózou, stávají se hodnotové soudy vodítkem, jenž jim umožňuje se v takové složité situaci racionálně rozhodnout, navíc zajišťují, že léčková volba není nahodilá, lze ji rozumově pochopit a analyzovat, je transparentní a dává lékaři možnost se morálně ospravedlnit v případě nesouhlasu.

Nastane-li epidemie či pandemii nebezpečného patogenu, mohou být i velmi dobří funkční zdravotnické systémy zasáhnoucí mimořádně závažnou opatření po lékařských intervencích, léčiv, vakcínách, lůžkách či speciálních přístrojích. Současnou pandemií virem SARS-CoV-2 charakterizuje v mnoha státech nedostatek ochranných pomůcek (lůžek, respirátorů, ochranné

obleky), lůžek, zvláště na jednotkách intenzivní péče, a vzhledem k povaze onemocnění způsobového tímto virem také plicních ventilátorů. Lékaři a zdravotnický personál se tak prakticky ze dne na den ocitají v situaci, kdy se jinak běžné intervence či přístroje stávají vzácnými zdroji. A právě v takovém okamžiku se vynořuje klíčová normativní (morální) otázka: **jakým způsobem by se měly alokovat tyto vzácné zdroje?**

Jaký je rozdíl mezi normativními a faktickými otázkami?

Mezi normativními (či normativně zabarvenými) a faktickými otázkami možná nelze klást jednoznačnou dělicí linii. Faktické otázky se ptají pouze na fakta (např. „kolik je hodin“, „kolik bází má DNA“), zatímco otázky normativní nějakým způsobem odkazují k hodnotové dimenzi. Otázka, jaká je správná terapie pro pacienta X“ je hodnotově podbarvená, neboť se neptá pouze na medicínská fakta, ale také na hodnoty, které jsou v každé volbě intervence implicitní či explicitně přítomné.

Faktické otázky	Hodnotové otázky
Jaká je struktura viru covid-19?	Jakým způsobem rozkládá ústenky a respirátor?
Jaká je smrtnost choroby covid-19?	Za jakých podmínek je možné pacientovi s covid-19 ukončit plicní ventilaci?
Jaká je prognóza tohoto pacienta s covid-19?	Měla by tomuto pacientovi být přednostně poskytnuta plicní ventilace?

Lékařská etika je filosofickou disciplínou (součástí aplikované etiky), jež se snaží zodpovědět otázky vznikající v kontextu moderní medicíny a biomedicínského výzkumu. V rámci této interdiciplinární humanitní vědy lze rozlišit celou řadu přístupů. Někteří autoři se zaměřují na jednotlivé lidské cíle a určují podmínky jejich správnosti pouze v závislosti na tom, zda maximalizují nějak (např. v pojmech dobrého života či jeho kvality) definovaný užitek (utilitarismus činný). Jiní postupují velmi podobně, namísto jednotlivých cílů si však kládou otázku, jaká etická pravidla by při dokonalé internalizační společnosti přinesla nejvyšší užitek co největšímu počtu lidí (utilitarismus pravidel). Pro někoho nejsou nejzákladnějšími zásadami, ale určitá pravidla, často spojená

se specifickou rolí (např. lékaře, zdravotní sestry, politika, manžela..., deontologie), nebo etické principy, z nichž je možné odvozovat specifické morální normy (principialismus). Další autoři se nezaměřují na důsledky či pravidla a normy, nýbrž na určité vnitřní charakterové vlastnosti (ctnost), kterými by měl disponovat a v jedné či ve druhé každého člověka (obecné „lidské“ ctnosti) či každý reprezentant nějaké role (rodící, partner...) či povolání.

Utilitarismus činů	Hodnotí jednotlivé instance jednání na základě toho, zda maximalizují nějak definovaný užitek.
Utilitarismus pravidel	Hodnotí etická pravidla na základě toho, zda jejich dokonalá realizace společnosti vedla k optimálním důsledkům.
Deontologie	Hodnotí lidské jednání na základě toho, zda respektují určité obecné či role-specifické morální normy či pravidla.
Principialismus	Hodnotí lidské jednání na základě toho, zda respektují základní etické principy.
Etika ctností	Hodnotí lidské jednání na základě toho, zda vycházejí či nevycházejí z ctnostného charakteru.

Tyto teorie slouží k ospravedlňování konkrétních morálních norem, v praxi se však nejčastěji setkáváme s etikou teorii pocházející z Georgetownské univerzity v americkém Washingtonu, jež je známa jako principialismus. Tato vírná teorie vychází ze čtyř základních principů, jimiž jsou:

1. Princip beneficence.
2. Princip non-maleficence.
3. Princip férovosti.
4. Princip respektu k autonomii.

Princip beneficence v hodnotové rovině specifikuje finalitu lékařského povolání a jednotlivých intervencí: úmyslem lékaře by mělo být vždy a za všech okolností prospívat svému pacientovi.

Princip non-maleficence určuje určitá omezení: lékařsi jsou povinni respektovat pravidlo nepůsobit pacientům úmyslně újmu.

Podíváme se na praktickou aplikaci těchto dvou pravidel. Představme si lékaře, který má pět pacientů nutně potřebujících orgány k transplantaci.

První princip beneficence mu ukládá povinnost jim pomoci. Dejme tomu, že by lékař mohl tyto orgány získat od jiného pacienta, který by však při odběru orgánů zemřel. **Princip non-maleficence** klade omezení na to, jakým způsobem lékař může intervenovat ve prospěch svých pacientů: nemůže usmrtit pacienta, aby jich zachránil pět.

Princip férovosti stanovuje, že při alokaci preventivních či kurativních intervencí, lůžek či přístrojů, je třeba ke všem pacientům přistupovat férově a nediskriminativně na základě morálně irelevantních vlastností.

Princip férovosti nepožaduje, aby lékaři neselektovali pacienty na základě relevantních důvodů. Například orgánů vhodných k transplantaci je nedostatek a je třeba stanovit pravidla, na jejichž základě mají někteří pacienti přednost před jinými.

Konečně **princip respektu k autonomii** klade velký důraz na autonomní přání pacientů. Ideálně je dosažení implementace **procesu sdíleného rozhodování**, kdy ve hře nejsou pouze medicínská fakta, ale také hodnotový systém lékaře a pacienta, kteří se snaží společným dialogem dospět k rozhodnutí přijatelnému pro všechny zúčastněné strany.

Princip respektu k autonomii neříká, že autonomní přání pacienta musí být vždy respektováno. Zvláště v případě závažných voleb, kdy je ve hře život a smrt, musí lékař přihlížet i k dalším normativním faktorům, jakým je například welfare (kvalita života) pacienta.

Princip beneficence	Za všech okolností hledí prospěch svým pacientům.
Princip non-maleficence	Za žádných okolností úmyslně neublíží svým pacientům.
Princip férovosti	Přístup k pacientům férově a nediskriminuje je.
Princip respektu k autonomii	Respektují autonomní svých pacientů.

Výše uvedené čtyři principy lékařské etiky jsou aplikovatelné i když někdy s obtížemi v běžných situacích, v případě vážných epidemii a pandemií, které výrazně postihují zdravotnický systém a vedou k tomu, že určité jindy běžné přístupové zdroje se stávají vzácnými, však musíme chápat z poněkud jiných pravidel. Tím není řečeno, že tato pravidla jsou či musí být v rozporu se čtyřmi principy. Může se však stát, že význam některých vzroste, zatímco jiné musí ustoupit do pozadí. Svou zásadní platnost si zachovávají první dva principy – princip beneficence specifikují finalitu, lékařských intervencí i v době krize vyvolané epidemii či pandemií, a princip non-maleficence, zakazující úmyslné působení újmy. Nově princip férovosti získává na platnost, třebaže je někdy nutné nové promyšlet způsob jeho praktické aplikace. **Princip respektu k autonomii však poněkud ustupuje do pozadí, neboť vzniká nutnost alokace vzácných zdrojů může znamenat, že některé zdroje nebudou poskytnuty navzdory žádosti ze strany pacientů či jejich zástupců. Nutnost rozhodovat se rychle také vyžaduje, aby byla specifikována konkrétní doporučení, jimiž je možné se řídit bez dlouhého promyšlení.** Doporučení by měla být co nejkonkrétnější, jasná, dobře srozumitelná a aplikovatelná v praxi. Jejich existence není vyžadována pouze tím, že lékaři rozhodují se o tom, komu poskytnou vzácné zdroje, neopírají své soudy a závěry pouze o své odborné znalosti, zkušenosti a postupu lege artis, ale také o morálních hodnoty. Ve hře jsou další důležité hodnoty, z nichž musíme zmínit především **transparentnost zvolených procedur** a na nich závisící **důvěra**.

Lékaři jsou morálně odpovědní za své volby, to kromě jiného znamená, že by je neměli přijímat nahodile, ale na základě racionálně zdůvodněných a srozumitelných principů. V době epidemie či pandemii navíc rozhodují o životě a smrti mnoha lidí, je tedy třeba upravit důvěru společnosti v jejich rozhodování. To je možné pouze tehdy, **budou-li se řídit transparentními a zdůvodněnými pravidly a doporučeními**, která pacientům, jejich blízkým a celé společnosti umožní jejich volby pochopit, jejich tragickému charakteru vyměnou kritickou situací navzdory.

Kritická rozhodnutí lékáři v době krize

Vyvolané epidemii či pandemií měla být založena na jasných, dobře a srozumitelně zformulovaných a racionálně zdůvodněných principů a doporučení. Jejich volby tak budou transparentní a mohou upravit, nikoli podkopat, důvěru společnosti.

Čtyři principy lékařské etiky je v době krize vyvolané epidemii či pandemií je možné nahradit následujícími **čtyřmi principy etiky alokace vzácných zdrojů**.

1. Princip maximalizace užitku dosažitelného prostřednictvím vzácných zdrojů.
2. Férovost.
3. Podpora těch, kteří pomáhají druhým.
4. Upřednostňování pacientů, kteří jsou na tom nejhůře.

Principy lékařské etiky	Principy etiky alokace vzácných zdrojů
Princip beneficence	Princip maximalizace užitku dosažitelného prostřednictvím vzácných zdrojů
Princip non-maleficence	Princip maximalizace užitku dosažitelného prostřednictvím vzácných zdrojů
Princip férovosti	Férovost
Princip respektu k autonomii	Podpora těch, kteří pomáhají druhým
	Upřednostňování pacientů, kteří jsou na tom nejhůře

První princip (maximalizace užitečnosti dosažitelného prostřednictvím vzácných zdrojů) je nejdůležitější a mžeme ho chápat jako specifikační principu **beneficence pro případ nutnosti alokace vzácných zdrojů v době krize vyvolané epidemií či pandemií**. Užitek je možné definovat více způsoby, například prostřednictvím počtu zachráněných životů či určením kvality a délky života pacientů po skončení terapie. V případě probíhající pandemie viru SARS-CoV-2 se jako nejvhodnější jeví **definice užitečnosti prostřednictvím počtu zachráněných životů**. Nacházíme se v době krize a nutností rychlého rozhodování, jež se týká velkého množství pacientů, není tedy možné zaměřovat se na kvalitu života pacientů, jež závisí na celé řadě faktorů a jejich určení vyžaduje čas a delší dialog s pacienty (či jejich zástupci). V okamžiku rozvolnění celé situace je však možné a žádoucí přihlížet k dalším faktorům, například kvalitě života.

Základní prioritou v poskytování vzácných zdrojů, například mechanické ventilace, tedy musí být chápána takto:

- ▶ Je pravděpodobné, že se pacient uzdraví
- ▶▶ Je málo pravděpodobné, že se pacient uzdraví
- ▶▶▶ Je pravděpodobné, že se pacient uzdraví doma.

První princip alokace vzácných zdrojů specifikuje první principy druhé etiky v době krize, musí však být podrobeny i druhému principu, principu non-maleficence, který zapovídá úmyslné působení újmy. Zároveň však určuje, že mohou nastat případy, kdy pacient v nouzi nebude připojen na mechanickou plícní ventilaci (nežahájí léčbu) či mu nebude poskytnut jiný vzácný zdroj. Jak jsme již řekli, v čase krize ustupuje princip respektu k autonomii a je tedy eticky přípustné nezahájit léčbu bez pacientova souhlasu či dokonce jeho nesouhlasu navzdory, ovšem vždy v souladu s etickými pravidly alokace vzácných zdrojů. Pro zahájení léčby je však informovaný souhlas nezbytný. Tyto postupy nelze chápat jako **úmyslné působení újmy**, zabíjí či jako **eutanzii**.

Eutanazie lze definovat prostřednictvím tří kritérií: způsob jednání, úmysl a akter. Způsobem jednání je podání nějaké přípravky, který pacienta usmrtí (v kontrastu k pouhému nezahájení či ukončení léčby), úmyslem je usmrtit pacienta v jeho prospěch (v protikladu k nezahájení či ukončení léčby, kdy je úmyslem lékaře neposkytovat medicínsky neadekvátní léčbu a smrt pacienta se nezamýšlí, pouze předvídá), akterem musí být lékař (na rozdíl od asistovaného sebeusmrcení, kdy je akterem pacient). Eutanazii tedy můžeme definovat jako

„takové opatření na konci života, kdy lékař podá pacientovi na základě jeho autonomního, dobře zváženého a opakovaně žádosti smrtící prostředek, přičemž i) jeho úmyslem je usmrtit pacienta, aby ho zbavil utrpení, ii) smrt pacienta je skutečně způsobená tímto prostředkem.“

Z etického hlediska je možné neposkytnout/odejmuti nějakého vzácného zdroje, které vede ke smrti pacienta a jehož cílem je poskytnout tyto zdroje pacientům s lepší prognózou, ospravedlnit principem **dvouhého účinku**. Ten v případě jednání se dvěma účinky, z nichž jeden je dobrý a druhý špatný, určuje, že toto jednání je morálně přípustné, jsou-li splněny následující čtyři podmínky:

1. Jednání samo o sobě je morálně přípustné.
2. Špatný účinek není zamýšlený, pouze předvídaný a přispětý.
3. Dobrý účinek neplyne z účinku špatného.
4. Existuje vážný důvod jednání uskutečnit.

Druhý princip etiky alokace vzácných zdrojů ukládá povinnost řetového přístupu ke všem pacientům. V případě alokace vzácných zdrojů někteří autoři upozorňují na to, že v době epidemií či pandemií princip „kdo dříve přijde, ten dostane vzácný zdroj“ nelze uplatňovat, neboť by to mohlo mít vážné důsledky, jako je smrtování lidí v nemocnicích, diskriminaci těch, kteří bytí ve větší vzdálenosti od nemocnice, či poskytnutí léčby pacientů s horší prognózou na úkor těch s lepší, kteří však onemocněli později (což by bylo v rozporu s prvním principem).

Třetí princip etiky alokace vzácných zdrojů určuje další praktický způsob respektování principu prvního, přednost by měl dostat ti, kteří jsou nejvíce nemocní, ale mají reálnou naději na přežití, nebo ti, kteří by v případě smrti prožili jen krátký život (mladí pacienti). Tento princip je ovšem třeba interpretovat ve světle předchozích pravidel, pokud tedy je prognóza nemocnějšího pacienta špatná a ventilátor by zachránil život pacienta s lepší prognózou, měl by dostat tento pacient přednost.

Konečně **čtvrtý princip etiky alokace vzácných zdrojů** stanoví, že přednost by měl dostávat ti, kteří jsou nejvíce nemocní, ale mají reálnou naději na přežití, nebo ti, kteří by v případě smrti prožili jen krátký život (mladí pacienti). Tento princip je ovšem třeba interpretovat ve světle předchozích pravidel, pokud tedy je prognóza nemocnějšího pacienta špatná a ventilátor by zachránil život pacienta s lepší prognózou, měl by dostat tento pacient přednost.

Z těchto čtyř principů alokace vzácných zdrojů v době vážné epidemií či pandemie je možné odvodit následujících pět praktických doporučení, která shrnuje následující tabulka:

	Popis	Odvodnění
1	Maximalizujte užitek určený počtem zachráněných životů.	První princip etiky alokace vzácných zdrojů.
2	V alokaci vzácných zdrojů zachovejte rovný přístup mezi pacienty s covid-19 a ostatními chorobami.	Druhý princip etiky alokace vzácných zdrojů.
3	Řiďte se s ohledem na povahu vzácného zdroje a změny vědeckého poznání. Např. v případě vakcín dejte přednost starším lidem, v případě plícní ventilace mladším.	První princip etiky alokace vzácných zdrojů.
4	Při alokaci vzácných zdrojů spojených s COVID-19 (vakcíny, léky, intervence, přístroje) upřednostněte zdravotnické pracovníky a ty, kteří jsou nezbytní pro fungování společnosti.	Třetí princip etiky alokace vzácných zdrojů, který konkretizuje aplikaci prvního principu.
5	U pacientů ze stejné vulnerabilní skupiny a se stejnou prognózou rozhodujte losem.	Druhý princip etiky alokace vzácných zdrojů, jiné formy rozhodování (first-come, first-served) mohou mít negativní důsledky.

Tato konkrétní doporučení mohou náležet praktickou aplikaci v procesu selekce pacientů (viz další kapitola) v případě nedostatku vzácných zdrojů způsobených pandemií covid-19. Doporučení 1 společně s prvním principem alokace vzácných zdrojů určuje finalitu triáže, již je záchrana co největšího počtu životů, další doporučení potom specifikují konkrétní postupy procesu určování priority při poskytování vzácných zdrojů. Lze také doporučit vznik speciálních komisí, které jsou složené z odborníků schopných rozhodovat na základě těchto doporučení a ve shodě s odbornými lékařskými poznatky. Tyto komise vycházejí z anonymizovaných

údajů poskytnutých ošetřujícími lékaři a člní příslušná rozhodnutí. Někteří autoři také doporučují, aby členové komise poště komunikovali s příslušnými pacienty či jejich rodinami a aplikovali svá rozhodnutí v praxi, dokonce i v případě, kdy se jedná o nepřídelení či odejmutí nějakého vzácného zdroje s následkem smrti pacienta.

Je třeba mít na paměti, že nepřidělení či odejmutí nějakého vzácného zdroje nevyhnutě pacienty z **lékařské péče**. Tito pacienti by měli být nadále doprovázeni paliativními týmy a **měla by jim být poskytnuta odpovídající paliativní péče**. V nejzávažnějších případech, kdy se i paliativní intervence stávají vzácným zdrojem, je možné zavázat **paliativní sedadla** jako jediný způsob, jak zajistit důstojné a bezbolestné umírání.

Triáž

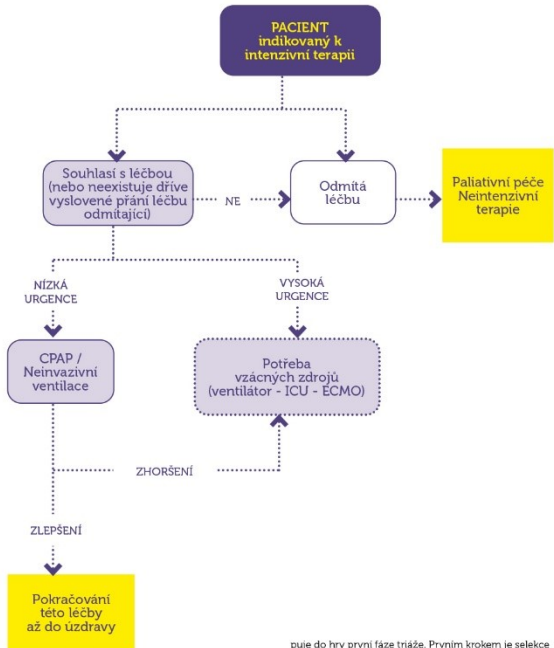
Slovo „triáž“ pochází z francouzského slova „trier“, jenž znamená třít a původně se užívalo v procesu třídění zemědělských produktů.

Historicky jako první užil tohoto termínu v medicínském kontextu hlavní chirurg Napoleonovy armády baron Dominique Jean Larrey, který byl ztělesněním, že zraněným vojákům nebyla lékařská péče a často na svá zranění zbytečně umírali. Larrey proto vytvořil systém selekce zraněných vojáků v průběhu bitvy, jejich okamžité ošetření a transportu prostřednictvím lehkých vozíků.

Princip selekce byl jednoduchý: prioritou měl být vážně zranění pacienti, kteří by bez lékařské péče dlouho nepřežili, méně vážně zranění museli počkat až do skončení ošetření jejich druhů. Mezi vojáky zakazoval Larrey čímti rozhodly na základě jiných než medicínských kritérií: pokud byl prostý vojn vážně zraněn, měl přednost před lehceji zraněným velitелеm.

Triáž má dvě fáze. První fázi triáže předchází selekce pacientů pro intenzivní terapii, kdy je zdrojů dostatek. Selekce pacientů probíhá pouze na základě dvou kritérií: i) souhlas/nesouhlas s navrhovanou léčbou, ii)

vážnost zdravotního stavu a realistická vyhlídka na klinický úspěch intenzivní terapie. Celý rozhodovací proces první fáze selekce pacientů pro intenzivní terapii shrnuje následující diagram:



V první fázi selekce pacientů hrají hlavní roli informovaný souhlas s léčbou, klinický stav pacienta a vyhlídka na úspěch intenzivní terapie, a konečné princip rovnosti, který ukládá alokovat dostupné zdroje všem v okamžiku potřeby (vyjádřeny principem first come, first served). Je-li však některý ze zdrojů vzácný, vstu-

puje do hry první fáze triáže. Prvním krokem je selekce pacientů a jejich zařazení do jedné ze tří kategorií v závislosti na předpokládaném úspěchu intenzivní terapie: nízká vysoká jistota nízké pravděpodobnosti úspěchu a přežití), střední (nejistá či mírná naděje na úspěch terapie a přežití), vysoká (silné přesvědčení či vysoká naděje na úspěch terapie a přežití pacienta). Kritéria určující vyhlídka na úspěch intenzivní terapie a přežití lze zařadit do tří skupin:

1. AKTUÁLNÍ ONEMOCNĚNÍ:
 - a. Závažnější formy onemocnění;
 - b. Doprovodné akutní orgánové selhávání.
2. KOMORBIDITY, NAPŘ.
 - a. Závažná disfunkce orgánů;
 - b. Velmi pokročilá generalizovaná neurologické onemocnění;
 - c. Velmi pokročilá onkologické onemocnění;
 - d. Těžké a nezvratně oslabení imunity;
 - e. Multimorbidita.
3. CELKOVÁ KRĚHKOST ORGANISMU (určená např. prostřednictvím Clinical Frailty Scale).

Mezi vyšší uvedenými kategoriemi pacientů existuje řád priority poskytování vzácných zdrojů, který zachycuje následující schéma:



Nejvyšší prioritou mají pacienti z poslední kategorie (vysoká naděje na úspěch). U pacientů z první kategorie s nízkou pravděpodobností na úspěch intenzivní terapie a přežití je indikována neintenzivní léčba, za všech okolností paliativní péče.

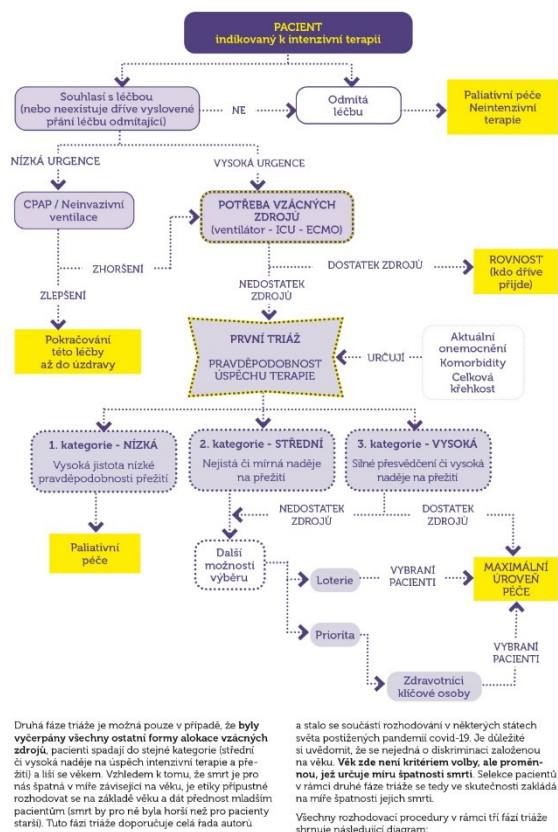
Druhým krokem této fáze triáže je alokace vzácných zdrojů pacientům s vysokou nadějí na úspěch intenzivní terapie. Mohou nastat dvě možnosti: zdrojů je dostatek a mohou být přiděleny všem pacientům z této kategorie, nebo jich je stále nedostatek. V takovém případě je třeba přikročit k dalším formám prioritizace. První z nich se opírá o doporučení č. 2 (a třetí princip etiky alokace zdrojů v době pandemie) a určuje, že pacienti důležití pro zvládnutí pandemie (lékaři a ošetřovatelský personál) či udržování chodu státu (např. klíčoví pracovníci jaderných elektráren) mají dostat přednost před ostatními. U dalších pacientů ve shodě s tím podobné věkové skupině je dále možné rozhodovat losem (tato metoda je v souladu s doporučením č. 5, principy rovnosti a druhým principem etiky alokace zdrojů v době pandemie). Existují-li v této kategorii pacienti, kteří se od sebe odlišují pouze věkem, potom je třeba přikročit k druhé fázi triáže.

Pacientů z druhé kategorie (nejistá či mírná naděje na úspěch intenzivní léčby) je možné zavázat alokaci vzácných zdrojů v okamžiku, kdy byli přiděleny všem pacientům z třetí kategorie a jsou dostupné. V případě, že není možné tyto zdroje alokovat všem pacientům (či udržování chodu státu (např. klíčoví pracovníci, zhruba stejného věku), případně přikročit k druhé fázi triáže (liší-li se věkem).



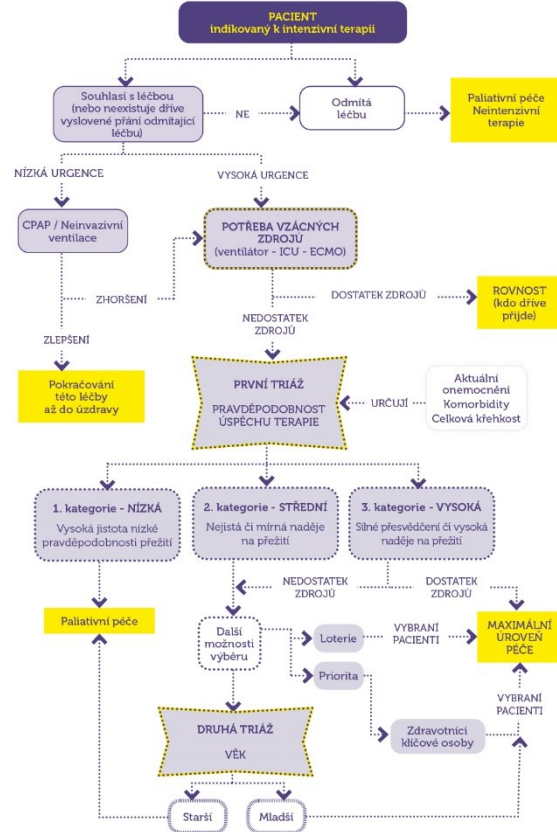
Tyto metody alokace vzácných zdrojů je možné kombinovat, vyžadují-li to situace. Pokud například není dostatek zdrojů pro všechny lékaře a ošetřovatelský personál, je možné mezi nimi volit na základě losování (v případě zhruba stejného věku), případně přikročit k druhé fázi triáže (liší-li se věkem).

Rozhodovací procedury během první fáze triáže shrnuje následující diagram:



Druhá řaze triaře je možná pouze v případě, že by vyčerpaný všechny ostatní formy alokace vzácných zdrojů, pacienti spadají do stejné kategorie (střední či vysoká naděje na úspěch intenzivní terapie a přežití) a liší se věkem. Vzhledem k tomu, že smrt je pro nás špatná v míře závislé na věku, je eticky přípustné rozhodovat se na základě věku a dát přednost mladším pacientům (smrt by pro ně byla horší než pro pacienty starší). Tuto řazi triaře doporučuje celá řada autorů.

a stalo se součástí rozhodování v některých státech světa postižených pandemií covid-19. Je důležité si uvědomit, že se nejedná o diskriminaci založenou na věku. Věk zde není kritériem volby, ale proměnnou, jež určuje míru špatnosti smrti. Selece pacientů v rámci druhé řaze triaře se tedy ve skutečnosti zakládá na míře špatnosti jejich smrti. Všechny rozhodovací procedury v rámci tří řaz triaře shrnuje následující diagram:



Alokace vakcíny proti covid-19

Zpomaleli či zastavili šíření viru SARS-CoV-2 v populaci, je velmi obtížné a přináší s sebou celou řadu negativních dopadů na lidské zdraví (oddálování lékařských zákroků, či zhoršení kvality poskytované pře, psychologické problémy), či socioekonomické faktory (rodin a celé společnosti). Příslušná opatření také vyžadují ochotu a schopnost efektivně a konzistentně je dodržovat, což může vzhledem k celé řadě faktorů (konspirační myšlení, zneuvěřování autorit některými lékaři, epistémická korupce společnosti, záplava fake news) velmi obtížné. Účinná vakcína proti onemocnění covid-19 je tak hlavní nadějí na efektivní zvládnutí pandemie a zamezení jejího návratu.

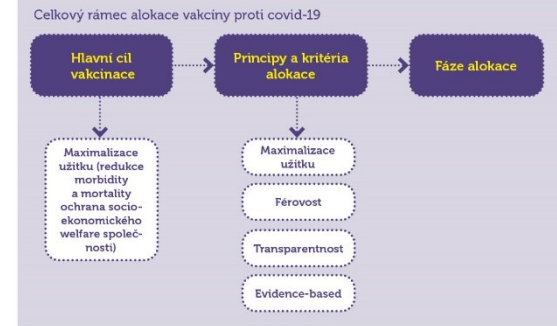
Třebaže se celá řada farmaceutických společností usilovně snaží vyvinout a otestovat vakcínu proti covid-19 (některé vakcíny již čekají na konečné schválení), pandemie covid-19 je celosvětový fenomén a v prvních fázích uvolňování na trh budou vakcíny představovat očkovací zdroj, který nebude přístupný všem. Je tedy třeba vytvořit efektivní a prakticky použitelný systém alokace vakcín proti covid-19, který bude v souladu s etickými principy. V následujících řádcích předkládáme eticky podložený a konzistentní rámec alokace vakcín, který má tři složky zobrazené v následujícím diagramu:



Hlavním cílem vakcinace je ochrana veřejného zdraví a socioekonomického welfare společnosti. Hlavními a snadno určitelnými parametry ochrany veřejného zdraví v souvislosti s vakcinací je redukce morbidit a mortality, parametry socioekonomického welfare společnosti nejsou předmětem těchto doporučení. Redukci mortality a morbidit společně s ochranou socioekonomického welfare společnosti lze chápat jako snahu o maximalizaci užítku, tj. jako první princip etiky alokace vzácných zdrojů z předchozí kapitoly. Tento princip hraje dvojí roli: jednak určuje hlavní cíl vakcinace, je však také jedním z etických principů, jež určují kritéria alokace vakcín.

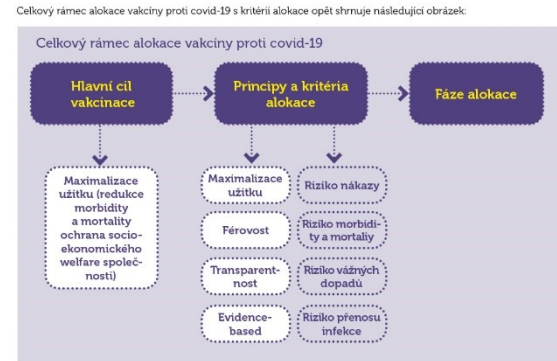
k názoru odborníků v daných oborech a neměl by se brát zřetel na falešné autority. Evidence-based přístup by měl přispět k vytvoření modelu přenosu infekce, identifikaci vulnerabilních skupin a přenosu viru.

Všechny principy v rámci celkového rámce shrnuje následující diagram:



Čtyři principy alokace vakcíny proti covid-19 umožňují formulovat prakticky aplikovatelná kritéria alokace vakcíny a kategorizace, která jsou založená na analýze rizik:

1. Riziko nákazy;
2. Riziko vážné morbidit a mortality;
3. Rizika vážných společenských dopadů;
4. Rizika přenosu infekce.



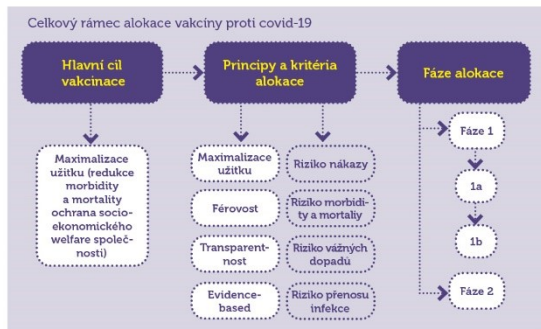
Prostřednictvím kritérií alokace vakcíny proti covid-19 je možné určit jednotlivé kategorie uchazečů o vakcínu a fáze její alokace.

Fáze	Skupina	Kritérium 1 (riziko)	Kritérium 2 (riziko)	Kritérium 3 (riziko)	Kritérium 4 (riziko)
1a	Lékaři a ošetrovatelský personál s vysokým rizikem nákazy	Vysoké	Střední	Vysoké	Vysoké
1a	Pracovníci záchranné služby	Vysoké	Střední	Vysoké	Vysoké
1b	Lidé ve vážném stavu a s komorbidity	Střední	Vysoké	Střední	Nizké
1b	Starší dospělí, zvláště žijící pohromadě	Vysoké	Vysoké	Nizké	Nizké
2	Učitelé a pracovníci ve školství	Vysoké	Střední	Vysoké	Vysoké
2	Lidé s mírnými zdravotními problémy	Střední	Střední	Střední	Nizké
2	Další dospělí	Střední	Vysoké	Nizké	Nizké
2	Starší děti	Vysoké	Nizké	Střední	Střední
2	Malé děti	Střední	Nizké	Střední	Vysoké

Pokud se lékaři dají hromadně očkovat, mohou tím vyslat důležitý pozitivní signál společnosti, která by tak mohla překonat obavy z vakcinace.

Třebaže má alokace vakcíny proti onemocnění covid-19 pouze dvě fáze, každá z těchto fází je rozdělena na

kládě 1 – 4. kritéria do čtyř a pěti kategorií, jež umožňují bližší specifikaci postupu alokace v rámci každé fáze. Konečný pohled na celkový rámec alokace vakcíny proti covid-19 podává následující schéma:



Informovaný souhlas v době pandemie

Theoretický koncept

V moderní bioetice je nutnou podmínkou pro provedení jakéhokoli zákroku v klinické praxi tzv. informovaný souhlas, který dává lékaři pacient, pokud je kompetentní. Výjimkou jsou pouze situace tzv. neodkladné péče a dále pak situace, kdy může být pacient bez souhlasu hospitalizován (např. z důvodu ochrany veřejného zdraví či ústřední ochranného léčení). Kromě klinické praxe je informovaný souhlas vyžadován také v medicínském výzkumu, kdy pro osobu účastnickou se výzkumem platí obdobná práva jako u pacienta. Pokud osoba není kompetentní k vyslovení souhlasu, je vyžadován souhlas jiné zastupující osoby, ať už určené přímo pacientem nebo určené právními předpisy.

Informovaný souhlas se objevuje zejména jako důsledek selhání lékařského stavu v druhé světové válce a je spojen s rozšířením konceptu lidských práv na oblast medicíny. V současné době není jen etický, ale i právní institutem, který má zajistit zejména následující hodnoty:

- 1) respekt k pacientově autonomii,
- 2) ochranu pacienta před zneužitím postavení lékaře (pod pojem lékař je zde zahrnut i jiný zdravotnický pracovník),
- 3) důvěru ve vztahu lékaře a pacienta.

Úmluva o lidských právech a biomedicíně čl. 5

Jákykoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích. Dotčená osoba může kdykoli svobodně svůj souhlas odvolat.

Z hlediska principů, o kterých jsme hovořili v předchozích odstavcích, je jako zásadní pro institut informovaného souhlasu vnímán zejména princip respektu k autonomii pacienta, o jehož specifické modifikaci v době pandemie pojednáme níže. Naopak ochrany účel informovaného souhlasu je zachován i v době pandemie, stejně tak musí být jakékoliv jednání lékaře vedeno snahou zachovat důvěru ve vztahu s pacientem. Tato elementární důvěra se totiž prolíná do důvěryhodnosti celé zdravotní instituce a proto do důvěryhodnosti celého zdravotnického systému.

Autonomie a její projev v teorii informovaného souhlasu

Informovaný souhlas má ale zcela zásadní reprezentativní právní hodnotu spočívající v respektování autonomie kompetentního pacienta.

Informovaný souhlas primárně slouží jako autonomní autorizace medicínského výkonu, přičemž taková autorizace spočívá v akceptaci navrhovaného výkonu, přičemž tato akceptace je dobrovolná, pacient je kompetentní, je poučen ze strany lékaře a poskytnuté informace porozuměl. Taková autorizace zajišťuje autonomní rozhodnutí pacienta. Sládá se tedy z jeho výše uvedených prvků.

- 1) kompetence,
- 2) dobrovolnosti,
- 3) poučení ze strany lékaře,
- 4) porozumění ze strany pacienta, a konečně
- 5) volby léčby a její autorizace (souhlasu).

Kromě informovaného souhlasu se princip respektu k autonomii pacienta v běžné klinické praxi odráží v možnosti odmítnout léčbu, byť by to odnímání vedlo k vážnému poškození pacientova zdraví nebo dokonce k ohrožení jeho života (odnímání musí také obsahovat shodné prohlášení jako informovaný souhlas, a tzv. dříve vyslovených přáních. Dříve vyslovená přání jsou pacientovou projevenou vůlí k postupu léčby pro případ, že by se dostal do takového stavu, ve kterém již nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesoúhlas s poskytnutím zdravotních služeb. Pro tuto situaci může pacient také ustanovit svého zástupce.

Omezení autonomie pacienta v době pandemie a modifikace informovaného souhlasu

Jž bylo naznačeno, že v době pandemie je autonomie pacienta upravena. Do hry vstupují jiné principy, které princip autonomie pro stlačí, kdy je omezen počet vzácných zdrojů, přežití. Znamená to ale, že je

princip respektu k autonomii zcela opuštěn? A pokud ne, což je zde navrhována odpověď, jakým způsobem je omezen, a jak je respektován?

Zásadní omezení spočívá v možnosti volby z navrhovaných postupů léčby – léčba, která by v normálním stavu byla nabídnuta jako indikativní medicínský postup, v současné době již není dostupná, nemůže být tedy zahrnuta do případného cíle léčby. Sníženou možností volby samozřejmě dochází ke snížení autonomie pacienta, což je jindy mohlo být součástí jeho závazného rozhodnutí o postupu léčby, je v situaci pandemie součástí transparentního rozhodovacího systému mimo sílu pacienta. Konkrétní poskytování zdravotních služeb s užitím vzácných zdrojů je přidělováno na základě stanovených pravidel. Dochází tak k omezení práva pacientů, nirměné toto omezení má své etické a právní odůvodnění. Léčba s užitím vzácných zdrojů již není předmětem volby pacienta.

Jakoukoliv léčbu však stále musí pacient právně relevantním způsobem autorizovat, tj. musí vyjádřit svůj souhlas se zásahem do jeho integrity. Stále může takovou léčbu odmítnout, pokud zde jsou lézečné alternativy (což však již nebude časté), může si mezi nimi vybrat.

Zachována musí být i podmínka kompetence pacienta (jrnak je nutný zástupný souhlas) a dobrovolnost jednání pacienta, neoprávněný vliv na takové jednání činí souhlas neplatným. Zde v velké modifikaci principu respektu k autonomii nedochází.

Etická otázka vzniká u informovaného pacienta, případně jeho zástupce. Co se týče jiné léčby než léčby s užitím vzácných zdrojů, zůstává zde povinnost poskytovatele zdravotních služeb srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informovat pacienta o jeho zdravotním stavu a navrženém léčebném postupu a všech jeho změnách, tj. zejména o příčině a původu nemoci, účelu a povaze medicínského výkonu, jeho možných důsledcích a rizicích, jeho alternativách a konečně i dopadech na jeho budoucí způsob života. Podstatný je ale problém s informovaním o vlastním neposkytnutí vzácných zdrojů. Jak sdělí pacientovi nebo jemu blízké osobě, že mu nebude poskytnuta plnicí ventilace, když je to jediná možnost, která má alespoň nějakou naději na úspěch (tj. eventuální možnost přežití)? Nejde-li zde zejména o léčbu neúčinnou, medicínsky neadekvátní nebo i neudržetelnou pacientem, jeho zástupce, měla by být i běžné praxi jako relevantní život udržující léčba zahájena (nebo by v ní bylo pokračováno). V situaci pandemie však tato léčba není pro konkrétního pacienta na základě nastavených obecných pravidel dostupná.

Důvěryhodnost a důvěra jsou zásadními hodnotami ve vztahu lékaře a pacienta. I z těchto důvodů je třeba pravdivě informovat o triáži a jejím postupu, nikoliv kompetentního pacienta, případně jeho zástupce, klást a manipulovat. Proto je třeba odmítnout jakoukoliv formu mlodosrdné lži, kdy by se podávala nepravdivá informace o stavu pacienta – např. pokud by zástupci pacienta bylo namířováno, že léčba není konána kvůli triáži, ale protože je medicínsky neadekvátní (nutná). Zejména s ohledem na nepřijemnou komunikaci s pacientovými příbuznými se může na první pohled tento přístup jako přístup morálně přijatelný. Z dlouhodobé perspektivy je však výsoce pravděpodobné, že takový

postup bude odhalen, a že sníží celkovou důvěryhodnost nejen v ošetrující zdravotní ale i nemocnici a v konečném důsledku ve zdravotnictví vůbec.

Důvěra ale může sloužit i to, že pacient, resp. v praxi spíše jeho blízcí, by viděli, jak lékař ošetrující pacienta, zároveň rozhoduje o nezahrnutí plnicí ventilace u shodného pacienta a tím ho prakticky (s vysokou mírou pravděpodobnosti) odsuzuje ke smrti. To samozřejmě nepůsobí nijak dobře.

Z tohoto důvodu by měla informace podávat jiná osoba než ošetrující lékař, nejlepě člen ustanovené komise pro případ triáže. Byla by to opět výjimka z konceptu informovaného souhlasu, kde informace má podávat ošetrující lékař, jenž zároveň odpovídá na doplnující dotazy. Člen komise jako osoba nezávislá, nczapojená do procesu léčby, zároveň ale odborně způsobilá s dlouholetou zkušeností v oboru, se pro případ pandemie jeví jako osoba vhodnější. Ustanovení komise s členy na odborné výši, mající naucebnou vysokou komunikační dovednost, zejména s ohledem na konec lidského života, se proto jeví jako výsoce důležité, aby byl křehký stav důvěry zachován.

Právní aspekty poskytování zdravotních služeb v době pandemie COVID-19

Epidemie a pandemie přinášejí obtížné etické a medicínské výzvy, které se ovšem odehrávají v právním prostředí. Toto prostředí je již do jisté míry nastaveno a počítá se zvláštními režimy právní regulace v době takovýchto krizí. Jednotlivé státy mohou přistupovat k řešení v rovnání právní různým způsobem a nelze tak vyvodit nějaký jednotný element. Je zřejmé, že státy Evropské unie jsou demokratickými, právními státy a proto by přijímaná opatření, jako obnova, tak procedurální, neměla vybočovat z pravidel stanovených pro legislativu. Současně je zřejmé, že musí zůstat zachovány základní principy, na nichž demokratické právní státy stojí.

V rámci mimořádných opatření vydaných již v březnu 2020 bylo všem poskytovatelům zdravotních služeb, resp. poskytovatelům akutní lůžkové péče, při poskytování zdravotních služeb nařazeno:

▶ vyčlenit za účelem zabránění šíření infekčního onemocnění COVID-19 uvnitř zdravotnického zařízení na vstupu do zdravotnického zařízení, nebo na jiném vhodném místě, prostor pro provedení triáže (triáže všech pacientů vstupujících do zdravotnického zařízení, včetně pacientů předávaných zdravotnickou záchrannou službou).

▶ zpracovat metodiku, která stanoví pravidla pro třídění pacientů z hlediska dalšího poskytování zdravotních služeb a která bude zaměřena na identifikaci pacientů s podezřením na onemocnění COVID-19 či s prokázaným onemocněním COVID-19 a dále pravidla pro poskytování zdravotních služeb těmto pacientům.

▶ zajistit třídění (triáž) všech pacientů vstupujících do zdravotnického zařízení v souladu s touto metodikou.

Většina poskytovatelů zdravotních služeb ovšem v rámci jarní vlny pandemie neměla nucenou metodiku triáže zpracovat, neboť počty hospitalizovaných pacientů nepřekročily kapacity jednotek intenzivní péče. Predikce hospitalizací na JIP v rámci podzimní vlny již ovšem jasně naznačují, že metodiku triáže by poskytovatelé měli mít k dispozici.

Principy alokace

Hlavní principy, na nichž by alokace vzácných zdrojů měla stát, jsou principy etické (viz shora) a medicínské, právo ovšem nemůže stát stranou a mělo by být garantem spravedlivého přístupu k nakládání se vzácnými zdroji a současně zaručovat, že zvolené principy triáže jsou souladné s naším právním řádem, zejména pak respektováním základních lidských práv, principů právního státu a hodnot, na nichž je naše společnost založena.

Alokace vzácných zdrojů pro případ pandemie není v právních předpisech upravujících poskytování zdravotních služeb v ČR nijak specificky upravena. Jednou výjimkou, několik však na úrovni právních norem, je pandemický plán ČR z roku 2011, který obsahuje velmi kusé ustanovení o zajištění etičnosti pandemické připravenosti a odpovědi, kde konstatuje:

„Pandemie chřipky, stejně jako kterákoli jiná akutní situace na poli veřejného zdraví, vyžaduje přijetí rozhodnutí, jež se neobejde bez balancování mezi potenciálními konfliktami zájmů jednotlivce se zájmy komunity. Rozhodnutí osoby mohou stavět na etických principech jako nástroji hodnocení a balancování tohoto sporu zájmů a hodnot. Etický přístup nepokouje předem stanovit postup, nímto toho aplikuje principy jako rovnost, prospěšnost / efektivnost, svoboda, předčítání a solidarita. Tyto principy mohou být použity jako základní kostra hodnocení a balancování škály zájmů a zajištění cíle (jako je ochrana lidských práv a specifické potřeby vulnerabilních a minoritních skupin).“

Problémátika alokace vzácných zdrojů v oblasti poskytování zdravotních služeb není ovšem neznámá. Právním upraveným případ rozhodování o alokaci vzácných zdrojů v oblasti poskytování zdravotních služeb obsahuje ustanovení § 17 odst. 1 transplantčního zákona, které předpokládá výběr příjemců na základě principu medicínské naléhavosti a rovnosti.

Vyzva k činnosti zákonodárce

Z hlediska právního by bylo více vhodné, aby rozhodování o alokaci vzácných zdrojů v případě nedostatku vzácných zdrojů v rámci probíhající pandemie bylo upraveno zákonodárcem. Tak by se zabránilo zbytečným tlakům na poskytovatele zdravotních služeb a zdravotnické pracovníky, aby při zachráně lidských životů v kritických momentech byli nuceni přemýšlet o tom, zda jejich rozhodnutí o přidělení zdravotní péče je v souladu s právem, či mohou ev. post být vystaveni trestněprávní následkům svého rozhodnutí. Bohužel zákonodárci ponechal ustanovení pro rozhodování o alokaci vzácných zdrojů zcela na poskytovatelích.

Jak postupovat, když je triáž nutná?

Jak tedy pracovat se stavem, kdy chybí explicitní právní úprava rozhodování o alokaci vzácných zdrojů? Ačkoli je se řad právního částo uvolno, že výběr učícího pacienta v rámci triáže je protisústavní, je toto tvrzení krajně problematické. Na shora uvedeném příkladu transplantčního zákona bylo demonstrováno, že právo počítá s možností nerovnoměrné alokace vzácných zdrojů (prioritizací) a rozhodování o alokaci a takových případech není per se protisústavní.

Na jakých principech by tedy měla pravidla rozhodování o alokaci vzácných zdrojů postavena?

Při tvorbě pravidel pro rozhodování o alokaci vzácných zdrojů by poskytovatelé měli vycházet z toho, že při poskytování zdravotních služeb je nutno se řídit běžnými právními předpisy upravujícími poskytování zdravotních služeb, při vědomí jejich modifikace přijatými opatřeními Vlády ČR a MZ ČR a faktickými aspekty krizové situace.

Poskytování zdravotních služeb je tedy i nadále založeno na principu respektu autonomie pacienta a jeho důstojnosti. Základní práva a povinnosti typicky pro vztah pacienta a lékaře zůstávají zachovány. Pacient musí být v souladu s právními předpisy řádně poučen o navrhované léčbě a i nadále je možno pacientovi poskytovat zdravotní služby pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem.

Postup zdravotnických pracovníků musí být ve všech případech lege artis. Případně rozhodování o alokaci vzácných zdrojů, jinak nemodifikuje definici postupu lege artis, neboť se ho netýká. Že o rozhodnutí na vyšší úrovni, tj. komise, může poskytnutí určitý typ péče, a o tomto rozhodnutí je nutno postupovat ve všech případech lege artis (např. poskytnutí patřičné paliativní péče). Povinná mčřitlivost zdravotnických pracovníků, ani povinnost poskytovatele zdravotních služeb věst řádně zdravotnickou dokumentaci není rovněž dotčena.

klíčovou roli při rozhodování o přidělení vzácného zdroje (poskytování intenzivní péče) pacientovi hraje vůle pacienta a lékařská indikace a kritéria pro prioritizaci. V situaci, kdy pacient s poskytováním intenzivní péče nesehlasí (nebo je k dispozici jeho dříve vyjádřená přání), lékař poskytování intenzivní péče nezahájí, byť by pacient byl k takové péči indikován. Obdobně nezahájí lékař intenzivní péči v situaci, kdy jejímu poskytování chybí indikace.

Tyto případy ale budou v rámci současné krize vzácné, typické situace budou naopak případy, kdy je pro pacienta intenzivní péče indikována a lež v neodmítnutí, ale z důvodu nedostatku vzácných zdrojů nemůže být poskytnuta všem takovým pacientům současně.

V klinické praxi lze rozlišovat:

1. rozhodnutí, kdy je intenzivní péče zahajována (triaž ex ante)

Příklad: Na oddělení JIP se nachází více pacientů, kteří potřebují ve stejném okamžiku poskytnout plně ventilátor. Počet plně ventilátorů je ale omezený a není jich dostatek pro všechny pacienty.

2. rozhodnutí, kdy je již běžící intenzivní péče ukončována a péče je přidělována jinému pacientovi (triaž ex post).

Příklad: Na oddělení JIP je již plně obsazena kapacita plně ventilátorů. Na jednom z ventilátorů je připojen pacient, jehož stav se nezlepšuje a v důsledku komorbidity je jen velmi malá šance na přežití. Tomuto pacientovi je přístroj odebrán a je poskytnut jinému pacientovi s vysokou šancí na přežití.

Tlak fakticity

Základním aspektem rozhodování v těchto kritických situacích, které se odlišují od poskytování zdravotních služeb v normálních situacích, je faktická nemožnost poskytnout zdravotní služby všem, kdo je v daném okamžiku potřebují. Argumentace článkem 13 Listiny základních práv a svobod je tedy krajně problematická a výkon práva na ochranu zdraví a běžně stanovená povinnost lékařů poskytovat příslušnou zdravotní péči všem pacientům je fakticky vyloučena zásadou „ad impossibilia nemo obligatur“ (nikdo není zavázán k nemožnému).

Či 31 Listiny

Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.

Pokud bychom respektovali názor některých právníků o protůstavnosti jakékoli prioritizace, museli bychom dospět k tomu, že zdravotní služby nebudou poskytovány nikomu, aby se zabránilo upřednostnění jakéhokoliv pacienta před jiným. Takového závěru je ale zcela v rozporu se základními principy právního státu, kdy povinností státu je ochrana základních lidských práv (včetně lidského života jako hodnoty nejvyšší a je pro valnou většinu lidí zcela kontraintuitivní).

Prioritizace

V rámci mimořádných opatření bylo všem poskytovatelům zdravotních služeb nařízeno stanovit pravidla pro třídění pacientů z hlediska dalšího poskytování zdravotních služeb, tj. kritéria pro prioritizaci. V praxi tedy k prioritizaci určitých pacientů docházet bude a cílem je zajistit, aby tato prioritizace byla v souladu s právním řádem a principy spravedlnosti.

Jak již bylo uvedeno shora, prioritizace v oblasti poskytování zdravotních služeb nemusí per se být protistávní, protistávní by ale byla v situaci, kdy by byla založena na nedovolitelných kritériích výběru, tj. kritériích založených na rozlišování z důvodu ras, etnického původu, národnosti, pohlaví, sexuální orientace, věku, zdravotního postavení, náboženského vyznání, viny či světového názoru.

Pokud mají pravidla pro třídění pacientů (pravidla triáže) být v souladu s právem, musí garantovat spravedlnost rozhodování ve dvou rovnicích – materialně-právní (ochrana důstojnosti člověka, zákaz diskriminace) a procedurální (transparentnost a férovost rozhodování).

Z právního hlediska je nutno vyzdvihnout zejména následující principy, které by při rozhodování o alokaci vzácných zdrojů při poskytování zdravotních služeb měly být respektovány:

- respekt k lidské důstojnosti;
- transparentnost stanovení kritérií pro rozhodování, jejich přístupnost a aktualizace v závislosti na vývoji situace;
- transparentnost a nediskriminačnost stanovených kritérií;
- nezávislost a férovost při aplikaci stanovených kritérií (např. vytvoření zvláštní komise nebo alespoň rozhodnutí více osob).

V případě prohibiční triáže je nezbytné, aby rozhodnutí o neposkytnutí určité péče byla s pacientem nebo jeho zástupci řádně komunikována a zaznamenána ve zdravotnické dokumentaci.

Vzhledem k určitým pochybnostem o legitimitě prioritizace v rámci triáže se pokusíme shrnout základní právní argumentační odůvodňující možnost provedení triáže ve stávající kritické situaci:

Právní argumentace pro přijatelnost triáže ex ante

V případě, kdy se zdravotničtí pracovníci nacházejí v situaci, že fakticky nelze poskytnout intenzivní péči každému pacientovi, je běžně stanovená povinnost lékařů poskytovat příslušnou zdravotní péči všem pacientům fakticky vyloučena zásadou, ad impossibilia nemo obligatur (nikdo není zavázán k nemožnému). Zdravotničtí pracovníci se tedy ocitají v konfliktu dvou stejně závažných právních povinností. Taková situace byvá běžně v zahranítní trestně-právní dogmatice zejména mezi okolosty vylučující protiprávnost, a proto neposkytnutí péče jednoma z pacientů není protiprávní. K tomu, aby při volbě určitého pacienta bylo zaměřeno svévolí, musí vybrat splňovat shora uvedená kritéria. Tj. nesmí být založen na nedovolitelných kritériích. Mezi obecně akceptovaná kritéria patří kritérium naléhavosti a výhledky na klinický úspěch. Proto kritérium pravděpodobnosti úspěchu terapie, které je kombinací posouzení naléhavosti a klinického úspěchu, je zcela legitimní.

Právní argumentace pro triáž ex post

Právní odůvodnění tohoto typu rozhodování je velmi komplikované a řada právníků je přesvědčena o zjevně trestněprávních konsekvencích takového jednání. S ohledem na problematičnost tohoto typu triáže a nejšetrnější právní posouzení, jsme v doplnění zcela upuštěli od možnosti tohoto typu rozhodování. Jediná, právně přijatelná situace upuštění od poskytování další intenzivní péče (např. odpojení od ventilátoru), je situace, kdy je vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta taková péče dále medicínsky neadekvátní (futilní). Pak lze poskytování péče ukončit a poskytnout ji jinému pacientovi. Vzhledem k nedostatku zdrojů je přijatelný proces ukončování léčby urychlil.

Doporučená východiska pro ustanovení guidelines pro triáž

I. Subsidiarita triáže opatření

1. Triáž přichází na řadu až jako poslední možné řešení, v situaci naprosto nezbytnosti plynoucí z nedostatku vzácných zdrojů spojených s COVID-19 (dále jen „vzácný zdroj“).

II. Cíl triáže

- 1. Cílem triáže je zachránit nejvyšší počet lidských životů.
- 2. K dosažení cíle je nutné vyhodnocovat pravděpodobnost přežití u konkrétního pacienta. Přežití se odvozuje od pacientovy prognózy přežití akutní medicínskou příhodou (nemoc, úraz), pro niž jsou indikovány zdravotní služby spojené s užitím vzácných zdrojů.
- 3. Do vyhodnocování prospěšnosti užití vzácných zdrojů nejsou zahrnuty neklinické faktory jako jsou kvalita dalšího života, sociální aspekty, apod.

III. Zákaz diskriminace

- 1. Je zakázána jakákoliv diskriminace, zejména diskriminace z důvodu pohlaví, sexuální orientace, rasového nebo etnického původu, národnosti, státního občanství, sociálního původu, rodu, jazyka, věku, náboženství, vztahu, majetku, manželského a rodinného stavu a vztahu nebo povinnosti k rodině, politického nebo jiného smýšlení, členství a činnosti v politických stranách nebo politických hnutích, povolání s výjimkou uvedenou v odst. 2. tohoto článku.
- 2. Přednost při poskytování zdravotních služeb s využitím vzácných zdrojů mají lékaři a zdravotničtí pracovníci, podléhající se na poskytování zdravotních služeb v souvislosti s bojem proti epidemii koronaviru a dále dle příslušné bezpečnostní sborů vykonávající ochrany v souvislosti s bojem proti epidemii koronaviru a další pracovníci zajišťující provoz nezbytných nutných služeb pro provoz státu.

IV. Zásady pro nakládání se vzácnými zdroji

- 1. Potřeba užití vzácných zdrojů se nevztahuje pouze na pacienty, kteří jsou postiženi pandemickým virem (nemocněním („pandemickými pacienty“), ale i na jiné osoby, pro jejichž léčbu je také vyžadována užití vzácných zdrojů („jiní pacienti“). Na pandemické pacienty i na jiné pacienty jsou užívána shodná měřítka.
- 2. Zdravotní služby spojené s užitím vzácných zdrojů mají být rozdělovány tak, aby se optimálně dostaly těm, u nichž je velká pravděpodobnost, že se na základě jejich použití uzdraví.
- 3. Prioritu při poskytování zdravotních služeb s využitím vzácných zdrojů mají mít ti pacienti, pro něž existuje nevyšší pravděpodobnost zachráněni života, pokud budou tyto vzácné zdroje užity.
- 4. Nejnižší prioritou při alokaci mají pacienti, u nichž je nejvyšší pravděpodobnost přežití bez poskytnutí zdravotních služeb s využitím vzácných zdrojů a dále pacienti, kteří mají nejvyšší pravděpodobnost přežití i při poskytnutí zdravotních služeb s užitím vzácných zdrojů.

V. Rozhodování

- 1. Poskytovatel zdravotních služeb stanoví k provedení triáže vícečlennou komisi; nejlépe z pracovníků nepodílejících se přímo na péči o pacienty, o nichž rozhodují.
- 2. Komise je nezávislá a nestranná, její členové pracují s anonymními údaji, které jsou mu poskytovány ošetřujícími lékaři. Na základě těchto dat pak učiní rozhodnutí.
- 3. Po rozhodnutí jsou komisi předány identifikační údaje pacienta. Komise po rozhodnutí vede komunikaci s pacientem, pokud je schopný úsudků, případně s jeho zástupcem, opatrovníkem, rodinou nebo s jinými osobami blízkými.
- 4. Komise vyhodnocuje poměr vzácných zdrojů a pacientů, kteří je potřebují, a na základě toho upravuje plán poskytování služeb. K aktualizaci a přehodnocování principů pro triáž by mělo docházet průběžně v závislosti na vývoji situace.

VI. Další zásady

- 1. Žádný pacient nesmí zůstat bez zdravotní péče. I když komise usoudí, že u pacienta nemá dojít k užití vzácných zdrojů, jsou pacientovi poskytovány jiné zdravotní služby. Každý pacient má právo na adekvátní paliativní péči.
- 2. Alokační vzácných zdrojů musí být transparentní a musí probíhat na základě předem stanovených pravidel. Tato pravidla by měla být zveřejněna.

Literatura

A Council of Europe contribution to support member states in addressing healthcare issues in the context of the present public health crisis and beyond. *SC/Inf2020/24*. Dostupné na https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016809f953a.

Beauchamp, T. L., Childress, F. *Principles of Biomedical Ethics*, 6th ed. New York: Oxford University Press, 2009.

Beishaw, Ch. *Annihilation: The Sense and Significance of Death*. Montreal: McGill-Queen's University Press, 2009.

Berlinger, N. et al. *Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19)*. The Hastings Center, March 16, 2020.

Bradley, B. *Well-Being & Death*. New York: Oxford University Press, 2009.

Bradley, B., Feldman, F., Johansson, J. *The Oxford Handbook of Philosophy of Death*. New York: Oxford University Press, 2020.

Brecht, A. *Trage und Recht. Patientenentscheidungen beim Massenanfall Hilfebedürftiger in der Katastrophenmedizin*. Ein Beitrag zur Gerechtigkeitsdebatte im Gesundheitswesen. Schriften zum Gesundheitsrecht (SGR), Band 11. Berlin: Duncker & Humblot, 2008.

Broffman, D. *W. Life and Death. Philosophical Essays in Biomedical Ethics*. New York: Cambridge University Press, 1993.

Committee on Equitable Allocation of Vaccine for the Novel Coronavirus. *Discussion Draft of the Preliminary Framework for Equitable Allocation of COVID-19 Vaccine*. National Academy of Sciences, USA, 2020.

COVID-19 rapid guideline: critical care in adults NICE guideline (NG159). Published 20 March 2020, last updated 3 September 2020.

Craxi, et al. *Rationing in a pandemic: lessons from Italy*. *Asian Bioethics Review* 16, 2020, s. 1-6.

Ceryn, D. *The Principle of Double Effect. A History and Philosophical Defense*. New York: Routledge, 2020.

Ceryn, D. *Alokace na základě věku a diskriminace*. *Sejvl, et al. (eds.) Věškové a poražné právní a etické problémy současné koronavirové (Přihl. Ústav zdravotní péče AV ČR*. Dostupné na https://www.law.cas.cz/upload/web/files/books/VITEZOVE_PORAZENI_Final.pdf.

Daniels, N. *Just Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.

Daniels, N. *Just Health. Meeting Health Needs Fairly*. New York: Cambridge University Press, 2008.

DIVI, et al. *Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notlaidintensivmedizin im Kontext der COVID-19 Pandemie*. <https://www.divi.de/aktuelle-meldungen-intensivmedizin/covid-19-klinisch-ethische-empfehlungen-zur-entscheidung-ueber-die-zuteilung-von-ressourcen-vereinfacht>. 25/03/2020.

Doelz, A. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života*. *Právní argumeny*. Praha: Academia, 2018.

Emanuel, E. J., Wertheimer, A. *Public health. Who should get influenza vaccine when not all can?* *Science* 312, 2006, s. 854-855.

Ezekiel, J. M. et al. *Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19*. *N Eng J Med*, March 23, 2020.

Feldman, F. *Confrontations with the Reaper: A Philosophical Study of the Nature and Value of Death*. New York: Oxford University Press, 1992.

Fischer, J. M. (ed.). *The Metaphysics of Death*. Stanford, CA: Stanford University Press, 1995.

Fischer, J. M. *Death, Immortality, and Meaning in Life*. New York: Oxford University Press, 2020.

Carl, B., Culver, Ch. M., Clouser, Y. D. *Biethics: A Return to Fundamentals*. New York: Oxford University Press, 1997.

Gruppo di Studio ad hoc della Commissione di Bioetica della SIAARTI. *Raccomandazioni SIAARTI per l'ammissione e la dimissione della terapia intensiva e per la limitazione dei trattamenti in terapia intensiva*. *Minerva Anestesiologica* 69, 2003, s. 101-118.

Grupo de Trabajo de Bioética de la SEMICYUC (Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias). *Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos*. *Pitipend* na <https://bit.ly/2UNgpeQ>.

Chong, E. et al. *COVID-19: Use of the Clinical Frailty Scale for Critical Care Decisions*. *J Am Geriatr Soc* 68(6), 2020, s. E30-E32.

Iversen, T. N., Larsen, L., Solem, P. E. *A conceptual analysis of Ageism*. *Nordic Psychology* 61, 2009, s. 4-22.

Kagan, S. *Death*. New Haven: Yale University Press, 2012.

Kamm, F. M. *Mortality, Mortality. Vol 1: Death and Whom to Save from It*. New York: Oxford University Press, 1998.

Kamm, F. M. *Intricate Ethics: Rights, Responsibilities, and Permissible Harm*. New York: Oxford University Press, 2007.

Kamm, F. M. *Bioethical Prescriptions: To Create, End, Choose, and Improve Lives*. New York: Oxford University Press, 2013.

Kamm, F. M. *Almost Over: Aging, Dying, Dead*. New York: Oxford University Press, 2020.

Lavazza, A., Farina, M. *The Role of Experts in the Covid-19 Pandemic and the Limits of Their Epistemic Authority in Democracy, Hypothesis and Theory*, July 2020, s. 1-11.

Laventhal, et al. *The Ethics of Creating a Resource Allocation Strategy During the COVID-19 Pandemic*. *Pediatrics* 146, 2020.

Loecler, et al. *Prioritization of ICU treatments for critically ill patients in a COVID-19 pandemic with scarce resources*. *Anaesth Crit Care Pain Med* 39, 2020, s. 1-17.

Lindner, J. *Die "Triage" im Lichte der Drittwirkung der Grundrechte*. *MedR* 38, 2020, s. 725-728.

Luper, S. *The Philosophy of Death*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.

Luper, S. (ed.). *The Cambridge Companion to Life and Death*. Cambridge: Cambridge University Press, 2014.

Macaulay, R. C. *Ethics in Palliative Care: A Complete Guide*. New York: Oxford University Press, 2018.

Matthews, E., Russell, E. *Rationing Medical Care on the Basis of Age*. Oxford: Radcliffe Publishing, 2005.

Nuffield Council on Bioethics. *Fair and equitable access to COVID-19 treatments and vaccines*. 2020.

Persad, G., Wertheimer, A., Emanuel, E. J. *Principles for allocation of scarce medical interventions*. *Lancet* 373, 2009, s. 425-431.

Randall, F., Downie, R. S. *The Philosophy of Palliative Care: Critique and Reconstruction*. New York: Oxford University Press, 2006.

Ricconi, et al. Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili. *Recenti Progressi in Medicina* 111, 2020, s. 207-211.

Romano, M. Fra cure intensive e cure palliative ai tempi di Covid-19. *Recenti Progressi in Medicina* 111, 2020, s. 223-230.

Rosenbaum, L. Facing Covid-19 in Italy: Ethics, logistics, and therapeutics on the epidemic's front line. *N Engl J Med* March 18, 2020, s. 1873-1875.

Savulescu, J., Cameron, J., Wilkinson, D. Equality or utility? Ethics and law of rationing ventilators. *Br J Anaesth* 125, 2020, s. 10-14.

Sternberg-Lieben, D. Corona-Pandemie, Triage und Grenzen rechtfertigender Pflichtenkonflikte. *MedR* 38, 2020, s. 627-637.

Sumner, L. W. *Assisted Death: A Study in Ethics and Law*. New York: Oxford University Press.

Taupitz, J. Verteilung medizinischer Ressourcen in der Corona-Krise: Wer darf überleben? *MedR* 38, 2020, s. 440-450.

Taylor, J. S. *The Metaphysics and Ethics of Death*. New Essays. New York: Oxford University Press, 2013.

Toner, E. et al. Interim framework for COVID-19 vaccine allocation and distribution in the United States. Baltimore, MD: Johns Hopkins Center for Health Security, 2020.

Thong, R. D. et al. The Toughest Triage - Allocating Ventilators in a Pandemic. *N Engl J Med*, March 23, 2020.

Vergano, et al. SIAARTI recommendations for the allocation of intensive care treatments in exceptional, resource-limited circumstances. *Minerva Anestesiol* 86, 2020, s. 467-472.

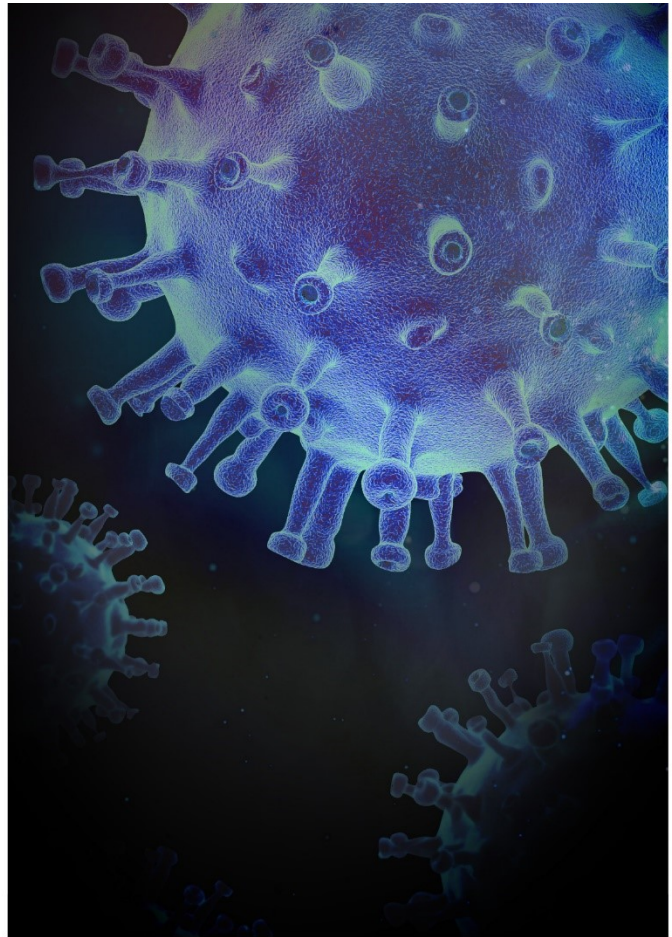
Walton, D. N. *Ethics of Withdrawal of Life-Support Systems*. Westport, Connecticut: Praeger, 1985.

White, D. B., Lo, B. A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*, March 27, 2020.

Winslow, G. R. *Triage and Justice*. Berkeley: University of California Press, 1982.

World Health Organization. *Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks*. WHO 2016.

Youngner, S. J., Arnold, R. M. *The Oxford Handbook of Ethics at the End of Life*. New York: Oxford University Press, 2016.



Příloha 2

Stanovisko výboru ČSARIM 13/2020 Rozhodování u pacientů v intenzivní péči v situaci nedostatku vzácných zdrojů a právní rozbor situace nedostatku vzácných zdrojů v systému zdravotní péče a právní rozbor stanoviska.

(Kolektiv autorů)

Stanovisko výboru ČSARIM 13/2020

Rozhodování u pacientů v intenzivní péči v situaci nedostatku vzácných zdrojů

Autorský kolektiv:

1) Hlavní autoři:

**MUDr. Černá Pařízková Renata, Ph.D., LL.M.^{1,*}, doc. JUDr. Šustek Petr, Ph.D.^{2,3,*},
JUDr. Ing. Prudil Lukáš, Ph.D.⁴, MUDr. Mgr. Těšinová Jolana, Ph.D.⁵, JUDr. Mgr. Šolc Martin²,
prof. MUDr. Cvachovec Karel, CSc., MBA^{6,7}, JUDr. Dostál Ondřej, Ph.D., LL.M.⁸,
prof. MUDr. Černý Vladimír, Ph.D., FCCM^{1,7,9-12,**}**

¹Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Fakultní nemocnice Hradec Králové

²Centrum zdravotnického práva a Katedra občanského práva, Právnická fakulta Univerzity Karlovy, Praha

³Advokát, Šustek & Co., advokátní kancelář, Praha

⁴Advokát, AK PRUDIL a spol., s. r. o., Brno

⁵Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

⁶Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, 2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy ve FN Motol, Praha

⁷Fakulta zdravotnických studií, Technická univerzita Liberec

⁸Dostal Consulting, s. r. o., Společnost medicínského práva ČLS JEP

⁹Klinika anesteziologie, perioperační a intenzivní medicíny, Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem

¹⁰Centrum pro výzkum a vývoj, Fakultní nemocnice Hradec Králové

¹¹Constantine the Philosopher University in Nitra, Faculty of Social Sciences and Health Care, Slovak Republic

¹²Department of Anesthesia, Pain Management and Perioperative Medicine, Dalhousie University, Halifax, Canada

*sdílené prvoautorství

**editor finálního textu

2) Spoluautoři:

**JUDr. Mgr. Holčápek Tomáš, Ph.D.¹, Mgr. et Mgr. Vácha Marek, Ph.D.²,
prof. MUDr. Ševčík Pavel, CSc.³**

¹Centrum zdravotnického práva a Katedra občanského práva, Právnická fakulta Univerzity Karlovy, Praha

²Ústav etiky a humanitních studií, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

³Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny FN Ostrava a LF OU v Ostravě

3) Oponenti (abecedně):

**doc. MUDr. Duška František, Ph.D., MUDr. Maňák Jan, Ph.D., EDIC,
MUDr. Mrozek Zdeněk, Ph.D., doc. MUDr. Plíšek Stanislav, Ph.D., MUDr. Škola Josef, EDIC,
prof. MUDr. Šrámek Vladimír, Ph.D., EDIC, prof. MUDr. Vašáková Martina, Ph.D.**

1. Úvod

V souvislosti s aktuálním nárůstem pacientů COVID-19 směřovaných k zahájení zdravotní péče poskytované na pracovištích typu JIP/ARO (dále uváděno jako „intenzivní péče“) nebo (v případě vyčerpání

jejich kapacity) na reprofilizovaných lůžkách určených k zajištění předemné péče stoupá pravděpodobnost výskytu situací rozporu mezi potřebou léčebné péče a schopností zdravotnických zařízení ji poskytnout.

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

prof. MUDr. Vladimír Černý, Ph.D., FCCM, cernyvla1960@gmail.com

Cit. zkr: Anest intenziv Med. 2020; 31(5): 249–255

Žádná z rozhodnutí v situacích nutné alokace tzv. vzácných zdrojů (kvalifikovaní zdravotničtí pracovníci, prostory zdravotnických zařízení, lůžka, přístrojové vybavení, zdravotnické prostředky, léčiva) nesmí být nahodilá a vždy musí reflektovat odborný, právní a etický rámec při řešení individuálních klinických situací.

Předložený mezioborový dokument: a) formuluje základní rámec a nepodkročitelné zásady pro poskytování zdravotní péče v situaci nedostatku vzácných zdrojů (dále uváděno jako „krizová situace“), b) představuje východisko pro přijímání klinických rozhodnutí v předemných situacích, c) lze využít pro tvorbu řízených dokumentů se vztahem k předemné problematice na úrovni jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče.

Dokument vzniká v kontextu pandemie COVID-19, kdy současný stav nebyl zaviněn poskytovateli zdravotních služeb. V textu uváděné principy jsou aplikovatelné pro jakékoliv situace typu hromadného postižení osob (dále jen HPO) spojené s nedostatkem vzácných zdrojů.

2. Základní východiska

- Rozsah a obsah poskytované zdravotní péče včetně intenzivní péče (IP) i v situacích HPO je určen existujícími platnými zákonnými a podzákonnými normami při vědomí jejich modifikace přijatými opatřeními Vlády ČR a Ministerstva zdravotnictví ČR (MZ ČR) a faktickými aspekty krizové situace.
- Dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách má každý pacient právo na poskytování péče na náležitě odborné úrovni, čímž se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti (postup „*de lege artis*“).
- Zdravotní služby lze pacientovi poskytnout, až na výjimky, pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem (dále jen „péče oprávněná“). Dospělý, svéprávný a kompetentní pacient má právo péči odmítnout.
- Poskytování všech zdravotních služeb včetně rozhodnutí o přijetí pacienta na pracoviště IP musí být vždy v souladu se základními etickými principy medicíny (respektování pacientovy autonomie, beneficence, nonmaleficence, principu spravedlnosti a důstojnosti).
- Žádný zdravotnický systém včetně České republiky nemá nekonečné a bezbřehé medicínské zdroje.
- Dostupnost zdravotnického personálu, lůžek a přístrojů je vždy limitovaná.
- K omezení nebo vyčerpání dostupných zdrojů může dojít v situaci hromadného postižení osob (HPO), jako jsou přírodní katastrofy, hromadná neštěstí, epidemie/pandemie.
- Život člověka je konečný.

3. Alokační vzácných zdrojů

3.1 Právní rámec alokace vzácných zdrojů

- Alokační dostupných zdrojů a s tím spojené omezení poskytnuté zdravotní péče je v souladu s právním systémem České republiky (příloha 1).
- Pacient v situaci HPO má právo na poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů,

při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti.

- V případě vyčerpání vzácných zdrojů je přípustné omezení běžného standardu péče nezbytné pro udržení co největšího stále ještě možného rozsahu dané péče, pokud nelze v konkrétním případě postupovat jinak. I tento postup je považován za postup „*de lege artis*“ („*ad impossibilia nemo obligatur*“ = nikdo není zavázán k nemožnému).
- Alokační zdrojů může vést k omezení práva pacientů na ochranu zdraví a přístup ke zdravotní péči (právo pacienta na ochranu zdraví je ukotveno v čl. 31 Listiny základních práv a svobod).
- Jakákoli diskriminace na základě kritérií přímo nesouvisících s předpokládaným klinickým výsledkem péče (zejména na základě sociální nerovnosti, rasy, pohlaví, disability či pouze věku) je nepřipustná.
- Rozhodování o přidělení vzácných zdrojů musí garantovat spravedlnost rozhodování v rovině materiálně-právní (ochrana důstojnosti člověka, zákaz diskriminace) a procedurální (transparentnost a férovost rozhodování).

3.2 Základní etické principy alokace vzácných zdrojů v krizových situacích

- Princip spravedlivosti, férovosti a rovného přístupu k pacientům (všichni jsou si rovni, nelze nikoho diskriminovat na základě kritérií přímo nesouvisících s předpokládaným klinickým výsledkem péče).
- Princip maximálního dosažitelného efektu s využitím dostupných zdrojů (= využití vzácných zdrojů pro největší počet pacientů s největším účinkem poskytnuté léčby).
- Princip prioritizace (upřednostnění) pouze na základě výchozího hlediska významnou částí odborné veřejnosti považován za překonaný a méně spravedlivý. Používání řady diskutovaných kritérií prioritizace (vyjma principu maximálního dosažitelného efektu), jako jsou např. předpokládaná délka života, doba dožití apod., je ale v rozporu s právním řádem České republiky.
- Princip beneficence (přínosu) pro jedince je nutno vnímat individuálně, s přihlédnutím nejen k bezprostřednímu ovlivnění zdravotního stavu, ale i k možnosti následného zotavení a obnovení integrity orgánových funkcí.
- Princip autonomie pacienta je respektován ve smyslu respektování dříve vysloveného přání či nesouhlasu s navrhovanou léčbou (včetně např. zahájení IP a umělé plicní ventilace).
- Princip respektování lidské důstojnosti.

4. Stanovisko k poskytování IP v krizových situacích

- a) V podmínkách nedostatku zdrojů při hrozícím nebo aktuálním nedostatku kapacit IP je poskytování zdravotních služeb zaměřeno na zachování co největšího medicínského přínosu co nejvyššímu počtu pacientů.
- b) V případě vyčerpání vzácných zdrojů je přípustné omezení běžného standardu péče nezbytné pro udržení co největšího stále ještě

- možného rozsahu dané péče; pokud nelze v konkrétním případě postupovat jinak, i tento postup je považován za „*de lege artis*“.
- c) Omezení může mít podobu nedostatku přístrojů, ale i lidských zdrojů (zapojení zdravotnických pracovníků bez příslušné specializované způsobilosti, nedostatečný počet nebo erudice zdravotnických pracovníků).
- d) Alokace vzácných zdrojů v IP může být založena pouze na kritériu medicínské potřeby, resp. předpokládaného klinického výsledku. V žádném případě nesmí dojít k diskriminaci pacienta, např. na základě sociální nerovnosti, rasy, pohlaví, disability či pouze věku.
- e) Pokud pacientův stav vyžaduje neodkladnou péči, je poskytovatel zdravotních služeb povinen pacienta do péče přijmout, i kdyby tím došlo k překročení únosného pracovního zatížení.
- f) Rozhodnutí o přijetí do IP, provedení výkonu, použití zdravotnického prostředku, podání léčiva nebo ukončení IP se musí řídit výhradně medicínským prospěchem pro konkrétního pacienta.
- g) Při stanovení indikace k přijetí pacienta na pracoviště IP doporučujeme vycházet ze zásad formulovaných ve Stanovisku výborů ČSARIM a ČSIM z roku 2015.
- h) Rozhodnutí o indikaci či nepřijetí do IP je zcela zásadní k zabránění vyčerpání kapacit IP. Překročení dostupné kapacity znamená, že péče přestává být intenzivní.
- i) Platné právo neumožňuje při rozhodování o přijetí do IP nebo o ukončení IP zohlednit jiná kritéria než medicínskou účelnost této péče pro konkrétního pacienta. Obecně není možné právně bezpečným způsobem rozhodovat o péči pro pacienta na základě jeho srovnání s jinými pacienty prostřednictvím jiných kritérií, např. věku či předpokládané doby dožití. Přijímání pacientů do péče se proto i v krizové situaci řídí medicínskou účelností, tedy odborným posouzením. Pravidlo „*first come, first served*“ je na základě stávajícího právního řádu výchozí podmínkou v systému poskytování zdravotních služeb pouze u pacientů se shodnou potřebou péče z hlediska aktuální závažnosti stavu a klinického prospěchu. Stejná pravidla jsou použita u již přijatých pacientů v případě potřeby využití vzácného zdroje (např. přístroje pro umělou plicní ventilaci).
- j) Podle principu distributivní spravedlnosti nelze upřednostnit určité skupiny pacientů (např. COVID+ pacienty před pacienty COVID-). V rámci rozhodování o alokaci vzácných zdrojů pravidla pro přijetí do IP, resp. ukončení IP musí být shodná pro všechny pacienty (v kontextu pandemie COVID-19 např. bez ohledu na to, zda jsou či nejsou nakaženi virem SARS-CoV-2, a nelze stanovit přísnější kritéria jen pro jednu z těchto skupin pacientů).
- k) U každého pacienta je stanoven rozsah vhodné péče, tj. péče, která je přiměřená, účelná a tedy indikovaná (dále uváděno jen jako vhodná) a která má podle odborného názoru reálný předpoklad klinického prospěchu pro daného pacienta (např. jen někteří pacienti hospitalizovaní na lůžku IP jsou indikováni k intubaci a zahájení invazivní ventilační podpory).
- l) Pacientovi má být poskytnuta péče oprávněná, tj. péče, ke které pacient udělil informovaný souhlas nebo je jiný zákonný důvod péči poskytnout.
- m) Žádnému pacientovi nesmí být vhodná péče na dostupné úrovni odmítnuta. V případě rozhodnutí o nepřijetí pacienta do IP je indikována vhodná péče včetně paliativní.
- n) Všechna rozhodnutí o indikaci a poskytování IP by měla, je-li to možné a v daném čase realizovatelné, učinit nejméně dva lékaři se specializovanou způsobilostí, z toho jeden v oboru anesteziologie a intenzivní medicína nebo intenzivní medicína, druhý v oboru souvisejícím se základním onemocněním a/nebo aktuálním zdravotním stavem pacienta.
- o) Důvody pro nepřijetí do IP nebo ukončení IP je třeba průkazně zaznamenat do zdravotnické dokumentace s dostatečnou určitostí, která zajistí transparentnost rozhodovacího procesu a umožní jeho případný následný přezkum. Toto rozhodnutí by mělo být založeno na komplexním zhodnocení celého klinického kontextu a všech souvisejících aspektů zdravotního stavu nemocného. Jedná se o odborný expertní názor, který nelze nahradit žádným skórovacím systémem nebo číselným parametrem.
- p) Pokračování v IP, která je vyhodnocena jako nepřiměřená či neúčelná, je v rozporu s etickými principy medicíny a pacientovi má být poskytnuta péče vhodná s ohledem na jeho stav, včetně péče paliativní, v souladu s Doporučením České lékařské komory č. 1/2010.
- q) Poskytování IP pacientovi, který pro ni na základě vývoje svého zdravotního stavu již není indikován (pokud tedy jde o péči neúčelnou, pacienta zbytečně zatěžující) není „*de lege artis*“. Poskytovatel zdravotních služeb není povinen, ba ani oprávněn, takovou péči poskytovat.
- r) Ukončení léčby je možné pouze za předpokladu, že u takového pacienta (aniž by byl srovnáván s jiným) byla tato léčba na základě odborného posouzení vyhodnocena jako neúčelná z hlediska zdravotního stavu konkrétního pacienta. Poté je třeba poskytnout takovému pacientovi jinou vhodnou péči (např. paliativní).
- s) Ukončení léčby, pro kterou je pacient aktuálně indikován, s cílem získání zdroje pro pacienta s příznivější prognózou, není přípustné.
- t) Předložené stanovisko nesmí být využito a uplatňováno pro situace, kdy existují reálně existující možné další zdroje (např. kapacity jiných poskytovatelů zdravotní péče).

Stanovisko bylo schváleno výborem ČSARIM dne: 9. 11. 2020.

Stanovisko podpořily:

- Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP
- Česká společnost intenzivní medicíny ČLS JEP
- Společnost infekčního lékařství ČLS JEP
- Česká pneumologická a ftizeologická společnost ČLS JEP

Poděkování za účast v diskuzi ke stanovisku:

doc. JUDr. Doležal Tomáš, Ph.D., MUDr. Gřegoř Roman, MBA, MUDr. Maláská Jan, Ph.D., MUDr. MgA. Rusinová Kateřina, Ph.D.

Příloha 1: Právní rozbor situace nedostatku vzácných zdrojů v systému zdravotní péče

doc. JUDr. Šustek Petr, Ph.D., JUDr. Mgr. Holčapek Tomáš, Ph.D., JUDr. Mgr. Šolc Martin

Katedra občanského práva a Centrum zdravotnického práva, Právnická fakulta Univerzity Karlovy, Praha

Obsah

A. Shrnutí

B. Právní rozbor

- a) Snížení standardu náležité odborné úrovně poskytované péče
- b) Odmítnutí přijetí pacienta do IP
 - i. Stav pacienta nevyžaduje neodkladnou péči
 - ii. Stav pacienta vyžaduje neodkladnou péči
- c) Ukončení IP
- d) Překlad pacienta do jiného zdravotnického zařízení
- e) Proces klinického rozhodování o přijetí do IP/ukončení

C. Závěr

A. Shrnutí

- I. Platná právní úprava je svým založením vystavěna pro období běžného fungování zdravotnictví, kdy nedochází k náhlému nárůstu počtu pacientů zatěžujícímu celý systém. Relevantní právní předpisy přitom neumožňují odchýlit se od takto nastavených pravidel. V případě současného výskytu většího množství pacientů se péče poskytuje podle aktuální závažnosti jejich zdravotního stavu a medicínské účelnosti. Za předpokladu, že zdravotní stav více pacientů je aktuálně srovnatelně závažný, péče je pro tyto pacienty srovnatelně medicínsky účelná a z klinického hlediska prospěšná (nejde tedy pro žádného z pacientů o péči neúčelnou a nepřiměřenou), a je možné poskytnout péči jen některým z nich, postupuje se podle pořadí, ve kterém pacienti dorazili do zdravotnického zařízení, resp. ve kterém byli již přijati pacienti indikováni k využití vzácného zdroje, např. ventilátoru (pravidlo „*first come, first served*“). Rozhodnutí o přijetí do intenzivní péče (IP), resp. o ukončení IP, se musí řídit medicínským benefitem pro konkrétního pacienta a nikoli zájmy ostatních pacientů.
- II. Je-li to v konkrétní situaci zcela nezbytné s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti, naplňuje i snížená úroveň poskytované IP standard náležité odborné úrovně (standardu péče *de lege artis*). Může jít např. o zapojení zdravotnických pracovníků bez příslušné specializované způsobilosti nebo o nezbytnou racionalizaci použitých zdravotnických prostředků či léčiv. Provedení výkonu, použití zdravotnického prostředku nebo podání léčiva se řídí výhradně medicínským prospěchem pro konkrétního pacienta. Indikovanou IP není možné přerušit ani snížit její intenzitu pouze za účelem uvolnění místa pro jiného pacienta.

- III. Jestliže pacientův stav nevyžaduje neodkladnou péči, je možné odmítnout jeho přijetí do péče, pokud by tím bylo překročeno únosné pracovní zatížení poskytovatele zdravotních služeb, v jehož důsledku by došlo ke snížení úrovně kvality a bezpečnosti zdravotních služeb poskytovaných pacientům již přijatým.
- IV. Pokud pacientův stav vyžaduje neodkladnou péči, je poskytovatel zdravotních služeb povinen pacienta do péče přijmout, i kdyby tím došlo k překročení únosného pracovního zatížení.
- V. Ukončení IP je možné pouze v případech, kdy je tato péče již neúčelná z hlediska zdravotního stavu konkrétního pacienta. Je poté třeba poskytnout pacientovi jinou adekvátní péči (např. paliativní).
- VI. Při rozhodování o přijetí do IP/ukončení IP lze doporučit důslednou a striktní aplikaci *de lege artis* indikačních kritérií tak, aby bylo zamezeno poskytování IP pacientům, kteří k ní ve skutečnosti nejsou indikováni. Tato indikační kritéria musejí být vztažena ke konkrétnímu pacientovi, nikoli k potřebám systému.
- VII. Přeložení pacienta k jinému poskytovateli zdravotních služeb, resp. do jiného zdravotnického zařízení, je bez jeho souhlasu možné za účelem poskytnutí neodkladné péče, pokud zdravotní stav pacienta neumožňuje vyslovení souhlasu. Přeložit bez souhlasu je možné pacienta také tehdy, pokud již není indikován pro péči poskytovanou současným poskytovatelem.
- VIII. Je-li to možné a v daném čase realizovatelné, všechna rozhodnutí o indikaci, přijetí do IP nebo revizi předchozího rozhodnutí a případném ukončení IP by měli učinit nejméně dva lékaři se specializovanou způsobilostí, z toho jeden v oboru anesteziologie a intenzivní medicína nebo intenzivní medicína, druhý v oboru souvisejícím se základním onemocněním a/nebo aktuálním zdravotním stavem pacienta. Důvody pro nepřijetí do IP/ukončení IP je nutné dostatečně určitě zaznamenat do zdravotnické dokumentace. Z praktického hlediska lze jen doporučit podpis svědka (např. sestry) v záznamu do zdravotnické dokumentace.

B. Právní rozbor

1. Rozsah a obsah poskytované zdravotní péče včetně intenzivní péče (IP) i v situacích tzv. hromadného postižení osob včetně pandemií je určen existujícími platnými zákonnými a/nebo podzákonnými normami. Výjimky z povinností stanovených zákonem může založit jen zákon. Mimofádně opatření Ministerstva zdravotnictví může uložit některou z povinností stanovených rámcově v § 69 zákona

- č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, přičemž omezení přístupu pacientů k neodkladné péči mezi oprávnění Ministerstva zdravotnictví v tomto smyslu nepatří.
2. Z důvodů níže popsaných platné právo neumožňuje při rozhodování o přijetí do IP nebo o ukončení IP zohlednit jiná kritéria než medicínskou účelnost této péče pro konkrétního pacienta. Obecně není možné právně bezpečným způsobem rozhodovat o péči pro pacienta na základě jeho srovnání s jinými pacienty (např. podle věku či předpokládané délky dožití). V případě současného výskytu většího množství pacientů se péče poskytuje podle aktuální závažnosti jejich zdravotního stavu a medicínské účelnosti. Za předpokladu, že zdravotní stav více pacientů je aktuálně srovnatelně závažný, péče je pro tyto pacienty srovnatelně medicínsky účelná a z klinického hlediska prospěšná (nejde tedy pro žádného z pacientů o péči neúčelnou a nepřiměřenou), a je možné poskytnout péči jen některým z nich, postupuje se podle pořadí, ve kterém pacienti dorazili do zdravotnického zařízení (pravidlo „*first come, first served*“). Pokud jde o pacienty již přijaté do IP, jejich zdravotní stav je aktuálně srovnatelně závažný a u kterých vyvstala potřeba využití vzácného zdroje (např. ventilátoru), je pravidlo „*first come, first served*“ založeno na pořadí podle vzniku příslušné indikace k poskytnutí vzácného zdroje (např. na tom, kdo jako první potřebuje umělou plicní ventilaci).
 3. Alokace vzácných zdrojů v IP může být založena pouze na kritériu medicínské potřeby, resp. předpokládaného klinického výsledku. V žádném případě nesmí dojít k diskriminaci pacienta, např. na základě sociální nerovnosti, rasy, pohlaví, disability či pouze věku.
 4. Omezení přístupu ke zdravotní péči je z hlediska ústavního práva omezením práva pacienta na ochranu zdraví dle čl. 31 Listiny základních práv a svobod. Uvedené základní právo je realizováno zejména zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, na jehož základě má pojištěnec mj. právo na časovou a místní dostupnost hrazených služeb, jako i na poskytnutí hrazených služeb v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem. Podmínky realizace práva na ochranu zdraví stanovují rovněž další zákony, zejména zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Zákonná omezení práva na ochranu zdraví jsou ústavně konformní, pokud vyhovují tzv. testu proporcionality¹. Tento test ale nelze použít pro legitimizaci omezení práv vyplývajících ze zákona, pokud taková omezení nejsou obsažena v příslušných právních předpisech.
 5. Z právního hlediska je třeba v základu rozlišit tři situace: a) snížení standardu postupu na náležitě odborné úrovni u již poskytované IP, b) odmítnutí přijetí pacienta do IP a c) ukončení IP. Dále je třeba reflektovat d) případnou potřebu překlady pacienta do jiného zdravotnického zařízení a e) vhodný proces klinického rozhodování o přijetí do IP nebo ukončení IP.

¹ Přípustnost omezení esenciálního obsahu některého ze sociálních práv, mezi něž se právo na ochranu zdraví řadí, je posuzována na základě testu proporcionality. V jeho rámci jsou zhodnocena tři kumulativní kritéria. Zaprvé je posouzena vhodnost použitého prostředku, tedy zda je způsobilý k dosažení (legitimního) cíle. Zadruhé je hodnocena potřebnost použitého prostředku, tj. zda není možné cíle dosáhnout způsobem méně omezujícím základní práva. Zatřetí je pak zkoumána proporcionalita v užším smyslu, tedy zda je omezení základního práva přiměřené sledovanému cíli.

a) Snížení standardu náležité odborné úrovně poskytované péče

6. Postup na náležitě odborné úrovni (tzv. standard postupu *de lege artis*) je vymezen v § 4 odst. 5 zákona o zdravotních službách (dále jen „zákon o zdravotních službách“) jako poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnost. Je třeba zdůraznit, že standard náležité odborné úrovně se vztahuje na péči o konkrétního pacienta a nelze jej aplikovat na systémové rozhodování o alokaci vzácných zdrojů.
7. Třetí složka tohoto zákonného vymezení (tj. ohled na konkrétní podmínky a objektivní možnosti) umožňuje modifikovat konkrétní obsah náležité odborné úrovně tak, aby reflektoval skutečné možnosti zdravotní péče v krizové situaci. Z tohoto důvodu nelze např. tvrdit, že rozhodnutí o alokaci vzácných zdrojů se týká pouze přijetí pacienta do IP a na samotnou péči se již nevztahuje – naproti tomu je nezbytné vzít v potaz, jaká kvalita péče byla za dané situace skutečně reálná, neboť jeden ze základních obecných principů říká, že nikdo není povinen k nemožnému. Jestliže z objektivních důvodů není možné poskytovat péči na úrovni odpovídající běžné situaci, nedochází k porušení právní povinnosti, jestliže poskytovatel zdravotních služeb i jednotliví zdravotničtí pracovníci činí vše, co je reálně možné pro zajištění nejvyšší uskutečnitelné kvality péče.
8. Omezení úrovně péče může spočívat např. v zapojení zdravotnických pracovníků bez příslušné specializované způsobilosti, v nezbytné racionalizaci použití nedostatkových zdravotnických prostředků (včetně plicních ventilátorů či ECMO), podávání nedostatkových léčivých přípravků apod.
9. Aby omezením odborné úrovně péče nedošlo k porušení právní povinnosti poskytovatele zdravotních služeb nebo zdravotnického pracovníka, musejí být splněny následující podmínky:
 - modifikovaný standard péče stále vychází z pravidel vědy a současného stavu lékařského poznání
 - v tomto ohledu budou významná zejména doporučení českých i zahraničních odborných společností, jako i výsledky a doporučení publikovaná v odborné literatuře
 - a současně jakékoli omezení běžného standardu péče je nezbytné pro udržení co největšího stále ještě možného rozsahu dané péče; v konkrétním případě nebylo možné postupovat jinak.
10. Rozhodnutí o provedení výkonu, použití zdravotnického prostředku nebo podání léčiva se musí řídit výhradně medicínským prospěchem pro konkrétního pacienta. Indikovanou IP není možné přerušit ani snížit její intenzitu pouze za účelem uvolnění místa pro jiného pacienta, takové rozhodnutí je možné jen z medicínských důvodů, není-li pokračování v IP pro pacienta medicínsky účelné.

b) Odmítnutí přijetí pacienta do IP

11. Při rozhodování o přijetí pacienta do IP je třeba vycházet z platné legislativy. Rovněž lze doporučit výchozí aplikaci zásad formulovaných ve Stanovisku výborů ČSARIM a ČSJM z roku 2015 – Zásady a principy přijímání pacientů na pracoviště IP.

12. Ve vztahu k odmítnutí přijetí pacienta do IP je třeba rozlišovat dvě situace:

i. Stav pacienta nevyžaduje neodkladnou péči

13. Neodkladná péče je definována v § 5 odst. 1 písm. a) zákona o zdravotních službách jako péče, jejímž 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.
14. Zákonné důvody pro odmítnutí přijetí pacienta do péče ze stran poskytovatele zdravotních služeb jsou vymezeny úplným výčtem (uplatnění jiného důvodu tedy není přípustné) v § 48 odst. 1 zákona o zdravotních službách. Pod písm. a) předmětného ustanovení jsou zahrnuty také důvody kapacitní, kdy by přijetím pacienta bylo překročeno únosné pracovní zatížení nebo jeho přijetí brání provozní důvody, personální zabezpečení nebo technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení; překročením únosného pracovního zatížení se rozumí stav, kdy by zajištěním zdravotních služeb o tohoto pacienta došlo ke snížení úrovně kvality a bezpečnosti zdravotních služeb poskytovaných pacientům již přijatým.
15. Jestliže tedy pacientův stav nevyžaduje neodkladnou péči, je možné odmítnout jeho přijetí do péče, pokud by tím bylo překročeno únosné pracovní zatížení poskytovatele zdravotních služeb, v jehož důsledku by došlo ke snížení úrovně kvality a bezpečnosti zdravotních služeb poskytovaných pacientům již přijatým.

ii. Stav pacienta vyžaduje neodkladnou péči

16. Na základě § 48 odst. 3 zákona o zdravotních službách poskytovatel nesmí odmítnout přijetí do péče pacienta, kterému je třeba poskytnout neodkladnou péči. Dále není možné odmítnout pacienta, jde-li mj. o zdravotní služby, které jsou nezbytné z hlediska ochrany veřejného zdraví nebo jde-li o krizové situace. To platí i v případě, kdy přijetím takového pacienta dojde k překročení únosného pracovního zatížení. Náležitá odborná úroveň poskytované péče pak bude hodnocena s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti (srov. (srov. podkapitulu a) – Snížení standardu náležitě odborné úrovně poskytované péče).
17. Od zdravotnické záchranné služby (ZZS) je poskytovatel akutní lůžkové péče povinen na výzvu zdravotnického operačního střediska nebo pomocného operačního střediska převzít pacienta do své péče vždy, je-li pacient v přímém ohrožení života (§ 6 odst. 2 zákona č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, dále jen „zákon o zdravotnické záchranné službě“).
18. Odmítnutí přijetí do péče pacienta, jehož zdravotní stav vyžaduje neodkladnou péči, ani v podmínkách nedostatku vzácných zdrojů nenaplnuje kritéria krajní nouze coby okolnosti vylučující protiprávnost. Krajní nouze se neuplatní, pokud je způsobený následek zřejmě stejně závažný nebo ještě závažnější než ten, který hrozil (§ 28 odst. 2 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník; § 2906 občanského zákoníku). Judikatura i odborná právní literatura dovodila, že podmínky krajní nouze může za určitých okolností splňovat jednání,

kterým osoba jednající v krajní nouzi obětováním jednoho lidského života zachrání život více lidí². Situace při alokaci vzácných zdrojů v poskytování IP je však odlišná. Krajní nouze se totiž uplatní pouze ve vztahu ke konkrétnímu případu, tedy ke konkrétnímu pacientovi, jemuž je IP odepřena. Jakkoli by z perspektivy zdravotnického systému upřednostňování pacientů s vyšší šancí na přežití vedlo ke snížení celkového počtu zemřelých (tj. k záchraně více životů), v řadě individuálních případů půjde o výměnu jednoho pacienta za jiného pacienta, přičemž nelze dopředu predikovat, jak který případ dopadne. Takováto potenciální výměna jednoho života za jiný („život za život“) přitom podmínky krajní nouze nenaplnuje. Abstraktní hodnota života je vždy stejná. Nelze spoléhat ani na jiné okolnosti vylučující protiprávnost. Jejich aplikací by teprve docházelo k vytváření nových pravidel, jež by následně mohla a nemusela obstát v případném soudním řízení. Takový postup by byl právně velmi nejistý. Není možné ani spravedlivé po zdravotnických pracovnících požadovat, aby se v krizové situaci vedle složitých medicínských rozhodnutí museli zabývat také komplexními právními a etickými otázkami.

19. V případě naplnění kapacity je třeba racionalizovat alokaci vzácných zdrojů zejména důsledným uplatňováním indikačních kritérií pro přijetí do IP. Pacientům, jejichž zdravotní stav IP *de lege artis* nevyžaduje, má být podle jejich klinického stavu poskytnuta odpovídající péče (např. na standardním oddělení, domácí péče, paliativní péče apod.). Uvedeným postupem nedochází k odepření práva na poskytnutí zdravotních služeb, ale naopak k racionálnímu poskytnutí zdravotních služeb pouze těm pacientům, kteří jsou pro ně skutečně indikováni. Z širšího hlediska je třeba předcházet zejména sociálním nebo jiným hospitalizacím, které pacientův zdravotní stav striktně *de lege artis* nevyžaduje. Existují-li ovšem pochybnosti či nejistota o možném přínosu IP, je třeba konat v pacientově předpokládaném zájmu a IP poskytnout. Podle vývoje klinického stavu lze odůvodněnost pokračování v IP následně přehodnotit (srov. podkapitulu c – ukončení IP).
20. Ve smyslu předchozího bodu ostatně Ministerstvo zdravotnictví mimořádným opatřením č. MZDR 46953/2020-1/MIN/KAN ze dne 26. října 2020 nařídilo poskytovatelům akutní lůžkové péče mj. průběžné uvolňování lůžek akutní lůžkové péče překladem pacientů do následné nebo dlouhodobé péče, nebo propuštěním pacientů do domácího ošetřování, a to ve všech případech, ve kterých je překlad či propuštění pacienta možné, aniž by tím bylo ohroženo zdraví pacienta (bod II. c) předmětného mimořádného opatření).
21. Poskytovatel zdravotních služeb je povinen zajistit pacientovi péči, která je s ohledem na konkrétní podmínky objektivně možná, případně zařídí přeložení pacienta k jinému poskytovateli. Jestliže poskytovatel vynaloží veškerou snahu, kterou po něm lze spravedlivě požadovat, a přeci pacientovi vznikne újma, nelze jej činit právně odpovědným v duchu právního principu, podle něhož nikdo není povinen k nemožnému (*ad impossibilia nemo tenetur*).

2 Srov. rozsudek Nejvyššího soudu Slovenské socialistické republiky sp. zn. 3 To 72/80 (R 20/1982 tr.), ŠÁMAL, Pavel et al. Komentář k § 28. In: *Trestní zákoník. Komentář*. 2. vydání. Praha: C. H. Beck, 2012.

22. Pokud by došlo k naplnění kapacit, dříve přijatým pacientům bude nadále poskytována stejná indikovaná péče, jestliže je to objektivně možné. Nově přijatým pacientům bude poskytována indikovaná péče na objektivně možné úrovni (např. již nikoli na specializovaném lůžku JIP/ARO, ale na alternativním lůžku zřízeném na jiném oddělení nebo v extrémním případě v jiném prostoru jako kupř. na chodbě nemocnice, kdy péči bude poskytovat např. zdravotnický personál bez specializované způsobilosti).

c) Ukončení IP

23. Poskytování IP pacientovi, který pro ni na základě vývoje svého zdravotního stavu již není indikován (pokud tedy jde o péči neúčelnou, pacienta zbytečně zatěžující) není *de lege artis*. Poskytovatel zdravotních služeb není povinen, ba ani oprávněn, takovou péči poskytovat.
24. Klinický stav pacienta na pracovišti typu JIP/ARO má být průběžně sledován a hodnocen. Pokud je pokračování v IP na základě medicínských kritérií uplatněných ve vztahu ke konkrétnímu pacientovi vyhodnoceno jako léčba neúčelná (dříve často označovaná jako marná), bude IP ukončena. V takovém případě musí dojít k přechodu na odpovídající (např. paliativní) léčbu v kvalitě, kterou konkrétní podmínky a objektivní možnosti dovolí (srov. podkapitolu a) – Snížení standardu náležitě odborné úrovně poskytované péče). Pro uvedené rozhodování se v odpovídajících případech uplatní mj. Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010.
25. Obdobně jako ve vztahu k rozhodnutí o přijetí do IP, také při rozhodování o ukončení IP a přechodu na paliativní péči je zejména v krizové situaci nedostatku vzácných zdrojů nutné velmi přesné zhodnocení indikačních kritérií. Pokračování v poskytování IP neindikovanému pacientovi není v zájmu samotného pacienta ani kvality zdravotních služeb pro ostatní pacienty.

d) Překlad pacienta do jiného zdravotnického zařízení

26. Pacient má právo zvolit si poskytovatele zdravotních služeb, které odpovídají jeho zdravotním potřebám, a v jeho rámci zdravotnické zařízení, je-li tento poskytovatel ve smluvním vztahu k pacientově (resp. pojištěncově) zdravotní pojišťovně (§ 28 odst. 3 písm. b) záko-

na o zdravotních službách a § 11 odst. 1 písm. b) zákona o veřejném zdravotním pojištění). Pacienta je možné bez souhlasu přeložit k jinému poskytovateli, resp. do jiného zdravotnického zařízení, pokud jeho zdravotní stav vyžaduje poskytnutí neodkladné péče a současně neumožňuje vyslovení souhlasu (srov. § 38 odst. 1 písm. c) a § 38 odst. 3 písm. a) zákona o zdravotních službách). Přeložit bez souhlasu je možné pacienta také tehdy, pokud již není indikován pro péči poskytovanou současným poskytovatelem (srov. § 48 odst. 2 písm. b) zákona o zdravotních službách).

e) Proces klinického rozhodování o přijetí do IP/ukončení IP

27. Je-li to možné a v daném čase realizovatelné, všechna rozhodnutí o indikaci, přijetí do IP nebo revizi předchozího rozhodnutí a případně ukončení IP by měli učinit nejméně dva lékaři se specializovanou způsobilostí, z toho jeden v oboru anesteziologie a intenzivní medicína nebo intenzivní medicína, druhý v oboru souvisejícím se základním onemocněním a/nebo aktuálním zdravotním stavem pacienta.
28. Je-li to vzhledem k aktuálním podmínkám možné, alespoň někteří z těchto rozhodujících zdravotnických pracovníků by neměli být aktivně zapojeni do péče o pacienta. Zajištěním větší nestrannosti v rozhodování dochází ke zvýšení právní ochrany v případě sporu a rovněž ke snížení psychologické zátěže rozhodujících zdravotnických pracovníků.
29. Důvody pro nepřijetí do IP/ukončení IP je nutné zaznamenat do zdravotnické dokumentace s dostatečnou určitostí, která zajistí transparentnost rozhodovacího procesu a umožní jeho případný následný přezkum. Z praktického hlediska lze jen doporučit podpis svědka (např. sestry) v záznamu do zdravotnické dokumentace.

C. Závěr

Tento právní rozbor vychází výhradně z platné právní úpravy tak, aby zajistil poskytování zdravotních služeb v krizové situaci na půdorysu právní jistoty. Pokud by měla být umožněna jiná kritéria pro alokaci vzácných zdrojů, zejména pro stanovování pořadí pacientů k poskytnutí zdravotních služeb, bylo by nutné prosadit takovou změnu na zákonné úrovni.

Příloha 3

Vyjádření k některým mediálním ohlasům na Stanovisko ČSARIM 13/2020 (Autoři: ŠUSTEK P., ČERNÝ V.)

Vyjádření k některým mediálním ohlasům na Stanovisko ČSARIM 13/2020

Rozhodování u pacientů v intenzivní péči v situaci nedostatku vzácných zdrojů

Šustek P.^{1,2}, Černý V.³⁻⁷

¹Centrum zdravotnického práva a Katedra občanského práva, Právnická fakulta Univerzity Karlovy, Praha

²Advokát, Šustek & Co., advokátní kancelář, Praha

³Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Fakultní nemocnice Hradec Králové

⁴Fakulta zdravotnických studií, Technická univerzita Liberec

⁵Klinika anesteziologie, perioperační a intenzivní medicíny, Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem

⁶Centrum pro výzkum a vývoj, Fakultní nemocnice Hradec Králové

⁷Department of Anesthesia, Pain Management and Perioperative Medicine, Dalhousie University, Halifax, Canada

V nedávné době se v širší odborné veřejnosti i v médiích objevily názory, které kritizují a odmítají Stanovisko ČSARIM 13/2020 – Rozhodování u pacientů v intenzivní péči v situaci nedostatku vzácných zdrojů [1] (dále „Stanovisko“). Jedním z uvedených mediálních výstupů je např. rozhovor s filosofem PhDr. Davidem Černým, Ph.D., v Deníku N [2]. David Černý zde Stanovisko označuje za alibistické, vyčítá mu, že neobsahuje návod pro řešení situace, „když je jeden ventilátor a dva pacienti“, a dále tvrdí, že Stanovisko neprošlo „žádnou větší odbornou diskuzí“ [2]. Jako jedni ze spoluautorů předmětného Stanoviska považujeme za vhodné se k uvedeným výtkám vyjádřit.

Účel Stanoviska je výstižně definován v závěru právního rozboru, který je jeho přílohou. Stanovisko tak „vychází výhradně z platné právní úpravy tak, aby zajistilo poskytování zdravotních služeb v krizové situaci na půdorysu právní jistoty. Pokud by měla být umožněna jiná kritéria pro alokaci vzácných zdrojů, zejména pro stanovování pořadí pacientů k poskytnutí zdravotních služeb, bylo by nutné prosadit takovou změnu na zákonné úrovni.“ [3].

Máme za to, že kritika Stanoviska vychází nejčastěji právě z nepochopení tohoto účelu. Je jisté možné tvrdit, že Stanovisko je příliš vágní a obecné, případně že by byla lepší nějaká jiná kritéria než ta v něm obsažená apod. Taková argumentace by ovšem měla toliko etickou povahu, nebyla by tedy principiálně omezena žádnými pevně danými a nepřekročitelnými hranicemi. Jinými slovy, uplatňovala by se mimo jakýkoli platný právní rámec. Etické úvahy však nemohou sloužit jako obrana před občanskoprávní žalobou nebo trestněprávním stíháním.

Základním cílem Stanoviska je naproti tomu vymezit prostor, ve kterém se lékaři při provádění prioritizace mohou bezpečně pohybovat tak, aby se nedopustili protiprávního jednání. Jak je ve Stanovisku a v souvisejícím právním rozboru zevrubně popsáno, platná právní úprava v České republice neumožňuje opustit rámec ve Stanovisku popsaný. Doporučovat něco jiného je otevřený hazard s osudem zdravotníků, kteří by mohli za svá rozhodnutí čelit (i trestněprávní) odpovědnosti.

Jestliže jsou doporučení obsažená ve Stanovisku relativně obecná, pak právě proto, že platné právo umožňuje prioritizaci pacientů striktně na základě medicínského posouzení indikace a přiměřenosti léčby (samozejmě za předpokladu platného informovaného souhlasu nebo jiného právního důvodu péče). Jinak řečeno, Stanovisko lékařům nabízí právní jistotu, přičemž jim umožňuje v dostatečné míře zhodnotit individualitu pacienta, mj. i s ohledem na jejich konkrétní podmínky a objektivní možnosti. Příliš detailní doporučení pro prioritizaci pacientů by hrozila nežádoucí svázaností klinického rozhodování a překročením platného právního rámce a mohla by tak navadět k postupům, které by nebylo možné považovat za tzv. *lege artis* (v souladu s právem).

David Černý ve svých mediálních vystoupeních vychází zejména z dokumentu, jehož je spoluautorem a který nese název Etická a právní východiska pro tvorbu doporučení k rozhodování o alokaci vzácných zdrojů při poskytování zdravotních služeb v rámci pandemie COVID-19 [4]. Uvedený dokument je zajímavým přínosem do etické diskuze a mohl by sloužit jako inspirační zdroj pro diskuzi o budoucích změnách relevantní právní úpravy. Pro praktickou apli-

KORRESPONDENČNÍ ADRESA AUTORŮ:

prof. MUDr. Vladimír Černý, Ph.D., FCCM, cernyvla1960@gmail.com

PhDr. David Černý, Ph.D., david.cerny@ilaw.cas.cz

Cit. zkr.: Anest intenziv Med. 2021; 32(2): 119–121

kaci v současné situaci však není právně bezpečný, neboť obsahuje některá doporučení, která jsou na hraně či již za hranou toho, co platné právo dovoluje. Příkladem může být např. výběr pacientů losováním, pro něž by v praxi chyběl dostatečný právní základ. Pokud by lékař, resp. nemocnice, postupoval plně podle uvedeného dokumentu, v kontextu platného českého práva se zcela reálně vystavuje nebezpečí žaloby. V současné situaci, kdy k věci zatím neexistují soudní rozhodnutí, pak nikdo nemůže takovému lékaři zaručit, že nebude odsouzen.

Není zcela vyloučeno, že by v případě sporu nebo trestního řízení soudy významně zohlednily zvláštní povahu krizové situace a kreativně by dovodily nová pravidla (např. co se týče okolností vylučujících protiprávnost), díky nimž by lékaři nečelili negativním právním následkům. Takový postup soudů je však krajně nejistý a v žádném případě na něj nelze spoléhat.

LITERATURA

1. Černý V, Černá Pařízková R, Šustek P, Prudil L, Kopsa Těšínová J, Šolc M, Cvachovec K, Dostál O, Holčápek T, Vácha M, Ševčík P. Stanovisko výboru ČSARIM 13/2020: Rozhodování u pacientů v intenzivní péči v situaci nedostatku vzácných zdrojů. *Anest intenziv med.* 2020; 31(5): 249–255.
2. Rozhovor s PhDr. Davidem Černým, Ph.D. v: Vrtíšková Nejezchlebová L. Los o ventilátor je férové řešení. Ministerstvo nechalo lékaře napospas v odporné situaci, říká bioetik. *Deník N*, 3. 3. 2021.

K tvrzení, že Stanovisko neprošlo dostatečnou odbornou diskuzí, lze uvést pouze to, že vedle osmi hlavních autorů a dalších tří spoluautorů se na velmi intenzivní několikátýdenní diskuzi o jeho obsahu podílela řada dalších odborníků, zejména právníků a lékařů z klinické praxe na pracovištích intenzivní péče. Na okraj lze dodat, že mezi účastníky diskuze byl i doc. JUDr. Tomáš Doležal, Ph.D., vedoucí pracoviště, na němž David Černý působí (tj. Kabinetu zdravotnického práva a bioetiky Ústavu státu a práva AV ČR). Názory kolegy Doležala ale nezískaly většinou podporu pracovní skupiny.

I přes nesporně zajímavá různorodá etická doporučení je třeba postupovat v souladu se zákonem. V tomto smyslu lze vycházet právě ze Stanoviska, které současně ponechává lékařům přiměřený prostor pro přijímání konkrétních klinických rozhodnutí s ohledem na okolnosti individuálního případu a dostává tak požadavku na individuální a individualizovaný léčebný postup.

3. Šustek P, Holčápek T, Šolc M. Příloha 1: Právní rozbor situace nedostatku vzácných zdrojů v systému zdravotní péče. In: Černý V, Černá Pařízková R, Šustek P, Prudil L, Kopsa Těšínová J, Šolc M, et al. Stanovisko výboru ČSARIM 13/2020: Rozhodování u pacientů v intenzivní péči v situaci nedostatku vzácných zdrojů. *Anest intenziv med.* 2020; 31(5): 255.
4. Černý D, Doležal A, Doležal T. Etická a právní východiska pro tvorbu doporučení k rozhodování o alokaci vzácných zdrojů při poskytování zdravotních služeb v rámci pandemie COVID-19. 2. vyd. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, Kabinet zdravotnického práva a bioetiky, 2020.

Odpověď

Doležal T.¹, Černý D.¹, Rusinová K.², Kuře J.³

¹Ústav státu a práva AV ČR, v. v. i.

²Klinika paliativní medicíny, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

³Lékařská fakulta Masarykovy univerzity v Brně

Vážená redakce,

dovolujeme si reagovat v několika bodech na „Vyjádření k některým mediálním ohlasům na Stanovisko výboru ČSARIM 13/2020 (*dále Stanovisko ČSARIM*) – Rozhodování u pacientů v intenzivní péči v situaci nedostatku vzácných zdrojů“. Diskuze nad pravidly alokace je složitá a obtížná, ale je důležité, aby probíhala otevřeně, transparentně a odborně. Chceme touto reakcí pomoci čtenářům se lépe zorientovat a pochopit problematiku alokace v širší perspektivě.

1. Cíl Stanoviska ČSARIM: právní jistota pro lékaře nebo hodnotové stanovisko pro dilematické situace?

Domníváme se, že Stanovisko ČSARIM bylo od počátku koncipováno především jako stanovisko právní, které má zajistit právní jistotu a bezpečí lékařům před případnými žalobami. Tím se však zásadně odlišuje od obdobných zahraničních textů, včetně Doporučení z Ústavu státu a práva Akademie věd ČR (*dále Doporučení ÚSP*) [5], které se snaží o hledání **zároveň** eticky a právně přijatelných pravidel správné praxe. Jsme přesvědčeni, že cílem dokumentů pro situace

vyčerpaných zdrojů by měl být prospěch pacientů. Nikoliv právní ochrana lékaře.

2. Problematika vzniku stanoviska ČSARIM

Autoři Stanoviska ČSARIM uvádějí, že na jeho přípravu bylo dostatek času a prošlo širokou odbornou debatou. V řadě států Evropy však započala diskuze o alokaci vzácných zdrojů již na jaře 2020, v České republice vyzvala k této diskuzi Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP v březnu. ČSARIM tuto nabídku k otevřené diskuzi o alokaci vzácných zdrojů tehdy zamítla [6], a tak jediným dokumentem, nad kterým bylo možno otevřeně diskutovat, byl text Doporučení ÚSP.

Vrcholící druhá vlna pandemie pak ukázala naléhavou potřebu pravidla pro alokaci zformulovat. Diskuze nad Stanoviskem ČSARIM byla zahájena 19. 10. 2020 a 9. 11. 2020 bylo přijato oficiální stanovisko výboru. Pouhých 21 dní na širší, erudovanou diskuzi podle našeho názoru není dostatečné. Naštěstí v průběhu krátké debaty se původní podoba stanoviska, která odmítala jakoukoliv prioritizaci a trvala na zásadě *first come, first served*, výrazně změnila a připojila se k odborně uznávanému kritériu prioritizace na základě předpokládaného klinic-

kého výsledku. Shodné kritérium bylo použito již v Doporučení ÚSP a následně včleněno do Stanoviska ČSARIM. Tím tedy pozbývá platnost poznámka prof. Černého a doc. Šustka, že názory doc. Doležala nebyly přijaty, protože zohlednění tohoto prioritizačního kritéria bylo iniciováno zejména jím.

3. Prioritizace – srovnávání pacientů mezi sebou

Podstatou prioritizace je upřednostnění jednoho pacienta před druhým a cílem stanovisek vznikajících k alokaci je nalézt rozumná a obecně přijatelná kritéria, která vedou k primárnímu cíli – záchraně největšího možného počtu životů.

Název textu Stanoviska ČSARIM vyjadřuje, že se text týká „doporučení pro případy prioritizace“. V jeho textu se však uvádí: „*Platné právo neumožňuje při rozhodování o přijetí do IP nebo o ukončení IP zohlednit jiná kritéria než medicínskou účelnost této péče pro konkrétního pacienta.*

Obecně není možné právně bezpečným způsobem rozhodovat o péči pro pacienta na základě jeho srovnání s jinými pacienty prostřednictvím jiných kritérií, např. věku či předpokládané doby dožití. Tato formulace má poměrně defenzivní (a legalistickou) povahu, čímž vnáší nejistotu do možného postupu lékařů. Dokument upravující případy prioritizace by měl jasně a jednoznačně stanovit prioritizační kritéria, která budou použita právě pro srovnání různých pacientů.

Současně z hlediska právního, pokud je v obou dokumentech jako kritérium první fáze prioritizace zvoleno kritérium předpokládaného klinického výsledku (pravděpodobnosti úspěchu terapie), nelze tvrdit, že Doporučení ÚSP „obsahuje některá doporučení, která jsou na hraně či již za hranou toho, co platné právo dovoluje.“ Rozdíl obou dokumentů – a na to narážel Dr. Černý, když mluvil o vágnosti Stanoviska – je skutečnost, že zatímco Stanovisko ČSARIM neposkytuje vodítka pro další rozhodování, pokud se jedná o pacienty se shodným nebo srovnatelným předpokládaným klinickým výsledkem (pravděpodobností úspěchu terapie), Doporučení ÚSP taková vodítka poskytuje.

Existuje široký konsenzus, že je nepřijatelné ponechat lékaře v těchto situacích rozhodovat pouze na základě jejich osobních morálních zásad – bez snahy o objektivnější přístup s transparentně nastavenými pravidly (s odkazem na to, že platné právo nám nedává odpověď). Nepřiměřeně vysoká variabilita rozhodování lékařů by totiž mohla negativně ovlivnit celkový outcome pacientů. Proto jsme přesvědčeni, že je v těchto případech vhodné používat validované skórovací škály. Nejčastěji uváděnými pomocnými skórovacími nástroji při alokaci v souvislosti s COVID-19 jsou v literatuře: Modified Sequential Organ Failure Assessment (MSOFA, zohledňuje mortalitní riziko), CFS 5-Item Modified Frailty Index (anamnéza CHOPN nebo pneumonie, kongestivní srdeční selhání, hypertenze na medikaci, diabetes na medikaci a ztráta soběstačnosti) nebo ECOG (performance) skóre 0–5 a další.

LITERATURA

5. Černý D, Doležal A, Doležal T. Etická a právní východiska pro tvorbu doporučení k rozhodování o alokaci vzácných zdrojů při poskytování zdravotních služeb v rámci pandemie COVID-19. 2. vyd. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, Kabinet zdravotnického práva a bioetiky, 2020.

4. Má právo jednoznačnou odpověď a pravidla pro všechny klinické situace?

Myšlenka, že právo upraví všechny možné klinické situace, je velmi formalistická a současně alibistická. Máme i jiné hodnotové systémy, které nám mohou poskytnout uspokojivou odpověď. A navíc i právo poskytuje v obecné rovině vodítka, jak v těchto situacích postupovat – i právo je totiž založeno na principech odrážejících hodnoty naší společnosti. Nelze tedy konstatovat, že Doporučení ÚSP je „pouze etické“, zatímco Stanovisko ČSARIM je „právní“ a navíc „v souladu s platným právem ČR“. Je nutno si totiž uvědomit, že s takto vážným nedostatkem vzácných zdrojů jsme doposud nebyli konfrontováni, a právo tyto situace neupravuje. Nalézání spravedlivých řešení v těchto situacích v souladu s etikou a obecnými právními principy je zcela v souladu s principy právního státu, i když řešení není v zákoně „napsáno“.

5. Proč a za jakých podmínek je losování „to nejlepší řešení“

V praxi se bude toto pravidlo uplatňovat ve zcela výjimečných (raritních) situacích, kdy v rámci prvotního kritéria prioritizace dojde ke shodě – tj. půjde o pacienty se shodnou vyhlídkou klinického úspěchu (pravděpodobnosti úspěchu terapie). Pouze v tomto případě je nutno poskytnout jiná kritéria, která umožní zvolit mezi dvěma pacienty, protože vzácný zdroj může být poskytnut pouze jednomu.

Pro tyto zvláštní situace je odůvodněné používat kritéria založená na náhodě – může jít o použití zásady *first come, first served* nebo losu. Použití obou kritérií je legitimní a záleží na preferencích autorů dokumentů. My se domníváme, že pouze volba losem představuje skutečnou verzi rozhodování na základě náhody, a tak i rovnost v distribuci vzácného zdroje. Jedná se o velmi vzácné situace, na které je však třeba být připraveni, podobně, jako musíme znát postup v situaci „*cannot intubate, cannot ventilate*“.

6. Povaha a význam pravidel pro prioritizaci a alokaci vzácných zdrojů

Jsme přesvědčeni, že pravidla prioritizace pacientů a alokace vzácných zdrojů musí být konkrétní, jasná a transparentní. Mají totiž i hlubší rozměr. Měla by lékařům poskytnout vodítka, jak se rozhodovat v jedné z nejtěžších situací, již musí čelit. Lékaři potřebují oporu v rozhodování, aby bylo nejen v souladu s právem, ale také morálně korektní. Jsou odborníky ve svých specializacích, ale také lidskými bytostmi s morální integritou a svědomím. Neposkytneme-li jim jasné návody, jak v konkrétních situacích jednat, hrozí jim vyhoření, morální tíseň (*moral distress*) a psychické problémy (posttraumatická stresová porucha, deprese atd.). Musí také se svými rozhodnutími žít, musí je komunikovat rodinám zesnulých pacientů a ospravedlnit je před celou společností.

6. Černý V, Černá Pařízková R, Šustek P, Prudil L, Kopsa Těšínová J, Šolc M, Cvachovec K, Dostál O, Holčápek T, Vácha M, Ševčík P. Stanovisko výboru ČSARIM 13/2020: Rozhodování u pacientů v intenzivní péči v situaci nedostatku vzácných zdrojů. *Anest intenziv med.* 2020; 31(5): 249–255.