



ČESKÁ REPUBLIKA

# NÁLEZ

Ústavního soudu

Jm é n e m r e p u b l i k y

Ústavní soud rozhodl v senátu složeném z předsedy Pavla Šámala, soudce Jana Wintra a soudce zpravodaje Jaromíra Jirsy o ústavní stížnosti stěžovatelů **1) J. V., 2) J. H.**, zastoupených JUDr. Adamem Doležalem, Ph.D., LL.M., advokátem se sídlem v Praze 10, U Hranic 3221/16, proti rozsudku Nejvyššího soudu č. j. 25 Cdo 961/2021-724 ze dne 28. 2. 2022 a rozsudku Krajského soudu v Hradci Králové – pobočky v Pardubicích č. j. 23 Co 350/2018-667 ze dne 29. 10. 2020, za účasti **Nejvyššího soudu a Krajského soudu v Hradci Králové – pobočky v Pardubicích**, jako účastníků řízení, a obchodních korporací **a) Nemocnice Pardubického kraje a. s.**, se sídlem v Pardubicích, Kyjevská 44, **b) ČSOB Pojišťovna a. s.**, se sídlem v Pardubicích, Masarykovo náměstí 1458, jako vedlejších účastnic řízení, takto:

**Ústavní stížnost se zamítá.**

Odůvodnění:

## I. Vymezení věci

1. Ústavní stížností podle čl. 87 odst. 1 písm. d) Ústavy České republiky a § 72 a násl. zákona o Ústavním soudu se stěžovatelé domáhají zrušení v záhlaví citovaných rozhodnutí. Jsou přesvědčeni, že jimi byla porušena jejich ústavně zaručená práva podle čl. 6, čl. 7, čl. 10, čl. 31 a čl. 36 odst. 1 a 2 Listiny základních práv a svobod („Listina“), čl. 2 a čl. 8 Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod („Úmluva“) a čl. 5 a čl. 6 Úmluvy o lidských právech a biomedicině („Úmluva o biomedicině“).

2. V projednávané věci jde (stručně řečeno) o to, zda je nemocnice odpovědná za smrt dlouhodobě nemocné pacientky na sklonku života, u které lékaři jednostranně vydali pokyn „*Do Not Resuscitate*“ („ne-resuscituj“), aniž by o tom informovali ji či její blízké.

## II. Skutkové okolnosti a procesní vývoj věci

3. J. H. („pacientka“), manželka jednoho z původních žalobců a matka obou stěžovatelů, byla od 27. 6. 2013 do 6. 7. 2013 hospitalizována ve Svitavské nemocnici a. s., jejímž právním nástupcem je vedlejší účastnice a) [„Nemocnice“]. Pacientce bylo v rozhodné době šedesát sedm let. Od 1. 7. 2013 byla pacientka umístěna na oddělení JIP interny Nemocnice, dne 6. 7. 2013 v 11:05 hodin měla srdeční zástavu a zemřela. Podle zprávy o úmrtí lékaři úmyslně nezahlásili kardiopulmonální resuscitaci („KPR“), a to s ohledem na základní diagnózu pacientky a četné další komorbidity (související nemoci). Pacientka trpěla nádorovým onemocněním, byla po chemoterapii, trpěla cukrovkou a onemocněním ledvin i plic. Ošetřující lékař rovněž zohlednil dřívější rozhodnutí lékařů ze dnů 9. 5. 2013 a 14. 6. 2013 o stanovení rozsahu péče — tzv. pokyn „*Do Not Resuscitate*“ („DNR“), což znamená pokyn k neprovádění resuscitace.

4. V řízení u obecných soudů se pozůstalí stěžovatelé (spolu s manželem pacientky, který v průběhu řízení zemřel) domáhali proti Nemocnici zaplacení 720 000 Kč jako náhrady za újmu způsobenou usmrcením podle § 444 odst. 3 zákona č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, ve znění účinném do 31. 12. 2013.

5. Okresní soud v Pardubicích („nalézací soud“) rozsudkem č. j. 5 C 167/2015-399 ze dne 6. 6. 2018 žalobě vyhověl a uložil žalované Nemocnici zaplatit každému žalobci 240 000 Kč; dospěl k následujícím skutkovým závěrům: V období od 14. 6. 2013 do 6. 7. 2013 pacientka nebyla informována o pokynu DNR a jeho důsledcích, Nemocnice nežádala ani její písemné vyjádření ke stanovenému postupu. Ačkoliv lékaři opakovaně hovořili s pacientkou a do dokumentace zaznamenávali její stanoviska, poskytnuté informace se týkaly chemoterapie, dialýzy a přání jít domů, nikoliv případné (ne)resuscitace. Listinou označenou jako informovaný souhlas bylo prokázáno, že ještě dne 2. 7. 2013 Nemocnice žádala od pacientky souhlas k zavedení centrálního žilního katetru. Uvedený dokument obsahuje prohlášení o souhlasu pacientky k provedení veškerých potřebných a neodkladných výkonů nutných k záchraně jejího života; nevyplývá z něj, že jde o souhlas výhradně k úkonům, které souvisí s komplikacemi se zavedením katetru. Informace o pokynu DNR nikdy nebyla formou strukturovaného rozhovoru zpřístupněna ani příbuzným pacientky. Znaleckým posudkem Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví bylo prokázáno, že léčebná péče v době hospitalizace odpovídala současným poznatkům lékařské vědy (byla tzv. *lege artis*). Byť by resuscitace teoreticky mohla prodloužit život pacientky, základní onkologickou chorobu by to neovlivnilo a její příznaky neřešilo. Pravděpodobnost úspěšné resuscitace je v obdobných případech malá, a podaří-li se, je většinou doprovázena výrazným poškozením mozku. Při podobně těžkém celkovém stavu je i po úspěšné resuscitaci téměř jisté, že v průběhu dalších dnů, maximálně týdnů, se bude maligní arytmie opakovat a bude již terminální. Tvrzení o nesprávné indikaci léčiv bylo vyvráceno.

6. Podle nalézacího soudu je o každé změně léčebného postupu podle § 31 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), třeba pacienta srozumitelným způsobem informovat, což platí tím spíše, jde-li o pokyn DNR. Podle § 34 téhož zákona musí pacient dát k takovému

postupu informovaný a svobodný souhlas, případně jej odmítnout formou tzv. negativního reversu a může ohledně případné resuscitace vyjádřit i tzv. dříve vyslovené přání ve smyslu § 36 zákona o zdravotních službách („DVP“). Pacientka v projednávané věci byla až do 6. 7. 2013 schopna samostatného rozumového i volního jednání, proto se na ni nevztahovalo Doporučení představenstva České lékařské komory č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli („Doporučení ČLK č. 1/2010“). Pacientka byla svéprávná a dříve působila jako sanitářka v nemocnici, bylo-li by jí vše vysvětleno vhodnou formou, mohla svoji vůli vyjádřit srozumitelným způsobem, a to nejen dne 14. 6. 2013, kdy byl vydán (již druhý) pokyn DNR, ale přinejmenším ještě dne 2. 7. 2013, kdy Nemocnice vyžádala její souhlas se zavedením katetru – nebylo jí však umožněno rozhodnout o postupu léčby a zvolený postup zkrátil její život. Byť je nepochybné, že se resuscitací mohla snížit kvalita života pacientky, záviselo by to pouze na její volbě. Doporučení ČLK č. 1/2010, jímž Nemocnice svůj postup odůvodňuje, podle nalézacího soudu směřuje k situaci, ve které hospitalizovaný není schopen se sám rozhodovat a je zároveň v terminálním stádiu nemoci, což nebyl případ pacientky ke dni 14. 6. 2013. Žádný právní předpis podle nalézacího soudu neupravuje situaci, v níž lékař nemusí na základě vlastního uvážení zahajovat léčbu, která je život udržující. Lékař proto nemůže vydat pokyn DNR bez zjištění vůle člověka, případně jeho zákonného zástupce, není-li pacient sám schopen svoji vůli projevit.

7. Nalézací soud uzavřel, že předpokladem vzniku odpovědnosti podle § 420 odst. 1 občanského zákoníku je porušení právní povinnosti, vznik škody a příčinná souvislost mezi nimi. Poskytla-li Nemocnice pacientce pouze konzervativní léčbu způsobem odpovídajícím současným poznatkům lékařské vědy, ale vůbec jí neumožnila vyjádřit se k rozsahu péče, nerespektovala její vůli a porušila své povinnosti upravené zejména v § 28 odst. 1 a § 31 odst. 1 zákona o zdravotních službách. V příčinné souvislosti s tímto porušením právní povinnosti je, že neprovedením resuscitace (KPR) nebyl oddálen nevratně se blížící konec života pacientky.

### III. Obsah napadených rozhodnutí

8. Krajský soud v Hradci Králové – pobočka v Pardubicích („odvolací soud“) výrokem I. ústavní stížností napadeným rozsudkem změnil rozhodnutí nalézacího soudu a žalobu stěžovatelů zamítl; výroky II. – VII. rozhodl o povinnosti stěžovatelů nahradit náklady řízení (v celkové výši cca 463 000 Kč). Odvolací soud dospěl k závěru, že z dosud provedeného dokazování příčinná souvislost mezi následkem (úmrtím pacientky) a protiprávním jednáním (vydání pokynu DNR bez informovaného souhlasu a následného neprovedení KPR) prokázána nebyla. Z revizního znaleckého posudku Všeobecné fakultní nemocnice v Praze vyplývá, že bezprostřední příčinnou smrti bylo v tomto případě *„selhání srdce a plic z důvodu dekompenzace při chronickém postižení s vlivem akutního zhoršení jejich funkcí při interkurentní infekci provázející základní hemato-onkologické onemocnění“*. Srdeční zástava nenastala náhle, ale byla vyústěním postupujícího srdečního selhávání. KPR v této fázi choroby by velmi pravděpodobně nevedla k obnovení účinné srdeční činnosti oběhového aparátu a plic, a pokud ano, pak pouze na dobu několika minut; vzhledem ke stavu kardiopulmonálního systému byla úprava oběhu do funkčního stavu nanejvýš nepravděpodobná. I v nepravděpodobném případě obnovení srdeční činnosti by pacientka vzhledem ke svému stavu nebyla schopna života bez závažné podpory oběhu, ventilace, ledvinných funkcí a podobně. Její krátkodobý návrat k životu bez orgánové podpory a trvalé intenzivní péče lze vyloučit;

prodloužena by byla pouze stresující doba umírání. Resuscitace by byla péčí nadbytečnou, s vysokou pravděpodobností neúspěšnou, nebo pouze oddalující smrt řádově o hodiny či desítky hodin umírání. Byť podle odvolacího soudu Nemocnice porušila právní povinnost, neinformovala-li pacientku o pokynu DNR i přesto, že byla schopna vnímat, příčinná souvislost s úmrtím prokázána nebyla. Pacientka již dne 6. 7. 2013 měla poruchu vědomí a splňovala kritéria doporučení ČLK č. 1/2010. Neposkytnutí KPR nebylo porušením právní povinnosti ani převažující příčinou smrti pacientky. Vadné podávání a vysazování léčiv nebylo prokázáno.

9. Nejvyšší soud ústavní stížností napadeným rozsudkem dovolání stěžovatelů týkající se výroku odvolacího soudu ve věci samé zamítl a ve zbývající části je odmítl. Podle Nejvyššího soudu spočívá významná část dovolací argumentace na tvrzeních, které jsou v rozporu se skutkovými zjištěními odvolacího soudu, jenž na základě revizního znaleckého posudku dospěl k závěru, že úspěšnost resuscitace byla u pacientky nanejvýš nepravděpodobná, i pokud by uspěla, obnovení životních funkcí by trvalo několik minut, možná hodin. Stěžovatelé naopak tvrdí, že pacientka mohla žít ještě měsíce.

10. Podle Nejvyššího soudu je porušením právní povinnosti i provedení lékařského zákroku bez informovaného souhlasu. Nároky pozůstalých na náhradu nemajetkové újmy způsobené usmrcením osoby blízké vznikají, jen je-li protiprávní úkon (lékařský zákrok vykonaný bez informovaného souhlasu) vyvolávajícím činitelem poškození zdraví. Byť Nemocnice svou informační povinnost ve vztahu ke stanovení způsobu rozsahu péče splnila nedostatečně, nárok na náhradu újmy tím vzniklé v autonomii pacienta a představované nežádoucím informačním deficitem není předmětem tohoto řízení. Jelikož nezahájení resuscitace nebylo v souladu s učiněnými zjištěními příčinou smrti pacientky, nelze pojímat její úmrtí jako tzv. materializované riziko, o němž nebyla poučena.

11. Újmu způsobenou ztrátou blízké osoby je podle Nejvyššího soudu rozlišovat od újmy způsobené tím, že nebyl oddálen v daném okamžiku nezvratně se blížící konec jejího života. Jakkoliv jsou obě situace pro blízké osoby traumatizující a bolestné, je zřejmé, že zásah, jenž jim upře možnost oddálit po nějaký čas již neodvratně se blížící moment rozloučení s umírajícím, aniž by však byl sám o sobě příčinou její smrti, je ze své podstaty rozdílný, s méně fatálními dopady, než ten, který jim přímo přivodí ztrátu blízkého člověka (např. násilný čin, dopravní nehoda či pochybení při lékařském zákroku, jež zmařilo obnovení dobrého zdravotního stavu). V projednávané věci se stěžovatelé domáhali jednorázové náhrady za usmrcení osoby blízké podle § 444 odst. 3 občanského zákoníku, nikoliv za jiný zásah do svých osobnostních práv ve smyslu § 11 a § 13 téhož zákona, o němž lze uvažovat i v případě, jsou-li dotčení připraveni o čas strávený s danou blízkou osobou, jejíž odchod se nezadržitelně blíží. Argumentace stěžovatelů v daném případě směřuje především k tomu, že provedení resuscitace mohlo pacientce prodloužit život; sami připouštějí, že maximálně o několik měsíců. Stěžovatelé konstruují příčinnou souvislost mezi postupem lékařů a zásahem do rodinného života spočívajícím ve zkrácení času s blízkou osobou, nikoliv přímo v jejím úmrtí. Stěžovatelé byli o právním náhledu odvolacího soudu ohledně rozdílných nároků, o nichž lze v dané věci uvažovat, poučeni při jednání konaném dne 21. 3. 2019.

12. Pro úspěch ve sporu je podle Nejvyššího soudu rozhodující, zda nezahájení resuscitace — bez ohledu na absenci předchozího poučení — bylo příčinou smrti pacientky. Při hodnocení protiprávnosti jednání při poskytování zdravotních služeb

je podle čl. 4 Úmluvy o biomedicině a § 45 odst. 1 a § 49 odst. 1 zákona o zdravotnických službách třeba zabývat se tím, jak jsou povinnosti a standardy při poskytování lékařské péče pojímány z pohledu odbornosti i etiky lékařských rozhodnutí. Z odborné literatury a podpůrných dokumentů vyplývá, že léčba na sklonku života musí být stanovena na základě lékařských principů *beneficience* a *nonmaleficience*, což znamená, že vykonávat postupy, které by pro nemocného nebyly přínosem, je v rozporu s *lex artis*. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Přijal-li by odvolací soud zjednodušující závěr o nezbytnosti resuscitovat za každých okolností, mohl by nutit lékaře k jednání odporujícímu lékařské etice a působícímu pacientům zbytečnou trýzeň či narušení jejich důstojnosti na sklonku života.

13. Nejvyšší soud dospěl rovněž k závěru, že poskytovatel zdravotní péče není povinen hradit pozůstalým jednorázovou náhradu za nemajetkovou újmu způsobenou ztrátou osoby blízké (§ 444 odst. 3 občanského zákoníku), jestliže lékaři při srdeční zástavě neprovedli kardiopulmonální resuscitaci pacienta, jehož stav byl natolik závažný, že resuscitace by k obnovení srdeční činnosti nevedla nebo by obnovila životní funkce jen na velmi krátkou dobu při prodlužovaném utrpení umírajícího. Protože stěžovatelé neuplatňovali nároky odpovídající tvrzenému zásahu do práv plynoucích z autonomie pacienta (náhrada za zásah do osobnostních práv zemřelé pacientky v důsledku provedení zdravotnických výkonů bez informovaného souhlasu), je podle Nejvyššího soudu rozhodnutí odvolacího soudu věcně správné.

#### IV. Shrnutí argumentace stěžovatelů

14. Stěžovatelé předně namítají, že Nemocnice v rozporu s judikaturou Evropského soudu pro lidská práva („ESLP“) porušila právo pacientky na život, čímž přímo zasáhla do soukromého a rodinného života stěžovatelů, kterému obecné soudy neposkytly ochranu. Rozhodování, zda se jedinec podrobí zdravotnímu zákroku, musí být plně autonomní volbou pacienta (rozsudek ESLP ze dne 29. 7. 2002 ve věci *Pretty proti Spojenému království*, č. stížnosti 2346/02). Vůle pacienta na konci života má mít přednost před povinností postupovat *lege artis*, a to i v případě, že by znamenala jeho smrt [rozsudek ESLP ze dne 10. 6. 2010 ve věci *Moskevští Svědkové Jehovovi a ostatní proti Rusku*, č. stížnosti 302/02; srov. rovněž nálezy Ústavního soudu sp. zn. IV. ÚS 639/2000 ze dne 18. 5. 2001 (N 77/22 SbNU 157)]. Autonomie pacienta podle stěžovatelů tedy musí být respektována i v případě léčby, která by mohla vést ke snížení kvality života.

15. Stěžovatelé dále zmiňují faktory, které je podle judikatury ESLP třeba zvážit při hodnocení, zda stát dodržel své pozitivní závazky vyplývající z čl. 2 Úmluvy ve vztahu k otázce lékařského ošetření na sklonku života: 1) existence vnitrostátního práva a praxe regulačního rámce slučitelné s požadavky čl. 2 Úmluvy; 2) zda byla zohledněna dříve vyjádřená přání žadatele a přání osob, které jsou mu blízké, jakož i stanoviska zdravotnických pracovníků; 3) možnost obrátit se na soud v případě pochybností o nejlepší rozhodnutí v zájmu pacienta (srov. zejm. rozsudek ESLP ze dne 5. 6. 2014 ve věci *Lambert a ostatní proti Francii*, č. stížnosti 46043/14, § 143; a rozsudek ESLP ze dne 9. 3. 2004 ve věci *Glass proti Spojenému království*, č. stížnosti 61827/00). Aplikovaná ustanovení občanského zákoníku podle stěžovatelů neupravují situaci, kdy poskytovatel zdravotních služeb nezahájí život udržující léčbu, která je podle něj neúčelná, nebo vydá pokyn DNR, ačkoliv je takový postup v rozporu s přáním pacienta

způsobilého k právnímu jednání; pacientce rovněž chyběla možnost obrátit se v pochybnostech na soud. V takovém případě je třeba ctít obecně respektovanou zásadu „*in dubio pro vita*“. Stěžovatelé odkazují na rozhodnutí britského Court of Appeal ve věci *R (Tracey) v Cambridge University Hospital NHS Foundation* [2014] EWCA Civ 822, ze kterého vyplývá, že jednostranné rozhodnutí o resuscitaci bez zohlednění přání pacienta nebo osob oprávněných za něj rozhodovat je v rozporu s čl. 8 Úmluvy. Rozhodnutí o neresuscitování člověka se dotýká jeho integrity, důstojnosti i kvality života, a je proto nutné, aby vnímající pacient či jeho blízcí byli zapojeni do rozhodování o uvedeném pokynu. Byť medicínská úvaha náleží lékaři, je při rozhodování o resuscitaci třeba zahrnout i hodnotové úvahy, které náležejí pouze pacientovi.

16. Zadruhé, obecné soudy podle stěžovatelů posoudily otázku protiprávnosti (ne)jednání Nemocnice v rozporu s čl. 6 a čl. 31 Listiny a čl. 2 Úmluvy. Byla-li pacientka schopna sama rozhodovat o lékařské péči, představuje pokyn DNR vydaný bez jejího souhlasu porušení právní povinnosti; neprovedení resuscitace proto nebylo *lege artis*. Pacientka sama vyjádřila v informovaných souhlasech jednoznačně přání pokračovat v léčbě – včetně KPR. Neprovedení resuscitace na základě pokynu DNR vydaného v rozporu s její vůlí bylo v příčinné souvislosti se zkrácením života, a to bez ohledu na jeho potenciálně sníženou kvalitu. Neinformování pacientky jí znemožnilo rozhodnout o změně poskytovatele zdravotních služeb či vyžádat stanovisko soudu. V případě pacienta, který je v dlouhodobé péči, nelze podle stěžovatelů oddělit pokyn DNR od neposkytnutí resuscitace a hodnotit je jako dvě samostatná, na sobě nezávislá rozhodnutí. Nelze totiž očekávat, že by ošetřující lékař v akutní situaci jednal v rozporu s pokynem zaneseným ve zdravotnické dokumentaci.

17. Nemocnice podle stěžovatelů nepostupovala ani v souladu s Doporučením ČLK č. 1/2010: do rozhodování o DNR nezahrnula přání pacientky [čl. 4 d; čl. 6 b)]; nebyla informována rodina a blízcí [čl. 6 c)]; rozhodnutí nebylo vydáno na základě zvážení všech členů ošetřujícího zdravotnického týmu [čl. 6 d)]; ve zdravotnické dokumentaci absentuje zápis obsahující náležité posouzení zdravotního stavu a medicínské zdůvodnění rozhodnutí o zahájení paliativní péče [čl. 6 f)]; nikdy nebylo zvažováno, zda je další léčba marná a neúčelná, ve zdravotnické dokumentaci nebyl podobný proces nijak zaznamenán a odůvodněn [čl. 5 c)]; pokyn nebyl vydán na základě kolektivního rozhodování. Podle stěžovatelů je nepřijatelné, aby u kompetentního pacienta lékaři svévolně a bez řádného procesu rozhodovali, který pacient bude ještě léčen a který již nikoliv.

18. Zatřetí, stěžovatelé tvrdí, že při výkladu etických standardů obecné soudy nepřijatelně upřednostnily paternalistické principy *beneficence* a *nonmaleficence* (volně přeloženo: „činit dobro a neškodit“) a pominuly význam principu autonomie vůle a sebeurčení pacienta. Stěžovatelé rozporují interpretaci odborné literatury a dalších pramenů zabývajících se etickými aspekty rozhodování o pokynu DNR — podle nich z moderní debaty vyplývá, že tento pokyn má být s pacienty předem diskutován; při absenci souhlasu naopak převládá předpoklad poskytnutí resuscitace. Pacientův názor a jeho posouzení rizikovosti, zda případná zátěž převáží možné benefity z úspěšné KPR, by měl být rozhodujícím kritériem; bez znalosti preferencí pacienta nelze o medicínské nepřiměřenosti či marnosti resuscitace jednoznačně rozhodovat. Stěžovatelé odkazují na hranice vědeckého poznání — i lékaři se mohou mýlit a hranice mezi životem a smrtí stále zůstává v nezanedbatelné části mimo dosah lidí a jejich zkušenosti.

19. Začtvrté, stěžovatelé namítají, že obecné soudy chybně posoudily otázku příčinné souvislosti; zdůrazňují, že provedené znalecké posudky nalézají příčinu smrti v odlišných skutečnostech — jeden v selhání srdce a plic, druhý v základním onkologickém onemocnění. Znalecké posudky se rovněž liší v prognóze potenciální délky života (minuty, hodiny, či dokonce měsíce) a neshody odborníků prokazují, že rozhodování o příčinné souvislosti v případě moderní medicíny je stále nejisté. Ohledně vědecké nejistoty stěžovatelé odkazují na rozsudek ESLP ve věci *Glass proti Spojenému království*, ve které se všichni experti shodli na pokynu o DNR, byť pacient přes všechny předpoklady resuscitaci přežil.

20. Podle stěžovatelů je klíčový závěr, že pacientce mohla resuscitace teoreticky prodloužit život, byť ve snížené kvalitě. Nejvyšší soud neudržitelně rozlišuje mezi zásahem, jehož výsledkem je zkrácení času života, a zásahem, jehož následkem je úmrtí. Vedlo-li nejednání lékaře ke zkrácení života, nelze dovodit, že by nebylo kauzální i ke způsobení smrti, která by nastala v jiný čas. Z hlediska teorie *conditio sine qua non* je omise v podobě nejednání lékaře podmínkou, bez níž by následek nenastal. Resuscitovali by lékař pacientku, je pravděpodobné, že by nastal jiný následek – průběh skutkového děje by byl odlišný — minimálně v tom, že život pacientky mohl být prodloužen „na přechodnou dobu několika minut až desítek minut“, nebo dokonce „o hodiny či desítky hodin“ nebo „měsíce“. Příčinu následku je podle stěžovatelů třeba spatřovat v protiprávním pokynu o DNR – neexistoval-li by, lékař by nejednal tak, jak jednal. Neporušila-li by Nemocnice svoji povinnost informovat pacientku, celý proces léčby v závěru jejího života a rozhodování o něm by byl odlišný. Jestliže soudy dospěly naopak k závěru, že v případě resuscitace by se skutkový stav nezměnil a pacientka by zemřela, nevzaly v úvahu porušení informační povinnosti a následně možné alternativy průběhu léčby. Jestliže dále soudy využily teoretické koncepce „jednání v souladu s právem“, měla Nemocnice prokázat, že by k úmrtí došlo stejným způsobem v jakémkoliv případě. Stěžovatelé naopak poukazují na teorii materializace rizik, podle níž platí, že jestliže se naplní rizika, která nejsou zmíněna v poučení, je pro příčinnou souvislost stanovena vyvrátitelná domněnka její existence. Stěžovatelé namítají, že i kdyby neexistovala přímá příčinná souvislost mezi pokynem DNR, následnou ne-resuscitací a úmrtím pacientky, byla by dána tzv. alternativní kauzalita, která spočívá v souběhu postupu *non lege artis* a progresu nemoci pacientky jako alternativních příčin.

21. Stěžovatelé dále namítají, že ve věci by měla být aplikována tzv. teorie ztráty šance, podle níž platí, že v případech, kdy zdravotnické zařízení postupuje *non lege artis*, avšak není postaveno najisto, že jeho postup byl jedinou příčinou poškození zdraví pacienta, neznamená to, že by reálná újma nemohla vzniknout. Přestože nebude možné hovořit s jistotou o poškození zdraví, bude minimálně zasaženo do duševní sféry jedince, jenž bude nadále žít s vědomím, že se jeho zdravotní stav mohl zlepšit, či že osoba jemu blízká mohla žít déle, kdyby k danému pochybení nedošlo. Z hlediska ústavnosti zpravidla často nebude možné určit, jaký ústavně chráněný statek mohl být v tom kterém případě pochybení zdravotnického zařízení dotčen, tedy zda jím bude zdraví či život jednotlivce anebo „jen“ jeho psychický stav; i tzv. ztráta šance je statkem chráněným čl. 6, 7 a 31 Listiny (srov. nálezný sp. zn. IV. ÚS 3416/20 ze dne 25. 5. 2021).

22. Zapáté, obecné soudy porušily právo stěžovatelů na spravedlivý proces, neboť učinily nesprávné skutkové zjištění z výpovědi doc. V. M., podle jehož názoru by pacientka mohla žít ještě po dobu v řádu měsíců, bylo-li by možné v léčbě pokračovat. Nejvyšší soud v bodě 11 napadeného rozsudku uvedl, že stěžovatelé relevantnost

lékařova posouzení stavu pacientky zpochybňují proto, že lékař pacientku více než tři roky před úmrtím neviděl. Stěžovatelé však tvrdili, že doc. M. jejich matku tři roky neviděl ke dni 9. 5. 2013, tedy ke dni vydání prvního pokynu DNR, který lékaři dali během necelé hodiny a odkazovali přitom na konzultaci s doc. M. Uvedený lékař však následně měl pacientku v péči ještě ode dne 10. 5. 2013 do 30. 5. 2013, dále od 24. 6. 2013 do 27. 6. 2013 při hospitalizaci a dne 1. 7. 2013.

23. Zašesté, stěžovatelé považují rozsudek odvolacího soudu za překvapivý. U nalézacího soudu bylo dokazování zaměřeno na porušení povinnosti při rozhodování o DNR bez udělení informovaného souhlasu, které bylo v kauzální linii s neprovedením resuscitace lékařem, jenž se na pokyn DNR odvolal. U odvolacího soudu otázka rozhodování o DNR řešena nebyla a odvolací soud se zaměřil pouze na medicínský standard nekonání lékaře v den úmrtí pacientky, aniž by zkoumal uvedenou spojitost mezi těmito skutky.

24. Odvolací soud podle stěžovatelů porušil jejich právo na spravedlivý proces také tím, že nemožeroval výši náhrady nákladů řízení podle § 150 občanského soudního řádu. Tento svůj postup soud řádně neodůvodnil, ačkoli to stěžovatelé navrhovali [nález sp. zn. II. ÚS 814/08 ze dne 21. 5. 2008 (N 97/49 SbNU 451)]. Důvody pro aplikaci § 150 o. s. ř. byly podle stěžovatelů dány, protože Nemocnice jednala protiprávně, v rozporu s etikou a morálkou a nebyla ochotna jednat o smíru; jde zároveň o dosud neřešenou problematiku. Náklady vedlejší účastnice b) vynaložené na právní zastoupení nelze považovat za účelné, neboť advokát ji začal zastupovat až v okamžiku příznivé změny názoru odvolacího soudu.

## V. Vyjádření k ústavní stížnosti

25. Nejvyšší soud ve vyjádření navrhl, aby ústavní stížnost byla zamítnuta. Kromě podrobného rozboru napadeného rozhodnutí uvedl, že jakkoli je respekt k autonomii pacienta stěžejním aspektem moderního způsobu poskytování zdravotní péče, nelze tvrdit, že by současně nebylo třeba respektovat medicínu jako vědní obor, se všemi jejími standardy, včetně hodnocení účelnosti léčby. Garance faktického zajištění zdravotní péče prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění není vázána výhradně na vůli pacienta, ale na smysluplnost péče. Ani vůle pacienta nemůže změnit náhled, podle nějž určitý úkon není z medicínského hlediska opodstatněný a prospěšný, tedy „indikovaný“. Sice mohla být protiprávně neposkytnuta dostatečná informace pacientce a jejím blízkým, to však nečiní protiprávním neprovedení úkonu, který by s ohledem na další povinnosti ve vztahu k zachování náležitosti standardu péče nebylo namístě provádět. Přijetí opačného závěru by nutilo lékaře provádět medicínsky zbytečné či dokonce škodlivé úkony podle vůle pacienta a ztěžovalo by optimalizaci poskytování lékařské péče.

26. Odvolací soud také navrhl, aby ústavní stížnost byla zamítnuta. Kromě opakování dřívější argumentace uvedl, že rozhodnutí nebylo překvapivé, neboť stěžovatelé měli možnost se k postupu soudu a provedení dokazování vyjádřit, což prostřednictvím advokáta opakovaně činili. Odvolací soud o svém právním názoru (který byl odlišný od nalézacího soudu) stěžovatele poučil před zahájením odvolacího jednání dne 21. 3. 2019 a vyhověl i návrhu žalobců na zpracování revizního znaleckého posudku.

27. Vedlejší účastnice b) Ústavnímu soudu sdělila, že v řízení o ústavní stížnosti nebude uplatňovat práva vedlejšího účastníka. Nemocnice na výzvu k vyjádření nereagovala.



28. Ústavní soud dále požádal o vyjádření *amicus curiae* Českou lékařskou komoru („ČLK“). Předseda Vědecké rady MUDr. Zdeněk Mrozek, Ph.D. po projednání s doc. MUDr. Tomášem Vymazalem, Ph.D., MHA a členy oborové komise Vědecké rady ČLK pro anesteziologii, resuscitaci a intenzivní medicínu, ve vyjádření uvedl, že není výjimečné, že lékařské konzilium rozhodne o nerozšiřování terapie v situaci, kterou odborníci vyhodnotí jako terapii marnou a klinický stav jako nevratný (terminální); v takových případech se postupuje podle Doporučení ČLK č. 1/2010. Rozhodování o pokynu DNR je medicínské rozhodnutí o péči, která je a která již nemá být indikována. Osoby blízké pacientovi jsou o postupu podrobně informovány, neurčil-li pacient něco jiného. Nelze připustit, aby byla poskytována marná a neúčelná péče, která by krátkodobě prodloužila utrpení pacienta pouze na přání jemu blízkých osob; je-li další indikovaný postup z medicínského hlediska jednoznačný, nemohou o postupu rozhodovat rodinní příslušníci. Nerozšiřování terapie je konsenzuálním rozhodnutím ošetřujícího lékaře, jeho nadřízeného či kolegy; do rozhodování by měli být zahrnuti všichni členové ošetřujícího týmu, tedy i „nelékařský“ personál. Za závěrečné rozhodnutí nese odpovědnost vedoucí lékař příslušného pracoviště nebo jím pověřený lékař. Jakékoliv rozhodnutí o změně terapie musí být explicitně uvedeno ve zdravotnické dokumentaci, včetně jasného zdůvodnění, proč tak bylo učiněno.

29. Ústavní soud požádal o stanovisko *amicus curiae* Ústav etiky a humanitních studií 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Přednosta ústavu Mgr. et Mgr. Marek Vácha, Ph.D. se vyjádřil, že rozhodování o pokynu DNR bez dříve vysloveného přání pacienta je podle jeho subjektivního názoru „jev drtivě převažující“. Byla-li by zavedena a vyžadována povinnost lékařů informovat pacienty a jejich příbuzné nejen o tom, jaký postup je navrhován, nýbrž i o tom, co vše se nestane (např. KPR) a proč, systém zkolabuje. Existují pracoviště, na kterých se rozhodnutí o DNR činí v konsensu týmu lékařů různých specializací. Podle něj v současné době v České republice převážně nejsou lékaři, kteří by byli během medicínských studií kvalitně a v žádoucím rozsahu připravováni na komunikaci s příbuznými pacienta.

30. Stěžovatelé v replice kromě dřívějších argumentů uvedli, že obecné soudy opakovaně chybně posuzují jako protiprávní samotné neinformování pacientky, nikoliv již navazující neposkytnutí KPR. Nerozeznávají, že právě informování pacienta je klíčovou součástí rozhodovacího procesu, který určuje cíl léčby, podle něž se následně posuzuje medicínská indikace (standard *lege artis*). Podle stěžovatelů nelze jednoznačně uzavřít, že by poskytnutí KPR bylo neúčelnou a nepřiměřenou, tedy neindikovanou, léčbou, o níž pacient sám nemůže rozhodovat, aniž by byly provedeny hodnotové soudy, které nutně závisí na jeho životních preferencích. Rozhodující je cíl léčby, podle něhož se navrhuje medicínské prostředky, které k němu povedou. Hodnotový cíl léčby volí pacient; nikdo jiný nemůže rozhodovat, jaká kvalita života je pro něj smysluplná. Právě pro stanovení cílů léčby je určující, zda byl pacient do rozhodování o pokynu DNR zahrnut. Pacientce ostatně byla KPR nabízena jako indikovaná léčba i v „informovaném souhlasu“ ze dne 2. 7. 2013; po celou dobu léčby projevovala vůli, aby bylo pokračováno v léčbě veškerou možnou péčí, což mimo jiné projevovala i v uvedeném informovaném souhlasu, který zaznamenává její autentické přání být resuscitována i za cenu zhoršení kvality života. Právo na udělení informovaného souhlasu podle stěžovatelů obsahuje dvě základní složky — právo na informování a právo na spolupodílení se na rozhodovacím procesu; druhou složku obecné soudy nedůvodně upozadily. Rozhodnutí Nejvyššího soudu přímo podporuje neetickou a protiprávní praxi, která z rozhodovacího procesu vylučuje kompetentního pacienta.

31. K replice stěžovatelé přiložili vyjádření doc. MUDr. Kateřiny Rusinové, Ph.D, přednostky Kliniky paliativní medicíny 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Doc. Rusinová v něm uvádí, že ve Všeobecné fakultní nemocnici proběhl v letech 2016 až 2017 rozsáhlý výzkum zaměřený na poslední hospitalizaci pacienta, která předchází úmrtí. Z výzkumu vyplynulo, že u přibližně 1000 zemřelých za období jednoho roku: 1) je úmrtí v naprosté většině případů pro lékaře očekávané, nejde o náhlou a překvapivou situaci, ale o předvídatelnou trajektorii onemocnění; 2) většině úmrtí (až 90 %) kardiopulmonální resuscitace v souboru studie nepředcházela a v dokumentaci byl záznam o DNR; 3) pouze u 10 % pacientů dokumentace obsahovala záznam o vůli, hodnotách a preferencích pacienta. Rozhodování o potenciálně život prodlužujícím postupu je vychýleno významně na stranu lékařů. Přestože jsou pacienti po značnou dobu léčby kompetentní, nebývají k rozhodování přibráni včas; rozhovor o prognóze a plánování péče včetně plánu pro zhoršení zdravotního stavu se odkládá až do doby, kdy nejsou schopni rozhodnutí (z důvodu dezorientace nebo poruchy vědomí).

32. Ke konceptu přiměřenosti péče doc. Rusinová uvádí, že péče je přiměřená tehdy, je-li: a) medicínsky indikovaná (existuje-li evidence o účinnosti a lékařská rozvaha ji potvrdí pro individuálního pacienta s přihlédnutím k jeho věku a přidruženým onemocněním); b) v souladu s hodnotami a preferencemi pacienta (pacient o léčbu stojí, v trajektorii jeho životního příběhu mu dává smysl a formálně ji stvrzuje informovaným souhlasem). Žádoucím postupem je maximální transparentnost v rozhodování o přiměřené (budoucí) péči s kompetentním pacientem, s nímž se v rámci rozhovoru formuluje realistický cíl léčby; většina pacientů považuje takový rozhovor za účelný i úlevný. Ze strany lékařů většinou brání rozhovoru o plánu pro zhoršení zejména: 1) nedostatečné vzdělání ohledně vedení hodnotově orientovaných rozhovorů; 2) obava, že takový rozhovor pacientovi vezme naději; 3) nedostatek času; 4) obava, že v rámci rodiny bude neshoda. Pacienti, kteří dostanou prostor se vyjádřit, jsou více spokojeni s celkovou zdravotní péčí. Doporučení ČLK č. 1/2010 je podle doc. Rusinové třeba aktualizovat.

## **VI. Upuštění od ústního jednání**

33. Ústavní soud podle § 44 zákona o Ústavním soudu dospěl k závěru, že by ústní jednání nepřispělo k dalšímu objasnění věci. Nekonání ústního jednání odůvodňuje i skutečnost, že Ústavní soud nepovažoval za potřebné provádět dokazování.

## **VII. Předpoklady řízení před Ústavním soudem**

34. Ústavní soud je k projednání ústavní stížnosti příslušný. Ústavní stížnost byla podána oprávněnými osobami, neboť stěžovatelé byli účastníky v řízení u obecných soudů [srov. § 72 odst. 1 písm. a) zákona o Ústavním soudu]; je včasná, neboť byla podána ve lhůtě dvou měsíců od doručení napadeného rozsudku Nejvyššího soudu (§ 72 odst. 3 téhož zákona). Stěžovatelé jsou řádně zastoupeni advokátem (§ 30 odst. 1 téhož zákona) a vyčerpali všechny procesní prostředky, které jim občanský soudní řád k ochraně jejich práva poskytuje (srov. § 75 odst. 1 téhož zákona).

## **VIII. Posouzení opodstatněnosti ústavní stížnosti**

35. Ústavní soud dospěl po důkladném seznámení s obsahem procesního spisu a všech dostupných podkladů k závěru, že ústavní stížnost není důvodná.

36. Klíčovou spornou otázkou v projednávané věci je, zda Nemocnice jednala protiprávně a zda bylo její jednání příčinou smrti matky stěžovatelů ve smyslu § 444 odst. 3 občanského zákoníku. Podle stěžovatelů protiprávní jednání představuje postup ošetřujících lékařů, kteří vydali pokyn DNR bez informování pacientky a jejích blízkých, a následně resuscitaci neprovedli. Za následek protiprávního jednání stěžovatelé považují úmrtí pacientky, které nastalo dříve, než by nastalo v případě provedení resuscitace.

37. Dříve než Ústavní soud vysvětlí, proč obecné soudy napadenými rozhodnutími základní práva stěžovatelů neporušily (**VIII. 2**), shrne obecná ústavněprávní východiska vydávání pokynu DNR, povinnosti ochraňovat život a zdraví pacientů a odškodňování za usmrcení blízké osoby (**VIII. 1**).

### ***VIII. 1 Obecná východiska***

38. Otázkou procesu rozhodování o pokynu neresuscitovat — „*Do Not Resuscitate*“ — se Ústavní soud dosud nezabýval. Jde přitom o komplexní a s ohledem na pokrok v medicíně velmi aktuální problematiku, ve které se prolíná řada etických, morálních, sociálních, spirituálních, ekonomických a právních aspektů. Předně jde o problematiku spojenou s prožíváním konce lidského života (jako jeho součástí) ve zdravotnickém zařízení, která se přímo nebo nepřímo dotýká většiny lidí v současné společnosti.

39. Byť pokroky moderní medicíny objektivně prodlužují život lidí a zásadním způsobem zvyšují jejich šance na oddálení smrti, nepopíratelným faktem zůstává, že umírání je neodvratitelnou součástí života člověka. Vyrovnat se určitým způsobem se smrtí musí nejen umírající člověk, ale i jeho rodina, blízké osoby a lidé, kteří o něj v posledních chvílích pečují. Tento případ je mimo jiné o vyrovnání s koncem konkrétního lidského života — života matky stěžovatelů.

40. Úvodem je třeba zdůraznit, že v projednávané věci nejde o problematiku aktivní eutanazie, která vyžaduje konání přímo vedoucí ke smrti, kupříkladu podáním smrtelné dávky jedu (srov. např. rozhodnutí ESLP ze dne 20. 6. 2011 ve věci *Haas proti Švýcarsku*, č. stížnosti 31322/07; či ze dne 17. 12. 2012 ve věci *Koch proti Německu*, č. stížnosti 497/09; ze dne 30. 9. 2014 ve věci *Gross proti Švýcarsku*, č. stížnosti 67810/10; ze dne 23. 6. 2015 ve věci *Nicklinson a Lamb proti Spojenému království*, č. stížností 2478/15 a 1787/15; či ve věci *Pretty proti Spojenému království*). Nejde ani o situaci, v níž lékaři přeruší léčbu, která pacienta udržuje při životě, kupříkladu odpojením od umělé plicní ventilace či zastavením výživy a hydratace pacienta ve vegetativním stavu (srov. např. rozhodnutí ESLP ze dne 27. 6. 2017 ve věci *Gard a ostatní proti Spojenému království*, č. stížnosti 39793/17; či ve věci *Lambert a ostatní proti Francii*).

41. V řešeném případě stěžovatelů a jejich matky jde o situaci, kdy lékaři nezahájili život udržující léčbu, která teoreticky mohla udržet pacientku při životě déle. Jinak řečeno, Ústavní soud nyní rozhoduje případ, ve kterém lékaři neprovedli zákrok resuscitace a „*nechali pacientku zemřít*“ (ke srovnání terminologie, viz A. DOLEŽAL. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: Právní aspekty*. Praha: Academia, 2017, s. 24-25). V tomto smyslu je vhodné upozornit, že některé novější studie doporučují používat namísto termínu „*pokyn Do Not Resuscitate*“ termín „*pokyn Allow Natural Death*“, což znamená

pokyn umožnit přirozenou smrt (k tomu viz SHENG-YU FAN, YING-WEI WANG A I-MEI LIN, Allow natural death versus do-not-resuscitate: titles, information contents, outcomes, and the considerations related to do-not-resuscitate decision, *BMC Palliative Care*, roč. 17, 2018, dostupný na: <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0367-4>). Byť později uvedený pojem Ústavní soud považuje za vhodnější (viz níže), v textu bude používána zkratka DNR, neboť je dosud používána v napadených rozhodnutích.

42. Institut pokynu DNR v českém právním řádu výslovně upraven není a není upraven ani v oficiálních interních předpisech jednotlivých zdravotnických zařízení. Jak nastiňuje argumentace soudů a stěžovatelů, neexistuje jasná shoda na tom, *kdo, kdy a jakým způsobem* může pokyn DNR vydat. Jelikož resuscitace je zdravotním zákrokem, který se týká citlivých aspektů života člověka, je při posuzování procesu rozhodování o ní třeba vycházet z obecných ústavních východisek práva na život a ochranu zdraví (čl. 6 a čl. 31 Listiny a čl. 2 Úmluvy), na nedotknutelnost osoby (čl. 7 odst. 1 Listiny a čl. 8 Úmluvy) a práva na soukromý a rodinný život (čl. 10 odst. 2 Listiny a čl. 8 Úmluvy). Do sféry všech těchto práv pokyn DNR zasahuje.

#### *VIII. 1 a) Poskytování zdravotní péče a informovaný souhlas*

43. Život je základní lidskou hodnotou a právo na něj má mezi lidskými právy zvláštní postavení, neboť je jím garantováno právo každé lidské bytosti, že nemůže být svévolně usmrcena [viz nálezný sp. zn. Pl. ÚS 16/04 ze dne 4. 5. 2005 (N 98/37 SbNU 321; 265/2005 Sb.) či usnesení sp. zn. I. ÚS 3917/11 ze dne 6. 3. 2014]. Právo na život ve spojení s právem na ochranu zdraví bezprostředně podmiňují možnost jednotlivce požívat další práva a žít kvalitní život [nálezný sp. zn. Pl. ÚS 51/06 ze dne 27. 9. 2006 (N 171/42 SbNU 471; 483/2006 Sb.), bod 37].

44. Demokratický právní stát, který je založen na respektu k základním právům na život a ochranu zdraví, má pozitivní závazek podniknout náležitý kroky k zajištění ochrany životů a zdraví osob v jeho jurisdikci (srov. rozsudek ESLP ze dne 17. 1. 2002 ve věci *Calvelli a Ciglio proti Itálii*, č. stížnosti 32967/96, § 48-49). V oblasti veřejného zdraví má plnit tento závazek mimo jiné stanovením pravidel směřujících k zajištění vysokého standardu poskytované lékařské péče pacientům v nemocnicích, a to soukromých i veřejných [viz nálezný sp. zn. IV. ÚS 444/11 ze dne 5. 12. 2012 (N 200/67 SbNU 573), bod 10; či rozsudek ESLP ze dne 8. 7. 2004 ve věci *Vo proti Francii*, č. stížnosti 53924/00, § 89]. Poskytování zdravotní péče je vysoce žádoucí a prospěšnou činností, bez které by moderní společnosti nemohly fungovat [nálezný sp. zn. I. ÚS 1565/14 ze dne 2. 3. 2015 (N 51/76 SbNU 691), bod 38].

45. Právě uvedené pozitivní závazky státu se promítají do zákonné úpravy. Podle § 28 odst. 2 zákona o zdravotnických službách mají pacienti právo na poskytování zdravotních služeb na „náležitý odborný úroveň“ (k obsahu standardu *lege artis* viz bod 58 níže). Poskytovatelé zdravotních služeb a zdravotničtí pracovníci zase mají povinnost zdravotní služby na náležitý odborný úroveň zajišťovat [§ 45 odst. 1 a § 49 odst. 1 písm. a) téhož zákona]. Zdravotníci zároveň mají povinnost poskytovat neprodlený odbornou první pomoc každému, jestliže by bez ní byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo zdraví [§ 49 odst. 1 písm. n) téhož zákona].

46. Byť pozitivní povinnost státu zajistit ochranu života a zdraví jednotlivců existuje, není absolutní. Významným korektivem, který se základním požadavkem chránit život a zdraví člověka někdy koliduje, je autonomie jednotlivce a jeho právo na sebeurčení.

47. Podle čl. 5 Úmluvy o biomedicíně je jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví možné provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Institut svobodného a informovaného souhlasu s každým lékařským zákrokem je založen na uznání právní subjektivity jedince a jeho svobody rozhodovat o vlastním těle, což je v protikladu k paternalistickému přístupu, kdy je o jednotlivci rozhodováno někým jiným, byť i z dobrých pohnutek, že to je vhodné pro jeho zdraví. V konečném důsledku je to vždy pacient jako svobodný jednatel se svými základními právy, včetně práva na respektování jeho fyzické a psychické integrity, který by měl dát souhlas k zásahům do tohoto práva. Je přitom třeba přijmout, že jiné osoby mohou jeho rozhodnutí považovat za špatná, například odmítne-li doporučenou léčbu (nález sp. zn. I. ÚS 1565/14, bod 76).

48. V oblasti poskytování zdravotní péče je nutné plně ctít zásadu svobody a autonomie vůle a možnost pacienta odmítnout poskytnutí péče, byť by byla považována za nezbytnou pro zachování jeho života. Lékaři a další zdravotničtí pracovníci mohou pacienty přesvědčovat, mohou se snažit je přimět ke změně jejich postoje, je-li pro ně zjevně škodlivý, ale v konečném důsledku nemohou zabránit rozhodnutí o odmítnutí péče, které bylo učiněno na základě svobodné a vážné vůle svéprávné osoby, pouze z toho důvodu, že se domnívají, že rozhodnutí pacienta poškozuje [viz nález sp. zn. I. ÚS 2078/16 ze dne 2. 1. 2017 (N 1/84 SbNU 23), bod 30, ve kterém Ústavní soud dospěl k závěru, že neposkytl-li syn (lékař) potřebnou zdravotní péči své dlouhodobě nemocné matce s ohledem na její nesouhlas, nemohl spáchat trestný čin neposkytnutí pomoci, neboť nebyl naplněn jeden z nezbytných znaků trestného činu — protiprávnost jednání]. Přímo řečeno, svéprávné osoby mají možnost zásadně zdravotní zákroky odmítnout i v případě, povede-li takové rozhodnutí k fatálnímu konci — jejich smrti [viz nález sp. zn. III. ÚS 2480/20 ze dne 16. 3. 2021, bod 38].

49. Z výše uvedeného vyplývá pravidlo, že lékařský zákrok vůči svéprávné a vnímající osobě schopné o svém osudu rozhodovat lze zásadně učinit pouze s jejím informovaným souhlasem. Ústavněprávní požadavek souhlasu pacienta se promítá i do zákonné úpravy poskytování léčby. Zákon o zdravotních službách na jedné straně v § 28 odst. 1 stanoví, že zdravotní služby lze pacientovi zásadně poskytnout pouze s jeho „*svobodným a informovaným souhlasem*“. Podle § 34 odst. 3 téhož zákona pacient na druhou stranu může odmítnout vyslovit souhlas s poskytnutím zdravotních služeb.

50. Na tomto místě lze učinit dílčí závěr: Byť mají stát a zdravotníci ve smyslu čl. 2 Úmluvy ve spojení s čl. 31 Listiny povinnost poskytovat zdravotní služby na náležité odborné úrovni, lékařský zákrok vůči svéprávné a vnímající osobě schopné o svém osudu rozhodovat lze ve smyslu čl. 7 odst. 1 Listiny, čl. 8 Úmluvy a čl. 5 Úmluvy o biomedicíně zásadně učinit pouze s jejím svobodným a informovaným souhlasem, a to i v případě, povede-li odmítnutí zákroku k její smrti.

### *VIII. 1 b) Dříve vydaný pokyn DNR a autonomie vůle pacienta*

51. Ústavní požadavek informovaného souhlasu se jeví jako přímočarý v případě běžných a plánovaných lékařských zákroků, o kterých může svéprávný a vnímající

pacient rozhodovat při plném vědomí. Je nicméně zřejmé, že v případě potřeby poskytnutí kardiopulmonální resuscitace pacient v bezvědomí vyjádřit svoji vůli bezprostředně před zákrokem nemůže. Stav, kdy pacientovi nebije srdce a nedýchá, jednoduše není stavem, kdy může rozhodovat o čemkoliv.

52. Pro případy objektivní nemožnosti vyjádřit informovaný souhlas v okamžiku potřeby čl. 9 Úmluvy o biomedicíně zakotvuje další pravidlo, podle kterého platí, že není-li pacient v době zákroku ve stavu, kdy může vyjádřit své přání, je třeba brát zřetel na jeho dříve vyslovená přání. Vysvětlující zpráva k čl. 9 Úmluvy o biomedicíně přitom blíže upřesňuje, že „pokud někdo již dříve vyjádřil svá přání, je nutno tato přání respektovat. To, že předem vyslovená přání se mají zohlednit, neznamená, že by musela být splněna za každých okolností. Pokud byla např. přání vyjádřena dlouho před zákrokem a věda mezitím pokročila, mohou existovat důvody, aby přání pacienta splněno nebylo. Lékař by si tedy měl být pokud možno jist, že se přání pacienta týkají současné situace a jsou stále platná, zejména s ohledem na současný stav vědy a technický pokrok v medicíně.“

53. Je to právě institut dříve vysloveného přání ve smyslu § 36 zákona o zdravotních službách, prostřednictvím kterého mohou pacienti předem vydat informovaný souhlas či nesouhlas s provedením resuscitace. Jinými slovy, pacienti mohou v souladu se svým základním právem na osobní autonomii a sebeurčení vydat pokyn ne-resuscitace — pokyn DNR — pro případ, že by se dostali do takového zdravotního stavu, ve kterém nebudou schopni vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb. Uvedený pokyn musí být učiněn písemně a na základně řádného poučení lékařem (viz odst. 2 až 4 téhož zákonného ustanovení).

54. Dříve vyslovený pokyn DNR je třeba zásadně respektovat a brát na něj — za zákonem stanovených podmínek — zřetel (srov. výjimky z povinnosti jej respektovat podle § 36 odst. 5 zákona o zdravotních službách). Uvedený pokyn nenabádá lékaře k aktivnímu ukončení života pacienta ve smyslu § 36 odst. 5 písm. b) zákona o zdravotních službách (jako je tomu kupříkladu v případě podání jedu), nýbrž pouze požaduje, aby lékaři nezhájili život udržující léčbu a umožnili člověku přirozeně a bez utrpení zemřít. Je-li v souladu s ústavními požadavky, odmítne-li vnímající pacient léčbu i přesto, že v důsledku toho nastane jeho smrt, není důvod, proč by k tomu člověk neměl být zásadně oprávněn i prostřednictvím dříve řádně vysloveného přání [viz bod 363 nálezu sp. zn. Pl. ÚS 1/12 ze dne 27. 11. 2012 (N 195/67 SbNU 333; 437/2012 Sb.), v němž Ústavní soud jako příklad dříve vysloveného přání zmínil situaci pacienta postiženého Alzheimerovou chorobou, který ještě předtím, než mu jeho zdravotní stav přestane umožňovat vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotní služby, projeví předepsaným způsobem vůli, aby v případě infarktu nebyl resuscitován]. Možnost pacienta vyslovit pokyn DNR formou dříve vysloveného přání je rovněž připouštěna v odborné literatuře i v praxi (viz J. MACH a kol., *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: Praktický komentář*. Praha: Wolters Kluwer, 2017, § 36; R. POLICAR, Kdy může lékař nezhájit kardiopulmonální resuscitaci? In: D. CÍSAŘOVÁ, *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi*, Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010, s. 26-27).

55. Skutečností nicméně zůstává, že naprostá většina pacientů institut dříve vysloveného přání ve formě pokynu DNR nevyužívá ani v případech, kdy je nutnost provedení kardiopulmonální resuscitace očekávatelná s ohledem na neodvratně blížící se úmrtí [Ústavní soud v tomto ohledu nemá k dispozici žádné oficiální statistiky, vychází však

jak ze shodných vyjádření *amici curiae* (viz body 29 a 31), tak i z běžné lidské zkušenosti soudců, která nenaznačuje opak]. Důvody nevyužívání institutu dříve vysloveného přání, jehož účelem je primárně řešit situace týkající se sklonku života pacientů, mohou být různé — pacienti buďto pokyn DNR přímo vydat nechťejí, nebo o takové možnosti nevědí. Nízká míra využívání zaznamenaných přání o postupu na konci života podle Ústavního soudu především ukazuje na širší fenomén, a to na převažující neschopnost lidí dostatečně a včas komunikovat o očekávaném konci života. Podle Ústavního soudu je přitom zřejmé, že právě taková neschopnost dává vzniknout konfliktním — a proto nežádoucím — situacím jako v případě stěžovatelky.

56. Lze tedy učinit další obecný dílčí závěr: V souladu s čl. 7 odst. 1 Listiny, čl. 8 Úmluvy a čl. 9 Úmluvy o biomedicíně platí, že není-li pacient v době potřeby resuscitace ve stavu, v němž může vyjádřit svůj informovaný (ne)souhlas, je třeba brát zřetel na jeho dříve vyslovený pokyn DNR, který učinil prostřednictvím institutu dříve vysloveného přání.

*VIII. 1 c) Povinnost provést kardiopulmonální resuscitaci a právo pacientů  
na důstojnou přirozenou smrt*

57. Z právě uvedeného vyplývá, že pacienti mohou institut dříve vysloveného přání k vydání pokynu DNR využít. Rozhodování o provedení resuscitace je složitější, když pacienti pokyn DNR předem nevysloví (jak tomu ostatně bylo v případě matky stěžovatelů). V tomto ohledu je třeba blíže se zabývat otázkou, zda se zdravotníci (poskytovatelé zdravotních služeb) mohou rozhodnout kardiopulmonální resuscitaci v závěru života neprovést bez dříve vysloveného přání pacientů, aniž by jednali v rozporu s jejich právem na život a ochranu zdraví ve smyslu čl. 6 a čl. 31 Listiny a čl. 2 Úmluvy.

58. Jednostranný pokyn lékaře DNR, tedy pokyn neresuscitovat pacienta, rovněž není v českém právním řádu výslovně upraven. V tomto ohledu je třeba vycházet ze základního pravidla čl. 4 Úmluvy o biomedicíně, podle kterého je jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy. Uvedená povinnost se promítá v úpravě zákona o zdravotních službách, podle které mají lékaři povinnost poskytovat zdravotní služby na náležitě odborné úrovni, tj. *lege artis* [viz § 45 odst. 1 a § 49 odst. 1 písm. a) zmíněné výše]. Náležitou odbornou úroveň se podle § 4 odst. 5 téhož zákona rozumí poskytování zdravotních služeb podle „*pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů*“ za současného respektování „*individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti*“.

59. Odkazuje-li příslušná úprava na „*profesní povinnosti a standardy*“ a „*uznávané medicínské postupy*“, je třeba adekvátnost vydání pokynu DNR lékařem hodnotit i ve světle takových standardů. V kontextu péče v závěru života lze předně odkázat na obecné východisko Etického kodexu České lékařské komory, podle kterého „*[l]ékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu*“ (viz § 2 odst. 7 kodexu).

60. Dále je třeba vycházet z již výše zmíněného Doporučení ČLK č. 1/2010 (dostupného na: <https://www.lkcr.cz>). Podle čl. 4 písm. c) uvedeného doporučení platí, že „*cílem intenzivní péče je vždy zachování života a zdraví pacienta, odstranění vyvolávající příčiny zhoršení zdravotního stavu a poskytování postupů orgánové podpory či náhrady u nemocných se zvratným (nebo předpokládaným zvratným) orgánovým selháním,*

tj. „*udržovat život, ale nikoliv prodlužovat umírání*“. Podle stejného doporučení je zároveň třeba postup, při kterém není odůvodněný předpoklad jeho příznivého účinku na zdravotní stav pacienta nebo pro záchranu života a rizika komplikací, bolesti, diskomfortu a strádání převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu, považovat za léčbu, která není „*ku prospěchu a v nejlepším zájmu pacienta*“ — za tzv. marnou a neúčelnou léčbu.

61. Stejně doporučení definuje marnou a neúčelnou léčbu jako léčbu, která nevede k záchraně života, uchování zdraví či udržení kvality života; taková léčba není v zájmu pacienta, nemůže mu pomoci a zatěžuje jej zbytečným strádáním či rizikem komplikací [viz čl. 3 písm. d)]. Použití postupu, při němž rizika a komplikace nejsou vyváženy jeho přínosem pro pacienta, je „*v rozporu s etickými principy medicíny*“ [viz čl. 4 písm. e) a f)]. Doporučení také výslovně zmiňuje, že ne zahájení marné a neúčelné léčby u pacientů v terminálním stádiu neléčitelného onemocnění a/nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, kteří nereagují na použité léčebné postupy, je s etickými principy medicíny v souladu [viz čl. 4 písm. h)].

62. Obdobná základní východiska povinnosti provádění léčby *lege artis* obsahuje i Stanovisko sekce dětské paliativní péče České společnosti paliativní medicíny České lékařské společnosti J. E. Purkyně („ČLS JEP“) k poskytování život udržující léčby dětským pacientům z roku 2019. Zde se výslovně uvádí, že „*[t]ak jako u dospělých pacientů v konečné fázi života není život udržující léčba ani u dětských pacientů indikována tehdy, nevede-li k záchraně života, uchování zdraví či udržení kvality života a nemůže-li pacientovi pomoci a zatěžuje-li jej zbytečným strádáním či rizikem komplikací.*“ Neúčelnou život udržující léčbou u dětského pacienta neschopného o sobě rozhodovat se podle stejného stanoviska rozumí „*léčba, která nevede k uzdravení pacienta, a která pacientovi nabízí jen prodloužení života v kvalitě, o níž je možno se důvodně domnívat, že by si [ji] pacient pro sebe nepřál, kdyby byl schopen o tom rozhodovat. [...] Důvodně se lze domnívat, že by si pacient nepřál prodlužovat život zejména tehdy, pokud je z důvodu svého nepříznivého stavu, u něž není s ohledem na znalosti dostupné v okamžiku rozhodování možno očekávat zlepšení, pacient do budoucna zcela vyřazen z možnosti vykonávat běžné životní aktivity či se zapojovat do běžných životních situací či je prodloužení života nevyhnutelně spojeno s trvalou zřejmě nezvladatelnou bolestí či neztížitelným diskomfortem.*“

63. V doporučení Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP z roku 2017 „*Neodkladná resuscitace*“ (dostupné na: <https://urgmed.cz/>) jsou jako kontraindikace zahájení neodkladné resuscitace mimo jiné zmíněny: přítomnost jistých známek smrti; terminální stádium nevléčitelného chronického onemocnění; poranění neslučitelná se životem (např. dekapitace, pronikající poranění srdce, výhřez mozkové tkáně).

64. Z citovaných profesních doporučení vyplývá další důležitý závěr: neposkytnutí marné a neúčelné léčby není postupem *non lege artis* a v rozporu s lékařskou etikou. Skutečnost, že lékaři nejsou povinni provádět „*marnou a neúčelnou*“ resuscitaci přitom vyplývá i z mezinárodních odborných doporučení.

65. Doporučené postupy pro kardiopulmonální resuscitaci vydané Evropskou radou pro resuscitaci z roku 2021 v tomto ohledu představují zásadní dokument (viz European Resuscitation Council Guidelines 2021, dostupné na: <https://www.erc.edu/>; český překlad



od České resuscitační rady je dostupný na: <https://www.resuscitace.cz/>). Podle nich by zdravotníci „neměli poskytovat KPR v případech, kdy je resuscitace považována za marnou“ (str. 54 původních doporučení). Uvedená doporučení dále výslovně uvádí, že jedním z kritérií účelnosti resuscitace může být i posouzení, zda „riziko poškození pacienta z dále probíhající KPR velmi pravděpodobně převažuje nad jejím přínosem, např. pokud nenastává obnovení spontánního oběhu (ROSC), je přítomna závažná chronická komorbidita nebo velmi nízká kvalita života před zástavou oběhu“, či zda existují „[d]alší silné důkazy svědčící pro skutečnost, že pokračování v KPR není [...] v [pacientově] nejlepším zájmu“ (viz tamtéž).

66. S obdobným konceptem „nepotřebné a nepřiměřené“ léčby pracuje i doporučení výboru pro bioetiku Rady Evropy z roku 2014 (Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations; dostupné na: <https://www.coe.int/en/web/bioethics/>). Podle něj je prvním předpokladem započítí jakékoliv léčby její medicínská indikace. Celkovou přiměřenost konkrétní léčby je třeba hodnotit nejen ve smyslu výsledků léčby dané choroby či symptomů, ale také ve smyslu kvality života pacienta a jeho psychologického a spirituálního prospěchu (viz str. 11).

67. Byť nejsou citované odborné dokumenty právně závazné, výstižně reflektují klíčovou skutečnost: základní práva na život a ochranu zdraví ve smyslu čl. 6 a čl. 31 Listiny a čl. 2 Úmluvy nejsou absolutní a nevyplývá z nich bezpodmínečná povinnost lékařů poskytovat léčbu na sklonku života za každých okolností bez ohledu na její prospěšnost pro konkrétního pacienta.

68. Opačný závěr by vedl k absurdním důsledkům: lékaři by museli bez dalšího provádět resuscitaci i v případech, kdy by byla zjevně fyziologicky neúčelná (futilní), kupříkladu v případě zjevného poničení lebky a mozku. Naopak, prováděli-li by lékaři resuscitaci i tehdy, kdy by byla klinicky/medicínsky neindikovaná, mohli by neúměrně zasahovat do důstojnosti pacientů a nepřiměřeně prodlužovat utrpení blízkých osob.

69. Přestože z práva na život ve smyslu čl. 6 Listiny a čl. 2 Úmluvy nelze přímo dovodit diametrálně odlišné právo na smrt určitým způsobem (rozsudek ESLP ve věci *Pretty proti Spojenému království*, §§ 39-40), limit povinnosti poskytovat život prodlužující léčbu je třeba spatřovat v důstojnosti každého jednotlivého člověka. Ustanovení čl. 10 odst. 1 Listiny v tomto smyslu stanoví, že každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost. Obdobně pak i čl. 1 Úmluvy o biomedicíně vyžaduje, aby byla chráněna důstojnost všech lidských bytostí. Byli-li by lékaři nuceni provádět resuscitaci bezpodmínečně bez ohledu na stav pacienta, mohli by tím porušovat odpovídající právo jednotlivců na důstojné přirozené dožití, tedy na důstojnou přirozenou smrt jako nedílnou součást života, který neodvratně skončí — je jen otázkou, kdy a jakým způsobem.

70. Z právě uvedeného vyplývá, že při rozhodování o provedení KPR na sklonku života je obecně třeba vyvažovat právo na život a na ochranu zdraví na straně jedné a právo jednotlivců na důstojné přirozené dožití na straně druhé. Lze proto učinit další obecný dílčí závěr: Z práva na život a ochranu zdraví ve smyslu čl. 6 a čl. 31 Listiny a čl. 2 Úmluvy nevyplývá bezpodmínečná povinnost provést kardiopulmonální resuscitaci bez ohledu na stav konkrétního pacienta, byť by mohla o několik okamžiků oddálit okamžik fyzické smrti.

## VIII. 1 d) Rozhodování o nepřiměřenosti léčby a nejlepším zájmu pacienta

71. Z dosud provedených závěrů vyplývá, že neexistuje povinnost lékařů provést kardiopulmonální resuscitaci v případech, kdy je taková léčba považována za marnou, neúčelnou či nepřiměřenou; problematické zůstává *kdo, kdy* a *jakým způsobem* má o nepřiměřenosti léčby rozhodnout, nevysloví-li v tomto ohledu dříve přání svobodně pacient (což se masivně neděje, a nutno dodat – „bohužel“). Jinými slovy, sporné je, kdo má jakožto finální arbitř hodnotit, co lze v konkrétním případě za nepřiměřenou léčbu považovat.

72. V klinické praxi se často vyskytují případy, kdy je KPR poskytována neodkladně a bez souhlasu pacienta, neboť není možné potřebu resuscitace předvídat (kupříkladu v krizové situaci autonehody). V takových případech o přiměřenosti provedení resuscitace rozhodují ošetřující lékaři z medicínského hlediska „na místě“ a správnost jejich postupu může být přezkoumávána *ex post* dalšími odborníky, nebo i soudem. V kontextu péče v závěru života člověka [případně paliativní péče ve smyslu § 5 odst. 2 písm. h) zákona o zdravotních službách, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí] je situace rozhodování o neprovedení KPR výrazně odlišná, neboť zde lze předpokládat, že potenciální selhání organismu člověka v blízké budoucnosti může nastat. Jelikož příslušná zákonná úprava bližší návod o rozhodování na konci života neposkytuje, je třeba znovu vycházet z obecných lidskoprávních požadavků a odborných doporučení.

73. Z konceptu „marné, neúčelné či nepřiměřené léčby“ vyplývá, že pro hodnocení vhodnosti péče pro specifického pacienta jsou relevantní kritéria čistě medicínská/klinická (léčba musí objektivně vést k záchraně života) i kritéria nemedicínská/subjektivní (kvalita života, snesitelná míra diskomfortu a strádání). Identifikace nejlepšího zájmu pacienta, důstojnosti dožití, či potenciální kvality života nutně zahrnuje hodnotové soudy, které závisí na individuálně stanoveném cíli léčby. Pro jednoho pacienta může představovat resuscitace s nízkou šancí na plné obnovení životních funkcí nepřiměřenou a nesmyslnou léčbu, kterou by nebyl ochoten absolvovat. Pro druhého může být potenciální prodloužení života o několik hodin či dnů natolik zásadní — například z důvodu vidiny posledního rozloučení s rodinou, či spirituálního usmíření —, že je spojené riziko napojení na umělou ventilaci či přístroje ochoten podstoupit.

74. Z právě uvedeného vyplývá, že je prakticky nemožné činit závěr o nejlepším zájmu pacienta bez odvolávání se na obecnější představy o tom, co je kvalitní život hodný žití. Při rozhodování o dříve vysloveném pokynu DNR se tedy protínají zejména dvě perspektivy — medicínská/klinická a nemedicínská/subjektivní. V rámci první perspektivy ošetřující lékař hodnotí, zda je podle jeho názoru provedení KPR v potenciální budoucí situaci přiměřené či účelné, tedy, zda by resuscitace představovala postup *lege artis*. Z druhé perspektivy je to pacient či jeho blízké osoby, kteří hodnotí celkový přínos potenciální resuscitace ve vztahu k souvisejícím rizikům. Uvedená hodnocení mohou být často v souladu, avšak někdy může docházet i ke konfliktu.

75. Striktní dichotomie mezi doménou autority lékaře a doménou autonomie pacienta je v kontextu dříve vysloveného pokynu DNR iluzorní. Namísto snahy nalézt jasné hranice medicínské a subjektivní sféry „marné léčby“, tedy hodnocení okolností, za jakých má být prováděna KPR, je proto třeba pozornost zaměřit na zakotvení vhodné procedury,

kteřá umožní nacházet konsensus ošetřujícího lékaře a pacienta, případně osob za něj rozhodujících, na tom, jaká léčba je pro pacienta přínosná nebo přiměřená. Právě z těchto důvodů je na rozhodování o pokynu DNR na sklonku života třeba klást především silné procedurální a deliberativní požadavky (viz výše citované požadavky ESLP ve věci *Lambert a ostatní proti Francii*, § 143; a rozsudek ESLP ve věci *Glass proti Spojenému království*; srov. rovněž STEINLAUF, B. *Právo a péče v závěru života: rozhodování na pomezí intenzivní medicíny a paliativní péče*. Praha: Wolters Kluwer, 2022, s. 42-46).

76. Zahrnuje-li komplexní hodnocení vhodnosti provedení KPR v budoucnu i aspekty související s životní zkušeností pacienta, je předně nutné respektovat jeho tělesnou a duševní integritu a umožnit mu — je-li to stále možné — na rozhodování o budoucím omezení léčby participovat v co největší možné míře. Jsou to právě participační práva „slabších“ osob, o nichž je určitým způsobem rozhodováno třetími osobami v „silnějším postavení“, která se jako červená nit linou ve více oblastech soukromého života jednotlivců a jež mají zajistit, aby bylo dosahováno co nejlepšího výsledku v nevyhnutelně sporných a závažných životních situacích (srov. např. judikaturu k participačním právům dětí či osob s omezenou svéprávností v rámci rozhodování o jejich nejlepším zájmu).

77. Uvedenému základnímu požadavku participace odpovídá požadavek informovat pacienta o navrhovaném budoucím léčebném postupu — neprovedení KPR v případě selhání organismu. Pacient přitom musí být o navrhovaném postupu informován srozumitelně, jasně, vhodným způsobem a v dostatečném rozsahu (srov. čl. 5 odst. 2 Úmluvy o biomedicíně a § 31 zákona o zdravotních službách). V závislosti na schopnosti pacienta vnímat a vyjadřovat svoji vůli je pro účely zajištění jeho nejlepšího zájmu třeba v dostatečné míře komunikovat i s osobami blízkými, popřípadě s dalšími osobami určenými pacientem (srov. § 33 odst. 4 téhož zákona).

78. Požadavek pečlivé (a hlavně srozumitelné a stavu pacienta přizpůsobené) komunikace s pacientem vyplývá i z výše citovaných odborných doporučení. Postupy doporučené pro kardiopulmonální resuscitaci vydané Evropskou radou pro resuscitaci z roku 2021 výslovně uvádějí, že zdravotníci by měli „využívat plánování rozsahu budoucí péče, které zahrnuje společné rozhodování“, jež „zvyšuje míru shody mezi přáním pacienta a rozsahem léčby“. Zdravotníci by podle citovaných doporučení měli „nabízet možnost plánování budoucí léčby všem pacientům, u kterých existuje zvýšené riziko vzniku srdeční zástavy nebo lze očekávat nízkou kvalitu života, pokud dojde po vzniku srdeční zástavy k úspěšné resuscitaci“. Do plánů péče by měla být integrována „nejen rozhodnutí o resuscitaci, ale rovněž rozhodnutí případných dalších intervencí a léčbě, například zahájení invazivní umělé plicní ventilace v případě urgentního zhoršení zdravotního stavu“. Samotné doporučení přitom zdůrazňuje, že takovým postupem se „zvyšuje srozumitelnost cílů léčby a zároveň lze zabránit nechtěnému neposkytnutí léčby nebo péče, která měla být indikována“ (viz str. 54 původních doporučení).

79. Také výše citované doporučení výboru pro bioetiku Rady Evropy z roku 2014 uvádí, že „hlavní úlohu v rozhodovacím procesu ohledně medicínského postupu (léčby) v situacích na konci života má samotný pacient.“ Uvedené doporučení dále zdůrazňuje, že když už pacient není schopný rozhodovat samostatně, vhodný způsob zastoupení jeho blízkými osobami má zajistit, aby přijímané rozhodnutí bylo podle možností co nejbližší

tomu, co by si přál sám pacient, aby bylo zabezpečeno, že bude postupováno v jeho nejlepším zájmu (viz str. 15).

80. Právě prostřednictvím participace pacientů — a případně jejich blízkých, není-li pacient schopen projevat svoji vůli — lze překonat striktní hranici mezi medicínskými a subjektivními názory ohledně účelnosti a přiměřenosti potenciálního provedení resuscitace na sklonku života. Je-li pokyn DNR vydán jednostranně bez informování pacienta či jeho blízkých, je pacientovi bez dalšího odňata možnost ovlivnit hodnotové soudy, které jsou nutnou součástí hodnocení účelnosti a přiměřenosti budoucí léčby v rámci procesu umírání. Klíčové je, že pacientovi jsou neinformováním o pokynu DNR odebrány rovněž možnosti změnit v případě nesouhlasu poskytovatele zdravotních služeb, a dále domáhat se soudní ochrany, jak vyžaduje judikatura ESLP týkající se rozhodnutí na sklonku života (srov. rozsudek ESLP ve věci *Lambert a ostatní proti Francii*, § 143).

81. Autonomie pacienta a jeho participace na rozhodování o dříve vydávaném pokynu DNR však není absolutní. Participační práva pacientů či jejich blízkých předně předpokládají ochotu pacientů (případně blízkých) aktivně se do rozhodovacího procesu na sklonku života zapojit. Možnost dosažení konsensu v tomto ohledu zejména znamená aktivní spolupráci zúčastněných stran. Participační práva rovněž neznamenají nárok automaticky vyžadovat KPR do budoucna za všech okolností, které budou pacienti či jejich blízcí považovat za vhodné. Provádění resuscitace je aktivním konáním, a proto je vždy limitováno posouzením lékařů, zda je taková léčba vhodná (indikovaná) z čistě medicínského hlediska, tj. zda je *lege artis*. Jinými slovy, dříve učiněné rozhodnutí o DNR má být výsledkem sladění pacientových přání a posouzení situace odborníkem, který je vázán svými profesními povinnostmi vyplývajícími ze zásad *beneficence* a *non-maleficence*, jakož i ze zásady společenské spravedlnosti.

82. Konečně, stran procesu rozhodování o přiměřenosti, účelnosti či marnosti potenciálního provádění KPR existují i další procedurální a deliberativní záruky, které vyplývají z příslušných odborných doporučení. Zaprvé, dříve vyslovený pokyn DNR má být řádně zaznamenán do dokumentace pacienta a zároveň řádně odůvodněn uvedením odborných, případně jiných důvodů pro zvolený postup [srov. Doporučené postupy pro kardiopulmonální resuscitaci vydané Evropskou radou pro resuscitaci z roku 2021, str. 54; Doporučení výboru pro bioetiku Rady Evropy z roku 2014, str. 27; čl. 6 písm. f) Doporučení ČLK č. 1/2010]. Zadruhé, rozhodnutí o pokynu DNR by nemělo být činěno jednostranně jedním lékařem, nýbrž by do procesu rozhodování měl být — podle možností a vhodnosti — zahrnut širší okruh odpovědného zdravotnického personálu [srov. str. 24 doporučení výboru pro bioetiku Rady Evropy z roku 2014; čl. 6 písm. d) Doporučení ČLK č. 1/2010]. Právě takové záruky formalizovaného procesu rozhodování mohou zajistit, aby dříve vyslovený pokyn DNR — úsudek o nepřiměřenosti či neúčelnosti potenciálního provádění KPR — co nejlépe reflektoval medicínské a subjektivní hodnocení nejlepšího zájmu pacienta.

83. Na tomto místě lze s ohledem na právě uvedené učinit další dílčí obecný závěr: Byť lékaři obecně nemají bezpodmínečnou povinnost provést kardiopulmonální resuscitaci, kterou považují za medicínsky neindikovanou, jednostranné vydání pokynu DNR ze strany lékařů bez informování či jakéhokoliv zapojení pacienta (či za určitých okolností jeho blízkých) do rozhodovacího procesu, může být v rozporu s jeho (případně jejich) participačním právem. S ohledem na konkrétní okolnosti tedy jednostranný pokyn

DNR zásadně bude v rozporu s příslušnými odbornými standardy i právem pacienta (případně jeho blízkých) na nedotknutelnost osoby a respektování rodinného a soukromého života podle čl. 7 odst. 1 Listiny a čl. 8 Úmluvy.

### *VIII. 1 e) Odškodňování za usmrcení blízké osoby*

84. Dosud Ústavní soud vysvětloval obecná východiska týkající se povinnosti provést KPR a procesu rozhodování o pokynu DNR na sklonku života pacienta. Jelikož stěžovatelé v nyní projednávaném případě po Nemocnici požadují náhradu újmy za usmrcení jejich matky, je třeba stručně shrnout i obecná ústavněprávní východiska odškodňování za usmrcení blízké osoby.

85. Ústavní soud v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 16/04 rozhodoval o návrhu na zrušení několika ustanovení tehdejšího občanského zákoníku. Dopěl přitom k závěru, že zaviněná smrt blízké osoby může vzhledem ke vzájemným úzkým a pevným sociálním, morálním, citovým a kulturním vazbám představovat natolik vážnou nemajetkovou újmu pro rozvíjení a naplňování osobnosti pozůstalého, že může být kvalifikována jako újma snižující jeho důstojnost či vážnost ve společnosti. Z hlediska práva občanského tudíž podle Ústavního soudu bylo možné domáhat se náhrady této újmy jako újmy způsobené porušením osobnostních práv podle obecné úpravy § 13 občanského zákoníku, byť formálně vzato jde o nárok odlišný od náhrady škody. Ústavní soud uzavřel, že úprava obsažená v § 444 odst. 3 občanského zákoníku je natolik paušální, že ji nelze považovat za vyčerpávající řešení problému; v případě nedostatečné satisfakce jednorázovým odškodněním podle citovaného ustanovení proto není vyloučeno, aby se dotčené osoby domáhaly náhrady své újmy podle obecných ustanovení občanského zákoníku o ochraně osobnosti. Ústavní soud přitom zdůraznil, že z legislativního hlediska je záhodno opustit stávající pojetí škody jako majetkové újmy a pokládat za škodu i újmu vzniklou působením na tělesnou a duševní integritu, což se následně projevilo i v úpravě účinné od 1. 1. 2014 (§ 2959 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník).

86. Problematikou náhrady újmy za způsobenou smrt blízkého člověka se Ústavní soud zabýval i v dalších nálezech [viz především nálezy sp. zn. I. ÚS 2844/14 ze dne 22. 12. 2015 (N 221/79 SbNU 545); nálezy sp. zn. II. ÚS 2149/17 ze dne 10. 12. 2019 (N 206/97 SbNU 206); nálezy sp. zn. IV. ÚS 2578/19 ze dne 31. 3. 2020 (N 57/99 SbNU 165)]. Z uvedené judikatury vyplývá několik podstatných východisek: Právní aspekty nároků na náhradu nemajetkové újmy pozůstalým spadají pod rozsah základního práva na ochranu soukromého a rodinného života ve smyslu čl. 7 odst. 1 a čl. 10 odst. 2 Listiny a práva na život ve smyslu čl. 6 Listiny a čl. 2 Úmluvy. Jsou-li uvedené komplementárně působící základní práva porušena, jednotlivec by měl mít k dispozici prostředek k efektivní nápravě uplatnitelný před státním orgánem, který o něm rozhodne a případně též přizná odškodnění, uzná-li to za vhodné. V případech neúmyslného usmrcení v medicínské oblasti není trestní řízení nezbytné, ale postačí náprava prostředky dostupnými v právu občanském (srov. např. rozsudek ESLP ve věci *Calvelli a Ciglio proti Itálii*, § 51). Závazek státu zajistit ochranu práva na soukromý a rodinný život a práva na život, se projevuje i v soukromoprávní oblasti zakotvením povinnosti škůdce nahradit poškozenému utrpěnou újmu. Náhrada způsobené újmy musí být dostatečná, tj. přiměřená s ohledem na účely, které má jakožto sankce za civilní delikt plnit. Z ústavního pohledu je třeba, aby mezi přiznanou peněžní částkou a způsobenou újmu (škodou) byl vztah přiměřenosti.

87. Tzv. princip plného odškodnění zjednodušeně řečeno znamená, že při poskytování skutečné a účinné ochrany uvedeným základním právům je třeba vycházet z toho, že původce je povinen majetkovou i nemajetkovou újmu plně nahradit tomu, kdo utrpěl újmu na zdraví či životě [srov. nálezn sp. zn. I. ÚS 2315/15 ze dne 12. 4. 2016 (N 64/81 SbNU 99)]. Ostatně i z čl. 24 Úmluvy o biomedicíně vyplývá jasné pravidlo, že osoba, která utrpěla protiprávní újmu způsobenou zákrokem, má nárok na spravedlivou náhradu škody.

### ***VIII. 2 Aplikace obecných východisek na projednávaný případ***

88. Aplikují-li se uvedená obecná východiska na nyní projednávanou věc, je klíčové, že obecné soudy v napadených rozhodnutích jádro argumentace stěžovatelů k procesu vyslovení pokynu DNR nerozporují – naopak. Soudy dospěly k závěru, že z dosud provedeného dokazování vyplývá, že ošetřující lékaři pochybili, vydali-li pokyn DNR jednostranně, aniž by své rozhodnutí konzultovali s — v rozhodné době vnímající — pacientkou nebo s jejími blízkými (viz bod 14 rozsudku Nejvyššího soudu a body 55-56 rozsudku odvolacího soudu). Obecné soudy v napadených rozhodnutích nepochybnily výše dovozený obecný závěr, že jednostranné vydání pokynu DNR ze strany lékařů bez informování či jakéhokoliv zapojení pacienta nebo jeho blízkých do rozhodovacího procesu zásadně není v souladu ani s právem pacienta na nedotknutelnost osoby podle čl. 7 odst. 1 Listiny a čl. 8 Úmluvy, ani s příslušnými odbornými standardy.

89. Nosným důvodem pro zamítnutí žaloby stěžovatelů bylo, že stěžovatelé svojí žalobou uplatňovali nárok na jednorázovou náhradu za usmrcení osoby blízké, nikoliv nemajetkovou újmu způsobenou porušením participačních práv pacientky či jich samotných (jako osob blízkých) [viz bod 29 napadeného rozsudku Nejvyššího soudu].

90. V tomto ohledu je rozhodné, že soudy vycházely z rozdílného charakteru nároků podle § 444 odst. 3 občanského zákoníku a obecného nároku na náhradu nemajetkové újmy ve smyslu § 13 odst. 2 občanského zákoníku. Podle obecných soudů je účelem dříve uvedeného nároku poskytnout pozůstalým náhradu za neočekávanou smrt blízké osoby; následkem protiprávního jednání je zde přímá a neočekávatelná ztráta života či zmaření obnovení dobrého zdravotního stavu, nikoliv porušení autonomie a participačních práv pacienta (případně jeho blízkých).

91. Uvedenému rozlišení Ústavní soud nemá z ústavního hlediska co vytknout. Předmětem řízení v nyní projednávané věci skutečně bylo, zda Nemocnice přímo způsobila smrt pacientky. Z provedeného revizního posudku přitom vyplývá, že návrat k životu bez orgánové podpory a trvalé intenzivní péče bylo možné v případě pacientky vyloučit (viz bod 52 rozsudku odvolacího soudu).

92. Stěžovatelé spatřují protiprávnost zásahu ve skutečnosti, že pacientce nebyl v důsledku neprovedení KPR prodloužen život o několik minut, hodin, dnů, nanejvýš měsíců, byť by kvalita jejího života byla s vysokou pravděpodobností snížena v důsledku nutnosti napojení na umělou orgánovou podporu (srov. bod 12 napadeného rozsudku Nejvyššího soudu). Také v tomto ohledu je nutné dovodit, že rovněž potenciální ne-oddálení neodvratně se blížícího konce života o určitý čas není typem protiprávního následku, který by měl být podle § 444 odst. 3 občanského zákoníku jednorázově odškodněn. Neprodloužení umírání na sklonku života dlouhodobě nemocného pacienta o krátkou dobu jednoduše nelze slučovat s usmrcením ve smyslu § 444 odst. 3

občanského zákoníku. Jinými slovy, vedlo-li nejednání lékařů k neprodloužení umírání pacientky, neznamená to, že bylo nutně v přímé příčinné souvislosti s její smrtí ve smyslu citovaného ustanovení jen proto, že by smrt mohla nastat o několik minut, hodin, dnů, nanejvýš měsíců později (srov. čtvrtá linie argumentace stěžovatelů). Rozdíl mezi různými následky neprovedení KPR v tomto smyslu Ústavní soud považuje za významný, stejně jako Nejvyšší soud.

93. Byť je z provedeného dokazování zřejmé, že lékaři pacientku ani její rodinu do hodnocení, zda je případné provedení resuscitace v budoucnu v jejím případě léčbou přiměřenou a účelnou, nezahrnuli, neznamená to, že porušili právo pacientky na život.

94. Rozporné tedy není, že porušení procedurálních a deliberativních zásad při jednostranném vydání pokynu DNR mohlo představovat porušení základních práv pacientky (resp. jejích blízkých stěžovatelů). Odvolací soud nicméně stěžovatele při jednání dne 21. 3. 2019 řádně poučil o rozdílnosti žalobních nároků podle § 13 odst. 2 a § 444 odst. 3 občanského zákoníku; přímo odkázal na rozsudek sp. zn. 25 Cdo 1725/2016 ze dne 28. 2. 2018, ve kterém Nejvyšší soud dospěl k závěru, že uloží-li soud poskytovateli zdravotní péče zaplatit žalobcům jednorázovou náhradu za zásah do rodinných vztahů vyvolaný tím, že pro nedostatky v poučení pacienta lékařem o možnostech dalších vyšetření byla opožděně nasazena odpovídající léčba a nebyl o několik měsíců oddálen nevratně se blížící konec života osoby blízké pozůstalým, rozhodne o jiném nároku, než který žalobci učinili předmětem řízení, jestliže v žalobě požadovali jednorázovou náhradu za usmrcení osoby blízké v důsledku nesprávné diagnózy.

95. Poučil-li řádně odvolací soud o takovém právním názoru stěžovatele, nelze podle Ústavního soudu v zamítnutí původní žaloby stěžovatelů spatřovat porušení jejich základních práv. Z pozitivních závazků státu vyplývajících z judikatury ESLP vyplývá, že státy mají poskytovat ochranu základním právům pacienta tím, že při hodnocení konkrétního postupu na sklonku života pacienta vezmou v úvahu: 1) zda byly zohledněny dříve vyjádřená přání pacienta a přání osob, které jsou mu blízké, jakož i stanoviska zdravotnických pracovníků; 2) možnost obrátit se na soud v případě pochybností o nejlepším rozhodnutí v zájmu pacienta (srov. první až třetí linii argumentace stěžovatelů). Z uvedených požadavků ale nevyplývá, v jakém konkrétním řízení mají obecné soudy uvedené faktory zohlednit, případně rozhodnout o náhradě způsobené újmy. Dospěly-li obecné soudy k závěru, že odškodnění za usmrcení blízké osoby ve smyslu § 444 odst. 3 občanského zákoníku nemůže sloužit k odškodnění za porušení povinnosti komunikovat rozhodnutí DNR s pacientkou (případně s její rodinou) a že neprovedení KPR v případě pacientky nepředstavovalo postup *non lege artis*, jež by byl převažující a přímou příčinou její smrti, neznamená to automaticky, že vyžadované faktory nemohou být zohledněny — případně i odškodněny — jiným typem náhrady.

96. Právě uvedené platí zejména s ohledem na skutečnost, že stěžovatelé se náhrady za nemajetkovou újmu způsobenou vydáním pokynu DNR bez informování a komunikace s pacientkou a jejími příbuznými domáhají v paralelním řízení (viz bod 17 napadeného rozsudku Nejvyššího soudu; viz rovněž č. 1. 438 procesního spisu). Ze stejného důvodu nelze napadené rozhodnutí odvolacího soudu vnímat ani jako překvapivé, neboť stěžovatelé na jiný právní názor odvolacího soudu reagovat mohli (srov. šestá námitka stěžovatelů výše).

97. Napadená rozhodnutí obecných soudů přitom podle Ústavního soudu z ústavněprávního hlediska obstojí i ve vztahu k dalším dílčím námitkám stěžovatelů.

98. K páté námitce stěžovatelů ohledně nesprávně zjištěného skutkového stavu Ústavní soud uvádí, že právo stěžovatelů na spravedlivý proces podle něj v tomto ohledu porušeno nebylo. Nejvyšší soud skutečně částečně „zpochybnil“ věrohodnost výpovědi doc. M., že pacientku neviděl více než tři roky. Stěžovatelé nicméně v ústavní stížnosti pomíjí, že závěr ohledně neprokázanosti potenciálního přežití pacientky „v řádu měsíců“ Nejvyšší soud založil především na skutečnosti, že i z výpovědi doc. M. vyplývá, že „konkrétní představa o přežití není dost dobře možná“ a že uvedené vyjádření se zjevně týkalo situace, kdy by „nedošlo ke komplikacím, nikoliv k neprovedení resuscitace“ (viz bod 11 napadeného rozsudku Nejvyššího soudu). Odůvodnění skutkového závěru o neprokázání možnosti přežití pacientky „v řádu měsíců“ proto obstojí i bez uvedeného „zpochybnění“. Nosný závěr Nejvyššího soudu ohledně nepoužitelnosti nároku podle § 444 odst. 3 občanského zákoníku není závislý na konkrétní možné době přežití (minut, hodin, dnů či několika měsíců). Podstatné v tomto ohledu je, že neprodloužení nevyhnutelného umírání není usmrcením ve smyslu citovaného ustanovení.

99. K námitce stěžovatelů, že odvolací soud dostatečně neodůvodnil nepoužití § 150 občanského soudního řádu, lze uvést, že otázka náhrady nákladů řízení může nabýt ústavněprávní dimenze jen v případě extrémního vykročení z pravidel upravujících toto řízení, což nastává např. v důsledku interpretace a aplikace příslušných ustanovení zákona, v nichž by byl obsažen prvek svévole [viz např. nález sp. zn. IV. ÚS 2119/11 ze dne 3. 4. 2012 (N 70/65 SbNU 3)]. Ústavní soud v případě stěžovatelů takový prvek svévole neshledal, a to zejména s ohledem na procesní postup stěžovatelů, kteří o nevhodnosti setrvání na nároku podle § 444 odst. 3 občanského zákoníku poučení byli, avšak na odlišný právní názor odvolacího soudu vhodným procesním způsobem nereagovali (obdobně svůj postup odůvodnil i odvolací soud v bodě 59 napadeného rozsudku).

## IX. Závěr

100. Lze tedy uzavřít, že byť mají stát a zdravotníci povinnost poskytovat zdravotní služby na náležitě odborné úrovni, lékařský zákrok vůči svéprávné a vnímající osobě schopné o svém osudu rozhodovat lze zásadně učinit pouze s jejím svobodným a informovaným souhlasem, a to i v případě, povede-li odmítnutí zákroku k její smrti. Není-li pacient v době potřeby resuscitace ve stavu, kdy může vyjádřit svůj informovaný (ne)souhlas, je třeba brát zřetel na jeho dříve vyslovený pokyn „*Do Not Resuscitate*“, který učinil prostřednictvím institutu dříve vysloveného přání. Při rozhodování o provedení kardiopulmonální resuscitace na sklonku života je obecně třeba vyvažovat právo na život a na ochranu zdraví na straně jedné a právo jednotlivců na důstojné přirozené dožití na straně druhé. Z práva na život a ochranu zdraví v každém případě nevyplývá bezpodmínečná povinnost lékařů provést kardiopulmonální resuscitaci bez ohledu na stav konkrétního pacienta, byť by mohla o určitou dobu oddálit okamžik fyzické smrti. Přestože lékaři obecně nemají bezpodmínečnou povinnost provést kardiopulmonální resuscitaci, kterou považují za medicínsky neindikovanou, jednostranné vydání pokynu „*Do Not Resuscitate*“ ze strany lékařů bez informování či jakéhokoliv zapojení pacienta (či za určitých okolností jeho blízkých)



do rozhodovacího procesu, může být v rozporu s jeho (případně jejich) participačním právem, a tedy i s právem pacienta (případně jeho blízkých) na nedotknutelnost osoby a respektování rodinného a soukromého života podle čl. 7 odst. 1 Listiny a čl. 8 Úmluvy.

101. Byť je v nyní projednávané věci stěžovatelů nesporné, že lékaři pacientku ani její rodinu do hodnocení, zda je případné provedení resuscitace v budoucnu v jejím případě léčbou přiměřenou a účelnou, nezahrnuli, neznamená to, že porušili právo pacientky — matky stěžovatelů — na život ve smyslu § 444 odst. 3 občanského zákoníku. Neprodlení umírání na sklonku života dlouhodobě nemocného pacienta — ať už o několik minut či několik měsíců — nelze slučovat s přímým usmrcením. Poučili odvolací soud stěžovatele řádně o rozdílnosti žalobních nároků podle § 13 odst. 2 a § 444 odst. 3 občanského zákoníku, nelze v zamítnutí jejich žaloby spatřovat porušení jejich základních práv.

102. Ústavní soud na základě výše uvedených důvodů po projednání věci mimo ústní jednání bez přítomnosti účastníků ústavní stížnost podle § 82 odst. 1 zákona o Ústavním soudu zamítl.

**Poučení: Proti rozhodnutí Ústavního soudu se nelze odvolat.**

V Brně dne 31. července 2023

Pavel Šámal  
předseda senátu