

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, Veleslavínova 3, Praha

⁴Advokát, AK PRUDIL a spol., s. r. o., Bašty 8, 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

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. Holčapek 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

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 předmětné 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): ???-???

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 náležité 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 nesouvisejících s předpokládaným klinickým výsledkem péče (zejména na základě sociální nerovnosti, rasy, pohlaví, disability či pouze věku) je nepřijatelná.
- 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 nesouvisejících 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 pravidla „*first come, first served*“ je v současné době z etického 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 výboru 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. Malásková 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 použití nedostatkových 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. Mimořádné 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, jejichž 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 potřeba 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 přiměřeně 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 ČSIM 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 náležité 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 jednajícím 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 kapacit je třeba racionalizovat alokaci vzácných zdrojů zejména důsledným uplatňováním indikačních kritérií pro přijetí do IP. Pacientům, jejichž zdravotní stav *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 zařídit 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. podkapitulu a) – Snížení standardu náležité 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 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.
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.