

Medical law and ethics

Recenze publikace

Autor: Mgr. Pavel Doubek

Abstract: In a review of the book "Medical law and ethics" by Jonathan Herring, I made it my goal to familiarize the reader with the issues of medical law and ethics, which author discuss in his work. The book should be a valuable source of knowledge for both, experts and laymen, because the author dealt with many topics from different angles, that raise a number of legal and ethical issues (the issue of euthanasia, research on humans, cloning, sterilization, etc..). I focus on these topics in eleven chapters of my review and I also add my comment, as well as comments of other authors and case law.

Key words: Life, health, dignity, informed consent, coercion, human rights, reproduction, vulnerable people

Jonathan Herring. *Medical law and ethics*. Oxford: Oxford University Press, 2012. 655 s. ISBN 978-0-19-964640-1 - Recenze

Publikace „*Medical law and ethics*“ je knižní zdroj, který by žádný právník zabývající se etickými otázkami lidského života, lidskými právy a medicínou neměl vynechat. Autor publikace se zabývá právně, eticky i společensky kontroverzními tématy (sterilizace, eutanazie, klonování aj.) a na každé téma nahlíží z několika úhlů pohledu. Využívá přitom celé řady argumentů „pro a proti“ ze strany odborné veřejnosti, judikatury, příznivců světových náboženství, politiků a dokonce i laiků. Kniha se proto vyznačuje neustálým kladením otázek a hledáním odpovědí. Za drobnou „skvrnu na kráse“ však považuji skutečnost, že autor příliš nevyjadřuje své vlastní názory a postoje k tématům, o nichž pojednává, což je s ohledem na jeho odbornost a potenciál jistě velká škoda.

Publikace je rozčleněna do jedenácti kapitol. V každé kapitole se nachází několik „vsuvek“, které mají za cíl na materii nazírat odlišnou optikou. Jedná se například o „vsuvky“ s názvem „pohled shora“, v níž autor problém zasazuje do náboženských souvislostí, „feministická perspektiva“, v níž je na problém nazíráno z feministického úhlu pohledu či „evropský úhel pohledu“, v níž autor čtenáře seznamuje s unijní právní úpravou. Tyto „vsuvky“ hodnotím velmi pozitivně, neboť přispívají k plynulosti a zajímavosti textu.

Na předních stranách knihy autor odkazuje na internetové stránky knihy, kde čtenář nalezne videonahrávku s úvodním slovem autora, kompletní bibliografii ke knize, užitečné související odkazy, odkazy na citovaná soudní rozhodnutí a aktualizace relevantních právních předpisů. Provázání knihy a internetu přispívá k tomu, že je pojednáváná materie stále aktuální a kniha je tak díky tomu stále „živoucí v čase“.

„Kapitola 1 – Etika a zdravotnické právo“

Na počátku své knihy se autor věnuje obecným otázkám zdravotních služeb a etiky. Uvádí, že otázky, co medicína je a čím má být, již dávno nejsou zodpovídaný pouze lékaři, ale stále více se do jejich řešení začínají zapojovat pacienti, právníci a občanská společnost. Paternalistický vztah byl nahrazen vztahem partnerským, kdy lékař a pacient jsou dvě rovnoprávné bytosti, jejichž vzájemná interakce je dána autonomií vůle pacienta. Uvedené souvisí dle mého názoru s rozvojem koncepce lidských práv a demokratického právního státu, který deklaruje preferenci zájmů jednotlivce nad zájmy společnosti a vědy.¹ Autor poukazuje na skutečnost, že pojetí nemoci či různého postižení člověka a potřeba odpovídající léčby je poplatné názoru většinové společnosti, což však nemusí být vždy správné.² Stigmatizace „lidí s postižením“ je právě naopak projevem „postižené společnosti“, neboť jak autor uvádí, vozíčkář je handicapován do té míry, do které mu společnost nedokáže vytvořit bezbariérový přístup.

¹ Úmluva o lidských právech a biomedicíně v čl. 2 stanoví, že zájmy a blaho lidské bytosti jsou nadřazeny zájmům společnosti nebo vědy.

² Jako příklad uvádí, že teprve před nedávnem přestala být homosexualita vnímána jako nemoc, kterou je potřeba léčit.

Charakteristikou knihy je boření hranic a rozvedení etických otázek medicíny do nejvyšších detailů. Proto se autor v úvodu věnuje například úvahám, proč se současná medicína snaží farmakologicky léčit psychické či fyzické projevy, jež nemocí nejsou (pihy, stárnutí, úzkost), a proč se nezaměřuje na příčinu nemoci, ale až na její následek.

V úvodu knihy nechybí vymezení základních práv pacienta. *Herring* nenabízí uzavřený výčet práv, ale pojednává spíše o okruzích práv: právo na autonomii (rozhodování o své tělesné a duševní integritě), důstojnost, právo na život. Autor rozlišuje práva absolutní (např. čl. 3 Evropské úmluvy o lidských právech, dále jen „Úmluva“) a podmíněná (např. čl. 8 Úmluvy) a pojednává o právech negativních (právo na nezasahování) a právech pozitivních (právo na konání). Žel se v této souvislosti autor nezmiňuje o pozitivních závazcích státu na poli sociálních práv, kam patří i právo na zdraví.³ Věnuje se však rovněž povinnostem pacienta a připomíná základní čtyři zásady vycházející z Hippokratovy přísahy, na nichž by mělo být poskytování zdravotních služeb založeno: respektovat autonomii pacienta, neškodit, prospět a být spravedlivý.

„Kapitola 2 – Struktura národní zdravotnické služby“

V druhé kapitole se autor odpoutává od etického pojetí zdravotnického práva a věnuje se ryze praktickým dopadům zdraví (respektive nemoci) na stát. Čtenáře seznamuje se strukturou *National Health Service* (dále „NHS“), což je souhrnné označení pro organizaci zdravotních služeb ve Velké Británii, jež zahrnuje jak praktické lékaře, tak různé fondy, pojišťovny, tak nakonec i zákonodárce, který se podílí na formování zdravotní politiky. Pozornost je věnována úhradám za poskytování zdravotních služeb a vztahu mezi poskytovateli zdravotních služeb a „*Primary Care Trust*“ (svými funkcemi jde o obdobu zdravotní pojišťovny). Pojednáno je rovněž o Ústavě NHS, která zahrnuje řadu práv a povinností pacientů a poskytovatelů zdravotních služeb. Jako jeden ze základních principů autor uvádí, že poskytování zdravotních služeb je založeno na klinické potřebě, nikoliv platební schopnosti jednotlivce.

Značnou pozornost autor věnuje tomu, zda je stát povinen hradit pacientům veškerou léčbu, nebo je oprávněn s ohledem na své finanční možnosti určitou léčbu určitým pacientům neposkytnout. V této souvislosti zmiňuje „*rationing*“ (slovy Ústavního soudu ČR test rozumnosti). Tento koncept spočívá v tom, že zákonodárce je oprávněn stanovit limity poskytované zdravotní péče s ohledem na své finanční zdroje, avšak alokace zdrojů musí být rozumná. V této souvislosti zmiňuje rovněž případy přeshraniční zdravotní péče⁴, kdy pacient cestuje za léčbou do zahraničí z toho důvodu, že tuzemská léčba není dostupná, není doporučovaná nebo jsou dlouhé čekací doby. Lze shrnout, že přístup ke zdravotním službám by neměl být omezen toliko na základě tvrzení, že se jedná o ekonomicky neúnosnou léčbu, avšak v případě, že poskytovatel zdravotních služeb (případně pojišťovna) prokáže, že by poskytnutá péče nebyla s ohledem na charakter nemoci efektivní, případný soudní spor by pacient patrně prohrál. V tomto ohledu lze poukázat na Nálezy Ústavního

³ Například ve smyslu všeobecného doporučení č. 14 Výboru OSN pro hospodářská, sociální a kulturní práva.

⁴ Na základě Nařízení Rady (ES) č. 1408/71 o uplatňování systémů sociálního zabezpečení na zaměstnané osoby a jejich rodiny pohybující se v rámci Společenství.

soudu ČR ve věci zdravotnických poplatků, kde Ústavní soud test rozumnosti, byť nesystémově, aplikoval.⁵

„Kapitola 3 - Nedbalost při poskytování zdravotních služeb“

Otázky újmy na zdraví způsobené zaviněním lékaře vyvolávaly vždy velké vášně, avšak teprve s rozvojem práv pacientů, a s tím spojeným právem na informace včetně práva nahlížet do zdravotnické dokumentace, je stále více pacientů odhodláno řešit spory z poskytování zdravotních služeb soudní cestou. Autor uvádí, že odpovědnost lékaře může mít formu trestněprávní, občanskoprávní případně disciplinární. V rámci trestněprávní odpovědnosti se budou nacházet lékaři, kteří ublíží osobě na zdraví úmyslně, jakož i ti, jejichž jednání vedoucí k újmě bude hodnoceno jako hrubě nedbalé (například flagrantní nedodržení postupu *lege artis*). *Herring* uvádí, že lékař bude trestně odpovědný i v situaci, kdy s újmou nepočítal, avšak jeho jednání bylo natolik nedbalé, že je uplatnění trestní sankce přiměřené. U „méně závažné“ nedbalosti trestní represe na lékaře nedosáhne a bude postihován „toliko“ v mezích občanskoprávní odpovědnosti. Odlišení trestněprávní odpovědnosti od občanskoprávní odpovědnosti v případě nedbalostního jednání spočívá dle autora toliko v intenzitě nedbalosti.⁶

Autor se v kapitole věnuje předpokladům odpovědnosti, za které považuje porušení „*duty of care*“⁷, újmu pacienta a příčinnou souvislost mezi porušením a újmou. Autor vysvětluje, že povinnosti lékaře (obsah „*duty of care*“) jsou tvořeny zejména stanovisky odborných společností (obdobně jako postup „*lege artis*“, používaný v českém právu, je výsledkem konsenzu odborných společností nad správnými postupy při poskytování zdravotních služeb). Autor poukazuje na řadu soudních rozhodnutí, z nichž vyplývá, že není zcela jasné, co jsou to uznávané postupy odborných společností, zda mohou být tvořeny pouze odbornými společnostmi, případně jen několika málo odborníky, zda je soud povinen se těchto stanovisek držet, nebo může judikovat proti nim, jak má soud rozhodnout v případě protichůdných stanovisek dvou odborných společností, či jakou dynamikou stanoviska v čase prochází.⁸

Pokud jde o příčinnou souvislost mezi porušením „*duty of care*“ a vznikem újmy, autor uvádí, že příčinná souvislost je naplněna i tehdy, pokud určité pochybení vede k újmě na zdraví, která se projeví až následně (v důsledku nedbalosti lékaře dojde k oslabení imunity pacienta, který následně

⁵ Například nálezn Ústavního soudu ze dne 20. 5. 2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08, ve věci zrušení regulačních poplatků u lékaře.

⁶ Ve srovnání s britskou právní úpravou je české právo přísnější, neboť pro naplnění skutkové podstaty trestného činu ublížení na zdraví z nedbalosti postačí jakákoliv nedbalost. I zde je však třeba zachovat subsidiaritu trestní represe.

⁷ Povinnost lékaře pečovat o konkrétního pacienta.

⁸ Klíčovými rozhodnutími je v této věci rozhodnutí *Bolam v. Friern Hospital Management Committee* (1957) 1 WLR 582, dle kterého je soud povinen ze stanovisek odborných společností vycházet a rozhodnutí *Bolitho v. City and Hackney Health Authority* (1997) 4 All ER 77, dle kterého naopak soud disponuje diskrecí, zda odborná stanoviska použije či nikoliv.

v důsledku oslabené imunity podlehne jinak banální nemoci).⁹ Rovněž za neodeslání pacienta k vyšetření do nemocnice, případně jeho pozdní odeslání, v důsledku čehož vznikne pacientovi újma na zdraví, bude lékař odpovědný, a to i v případě, že nemocnice bude se započítím léčby rovněž v prodlení.¹⁰

Autor se věnuje rovněž odškodňování újmy na zdraví. Uvádí, že odškodnění může zahrnovat: náhradu vlastního poškození zdraví, bolesti, ztráty aktivit, výdajů spojených s újmou na zdraví, ztráty na výdělku, či pravděpodobné újmy vzniklé v budoucnu. Uvedené názory autora mohou být přínosné pro současnou praxi odškodňování újmy na zdraví, neboť po nabytí účinnosti nového občanského zákoníku a zrušení tzv. „bodové vyhlášky“¹¹ soudy ztratily závazný „ceník bolesti“ a musí výši odškodnění stanovit pouze na základě své úvahy a po přihlédnutí ke všem okolnostem daného případu, což s sebou může přinést odškodnění sahající do výše několika milionů korun.¹²

Dalším velice zajímavým tématem, kterému se autor věnuje, je odpovědnost za újmu na zdraví, která vznikne nezaviněně, shodou špatných okolností (tzv. „no fault system“). Uvádí novozélandský systém, kde existuje zvláštní obchodní společnost¹³, která za splnění zákonných podmínek odškodňuje újmu na zdraví, k níž došlo nezaviněně. Odpůrci „no fault system“ argumentují, že tento systém by byl finančně velmi náročný a mohl by způsobit, že se bude spíše odškodňovat z fondů v rámci „no fault“, namísto toho, aby se prokazovalo zavinění konkrétního lékaře.

„Kapitola 4 - Souhlas s léčbou“

Autor vnímá pacienta a lékaře jako rovnocenné partnery a jeví přesvědčení, že jsou dávno pryč časy, kdy při poskytování zdravotních služeb převládal paternalistický přístup. S tímto názorem autora se neztotožňuji, neboť „partnerský přístup“ (pacient a lékař jsou si rovni) je pro mnohé lékaře a vlastně i pacienty dosud často velkou neznámou. Podmínku, že zdravotnický zákrok lze vykonat jen s informovaným souhlasem způsobilého pacienta považuje autor za základní zásadu pro poskytování zdravotních služeb, avšak tato podmínka není podle autora nepřekonatelná, neboť pokud je splněn některý z tzv. „obranných důvodů“ („flak jacket“) nebude zásah do integrity pacienta bez jeho souhlasu protiprávní. Těmito „obrannými důvody“ jsou podle autora: souhlas oprávněného zástupce pacienta a neodkladný stav.¹⁴ Osobně nesouhlasím s prvním obranným důvodem, neboť v případě, že pacient není schopný se zásahem do své tělesné integrity vyslovit informovaný souhlas, mohl by být zákrok vykonán pouze tehdy, pokud sleduje nejlepší zájem pacienta a dal k němu přivolení soud, a to

⁹ Rozhodnutí občanskoprávního kolegia Odvolacího soudu Anglie a Walesu z roku 2008 ve věci *Bailey v. Ministry of Defence* (2008) EWCA Civ 883.

¹⁰ Rozhodnutí občanskoprávního kolegia Odvolacího soudu Anglie a Walesu z roku 2011 ve věci *Wright (A Child) v. Cambridge Medical Group (A Partnership)*.

¹¹ Vyhláška ministerstva zdravotnictví č. 440/2001 Sb., o odškodnění bolesti a ztížení společenského uplatnění.

¹² Autor uvádí, že v obzvláště závažných případech může náhrada újmy na zdraví běžně přesáhnout 100 milionů Kč.

¹³ *Accident and Compensation Corporation (ACC)*.

¹⁴ Doktrínu „flak jacket“ zformuloval Britský odvolací soud ve věci *R (Burke) v. GMC*.

navíc na základě souhlasného stanoviska odborníků.¹⁵ Pouhý souhlas zákonného zástupce považují za nedostatečný a rizikový.¹⁶ *Herring* se v této souvislosti věnuje rovněž problematice dříve vysloveného přání¹⁷, které pacient činí v době, kdy ještě disponuje rozhodovací způsobilostí.

Autor publikace se obsáhle věnuje vymezení náležitostí informovaného souhlasu. Ve zkratce uvádím, že jsou jimi: způsobilost k rozhodování, dostatečná informovanost, absence donucení či nátlaku.¹⁸ Zabývá se rovněž důsledky nepodaných, či nedostatečně podaných informací. V souvislosti s rozsahem podávaných informací klade autor diskutabilní otázku, do jaké míry má být pacient informován? Má být informován rovněž o všech myslitelných rizicích? Autor odkazuje na známé rozhodnutí *Sidaway v. Bethlem*¹⁹, v němž soud dospěl k závěru, že nebylo povinností lékařů informovat pacientku o možném riziku ochrnutí.

Kniha pamatuje na problematiku souhlasu zranitelných osob (dětí, osob s omezenou svéprávností, seniorů). Autor zastává koncept „specifické způsobilosti“²⁰, který lze definovat tak, že každý disponuje určitou mírou způsobilosti k rozhodování a tuto míru je třeba posuzovat vzhledem ke všem okolnostem konkrétní osoby a složitosti konkrétního rozhodnutí.

Celou knihou se prolíná ústřední otázka, zda má autonomie člověka převážit nad životem (například zda může pacient odmítnout život zachraňující léčbu). Autor odpovídá kladně a uvádí, že pokud je člověk plně způsobilý k rozhodování, měla by být jeho vůle respektována, třebaže mohou být důsledky pro jeho zdraví nepříznivé. S tímto názorem se ztotožňuji, neboť možnost rozhodovat o své osobě patří jen této osobě a je podmínkou pro realizaci dalších základních práv.

„Kapitola 5 – Mlčenlivost poskytovatele zdravotních služeb“

Povinná mlčenlivost o citlivých osobních údajích pacienta je podle *Herringa* základním stavebním kamenem důvěry mezi lékařem a pacientem. Autor však uvádí, že aby byla léčba efektivní, je třeba sdílet informace o zdravotním stavu pacienta s jinými lékaři. S tímto názorem se plně ztotožňuji. Je však třeba vždy pečlivě zkoumat, kdy lze za účelem efektivní péče a léčby povinnou

¹⁵ V tomto směru se přikláním k takovému složení odborné komise, jak stanoví zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, pro některé specifické zdravotnické zákroky (například sterilizace či kastrace).

¹⁶ Tím spíše to platí v situaci, kdy má osoba ustanoveného veřejného opatrovníka, kterým je podle § 471/3 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, obec popřípadě právnická osoba zřízená obcí.

¹⁷ Úpravu dříve vysloveného přání nalezneme v § 36 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

¹⁸ V této souvislosti mohu odkázat na kritiku České republiky ze strany Výboru OSN proti mučení týkajícího se kastrací pachatelů sexuálně motivovaných trestných činů umístěných v zabezpečovací detenci, kdy výbor vyjádřil pochybnosti, zda je souhlas s kastrací u osoby v detenci plně svobodný a informovaný, když může být poskytován v domnění, že jde o jediný způsob, jak se dostat na svobodu. (Zpráva o návštěvě ČR konané ve dnech 25. 3. – 2. 4. 2008).

¹⁹ Rozhodnutí Sněmovny lordů Spojeného království Velké Británie a Severního Irska Sněmovny: *Sidaway v. Board of Governors of the Bethlem Royal Hospital* (1985) AC 871 HG.

²⁰ Koncept byl vytvořen rozhodnutím Sněmovny lordů Spojeného království Velké Británie a Severního Irska z roku 1985 ve věci *Gillick v. West Norfolk and Wisbech Area Health Authority* (1985) 3 All ER 402.

mlčenlivost prolomit a kdy tomu již tak není.²¹ Další situací, kdy se nabízí úvahy o prolomení povinné mlčenlivosti, může být střet mezi právem na soukromí ve smyslu čl. 8 Úmluvy²² a právem na informace a svobodou projevu²³. Situace, kdy je dle mého názoru možné mlčenlivost prolomit nejnáze, je veřejný zájem na ochraně zdraví a života osob (například v případě nakažlivé nemoci).

Autor se věnuje rovněž otázce vlastnictví zdravotnické dokumentace. Lze s autorem souhlasit, že zdravotnická dokumentace ve smyslu informace nemůže být považována za vlastnictví ani lékaře, ani pacienta. Shodně se k této otázce vyjádřil Nejvyšší soud České republiky, který uvedl, že zdravotnická dokumentace není předmětem vlastnického práva.²⁴

V této části knihy se čtenář rovněž dozví, že pokud osoba vyzradí informace o zdravotním stavu pacienta, nemusí to nutně znamenat nezákonné porušení mlčenlivost. Autor uvádí, že se nejedná o porušení povinné mlčenlivosti, pokud: 1) informace není důvěrná²⁵, 2) informace již přestala být důvěrnou²⁶, 3) pacient se zveřejněním udělil souhlas, nebo 4) byla zveřejňovaná informace anonymizována. Pokud však jde o důvěrnou neanonymizovanou informaci, s jejímž zveřejněním pacient souhlas nevyslovil, lze ji přesto zveřejnit, a to tehdy, sleduje-li zveřejnění informace legitimní cíl: informace je nezbytná pro řádné fungování zdravotnického zařízení, hrozí vážná újma na zdraví jiným osobám²⁷, ochrana dětí před zneužíváním, spolupráce s policií²⁸, nejlepší zájem osob nezpůsobilých k rozhodování. V případě anonymizované informace jsem však toho názoru, že pokud lze z jejího obsahu a kontextu identifikovat určitou osobu, jednalo by se o porušení povinné mlčenlivosti.

Nemohu nezmínit problematické aspekty mlčenlivosti, které sám autor označuje jako značně kontroverzní. Jedná se zejména o (ne)sdělování informací o genetických dispozicích v rodině k odhalení dědičných poruch. Dále autor věnuje pozornost (ne)sdělování informací o viru HIV partnerovi nakaženého pacienta. „*Má být partner nakaženého pacienta informován, třebaže se tím zasáhne do povinné mlčenlivosti?*“ V závěru kapitoly autor pojednává o povinnosti poskytovatelů zdravotních služeb informace pacientům, případně příbuzným pacientů, sdělit, pokud o to požádají.

„Kapitola 6 – antikoncepce, potraty, těhotenství“

²¹ Diskutovanou otázkou je míra informací o zdravotním stavu pacienta, které má vědět pečující personál v zařízeních sociálních služeb. Nebylo by jistě ku prospěchu pacienta, kdyby pečující osoby (např. pracovník v sociálních službách) poskytoval neadekvátní péči, protože mu bylo zapovězeno seznámit se s jeho zdravotním stavem. Proto zákon o zdravotních službách v § 65 odst. 2 písm. a) stanoví, že do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi může nahlížet i „jiný odborný personál“ (za dalších podmínek v zákoně uvedených).

²² Autor konstatuje, že ochrana mlčenlivosti spadá pod čl. 8 Úmluvy a jako příklad uvádí rozhodnutí ESLP ve věci *Z v. Finsko*.

²³ K tomu viz rozhodnutí Sněmovny lordů Spojeného království Velké Británie a Severního Irska ve věci *Campbell v. MGN Limited* (2004) UKHL 22.

²⁴ Rozsudek Nejvyššího soudu České republiky, sp. zn. 25 Cdo 3562/2009, ze dne 30. 8. 2011.

²⁵ V rozhodnutí *Campbell v. MGN* (2004) UKHL 22 soud uvedl, že informace je považována za důvěrnou, pokud pacient oprávněně očekává, že zůstane utajena.

²⁶ Dle autora je tomu například tehdy, pokud ji sám pacient zveřejnil.

²⁷ Autor uvádí, že vážná újma musí být reálně existující a musí dosahovat značné závažnosti.

²⁸ Zde autor rozlišuje mezi případy, kdy lékař informace policii sdělit může a kdy musí.

Jen málo otázek z oboru zdravotnictví vyvolává větší kontroverze, než je problematika potratů. Autor pojetí potratu zasazuje do širších souvislostí a pojednává též o otázkách antikoncepce a těhotenství. Všem otázkám je společný nekončící rozpor mezi autonomií ženy a právem nenarozeného dítěte na život. Pojednání osciluje mezi dvěma krajními pohledy na potrat: potrat jako základní lidské právo ženy rozhodovat o své vlastní osobě a potrat jako vražda člověka v jeho nejzranitelnější fázi života. Jsem ve shodě s autorem, že bez apriorního vyjasnění toho, co nebo kdo se nachází v lůně mateřském, nelze se otázkou oprávněnosti potratů vůbec zabývat. Je tedy třeba vyjasnit, zda je plod osobou, pouhou žijící entitou blížící se svou povahou orgánu matky, či zda se plod stává osobou postupně. Zvítězí-li názor, že plod ještě není člověkem, stává se člověk člověkem narozením nebo až tehdy, dokáže-li si uvědomit své „já“? Se všemi kontroverzními otázkami se autor vypořádává a uvádí zajímavé pohledy judikatury, odborné veřejnosti i světových náboženství.²⁹ Listina základních práv a svobod v čl. 6 odst. 1 stanoví, že lidský život je hoděn ochrany již před narozením, což však k nalezení odpovědi na výše položené „existenciální“ otázky příliš nepřispívá.³⁰ Osobně jsem toho názoru, že není ani tak důležité, odkdy považujeme plod za člověka, jakožto odkdy má „klíčící život“³¹ právo na ochranu a v jaké výši.

S uvedeným chápáním plodu souvisí chápání potratů a antikoncepce. Pokud život člověka vzniká již početím, pak lze přisvědčit těm názorům, které chápou potrat jako vraždu. Autor uvádí, že existují i názory, podle nichž člověk vzniká již početím (*conception*) a v tomto případě lze tedy i tzv. „*morning pill*“ (ex post antikoncepci) považovat za vraždu člověka. Jiné pojetí, které zastávají některá náboženství, ztotožňují vznik člověka s okamžikem, kdy do něj vstoupí duše, což může být až ve chvíli, kdy je dítě schopno si uvědomovat sebe samo (má vědomí). V tomto případě by zbavení života i několikaměsíčního dítěte nebylo zřejmě považováno za vraždu. Úvahy lze rozšířit dále: bylo by vraždou usmrcení těla, které již nedisponuje vědomím? Je člověk v perzistentním vegetativním stavu (dlouhotrvající kóma) stále ještě člověkem? Je mi líto, že autor své úvahy tímto směrem dále nerozvedl, avšak tento „deficit“ se podařilo zčásti saturovat v kapitole o eutanazii.

Potrat lze dle autora vnímat jako jistý druh sebeobrany matky, která chrání svou tělesnou a duševní integritu. Ospravedlnitelnost potratů lze dle *McDonagha* uznat zejména v případech znásilnění, únosů, otroctví a útoku.³² *Herring* uvádí, že nechtěné těhotenství může zasáhnout do několika základních práv matky (právo na soukromí, na tělesnou integritu a práva na rovné

²⁹ V „pohledu shora“ autor uvádí přístupy křesťanství, islámu, judaismu a hinduismu.

³⁰ Kokeš se však domnívá, že čl. 6 odst. 1 Listiny chápe počátek lidského života evolutivně a minimální ochranu mu přisuzuje již v době početí. Tato ochrana je tím silnější, čím je plod starší a vrcholí v době narození. Viz: WAGNEROVÁ, E. – ŠIMÍČEK, V. – LANGÁŠEK, T. – POSPÍŠIL, I. a kol. *Listina základních práv a svobod. Komentář*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012, s. 156.

³¹ Problematice počátku života a právnímu postavení plodu se věnuje rovněž Jiří Baroš v komentáři k Listině základních práv a svobod. Baroš uvádí, že soudy velice nerady vstupují do debat o povaze plodu a proto volí formulace typu „klíčící život“, kdy konstatují, že sice nejde o osobu, ale o jakýsi klíček“, který je hoděn ochrany. Baroš dále uvádí, že pojem „klíčící život“ byl užit kupříkladu v rozhodnutí německého Spolkového ústavního soudu 1 BvF 1, 2, 3, 4, 5, 6/74 z roku 1975 a rozhodnutí 2 BvF 2/90 a 4, 5/92 z roku 1993. BAROŠ, J. In: E. Wagnerová – V. Šimíček – T. Langášek – I. Pospíšil a kol. *Listina základních práv a svobod. Komentář*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012, s. 144.

³² HERRING, J. *Medical law and ethics*. Oxford: Oxford University Press, 2012, s. 331.

zacházení). Zároveň však upozorňuje na některé problematické aspekty potratů (potraty konané v krátké době před porodem, potraty vedené s cílem selekce pohlaví apod.). Souhlasím s autorem, že třeba v každém případě k jednotlivým případům přistupovat individuálně a vzít v potaz všechny rozhodné skutečnosti. Dále považuji za vhodné, aby se legislativa vyvarovala absolutního zákazu či povolení potratů.

V souvislosti s výše uvedeným se *Herring* věnuje rovněž provádění nedobrovolných sterilizací a vynucených potratů, zejména u dětí či duševně nemocných osob, které nejsou schopny vyslovit informovaný souhlas. V této souvislosti poukazuje na střet nejlepšího zájmu pacienta s „nejlepším zájmem pečujících osob“ či s „nejlepším (ekonomickým) zájmem státu“³³

„Kapitola 7 – reprodukce“

Reprodukce člověka vyvolává za současných možností vědy celou řadu etických a právních otázek. *Herring* uvádí, že dny, kdy k plození dětí docházelo jen jedním způsobem, jsou nenávratně pryč. Uvádí dále, že v současnosti je v Británii každé devadesáté dítě zplozeno asistovanou reprodukcí. Kapitola o reprodukci nabízí odpovědi na řadu kontroverzních otázek týkajících se umělého oplodnění, rodičovství, dárcovství, náhradního mateřství, klonování, embryonálního výzkumu, zlepšování lidských genů či eugeniky.

Autor se věnuje umělému oplodnění ve smyslu práva ženy na reprodukci, z čehož státu plyne řada negativních i pozitivních závazků.³⁴ Zatímco jedni uznávají právo ženy na umělé oplodnění, druzí jakoukoliv formu umělého oplodnění odmítají. Autor uvádí několik nejhlasitějších kritických argumentů – jedná se o nepřirozený zásah do díla přírody (případně Boha), dochází k ničení nepoužitelných embryí, hrozí zdravotní rizika pro matku i dítě, je nepatřičné podstupovat umělé oplodnění, když existuje spousta již narozených dětí čekajících na adopci atd. Autor dále věnuje pozornost různým technikám, jak lze umělého oplodnění dosáhnout (zmrazení a následná implantace spermií manžela,³⁵ dárcovství spermií, dárcovství vajíčka, *in vitro* fertilizace atd.). Velice zajímavé je

³³ Stát se chová (snaží se chovat) ekonomicky racionálně a usiluje (snaží se usilovat) o minimalizaci svých výdajů. Náklady na péči o nezaopatřené dítě ponese stát, stejně tak náklady na péči o duševně či fyzicky nemocnou osobu. Je proto ospravedlnitelné, aby stát zamezil v reprodukci ženě, která se není schopna o své dítě postarat? Je ospravedlnitelné, aby stát nařídil potrat ženě, jejíž dítě se s velkou pravděpodobností narodí postižené? Hledisky ekonomické analýzy práva možná, hledisky lidských práv v žádném případě. V této souvislosti nemohu nezmínit „slavné“ rozhodnutí Nejvyššího soudu USA z roku 1927 ve věci *Buck v. Bell*, které pod vlivem eugenického myšlení uznalo nucenou sterilizaci duševně nemocných žen za souladnou s Ústavou USA.

³⁴ Viz rozhodnutí ESLP ve věci *Dickson v. UK*, kde ESLP do rozsahu čl. 8 Úmluvy zařadil i právo neplodného páru na přístup k asistované reprodukci.

³⁵ Pro zajímavost uvádím rozhodnutí občanskoprávního kolegia Odvolacího soudu Anglie a Walesu z roku 2003 ve věci *Evans v. Amicus Healthcare Ltd* (2004) EWCA Civ 727, týkající se užití zmrazených embryí ženou poté, co se manželé rozvedli a manžel s užitím embryí nadále nesouhlasil.

uvedení příkladů možných překážek k cestě za umělým oplodněním (finanční zátěž, zvažování nejlepšího zájmu dítěte, homosexuální páry, věk a genetická „výbava“ rodičů).³⁶

V souvislosti s dárcovstvím spermatu autor nepomíjí zmínit ani otázky, kdo je vlastně otec dítěte? Je jím muž, který má genetickou vazbu k dítěti, nebo muž, který zamýšlel být otcem, či snad muž, který má k dítěti silný sociální vztah? V této souvislosti vystupuje do popředí řada otázek týkajících se anonymity dárce a právo dítěte vědět, kdo je jeho biologickým otcem. Rovněž s těmito otázkami se autor vypořádává.

Velice kontroverzním tématem je tzv. „preimplantační genetická diagnostika (PGD)“, která se používá k prevenci dědičné poruchy u embryí. Metoda spočívá v tom, že se vyberou embrya, která jsou vhodná k implantaci, zatímco nevhodná embrya budou zničena. Autor pokládá otázku, zda je přijatelné takto selektovat jednotlivá embrya. Nepřijatelné to bude dle autora patrně až ve chvíli, kdy se začnou embrya selektovat podle pohlaví, barvy očí apod.

Pozornost je v této kapitole věnována rovněž tzv. „sourozencům zachráncům“ („*saviour siblings*“), což jsou děti, které jsou počaty a zrozeny proto, aby darovaly určitou tkáň svého těla svému sourozenci, který ji životně potřebuje.³⁷ Dále je pojednáno o lidském klonování a embryonálním výzkumu.

Všechny výše uvedené „vymoženosti“ vědy jsou dobrým sluhou, pokud jde o terapeuticky odůvodněný zájem pacienta, ale zlým pánem, pokud jde o snahy „zlepšovat“ lidskou rasu. Tento rozpor autor vnímá a reflektuje, když v závěru kapitoly pojednává o eugenice. Na samém závěru tohoto pojednání se táže: Může být díky „genovému šlechtění“ lidská rasa šťastnější nebo lepší? Vytvoří svět bez lidí s Aspergerovým syndromem či Downovým syndromem skutečně lepší místo pro život?

„Kapitola 8 – Darování orgánů a vlastnické právo k částem lidského těla“

Dárcovství orgánů na první pohled žádné vášně nevyvolává. Autor však na mnoha místech poukazuje na řadu palčivých aspektů nakládání s tkáněmi a orgány lidského těla. Na počátku výkladu autor poukazuje na široce rozšířený nelegální odběr tkání u zemřelých dětí, ke kterému docházelo mezi lety 1999–2000 v některých britských nemocnicích.³⁸ Autor artikuluje zásadní argument reprezentovaný v té době lékařskou komunitou: proč znehodnotit dobrý vzorek poškozeného srdce tím, že jej spálíme, když může být použito k záchraně životů a pokroku ve vědě? *Herring* se zabývá odběrem lidských tkání jak po smrti člověka³⁹, tak za jeho života⁴⁰.

³⁶ Viz rozhodnutí ESLP ve věci *Dickson v. UK*, kde ESLP konstatoval, že neumožnění přístupu k *in vitro* fertilizaci může znamenat porušení čl. 8 Úmluvy.

³⁷ Viz rozhodnutí Sněmovny lordů Spojeného království Velké Británie a Severního Irska z roku 2005 ve věci *Quintavalle (on behalf of Comment on Reproductive Ethics) v. HFEA* (2005) UKHL 28.

³⁸ *Bristol Royal Infirmary a Rooyal Liverpool Children's Hospital*.

³⁹ Právním předpisem regulující odběr tkání ve Velké Británii je „*Human Tissue Act 2004*“, jehož nosnou zásadou je, že k odebrání lidské tkáně po smrti může dojít pouze s předchozím souhlasem osoby.

Autor dále poukazuje na řadu trestněprávních důsledků nelegálního odejmutí či nakládání s částmi lidského těla bez souhlasu této osoby (odejmutí tkáně bez souhlasu, odejmutí tkáně bez vydaného úmrtního listu, odejmutí tkáně k zakázanému účelu apod.).

Pozornost je v této souvislosti věnována rovněž transplantaci orgánů. V této souvislosti autor poukazuje na možnou odpovědnost, pokud si dárcovský orgán s hostitelským tělem tzv. „nesedne“, rovněž se věnuje otázkám transplantace poškozených či nemocných orgánů. Velice zajímavé je jeho členění transplantací, kde uvádí možnou transplantaci zvířecích orgánů či orgánů vytvořených uměle v jakémsi „robotickém těle“. Autor rovněž pokládá otázku, kdy lze transplantaci orgánů u zemřelé osoby provést, když je třeba pro životaschopnost orgánů ji učinit co nejdříve, avšak zároveň je třeba si být jist, že osoba již zemřela, což je s ohledem na různé pojmání smrti, poměrně obtížná otázka.

Souhlasím s autorem, že zásada zdravotnického práva „*do not harm*“ (neškodit) má být stěžejním principem, na němž stojí a padá medicína jako „pomáhající profese“. V oblasti transplantací je tato zásada všeobecně přijímána a lékaři jsou často nesvolní k provedení transplantace orgánů, byť se často jedná o jedinou možnost, jak zachránit lidský život.⁴¹

Celá řada otázek vyplývajících z této problematiky je řešena rovněž v závěru kapitoly. Stranou nezůstávají právní a etické aspekty obchodu s lidskými orgány, ani problematika vlastnictví k lidskému tělu. Autor klade například otázku, zda má člověk právo duševního vlastnictví k tetování, které si na těle vytvoří. Odpověď nabízí rozhodnutí odvolacího soudu Spojeného království, který konstatoval, že jestliže práce a dovednost byla aplikována na část lidského těla, pak se jedná o majetek, jenž může být vlastněn.⁴²

„Kapitola 9 – Umírání a smrt“

V úvodní části této kapitoly se autor věnuje pojmu smrti a příčinám smrti. Autor uvádí, že úmyslné jednání vedoucí ke smrti člověka proti jeho vůli může být ospravedlnitelné. Situaci demonstruje na rozhodnutí Re A⁴³, týkající se Siamských dvojčat, kdy jedno bylo usmrceno, aby druhé mohlo žít. Dále autor pojednává o právních aspektech sebevraždy. Jsem toho názoru, že sebevražda je projev vůle (spadající pod čl. 8 Úmluvy), který by měl být respektován, pokud je učiněn osobou s plnou rozhodovací způsobilostí. Autor k uvedenému uvádí, že by sebevražda neměla být v žádném případě kriminalizována, avšak připomíná, že tomu tak vždy nebylo a osobě, která se o sebevraždu pokusila, hrozil paradoxně trest smrti. Dále *Herring* uvádí, že pokus o sebevraždu by neměl být postihován trestní sankcí, ale spíše by se měla aktivovat zdravotní či jiná odborná pomoc. S tímto lze souhlasit do té míry, že přístup k pomoci, případně léčbě by měl být založen na dobrovolnosti. Důležitou otázkou, kterou se autor zabývá, je, zda se jedná o sebevraždu, pokud pacient odmítne

⁴⁰ Právní regulaci odběru tkání z živého člověka upravuje zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

⁴¹ Viz případ pana P., kterému nebylo umožněno darovat svým synům obě ledviny. In: HERRING, J. *Medical law and ethics*. Oxford: Oxford University Press, 2012, s. 438.

⁴² UK Court of Appeal ve věci *R v Kelly a Dobson v. North Tyneside Health Authority*.

⁴³ Rozhodnutí UK Court of Appeal z roku 2000 ve věci *Re A (Children) (Conjoined Twins: Surgical Separation)* (2001) 2 WLR 480.

život zachraňující léčbu. Autor uvádí, že pokud je úmyslem osoby zemřít, pak o sebevraždu jde. Kritérium úmyslu považuji za velmi problematické, neboť je třeba rozlišovat situaci, kdy pacient věděl, že může ke smrti dojít, a pro případ, že ta nastane, s tím byl srozuměn, případně smířen (úmysl nepřímý), a situaci, kdy pacient chtěl zemřít (úmysl přímý). Z uvedeného je zřejmé, že pacient, který odmítal léčbu, ale dostatečně nezhodnotil důsledky svého počínání, nespáchal sebevraždu.⁴⁴ Autor se dále věnuje problematickým aspektům pomoci k sebevraždě⁴⁵, či pozitivním povinnostem státu ve vztahu k právu na sebevraždu.

Herring pojednává rovněž o podávání analgetických přípravků, jejichž účelem je mírnit bolest, a uvádí, že i když je vedlejším důsledkem léku zkrácení života pacienta, lze jej legálně podat, pokud jde o postup *lege artis* a účelem bylo ulehčení od bolesti. Uvedený závěr považuji za značně zjednodušující, neboť je vždy třeba zkoumat, zda riziko, že analgetikum způsobí nebo přiblíží smrt, je přiměřené jeho účelu. Pokud není, analgetikum podat nelze.

Pozornost je věnována rovněž problematice pacienta v kómatu („*persistent vegetative state*“ – PVS). Autor otevírá diskuzi, zda odpojení pacienta od umělé výživy, hydratace a jiných přístrojů, na nichž je existenčně závislý, bude znamenat protiprávní jednání lékaře. Dochází k závěru, že nikoliv. Judikatura uvádí, že udržování pacienta v PVS není v jeho nejlepším zájmu⁴⁶, a naopak je v jeho nejlepším zájmu, aby důstojně zemřel⁴⁷. Odpojení pacienta od přístrojů považuji za legální a legitimní tehdy, bude-li dán souhlas soudu, bude náležitě zhodnocen nejlepší zájem pacienta a uvedený postup bude *lege artis*.⁴⁸

Posledním velkým tématem této kapitoly je eutanazie. Autor akcentuje protichůdné ústavní hodnoty lidské důstojnosti a práva na život, neboť právě nedůstojné přežívání člověka s bolestivou a nevléčitelnou nemocí je základním argumentem ve prospěch eutanazie. Jak však autor ukazuje na celé řadě doktrinárních a judikaturních přístupů, může být tento argument klíčkem k otevření „Pandořiny skříňky“ nedobrovolných eutanazií. Pozornost je na tomto místě věnována rovněž eutanazii dětí a duševně nemocných osob.

„Kapitola 10 – Práva osob s duševním postižením“

⁴⁴ Viz případ odmítání stravy odsouzeným ve věznici, které vedlo k jeho smrti. Viz rozhodnutí *Secretary of State for the Home Department v. Roob* v HERRING, J. *Medical law and ethics*. Oxford: Oxford University Press, 2012, s. 486.

⁴⁵ Viz úprava trestného činu účasti k sebevraždě v § 144 trestního zákoníku.

⁴⁶ Rozhodnutí Sněmovny lordů Spojeného království Velké Británie a Severního Irska z roku 1993 ve věci *Airedale NHS Trust v. Bland* (1993) All ER 821.

⁴⁷ *Ms D v. An NHS Trust Hospita*, viz HERRING, J. *Medical law and ethics*, s. 502.

⁴⁸ Odpojení pacienta od přístrojů považuji za oprávněné tehdy, pokud byly bezúspěšně vyzkoušeny všechny možnosti léčby, včetně alternativních léčebných postupů a netestované léčby.

Ústředním problémem, na nějž se autor v této kapitole zaměřuje, je a priori negativní postoj většinové společnosti k osobám s nejrůznějšími druhy duševního postižení. Na řadě příkladů ukazuje, jak mohou být většinové názory na „odlišné osoby“ liché a dehonestující.⁴⁹

Na následujících stranách autor pojednává o nedobrovolné hospitalizaci a léčbě duševně nemocných osob. Lze souhlasit s autorem, že osobu lze proti jejímu souhlasu hospitalizovat pouze tehdy, je-li to nezbytné pro ochranu bezpečnosti a zdraví této osoby nebo jiných osob. Musí být zároveň nezpůsobilá činit informovaná rozhodování. Nemohu však souhlasit s názorem, dle kterého lze nedobrovolně hospitalizovat osobu, u níž se duševní nemoc teprve projeví.⁵⁰ Autor dále uvádí, že podle zákona o duševním zdraví nelze osobu bez souhlasu hospitalizovat, pokud jí nebude poskytována léčba, a dodává, že samotné poskytování stravy nedosahuje charakteristik léčby. S tímto si dovolím nesouhlasit, neboť existují případy, kdy samotné poskytování stravy atributy léčby naplňuje (například podávání tzv. „nutridrinků“ osobám v malnutrici).

Opustíme-li téma nedobrovolné hospitalizace, je třeba uvést, že autor věnuje pozornost rovněž funkci státu při zajišťování adekvátní sociální pomoci na komunitní úrovni. Shodně jako je tomu v České republice, i ve Spojeném království jsou značné finanční a personální zdroje věnovány léčbě již existující duševní nemoci (často ve velmi pokročilém stádiu) a přehlížena zůstává prevence. Poukazuje na fenomén „otáčivých dveří“, kdy je po nákladné léčbě osoba propuštěna z psychiatrického zařízení, avšak v důsledku neexistence návazné péče se brzy vrací zpět. V tomto ohledu je třeba ocenit, že autor tento systémový problém pojmenoval, neboť rovněž v České republice se celá řada poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb potýká s nedostatečnou návazností péče.⁵¹

Pozornost je věnována rovněž špatnému zacházení s pacienty v psychiatrických zařízeních, kdy toto zacházení může mnohdy dosahovat úrovně mučení. Na tomto místě nelze nezmínit zjištění veřejného ochránce práv, který zdravotnická zařízení a zařízení sociálních služeb navštěvuje a často se setkává s případy špatného zacházení.⁵²

V závěru se autor táže: jsou duševně nemocní lidé nebezpeční? Věnuje se vymezení pojmu nebezpečnost a vztahuje jej k duševně nemocným osobám. Z jeho studie vyplývá závěr, že duševně nemocní lidé jsou zranitelní a nebezpeční zejména sami sobě. Jak uvádí *Eldergill*: „Je

⁴⁹ Autor například uvádí, že v historii právo uznávalo existenci takových duševních nemocí, které bychom dnes za poruchy rozhodně nepovažovali (např. drapetomanie a homosexualita).

⁵⁰ Viz rozhodnutí *R v. Mental Health Review Tribunal for South Thames Region ex p Smith* v HERRING, J. *Medical law and ethics*, s. 567.

⁵¹ Ustanovení § 92 nn. zákona o sociálních službách upravuje povinnosti správních orgánů a orgánů územní samosprávy při zajišťování a koordinaci sociálních služeb na svém území. Z uvedeného vyplývá rovněž povinnost provádět sociální práci s nesoběstačnými osobami a dohlížet na kvalitu jim poskytovaných služeb v zařízeních sociálních služeb. Kontrolní potenciál ze strany obcí a krajů však obvykle zůstává nevyužit.

⁵² Veřejný ochránce práv [online]. Dostupné z: <<http://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-nasvobode/>>.

*pravděpodobnější, že člověk vyhraje v národním jackpotu, než zemře rukou duševně nemocné osoby.*⁵³

„Kapitola 11 – Výzkum“

Ustanovení čl. 2 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně stanoví, že blaho člověka je nadřazeno zájmům společnosti a zájmům vědy. Bylo by však možné rozvíjet blaho člověka bez rozvoje vědy? Měli by lidé povinně strpět zásahy do své tělesné integrity, aby prospěli vědě a budoucím generacím? Tomuto dilematu se autor věnuje ve své poslední kapitole nazvané „výzkum“. Ve svém pojednání se věnuje testování léků na pacientech, jakož i dalším zdravotním intervencím, které mají za cíl získat nové vědecké poznatky, a rozlišuje terapeutický a non-terapeutický výzkum. *Herring* okrajově poukazuje na neblahé zkušenosti s výzkumem a experimenty prováděnými na lidech nacistickými lékaři. Lze však s autorem souhlasit, že rovněž v demokratické společnosti je touha po průlomu ve vědě často silnější, než potřeba zajistit informovaná rozhodnutí pacienta.⁵⁴

Obecně se autor staví spíše na názorovou platformu, jež konstatuje, že člověk se může obětovat pro výzkum a experimentální léčbu tehdy, je-li to v jeho zájmu. V žádném případě nelze dle jeho názoru ospravedlnit výzkum, který by nepřinášel pacientovi žádné benefity nebo kdyby mu dokonce způsobil újmu na zdraví.⁵⁵ Někdy je však velice těžké určit, zda určitá nevyzkoušená léčba způsobí pacientovi újmu na zdraví nebo ne. Proto autor uvádí, že je třeba vždy hodnotit rizika, která nevyzkoušená léčba s sebou přináší, a existující rizika při poskytnutí známé léčby. Jsem proto ve shodě s autorem, že podání léku, který s sebou nese značná rizika poškození zdraví, bude legitimnější v případě léčby HIV než léčby plešatosti.^{56,57}

Autor se dále věnuje výzkumu a experimentální léčbě u dětí. Domnívám se, že by se měla uplatnit stejná pravidla, jako při běžném poskytování zdravotních služeb, tedy v prvé řadě ponechat v platnosti koncept „*Gillick competence*“, třebaže to *Herring* zpochybňuje s odkazem na specifickou experimentální a výzkumnou léčbu, na rozdíl od běžné léčby. Nutno poznamenat, že tato léčba není měřitelná konceptem *lege artis*, neboť *lege artis* se právě v rámci této léčby tvoří. Obdobně autor pojednává o osobách neschopných vyslovit informovaný souhlas.

V závěru této kapitoly klade *Herring* provokativní řečnickou otázku: „*Povinnost se zapojit?*“. Uvedená otázka cílí na některé přístupy k výzkumu, které neuznávají nezbytnost jeho terapeutického účinku, který vede k nejlepšímu zájmu pacienta, ale připouští provádění nedobrovolných lékařských

⁵³ HERRING, J. *Medical law and ethics*, s. 592.

⁵⁴ Autor uvádí příklad experimentálních operací srdce u dětí na *Bristol Royal Infirmary*, které byly prováděny bez souhlasu dětí a jejich rodičů a stály život řady dětí.

⁵⁵ Viz rozhodnutí Sněmovny lordů Spojeného království Velké Británie a Severního Irska z roku 1993 ve věci *R v. Brown*, kde soud konstatoval, že nelze dát platný souhlas k sadomasochistickým praktikám.

⁵⁶ K tomu viz rozhodnutí *Simms v. Simms* (2003) 1 All ER 669, srov. HERRING, J. *Medical law and ethics*, s. 615.

⁵⁷ Pro zajímavost uvádím rozhodnutí ESLP ve věci *Hristozov a další proti Bulharsku*, v němž soud nevyhověl stěžovatelům – nemocným rakovinou v terminálním stádiu, aby vyzkoušeli dosud neautorizovaný lék proti rakovině.

experimentů na člověku. Tento závěr odůvodňují tím, že člověk má povinnost podílet se na rozvoji vědy a zlepšování zdraví společnosti jako celku.