

rozhodování při alokaci vzácných zdrojů na základě věku, které může nepochybně přinášet rozporné názory.

Autoři v dokumentu specifikovali následující **čtyři principy alokace vzácných zdrojů**, jimiž doporučují nahradit čtyři principy lékařské etiky. (Domnívám se, že je zde slovo „nahradit“ poněkud nešťastně zvoleno.) Specifikované principy se shodují s etickými aspekty pro rozhodování uvedenými v tabulce 1 doporučení vydaném World Health Organization (WHO) s názvem *Ethics and COVID-19: resource allocation and priority-setting* (6).

- Princip maximalizace užítka dosažitelného prostřednictvím vzácných zdrojů** (jako specifikace principů beneficence a non-maleficence). Pro současnou pandemii je užitek podle autorů definován počtem zachráněných životů (5).
- Férovost** (specifikuje princip spravedlnosti; jedná se o zachování rovného přístupu mezi pacienty). Autoři v této souvislosti doporučují, aby se u pacientů ze stejné vulnerabilní skupiny a se stejnou prognózou rozhodovalo losem, a upozorňují, že podle některých autorů mohou mít jiné formy rozhodování (first-come, first-served) negativní důsledky, např. „*srocování lidí v nemocnicích, diskriminace těch, kteří bydlí ve větší vzdálenosti od nemocnice, či poskytnutí léčby pacientům s horší prognózou na úkor těch s lepší, kteří však onemocněli později*“ (5) Pro úplnost dodejme, že WHO ve svém doporučení v příslušném odstavci (Equality) uvádí kromě randomizačního náhodného rozhodování také možnost rozdělování využitím systému first-come, first-served (6).
- Podpora těch, kteří pomáhají druhým.** Autoři jej hodnotí jako praktický způsob respektování prvního principu a dodávají, že „*zdravotničtí pracovníci a ti, kteří jsou nezbytní pro fungování společnosti jsou upřednostňováni*“ (5).
- Upřednostňování pacientů, kteří jsou na tom nejhůře.** V souvislosti s tímto principem autoři uvádějí, „*že přednost by měli dostávat ti, kteří jsou nejvíce nemocní, ale mají reálnou naději na přežití, nebo ti, kteří by v případě smrti prožili jen krátký život (mladí pacienti)*“. Zároveň dodávají, že „*tento princip je ovšem třeba interpretovat ve světle předchozích pravidel; pokud tedy je prognóza nemocnějšího pacienta špatná a ventilátor (plicní ventilátor, pozn. autorky) by zachránil život pacienta s lepší prognózou, měl by dostat tento pacient přednost*“ (5) V této souvislosti je nutné uvést, že v doporučení WHO není v příslušném odstavci (Prioritize the worst off) uvedena žádná prioritizace podle věku. Naopak, hned na první stránce dokumentu WHO je jednoznačně upozornění, že vzhledem k tomu, že tato pandemie má významný dopad hlavně na pacienty vyššího věku, mohlo by při určování priorit pro alokaci vzácných zdrojů docházet k nevhodnému použití pokynů k třídění (triáži) pacientů na základě věkového omezení, které vede k upozadění nebo vyloučení starších pacientů z léčby (6).

Jako odborník v oboru aplikovaná etika se osobně se přikláním k názoru, že navrhované čtyři principy alokace vzácných zdrojů by neměly nahradit čtyři základní etické principy lékařské praxe ani je nijak upravovat či transformovat, protože stávající etické principy lékařské praxe svou podstatou (tj. aplikací zásad jako jsou prospěšnost, rovnost,

spravedlnost, autonomie) vystihují také etická dilemata během pandemií. Některé praktické aspekty by je však v případě potřeby mohly vhodně doplnit, avšak pouze při souběžném striktním dodržování všech právních předpisů. Samotné doporučení odborníků totiž nikterak nezabavuje lékaře odpovědnosti za porušení zákonné povinnosti. Jakékoli omezení platnosti základního práva na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky podle článku 31 Listiny základních práv a svobod může být uskutečněno pouze na základě příslušného zákona, v případě nutnosti v čase pandemie také například prostřednictvím vládního usnesení o krizových opatřeních, v němž by byla pravidla pro alokaci vzácných zdrojů specifikována, aby byla následně pro lékaře závazná a aplikovatelná.

Je určitě prospěšné, že v následné publikaci s názvem *Vítězové a poražení: Právní a etické problémy současné koronakrizy*, kterou připravil kolektiv autorů z Ústavu státu a práva AV ČR (M. Šejvl, P. Agha, T. Sobek et al.), vysvětluje D. Černý, jeden z autorů původního dokumentu etických a právních východisek pro tvorbu doporučení k rozhodování o alokaci vzácných zdrojů, problematiku případné věkové diskriminace podrobněji (7). Vzájemné sdílení argumentů a konfrontace odborných názorů mezi specialisty je velmi důležité pro správné vytvoření jakéhokoli doporučení, pravidla, povinnosti či zákona. Právník O. Dostál, který se specializuje na zdravotnické právo, v této souvislosti uvádí: „*Žádné doporučení etiků nemůže zrušit zákonná práva pacienta*.“ (8) K tomu dodejme, že ani zákonné povinnosti lékaře. V § 48 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách je uvedeno, že „*Poskytovatel nesmí odmítnout přijetí pacienta do péče (...) jde-li o pacienta, kterému je třeba poskytnout neodkladnou péči...*“ (2) O. Dostál k této problematice dodává, že: „*Není tedy možné, aby lékař nepřidělil ventilátor pacientovi, který jej potřebuje, jen proto, že si ten ventilátor chce nechat v zásobě pro někoho nadějnějšího. Takové odmítnutí péče by bylo nejen přestupkem proti tomuto zákonu, ale potenciálně i trestným činem*.“ (8) A dále pokračuje, že: „*Zákon o zdravotních službách nestanoví rozdílná práva pro kategorie „mladší pacient“ a „starší pacient“, stejná práva má každý pacient. Pokud by lékař prokazatelně upřednostnil pacienta na základě věku, přidá k ostatním porušením práva ještě zakázanou diskriminaci*.“ (8) Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách v § 48 odst. 2, který specifikuje případy ukončení léčby pacienta, jednoznačně uvádí, že „*ukončením péče nesmí dojít k bezprostřednímu ohrožení života nebo vážnému poškození zdraví pacienta*.“ (2) O. Dostál k tomu dále uvádí, že: „*Ukončit ventilační podporu u pacienta, který z ní má medicínský přínos, u kterého jde o péči lege artis, nota bene péči život zachraňující, jenom proto, že do nemocnice doputoval mladší jedinec, lékař nesmí – ledaže by s tím shodou okolností dospělý, svéprávný a velmi altruistický pacient sám souhlasil. Takový souhlas by nemohli dát příbuzní – opatrovníci či zákonní zástupci pacienta momentálně bezvědomého, i kdyby náhodou chtěli, protože jim zákon povoluje činit právní úkony pouze v zájmu zastoupeného, mezi které zajisté nepatří rozhodnutí, že u něj má být ukončena ventilační podpora*.“ (8)

## Závěr

Za všech okolností je nutné při vedení kvalifikované etické rozvahy vidět pacienta jako člověka, kterému chceme (a také jsme povinni) léčbou pomoci. Při odpovědném rozhodování o alokaci vzácných