

Kapitola 10

ŽIVOT A SMRT A JEJICH SOUVISLOSTI SE ZDRAVOTNICTVÍM

Připomenutí citlivosti

Záležitosti sexuality a začátku a konce života bývají mimořádně citlivé. Je na místě nabádat k ohleduplnosti. Jednotlivci, jednotlivé národy a společenské, zejména náboženské skupiny mají odlišné, někdy vyloženě protikladné představy o řešení jednotlivých záležitosti. Tyto považují běžně za zásadní.

To se odráží ve velmi rozdílných právních úpravách a politikách jednotlivých států a zvyklostech národů, církví či náboženských skupin. Tyto rozdíly budou v této kapitole pravidelně připomínány.

Rozdílné právní úpravy při možnosti do zahraničí vedou více než dříve k vyhledávání doma zapovězených či omezovaných zdravotnických zákroků.

Rostoucí počty přistěhovalců, kteří na svých zvyklostech lpějí právě ve věcech počátku a konce života, si žádají větší obeznámení s těmito rozdíly. Svobodná společnost pochopitelně leckteré odlišnosti přijímá či musí přijímat, nemá-li přestat být svobodnou. Určité hodnoty se však považují za natolik zásadní, že se prosazují dokonce při vědomí střetu.

Těhotenství

Těhotenství je fyziologický stav, nikoli onemocnění. V těle těhotné ženy se vyvíjí lidský zárodek (embryo) a posléze plod (fetus).

Nicméně stav je to stav rizikový kvůli zdraví ženy stejně jako počatého dítěte. Proto zvláštní zdravotní péče těhotným ženám. Jedná se především o diagnostickou péči, v případě potřeby nastupuje péče preventivní a terapeutická. Značné veřejné hrazení péče též v zemích, kde je jinak vysoká spoluúčasť, snaha zabezpečit péči o těhotné.

Těhotné ženy se těší zvláštní ochraně pracovním právem (zakázané či omezené činnosti a úlevy), soukromým právem (soukromoprávní ochrana těhotenství), trestním právem (zvýšená trestněprávní ochrana). Koneckonců zvláštní pozornost morálky a etikety.

Vsuvka – udržování těhotenství

Těhotenství může být rizikové, tj. hrozit potratem. Příčinou může být zdravotní stav jak počatého dítěte, tak těhotné. Řešením bývá pracovní neschopnost, klid a další různá standardní opatření.

Etickým dilematem je, zda je ještě rozumné udržovat těhotenství hrozící potratem s ohledem na často neuspokojivé perspektivy budoucího dítěte, které se přes veškeré snažení pravidelně rodí předčasně.

Udržet těhotenství je nyní možné dokonce v případě kómatu a bezvědomí těhotné, ba dokonce její mozkové smrti. Přitom vyvstává otázka, od jakého stupně těhotenství a za jakých zdravotních předpokladů by se taková náročná péče měla poskytovat a kdo o ní má rozhodovat. České právo žádná zvláštní pravidla nestanoví, postupuje se podobně jako v případě dalších pacientů nezpůsobilých vyslovit svůj souhlas (kapitola 2).

Vsuvka – léčení plodu

Moderní zdravotní technologie umožňují léčení plodu včetně dnes již spektakulárních chirurgických zákroků.

Plod je nesporně nezpůsobilý rozhodovat za sebe srovnatelně jako mladší děti (). Z hlediska právního je jasné, že souhlas dává těhotná podobně jako další rozhodování o svém těhotenství. Budoucí otec bývá vyloučen.

Může se samozřejmě vynořit otázka financování a nároku na financování – v Česku se hradí v rámci péče o těhotnou, součástí jejíhož těla plod je.

Porod

Obecně o porodu

Porodem člověk vzniká jako subjekt práva (plod má podmíněnou subjektivitu, narodí-li se živý). V sociálních státech tím vzniká též nárok na zdravotní zabezpečení novorozence, v Česku jako samostatného pojištěnce (kapitola 7).

Administraci porodu zabezpečuje poskytovatel zdravotní péče, který vyplňuje doklad. Rodný list, hlášení mrtvě narozených novorozenců (níže), určování otcovství (proto oddací list), u nesezdaných nutnost podpisu, spolupráce matřičky s porodnicí.

Institucionalizace a medikalizace porodu

Porod není onemocnění, je to fyziologický proces, nicméně se značnými zdravotními riziky. V minulosti vysoká úmrtnost dětí při porodech či krátce po nich stejně jako nepřehlédnutelná úmrtnost rodiček.

Ve 20. Století se porody ve všech vyspělých zemích postupně soustředily do nemocnic za účelem zajištění odpovídající péče v kritických situacích. Výrazně to přispělo ke snížení novorozenecké úmrtnosti.

Porodnice jako zvláštní nemocnice pro porody zabezpečující péči jak o rodičky, tak novorozence. Leckde dokonce působí jako samostatná pracoviště (například Fakultní nemocnice Brno – Obilní trh).

V řadě zemí se rozhojnily spory rodičů za vedení porodu v případě zdravotního poškození novorozenců. Je patrný sklon dovozovat široce odpovědnost za újmu, která vznikla během porodu (též kapitola 4). Porodnictví se tak učinilo rizikovým oborem medicíny.

Spor o domácí porody

Soudobou reakcí části těhotných a jejich blízkých na institucionalizaci a medikalizaci porodu je úsilí o přirozený porod, často mimo prostředí porodnice, v domácnosti či v tzv. porodních domech, kde porodu napomáhají porodní asistentky (kapitola 6) a dalších osoby zaměřených na pomoc těhotné včetně nezdravotnických (tzv. dully).

České právo a praxe jsou zdrženlivé. Plánování porodu mimo nemocnici se sice oproti některým jiným zemím – Rakousko - nezakazuje. Za nepřipustnou se však považuje odborná asistence mimo zdravotnické zařízení (kapitola 1 – definice). Leckde v zahraničí bývá přístup volnější, s domácími porody se počítá a péče při nich se dokonce organizuje a financuje veřejně.

Možnost domácího porodu a odborné asistence při něm je v Česku mimořádně citlivé. Je předmětem četných žalob a stížností. Evropský soud pro lidská práva v rozsudku *Dubská a Krejzová v. Česko* rozhodne brzy, zda Česko shrnutou restriktivní úpravou porušuje právo na soukromí rodiček.

Vedení nemocničních porodů

Patrná je rovněž kritika vedení porodu v porodnicích. Jako narušení přirozeného průběhu porodu se považují především epidurální anestezie, nástřih hráze, podávání léčivých přípravků urychlujících porod a nucení rodičky do některých poloh.

Volání po přirozeném porodu však nesdílejí všechny rodičky. Část rodiček se naopak dožaduje invazivní péče při porodu včetně císařského řezu. Jeho provádění v některých zemích – Brazílie – výrazně převyšuje obvyklou potřebu.

S ohledem na očekávaný ráz a pravidelnou přípravu se nabízí tzv. **porodní plán**. Ten lze považovat za pochopitelný a přijatelný návrh vyjednávání s poskytovatelem porodní péče, neboť poskytovatel a jeho lékaři mohou považovat za nesplnitelný, zvláště pak v případě problematického průběhu. Proto je dobré, když se vyzývá k projednání porodního plánu.

Lze pochybovat, že by bylo možné porodní plán možné považovat za předem vyslovené přání (viz kapitola 2), neboť rodička zpravidla nepozbývá při porodu schopnosti rozhodování.

Právo na přítomnost blízké osoby

Během posledních desetiletí se též v Česku prosadila přítomnost manžela/partnera, který vesměs je otcem novorozence.

Uplatňuje se přitom obecná úprava přítomnosti blízké osoby, která nicméně není optimální, protože v jiných případech se stěží týká zákroků typu operací (včetně císařského řezu při porodu).

Zpoplatnění přítomnosti bylo běžné, odůvodňovalo se různými doplňkovými potřebami, začalo se zpochybňovat, právo na bezplatnou přítomnost nakonec potvrdil dokonce Ústavní soud.

Anonymní porod a babyboxy

České právo umožňuje oficiální anonymní porod dítěte a jeho předání do péče poskytovatelů zdravotně-sociální péče.

Babyboxy pak představují technický nástroj, kterým může rodička, která porodila mimo zdravotnické zařízení, předat novorozence anonymně do péče poskytovatele zdravotní péče. Babyboxy instaluje se souhlasem vedení v českých nemocnicích soukromá iniciativa, stát se vůči nim staví zdrženlivě.

Obojí je třeba považovat za nástroje předcházení zanedbání či dokonce útoku rodičky na novorozence (níže). Anonymní porod ani umístění dítěte do babyboxu však nelze bez dalšího považovat za právní vzdání se dítěte a jeho uvolnění pro osvojení.

Ochrana rodičky a šestinedělky

Matka novorozence se kvůli nutnosti hojení porodu a péči o novorozence a kojence těší rozsáhlé právní ochraně, ta zahrnuje šestiměsíční nemocenské zabezpečení a následně rodičovskou dovolenou. Matka se chrání před propuštěním ze zaměstnání během těchto dob.

Potrat a úmrtí při porodu včetně násilného

Potrat

Zdaleka nikoli každé spojení spermie a oocyty vede k úspěšnému zahájení vývoje zárodku a jeho uhnízdění v děloze ženy. Neúspěch je zpravidla přehlédnutý samotnou těhotnou. Stěží lze takovou událost vnímat jako potrat, je to v případě pravidelného opakování neplodnost (níže).

Při pokračujícím těhotenství představuje potrat (*miscarriage*) určitou zátěž a žádá si lékařskou kontrolu a případně drobný zdravotnický zákrok. S pokračující je tato zátěž rostoucí a roste potřeba intervencí.

Právo potratům věnuje pozornost též s kvůli možnému omezení interrupcí a další kriminalitě (níže).

Přirozený potrat, který si žádá zdravotnický zákrok či přinejmenším sledování, se statisticky sleduje. Poskytovatel má oznamovací povinnost.

Nedbalostní způsobení potratu ve zdravotnictví stejně jako mimo něj dává rovněž nárok na náhradu bolestného a osobnostní újmy těhotné ženy. S NOZ není nicméně zatím zřetelný náhrady, metodika s potratem jako újmou na zdraví nepočítá (kapitola 4).

Na každý pád je ukončení těhotenství proti vůli těhotné postižitelné trestně jako úmyslné či nedbalostní ublížení na zdraví (...).

Hranice mezi potratem a krajně předčasným porodem

Hranice mezi potratem a předčasným porodem je nezřetelná. Krajně nezralé děti sice vykazovaly známky života, brzy však zpravidla umíraly. Postupně se rozvinuly medicínské techniky péče o předčasně narozené novorozence (neonatologie). Medicína je nyní schopná zachraňovat krajně předčasně narozené novorozence, ovšem se značnými náklady a často s nevalnou perspektivou.

Z praktických důvodů se stanovují standardy pro porodnickou praxi. Přesto je v některých případech nutné rozhodování rodičů – již rozhoduje právně jak matka, tak otec dítěte (kapitola 2) - o postupu při těchto situacích.

Mrtvě narozené dítě či úmrtí při porodu

Narození mrtvého dítěte (*stillbirth*) či jeho úmrtí během porodu jsou rovněž sledovanou událostí. Jedná se o psychicky traumatickou záležitost, která vede často k obviňování poskytovatele porodní péče a vyšetřování.

Narození mrtvého dítěte či jeho úmrtí při narození či krátce po něm má rovněž právní souvislosti. Státy různě přistupují k jejich uznání za lidské bytosti z hlediska jména, přidělení. Pohřbívání potracených plodů a mrtvě narozených dětí bude ještě probráno.

Úmrtí rodičky při porodu či jeho následkem je díky moderní medicíně ve vyspělých zemích zcela výjimečné.

Možné násilí rodičky vůči novorozenci

Porod představuje mimořádnou psychickou zátěž. Právo rovněž uznává uznání rozrušení rodičky, pokud vyústí v násilí vůči novorozenci. Vražda novorozeněte matkou se trestá méně než běžné vraždy.

Interrupce

Jak bude patrné rozsahem této subkapitoly, interrupce jsou obrovským etickým, politickým a v posledku právním problémem a dilematem.

Zákonný termín přerušování těhotenství je eufemismem. Věcně je to ukončení těhotenství (abortion), nechce-li se pochopitelně mluvit o usmrcení zárodku či plodu jako nenarozeného dítěte.

Stokrát slyšené morální a etické argumenty stran sporu, pro které lze hledat v právu včetně kodexů základních práv odpovídající základy.

Pro-life postoj považuje za důležitější hodnotu je život zárodku a plodu jako nenarozeného dítěte. Připisuje se mu plná morální subjektivita. Ostatní pak pochopitelně musí jít stranou.

Pro-choice postoj: klíčovou hodnotou je svoboda a soukromí těhotné, její tělesné a duševní zdraví, popřípadě její sociálně-ekonomická situace. Zárodek a plod se nepovažuje za člověka vůbec či se považuje za člověka jenom v počátečním stavu.

Je třeba zdůraznit, že toto jsou pohledy akcentující individuální práva zárodku a plodu jako nenarozeného dítěte na straně jedné a těhotné ženy na straně druhé jsou odrazem důrazu na individuální práva.

Ve 20. století totiž při dále nastíněné regulaci interrupcí hrály a určitě též nyní hrají též pohledy kolektivistické – pronatalistická (řada států, Rumunsko), nebo naopak antinatalistická politika (Čína). Řada států regulací interrupcí pragmaticky uznala hrozby pro zdraví žen vyplývající z pokoutních interrupcí.

Jak bude patrné, skoro nikde ve světě právo nezaujímá uvedené krajní polohy. Právní rámec představuje často složitý kompromis mezi různými politickými pohledy na půdě parlamentů, leckdy korigovaný ústavními a dalšími soudy.

Vývoj pohledu na interrupci a jejich regulace

Přístupy k interrupcím interrupcí. Podobně etické odmítání (viz kapitola 1 – Hippokratova přísaha), ovšem zároveň v antice se zjevně prováděla a částečně dokonce připouštěla. Jak bude ještě dále rozvedené, monoteistická náboženství vesměs interrupce odmítala. Středověké a raně novověké státy je zhusta přísně postihovaly. Přesto jsou hojné doklady o interrupcích a jejich metodách.

S ohledem na zákazy a společenské odsuzování interrupcí a vůbec zastírání sexuálního života se stěží dá odhadovat, jaký byl jejich výskyt. Interrupce byly pravidelně riskantnější než už tak dosti rizikový porod (výše).

V 19. století se interrupce považovaly za neblahou a nemravnou s ohledem na vnímání možností společnosti, hospodářství a zdravotnictví a také na poznání vývoje zárodku a plodu. Rozvoj medicíny přitom interrupce učinil bezpečnější, staly se tak představitelnějším řešením než dříve. Převládly tak restriktce. Státy je navíc dokázaly díky reglementaci zdravotnictví lépe prosazovat.

Ve 20. století se přístup začal proměňovat. Interrupce povolilo sovětské Rusko, dále skandinávské země a omezeně též řada dalších zemí.

Regulace interrupcí v Rakousku-Uhersku, Československu a Česku

Za monarchie a první republiky byly interrupce obecně zakázány. Trestní postih však nikdy nebyl jako za úmyslné zabití či dokonce za vraždu. Zvláštní trestní regulace týkající se lékaře, popř. těhotné, kárný postih lékaře. Interrupce prováděli pokoutně nedostudovaní medicí, porodní báby a anděličkářky. Četnost výskytu nelegálních interrupcí v jednotlivých desetiletích 20. Století je předmětem dohadů.

Od roku 1958 (zákon 68/1957 Sb.) interrupce možná z více důvodů, o důvodnosti sociálních pohnutek rozhodovaly tzv. interrupční komise, ty rozhodovaly velmi různě a posléze se začaly považovat za byrokratickou formalitu. Od roku 1987 byla interrupce na žádost, to vyvolalo prudký nárůst počtu interrupcí na konci 80. let, posléze díky nové antikoncepci výrazný postupný pokles, kterému patrně napomohlo též zpoplatnění (kapitola 7).

Dodnes interrupce v Česku upravuje zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství. Interrupce se nemá považovat za interrupci za antikoncepční metodu. V prvním trimestru je interrupce možná na žádost těhotné za úhradu bez posuzování pohnutek. Určila se zvláštní

zletilost pro vyslovení souhlasu s interrupcí 16 let (polemicky viz kapitola 2), což navazuje na 15 let jako začátek způsobilosti pro pohlavní styk (... TZ). Za mladší těhotné rozhodují rodiče či jiní zákonní zástupci, v Česku se zatím neřešil případ odmítání takové těhotné.

Ve druhém trimestru je interrupce možné ze zdravotních, eugenických nebo legálních důvodů. Kdykoli pak zůstává přípustná při ohrožení života těhotné. Omezení pouze na těhotné obyvatelky Česka (Československa) naznačuje nezáměr původního zákonodárce učinit zemi cílem cestování za interrupcemi. Ministerstvo zdravotnictví vykládá omezení, že díky přímému a přednostnímu uplatnění volného pohybu osob a služeb nezahrnuje občanky Evropské unie.

Prováděcí vyhláška (č.) vymezuje mimo jiné okruh cizinek, onemocnění a postižení. Vyloučení druhé interrupce během šesti měsíců od první – nyní patrně obcházené podstoupením zákroku u jiného poskytovatele - odráží zmíněné kázeňské pojetí regulace za pozdního socialismu.

Interrupce mimo uvedený právní rámec zůstává trestná (§§160-161 sTZ, §§ nTZ), těhotná je však neodpovědná. Trestné je rovněž nucení k interrupci.

Současná ústavní formulace (čl. 6 odst. 1 LZPS) „Lidský život je hoděn ochrany již před narozením“ byla patrně kompromisem mezi českou a slovenskou částí společného státu. Úprava na jedné straně žádá blíže neupřesněnou ochranu lidského zárodku a plodu, na druhé straně umožňuje popřít subjektivitu lidského života před narozením.

Shrnutý liberální režim interrupcí má výraznou podporu českého obyvatelstva. Přímo drtivá je podpora Češek. Odráží to převládající nenáboženská obyvatelstva. Na druhé straně ohledy na konzervativnější proudy v české politice působí opakované ponechávání interrupční legislativy bez novelizací.

Mezinárodní srovnání rámce pro interrupce

Státy se odlišují důvody pro legální interrupci a jejich uplatňováním v praxi: (1) na žádost, (2) sociální indikace (absence rodinného zázemí, svobodné ženy), (3) legální indikace (početí důsledkem znásilnění či incestu), (4) eugenická indikace, (5) medicínská indikace (například těžká cukrovka, rakovina), (6) vitální indikace (ohrožení života těhotné).

Státy možnosti interrupcí ze zmíněných důvodů omezují na určitý počet týdnů těhotenství. Některé stát rozhodnutí pro interrupci různě ztěžovat čekací dobami od rozhodnutí k provedení zákroku, poradenstvím majícím za cíl hledat jiné řešení nechtěného těhotenství, zapojení manžela či v případě nezletilé (od 15 do 21 let) rodičů do rozhodování o interrupci či jejich informování, odeprání veřejného financování ve vybraných či všech indikacích či dokonce vyloučení do soukromého sektoru a jeho přísný, v některých státech až šikanózní dozor.

Restrikce a liberalizace v Evropských státech

Většina evropských států má liberální režim interrupcí, byť podobně jako Česko s mezemi sloužícími ochraně zdraví těhotné a prosazování kázně v sexuálním životě. Společenská podpora liberálního režimu interrupcí bývá však zpravidla menší. Patrné jsou pro-life kampaně.

V některých státech je rámec nepřekvapivě interrupcí předmětem rozsáhlých a soustavných právních rozvah za zohlednění základních práv zakotvených ústavami či ústavními katalogy.

Restriktivní režim vykazuje od 90. let **Polsko**. Zde se smí interrupce provádět jen vitální, medicínská, eugenická a legální indikace. Mnohdy interrupce není dostupná kvůli uplatnění

výhrady svědomí zdravotníky. V posledních měsících se dokonce prosazoval úplný zákaz interrupcí.

Krajní restrikcí má **Irsko**, zde nejsou interrupce přípustné vůbec a trestání zdravotníků stejně jako těhotné ženy, teprve soudně se dovodila vitální indikace, pouze se nebrání vycestování do jiných zemí.

Restrikce v těchto a některých dalších evropských zemích – Malta, donedávna Portugalsko - lze dát do souvislostí s mírou religiozity. Evropská náboženství obecně interrupce zavrhnou (oficiální římský katolicismus) či se vůči nim stavějí odtažitě (liberální protestantismus, pravoslavi).

Německo klade po bolestivých dějinných zkušenostech obrovský důraz na základní práva, na prvním místě právo na život. Spolkový ústavní soud působí jako konzervativní činitel proti liberální politice a obyvatelstvu. Zárodek a plod mají důstojnost a právo na život od početí, důležité další okolnosti na straně ženy však mohou připustit rezignaci zákonodárce na trestní postih, obecně však od ochrany zárodka a plodu upustit nelze. Německým poměrům odpovídá požadavek poradenství, které má těhotné pomoci nalézt jiné východisko.

Francie uvolnila interrupce v roce 1975 (loi Veil) po dlouhých debatách, posléze se soudně řešilo například postavení manžela těhotné podstupující interrupci, během posledních desetiletí se stala jako stát výrazným zastáncem volného přístupu žen k interrupcím. Obdobně **Velká Británie** uvolnila interrupce v 60. letech 20. století.

Evropská neshoda ohledně interrupcí

Evropské mezinárodní a nadnárodní organizace a instituce si uvědomují odlišné nazírání jednotlivých národů a států na problematiku interrupcí. Nepřekvapivě se interrupcím v 50. letech nevěnovala Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod. Zmínit lze rovněž opomenutí problematiky interrupcí v Úmluvě o lidských právech a biomedicině.

Evropský soud pro lidská práva soustavně odmítá argumentaci některým z evropských základních práv proti národním legislativám a praktikám týkajících se interrupcí. Uznává se neshoda evropských států ohledně interrupcí, takže členským státům zůstává prostor pro uvážení (margin of appreciation). Jako příklad takové judikatury lze uvést *A., B., C. proti Irsku*. Toliko výjimečně zpochybnil poměry ve členských státech, například rozsudkem *Tysiac proti Polsku* shledal pochybení porušení základního práva nedostupností legální interrupce. Srovnatelně ovšem zamítá stížnosti osob nespokojených s liberálními režimy, například pravděpodobných otců počatého dítěte.

Evropská unie samotná úpravu interrupcí nereguluje. Prostředí jednotného trhu a neomezované migrace usnadňuje cestovat za interrupcí. Restrikce jednotlivých členských států tak lze snadno obejít. Omezení by se bezpochyby vnímala, pokud představovala narušení základních svobod (migrace). Samozřejmě zcela volně se mohou šířit názory.

Na půdě Evropské unie stejně jako Rady Evropy nicméně zřetelně posiluje rétorika pro-choice prosazování reprodukčních práv ženy, často jako součást antidiskriminačního práva. Liberální režim interrupcí je mainstreamový požadavek lidskoprávního aktivismu, který v posledních desetiletích výrazně ovlivnil. Proto lze obavy členských států a konzervativních politických ze vnucování liberalizace vnímat jako důvodné. Další prosazování liberalizace ze strany evropských struktur se jeví být zvláště problematické v čase vícečetných krizí Evropské unie.

Spojené státy americké

Spojené státy americké jsou zemí, ve které interrupce představují prvořadé politické a právní téma. Po druhé světové válce přišlo pomalé uvolňování v některých státech. V roce 1973 snad nejproslulejším rozsudkem 20. století *Roe v. Wade* Nejvyšší soud Spojených států dovedl z federální ústavní záruky svobody právo těhotné na interrupci do životaschopnosti plodu (*quickening*).

Srovnatelná síla *pro-life* a *pro-choice* hnutí a jejich značná bojovnost činí regulaci interrupcí klíčovým tématem politiky obou hlavních politických stran. Interrupce ovlivňují prezidentské stejně jako kongresové volby, ba nominace soudců. Výrazné rozdíly jsou mezi jednotlivými státy, v některých výrazně převažují *pro-choice* a v dalších *pro-life* postoje. Některé státy se snaží dílčími omezeními interrupce potlačovat. Federace zase brání interrupční klinice před útoky, neboť zde existuje též *pro-life* extremismus. V zemi s milionem právníků jsou interrupce předmětem soustavné právní reflexe.

V případě přehodnocení rozsudku by se dalo očekávat v některých státech zavedení zákazů či omezení interrupcí. Federální angažmá lze považovat za problematické varování pro podstatně méně jednotnou Evropu (výše).

Nezápadní země

Islámské, africké a latinskoamerické země zpravidla interrupce legislativně omezují stanovením jednotlivých důvodů. Některé je dokonce zcela zakazují. Prakticky nikde se ale v praxi nepostihují jako vražda. Podobně jako v minulosti (níže) v evropských zemích se interrupce provádějí hojně pokoutně a předstírají se skutečnosti zakládající možnost výjimky. Postihy jsou vzácné. Tento rozpor mezi teorií a praxí můžeme pochopitelně přičítat nedodržování části práva těchto zemí.

Liberální je rovněž dálný Východ a jižní Asie. **Japonsko** má liberální režim zavedený z obavy před přelidněním. Mezi specifické šintoistické tradice patří *mizuko kuyo* „usmiřování duchů nenarozených dětí“. **Čína** má mimořádně liberální režim, který se zakládá na konfuciánském přesvědčení o vzniku života teprve narozením. Čína v rámci omezování růstu populace politikou jednoho dítěte došla až ke všeobecné podpoře interrupcí, ba dokonce k nátlaku, což se pochopitelně jinde vnímá jako opačné porušování reprodukčních práv ženy. Rovněž **Indie** má poměrně liberální režim interrupcí.

Pro leckteré asijské země s méně či více liberálním režimem interrupcí je kvůli upřednostňování synů příznačná selektivní interrupce plodů děvčátek (prenatální genderocida). Vážné společenské důsledky nevyrovnaného podílu pohlaví vedou tyto státy k zakazování těchto praktik.

Zásahy do plodnosti a pohlavnosti

Antikoncepce

Nezřetelná hranice mezi interrupcí a antikoncepcí (postkoitální antikoncepce, některé druhy hormonální antikoncepce, nitroděložní tělísko) se vnímají jako interrupce v samém počátku těhotenství. Proto leckde spory o tyto metody jako část sporů mezi hnutími *pro-life* a *pro-choice*.

V minulosti a dodnes v některých zemích z morálně-politických důvodů znesnadňuje přístup k antikoncepci obecně. V řadě zemí je pak omezená či zcela vyloučená jejich veřejná úhrada. Tyto ohledy jsou problematické tam, kde kondomy představují nástroj předcházení epidemie HIV/AIDS. Antikoncepční politiky se rovněž zohledňují při poskytování humanitární pomoci ze strany některých států.

Dokonce v liberálním Česku zcela přijímajícím antikoncepci vyvstala otázka předepisování hormonální antikoncepce nezletilým dívkám, které přitom již smějí vést sexuální život (§ ... TZ). To bylo důvodem pro zpochybnění způsobilosti mladistvých rozhodovat samostatně o podstoupení zdravotní péče při rekodifikaci zdravotnického práva (kapitola 2).

Kastrace

Kastrace (odstranění varlat – nutno rozlišovat od odstranění penisu) mužů se mnohokrát prováděla jako odvěta vítězů poraženým a za účelem jejich snazšího zotročení (Afrika, Asie), ale též z pohnutek náboženských (skopci v Rusku) či kariérních ze strany rodičů (Čína – úředníci, Itálie – kastráti ve sborech).

V 19. století se kastrace mužů zavedla také jako účinné opatření vůči sexuálním delikventům. Dobrovolně ji umožňuje podstoupit řada států dodnes. V Česku ji nelze provést bez písemného souhlasu na základě odpovídajícího poučení, podstoupení může vést ke zmírnění ochranného léčení či upuštění od věznění (kapitola 3). Kritika této praxe ze strany Rady Evropy nebyla vyslyšena, českou praxi podpořily či uznaly též další státy.

Medicínská kastrace (třeba při rakovině varlat) je jako zdravotnický nezbytná přípustná. S ohledem na psychické souvislosti samozřejmě žádá pečlivé posouzení, písemný informovaný souhlas a následnou odbornou pomoc. Podobně přípustné je pochopitelně též odstranění vaječníků žen.

Sterilizace

Sterilizace mužů (vasektomie) stejně jako žen () jako antikoncepční opatření. Může být zároveň medicínsky odůvodněná jako prevence rizikových těhotenství po více císařských řezech.

Masové sterilizace obyvatel či jejich některých vrstev se jako antinatalitní opatření ukázala být politicky problematické v liberálně-demokratických státech jako Indie, účinnější ve státech autoritativních jako Čína.

V Česku dodnes probíhají soudní spory o sterilizaci v 70. až 90. letech prováděných údajně bez odpovídajícího informovaného souhlasu či pod nátlakem při opakovaných porodech řešených císařským řezem. Spory jsou citlivé, protože se jednalo převážně o Romky mající brzy více dětí.

Právní rámec předpokládá písemný informovaný souhlas. S ohledem na nezvratnost či obtížnou návratnost je předmětem zvláštní právní úpravy.

Sterilizace nemusí být okamžitě zcela účinná. Soudy tak řešily rovněž případy neúčinných sterilizací, které nezabránily početí, přičemž se hodnotilo nedostatečné poučení o pravděpodobnosti početí.

Obřízka

Chlapecká a mužská obřízka v podobě odstranění předkožky (circumcision) je rituálním zákrokem, kteří vesměs u novorozenců či batolat provádějí židé a muslimové. Ze zdravotních důvodů byla běžná zejména ve Spojených státech amerických. Nepovažuje se zákrok zásadně škodlivý, je-li proveden správně, nepovažuje se však ani za moc užitečný. Kritici poukazují na absenci informovaného souhlasu kojenců a malých chlapců v případě zákroku bez zdravotnického důvodu. V Německu se během posledních let objevovaly snahy kriminalizovat obřízku jako zákrok nemající medicínské opodstatnění, došlo-li ke zdravotním komplikacím. Důrazný tlak obou příslušných náboženských a národnostních menšin si vyžádal jednoznačnou zákonnou výjimku. České právo mužskou obřízku ani nezakazuje, ani pro ni nestanoví zvláštní pravidla.

Dívčí a ženská obřízka (female genital mutilation) ve svých několika podobách – odstranění poštváčku či pouze jeho předkožky, malých a velkých stydkých pysků, popřípadě nařezávání lůna - je tradicí v řadě zemí Afriky. Všeobecně se považuje za ohrožující zdraví ženy a snižující prožitek při sexuálním životě. Na Západě se všeobecně považuje za škodlivou. Státy ji výslovně zakazují či dovozují uplatnění obecnějších zákazů mrzačení. Objevuje se v imigrantských komunitách. Zavádějí se zvláštní skutkové podstaty trestného činu. Z pohledu zdravotnictví lze zvažovat role lékařů při zjištění obřízky či úmyslu ji vyhledávat ze strany pacientky, zvláště pak nezletilé. Snažení afrických států ženskou obřízku potlačit je málo úspěšné.

V této souvislosti je dobré zmínit též pozoruhodný překryv se zákroky kosmetické medicíny (labiaplastika) jako zdravotní péči zpravidla nevyžádané zdravotním stavem pacientky.

Intersexualita a transsexualita

Intersexualita je nezřetelné vyvinutí pohlavních znaků, transsexualita je pak nesoulad mezi tělesnými znaky a duševním vnímáním pohlavnosti.

Během 20. století se prosadilo přesvědčení, že transsexualita si žádá nějakou formu psychoterapie, nýbrž snahu po proměnu na druhé pohlaví odstraněním pohlavních orgánů a souvisejících pohlavních znaků a napodobování orgánů opačného pohlaví různými medicínskými technikami. V případě intersexuality se naopak pravidelně medicína snažila různými zákroky pacienta jednomu či druhému pohlaví přiblížit, přičemž se zákroky běžně prováděly na malých dětech bez možnosti jejich souhlasu či proti vůli starších dětí.

Jednotlivé státy začaly vymezovat právní nároky na tyto zásadní a zpravidla nevratné zákroky. Stanovily se čekací doby, konziliární či komisionální posouzení důvodnosti a formalizovaný informovaný souhlas (kapitola 2).

Dále na tento jev státy pozvolna odpověděly uznáním těchto kroků jako změny úředního pohlaví jednotlivce, tedy jméno, rodinný stav, povinnosti a práva vázaná na původní a nové pohlaví. V některých zemích se dokonce uvažuje se dokonce o upuštění dichotomie muž/žena, vytvoření dalších kategorií pohlaví či umožnění neuvádění pohlaví.

Spory vyvolávají mimo jiné snahy uznat změnu totožnosti bez provedení příslušných zdravotnických zákroků na základě vůle transsexuála, který nemusí být schopný uveste zákroky podstoupit. Pohlaví by totiž přestalo být objektivním znakem.

Problematika transsexuality a intersexuality se během posledních desetiletí politizovala podobně jako postavení homosexuálů a bisexuálů (níže), objevil se LGBTI aktivismus.

Homosexualita a bisexualita

Ve vazbě na transsexualitu a intersexualitu. Homosexuální orientace mužů (gayové) a žen (lesby) stejně jako bisexuální orientace se ve druhé polovině 20. století přestaly považovat za duševní onemocnění. Současná medicína považuje sexuální orientaci za obecně vrozenou a nezměnitelnou. Léčení homosexuality se odmítá jako marné a zbytečné, jestliže sama neohrožuje.

Psychoterapii homosexuality či bisexuality nabízejí někteří nábožensky orientovaní poskytovatelé konvenční zdravotní péče či léčitelství (kapitola 6).

Eugenika

Tradiční eugenika

Tradiční (podvědomá) eugenika se vyskytovala odedávna. Lze za ní považovat tabu incestu či dokonce exogamie.

Společnost a stát potlačovaly plození dětí do nevhodných poměrů postihováním nemanželského pohlavního styku. Sňatek nebyl právem, povolovala jej vrchnost. Například v Japonsku se připouštělo usmrcení nechtěného novorozence (infanticida). Při značné dětské úmrtnosti se však všude zanedbávání vedoucí ke smrti postihovalo jen výjimečně.

Autoritativní a totalitní eugenika

Moderní eugenika se rozvíjela od 19. století. Snahou bylo vymýtit sociálně, intelektuálně a medicínsky problémové populace. Leckde se vynucovaly či prosazovaly sterilizace. Některé státy se zaměřovaly na etnické menšiny.

Eugenické praktiky vystupňovalo nacistické Německo. Norimberské zákony zakázaly mezirasová manželství, povolily se interrupce žen národů považovaných za méněcenné, zatímco nadřazeným Němcům se zakazovaly. Vyvrcholením bylo vyvražďování celých národů (židovský holokaust, cikánský/romský porrajmos) stejně jako mentálně postižených a duševně nemocných (viz euthanasie).

Zastřená eugenika – preventivní a suportivní

Pochopitelnou odpovědí na nacistickou praxi bylo rozhodné politické a akademické odmítnutí totalitní eugeniky jako nehumánní a rasistické.

Dodnes se nicméně z praktických důvodů v řadě zemí provádění opatření směřující k zamezení těhotenství (dlouhodobá antikoncepce či sterilizace) mentálně postižených žen za účelem umožnění větší volnosti.

Moderní prenatalní eugenika

Moderní genetická diagnostika umožnila usilovat o eliminaci geneticky podmíněných handicapů. Zvláštní pozornost je patrná ve zvláště postižených komunitách s tradicí či realitou endogamie, sužovaných geneticky podmíněnými onemocněními. Příkladem jsou některé ortodoxní židovské komunity (Tay-Sachsova choroba) či některé sektářské komunity ve Spojených státech (Fumaric aciduria). Běžná byla zdrženlivost, nyní je možné v případě zájmu využít asistované reprodukce (níže).

Ve vyspělých zemích je zcela běžná diagnostika zárodku a plodu. V některých zemích, mezi které patří též Česko, je značný společenský tlak na její provádění. Při podezření na vážná onemocnění a vady se pak zpravidla provádí interrupce. Pro interrupci je značné pochopení též mezi, což se odráží – kvůli časové náročnosti v možnosti interrupce ve druhém trimestru (výše) a ochotě ji připustit též ze strany umírněných odpůrců interrupcí.

V této souvislosti je třeba poukázat na pouze částečnou spolehlivost uvedených testů a vyvolávání značného stresu těhotným. Je proto třeba zdůraznit, že české právo neukládá těhotné povinnost podstoupit prenatalní diagnostické testy ani nijak nepostihuje odepřením péče o zdravotně postižené dítěte a jejího veřejného hrazení (kapitola 7), jakož také další sociální pomoci.

Návrhy (Mittlöhner) žádající rozsáhlejší eliminaci byly všeobecně odmítnuty jako nehumánní a diskriminační, přičemž se však poukazovalo důvodnost nezahájení či ukončení neperspektivní zdravotní péče o vážně postižené novorozence.

Asistovaná reprodukce

Poměrně neproblematická je medikamentózní či rehabilitační podpora za účelem dosažení těhotenství pohlavním stykem.

Problematické se stalo mimotělní oplodnění (in-vitro fertilisation) a následné umístění do dělohy. První dítě „ze zkumavky“ se narodilo v roce 1978. Během následujících desetiletí se

rozvinuly jednotlivé technologie asistované reprodukce včetně těch vyvolávajících etické a právní problémy. Jimi jsou mimo jiné skladování zamražených oocytů, spermatu a embryí, ba nově kombinace genetické informace (výměna nukleárního genomu oocytu kvůli mitochondriálním onemocněním).

Ve vyspělých zemích se nyní pomocí reprodukční medicíny rodí 2-10% dětí. Lze očekávat další růst kvůli odkládání rodičovství ze sociálně-ekonomických důvodů či volbě životního stylu a důsledkům znečištění životního prostředí.

Asistovaná reprodukce zesložituje rodičovství. Rodičem dítěte může být genetický otec a genetická matka, fyziologická matka (která dítě porodí) a právní rodiče. Na tom nic nemění skutečnost, že při vysoké rozvodovosti běžně dochází ke znejasnění rodičovství též u dětí počatých souloží. Otec a matka (kvazi-adopce) či nyní dokonce stejnopohlavní páry a nakonec sociální rodiče, kteří dítě skutečně vychovávají. (zákon 227/2006 Sb. v části novelizující ZPZL).

Asistovaná reprodukce obecně a její jednotlivé technologie vyvolala řadu etických, politických a právních otázek. Jednotlivá náboženství mají velmi rozdílné přístupy – od odmítání římskokatolické církve až po překvapivou vstřícnost většiny směrů judaismu. Společnost na ně složitě hledá odpovědi, neboť dlouhodobé důsledky mohou být nejasné. Legislativa nutně zaostává za rychle se rozvíjejícím technologiemi. V některých zemích se ještě rychle mění, jak lze uvést na příkladu Itálie. Sporné případy pak leckde rozhodují soudy, jejichž rozhodnutí se pak těší se značné pozornosti.

Tématem je vymezení okruhu osob způsobilých využít asistované reprodukce, zda jimi mají být páry – jen manželé či též druh a družka, samotné ženy, lesbické páry. Zvažují a stanovují se věková omezení. Vysoké nároky jsou na získání souhlasu. Různě se řeší jejich trvání, řešení případných rozporů při změně názorů či při změně poměrů (typicky úmrtí muže-dárce), nakládání se zmraženými oocyty, spermatem a vytvořenými embryi, jejich ničení či možnosti náhradního využití pro asistovanou reprodukci jiných zájemců či pro výzkum, nakládání s genetického materiálu zesnulých, anonymita dárcovství spermatu a oocytů a její meze, okolnosti jejich poskytnutí jako odběrové zákroky či odměna za darování a prevence nadužívání.

Jednotlivé státy upravují zmíněné a další záležitosti a souvislosti velmi rozmanitě, takže je lze stěží rozčlenit do nějakých typových skupin.

Státy se dosti odlišují ohledně podpory asistované reprodukce. Jednotlivé techniky jsou nákladné. V mnoha zemích je asistovaná reprodukce vnímána jako nadstandardní péče odkázaná na soukromou úhradu (kapitola 7).

V Česku samotném dlouho chyběla zákonná úprava, pouze ministerské pokyny, které však byly závazné jenom pro veřejné poskytovatele zdravotní péče. Posléze novelou zákona o péči o zdraví lidu (zákon 227/2006 Sb. v části novelizující ZPZL). Od roku 2012 se uplatňuje propracovaná úprava zákonem č.373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách (ZSZS).

Česká veřejnost asistovanou reprodukci vesměs podporuje. Nepřekvapivě se připouští využití oocytů a spermatu anonymních dárců, preimplantační diagnostika a redukce vícečetného těhotenství. Přesto zůstávají konzervativní pravidla. Příjemce asistované reprodukce je neplodný pár. Se ženou chtějící dosáhnout těhotenství musí přijít partner – budoucí právní otec – což je ale předmětem debat a návrhu změn. Stanoví se nejvyšší věk ženy oprávněné podstoupit asistovanou reprodukci na 49 let. Hrazení z veřejného zdravotního pojištění se omezuje na čtyři cykly a do 39 let ženy.

Právně nejisté zůstává v Česku **náhradní mateřství** (surrogacy). NOZ sice náhradní mateřství předpokládá. ZSZS však vymezuje použití oocytů a spermií. Lze použít buď vlastní či anonymní pro vytvoření embrya pro zavedení do těla této ženy, což vylučuje využití „nosičky“ (carrier) pro vlastní genetický materiál. Souhlas manžela neplodné ženy učiněný společně s touto náhradní matkou s očekáváním vzdání se dítěte je buď předstírání, nebo porušení podstaty manželství. Postihy poskytovatelů asistované reprodukce za porušení pravidel jsou však překvapivě nízké. Náhradní mateřství se v Česku viditelně nabízí. Ochota jej připustit je značná. Úprava náhradního mateřství se bezpochyby v následujících letech bude v Česku debatovat.

Kvalitní služby asistované reprodukce v Česku přitahují zahraniční klientelu, například německou. Důvodem jsou restrikce některých metod zavedené z etických důvodů právě v Německu. Především jsou však české reprodukční kliniky schopné poskytovat asistovanou reprodukci levněji.

Umírání a smrt

Uznání hrozící smrti

V případě nebezpečí smrti právo řady zemí reaguje na zvláštní potřeby umírajících a jejich zvláštní ohrožení. Česko dodnes dává ohroženým smrtí možnost uzavřít sňatek kdekoli. Francie se dodnes upřednostňuje pohledávka lékaře ošetřujícího naposledy pacienta na úhradu zdravotní péče na straně jedné a zákaz dědění ze závěti pacienta v jeho prospěch na straně druhé.

Péče o umírající pacienty (paliativní péče)

ZSZS již paliativní péči zřetelně vymezuje jako zvláštní druh zdravotní péče mající za cíl snížit bolest a zlepšit životní podmínky umírajícího pacienta.

Problémem zůstává poměrně skoupé financování paliativní péče. Kontrastuje s velkorysým financováním terapeutické péče, zejména té intenzivní.

Poskytovatelé zaměřeni především či zcela na paliativní péči jsou v Česku léčebny dlouhodobě nemocných (kapitola 6) a hospice. Většinu druhých provozuje hospicové hnutí navázané na Římskokatolickou církev.

Ukončení neperspektivní léčby či intenzivního udržování při životě

Kdekoli ve světě se dříve či později ukončuje dlouhodobé opatrování pacientů, jestliže je léčení se nevalnou perspektivou či zcela bez ní (futile treatment).

Nezahájení či ukončení intenzivní péče o mimořádně nezralé či jinak vážně zdravotně postižené novorozence, chybí-li perspektiva zlepšení zdravotního stavu, bylo již jako etické a praktické dilema zmíněné.

Určitý tlak na zastavení péče pochopitelně vzniká tehdy, jedná-li se o intenzivní zdravotní péči, která je mimořádně nákladná, lidově „odpojení přístrojů“. Je třeba ale dodat, že též dlouhodobá základní péče o často zcela bezmocného dokáže být ve výsledku velmi nákladná. Tlak na ukončení léčby by mohl být v případě nedostatku personálu či materiálu. České veřejné zdravotní pojišťovny ani poskytovatelé zdravotní péče nicméně nečelí takovému nedostatku, aby takový tlak vyvíjely.

Otázkou Kdo má vyslovovat souhlas, jestliže se pacient nedokáže vyjádřit? Lékaři, příbuzní (kteří), úřady a soudy? Jednotlivé státy volí různá řešení.

Kterékoli řešení však může však vyvolat vášnivé spory, které se mohou dostat před soudy, ba dokonce do parlamentů, jak dokládal medializovaný případ *Schiavo* na Floridě ve Spojených státech amerických, kvůli kterému rozhodovaly jak federální a státní zákonodárce, tak soudy.

Zejména pro popsané případy neperspektivní intenzivní léčby pacienti běžně sepisují a poskytovatelé mají zohledňovat předem vyslovená přání (kapitola 2).

Takový postup se leckdy nepřilíš vhodně označuje jako pasivní euthanasie. Nepovažuje se za euthanasii, ledaže by šlo o zřetelně předčasný nebo nedůvodný krok, pak by se jednalo o neposkytnutí první pomoci (kapitola 3).

České právo ukončení marné léčby zřetelně neupravuje. Dlouhodobou právní nejistotu považovala za žádoucí zmírnit Česká lékařská komora, když v roce ... přijala usnesení, ve kterém výslovně připouští ukončení neperspektivní léčby těžce nemocných. Tento postup se to rovněž - a většinou – pacientů, kteří se stěží dokáží vyjádřit.

V Česku o ukončení marné zdravotní péče rozhoduje lékař. Lze předpokládat, že v nemocnicích se provádí se porada lékařů podílejících na zdravotní péči – nejedná se však o oficiální konzilia - a nakonec rozhodují primáři. V případě urgentní péče pochopitelně rozhoduje ošetřující lékař, zdravotní sestra či – v terénu – zdravotnický záchranář (kapitola 6 – záchranná služba).

Příbuzní a blízcí nemají na toto rozhodnutí formální vliv, nicméně pravidelně se jim takový postup předestírá a touto cestou se zjišťuje jejich mínění za účelem předcházení sporů.

Pravá (aktivní) euthanasie, asistovaná sebevražda

Aktivní euthanasie spočívá v použití smrtícího prostředku za účelem ukončení utrpení těžce nemocného či přímo umírajícího na základě jeho souhlasu.

Většina států takový postup hodnotí jako vraždu či zabití, jakkoli bývá ochota připustit utrpení pacienta jako polehčující okolnost. Značné je přesvědčení – potvrzované lékaři samotnými – že zejména předávkováním léčivými přípravky proti bolesti se provádí běžně skrytě.

Nizozemsko, Belgie či Oregon ve Spojených státech amerických euthanasii legalizovaly. Legislativa stanoví pravidla pro vyslovení souhlasu, vymezují oprávněné pacienty a mají opatření proti zneužití. Ve většině států se nicméně návrhy na legalizaci euthanasie zamítají. Zdrženlivě či odmítavě se vůči euthanasii staví většina náboženství.

Neshodu evropských států respektuje Evropský soud pro lidská práva, když zamítl stížnost *Pretty proti Velké Británii* dovolávající se lidské důstojnosti umírající pacientky.

V nenáboženském Česku překvapuje zdrženlivý postoj politiků vůči návrhům legalizace euthanasie, ať už při rekodifikaci trestního práva, nebo vůči pravidelně podávaným návrhům zvláštních zákonů.

V některých zemích se místo zapovězené euthanasie nabízí asistovaná sebevražda, neboť pomoc při sebevraždě se netrestá. Poslední krok například zmáčknutím tlačítka učiní sám pacient. Švýcarsko (klinika Dignitas v Zürichu) se stalo dokonce cílem cest bez návratu německých pacientů.

Zvažování legalizace euthanasie otevírá debaty ohledně okruhu onemocnění, úrazů a postižení, které by měly být přípustným důvodem. Ve zmíněných zemích, které euthanasii připustily, se

prosazuje široké pojetí, zahrnující rovněž vážná onemocnění včetně duševních, které doprovází značné utrpení, nicméně nejedná se vyloženě o umírající pacienty.

Eliminace těžce nemocných a postižených

V některých zemích, které legalizovaly euthanasii, je sklon ji provádět též v případě pacientů zjevně nezpůsobilých rozhodnout se pro tento zákrok, zvláště pak v případě těžce postižených novorozenců, kteří však přežívají bez intenzivní lékařské péče. Tuto tendenci odpůrci euthanasie kritizují jako vstup na „kluzký svah (*slippery slope*)“.

Za euthanasii se v širším slova smyslu totiž leckdy označuje usmrcení zpravidla těžce nemocného pacienta, který není schopný své rozhodnutí uvážit a vyjádřit.

Nacistická „euthanasie“ vskutku začala ve 30. letech jako propagovaná idea pro svéprávné těžce nemocné pacienty, kteří svůj zdravotní stav vnímali jako krajně nedůstojný. Postupně zahrnula ovšem mentálně postižené děti a dospělé, jejichž život byl označován veřejně jako nehodný žití (*lebensunwertes Leben*) a nakonec se usmrcovaly dokonce dočasně duševně nemocné oběti válečných útrap. Pozdější fáze euthanasie se utajovaly, neboť se proti nim zvedl určitý odpor ze strany obyvatelstva. V současném Německu – v protikladu se sousedním a blízkým Nizozemskem – se proto legalizace euthanasie dokonce ve vhodnějším úzkém pojetí důrazně odmítá.

Je třeba podotknout, že v desítkách zemí světa euthanasii v úzkém stejně jako širokém pojetí vlastně nahrazuje zanedbávání zdravotní péče o dlouhodobě nemocné pacienty kvůli personální, materiální či finanční nedostatečnosti či nezájmu pečovat.

Poprava a asistence při popravě

V zemích, ve kterých se ukládá a vykonává trest smrti, se pravidelně angažují lékaři při potvrzení (níže) smrti popraveného.

Ve Spojených státech amerických, kde se jako metoda poprav prosadila smrtící injekce (*lethal injection*), se vášnivě debatuje o zapojení zdravotníků do tohoto krajního výkonu spravedlnosti. Široce se jako flagrantně neetické odmítá nejen přímé zapojení lékařů, ale dokonce dodávky zdravotnického materiálu.

Smrt

Smrtí končí právní subjektivita jednotlivce, v Česku okamžitě.

Nezvěstný či člověk, jehož tělo nelze nalézt, se prohlašuje za mrtvého na základě svědectví naznačujícího pravděpodobnost jeho smrti.

Právní rámec řešení následků úmrtí v ČR: nyní poměrně §§83-87 ZZS, donedávna vyhláška 19/1988 Sb.

Češi vesměs umírají jako pacienti ve zdravotnickém zařízení (tj. na jeho půdě). Úmrtí mimo zdravotnické zařízení je třeba hlásit poskytovateli zdravotní péče (kterému) nebo – což je lepší - policii (ve vyhlášce bylo SNB). Oznamovací povinnost má každý.

Prohlídka těla zemřelého se provádí vždy. Zjišťuje se totožnost, pravděpodobný čas a příčina. Musejí provádět příslušní poskytovatelé zdravotní péče, u kterých k úmrtí došlo, popřípadě praktičtí lékaři.

Vystavuje se přitom list o prohlídce mrtvého. Úmrtí list jako doklad úmrtí pro pozůstalé pak vystavuje matriční úřad obdobně jako rodný list (výše).

Předpokládá se uvážení, zda nebyl spáchán trestný čin. Jsou známy případy, kdy se teprve postupně ukázalo, že úmrtí bylo způsobené.

Prohlížející lékař nesmí být dříve ošetřující lékař, aby nedocházelo k případnému zapření či zakrytí příčiny úmrtí, která by mohla svědčit pochybení při poskytování zdravotní péče.

Úmrtí ve zvláštních případech

Stanoví se zvláštní postupy pro případy, kdy při neštěstích jakékoli příčiny počet mrtvých překračuje odhadem deset. Podezření na nákazu, chemickou či radioaktivní kontaminaci si žádá zvláštní opatření při nakládání s ostatky (níže).

Zvláštní postupy právo předpokládá pro případ úmrtí v armádě, úmrtí ve vazbě, výkonu trestu či jiném vězení či úmrtí na moři kvůli rysům těchto prostředí.

Úmrtí v zahraničí je událostí, která si pravidelně žádá konzulární výpomoc při vyřízení osvědčení úmrtí. Pravidelně se následně provádí repatriace ostatků.

Pitvy

Pitvou se rozumí rozdělení ostatků člověka na části. Moderní zobrazovací metody otevírají prostor pro zjištění bez pitvy.

Pitvy se provádějí pouze ze zákonem stanovených důvodů. Z hlediska účelu se pitvy člení patologicko-anatomické (zjištění onemocnění pro zlepšení zkušeností lékařů a informování), zdravotní (zjištění příčin včetně podezření), soudní (forenzní) – vyžádané a anatomické (pro výuku a výcvik).

Zjištění příčiny náhlé smrti, pro soudní a úřední (forenzní) účely (pro vyšetření související kriminality) – nařizuje policie/státní zástupce/soud?

NOZ zdůraznil důstojnost ostatků člověka. To vyvolalo spor o přípustnost zdravotních pitev bez souhlasu zemřelého. Aktuální novelizace ZZS vytvořila prostor pro odmítání pitvy zemřelého z některých důvodů. Patologicko-anatomické a zdravotní pitvě může za vymezených okolností bránit prokazatelné stanovisko zemřelého či záporné stanovisko pozůstalých.

Česko se tak připojilo k řadě dalších zemí, které umožňují v řadě případů možné pitvě bránit. Je otázka, zda to povede ke snížení počtu pitev a omezení zjištění.

S ohledem na zánik právní subjektivity jsou zvláštní pravidla financování na vrub veřejné zdravotní pojišťovny zemřelého na základě jednoznačné úpravy v případě pitev patologicko-anatomických a zdravotních. Soudní pitvy financují orgány činné v trestním řízení a anatomické pitvy lékařské fakulty.

Další nakládání s tělem zemřelého či jeho částmi

Odňaté části těla živého člověka – vzorky, orgány (viz kapitola 8), totéž platí pro drobné. Ponechávání pravidelně oddělitelných částí drobností (zuby, vlasy) zůstává neregulováno. Celé tkáně a orgány – pro vědecké a vzdělávací účely jako vzorky a preparáty.

Stanoví se způsoby nakládání s ostatky, tedy tělem či částí těla zemřelého - Není tak možné nakládání s tělem mimo způsoby předepsané legislativou (níže).

Porušení pravidel se stíhá jako přestupek pokutami. Hanobení lidských ostatků je nadto zvláštním trestným činem (§ 202a TZ).

Rozruch vzbudily v tuzemsku komerčně úspěšné výstavy preparovaných těl (Bodies ...). Ozvala se kritika ze strany lékařských fakult, poukazy na protiprávnost. Úřady nicméně proti pořadatelům nezasáhly.

Pohřebnictví

V Česku platí poměrně propracovaný zákon č. 256/2001 Sb., o pohřebnictví (ZPohřb). Upravuje se přeprava zemřelých, vystavování při obřadu a další nakládání s ostatky, jakož také přípustnost neobvyklých postupů, jakým jsou balzamování, kryokonzervace či resomace, problematiku exhumace.

Pohřební ústavy musejí mít dostatečné personální a materiální vybavení. To pochopitelně zvyšuje náklady na pohřeb. Nepřipouští se obstarání pohřbu dobrovolnictvím. Stanoví se rovněž nároky na krematoria a hřbitovy.

Pro zdravotnictví je důležitá záповeď zprostředkovávání zájmu pozůstalých na zabezpečení pohřbu konkurujícím si pohřebním službám („obchod s mrtvými“)

Dále je třeba zmínit opatření, která mají za cíl zabránění šíření nakažlivých onemocnění obecně ze zachovávaného či do hrobu pohřbeného těla včetně zpřísněných opatření při pohřbu a pohřbení v případě nakažlivých onemocnění či podezření na ně. Naopak popel vytvořený kremací zemřelého lze uchovávat kdekoli. České právo zřetelně neurčuje pietní způsoby nakládání s

V Česku převládá kremace (zpopelnění, žeh). Důvodem je bezpochyby hospodárnost. Nenáboženští Češi koneckonců dokonce houfně upouštějí od pohřebních obřadů. Dříve byla volba žehu nicméně též výrazem odstupu od římského katolictví. Stoletou tradici má Společnost přátel žehu, která napomáhala budování krematorií a poskytuje pohřební spoření.

Pohřebnictví se výrazně liší země od země. Převládá pohřeb do země. Kremaci vyhroceně odmítá judaismus a islám a důrazně pravoslaví, dříve též katolicismus. Naopak z náboženských důvodů kremaci žádá většina hinduistů, je tak častým způsobem pohřbu v Indii a zcela rovněž převládá v Japonsku. Kvůli odmítání pohřbu žehem řadou národů a znemožnění identifikace ostatků válečné právo požaduje pohřbení do země s identifikační známkou. Značné jsou rozdíly týkající se pohřebních obřadů včetně nakládání se zesnulým při nich. Oproti Česku se při pohřbech tolik nešetří.