ČESKÁ REPUBLIKA

STANOVISKO VLÁDY
K PŘIJATELNOSTI A ODŮVODNĚNOSTI STÍŽNOSTÍ

Šárka DUBSKÁ proti ČESKÉ REPUBLICE
(č. 28859/11)

Alexandra KREJZOVÁ proti ČESKÉ REPUBLICE
(č. 28473/12)

PRAHA

28. ÚNORA 2013

1. Dopisem ze dne 6. září 2012 oznámil Evropský soud pro lidská práva (dále jen „Soud") vládě České republiky (dále jen „vláda"), že paní Šárka Dubská a paní Alexandra Krejzová (dále jen „stěžovatelky") podaly u Soudu proti České republice dvě stížnosti, zaregistrované po řadě pod čísly 28859/11 a 28473/12. Současně Soud vyzval vládu, aby se vyjádřila k přijatelnosti a odůvodněnosti těchto stížností, přičemž stanovisko vlády má odpovědět na následující otázku, jež je pro obě stížnosti shodná:

> Došlo k porušení práva stěžovatelky na respektování soukromého života ve smyslu článku 8 Úmluvy?

SKUTKOVÝ STAV

2. Vláda nemá zásadní námitky k popisu skutkové podstaty případů, jak jej na základě tvrzení stěžovatelek provedl Soud ve shrnutí skutkových okolností případů, nicméně považuje za nutné ho doplnit o skutečnosti, které mají význam pro posouzení důvodnosti stížností.

I. SOUVISLOSTI PORODNICTVÍ V ČESKÉ REPUBLICE RELEVANTNÍ PRO PŘEDKLÁDANÉ STÍŽNOSTI

[...]

3. Vládě není znám jediný případ, kdy by porodní asistentce byla dle zákona č. 160/1992 Sb. nebo zákona č. 372/2011 Sb. uložena sankce za správní delikt v souvislosti s vedením porodů v domácím prostředí.

4. Ačkoli požadavky na věcné a technické vybavení pracoviště porodní asistentky, kde jsou vedeny fyziologické porody, nebyly do roku 2010 výslovně stanoveny žádným právním předpisem, což mohlo vyvolat jistou nekonzistenci v postupu krajských úřadů při rozhodování o udělení registrace k provozu nestátních zdravotnických zařízení druhu a rozsahu „porodní asistentka", tato situace se změnila přijetím vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 221/2010 Sb., resp. č. 92/2012 Sb., proto lze označit připomínky veřejného ochránce práv v jeho zprávě z roku 2009[1] přiložené k oběma stížnostem za neaktuální a pro posuzování obou stížností irelevantní. V závěrečném stanovisku ke zmiňované zprávě veřejný ochránce práv přímo uvádí, že přijetí předkládaného právního předpisu [v té době připravované vyhlášky č. 221/2010 Sb.], jehož vnějšího připomínkového řízení se účastnil, lze považovat za dostatečné opatření k nápravě.

[1] Příloha (j) ke stížnosti stěžovatelky Dubské a příloha (g) ke stížnosti stěžovatelky Krejzové.

A) HISTORICKÝ VÝVOJ PORODNICTVÍ V ČESKÉ REPUBLICE

5. Řada odborných článků výstižně popisuje jedinečný vývoj porodnictví v České republice od konce 2. světové války do současnosti. Vláda považuje za relevantní zmínit alespoň následující výňatky z odborných textů na dané téma:

> „Od konce 2. světové války, kdy perinatální úmrtnost byla vyšší než 60 ‰, což odpovídalo úrovni perinatální péči v málo vyvinuté zemi, klesla její hodnota do r. 1999 na 9,9 ‰ a do r. 2001 až na 4,3 ‰, čímž se ČR zařadila mezi země s nejnižší perinatální úmrtností na světě. (...) Prudký pokles na 25 ‰ byl důsledkem převážně (...) zvýšení ústavních porodů z 20 % na téměř 100 %, (...) [a] zajištění porodní péče výhradně porodníky (...).“[2]

♣♣♣

> „V domácích podmínkách [se perinatologie v ČR řadí] mezi obory s nejúspěšnějším vývojem v posledních 50 letech. Použijeme-li pro mezinárodní srovnání vývoj perinatální úmrtnosti ve Švédsku (...), které od r. 1945 až do dnešního dne patří mezi země s nejnižší perinatální úmrtností na světě, pak je zřejmý odlišný průběh tohoto vývoje v ČR (...).
>
> Mezi hlavní příčiny, které vedly v prvních 10 poválečných letech k vyrovnání téměř dvojnásobné výchozí perinatální úmrtnosti v ČR proti Švédsku a v následných 5 letech ke stejnému trendu v jejím dalším poklesu (...), patřily v prvé řadě pětinásobné zvýšení procenta ústavních porodů (z 22,1 na 98,8 %), (...) [spojené se] ztrojnásobením počtu porodníků (z 235 na 742). Při tom v prvních poválečných letech čtyři pětiny žen rodily doma převážně za pomoci porodní asistentky. (...)“[3]

♣♣♣

> „Po skončení 2. světové války [docházelo ke] zkvalitnění péče o matku a dítě, s preferencí boje proti mateřské i dětské úmrtnosti a nemocnosti. (...) [Toto] období vycházelo především z návrhů hospitalizace pokud možno všech rodiček na porodnických odděleních. K tomu bylo ovšem nutné rozšířit síť dosavadních gynekologických a porodnických oddělení, vytvořit dostatečný počet lůžek a sálů a vybavit je dobře vyškoleným zdravotnickým personálem.“[4]

♣♣♣

> „Novorozenecká (...) úmrtnost (...) v letech 1965 až 1998, to je v období s nezměněnými definicemi, ve všech skupinách, s výjimkou dětí narozených s porodní hmotností nižší než 1000 gramů, klesala statisticky významně. (...)

---

[2] Štembera Z., Velebil P., Vývoj perinatální úmrtnosti v ČR, Interní medicína pro praxi. 2003, roč. 5, Suppl. 2, s. 21-25. ISSN: 1212-7299.

[3] Štembera Z., Vývoj perinatální medicíny v České republice, Causa subita. 2004, Roč. 7, č. 1, s. 5-7. ISSN: 1212-0197.

[4] Fuchs V., Perinatologie – moderní směry v porodnictví, Praktický lékař. 2000, Roč. 80, č. 7, s. 369-372. ISSN: 0032-6739.

V druhé polovině 20. století, měřeno průměrem dvouletí 1951 – 1952 a 1997 – 1998, poklesla úmrtnost (...) novorozenců o 86,0 %. (...)

Značně se též zlepšila pozice České republiky v mezinárodním srovnání (...)."[5]

♣♣♣

„V roce 1991 v ČR zemřelo v souvislosti s těhotenstvím, porodem nebo šestinedělím 21 žen, v roce 2005 to bylo devět žen. Pro porovnání v roce 1974 zemřelo téměř 3 000 novorozenců, v roce 2005 jich bylo 206. V Nizozemsku, kde rodí doma 30 % žen, je úmrtnost matek a novorozenců v porovnání s Českem dvojnásobná."[6]

6. Vláda dodává, že dle odborníků se koncem 20. století české porodnictví ocitlo na hranici možností z hlediska snižování perinatální úmrtnosti.[7] Jednoznačným trendem posledních více než deseti let se naopak stalo zajištění soukromí a rozšiřování výběru okolností porodu pro rodičku.

B) PORODNICE V MÍSTĚ TRVALÝCH BYDLIŠŤ STĚŽOVATELEK

(i) Porodnice v Jilemnici

7. Gynekologicko-porodnické oddělení Masarykovy městské nemocnice v Jilemnici na svých oficiálních webových stránkách uvádí:[8]

„Porodní sál

Pro nastávající maminky jsou připraveny tři samostatné porodní sály. Dva z nich jsou vybaveny vlastním sociálním zařízením se sprchou, dále vanou a moderním, polohovatelným porodním lůžkem, které je možné nastavit tak, aby mamince poloha vyhovovala (viz foto) [viz příloha č. 5]. Třetí porodní sál má sociální zařízení a sprchu na chodbě, je bez vany, též vybavený polohovatelným porodním lůžkem. Těsně vedle všech porodních sálů se nachází operační sál pro případ, že je z nějakého důvodu během porodu ohroženo zdraví rodičky nebo plodu a je nutno provést akutní císařský řez.

O rodičku během porodu pečuje porodní asistentka společně se zkušeným porodníkem. Ke každé rodičce přistupujeme individuálně, respektujeme přání a potřeby nastávajících rodičů. V případě, že si rodička s sebou přinese porodní plán, je tento při příjmu prokonzultován ke spokojenosti všech.

V průběhu porodu je monitorován fyzický, ale i psychický stav rodičky a také stav plodu. Snažíme se, aby porod proběh co nejpřirozeněji, sa-

---

[5] Syrovátka A., Šípek A., Struktura živě narozených novorozenců podle porodní hmotnosti a jejich novorozenecká a kojenecká úmrtnost ve druhé polovině 20. století v České republice, Československá pediatrie. 2001, Roč. 56, č. 3, s. 167-173. ISSN: 0069-2328.

[6] Klejnová J., Rizika porodu doma [online], 2006. Dostupné z: http://rodina-deti.doktorka.cz/porod-doma-je-hazardem-pro-novorozence-i-matku/.

[7] Hořejší J., Gynekologie a porodnictví – minulost, přítomnost a perspektivy, Časopis lékařů českých, 2005, roč. 144, č. 5, s. 334-337.

[8] Dostupné z: http://www.nemjil.cz/cz/oddeleni-nemocnice/gynekologicko-porodnicke-oddeleni/porodni-sal/; http://www.nemjil.cz/cz/oddeleni-nemocnice/gynekologicko-porodnicke-oddeleni/sestinedeli/.

movolně. V případě podezření na rozvíjející se komplikaci, která vyžaduje medikamentózní nebo jiný zásah, jsou rodička (i přítomný partner) o všem informováni a navrhovaný postup vysvětlen.

V průběhu porodu mohou maminky pro úlevu od bolesti využít vanu s eukalyptovým olejíčkem, sprchu, rehabilitační balon, který si mohou vzít do sprchy, dále mohou využít žíněnku, porodní stoličku, ribstole atd. K dispozici je také nejúčinnější a u maminek nejoblíbenější spinální či epidurální analgezie, kterou naši anesteziologové mohou aplikovat 24 hodin denně.

Samozřejmostí je přítomnost otce či jiných rodinných příslušníků u porodu. Po porodu je novorozenec ošetřován dětskou sestrou přímo na porodním sále. Novopečení rodiče tak mohou vše sledovat a tatínci zdokumentovat první minuty života jejich potomka. To vše za předpokladu, že novorozenec po porodu nevyžaduje intenzivnější péči. Ve společnosti rodičů pak zůstává fyziologický novorozenec na porodním sále další dvě hodiny, po které je maminka, v rámci čtvrté doby porodní, sledována. Během této doby proběhne také první přiložení k prsu. Po dvou hodinách přechází maminka společně s miminkem na oddělení šestinedělí.

Oddělení šestinedělí

Na oddělení šestinedělí přichází maminka z porodního sálu po fyziologickém porodu nebo z pooperačního pokoje po porodu císařským řezem. Naším cílem je maximální spokojenost maminek a jimi získaná jistota v péči o své dítě.

Na oddělení šestinedělí je k dispozici pro maminky a jejich čerstvě narozená miminka osm standardních pokojů a tři pokoje nadstandardní. Standardní pokoje jsou dvoulůžkové a mají společné sociální zařízení. Lednička pro maminky je společná na chodbě oddělení. Nadstandardní pokoje mají vlastní sociální zařízení, ledničku a televizi.

Naše porodnice praktikuje systém 24 hod. rooming in tzn., že novorozenec je s maminkou 24h denně. Samozřejmě při jakékoli indispozici matky je možné předat miminko do péče dětské sestry na novorozenecký box. O matky po porodu pečují gynekologové spolu s porodními asistentkami s cílem časně odhalit možné komplikace raného šestinedělí. O novorozence pečují pediatři společně s novorozeneckými sestrami. Pod jejich vedením se maminky postupně naučí o své dítě správně pečovat (přebalování, koupání, hygiena, péče o pokožku a pupík), naučí se též orientovat v projevech svého miminka. V neposlední řadě se také naučí správně pečovat o sebe, o prsy, naučí se zásadám správného kojení atd.

Návštěvy umožňujeme bez omezení. Vhodnější dobou pro návštěvu je odpoledne vzhledem k vizitám matek i novorozenců, které probíhají vždy dopoledne. K dispozici je návštěvní místnost, umístěná při vstupu na oddělení. Návštěvy na pokoj jsou možné pouze na nadstandardních pokojích. Na standardním pokoji pouze po předchozí domluvě se sloužícím personálem a druhou maminkou na pokoji, samozřejmě také při indispozici matky. (...)"

8. Nezávislý informační portál Aperio, u kterého je nicméně nutné zohlednit, že informace jsou staršího data, přičemž vývojem v posledních letech došlo

k pokračujícímu zlepšování respektování soukromí rodiček v porodnicích, jak je patrné z aktuálních informací přímo z webových stránek porodnice, ve svém průvodci českými porodnicemi o porodnici v Jilemnici uvádí:[9]

„**Služby před porodem**

(...) Pro všechny ženy a jejich doprovod připravujeme jednorázová informativní setkání o průběhu porodu, která trvají 2 hodiny. Vede je porodní asistentka.

Účast na nich je dobrovolná.

Porodnice pořádá cvičení pro těhotné. Jedná se o těhotenskou gymnastiku a plavání.

Prohlídky porodních sálů a pokojů, na kterých jsou ženy po porodu, jsou nabízeny všem těhotným ženám i jejich doprovodu.

Podmínky k porodu

Počet osob, které mohou ženu doprovázet k porodu, závisí na přání rodičky. Kromě rodinných příslušníků a přátel to může být i dula či vybraná porodní asistentka nebo lékař patřící k personálu porodnice nebo dříve narozené děti rodičky. Doprovod může zůstat s rodičkou po celou dobu trvání porodu, tj. od příchodu na porodní sál až po jeho opuštění.

Personál porodnice je zvyklý zacházet s porodními plány.

Místnosti určené pro pobyt žen v první době porodní jsou uspořádány tak, že se v nich může připravovat vždy pouze jedna žena. Porodnice má k dispozici 3 takové místnosti.

První doba porodní

V první době porodní je doporučován spíše pohyb a změny poloh.

Aplikace klystýru a holení jsou spíše nutné, pokud je žena odmítne, je jí vyhověno. Zákaz jídla ani pití nejsou nutné, ženy si o nich rozhodují samy.

Elektronický monitoring je při normálním porodu prováděn intermitentně.

Z nefarmakologických metod tlumení porodních bolestí porodnice nabízí možnost využití teplé lázně (vana), sprchy, relaxačních pomůcek (balóny, ribstole, vak), poslechu hudby, aromaterapie i masáží prováděných personálem.

Epidurální analgezie i paracervikální blok jsou poskytovány vcelku bez omezení. Personál je bez lékařské indikace nenabízí, ale na žádost ženy je poskytne.

Druhá doba porodní

Na druhou dobu porodní se žena vždy stěhuje do jiné místnosti. Všechny místnosti, kde probíhá samotný porod, jsou zařízeny jako klasické porodní sály a rodí v nich pouze jedna žena.

---

[9] Dostupné z: http://www.aperio.cz/115/porodnice-jilemnice.

Porodnice má jeden pokoj zařízený civilně, kde žena tráví první i druhou dobu porodní.

Je-li porod fyziologický, může si žena zvolit jinou než klasickou polohu vleže, pololeže či polosedě na posteli, a to v sedě na porodní stoličce nebo na porodním vaku. Nejčastěji praktikovanou polohou je vleže, pololeže nebo polosedě na posteli bez připevněných nohou.

V případě porodu císařským řezem nemůže být doprovod přítomen operaci.

Fyziologický porod vede většinou porodní asistentka a lékař dohlíží na jeho průběh. Celkový přístup zdravotnického personálu je spíše aktivní – personál řídí a kontroluje porod, rodičku i dítě.

V době mezi porodem a přeložením na pokoj čekají ženy ve zvláštní místnosti.

Třetí a čtvrtá doba porodní

V časném poporodním období smí být doprovod s rodičkou neomezeně dlouho.

Po porodu bývá dítě s matkou ponecháno dvě hodiny, posléze stráví několik dalších hodin bez matky na novorozeneckém oddělení.[10]

U poporodních vyšetření nemůže být přítomen doprovod rodičky.

Šestinedělí, podpora kojení

K prsu se dítě přikládá nejpozději do půl hodiny po porodu.[11]

Porodnice dodržuje všech 10 bodů k úspěšnému kojení.

Rooming-in a částečný rooming-in je možný na všech pokojích. Nejčastěji je praktikován kontakt mezi matkou a dítětem pouze přes den.[12]

Na oddělení šestinedělí je 6 dvoulůžkových pokojů. Ve všech pokojích je k dispozici zařízení na koupání dítěte, sprcha a WC (vždy společné pro dva pokoje). Jeden pokoj je nadstandardní svým vybavením (televize, lednice, rádio). „Dle podmínek" lze na všech pokojích umožnit nepřetržitý 24 hodinový pobyt partnera.

Návštěvy jsou dovoleny ve zvláštním, k tomu vyhrazeném prostoru, kdykoli. Pouze ženy po operačních porodech mohou přijímat návštěvy na pokojích.[13] Starší děti rodiček mohou na návštěvy.

V porodnici mají ženy k dispozici zdarma základní oblečení pro dítě (košilka, dupačky, zavinovačka, apod.) a dětské jednorázové pleny. (...)"

---

[10] Z výše uváděných aktuálních informací z webových stránek porodnice je patrné, že dítě od matky už odlučováno nebývá a putuje na oddělení šestinedělí spolu s matkou.

[11] Vláda byla porodnicí v Jilemnici ujištěna, že novorozenec je na přání matky přiložen k prsu okamžitě po porodu.

[12] Z výše uváděných aktuálních informací z webových stránek porodnice je patrné, že porodnice již v současnosti preferuje 24 hod. rooming-in.

[13] Z výše uváděných aktuálních informací z webových stránek porodnice je patrné, že porodnice je již v současnosti při umožnění návštěv přímo na pokojích flexibilnější.

(ii) Porodnice v Praze – Podolí

9. Gynekologicko-porodnické oddělení Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze 4 – Podolí na svých oficiálních webových stránkách uvádí:[14]

> „V případech, kdy to stav rodičky umožňuje, může si rodící žena zvolit polohu a režim v průběhu porodu, včetně II. porodní doby. Porodní sál umožňuje porody ve zcela samostatných místnostech, každá s vlastním sociálním zařízením, přítomnost otce dítěte či jiné žádané (obvykle příbuzné) osoby je samozřejmostí. U fyziologických porodů je možný volný pohybový režim. Lze využít sprchy, porodního vaku, porodní židličky a balónů. (...)"

10. Nezávislý informační portál Aperio ve svém průvodci českými porodnicemi o porodnici v Praze – Podolí:[15]

> „**Služby před porodem**
>
> Porodnice pořádá kurzy předporodní přípravy pro těhotné ženy a jejich doprovod. Kurz trvá 4 hodiny a je rozdělen do dvou lekcí. Vede jej porodní asistentka.
>
> Účast na kurzech je dobrovolná.
>
> Pro ženy může porodnice na požádání připravit také jednorázové informativní setkání o průběhu porodu, které není součástí předporodního kurzu.
>
> Porodnice pořádá cvičení pro těhotné. Jedná se o těhotenskou gymnastiku.
>
> Umožňuje-li to provoz, mohou si ženy i jejich doprovod prohlédnout porodní sály. Prohlídky pokojů šestinedělí porodnice umožňuje na požádání.
>
> **Podmínky k porodu**
>
> K porodu mohou ženu doprovázet maximálně 2 osoby. Kromě rodinných příslušníků (včetně dříve narozených dětí rodičky) a přátel to může být dula či jakákoliv vybraná porodní asistentka nebo lékař. Doprovod může zůstat s rodičkou po celou dobu trvání porodu, tj. od příchodu na porodní sál až po jeho opuštění.
>
> Personál porodnice je zvyklý zacházet s porodními plány.
>
> Místnosti určené pro pobyt žen v první době porodní jsou uspořádány tak, že se v nich může připravovat vždy pouze jedna žena. Porodnice má k dispozici 8 takových místností. Ve všech porodních pokojích se snaží dosáhnout kompromisu mezi nemocničním zařízením a civilním pokojem.
>
> **První doba porodní**
>
> V první době porodní je doporučován spíše pohyb a změny poloh.
>
> Klystýr, holení a zákaz jídla jsou spíše nutné, pokud je však žena odmítne, je jí vyhověno. Zákaz pití není nutný, ženy si rozhodují samy.

---

[14] Dostupné z: http://www.upmd.cz/?lang=cz&category=1-4-11-35

[15] Dostupné z: http://www.aperio.cz/162/porodnice-praha-4-podoli

Elektronický monitoring je při normálním porodu prováděn intermitentně.

Epidurální a neuroplegická analgezie jsou poskytovány vcelku bez omezení. Personál je bez lékařské indikace nenabízí, ale na žádost rodičky je poskytne.

Z nefarmakologických metod tlumení porodních bolestí porodnice nabízí možnost využití sprchy, relaxačních pomůcek, poslechu hudby i masáží prováděných personálem.

Druhá doba porodní

Na druhou dobu porodní žena vždy zůstává v místnosti, kde trávila první dobu. Jedna z místností je zařízena spíše jako civilní pokoj (porodnice nespecifikovala, čím se odlišuje od klasického porodního sálu). Ve všech místnostech rodí pouze jedna žena.

Je-li porod fyziologický, může si žena zvolit jinou než klasickou polohu vleže, pololeže či polosedě na posteli, a to v sedě na porodní stoličce a na porodním vaku. Dvěma nejčastěji praktikovanými polohami jsou vleže, pololeže nebo polosedě na posteli, bez připevněných nohou a v sedě na porodní stoličce.

V případě porodu císařským řezem nemůže být doprovod přítomen operaci.

Fyziologický porod vede většinou porodní asistentka a lékař kontroluje jeho průběh. Celkový přístup zdravotnického personálu je spíše vyčkávací – personál pozoruje, kontroluje a vyhodnocuje průběh porodu, stav rodičky i dítěte a podporuje ženu v její samostatné práci.

V době mezi porodem a přeložením na pokoj čekají ženy v místnosti porodu na posteli.

Třetí a čtvrtá doba porodní

V časném poporodním období (tj. třetí a čtvrtá doba porodní) smí být doprovod s rodičkou pouze 2 hod. po porodu, než je převezena na poporodní oddělení.

Matka může být s dítětem po porodu v nepřetržitém kontaktu, potřebná vyšetření se provádějí na těle matky či v bezprostřední blízkosti. Dítě je současně s matkou převezeno na oddělení šestinedělí. U poporodních vyšetření může být přítomen i doprovod.

Šestinedělí, podpora kojení

K prsu se dítě přikládá nejpozději do půl hodiny po porodu.[16]

Porodnice dodržuje 8 z 10 bodů k úspěšnému kojení.

Rooming-in a částečný rooming-in je možný na všech pokojích. Nejčastěji je praktikován nepřetržitý kontakt mezi matkou a dítětem.

Na oddělení šestinedělí je 13 jednolůžkových, 10 dvoulůžkových a 7 trojlůžkových pokojů. Ve všech je k dispozici zařízení na koupání dítěte. 12 jednolůžkových pokojů je vybaveno jako nadstandardní – WC,

[16] Vláda byla porodnicí v Praze – Podolí ujištěna, že novorozenec je na přání matky přiložen k prsu okamžitě po porodu.

sprcha, lůžko pro partnera, telefon, TV, lednička. Umožňují také nepřetržitý 24 hodinový pobyt partnera.

Návštěvy jsou dovoleny na pokojích žen, a to denně od 15,00 do 19,00 hod. Ve stejnou dobu jsou návštěvy možné také ve zvláštním, k tomu vyhrazeném prostoru. Starší děti rodiček mohou na pokoje bez omezení.

V porodnici mají ženy zdarma k dispozici základní oblečení pro dítě (košilka, dupačky, zavinovačka, apod.) a dětské jednorázové pleny. (...)"

II. PŘÍSLUŠNÉ VNITROSTÁTNÍ PRÁVO A PRAXE

(i) Listina základních práv a svobod

11. Dle článku 6 má každý právo na život. Lidský život je hoden ochrany již před narozením.

12. Podle článku 31 má každý právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.

(ii) Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu[17]

13. Dle § 12a odst. 2 Ministerstvo zdravotnictví stanoví vyhláškou požadavky na věcné a technické vybavení zdravotnického zařízení.

14. Dle § 23 odst. 1 zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu příslušného zdravotnického povolání informuje pacienta, popřípadě další osoby v souladu s § 67b odst. 12 písm. d), o účelu a povaze poskytované zdravotní péče a každého vyšetřovacího nebo léčebného výkonu, jakož i o jeho důsledcích, alternativách a rizicích. Dle § 23 odst. 2 se vyšetřovací a léčebné výkony provádějí se souhlasem nemocného.

(iii) Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních[18]

15. Dle § 4 odst. 1 musí být nestátní zařízení pro druh a rozsah jím poskytované zdravotní péče personálně, věcně a technicky vybaveno. Dle § 4 odst. 2 písm. b) Ministerstvo zdravotnictví stanoví vyhláškou technické a věcné požadavky na vybavení zdravotnických zařízení.

(iv) Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

16. Podle § 11 odst. 1 písm. b) má pojištěnec právo na výběr poskytovatele zdravotních služeb a na výběr zdravotnického zařízení tohoto poskytovatele.[19]

---

[17] Účinný do 31. března 2012, nahrazen zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

[18] Účinný do 31. března 2012, nahrazen zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

[19] Úprava svobodného výběru lékaře byla přesunuta ze zákona o veřejném zdravotním pojištění do zákona č. 372/2012 Sb. o zdravotních službách.

(v) Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních

17. Podle § 6 se za výkon povolání porodní asistentky považuje mimo jiné vedení fyziologického porodu a poskytování péče o novorozence.

18. Dle § 90 odst. 2 písm. e) stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou popis činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

(vi) Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách[20]

19. Podle § 2 odst. 4 písm. a) se zdravotní péčí rozumí soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob mimo jiné za účelem pomoci při porodu.

20. Podle § 2 odst. 2 písm. a) se zdravotnickými službami rozumí poskytování zdravotní péče podle tohoto zákona zdravotnickými pracovníky a dále činnosti vykonávané jinými odbornými pracovníky, jsou-li tyto činnosti vykonávány v přímé souvislosti s poskytováním zdravotní péče.

21. Podle § 10 lze v rámci zdravotní péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí, kterou je i péče domácí, vykonávat pouze takové výkony, jejichž poskytnutí není podmíněno technickým a věcným vybavením nutným k jejich provedení ve zdravotnickém zařízení.

22. Dle § 11 odst. 5 mohou být zdravotní služby poskytovány pouze ve zdravotnických zařízeních v místech uvedených v oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Podle § 4 odst. 1 se zdravotnickým zařízením rozumí prostory určené pro poskytování zdravotních služeb (termín „zdravotnické zařízení" proto bude dále v textu používán i pro pracoviště porodní asistentky, kde jsou vedeny fyziologické porody). Dle § 11 odst. 6 musí být zdravotnické zařízení pro poskytování zdravotních služeb technicky a věcně vybaveno. Technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení musí odpovídat oborům, druhu a formě poskytované zdravotní péče. Požadavky na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení stanoví prováděcí právní předpis.

23. Zákon o zdravotních službách přiznává pacientům širokou škálu práv, která jsou relevantní pro rodičku, jež rodí ve zdravotnickém zařízení. Dle § 28 odst. 1 lze zdravotní služby pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem. Dle § 28 odst. 3 má pacient při poskytování zdravotních služeb právo mimo jiné na respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytovaných zdravotních služeb; zvolit si poskytovatele oprávněného k poskytnutí zdravotních služeb, které odpovídají zdravotním potřebám pacienta, a zdravotnické zařízení; na přítomnost osoby blízké nebo osoby určené pacientem; na poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí při zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Dle § 48 odst. 3 poskytovatel, kterého si pacient zvolil, nesmí odmítnout přijetí pacienta do péče, jde-li o porod.

---

[20] Účinný od 1. dubna 2012.

(vii) Důvodová zpráva k vládnímu návrhu zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

24. Důvodová zpráva uvádí mj. následující:

„Navrhovaná právní úprava bude náležet do skupiny právních předpisů upravujících právní podmínky pro naplnění ústavního práva každého na ochranu zdraví a ústavního práva občanů na bezplatnou zdravotní péči ve smyslu čl. 31 Listiny základních práv a svobod a dále právo na ochranu lidské důstojnosti, soukromý a rodinný život a tělesnou integritu. (...)

Zákon (...) definuje odbornou zdravotní péči, což je ta část zdravotní péče, k jejímuž bezpečnému a účinnému poskytování jsou nezbytné odborné znalosti a dovednosti zdravotnických pracovníků a použití specializovaných metod, přístrojů nebo technologií. Jen tuto část zdravotní péče musí stát regulovat; povinností státu musí být nejen zajistit dostupnost zdravotních služeb, ale současně jejich odpovídající kvalitu a bezpečnost. Tento požadavek je naplněn tím, že poskytovat odbornou zdravotní péči je možné pouze jako zdravotní služby poskytovatelem zdravotních služeb. (...)

Navrhovaná právní úprava bude jedním z právních předpisů vytvářejících podmínky pro plnění závazků České republiky v oblasti ochrany zdraví a poskytování zdravotních služeb, jak vyplývají z Mezinárodního paktu o občanských a politických právech a z Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech (vyhláška č. 120/1976 Sb.) a Evropské sociální charty (sdělení č. 14/2000 Sb. m. s.). (...)

Zákon přihlíží též k Úmluvě o právech dítěte (sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí č. 104/1991 Sb.). (...)

Pacient je při poskytování zdravotních služeb rovnocenným partnerem poskytovatele a zdravotnických pracovníků s právem vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytovanými zdravotními službami, a to na základě řádně sdělené informace a poučení o poskytovaných zdravotních službách poskytovatelem nebo osobou jím k tomu určenou. (...)

Jedno ze základních práv pacienta je právo na svobodnou volbu poskytovatele zdravotních služeb. Aby mohl toto právo pacient plně využít, je nezbytné zajistit mu dostatek informací potřebných pro rozhodování. Pacient získá tímto zákonem nejen právo na veškeré informace o svém zdravotních stavu, o zdravotních službách, které mu mají být poskytnuty a z Národního registru poskytovatelů získá také všechny potřebné informace o poskytovatelích zdravotních služeb. (...)

Pojem zdravotní služby je pojem vztahující se k poskytování odborné zdravotní péče; poskytování odborné zdravotní péče je možné pouze jako poskytování zdravotních služeb a opačně – poskytování zdravotních služeb je definováno jako poskytování odborné zdravotní péče a dalších odborných činností podle tohoto zákona, a to vlastním jménem a na vlastní odpovědnost poskytovatele. Uvedené definice zabraňují možnosti poskytování zdravotních služeb (tedy i odborné zdravotní péče) mimo režim tohoto zákona (...). Nově se také hovoří o ‚dalších odborných činnostech', které mohou být poskytovány jen jako zdravotní

> služby. Jde o takové zdravotní služby, u kterých je nezbytné stanovit podmínky pro jejich poskytování s ohledem na potřebu zajištění jejich bezpečnosti a kvality. (...)
>
> V rámci péče o zdraví jsou fyzickými osobami na základě vlastní volby využívány i další aktivity, a to aktivity nejenom v oblasti podpory zdraví, ale i aktivity v oblasti tzv. samoléčby (laické léčby apod.). Zákon těmto aktivitám nebrání, pouze je nedefinuje jako součást odborné zdravotní péče a zdravotních služeb, jejichž kvalita je garantována státem. Důvodem je zejména ta skutečnost, že nelze objektivně hodnotit kvalitu této péče a tudíž nelze ani garantovat její bezpečnost, popř. účinnost. Zdravotní služby mohou být tedy poskytovány pouze na základě zákona o zdravotních službách."

(viii) Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

25. Tato vyhláška nahradila vyhlášku č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

26. Mezi činnosti, které může porodní asistentka vykonávat sama, tj. bez odborného dohledu, patří dle ustanovení § 5 odst. 1 písm. f) obou vyhlášek vedení fyziologických porodů, včetně případného nástřihu hráze.

(ix) Věstník Ministerstva zdravotnictví č. 2/2007

27. V části věnované vybavení porodnického pracoviště a vedení porodu se mimo jiné uvádí:

> „Vedení porodu v České republice je považováno za poskytování zdravotní péče, která je poskytována pouze ve zdravotnickém zařízení. Každé zdravotnické zařízení musí splňovat podmínky dané zákonem (...) a příslušnými podzákonnými předpisy.
>
> Provozovatelem, event. odborným zástupcem může být porodní asistentka způsobilá k samostatnému výkonu povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti dle ust. § 6 zákona č. 96/2004 Sb., a to za předpokladu, že předmětné zdravotnické zařízení bude poskytovat zdravotní péči v rozsahu upraveném v ust. § 5 vyhl. č. 424/2004 Sb."

(x) Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví o nezbytném vybavení

28. Požadavky na věcné a technické vybavení pro pracoviště porodní asistentky, kde jsou vedeny fyziologické porody, stanovené vyhláškou č. 221/2010 Sb., o požadavcích na věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení, (bod 2.10.2 přílohy č. 2 vyhlášky), se téměř neliší od požadavků stanovených vyhláškou č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, (bod 2.11.2 přílohy č. 2 vyhlášky), která v souvislosti s nabytím účinnosti zákona č. 372/2001 Sb., o zdravotních službách, dne 1. dubna 2012 nahradila právě vyhlášku č. 221/2010 Sb.

29. Obě vyhlášky (dále jen „vyhlášky" nebo „vyhlášky o nezbytném vybavení") nařizují zřízení místnosti pro vedení porodu, z čehož vyplývá, že porodní asistentce není umožněno vést porod v domácnosti rodičky.

30. Dle obou vyhlášek musí mít porodní asistentky v takové místnosti následující nezbytné vybavení: porodní lůžko pro porodní místo nebo jiné vhodné zařízení pro vedení fyziologického porodu, vyšetřovací světlo, sterilní svorku nebo gumičku na pupečník, sterilní nůžky, kardiotokograf, pulzní oxymetr, odsávačku, laryngoskop a pomůcky k zajištění dýchacích cest, prostor a plochu pro ošetřování novorozenců, váhu pro novorozence, měřidlo délky novorozence, a zdroj medicinálního kyslíku.

31. Obě vyhlášky stanoví, že pracoviště porodní asistentky musí být situováno tak, aby bylo možné zahájit provedení porodu císařským řezem nebo operaci směřující k ukončení porodu nejdéle do 15 minut od zjištění komplikace při porodu. V opačném případě je nutné splnit i požadavky na zřízení porodního sálu.

(xi) Judikatura Ústavního soudu

32. Ústavní soud se ve své rozhodovací praxi zabýval problematikou volby místa porodu zatím pouze jedenkrát, a to v případě ústavní stížnosti stěžovatelky Dubské (pod sp. zn. Pl. ÚS 26/11). V plénu Ústavního soudu ovšem nastala shoda pouze nad tím, že v podobě, v jaké byla stížnost podána, musí být odmítnuta. Ze série celkem devíti odchylných stanovisek vyplývá, že odůvodnění usnesení jako celek neodráží názor většiny soudců. Menšinové úvahy soudkyně zpravodajky, navíc takové, které jdou nad rámec posouzení přijatelnosti, nelze považovat za názor Ústavního soudu, a to ani jako *obiter dictum*.

III. PŘÍSLUŠNÉ MEZINÁRODNÍ DOKUMENTY

(i) Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech

33. Dle článku 12 odst. 1 a 2 smluvní strany Paktu uznávají právo každého na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně fyzického a duševního zdraví a učiní opatření k dosažení plného uskutečnění tohoto práva, která budou zahrnovat opatření ke snížení kojenecké úmrtnosti a opatření ke zdravému vývoji dítěte.

(ii) Úmluva OSN o právech dítěte

34. Dle článku 3 odst. 1 musí být zájem dítěte předním hlediskem při jakékoli činnosti týkající se dětí, ať už uskutečňované veřejnými nebo soukromými zařízeními sociální péče, soudy, správními nebo zákonodárnými orgány.

35. Dle článku 3 odst. 3 státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, zabezpečí, aby instituce, služby a zařízení odpovědné za péči a ochranu dětí odpovídaly standardům stanoveným kompetentními úřady, zejména v oblastech bezpečnosti a ochrany zdraví, počtu a vhodnosti svého personálu, jakož i kompetentního dozoru.

36. Dle článku 6 odst. 1 státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají, že každé dítě má přirozené právo na život.

37. Dle článku 6 odst. 2 státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, zabezpečují v nejvyšší možné míře zachování života a rozvoj dítěte.

38. Dle článku 24 odst. 1 státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají právo dítěte na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně zdravotního stavu a na využívání léčebných a rehabilitačních zařízení. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, usilují o zabezpečení toho, aby žádné dítě nebylo zbaveno svého práva na přístup k takovým zdravotnickým službám. Dle článku 24 odst. 2 písm. a) státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, sledují plné uskutečňování tohoto práva a zejména činí potřebná opatření ke snižování kojenecké a dětské úmrtnosti.

(iii) Obecný komentář č. 7 Výboru OSN pro práva dítěte o implementaci práv dítěte v raném dětství (2005)

39. V obecném komentáři se mj. uvádí:

„3. (...) [Y]oung children are holders of all the rights enshrined in the Convention. They are entitled to special protection measures (...).The Committee is concerned that in implementing their obligations under the Convention, States parties have not given sufficient attention to young children as rights holders and to the laws, policies and programmes required to realize their rights during this distinct phase of their childhood.

(...)

4. Definition of early childhood. In its consideration of rights in early childhood, the Committee wishes to include all young children: at birth and throughout infancy (...).

(...)

6. Features of early childhood. Early childhood is a critical period for realizing children's rights. During this period: (...) Young children's earliest years are the foundation for their physical and mental health.

(...)

10. Right to life, survival and development. (...) States parties are urged to take all possible measures to improve perinatal care for mothers and babies, reduce infant and child mortality, and create conditions that promote the well-being of all young children during this critical phase of their lives. (...) **Ensuring survival and physical health are priorities** (...) [zvýrazněno vládou].

(...)

13. Best interests of the child. Article 3 sets out the principle that the best interests of the child are a primary consideration in all actions concerning children. **By virtue of their relative immaturity, young children are reliant on responsible authorities to assess and represent their rights and best interests in relation to decisions and actions that affect their well-being** (...). The principle of best interests applies to all actions concerning children and requires active measures to protect their rights and promote their survival [zvýrazněno vládou].

All law and policy development, administrative and judicial decision-making and service provision that affect children must take account of

the best interests principle. This includes actions directly affecting children (e.g. related to health services (...)).

(...)

27. (...) States parties should ensure that all children have access to the highest attainable standard of health care (...) during their early years, in order to reduce infant mortality and enable children to enjoy a healthy start in life. (...) Priority should (...) be given to the provision of appropriate prenatal and post-natal health care for mothers and infants (...).

(...)

32. The private sector as service provider. (...) Where non-State services play a major role, the Committee reminds States parties that they have an obligation to monitor and regulate the quality of provision to ensure that children's rights are protected and their best interests served.

(...)"

(iv) Obecný komentář č. 14 Výboru OSN pro hospodářská, sociální a kulturní práva o právu na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně zdraví (2000)

40. V obecném komentáři se mj. uvádí:

„32. As with all other rights in the Covenant, there is a strong presumption that retrogressive measures taken in relation to the right to health are not permissible. (...)

33. The right to health, like all human rights, imposes three types or levels of obligations on States parties: the obligations to respect, protect and fulfil. (...) The obligation to protect requires States to take measures that prevent third parties from interfering with article 12 guarantees. Finally, the obligation to fulfil requires States to adopt appropriate legislative, administrative, budgetary, judicial, promotional and other measures towards the full realization of the right to health.

(...)

47. (...) A State which is unwilling to use the maximum of its available resources for the realization of the right to health is in violation of its obligations under article 12.

(...)

49. Violations of the right to health can also occur through the omission or failure of States to take necessary measures arising from legal obligations. Violations through acts of omission include the failure to take appropriate steps towards the full realization of everyone's right to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health (...).

(...)

51. Violations of the obligation to protect follow from the failure of a State to take all necessary measures to safeguard persons within their jurisdiction from infringements of the right to health by third parties.

This category includes such omissions as the failure to regulate the activities of individuals, groups or corporations so as to prevent them from violating the right to health of others (...).

52. Violations of the obligation to fulfil occur through the failure of States parties to take all necessary steps to ensure the realization of the right to health.

(...)

53. (...) Every State has a margin of discretion in assessing which measures are most suitable to meet its specific circumstances."

(v) Zpráva Světové zdravotnické organizace (WHO) „Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka"[21]

41. Zpráva v podkapitole 1.5 uvádí, že cílem péče při normálním porodu je:

„zajistit dobré zdraví matky a dítěte s minimální možnou mírou intervence, která je indikována pro bezpečí matky a dítěte. (...) Poskytovatel péče má čtyři úkoly:

• podporovat ženu, jejího partnera a rodinu během celého porodu a v období, které následuje po porodu,

• sledovat ženu v průběhu porodu, monitorovat stav plodu a stav dítěte po porodu, zhodnotit rizikové faktory, včas odhalit komplikace,

• je-li to třeba, provádět menší zásahy jako amniotomii (protržení vaku blan), episiotomii (nástřih hráze), pečovat o dítě po porodu,

• doporučit ženu na vyšší úroveň péče, jestliže jsou rizikové faktory zřejmé nebo nastanou-li komplikace, které toto doporučení opodstatňují.

Tento popis předpokládá, že převedení ženy na vyšší úroveň péče je snadno realizovatelné."

42. Zpráva v podkapitolách 1.6, 2.2 a 2.7 uvádí o monitorování plodu:

„Poskytovatel péče by měl být schopen (...) provádět sledování matky a monitorovat stav plodu a dítěte po porodu. (...)

[M]ěření teploty, tepu a krevního tlaku je spíše pozorování, nikoli zásah, a je součástí neustálého vyhodnocování průběhu porodu. V poskytování péče má jasné postavení, neboť může upozornit na potřebu změnit průběh porodu. (...)

Součástí nezbytné péče při porodu je monitorování zdravotního stavu plodu. Výskyt poruch plodu, obvykle způsobených hypoxií, nelze nikdy zcela vyloučit, i když může porod splňovat kritéria ‚normálního porodu', tj. počátek je v řádném termínu po běžném průběhu těhotenství, ve kterém se neobjevily faktory naznačující zvýšené riziko komplikací."

43. Zpráva v podkapitole 6.1 shrnuje seznam praktik, které jsou dle WHO jednoznačně prospěšné a které by měly být podporovány:

---

[21] Příloha (g) ke stížnosti stěžovatelky Dubské a příloha (e) ke stížnosti stěžovatelky Krejzové.

„1. Osobní plán, který stanoví, kde se porod uskuteční a kdo ho povede, a který je vypracován ve spolupráci s budoucí matkou během těhotenství a je oznámen jejímu manželovi / partnerovi případně i její rodině (1.3).

2. Vyhodnocení rizikovosti těhotenství během prenatální péče, přehodnocené během každého kontaktu se zdravotnickým systémem a v době prvního kontaktu s poskytovatelem péče při porodu (1.3).

3. Sledování tělesného a psychického stavu ženy během všech porodních dob (2.1).

4. Poskytnutí tekutin (orálně) během porodu (2.3).

5. Respektování výběru místa porodu, který žena učinila po náležitém poučení (2.4).

6. Poskytování péče při porodu na nejperifernější úrovni, na které je porod uskutečnitelný a bezpečný, a kde se žena cítí jistě a bezpečně (2.4, 2.5).

7. Respektování práva ženy na soukromí v místě porodu (2.5).

8. Empatická podpora od poskytovatelů péče během porodu (2.5).

9. Respektování ženina výběru společníků při porodu a narození dítěte (2.5).

10. Poskytnutí ženám tolik informací a vysvětlení, kolik si žádají (2.5).

11. Neinvazivní, nefarmakologické postupy mírnění porodních bolestí, jako například masáže a relaxační techniky (2.6).

12. Monitorování plodu prostřednictví periodické auskultace (vyšetření poslechem) (2.7).

13. Použití materiálů pro jednorázovou spotřebu a náležitá dekontaminace nástrojů pro opakované užití během celého porodu (2.8).

14. Použití rukavic při vaginálním vyšetření, během porodu dítěte a při zacházení s placentou (2.8).

15. Volnost ve výběru polohy a pohybu během porodu (3.2).

16. Podpora jiné polohy než vleže na zádech (3.2, 4.6).

17. Pozorné sledování vývoje porodu, například pomocí partografu WHO (3.4).

18. Profylaktická (preventivní) aplikace uterotonik (léků posilujících napětí dělohy, např. kontrakce) ve III. době porodní u žen s rizikem poporodního krvácení a u žen, které jsou ohrožené i malou ztrátou krve (5.2, 5.4).

19. Sterilita při přestřihování pupeční šňůry (5.6).

20. Prevence hypotermie (podchlazení) u novorozence (5.6).

21. Časný tělesný kontakt mezi matkou a dítětem a podpora zahájení kojení v první hodině po porodu v souladu s pokyny WHO o kojení (5.6).

22. Rutinní vyšetření placenty a vaku blan (5.7)."

PRÁVNÍ POSOUZENÍ

TVRZENÉ PORUŠENÍ ČLÁNKU 8 ÚMLUVY

44. Soud klade otázku, zda došlo k porušení práva stěžovatelek na respektování jejich soukromého života ve smyslu článku 8 Úmluvy.

45. Stěžovatelky zejména tvrdí, že právní úprava v České republice znemožňuje asistenci porodní asistentky u domácího porodu, což je v rozporu s jejich právem na respektování soukromého života dle článku 8 Úmluvy.

46. Příslušné části článku 8 Úmluvy zní:

> „1. Každý má právo na respektování svého soukromého (...) života (...).
>
> 2. Státní orgán nemůže do výkonu tohoto práva zasahovat kromě případů, kdy je to v souladu se zákonem a nezbytné v demokratické společnosti v zájmu (...) ochrany zdraví (...) nebo ochrany práv a svobod jiných."

47. Vláda se k tvrzením stěžovatelek vyjádří ve světle otázky Soudu, a to nejprve stručně k chráněnému zájmu „soukromý život" a k rozsahu práva na jeho respektování v kontextu předmětných stížností a k otázce, zda by měly být stížnosti posuzovány na poli pozitivních či negativních povinností podle článku 8. Posléze se vláda bude věnovat poměřování protichůdných zájmů a šíři prostoru pro uvážení na poli pozitivních povinností. Nakonec nabídne Soudu alternativu zhodnocení stížností na poli povinností negativních.

A) ÚVODNÍ POZNÁMKY

48. Podle názoru vlády musí Soud v kontextu projednávaných stížností vyjasnit rozsah práva na respektování soukromého života, jak o něm hovoří článek 8 Úmluvy, a uvážit, zda na projednávané stížnosti bude nahlížet prismatem pozitivních nebo negativních povinností, či zda takovou volbu není nutné provést.

(i) Soukromý život a otázka rozsahu práva na jeho respektování

49. Ačkoli soukromý život ve smyslu článku 8 Úmluvy lze vzhledem k ustálené judikatuře Soudu označit za pojem velmi široký, který není možno definovat vyčerpávajícím způsobem (viz např. *Pretty proti Spojenému království*, č. 2346/02, rozsudek ze dne 29. dubna 2002), není to jistě pojem neohraničený.

50. Článkem 8 chráněný zájem „soukromý život" pokrývá fyzickou a psychickou integritu osoby (*X. a Y. proti Nizozemsku*, č. 8978/80, rozsudek ze dne 26. března 1985, § 22) a zahrnuje určité aspekty fyzické a sociální identity jednotlivce (*Mikulić proti Chorvatsku, č.* 53176/99, rozsudek ze dne 7. února 2002, § 53), jako například právo na osobní autonomii, osobní rozvoj a na rozvíjení vztahů s dalšími lidskými bytostmi a okolním světem (*Pretty proti Spojenému království*, cit. výše, § 61). Právě k zajištění rozvoje osobnosti každého jednotlivce ve vztazích s dalšími osobami je chráněný zájem „soukromý život" určen pře-

devším (*Botta proti Itálii*, č. 21439/93, 24. února 1998, § 32). V neposlední řadě však soukromý život zahrnuje i rozhodnutí být či nebýt rodičem (*Evans proti Spojenému království*, č. 6339/05, rozsudek velkého senátu ze dne 10. dubna 2007, § 71-72).

51. Na základě výše uvedeného Soud v rozsudku ve věci *Ternovszky proti Maďarsku* (č. 67545/09, rozsudek ze dne 14. prosince 2010) dovodil, že okolnosti porodu spadají pod soukromý život (tamtéž, § 22). Jednotlivými okolnostmi porodu je jistě možné rozumět mimo jiné výběr způsobu porodu a polohy při něm, odmítnutí zásahů do porodu, možnosti výběru, zda porod povede porodní asistentka nebo lékař, zda si rodička u porodu přeje otce či další rodinné příslušníky a další.

52. Soukromí rodičky se též týká volba zdravotnického zařízení, poskytovatele zdravotní péče či místa porodu jako takového.

53. Co se týče místa porodu, pokud stěžovatelky vyžadují *asistenci* státu (porodní asistentky nebo jiného zdravotnického pracovníka), volba místa porodu nutně musí mít své hranice. Úroveň a kvalita odborné zdravotní péče musí být garantována státem, jak ostatně uvedli soudce Sajó a soudkyně Tulkens ve svém spojeném souhlasném stanovisku k rozsudku ve věci *Ternovszky* (viz též důvodová zpráva k zákonu o zdravotních službách, § 24 výše). Aby byla ovšem nastavená úroveň a kvalita takové péče zajištěna, po státu nelze rozumně požadovat, aby ji byl schopen garantovat kdekoliv. Jistě si lze představit různá místa, na nichž stát zajistit odbornou asistenci při porodu nemůže a která Soud při zkoumání volby místa porodu ve věci *Ternovszky* určitě neměl na mysli (např. těžko přístupné objekty nebo objekty nevhodné z hygienického hlediska). Soud měl zřejmě na mysli volbu místa v daném společenském prostředí obvyklého. Takovým typovým místem je v České republice především zdravotnické zařízení. Podobně lze nahlížet například na časové limity příjezdu do zdravotnického zařízení v případě komplikací během porodu v domácnosti, stanovené zákony některých evropských států (viz § 121 níže); na základě tohoto kritéria je volba místa porodu také omezena.

54. I když se z rozsudku ve věci *Ternovszky* zdá, že právo na výběr místa porodu Soud v podstatě ztotožnil s právem na porod v domácnosti za asistence porodní asistentky, vláda takový pohled na problém nesdílí a zastává názor, že ke správným závěrům je třeba zvážit všechny souvislosti a že uvedený rozsudek rozhodně nelze označit za ustálenou judikaturu. Otázkou dle názoru vlády tedy zůstává, jaký je rozsah práva na respektování soukromého života, v daném kontextu konkrétně v jakém rozsahu je právo na volbu místa porodu uskutečnitelné, jestliže je vyžadováno zapojení státu. Na tuto otázku nelze hledat odpověď jinak než poměřováním protichůdných soukromých zájmů stěžovatelek a veřejných zájmů společnosti.

55. Vláda na okraj dodává, že si lze zajisté představit, že k porušení práva na respektování soukromého života může v kontextu okolností porodu v konkrétních případech porodů ve zdravotnickém zařízení dojít. Jednalo by se ovšem o dílčí aspekty poskytované péče (tedy o jednotlivé okolnosti porodu, viz § 51 výše) v tom kterém individuálním případě (např. nevyžádané zásahy do fyziologického

porodu, přítomnost většího množství zdravotnického personálu při fyziologickém porodu, než je nezbytně nutné, případně odebrání dítěte matce těsně po porodu, aniž pro to byl dán důvod atd.), avšak ne o samotnou skutečnost, že státní orgány nepodporují porody mimo adekvátním způsobem vybavené zdravotnické zařízení.

56. V této souvislosti je nutné připomenout, že obě stěžovatelky byly v době podání stížnosti těhotné, a jejich námitky tedy nemohly směřovat vůči konkrétním okolnostem porodu. V rozsahu, v němž byly tyto námitky vedeny úvahami o okolnostech porodu, vyplývaly ze zkušeností stěžovatelek s předchozími porody, které jednak lze těžko ověřit, jednak nemohou být při projednávání těchto stížností považovány za relevantní, a to ze zřejmých důvodů spojených s obecnými pravidly přijatelnosti stížností podávaných k Soudu. Situace by se změnila za předpokladu podání stížností až po porodu, pokud by se týkaly konkrétních vnucených okolností porodu dítěte narušujících soukromí matky.

57. Uvedené úvahy nejsou podle názoru vlády v rozporu se zásadami vyplývajícími z judikatury Soudu ohledně zdravotní péče zkoumané pod zorným úhlem článku 8 Úmluvy (viz např. *mutatis mutandis Herczegfalvy proti Rakousku*, č. 10533/83, rozsudek ze dne 24. září 1992, § 82-83, 86; *Pretty proti Spojenému království*, cit. výše, § 63; dále viz též např. *mutatis mutandis, Guerra a ostatní proti Itálii*, č. 14967/89, rozsudek velkého senátu ze dne 19. února 1998, § 60; *Roche proti Spojenému království, č.* 32555/96, rozsudek velkého senátu ze dne 19. října 2005, § 155).

(ii) Pozitivní či negativní povinnosti

58. Před samotným posouzením obou stížností je třeba se zabývat otázkou, zda se týkají negativních či pozitivních povinností vyplývajících z práva na respektování soukromého života.

I když článek 8 směřuje zejména k ochraně jednotlivce před svévolnými zásahy státních orgánů, Soud již v počátcích své judikatury shledal, že státům také ukládá pozitivní povinnosti spočívající v účinném „respektování" soukromého života (viz např. *X a Y proti Nizozemsku*, cit. výše, § 23).

Vláda má za to, že předmětné stížnosti by měly být Soudem posuzovány pouze na poli pozitivních povinností, a to především z následujících důvodů, které jsou do jisté míry naznačeny již v pojednání o „soukromém životě" výše.

59. Zaprvé, k *zásahu* do práva na respektování soukromého života jakožto nezbytné podmínky pro aktivaci negativních závazků na poli článku 8 Úmluvy vůbec nedošlo a ani dojít nemohlo. Právní řád České republiky rodičkám nezakazuje, aby porodily ve své domácnosti, ani takové rodičky nepostihuje, čímž do jejich práva na respektování soukromého života v žádném ohledu *nezasahuje* (k zásahu podrobněji viz § 169 až 172 níže). Je to ostatně patrné i ze skutečnosti, že stěžovatelka Dubská nakonec porodila doma, aniž jí v tom stát jakkoli bránil či do jejího porodu zasahoval.

Skutečnost, že Česká republika do možnosti stěžovatelek rodit doma žádným způsobem nezasahuje, musí být odlišena od otázky rozsahu péče, kterou je stát

povinen při takovém porodu zajistit, což je také otázka, k níž projednávané stížnosti směřují. Tato otázka musí být posuzována na poli pozitivních povinností.

60. Zadruhé, v rozsudku ve věci *Ternovszky proti Maďarsku* Soud odůvodnil svůj závěr o porušení článku 8 Úmluvy nedostatečnou předvídatelností maďarské právní úpravy, jež sice na jedné straně porody doma za asistence státu výslovně na zákonné úrovni zakotvila (*Ternovszky proti Maďarsku*, cit. výše, § 10), ovšem na druhé straně pravidla pro vedení takových porodů, ač se je zavázala vymezit, již nestanovila a počítala navíc se sankcemi vůči porodním asistentkám, pokud by při domácích porodech pomáhaly. Odtud Soud dovodil, že porody v domácnosti jsou v Maďarsku obklopeny právní nejistotou náchylnou ke svévoli (tamtéž, § 26).

Právní řád České republiky však nezakotvuje právo na porod v domácnosti rodičky *za asistence státu*, protože vláda je toho názoru, že takové právo z pohledu mezinárodního práva lidských práv neexistuje. Český právní řád se v daném kontextu vyznačuje právní jistotou i předvídatelností, když stanoví jednoznačné a přesné požadavky, které je pro vedení každého porodu v České republice nutné splnit (viz § 173 až 180 níže) bez ohledu na to, zda je fyziologický porod veden porodní asistentkou nebo lékařem. I když tedy Soud zkoumal stížnost stěžovatelky Ternovszky z pohledu negativních závazků na poli článku 8 Úmluvy, nelze předmětné stížnosti proti České republice posuzovat stejným způsobem, jestliže právní úprava asistenci porodních asistentek u porodu v domácnostech matek z důvodu ochrany zdraví a života dítěte i matky záměrně, transparentně a jednoznačně zamezuje.

61. Zatřetí, vláda má tendenci přisvědčit společnému souhlasnému stanovisku soudce *Sajó* a soudkyně *Tulkens* k rozsudku *Ternovszky* (cit. výše), které dotváří a zásadně doplňuje rozsudek těsné většiny senátu, v tom směru, že daný případ měl být posuzován na poli pozitivních závazků. Podle judikatury Soudu má stát obecnou povinnost regulovat poskytování zdravotních služeb, což také nasvědčuje nutnosti zkoumat stížnosti na poli pozitivní povinností.

62. Vláda je proto přesvědčena, že v projednávaném případě je namístě zkoumat nikoli to, zda stát splnil negativní povinnost nezasahovat do práv stěžovatelek, nýbrž zda dostál svým pozitivním povinnostem, které pro něj z článku 8 Úmluvy vyplývají.

63. Vláda však Soudu nabídne i variantu jinou. Soud opakovaně uvedl, že hranici mezi pozitivními a negativními povinnostmi státu podle článku 8 Úmluvy nelze přesně definovat (viz např. *Odièvre proti Francii, č.* 42326/98, rozsudek velkého senátu ze dne 13. února 2003, § 40). Pokud se Soud rozhodne výslovně nekonstatovat, že předkládané stížnosti hodlá posuzovat výhradně na poli pozitivních závazků, vláda alternativně navrhuje, aby Soud otázku, zda jde o pozitivní či negativní závazek státu, nerozhodl a omezil se pouze na konstatování, že zásady posuzování porušení Úmluvy jsou v obou kontextech podobné (viz např. *Nunez proti Norsku, č.* 55597/09, rozsudek ze dne 28. června 2011, § 69).

64. Pro zjištění rozsahu zkoumaného práva, resp. existence z něj vyplývající povinnosti zajistit podmínky pro asistované porody v domácnosti, bude tak jako tak ústřední otázkou předmětných stížností dosažení spravedlivé rovnováhy mezi soupeřícími veřejnými a soukromými zájmy (viz např. *Dickson proti Spojenému království*, č. 44362/04, rozsudek velkého senátu ze dne 4. prosince 2007, § 71; *mutatis mutandis*, *Mikulić proti Chorvatsku*, č. 53176/99, rozsudek ze dne 7. února 2002, § 58).

65. Vláda se proto v části stanoviska zabývající se pozitivními závazky zaměří na poměřování relevantních soupeřících zájmů v kontextu projednávaných stížností, což je použitelné, i kdyby Soud výslovně neuvedl, že předkládané stížnosti hodlá posuzovat na poli pozitivních povinností.

B) POSOUZENÍ STÍŽNOSTÍ VE SVĚTLE POZITIVNÍCH ZÁVAZKŮ

66. Na rozdíl od závazků negativních se v případě pozitivních závazků analýza, zda stát porušil své závazky podle článku 8 Úmluvy, zužuje do jednoho kroku, kterým je, jak již bylo poznamenáno výše, poměřování soupeřících soukromých a veřejných zájmů.

67. Není pochyb, že deklarovaným soukromým zájmem stěžovatelek je porod v jejich domácnostech. Naproti tomu za veřejné zájmy vláda u projednávaných stížností považuje ochranu zdraví a života dítěte i matky, které reflektují legitimní cíle *ochrany zdraví* a *ochrany práv jiných* ve smyslu článku 8 odst. 2 Úmluvy, jelikož dle judikatury Soudu mají cíle v druhém odstavci článku 8 relevanci pro hodnocení pozitivních závazků státu (viz např. *A, B a C proti Irsku*, č. 25579/05, rozsudek velkého senátu ze dne 16. prosince 2010, § 247).

68. Pojem „respektování" ve smyslu článku 8 Úmluvy jakožto spouštěcí mechanismus pozitivních povinností není při jejich posuzování jednoznačný. S ohledem na rozmanitost sledovaných praktik i poměrů panujících v jednotlivých smluvních státech Úmluvy se budou požadavky na naplnění tohoto pojmu lišit případ od případu (viz např. *Sheffield a Horsham proti Spojenému království*, č. 22985/93 a 23390/94, rozsudek velkého senátu ze dne 30. července 1998).

69. Určité obecné zásady pro posuzování pozitivních závazků státu na poli článku 8 Úmluvy shrnul Soud ve věci *A, B a C proti Irsku* (cit. výše, § 247-249). Stěžovatelek se dotýkají faktory, mezi něž mimo jiné patří důležitost daného zájmu a spojení se základními hodnotami nebo základními aspekty soukromého života (*X a Y proti Nizozemsku*, cit. výše, § 27; *Gaskin proti Spojenému království*, č. 10454/83, rozsudek pléna ze dne 7. července 1989, § 49). Mezi faktory týkající se pozice státu se řadí například otázka, zda namítaný závazek je úzký a vymezený, nebo široký a neurčitý (*Botta proti Itálii*, cit. výše, § 35), ale i otázka rozsahu zátěže pro stát, kterou by takový závazek uložil (*Rees proti Spojenému království*, č. 9532/81, rozsudek pléna ze dne 17. října 1986, § 43 až 44).

70. Při rozhodování, zda daný pozitivní závazek existuje, požívají státy podobně jako v kontextu negativních závazků prostoru pro uvážení (viz např. *A, B a C proti Irsku*, cit. výše, § 249). Jeho šíře se i na poli pozitivních povinností pod-

le článku 8 odvíjí od běžných faktorů vyplývajících z judikatury Soudu (viz § 151 až 160 níže).

71. Pro dosažení spravedlivé rovnováhy mezi soupeřícími zájmy v projednávaných stížnostech, včetně využití možného prostoru pro uvážení (viz § 70 výše), je třeba vzít v úvahu veškeré okolnosti daných případů (viz § 68 výše), což vládu vede k tomu, aby zmínila široké spektrum aspektů, které považuje pro projednávanou problematiku za relevantní: údaje o mezinárodním srovnání prokazující kvalitu současného systému poskytování zdravotní péče při porodu v České republice; schopnost tohoto systému zajistit stěžovatelkám soukromí dle jejich představ; požadavky na pracoviště porodní asistentky dle vyhlášek o nezbytném vybavení; postupy příslušných správních orgánů; kolizi mezinárodních závazků České republiky; a konečně šíři prostoru pro uvážení.

(i) Statistické údaje a mezinárodní srovnání

72. Přesvědčení vlády o významu veřejného zájmu na ochraně života a zdraví (i při zohlednění prostoru pro uvážení) je v prvé řadě podpořeno kvalitou porodnictví v České republice, které vyniká v respektovaných mezinárodních statistikách.

a) Srovnání bezpečnosti porodů v domácím prostředí a ve zdravotnickém zařízení

73. Bylo by krátkozraké prezentovat pouze ty mezinárodní statistické studie, které hovoří ve prospěch porodů ve zdravotnickém zařízení.[22] Jak ostatně poznamenává Soud ve věci *Ternovszky* (§ 24), nelze pominout, že jednotlivé studie porovnávající bezpečnost porodů v domácím prostředí s těmi ve zdravotnickém zařízení se výsledkově značně liší. Mají tedy omezenou vypovídací hodnotu.

74. Výrazné rozdíly ve výsledcích takových studií jsou způsobeny především nemožností dané téma objektivně zhodnotit. Odborná literatura například upozorňuje, že existující studie neberou v úvahu nezanedbatelné procento rodiček, které se rozhodnou rodit doma vzhledem k předpokládanému fyziologickému průběhu porodu, avšak během porodu či po něm jsou kvůli akutním komplikacím převáženy do zdravotnického zařízení. Nepříznivé výsledky takových porodů jsou poté připočítávány k porodům vedeným ve zdravotnických zařízeních.[23] Mezi další nedostatky jednotlivých porovnávacích studií odborná literatura řadí výběrové zkreslení vzorku, problém nedosažitelné velikosti vypovídajícího souboru vzhledem k velmi vzácně se vyskytujícím úmrtím při porodu či zobecnění výsledků studií, které mohou mít platnost pouze v prostředí, kde byl výzkum prováděn.[24] Úroveň zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních se totiž v jednotlivých stá-

---

[22] Viz např. Wax JR, Lucas FL, Lamont M et al, Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. Am J Obstet Gynecol 2010, 203:24.e1-8, dostupné z: http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0002-9378/PIIS000293781000671X.pdf.

[23] Tamtéž, str. 1.

[24] Křepelka P., Velebil P., *Bezpečnost domácích porodů a medicína založená na důkazech*. Tato studie v závěru uvádí, že „[d]ůkazy tvrzení, že domácí porod je stejně bezpečný jako porod nemocniční, jsou nedostatečné".

tech značně liší, výsledky studie porovnávající bezpečnost porodů v domácnosti a ve zdravotnických zařízeních v jiném státě tudíž nelze bez dalšího převzít a pokládat za vypovídající ve specifických podmínkách České republiky a jejího vyspělého systému zdravotní péče.[25]

75. Jestliže na základě výše uvedeného nelze statisticky objektivně porovnat bezpečnost porodů v domácnosti s porody ve zdravotnickém zařízení, nabízí se zaměřit se namísto toho na srovnání perinatální úmrtnosti v České republice a v ostatních státech.

b) Perinatální úmrtnost

76. Perinatální úmrtnost, jež zahrnuje mrtvorozenost a časnou novorozeneckou úmrtnost, je považována za základní mezinárodně platné kritérium úrovně péče o plod a novorozence. Jeví se tedy jako nejvhodnější ukazatel schopnosti státu zamezit úmrtí dítěte během porodu a těsně po něm.[26]

77. Dle statistik WHO má Česká republika nejen nejnižší míru perinatální úmrtnosti ze všech států Evropské unie, ale řadí se mezi tři státy se shodnou nejnižší mírou perinatální úmrtnosti na celém světě (viz příloha č. 1, str. 29 a násl.). Podobný výsledek lze vysledovat ze statistik Evropské unie, dle kterých má Česká republika nejnižší časnou novorozeneckou úmrtnost mezi členskými státy EU (příloha č. 3, str. 119). Všechny země, jež mají zavedenou zdravotní péči při domácím porodu, vykazují horší výsledky perinatální péče než Česká republika, navzdory tomu, že v domácnostech probíhají v podstatě výhradně porody, u nichž se očekává fyziologický průběh. Proto není dle názoru vlády argumentace zahraničními zkušenostmi přiléhavá (srovnání viz např. bod 15.5 stížnosti stěžovatelky Krejzové).

78. Tento úspěch v podobě extrémně nízké míry perinatální úmrtnosti je primárně dán propracovaným systémem českého porodnictví, jež prošlo v druhé polovině 20. století velmi specifickým vývojem (viz § 5 výše) a jehož charakteristickým rysem je vedení porodů ve zdravotnických zařízeních. Česká republika totiž poskytuje pouze na základě povinného zdravotního pojištění vysokou úroveň zdravotní péče, která se projevuje ve světle stížností tím, že až na výjimky jsou v České republice veškeré porody v současnosti vedeny v plně personálně, věcně a technicky vybavených zdravotnických zařízeních přístupných pro každou rodičku.

c) Porody v domácnosti ve světle nízké perinatální úmrtnosti v České republice

79. Častým argumentem ve prospěch domácích porodů je absence studie porovnávající bezpečnost domácího porodu s porodem ve zdravotnickém zařízení

---

[25] V této souvislosti lze odkázat například na specifické podmínky pro domácí porody v Nizozemsku, kde je hustá síť dálnic, speciálně vybavené sanitní vozy pro řešení komplikací při porodu a nízkopodlažní zástavba bez výtahů. Tato opatření jsou ze zřejmých důvodů neuskutečnitelná v České republice.

[26] WHO uvádí, že ukazatel perinatální úmrtnosti odráží kvalitu porodní péče.

v České republice. Na tomto základě bývá pak nezřídka stavěna domněnka, že domácí porody nemohou být označovány za méně bezpečné než porody ve zdravotnických zařízeních. Vzhledem k objektivně velmi nízké perinatální úmrtnosti v České republice, jež má příčinu v tom, že jsou v podstatě veškeré porody vedeny ve zdravotnických zařízeních, však lze předpokládat, že případná studie porovnávající perinatální úmrtnost ve zdravotnických zařízeních a v domácím prostředí při pečlivém a alespoň do jisté míry objektivním výběru vzorku rodiček by ve specifických podmínkách České republiky odkryla nižší míru perinatální úmrtnosti ve zdravotnických zařízeních v porovnání s porody v domácnostech.

80. Na předchozí úvahu lze obdobně nahlížet i z pohledu mezinárodního srovnání. Při zohlednění skutečnosti, že úroveň poskytované péče ve zdravotnických zařízeních jednotlivých srovnatelně vyspělých států se značně liší, přičemž Česká republika zde na základě výše uvedeného prokazatelně zaujímá přední postavení, lze rozumně předpokládat, že by se při rozšíření porodů v domácnosti perinatální úmrtnost ve specifických podmínkách vysoké úrovně zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních v České republice zvýšila a přiblížila se tak k průměrným hodnotám perinatální úmrtnosti ve státech srovnatelné vyspělosti.

81. Vláda není přesvědčena o relevanci otázky, zda podle statistických údajů rizika porodů v domácnosti *výrazně* převyšují rizika porodů ve zdravotnických zařízeních (*Ternovszky*, rozsudek citovaný výše, § 24). Domnívá se, že i kdyby rizika nebyla *výrazně vyšší*, avšak úspěšný systém českého porodnictví, pro které jsou charakteristické porody ve zdravotnických zařízeních, by napomohl zachránit kupříkladu pouze jedno dítě z tisíce, veřejný zájem na ochraně života a zdraví novorozence musí být dostatečně zohledněn při hledání spravedlivé rovnováhy u projednávaných stížností (nebo přinejmenším v rámci prostoru pro uvážení). Jinými slovy, vysoká úroveň zdravotní péče v českém porodnictví s objektivně vynikajícími výsledky tvoří základní premisu důrazu na veřejný zájem na ochraně zdraví.

82. Výše uvedené je při poměřování protichůdných zájmů podle článku 8 Úmluvy třeba chápat ve spojení s následující kapitolou tohoto stanoviska o soukromí rodiček a jejich volném výběru okolností porodu ve *zdravotnických zařízeních*, protože dle názoru vlády není možné tvrdit, že porod ve zdravotnickém zařízení, který může být v současné době za plného respektování soukromí rodičky (viz § 83 až 110 níže) veden porodní asistentkou s možností okamžitého povolání lékaře i využití věcného a technického vybavení pro řešení akutních komplikací, je zcela srovnatelně rizikový jako porod v domácnosti rodičky bez odpovídajícího vybavení.

(ii) Právo na respektování soukromého života ve zdravotnických zařízeních

83. Okolnosti porodu hrají dle názoru vlády významnou roli z hlediska snahy o nalezení spravedlivé rovnováhy mezi soupeřícími zájmy na poli pozitivních povinností podle článku 8 v kontextu rozsahu práva na volbu místa porodu, a to z toho důvodu, že veřejný zájem v podobě ochrany života a zdraví rodiček a dětí

může být vyvážen právě respektováním soukromí rodiček (včetně okolností porodu) v zařízení, které si stěžovatelka libovolně zvolí.

84. Garantování takových podmínek ve zdravotnickém zařízení mimo jiné zeslabuje *důležitost požadovaného konání* (tzn. zajištění porodních asistentek pro porody v domácnosti) pro soukromý život stěžovatelek podle článku 8 Úmluvy. Přitom právě důležitost požadovaného konání je podstatným faktorem pro posuzování váhy individuálního zájmu stěžovatelek při poměřování protichůdných zájmů na poli pozitivních povinností. V projednávaných stížnostech je i vzhledem k respektování soukromí včetně rodičkou zvolených okolností porodu v řadě zdravotnických zařízení v České republice důležitost požadovaného konání daleko nižší, než byla v případech Soudem v minulosti posuzovaných (viz např. *mutatis mutandis Gaskin proti Spojenému království*, cit. výše, § 49; *X a Y proti Německu*, cit. výše, § 27).

a) Požadavky rodiček upřednostňujících porod doma a jejich splnění ve zdravotnických zařízeních

85. Z projednávaných stížností, ale i z dalších dostupných zdrojů se vláda pokusila identifikovat požadavky, které jsou zásadní pro matky, jež upřednostňují porod v domácnosti. Jedná se zejména o vedení porodu porodní asistentkou, nezasahování do průběhu porodu, nepřetržitý kontakt matky s dítětem okamžitě po porodu, včetně okamžitého přiložení dítěte k prsu, možnost výběru způsobu porodu a polohy při porodu, respektování porodního plánu připraveného rodičkou a přítomnost rodinných příslušníků a blízkých u porodu.

86. Vláda netvrdí, že výše uvedené požadavky jsou bezezbytku splněny v každém jednotlivém zdravotnickém zařízení umožňujícím konání porodů (tzn. porodnici) v České republice. Je však třeba vzít v úvahu také zákonem zaručené právo rodiček zvolit si poskytovatele zdravotní péče i zdravotnické zařízení dle svých představ a potřeb (viz § 28 odst. 3 ve spojení s § 48 odst. 3 zákona o zdravotních službách, které nahradily § 11 odst. 1 písm. b) zákona o veřejném zdravotním pojištění). Žádné vymezení spádových oblastí zdravotnických zařízení *de iure* neexistuje.

87. Výběr zdravotnického zařízení dle představ rodiček usnadňují existující webové portály fungující jako průvodci porodnicemi v České republice,[27] na kterých může budoucí rodička snadno nalézt všechny porodnice v okolí svého bydliště, podrobné informace o poskytovaných službách, výběru okolností porodu a možnostech soukromí v jednotlivých porodnicích i jejich hodnocení rodičkami. Jeden z portálů, na které se odkazuje, je podporován státem.

88. Splnění uvedených požadavků rodiček pro porod v domácím prostředí bude níže zkoumáno u dvou zdravotnických zařízení, která vláda považuje v kontextu projednávaných stížností za relevantní z toho důvodu, že se nacházejí v blízkosti trvalých bydlišť stěžovatelek.

---

[27] Portály jsou k nalezení na http://www.aperio.cz/pruvodce_porodnicemi a http://mojeporodnice.cz/porodnice.php.

89. Jak Masarykova městská nemocnice v Jilemnici (místo bydliště stěžovatelky Dubské), tak porodnice v Praze-Podolí (stěžovatelka Krejzová bydlí v hlavním městě) respektují naprostou většinu požadavků kladených stěžovatelkami a potažmo obecně rodičkami na porod v domácím prostředí (viz § 7-10 ve spojení s § 85 výše). Nelze též pominout snahu obou nemocnic, aby se prostředí a vybavení místností, kde matka rodí a kde pobývá po porodu, do nejvyšší možné míry shodovalo s prostředím domácím (viz příloha č. 5).

90. Vláda v tomto kontextu nemůže souhlasit s nedoloženými tvrzeními stěžovatelek, že dítě bývá po porodu vystaveno dvouhodinové observaci, a je tedy odtrženo od matky okamžitě po porodu, že porodnice odmítají splnit představu stěžovatelek o porodu bez zásahů a že je nutí do porodu v určité poloze. Takové námitky v konkrétních případech by navíc měly stěžovatelky nejprve předložit vnitrostátním orgánům, zejména soudům (viz § 100 níže), což ovšem neučinily a ani se o to nepokusily.

α) Přiložení dítěte k prsu matky bezprostředně po porodu

91. Vláda konstatuje, že obě výše uvedené nemocnice dle informací, které samy uvádějí, ale i dle informací nezávislého portálu umožňují na přání rodičky okamžité přiložení dítěte k jejímu prsu. Nezávislý portál o porodnici v Praze-Podolí například uvádí, že matka může být s dítětem po porodu v nepřetržitém kontaktu, přičemž potřebná vyšetření se provádějí na těle matky či v její bezprostřední blízkosti (viz § 10 výše). Obě porodnice podporují tzv. rooming-in, což znamená, že matka může být s dítětem po porodu v nepřetržitém kontaktu (viz § 8 a 10 výše). V souvislosti s umožněním včasného přiložení dítěte k prsu rodičky je též vhodné poznamenat, že České republice patří dle statistik Evropské unie přední místo mezi členskými státy v umožnění výhradního kojení dítěte matkou v časovém úseku od okamžiku skončení porodu do 48 hodin po porodu (viz příloha č. 3, str. 82).

ß) Zásahy do porodu

92. Vláda nesouhlasí ani s tvrzením stěžovatelek, že porodnice odmítají plnit přání rodiček nezasahovat do porodu. Porodnice v Jilemnici například jasně uvádí, že respektuje přání rodičky (viz § 7 výše). Pakliže by budoucí rodička cítila v tomto ohledu jakékoliv obavy, obě zkoumané porodnice například umožňují, aby si rodička k porodu přizvala jí libovolně zvolenou porodní asistentku či dulu (viz § 8 a 10 výše). Obě uváděné porodnice jsou navíc zvyklé pracovat s porodními plány, které si matky mohou v předstihu připravit dle svých představ (viz § 8 a 10, viz též příloha č. 7). Je ostatně zcela obvyklé, že okolnosti porodu jsou voleny v komunikaci s příslušným zdravotnickým zařízením, které si budoucí rodička může svobodně vybrat, například na základě informací z existujících webových portálů a na základě prohlídek, které jednotlivé porodnice poskytují. Budoucí matka navíc může do zdravotnického zařízení, které si předem vybrala, dobrovolně docházet na informativní schůzky a předporodní kurzy (viz § 8 a 10).

93. Za negativní vedlejší důsledek vedení porodů ve zdravotnických zařízeních v České republice stěžovatelka Krejzová označila například provádění epizi-

otomií, kterou dle jejích slov WHO považuje za zásah škodlivý (viz bod 14.9 stížnosti). Dle zprávy WHO však patří tzv. epiziotomie, tedy nástřih hráze, mezi základní úkoly poskytovatele péče při „normálním porodu" a je v souladu s cílem „normálního porodu" (viz § 41 výše).

94. Jako další z faktorů nepřiměřeného zasahování do průběhu porodu bývá označováno nadměrné a neuvážené používání císařského řezu.[28] Dle statistik WHO i Evropské unie však Česká republika provádí percentuálně méně císařských řezů než většina členských států EU (viz příloha č. 2, str. 98-105 a příloha č. 3, str. 64), a to i přesto, že v podstatě veškeré porody v České republice probíhají na rozdíl od některých jiných evropských států ve zdravotnických zařízeních. Je však třeba též vzít v úvahu, že některé rodičky si v důsledku společenského klimatu provedení císařského řezu přímo přejí.

γ) Poloha při porodu

95. Vláda musí též odmítnout tvrzení stěžovatelek, že by byly nuceny k porodu v určité mandatorní poloze. Obě zkoumané nemocnice nabízejí možnost výběru polohy při porodu, včetně řady pomůcek, které tento výběr ještě rozšiřují (viz § 8 a 10 výše), což je mimo jiné patrné i ze snímků porodních místností v obou porodnicích (viz příloha č. 5).

δ) Porody vedené porodní asistentkou ve zdravotnických zařízeních

96. V řadě porodnic v České republice mohou porodní asistentky vést (fyziologické) porody[29] bez přítomnosti lékaře. Vedení porodu porodní asistentkou probíhá běžně i v obou porodnicích v blízkosti trvalých bydlišť stěžovatelek (viz § 8 a 10 výše). Nelze tedy souhlasit s tvrzením stěžovatelky Dubské, která v „Doplnění informací o vývoji na domácí úrovni" uvedla, že porodní asistentky v porodnicích nemají zkušenosti se samostatným vedením porodů.

97. Kvalifikovaná porodní asistentka je bezesporu kompetentní k vedení fyziologických porodů, přičemž k jejím povinnostem mimo jiné patří včasná identifikace změny fyziologického stavu na stav nefyziologický. K posouzení změny stavu je ovšem nezbytné minimální technické vybavení, které umožňuje detekovat stavy, jež mohou vést k vážnému ohrožení dítěte (viz blíže § 111 až 118 níže). Lékař – porodník bývá porodní asistentkou přivolán až v případě komplikací při porodu a nemá povinnost ve fázi fyziologického porodu přebírat činnosti související s fyziologickým porodem.

98. Pouhá přítomnost lékařů ve zdravotnických zařízeních bez nutnosti nacházet se přímo v porodním pokoji proto není v rozporu s výkonem samostatné a nezávislé činnosti poskytování zdravotní péče porodními asistentkami či v roz-

---

[28] Akutní císařské řezy se provádějí především z důvodu ohrožení dítěte nedostatkem kyslíku. Plánovaný císařský řez bývá prováděn z řady důvodů, mezi něž patří například nepříznivá poloha plodu.

[29] Viz § 6 zákona č. 96/2004 Sb. ve spojení s § 5 odst. 1 písm. f) vyhlášky č. 55/2011; pro možnost porodní asistentky poskytovat tyto služby na základě smlouvy s poskytovatelem lůžkové péče na porodnickém oddělení nemocnice viz § 16 odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb.

poru se soukromím rodiček. Je patrný výrazný posun od doby minulého režimu, kdy lékaři – porodníci dominovali u vedení porodu a jejich přístup se mohl vyznačovat nižší mírou respektování soukromí či informování pacienta nežli v současnosti.

Definice samotného lékařského vedení porodu se ostatně v České republice vyvinula tak výrazně, že je možné jej v současnosti v podstatě přirovnat ke koncepci přirozeného porodu.[30] Za některými rodičkami kritizované lékařské vedení porodu se totiž již v České republice považují pouze tři základní činnosti: sledování, kontrola odchylek od fyziologického porodu a včasný zásah při změně fyziologického porodu v porod patologický, což je zcela v souladu s požadavky WHO.

ε) Zákonná záruka soukromí vyhrazeného rodičkám

99. Učinit opatření k respektování soukromí matky při porodu a zpříjemnění jejího pobytu v porodnici ostatně podporuje i nový zákon o zdravotních službách tím, že přináší výslovné a široké definování práv pacientů (viz § 28-30 zákona o zdravotních službách). Podmínky, kterých se stěžovatelky a potažmo obecně rodičky v domácnostech velmi často dožadují při vedení fyziologického porodu, některá z práv zakotvených v zákoně o zdravotních službách reflektují. Například informovanost rodiček a jejich právo na svobodný a informovaný souhlas zamezuje nezřídka namítaným přílišným zásahům do průběhu porodu a je základem českého porodnictví (viz § 28 odst. 1 zákona o zdravotních službách). Rodička má dle zmiňovaného zákona také právo na respektování individuality a respektování soukromí a na poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí (viz § 28 odst. 2 a 3 zákona o zdravotních službách).

100. Práva pacientů výslovně stanovená v zákoně o zdravotních službách jsou právy vymahatelnými. Jednak zákon za porušení řady z nich stanoví pokuty. Jednak zásah do určitých okolností porodu lze považovat za neoprávněný zásah do práva na ochranu osobnosti (viz § 11 a násl. občanského zákoníku), jemuž se lze bránit příslušnou občanskoprávní žalobou. Pro uplatnění práva z titulu ochrany osobnosti se nevyžaduje vyvolání následků a postačí, pokud zásah byl objektivně způsobilý narušit nebo ohrozit chráněná osobnostní práva.

101. Dle § 11 občanského zákoníku je součástí práva na ochranu osobnosti právo na soukromí, které v sobě zahrnuje i sféru rodinného života. Pakliže Soud zahrnul do soukromého života okolnosti porodu, je třeba umožnit vnitrostátním soudům toto pojetí zohlednit. To je však možné pouze za předpokladu, že osoby, které se domnívají, že k neoprávněnému zásahu do práva na ochranu jejich soukromí v souvislosti s okolnostmi porodu došlo, příslušnou občanskoprávní žalobu skutečně podají. Stěžovatelky tak ovšem vůbec neučinily a příslušné soudy nedostaly příležitost se k podobné věci vyjádřit.

---

[30] Kapr J., Koukola B., Pacient: Revoluce v poskytování péče. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1998. ISBN 80-85850-49-4, str. 91

102. Je navíc zcela zřejmé, že některé okolnosti porodu se netýkají jen soukromí, ale i práva na tělesnou integritu jakožto další dílčí součásti jednotného všeobecného osobnostního práva dle § 11 občanského zákoníku. Není nutno zdůrazňovat, že právo na tělesnou integritu je svou povahou subjektivní občanské právo a působí vůči všem ostatním právním subjektům s rovným postavením, tedy i vůči všem provozovatelům zdravotnických zařízení, ať již jsou provozovány státem, obcí, právnickou osobou či fyzickou osobou. Toto soukromoprávní pojetí, jak již bylo výše konstatováno, odpovídá modernímu chápání vzájemného vztahu pacienta a provozovatele zdravotnického zařízení jako vztahu založenému na partnerství.[31] V rámci zdravotní péče, kterou je i vedení porodu, samozřejmě dochází k zásahům do tělesné integrity rodičky. Zasáhne-li však zdravotnický pracovník do tělesné integrity rodičky, aniž k tomu měl její řádný souhlas, ledaže jde o výjimečný případ, kdy zákon stanoví, že souhlas není třeba, jde o neoprávněné jednání se všemi nepříznivými právními důsledku z toho vyplývajícími.

Je třeba podotknout, že ve výše uvedených případech by se sice jednalo o občanskoprávní žalobu *ex post factum*, takový postup je však u těchto občanskoprávních prostředků zcela běžný (viz např. rozsudek Krajského soudu v Ostravě ze dne 11. listopadu 2005, sp. zn. 23 C 25/2005 uvedený jako příloha č. 8 k tomuto stanovisku).

ζ) Závěr

103. Vláda má proto na základě všeho výše uvedeného za to, že schopnost řady českých porodnic, včetně těch v blízkosti trvalých bydlišť stěžovatelek, zajistit rodičkám v maximální možné míře domácí prostředí ve zdravotnických zařízeních, soukromí a široký výběr okolností porodu, jichž se stěžovatelky dovolávají[32] (včetně možnosti sama si řídit porod případně za trvalé spolupráce důvěryhodné erudované osoby po celou dobu porodu), za současného zachování adekvátního bezpečí pro dítě i matku při porodu přispívá k nalezení spravedlivé rovnováhy mezi soupeřícími zájmy v kontextu otázky existence pozitivních povinností státu při volbě místa porodu na poli článku 8 Úmluvy, resp. rozsahu práva na respektování soukromého života, jestliže stěžovatelky vyžadují asistenci státu.

104. S tím souvisí i teze zastávaná v současnosti českou odbornou lékařskou veřejností, podle které je cílem českého porodnictví „nikoliv porod doma, ale do-

---

[31] Knap, K., Švestka, J., Jehlička, O., Pavlík, P., Plecitý, V. – Ochrana osobnosti podle občanského práva, 4. vydání, 2004, Linde, Praha, str. 207-208.

[32] V tomto směru se vláda též odmítavě staví ke Zprávě Ligy lidských práv, *Péče porodních asistentek mimo porodnice: Analýza právní úpravy vybraných evropských států*, říjen 2010 (viz příloha (h) ke stížnosti stěžovatelky Dubské a příloha (f) ke stížnosti stěžovatelky Krejzové), která na straně 5 popisuje, že v České republice jsou přítomny praktiky těžko schůdné v západních zemích, mezi něž patří systematické nerespektování práva rodiček na informovaný souhlas, na odmítnutí zákroků, na volbu polohy během porodu, na nepřetržitý kontakt se zdravým novorozencem, na předčasné propuštění z porodnice (tzv. ambulantní porod), ale i na soukromí a lidskou důstojnost. Jak vyplývá z § 89 ve spojení s § 7 až 10 tohoto stanoviska, tyto požadavky jsou v řadě českých porodnic splněny. Jak již bylo navíc výše uvedeno, případné konkrétní nedostatky v některých porodnicích mají být primárně předmětem projednání před vnitrostátními soudy. Existuje přitom spojitost mezi právními zástupci stěžovatelek a původci studie.

mov v porodnici"; mimo jiné profesní organizace lékařů zaujala oficiální stanovisko, podle něhož „plně podporuje přirozené porody v řádně personálně i technicky vybavených porodnicích, které rodičkám zajišťují příjemné prostředí".[33] České porodnictví se v posledních letech přirozeně vyvíjí směrem kladoucím stále větší důraz na zajištění a rozšíření soukromí i domov připomínajícího prostředí (viz § 6 výše) a vláda je názoru, že do tohoto vývoje by i vzhledem k prostoru pro uvážení zasahováno být nemělo.

b) Zhodnocení zprávy WHO o doporučených postupech pro vedení porodu, přiložené stěžovatelkami

105. Stížnosti se mimo jiné opírají o určité zprávy, studie a doporučení. Pokud jde o doporučené postupy pro vedení porodů, dominuje jim zpráva WHO.[34]

106. Zpráva WHO přiložená ke stížnostem je stará téměř 15 let a pro formování závěrů používá řadu odborných studií dokonce z 80. a počátku 90. let 20. století. Některá její doporučení proto vycházejí z již dávno překonaných porodnických metod. Příkladem je sledování srdeční frekvence plodu, které je dle zprávy možné provádět pouze dvěma metodami,[35] jež jsou však v českém porodnictví nepoužívané a dávno zastaralé. V současném českém porodnictví upřednostňovanou metodu sledování plodu pomocí CTG (k čemuž je potřebný kardiotokograf, viz požadavky na věcné a technické vybavení pracoviště porodní asistentky, kde jsou vedeny fyziologické porody, v § 111 až 118 níže), která zaručuje pohodlí a soukromí matky, vůbec zpráva nezmiňuje. Je otázka, zda by zpráva měla obdobný obsah a závěry, pokud by WHO byla seznámena se současnými poměry a trendy ve vyspělém porodnictví, kterým se Česká republika vyznačuje, včetně možností volby výběru okolností porodu ve zdravotnických zařízeních.

107. Vláda nicméně podotýká, že cíl péče při normálním porodu dle zprávy WHO (viz § 41 výše) se naprosto shoduje s cílem a směřováním českého porodnictví (viz § 6 a 104 výše). Zmiňované porodnice v blízkosti trvalých bydlišť stěžovatelek jsou toho příkladem.

108. Vláda konstatuje, že v českých porodnicích je dodržována naprostá většina doporučení či praktik, které WHO označuje za jednoznačně prospěšné a které by dle WHO měly být podporovány (viz § 43 výše). V českých porodnicích bývá běžně dodržováno 18 z 22 doporučení; co se týče zbývajících čtyř doporučení (konkrétně č. 5, 6, 12 a 18), je třeba zdůraznit, že doporučení č. 12 a 18 se v českém porodnictví považují za překonaná (viz § 106 výše).

109. Zpráva a její doporučení jsou určeny pro celý svět, tedy pro regiony s velmi rozdílnou úrovní zdravotní péče. Je též třeba mít na paměti, že většina států světa se řadí do skupiny méně rozvinutých zemí. Některá doporučení WHO (především právě zbývající Českou republikou nedodržovaná doporučení č. 5 a 6 týkající se výběru místa porodu) jsou potom nutně motivována snahou o zvýšení

---

[33] Viz příloha č. 6 ke stanovisku vlády.

[34] Viz příloha (e) ke stížnosti stěžovatelky Krejzové a příloha (g) ke stížnosti stěžovatelky Dubské.

[35] Viz str. 16 Zprávy.

počtu porodních asistentek, jelikož v řadě států je toto jediné možné plošné opatření ke snížení novorozenecké úmrtnosti, resp. zvýšení úrovně porodní péče, když v nich neexistuje dostatečně hustá a fungující síť porodnic ani finanční prostředky k zajištění adekvátního věcného a technického vybavení pro vedení každého porodu. V této souvislosti se též nabízí poznamenat, že účastníci technické pracovní skupiny WHO pro normální porody, kteří seznam doporučení sestavovali, byli výhradně z mimoevropských států.

110. Ač je otázkou, do jaké míry je vzhledem k roku vydání a globálnímu rozsahu zpráva WHO směrodatná, vláda shledává, že naprostá většina doporučení, jež ze zprávy vyplývají, je v řadě zdravotnických zařízení v České republice, včetně těch v blízkosti trvalých bydlišť stěžovatelek, naplněna.

(iii) Požadavky na věcné a technické vybavení pracoviště porodní asistentky, kde jsou vedeny fyziologické porody

111. Stěžovatelky opakovaně odkazují na přílišnou přísnost požadavků stanovených vyhláškami o nezbytném vybavení.

112. Česká republika vyznačující se ve srovnání s jinými vysokými smluvními stranami Úmluvy vysokou úrovní zdravotní péče během porodu vyžaduje splnění požadavků na nezbytné věcné a technické vybavení pro vedení fyziologických porodů. V domácnosti rodičky však tyto minimální standardy pro identifikaci možných rizik pro novorozence a rodičku nelze zaručit (viz § 173 až 180 níže). Věcným a technickým vybavením musí disponovat každý, kdo chce vést fyziologické porody. Takové požadavky přitom nelze považovat za prostředek, jak zabránit specificky porodním asistentkám vést fyziologický porod v domácím prostředí, ale za nutný minimální standard pro vedení každého porodu v České republice vycházející z vyspělosti českého zdravotnictví a jeho schopnosti minimalizovat rizika a nenadálé komplikace při porodech. Vymezení požadavků pro vedení porodu je zcela v souladu s obecnou povinností státu regulovat poskytování zdravotních služeb, jak vyžaduje Soud.

113. Požadavky na minimální věcné a technické vybavení pracoviště porodní asistentky pro fyziologické porody stanovené vyhláškami o nezbytném vybavení byly vypracovány v návaznosti na odborné medicínské požadavky na kvalitu a bezpečí zdravotní péče poskytované matce a dítěti a vyplývají z potřeby zajistit zdravotní péči i v naléhavých, *nepředvídatelných* situacích, mezi něž mimo jiné patří akutní nedostatek přívodu kyslíku plodu (pupečníkové či placentární komplikace, např. výhřez pupečníku či akutní hypoxie) či závažné porodnické krvácení (předčasné odlučování lůžka, patologická placentace, poruchy koagulace, ruptura děložní stěny) (viz příloha č. 6).[36] Vláda dodává, že i ze strany porodních asistentek není návodem na řešení řady z těchto komplikací nic jiného než přivolání záchranné služby a neodkladný převoz do zdravotnického zařízení.

[36] V roce 2004 se v ČR vyskytlo předčasné odloučení lůžka v 0,18 %, ruptura dělohy se vyskytla v témže roce u 1 rodičky na každých 1 393 porodů a k výhřezu pupečníku došlo u 1 plodu na každých 828 porodů. K závažným komplikacím po porodu a v šestinedělí došlo v roce 2004 u 3,5 % porodů (data ÚZIS, 2005).

114. Pro úplnost vláda opětovně zdůrazňuje, že český právní řád porodním asistentkám nezakazuje vést porody, právě naopak, pouze ale upřesňuje podmínky, které je nutné splnit, aby porod probíhal za přijatelného bezpečí a úrovně zdravotní péče, kterou je stát povinen garantovat.

a) Věcné a technické vybavení

115. I po provedení veškerých standardních lékařských vyšetření během těhotenství nelze s naprostou jistotou vyloučit nefyziologický průběh porodu a přítomnost neočekávaných komplikací, což je premisa, na které se shoduje široká odborná veřejnost včetně porodních asistentek (viz např. zpráva WHO, § 42 výše; viz též např. příloha č. 6).

116. Požadované vybavení je nezbytné pro včasné zachycení právě takových komplikací (viz § 43 výše). Vláda nesouhlasí s názorem, že kvalifikovaná porodní asistentka disponuje pouze na základě svého vzdělání takovými prostředky, které neodkladnou diagnostiku umožňují. Například pokles srdeční frekvence plodu lze v podmínkách zdravotnického zařízení zjistit velmi lehce kardiotokografem, kdežto v domácích podmínkách obvykle zbývá pouze poslech srdečních ozev plodu uchem nebo stetoskopem. Kvalita tohoto způsobu registrace srdce plodu je, jak odborná veřejnost uvádí, přinejmenším diskutabilní.[37] Česká republika i jiné státy navíc identifikují případy, kdy došlo ke komplikacím při domácím porodu a vzdělání porodní asistentky dostačující nebylo (viz příloha č. 4).

117. Vláda má za to, že k dosažení rovnováhy mezi soupeřícími zájmy přispívá také skutečnost, že vybavení stanovené vyhláškami obsahuje v podstatě pouze dva nejnutnější přístroje (kardiotokogoraf a pulzní oxymetr), které slouží k monitorování (měření tepu a krevního tlaku) plodu, a tedy k včasnému zjištění případných komplikací. Tyto přístroje žádným způsobem nenarušují soukromí rodičky. Ani dle WHO nelze monitorování porodu považovat za zásah do porodu, protože se jedná o nutnou součást normálního porodu (viz § 42 výše). Ostatní vybavení zmiňované ve vyhláškách představuje v podstatě nezbytné praktické nástroje, bez kterých by se porodní asistentka při vedení porodu v domácnosti stejně neobešla.[38]

118. Ze skutečnosti, že se v některých krajích o získání příslušného oprávnění u krajského úřadu žádná porodní asistentka ani nepokusila,[39] pak nelze dovozovat, že jsou stanovené podmínky nesplnitelné. Pokud dosud v praxi není kvůli nedostatku porodních domů daný segment péče dostatečně realizován, je tomu tak zčásti kvůli nepříliš dlouho stanoveným přesným podmínkám poskytování zdravotní péče v porodních domech a zčásti zřejmě pro nedostatek odezvy ze strany

---

[37] Viz např. Trča S., Budeme mít děťátko, Praha: Grada Publishing, a.s., 2005, ISBN 80-247-0600-8, str. 120

[38] Např. sterilní nůžky na přestřihnutí pupeční šňůry (více viz § 30 výše).

[39] Veřejný ochránce práv, Zpráva o šetření ve věci postupu krajských úřadů při rozhodování o udělení registrace k provozu nestátních zdravotnických zařízení, v nichž je možno provádět porody za pomoci tzv. porodních asistentek, 4. listopadu 2009, sp. zn.: 2481/2009/VOP/MP (viz příloha (j) ke stížnosti stěžovatelky Dubské a příloha (g) ke stížnosti stěžovatelky Krejzové), str. 7, 9.

porodních asistentek samotných na poptávku určitého procenta žen, které si přejí jinou péči než ve zdravotnických zařízeních.

119. Na okraj vláda poznamenává, že s námitkou přílišné striktnosti požadavků stanovených pro pracoviště porodní asistentky je často spojována teze, že taková přísnost neodpovídá praxi evropských zemí. Vláda se nicméně domnívá, že je nutné na danou problematiku nahlížet z opačného pohledu, tedy že evropská praxe neodpovídá úrovni českého porodnictví, což je ostatně z výše uvedeného patrné (viz např. § 72 až 81 výše).

b) Časový limit

120. V souvislosti s vyhláškami o nezbytném vybavení poukazují stěžovatelky i na příliš krátký časový limit 15 minut, do kterého je nutné od zjištění komplikace porodu převést rodičku z pracoviště porodní asistentky do zdravotnického zařízení vybaveného k provedení porodu císařským řezem nebo operace směřující k ukončení porodu. Jestliže tedy požadavky na minimální vybavení slouží ke *zjištění* případné nepředvídatelné komplikace při porodu, časový limit 15 minut slouží k zajištění jejího včasného *řešení*. Jinými slovy, požadavky na minimální vybavení a časový limit jsou navzájem propojenými nezbytnými předpoklady k zajištění bezpečí dítěte a matky při porodu.

121. Naléhavost řešení určitých nepředvídatelných komplikací, které mohou nastat při zdánlivě bezproblémovém fyziologickém porodu, vyžaduje podle odborných zkušeností z porodnické praxe kvalifikovaný zásah lékaře v limitu přibližně 15 minut. To je patrné i z praxe některých jiných smluvních států Úmluvy. Vláda je přitom toho názoru, že drobné rozdíly mezi časovými limity jednotlivých států a podmínkami, za nichž mají být splněny, patří do prostoru pro uvážení jednotlivých smluvních států Úmluvy.

Kupříkladu v Nizozemsku je v případě komplikací rodička převezena speciálně vybavenými sanitními vozy do nemocnice téměř vždy do 10 minut.[40] V Německu musí být lékař-gynekolog-porodník v dosahu do 10 minut od porodního domu, přičemž nutné operace musí být proveditelné do 20 minut od zjištění komplikací. Dokonce i v Maďarsku v rámci implementace rozsudku Soudu ve věci *Ternovszky*[41] byl nařízením maďarské vlády č. 35/2011 zaveden striktní časový limit, podle kterého nesmí být nemocnice dále než do 20 minut od místa, kde je domácí porod veden.

122. V tomto kontextu potom časový limit 15 minut stanovený vyhláškami v České republice nemůže být podle názoru vlády považován za nepřiměřený, příliš krátký či přímo zabraňující vytvoření pracovišť porodní asistentky, kde mohou být vedeny fyziologické porody.

---

[40] Liga lidských práv, Péče porodních asistentek mimo porodnice: Analýza právní úpravy vybraných evropských států, říjen 2010 (viz příloha (h) ke stížnosti stěžovatelky Dubské a příloha (f) ke stížnosti stěžovatelky Krejzové), str. 22.

[41] Rezoluce CM/ResDH(2012)88.

c) Závěr

123. Zeštíhlení podmínek stanovených pro věcné a technické vybavení zdravotnického zařízení a s tím spjaté zakotvení možnosti, aby porodní asistentky vedly fyziologické porody bez jakéhokoli zázemí v bydlištích rodiček, by podle názoru vlády vedlo ke snižování již zavedené vysoké úrovně péče o každou rodičku a dítě. Požadavky na vedení každého porodu navíc nejsou stanoveny nijak nepřiměřeně, zahrnují především základní vybavení a časový limit srovnatelný s jinými státy.

124. Vláda se domnívá, že tyto faktory musí být ve spojení s širokým prostorem pro uvážení při hledání spravedlivé rovnováhy zohledněny (*mutatis mutandis*, *Evans proti Spojenému království*, cit. výše, § 92).

(iv) Postup příslušných správních orgánů

125. Stížnosti jsou dále postaveny na tom, že správní orgány, zdravotnická zařízení a zdravotní pojišťovny svévolně brání stěžovatelkám v zajištění určitého druhu zdravotní péče.

126. Správní orgány vůči rodičkám žádné aktivní kroky nevedou. Správní orgány jsou stejně jako ostatní adresáti právních norem povinny respektovat právní předpisy, jak se v projednávaných věcech také stalo. Z právního řádu lze totiž jednoznačně a předvídatelně dovodit, že v České republice není umožněno vést porody v domácnostech rodiček za asistence porodní asistentky (viz § 173 až 180 níže). Správní orgány, nemocnice a zdravotní pojišťovny proto nemohly stěžovatelkám zajistit péči za podmínek, za nichž to zákon neumožňuje.

127. Vláda na okraj připomíná, že správní orgány postupují v souladu s platnými právními předpisy včetně zásady ochrany veřejného zájmu (§ 2 odst. 4 správního řádu) obdobně i v případech, kdy zamítají žádosti porodních asistentek jakožto poskytovatelů zdravotních služeb o vydání oprávnění k vedení porodu mimo porodnici, pokud ta která porodní asistentka požadavky na minimální věcné a technické vybavení svého pracoviště dle vyhlášek o nezbytném vybavení nesplňuje.[42]

128. Vláda opakuje své přesvědčení, že ochranu veřejného zájmu v podobě adekvátní ochrany zdraví a života dítěte i matky během porodu není bez minimálního věcného a technického vybavení dle uvedených vyhlášek možno zajistit. Případné neudělení oprávnění porodním asistentkám tedy netkví v tom, že by nemohly zcela samostatně vést fyziologické porody, ale v tom, že nesplní právním řádem stanovené dostatečné a odpovídající podmínky na zázemí pro zajištění bezpečí dítěte a matky.

(v) Protichůdné závazky České republiky v mezinárodním právu

129. S hledáním spravedlivé rovnováhy na poli pozitivních povinností podle článku 8 Úmluvy v projednávaných věcech úzce souvisí i otázka možné kolize

---

[42] Viz např. příloha (m) ke stížnosti stěžovatelky Dubské; viz též např. příloha (c) ke stížnosti stěžovatelky Krejzové.

práva na respektování soukromého života s jinými právy zaručenými nejen Úmluvou, ale i dalšími mezinárodními instrumenty. Jedná se zejména o právo na život a právo na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně zdravotního stavu, kterým Česká republika přikládá, jak je výše patrné, zásadní důraz. Smyslem mimořádně vysoké úrovně zdravotní péče v České republice, jejíž součástí je vedení porodů v adekvátních podmínkách odpovídajících této péči, je totiž tato práva chránit a především naplnit.

130. Vláda si je vědoma názoru Soudu, že každý má dle článku 8 Úmluvy právo vést svůj život tak, jak si zvolí, což může rovněž zahrnovat možnost oddávat se činnostem, na něž je nahlíženo tak, že jsou pro něj fyzicky či psychicky škodlivé nebo nebezpečné (viz např. *Pretty proti Spojenému království*, č. 2346/02, rozsudek ze dne 29. dubna 2002, § 62). V předkládaných stížnostech však nejde pouze o stěžovatelky samotné, ale především o ochranu práva na život a zdraví novorozenců, již jsou během porodu a těsně po něm velmi zranitelní.

131. Na základě článku 17 a 53 Úmluvy musí podle názoru vlády závazky vyplývající z práva na život a na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně zdravotního stavu být zohledněny při posuzování individuálních požadavků stěžovatelek na přijetí opatření k naplnění práva na respektování soukromého života.

a) Právo na život

132. Vláda má za to, že během narození prochází člověk zřejmě nejzranitelnější fází svého života bez jakékoli možnosti dovolat se svého inherentního práva na život. Je potom na státu, aby v rámci pozitivních závazků poskytnul adekvátní zdravotní péči pro ochranu života především v situaci, kdy je člověk nejzranitelnější, aniž je schopen se ochránit sám (viz článek 6 Úmluvy o právech dítěte a § 10 a 13 Obecného komentáře č. 7 Výboru pro práva dítěte). Lze totiž předpokládat, že kdyby takovou možnost novorozenec měl, využil by ji a svých práv na zajištění maximálně bezpečného porodu by se pokoušel domoci. To je spojeno i s nejlepším zájmem dítěte, který musí být dodržován za každé situace (viz článek 3 Úmluvy o právech dítěte).

133. I článek 2 odst. 1 Úmluvy kromě tradičního „negativního" pojetí zakotvuje pozitivní závazky a ukládá státu, aby přijal odpovídající kroky k ochraně života osob ve své jurisdikci (viz např. *L. C. B. proti Spojenému království*, č. 23413/94, rozsudek ze dne 9. června 1998, § 36). Pozitivní závazky se přitom použijí v kontextu jakékoli činnosti, ať již veřejné či soukromé, u které právo na život *může* být v ohrožení (*Öneryildiz proti Turecku*, č. 48939/99, rozsudek velkého senátu ze dne 30. listopadu 2004, § 71). V zásadě se jedná o všechny situace, kdy smrt nenastává přirozeně, což bezesporu zahrnuje i vedení porodu. Stát za daných okolností musí přijmout veškerá opatření nutná k tomu, aby život jedince nebyl zbytečně vystaven nebezpečí (*L. C. B. proti Spojenému království*, cit. výše, § 36 *in fine*).

134. Vláda si je vědoma, že Soud sice ve věci *L. C. B. proti Spojenému království* neshledal porušení článku 2 Úmluvy, bezesporu ovšem již v té době položil základ povinnosti vysokých smluvních stran Úmluvy přijmout vhodná opat-

ření k ochraně života osob (tamtéž, § 36-41). Článek 2 Úmluvy je relevantní i v situaci, kdy by byl život jednotlivce v ohrožení z důvodu neposkytnutí zdravotní péče, kterou se stát zavázal zpřístupnit populaci obecně (*Kypr proti Turecku*, č. 25781/94, rozsudek velkého senátu ze dne 10. května 2001, § 219). Zkoumání *úrovně* zdravotní péče podle článku 2 Úmluvy Soudem vyplývá z formulace § 219 *in fine* rozsudku ve věci *Kypr proti Turecku*, kde Soud, ač neshledal nutnost se v dané věci úrovní zdravotní péče zabývat, uznal, že taková povinnost existuje. Pro shrnutí, v rozsudku ve věci *Kypr proti Turecku* Soud šel dále než v rozsudku ve věci *L. C. B. proti Spojenému království*, když výslovně vymezil, že smluvní stát Úmluvy může být podle článku 2 Úmluvy odpovědný za neposkytnutí zdravotní péče jednotlivci v případě, že je taková péče obecně dostupná, přičemž stanovení *úrovně* obecně poskytované zdravotní péče je už dle názoru vlády ponecháno jednotlivým státům a závisí na dostupných zdrojích.

135. Vláda poznamenává, že požadavky na minimální věcné a technické vybavení podle vyhlášek o nezbytném vybavení jsou oním opatřením pro zajištění adekvátní ochrany každého dítěte při porodu vycházející ze zavedené vysoké úrovně zdravotní péče. Právě vysoká úroveň zdravotní péče v České republice znamená větší rozsah pozitivních povinností podle článku 2 Úmluvy pro ochranu života dítěte při porodu. To musí platit i pro soukromý sektor, konkrétně i pro porodní asistentky fungující mimo státem zřízené porodnice. Soud ve věci *Calvelli a Ciglio proti Itálii* (č. 32967/96, rozsudek velkého senátu ze dne 17. ledna 2002, § 49) shledal, že pozitivní povinnosti ve smyslu článku 2 Úmluvy vyžadují vytvoření právního rámce ze strany státu, kterým bude zdravotnickým zařízením, ať jsou soukromé či veřejné, uloženo přijímat opatření způsobilá zajistit ochranu života pacientů. Jestliže je tedy stát odpovědný v daném kontextu i za soukromý sektor, který poskytuje zdravotní péči, stanovení požadavků na věcné a technické vybavení, jež se vztahuje i na porodní asistentky mimo státní zdravotnická zařízení, je nutným opatřením pro zajištění vysoké úrovně zdravotní péče, kterou se Česká republika vyznačuje.

136. Podobně je třeba nahlížet na napadené postupy krajských úřadů i Ministerstva zdravotnictví. Takovými postupy se stát pouze snaží docílit náležitého provádění a praktického dodržování právní úpravy přijaté k ochraně života, jak to ostatně článek 2 Úmluvy vyžaduje (*Kalendar proti Turecku*, č. 4314/02, rozsudek ze dne 15. prosince 2009, § 44 až 45, 49).

137. Pozitivní povinnosti ve vztahu k ochraně lidského života dle článku 2 Úmluvy se neustále a dynamicky rozšiřují, ať se jedná o povinnosti státu v návaznosti na práva jednotlivců na život či o rozsah použití článku 2 Úmluvy.

138. Česká republika se zavedeným systémem kvalitního porodnictví tedy pouze dostává svým pozitivním povinnostem aktivně chránit lidských život během porodu, vytvářet podmínky pro jeho zachování a učinit vše, aby bylo případné ztrátě na životě dítěte zabráněno.

139. S použitelností článku 2 Úmluvy v předmětných věcech úzce souvisí otázka, zda dítě již při porodu lze zahrnout do pojmu „každý" v první větě článku 2, jehož právo na život musí být chráněno. Je známo, že Soud se k proble-

matice, zda je nenarozené dítě chráněno článkem 2 Úmluvy, postavil značně obezřetně, když státům přiznal zvlášť široký prostor pro uvážení (*Vo proti Francii*, č. 53924/00, rozsudek velkého senátu ze dne 8. července 2004). Právní řád České republiky se však k dané otázce staví jasněji. Dle článku 6 Listiny základních práv a svobod je lidský život hoden ochrany před narozením. Navíc trestní zákoník rozumí novorozeným dítětem nejen dítě bezprostředně po porodu, ale i při něm (viz § 142 trestního zákoníku). I když judikatura Soudu neposkytuje jednoznačné řešení problematiky případného rozšíření ochrany práva na život i na ochranu plodu, nemůže být pochyb, že dítě od okamžiku začátku porodu, tedy dítě při porodu, je součástí pojmu „každý" ve smyslu článku 2 odst. 1 Úmluvy.

140. Vláda si je vědoma, že předmětné stížnosti se netýkají článku 2 Úmluvy, a proto nelze po Soudu bez dalšího požadovat, aby závazky státu na poli článku 2 přezkoumával. Vláda ovšem připomíná, že s ohledem na články 17 a 53 Úmluvy se výše rozpracovaná argumentace jeví jako relevantní a Soud by se jí proto zabývat měl (*Open Door a Dublin Well Woman proti Irsku*, č. 14234/88 a 14235/88, rozsudek velkého senátu ze dne 29. října 1992, § 66). Článek 8 totiž nemůže být dle názoru vlády vykládán ve smyslu omezení ochrany života dítěte během porodu. Pokud by byl postup krajských úřadů a Ministerstva zdravotnictví opačný, tedy pokud by byly stěžovatelkám tyto úřady nápomocny při realizaci vedení porodu v domácím prostředí za asistence porodní asistentky bez potřebného věcného a technického vybavení, náležitou ochranu života dítěte by to omezilo.

141. Právo na život označuje přívlastky „nejdůležitější", „nejzákladnější" či „nejvyšší" lidské právo (viz např. *McCann a další proti Spojenému království*, č. 18984/91, rozsudek velkého senátu ze dne 27. září 1995). Článek 2 je nadto systematicky zařazen jako první z věcných článků Úmluvy a považován za podmínku *sine qua non* pro výkon ostatních práv. I když je otázka hierarchie základních lidských práv sporná, nelze pominout zvláštní postavení práva na život mezi ostatními lidskými právy, a proto by podle názoru vlády měly pozitivní povinnosti na jeho ochranu, tedy ochranu zdraví a života dítěte, což je jistě zájmem celé společnosti, tedy zájmem veřejným, být zohledněny při hledání spravedlivé rovnováhy týkající se namítaného nerespektování pozitivních povinností podle článku 8 Úmluvy v kontextu individuálních zájmů stěžovatelek.

b) Právo na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně zdravotního stavu/zdraví

142. S ohledem na článek 53 Úmluvy vláda podotýká, že nic v této Úmluvě nemůže být vykládáno jako omezení práva na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně zdravotního stavu. Vláda v tomto kontextu odkazuje na článek 24 Úmluvy o právech dítěte a článek 12 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech,[43] přičemž výklad článku 24 Úmluvy o právech dítěte se do jisté míry odvíjí právě od výkladu článku 12 Mezinárodního paktu.

[43] Česká republika je smluvní stranou jak Úmluvy o právech dítěte, tak Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech.

143. Soud již dříve ve své judikatuře dospěl k závěru, že na dosažení spravedlivé rovnováhy mezi protichůdnými zájmy podle článku 8 Úmluvy, mohou mít zásadní vliv i závazky státu vyplývající z jiných mezinárodních instrumentů o lidských právech, včetně Úmluvy o právech dítěte (*Harroudj proti France*, č. 43631/09, rozsudek ze dne 4. října 2012), a že povinnosti podle článku 8 mají být vykládány na základě takových úmluv (*Pini a ostatní proti Rumunsku*, č. 78028/01 a 78030/01, rozsudek ze dne 22. června 2004).

144. Vláda opakuje, že porod v domácím prostředí, byť v přítomnosti porodní asistentky, může za určitých okolností (zejména náhle patologického průběhu porodu) představovat popření práva dítěte na adekvátní zdravotní péči[44] a práva na okamžitý zásah kvalifikovaného personálu, jímž v případě komplikací již v žádném případě není porodní asistentka. Ani vozidlo zdravotnické záchranné služby není vždy dostatečným řešením, rovnocenným prostředí věcně a technicky vybavené porodnice či pracoviště porodní asistentky. Veškerá opatření týkající se dítěte přitom musí být, jak již bylo poznamenáno, v jeho nejlepším zájmu (viz článek 3 Úmluvy o právech dítěte). Vláda má za to, že porod v adekvátně věcně a technicky vybaveném prostředí zajišťující jeho bezpečí je v České republice jedinou možností, jak dodržet tuto zásadu ve spojení nejen s právem dítěte na život, ale i s jeho právem na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně zdraví.

145. Dle článku 24 Úmluvy o právech dítěte a článku 12 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech vykládaného podle Obecného komentáře č. 14 Výboru pro hospodářská, sociální a kulturní práva (dále jen „Obecný komentář č. 14") má stát mimo jiné pozitivní povinnosti *chránit*, jež obsahují povinnost ochránit dítě od praktik rodičů i porodních asistentek, které by mohly být pro dítě neblahé, a v případě soukromých zdravotních služeb zajistit jejich dostatečnou kvalitu, a povinnosti *naplnit*, které zahrnují přijetí adekvátních legislativních, administrativních a jiných opatření k plné realizaci daného práva (viz např. Obecný komentář č. 14, § 35 – 37), tedy k zajištění adekvátního bezpečí pro dítě při porodu v daných společenských podmínkách obvyklého. Povinnosti *naplnit* zahrnují též závazek státu naplnit právo na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně zdraví, pokud je osobám pro důvody mimo jejich kontrolu zabráněno, aby toto právo realizovaly ony samotné.

Za pomoci předmětné právní úpravy se vláda právě těchto cílů snaží dosáhnout.

146. Vláda dodává, že pojem „nejvyšší dosažitelná úroveň zdraví" se odvíjí mimo jiné od dostupných zdrojů a v daném státě již dosažené a zavedené zdravotní péče (Obecný komentář č. 14, § 9). Vláda je toho názoru, že by bylo v rozporu se zásadou progresivní realizace práva na dosažení nejvyšší dosažitelné úrovně zdraví snižovat úroveň již zavedeného velmi vysokého standardu zdravotní péče

---

[44] I veřejný ochránce práv ve své zprávě ve věci postupu krajských úřadů při rozhodování o udělení registrace k provozu nestátních zdravotnických zařízení, v nichž je možné provádět porody za pomoci tzv. porodních asistentek (příloha (j) ke stížnosti stěžovatelky Dubské a příloha (g) ke stížnosti stěžovatelky Krejzové), uvedl, že zdraví a život dítěte a matky je v dotčeném případě prioritní (str. 18).

při porodu specifického pro Českou republiku, k čemuž by jistě zrušení požadavků na věcné a technické vybavení vedlo. Dle autoritativního výkladu článku 12 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech jeho výborem totiž regresivní opatření v poskytování zdravotní péče v podstatě přípustná nejsou (Obecný komentář č. 14, § 32). Dle Výboru by k porušení článku 12 také vedlo, pokud by stát nebyl ochoten využít svých zdrojů v dané oblasti do maximální možné míry (Obecný komentář č. 14, § 47).

c) Doporučení smluvních orgánů OSN o podpoře a zvýšení počtu porodních asistentek

147. Výbor OSN pro odstranění diskriminace žen i Výbor OSN pro práva dítěte ve svých závěrečných doporučeních pro jednotlivé státy pouze výjimečně vyzývaly k podpoře a rozšíření počtu porodních asistentek. Taková doporučení se však téměř výhradně vztahovala na méně rozvinuté státy s podstatně vyšší novorozeneckou úmrtností ve srovnání s Českou republikou. Tyto státy často mají značné problémy s dostupností jakékoliv zdravotní péče, včetně péče při porodu, a proto výbory na danou situaci reagovaly jediným možným a v praxi proveditelným způsobem, konformním s mezinárodním právem lidských práv v oblasti práv ekonomických a sociálních, mezi něž právo na zdraví patří, tedy v souladu se zásadou progresivní realizace. Jinými slovy, v situaci, kdy příslušná úmluva, potažmo její orgán, vyžaduje snížení novorozenecké úmrtnosti vzhledem k její vysoké míře ve státě, který má řídkou síť zdravotnických zařízení, se nabízí jediné řešení, a to vyškolit dostatečný počet porodních asistentek, které by i ve venkovských oblastech zajistily alespoň minimální péči u porodů, které jsou v těchto státech zpravidla vedeny v domácím prostředí. To však není situace České republiky.

148. Vláda též upozorňuje na skutečnost, že závěrečná doporučení Výboru OSN pro odstranění diskriminace žen pro Českou republiku,[45] která cituje stěžovatelka Krejzová, výslovně neapelují na zavedení domácích porodů za asistence porodní asistentky, ale pouze hovoří o tom, aby Česká republika *zvážila* podniknutí kroků k zajištění toho, aby porody v domácnosti za asistence porodní asistentky byly bezpečnou a přístupnou možností pro ženy.

d) Závěr

149. Vláda konstatuje, že výše nastíněné závazky v mezinárodních instrumentech o lidských právech jsou dalším faktorem podporujícím tvrzení, že by opatření na minimalizaci ohrožení života a zdraví dítěte a matky měla vyvažovat individuální zájmy stěžovatelek.

150. Vláda se domnívá, že systém lidských práv je systémem komplexním, a proto nelze jedno konkrétní právo, tedy v daném případě právo na respektování soukromého života matky, vytrhnout z kontextu a bez dalšího nezohlednit práva ostatní. Ochranu lidských práv nelze dovést tak daleko, aby potenciálně hrozilo porušení inherentního práva na život nebo práva na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně zdraví pro rozšíření práva na respektování soukromého života. Právo na

[45] Viz příloha (h) ke stížnosti stěžovatelky Krejzové.

život i související právo na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně zdraví mají mezi lidskými právy výjimečné postavení a vláda je toho názoru, že je jejím základním pozitivním závazkem učinit taková opatření, aby došlo k minimalizaci nebezpečí úmrtí či ohrožení zdraví jak dítěte, tak matky při a bezprostředně po porodu, a to v takovém specifickém prostředí vysoké úrovně zdravotní péče v České republice, kde je již takto nastavená péče o matku a dítě zavedená.

(vi) Šíře prostoru pro uvážení

151. Kromě hledání spravedlivé rovnováhy hraje při odpovědi na otázku existence, resp. rozsahu pozitivních povinností na poli článku 8 Úmluvy, významnou roli také přiznání prostoru pro uvážení státu (viz např. *Rees proti Spojenému království*, č. 9532/81, rozsudek pléna ze dne 17. října 1986, § 44 *in fine*). Je však třeba poznamenat, že hledání spravedlivé rovnováhy se nápadně s otázkou šíře prostoru pro uvážení prolíná, a nelze je tedy důsledně oddělit. Přesto se vláda pokusí shrnout faktory již do jisté míry naznačené v předchozích částech stanoviska, na základě kterých se vláda domnívá, že by státu měl být ponechán široký prostor pro uvážení.

152. Jedním z takových faktorů je (ne)existence evropského konsensu pro danou problematiku (*S. a Marper proti Spojenému království*, č. 30562/04 a 30566/04, rozsudek velkého senátu ze dne 4. prosince 2008, § 112 *a contrario*).

153. Podmínky v jednotlivých státech pro poskytování porodů v domácnostech se značně liší. Například v Nizozemsku často uváděném jako příklad fungujícího systému porodů v domácnosti jsou podmínky pro jejich vedení zcela nesrovnatelné s Českou republikou. Nizozemsko se vyznačuje rovinatostí země, hustou sítí dálnic a vhodným klimatem bez sněhu a náledí. V tomto systému je důležitý mimo jiné i stavební charakter lidských obydlí, protože převažuje nízkopodlažní zástavba bez výtahů. Při řešení případných komplikací během porodu v domácnosti jsou v Nizozemsku zásadní pro tento účel speciálně vybavené sanitní vozy. V praxi potom dochází nezřídka k tomu, že porody jsou vedeny sice v domácnosti, ale lékařem za použití přístrojového vybavení ze sanitního vozu. Z výše uvedeného je pro shrnutí bezesporu patrné, že naprostá většina těchto podmínek je v České republice neuskutečnitelná. Soud by České republice uložil nepřiměřenou zátěž na jejich zavedení (*Rees proti Spojenému království*, cit. výše, § 43 až 44), pokud by měla být alespoň částečně dodržena vysoká úroveň zdravotní péče v České republice. Lze si totiž jen stěží představit, že by bylo možné dovybavit sanitky či vylepšit stav silnic, aby adekvátní péče pro matku a dítě byla zajištěna i při porodu v domácnosti matky.

154. Na okraj se nabízí poznamenat, že systém nizozemského porodnictví je nastaven tím způsobem, že porody v domácnosti jsou výrazně levnější nežli porody ve zdravotnickém zařízení, což vede k domněnce, že množství rodin si nevybírá porod doma z důvodu možnosti jeho volby, ale kvůli jeho nižší finanční náročnosti. Situace v České republice je však i v tomto směru naprosto odlišná, když je každé rodičce umožněno rodit ve zdravotnickém zařízení pouze na základě povinného zdravotního pojištění.

155. Neexistenci evropského konsensu nasvědčuje také rozmanitost právních úprav dané problematiky v jednotlivých státech. V členských státech Evropské unie se navíc plně respektuje, že systém poskytování zdravotní péče je záležitostí jednotlivých států.

156. Vláda poukazuje na jedinečný vývoj socialistického porodnictví v České republice[46] v období od konce druhé světové války až do nedávné minulosti, ve kterém se české porodnictví zaměřilo výhradně na snížení perinatální a mateřské úmrtnosti (viz § 5 výše). V nesmírně krátké době skutečně došlo ke snížení perinatální a mateřské úmrtnosti, ve světě nebývalému. Země západní Evropy při budování moderního systému zdravotní péče po druhé světové válce prošly poněkud jiným vývojem. Nutno vzít do úvahy, že zatímco v západní Evropě se poměr mezi domácími porody a porody ve zdravotnických zařízeních proměňoval kontinuálně na základě vývoje dostupnosti zdravotní péče a na základě svobodné volby matek, v někdejších komunistických státech včetně České republiky byl tento přirozený vývoj přerušen v podstatě direktivní státní zdravotnickou politikou, která, jak už bylo uvedeno výše, vedla k radikálnímu snížení perinatální úmrtnosti. Soud v rozsudku *Ternovszky* dle názoru vlády tyto rozdíly nedostatečně zohlednil. Vláda se domnívá, že v tomto směru lze argumentovat do jisté míry obdobnou situací s rozdílným odchodem mužů a žen do starobního důchodu v závislosti na počtu vychovávaných dětí, na kterou Soud nahlížel diametrálně odlišně, zohlednil široký prostor pro uvážení České republiky a zdržel se závěru o porušení Úmluvy (*Andrle proti České republice*, č. 6269/08, rozsudek ze dne 17. února 2011).

157. V návaznosti na výše uvedené je možné uzavřít, že v některých společnostech si lze jen stěží představit běžné vedení porodu ve zdravotnickém zařízení, avšak v některých, mezi něž se řadí i společnost česká, je taková péče historicky zajištěná a bez omezení přístupná, přičemž naprostá většina rodiček o porodu v domácnosti vůbec neuvažuje.

158. Nesoudržnost výsledků studií srovnávajících bezpečnost porodů v domácnostech rodiček a ve zdravotnických zařízeních (*Ternovszky proti Maďarsku*, cit. výše, § 24) pak nutnosti přiznání širokého prostoru pro uvážení pro dané stížnosti také jenom nasvědčuje (*mutatis mutandis, Sheffield a Horsham proti Spojenému království*, cit. výše, § 55-59). Dle názoru vlády je potom především na státu, aby rozhodl, zda větší váhu přisoudí ochraně zdraví a života rodičky a dítěte, či spíše akcentuje možnost volby rodičky, a proto se nalezení spravedlivé rovnováhy v tomto kontextu může v jednotlivých státech lišit.

159. Prostor pro uvážení bude taktéž širší, pokud se nejedná o jádro práv chráněných článkem 8 Úmluvy (*Dudgeon proti Spojenému království*, č. 7525/76,

---

[46] Kupříkladu v roce 1964 vyšel dle tehdejších záznamů důležitý dokument zdravotnictví „Rozvoj péče o zdraví v socialistické společnosti", který pokládal péči o zdraví za nedílnou součást hospodářské a kulturní výstavby. Bylo v něm konstatováno, že péče o zdraví je věcí celé společnosti, je právem a povinností všech občanů. Zdůrazňoval cílený vědecký výzkum a novou techniku a žádal také zvýšení odborné úrovně. Uvádí se, že tento dokument byl významným podnětem pro další vývoj porodnictví na území České republiky.

rozsudek pléna ze dne 22. října 1981, § 52 *a contrario*), tedy pokud důležitost chráněného zájmu není vysoká (viz § 69 a 84 výše). V předmětných stížnostech namítaná nedostatečná svobodná volba místa porodu za současného zajištění asistence při takové volbě nemůže být dle názoru vlády za jádro práva na respektování soukromého života považováno, a to mimo jiné z toho důvodu, že řada českých porodnic již zavedla prostředí do značné míry podobné tomu domácímu (viz příloha č. 5) a učinila opatření k respektování soukromého života rodiček (§ 7 až 10 výše).

160. Na základě výše uvedených argumentů se vláda domnívá, že by měl být České republice přiznán široký prostor pro uvážení (*Hristozov a další proti Bulharsku*, č. 47039/11 a 358/12, rozsudek ze dne 13. listopadu 2012, § 118 - 127).

(vii) Celkový závěr k pozitivním závazkům

161. Vláda vychází z předpokladu, že dosažení spravedlivé rovnováhy (viz podkapitoly (i) – (v) výše) a zohlednění prostoru pro uvážení (viz podkapitola (vi) výše) tvoří základní předpoklady pro zodpovězení otázky existence, resp. rozsahu pozitivních povinností na poli článku 8 Úmluvy (viz např. *Rees proti Spojenému království*, č. 9532/81, rozsudek pléna ze dne 17. října 1986, § 44 in fine).

162. Z výše uvedeného je patrné, že vláda přikládá zájmu společnosti na ochraně života a zdraví matky a dítěte zásadní důraz, což ostatně vyplývá ze samotného historického vývoje a z velmi vysoké úrovně poskytované zdravotní péče v České republice.

163. Vláda opakuje, že úroveň a kvalita odborné zdravotní péče má být garantovaná státem, jak ostatně uvedli soudce Sajó a soudkyně Tulkens ve svém spojeném souhlasném stanovisku k rozsudku ve věci *Ternovszky* (viz též důvodová zpráva k zákonu o zdravotních službách, § 24 výše). Aby byla ovšem nastavená úroveň a kvalita takové péče zajištěna, stát ji nemůže být schopen garantovat kdekoliv.

164. Vláda uzavírá, že na základě všech výše rozpracovaných faktorů a obecných zásad pro určení rozsahu a existence pozitivních povinností došlo dle jejího názoru k dosažení spravedlivé rovnováhy mezi veřejnými zájmy ochrany zdraví a života dítěte a rodičky a individuálními zájmy stěžovatelek na porod v domácnosti, z čehož vláda vyvozuje, že článek 8 Úmluvy porušen nebyl.

165. Hledanou rovnováhu přitom vláda spatřuje v respektování soukromí matek a volném výběru zdravotnického zařízení a okolností porodu v adekvátně věcně a technicky vybavených zdravotnických zařízeních či soukromých pracovištích porodních asistentek, aby byly v České republice zachovány již zavedené vysoké standardy bezpečí pro dítě a rodičku. Z předkládaného stanoviska je patrné, že jednotlivá zdravotnická zařízení mají stále ve větší míře na mysli zvelebování a vybavení porodnických zařízení, která se čím dále tím více podobají domácímu klidnému prostředí, ovšem s možností včasného řešení akutně vzniklé situace ohrožující život rodičky nebo dítěte (viz např. projekt Přirozený porod v porodnicích v ČR). Rozsah práva na respektování soukromého života stěžovatelek nemůže dle názoru vlády jít tak daleko, aby bylo povinností státu přijmout (pozi-

tivní) opatření k umožnění zcela volného výběru místa *asistovaného* porodu (v jejich domácnosti) a negovat tím pozitivní povinnosti vyplývající z práva na život a na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně zdravotního stavu dítěte. Stát na základě zavedené vysoké úrovně porodnictví a jeho specifik v České republice není schopen zajistit adekvátní bezpečí porodu v domácnostech stěžovatelek. Soud by v této souvislosti měl zohlednit široký prostor pro uvážení, na který vláda v tomto stanovisku poukazuje.

C) ALTERNATIVNÍ POSOUZENÍ STÍŽNOSTÍ VE SVĚTLE NEGATIVNÍCH ZÁVAZKŮ

166. Vláda se dále podpůrně vyjádří k odůvodněnosti námitky údajného porušení článku 8 Úmluvy i z hlediska negativních závazků. Učiní tak z opatrnosti pro případ, že Soud neakceptuje názor vlády, že je třeba námitky porušení článku 8 zkoumat z pohledu pozitivních závazků, a namísto toho bude považovat za nezbytné zkoumat, zda české orgány dostály svým negativním povinnostem vyplývajícím z článku 8 Úmluvy.

167. V případě negativních závazků posuzuje Soud dle ustálené judikatury možné porušení článku 8 Úmluvy v pěti krocích. Nejprve zkoumá, zda spadají záležitosti, které jsou namítány, do některého ze zájmů chráněných článkem 8. V rámci druhého kroku Soud zjišťuje, zda došlo ze strany orgánů veřejné moci k zásahu do soukromého života stěžovatelek. Pakliže ano, zkoumá dále podmínky dle odstavce druhého článku 8 Úmluvy, za kterých jsou zásahy ze strany státu Úmluvou povolené. Každý takový zásah veřejného orgánu musí být učiněn „v souladu se zákonem", musí sledovat některý z legitimních cílů uvedených v odstavci 2 předmětného ustanovení a zároveň musí být „nezbytný v demokratické společnosti" (viz např. *Silver a další proti Spojenému království*, č. 5947/72, rozsudek ze dne 25. března 1983, § 84).

168. Jelikož se vláda již vyjádřila k prvnímu kroku pětistupňového testu (viz § 49 až 53 výše), níže budou rozebrány zbylé čtyři.

(i) Existence zásahu

169. Pakliže by Soud naznal, že stížnosti mají být posuzovány na poli negativních závazků podle článku 8 namísto závazků pozitivních, vláda je přesvědčena, že v předmětných stížnostech k zásahu vůbec nedošlo, jelikož řada zdravotnických zařízení v České republice již domácí prostředí a výběr okolností porodu rodičkám nabízí, přičemž rodičky si mohou zdravotnické zařízení libovolně vybrat.

170. Jak bylo rozpracováno v § 83 až 110 výše, stále větší počet zdravotnických zařízení respektuje ve stále vyšší míře soukromí rodiček a umožňuje široký výběr okolností porodu.

171. Podle názoru vlády proto nelze v případech stěžovatelek na poli článku 8 tvrdit, že došlo k zásahu do práva na respektování soukromého života.

172. Pokud by byl Soud nicméně přesvědčen o existenci zásahu do Úmluvou chráněného práva, je namístě posoudit jej z hlediska kritérií v odstavci 2 článku 8

Úmluvy, tedy z hlediska jeho zákonnosti, legitimity a nezbytnosti, respektive přiměřenosti. Vláda je přesvědčena, že všechna tato kritéria byla splněna.

(ii) Podmínka zákonnosti

173. Neumožnění domácího porodu za asistence porodní asistentky stěžovatelkám, včetně námitek na postup příslušných krajských úřadů a Ministerstva zdravotnictví, bylo v souladu se zákonem a nebylo svévolné. Zákonná a podzákonná právní úprava přístupně a předvídatelně stanoví podmínky, za kterých mohou porodní asistentky vést porod. Ze stanovených podmínek jednoznačně vyplývá, že tak nelze činit v domácím prostředí matky. Jak bude níže patrné, základní zásady, kterými se Soud při testu legality řídí, byly splněny (*Sanoma Uitgevers B. V. proti Nizozemsku*, č. 38224/03, rozsudek velkého senátu ze dne 14. září 2010, § 81-83).

174. Vláda předně opakuje, že veškeré legislativní kroky v oblasti porodnické péče a poskytovaných zdravotních služeb jsou činěny s ohledem na zajištění bezpečí novorozenců a rodiček ve specifických podmínkách vysoké úrovně této péče v České republice.

175. Z ustanovení § 2, 10 a 11 zákona o zdravotních službách ve spojení s bodem 2.11.2 přílohy č. 2 vyhlášky č. 92/2012 Sb. je bezesporu patrné, že *vedení* porodu lékařem či porodní asistentkou je zdravotní péčí, kterou lze poskytovat pouze ve zdravotnickém zařízení,[47] jež musí splňovat jasně stanovené požadavky na minimální věcné a technické vybavení, které neumožňují, aby byly fyziologické porody vedeny porodními asistentkami v domácnostech rodiček. Obdobné platí pro právní úpravu účinnou v době podání stížnosti stěžovatelkou Dubská, tedy pro zákon o zdraví lidu ve spojení s bodem 2.10.2. přílohy č. 2 vyhlášky č. 221/2010 Sb.

176. Vyhlášky o nezbytném vybavení výslovně vyžadují po porodních asistentkách, aby vedly fyziologické porody pouze ve svých ambulantních pracovištích (někdy označovaných jako „porodní domy"), a nikoli také v bydlišti matky, protože v domácnosti rodičky nikdy nemohou být zaručeny minimální standardy pro identifikaci možných rizik jak pro rodičku, tak pro novorozence (viz § 111 až 113 výše).

177. Ve shrnutí tedy vnitrostátní právo jasně stanoví, že porodní asistentka nemůže záměrně a plánovaně vést porody v domácnostech rodiček.[48] Není proto pochyb, že existuje právní základ pro zásah do dotčeného práva (*Sanoma Uitgevers B. V. proti Nizozemsku*, cit. výše, § 81).

178. Dle názoru vlády byly splněny i požadavky testu legality na kvalitu dotčených právních předpisů, včetně jejich předvídatelnosti (tamtéž, § 81 *in fine*).

---

[47] Například Krajský soud v Brně ve své judikatuře výslovně uvedl, že „[a]sistence u domácího porodu (...) není případem zdravotní péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí pacienta ve smyslu zákona o zdravotních službách" (usnesení KS v Brně ze dne 2. května 2012, č.j. 35 Nc 53/2012). Viz též § 27 tohoto stanoviska.

[48] Viz např. usnesení Městského soudu v Praze ze dne 27. dubna 2012, č.j. 1 Nc 14/2012-29, str. 2; viz též usnesení Krajského soudu v Brně ze dne 2. května 2012, č.j. 35 Nc 53/2012-27, str. 4.

Vláda v této souvislosti upozorňuje na zásadní odlišení situace v České republice od rozsudku ve věci *Ternovszky*, ve kterém Soud označil maďarskou právní úpravu za nepředvídatelnou. Jak je z výše uvedeného patrné, český právní řád porod v domácnosti za asistence porodní asistentky neumožňuje, protože ta může vést fyziologický porod pouze na adekvátně věcně a technicky vybaveném pracovišti dle naprosto *konkrétně* stanovených požadavků zakotvených mimo jiné vyhláškami o nezbytném vybavení. Toho si stěžovatelky musely být vědomy. Vláda proto konstatuje, že otázka porodních asistentek asistujících u domácích porodů není obklopena právní nejistotou náchylnou ke svévoli (*Ternovszky proti Maďarsku*, cit. výše, § 26 *a contrario*).

179. Vláda dodává, že v minulosti v České republice příslušná podzákonná právní úprava, které explicitně stanoví konkrétní požadavky na věcné a technické vybavení pracoviště porodní asistentky, chyběla, což bylo kritizováno samotnými porodními asistentkami. Od září roku 2010, kdy nabyla účinnosti vyhláška č. 221/2010 Sb., která byla nahrazena v současnosti účinnou vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 92/2012 Sb., však již nelze tvrdit, že přesné požadavky na věcné a technické vybavení pracoviště porodní asistentky pro vedení fyziologických porodů právní jistotu v oblasti porodů v domácím prostředí neposkytují.

180. Vláda na okraj připomíná, že případná pokuta uložená porodní asistentce dle zákona o zdravotních službách (viz § 114 a násl.) za poskytování zdravotní služby bez oprávnění, jehož součástí je právě splnění požadavků na věcné a technické vybavení, resp. za poskytování zdravotní služby neuvedené v oprávnění k poskytování zdravotních služeb je pouze logickou a nezbytnou součástí garantování určité úrovně zdravotní péče. Nejedná se o opatření směřující proti porodním asistentkám, ale o opatření systémové zasahující poskytování jakýchkoliv zdravotních služeb dle zákona o zdravotních službách. Ani v této souvislosti proto nelze tvrdit, že se jedná o právní nejistotu či porušení principu předvídatelnosti. Vládě navíc není znám jediný případ, kdy by porodní asistentce byla příslušná pokuta uložena (viz § 3 výše).

181. Podmínka zákonnosti zásahu byla proto splněna.

(iii) Podmínka legitimity

182. Podle vlády zásah sledoval legitimní cíle ochrany zdraví a ochrany práv a svobod jiných.

(iv) Podmínka přiměřenosti

183. Zásah splňoval i kritérium přiměřenosti, a to zejména z důvodů uvedených v části stanoviska o pozitivních závazcích (viz § 66 až 165 výše).

184. Vláda pouze připomíná, že obdobně jako na poli pozitivních povinností by měl Soud přiznat široký prostor pro uvážení v kontextu obou stížností i na poli závazků negativních (viz § 151 až 160 výše).

(v) Závěr k negativním povinnostem

185. Vláda shrnuje, že existují důvodné pochybnosti o samotné existenci zásahu do práv stěžovatelek zaručených článkem 8 Úmluvy. Pokud bude nicméně Soud o jeho existenci přesvědčen, je namístě uzavřít, že tento zásah byl proveden v souladu se zákonem, sledoval legitimní cíl a byl přiměřený.

CELKOVÝ ZÁVĚR

186. Vzhledem k výše uvedeným skutečnostem vláda České republiky ve svém stanovisku ke stížnostem paní Šárky Dubské a paní Alexandry Krejzové navrhuje Soudu, aby rozhodl, že nedošlo k porušení článku 8 Úmluvy.

JUDr. Vít A. Schorm
vládní zmocněnec
podepsáno elektronicky

PŘÍLOHY

1. Výňatek ze zprávy WHO *Neonatal and Perinatal Mortality* z roku 2006
2. Výňatek ze zprávy WHO *World Health Statistics 2012* z roku 2012
3. Výňatky ze zprávy EURO-PERISTAT *European Perinatal Health Report* z roku 2004
4. Článek pojednávající o komplikacích vzniklých při konkrétním porodu v domácnosti za asistence porodní asistentky
5. Snímky porodních pokojů a pokojů pro matky s novorozenci po porodu v porodnici Jilemnice a porodnici Praha – Podolí
6. Odborná stanoviska České lékařské komory a České gynekologické a porodnické společnosti k porodům v domácnosti
7. Vzor porodního plánu
8. Příklad rozsudku krajského soudu, který se týká porušení práva na ochranu osobnosti provozovatelem zdravotnického zařízení

OBSAH

SKUTKOVÝ STAV **2**

I. SOUVISLOSTI PORODNICTVÍ V ČESKÉ REPUBLICE RELEVANTNÍ PRO PŘEDKLÁDANÉ STÍŽNOSTI .. 2

A) Historický vývoj porodnictví v České republice *3*

B) Porodnice v místě trvalých bydlišť stěžovatelek *4*

(i) Porodnice v Jilemnici 4

(ii) Porodnice v Praze – Podolí 8

II. PŘÍSLUŠNÉ VNITROSTÁTNÍ PRÁVO A PRAXE 10

(i) Listina základních práv a svobod 10

(ii) Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu 10

(iii) Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních 10

(iv) Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění 10

(v) Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních 11

(vi) Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách 11

(vii) Důvodová zpráva k vládnímu návrhu zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování 12

(viii) Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků 13

(ix) Věstník Ministerstva zdravotnictví č. 2/2007 13

(x) Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví o nezbytném vybavení 13

(xi) Judikatura Ústavního soudu 14

III. PŘÍSLUŠNÉ MEZINÁRODNÍ DOKUMENTY 14

(i) Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech 14

(ii) Úmluva OSN o právech dítěte 14

(iii) Obecný komentář č. 7 Výboru OSN pro práva dítěte o implementaci práv dítěte v raném dětství (2005) 15

(iv) Obecný komentář č. 14 Výboru OSN pro hospodářská, sociální a kulturní práva o právu na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně zdraví (2000) 16

(v) Zpráva Světové zdravotnické organizace (WHO) „Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka" 17

PRÁVNÍ POSOUZENÍ **19**

TVRZENÉ PORUŠENÍ ČLÁNKU 8 ÚMLUVY 19

A) Úvodní poznámky *19*

(i) Soukromý život a otázka rozsahu práva na jeho respektování 19

(ii) Pozitivní či negativní povinnosti 21

B) Posouzení stížností ve světle pozitivních závazků *23*

(i) Statistické údaje a mezinárodní srovnání 24

a) Srovnání bezpečnosti porodů v domácím prostředí a ve zdravotnickém zařízení 24

b) Perinatální úmrtnost 25

c) Porody v domácnosti ve světle nízké perinatální úmrtnosti v České republice 25

(ii) Právo na respektování soukromého života ve zdravotnických zařízeních 26

a) Požadavky rodiček upřednostňujících porod doma a jejich splnění ve zdravotnických zařízeních 27

α) Přiložení dítěte k prsu matky bezprostředně po porodu 28

ß) Zásahy do porodu 28
γ) Poloha při porodu 29
δ) Porody vedené porodní asistentkou ve zdravotnických zařízeních 29
ε) Zákonná záruka soukromí vyhrazeného rodičkám 30
ζ) Závěr 31
b) Zhodnocení zprávy WHO o doporučených postupech pro vedení porodu, přiložené stěžovatelkami 32
(iii) Požadavky na věcné a technické vybavení pracoviště porodní asistentky, kde jsou vedeny fyziologické porody 33
a) Věcné a technické vybavení 34
b) Časový limit 35
c) Závěr 36
(iv) Postup příslušných správních orgánů 36
(v) Protichůdné závazky České republiky v mezinárodním právu 36
a) Právo na život 37
b) Právo na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně zdravotního stavu/zdraví 39
c) Doporučení smluvních orgánů OSN o podpoře a zvýšení počtu porodních asistentek ... 41
d) Závěr 41
(vi) Šíře prostoru pro uvážení 42
(vii) Celkový závěr k pozitivním závazkům 44
C) Alternativní posouzení stížností ve světle negativních závazků *45*
(i) Existence zásahu 45
(ii) Podmínka zákonnosti 46
(iii) Podmínka legitimity 47
(iv) Podmínka přiměřenosti 47
(v) Závěr k negativním povinnostem 48

CELKOVÝ ZÁVĚR 48

PŘÍLOHY 48

OBSAH 49