

ETICKÁ A PRÁVNÍ VÝCHODISKA

pro tvorbu doporučení k rozhodování o alokaci
vzácných zdrojů při poskytování zdravotních
služeb v rámci pandemie

COVID-19

David Černý | Adam Doležal | Tomáš Doležal

03/2020

Etická a právní východiska
pro tvorbu doporučení
k rozhodování o alokaci
vzácných zdrojů při
poskytování zdravotních
služeb v rámci pandemie
COVID-19

David Černý
Adam Doležal
Tomáš Doležal

Ústav státu a práva AV ČR, v. v. i.
Kabinet zdravotnického práva a bioetiky

Vzhledem k naléhavosti situace publikujeme tato východiska bez předchozí externí konzultace.

V krátké době na základě konzultace s odborníky vznikne nová verze.

Obsah

Úvod (Jan Toman)	5
Etika alokace vzácných zdrojů	6
Informovaný souhlas v době pandemie	10
Právní aspekty poskytování zdravotních služeb v době pandemie COVID-19	12
Doporučená východiska pro ustanovení guidelines pro triáž	14
Literatura	15

Úvod

Endemie

Za endemii, nebo lépe endemický výskyt nemoci, označujeme stav, kdy se na daném území nemoc vyskytuje dlouhodobě bez přísunu nových nemocných zvenčí. Dobrým příkladem endemického výskytu onemocnění v Česku jsou například chřipka nebo lymfická borelióza. Endemicky se u nás naopak nevyskytuje ebola či západonilská horečka. Když překročí počet nemocných určitým onemocněním předem určený práh, endemický výskyt nemoci můžeme označit za epidemii. Kupříkladu u chřipky dochází k podobným cyklům každoročně.

Epidemie

Jako epidemii můžeme označit stav, kdy se nějaká nemoc za relativně krátký čas rozšíří mezi velký počet lidí. Třebaže můžeme vést polemiku o tom, co je vlastně nemoc, krátký čas i velký počet lidí, je zřejmé, že k epidemiím v užším slova smyslu vede aktivita různých patogenů – parazitických organismů, pro které člověk představuje hostitele. Časová dimenze jednotlivých epidemií se může i výrazně lišit (srovnejme například spalničky a HIV). Díky jejich sdílené příčině – šíření patogenů – ale můžeme s dostatkem informací průběh epidemií podobně modelovat. Podmínkou, abychom šíření nějaké nemoci označili za epidemii, také bývá velký geografický rozsah této události (kontinent, stát, nebo přinejmenším nějaký jeho podstatný správní celek).

Pandemie

Jako pandemie bývá označována rozsáhlá epidemie zasahující celý povrch Země, nebo alespoň jeho velkou většinu (například několik kontinentů), a podstatnou část lidské populace. Stejně jako samotný termín epidemie, také označení šíření nějaké nemoci za pandemii bývá do určité míry subjektivní. Na základě epidemiologického modelování ale zpravidla dokážeme dobře odhadnout, jaké nemoci mají potenciál se pandemiemi stát (např. španělská chřipka) a jaké ne (např. ebola).

Všechny tři definice shnuje následující tabulka:

Endemie	Stav, kdy se na daném území nemoc vyskytuje dlouhodobě bez přísunu nových nemocných zvenčí.
Epidemie	Stav, kdy se nějaká nemoc za relativně krátký čas rozšíří mezi velký počet lidí.
Pandemie	Rozsáhlá epidemie zahrnující celý povrch Země či alespoň jeho velkou většinu.

Koronavirus SARS-CoV-2

Na konci roku 2019 se v čínském městě **Wu-chan** začalo šířit nové respirační onemocnění, který záhy vykazovalo epidemický potenciál. Brzy se čínským vědcům podařilo dokázat, že má **virový původ**. Konkrétně můžeme za jeho původce označit RNA virus ze skupiny koronavirů, který nejprve dostal označení 2019-nCoV a později jméno **SARS-CoV-2**.

Jak už název napovídá, jedná se o blízko příbuzného viru SARS-CoV způsobujícímu nemoc SARS (těžký akutní respirační syndrom), jehož výraznějšímu rozšíření se podařilo zabránit v roce 2003. Aktuální výzkumy ukazují, že byl SARS-CoV-2 podobně jako SARS-CoV původně patogenem netopýrů a na člověka se patrně dostal přes mezipřenositele – v případě SARS-CoV-2 se uvažuje o východoasijských luskounech. **V současnosti neexistuje žádný důvod předpokládat, že s virem bylo nějak uměle manipulováno, nebo že ho dokonce někdo úmyslně rozšířil.**

SARS-CoV-2 se podle očekávání začal lavinovitě šířit – v lednu a únoru nejprve ve východní Asii, a hlavně střední Číně, jejíž rozsáhlé oblasti byly několik týdnů odříznuté v karanténě, od března stále výrazněji také v Evropě, Americe a zbytku světa. 11. března 2020 vyhlásila Světová zdravotnická organizace epidemii způsobenou SARS-CoV-2 za pandemii.

Onemocnění způsobované SARS-CoV-2 dostalo název **COVID-19**. Mezi jeho nejběžnější příznaky můžeme zařadit **horečku, únavu, suchý kašel a dušnost**. V **malém procentu případů** může mít závažnější průběh, přejít v zápal plic a vést až k **respiračnímu selhání**, selhání životně důležitých orgánů a smrti. Důležité epidemiologické informace o virulenci SARS-CoV-2 (zjednodušeně závažnosti příznaků), o tom, kolik jeden nakažený člověk dokáže nakazit dosud neimunizovaných hostitelů (parametr R_0), jeho smrtnosti (kolik diagnostikovaných případů skončí smrtí) a rizikových faktorech jsou stále **předmětem výzkumu** a dosahují **velkých rozptylů**.

Počet asymptomatických jedinců – lidí, u kterých se vůbec nerozvinou příznaky onemocnění – se například může pohybovat mezi 1 až více než 90 %. Důvodem této nejistoty je prostý fakt, že lidé, kteří typické příznaky nevykazují, statisticky většinou nezachytí. Další lidé mohou vykazovat příznaky tak mírné, že nákazu COVID-19 vůbec nezaregistrují, nebo k viru mohou být v důsledku jiných nákaz částečně imunní. V neposlední řadě ovlivňují šíření virů povětrnostní podmínky a jejich změny v průběhu roku. **Všechny tyto nejasnosti velmi komplikují tvorbu epidemiologických modelů.**

Jisté je, že **pravděpodobnost komplikovaného průběhu onemocnění výrazně stoupá s věkem**, zejména od 60 let. Pro děti (s výjimkou kojenců) je naopak onemocnění ze statistického hlediska nejméně nebezpečné. Dalšími velmi pravděpodobnými rizikovými faktory jsou nemoci srdce, vysoký krevní tlak, diabetes nebo rakovina. Na teoretické úrovni se uvažuje také o negativním vlivu některých léčiv na průběh onemocnění. Především je ale třeba si uvědomit, že mezi sebou tyto faktory silně souvisí (vysoký věk, chronické choroby, užívání léčiv apod.) a rozklíčování jejich vlivů bude možné až za delší čas. **Unáhlené reakce na každou hypotézu o tom, co průběh onemocnění může zhoršovat, proto zpravidla napáchají více škody než užítku.**

COVID-19 rozhodně není přímým existenčním ohrožením pro lidstvo. Zdá se, že ve srovnání s dalšími novými nemocemi způsobovanými koronaviry, jako například SARS z let 2002-2003 či MERS z minulého desetiletí, je COVID-19 méně virulentní. Jeho alarmující smrtnost v nejzasáženějších oblastech se pouze přibližuje 10% smrtnosti původního onemocnění SARS, přičemž s mírou testování populace (a odhalování těch nemocných, kteří vůbec nevyhledali lékařskou pomoc) takřka jistě výrazně klesne. Ve vývoji jsou navíc **nadějná léčiva a očkování**. Výrazné ohrožení však pandemie (a nezbytné reakce na ni) může představovat pro hospodářství a politické uspořádání zasažených zemí.

Vzhledem k rychlému šíření viru je jeho úplné vymýcení za nynějších podmínek nepředstavitelné. SARS-CoV-2 je však RNA virem, a tudíž má výraznou tendenci mutovat. Nejúspěšnější budou ty kmeny, které nakazí v průběhu onemocnění co nejvíce dalších hostitelů.

Každé zpomalení šíření nemoci tudíž vytvoří tlak na vznik těch kmenů, které budou člověku škodit co nejméně. Právě ty nakonec převáží. Podobný scénář se ostatně neodehrává poprvé. V naší populaci běžně koluje několik koronavirů, které způsobují rýmu či nachlazení a jen raritně – zápaly plic. Podobný bude zřejmě i osud SARS-CoV-2

Etika alokace vzácných zdrojů

Epidemie a pandemie mohou představovat období, v nichž dochází k narušování života celé společnosti a velmi náročné a deštrující nároky jsou kladeny zvláště (byť ne výlučně) na systémy veřejného zdraví, od praktických lékařů až po nemocniční zařízení. Lékaři a zdravotnický personál se ocitají v první linii boje proti nebezpečnému patogenu, v případě současné pandemie viru SARS-CoV-2, jenž se do celého světa rozšířil z Číny. Právě v době vážných epidemií a pandemií se velmi názorně ukazuje, že volby, jež musí lékaři každodenně činit, nejsou založené pouze na vynikajících odborných znalostech, zkušenostech a postupech lege artis, ale také a někdy dokonce primárně, na určitých **hodnotových soudech**. Když se například lékař rozhoduje, zda zahájit umělou plicní ventilaci pacienta v situaci, kdy se o jeden přístroj uchází více kandidátů se stejným onemocněním a velmi podobnou prognózou, stávají se hodnotové soudy vodítkem, jenž jimž umožňuje se v takové svízelné situaci racionálně rozhodnout, navíc zajišťují, že **lékařova volba není nahodilá, lze ji rozumově pochopit a analyzovat, je transparentní a dává lékařovi možnost se morálně ospravedlnit v případě nesouhlasu**.

Nastane-li epidemie či pandemie nebezpečného patogenu, mohou být i velmi dobře fungující zdravotnické systémy zaskočeny mimořádně zvýšenou poptávkou po lékařských intervencích, léčích, vakcínách, lůžkách či speciálních přístrojích. Současnou pandemií virem SARS-CoV-2 charakterizuje v mnoha státech nedostatek ochranných pomůcek (ústěnky, respirátory, ochranné

obleky), lůžek, zvláště na jednotkách intenzivní péče, a vzhledem k povaze onemocnění způsobeného tímto virem také plicních ventilátorů. Lékaři a zdravotnický personál se tak prakticky ze dne na den ocitají v situaci, kdy se jinak běžné intervence či přístroje stávají **vzácnými zdroji**. A právě v takovém okamžiku se vynořuje klíčová normativní (morální otázka): **jakým způsobem by se měly alokovat tyto vzácné zdroje?**

Jaký je rozdíl mezi normativními a faktickými otázkami?

Mezi normativními (či normativně zabarvenými) a faktickými otázkami možná nelze klást jednoznačnou dělicí linii. Faktické otázky se ptají pouze na fakta (např. „kolik je hodin“, „kolik bází má DNA“, zatímco otázky normativní nějakým způsobem odkazují k nějaké hodnotové dimenzi. Otázka „jaká je správná terapie pro pacienta X“ je hodnotově podbarvená, neboť se neptá pouze na medicínská fakta, ale také na **hodnoty**, které jsou v každé volbě intervence implicitně či explicitně přítomné.

Faktické otázky

Jaká je struktura viru COVID-19?
Jaká je smrtnost choroby COVID-19?
Jaká je prognóza tohoto pacienta s COVID-19?

Hodnotové otázky

Jakým způsobem rozdělovat ústenky a respirátory?
Za jakých podmínek je možné pacientovi s COVID-19 ukončit plicní ventilaci?
Měla by tomuto pacientovi být přednostně poskytnuta plicní ventilace?

Lékařská etika je filosofickou disciplínou (součástí aplikované etiky), jež se snaží zodpovědět otázky vznikající v kontextu moderní medicíny a biomedicínského výzkumu. V rámci této interdisciplinární humanitní vědy lze rozlišit celou řadu přístupů. Někteří autoři se zaměřují na jednotlivé lidské činy a určují podmínky jejich správnosti pouze v závislosti na tom, zda maximalizují nějak (např. v pojmech dobrého života či jeho kvality) definovaný užitek (utilitarismus činů). Jiní postupují velmi podobně, namísto jednotlivých činů si však kladou otázku, jaká etická pravidla by při dokonalé internalizaci společností přinesla nejvyšší užitek co největšímu počtu lidí (utilitarismus pravidel). Pro někoho nejsou nejdůležitější důsledky, ale určitá pravidla, často spojená

se specifickou rolí (např. lékaře, zdravotní sestry, politika, manžela...; deontologie), nebo etické principy, z nichž je možné odvozovat specifické morální normy (principismus). Další autoři se nezaměřují na důsledky či pravidla a normy, nýbrž na určité trvalé charakterové vlastnosti (ctnosti), kterými by měl disponovat a v jedné se řídit každý člověk (obecné „lidské“ ctnost) či každý reprezentant nějaké role (rodič, partner...) či povolání.

Utilitarismus činů	Hodnotí jednotlivé instance jednání na základě toho, zda maximalizují nějak definovaný užitek
Utilitarismus pravidel	Hodnotí etická pravidla na základě toho, zda by jejich dokonalá internalizace společností vedla k optimálním důsledkům
Deontologie	Hodnotí lidské jednání na základě toho, zda respektují určité obecné či role-specifické morální normy či pravidla
Principlismus	Hodnotí lidské jednání na základě toho, zda respektují základní čtyři principy
Etika ctností	Hodnotí lidské jednání na základě toho, zda vycházejí či nevycházejí z ctnostného charakteru

Tyto teorie slouží k ospravedlňování konkrétních morálních norem, v praxi se však nejčastěji setkáváme s etickou teorií pocházející z Georgetownské univerzity v americkém Washingtonu, jež je známá jako **principlismus**. Tato vlivná teorie vychází ze čtyř základních principů, jimiž jsou:

1. Princip beneficence.
2. Princip non-maleficence.
3. Princip férovosti.
4. Princip respektu k autonomii.

Princip beneficence v hodnotové rovině specifikuje finalitu lékařského povolání a jednotlivých intervencí: úmyslem lékaře by mělo být vždy a za všech okolností prospívat svému pacientovi.

Princip non-maleficence určuje určitá omezení: lékaři jsou povinni respektovat pravidlo nepůsobit pacientům úmyslné újmu.

Podívejme se na praktickou aplikaci těchto dvou pravidel. Představme si lékaře, který má pět pacientů nutně potřebujících orgány k transplantaci.

První princip beneficence mu ukládá povinnost jim pomoci. Dejme tomu, že by lékař mohl tyto orgány získat od jiného pacienta, který by však při odběru orgánů zemřel. **Princip non-maleficence** klade omezení na to, jakým způsobem lékař může intervenovat ve prospěch svých pacientů: nemůže usmrtit pacienta, aby jich zachránil pět.

Princip férovosti stanovuje, že při alokaci preventivních či kurativních intervencí, lůžek či přístrojů, je třeba ke všem pacientům přistupovat férově a nediskriminovat je na základě morálně irelevantních vlastností.

Princip férovosti nepožaduje, aby lékaři neselektovali pacienty na základě relevantních důvodů. Například orgánů vhodných k transplantaci je nedostatek a je třeba stanovit pravidla, na jejichž základě mají někteří pacienti přednost před jinými.

Konečně **princip respektu k autonomii** klade velký důraz na autonomní přání pacientů. Ideálem je dosažení implementace **procesu sdíleného rozhodování**, kdy ve hře nejsou pouze medicínská fakta, ale také hodnotový systém lékaře a pacienta, kteří se snaží společným dialogem dospět k rozhodnutí přijatelného pro všechny zúčastněné strany.

Princip respektu k autonomii neříká, že autonomní přání pacienta musí být vždy respektováno. Zvláště v případě závažných voleb, kdy je ve hře život a smrt, musí lékař přihlížet i k dalším normativním faktorům, jakým je např. welfare (kvalita života) pacienta.

Princip beneficence Za všech okolností hledej prospěch svých pacientů.

Princip non-maleficence Za žádných okolností úmyslně neublížuj svým pacientům.

Princip férovosti Přistupuj k pacientům férově a nediskriminuj je.

Princip respektu k autonomii Respektuj autonomii svých pacientů.

Výše uvedené čtyři principy lékařské etiky jsou aplikovatelné (i když někdy s obtížemi) v běžných situacích, v případě vážných epidemií a pandemií, které výrazně postihují zdravotnický systém a vedou k tomu, že určité jindy běžné přístupné zdroje se stávají vzácnými, však musíme vcházet z poněkud jiných pravidel. Tím není řečeno, že tato pravidla jsou či musí být v rozporu se čtyřmi principy. Může se však stát, že význam některých vzroste, zatímco jiné musí ustoupit do pozadí. Svou zásadní platnost si zachovávají první dva principy – princip beneficence specifikují finalitu lékařských intervencí i v době krize vyvolané epidemií či pandemií, a princip non-maleficence, zakazující úmyslné působení újmy. Rovněž princip férovosti zůstává v platnost, třebaže je někdy nutné nově promýšlet způsob jeho praktické aplikace. **Princip respektu k autonomii však poněkud ustupuje do pozadí**, neboť vznik nutnosti alokace vzácných zdrojů může znamenat, že některé zdroje nebudou poskytnuty navzdory žádosti ze strany pacientů či jejich zástupců, u jiných zase může dojít k jejich odejmutí, třebaže s tím pacient či jeho zástupci nesouhlasí.

Nutnost rozhodovat se rychle také vyžaduje, aby byla specifikována konkrétní doporučení, jimiž je možné se řídit bez dlouhého promýšlení. Doporučení by měla být co nejkonkrétnější, jasná, dobře srozumitelná a aplikovatelná v praxi. Jejich existence není vyžadována pouze tím, že lékaři rozhodující se o tom, komu poskytnou vzácné zdroje, neopírají své soudy a závěry pouze o své odborné znalosti, zkušenosti a postupy lege artis, ale také o morální hodnoty. Ve hře jsou další důležité hodnoty, z nichž musíme zmínit především **transparentnost zvolených procedur** a na nich závisující **důvěra**.

Lékaři jsou morálně odpovědní za své volby, to kromě jiného znamená, že by je neměli přijímat nahodile, ale na základě racionálně zdůvodněných a srozumitelných principů. V době epidemie či pandemie navíc rozhodují o životě a smrti mnoha lidí, je tedy třeba upevnit důvěru společnosti v jejich rozhodování. To je možné pouze tehdy, **budou-li se řídit transparentními a zdůvodněnými pravidly a doporučeními**, která pacientům, jejich blízkým a celé společnosti umožní jejich volby pochopit, jejich tragickému charakteru vynucenému kritickou situací navzdory.

Kritická rozhodnutí lékařů v době krize

Vyvolané epidemií či pandemií by měla být založená na jasných, dobře a srozumitelně zformulovaných a racionálně zdůvodněných principech a doporučení. Jejich volby tak budou transparentní a mohou upevnit, nikoli podkopat, důvěru společnosti.

Čtyři principy lékařské etiky je v době krize vyvolané epidemií či pandemií je možné nahradit následujícími **čtyřmi principy alokace vzácných zdrojů**:

1. Princip maximalizace užítka dosažitelného prostřednictvím vzácných zdrojů;
2. Férovost;
3. Podpora těch, kteří pomáhají druhým;
4. Upřednostňování pacientů, kteří jsou na tom nejhůře.

Principy lékařské etiky

Principy etiky alokace vzácných zdrojů

Princip beneficence

Princip maximalizace užítka dosažitelného prostřednictvím vzácných zdrojů

Princip non-maleficence

Princip férovosti

Férovost

Princip respektu k autonomii

Podpora těch, kteří pomáhají druhým

Upřednostňování pacientů, kteří jsou na tom nejhůře.

První princip (maximalizace užitku dosažitelného prostřednictvím vzácných zdrojů) je nejdůležitější a můžeme ho chápat jako **specifikaci principu beneficence pro případ nutnosti alokace vzácných zdrojů v době krize vyvolané epidemií či pandemií**. Užitek je možné definovat více způsoby, například prostřednictvím počtu zachráněných životů či určením kvality a délky života pacientů po skončení terapie. V případě probíhající pandemie viru SARS-CoV-2 se jako nejvhodnější jeví **definice užitku prostřednictvím počtu zachráněných životů**. Nacházíme se v době krize a nutnosti rychlého rozhodování, jež se týká velkého množství pacientů, není tedy možné zaměřovat se na kvalitu životů pacientů, jež závisí na celé řadě faktorů a jejíž určení vyžaduje čas a delší dialog s pacienty (či jejich zástupci).

Základní priorita v poskytování vzácných zdrojů, např. mechanické ventilace, tedy musí být chápána takto:

- ▶ Je pravděpodobné, že se pacient uzdraví
- ▶▶ Je málo pravděpodobné, že se pacient uzdraví
- ▶▶▶ Je pravděpodobné, že se pacient uzdraví doma.

První princip alokace vzácných zdrojů specifikuje první princip lékařské etiky v době krize, musí však být podrobený i druhému principu, principu non-maleficence, který zapovídá úmyslné působení újmy. Zároveň však určuje, že mohou nastat případy, kdy pacient v nouzi nebude připojený na mechanickou plicní ventilaci (nezahájení léčby), či dokonce i to, že bude od plicní ventilace odpojený (ukončení léčby) a napojený bude pacient jiný s lepší prognózou. Jak jsme již řekli, v čase krize ustupuje princip respektu k autonomii a je tedy eticky přípustné nezahájit či ukončit léčbu bez pacientova souhlasu či dokonce jeho nesouhlasu navzdory, ovšem vždy v souladu s etickými pravidly alokace vzácných zdrojů. Tyto postupy nelze chápat jako **úmyslné působení újmy, zabití** či jako **eutanazii**.

Eutanazii lze definovat prostřednictvím tří kritérií: způsob jednání, úmysl a aktér. Způsobem jednání je podání nějaké přípravku, který pacienta usmrtí (v kontrastu k pouhému nezahájení či ukončení léčby), úmyslem je usmrtit pacienta v jeho prospěch (v protikladu k nezahájení či ukončení léčby, kdy je úmyslem lékaře neposkytovat medicínsky neadekvátní léčbu a smrt pacienta se nezamýšlí, pouze předvídá), aktérem musí být lékař (na rozdíl od asistovaného sebeusmrcení, kdy je aktérem pacient). Eutanazii tedy můžeme definovat jako takové opatření na konci života, kdy lékař

podá pacientovi na základě jeho autonomie, dobře zvážené a opakované žádosti smrtící prostředek, přičemž i) jeho úmyslem je usmrtit pacienta, aby ho zbavil utrpení, ii) smrt pacienta je skutečně způsobená tímto prostředkem.

Z etického hlediska je možné neposkytnutí/odejmutí nějakého vzácného zdroje, které vede ke smrti pacienta a jehož cílem je poskytnout tyto zdroje pacientům s lepší prognózou, ospravedlnit **principem dvojího účinku**. Ten v případě jednání se dvěma účinky, z nichž jeden je dobrý a druhý špatný, určuje, že toto jednání je morálně přípustné, jsou-li splněny následující čtyři podmínky:

1. Jednání samo o sobě je morálně přípustné.
2. Špatný účinek není zamýšlený, pouze předvídaný a připuštěný.
3. Dobrý účinek neplyne z účinku špatného.
4. Existuje vážný důvod jednání uskutečnit.

Druhý princip etiky alokace vzácných zdrojů ukládá povinnost férového přístupu ke všem pacientům. V případě alokace vzácných zdrojů někteří autoři upozorňují na to, že v době epidemie či pandemie princip „kdo dříve přijde, ten dostane vzácný zdroj“ nelze uplatňovat, neboť by to mohlo mít vážné důsledky, jako je srocování lidí v nemocnicích, diskriminace těch, kteří bydlí ve větší vzdálenosti od nemocnice, či poskytnutí léčby pacientů s horší prognózou na úkor těch s lepší, kteří však onemocněli později (což by bylo v rozporu s prvním principem).

Třetí princip etiky alokace vzácných zdrojů určuje další praktický způsob respektování principu prvního: přednost by měli dostat ti, kteří jsou klíčoví pro poskytování lékařské péče (když onemocní lékaři, nemožou léčit a bude umírat více lidí), či pro udržování základní struktury a fungování společnosti (policisté, hasiči...).

Konečně **čtvrtý princip etiky alokace vzácných zdrojů** stanoví, že přednost by měli dostávat ti, kteří jsou nejvíce nemocní, ale mají reálnou naději na přežití, nebo ti, kteří by v případě smrti prožili jen krátký život (mladí pacienti). Tento princip je ovšem třeba interpretovat ve světle předchozích pravidel; pokud tedy je prognóza nemocnějšího pacienta špatná a ventilátor by zachránil život pacienta s lepší prognózou, měl by dostat tento pacient přednost.

Z těchto čtyř principů alokace vzácných zdrojů v době vážné epidemie či pandemie je možné odvodit následujících pět praktických doporučení, která shrnuje následující tabulka:

	Popis	Odůvodnění
1	Maximalizujte užitek určený počtem zachráněných životů.	První princip etiky alokace vzácných zdrojů.
2	V alokaci vzácných zdrojů zachovejte rovný přístup mezi pacienty s COVID-19 a ostatními chorobami	Druhý princip etiky alokace vzácných zdrojů.
3	Řiďte se s ohledem na povahu vzácného zdroje a změny vědeckého poznání. Např. v případě vakcín dejte přednost starším lidem, v případě plicní ventilace mladším.	První princip etiky alokace vzácných zdrojů.
4	Při alokaci vzácných zdrojů spojených s COVID-19 (vakcíny, léky, intervence, přístroje) upřednostňujte zdravotnické pracovníky a ty, kteří jsou nezbytní pro fungování společnosti.	Třetí princip etiky alokace vzácných zdrojů, který konkretizuje aplikaci prvního principu.
5	U pacientů ze stejné vulnerabilní skupiny a se stejnou prognózou rozhodujte losem.	Druhý princip etiky alokace vzácných zdrojů. Jiné formy rozhodování (first-come, first-served) mohou mít negativní důsledky.

Tato konkrétní doporučení mohou nalézt praktickou aplikaci v procesu selekce pacientů (triáž) v případě nedostatku vzácných zdrojů způsobených pandemií COVID-19. Doporučení 1 společně s prvním principem alokace vzácných zdrojů určuje finalitu triáže, již je záchrana co největšího počtu životů, další doporučení potom specifikují konkrétní postupy procesu určování priority při poskytování vzácných zdrojů.

Lze také doporučit vznik speciálních komisí, které jsou složeny z odborníků schopných rozhodovat na základě těchto doporučení a ve shodě s odbornými lékařskými poznatky. Tyto komise vycházejí z anonymizovaných údajů poskytnutých ošetřujícími lékaři a činí příslušná rozhodnutí. Někteří autoři také doporučují, aby členové

komise posléze komunikovali s příslušnými pacienty či jejich rodinami a aplikovali svá rozhodnutí v praxi, dokonce i v případech, kdy se jedná o nepřidělení či odejmutí nějakého vzácného zdroje s následkem smrti pacienta.

Je třeba mít na paměti, že nepřidělení či odejmutí nějakého vzácného zdroje **nevylučuje pacienty z lékařské péče**. Tito pacienti by měli být nadále doprovázeni paliativními týmy a **měla by jim být poskytnuta odpovídající paliativní péče**. V nejzávažnějších případech, kdy se i paliativní intervence stávají vzácným zdrojem, je možné zvažovat **paliativní sedaci** jako jediný způsob, jak zajistit důstojné a bezbolestné umírání.

Informovaný souhlas v době pandemie

Teoretický koncept

V moderní bioetice je nutnou podmínkou pro provedení jakéhokoliv zákroku v klinické praxi tzv. informovaný souhlas, který dává lékaři pacient, pokud je kompetentní. Výjimkou jsou pouze situace tzv. neodkladné péče a dále pak situace, kdy může být pacient bez souhlasu hospitalizován (např. z důvodu ochrany veřejného zdraví či uložení ochranného léčení). Kromě klinické praxe je informovaný souhlas vyžadován také v medicínském výzkumu, kdy pro osobu účastnící se výzkumu platí obdobná práva jako u pacienta. Pokud osoba není kompetentní k vyslovení souhlasu, je vyžadován souhlas jiné zastupující osoby, ať už určené přímo pacientem nebo určené právními předpisy.

Informovaný souhlas se objevuje zejména jako důsledek selhání lékařského stavu v druhé světové válce a je spojen s rozšířením konceptu lidských práv na oblast medicíny. V současné době není jen etickým, ale i právním institutem, který má zajistit zejména následující hodnoty:

- 1) respekt k pacientově autonomii,
- 2) ochranu pacienta před zneužitím postavení lékaře (pod pojem lékař je zde zahrnut i jiný zdravotnický pracovník),
- 3) důvěru ve vztahu lékaře a pacienta.

Úmluva o lidských právech a biomedicíně čl. 5

Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích. Dotčená osoba může kdykoli svobodně svůj souhlas odvolat.

Z hlediska principů, o kterých jsme hovořili v předchozích oddílech, je jako zásadní pro institut informovaného souhlasu vnímán zejména princip respektu k autonomii pacienta, o jehož specifické modifikaci v době pandemie pojednáváme níže. Naopak ochranný účel informovaného souhlasu je zachován i v době pandemie, stejně tak musí být jakékoliv jednání lékaře vedeno snahou zachovat důvěru ve vztahu s pacientem. Tato elementární důvěra se totiž prolíná do důvěryhodnosti celé zdravotní instituce a potažmo do důvěryhodnosti celého zdravotnického systému.

Autonomie a její projev v teorii informovaného souhlasu

Informovaný souhlas má ale zcela zásadně reprezentovat právě hodnotu spočívající v respektování autonomie kompetentního pacienta. Co se pojmem autonomie v kontextu medicínské etiky rozumí? Jednak lze rozlišovat tzv. **negativní složku autonomie**, která značí, že rozhodování pacienta o postupu léčby je dobrovolné, tj. nezasahuje do něj neoprávněně jiná osoba (např. neoprávněným fyzickým nebo psychickým nátlakem, výhrůzkou, psychickou manipulací, apod.). **Pozitivní složka autonomie** zahrnuje zejména to, že pacientovi jsou poskytnuty srozumitelným, nikoliv odborným jazykem, informace podstatné pro jeho rozhodování, a že jeho rozhodnutí je na základě těchto informací činěno se záměrem. **Etickým ideálem je pak to, že se v respektu k autonomii pacienta odráží i respekt k jeho životním hodnotám, cílům, přáním a celkovém směřování jeho života, což můžeme označit jako respekt k autentickým hodnotám pacienta.**

Informovaný souhlas primárně slouží jako autonomní autorizace medicínského výkonu, přičemž taková autorizace spočívá v akceptaci navrhovaného výkonu, přičemž tato akceptace je dobrovolná, pacient je kompetentní, je poučen ze strany lékaře a poskytnuté informace porozuměl. Taková autorizace zajišťuje autonomii rozhodnutí pacienta. Skládá se tedy z již výše uvedených prvků:

- 1) kompetence,
- 2) dobrovolnosti,

3) poučení ze strany lékaře,

4) porozumění ze strany pacienta, a konečně

5) volby léčby a její autorizace (souhlasu).

K zajištění etického ideálu respektování autentických hodnot pacienta není naopak pouhá autorizace postačující, je nutné vést dlouhodobější oboustranný dialog, přičemž pacient informuje lékaře o svém hodnotovém systému, zatímco lékař jako odborník se na základě pacientova hodnotového systému snaží navrhnout cíl léčby. Tomuto cíli léčby pak odpovídají medicínské indikace, které musí být nutně lege artis. Pacient si tedy nemůže přát služby, které nejsou adekvátní k jeho medicínské situaci. Tento model vztahu mezi lékařem a pacientem bývá nazýván odborníky jako tzv. **sdílené rozhodování (share decision-making)** a je náročné na komunikační kvality lékaře i na čas strávený s pacientem.

Kromě informovaného souhlasu se princip respektu k autonomii pacienta v běžné klinické praxi odráží v **možnosti odmítnout léčbu**, byt by toto odmítnutí vedlo k vážnému poškození pacientova zdraví nebo dokonce k ohrožení jeho života (odmítnutí musí také obsahovat shodné prvky jako informovaný souhlas), a v tzv. dříve vyslovených přáních. **Dříve vyslovená přání** jsou pacientovou projevovanou vůlí k postupu léčby pro případ, že by se dostal do takového stavu, ve kterém již nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb. Pro tuto situaci může pacient také ustanovit svého zástupce.

Omezení autonomie pacienta v době pandemie a modifikace informovaného souhlasu

Již bylo naznačeno, že **v době pandemie je autonomie pacienta upozaděna**. Do hry vstupují jiné principy, které princip autonomie pro situaci, kdy je omezen počet vzácných zdrojů, převáží. Znamená to ale, že je princip respektu k autonomii zcela opuštěn? A pokud ne, což je zde navrhovaná odpověď, jakým způsobem je omezen, a jak je respektován?

Zásadní omezení spočívá v možnosti volby z navrhovaných postupů léčby – léčba, která by v normálním stavu byla nabídnuta jako indikovaný medicínský postup, v současné době již není indikována, nemůže být tedy zahrnuta do případného cíle léčby. Sníženou možností volby samozřejmě dochází ke snížení autonomie pacienta, co by jindy mohlo být součástí jeho závazného rozhodnutí o postupu léčby, je v situaci pandemie součástí transparentního rozhodovacího systému mimo sféru pacienta. Konkrétní poskytování zdravotních služeb s užitím vzácných zdrojů je přidělováno na základě stanovených pravidel. Dochází tak k omezení práv pacientů, nicméně toto omezení má své ústavněprávní odůvodnění a slouží veřejnému zájmu (více viz níže). **Léčba s užitím vzácných zdrojů již není předmětem volby pacienta.**

Jakoukoliv jinou léčbu však stále musí pacient právně relevantním způsobem autorizovat, tj. musí vyjádřit svůj souhlas se zásahem do jeho integrity. Stále může takovou léčbu odmítnout, pokud zde jsou léčebné alternativy (což však již nebude časté), může si mezi nimi vybírat.

Zachována musí být i podmínka kompetence pacienta (jinak je nutný zástupný souhlas) a dobrovolnosti jednání pacienta, neoprávněný vliv na takové jednání činí souhlas neplatným. Zde k velké modifikaci principu respektu k autonomii nedochází.

Etická otázka vzniká u informování pacienta, případně jeho zástupce. Co se týče jiné léčby než léčby s užitím vzácných zdrojů, zůstává zde povinnost poskytovatele zdravotních služeb srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informovat pacienta o jeho zdravotním stavu a navrženém léčebném postupu a všech jeho změnách, tj. zejména o příčině a původu nemoci, účelu a povaze medicínského výkonu, jeho možných důsledcích a rizicích, jeho alternativách a konečně i dopadech na jeho budoucí způsob života. **Podstatný je ale problém s informováním o vlastním neposkytnutí vzácných zdrojů. Jak sdělit pacientovi nebo jemu blízké osobě, že mu nebude poskytnuta plicní ventilace,** když je to jediná možnost, která má alespoň nějakou naději na úspěch (tj. eventuální možnost přežít)? Nejedná-li se zjevně o léčbu neúčelnou, medicínsky neadekvátní nebo ji neodmítá pacient ev. jeho zástupce, měla by být v běžné praxi jako relevantní život udržující léčba zahájena (nebo by v ní bylo pokračováno). V situaci pandemie však tato léčba není pro konkrétního pacienta na základě nastavených obecných pravidel dostupná.

Nabízí se modifikovaná varianta milosrdné lži. V tomto případě se nezaměří následek neléčení (úmrtí pacienta), ale podá se nepravdivá informace o stavu pacienta – další poskytnutí plicní ventilace je neúčelné a pro pacienta již taková léčba nepřináší žádný užitek. Zejména s ohledem na nepřijemnou komunikaci s pacientovými příbuznými se může na první pohled tento přístup jako přístup morálně přípustný. Z dlouhodobé perspektivy je však vysoce pravděpodobné, že takový postup bude odhalen, a že sníží celkovou důvěryhodnost nejen v ošetřující personál, ale i nemocnici a v konečném důsledku ve zdravotnictví vůbec. **Důvěryhodnost a důvěra jsou přitom zásadními hodnotami, které by ve vztahu lékaře a pacienta měly být zachovány.**

Důvěru ale může snížit i to, že pacient, resp. v praxi spíše jeho blízcí, by viděli, jak lékař ošetřující pacienta, zároveň rozhoduje o nezahájení plicní ventilace u shodného pacienta a tím ho prakticky (s vysokou mírou pravděpodobnosti) odsuzuje k smrti. To samozřejmě nepůsobí nijak dobře.

Z tohoto důvodu by měla **informaci podávat jiná osoba než ošetřující lékař, nejlépe člen ustanovené komise pro případ triáže. Byla by to opět výjimka z konceptu informovaného souhlasu, kde informace má podávat ošetřující lékař,** jenž zároveň odpovídá na doplňující dotazy. Člen komise jako osoba nestranná, nezapojená do procesu léčby, zároveň ale odborně způsobilá s dlouholetou zkušeností v oboru, se pro případ pandemie jeví jako osoba vhodnější. Ustanovení komise s členy na odborné výši, mající nauče-

nou vysokou komunikační dovednost, zejména s ohledem na konec lidského života, se proto jeví jako vysoce důležité, aby byl křehký stav důvěry zachován.

Lze říci, že v době pandemie je téměř nemožné docílit ideálu sdíleného rozhodování. Pokud je to však jen trochu možné, měla by existovat snaha zjistit pacientovy životní hodnoty, jeho aktuální přání a touhy a pokud je možné některé naplnit, pak se o to možnými způsoby pokoušet.

Právní aspekty poskytování zdravotních služeb v době pandemie COVID-19

Epidemie a pandemie přinášejí obtížné etické a medicínské výzvy, které se ovšem odehrávají v právním prostředí. Toto prostředí je již do jisté míry nastaveno a počítá se zvláštními režimy právní regulace v době takovýchto krizí. Jednotlivé státy mohou přistupovat k řešení v rovině právní různým způsobem a nelze tak vysledovat nějaký jednotící element. Státy Evropské unie jsou demokratickými, právními státy, a proto by přijímaná opatření, jak obsahově, tak procedurálně, neměla vybočovat z pravidel stanovených pro legislativu. Současně je zřejmé, že **musí zůstat zachovány základní principy, na nichž demokratické právní státy stojí.** My se ovšem nechceme věnovat všem právním aspektům tohoto stavu, ale zaměříme se pouze na některé aspekty poskytování zdravotních služeb v době pandemie COVID-19.

Vláda usnesením č. 194, 69/2020 Sbírkou v souladu s čl. 5 a 6 ústavního zákona č. 110/1998 Sb., o bezpečnosti České republiky, vyhlášen pro území České republiky z důvodu ohrožení zdraví v souvislosti s prokázáním výskytu koronaviru COVID-19 na území České republiky **nouzový stav** od 12. března 2020 na dobu 30 dnů. Poskytovatelům zdravotních služeb, resp. poskytovatelům akutní lůžkové péče, byla nařízena mj. tato mimořádná opatření:

- **Vyčlenit za účelem zabránění šíření infekčního onemocnění COVID-19 uvnitř zdravotnického zařízení na vstupu do zdravotnického zařízení, nebo na jiném vhodném**

místě, prostor pro provedení třídění (triáže) všech pacientů vstupujících do zdravotnického zařízení, včetně pacientů předávaných zdravotnickou záchrannou službou,

- ▶ **Zpracovat metodiku, která stanoví pravidla pro třídění pacientů z hlediska dalšího poskytování zdravotních služeb a která bude zaměřená na identifikaci pacientů s podezřením na onemocnění COVID-19 či s prokázaným onemocněním COVID-19 a dále pravidla pro poskytování zdravotních služeb těmto pacientům,**
- ▶ **Zajistit třídění (triáž) všech pacientů vstupujících do zdravotnického zařízení v souladu s touto metodikou.**

V návaznosti na usnesení vlády č. 194 vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR (dále jen MZ ČR) mimořádné opatření 2/2020 ÚD (Č. j.: MZDR 12066/2020-1/MIN/KAN), kterým s účinností ode dne 17. března 2020 nařídilo poskytovatelům zdravotních služeb akutní lůžkové péče, aby omezili provádění zdravotních výkonů v rámci plánované péče podle § 5 odst. 1 písm. d) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, na míru nezbytně nutnou při zohlednění zdravotního stavu pacientů, u kterých byly tyto zdravotní výkony plánovány, a to za účelem zajištění dostatečné kapacity (personální, věcné a technické) pro léčbu pacientů s onemocněním COVID-19.

Shora uvedené opatření Vlády ČR a následně opatření MZ ČR zcela jasně avizovaly, že poskytovatelé lůžkových zdravotních služeb by měli většinu potřebných kapacit (zejména na ICU) vyhradit pro léčbu pacientů s onemocněním COVID-19 a současně zajistit triáž všech pacientů vstupujících do zdravotnického zařízení podle přijaté metodiky. Na počátku pandemie i ve stávajícím okamžiku (ke dni 30. 3. 2020) se triáž týkala výlučně oddělení pacientů s onemocněním COVID-19 a ostatních pacientů, zahraniční vývoj ukazuje, že s postupem pandemie se triáž může odehrávat i na dalších úrovních poskytování zdravotních služeb. S ohledem na častou potřebu lůžek JIP a plicních ventilátorů se triáž při alokaci vzácných zdrojů může odehrávat zejména v oboru intenzivní medicíny.

Ačkoliv je nutno zdůraznit, že **hlavní principy, na nichž by alokace vzácných zdrojů měla stát, jsou principy etické (viz shora) a medicínské**, právo nemůže stát stranou. **Právo by v těchto případech mělo být garantem spravedlivého přístupu k nakládání se vzácnými zdroji.** Jak by tuto roli mělo plnit? Zejména respektováním základních lidských práv, principů právního státu a hodnot, na nichž je naše společnost založena.

Alokace vzácných zdrojů ve shora uvedeném případě není v právních předpisech upravujících poskytování zdravotních služeb v ČR nijak specificky upravena. Jedinou výjimkou, nikoliv však na úrovni právních norem, je pandemický plán ČR z roku 2011, který obsahuje

velmi kusé ustanovení o zajištění etičnosti pandemické připravenosti a odpovědi, kde konstatuje:

„Pandemie chřipky, stejně jako kterákoli jiná akutní situace na poli veřejného zdraví, vyžaduje přijetí rozhodnutí, jež se neobejde bez balancování mezi potenciálním konfliktem zájmů jednotlivce se zájmy komunity. Rozhodující osoby mohou stavět na etických principech jako nástroji hodnocení a balancování tohoto sporu zájmů a hodnot. Etický přístup neposkytuje předem stanovený postup, místo toho aplikuje principy jako rovnost, prospěšnost / efektivnost, svoboda, reciprocita a solidarita. Tyto principy mohou být použity jako základní kostra hodnocení a balancování škály zájmů a k zajištění cíle (jako je ochrana lidských práv a specifické potřeby vulnerabilních a minoritních skupin).“

Za stávající situace tak lze konstatovat, že při poskytování zdravotních služeb je nutno se řídit běžnými právními předpisy upravujícími poskytování zdravotních služeb, při vědomí jejich modifikace přijatými opatřeními Vlády ČR a MZ ČR. Poskytování zdravotních služeb je tedy i nadále založeno na principu respektu autonomie pacienta a jeho důstojnosti. **Základní práva a povinnosti typická pro vztah pacienta a lékaře zůstávají zachována. Pacient musí být v souladu s právními předpisy řádně poučen o navrhované léčbě a i nadále je možno pacientovi poskytovat zdravotní služby pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem.** K určitému rozporu s právním řádem by mohly představovat situace, kdy je pro nepřipojení nebo odpojení od přístrojů vyžadováno svolení soudu.

Postup zdravotnických pracovníků musí být ve všech případech lege artis. Případné rozhodování o alokaci vzácných zdrojů nijak nemodifikuje definici postupu lege artis, neboť se ho netýká. Jde o rozhodnutí na vyšší úrovni, tj. komu bude poskytnut určitý typ péče, a po tomto rozhodnutí je nutno postupovat ve všech případech lege artis (např. poskytnutím patřičné paliativní péče). Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků, ani povinnost poskytovatele zdravotních služeb vést řádně zdravotnickou dokumentaci není rovněž dotčena.

V situaci, kdy by tedy při poskytování zdravotních služeb mělo docházet k rozhodování o alokaci vzácných zdrojů je zřejmé, že klíčovou rolí při tomto rozhodování hrají etické principy a medicínská hlediska. Právo by pak mělo garantovat spravedlnost tohoto rozhodování ve dvou rovinách – materiálně-právní (ochrana důstojnosti člověka, zákaz diskriminace) a procedurální (transparentnost a férovost rozhodování).

Z právního hlediska je nutno vyzdvihnout zejména následující principy, které by při rozhodování o alokaci vzácných zdrojů při poskytování zdravotních služeb měly být respektovány:

- ▶ **respekt k lidské důstojnosti;**
- ▶ **transparentnost stanovení kritérií pro rozhodování, jejich přístupnost a aktualizace v závislosti na vývoji situace;**
- ▶ **transparentnost a nediskriminačnost stanovených kritérií;**

▶ **nezávislost a férovost při aplikaci stanovených kritérií (např. vytvoření zvláštní komise nebo alespoň rozhodnutí více osob).**

V případech probíhající triáže je nezbytné, aby rozhodnutí o neposkytnutí určité péče byla s pacientem nebo jeho zástupci řádně komunikována a zaznamenána ve zdravotnické dokumentaci!

A na závěr lze doporučit, aby všechna doporučení o triáži byla pravidelně monitorována orgánem státní zprávy, aby byla zajištěna spravedlnost, transparentnost a rovný přístup při rozhodování.

Doporučená východiska pro ustanovení guidelines pro triáž

I. Subsidiarita triáž opatření

1. Triáž přichází na řadu až jako poslední možné řešení, v situaci naprosté nezbytnosti plynoucí z nedostatku vzácných zdrojů spojených s COVID-19 (dále jen „vzácný zdroj“).

II. Cíl triáže

1. Cílem triáže je záchrana nejvyššího počtu lidských životů.
2. K dosažení cíle je nutné vyhodnocovat pravděpodobnost přežití u konkrétního pacienta. Přežití se odvozuje od pacientovy schopnosti přežít akutní medicínskou příhodu (nemoc, úraz), pro niž jsou indikovány zdravotní služby spojené s užitím vzácných zdrojů.
3. Do vyhodnocování prospěšnosti užití vzácných zdrojů nejsou zahrnuty neklinické faktory, jako jsou kvalita dalšího života, sociální aspekty, apod.

III. Zákaz diskriminace

1. Je zakázána jakákoliv diskriminace, zejména diskriminace z důvodu pohlaví, sexuální orientace, rasového nebo etnického původu, národnosti, státního občanství, sociálního původu, rodu, jazyka, věku, náboženství či víry, majetku, manželského a rodinného stavu a vztahu nebo povinností k rodině, politického nebo jiného smýšlení, členství a činnosti v politických stranách nebo politických hnutích, povolání s výjimkou uvedenou v odst. 2. tohoto článku.
2. Přednost při poskytování zdravotních služeb s využitím vzácných zdrojů mají lékaři a zdravotničtí pracovníci, podílející se na poskytování zdravotních služeb v souvislosti s bojem proti epidemii koronaviru a dále dále příslušníci bezpečnostních sborů vykonávající službu, kteří se podílejí na zajištění bezpečnosti a ochrany v souvislosti s bojem proti epidemii koronaviru a další pracovníci zajišťující provoz nezbytně nutných služeb pro provoz státu.

IV. Zásady pro nakládání se vzácnými zdroji

1. Potřeba užívání vzácných zdrojů se nevztahuje pouze na pacienty, kteří jsou postiženi pandemickým virovým onemocněním („pandemickými pacienty“), ale i na jiné osoby, pro jejichž léčbu je také vyžadována užití vzácných zdrojů („jiní pacienti“). Na pandemické pacienty i na jiné pacienty jsou užívána shodná měřítka.
2. Zdravotní služby spojené s užitím vzácných zdrojů mají být rozdělovány tak, aby se optimálně dostaly těm, u nichž je velká pravděpodobnost, že se na základě jejich použití vyléčí.
3. Prioritu při poskytování zdravotních služeb spojených s užitím vzácných zdrojů mají mít ti pacienti, pro něž existuje nevyšší pravděpodobnost záchrany života, pokud budou tyto vzácné zdroje užity.
4. Nejnižší prioritu při alokaci mají pacienti, u nichž je nejvyšší pravděpodobnost přežití bez poskytnutí zdravotních služeb spojených s užitím vzácných zdrojů a dále pacienti, kteří mají nejvyšší pravděpodobnost přežití i při poskytnutí zdravotních služeb s užitím vzácných zdrojů.

V. Rozhodování

1. Poskytovatel zdravotních služeb stanoví k provedení triáže vícečlenou komisi; nejlépe z pracovníků nepodílejících se přímo na péči o pacienty, o nichž rozhodují.
2. Komise je nezávislý a nestranný orgán, který pracuje s anonymními údaji, které jsou mu poskytovány ošetřujícími lékaři. Na základě těchto dat pak učiní rozhodnutí.
3. Po rozhodnutí jsou komisi předány identifikační údaje pacienta. Komise po rozhodnutí vede komunikaci s pacientem, pokud je schopný úsudku, případně s jeho zástupcem, opatrovníkem, rodinou nebo s jinými osobami blízkými.
4. Komise vyhodnocuje poměr vzácných zdrojů a pacientů, kteří je potřebují, a na základě toho upravuje plán poskytovaných služeb. K aktualizaci a přehodnocování principů pro triáž by mělo docházet průběžně v závislosti na vývoji situace.

VI. Další zásady

1. Žádný pacient nesmí zůstat bez zdravotní péče. I když komise usoudí, že u pacienta nemá dojít k užití vzácných zdrojů, jsou pacientovi poskytovány jiné zdravotní služby. Každý pacient má právo na adekvátní paliativní péči.
2. Alokační vzácných zdrojů musí být transparentní a musí probíhat na základě předem stanovených pravidel. Tato pravidla by měla být zveřejněna.

Literatura

Beauchamp, T. L., Childress, J. F. Principles of Biomedical Ethics. 6th ed. New York: Oxford University Press, 2009.

Berlinger, N. et al. Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). The Hastings Center, March 16, 2020.

Černý, D. The Principle of Double Effect. A History and Philosophical Defense. New York: Routledge, 2020.

DIVI, et al. Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19 Pandemie. <https://www.divi.de/aktuelle-meldungen-intensivmedizin/covid-19-klinisch-ethische-empfehlungen-zur-entscheidung-ueber-die-zuteilung-von-ressourcen-veroeffentlicht>. 25/03/2020.

Doležal, A. Eutanazie a rozhodnutí na konci života. Právní aspekty. Praha: Academia, 2018.

Ezekiel, J. M. et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. N Eng J Med, March 23, 2020.

Macauley, R. C. Ethics in Palliative Care. A Complete Guide. New York: Oxford University Press, 2018.

Sumner, L. W. Assisted Death: A Study in Ethics and Law. New York: Oxford University Press.

Truog, R. D. et al. The Toughest Triage - Allocating Ventilators in a Pandemic. N Eng J Med, March 23, 2020.

Walton, D. N. Ethics of Withdrawal of Life-Support Systems. Westport, Connecticut: Praeger, 1983.

White, D. B., Lo, B. A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic. JAMA, March 27, 2020.

