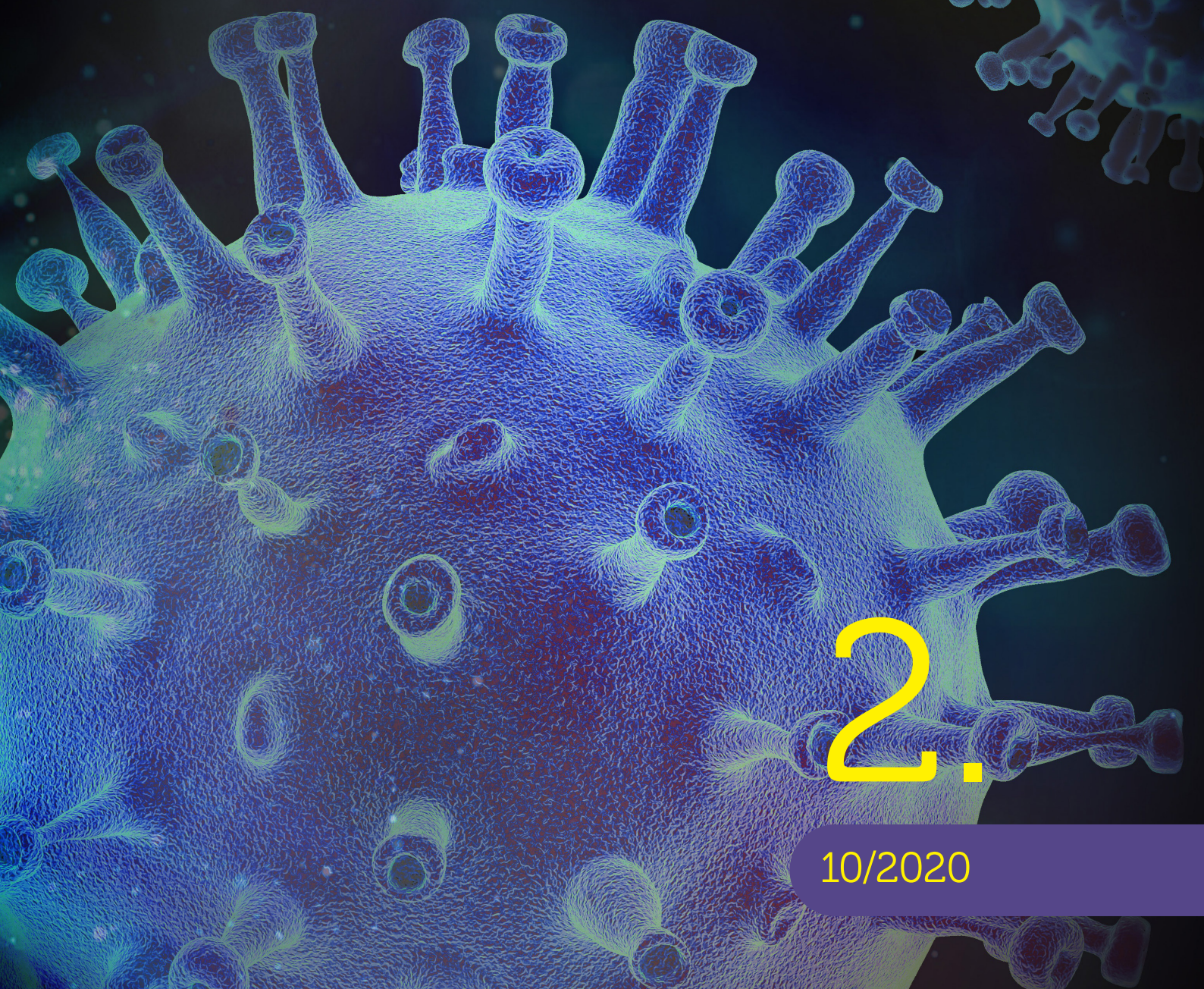


# ETICKÁ A PRÁVNÍ VÝCHODISKA

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

# COVID-19

David Černý | Adam Doležal | Tomáš Doležal



2.

10/2020

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

# 2.

Druhé, aktualizované a výrazně rozšířené vydání. Obsahuje doporučení pro alokaci vakcíny proti covid-19.

# Obsah

Úvod (Jan Toman) .....	5
Etika alokace vzácných zdrojů .....	6
Triáž .....	10
Alokace vakcíny proti covid-19 .....	15
Informovaný souhlas v době pandemie .....	18
Právní aspekty poskytování zdravotních služeb v době pandemie covid-19 .....	19
Doporučená východiska pro ustanovení guidelines pro triáž .....	22
Literatura .....	24

# 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 shrnuje následující tabulka:

<b>Endemie</b>	Stav, kdy se na daném území nemoc vyskytuje dlouhodobě bez přísunu nových nemocných zvenčí.
<b>Epidemie</b>	Stav, kdy se nějaká nemoc za relativně krátký čas rozšíří mezi velký počet lidí.
<b>Pandemie</b>	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 mezipřehostitele – 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 lidi, 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 posledních 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 pandemii 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 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 (principlismus). 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.

<b>Utilitarismus činů</b>	Hodnotí jednotlivé instance jednání na základě toho, zda maximalizují nějak definovaný užitek.
<b>Utilitarismus pravidel</b>	Hodnotí etická pravidla na základě toho, zda by jejich dokonalá internalizace společností vedla k optimálním důsledkům.
<b>Deontologie</b>	Hodnotí lidské jednání na základě toho, zda respektují určité obecné či role-specifické morální normy či pravidla.
<b>Principlismus</b>	Hodnotí lidské jednání na základě toho, zda respektují základní čtyři principy.
<b>Etika ctností</b>	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. 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 etiky alokace vzácných zdrojů**:

1. Princip maximalizace užítku 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 užítku 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). V okamžiku rozvolnění celé situace je však možné a žádoucí přihlížet k dalším faktorům, například kvalitě života.

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 mu nebude poskytnutý jiný vzácný zdroj. Jak jsme již řekli, v čase krize ustupuje princip respektu k autonomii a je tedy eticky přípustné nezahájit léčbu bez pacientova souhlasu či dokonce jeho nesouhlasu navzdory, ovšem vždy v souladu s etickými pravidly alokace vzácných zdrojů. Pro zahájení léčby je však informovaný souhlas nezbytný. 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, diskriminaci těch, kteří bydlí ve větší vzdálenosti od nemocnice, či poskytnutí léčby pacientům 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, nemohou 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 (viz další kapitola) 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 případě, 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.

## Triáž

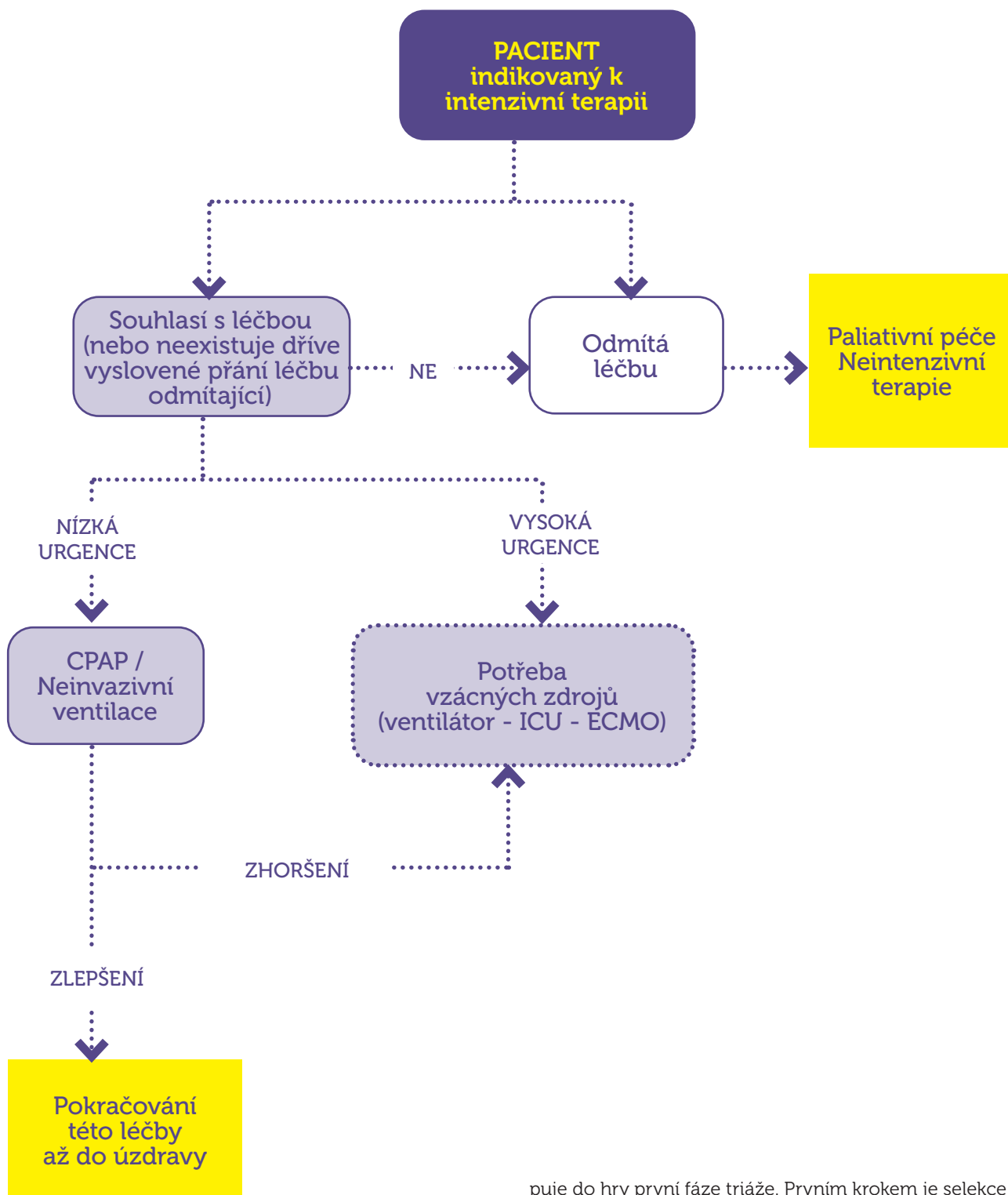
Slovo „triáž“ pochází z francouzského slovesa „trier“, jenž znamená **třídít** a původně se užívalo v procesu třídění zemědělských produktů.

Historicky jako první užil tohoto termínu v medicínském kontextu hlavní chirurg Napoleonovy armády baron Dominique Jean Larrey, který byl zděšený tím, že zraněným vojákům nebyla během bitvy poskytována žádná lékařská léčba a často na svá zranění zbytečně umírali. Larrey proto vytvořil systém selekce zraněných vojáků v průběhu bitvy, jejich okamžitého ošetření a transportu prostřednictvím lehkých vozíků.

Princip selekce byl jednoduchý: prioritu měli vážně zranění pacienti, kteří by bez lékařské péče dlouho nepřežili, méně vážně zranění museli počkat až do skončení ošetření jejich druhů. Mezi vojáky zakazoval Larrey činit rozdíly na základě jiných než medicínských kritérií: pokud byl prostý voják vážně zraněný, měl přednost před lehčeji zraněným velitelem.

Triáž má dvě fáze. První fázi triáže předchází selekce pacientů pro intenzivní terapii, kdy je zdrojů dostatek. Selekcce pacientů probíhá pouze na základě dvou kritérií: i) souhlas/nesouhlas s navrhovanou léčbou, ii)

vážnost zdravotního stavu a realistická vyhlídka na klinický úspěch intenzivní terapie. Celý rozhodovací proces první fáze selekce pacientů pro intenzivní terapii shrnuje následující diagram:



V první fázi selekce pacientů hrají hlavní roli informovaný souhlas s léčbou, klinický stav pacienta a vyhlídky na úspěch intenzivní terapie, a konečně princip rovnosti, který ukládá alokovat dostupné zdroje všem v okamžiku potřeby (vyjádřený principem first come, first served). Je-li však některý ze zdrojů vzácný, vstu-

puje do hry první fáze triáže. Prvním krokem je selekce pacientů a jejich zařazení do jedné ze tří kategorií v závislosti na předpokládaném úspěchu intenzivní terapie: Nízká (vysoká jistota nízké pravděpodobnosti úspěchu a přežití), Střední (nejistá či mírná naděje na úspěch terapie a přežití), Vysoká (silné přesvědčení či vysoká naděje na úspěch terapie a přežití pacienta). Kritéria určující vyhlídky na úspěch intenzivní terapie a přežití lze zařadit do tří skupin:

## 1. AKTUÁLNÍ ONEMOCNĚNÍ:

- a. Závažnější formy onemocnění;
- b. Doprovodné akutní orgánové selhávání.

## 2. KOMORBIDITY, NAPŘ.

- a. Závažná disfunkce orgánů;
- b. Velmi pokročilé generalizované neurologické onemocnění;
- c. Velmi pokročilé onkologické onemocnění;
- d. Těžké a nezvratné oslabení imunity;
- e. Multimorbidita.

## 3. CELKOVÁ KŘEHKOST ORGANISMU (určená např. prostřednictvím Clinical Frailty Scale).

Mezi výše uvedenými kategoriemi pacientů existuje řád priority poskytování vzácných zdrojů, který zachycuje následující schéma:



Nejvyšší prioritu mají pacienti z poslední kategorie (vysoká naděje na úspěch). U pacientů z první kategorie s nízkou pravděpodobností na úspěch intenzivní terapie a přežití je indikována neintenzivní léčba, za všech okolností paliativní péče.

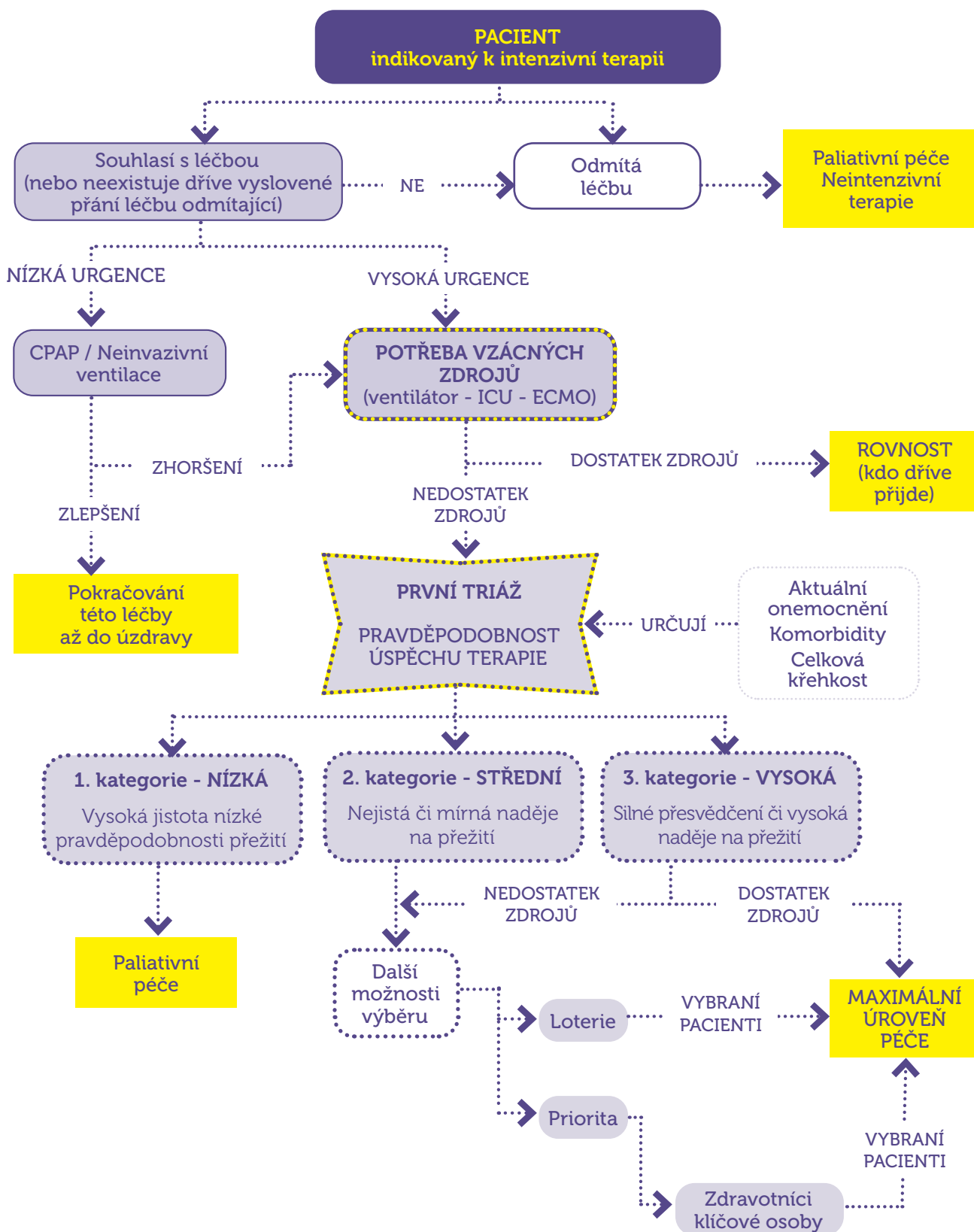
Druhým krokem této fáze triáže je alokace vzácných zdrojů pacientům s vysokou nadějí na úspěch intenzivní terapie. Mohou nastat dvě možnosti: zdrojů je dostatek a mohou být přiděleny všem pacientům z této kategorie, nebo jich je stále nedostatek. V takovém případě je třeba přikročit k dalším formám prioritizace. První z nich se opírá o doporučení č. 2 (a třetí princip etiky alokace zdrojů v době pandemie) a určuje, že pacienti důležití pro zvládnání pandemie (lékaři a ošetrovatelský personál) či udržování chodu státu (např. klíčoví pracovníci jaderných elektráren) mají dostat přednost před ostatními. U dalších pacientů ve shodné či podobné věkové skupině je dále možné rozhodovat losem (tato metoda je v souladu s doporučením č. 3, principy rovnosti a druhým principem etiky alokace zdrojů v době pandemie). Existují-li v této kategorii pacienti, kteří se od sebe odlišují pouze věkem, potom je třeba přikročit k druhé fázi triáže.

U pacientů z druhé kategorie (nejistá či mírná naděje na úspěch intenzivní léčby) je možné zvažovat alokaci vzácných zdrojů v okamžiku, kdy byly přiděleny všem pacientům z třetí kategorie a jsou dostupné. V případě, že není možné tyto zdroje alokovat všem pacientům z druhé kategorie, je třeba přistoupit ke stejným formám prioritizace, jako v případě kategorie třetí. Shrnuje ji následující schéma:



Tyto metody alokace vzácných zdrojů je možné kombinovat, vyžaduje-li to situace. Pokud například není dostatek zdrojů pro všechny lékaře a ošetrovatelský personál, je možné mezi nimi volit na základě losování (v případě zhruba stejného věku), případně přikročit k druhé fázi triáže (liší-li se věkem).

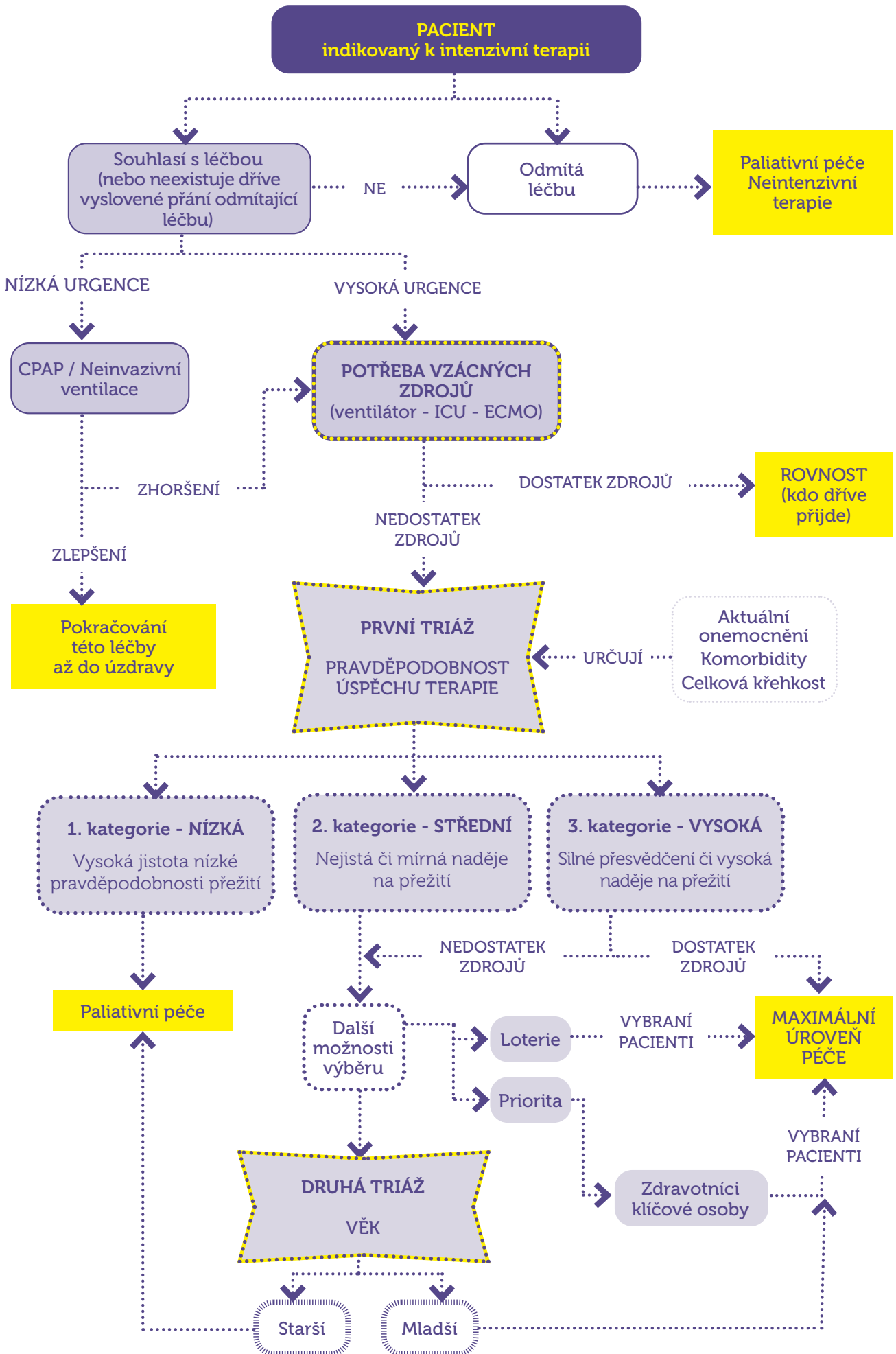
Rozhodovací procedury během první fáze triáže shrnuje následující diagram:



Druhá fáze triáže je možná pouze v případě, že **byly vyčerpány všechny ostatní formy alokace vzácných zdrojů**, pacienti spadají do stejné kategorie (střední či vysoká naděje na úspěch intenzivní terapie a přežití) a liší se věkem. Vzhledem k tomu, že smrt je pro nás špatná v míře závisející na věku, je eticky přípustné rozhodovat se na základě věku a dát přednost mladším pacientům (smrt by pro ně byla horší než pro pacienty starší). Tuto fázi triáže doporučuje celá řada autorů

a stalo se součástí rozhodování v některých státech světa postižených pandemií covid-19. Je důležité si uvědomit, že se nejedná o diskriminaci založenou na věku. **Věk zde není kritériem volby, ale proměnnou, jež určuje míru špatnosti smrti.** Selektce pacientů v rámci druhé fáze triáže se tedy ve skutečnosti zakládá na míře špatnosti jejich smrti.

Všechny rozhodovací procedury v rámci tří fází triáže shrnuje následující diagram:



# Alokace vakcíny proti covid-19

Zpomalení či zastavení šíření viru SARS-CoV-2 v populaci je velmi obtížné a přináší s sebou celou řadu negativních dopadů na lidské zdraví (oddalování lékařských zákroků a zhoršení kvality poskytované péče, psychologické problémy), či socioekonomické faktory individuů, rodin a celé společnosti. Příslušná opatření také vyžadují ochotu a schopnost efektivně a konzistentně je dodržovat, což může vzhledem k celé řadě faktorů (konspirační myšlení, zneužívání autority některými lékaři, epistemická korupce společnosti, záplava fake news) velmi obtížné. **Účinná vakcína proti onemocnění covid-19 je tak hlavní nadějí na efektivní zvládnutí pandemie a zamezení jejího návratu.**

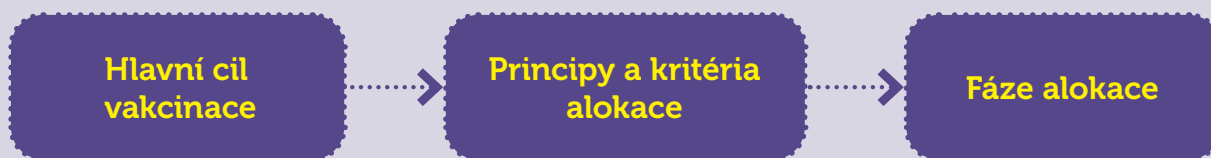
Třebaže se čeká řada farmaceutických společností usilovně snaží vyvinout a otestovat vakcínu proti covid-19 (některé vakcíny již čekají na konečné schválení), pandemie covid-19 je celosvětový fenomén a v **prvních fázích uvolňování na trh budou vakcíny představovat vzácný zdroj, který nebude přístupný všem.** Je tedy třeba vytvořit efektivní a prakticky použitelný systém alokace vakcín proti covid-19, který bude v souladu s etickými principy. V následujících řádcích předkládáme eticky podložený a konzistentní rámec alokace vakcíny, který má tři složky zobrazené v následujícím diagramu:

**Druhým principem alokace vakcíny proti covid-19 je férovost** (druhý princip etiky alokace vzácných zdrojů), která vyžaduje nestrannost při alokaci, přisuzování stejné hodnoty všem lidským jedincům a zákaz diskriminace založené na irrelevantních vlastnostech.

**Třetím principem alokace vakcíny proti covid-19 je transparentnost.** Vyžaduje, aby celkový rámec alokace vakcíny a jeho jednotlivé složky byl srozumitelný, konzistentní, aby komunikace odborníků a příslušných státních orgánů a úředníků ohledně alokace vakcíny byla jasná, koherentní a srozumitelná. Transparentnost je v kontextu vakcinace velmi důležitou hodnotou. Aby se efektivně zamezilo šíření choroby, musí se dosáhnout takového stavu proočkovanosti, kterému se říká skupinová imunita. To vyžaduje, aby lidé byli ochotni nechat se očkovat, aby rozuměli cílům a důvodům vakcinace, důvěřovali svým lékařům, aby nepodléhali panice, nepodloženým domněnkám a konspiračním teoriím. Vláda ČR a Ministerstvo zdravotnictví by kromě již existujícího plánu alokace vakcíny měly v co nejkratší době předložit plán efektivní a srozumitelné osvěty veřejnosti, a okamžitě ho uvést v praxi. Je naprosto nezbytné, aby se všichni lidé mohli dozvědět o všech rizicích onemocnění covid-19, jeho dopadů na život naší společnosti, účinky vakcíny jako efektivního prostředku zastavení šíření viru SARS-CoV-2 a také všech benefitů i rizicích, jež jsou s vakcinací spojeny. **Současné by mělo být ze strany státu zajištěno, že v případě újmy na zdraví v důsledku nežádoucích účinků očkovacích látek, bude tato újma náležitě odškodněna.**

**Konečně čtvrtým a posledním principem je důraz na to, aby se všechna opatření opírala o evidence-based medicínu,** zvláště v oblasti epidemiologie a dalších relevantních oborů. Přihlížet by se mělo pouze

## Celkový rámec alokace vakcíny proti covid-19

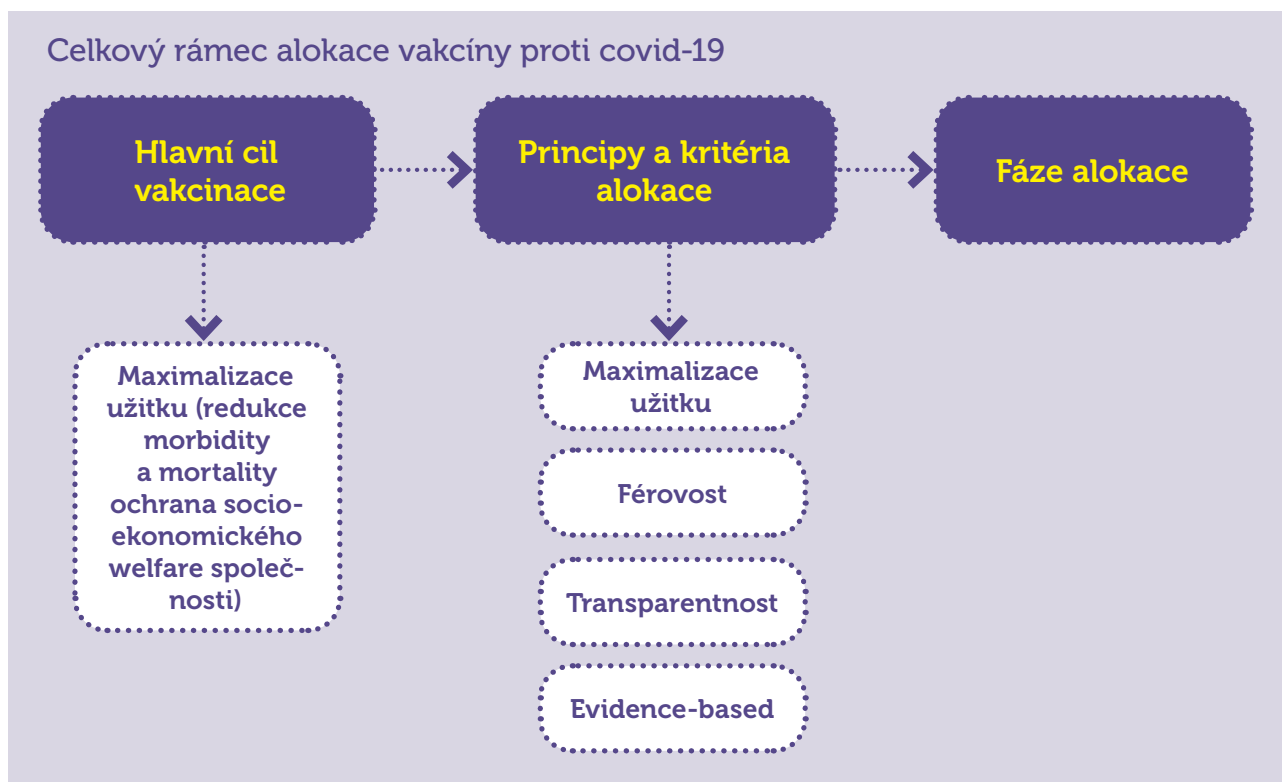


Tyto tři složky na sebe navazují a existuje mezi nimi jasná závislost: **hlavní cíl vakcinace určuje medicínské a etické důvody pro vakcinaci proti SARS-CoV-2** a určuje potřebu jasných principů a na nich vystavených kritérií alokace. Principy a kritéria následně umožňují určit kategorie osob a s nimi spojené fáze alokace vakcíny. Celkový rámec alokace vakcíny proti covid-19 musí být eticky podložený, konzistentní a snadno pochopitelný a aplikovatelný v praxi.

**Hlavním cílem vakcinace je ochrana veřejného zdraví a socioekonomického welfare společnosti.** Hlavními a snadno určitelnými parametry ochrany veřejného zdraví v souvislosti s vakcinací je redukce morbidit a mortality, parametry socioekonomického welfare společnosti nejsou předmětem těchto doporučení. Redukci mortality a morbidit společně s ochranou socioekonomického welfare společnosti lze chápat jako snahu o maximalizaci užítku, tj. jako první princip etiky alokace vzácných zdrojů z předchozí kapitoly. Tento princip hraje dvojí roli: jednak určuje hlavní cíl vakcinace, je však také jedním z etických principů, jež určují kritéria alokace vakcíny.

k názoru odborníků v daných oborech a neměl by se brát zřetel na falešné autority. Evidence-based přístup by měl přispět k vytváření modelů přenosu infekce, identifikaci vulnerabilních skupin a přenašečů viru.

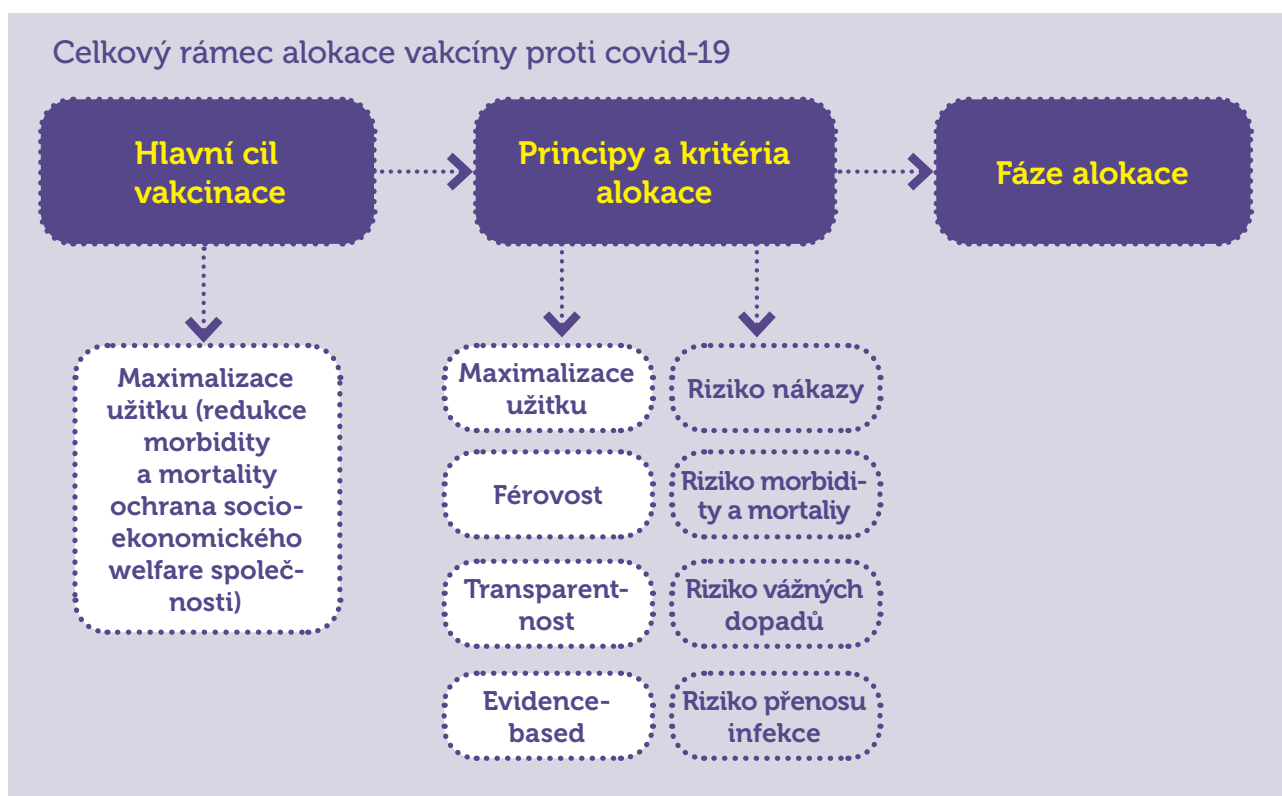
Všechny principy v rámci celkového rámce shrnuje následující diagram:



Čtyři principy alokace vakcíny proti covid-19 umožňují formulovat prakticky aplikovatelná kritéria alokace vakcíny a kategorizace, která jsou založená na analýze rizik:

1. Riziko nákazy;
2. Riziko vážné morbidity a mortality;
3. Rizika vážných společenských dopadů;
4. Rizika přenosu infekce.

Celkový rámec alokace vakcíny proti covid-19 s kritérii alokace opět shrnuje následující obrázek:





Prostřednictvím kritérií alokace vakcíny proti covid-19 je možné určit jednotlivé kategorie uchazečů o vakcínu a fáze její alokace:

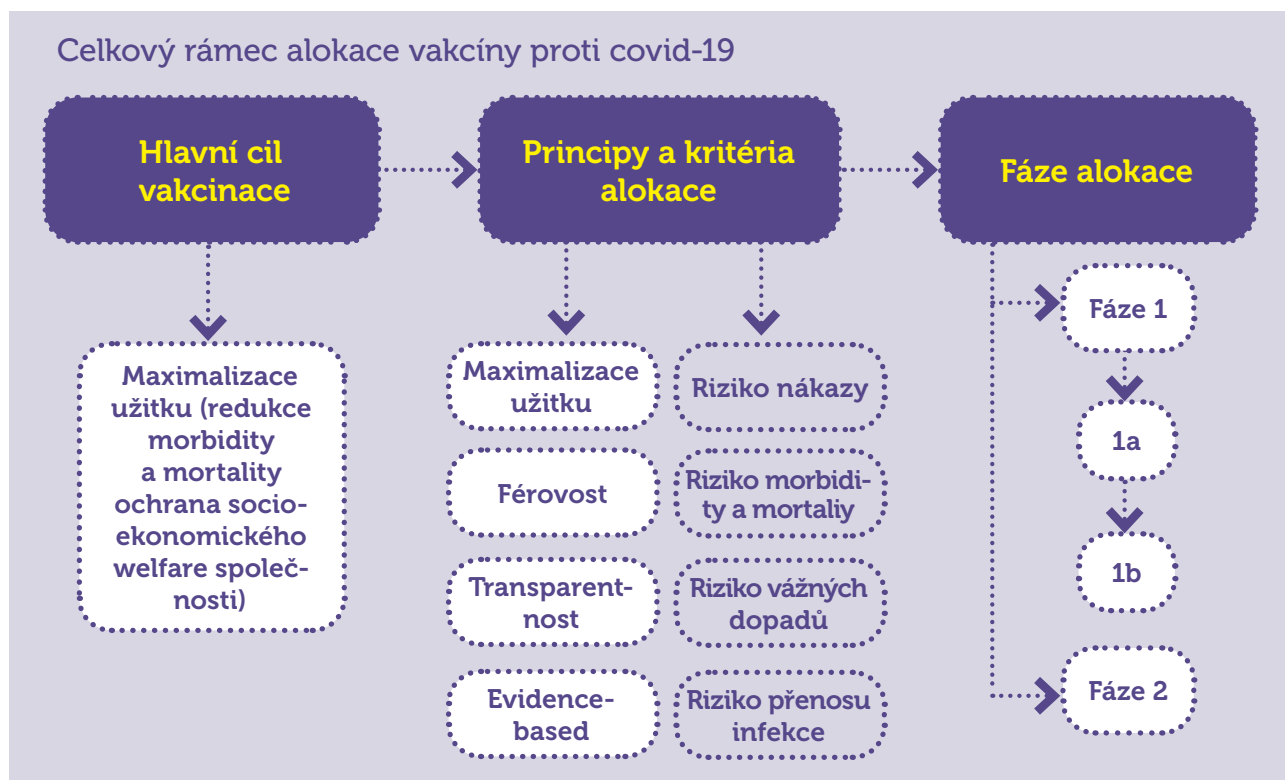
Fáze	Skupina	Kritérium 1 (riziko)	Kritérium 2 (riziko)	Kritérium 3 (riziko)	Kritérium 4 (riziko)
1a	Lékaři a ošetrovatelský personál s vysokým rizikem nákazy	Vysoké	Střední	Vysoké	Vysoké
1a	Pracovníci záchranné služby	Vysoké	Střední	Vysoké	Vysoké
1b	Lidé ve vážném stavu a s komorbiditami	Střední	Vysoké	Střední	Nízké
1b	Starší dospělí, zvláště žijí-li pohromadě	Vysoké	Vysoké	Nízké	Nízké
2	Učitelé a pracovníci ve školství	Vysoké	Střední	Vysoké	Vysoké
2	Lidé s mírnými zdravotními problémy	Střední	Střední	Střední	Nízké
2	Další dospělí	Střední	Vysoké	Nízké	Nízké
2	Starší děti	Vysoké	Nízké	Střední	Střední
2	Malé děti	Střední	Nízké	Střední	Vysoké

Pokud se lékaři dají hromadně očkovat, mohou tím vyslat důležitý pozitivní signál společnosti, která by tak mohla překonat obavy z vakcinace.

Třebaže má alokace vakcíny proti onemocnění covid-19 pouze dvě fáze, každá z těchto fází je rozdělena na zá-

kladě 1. – 4. kritéria do čtyř a pěti kategorií, jež umožňují bližší specifikaci postupu alokace v rámci každé fáze.

Konečný pohled na celkový rámec alokace vakcíny proti covid-19 podává následující schéma:



# 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 účastníci 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.

**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).

Kromě informovaného souhlasu se princip respektu k autonomii pacienta v běžné klinické praxi odráží v **možnosti odmítnout léčbu**, byť 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 projevenou 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 navržených postupů léčby – léčba, která by v normálním stavu byla nabídnuta jako indikovaný medicínský postup, v současné době již není dostupná, 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 etické a právní odůvodnění. **Léčba s užitím vzácných zdrojů již není předmětem volby pacienta.**

**Jakoukoliv 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 medicínskému 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.

Důvěryhodnost a důvěra jsou zásadními hodnotami ve vztahu lékaře a pacienta. I z těchto důvodů je třeba pravdivě informovat o triáži a jejím postupu, nikoliv kompetentního pacienta, případně jeho zástupce, klamat a manipulovat. Proto je třeba odmítnout jakoukoliv formu milosrdné lži, kdy by se podávala nepravdivá informace o stavu pacienta – např. pokud by zástupci pacienta bylo namlouváno, že léčba není končena kvůli triáži, ale protože je medicínsky neadekvátní (futilní). 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.

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

## 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. Je zřejmé, že 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.

**V rámci mimořádných opatření vydaných již v březnu 2020 bylo všem poskytovatelům zdravotních služeb, resp. poskytovatelům akutní lůžkové péče, při poskytování zdravotních služeb nařízeno:**

► 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.

Většina poskytovatelů zdravotních služeb ovšem v rámci jarní vlny pandemie nebyla nucena metodiky triáže zpracovat, neboť počty hospitalizovaných pacientů nepřekročily kapacity jednotek intenzivní péče. Predikce hospitalizací na JIP v rámci podzimní vlny již ovšem jasně naznačují, že metodiku triáže by poskytovatelé měli mít k dispozici.

## Principy alokace

Hlavní principy, na nichž by alokace vzácných zdrojů měla stát, jsou principy etické (viz shora) a medicínské, právo ovšem nemůže stát stranou a mělo by být garantem spravedlivého přístupu k nakládání se vzácnými zdroji a současně zaručovat, že zvolené principy triáže jsou souladné s naším právním řádem, zejména pak respektováním základních lidských práv, principů právního státu a hodnot, na nichž je naše společnost založena.

Alokace vzácných zdrojů pro případ pandemie 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, reciprocity 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).“

**Problematika alokace vzácných zdrojů v oblasti poskytování zdravotních služeb není ovšem neznámá.** Právem upravený případ rozhodování o alokaci vzácných zdrojů v oblasti poskytování zdravotních služeb obsahuje ustanovení § 17 odst. 1 transplantčního zákona, které předpokládá výběr příjemců na základě a principu medicínské naléhavosti a rovnosti.

## Výzva k činnosti zákonodárce

Z hlediska právního by bylo více než vhodné, aby rozhodování o alokaci vzácných zdrojů v případě nedostatku vzácných zdrojů v rámci probíhající pandemie bylo upraveno zákonodárcem. Tak by se zabránilo zbytečným tlakům na poskytovatele zdravotních služeb a zdravotnické pracovníky, aby při záchraně lidských životů v kritických momentech byli nuceni přemýšlet o tom, zda jejich rozhodnutí o přidělení vzácného zdroje je v souladu s právem, či mohou ex post být vystaveni trestněprávním následkům svého rozhodnutí. Bohužel zákonodárce ponechal stanovení pravidel pro rozhodování o alokaci vzácných zdrojů zcela na poskytovatelích.

## Jak postupovat, když je triáž nutná?

Jak tedy pracovat se stavem, kdy chybí explicitní právní úprava rozhodování o alokaci vzácných zdrojů? Ačkoliv se z řad právníků často ozývá, že výběr určitého pacienta v rámci triáže je protiústavní, je toto tvrzení krajně problematické. Na shora uvedeném příkladu transplantčního zákona bylo demonstrováno, že právo počítat s možností nerovnoměrné alokace vzácných zdrojů (prioritizací) a rozhodování o alokaci v takových případech není per se protiústavní.

## Na jakých principech by tedy měla pravidla rozhodování o alokaci vzácných zdrojů postavena?

Při tvorbě pravidel pro rozhodování o alokaci vzácných zdrojů by poskytovatelé měli vycházet z toho, 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 a faktickými aspekty krizové situace.

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.

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 paliativní péče). Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků, ani povinnost poskytovatele zdravotních služeb vést řádně zdravotnickou dokumentaci není rovněž dotčena.

Klíčovou roli při rozhodování o přidělení vzácného zdroje (poskytování intenzivní péče) pacientovi hrají vůle pacienta a lékařská indikace a kritéria pro prioritizaci.

V situaci, kdy pacient s poskytováním intenzivní péče nesouhlasí (nebo je k dispozici jeho dříve vyslovené přání), lékař poskytování intenzivní péče nezahájí, byť by pacient byl k takové péči indikován. Obdobně nezahájí lékař intenzivní péči v situaci, kdy jejímu poskytování chybí indikace.

Tyto případy ale budou v rámci současné krize vzácné, typické situace budou naopak případy, kdy je pro pacienta intenzivní péče indikována a ten ji neodmítá, **ale z důvodů nedostatku vzácných zdrojů nemůže být poskytnuta všem takovým pacientům současně.**

## V klinické praxi lze rozlišovat:

### 1. rozhodnutí, kdy je intenzivní péče zahajována (triáž ex ante)

Příklad: Na oddělení JIP se nachází více pacientů, kteří potřebují ve stejném okamžiku poskytnout plicní ventilátor. Počet plicních ventilátorů je ale omezený a není jich dostatek pro všechny pacienty.

### 2. rozhodnutí, kdy je již běžící intenzivní péče ukončována a péče je přidělována jinému pacientovi (triáž ex post).

Příklad: Na oddělení JIP je již plně obsazena kapacita plicních ventilátorů. Na jednom z ventilátorů je připojen pacient, jehož stav se nezlepšuje a v důsledku komorbidity je jen velmi malá šance na přežití. Tomuto pacientovi je přístroj odebrán a je poskytnut jinému pacientovi s vysokou šancí na přežití.

## Tlak fakticity

Základním aspektem rozhodování v těchto kritických situacích, které se odlišují od poskytování zdravotních služeb v normálních situacích, je faktická nemožnost poskytnout zdravotní služby všem, kdo je v daném okamžiku potřebují. Argumentace článkem 31 Listiny základních práv a svobod je tedy krajně problematická **a výkon práva na ochranu zdraví a běžně stanovená povinnost lékařů poskytovat příslušnou zdravotní péči všem pacientům je fakticky vyloučena zásadou „ad impossibilia nemo obligatur“ (nikdo není zavázán k nemožnému).**

### Čl 31 Listiny

Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.

Pokud bychom respektovali názor některých právníků o protiústavnosti jakékoliv prioritizace, museli bychom dospět k tomu, že zdravotní služby nebudou poskytovány nikomu, aby se zabránilo upřednostnění jakéhokoliv pacienta před jiným. Takováto úvaha je ale zcela v rozporu se základními principy právního státu, kdy povinností státu je ochrana základních lidských práv (včetně lidského života jako hodnoty nejvyšší) a je pro valnou většinu lidí zcela kontraintuitivní.

## Prioritizace

V rámci mimořádných opatření bylo všem poskytovatelům zdravotních služeb nařízeno stanovit pravidla pro třídění pacientů z hlediska dalšího poskytování zdravotních služeb, tj. kritéria pro prioritizaci. V praxi tedy k prioritizaci určitých pacientů docházet bude a cílem je zajistit, aby tato prioritizace byla v souladu s právním řádem a principy spravedlnosti.

**Jak již bylo uvedeno shora, prioritizace v oblasti poskytování zdravotních služeb nemusí per se být protiústavní, protiústavní by ale byla v situaci, kdy by byla založena na nedovolených kritériích výběru,** tj. kritériích založených na rozlišování z důvodu rasy, etnického původu, národnosti, pohlaví, sexuální orientace, věku, zdravotního postižení, náboženského vyznání, víry či světového názoru.

Pokud mají pravidla pro třídění pacientů (pravidla triáže) být v souladu s právem, musí garantovat spravedlnost 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 případě probíhající triáže je nezbytné, aby rozhodnutí o neposkytnutí určité péče byla s pacientem nebo jeho zástupci řádně komunikována a zaznamenána ve zdravotnické dokumentaci!

Vzhledem k určitým pochybnostem o legitimitě prioritizace v rámci triáže se pokusíme shrnout základní právní argumentaci odůvodňující možnost provedení triáže ve stávající kritické situaci:

## Právní argumentace pro přijatelnost triáže ex ante

V případě, kdy se zdravotničtí pracovníci nacházejí v situaci, že fakticky nelze poskytnout intenzivní péči každému pacientovi, je běžně stanovená povinnost lékařů poskytovat příslušnou zdravotní péči všem pacientům fakticky vyloučena zásadou „ad impossibilia nemo obligatur“ (nikdo není zavázán k nemožnému). Zdravotničtí pracovníci se tedy ocitají v konfliktu dvou stejně závažných právních povinností. Takováto situace bývá běžně v zahraniční trestně-právní dogmatice řazena mezi okolnosti vylučující protiprávnost, a proto poskytnutí péče jednomu z pacientů není protiprávní. K tomu, aby při volbě určitého pacienta bylo zamezeno svévoli, musí výběr splňovat shora uvedená kritéria, tj. nesmí být založen na nedovolených kritériích. Mezi obecně akceptovaná kritéria patří kritérium naléhavosti a vyhlídky na klinický úspěch. Proto kritérium pravděpodobnosti úspěchu terapie, které je kombinací posouzení naléhavosti a klinického úspěchu, je zcela legitimní.

## Právní argumentace pro triáž ex post

Právní odůvodnění tohoto typu rozhodování je velmi komplikované a řada právníků je přesvědčena o zjevných trestněprávních konsekvencích takového jednání. S ohledem na problematičnost tohoto typu triáže a nejasného právní posouzení, jsme v doporučení zcela upustili od možnosti tohoto typu rozhodování. Jediná, právně přijatelná situace upuštění od poskytování další intenzivní péče (např. odpojení od ventilátoru), je situace, kdy je vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta taková péče dále medicínsky neadekvátní (futilní). Pak lze poskytování péče ukončit a poskytnout ji jinému pacientovi. Vzhledem k nedostatku zdrojů je přijatelné proces ukončování léčby urychlit.

# 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 („pandemickí pacienti“), 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 uzdraví.
3. Prioritu při poskytování zdravotních služeb spojených s užitím vzácných zdrojů mají mít ti pacienti, pro něž existuje nevyšší pravděpodobnost záchranu 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 nejnižší 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

- A Council of Europe contribution to support member states in addressing healthcare issues in the context of the present public health crisis and beyond. SG/Inf(2020)24. Dostupné na [https://search.coe.int/cm/Pages/result\\_details.aspx?ObjectId=09000016809f953a](https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectId=09000016809f953a).
- Beauchamp, T. L., Childress, F. Principles of Biomedical Ethics. 6th ed. New York: Oxford University Press, 2009.
- Belshaw, Ch. Annihilation. The Sense and Significance of Death. Montreal: McGill-Queen's 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.
- Bradley, B. Well-Being & Death. New York: Oxford University Press, 2009.
- Bradley, B., Feldman, F., Johansson, J. The Oxford Handbook of Philosophy of Death. New York: Oxford University Press, 2013.
- Brech, A. Triage und Recht. Patientenauswahl beim Massenfall Hilfebedürftiger in der Katastrophenmedizin. Ein Beitrag zur Gerechtigkeitsdebatte im Gesundheitswesen, Schriften zum Gesundheitsrecht (SGR), Band 11. Berlin: Duncker, Humblot, 2008.
- Brock, D. W. Life and Death. Philosophical Essays in Biomedical Ethics. New York: Cambridge University Press, 1993.
- Committee on Equitable Allocation of Vaccine for the Novel Coronavirus. Discussion Draft of the Preliminary Framework for Equitable Allocation of COVID-19 Vaccine. National Academy of Sciences, USA, 2020.
- COVID-19 rapid guideline: critical care in adults NICE guideline [NG159]. Published 20 March 2020, last updated 3 September 2020.
- Craxi, et al. Rationing in a pandemic: lessons from Italy. Asian Bioethics Review 16, 2020, s. 1-6.
- Černý, D. The Principle of Double Effect. A History and Philosophical Defense. New York: Routledge, 2020.
- Černý, D. Alokace na základě věku a diskriminace. Šejvl, et al. (eds). Vítězové a poražení: právní a etické problémy současné koronakrizy. Praha: Ústav státu a práva AV ČR. Dostupné na [https://www.ilaw.cas.cz/upload/web/files/books/VITEZOVE\\_PORAZENI\\_final.pdf](https://www.ilaw.cas.cz/upload/web/files/books/VITEZOVE_PORAZENI_final.pdf).
- Daniels, N. Just Health Care. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.
- Daniels, N. Just Health. Meeting Health Needs Fairly. New York: Cambridge University Press, 2008.
- 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.
- Emanuel, E. J., Wertheimer, A. Public health. Who should get influenza vaccine when not all can? Science 312, 2006, s. 854-855.
- Ezekiel, J. M. et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. N Eng J Med, March 23, 2020.
- Feldman, F. Confrontations with the Reaper. A Philosophical Study of the Nature and Value of Death. New York: Oxford University Press, 1992.
- Fischer, J. M. (ed.). The Metaphysics of Death. Stanford, CA: Stanford University Press, 1993.
- Fischer, J. M. Death, Immortality, and Meaning in Life. New York: Oxford University Press, 2020.
- Gert, B., Culver, Ch. M., Clouser, K. D. Bioethics: A Return to Fundamentals. New York: Oxford University Press, 1997.
- Gruppo di Studio ad hoc della Commissione di Bioetica della SIAARTI. Raccomandazioni SIAARTI per l'ammissione e la dimissione della terapie intensiva e per la limitazione dei trattamenti in terapia intensiva. Minerva Anestesiol 69, 2003, s. 101-118.
- Grupo de Trabajo de Bioética de la SEMICYUC (Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias). Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos. Příklad na <https://bit.ly/2UNgpeQ>.
- Chong, E., et al. COVID-19: Use of the Clinical Frailty Scale for Critical Care Decisions. J Am Geriatr Soc 68(6), 2020, s. E30-E32.
- Iversen, T. N., Larsen, L., Solem, P. E. A conceptual analysis of Ageism. Nordic Psychology 61, 2009, s. 4-22.
- Kagan, S. Death. New Haven: Yale University Press, 2012.
- Kamm, F. M. Morality, Mortality. Vol 1: Death and Whom to Save from It. New York: Oxford University Press, 1998.
- Kamm, F. M. Intricate Ethics. Rights, Responsibilities, and Permissible Harm. New York: Oxford University Press, 2007.
- Kamm, F. M. Bioethical Prescriptions. To Create, End, Choose, and Improve Lives. New York: Oxford University Press, 2013.
- Kamm, F. M. Almost Over. Aging, Dying, Dead. New York: Oxford University Press, 2020.
- Lavazza, A., Farina, M. The Role of Experts in the Covid-19 Pandemic and the Limits of Their Epistemic Authority in Democracy, Hypothesis and Theory, July 2020, s. 1-11.
- Laventhal, et al. The Ethics of Creating a Resource Allocation Strategy During the COVID-19 Pandemic. Pediatrics 146, 2020.
- Leclerc, et al. Prioritisation of ICU treatments for critically ill patients in a COVID-19 pandemic with scarce resources. Anaesth Crit Care Pain Med 39, 2020, s. 1-17.
- Lindner, J. Die "Triage" im Lichte der Drittwirkung der Grundrechte. MedR 38, 2020, s. 723-728.
- Luper, S. The Philosophy of Death. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
- Luper, S. (ed.). The Cambridge Companion to Life and Death. Cambridge: Cambridge University Press, 2014.
- Macauley, R. C. Ethics in Palliative Care. A Complete Guide. New York: Oxford University Press, 2018.
- Matthews, E., Russell, E. Rationing Medical Care on the Basis of Age. Oxford: Radcliffe Publishing, 2005.
- Nuffield Council on Bioethics. Fair and equitable access to COVID-19 treatments and vaccines. 2020.
- Persad, G., Wertheimer, A., Emanuel, E. J. Principles for allocation of scarce medical interventions. Lancet 373, 2009, s. 423-431.



Randall, F., Downie, R. S. *The Philosophy of Palliative Care. Critique and Reconstruction*. New York: Oxford University Press, 2006.

Riccioni, et al. Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili. *Recenti Progressi in Medicina* 111, 2020, s. 207-211.

Romanò, M. Fra cure intensive e cure palliative ai tempi di CoViD-19. *Recenti Progressi in Medicina* 111, 2020, s. 223-230.

Rosenbaum, L. Facing Covid-19 in Italy. Ethics, logistics, and therapeutics on the epidemic's front line. *N Engl J Med* March 18, 2020, s. 1873-1875.

Savulescu, J., Cameron, J., Wilkinson, D. Equality or utility? Ethics and law of rationing ventilators. *Br J Anaesth* 125, 2020, s. 10-14.

Sternberg-Lieben, D. Corona-Pandemie, Triage und Grenzen rechtfertigender Pflichtenkollision. *MedR* 38, 2020, s. 627-637.

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

Taupitz, J. Verteilung medizinischer Ressourcen in der Corona-Krise: Wer darf überleben? *MedR* 38, 2020, s. 440-450.

Taylor, J. S. *The Metaphysics and Ethics of Death*. New Essays. New York: Oxford University Press, 2013.

Toner, E. et al. Interim framework for COVID-19 vaccine allocation and distribution in the United States. Baltimore, MD: Johns Hopkins Center for Health Security, 2020.

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

Vergano, et al. SIAARTI recommendations for the allocation of intensive care treatments in exceptional, resource-limited circumstances. *Minerva Anestesiol* 86, 2020, s. 467-472.

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.

Winslow, G. R. *Triage and Justice*. Berkeley: University of California Press, 1982.

World Health Organization. *Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks*. WHO 2016.

Youngner, S. J., Arnold, R. M. *The Oxford Handbook of Ethics at the End of Life*. New York: Oxford University Press, 2016.

