

RADA EVROPY

EVROPSKÝ SOUD PRO LIDSKÁ PRÁVA

BÝVALÁ PÁTÁ SEKCE

**VĚC DUBSKÁ A KREJZOVÁ proti ČESKÉ REPUBLICE**

*(stížnosti č. 28859/11 a 28473/12)*

ROZSUDEK

ŠTRASBURK

11. prosince 2014

*Tento rozsudek nabude právní moci za podmínek stanovených v čl. 44 odst. 2 Úmluvy. Může být předmětem formálních úprav.*

*Rozsudek je v autentickém anglickém znění publikován na internetových stránkách Evropského soudu pro lidská práva v databázi HUDOC ([www.echr.coe.int](http://www.echr.coe.int)). Pořízený úřední překlad do českého jazyka není autentickým zněním rozsudku.*

**Ve věci Dubská a Krejzová proti České republice,**

Evropský soud pro lidská práva (bývalá pátá sekce), zasedající v senátu ve složení

Mark Villiger, *předseda*,

Angelika Nußberger,

Boštjan M. Zupančič,

Ganna Yudkivska,

André Potocki,

Paul Lemmens,

Aleš Pejchal, *soudci*,

a Claudia Westerdiek, *tajemnice sekce*,

po poradách konaných dne 10. září 2013 a 7. října 2014,

vynesl tento rozsudek, který byl přijat posledně uvedeného dne:

## ŘÍZENÍ

1. Řízení bylo zahájeno dvěma stížnostmi (č. 28859/11 a 28473/12) směřujícími proti České republice, které po řadě dne 4. května 2011 a 7. května 2012 podaly Soudu dvě občanky České republiky Šárka Dubská („první stěžovatelka“) a Alexandra Krejzová („druhá stěžovatelka“) na základě článku 34 Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod („Úmluva“).

2. První stěžovatelku zastupoval D. Zahumenský, právník lidskoprávní organizace Liga lidských práv v Brně. Druhou stěžovatelku zastupoval R. Hořejší, advokát působící v Praze. Českou vládu („vláda“) zastupoval její zmocněnec V. A. Schorm z Ministerstva spravedlnosti.

3. Stěžovatelky namítaly, že české právo v rozporu s článkem 8 Úmluvy zakazuje asistenci zdravotnických pracovníků u domácích porodů.

4. Dne 3. září 2012 byly stížnosti oznámeny vládě.

5. Dne 10. září 2013 se v Paláci lidských práv ve Štrasburku konalo veřejné jednání (čl. 59 odst. 3 jednacího řádu).

Ústního jednání se zúčastnili:

a) *za vládu*

Vít A. SCHORM, *zmocněnec*,

D. KOPKOVÁ,

I. KÖHLEROVÁ,

O. HLINOMAZ,

T. JANČÁRKOVÁ,

J. FEYEREISL,

P. VELEBIL, *poradci*;

b) *za první stěžovatelku*

D. ZAHUMENSKÝ, *právní zástupce*,

Z. CANDIGLIOTA, *poradkyně*;

- c) *za druhou stěžovatelku*  
R. HOŘEJŠÍ, *právní zástupce*,  
A. HOŘEJŠÍ,  
M. PAVLÍKOVÁ, *poradkyně*.

Soud vyslechl vyjádření V. A. Schorma, P. Velebila, D. Zahumenského, R. Hořejšího, M. Pavlíkové a jejich odpovědi na otázky položené Soudem.

## SKUTKOVÝ STAV

### I. OKOLNOSTI PŘÍPADU

6. První stěžovatelka, Šárka Dubská, se narodila v roce 1985 a bydlí v Jilemnici. Druhá stěžovatelka, Alexandra Krejzová, se narodila v roce 1980 a bydlí v Praze.

#### A. Stížnost podaná Šárkou Dubskou

7. První stěžovatelka porodila první dítě v nemocnici v roce 2007 bez jakýchkoli komplikací. Dle jejího tvrzení přítomný zdravotnický personál na ni během porodu naléhal, aby souhlasila s nejrůznějšími lékařskými zákroky, přestože výslovně uvedla, že si nepřeje být podrobena žádné lékařské péči, která není nezbytná. Dále byla přinucena porodit v poloze, kterou si nepřála. Několik hodin po porodu chtěla porodnici opustit, jelikož ona i dítě byli zdraví, lékař jí však zakázal odejít. Porodnici tak opustila až další den po předložení dopisu své dětské lékařky, jež potvrdila, že se ujme péče o dítě.

8. V roce 2010 stěžovatelka podruhé otěhotněla s předpokládaným termínem porodu v polovině května 2011. Těhotenství bylo bez komplikací a lékařské prohlídky a testy nenačovaly žádné potíže. Vzhledem k tomu, že stěžovatelka považovala porod v porodnici za stresující, rozhodla se porodit doma a začala hledat porodní asistentku, která by u porodu asistovala. Nenašla však žádnou porodní asistentku, která by byla ochotna u domácího porodu asistovat.

9. Dne 5. dubna 2011 napsala stěžovatelka své zdravotní pojišťovně a Krajskému úřadu Libereckého kraje a žádala o pomoc s vyhledáním porodní asistentky.

10. Dne 7. dubna 2011 zdravotní pojišťovna odpověděla, že česká právní úprava neumožňuje veřejné zdravotní pojišťovně hradit náklady spojené s domácími porody, a že tedy nemá žádné smlouvy se zdravotnickými pracovníky, kteří by takové služby poskytovali. Nadto převažující odborný lékařský názor domácí porody neschvaluje.

11. V dopise ze dne 13. dubna 2011 krajský úřad doplnil, že jeho registr zdravotnických pracovníků zahrnuje pouze porodní asistentky, které v každém případě zákon opravňuje asistovat pouze u porodů v prostorech s technickým a věcným vybavením stanoveným vyhláškou č. 221/2010 Sb., nikoli doma.

12. Jelikož nenašla žádného zdravotnického pracovníka, který by jí u porodu asistoval, porodila stěžovatelka svého syna doma sama dne 11. května 2011.

13. Dne 1. července 2011 podala ústavní stížnost, v níž tvrdila, že jí byla odepřena možnost porodit doma za asistence zdravotnického pracovníka, čímž bylo porušeno její právo na respektování jejího soukromého života.

14. Dne 28. února 2012 Ústavní soud tuto ústavní stížnost odmítl, přičemž konstatoval, že by bylo v rozporu se zásadou subsidiarity o dané věci věcně rozhodovat, neboť stěžovatelka nevyčerpala všechny dostupné prostředky nápravy, zahrnující žalobu na ochranu osobnosti podle občanského zákoníku a žalobu podle § 82 soudního řádu správního. Současně však vyjádřil pochybnosti stran souladu české právní úpravy s článkem 8 Úmluvy a vyzval zúčastněné strany k zahájení seriózní a odborné debaty o nové právní úpravě. Devět ze čtrnácti soudců připojilo k usnesení odlišná stanoviska, ve kterých vyjádřili nesouhlas s jeho odůvodněním. Většina z nich měla za to, že Ústavní soud měl odmítnout ústavní stížnost jako *actio popularis* a neměl se jakkoli vyjadřovat k ústavnosti právní úpravy, jež se týkala domácích porodů.

## **B. Stížnost podaná Alexandrou Krejzovou**

15. Druhá stěžovatelka je matkou dvou dětí narozených doma v letech 2008 a 2010 za asistence porodní asistentky. Porodní asistentky se účastnily porodů bez odpovídajícího oprávnění.

16. Stěžovatelka uvedla, že dříve, než se rozhodla pro domácí porod, navštívila několik porodnic, které všechny odmítly její požadavky na porod bez jakéhokoli lékařského zákroku, který by nebyl nezbytně nutný s ohledem na situaci. Rovněž odmítly její požadavek nepřerušeno kontaktu s dítětem od okamžiku narození s tím, že je zavedenou praxí odebrat dítě matce ihned po porodu za účelem vážení a měření a dalšího pozorování po dobu dvou hodin.

17. V době podání předmětné stížnosti byla stěžovatelka opět těhotná, s předpokládaným termínem porodu v polovině května 2012. Těhotenství bylo bez komplikací a stěžovatelka si opět přála porodit doma za asistence porodní asistentky. Vzhledem k riziku vysoké pokuty v případě poskytnutí zdravotních služeb bez oprávnění se jí nicméně nepodařilo najít porodní asistentku. Stěžovatelka požádala několik úřadů o pomoc s nalezením řešení její situace.

18. Dopisem ze dne 18. listopadu 2011 jí Ministerstvo zdravotnictví sdělilo, že neposkytuje zdravotní služby individuálním pacientům a že se stěžovatelka má obrátit se svou žádostí na Magistrát hlavního města Prahy, jenž jakožto krajský úřad registruje a vydává oprávnění zdravotnickým pracovníkům.

19. Dne 29. listopadu 2011 informovala stěžovatelku její zdravotní pojišťovna, že vedení domácího porodu zdravotnickým pracovníkem není pokryto veřejným zdravotním pojištěním.

20. Dne 13. prosince 2011 sdělil Magistrát hlavního města Prahy stěžovatelce, že žádná porodní asistentka registrovaná v Praze nemá oprávnění asistovat u domácích porodů.

21. Dne 7. května 2012 porodila stěžovatelka v porodnici ve Vrchlabí, vzdálené 140 km od Prahy. Tuto porodnici zvolila s ohledem na její pověst porodnice respektující přání matek během porodu. Podle stěžovatelky však ne všechna její přání byla respektována. Přestože ona i dítě byli zdraví a během porodu nenastaly žádné komplikace, stěžovatelka musela setrvat v porodnici po dobu sedmdesáti dvou hodin. Novorozené dítě jí bylo po porodu odebráno a před jejím odchodem z porodnice byly dítěti odstraněny zbytky pupeční šňůry, přestože si to nepřála.

### C. Obecné informace týkající se domácích porodů v České republice

#### 1. Metodický návod vydaný a zveřejněný Ministerstvem zdravotnictví

22. Ve Věstníku č. 2/2007 z února 2007 vydalo Ministerstvo zdravotnictví metodický návod, ve kterém bylo uvedeno:

„Vedení porodu je v České republice považováno za poskytování zdravotní péče, která je poskytována pouze ve zdravotnickém zařízení. Každé zdravotnické zařízení musí splňovat podmínky dané zákonem ... a příslušnými podzákonnými předpisy.“

23. Česká lékařská komora považuje domácí porod za postup *non lege artis* z důvodu rizik s ním spojených.

24. Téměř všechny porody v České republice jsou aktuálně prováděny v nemocnicích, podíl domácích porodů činí přibližně jen 0,2 až 0,3 %.

25. V reakci na to, co bylo vnímáno jako pokusy kriminalizovat činnost porodních asistentek v některých zemích střední a východní Evropy, zejména v Maďarsku, prezidentka Mezinárodní konfederace porodních asistentek a prezident Mezinárodní federace gynekologie a porodnictví vydali dne 6. března 2012 společné prohlášení, ve kterém uvedli: „Existují přesvědčivé důkazy, že porod mimo nemocnici za účasti registrované porodní asistentky je bezpečný a preferovaný řadou matek. Ženám by tato volba neměla být upírána z důvodu absence odpovídající právní úpravy, která by umožňovala porodním asistentkám vykonávat jejich povolání na jakémkoli místě, na kterém ženy chtějí porodit.“

26. Dne 20. března 2012 zřídilo Ministerstvo zdravotnictví expertní skupinu k porodnictví za účelem studia otázky domácích porodů. Zastoupeni byli příjemkyně péče, porodní asistentky, asociace lékařů, Ministerstvo zdravotnictví, zmocněnkyně vlády pro lidská práva a veřejné zdravotní pojišťovny. Zástupci asociací lékařů zasedání bojkotovali, přičemž označili současnou praxi za uspokojivou a uvedli, že podle jejich názoru není důvod cokoli měnit. Ministr zdravotnictví následně odvolal zástupce příjemkyň péče, porodních asistentek a zmocněnkyni vlády pro lidská práva s tím, že jen v takovém složení bude skupina s to shodnout se na nějakých závěrech.

27. Dne 18. ledna 2013 Rada vlády pro rovné příležitosti žen a mužů, poradní orgán vlády, doporučila zamezit další diskriminaci žen při požívání jejich práva na svobodnou volbu metody a okolností porodu a místa porodu. Dále doporučila předejít další diskriminaci porodních asistentek tím, že jim bude dovoleno jejich povolání vykonávat v plném rozsahu prostřednictvím jejich začlenění do systému veřejného zdravotního pojištění. Rada také na podporu svého postoje, podle kterého by ženy měly mít právo zvolit místo porodu, odkázala na doporučení Výboru pro odstranění diskriminace žen (viz níže § 56), který monitoruje provádění Úmluvy o odstranění všech forem diskriminace žen.

28. Ve Věstníku č. 8/2013 ze dne 9. prosince 2013, kterým byl nahrazen předchozí metodický návod z roku 2007 (viz § 22 výše), popsalo Ministerstvo zdravotnictví postup pro poskytovatele zdravotních služeb pro propouštění novorozenců do vlastního sociálního prostředí. Uvedlo, že dle doporučení odborníků by novorozenec neměl být propuštěn z porodnice před uplynutím 72 hodin od porodu. Nový postup umožňuje propuštění novorozence z porodnice před uplynutím 72 hodin od jeho narození, pokud to jeho zákonný zástupce požaduje a jestliže:

„a) předložil písemné odvolání souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb novorozenci, popřípadě písemné prohlášení o nesouhlasu s poskytováním zdravotních služeb nebo byl o tomto odvolání nebo nesouhlasu učiněn záznam do zdravotnické dokumentace vedené o novorozenci...;

b) byl prokazatelně náležitě informován o možných důsledcích vyplývajících z propuštění novorozence před uplynutím 72 hodin od jeho narození...;

c) byl náležitě informován o skutečnosti, že v zájmu zajištění dalšího zdravého vývoje novorozence české odborné lékařské společnosti doporučují:

1. do 24 hodin po propuštění zdravotní péči (klinické vyšetření)...;
2. provedení odběru krve na screening dědičných metabolických poruch 48 – 72 hodin po narození...“

Jde-li o hospitalizaci novorozence bez souhlasu zákonného zástupce za účelem poskytnutí zdravotních služeb nezbytných k záchraně života nebo zamezení vážného poškození zdraví, postupuje poskytovatel zdravotních služeb podle ustanovení § 38 a 40 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Tento metodický návod vstoupil v platnost dne 1. ledna 2014.

## *2. Údaje o perinatální úmrtnosti*

29. Podle odhadovaných údajů Světové zdravotnické organizace z roku 2000 patřila Česká republika ke státům s nejnižší mírou perinatální úmrtnosti, jež je definována jako počet mrtvě narozených dětí a dětí zemřelých v prvním týdnu života. Úmrtnost v České republice činila 0,4 %. V ostatních evropských státech se úmrtnost pohybovala od 0,5 % ve Švédsku a Itálii do 5,8 % v Ázerbájdžánu. Ve většině evropských států byla úmrtnost nižší než 1 %. Podle zprávy je perinatální úmrtnost důležitým ukazatelem mateřské péče a mateřského zdraví a výživy; odráží rovněž kvalitu dostupné porodnické a pediatrické péče v různých zemích. Zpráva doporučila, aby do statistik byly pokud možno zahrnuty všechny plody a děti o porodní hmotnosti 500 g a více, a to jak živé, tak mrtvé. Údaje týkající se mrtvorozených dětí nebyly ve studii v tomto směru upraveny.

30. Podle Evropské zprávy perinatálního zdraví o zdraví těhotných žen a dětí v Evropě a o péči o ně z roku 2010 (*European Perinatal Health Report*), vydané v roce 2013 v rámci projektu Euro-Peristat, se Česká republika umístila mezi státy s nejnižší mírou úmrtnosti novorozenců v prvních dvaceti sedmi dnech jejich života. Úmrtnost činila 0,17 %. V ostatních sledovaných zemích, většinou členských státech EU, se úmrtnost pohybovala od 0,12 % na Islandu do 0,55 % v Rumunsku. Při zohlednění údajů týkajících se pouze dětí narozených po dvaceti čtyřech týdnech těhotenství se nicméně Česká republika s mírou úmrtnosti 0,16 % blížila spíše průměru 0,2 %. Zpráva konstatovala, že velké rozdíly v mírách neonatální úmrtnosti v případě těhotenství trvajících od dvaceti dvou do dvaceti tří týdnů naznačovaly, že ne všechna narození a úmrtí v raném neonatálním období byla systematicky započítávána. Zpráva proto považovala údaje týkající se dětí narozených pouze po dvaceti čtyřech týdnech těhotenství za spolehlivější.

31. Stěžovatelky uvedly, že výše uvedené soubory údajů nejsou snadno použitelné pro srovnání jednotlivých zemí z důvodu odlišných definic. Většina evropských zemí stanoví minimální váhu 500 g pro počítání živých porodů a mrtvorozených dětí. V České republice však až do dubna 2012 platila praxe, podle které byl porod zaznamenáván pro účely statistik jen v případě, že dítě vážilo nejméně 1 000 g.

## *3. Podmínky v českých porodnicích*

32. Vláda uvedla, že české porodnice nabízejí během porodu vysoce kvalitní služby plně respektující práva a přání matek. Stěžovatelky předložily naproti tomu svědectví řady matek, které v nedávných letech porodily v porodnicích a poukázaly na praktiky, které byly podle jejich názoru nepřijatelné, včetně následujících: lékařský zákrok během porodu bez souhlasu matek a někdy proti jejich výslovnému přání, jako například umělé protřzení membrán; nástřih hráze; nitrožilní infúze léků matce; Kristellerova exprese (zatlačení pěstí nebo předloktím na děložní fundus během kontrakce a zatlačení matkou během druhé doby porodu); provedení císařského řezu bez dostatečného lékařského odůvodnění; použití technik a

léků k urychlení porodu; odebrání dětí matkám po dobu několika hodin po porodu v rozporu s přáním matky být ihned po porodu s dítětem v kontaktu; rutinní umístění zdravých dětí do inkubátorů; provádění ošetřování dětí proti výslovnému přání matky; vyžadování pobytu v porodnici po dobu sedmdesáti dvou hodin po porodu, i když jsou matka i dítě zdraví. Matky si stěžovaly na arogantní, zastrašující, neuctivé a povýšenecké jednání ze strany personálu porodnice a na nedostatek soukromí.

#### 4. Trestní řízení proti porodním asistentkám

33. V České republice zřejmě nebylo vedeno trestní stíhání proti porodní asistenci pro samotnou asistenci u domácího porodu. Několik bylo ovšem stíháno pro tvrzená pochybení ve spojení s domácím porodem. Stěžovatelky poukázaly na případy Š. a K., jež obě prosluly jako propagátorky přirozených porodů bez lékařských zákroků, které nejsou nezbytné, a které pravidelně vedly domácí porody.

34. Dne 27. března 2013 uznal Obvodní soud pro Prahu 6 Š. vinnou trestným činem usmrcení z nedbalosti, když se dítě narodilo mrtvé. Byla odsouzena ke dvěma letům odnětí svobody s podmíněným odkladem na pět let, současně jí byl uložen tříletý zákaz výkonu povolání porodní asistentky. Vina Š. se zakládala na skutečnosti, že matce důrazně nedoporučila, aby kontaktovala zdravotnické zařízení, když byla telefonicky konzultována během již probíhajícího domácího porodu. Rodiče tudíž poskytla chybnou radu, aniž ji prohlédla. Odsuzující rozsudek byl potvrzen dne 29. května 2013, trest byl nicméně změněn na patnáct měsíců odnětí svobody s podmíněným odkladem na třicet měsíců a dvouletý zákaz výkonu povolání porodní asistentky. O dovolání nebylo dosud rozhodnuto.

35. Dne 21. září 2011 uznal Obvodní soud pro Prahu 3 K. vinnou trestným činem ublížení na zdraví z nedbalosti, když dítě, u jehož domácího porodu asistovala, přestalo během porodu dýchat. Dítě po několika dnech zemřelo. K. byla odsouzena ke dvěma letům odnětí svobody s podmíněným odkladem na pět let, současně jí byl uložen pětiletý zákaz výkonu povolání porodní asistentky a peněžitý trest ve výši 2 700 000 Kč (tj. 105 000 €) jako úhrada nákladů zdravotní pojišťovny vyvolaných léčbou dítěte do jeho úmrtí. Podle soudu K. pochybila tím, že nedodržela standardní postupy porodu stanovené Českou lékařskou komorou, její postup byl tudíž „*non lege artis*“. Trestní oznámení nepodalí rodiče, nýbrž nemocnice.

36. Dne 24. července 2013 Ústavní soud zrušil všechny rozsudky ve věci K. z důvodu porušení jejího práva na spravedlivý proces. Závěry obecných soudů ohledně viny K. označil za příliš subjektivní a neprokázané mimo jakoukoliv rozumnou pochybnost, čímž došlo k porušení zásady presumpce nevin. Zejména konstatoval, že se soudy nekriticky opřely o znalecký posudek, aniž ho podrobily důkladnému hodnocení. Konstatoval, že soudy na základě znaleckého posudku kladly na jednání K. příliš velké nároky v situaci, kdy nebylo zřejmé, jak mohla úmrtí dítěte zabránit. Nadto bylo zjištěno, že se snažila dítěti pomoci a že z jejího popudu byla urychleně zavolána záchranná služba ihned poté, co u něj zjistila hypoxii. Předpokládat všechny možné komplikace během porodu a okamžitě na ně reagovat, jak bylo vyžadováno v případě K., by *de facto* muselo vést k naprostému vyloučení možnosti domácích porodů. V této souvislosti Ústavní soud podotkl:

„... moderní demokratický a právní stát je založen na ochraně individuální a nedotknutelné svobody, jejíž vymezení úzce souvisí s důstojností člověka. Tato svoboda, jejíž součástí je i svoboda v osobních věcech, které člověk činí, je doprovázena určitou mírou přijatelného rizika. Právo na svobodnou volbu místa a způsobu porodu – z hlediska rodičů – je limitováno jen zájmem na bezpečném porodu a zdraví dítěte, tento zájem však nelze vykládat jako jednoznačnou preferenci porodů ve zdravotnických zařízeních.“

## II. PŘÍSLUŠNÉ VNITROSTÁTNÍ PRÁVO

### A. Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči [v nestátních zdravotnických zařízeních] (účinný do 31. března 2012)

37. Podle § [4 a] 5 mohla určitá osoba poskytovat zdravotní péči pouze na základě odpovídajícího oprávnění, přičemž jednou z podmínek jeho vydání bylo odpovídající věcné a technické vybavení zařízení, ve kterém měla být zdravotní péče poskytována, a to v souladu s vyhláškou vydanou Ministerstvem zdravotnictví. Podle § 14 bylo možné provozovateli uložit pokutu za porušení povinnosti vyplývající z tohoto zákona. Výše pokuty nebyla v zákoně uvedena.

### B. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (účinný od 1. dubna 2012)

38. Podle § 11 odst. 5 mohou být zdravotní služby poskytovány pouze ve zdravotnických zařízeních v místech uvedených v oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Podle § 4 odst. 1 se zdravotnickým zařízením rozumí prostory určené pro poskytování zdravotních služeb. Podle § 11 odst. 6 musí být zdravotnické zařízení pro poskytování zdravotních služeb technicky a věcně vybaveno. Technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení musí odpovídat oborům, druhu a formě poskytované zdravotní péče a zdravotním službám. Požadavky na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení stanoví prováděcí právní předpis.

39. Podle § 28 odst. 1 lze zdravotní služby pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem. Podle § 28 odst. 3 má pacient při poskytování zdravotních služeb právo na respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytovaných zdravotních služeb; právo zvolit si poskytovatele oprávněného k poskytnutí zdravotních služeb, které odpovídají zdravotním potřebám pacienta, a zdravotnické zařízení; právo na přítomnost osoby blízké nebo osoby určené pacientem; a právo na poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí při zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.

40. Podle § 114 lze osobě poskytující zdravotní služby bez příslušného oprávnění uložit pokutu do 1 000 000 Kč (přibližně 40 000 €).

### C. Vyhláška č. 221/2010 Sb., o požadavcích na věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení (účinná od 1. září 2010 do 31. března 2012)

41. Vyhláška umožňovala, aby porodní asistentky vedly porody v místnostech speciálně k tomu vybavených, nepočítala však s účastí zdravotnických pracovníků na domácích porodech. Porodní asistentky musely mít v místnosti pro vedení porodu následující základní vybavení: porodní lůžko pro porodní místo nebo jiné vhodné zařízení pro vedení fyziologického porodu, operační svítidlo, sterilní svorku nebo gumičku na pupečník, sterilní nůžky, kardiokograf, pulzní oxymetr, odsávačku, laryngoskop a pomůcky k zajištění dýchacích cest, prostor a plochu pro ošetřování novorozenců, váhu pro novorozence, páskový metr a zdroj medicínálního kyslíku. Pracoviště muselo být dále situováno tak, aby bylo možné zahájit provedení porodu císařským řezem v nemocnici nejdéle do 15 minut. Vyhláška neupravovala účast zdravotnických pracovníků na domácích porodech.

**D. Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na [minimální] technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení [a kontaktních pracovišť domácí péče] (účinná od 1. dubna 2012)**

42. Vyhláška umožňuje, aby porodní asistentky vedly porody v místnostech speciálně k tomu vybavených. Požadavky na vybavení jsou shodné s požadavky uvedenými ve vyhlášce č. 221/2010 Sb. Vyhláška neupravuje účast zdravotnických pracovníků na domácích porodech.

**E. Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních**

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

**F. Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě**

44. Zákon upravuje zdravotnickou záchrannou službu. Podle § 5 odst. 2 musí být služba zorganizována tak, aby jakékoli místo bylo dosažitelné pro záchrannou službu do dvaceti minut.

### III. RELEVANTNÍ MEZINÁRODNÍ PRÁVO

**A. Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině**

45. Relevantní ustanovení této Úmluvy zní:

**Článek 5 – Obecné pravidlo**

„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.“

**Článek 6 – Ochrana osob neschopných dát souhlas**

„... může být proveden zákrok na osobě, která není schopna dát souhlas, pouze pokud je to k jejímu přímému prospěchu.

Jestliže nezletilá osoba není podle zákona způsobilá k udělení souhlasu se zákrokem, nemůže být zákrok proveden bez svolení jejího zákonného zástupce, úřední osoby či jiné osoby nebo orgánu, které jsou k tomu zmocněny zákonem. ...“

**Článek 8 – Stav nouze vyžadující neodkladná řešení**

„Pokud v situacích nouze nelze získat příslušný souhlas, jakýkoliv nutný lékařský zákrok lze provést okamžitě, pokud je nezbytný pro prospěch zdraví dotčené osoby.“

46. Důvodová zpráva k Úmluvě uvádí v bodě 34, že „výraz ‚zákrok‘ je jako v článku 4 chápán v nejširším smyslu tohoto slova – to znamená, že zahrnuje veškeré lékařské zákroky, zejména zákroky prováděné pro účely prevence, diagnózy, léčby, rehabilitace nebo výzkumu“.

**B. Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech**

47. Podle článku 12 Paktu státy, smluvní strany Paktu, uznávají právo každého na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně fyzického a duševního zdraví. Opatření, která mají státy,

smluvní strany Paktu, učinit k dosažení plného uskutečnění tohoto práva, zahrnují opatření ke snížení mrtvorozenosti a kojenecké úmrtnosti a opatření ke zdravému vývoji dítěte.

48. V obecném komentáři č. 14 o právu na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně zdraví, zveřejněném dne 11. srpna 2000 (E/C.12/2000/4), Výbor OSN pro hospodářská, sociální a kulturní práva mimo jiné uvedl:

„1. Zdraví je základním lidským právem nezbytným pro výkon jiných lidských práv. Každá lidská bytost má právo požívat nejvýše dosažitelné úrovně zdraví umožňující vést důstojný život. ...

...

8. ... Právo na zdraví zahrnuje jak svobody, tak nároky. Svobody zahrnují právo vládnout nad svým zdravím a tělem, včetně sexuální a reprodukční svobody, a práva nebýt předmětem zákroků, včetně práva nebýt podroben mučení, neodsouhlaseným lékařským zákrokům a pokusům. Nároky zahrnují naproti tomu právo na systém ochrany zdraví, který dává lidem rovnou příležitost požívat nejvýše dosažitelné úrovně zdraví. ...

...

14. Opatření ke snížení mrtvorozenosti a kojenecké úmrtnosti a ke zdravému vývoji dítěte (čl. 12 odst. 2 písm. a)) mohou být chápána tak, že vyžadují opatření ke zlepšení zdraví dětí a rodiček, sexuálních a reprodukčních zdravotních služeb, včetně přístupu k rodinnému plánování, prenatální a postnatální péče, pohotovostních porodnických služeb a přístupu k informacím, jakož i zdrojů nezbytných k využití těchto informací.“

49. Výbor dále uvedl, že právo na zdraví, stejně jako jiná sociální práva, zahrnuje tyto související a podstatné prvky: dostupnost (v tom smyslu, že náležitě fungující (veřejná i jiná) zdravotnická zařízení, materiály, služby a programy musí být v daném státě, jenž je smluvní stranou, dostupné v dostatečném rozsahu), přístupnost (v tom smyslu, že zdravotnická zařízení, materiály a služby musí být přístupné každému), přijatelnost (v tom smyslu, že všechna zdravotnická zařízení, materiály a služby musí být v souladu s lékařskou etikou a kulturně vhodné) a kvalitu (v tom smyslu, že zdravotnická zařízení, materiály a služby musí být rovněž vědecky a lékařsky vhodné a vykazovat dobrou kvalitu).

50. Dále Výbor poznamenal, že závazek naplnit právo na zdraví zahrnuje „šíření odpovídajících informací týkajících se zdravých životních stylů a výživy, škodlivých tradičních praktik a dostupnosti služeb ... [a] podporu informované volby ve věcech osobního zdraví.“

51. Výbor dále konstatoval, že každý stát má prostor pro uvážení, která opatření jsou v jeho konkrétních podmínkách nejvhodnější.

### C. Úmluva o právech dítěte

52. Relevantní ustanovení znějí:

#### Článek 3

„1. Zájem dítěte musí být předním hlediskem při jakékoli činnosti týkající se dětí, ať už uskutečňované veřejnými nebo soukromými zařízeními sociální péče, správními nebo zákonodárnými orgány.

2. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, se zavazují zajistit dítěti takovou ochranu a péči, jaká je nezbytná pro jeho blaho, přičemž berou ohled na práva a povinnosti jeho rodičů, zákonných zástupců nebo jiných jednotlivců právně za něho odpovědných, a činí pro to všechna potřebná zákonodárná správní opatření. ...“

#### Článek 5

„Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, se zavazují respektovat odpovědnost, práva a povinnosti rodičů nebo, v odpovídajících případech a v souladu s místními obyčejí, členů širší rodiny nebo obce, zákonných zástupců nebo jiných osob právně odpovědných za dítě, které směřují k zabezpečení jeho orientace a usměrňování při výkonu práv podle úmluvy v souladu s jeho rozvíjejícími se schopnostmi.“

**Článek 6**

„1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají, že každé dítě má přirozené právo na život.

2. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, zabezpečují v nejvyšší možné míře zachování života a rozvoj dítěte.“

...

**Článek 18**

„1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, vynaloží veškeré úsilí k tomu, aby byla uznána zásada, že oba rodiče mají společnou odpovědnost za výchovu a vývoj dítěte. Rodiče nebo v odpovídajících případech zákonní zástupci mají prvotní odpovědnost za výchovu a vývoj dítěte. Základním smyslem jejich péče musí při tom být zájem dítěte. ...“

**Článek 24**

„1. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají právo dítěte na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně zdravotního stavu a na využívání rehabilitačních a léčebných zařízení. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, usilují o zabezpečení toho, aby žádné dítě nebylo zbaveno svého práva na přístup k takovým zdravotnickým službám.

2. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, sledují plné uskutečňování tohoto práva a zejména činí potřebná opatření:

(a) ke snižování kojenecké a dětské úmrtnosti;

...

(d) k poskytnutí odpovídající péče matkám před i po porodu; ...“

53. V obecném komentáři č. 7 o realizaci práva dítěte v raném dětství, zveřejněném dne 20. září 2006 (CRC/C/GC/7/Rev.1), Výbor pro práva dítěte zejména uvedl:

„4. ... Do úvah ohledně práv v raném dětství si Výbor přeje zahrnout všechny děti v raném věku: při porodu a po celé rané dětství; ...

...

10. Právo na život, zachování života a rozvoj. Článek 6 hovoří o přirozeném právu dítěte na život a povinnosti států, které jsou smluvní stranou úmluvy, zabezpečovat v nejvyšší možné míře zachování života a rozvoj dítěte. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, jsou vyzývány, aby přijaly veškerá možná opatření ke zlepšení perinatální péče o matky a děti, snížení kojenecké a dětské úmrtnosti a vytvoření podmínek, které podporují blaho všech dětí útlého věku v tomto zásadním období jejich života. ... Zajištění zachování života a fyzického zdraví jsou priority, státům, které jsou smluvní stranou úmluvy, se však připomíná, že článek 6 zahrnuje všechny aspekty rozvoje a že zdraví a psychosociální pohoda malého dítěte jsou v mnoha ohledech vzájemně propojené. Obě mohou být ohroženy nepříznivými životními podmínkami, zanedbáváním, necitlivým nebo zneužívajícím zacházením a omezenými možnostmi k realizaci lidského potenciálu. ... Výbor připomíná státům, které jsou smluvní stranou úmluvy (a ostatním, kterých se to týká), že právo na zachování života a rozvoje může být implementováno pouze holistickým způsobem, prosazováním všech ostatních ustanovení Úmluvy, včetně práva na zdraví, odpovídající výživu, sociální zabezpečení, adekvátní životní úroveň, zdravé a bezpečné životní prostředí, vzdělání a hru (články 24, 27, 28, 29 a 31), jakož i respektováním odpovědnosti rodičů a poskytováním pomoci a kvalitních služeb (čl. 5 a 18). ...

...

13. Nejlepší zájem dítěte. Článek 3 stanoví zásadu, podle které zájem dítěte musí být předním hlediskem při jakékoli činnosti týkající se dětí. Z důvodu jejich relativní nezralosti jsou malé děti závislé na tom, jak příslušné orgány posuzují a reprezentují jejich práva a nejlepší zájem ve vztahu k rozhodnutím a úkonům, které mají dopad na jejich blaho, přičemž by se měl brát ohled na jejich mínění a rozvíjející se schopnosti. Zásada nejlepšího zájmu se v Úmluvě objevuje opakovaně (včetně článků 9, 18, 20 a 21, které jsou nejpodstatnější z hlediska raného dětství). Zásada nejlepšího zájmu se použije na všechny činnosti týkající se dětí a vyžaduje aktivní opatření na ochranu jejich práv a podporu jejich přežití, růstu a blaha, jakož i opatření na podporu a pomoc rodičům a dalším osobám, které nesou každodenní odpovědnost za realizaci práv dětí. ...

...

15. Klíčová role rodičů a jiných primárních pečovateli. Za normálních okolností hrají rodiče malého dítěte klíčovou roli pro naplnění jeho práv, a to společně s dalšími členy rodiny, širší rodiny a komunity, včetně případně zákonných zástupců. To je plně uznáno v rámci Úmluvy (zejména v článku 5), spolu s povinností států, které jsou smluvní stranou úmluvy, poskytnout pomoc, včetně kvalitních služeb péče o dítě (viz zejména článek 18). ...

...

18. Respektování rodičovských rolí. Článek 18 Úmluvy potvrzuje, že rodiče nebo zákonní zástupci mají prvotní odpovědnost za podporu rozvoje dětí a jejich blaho, přičemž nejlepší zájem dítěte musí být jejich hlavním zájmem (čl. 18 odst. 1 a čl. 27 odst. 2). Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, by měly respektovat primární roli rodičů, matek a otců. ...

...

27. Poskytování zdravotní péče. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, by měly zajistit, aby všechny děti měly přístup k nejvýše dosažitelné úrovni zdravotní péče a výživě v prvních letech života, a to s cílem snížit kojeneckou úmrtnost a umožnit dětem zdravý start do života (článek 24). Zejména:

...

(b) Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, jsou povinny implementovat právo dětí na zdraví, a to podporou vzdělání ve věcech zdraví a rozvoje dětí, včetně výhod kojení, výživy, hygieny a sanitárních podmínek. Prioritou by také mělo být poskytování odpovídající předporodní a poporodní zdravotní péče matkám a dětem, s cílem podpořit zdravé vztahy mezi rodinou a dětmi, zejména mezi dítětem a jeho matkou. ...“

54. V obecném komentáři č. 15 o právu dítěte na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně zdravotního stavu, zveřejněném dne 17. dubna 2013 (CRC/C/GC/15), Výbor pro práva dítěte mimo jiné uvedl:

„33. Státy jsou povinny snížit dětskou úmrtnost. Výbor zdůrazňuje, že pozornost by měla být věnována zejména neonatální úmrtnosti, která představuje rostoucí podíl úmrtnosti dětí do pěti let. Nadto by státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, měly věnovat pozornost morbiditě a úmrtnosti adolescentů, která představuje obecně nižší prioritu.

34. Opatření by měla zahrnovat pozornost věnovanou mrtvorozenosti, komplikacím při porodu před termínem, porodní asfyxií, nízké porodní váze, přenosu HIV a dalších chorob pohlavně přenosných z matky na dítě, neonatálními infekcím, zápalu plic, průjmu, spalničkám, podvýživě, malárii, nehodám, násilí, sebevraždám a morbiditě a úmrtnosti adolescentních matek. Doporučuje se posílení systému zdravotní péče k zajištění těchto opatření pro všechny děti v rámci kontinuální péče o reprodukční zdraví a zdraví matek, novorozenců a dětí, včetně screeningu odhalujícího dětské vady, služeb bezpečného porodu a péče o novorozence. Za účelem prevence a odpovědnosti by měly být pravidelně prováděny audity mateřské a perinatální úmrtnosti.

...

51. Výbor konstatuje, že mateřská úmrtnost a morbidita, kterým lze zabránit, představují závažná porušení lidských práv žen a dívek a vážné hrozby pro jejich vlastní právo na zdraví, jakož i právo na zdraví jejich dětí. Těhotenství a porod dítěte jsou přirozené procesy se známými zdravotními riziky, kterým lze jak předcházet, tak na ně terapeuticky reagovat, jsou-li včas zjištěna. Rizikové situace mohou nastat během těhotenství, porodu a před i po porodu a mají krátkodobé i dlouhodobé dopady na zdraví a blaho matky i dítěte.

52. Výbor vyzývá státy, aby přijaly zdravotní postupy přizpůsobené dětem v různých fázích dětství, zejména (a) iniciativu ‚baby-friendly‘ nemocnic, která chrání, propaguje a podporuje rooming-in a kojení; (b) ‚child-friendly‘ zdravotní politiky, které se soustředí na vzdělávání zdravotnických pracovníků tak, aby poskytovali kvalitní služby způsobem, který minimalizuje strach, úzkost a utrpení dětí a jejich rodin; ...

...

54. ... Péče o matky a novorozence po porodu by měla vyloučit oddělení matky od dítěte, pokud není nezbytné.“

55. V obecném komentáři č. 14 o právu dítěte na to, aby jeho nejlepší zájem byl prvním hlediskem, zveřejněném dne 29. května 2013 (CRC/C/GC/14), Výbor pro práva dítěte mimo jiné uvedl:

„32. Pojem nejlepšího zájmu dítěte je komplexní a jeho obsah musí být určován případ od případu. Objasnění tohoto pojmu a jeho konkrétního uplatnění dosáhne zákonodárce, soudce, správní, sociální či vzdělávací orgán prostřednictvím výkladu a provádění čl. 3 odst. 1 v souladu s dalšími ustanoveními úmluvy. Pojem nejlepšího zájmu dítěte je tudíž flexibilní a adaptabilní. Měl by být přizpůsobován a vymezován individuálně podle konkrétní situace dotčeného dítěte či dětí, berouc v potaz jejich osobní kontext, situaci a potřeby. V případě individuálních rozhodnutí musí být nejlepší zájem dítěte hodnocen a určen s ohledem na konkrétní okolnosti dotčeného dítěte. V případě obecných rozhodnutí – např. přijímaných zákonodárcem – nejlepší zájem dětí obecně musí být hodnocen a určen s ohledem na okolnosti příslušné skupiny a/nebo dětí obecně. V obou případech by hodnocení a určení mělo být provedeno za plného respektování práv obsažených v úmluvě a jejích opčních protokolech.

33. Nejlepší zájem dítěte se musí uplatňovat na všechny záležitosti týkající se dítěte nebo dětí a musí být zohledněn při řešení všech případných rozporů mezi právy obsaženými v úmluvě nebo jiných lidskoprávních smlouvách. Pozornost je třeba věnovat identifikaci možných řešení, která jsou v nejlepším zájmu dítěte. Z toho plyne, že státy mají povinnost při přijímání prováděcích opatření objasnit nejlepší zájem všech dětí, včetně těch ve zranitelných situacích.

...

39. Vzhledem k tomu, že čl. 3 odst. 1 pokrývá širokou škálu situací, však Výbor uznává potřebu určité míry flexibility při jeho aplikaci. Nejlepší zájem dítěte – již posouzený a určený – může být v rozporu s jinými zájmy či právy (např. jiných dětí, veřejnosti, rodičů atd.). Případné rozpory mezi nejlepším zájmem dítěte, uvažovaným individuálně, a nejlepším zájmem skupiny dětí nebo dětí obecně musí být řešen případ od případu, za pečlivého vyvažování zájmů všech zúčastněných a nalezení vhodného kompromisu. Stejně je třeba postupovat v případě, že v rozporu s nejlepším zájmem dítěte jsou práva jiných osob. Není-li soulad možný, úřady a rozhodovací orgány musí analyzovat a vážit práva všech dotčených osob, přičemž musí mít na paměti, že právo dítěte na to, aby jeho nejlepší zájem byl předním hlediskem, znamená, že zájmy dítěte mají vysokou prioritu a nejsou jen jedním z několika hledisek. Z toho důvodu musí být větší váha přisouzena tomu, co je pro dítě nejlepší.“

#### **D. Úmluva o odstranění všech forem diskriminace žen**

56. Výbor pro odstranění diskriminace žen doporučil v Závěrečných doporučeních týkajících se České republiky ze dne 22. října 2010 (CEDAW/C/CZE/CO/5) pod nadpisem „Zdraví“ zejména:

„36. Výbor uznává nutnost zajistit maximální bezpečnost matky a novorozence při porodu, jakož i nízkou perinatální mortalitu v zemi smluvní strany, nicméně zjišťuje zprávy o zasahování do práv žen na volbu v oblasti reprodukčního zdraví v nemocnicích, včetně rutinního používání lékařských zákroků, údajně často bez svobodného, předchozího a informovaného souhlasu ženy či jakékoliv lékařské indikace, rychlém nárůstu četnosti porodů císařským řezem, oddělování novorozenců od matek až na dobu několika hodin bez zdravotních důvodů, odmítání propustit matku a dítě z nemocnice před uplynutím 72 hodin od porodu a povýšeném přístupu lékařů, který matkám znesnadňuje výkon jejich svobodné volby. Zjišťuje také omezené možnosti žen porodit dítě mimo nemocnici.

37. Výbor doporučuje, aby smluvní strana zvažila urychlené přijetí zákona o právech pacientů včetně reprodukčních práv žen; přijala protokol standardní porodní péče zajišťující práva pacientek a vylučující zbytečné lékařské zákroky; zajistila, aby byly všechny zákroky prováděny pouze se svobodným, předchozím a informovaným souhlasem ženy; monitorovala kvalitu péče v porodnicích; poskytovala povinné školení pro všechny zdravotnické profesionály o právech pacientů a souvisejících etických standardech; pokračovala ve zvyšování povědomí pacientů o jejich právech včetně rozšiřování informací a zvažila opatření, aby byl porod dítěte mimo nemocnici za pomoci porodní asistentky pro ženy bezpečnou a cenově dostupnou možností.“

#### **E. Světová zdravotnická organizace**

57. V roce 1996 přijala skupina expertů pod záštitou Světové zdravotnické organizace dokument s názvem „Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka“ (WHO/FRH/MSM/96.24). Dokument představil univerzální pokyny pro běžnou péči o ženy během porodu bez komplikací. Zpráva byla reakcí na množící se praktiky mající za účel vyvolání, posílení, urychlení, regulaci či monitoring fyziologického průběhu porodu v průmyslových i rozvojových zemích. Zpráva formulovala pracovní definici „normálního porodu“ a následně usilo-

vala o určení nejběžnějších postupů užívaných během porodu a pokusila se stanovit některé normy dobré praxe pro vedení porodu bez komplikací. Ve zprávě bylo mimo jiné uvedeno:

„S celosvětovým fenoménem rostoucí urbanizace rodí stále větší množství žen v porodnických zařízeních, ať už v případě normálního nebo komplikovaného porodu. Existuje pokušení zacházet se všemi porody rutinně se stejně vysokou úrovní intervence, jakou vyžadují porody s komplikacemi. To je bohužel spojeno s celou řadou negativních účinků, z nichž některé mají závažné důsledky, a to od časové náročnosti, nákladů na školení personálu a technické vybavení, které je potřebné pro řadu užívaných metod, až po fakt, že mnoho žen může být odrazováno od vyhledání péče z obavy z vysoké míry zásahů. Ženy a jejich děti mohou být zbytečnými praktikami poškozeny. ...

...

V některých rozvinutých zemích byla v nemocnicích a mimo ně zřízena porodnická centra, ve kterých ženy s nízkým rizikem mohou porodit v prostředí podobném domovu, v režimu primární péče, obvykle za asistence porodních asistentek. Ve většině těchto center nejsou elektronický monitoring plodu a posilování stahů užívány a analgetika se používají minimálně. ... Experimenty s péčí pod vedením porodní asistentky v nemocnicích v Británii, Austrálii a Švédsku ukázaly, že ženy jsou s takovou péčí mnohem spokojenější než se standardní péčí. Počet zákroků byl obecně nižší, zejména pokud jde o porodnická analgetika, vyvolání a posílení stahů. Porodnické výsledky se významně neliší od péče pod vedením lékaře, i když u některých vzorků měla perinatální úmrtnost tendenci být o něco vyšší v modelech péče pod vedením porodní asistentky. ...

V řadě rozvinutých zemí vedla nespokojenost s nemocniční péčí malé skupiny žen a poskytovatelů péče k praxi domácích porodů v alternativním prostředí, často více či méně v konfrontaci s oficiálním systémem péče. Statistické údaje o těchto domácích porodech jsou vzácné. Jistá australská studie shromáždila údaje, které naznačovaly, že výběr pouze nízkorizikových těhotenství byl jen mírně úspěšný. U plánovaných domácích porodů byl počet převozu do nemocnice a míra porodnických zákroků nízké. Údaje o perinatální a neonatální úmrtnosti byly také relativně nízké, avšak údaje o zamezitelných faktorech nebyly k dispozici. ...

...

Kde by tedy měla žena porodit? S jistotou lze říci, že by žena měla porodit tam, kde se cítí bezpečně, a na co nejvíce periferní úrovni, na které je odpovídající péče dostupná a bezpečná. ... V případě těhotných žen s nízkým rizikem to může být doma, na malé porodnické klinice nebo v porodním centru ve městě, či případně na porodnickém oddělení větší nemocnice. Musí to však být místo, kde veškerá pozornost a péče se soustředí na její potřeby a bezpečnost, a to jak jen blízko domovu a její vlastní kultuře je to možné. Pokud porod probíhá doma nebo v malém periferním porodnickém centru, pak součást předporodních příprav by měly tvořit náhradní plány přístupu k náležitě personálně zabezpečenému zdravotnickému zařízení.

...

Závěrem, normální porod za předpokladu, že je nízkorizikový, vyžaduje pouze pečlivý dozor školené a zkušené porodní asistentky za účelem zjištění prvotních známek komplikací. Nevyžaduje zákroky, ale povzbuzení, podporu a trochu láskyplné péče. Lze formulovat obecné pokyny k tomu, co by mělo být zavedeno za účelem ochrany a udržení normálního porodu. Každý stát ochotný investovat do těchto služeb nicméně tyto pokyny musí přizpůsobit vlastní konkrétní situaci a potřebám žen, stejně jako musí zajistit odpovídající základní služby ženám s nízkým, středním a vysokým rizikem a těm, u kterých nastanou komplikace.“

58. Zpráva dále obsahuje pokyny týkající se úkolů poskytovatele péče v průběhu normálního porodu a úkonů, které by během porodu měl činit. Jedním z hlavních úkolů je předání na vyšší úroveň péče v případě, že se projeví rizikové faktory nebo nastanou komplikace, které takové předání odůvodňují, za předpokladu, že takové předání na vyšší úroveň péče je snadno proveditelné.

#### IV. PRÁVO A PRAXE V ČLENSKÝCH STÁTECH RADY EVROPY

59. Ze srovnávacích podkladů, které má Soud k dispozici a které se týkají třiceti dvou členských států, plynou následující přístupy.

60. Šestnáct členských států za určitých podmínek výslovně dovoluje domácí porod (Rakousko, Belgie, Francie, Německo, Řecko, Maďarsko, Itálie, Lotyšsko, Lichtenštejnsko, Lucembursko, Nizozemsko, Polsko, Irsko, Švédsko, Švýcarsko a Spojené království).

61. V šestnácti členských státech není otázka domácího porodu výslovně upravena právním řádem (Albánie, Bosna a Hercegovina, Chorvatsko, Estonsko, Finsko, Malta, Bývalá jugoslávská republika Makedonie, Gruzie, Litva, Černá hora, Rumunsko, Rusko, Slovinsko, Španělsko, Turecko a Ukrajina). Přístup k domácím porodům za účasti zdravotnického pracovníka se v těchto státech v praxi liší. V některých z nich se domácími porody účastní porodní asistentky a tato praxe je tolerována (např. Estonsko, Finsko, Malta, Španělsko a Turecko). V některých státech, např. Estonsku a Slovinsku, se uvažuje o právním rámci upravujícím účast zdravotnických pracovníků na plánovaných domácích porodech. Jen v malém počtu států může být zdravotnickému pracovníkovi za pouhou asistenci u plánovaného domácího porodu uložena sankce (Chorvatsko, Litva a Ukrajina).

## V. SHRNUTÍ RELEVANTNÍCH MEZINÁRODNÍCH ODBORNÝCH STUDIÍ BEZPEČNOSTI DOMÁCÍCH PORODŮ PŘEDLOŽENÝCH SOUDU ÚČASTNÍKY ŘÍZENÍ

62. Výzkum provedený v USA a zveřejněný v roce 2010 dospěl k závěru, že plánované domácí porody jsou spojeny s menším počtem zákroků na rodičce, včetně epidurální anestezie, elektronického monitorování srdečního pulzu plodu, nástřihu hráze a operačního porodu. Ženy rodící tímto způsobem vykazovaly menší pravděpodobnost výskytu lacerací,<sup>1</sup> krvácení a infekce. Neonatální výsledky plánovaných domácích porodů poukázaly na méně časté předčasné porody i méně častou nízkou porodní váhu a nižší potřebu asistovaného dýchání pro novorozence. Přestože plánované domácí a nemocniční porody vykazovaly podobnou míru perinatální úmrtnosti, plánované domácí porody byly spojeny s podstatně vyšší mírou neonatální úmrtnosti.<sup>2</sup> Několik vědeckých článků nicméně podrobilo tuto studii kritice pro vážné nedostatky metodiky.<sup>3</sup> Jiná studie založená na údajích z USA z roku 2008 dospěla k závěru, že u plánovaných domácích porodů existovalo vyšší riziko nižšího pětiminutového Apgar skóre a vyšší riziko neonatálního záchvatu.<sup>4</sup>

63. Výzkum provedený v Kanadě a zveřejněný v roce 2009 zjistil, že plánované domácí porody za účasti registrované porodní asistentky byly spojeny s velmi nízkou a srovnatelnou mírou perinatální úmrtnosti a sníženou mírou porodnických zákroků a jiných nepřízni-

---

<sup>1</sup> Pozn. překl.: Specifických tržných ran zejména v kontextu porodu.

<sup>2</sup> J. R. Wax, F. L. Lucas, M. Lamont, et al., „Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a meta-analysis“ [Mateřské a novorozenecké výsledky plánovaných domácích porodů v. plánovaných nemocničních porodů: meta-analýza], *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2010; 203:243.e1-8.

<sup>3</sup> Carl A. Michal, Patricia A. Janssen, Saraswathi Vedam, Eileen K. Hutton, and Ank de Jonge, „Planned Home vs Hospital Birth: A Meta-Analysis Gone Wrong“ [Plánované domácí v. nemocniční porody: zpackaná meta-analýza], <http://www.medscape.com/viewarticle/739987>; Gill Gyte, Mary Newburn and Alison Macfarlane „Critique of a meta-analysis by Wax and colleagues which has claimed that there is a three-times greater risk of neonatal death among babies without congenital anomalies planned to be born at home“ [Kritika meta-analýzy Waxe a kolegů, která tvrdí, že existuje třikrát větší riziko neonatálního úmrtí u dětí bez vrozených anomálií, u nichž je plánován domácí porod], National Childbirth Trust. <http://fr.scribd.com/doc/34065092/Critique-of-a-meta-analysis-by-Wax>

<sup>4</sup> Yvonne W. Cheng, Jonathan Snowden, and Aaron Caughey, „Neonatal Outcomes Associated with Intended Place of Birth: Birth Centers and Home Birth Compared to Hospitals“ [Neonatální výsledky spojené se zamýšleným místem porodu: porodní centra a domácí porod ve srovnání s porodnicemi], *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, Supplement at 42, leden 2012.

vých perinatálních výsledků ve srovnání s plánovanými nemocničními porody za účasti porodní asistentky nebo lékaře.<sup>5</sup>

64. Jiná výzkumná studie zveřejněná v roce 2012 dospěla k závěru, že z náhodně sestavených vzorků nevyplývaly přesvědčivé důkazy, že by v případě nízkorizikových těhotných žen měl být preferován buď plánovaný nemocniční porod, nebo plánovaný domácí porod. Vzorky zařazené do studie nicméně ukázaly, že ženy žijící v oblastech s malou informovaností o domácích porodech by uvítaly eticky vhodně koncipované studie, které by zaručily informovanou volbu.<sup>6</sup> Studie, která porovnála péči pod vedením porodní asistentky s modely péče pod vedením lékaře a smíšené péče – která zahrnovala jedenáct dílčích studií za účasti 12 276 žen – dospěla k závěru, že péče pod vedením porodní asistentky byla spojena s několika výhodami pro matky a děti a neměla žádné zjištěné nepříznivé účinky, pokud jde o statistiky ztráty plodu a neonatální úmrtnosti.<sup>7</sup>

65. Výzkum provedený v Nizozemsku a zveřejněný v roce 2009 dospěl k závěru, že plánování domácího porodu nezvyšuje rizika perinatální úmrtnosti nebo vážné perinatální morbidity u nízkorizikovým rodiček, a to za předpokladu, že systém mateřské péče usnadňuje tuto volbu tím, že poskytuje dobře školené porodní asistentky i dobrý systém převozu a příjmu rodiček do nemocnic.<sup>8</sup> Jiná nizozemská studie zveřejněná v roce 2010 dospěla naproti tomu k závěru, že děti nízkorizikových těhotných žen, které započaly porod v primární péči, vykazují vyšší riziko perinatálního úmrtí v souvislosti s porodem než děti těhotných žen s vysokým rizikem, které započaly porod v sekundární péči. Důvodem k vážnému znepokojení byla skutečnost, že nejvyšší úmrtnost byla u dětí žen, které byly převezeny z primární do sekundární péče během porodu z důvodu zjevné komplikace.<sup>9</sup>

66. Výzkum provedený ve Švýcarsku a zveřejněný v roce 1996 dospěl k závěru, že zdravé nízkorizikové rodičky, které si přály porodit doma, nepodstupovaly zvýšené riziko vůči sobě samým ani vůči svým dětem.<sup>10</sup>

67. Výzkum provedený ve Spojeném království a zveřejněný v roce 2011 zjistil, že pro zdravé ženy s nízkorizikovým těhotenstvím byl výskyt nepříznivých perinatálních výsledků nízký při porodech v jakémkoliv prostředí. Pro zdravé vícerodičky s nízkorizikovým těhotenstvím nebyly rozdíly v nepříznivých perinatálních výsledcích mezi plánovanými porody

---

5 P. A. Janssen, L. Saxell, L. A. Page, M. C. Klein, R. M. Liston, S. K. Lee, „Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician“ [Výsledky plánovaného domácího porodu s registrovanou porodní asistentkou versus plánovaný nemocniční porod s porodní asistentkou nebo lékařem], *Canadian Medical Association Journal*, 15. září 2009; 181(6-7):377-83.

6 O. Olsen, M. D. Jewell, „Planned hospital birth versus planned home birth“ [Plánovaný nemocniční porod versus plánovaný domácí porod], *Cochrane Database of Systematic Reviews* 12. září 2012; 9:CD000352.

7 M. Hatem, J. Sandall, D. Devane, H. Soltani, S. Gates, „Midwife-led versus other models of care for childbearing women“ [Péče pod vedením porodní asistentky versus jiné modely péče o těhotné ženy], *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub2.

8 A. de Jonge, B. Y. van der Goes, A. C. Ravelli, M. P. Amelink-Verburg, B. W. Mol, J. G. Nijhuis, J. Bennebroek Gravenhorst, S. E. Buitendijk, „Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births“ [Perinatální úmrtnost a morbidita v celostátní skupině 529 688 plánovaných nízkorizikových domácích a nemocničních porodů], *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* srpen 2009; 116(9):1177-84.

9 Annemieke C. C. Evers, Hens A. A. Brouwers, Chantal W. P. M. Hukkelhoven, Peter G. J. Nikkels, Janine Boon, Anneke van Egmond-Linden, Jacqueline Hillegersberg, Yvette S. Snuif, Sietske Sterken-Hooisma, Hein W. Bruinse, Anneke Kwee, „Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study“ [Perinatální morbidita a vážná morbidita v těhotenstvích s nízkým a vysokým rizikem v Nizozemsku: výhledová skupinová studie], *BMJ* 2010; 341:c5639 doi:10.1136/bmj.c5639.

10 U. Ackermann-Lieblich, T. Voegeli, K. Günter-Witt, I. Kunz, M. Züllig, C. Schindler, M. Maurer, „Home versus hospital deliveries: follow up study of matched pairs for procedures and outcome“ [Domácí versus nemocniční porody: návazná studie srovnatelných párů z hlediska procedur a výsledků], *BMJ*, 23. listopadu 1996; 313(7068):1313-8.

doma nebo v prostředí porodní asistentky ve srovnání s plánovanými porody v porodnici. V případě zdravých nízkorizikových prvorodiček se riziko nepříznivého perinatálního výsledku jeví vyšší u plánovaných domácích porodů a míra převozu během porodu byla vyšší ve všech prostředích s výjimkou porodnice.<sup>11</sup> Jiná studie založená na údajích z Anglie a Walesu v letech 1994 až 2003 dospěla k závěru, že u žen, které se dopředu rozhodly porodit doma a tak i učinily, se zdá být obecně během porodu nízká míra perinatální úmrtnosti. Ženy, které se rozhodly porodit doma, později však musely být převezeny do péče nemocnice k nemocničnímu porodu, ale měly ve sledovaném období podle všeho nejvyšší riziko míry perinatální úmrtnosti.<sup>12</sup>

## PRÁVNÍ POSOUZENÍ

### I. SPOJENÍ STÍŽNOSTÍ

68. Soud konstatuje, že předmět stížností č. 28859/11 a 28473/12 je podobný. V souladu s článkem 42 jednacího řádu je tudíž namístež projednávané věci spojit.

### II. K TVRZENÉMU PORUŠENÍ ČLÁNKU 8 ÚMLUVY

69. Stěžovatelky namítaly, že český právní řád zakazuje zdravotnickému pracovníkovi asistovat u domácího porodu, a tím porušuje právo na respektování soukromého života chráněné článkem 8 Úmluvy, který zní:

„1. Každý má právo na respektování svého soukromého a rodinného života, obydlí a korespondence.

2. Státní orgán nemůže do výkonu tohoto práva zasahovat kromě případů, kdy je to v souladu se zákonem a nezbytné v demokratické společnosti v zájmu národní bezpečnosti, veřejné bezpečnosti, hospodářského blahobytu země, ochrany pořádku a předcházení zločinnosti, ochrany zdraví nebo morálky nebo ochrany práv a svobod jiných.“

70. Vláda s tímto tvrzením nesouhlasila.

#### A. K přijatelnosti

71. Vláda vznesla námitku neslučitelnosti *ratione materiae* s Úmluvou vzhledem k tomu, že závazky respektovat jednotlivé okolnosti porodu a soukromého života matky je nutno odlišovat od povinnosti vytvořit rámec, který by počítal s asistencí u domácího porodu.

72. Stěžovatelky tvrdily s poukazem na rozsudek Soudu ve věci *Ternovszky proti Maďarsku* (č. 67545/09, rozsudek ze dne 14. prosince 2010), že stížnost spadá do rozsahu článku 8 Úmluvy. Podle nich volba matky ohledně místa porodu náleží k základu sebeurčení a jako taková je součástí soukromého a rodinného života.

---

11 „Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low-risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study“ [Perinatální a mateřské výsledky podle plánovaného místa porodu u zdravých žen s nízkorizikovým těhotenstvím: místo porodu v Anglii v národní výhledové skupinové studii], *BMJ*, 2011; 343:d7400

12 Mori R, Dougherty M, Whittle M, „An estimation of intrapartum-related perinatal mortality rates for booked home births in England and Wales between 1994 and 2003“ [Odhad míry perinatální úmrtnosti související s porodem u plánovaných domácích porodů v Anglii a Walesu v letech 1994 až 2003], *BJOG* 2008; 115:554–559.

73. Soud připomíná, že pojem „soukromý život“ je široký pojem, u něhož nelze podat vyčerpávající definici. Zahrnuje mimo jiné právo na osobní autonomii a osobní rozvoj (viz *Pretty proti Spojenému království*, č. 2346/02, rozsudek ze dne 25. července 2002, § 61) a na tělesnou a duševní integritu (viz *Tysiác proti Polsku*, č. 5410/03, rozsudek ze dne 24. září 2007, § 107; *A, B a C proti Irsku*, č. 25579/05, rozsudek velkého senátu ze dne 16. prosince 2010, § 214; *Haas proti Švýcarsku*, č. 31322/07, rozsudek ze dne 20. ledna 2011, § 50). Dále pokrývá takové otázky jako rozhodnutí, zda mít či nemít dítě nebo se stát biologickými rodiči (viz *Evans proti Spojenému království*, č. 6339/05, rozsudek velkého senátu ze dne 10. dubna 2007, § 71), a právo vězňů na reprodukci během pobytu ve vězení (viz *Dickson proti Spojenému království*, č. 44362/04, rozsudek velkého senátu ze dne 4. prosince 2007, § 66). Kromě toho ve věci *Odièvre proti Francii* (č. 42326/98, rozsudek velkého senátu ze dne 13. února 2003, § 29) Soud rozhodl, že „porod, a zejména okolnosti, za kterých se dítě narodí, tvoří součást soukromého života dítěte, a tudíž i dospělého, zaručeného článkem 8 Úmluvy“.

74. Soud podotýká, že v projednávané věci není, pokud jde o rozsah článku 8 Úmluvy, otázkou, zda zahrnuje právo porodit doma za asistence porodní asistentky, jak tvrdila vláda, ale spíše to, zda do rozsahu tohoto ustanovení spadá právo vymezit okolnosti, za kterých lze porodit.

75. S ohledem na výše uvedenou judikaturu má Soud za to, že porod představuje obzvláště intimní složku soukromého života matky. Zahrnuje otázky tělesné a duševní integrity, lékařských zákroků, reprodukčního zdraví a ochrany informací týkajících se zdraví. Rozhodnutí týkající se okolností porodu včetně volby místa porodu tudíž pro účely článku 8 spadají do rámce soukromého života matky. Soud proto námitku vlády zamítá.

76. Soud dále konstatuje, že stížnost není zjevně neopodstatněná ve smyslu čl. 35 odst. 3 písm. a) Úmluvy a není dán žádný jiný důvod, pro který by měla být prohlášena za nepřijatelnou. Je tedy třeba ji prohlásit za přijatelnou.

## **B. K odůvodněnosti**

### *1. Pozitivní nebo negativní závazky na poli článku 8 Úmluvy*

77. Stěžovatelky tvrdily, že došlo k zásahu do práv, která jsou jim zaručena článkem 8 Úmluvy. Vláda s tím nesouhlasila.

78. Přestože existují pozitivní závazky, které jsou spjaté s účinným respektováním soukromého života (viz *A, B a C proti Irsku*, cit. výše, § 216), Soud má za to, že je třeba námitky stěžovatelek podrobit analýze z hlediska negativních závazků, a to vzhledem k tomu, že jejich hlavním argumentem je zákaz asistence porodních asistentek u domácích porodů pod hrozbou sankce, což podle nich nepřiměřeně omezilo právo stěžovatelek na respektování jejich soukromého života. S ohledem na široké pojetí soukromého života ve smyslu článku 8, zahrnující právo na osobní autonomii a tělesnou a duševní integritu (viz § 73 výše), Soud shledává, že nemožnost, aby stěžovatelkám u jejich domácích porodů asistovaly porodní asistentky, představuje zásah do práva stěžovatelek na respektování jejich soukromých životů.

### *2. Byl zásah „v souladu se zákonem“?*

79. Aby „zásah“ konstatovaný výše nebyl v rozporu s článkem 8, musel být v první řadě „v souladu se zákonem“.

80. Vláda tvrdila, že český právní řád jasně stanoví, že asistence lékaře nebo porodní asistentky u porodu představuje zdravotní péči, která může být poskytována pouze ve zdra-

voťnickém zařízení, jež musí splňovat jasně stanovené minimální požadavky na věcné a technické vybavení.

81. Stěžovatelky tvrdily, že jejich situace byla srovnatelná se situací ve věci *Ter-novszky* (viz § 72 výše), ve které Soud shledal porušení článku 8 Úmluvy. Nadto minimálně do 1. dubna 2012 neexistoval právní základ, který by splňoval požadavek předvídatelnosti, jelikož právní řád možnost domácího porodu neupravoval.

82. Soud konstatuje, že i když domácí porod jako takový není českým právním řádem zakázán, zákon o zdravotních službách, ve znění účinném v rozhodné době, stanovil, že osoba může poskytovat zdravotní péči pouze na základě odpovídajícího oprávnění, přičemž jednou z podmínek jeho vydání byl požadavek, aby odpovídající technické vybavení, jak stanoví vyhláška Ministerstva zdravotnictví, bylo k dispozici v prostorách, kde by takové služby měly být poskytovány. Osobě poskytující zdravotní péči jinak než v souladu se zákonem bylo možné uložit za porušení zákona pokutu. Soud dále konstatuje, že příslušná vyhláška, ve znění účinném v rozhodné době, vymezovala základní vybavení, které musely mít porodní asistentky k dispozici na všech místech, kde chtěly asistovat u porodů. Z výčtu tohoto vybavení uvedeného ve vyhlášce je zřejmé, že soukromé domovy nemohly takový požadavek splnit.

83. Soud, ačkoli připouští, že mohou existovat určité pochybnosti o jednoznačnosti tehdejší právní úpravy, má za to, že stěžovatelky byly schopny předvídat s mírou přiměřenou okolnostem, že asistence zdravotnického pracovníka u domácího porodu nebyla právním řádem dovolena. Soud proto shledává, že předmětný zásah byl „v souladu se zákonem“ ve smyslu čl. 8 odst. 2 Úmluvy.

### 3. Sledoval zásah legitimní cíl?

84. Vláda tvrdila, že zásah sledoval legitimní cíle ochrany zdraví a práv a svobod jiných, zejména zdraví a života matky a dítěte během a po porodu.

85. Stěžovatelky toto tvrzení zpochybňovaly. Tvrdily, že cílem spíše bylo aktivně bránit budoucím matkám ve využití zdravotní péče poskytované porodními asistentkami, a to za účelem ochrany finančního a mocenského monopolu zavedených poskytovatelů nemocniční zdravotní péče.

86. Soud má za to, že není žádný důvod pochybovat, že cílem předmětné politiky, jež byla vyjádřena ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví, byla ochrana zdraví a bezpečí novorozence během porodu a po něm a alespoň nepřímo i matky. Lze tedy konstatovat, že sledovala legitimní cíl ochrany zdraví a práv jiných ve smyslu čl. 8 odst. 2 Úmluvy.

### 4. Byl zásah „nezbytný v demokratické společnosti“?

87. Soud musí přezkoumat, zda existovala naléhavá společenská potřeba pro předmětný zásah, zejména zda byl zásah přiměřený sledovanému legitimnímu cíli, se zřetelem k tomu, že musí být zachována spravedlivá rovnováha mezi relevantními soupeřícími zájmy, ohledně níž stát požívá prostor pro uvážení (viz *A, B a C proti Irsku*, cit. výše, § 229 a tam citované odkazy).

88. Vláda tvrdila, že rovnováha mezi individuálními zájmy matek na volbě místa porodu a zájmem státu na ochraně zdraví matek a jejich dětí spadá do prostoru pro uvážení státu. Podle vlády nebyly výsledky studií o bezpečnosti domácích porodů a porodů ve zdravotnických zařízeních jednoznačné. Dále vláda zdůraznila, že soukromí matek je v nemocnicích plně respektováno, což oslabuje význam dotčeného zájmu na soukromém životě stěžovatelek z hlediska článku 8 Úmluvy. Matky si navíc mohou svobodně zvolit nemocnici, ve které si přejí porodit.

89. Stěžovatelky namítaly, že i když domácí porody jako takové nejsou zakázány, matka, která se rozhodne porodit doma s asistencí porodní asistentky, vystavuje tuto porodní asistentku nebezpečí trestního stíhání a pokuty. Vzhledem k tomu, že žádná porodní asistentka nemohla získat oprávnění k vedení domácích porodů a jakákoli pomoc poskytnutá bez oprávnění podléhala vysokým sankcím, matky nemohly než porodit v nemocnici, pokud si přály asistenci zdravotnického pracovníka.

90. Stěžovatelky připustily, že ženy nemohou mít úplně svobodnou volbu, pokud jde o okolnosti, za kterých mají porodit, a že každá taková volba musí být poměřována s jinými zájmy, včetně práva novorozence na život a zdraví. I když je žádoucí, aby stát stanovil přiměřené a adekvátní normy pro technické, věcné a personální vybavení porodních asistentek, právní úprava zcela vylučuje eventualitu asistence u domácích porodů, protože tyto požadavky jsou schopny splnit pouze nemocnice. Nastávající matky byly tudíž zbaveny reálné možnosti zvolit domácí porod.

91. Nadto v důsledku rozhodnutí porodit doma trpěly stěžovatelky v průběhu těhotenství stresem způsobeným státním zákazem jakékoli zdravotnické asistence, což mohlo mít negativní dopad i na jejich děti. Konečně stěžovatelky upozornily na to, že domácí porody jsou levnější, a vláda se proto na obhajobu svého přístupu nemůže dovolávat rozpočtových či ekonomických aspektů.

92. Soud poukazuje na to, že při určování šíře prostoru pro uvážení, kterého stát požívá, musí být v každé věci posuzované na poli článku 8 Úmluvy bráno v potaz několik faktorů. Prostor pro uvážení bude spíše užší v případě, že dotčené právo je zásadní pro to, aby daná osoba mohla účinně požívat intimních nebo klíčových práv (viz *Connors proti Spojenému království*, č. 66746/01, rozsudek ze dne 27. května 2004, § 82 a tam citované odkazy). Pokud však neexistuje shoda mezi členskými státy Rady Evropy, buď ohledně relativního významu dotčeného zájmu, nebo ohledně nejlepších prostředků jeho ochrany, bude prostor pro uvážení širší (viz *A, B a C proti Irsku*, cit. výše, § 232 a tam citované odkazy; *Stubing proti Německu*, č. 43547/08, rozsudek ze dne 12. dubna 2012, § 60 a tam citované odkazy).

93. Soud konstatuje, že projednávaná věc se týká složité problematiky politiky zdravotní péče, vyžadující ze strany vnitrostátních orgánů posouzení odborných a vědeckých údajů o relativních rizicích nemocničních a domácích porodů. V tomto ohledu podotýká, že novorozenci jsou nejen fyzicky zranitelní, ale jsou také plně závislí na rozhodnutích učiněných jinými, což odůvodňuje silnou ingerenci ze strany státu. Otázka domácích porodů se nadto dotýká oblastí, ve kterých nepanuje mezi členskými státy jasná shoda (viz § 59 až 61 výše), a zahrnuje obecné úvahy sociální a ekonomické politiky státu, včetně přidělování finančních prostředků, neboť vybudování odpovídajícího systému záchranné služby může vyžadovat přesun rozpočtových prostředků z obecného systému porodnic do nové sítě zabezpečení domácích porodů. Na základě těchto úvah má Soud za to, že prostor pro uvážení, který je třeba žalovanému státu přiznat, musí být široký.

94. Pokud jde o vyvážení dotčených zájmů, Soud konstatuje, že vláda se soustředila primárně na legitimní cíl ochrany nejlepších zájmů dítěte, které – v závislosti na jejich povaze a závažnosti – mohou převážit nad zájmy rodiče, který zejména nemůže být na základě článku 8 oprávněn vyžadovat přijetí opatření škodlivých pro zdraví a rozvoj dítěte (viz *Haase proti Německu*, č. 11057/02, rozsudek ze dne 8. dubna 2004, § 93). Soud má za to, že i když mezi zájmem matky a jejího dítěte obecně ke konfliktu nedochází, některé volby matky ohledně místa, okolností či způsobu porodu lze vnímat tak, že způsobují zvýšené riziko pro zdraví a bezpečí novorozenců, jejichž úmrtnost, jak ukazují statistiky perinatálních a neonatálních úmrtí, není navzdory veškerému pokroku v lékařské péči zanedbatelná.

95. Soud připouští, že dotčená situace měla významný dopad na svobodu volby stěžovatelek, neboť pokud chtěly родit doma, musely porodit bez asistence porodní asistentky, a tedy se souvisejícími riziky, která z toho vyplývala pro ně i pro novorozence, nebo musely porodit v nemocnici (viz § 93 výše). Stěžovatelky mohly porodit v nemocnici své volby, kde by teoreticky byla jejich přání v záležitostech porodu respektována (viz § 39 výše). Materiály, které má Soud k dispozici, však naznačují, že ve většině místních nemocnic byly podmínky co do respektování přání matek sporné (viz § 7, 16 a 21 výše). V této souvislosti Soud konstatuje, že Výbor pro odstranění diskriminace žen doporučil žalovanému státu, aby zajistil respektování práv pacientek a vyloučil zbytečné lékařské zákroky (viz § 56 výše). Svoboda volby matek ohledně nemocnice, ve které si přejí porodit, tedy neoslabovala zájem stěžovatelek na asistovaných domácích porodech.

96. Soud dále na jedné straně podotýká, že z většiny výzkumných studií, které mu byly předloženy, nevyplývá, že by domácí porody byly spojeny se zvýšeným rizikem ve srovnání s nemocničními porody, ovšem pouze za splnění určitých předpokladů. Zaprvé, domácí porody by byly přijatelné pouze v případě „nízkorizikových“ těhotenství. Zadruhé, domácího porodu se musí účastnit kvalifikovaná porodní asistentka, která je schopna odhalit jakékoliv komplikace v průběhu porodu a v případě potřeby předat rodičku nemocnici. Zatřetí, převoz matky a dítěte do nemocnice by měl být zajištěn ve velmi krátkém čase. Lze tak tvrdit, že taková situace, jaká je v České republice, kde zdravotničtí pracovníci nejsou oprávněni asistovat matkám, které si přejí родit doma, a kde není k dispozici žádná specializovaná záchranná služba, riziko pro život a zdraví matky a novorozence spíše zvyšuje, než snižuje.

97. Na druhou stranu Soud, se zřetelem k argumentu vlády, podle kterého je riziko pro novorozence v případě domácích porodů vyšší než v případě porodů v personálně a materiálně plně vybavených porodnicích, si je vědom toho, že i v případě, kdy těhotenství na první pohled probíhá bez zvláštních komplikací, mohou během porodu nastat neočekávané potíže, jako je například akutní nedostatek přísunu kyslíku k plodu či silné krvácení, nebo události, které vyžadují odborný lékařský zákrok, například císařský řez, nebo potřeba neonatologické péče. Navíc během nemocničního porodu může nemocnice okamžitě poskytnout nezbytnou péči nebo provést zákrok, což nelze říci o domácím porodu, byť za účasti porodní asistentky. Doba potřebná pro převoz do nemocnice, nastanou-li takové komplikace, tak může vést ke zvýšeným rizikům pro život a zdraví novorozence nebo matky (viz § 65 až 67 výše).

98. Proto Soud s ohledem na tyto okolnosti dospívá k závěru, že dotčené matky, včetně stěžovatelek, nemusely nést nepřiměřené a nadměrné břemeno.

99. Soud konečně musí ověřit, zda vnitrostátní orgány, v prvé řadě Ministerstvo zdravotnictví, při rozhodování o politice týkající se domácích porodů a zejména přijímání a udržování příslušných předpisů v platnosti (viz § 22, 26 až 28, 42 a 43 výše) přisoudily náležitou váhu dotčeným soupeřícím zájmům a zda pečlivě zvážily možné alternativy a posoudily přiměřenost jejich politiky vůči domácím porodům. Soud v tomto ohledu konstatuje, že dokumentace, kterou má k dispozici, nedokládá, že by Ministerstvo zdravotnictví původně k takovému posouzení přistoupilo. Dále se zdá, že se vnitrostátní orgány pokusily vést o problematice domácích porodů otevřenou diskusí za účasti všech relevantních zájmových skupin, která však nakonec selhala (viz § 26 výše). Další posouzení, ve formě *obiter dictum*, provedl v červenci 2013 Ústavní soud, podle něhož moderní demokratický stát chrání svobody, včetně těch, které jsou doprovázeny určitou mírou přijatelného rizika, a právo rodičů na svobodnou volbu místa a způsobu porodu je omezeno jen zájmem na bezpečném porodu a zdraví dítěte; tento zájem však nelze vykládat jako jednoznačnou preferenci porodů ve zdravotnických zařízeních (viz § 36 výše).

100. Soud konečně považuje za vhodné dodat, že by orgány dotčeného státu měly příslušné předpisy podrobovat neustálému přezkumu, jenž zohlední lékařský, vědecký a právní vývoj. Ministerstvo zdravotnictví vskutku svoji politiku nedávno přehodnotilo, neboť od 1. ledna 2014 si mohou ženy s nízkorizikovým těhotenstvím vybrat, zda chtějí setrvat v nemocnici po dobu 72 hodin od porodu, v souladu s doporučeními lékařských specialistů, nebo zda chtějí porodit v nemocnici za péče porodní asistentky a opustit nemocnici 24 hodin po porodu (viz § 28 výše).

101. S ohledem na všechny okolnosti projednávané věci a se zřetelem k tomu, že v dané záležitosti neexistuje shoda na evropské úrovni, Soud dospívá k závěru, že přijetím a uplatňováním tehdejší politiky týkající se domácích porodů vnitrostátní orgány nepřekročily široký prostor pro uvážení, kterého požívají, ani nenarušily spravedlivou rovnováhu, kterou je třeba mezi dotčenými soupeřícími zájmy nastolit. K porušení článku 8 Úmluvy tedy nedošlo.

## Z TĚCHTO DŮVODŮ SOUD

1. *rozhoduje* jednomyslně o spojení stížností;
2. *prohlašuje* jednomyslně stížnosti za přijatelné;
3. *rozhoduje* šesti hlasy proti jednomu, že k porušení článku 8 Úmluvy nedošlo.

Rozsudek vyhotoven v anglickém jazyce a vyneseno ústně na veřejném jednání dne 11. prosince 2014 v Paláci lidských práv ve Štrasburku.

Claudia Westerdiek  
tajemnice

Mark Villiger  
předseda

V souladu s čl. 45 odst. 2 Úmluvy a čl. 74 odst. 2 jednacího řádu jsou k tomuto rozsudku připojena tato oddělená stanoviska:

- a) souhlasné stanovisko soudce Villigera;
- b) souhlasné stanovisko soudkyně Yudkivské;
- c) nesouhlasné stanovisko soudce Lemmense.

M. V.  
C. W.

## SOUHLASNÉ STANOVISKO SOUDCE VILLIGERA

Souhlasím s odůvodněním rozsudku i s jeho závěry. Pokládám nicméně za nezbytné připojit následující poznámky.

Soud je zde konfrontován nikoli s konkrétní stížností týkající se určitého domácího porodu, nýbrž s obecnou a abstraktní právní úpravou v České republice, která fakticky zakazuje domácí porody. Za takové situace Soud výjimečně vykonává úlohu ústavního soudu přezkoumávajícího právní úpravu *in abstracto*.

Dle mého názoru vyžaduje tento konkrétní pohled na věc obezřetnost. Abstraktní posouzení právní úpravy vyžaduje zvážení velkého, ba nespočetného množství situací a okolností, na které může právní úprava dopadnout. Už to samo volá po širokém prostoru pro uvážení pro žalovanou vládu.

Nadto je zde Soud povolán posoudit zdravotnické otázky ve státě, který je smluvní stranou Úmluvy, konkrétně rizika domácích porodů pro novorozené děti. Na ústním jednání před Soudem dne 10. září 2013 byl jedním z poradců žalované vlády jeden z předních porodníků v České republice. Ten informoval Soud, že Česká republika patří ke státům (nebo dokonce je státem) s nejnižší mírou úmrtnosti novorozených dětí v Evropě – mimo jiné v důsledku právní úpravy, která zajišťuje, že všechny děti se rodí v porodnicích.

Po předložení takových argumentů – a máje na paměti jeho ústavní roli – je pro Soud obzvláště složité jednat jako vrcholný evropský orgán zdravotnického dozoru, jehož úkolem by bylo posvětit nebo neposvětit systém zdravotnictví v určitém státě.

I to volá po širokém prostoru pro uvážení pro žalovaný stát.

Současně je zřejmé, že jakmile Soudu bude předložena stížnost týkající konkrétního případu (a nespočívající v abstraktním posouzení), bude nucen přistoupit k věci z jiného pohledu a soustředit se na konkrétní okolnosti takového případu.

## SOUHLASNÉ STANOVISKO SOUDKYNĚ YUDKIVSKÉ

Plně souhlasím s většinou, že k porušení článku 8 v projednávané věci nedošlo. Sama mám dokonce určité pochybnosti, zda je na předmětné okolnosti zásadně použitelný.

Je pravda, že článek 8 je „jedním z nejotevřenějších ustanovení Úmluvy“ a že jeho rozsah se vyvíjí přirozeně s vývojem společnosti. Existuje mnoho událostí v našich životech, které tvoří součást pojmu „soukromý život“. Článek 8 přesto nemůže být nevyčerpatelným zdrojem různých práv odvozených od rozličných aspektů tohoto pojmu. Tento Soud již rozhodl, že článek 8 nelze pokládat za použitelný vždy, kdy je narušen běžný život jednotlivce, ale pouze ve výjimečných případech, kdy selhání státu přijmout opatření zasahuje do práva jednotlivce na osobní rozvoj a jeho či jejího práva vytvořit si a udržovat vztahy s jinými lidskými bytostmi a okolním světem (viz *Zehnalová a Zehnal proti České republice*, č. 38621/97, rozhodnutí ze dne 14. května 2002).

Vidím jasný rozdíl mezi judikaturou citovanou v § 73 rozsudku, týkající se základních sfér osobní autonomie a rodiny, jakým je rozhodnutí stát či nestát se rodičem, na straně jedné a situaci v projednávané věci na straně druhé. Také si myslím, že „okolnosti, za kterých se dítě narodí“ v kontextu identity opuštěného dítěte coby významný aspekt jeho soukromého života (viz *Odièvre proti Francii*, č. 42326/98, rozsudek velkého senátu ze dne 13. února 2003, cit. ve stejném §) a „okolnosti“ porodu v praktickém smyslu tohoto slova nelze co do významu stavět na roveň. Jakkoli je zjevné, že porod dítěte sám o sobě tvoří součást soukromého života ženy, sotva mohu souhlasit, že každý jednotlivý aspekt porodu požívá ochrany Úmluvy. V tomto ohledu by projednávaná věc měla být odlišena i od nedávné věci *Konovalova proti Rusku* (č. 37873/04, rozsudek ze dne 9. října 2014), ve které nevítaná přítomnost studentů během porodu stěžovatelky představovala zásah do jejího soukromého života vzhledem k tomu, že „měli přístup k důvěrným lékařským informacím o stěžovatelčině stavu“.

Naprosto rozumím tomu, že mnoho žen preferuje domácí porod, jelikož ho považují za psychologicky daleko příjemnější. Myslím si však, že cílem Úmluvy je ochrana základních lidských práv a že článek 8 pokrývá hodnoty zásadní pro lidskou důstojnost, osobní autonomii, soukromí a schopnost rozvíjet vztahy s ostatními lidmi. Nelze ho vykládat tak, že vyžaduje, aby stát garantoval úroveň komfortu požadovanou jednotlivcem, a to i v případě tak klíčového okamžiku, jakým je porod. Jak uvedl Lord Bingham, citovaný ve věci *Gillan a Quinton proti Spojenému království* (č. 4158/05, rozsudek ze dne 12. ledna 2010), „je pravda, že ‚soukromý život‘ je vykládán velkoryse tak, že zahrnuje široká práva na osobní autonomii. Z judikatury Úmluvy je však zřejmé, že zásahy musí dosáhnout určité míry závažnosti, aby aktivovaly Úmluvu, která koneckonců upravuje lidská práva a základní svobody...“. Pouhá otázka větší nebo menší míry psychologického komfortu podle mého názoru nedosahuje požadované „míry závažnosti“ a jde daleko za hranice původních záměrů autorů Úmluvy chránit soukromý život jednotlivce proti svévolným zásahům ze strany státních orgánů.

Vedle těchto pochybností nesouhlasím se závěrem většiny uvedeným v § 78, že „nemožnost, aby stěžovatelkám u jejich domácích porodů asistovaly porodní asistentky, představuje zásah do práva stěžovatelek na respektování jejich soukromých životů“ (důraz přidán). Dle mého názoru, i pokud připustíme použitelnost článku 8, lze v rámci tohoto ustanovení hovořit pouze o pozitivních závazcích.

Ostatně na odůvodnění pojetí případu z hlediska negativních závazků většina zdůrazňuje, že „hlavním argumentem [stěžovatelek] ... je zákaz asistence porodních asistentek u domácích porodů pod hrozbou sankce...“. Jakkoli však to zajisté může být vnímáno jako zá-

sah do profesního života porodních asistentek, nijak to nesouvisí s negativními závazky státu vůči stěžovatelkám. Podle článku 8 jsou orgány povinny nebránit stěžovatelkami vymáhanému právu porodit doma, přičemž stěžovatelkám není zakázáno porodit doma – nebyla by jim za to uložena sankce. Stěžovatelky ovšem požadovaly poskytnutí kvalifikované lékařské pomoci. Jinými slovy požadovaly, aby stát zajistil nezbytné služby tak, aby jim umožnil porodit doma s minimálním rizikem, tedy za podmínek podobných podmínkám v porodnicích. Napadaly tak ve vztahu k sobě nikoli konání, ale nekonání; sporným bodem tak zjevně jsou pozitivní závazky.

Dlouhodobým a nevyhnutelným postojem Soudu je, že hranice mezi pozitivními a negativními závazky státu na poli článku 8 nelze přesně definovat, přičemž v obou případech je nutno zohlednit zachování rovnováhy mezi soupeřícími zájmy. Zatímco ale negativní závazky zakazují zásah do práva nebo zájmu, ledaže by dotčený zásah byl nepochybně odůvodněný, jakýkoli pozitivní závazek je méně náročný. Za účelem zajištění práva ženy porodit ve vhodném prostředí je stát povinen učinit pouze to, co lze za daných okolností přiměřeně požadovat, např. zakotvit jasná pravidla a definovat podmínky, za kterých by domácí porod měl být podporován.

Oceňuji klasický třístupňový test proporcionality důkladně uplatněný většinou v § 94 až 98 a náležité zohlednění prostoru pro uvážení pro stát. Pokud by však věc byla posouzena z hlediska pozitivních závazků, široký prostor pro uvážení by okamžitě omezil rozsah povinnosti státu v této citlivé bioetické oblasti, jelikož větší zohlednění volby matek porodit doma by oslabilo ochranu životů matek a dětí v konkrétních společensko-ekonomických podmínkách České republiky.

## NESOUHLASNÉ STANOVISKO SOUDCE LEMMENSE

1. Lituji, že nemohu souhlasit s většinou, že nedošlo k porušení článku 8 Úmluvy. Důvody svého odlišného postoje se pokusím objasnit.

2. Předně bych preferoval, pokud by stížnost stěžovatelek byla posouzena z hlediska pozitivního závazku státu, nikoli z hlediska jeho negativního závazku.

Český právní řád nezakazuje matkám rodit doma. České orgány si zjevně nemyslí, že by mělo být přijato tak drastické opatření. Jak se dále pokusím vysvětlit, tato absence zákazu něco vypovídá o opodstatněnosti důvodů založených na ochraně veřejného zdraví uplatňovaných při obhajobě současného systému.

Zde bych rád podotkl, že nejenže se na matky žádný zákaz nevztahuje, stěžovatelky si na takový zákaz ani nestěžují. Stěžovatelky napadají to, že český právní řád zakazuje zdravotnickému pracovníkovi asistenci u domácího porodu. Stěžovatelky tvrdí, že v důsledku toho jim český právní řád neumožňuje bezpečně porodit doma. Otázka tedy je, zda stát nedokáže poskytnout ochranu jejich právu na respektování soukromého života chápanému tak, že zahrnuje právo definovat okolnosti, za nichž probíhá porod (viz § 74 a 75 rozsudku).

Tento sporný bod však není rozhodujícího významu. Jak Soud opakovaně uvedl, „hranice mezi pozitivními a negativními závazky státu na poli článku 8 nelze přesně definovat. Použitelné zásady jsou ovšem podobné. Zejména je nutno v obou případech zohlednit zachování rovnováhy mezi obecným zájmem a zájmy jednotlivce; v obou případech přitom státu svědčí jistý prostor pro uvážení“ (nedávno potvrzeno např. ve věci *Fernández Martínez proti Španělsku*, č. 56030/07, rozsudek velkého senátu ze dne 12. června 2014, § 114).

3. Byla v projednávané věci zachována spravedlivá rovnováha mezi obecným zájmem a zájmy stěžovatelek, a to při zohlednění prostoru pro uvážení, který svědčí státům v otázkách veřejného zdraví?

Podle vlády spočívá obecný zájem sledovaný státem v ochraně zdraví matek a jejich dětí. Jak jsem však poznamenal výše, právní řád matkám nezakazuje, aby porodily na místě podle své volby. Je tedy teoreticky možné, aby matky porodily doma. Pokud se tak však rozhodnou, nejsou schopny získat asistenci porodní asistentky. Nedovedu pochopit, jak takový systém jako celek může být pokládán za souladný s deklarovaným cílem ochrany zdraví matek a jejich dětí. I většina uznává, že v tomto ohledu je na českém systému něco divného (viz § 96 rozsudku).

Aniž bych chtěl naznačovat, že úvahy týkající se zdraví zcela chybí, je myslím jasné, že svou roli sehrávají i další úvahy. Stejně jako v jiných státech se otázka domácích porodů zdá být předmětem jakéhosi mocenského boje mezi lékaři a porodními asistentkami. Rozsudek v § 26 nastiňuje, jak tento boj probíhá. Když v roce 2012 byla otázka domácích porodů posuzována, Ministerstvo zdravotnictví zřídilo expertní skupinu složenou ze zástupců příjemkyň péče, porodních asistentek, asociací lékařů, samotného ministerstva, zmocněnkyně vlády pro lidská práva a veřejných zdravotních pojišťoven. Zástupci asociací lékařů zasedání nicméně bojkotovali s tím, že není důvod platnou právní úpravu měnit. Následně, nepochybně po dosti účinném lobování, dosáhli toho, že ministerstvo odvolalo ze skupiny zástupce příjemkyň péče, porodních asistentek a zmocněnkyni vlády pro lidská práva s argumentem, že jen ve zbylém složení bude možné, aby se skupina dobrala nějakých závěrů. Nevím, zda poté, co byla vyčištěna, byla skupina schopna vůbec nějaké návrhy učinit.

Vzhledem k výše uvedenému jsem přesvědčen, že argument veřejného zdraví předložený vládou by neměl být přeceňován.

4. Co se zájmů stěžovatelek týče, plně souhlasím s tím, co je napsáno v § 95 rozsudku. Napadená právní úprava má „významný dopad na svobodu volby stěžovatelek, neboť pokud chtěly родit doma, musely by porodit bez asistence porodní asistentky, a tedy se souvisejícími riziky, která by z toho vyplývala pro ně i pro novorozence, nebo musely porodit v nemocnici“. Přestože snad jen relativně málo matek preferuje родit doma, nemám důvod pochybovat o tom, že pro tyto ženy jde o velmi důležitou otázku osobní volby. Do určité míry to potvrzují i Závěrečná doporučení týkající se České republiky, přijatá v roce 2010 Výborem pro odstranění diskriminace žen. Výbor se otázky věnoval a doporučil státu zvážit přijetí „opatření, aby byl porod dítěte mimo nemocnici za pomoci porodní asistentky pro ženy bezpečnou a cenově dostupnou možností“ (viz § 37 Závěrů, cit. v § 56 rozsudku).

5. Je samozřejmě pravda, že domácí porod by ani s asistencí porodní asistentky nebyl úplně bez rizika. Většina správně poukazuje na to, že mohou nastat neočekávané komplikace, které vyžadují odborný lékařský zákrok a které by mohly vést k životu či zdraví nebezpečnému prodloužení, než by se matce mohlo dostat nezbytné péče v nemocnici (viz § 97 rozsudku).

Ve vztahu k tomuto aspektu otázky bychom ale podle mého názoru měli v duchu subsidiarity vzít náležitě v potaz to, co uvedl český Ústavní soud ve svém nálezu ze dne 24. července 2013 (viz § 36 rozsudku):

„... moderní demokratický a právní stát je založen na ochraně individuální a nedotknutelné svobody, jejíž vymezení úzce souvisí s důstojností člověka. Tato svoboda, jejíž součástí je i svoboda v osobních věcech, které člověk činí, je doprovázena určitou mírou přijatelného rizika. Právo na svobodnou volbu místa a způsobu porodu – z hlediska rodičů – je limitováno jen zájmem na bezpečném porodu a zdraví dítěte, tento zájem však nelze vykládat jako jednoznačnou preferenci porodů ve zdravotnických zařízeních.“

6. Vzhledem ke všemu výše uvedenému mám za to, že nebylo prokázáno, že aktuální situace v České republice zachovává spravedlivou rovnováhu mezi dotčenými soupeřícími zájmy. Domnívám se tudíž, že k porušení článku 8 Úmluvy došlo.